

بررسی تأثیر درخواست زنان باردار بر میزان سازارین انتخابی

معصومه علی محمدیان*: گروه اکولوژی انسانی، دانشکده بهداشت و انتیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مامک شریعت: پژوهشگر، مرکز بهداشت باروری ولی عصر، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

دکتر محمود محمودی: دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انتیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فاطمه رمضانزاده: دانشیار، گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

فصلنامه پایش

سال دوم شماره دوم بهار ۱۳۸۲ صص ۱۳۹-۱۳۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۱/۱۱/۲۱

چکیده

امروزه میزان انجام عمل سازارین در حال افزایش بوده و درخواست مادر برای انجام سازارین انتخابی در حاملگی‌هایی که بدون مشکل هستند، شایع شده است. سازمان جهانی بهداشت حداکثر میزان سازارین را براساس اندیکاسیون‌های واقعی و عملی، ۱۵ درصد پیشنهاد نموده است. حال آن که در بسیاری از جوامع از جمله ایران، میزان سازارین بسیار بالاتر بوده و در بسیاری از موارد اندیکاسیون علمی انجام عمل سازارین متولی تعیین نوع زایمان نیست، بلکه ناآگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های غیرآزمون شده و غلط، تعیین‌کننده نوع انجام زایمان شده است.

این مطالعه یک بررسی مقطعی و توصیفی- تحلیلی بوده و با هدف بررسی تأثیر درخواست مادر بر میزان سازارین انتخابی در شهر تهران انجام پذیرفته است. طی دو مرحله نمونه‌گیری، ۸۲۴ مادر که برای انجام زایمان به زایشگاه‌های شهر تهران اعم از دولتی و غیردولتی در سال ۱۳۸۰ مراجعه کرده‌اند، انتخاب شدند و پس از جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه و مصاحبه، داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. نتایج بررسی حاکی از آن است که ۶۶/۵ درصد از زایمان‌ها در سطح شهر تهران به روش سازارین و ۳۳/۵ درصد به طریقه واژینال انجام شده است. همچنین ۷۲ درصد از سازارین‌ها، به صورت سازارین انتخابی بوده که ۲۲ درصد از این سازارین‌ها به درخواست مادر انجام گرفته است.

پس از تفکیک نوع بیمارستان‌ها نتایج حاکی از آن است که در بیمارستان‌های غیردولتی، به طور معنی‌داری میزان درخواست مادر برای سازارین انتخابی بیشتر از بیمارستان‌های دولتی است (۸۶ درصد در مقابل ۱۴ درصد) ($P < 0.0001$). همچنین نتایج به دست‌آمده در رابطه با علل درخواست مادر برای انجام سازارین انتخابی نمایانگر آن هستند که بیشتر مادران (۷۱ درصد) به دلایل غیرموجه نظری ترس از درد زایمان درخواست سازارین می‌نمایند و اکثر پزشکان متخصص (۶۵ درصد) نیز به علل غیرضروری و بدون اندیکاسیون منجر به سازارین، پیشنهاد ختم حاملگی به روش سازارین را داده‌اند. همچنین یافته‌ها حاکی از آن است که بیشترین (۷۳/۵ درصد) علت پزشکی و مامایی انجام سازارین انتخابی به دلیل سازارین تکراری بوده است. همچنین در این مطالعه افزایش سطح سواد مادران، اشتغال آنها و بارداری اول، به طور معنی‌داری موجب افزایش درخواست مادران برای انجام سازارین انتخابی شده است ($P < 0.05$). با ارتقای سطح آگاهی، نگرش مادران به عنوان محور اصلی خانواده‌ها و گروه آسیب‌پذیر جامعه و همچنین با افزایش امکان انجام زایمان طبیعی بی‌درد و زایمان واژینال پس از سازارین، می‌توان از میزان انجام سازارین‌های غیرضروری و به دنبال آن عوارض ناشی از عمل جراحی سازارین کاست.

کلیدواژه‌ها: سازارین، سازارین انتخابی، اندیکاسیون‌های سازارین، درخواست مادر

*نویسنده اصلی: خیابان انقلاب اسلامی، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت و انتیتو تحقیقات بهداشتی، طبقه چهارم شرقی، گروه اکولوژی انسانی

تلفن: ۰۹۱۳۹۵

E.mail: Pooya44@hotmail.com

مقدمه

زایمان طبیعی بهطور قابل توجهی بیشتر است [۵، ۶ و ۱۱]. همه این عوامل گویای این مسأله است که بار اقتصادی و بار بیماری عمل جراحی سزارین در جامعه به مراتب بیش از زایمان طبیعی است و باید از این روش تنها در برخی شرایط و براساس اندیکاسیون‌های مناسب استفاده نمود. هدف این مطالعه نیز تعیین تأثیر درخواست مادر بر میزان سزارین انتخابی در زایشگاه‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۰ بود تا شاید نتایج حاصل از آن بتواند گامی مؤثر در حل این مشکل بهداشتی بردارد.

مواد و روش کار

این مطالعه یک بررسی مقطعی (Cross-sectional) توصیفی- تحلیلی بوده است. تعداد ۸۲۴ نفر از مادران در حال زایمان مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۰ با روش نمونه گیری دو مرحله‌ای مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله اول جهت انتخاب بیمارستان‌ها، فهرست تمامی زایشگاه‌های شهر تهران و متوسط تولدات روزانه آنها جمع‌آوری و سپس ۲۰ زایشگاه مناسب با تعداد تولدات هر روز، انتخاب و از هر زایشگاه ۴۱ نمونه بهصورت تصادفی وارد مطالعه شدند. روش و ابزار گردآوری داده‌ها نیز پرسشنامه و پرونده بیماران بوده است که از طریق مصاحبه با مادر و پزشک و رجوع به پرونده‌های پزشکی و مامایی توسط پرسشگران آموزش دیده صورت گرفته است.

داده‌ها پس از جمع آوری وارد بانک اطلاعاتی در برنامه کامپیوتري SPSS شده و توسط همین نرم افزار کامپیوتري مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. همچنین برای خلاصه و دسته بندی کردن اطلاعات از آمارهای توصیفی و جهت مقایسه ارتباط متغیرها از آمار استنباطی شامل آزمون‌های آماری مربع کای (χ^2) و T-test استفاده گردید. جهت بررسی اثرات متقابل متغیرها بر روی یکدیگر نیز آزمون آماری Logistic regression به کار برده شد.

یافته‌ها

از ۸۲۴ مادر مورد بررسی در این مطالعه، ۳۹ درصد به بیمارستان‌های دولتی آموزشی، ۳۰ درصد به بیمارستان‌های

هدف اصلی سزارین، تأمین سلامت و نجات زندگی مادر و نوزاد است و بهترین انتخاب در شرایطی است که برای مادر و یا نوزاد مشکلاتی وجود داشته باشد. سازمان جهانی بهداشت حداکثر میزان سزارین را براساس اندیکاسیون‌های واقعی و عملی، ۱۵ درصد پیشنهاد نموده است [۱]. اما علی‌رغم این مسأله، آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت است. مضاف بر آن که مرتباً نیز روبه افزایش بوده، بهطوری که میزان آن در طی ۲۰ سال اخیر از ۵ درصد به ۲۵ درصد افزایش یافته [۲، ۳ و ۴] و حتی در بسیاری از جوامع از جمله ایران، این میزان بسیار بالاتر است. آمار سزارین در ایران از حداقل ۲۶ درصد تا ۶۰ درصد و حتی در بعضی مراکز خصوصی تا ۸۷ درصد نیز گزارش شده است [۵]. امروزه افزایش میزان سزارین به دلیل ارتقا و بهبود وضعیت جراحی و تکنیک‌های بیهوشی نیست، بلکه علل واقعی آن بهطور کامل مشخص نبوده و علی‌رغم ترس از دادخواهی، ترس از درد زایمان، صدمه به لگن و تجربه بد زایمان واژینال قبلی نیز برای آن مطرح است [۶].

تولد یک کودک از شیرین‌ترین لحظات زندگی پدر و مادر است. ولی نکته‌ای که بسیار حائز اهمیت است، انتخاب نحوه بهدنی آمدن فرزند است [۵]. هر مادری حق دارد که خود نحوه بهدنی آمدن فرزندش را انتخاب نماید و انتخاب یکی از حقوق بشر است ولی این انتخاب باید منطبق با آگاهی و علم باشد [۵، ۶ و ۷].

یکی از دلایل درخواست مادران برای انجام سزارین، مدرن بودن این روش در مقابل زایمان طبیعی است [۸ و ۹]. این درحالی است که در مدرن‌ترین و پیشرفته‌ترین جوامع، تمام تلاش‌ها برای کاهش سزارین و انجام زایمان بهصورت طبیعی صورت می‌گیرد [۱۰]. سزارین مانند هر عمل جراحی دارای عوارضی نظیر عفونت محل زخم، عفونت لگنی، عفونت ریوی، عفونت مجاری ادراری، آمبولی ریوی، ترومبوز وریدی، عوارض بیهوشی و ... بوده و میزان مورتالیتی و موربیدیتی مادر و نوزاد در این روش زایمانی بیشتر از زایمان طبیعی است [۶ و ۷]. همچنین مطالعات نشان می‌دهند که هزینه‌های مالی سزارین، دوره اقامت و بستری شدن مادر در بیمارستان، داروهای مصرفی و عوارض احتمالی آنها در عمل سزارین در مقایسه با

سازارین انتخابی را نیز در این مطالعه سازارین تکراری تشکیل داده است (جدول شماره ۳).

همچنین آزمون^۲ بین میزان درخواست مادر برای سازارین انتخابی و برخی از خصوصیات فردی نظری سن مادر، سن ازدواج، سطح سواد و شغل همسر، وضعیت مالی، سابقه نازایی، سن حاملگی و وجود مشکلات دوران بارداری رابطه معنی‌داری را نشان نداد. درحالی که روابط آماری معنی‌داری بین سطح سواد مادر، استعمال مادر و تعداد حاملگی در گروه درخواست کننده سازارین انتخابی در قیاس با گروه غیردرخواست کننده به‌دست آمد. به‌این معنی که در مادران با سطح سواد بالاتر از دیپلم درخواست سازارین انتخابی بیشتر از مادران با سطح سواد پایین دیپلم^۳ درصد در مقابل ۳۲ درصد و <0.01 است. همچنین در مادران شاغل، درخواست سازارین انتخابی بیشتر شده (<0.05) و مادران شکم اول نیز تمایل بیشتری به انجام سازارین انتخابی دارند (<0.001).

خصوصی، ۲۰ درصد به بیمارستان‌های وابسته به نهادهای نظری ارتش، سپاه، شاهد و غیره و ۱۱ درصد نیز به بیمارستانهای دولتی - درمانی مراجعه کرده‌اند.

همچنین ۶۶/۵ درصد زایمان‌ها به‌طریقه سازارین و ۳۳/۵ درصد به روش واژینال انجام گرفته است. ۷۲ درصد سازارین‌ها، سازارین انتخابی بوده که از این میان ۲۲ درصد بنایه درخواست مادر انجام گرفته است (جدول شماره ۱). نتایج بدست آمده به تفکیک نوع بیمارستان نیز نشان می‌دهد به‌طور معنی‌داری اکثریت (۸۶ درصد) مادرانی که به درخواست خود تحت عمل سازارین قرار گرفته‌اند به بیمارستان‌های غیردولتی و خصوصی مراجعه نموده‌اند (<0.001) (جدول شماره ۲).

براساس نتایج آزمون^۲، اکثر مادران به‌طور معنی‌داری بی‌دلیل و به‌طور غیرموجه درخواست سازارین انتخابی کرده‌اند. به قسمی ۷۱ درصد از مادران خواهان سازارین انتخابی، علل غیرمنطقی چون ترس از زایمان واژینال را مطرح نموده‌اند (<0.001). همچنین ۶۵ درصد از سازارین‌های انتخابی که به پیشنهاد پزشکان صورت گرفته، فاقد اندیکاسیون‌های واقعی علمی است و ۷۳/۵ درصد از اندیکاسیون‌های علمی مامایی

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی سازارین انتخابی در شهر تهران

| درصد | تعداد | |
|------|-------|--------------|
| ۲۲ | ۸۷ | درخواست مادر |
| ۲۲ | ۸۵ | پیشنهاد پزشک |
| ۵۶ | ۲۲۳ | علل مامایی |
| ۱۰۰ | ۳۹۵ | جمع |

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی واحدهای مورد مطالعه بر حسب نوع سازارین انتخابی و نوع بیمارستان

| P | جمع | | بنا به درخواست مادر | | بدون درخواست مادر | | تعداد | نوع |
|----------|------|-------|---------------------|-------|-------------------|-------|-------|-------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | | |
| <0.001 | ۳۷ | ۱۴۷ | ۴۴ | ۱۳۵ | ۱۴ | ۱۲ | | دولتی |
| | ۶۳ | ۲۴۸ | ۵۶ | ۱۷۴ | ۸۶ | ۷۴ | | خصوصی |
| | ۱۰۰ | ۳۹۵ | ۱۰۰ | ۳۰۹ | ۱۰۰ | ۸۶ | | جمع |

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی علل مامایی- پزشکی انجام سازارین انتخابی
در بیمارستان‌های شهر تهران

| درصد | تعداد | |
|------|-------|----------------------------|
| ۷۳/۵ | ۱۶۴ | سازارین تکراری |
| ۷ | ۱۶ | چندقولویی |
| ۶ | ۱۴ | قرار نامناسب جنین |
| ۲ | ۵ | فشار خون حاملگی |
| ۲ | ۵ | سابقه عمل سیستوسل و رکتوسل |
| ۲ | ۴ | تنگی لگن |
| ۱/۵ | ۳ | نارسایی سروپیکس |
| ۱/۵ | ۳ | دیابت حاملگی |
| ۱/۵ | ۳ | دیسترنس جنینی |
| ۱ | ۲ | عدم پیشرفت زایمان |
| ۱ | ۲ | پلی هیدرآمنیوس |
| ۰/۵ | ۱ | رحم دوشاخ |
| ۰/۵ | ۱ | کاهش حرکات جنین |
| ۱۰۰ | | جمع |
| ۲۲۳ | | |

مادر بوده است [۱۴]. در مطالعه دیگری که توسط Eftekhar در استرالیا انجام گرفته، میزان سازارین انتخابی ۱۰/۶ درصد گزارش شده که ۱۴ درصد از این میزان بر اثر درخواست مادر انجام شده است [۱۵].

از طرفی نتایج مطالعه Belizan و همکاران که در ۱۹ کشور آمریکای لاتین انجام داده بودند نشان می‌دهد که میزان سازارین در این ۱۹ کشور بین ۱۶/۸ تا ۴۰ درصد متغیر است. این محققین معتقدند که سالانه در آمریکای لاتین بالغ بر ۸۵۰ هزار موارد سازارین غیرضروری انجام می‌گیرد [۱۶]. در رابطه با آمار سازارین در مراکز خصوصی، نتایج مطالعه Nurtall در برزیل حاکی از آن است که میزان سازارین در مراکز خصوصی ۹۸ درصد و در مراکز دولتی ۲۵ درصد است [۹]. Murray نیز برطبق مطالعه‌ای در شیلی میزان سازارین را در مراکز دولتی یا دانشگاهی در ۲۷-۲۸ درصد و در مراکز خصوصی ۵۷-۸۳ درصد ذکر کرده است [۱۷].

Dobson معتقد است که در انگلستان و ایرلند از هر ۵ زن باردار یک نفر ۲۱/۵ درصد) به طریقه سازارین زایمان می‌کند، در حالی که در ۳۰ سال پیش حداقل میزان سازارین در این کشور ۴ درصد بوده است. همچنین این محقق معتقد است که

بحث و نتیجه‌گیری

میزان انجام عمل سازارین در حال افزایش بوده و درخواست مادر برای انجام سازارین انتخابی در حاملگی‌هایی که بدون مشکل هستند شایع شده است [۲]. به طوری که Ferryman ۲ معتقد است که میزان سازارین در سال ۱۹۵۰ در انگلستان ۲ درصد بوده در حالی که در سال ۱۹۹۷ به ۱۸ درصد و در سال ۲۰۰۰ به ۲۰ درصد افزایش یافته و نیمی از این میزان را نیز سازارین انتخابی شامل می‌شود [۱۲].

در مطالعه ما نیز میزان فراوانی سازارین ۶۶/۵ درصد تعیین شده که در واحدهای غیردولتی به حدود ۸۴ درصد نیز رسیده است. همچنین براساس نتایج مطالعه ما میزان فراوانی سازارین انتخابی و درخواست مادر نیز به ترتیب ۷۲ و ۲۲ درصد بوده است. در حالی که طبق نتایج مطالعه Johnson و همکاران، ۱۰ درصد از زایمان‌های سازارین که توسط متخصصین زنان و مامایی انجام می‌گیرد بهدلیل درخواست و تمایل مادر به انجام عمل سازارین است [۱۳].

همچنین Jackson و همکاران در طی مطالعه‌ای که در لندن انجام داده بودند، میزان فراوانی سازارین انتخابی را ۹/۱ درصد برآورد کردند که ۳۸ درصد از این موارد به درخواست

Jackson و همکاران (۱۹۹۸) نیز در مطالعه خود بیشترین علت (۵۶ درصد) انجام سزارین را سزارین تکراری گزارش نمودند [۱۴]. و این در حالی است که امروزه بسیاری از محققین معتقدند که صرف وجود سابقه قبلی عمل سزارین، دلیلی بر تکرار آن در زایمان‌های بعدی نیست و اگر برش سزارین قبلی عرضی پایین بوده و در حاملگی اخیر نیز مشکلی از نظر اندیکاسیون‌های مامایی نباشد می‌توان در صورت تبحر کافی عوامل زایمانی وجود تجهیزات و امکانات مناسب، زایمان واژینال پس از سزارین را انجام داد [۱۴، ۲۰ و ۲۱] و عوارضی همچون پارگی رحم در این موارد (زایمان واژینال پس از سزارین) ۰/۵ درصد است که به نسبت سایر زایمان‌ها افزایش چندانی ندارد [۱۴، ۲۰ و ۲۱].

در رابطه با ارتباط مشخصه‌های فردی مادر و سوابق مامایی با میزان درخواست مادر برای انجام سزارین انتخابی، نتایج مطالعه ما حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین سطح تحصیلات، اشتغال و تعداد حاملگی مادر با میزان درخواست انجام سزارین است. گرمارودی در سال ۱۳۷۸ طی تحقیقی که بر روی ۲۱۲۰ زن اول‌زا در تهران انجام داده بود، رابطه معنی‌داری بین افزایش شیوع عمل سزارین با اشتغال مادر، میزان سطح سواد دیپلم و بالاتر مادر و وضعیت اجتماعی-اقتصادی بالا به دست آورد و محققین این مطالعه معتقدند که عمل سزارین ورای الزامات پزشکی به صورت گزینه‌ای انتخابی توسط خانواده‌هایی که توانایی پرداخت هزینه آن را دارند درخواست می‌شود.

دراین رابطه Fisher و همکاران (۱۹۹۵) معتقدند که علاوه بر وضعیت مالی مناسب، سطح تحصیلات، فرهنگ و شخصیت بالای مادران از عوامل مؤثر افزایش مداخلات مامایی مادر در امر زایمان از جمله درخواست عمل سزارین محسوب می‌شود. Fisher و همکاران علت این امر را ترس این مادران از عملکرد ناصحیح و عدم تبحر در هنگام انجام زایمان واژینال می‌دانند [۲۲].

على‌رغم آن که در برخی مطالعات نظیر مطالعه Fisher و همکاران (۱۹۹۵) [۲۲] و گرمارودی (۱۳۷۸) [۲۳] و Scott (۱۹۹۹) [۴] وضعیت اقتصادی و حمایت‌های مالی با افزایش انجام عمل سزارین همراه بوده است، در مطالعه ما بین وضعیت

مادر برای تصمیم‌گیری صحیح جهت انتخاب نحوه زایمان نوزاد خود نیاز به حداقل ۴۰ ساعت مشاوره در دوران بارداری دارد و این در حالی است که در انگلستان فقط ۱۶ درصد از زنان باردار در طی دوران حاملگی از امکانات مشاوره ای بهره‌مند می‌گردند. در مطالعه این محقق همچنین مشخص شد که حتی بسیاری از مشاوران (۲۰ درصد) خود سزارین را بدون علت خاصی بر زایمان واژینال ارجح می‌دانند [۱۸]. حتی بسیاری از متخصصین زنان و مامایی برای انتخاب نحوه زایمان خود نیز نگرش و باورهای نادرستی دارند. به طوری که Almufti و همکاران بر اساس نتایج مطالعه‌ای که بر روی متخصصین زنان و مامایی زن در لندن انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که ۳۱ درصد از این زنان به هنگام زایمان خود، خواهان انجام سزارین انتخابی هستند [۱۹].

در زمینه علل درخواست مادر برای سزارین انتخابی نتایج حاکی از آن است که مادران تحت این مطالعه عمدها (۷۱ درصد) به دلایل غیرضروری و از بین این دلایل غیرضروری و غیرموجه، ۹۲ درصد به علت ترس از درد زایمان و عوارض زایمان طبیعی، خواهان انجام سزارین هستند.

در مطالعات جداگانه‌ای که در برزیل انجام داده بودند، هر دو به این نتیجه رسیدند که علت درخواست مادران برای انجام سزارین انتخابی، ترس از درد زایمان، ترس از صدمه به جنین و ترس از ایجاد اختلال در روابط زناشویی و مدرن بودن روش سزارین بوده است [۹۸]. همچنین نتایج مطالعه ما در رابطه با علل پیشنهاد پزشک جهت انجام سزارین انتخابی حاکی از آن است که ۶۵ درصد موارد پیشنهاد پزشک به دلایل غیرموجه و غیرضروری بوده و هیچ اندیکاسیون پزشکی در انجام آن مشاهده نگردیده است. Nurtall (۲۰۰۰) در مطالعه خود علت پیشنهادات غیرضروری پزشکان را برای انجام سزارین انتخابی، عدم مهارت و تبحر کافی آنها در برخورد با زایمان‌های واژینال سخت و مشکل‌دار و همچنین تمایل پزشک برای صرف وقت کمتر و دریافت هزینه بیشتر جهت انجام زایمان به دست آورد [۹]. نتایج مطالعه ما در رابطه با علل پزشکی و مامایی انجام سزارین انتخابی نمایانگر آن بود که ۷۳/۵ درصد موارد به دلیل سابقه سزارین قبلی، مادر تحت عمل جراحی سزارین قرار گرفته است.

مشاوره خانواده و همچنین تهیه امکانات زایمان بی درد و زایمان اوازینال پس از سزارین را اتخاذ نموده تا بتوان از این طریق با کاهش عوارض احتمالی این عمل جراحی، گام مؤثری در جهت ارتقای سطح سلامت مادران و نوزادان برداشت. جهت دستیابی به این هدف پیشنهاد می گردد:

۱- ابتدا باید فرهنگ سزارین را در جامعه تغییر داد. جهت تغییر این فرهنگ و منطبق کردن آن با اصول علمی و پزشکی، اولین گام آگاه سازی مردم، به خصوص مادران و رفع سوء تفاهم‌ها و همچنین بالابردن سطح علمی پزشکان بالاخص پزشکان متخصص زنان و زایمان است [۲، ۵، ۶، ۱۶ و ۲۴].

۲- کلیه مادران در دوران بارداری به هنگام دریافت مراقبت‌های دوران بارداری باید تحت مشاوره‌های صحیح توسط افراد آموزش دیده درباره انتخاب روش زایمان قرار گیرند.

۳- برنامه ریزی‌های صحیحی باید صورت گیرد تا در برنامه‌های مراقبت دوران بارداری پرسنل سیستم بهداشتی اهمیت و عوارض روش‌های زایمانی و عوامل خطرساز مربوطه را به طور کامل برای مادران تشریح نمایند تا آنها بتوانند آگاهانه تصمیم صحیحی بگیرند [۷ و ۲۵].

۴- می‌توان با بالابردن سطح آگاهی و افزایش تبحر پرسنل عامل زایمان و بهبود امکانات و تجهیزات، زایمان و اژینال این را پس از سزارین قبلی انجام و میزان سزارین را تا ۸۰-۷۰ درصد کاهش داد [۱۴].

اجتماعی، اقتصادی و میزان درخواست مادر برای سزارین انتخابی رابطه معنی دار آماری به دست نیامد. شاید این امر به علت آن باشد که اطلاعات ما در زمینه وضعیت اقتصادی خانواده‌ها که از طریق مصاحبه با فرد به دست می‌آید به دلیل بافت فرهنگی حاکم بر جامعه دقیق نبوده و افراد از پاسخگویی به سؤالات مربوط به مسایل مالی و اقتصادی خانواده طفه می‌روند و اکثراً سطح وضعیت اقتصادی و مالی خود را بدلازیل، متوسط اعلام می‌دارند. به طوری که در مطالعه ما نیز ۷۲ درصد از مادران وضعیت مالی خود را متوسط می‌دانستند.

عمل سزارین یکی از روش‌هایی است که به منظور تولد نوزاد در موارد ضروری مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما این روش الزاماً روش ارجح برای زایمان نیست. چراکه مانند هر عمل جراحی دیگر دارای عوارض و مخاطرات فراوانی برای مادر و نوزاد است. به طوری که خطر مرگ مادر در سزارین انتخابی ۸ برابر بیشتر از زایمان طبیعی گزارش شده است [۱۷]. لیکن برخلاف واقعیت فوق، تمایل برای انجام سزارین در بین مادران، خانواده‌ها و حتی پزشکان متخصص زنان و زایمان، فزونی یافته و عواملی و رای اندیکاسیون‌های علمی، تعیین کننده روش زایمان شده است و علم پزشکی جای خود را به ناگاهی، عقاید، رفتارها و نگرش‌های غیرآزمون شده و نادرست داده است. لذا وظیفه برنامه ریزان و مسئولین ذی‌ربط است که جهت کاهش میزان سزارین‌های غیرضروری براساس واقعیت‌های فرهنگی و علمی، راهکارهای مناسبی از جمله آموزش صحیح و به موقع و

منابع

- 1- World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985; 45: 436-7
- 2- Paterson BS. Yes, as long as the women is fully informed. British Medical Journal 1998; 317: 462-66
- 3- Ralf W. Operative Delivery. In: Pernoll LM. Current obstetric and Gynecologic. 7th Edition, Appleton & Lange: U.S.A.: 1994: 559- 73
- 4- Scott J. Cesarean delivery in Danforth's obstetrics and Gynecology. 8th Edition,: Lippincott Williams & Wilkins: U.S.A., 1999
- 5- وزیران آرمن، فرهنگ سازارین، درد، ۱۳۷۹، ۲، ۵۴-۵۵
- 6- Amu O, Rajendran SI, Boloji I. Maternal choice alone should not determine method of delivery. British Medical Journal 1998; 317: 466- 70
- 7- Norman B. Elective cesarean on request all types of anaesthesia carry risks. British Medical Journal 1999; 321: 120- 125
- 8- Quadros LGA. Brazilian obstetricians are pressured to perform cesarean sections. British Medical Journal 2000; 320: 1073- 4
- 9- Nurtall Ch. The cesarean culture of Brazil. British Medical Journal 2000; 320: 1080- 83
- 10- Fracombe C, savage W, Churchill H, Lewison H. Cesarean Birth in Britain. 1st Edition, Middles university Press: London, 1993
- 11- Audit C. First class delivery improving maternity services in England and Wales. 1st Edition, Stationery office: London, 1997
- 12- Ferriman A. Cesarean section rate hits 20% in 1999-2000. British Medical Journal 2001; 322: 1508 (letters)
- 13- Johnson SR, Elkins TE, Phelan JP. Obstetric decision making: responses to patients who request cesarean delivery. Obstetrics and Gynecology 1986; 67: 847- 50
- 14- Jackson N V, Irvine LM. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate. Journal of Obstetric and Gynecology 1998; 18: 115-19
- 15- Eftekhar K. Women choose caesarean sectin. British Medical Journal 320 ; 2000: 1072 (letters)
- 16- Belzian Jose M, Althabe F, Barros FC. Rates and implications of cesarean sections in Latin America Ecological study. British Medical Journal 1999; 319: 1397- 1400
- 17- Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of cesarean section in Chile: qualitative and qualitative study. British Medical Journal 2000; 321: 1501- 1505
- 18- Dobson R. Cesarean section rate in England & Wales. British Medical Journal 2000; 320: 1072- 75
- 19- Al- Mufti R, McCarty A, Fisk NM. Survey of obstetrician's personal preference and discretionary practice. European Journal of Obstetric, Gynecology, Reproduction and Biology 1997; 73: 1-4
- 20- Lowdermilk D, Perry SE, Bobak IM. Labor and birth complications in maternity and women's health care. 7th Edition, Mosby Com: U.S.A, 2000
- 21- Zwelling E, Nicholas FH. Maternal New born Nursing. 1st Edition, Saunders Company: U.S.A., 1997
- 22- Fisher J, Smith A, Astbury J. Private health insurance and a healthy personality: New risk factor for obstetric intervention. Journalof Psychology, Obstetric And Gynecology 1995; 16: 1-3
- 23- گرمادی غلامرضا، بررسی شیوع عمل سزارین و برخی عوامل مؤثر بر آن در زنان اول زا، زایشگاههای شهر تهران در سال ۱۳۷۸، پایش، ۱۳۸۱، ۴۹، ۱، ۴۵-۴۹
- 24- Stirrat GM. Elective Ceasarean section on request obstetricians are mor than technicians. British Medical Journal 1999; 321: 120- 121
- 25- Zulueta PD. Elective cesarean section on request patients do not have right to impose their wishes at all cost. British Medical Journal 1999; 321: 120 (letters)