دانشور

پزشکی

پیشبینی روند افزایش میزانسزارین بر اساس برخی آمارهای موجود فعلی

نویسندگان: دکتر سکینه مؤید محسنی ۱۰ و خدیجه محمدی^۲

١. استادیار دانشکده یزشکی شاهد

۲. مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد

نویسنده مسئول:

Email: Moayedmohseni@shahed.ac.ir

پکیده

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

مواد و روشها: کلیه زایمآنها 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 گردید. آن گاه با در نظر گرفتن ریسک سزارین در هریک از حاملگیهای اول، دوم، سوم وچهارم، احتمال سزارین برای فردی که فعلاً حاملگی اول را پشت سرگذاشته، در حاملگیهای بعدی برآورد گردید.

نتیجه: اگر میزان سزارین بار اول فعلی ۴۷ درصد باشد، میزان سزارین در مدت زمانِ 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 ونتیجه گیری: بهنظر میرسد چاره اندیشی به موقع برای کاهش سـزارینهای اختیاری بدون اندیکاسیون طبی خصوصاً در حاملگی اول و مجهز ساختن بیمارسـتانها بـه امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی بهدنبال سزارین و تشویق افراد به آن از راه حلهای جدی باشد.

واژههای کلیدی: سزارین، زایمان طبیعی

دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد سال چهاردهم - شماره 6۶ دی 1380

وصول: ۸۴/۸/۴ ارسال اصلاحات: ۸۴/۱۰/۲۰ دریافت اصلاحات: ۸۴/۱۱/۱۷ یذیرش: ۸۴/۱۲/۲۰

مقدمه

در سالهای اخیر در بیمارستانهای 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، ۱۳۷۷ درصد گزارش شده است [۲]. در آخرین گزارش این معاونت در سال ۱۳۷۹ این میزان ۳۵درصد

درکل کشورو ۵۰ درصد در شهر تهران بوده است [۳] و این در حالی است که در حال حاضر، آمار غیررسمی از برخی از بیمارستانهای خصوصی حاکی از میان سزارین بالای ۹۰ درصد است.

در یک بررسی که در سال ۱۳۷۹ در بیمارستانهای 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.

کالج 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 می رسد این اختلاف ناشی از آمار بالای سزارینهای اختیاری خصوصاً در افراد با حاملگی اول و همچنین عدم انجام زایمان واژینال به دنبال 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 پیش بینی خواهد بود که در طی بیست سال آینده آمار سزارین بسیار بیش تر 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 می توان با استفاده از هر آمار دیگری در کشور، این جریان رو به افزایش را پیش بینی کرد. باشد که از این راه، هشدارهای لازم برای چارهاندیشی عاجل توسط متخصصین زنان و زایمان و سیاستگذاران بهداشتی جامعه صورت گیرد.

مواد و *ر*وشها

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 آن گاه با در نظر گرفتن ریسک سزارین در هر

یک از حاملگیهای اول، دوم، سوم وچهارم، احتمال سزارین برای فردی که فعالاً حاملگی اول را پشت سرگذاشته، در حاملگیهای بعدی برآورد گردید.

نهایتاً با در نظر گرفتن همین الگوی نــسبت تعــداد 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 و delivery و parity و mribs و میشود، برای جلوگیری از خلط موضوع از کلمه حاملگی به جای معنای دوم زایمان یعنی parity استفاده گردیده است.

نتايج

در طی دوره زمانی مشخص شده ۶۵۱ زایمان در ایس 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 سزارین های بار اول و احتمال آن برحسب تعداد حاملگی های هر فرد از آمار سزارین حذف گردیدند.

به طور کلی، نسبت انجام سزارین بار اول در جمعیت فوق الذکر ۴۷ درصد بوده است. این نسبت با در نظر گرفتن رتبه زایمان برای هر گروه مستقلاً محاسبه گردید؛ بدین ترتبب 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

	_	
درصد	تعداد	تعداد حاملگی (پاریتی)
45	٣٠٢	•
٣١	199	١
10	۶۹	۲
۶	٣٩	٣
۲	10	≥۴
1	۶۵۱	جمع

جدول ۲ احتمال سزارین بر حسب تعداد حاملگیها

احتمال تجمعی سزارین	احتمال سزارین در کل جمعیت	احتمال سزارين	سزارین (باراول)	زايمان طبيعي	تعداد حاملگی (پاریتی)
-	•/ ۵ V	•/ ۵ V	174	149	•
•/٧٢	•/10	•/٣۵	44	۸۲	١
•/٨١	•/•٨٩	٠/٣١	77	49	۲
•/AV	•/•۵٩	•/*•	٧	18	٣
•/97	•/•۵٣	•/۴•	۶	٩	≥4

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

با در نظر گرفتن یک دوره زمانی معادل متوسط دو فاصله گذاری بین حاملگی ها (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 می باشد. وقتی میزان سزارین در یک مرکز در طی زمان از حال تا دو زایمان بعد از ۲۷ 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 پیش بینی کرده، از اکنون راه حلی برای کاهش آن بنیدیشند.

در كاهش اين آمار دو عامل بهنظر مؤثر ميرسند.

اول) ایجاد امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین. از آنجا که بیمارستانها مجهز به امکانات لازم برای انجام زایمان طبیعی بعداز سزارین نیستند متخصصین زنان و زایمان نیز عواقب قانونی آن را در شرایط فعلی نمی پذیرند. در صورت فراهم کردن امکانات لازم می توان از بسیاری از سزارینهای تکراری غیرضروری پیشگیری کرد. در اهداف تعیین شده توسط کالج زنان و مامایی امریکا 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 در 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 امار مرکز این مطالعه در مقایسه با ۱۹ درصد در آمار مرکز سلامت امریکا ۲۰۰۳) و افتادن در مسیر سزارینهای تکراری در شرایط فعلی، باعث میزان بسیار بالای سزارین در حال و آینده است. در امریکا میزان ۱۵/۵ در نظر گرفته 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 بهداری سال ۱۳۵۵.
- گزارش معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش یزشکی سال ۱۳۷۷.
- ۳. سیمای جمعیت و سلامت در جمهـوری اسـلامی ایـران
 (DHS): مهر مـاه ۷۹. معاونـت بهداشـتی وزارت بهداشـت درمان و آموزش پزشکی.
- عفت کلاته، بررسی فراوانی و علل انجام سیزارین در بیمارستانهای دانشگاه شاهد، پایاننامه دکترای عمومی یزشکی، دانشگاه شاهد: دانشکده یزشکی، ۱۳۷۹.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Cesarean Delivery Rates: Evaluation on cesarean delivery. June 2000.
- 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.
- 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 بهمنظور شرکت در این کلاسها، بتواند با بالا بردن اطلاعات افراد، همکاری و مشارکت آنها را در فرایند زایمان بیش تر 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 می تواند سهمی در کاهش این آمار داشته باشد.

با توجه به مطالعهای در یونان که انگیزههای مالی و راحتی کار را مشوق پزشکان در انجام سرزارین 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 نه چندان دور گریبانگیر جامعه خواهد شد.