

پیش بینی روند افزایش میزان سزارین بر اساس برخی آمارهای موجود فعلی

نویسندگان: دکتر سکینه مؤید محسنی^{۱*} و خدیجه محمدی^۲

۱. استادیار دانشکده پزشکی شاهد

۲. مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

Email: Moayedmohseni@shahed.ac.ir

* نویسنده مسئول:

چکیده

مقدمه: با توجه به آمار فزاینده میزان سزارین در کشور ما، برای نشان دادن روند قابل پیش بینی افزایش بیش تر آن در آینده، این مطالعه براساس آمار موجود در مورد میزان و علل سزارین در بیمارستان های دانشگاه شاهد طراحی گردید.

مواد و روش ها: کلیه زایمان ها در طی یک دوره سه ماهه در نظر گرفته شد. پس از حذف سزارین های تکراری، میزان سزارین های بار اول برآورد گردید. سپس احتمال سزارین با توجه به تعداد حاملگی های هر فرد مشخص گردید. آن گاه با در نظر گرفتن ریسک سزارین در هریک از حاملگی های اول، دوم، سوم و چهارم، احتمال سزارین برای فردی که فعلاً حاملگی اول را پشت سر گذاشته، در حاملگی های بعدی برآورد گردید.

نتیجه: اگر میزان سزارین بار اول فعلی ۴۷ درصد باشد، میزان سزارین در مدت زمان معادل فاصله دو حاملگی بعدی در همین جمعیت به ۶۸ درصد افزایش خواهد یافت و اگر احتمال سزارین در حاملگی اول ۵۷ درصد باشد این میزان در حاملگی سوم به ۸۱ درصد و در صورت وجود چهارمین حاملگی به ۹۲ درصد خواهد رسید.

بحث و نتیجه گیری: به نظر می رسد چاره اندیشی به موقع برای کاهش سزارین های اختیاری بدون اندیکاسیون طبی خصوصاً در حاملگی اول و مجهز ساختن بیمارستان ها به امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی به دنبال سزارین و تشویق افراد به آن از راه حل های جدی باشد.

واژه های کلیدی: سزارین، زایمان طبیعی

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال چهاردهم - شماره ۶۶
دی ۱۳۸۵

وصول: ۸۴/۸/۴

ارسال اصلاحات: ۸۴/۱۰/۲۰

دریافت اصلاحات: ۸۴/۱۱/۱۷

پذیرش: ۸۴/۱۲/۲۰

مقدمه

در سال های اخیر در بیمارستان های ایران تعداد زایمان با عمل سزارین رو به افزایش گذاشته است. در بررسی سال ۱۳۵۵ وزارت بهداشت وقت، شیوع سزارین ۱۹/۵ درصد [۱]، و در گزارش معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مرداد ماه سال ۱۳۷۷، ۳۳/۱ درصد گزارش شده است [۲]. در آخرین گزارش این معاونت در سال ۱۳۷۹ این میزان ۳۵ درصد

در کل کشور و ۵۰ درصد در شهر تهران بوده است [۳] و این در حالی است که در حال حاضر، آمار غیررسمی از برخی از بیمارستان های خصوصی حاکی از میزان سزارین بالای ۹۰ درصد است.

در یک بررسی که در سال ۱۳۷۹ در بیمارستان های دانشگاه شاهد انجام شد این میزان ۵۶/۲ درصد اعلام گردیده است [۴]. به طور کلی، این آمارها با آمارهای جهانی و استاندارد اعلام شده تفاوت فاحشی دارد.

یک از حاملگی‌های اول، دوم، سوم و چهارم، احتمال سزارین برای فردی که فعلاً حاملگی اول را پشت سر گذاشته، در حاملگی‌های بعدی برآورد گردید.

نهایتاً با در نظر گرفتن همین الگوی نسبت تعداد حاملگی‌ها، احتمال سزارین به طور کلی برای این گروه از افراد در آینده محاسبه شد.

نکته: از آن‌جا که کلمه زایمان در ترجمه دو کلمه delivery و parity استفاده می‌شود، برای جلوگیری از خلط موضوع از کلمه حاملگی به جای معنای دوم زایمان یعنی parity استفاده گردیده است.

نتایج

در طی دوره زمانی مشخص شده ۶۵۱ زایمان در این مراکز صورت گرفته که الگوی پاریتی آن‌ها مطابق جدول ۱ بوده است.

تعداد ۱۱۴ نفر به علت سزارین تکراری، مورد سزارین واقع شده بودند که برای برآورد میزان سزارین‌های بار اول و احتمال آن برحسب تعداد حاملگی‌های هر فرد از آمار سزارین حذف گردیدند.

به طور کلی، نسبت انجام سزارین بار اول در جمعیت فوق‌الذکر ۴۷ درصد بوده است. این نسبت با در نظر گرفتن رتبه زایمان برای هر گروه مستقلاً محاسبه گردید؛ بدین ترتیب که ابتدا درصد افراد سزارین نشده در هر پاریتی محاسبه و سپس با در نظر گرفتن احتمال سزارین در همان پاریتی، احتمال

جدول ۱ الگوی تعداد حاملگی‌ها

تعداد حاملگی (پاریتی)	تعداد	درصد
۰	۳۰۲	۴۶
۱	۱۹۹	۳۱
۲	۶۹	۱۵
۳	۳۹	۶
≥۴	۱۵	۲
جمع	۶۵۱	۱۰۰

کالچ زنان و مامایی امریکا اهداف تعیین شده جهت سال ۲۰۱۰ را میزان ۱۵/۵ درصد [۵] در حاملگی‌های اول ترم و سفالیک یک قلو اعلام کرده، در حالی که در آمارهای فعلی این کشور در سال ۲۰۰۳، میزان کلی سزارین ۲۷/۶ درصد و در حاملگی اول حدود ۱۹ درصد است [۶].

به نظر می‌رسد این اختلاف ناشی از آمار بالای سزارین‌های اختیاری خصوصاً در افراد با حاملگی اول و همچنین عدم انجام زایمان واژینال به‌دنبال سزارین در کشور ما باشد.

اگر وضعیت کشور ما به همین منوال در طی سال‌های آینده ادامه یابد افراد با حاملگی اول که با درصد بالایی سزارین شده‌اند، تبدیل به سزارین‌های تکراری در حاملگی‌های بعدی خواهند گردید. اگر در حاملگی‌های بعدی نیز تعدادی به علل مامایی و تعداد دیگری بنا به درخواست شخصی سزارین شوند، قابل پیش‌بینی خواهد بود که در طی بیست سال آینده آمار سزارین بسیار بیش‌تر از حال خواهد بود.

برای نشان دادن روند افزایش میزان سزارین در طی زمان با استفاده از آمار در دسترس از اطلاعات مربوط به دانشگاه شاهد در سال ۷۹ استفاده گردید و تحلیل مربوط صورت پذیرفت تا با کمک آن، دورنمای سالیان بعد ترسیم گردد. البته نتایج حاصل وابسته به این آمار نیست و می‌توان با استفاده از هر آمار دیگری در کشور، این جریان رو به افزایش را پیش‌بینی کرد. باشد که از این راه، هشدارهای لازم برای چاره‌اندیشی عاجل توسط متخصصین زنان و زایمان و سیاستگذاران بهداشتی جامعه صورت گیرد.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق، کلیه زایمان‌ها در طی یک دوره سه ماهه در نظر گرفته شد. پس از حذف سزارین‌های تکراری، میزان سزارین‌های بار اول برآورد گردید. سپس احتمال سزارین با توجه به تعداد حاملگی‌های هر فرد مشخص شد و آن‌گاه با در نظر گرفتن ریسک سزارین در هر

جدول ۲ احتمال سزارین بر حسب تعداد حاملگی‌ها

تعداد حاملگی (پاریتی)	زایمان طبیعی	سزارین (باراول)	احتمال سزارین	احتمال سزارین در کل جمعیت	احتمال تجمعی سزارین
۰	۱۲۹	۱۷۳	۰/۵۷	۰/۵۷	-
۱	۸۲	۴۴	۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۷۲
۲	۴۹	۲۲	۰/۳۱	۰/۰۸۹	۰/۸۱
۳	۱۶	۷	۰/۳۰	۰/۰۵۹	۰/۸۷
≥۴	۹	۶	۰/۴۰	۰/۰۵۳	۰/۹۲

سزارین در کل جمعیت محاسبه گردید. در نهایت به شکل احتمال تجمعی برای هر یک از رتبه‌های زایمانی نشان داده شد (جدول ۲).

با در نظر گرفتن یک دوره زمانی معادل متوسط دو فاصله‌گذاری بین حاملگی‌ها (حدوداً ده سال) که افراد با حاملگی اول در طی این دوره به حاملگی سوم خود برسند، احتمال سزارین برای این افراد از ۵۷ درصد به ۸۱ درصد و در صورت رسیدن به پاریتی چهارم به ۹۲ درصد افزایش خواهد یافت.

در نهایت اگر الگوی تعداد حاملگی در آن زمان مشابه حال باشد، احتمال کلی سزارین از ۴۷ درصد به ۶۸ درصد خواهد رسید.

بحث

هدف از این مطالعه، ارائه دلایل سزارین و بحث در مورد منطقی یا غیرمنطقی بودن بسیاری از علل سزارین در آمار کشوری نیست، بلکه هدف، نشان دادن عمق یک فاجعه درمانی در طول زمان است که بدون کنترل در حال پیشرفت می‌باشد. وقتی میزان سزارین در یک مرکز در طی زمان از حال تا دو زایمان بعد از ۴۷ درصد به ۶۸ درصد افزایش یابد، در مراکزی که در حال حاضر میزان سزارین بالاتر از ۹۰ درصد است در آینده‌ای نه چندان دور حداقل به بالای ۹۵ درصد خواهد رسید.

با توجه به این آمار فزاینده، سیاستگذاران بهداشتی جامعه باید عوارض آن را در طی زمان پیش‌بینی کرده، از اکنون راه حلی برای کاهش آن بنویسند.

در کاهش این آمار دو عامل به‌نظر مؤثر می‌رسند. اول) ایجاد امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین. از آن‌جا که بیمارستان‌ها مجهز به امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین نیستند متخصصین زنان و زایمان نیز عواقب قانونی آن را در شرایط فعلی نمی‌پذیرند. در صورت فراهم کردن امکانات لازم می‌توان از بسیاری از سزارین‌های تکراری غیرضروری پیشگیری کرد. در اهداف تعیین شده توسط کالج زنان و مامایی آمریکا برای سال ۲۰۱۰ میزان ۳۷ درصد زایمان طبیعی به‌دنبال سزارین در شرایط تعریف شده در نظر گرفته شده است؛ این در حالی است که در کشور ما آمار زایمان طبیعی به‌دنبال سزارین حتی یک درصد هم نیست.

دوم) کاهش سزارین‌های اختیاری بدون اندیکاسیون طبی خصوصاً در حاملگی اول.

میزان بالای سزارین در حاملگی اول (۵۷ درصد در این مطالعه در مقایسه با ۱۹ درصد در آمار مرکز سلامت آمریکا ۲۰۰۳) و افتادن در مسیر سزارین‌های تکراری در شرایط فعلی، باعث میزان بسیار بالای سزارین در حال و آینده است. در آمریکا میزان ۱۵/۵ درصد به‌عنوان هدف جهت سال ۲۰۱۰ در نظر گرفته شده است. به‌نظر می‌رسد فراهم کردن اطلاعات مناسب برای خانم‌های باردار از طریق وسایل ارتباط جمعی،

منابع

۱. گزارش وزارت بهداشتی سال ۱۳۵۵.
 ۲. گزارش معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۷۷.
 ۳. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS): مهر ماه ۷۹. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
 ۴. عفت کلاته، بررسی فراوانی و علل انجام سزارین در بی‌مارستان‌های دانشگاه شاهد، پایان‌نامه دکترای عمومی پزشکی، دانشگاه شاهد: دانشکده پزشکی، ۱۳۷۹.
 5. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation on cesarean delivery. June 2000.
 6. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2003: Natl Vital Stat Rep. 2005; 8:54(2):1-116.
 7. Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. : Eur J Public Health. 2005; 15(3):288-95.
- برگزاری کلاس‌های آموزشی در طی حاملگی و ایجاد الزام برای همه خانم‌های باردار به منظور شرکت در این کلاس‌ها، بتواند با بالا بردن اطلاعات افراد، همکاری و مشارکت آن‌ها را در فرایند زایمان بیش‌تر کند.
- ایجاد ممانعت‌هایی برای متخصصین زنان با ارزیابی عملکرد آن‌ها از یک طرف و حمایت‌های قانونی لازم از آن‌ها در جهت تشویق به انجام زایمان طبیعی می‌تواند سهمی در کاهش این آمار داشته باشد.
- با توجه به مطالعه‌ای در یونان که انگیزه‌های مالی و راحتی کار را مشوق پزشکان در انجام سزارین بیان کرده است [۷]، هم‌سطح‌سازی تعرفه‌های زایمان طبیعی با سزارین را شاید بتوان به‌عنوان پیشنهاد مطرح کرد.
- نهایتاً وضعیت فعلی عملکرد مامایی، بررسی و کنترل دقیقی از طرف مسئولین بهداشتی و درمانی جامعه را می‌طلبد که در صورت عدم اقدام به موقع این سوء درمان در آینده نه‌چندان دور گریبانگیر جامعه خواهد شد.