







Research Article

Frequency and Causes of Caesarean Section in Primiparity Women Referred to Taleghani Hospital in Ilam in 2016

Tayebeh Rashidian¹ , Akbar Mohammadi², Nasibeh Sharifi^{3*} , Anahita Jalilian⁴ 
, Ali Khorshidi⁵ 

¹ Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

² General physician, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

³ Associate Professor, Department of midwifery, School of Nursing & Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

⁴ Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

⁵ Associate Professor of Epidemiology, Department of Epidemiology, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

* **Corresponding author:** Nasibeh Sharifi, Associate Professor, Department of midwifery, School of Nursing & Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. E-mail: nasibe.sharifi@yahoo.com

DOI: [10.61186/jams.26.4.1](https://doi.org/10.61186/jams.26.4.1)

How to Cite this Article:

Rashidian T, Mohammadi A, Sharifi N, Jalilian A, Khorshidi A. Frequency and Causes of Caesarean Section in Primiparity Women Referred to Taleghani Hospital in Ilam in 2016. *J Arak Uni Med Sci.* 2023;**26**(3):1-7. DOI: [10.61186/jams.26.4.1](https://doi.org/10.61186/jams.26.4.1)

Received: 31 Jan 2024

Accepted: 12 Mar 2024

Keywords:

Caesarean Section
Women
Primiparity

© 2023 Arak University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Despite the adverse consequences of cesarean delivery, its incidence rate is increasing in many provinces of the country, especially Ilam city. For this reason, it is important to identify the causes of the increase in cesarean delivery in order to reduce it. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the frequency of cesarean section and its causes in primiparous women in Ilam city in 2016.

Methods: The present study was conducted cross-sectionally in the second half of 2016 in Ilam city, and the study population was all primiparous women referred to a single specialty maternity hospital (Ayatollah Taleghani Hospital). The sampling method was census and all cesarean deliveries were recorded in Ayatollah Taleghani Hospital. The inclusion criteria included all primiparous women. The data of the study was collected using a researcher-made questionnaire that included demographic and midwifery information. After collecting the data, the data was entered into the SPSS version 16 software Central indices were used to describe data in quantitative variables, and absolute and cumulative frequency and percentage of dispersion frequency were used for qualitative variables.

Results: According to the findings of this study, out of 1738 births, 867 (49.88%) were natural births and 871 (50.12%) were cesarean. Among the natural births, 427 (49.25%) and among the cesarean births, 296 (33.98%) were primiparous. Among the maternal factors, lack of progress and among the fetal factors, fetal distress and among the maternal-fetal factors, head-to-pelvis disproportion was one of the most important causes of cesarean delivery in primiparous women. In general, fetal factors with more than 67% were the most important causes of caesarean section in primiparous women.

Conclusions: According to the findings of the study, 33.98% of cesarean births were primiparous. Considering the high statistics of caesarean section, especially caesarean section for first births, It is necessary to reduce the number of elective cesarean sections by increasing the number of physiological births and painless births, as well as increasing the awareness of families about birthing methods and the advantages and disadvantages of each of them.

فراوانی و علل سزارین در زنان نخست‌زا مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر ایلام در سال ۹۶

طیبه رشیدیان^۱، اکبر محمدی^۲، نسیمه شریفی^{۳*}، آناهیتا جلیلیان^۴، علی خورشیدی^۵

^۱ استادیار گروه زنان زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۲ پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۳ دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۴ استادیار گروه زنان زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
^۵ دانشیار گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

* نویسنده مسئول: نسیمه شریفی، دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. ایمیل: nasibe.sharifi@yahoo.com

DOI: 10.61186/jams.26.4.1

چکیده	تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۱۱
مقدمه: علیرغم پیامدهای نامطلوب زایمان سزارین، میزان بروز آن در بسیاری از استان‌های کشور خصوصاً شهر ایلام در حال افزایش است. بهمین علت شناسایی علل افزایش سزارین جهت کاهش آن مهم است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و علل آن در زنان نخست‌زا شهر ایلام در سال ۹۶ انجام شد.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰
روش کار: مطالعه حاضر بصورت مقطعی در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ در شهر ایلام انجام شد و جامعه پژوهش مطالعه شامل تمامی زنان نخست‌زا مراجعه کننده به بیمارستان تک تخصصی زنان زایمان (بیمارستان آیت اله طالقانی) بود. روش نمونه‌گیری بصورت سرشماری بود و تمام زایمان‌های سزارین انجام شده در بیمارستان آیت اله طالقانی ثبت می‌شدند. معیار ورود شامل تمامی زنان اول‌زاده است. داده‌های مطالعه با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته که شامل اطلاعات دموگرافیک و مامایی بود جمع‌آوری گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و برای توصیف داده‌ها در متغیرهای کمی از شاخص‌های مرکزی و برای متغیرهای کیفی از فراوانی مطلق و تجمعی و درصد فراوانی پراکندگی استفاده شد.	واژگان کلیدی: سزارین زنان نخست‌زا
یافته‌ها: بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر از ۱۷۳۸ زایمان ۸۶۷ (۴۹/۸۸ درصد) زایمان طبیعی و ۸۷۱ (۵۰/۱۲ درصد) سزارین بودند. از بین زایمان‌های طبیعی ۴۲۷ (۴۹/۲۵ درصد) و در بین زایمان‌های سزارینی ۲۹۶ (۳۳/۹۸ درصد) نخست‌زا بودند. در بین عوامل مادری، عدم پیشرفت و در بین عوامل جنینی، دیسترس جنینی و در بین عوامل مادری جنینی، عدم تناسب سر با لگن از مهمترین علل سزارین در زنان نخست‌زا بود. بطور کلی عوامل جنینی با بیش از ۶۷ درصد مهمترین علل سزارین در زنان نخست‌زا بود.	تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی اراک محفوظ است.
نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های مطالعه ۳۳/۹۸ درصد زایمان‌های سزارین نخست‌زا بوده که با توجه به آمار بالای سزارین خصوصاً سزارین نخست‌زا ضروری است با افزایش انجام زایمان فیزیولوژیک و زایمان بی درد و همچنین افزایش آگاهی خانواده‌ها نسبت به روش‌های زایمان و مزایا و معایب هر کدام از آنها از میزان سزارین‌های انتخابی کاسته شود.	

مقدمه

سزارین یک مداخله جراحی نجات بخش در بین زایمان‌های پرخطر است و به عنوان شاخصی برای ارائه خدمات نجات دهنده مادر استفاده می‌شود (۴) در طی سه دهه اخیر، میزان زایمان سزارین در هر نقطه‌ای از جهان در حال افزایش بوده است و تعداد زنانی که فرزند خود را از راه سزارین به دنیا می‌آورند در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه در حال افزایش است (۵، ۶). به طوری که برای کشورهای در حال توسعه بسیار بیشتر از کشورهای توسعه یافته می‌باشد؛ به عنوان مثال، میزان سزارین در برزیل، شیلی و چین تا ۴۰-۴۲ درصد افزایش یافته است (۷، ۸). میزان سزارین در ایران بر اساس مطالعات مختلف متفاوت

زایمان یکی از موهبت‌های الهی برای تولید نسل بشر بر روی زمین است که از ابتدا بشریت تاکنون ادامه داشته و بعنوان یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی-درمانی تمام جوامع در نظر گرفته شده است (۱، ۲). زایمان یک فرآیند خودبه‌خودی و بدون نیاز به مداخله است که به دو صورت طبیعی و سزارین انجام می‌شود (۱). زایمان طبیعی به عنوان بهترین روش شناخته شده است، اما متأسفانه به دلیل توسعه سزارین، شیوع زایمان طبیعی در سال‌های اخیر کاهش یافته است (۳).

زایمان آیت اله طالقانی بود. جهت تعیین فراوانی سزارین زنان نخست زا پرونده کلیه زنان زایمان کرده در بازه زمانی ذکر شده بررسی شد. روش نمونه گیری بصورت سرشماری بود و تمام زایمان‌های سزارین انجام شده در بیمارستان آیت اله طالقانی ثبت می‌شدند. معیار ورود شامل تمامی زنان نخست زا بوده که سزارین شده‌اند. پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه با مراجعه به بیمارستان مذکور از ریاست بیمارستان جهت نمونه گیری مجوز لازم را دریافت کرده و پرونده موارد زایمانی در ۶ ماهه دوم ۹۶ بررسی شدند و مدارک موجود مبنی بر انجام سزارین و علل انجام آن استخراج کرده و اطلاعات را در پرسشنامه محقق ساخته وارد نمودند، لازم به ذکر است تمام اطلاعات بدون ذکر نام مراجعین بر اساس شماره پرونده افراد در پرسشنامه‌ها وارد شدند. پرسشنامه محقق ساخته شامل اطلاعات دموگرافیک و مامایی واحدهای پژوهش و اطلاعات مرتبط با زایمان آنها و علل سزارین بود که توسط تیم پژوهش طراحی شد و شامل اطلاعاتی در خصوص سن فرد، تحصیلات، شغل، شاخص توده بدنی قبل از بارداری و آخرین مراقبت، شرکت در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک و علل زایمان سزارین بود. با توجه به علل تعیین شده تقسیم بندی بصورت علل مادری (عدم پیشرفت، پره اکلامپسی و نازایی)، علل جنینی (دکولمان، بریج، جفت سرراهی، دوقلویی، دیسترس جنینی، محدودیت رشد داخل رحمی) (با توجه به سونوگرافی)، ماکروزومی (با توجه به سونوگرافی)، سندروم آپسیراسیون مکنونیوم) و علل مادری جنینی (عدم تناسب سرو لگن) صورت گرفت. تمام موارد به تشخیص پزشک متخصص زنان بوده و در پرونده بیماران با توجه به مستندات پزشکی ثبت شده‌اند. قبل از انجام نمونه گیری پرسشنامه طراحی شده در اختیار چند نفر از اساتید گروه زنان و مامایی داده شد و از لحاظ روایی صوری و محتوا بررسی شدند بعد از تأیید نهایی نمونه گیری با استفاده از آن پرسشنامه آغاز شد. بعد از نمونه گیری میزان کل سزارین از طریق آمار ثبت شده زایمان طبیعی و سزارین محاسبه و میزان زایمان سزارین نخست زا نیز استخراج شد. پس از جمع آوری اطلاعات داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شده و برای توصیف داده‌ها در متغیرهای کمی از شاخص‌های مرکزی و برای متغیرهای کیفی از فراوانی مطلق و تجمعی و درصد فراوانی پراکندگی استفاده شد. همچنین در پردازش داده‌ها از جداول و نمودارهای مناسب استفاده گردید.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر در ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۶ از ۱۷۳۸ زایمان ۸۶۷ (۴۹/۸۸ درصد) زایمان طبیعی و ۵۰/۱۲۸۷۱ (۲۹/۱۱ درصد) سزارین بودند. از بین زایمان‌های طبیعی ۴۲۷ (۴۹/۲۵ درصد) و در بین زایمان‌های سزارینی ۲۹۶ (۳۳/۹۸ درصد) نخست زا بودند. در مطالعه حاضر که بر روی ۲۹۶ زن باردار اول زا که سزارین نموده بودند آنالیز انجام شد. میانگین سنی واحدهای مورد مطالعه $23/64 \pm 4/1$ سال بود. بیشترین فراوانی مربوط به محدوده سنی ۲۰ تا ۳۰ سال با ۷۵/۷ درصد و کمترین فراوانی در سن بالای ۳۰ سال با ۷/۸ درصد بود. ۲۰۱ نفر (۶۷/۹۱ درصد) تحصیلات دانشگاهی و ۹۵ نفر (۳۲/۰۹ درصد) تحصیلات دیپلم و کمتر داشتند. اکثریت نمونه‌ها ۲۳۹ نفر (۸۰/۷ درصد) خانه دار بودند و فقط ۵/۱ درصد زنان سزارینی در کلاسهای آموزشی شرکت نموده بودند.

گزارش شده؛ در یک متآنالیز انجام شده بر روی مطالعات ایرانی شیوع زایمان سزارین ۴۸ درصد گزارش شد (۹). کمترین میزان بروز سزارین مربوط به مطالعه سلیمانی زاده و همکاران در شهر بم (۱۳ درصد) (۱۰) و بیشترین میزان وقوع سزارین در مطالعه عزیزی در تهران (۸۶ درصد) بود (۱۱). طبق گفته سازمان بهداشت جهانی (WHO) نرخ ایده آل برای زایمان سزارین باید بین ۵ تا ۱۵ درصد باشد بنابراین، نرخ بالاتر از ۱۵ درصد نشان دهنده استفاده بیش از حد است (۴، ۱۲).

با این حال، این پروسه‌یج به دلایلی فراتر از یک اورژانس پزشکی ممکن است میزان مورتالیتته و موربیدیتته مادر و نوزاد بطور محسوسی بالا برد و منجر به انواع مختلفی از عوارض در دوران پس از زایمان شود (۱۳). نتایج مطالعات مختلف، عوارض مادری مانند خونریزی مادر حین و بعد از جراحی، عفونت زخم و ترومبوز ورید عمقی پا و عوارض نوزادی مانند دیسترس تنفسی نوزاد، نمره پایین آپگار، سپسیس نوزاد، سندرم آپسیراسیون مکنونیوم، هیپوگلیسمی گزارش کرده‌اند (۱۴-۱۶). میزان بالای سزارین با کاهش مرگ و میر مادر و نوزاد همراه نبوده است و خطر مرگ مادر ناشی از زایمان سزارین، بیشتر از زایمان واژینال گزارش شده است (۴).

امروزه دلایل افزایش سزارین چند وجهی است و در برخی جوامع حالت تجملی به خود گرفته و علت واقعی این تصمیمات به طور کامل مشخص نشده است اما عواملی مانند سزارین قبلی، دیسترس جنین، به ویژه تشخیص آن با نظارت مداوم الکترونیکی جنین، استفاده آزادتر از سزارین برای زایمان بریج، تأخیر در زایمان، افزایش توده بدنی، چند قلوبی، نارس بودن، درخواست مادر، ترس شکایات و محکومیت‌های قضایی، ترس از درد زایمان و تجربه بد زایمان واژینال قبلی، بالا رفتن سن مادر در اولین حاملگی، کاهش استفاده از فورسیس و واکيوم، افزایش میزان القای زایمان، نگرانی از صدمه به عضلات کف لگن و کاستن از خطر آسیب به جنین، افزایش شیوع چاقی و کاهش زایمان واژینال بعد از سزارین معمولاً دلایل ذکر شده است (۱۷-۲۰). همچنین مطالعات مختلف ارتباط بین عوامل دموگرافیک اجتماعی مادران مانند سن، تحصیلات، شغل، چاقی و تعداد مراقبت‌های بارداری با سزارین گزارش کرده‌اند (۱۷، ۲۱). با توجه به این که هدف نهایی تیم حمایت کننده مادر باردار در دوران بارداری و زایمان انجام یک زایمان ایمن و تولد نوزاد سالم با حفظ سلامت و جان مادر است، با پیشرفت‌هایی که طی سال‌های اخیر در دنیا و ایران وجود داشته، این تیم تا حد زیادی توانسته است به این هدف نائل شود و میزان مرگ و میر مادر و کودک را کاهش دهد، که بخشی از این موفقیت مطمئناً مربوط به انجام سزارین است که به عنوان راهکاری برای حفظ جان مادر و نوزاد مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما متأسفانه شیوع زایمان سزارین در سراسر جهان، در ایران و در استان ایلام در حال افزایش است بهمین علت شناسایی عوامل مرتبط با افزایش سزارین مهم است لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و علل سزارین در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر ایلام در سال ۹۶ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر توصیفی مقطعی است که بصورت گذشته نگر در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ در شهر ایلام انجام شد و جامعه پژوهش مطالعه تمامی زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان تک تخصصی زنان

جدول ۱. توزیع فراوانی علت سزارین در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان تک تخصصی زنان زایمان آیت اله طالقانی شهر ایلام

علت سزارین	فراوانی	درصد
عوامل مادری		
عدم پیشرفت	۶۲	۲۰/۹
پره اکلامپسی	۱۵	۵/۱
نازایی	۷	۲/۴
جمع	۸۴	۲۸/۴
عوامل مادری جنینی		
عدم تناسب سر و لگن	۱۲	۱/۴
جمع	۱۲	۱/۴
عوامل جنینی		
دکولمان	۱۳	۴/۴
بریچ	۳۸	۱۲/۸
جفت سرراهی	۱۴	۴/۷
دوقلویی	۱۲	۴/۱
دیسترس جنینی	۶۰	۲۰/۳
سندروم آسپیراسیون مکنونیوم	۵۷	۱۹/۳
محدودیت رشد داخل رحمی	۲	۰/۷
ماکروزومی	۴	۱/۴
جمع	۲۰۰	۶۷/۵

جدول ۲. وضعیت میانگین (انحراف معیار) سن زنان بر حسب علت سزارین در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان تک تخصصی زنان زایمان آیت اله طالقانی شهر ایلام

علت سزارین	تعداد	میانگین	انحراف معیار
عدم پیشرفت زایمان	۶۲	۲۲/۸	۳/۵۸
پره اکلامپسی	۱۵	۲۵/۲	۴/۲۹
نازایی	۷	۲۹/۵۷	۵/۵۳
عدم تناسب سر با لگن	۱۲	۲۴/۵۸	۴/۲۹
دکولمان	۱۳	۲۳/۱۵	۳/۰۲
بریچ	۳۸	۲۳/۰۲	۳/۹۴
جفت سرراهی	۱۴	۲۴/۲۸	۳/۱۹
دوقلویی	۱۲	۲۳/۸۳	۳/۷۱
دیسترس جنینی	۶۰	۲۳/۳۶	۴/۳
سندروم آسپیراسیون مکنونیوم	۵۷	۲۴/۰۳	۴/۲۲
محدودیت رشد داخل رحمی	۲	۲۱	۴/۲۴
ماکروزومی	۴	۲۲/۵	۴/۶۵

جدول ۳. وضعیت شاخص توده بدنی اولیه و پایانی زنان بر حسب علت سزارین در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان تک تخصصی زنان زایمان آیت اله طالقانی شهر ایلام

علل سزارین	تعداد	BMI اولیه	BMI پایانی
		Mean±SD	Mean±SD
عدم پیشرفت زایمان	۶۲	۳۱/۹۳±۳/۹	۳۷/۳۹±۴/۱۸
پره اکلامپسی	۱۵	۲۷/۷۷±۵/۶۲	۲۹/۶۹±۵/۷
نازایی	۷	۲۶/۲۶±۳/۳۵	۲۷/۸۴±۳/۴۱
عدم تناسب سر با لگن	۱۲	۳۱/۲۶±۴/۱	۳۶/۵±۴/۶۲
دکولمان	۱۳	۲۵/۸۸±۳/۵۶	۲۷/۴±۳/۵۲
بریچ	۳۸	۲۹/۳۷±۵/۴	۳۱/۴±۵/۵۹
جفت سرراهی	۱۴	۲۹/۵۴±۴/۷۵	۳۱/۴۷±۴/۸۴
دوقلویی	۱۲	۲۷/۴۹±۴/۴۹	۳۳/۳۳±۵/۰۵
دیسترس جنینی	۶۰	۲۷/۸۹±۵/۱۱	۲۹/۸۶±۵/۲۹
سندروم آسپیراسیون مکنونیوم	۵۷	۲۶/۱۴±۴/۳	۲۸/۱۵±۴/۳۱
محدودیت رشد داخل رحمی	۲	۲۶/۹۲±۳/۵۱	۲۸/۶۱±۳/۰۸
ماکروزومی	۴	۳۵/۰۷±۳/۵۸	۳۶/۷۹±۳/۶۶

متخصصین زنان و ماماها برای کاهش انجام سزارین غیرضروری و ترویج زایمان طبیعی احساس می‌شود.

در بررسی علل زایمان سزارین در زنان نخست‌زا از بین عوامل مادری، عدم پیشرفت زایمان با فراوانی ۲۰/۹ درصد، از بین عوامل جنینی، دیسترس جنینی با فراوانی ۲۰/۳ درصد و عوامل مادری جنینی، عدم تناسب سر و لگن با فراوانی ۴/۱ درصد شایعترین علل سزارین در مطالعه حاضر بودند.

بر طبق نظر مؤسسه ملی تعالی بالینی و سلامت بریتانیا (NICE) عوامل زیر را به‌عنوان دلایل انجام سزارین مطرح کرده‌اند عواملی مانند نمایش بریج، حاملگی چندقلویی، کوچک بودن جنین برای سن حاملگی، جفت سرراهی، چسبندگی غیرطبیعی جفت، وجود عفونت مادری مانند هرپس سیمپلکس، ایدز، هیپاتیت، سزارین قبلی و درخواست مادر (۲۵) در مطالعه Gedefaw و همکاران (۲۰۲۰) نیز عدم تناسب سر و لگن و به دنبال آن الگوی غیراطمینان بخش جنینی شایع‌ترین علل سزارین بودند (۱۵). بیشترین فراوانی علت سزارین در مطالعه خیاطیان و همکاران (۲۰۱۶) در کاشان مربوط به سابقه سزارین قبلی بود و علل دیگر از جمله ضریب قلب غیرطبیعی جنین، دفع مکونیم، عدم پیشرفت لیبر، چندقلویی، نمایش غیرطبیعی جنین، دیابت و سایر بیماریهای طبی، ماکروزومی، پره اکلامپسی، دکولمان، عدم تطابق سر جنین با لگن، سزارین انتخابی، زایمان پرخطر، محدودیت رشد جنینی، نازایی، معیوب بودن چشم، سابقه زایمان سخت، ناهنجاری رحم و ترمیم سیستوسل-رکتوسل در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند (۲۲) نتایج مطالعه مروری اعظمی و همکاران (۲۰۱۴) که علل سزارین در ایران را بررسی نموده‌اند نیز سابقه سزارین قبلی و دیسترس جنینی بعنوان شایع‌ترین علل سزارین مطرح شده بود (۱). در مطالعه حاضر عدم پیشرفت لیبر بیشترین فراوانی را داشت که شاید آناتومی لگن در این منطقه با توجه به آمار زیاد عدم پیشرفت مدنظر قرار گیرد یا سایر عللی که باعث عدم پیشرفت می‌شود مورد توجه قرار گیرد و زمینه ساز تحقیقات بعدی باشد.

در بررسی عوامل دموگرافیک نمونه‌های پژوهش در مطالعه حاضر، اکثریت زنان ۲۳۹ نفر (۸۰/۷ درصد) خانه دار، ۲۲۴ نفر (۷۵/۷ درصد) گروه سنی ۲۰-۳۰ سال و ۲۰۱ نفر (۶۷/۹۱ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در مطالعه خیاطیان و همکاران در کاشان نیز بیشترین فراوانی سزارین در بین زنان با بارداری اول یا دوم و سنین ۲۵-۲۹ سال بود (۲۲). در مطالعه سینق و همکاران در هند زایمان سزارین در زنان نخست‌زا (۲۴ درصد)، افراد با تحصیلات دانشگاهی بالاتر و زندگی در مناطق شهری بیشتر بود (۱۸). در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی سزارین در زنان خانه دار (۸۰/۷ درصد) و کمترین در زنان دانشجو (۵/۷ درصد) گزارش شد. که با مطالعه خسروی و همکاران که میزان سزارین در زنان کارمند بیشتر از زنان خانه دار بود همخوانی نداشت (۲۱). در مطالعه خسروی و همکاران نیز سن مادر بر نوع زایمان مؤثر بوده بطوریکه میانگین سنی مادران سزارینی بالاتر بوده است و میزان سزارین در زنان کارمند بیشتر از زنان خانه دار بود (۲۱). که علت تفاوت نتایج با نتایج مطالعه حاضر می‌توان به نوع مطالعه که در پژوهش حاضر زنان نخست‌زا را بررسی نموده‌اند، نمونه‌های پژوهش که

نتایج جدول ۱، تعداد و درصد مربوط به عوامل مادری، جنینی و جنینی مادری را نشان می‌دهد در بین عوامل مادری، عدم پیشرفت و در بین عوامل جنینی، دیسترس جنینی و در بین عوامل مادری جنینی، عدم تناسب سر با لگن از مهمترین علل سزارین در زنان نخست‌زا بود. بطور کلی عوامل جنینی با بیش از ۶۷ درصد مهمترین علل سزارین در زنان نخست‌زا بود. نتایج جدول ۲ مذکور حاکی از آن است که بیشترین سن مربوط به علل پره اکلامپسی ۲۹/۴±۲۵/۲ و نازایی ۵۳/۵±۲۹/۵ سال بود. طبق نتایج جدول ۳، بیشترین افزایش وزن در علل عدم پیشرفت زایمان ۳۷/۳۹±۴/۱۸ و عدم تناسب سر با لگن با شاخص توده بدنی ۳۶/۵±۴/۶۲ بود.

بحث

طبق یافته‌های پژوهش فراوانی سزارین در شهر ایلام از نرخ ایده آل آن که توسط سازمان جهانی بهداشت گزارش شده است بالاتر است.

در مطالعه خیاطیان و همکاران نیز ۵۰/۹ درصد زایمان‌های انجام شده در مراکز دولتی شهر کاشان سزارین بوده است (۲۲). بر اساس نتایج مطالعه مروری انجام شده توسط دادی پور و همکاران (۲۰۱۶)، متوسط نرخ جهانی سزارین ۱۸/۶ درصد گزارش شده است (از ۶ درصد تا ۲۷/۲ درصد) که پایین‌ترین نرخ سزارین در آفریقا (۳ درصد) و بیشترین آن در آمریکای لاتین (۴۲/۹ درصد) گزارش شد، به تفکیک در آمریکای لاتین، برزیل با ۵۵/۶ درصد، در آفریقا، مصر با ۵۱/۸ درصد در آسیا، ایران با ۴۷/۹ درصد و در اروپا، ایتالیا با ۳۸/۱ درصد بالاترین نرخ سزارین را داشتند (۲۳).

نرخ زایمان سزارین امروزه در سراسر جهان از ۷ درصد ۱۹۹۰ به ۲۱ درصد افزایش یافته است و پیش بینی می‌شود در طول زمان حتی بیشتر نیز افزایش یابد. بر اساس مطالعه سازمان بهداشت جهانی، در صورت ادامه این روند، تا سال ۲۰۳۰، احتمالاً بالاترین میزان در شرق آسیا (۶۳ درصد) خواهد بود و به ترتیب در آمریکای لاتین و دریای کارائیب (۵۴ درصد)، آسیای غربی (۵۰ درصد)، شمال آفریقا (۴۸ درصد) اروپای جنوبی (۴۷ درصد) و استرالیا و نیوزلند (۴۵ درصد) باشد. قرار است این تعداد در دهه آینده افزایش یابد و نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که یک سوم (۲۹ درصد) از تمام زایمان‌ها احتمالاً تا سال ۲۰۳۰ از طریق سزارین انجام می‌شود (۱۷، ۲۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که میزان زایمان سزارین در ایران بسیار بالاتر از کشورهای اروپایی است و عوامل مختلفی طی بیش از چهار دهه اخیر باعث این افزایش تمایل به سزارین در بین ارائه دهندگان خدمت و مردم شده است که از نرخ قابل قبول سازمان بهداشت جهانی نیز بالاتر است (۲۳).

سزارین روشی برای تولد نوزاد در شرایط ضروری است و نباید تصور شود که جایگزین زایمان طبیعی است آمار سزارین در ایران و از جمله مطالعه حاضر در مقایسه با سایر جوامع قابل تأمل است. شاید دلیل این تفاوت را بتوان به نحوه عملکرد سیستم‌های بهداشتی درمانی، وضعیت فرهنگی اجتماعی و آگاهی زنان باردار و امکانات و تسهیلات زایمان در این جوامع نسبت داد که نیاز به استفاده از استراتژی‌های مختلف مانند ترویج زایمان فیزیولوژیک و بی درد، افزایش آگاهی خانواده‌ها نسبت به مزایا و معایب روش‌های زایمان، برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای

در این کلاس‌ها ترغیب نمایند که بتوان از آمار زایمان سزارین کاسته شود.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیمارستانی است که به دلیل ناقص بودن برخی پرونده‌ها امکان بررسی بسیاری از اطلاعات و انجام ارتباط سنجی‌ها را نمی‌دهد. با توجه به آمار بالای سزارین در شهر ایلام انجام مطالعات در خصوص سنجش نگرش افراد و عللی که باعث تمایل آنها به سمت سزارین می‌شود احساس می‌شود همچنین طراحی مطالعات مداخله‌ای بر طبق مدل‌ها می‌تواند مؤثر باشد.

نتیجه گیری

طبق یافته‌های مطالعه ۳۳/۹۸ درصد زایمان‌های سزارین نخست‌زا بوده که با توجه به آمار بالای سزارین در ایلام خصوصاً سزارین نخست‌زا که بیشتر از استاندارد جهانی است، ضروری است با افزایش انجام زایمان فیزیولوژیک و زایمان بی درد، ارائه آموزش‌های لازم به کادر درمانی و افزایش آگاهی مردم نسبت به عوارض سزارین‌های غیر ضروری، جهت کاهش آن، اقدام نمود.

تشکر و قدردانی: مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایلام با کد IR.MEDILAM.REC.1395.165 می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شده است. بدینوسیله از زحمات و همکاری‌های معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست بیمارستان و همکاران بخش زایمان بیمارستان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Azami-Aghdash S, Ghोजزاده M, Dehdilani N, Mohammadi M. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: systematic review and meta-analysis. *Iran J Pub Health*. 2014;**43**(5):545.
2. Verma V, Vishwakarma RK, Nath DC, Khan HTA, Prakash R, Abid O. Prevalence and determinants of caesarean section in South and South-East Asian women. *PLoS One*. 2020;**15**(3):e0229906. doi: 10.1371/journal.pone.0229906 pmid: 32163440
3. Siabani S, Jamshidi K, Mohammadi MM. Attitude of pregnant women towards Normal delivery and factors driving use of caesarian section in Iran (2016). *Biopsychosoc Med*. 2019;**13**:8. doi: 10.1186/s13030-019-0149-0 pmid: 30976296
4. Mobarak EI, Sultan EA. Prevalence, Indications and Determinants of Caesarean Delivery in Alexandria, Egypt. *J High Instit Pub Health*. 2019;**49**(2):125-132. doi: 10.21608/jhiph.2019.49272
5. Yaya S, Uthman OA, Amouzou A, Bishwajit G. Disparities in caesarean section prevalence and determinants across sub-Saharan Africa countries. *Glob Health Res Policy*. 2018;**3**:19. doi: 10.1186/s41256-018-0074-y pmid: 29988650
6. Reddy KM, Kodimala SC, Pathakamudi P, Betha K. Prevalence and determinants of caesarean section in a rural tertiary teaching hospital: a 6-year retrospective study. *Int J Reproduct Contracept Obstet Gyn*. 2019;**8**(2):560. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20190284
7. Betran AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;**21**(2):98-113. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x pmid: 17302638
8. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama Ade S, et al. Factors associated with caesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*.

اکثراً خانه دار بودن و شرایط فرهنگی که افراد در شهر ایلام تمایل به زایمان سزارین دارند نسبت داد که نیاز به مداخلات گسترده، فرهنگ سازی در این استان و ترغیب مادران به شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و آگاه نمودن آنها از مزایا زایمان طبیعی به نسبت سزارین احساس می‌شود.

در بررسی میانگین شاخص توده بدنی نمونه‌های پژوهش در ابتدا و پایان بارداری، بیشترین افزایش وزن در افراد با عدم پیشرفت زایمان و عدم تناسب سر با لگن مشاهده شد. در مطالعه خسروی و همکاران وزن مادر بر نوع زایمان مؤثر بوده است بطوریکه میان وزن مادران سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود (۲۱). در مطالعه کومار و همکاران در بنگلادش نیز افراد با شاخص توده بدنی بالا و چاق زایمان سزارین بالاتر بود (۱۷). که در مطالعات مختلف افزایش بیش از حد وزن مادر و شاخص توده بدین بالا به‌عنوان علل سزارین مطرح شده است. که متأسفانه امروزه به دلیل کاهش فعالیت فیزیکی مادران باردار وزن آنها بسیار بالا رفته و به‌عنوان یک عامل خطر برای افزایش زایمان سزارین است که نیاز به ترغیب مادران برای شرکت در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک و انجام ورزش‌های بارداری و آگاه نمودن آنها از عوامل خطر زایمان سزارین خصوصاً افزایش وزن بیش از حد و چاقی می‌باشد.

در مطالعه حاضر اکثر نمونه‌های پژوهش ۲۸۱ نفر (۹۴/۹ درصد) در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند که نشان از پایین بودن مشارکت زنان باردار در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و پایین بودن آگاهی آنها از فرآیند زایمان و مزایا و معایب روش‌های مختلف زایمان است که نیاز است اطلاع رسانی بیشتر توسط پرسنل مراکز بهداشت و متخصصین زنان و ماماها صورت گیرد و افراد را جهت شرکت

- 2006;**22**(10):2067-2078. doi: 10.1590/s0102-311x2006001000012 pmid: 16951878
9. Rafiei M, Saei Ghare M, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, et al. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2018;**16**(4):221-234. pmid: 29942930
10. Soleimanizadeh LSF, Askarizadeh Mahani M, Zafarnia N, Javadi M. Prevalence of cesarean section on BMI in the hospital of Bam, in the years 1384-1385. *Qom Univ Med Sci J*. 2010(3):49-54.
11. F A. Cesarean delivery: shocking increase. research in medicine. *Res Med*. 2007(31):191-193.
12. Mia MN, Islam MZ, Chowdhury MR, Razzaque A, Chin B, Rahman MS. Socio-demographic, health and institutional determinants of caesarean section among the poorest segment of the urban population: Evidence from selected slums in Dhaka, Bangladesh. *SSM Popul Health*. 2019;**8**:100415. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100415 pmid: 31206004
13. Singh N, Pradeep Y, Jauhari S. Indications and Determinants of Cesarean Section: A Cross-Sectional Study. *Int J Appl Basic Med Res*. 2020;**10**(4):280-285. doi: 10.4103/ijabmr.IJABMR_3_20 pmid: 33376704
14. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;**16**:90. doi: 10.1186/s12884-016-0876-1 pmid: 27118118
15. Gedefaw G, Demis A, Alemnew B, Wondmieneh A, Getie A, Waltengus F. Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Patient Saf Surg*. 2020;**14**:11. doi: 10.1186/s13037-020-00236-8 pmid: 32292491
16. Enam TB, Afrin S, Reza HM, Shill MC. Prevalence and Determinants of Caesarean Section in a Private Health Facility: A

- Cross-sectional Study. *Bangladesh Pharmace J.* 2023;**26**(2):195-203. [doi: 10.3329/bpj.v26i2.67809](https://doi.org/10.3329/bpj.v26i2.67809)
17. Kumar P, Sharma H. Prevalence and determinants of socioeconomic inequality in caesarean section deliveries in Bangladesh: an analysis of cross-sectional data from Bangladesh Demographic Health Survey, 2017-18. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;**23**(1):492. [doi: 10.1186/s12884-023-05782-4](https://doi.org/10.1186/s12884-023-05782-4) [pmid: 37403091](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37403091/)
 18. Singh SK, Vishwakarma D, Sharma SK. Prevalence and determinants of voluntary caesarean deliveries and socioeconomic inequalities in India: Evidence from National Family Health Survey (2015-16). *Clinic Epidem Global Health.* 2020;**8**(2):335-342. [doi: 10.1016/j.cegh.2019.08.018](https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.08.018)
 19. Taha Z, Ali Hassan A, Wikkeling-Scott L, Papandreou D. Prevalence and Associated Factors of Caesarean Section and its Impact on Early Initiation of Breastfeeding in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Nutrients.* 2019;**11**(11). [doi: 10.3390/nu11112723](https://doi.org/10.3390/nu11112723) [pmid: 31717627](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31717627/)
 20. Tollanes MC. [Increased rate of Caesarean sections--causes and consequences]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2009;**129**(13):1329-1331. [doi: 10.4045/tidsskr.08.0453](https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0453) [pmid: 19561658](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19561658/)
 21. Khosravi MAM, Khadem N. Examining the prevalence of cesarean delivery and some factors related to it. *Shahid Beheshti School Midwife Nurs.* 2007(58).
 22. Khayyatian N, Nasiri S. Prevalence of cesarean section and its causes in governmental obstetric hospitals of Kashan-2014. *J Health Care.* 2016;**18**(1):28-36.
 23. Dadipoor SMA, Alavi A, Roozbeh N, Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. *Iran J Obstetric Gynecol Infertilit.* 2016;**19**(27):8-17.
 24. Caesarean section rates continue to rise agia. [Internet], 2021.
 25. Gholitabar M, Ullman R, James D, Griffiths M, Guideline Development Group of the National Institute for H, Clinical E. Caesarean section: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2011;**343**:d7108. [doi: 10.1136/bmj.d7108](https://doi.org/10.1136/bmj.d7108) [pmid: 22113566](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22113566/)