آیا پیش بینی روند افزایش میزان سزارین تحقق یافته است؟

سکینه مؤیدمحسنی: * استادیار، گروه جراحی زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد
زهرا سهرابی: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۲۶۴-۲۶۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۲۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۰ بهمن ۱۳۸۹]

چکیده

افزایش روزافزون میزان سزارین در ایران بیانگر معضلی پیچیده در نظام سلامت است. هشت سال قبل بـه منظـور نـشان دادن مـشکل، اقدام به پیش بینی میزان سزارین برای سال‌های بعد گردید. متأسفانه در بازنگری آماری، بعد از این مدت مشاهده شد که روند افزایش بـا سرعتی بیش از انتظار به جلو می‌رود.

این مطالعه مقایسه دو بررسی انجام شده به فاصله ۸ سال (فاصله سال‌های ۷۹ تا ۸۷) در یک مرکز درمانی در شهر تهـران در خـصوص سزارین است که بر اساس آن، میزان کلی سزارین در سال ۷۹، ۵۶/۲ درصد و سزارین بار اول، ۴۷ درصد و در سال ۸۷ به ترتیب، ۸۸ و ۶۲ درصد بوده است. بر اساس پیش بینی انجام شده در سال شروع بررسی (۷۹) و با فرض تشابه الگوی حاملگی در هر دو زمان، توقع می‌رفت میزان کلی سزارین در سال پایان بررسی (۸۷) به ۶۸ درصد برسد، حال آن که میزان تحقق یافته در سال مذکور، ۸۸ درصد است.

از آنجا که مطمئناً میزان افزایش دارای علل متعددی است، به نظر می‌رسد شناخت واقعی این عوامـل در جامعـه مـا و ارایـه بـه موقـع راهکارهای اساسی متناسب با آن بتواند مانع از این رشد فزاینده باشد.

کلیدواژه‌ها: حاملگی، زایمان، سزارین

* نویسنده پاسخگو: تهران، بلوار کشاورز، خیابان شهید عبدا...زاده، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد
تلفن: ۸-۸۸۹۶۹۴۳۷ نمابر: ۸۸۹۶۶۳۱۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.13.0]

مقدمه

افزایش روزافزون میزان سزارین در ایران موجبات نگرانی بسیاری از صاحب نظران و سیاستگزاران بهداشتی را فراهم نموده است. در آخرین گزارش نظام پایش و ارزشیابی خدمات بهداشت باروری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴ میزان سزارین ۴۰/۲ درصد در کل کشور اعلام شده است و طبق آن سیستان و بلوچستان با ۱۳/۶ درصد کمترین و گیلان با ۶۴/۳ درصد بیشترین میزان سزارین را دارا هستند [۱]. این در حالی است که آمار غیررسمی، این میزان را در برخی از بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران بالاتر از ۸۰ درصد ذکر می‌نماید و این در مقایسه با آمار کشورهایی مانند آمریکا که بیشترین میزان آن، ۳۱/۱ درصد در سال ۲۰۰۵ بوده است، قابل توجه به نظر می‌رسد [۲]. دلایل بسیاری برای افزایش میزان سزارین ذکر شده است. بالا رفتن سن مادران در اولین حاملگی، توصیه به سزارین در موارد بریچ، کاهش استفاده از فورسپس و واکیوم، افزایش میزان القای زایمانی، نگرانی از محکومیت‌های قضایی، نگرانی از صدمه به عضلات کف لگن و استفاده از مانیتورینگ قلب جنین [۳] از این قبیل هستند. آمار موجود در ایران با هیچ یک از آمارهای جهانی همخوانی ندارد و حتی در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر افزایش سزارین، این میزان بالا را توجیه نمی‌نماید. به نظر می‌رسد روند فعلی در تهران و شهرهای بزرگ در حال تسری به دیگر شهرهای کوچک کشور است. مطالعه حاضر فقط به عنوان یادآوری مجدد وضعیت موجود انجام شده است. در سال ۱۳۷۹ در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران با بررسی ۶۵۱ مورد زایمان، پس از برآورد میزان سزارین، اقدام به پیش بینی روند افزایش میزان سزارین گردید تا شاید از این راه زنگ خطری برای مسئولان سلامت جامعه و متخصصان زنان و زایمان به صدا در آید [۴] و در سال ۱۳۸۷ به بررسی مجدد آمار در همان مرکز پرداخته شد تا ضمن برآورد مجدد میزان آن، نتایج حاصل با نتایج قبلی مقایسه گردد.

مواد و روش کار

از آنجا که میزان سزارین در بیمارستان‌های دانشگاهی و خصوصی بسیار متفاوت است، بیمارستانی با بافت دوگانه دانشگاهی ـ خصوصی انتخاب گردید تا میزان‌ها نزدیک به واقعیت برآورد گردد. تعداد ۵۶۹ زایمان متوالی در یک فاصله زمانی در نظر گرفته و بررسی شدند. ابتدا الگوی تعداد زایمان‌ها استخراج و سپس میزان سزارین به طور کلی محاسبه شد و سرانجام میزان سزارین بر اساس تعداد حاملگی‌ها برآورد گردید.

یافته‌ها

الگوی تعداد حاملگی مطابق جدول شماره ۱ بوده است که بر اساس آن بیش از نیمی از بارداری‌ها حاملگی اول (۵۶/۲ درصد) و بیش از ۹۰ درصد از آنها زایمان اول یا دوم را تجربه می‌کردند (۹۳/۳ درصد). سی و پنج نفر حاملگی سوم و سه نفر چهارمین بارداری را پشت سر گذاشتند. به طور کلی میزان سزارین، ۸۸ درصد و سزارین بار اول ۶۲ درصد بوده است. میزان سزارین برای حاملگی‌های اول ۹۰ درصد، در حاملگی دوم ۸۶ درصد و در حاملگی سوم، ۸۵ درصد است. ضمن آن که همه افرادی که چهارمین زایمان را انجام می‌دادند سزارین شده بودند (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

در بررسی الگوی تعداد حاملگی‌ها بیشترین میزان حاملگی‌ها مربوط به حاملگی اول و دوم بوده است. در مقایسه با الگوی رتبه بارداری ارایه شده در سال ۷۹، تعداد حاملگی‌های بار سوم و بیشتر، از ۲۳ به کمتر از ۷ درصد کاهش داشته است. با این مقایسه مشخص می‌گردد بعد از ۸ سال جابجایی تعداد حاملگی‌ها به سمت اول و دوم و کاهش چشمگیر حاملگی‌های بار سوم و بیشتر از آن اتفاق افتاده است که این آمار می‌تواند انعکاسی از موفقیت برنامه‌های تنظیم خانواده باشد. در مقایسه با آمار ارایه شده از همین مرکز در سال ۷۹ به طور کلی افزایش میزان سزارین از ۵۶/۲ به ۸۸ درصد و سزارین بار اول از ۴۷ به ۶۲ درصد و سزارین در حاملگی اول از ۵۷ به ۹۰ درصد حاکی از افزایش قابل توجه میزان سزارین است.

میزان سزارین برای حاملگی‌های اول ۵۷ درصد بوده که به ۹۰ درصد افزایش یافته است. پیش بینی میزان سزارین در آن سال برای ۸ سال بعد در حاملگی دوم ۷۲ درصد و حاملگی سوم ۸۱ درصد بوده است، حال آن که در این بررسی این میزان ۸۶ و ۸۵ درصد است. پیش بینی شده بود در صورتی که الگوی تعداد حاملگی در هر دو زمان مشابه هم باشد، احتمال کلی سزارین از ۴۷ به ۶۸ درصد برسد، حال آن که میزان تحقق یافته فعلی ۸۸ درصد است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.13.0]

جدول شماره ۱- الگوی تعداد حاملگی‌ها

رتبه بارداری	تعداد	درصد
۱	۳۲۰	۵۶/۲
۲	۲۱۱	۳۷/۱
۳	۳۵	۶/۲
≥۴	۳	۰/۵
جمع	۵۶۹	۱۰۰

جدول شماره ۲- میزان سزارین بر حسب تعداد حاملگی‌ها

مرتبه زایمان	زایمان طبیعی (تعداد)	سزارین (تعداد)	میزان سزارین (درصد)
۱	۳۰	۲۹۰	۹۰
۲	۲۸	۱۸۳	۸۶
۳	۵	۳۰	۸۵
≥۴	_	۳	۱۰۰
جمع	۶۳	۵۰۶	۸۸

دلایل بسیاری برای افزایش میزان سزارین ذکر شده است که بالا رفتن سن مادران در اولین حاملگی، توصیه به سزارین در موارد بریچ (وضعیت معکوس)، کاهش استفاده از فورسپس و واکیوم، افزایش میزان القای زایمانی، نگرانی از محکومیت‌های قضایی، نگرانی از صدمه به عضلات کف لگن و استفاده از مانیتورینگ قلب جنین [۳] را از علل جهانی این افزایش بیان کرده‌اند. اما متأسفانه باید گفت در آمار ارایه شده فعلی که انعکاسی بزرگنمایی شده از وضعیت کشور ماست، اصولاً دلیل منطقی و علت علمی برای انجام این میزان سزارین وجود ندارد و از این رو، بحث درمورد آن بی نتیجه است. در مطالعه ارایه شده قبلی ذکر شده بود هدف از مطالعه، ارایه دلایل سزارین و بحث در مورد منطقی و یا غیرمنطقی بودن بسیاری از علل سزارین در آمار کشوری نیست، بلکه مورد نظر به صدا در آوردن زنگ خطری بود که به نظر می‌رسید تهدیدگر نظام بهداشتی ماست [۴]. اما اکنون مشخص است که سرعت افزایش آن بیش از پیش بینی انجام شده بوده است. اگر میزان پیش بینی در آن زمان بر اساس ۵۷ درصد سزارین در حاملگی بار اول بوده است، اکنون که این میزان به ۹۰ درصد رسیده است، پیش بینی برای ده سال آینده چیست؟ چه راه حلی برای کاهش آن می‌توان اندیشید؟ چندین مطالعه مستنداتی دال بر امکان کاهش بارز میزان سزارین بدون افزایش مرگ و میر حوالی زایمان ارایه نموده‌اند. اهداف برنامه‌های کاهش سزارین به طورعمده بر آموزش پزشکان، انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین و محدود کردن انجام سزارین به علت سخت زایی به موارد دارای معیارهای قطعی تشخیصی بوده است [۱۰-۵]. در مطالعه‌ای در سی و چهار بیمارستان آمریکای لاتین با اجباری کردن تأیید موارد مناسب سزارین توسط پزشک دیگر، میزان آن در مقایسه با گروه کنترل تصادفی کاهش معنادار نشان داده شده است [۱۱].

انتخاب زایمان به روش سزارین توسط مادران نیز از موضوعات بحث انگیز است [۱۳، ۱۲]. برخی معتقدند باید خود بیماران حق انتخاب سزارین را داشته باشند و نباید انجام آن فقط منوط به شرایط بالینی خاص باشد [۱۴]. در مقابل، گروهی دیگر سزارین انتخابی را خلاف اصول اخلاقی و پزشکی دانسته‌اند[۱۷-۱۵]. به نظر مشکل می‌توان آزادی عمل در انجام چنین عمل جراحی بزرگی را موجه دانست [۳]. اما با توجه به عدم تبعیت مدل میزان و علل سزارین در کشور ما از هیچ یک از مدل‌های جهانی، بحث در مورد این راه‌ها و یافتن روش‌های اجرایی آنها نیز غیرعملی به نظر می‌رسد. در مورد روش‌هایی چون تغییر در میزان تعرفه‌ها [۱۸] نیز با توجه به این حقیقت که نظام‌های پرداخت خارج از تعرفه حتی در شهرهای کوچک کشور وجود دارد، تا زمانی که اقدام به واقعی سازی تعرفه‌ها و نظارت و کنترل بر آن نشود، همسان سازی تعرفه سزارین و زایمان طبیعی نیز نمی‌تواند تأثیری بر کاهش میزان سزارین داشته باشد.

از آنجا که مطمئناً این میزان افزایش دارای علل متعددی است، به نظر می‌رسد شناخت واقعی عوامل در جامعه ما و ارایه راهکارهای اساسی متناسب با آن بتواند مانع از این رشد بی حساب باشد. هر چند که این میزان به حدی است که فقط ممانعت از رشد آن نمی‌تواند نتیجه‌ای شایان توجه به بار آورد، چون اصولاً رشد زیادی برای آن متصور نیست، بلکه باید با به کاربستن راهکارهای جدی و اصولی در صدد کاهش آن بود.

سهم نویسندگان

سکینه مؤید محسنی: طراحی طرحنامه، تدوین ابزار، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله

زهرا سهرابی: جمع‌آوری داده‌ها

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.13.0]

منابع

1. Integrated Monitoring and Evaluation System. Ministry of Health and Medical Education, 2005
2. Martin JA, Kung HC, Mathews TJ, Hoyert DL. Annual summary of vital statistics, 2006. Pediatrics 2008; 121: 788-801
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. Williams Obstetrics. 22nd Edition, McGraw-Hill: USA, 2005
4. Moaiedmohseni S, Mohammadi Kh. Predicting the increasing caesarean section rate on the basis of present statistical records. Daneshvar 2007; 14: 59-62
5. Karlström A, Engström-Olofsson R, Nystedt A, Thomas J, Hildingsson I. Swedish caregivers' attitudes towards caesarean section on maternal request. Women Birth 2009; 22: 57-63
6. Roy KK, Baruah J, Kumar S, Deorari AK, Sharma JB, Karmakar D. Cesarean section for suspected fetal distress, continuous fetal heart monitoring and decision to delivery time. Indian Journal of Pediatric 2008; 75: 1249-52
7. Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, Studdert DM. Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. Medical Care 2009; 47: 234-42
8. Pridjian G, Hibbard JU, Moawad AH. Cesarean: changing the trends. Obstetrics and Gynecology 1991; 77: 195-200
9. Humphrey T, Tucker JS . Rising rates of obstetric interventions: exploring the determinants of induction of labour. Journal of Public Health 2009; 31: 88-94
10. Porreco RP, Thorp JA. The cesarean birth epidemic: trends, causes, and solutions. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1996; 175: 369-74
11. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Lancet 2004; 363: 1934-40
12. Little MO, Lyerly AD, Mitchell LM, Armstrong EM, Harris LH, Kukla R, et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. Obstetrics and Gynecology 2008; 112: 913-8
13. Högberg U, Lynöe N, Wulff M. Cesarean by choice? Empirical study of public attitudes. Acta Obstetrics and Gynecologia Scandinavia 2008; 87: 1301-8
14. Harer W. Patient choice cesarean. American College of Obstetrics and Gynecology Clinical Review 2000; 5: 13-16
15. Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Patient choice cesarean delivery: ethical issues. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2008; 20: 116-9
16. Bewley S, Cockburn J. The unfacts of 'request' caesarean section. BJOG (An international Journal of Obstetrics and Gynecology) 2002; 109: 597-605
17. Bewley S, Cockburn J. The unethics of 'request' caesarean section. BJOG (An international Journal of Obstetrics and Gynecology) 2002; 109: 593-6
18. Lo JC. Financial incentives do not always work: an example of cesarean sections in Taiwan. Health Policy 2008; 88: 121-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1390.10.2.13.0]