

بررسی عوامل زمینه‌ای مرتبط با اندیکاسیون و روش زایمان

نرجس السادات برقی^{۱*}، دکتر افسانه برقی^۲، دکتر محمد جعفر گلعلی پور^۳،
دکتر الهام کاشانی^۴

خلاصه

زایمان شایع‌ترین اورژانس مامائی است و انجام واژینال آن امنیت بیشتری دارد ولی در کشور ما میزان سزارین بالاتر از استانداردهای جهانی بوده و روند صعودی دارد. مناسب‌ترین راه جهت کاهش سزارین، شناخت عوامل مرتبط با آن می‌باشد لذا با عنایت به اهمیت زایمان ایمن تحقیق حاضر با هدف تعیین عوامل مرتبط با روش و اندیکاسیون زایمان در خانمهای مراجعه کننده به زایشگاههای خصوصی، دولتی و آموزشی استان انجام شد. این مطالعه مقطعی، به طور هم زمان در ۹ مرکز آموزشی، دولتی و خصوصی استان گلستان انجام شد. ۱۱۲۸ نمونه به روش آسان انتخاب و پرسشنامه‌های مربوطه برای آنان تکمیل شد و نتایج با نرم افزار Epi-info-6 و با استفاده از آزمونهای آماری تی زوجی و مجذور کای با ضریب اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان زایمان طبیعی در زنان کمتر از ۱۸ سال و سزارین بعلت عقیمی در خانمهای بیشتر از ۳۵ سال بیش از سایر گروه‌های سنی بود. روستائیان و قومیت‌های سیستانی زایمان طبیعی بیشتری نسبت به سزارین داشتند و اندیکاسیون‌های انتخابی در این گروهها کمتر بود ($P < 0/05$). از سایر عوامل مرتبط با روش ختم حاملگی، شیفت کاری زایشگاه بود. اکثر زنانی که در شیفت شب و یا بعلت آبریزش و درد زایمانی مراجعه نموده بودند و تحت مداخله آمنیوتومی و یا اینداکشن قرار داشته و مدت بیشتری در زایشگاه بستری بودند، زایمان واژینال داشتند ($P < 0/01$). میزان سزارین در مراکز خصوصی بیشتر از سایر مراکز بود (۶۲/۳۱ درصد در مقابل ۴۷/۱۱ درصد در مرکز آموزشی و ۴۹/۷۵ درصد در مراکز دولتی). با عنایت بر اینکه عوامل بسیاری بر انتخاب روش زایمان تاثیر می‌گذارند بنابراین باید تحقیقاتی دیگر جهت ارزیابی علل مرتبط طراحی گردد تا با استفاده از نتایج این بررسی‌ها بتوان امیدوار بود که سیر صعودی سزارین کاهش یابد. چرا که مناسب‌ترین راه کاهش ختم حاملگی به روش جراحی، شناخت علل و عوامل مؤثر بر آن می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: سزارین، اندیکاسیون، عوامل زمینه‌ای، نوع زایمان.

* کارشناس ارشد مامایی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

** متخصص پزشکی اجتماعی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

*** دکترای تشریح و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

**** متخصص زنان و زایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

* - نویسنده مسئول

دریافت مقاله: ۸۲/۶/۲۳ دریافت مقاله اصلاح شده: ۸۳/۱۰/۱۴ اعلام قبولی: ۸۳/۱۱/۱۲

مقدمه

زایمان شایع ترین اورژانس مامایی است و در صورت عدم وجود عوارضی که نیاز به سزارین را مبرم می کند، انجام زایمان واژینال نسبت به سزارین امنیت بیشتری دارد (۱). افزایش روز افزون عملهای سزارین توجه جدی متخصصین را به خود جلب نموده و ضرورت انجام آن یکی از مباحث مطرح جامعه پزشکی است (۲). علیرغم اینکه مرگ و میر مادران در جراحی سزارین به مراتب بالاتر از زایمان واژینال می باشد (۵/۶ برابر در سزارین انتخابی و ۱/۲ برابر در سزارین اورژانسی در مقایسه با زایمان طبیعی) (۳). به نظر می رسد که زایمان به طریق سزارین تدریجاً به صورت همه گیر در آمده است (۴) و لسی در مراکزی که تحت نظارت ماما مشغول به کارند میزان سزارین کاهش یافته است (۵). در یک بررسی تغییرات رفتاری پزشکان به مرور و تمایل آنان به سزارین انتخابی و نیز سال انجام ختم حاملگی به عنوان عامل مهم و تعیین کننده روش ختم بارداری ذکر شده (۷) ترس از درد زایمان یا تولد نوزاد در زمان دلخواه و محافظت از ضربه مغزی به نوزاد و علل فرهنگی - اجتماعی نیز از دیگر علل مطرح شده است (۸). در یک بررسی فاکتورهای ژنتیکی با کاهش میزان سزارین در ارتباط بوده (۹) و عده ای نگرانی از شکایات قانونی و پرداخت دیه (۱۰) و عدم آنگازمان سر جنین را علل افزایش سزارین دانسته و عوامل دموگرافیک و سن حاملگی و وزن جنین را به روش ختم حاملگی مرتبط نمی دانند (۱۱) بهبود وضعیت اجتماعی اقتصادی با افزایش ختم جراحی حاملگی مرتبط است و نیز ترجیح بیمار و

پزشک در انتخاب نوع زایمان دخالت می نماید (۱۲). در واقع به نظر می رسد به جای این که در روش اداره مادران باردار تغییری ایجاد شده باشد، آستانه تصمیم برای انجام سزارین پایین آمده است (۱۳) و اندیکاسیون های طبی جای خود را به انتخابی داده است. امروزه در کشور ما ایران میزان سزارین به ویژه در بخش خصوصی بسیار بالاتر از استانداردهای جهانی (۲۰-۱۵ درصد) است (۱۴). طی بررسی در نیجریه میزان سزارین ۲۳/۱ درصد در سالهای ۲۰۰۳-۲۰۰۰ نگران کننده ذکر شده بود (۱۵) و در مطالعه امریکائیسها میزان سزارین انعکاسی از کیفیت مراقبتهای مامایی عنوان شده است (۱۶). این در حالی است که طی یک بررسی در کشور ما (سال ۱۳۷۷) میزان سزارین ۳۳٪ ذکر شده و افزایش سن مادران، سابقه بد مامایی و امکانات مجهزتر بخش های زنان و مامایی به عنوان عوامل مؤثر بر روش ختم حاملگی ذکر گردیده است (۱۴). پژوهش حاضر پاسخی به این سوال خواهد بود که در استان گلستان چه عواملی بر روش ختم حاملگی تاثیر گذار هستند. چرا که مناسب ترین راه کاهش ختم جراحی حاملگی، شناخت علل و عوامل مؤثر بر آن می باشد با عنایت به سیر صعودی میزان سزارین در کشور و اهمیت کنترل آن و این مطلب که تا کنون در مراکز درمانی دولتی، آموزشی و خصوصی استان نوپای گلستان پژوهشی در این خصوص انجام نشده، لذا پژوهشگران با هدف تعیین عوامل مرتبط با اندیکاسیون روش زایمان در کلیه بیمارستانهای استان این مطالعه را طراحی و اجرا کردند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی ۱۱۲۸ نفر از ۹ مرکز آموزشی، دولتی و خصوصی استان گلستان در سال ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفتند که ۳۶۰ نفر از خانمها (۳۱/۹ درصد) از مرکز آموزشی درمانی دزیانی گرگان، ۲۲۵ نفر (۱۹/۹۴ درصد) از بیمارستان تامین اجتماعی گنبد، ۱۶۳ نفر (۱۴/۴۵ درصد) از بیمارستان شهداء گنبد، ۹۲ نفر (۸/۱ درصد) از بیمارستان امیرالمؤمنین کردکوی به عنوان مراکز دولتی و ۸۰ نفر (۷/۰۹ درصد) از بیمارستان فلسفی گرگان، ۴۷ نفر (۴/۱۶ درصد) از بیمارستان برزویه گنبد و ۶۲ نفر (۵/۴ درصد) از بیمارستان بسکی گنبد به عنوان مراکز خصوصی در این بررسی شرکت نموده بودند.

روش نمونه‌گیری آسان با ترتیب زمانی بود و تمام زنانی که به بیمارستان‌ها و زایشگاههای مورد پژوهش در مدت مطالعه (مرداد ماه ۱۳۸۰) مراجعه نمودند، مورد مطالعه و پرسشگری قرار گرفتند. حداقل حجم نمونه بر اساس محاسبات آماری ۱۰۰۰ در نظر گرفته شد. متغیرهای مورد بررسی عوامل دموگرافیک (سن، قومیت، محل سکونت و تحصیلات)، عوامل مامایی مرتبط (مدت بستری در زایشگاه، علت مراجعه به زایشگاه، شیفت ختم حاملگی، مداخلات حین بستری و نوع زایمان) و دولتی، آموزشی یا خصوصی بودن مرکز مورد مراجعه در نظر گرفته شد و موارد اورژانس سزارین از مطالعه حذف گردیده، ۵۵/۲ درصد جامعه پژوهش را گروه قومی فارس، ۲۴/۲ درصد ترکمن و ۱۷/۵ درصد از گروه قومی سیستانی و بقیه از اقوام افغانی و بلوچ بودند.

تمام مشخصات مورد لزوم توسط پرسشنامه گردآوری گردید و توسط نرم افزار آماری EPI-info و استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی و آزمونهای آماری مجذور کای و تی زوجی با سطح اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰/۸ درصد زنان به روش سزارین و ۳۹/۲ درصد به روش واژینال زایمان نمودند. ۵۷۵ نفر (۵۱/۲ درصد) از جامعه پژوهش نولی پار و بقیه مولتی پار بودند. میانگین گراوید در گروه زایمان طبیعی $1/054 \pm 2/1$ و در سزارینی‌ها $1/97 \pm 3/91$ بود و دو گروه از این لحاظ همگن بودند ($P > 0/05$).

اکثریت جامعه پژوهش را روستائیان (۵۲/۶ درصد) تشکیل می‌دادند. میزان زایمان طبیعی در روستائیان ۴۴/۵ درصد (۲۶۳ نفر) و در شهر نشین‌ها ۴۳/۳ درصد (۱۸۲ نفر) بود ولی همواره چه در جمعیت شهری و چه روستایی زایمان سزارین بیش از زایمان واژینال دیده می‌شد ($P > 0/05$) و نیز شایعترین اندیکاسیون در شهرها انتخابی (۶۱/۲٪ در مقابل ۳۸/۸٪ در روستائیا) و سابقه سزارین (۵۵/۳٪ در مقابل ۴۴/۷٪ در روستائیا) بود و در روستائیان پارگی کیسه آب (۵۴/۵٪ در مقابل ۴۵/۵٪ شهری‌ها)، عدم تناسب سر جنین و لگن مادر (۵۹/۶٪ در مقابل ۴۰/۴٪ شهری‌ها) و عدم پیشرفت (۶۲/۵٪ در مقابل ۳۷/۵٪ شهری‌ها) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود ($P < 0/001$).

میانگین سنی در گروه زایمان طبیعی $5/32 \pm$ و در سزارین‌ها $25/17 \pm 5/34$ بود. نمودار ۱ بیانگر روش ختم حاملگی در گروه‌های سنی مختلف است که تنها در زنان کمتر از ۱۸ سال زایمان طبیعی بیشتر از سزارین وجود داشت ($P < 0/05$). شایعترین اندیکاسیون در خانمهای بالای ۳۵ سال، تمایل به عقیمی ($30/35$) و در خانمهای کمتر از ۱۸ سال عدم پیشرفت ($17/64$) و نیز $30/35$ در خانمهای ۱۸-۳۵ سال ($22/46$) انتخابی بوده است ($P < 0/001$). اندیکاسیونهای ختم بارداری در جدول ۱ آمده است و ارتباط آماری معنی داری نیز بین اندیکاسیون ختم بارداری و روش زایمان وجود دارد ($P < 0/05$).

۴۸/۷ درصد زنان دارای تحصیلات ابتدایی زایمان طبیعی داشتند و ۷۹/۵ درصد زنان با تحصیلات عالی سزارین شدند ($P < 0/001$) و با افزایش میزان تحصیلات زنان از میزان زایمان طبیعی کاسته و به زایمان سزارین افزوده می‌شد. میزان زایمان واژینال در گروه قومی سیستانی ($61/4$ درصد) در مقایسه با سایر گروههای قومی بیشترین میزان بود و کمترین میزان واژینال مربوط به گروه قومی فارس ($31/5$ درصد) بود ($P < 0/001$) حاملگی طولانی ($37/1$) و پره‌اکلامپسی ($37/14$) در ترکمنها و زجر جنینی ($26/9$) در گروه سیستانی‌ها و انتخابی ($72/6$) در گروه قومی فارس شایعترین علت سزارین بود ($P < 0/001$). ۶۸/۶ درصد سزارین‌ها در شیفت عصر و ۵۵/۵ درصد زایمان‌های واژینال در شیفت شب روی داده بودند ($P < 0/001$).

جدول ۱: توزیع فراوانی اندیکاسیون ختم بارداری به تفکیک روش زایمان

جمع		سزارین		زایمان واژینال		روش ختم اندیکاسیون
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۰/۸۳	۲۳۵	۱۵/۷۵	۳۷	۸۴/۲۵	۱۹۸	درد زایمان
۳/۱	۳۵	۱۲/۸۵	۲۹	۱۷/۴	۶	پره اکلامپسی
۱۷/۵	۱۹۸	۹۹	۱۹۶	۱	۲	انتخابی
۱۳/۴۸	۱۵۲	۱۰۰	۱۵۲	۰	۰	سابقه سزارین
۱۱/۸۸	۱۳۴	۴۳/۳	۵۸	۵۶/۷	۷۶	پارگی زودرس کیسه آب
۸/۸	۹۹	۱۰۰	۹۹	۰	۰	عدم تناسب سر جنین و لگن
۶/۹۱	۷۸	۹۴/۹	۷۴	۵/۱	۴	زجر جنینی
۶/۲۹	۷۱	۹۳	۶۶	۷	۵	تمایل به عقیمی
۴/۹۶	۵۶	۱۰۰	۵۶	۰	۰	عدم پیشرفت
۶/۲	۷۰	۶۴/۳	۴۵	۳۵/۷	۲۵	حاملگی طول کشیده
۱۰۰	۱۱۲۸	۷۱/۹۹	۸۱۲	۲۸/۰۱	۳۱۶	جمع

حین بستری در زایشگاه، زنانی که در لیبر تحت آمینوتومی و یا اینداکشن قرار گرفته بودند بیشتر از سایرین زایمان واژینال داشتند ($P < 0/001$) جدول ۲.

در خصوص علت مراجعه زنان به زایشگاه، ملاحظه گردید که اکثر زنانی که با شکایت درد زایمان و پارگی کیسه آب مراجعه کرده بودند، زایمان واژینال داشتند ضمناً براساس متغیر مداخله

جدول ۲: توزیع فراوانی مداخلات حین بستری به تفکیک روش زایمان

معنی‌دار بودن	مداخله انجام نشده				مداخله انجام شده				روش ختم مداخله حین لیبر
	سزارین		زایمان واژینال		سزارین		زایمان واژینال		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$P < 0/001$	۴۹/۷۳	۵۶۱	۶/۶۴	۷۵	۱۱/۰۸	۱۲۵	۳۲/۵	۳۶۷	آمینوتومی
$P < 0/001$	۴۹/۳۷	۵۵۷	۴/۸۷	۵۵	۱۱/۴۳	۱۲۹	۳۴/۳	۳۸۷	اینداکشن

محل سکونت و قومیت افراد با روش انجام زایمان مرتبط می‌باشد.

از یافته‌های دیگر این مطالعه عدم ارتباط تعداد حاملگی‌ها و روش زایمان بود که مشابه نتایج بررسی‌های انجام شده در عربستان سعودی و امریکاست (۱۷،۱۸). مکرراً دیده شده که نولی پاریته به تنهایی عامل مؤثر بر سزارین نیست ولی اگر با عواملی مانند اینداکشن همراه باشد می‌تواند بعنوان یک عامل مهم محسوب گردد (۱۹) در یک مطالعه میزان سزارین در نولی پارها همراه با اینداکشن افزایش می‌یافت (۲۰) طی مطالعه‌ای در نیجریه نیز افزایش میزان سزارین با سیاست نادرست اینداکشن در لیبر مرتبط بود (۱۵) که مطابق نتیجه مطالعه حاضر است یعنی اینداکشن در خانمهای سزارین شده کمتر انجام شده و اکثر افرادی که تحت مداخله آمینوتومی و اینداکشن قرار گرفته بودند زایمان واژینال انجام دادند در حالی که در سایر افراد بدون اینکه تلاشی جهت

میانگین مدت بستری قبل از زایمان در زنانی که زایمان واژینال داشتند $4/68 \pm 6$ ساعت و زنان سزارینی $6/66 \pm 4/6$ ساعت بود. ۶۸ درصد زنانی که کمتر از ۵ ساعت در زایشگاه بستری بودند، سزارین شدند ولی اکثر زنانی که (۵۶/۶ درصد) بین ۱۰-۵ ساعت فرصت بستری در زایشگاه را داشتند، زایمان واژینال نمودند ($P < 0/05$). فراوانی نسبی عمل سزارین در کل استان ۵۲ درصد بوده است که میزان آن در مراکز آموزشی ۴۷/۱۱ درصد، در مراکز دولتی ۴۹/۷۵ درصد و در مراکز خصوصی ۶۲/۳۱ درصد بود ($P > 0/05$).

بحث

نتایج این بررسی نشان داد که زمان بستری و مداخله در لیبر و نیز شیفت انجام زایمان و علت بستری و ختم حاملگی، سن و تحصیلات خانمها،

بودند، افزایش یافته بود که مشابه است با یافته‌های تحقیقی که تعداد بسیاری از سزارین‌ها بدون دادن فرصت برای انجام زایمان صورت گرفته بود (۱). در خصوص نظارت و ارزیابی مادران در طول لیبر بررسی‌های متعددی انجام شده نتایج یک مطالعه در امریکا نشان می‌دهد با نظارت دقیق بیماران می‌توان از لیبر طولانی ممانعت نمود و در ضمن میزان سزارین را کاهش داد (۲۵). در مطالعه دیگری جهت پیشگیری از بستری طولانی در لیبر و حصول نتیجه مناسب توصیه گردیده که تلاش شود نمره بیشاب سرويکس ۷ و یا بیشتر گردد سپس فرایند بستری خانمها صورت گیرد تا میزان سزارین در این گروه کاهش یابد (۲۶) و محقق دیگری در این خصوص معتقد است جهت کاهش مدت بستری خانمها می‌توان مداخله فعال لیبر را توسط امینوتومی بصورت زودرس آغاز نمود (۲۷).

در مطالعه ما با افزایش سن خانمها از میزان زایمان طبیعی کاسته و به سزارین افزوده می‌شد. اکثر مطالعات نیز افزایش سن را یکی از دلایل افزایش سزارین می‌دانند (۱) از علل آن می‌توان به افزایش زایمانهای پرخطر در سنین بالای مادران اشاره نمود (۱۴) که در مطالعه حاضر تمایل به عقیمی علت اکثر سزارین‌های بالای ۳۵ سال را شامل می‌شد که با سایر مطالعات در این خصوص همخوانی دارد (۱۴).

در این بررسی فراوانی نسبی عمل سزارین در کل استان ۵۲٪ محاسبه گردید که در مقایسه با مطالعه خراسانی‌ها (۱۳۷۷) ۲۸/۱٪ شاهرودی‌ها (۱۳۷۸) ۵۰/۶۸٪ و کل کشور (۱۳۷۷) ۳۳٪ رقم بالاتری را به خود اختصاص داده (۲۹، ۲۸، ۱۴) نیز در مطالعه

انجام زایمان صورت پذیرد جراحی سزارین انجام گرفته بود ولی در یک بررسی گرچه میزان ایندکشن از ۹٪ (در سال ۱۹۸۹) به ۲۰/۵٪ (در سال ۲۰۰۱) افزایش یافته بود ولی میزان سزارین هیچ ارتباطی با ایندکشن نداشت (۱۷).

در ارتباط با شکایت اصلی خانمها بدو ورود به زایشگاه نیز نشان داده شد اکثر افرادی که بعلت درد زایمان و پارگی کیسه آب مراجعه کرده بودند زایمان طبیعی داشتند و خانمهاییکه با معرفی نامه پزشک و یا خونریزی مراجعه نموده بودند سزارین شدند. مطالعات نشان داده که تغییر الگوهای مراقبت مامایی به میزان قابل ملاحظه‌ای بر روش‌های زایمان تاثیر گذاشته (۲۱) اگر تشخیص یا مداخله در لیبر را با بستری دیررس تا شروع فاز فعال به تعویق بیندازیم احتمالاً اکثر مادران خواهان زایمان طبیعی از آن سود خواهند برد (۲۲). همانطوری که اشاره گردید اکثر افرادی که بدون داشتن درد زایمان بستری شده بودند بدون انجام مداخله و اکثراً در شیفت عصر سزارین شده بودند که مشابه نتایج مطالعه از کشور برزیل است آنها متوجه شدند که میزان سزارین در خانمهایی که در ساعات ۷ صبح تا ۷ بعد از ظهر مراجعه کرده بودند بیشتر بوده است و هر چه زمان بستری در شبانه روز دیرتر بود از میزان سزارین کاسته می‌شد (۲۳) برخی مطالعات افزایش قابل توجه میزان سزارین را انعکاسی از نگرش محافظه کارانه مراقبت کنندگان می‌دانند که بطور مستقیم بر مداخلات حین زایمان و نهایتاً میزان سزارین تاثیر گذار بوده است (۲۴).

در مطالعه حاضر، میزان زایمان واژینال در خانمهاییکه مدت زمان بیشتری در لیبر بستری

آموزش داد و طی مراحل اولیه لیبر توجه مضاعفی به آنها مبذول نمود و در صورت نیاز از مسکن استفاده نمود تا این اندیکاسیون کاهش یابد. در خصوص اندیکاسیون شایع سزارین تکراری نیز راهکار زایمان واژینال متعاقب سزارین سودمند است بررسی‌ها نشان داده که ۸۰-۶۰٪ همه زنانی که متعاقب وضع حمل قبلی، زایمان واژینال را برگزیدند، بطور موفقیت آمیزی وضع حمل نمودند (۶).

ضمناً در این مطالعه با افزایش تحصیلات به میزان سزارین افزوده می‌شد و با مطالعه ایتالیایی‌ها همخوانی دارد که احتمالاً بدلیل افزایش قدرت انتخاب و امکانات مالی می‌باشد در لس‌آنجلس نیز شیوع سزارین با ازدیاد درآمد افزایش داشته (۱) ولی در مطالعه کرمانی‌ها بین تحصیلات و سزارین ارتباطی وجود نداشت که احتمالاً بعلت عدم افزایش آگاهی افراد تحصیل کرده‌ماز عوارض سزارین است (۳۲) طی مطالعه ما فراوانی زایمان واژینال در روستائیان بیشتر بود که احتمالاً تحت تاثیر تحرک بیشتر و یا باورهای خاص حاکم در روستا و یا عدم وجود تجهیزات پزشکی و مامایی جهت مداخله و سزارین در روستا می‌باشد. برخی تحقیقات نشان داده در مناطقی که امکانات مجهزتری در بخشهای زنان و مامایی دارند سزارین افزایش داشته است (۱۴). ضمناً روستائیان بیشتر بعلت پارگی کیسه آب عدم تناسب سر جنین و لگن مادر، زجر جنینی، عدم پیشرفت و حاملگی طول کشیده سزارین شدند و شهری‌ها بعلت تمایل به عقیمی، انتخابی و سابقه سزارین یعنی اندیکاسیون انتخابی در شهری‌ها بیشتر بوده و بنظر می‌آید روستائیان تا هنگامی که

ما میزان سزارین در مراکز درمانی خصوصی ۱/۲ برابر مراکز دولتی و ۱/۳ برابر مراکز آموزشی بود که تقریباً مشابه مطالعه بابلی‌هاست که میزان سزارین در مراکز خصوصی ۱/۵ برابر مراکز آموزشی و دولتی بود (۱۲). ولی در مطالعه انجام شده در تایلند میزان سزارین در عرض ۵ سال ۷۸٪ در بیمارستان‌ها دولتی و ۵۰٪ در مراکز خصوصی و ۶۶٪ در مراکز آموزشی افزایش یافته بود (۳۰) یعنی میزان سزارین در مراکز دولتی بیشتر از سایر مراکز افزایش یافته بود که مخالف مطالعه ماست و شاید بعلت سیستم متفاوت قوانین حاکم بر مراکز دولتی در دو کشور باشد.

در مطالعه ما اندیکاسیون‌ها انتخابی، سابقه سزارین، پارگی زودرس کیسه آب و عدم تناسب سر جنین و لگن ما در حداکثر فراوانی را به خود اختصاص داده بودند که با شایعترین علت سزارین در کشور ما ایران (سزارین قبلی، عدم تناسب سر جنین و لگن مادر و زجر جنینی) و کشورهای امریکا و کانادا مطابقت می‌کند (۱۴). در خصوص اندیکاسیون انتخابی طی یک مطالعه در پرتقال علت افزایش میزان سزارین به ۳۰/۱٪ در سال ۲۰۰۰ را حضور متخصصین در بیمارستانهای زنان و مامایی بدلائل غیر پزشکی مربوط دانسته و ترس از پرداخت دیه و شکایات قانونی را علت تمایل پزشکان به سزارین انتخابی می‌دانند (۱۰) در انگلیس نیز علت افزایش میزان سزارین را سزارین انتخابی را ترس از درد زایمان و یا صدمه به سر جنین می‌دانند (۸) با توجه به اینکه در مطالعه ما شایعترین اندیکاسیون انتخابی بوده، شاید بهتر باشد به خانمها در طول مراقبتهای بارداری در خصوص مزایای زایمان واژینال

معاونت درمان استان گلستان بعلت انجام هماهنگی های لازم با پژوهشگران اعلام می‌دارند.

منابع

- 1- Cunningham FG , Gant NF , Levono KJ , Gilstrap LC , Luth JC , Wenstrom KD . Williams obstetrics . 21 th Ed . Chapter 6 . Appleton and Lange . USA . 2001 ; pp: 509-536 .
- ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت امور درمان و دارو. بررسی میزان و ترویج زایمان طبیعی در کشور، ۱۳۷۵.
- 3 - Hannah , M .E . Planned elective casarean section : A reasonable choice for some women ? . CMAJ . 2004 . 170 (5) . 813-9
- 4 - Brunfield CG , Nelson KG . Adit Of infection morbidity following cesarean section at a distric general hospital . Obstetric & Gynecol . 1997 ; 17 (5) : 436-443 .
- 5 - Davis LG , Riedmann GL , Sapiro M . Cesarean section rates in low risk private patients managed by certified nurse - midwives and obstetricians . Journal of Nurse Midwifery . 1994 ; 39 (2) : 91 - 97 .
- 6- Hada RL , Laros RK . Active phase in labor : predictors of cesarean delivery in a nulliparous population . Obstet Gynecol . 1993; 81(5):758-763 .
- 7- Kwee . A , Cohlen . B . J , Kanhai . H . H . Cesarean section on request : a survey in Netherlands . Eur J Obstet Gyencol Reprod Biol . 2004 . 113 (2) . 186-90 .
- 8 - Lei . H , Wen .S . W , Wlaker . M . Determination of cesarean delivery among women hospitalize child birth in a remote population in china . J Obstet Gyencol Can . 2003 . 25 (11): 937-43 .
- 9- Leeman L , Leeman R A Native American community with a 7% cesarean delivery does case mix, ethnicity, or labor management explain the low rate. Ann Fam Med . 2003 , 1 (1): 36- 43 .
- 10- Dias M A , Deslandes . S . F . Cesarean section: risk perception and indication by attendance of obstetricians in maternity

خطر جدی متوجه مادر و جنین نباشد سزارین را انتخاب نمی‌کنند این مسئله در خصوص گروههای قومی نیز صدق می‌کنند و میزان سزارین در گروههای قومی سیستانی و سپس ترکمن کمتر از گروه قومی فارس بوده و اندیکاسیون غالب در گروه قومی ترکمن پره‌اکلامپسی و در گروه قومی سیستانی حاملگی طول کشیده و زجر جنینی بوده و بنظر می‌رسد آنها هنگامی به سزارین رضایت می‌دهند که اندیکاسیون ضروری وجود داشته باشد این مسئله ممکن است بعلت باورهای خاص آنان و گرایشهای فکری دیرینه در گروههای قومی خاص باشد جالب است که بدانیم کمترین میزان سزارین در مطالعه وزارت بهداشت نیز در استان سیستان و بلوچستان بوده است (۲۳ و ۲).

نتیجه‌گیری

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که عوامل بسیاری بر انتخاب روش ختم بارداری تاثیر گذار هستند و با عنایت بر اینکه مناسب‌ترین راه کاهش ختم جراحی حاملگی، شناخت علل و عوامل مؤثر بر آن می‌باشد باید تحقیقاتی طراحی نمود تا علت تاثیر عوامل مرتبط ارزیابی گردد و با استفاده از نتایج این بررسی‌ها و آموزشهای همه جانبه می‌توان امیدوار بود که سیر صعودی سزارین‌های غیر ضروری کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه به جهت تقبل هزینه این مطالعه و دفتر امور پرستاری و مامایی

- ۲۱- نیونهام جی . پی . هوپل . سی . ال . اصول بیماری های زنان و زایمان هکر مور . نیرومنش . شیرین افتخار . زهرا . یازندی . فریبا . موسسه فرهنگی انتشاراتی سیمیا ۱۳۷۸ . تهران . فصل ۳۱ . صفحات ۷۲۱-۷۰۷ .
- 22- Lauzon L, Hodent E, labour assessment programs to delay admission to labour words. *cochrane Databus syst Rev*, 2001, (3): 936.
- 23- Gomes UA, Risk factors for the increasing cesarean section rate in Southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Internation Journal of Epidemiol*. 1999; 28 (4): 687 - 694.
- 24- Sheiner E, Lery A, Feinstein U, Obstetric risk factors for failure to progress in the first versus the second stage of labor. *J Matern Fetal Neontal*, 2002, 11(6): 409-413.
- 25- Jama I, Prediction of difficult vaginal birth and cesarean section for cephalo-pelvic disproportion. *Matern Fetal Med*. 1999. 8(8): 51- 6.
- 26- Magann E F, Chauhan s p, Mobley J A, Klausen J H, Martin J N, Morrison J C, Risk factors for secondary arrest of labor among women > 41 weeks gestation. with an unfavorable cervix undergoing membrane sweeping for cervical ripening. *Int Gynecol Obstet*. 1999. 65 (1): 1-5.
- 27- Impey L, Hoson J, Oherlihy C, Graphic analysis of actively managed labor: prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183 (2): 438 - 43.
- ۲۸- بلبل حقیقی ، ناهید ابراهیمی ، حسن . عجمی . مقایسه فراوانی زایمان طبیعی و سزارین و علل آن در شهرستان شاهرود ۱۳۷۹ . فصلنامه باروری و ناباروری . بهار ۱۳۸۱ . سال سوم . شماره دهم . صفحات ۵۸-۵۰ .
- ۲۹- افشاری ، صالح . دستفان ، فاطمه ، وزیری ، احترام السادات و همکاران . بررسی فراوانی زایمان طبیعی ، سزارین و علل آن در مراکز hospital in Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 2004, 20 (1), 109 - 16.
- 11- Falsone S, Chauhan SP, Mobley JA. Unengaged vertex in nulliparous women in active labor: A risk factor for cesarean delivery. *J Reprod Med*. 1998; 43(8): 676-680.
- ۱۲- حاجیان ، کریم الله . بررسی روند تغییرات میزان سزارین در مراکز درمانی دولتی و خصوصی شهر بابل در سال های ۱۳۷۳-۱۳۷۸ . پژوهش در پزشکی . ۱۳۸۱ . سال ۲۶ . شماره ۳ . صفحات ۹ تا ۱۷۵ .
- 13- Leitch Walker J. The rise in cesarean section rate. The same indication but a lower threshold. *Br. J. of Obstet & Gynecol*. 1998; 105: 621-626.
- ۱۴- مقاره عابد ، لیلا . گوهریان ، وحید . قانعی ، بررسی شیوع سزارین و علل آن در کشور جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۷ . مجله پژوهشی حکیم . ۱۳۷۹ . دوره سوم . شماره دوم . صفحات ۱۴۷ تا ۱۵۲ .
- 15- Oladapo O, Sotunsa J, Sule-Odu A, The rise in cesarean birth rate in Sagamu, Nigeria: reflection of change in obstetric practice. *J Obstet Gynecol*, 2004, 24(4), 377-81.
- 16- Korst L M , Gregory K D, Gornbein J A, Elective primary cesarean delivery: accuracy of administrative data. *paediatr perinate Epidemiol*, 2004, 18(2): 112-9.
- 17- Glantz J C, Labor induction rate variation in upstate NewYork: what is defference? *Birth*, 2003, 30(3): 168 - 74.
- 18- Sobande A A, Archibong E .I, Eskandar M, Primary cesarean section in nulliparous and gand multiparous saudi women from the Abha region: induction and outcome. *West Afr J Med*. 2003. 22(3): 232 - 5.
- 19- Murphy K, Shalel - Cohn WR. Labor and delivery in nulliparous women who present with unengaged fetal head. *J Perinatol*, 1998, 18(2): 122-125.
- 20- Segb ST, Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. *Obstet & gynecol*. 1999; 94: 600 - 607.

مؤثر بر آن در کرمان . مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان . ۱۳۷۹ . سال نهم . شماره ۳۳ و ۳۴ . صفحات ۸۸ تا ۹۵ .

۳۳- علامه ، زهرا . بررسی فراوانی سزارین در مناطق شهری و روستایی کشور ایران . مجله پژوهش در علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان . ۱۳۷۸ . سال چهارم . شماره ۴ . صفحات ۹۴ تا ۱۸۷ .

درمانی دولتی و خصوصی استان خراسان در سال ۱۳۷۷ . مجله زنان و مامایی و نازایی ایران ۱۳۷۸ . سال اول . شماره ۱ . صفحات ۴۰ تا ۴۵ .

30- Boonsri C, Yongyoth H, Umaporn U, Epidemic of cesarean section at the general, private and university hospitals in Thailand. J Obstet Gynecol Res, 2000, (26): 357 - 61.

31- Penna L, Arulkmaran S, Cesarean section for non medical reasons. Int J Gynecol Obstet, 2003, 82 (3): 399 - 409.

۳۲- معتمدی ، بتول . جانقربانی ، محسن .

افتخاری ، ناهید . شیوع سزارین و برخی عوامل