BRIEF REPORT

Investigation of the Causes of Cesarean Section in Primiparous Women: A Retrospective Study at Imam Sajjad Hospital, Ramsar

Kamelia Yaghoubinia [1],
Seyed Iman Mousavinejad [2],
Samaneh Farrokhfar[3]

[1] Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Ramsar Campus, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran
[2] Medical Student, Ramsar Campus, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Anatomical Sciences, Faculty of Medicine, Ramsar Campus, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran

(Received February 4, 2025; Accepted May 4, 2025)

Abstract

Background and purpose: The rising rates of cesarean sections represent a significant global health challenge due to their associated high costs and adverse maternal and neonatal health outcomes. In Iran, including the city of Ramsar, the rate of cesarean sections exceeds the national standards set by the Ministry of Health. This study aims to investigate this issue among primiparous women at Imam Sajjad Hospital in Ramsar, addressing concerns raised by the Ministry of Health.

Materials and methods: This descriptive-analytical study analyzed demographic data and the underlying reasons for cesarean sections among 123 primiparous women at Imam Sajjad Hospital during the years 2021 and 2022. Data were collected using a standardized checklist and analyzed using SPSS software, employing Chi-square and Fisher's exact tests.

Results: The average age of the mothers was 29.24 ± 5.19 years, with an average height of 163.27 ± 5.15 cm. Female infants accounted for 52.8% of the total, and the mean Apgar score was 8.89 ± 0.59. The primary indications for cesarean sections were non-progression of labor (26.8%) and meconium-stained amniotic fluid (26.0%), both considered unpredictable factors. A significant relationship was found between the indication for cesarean section and the mothers' educational level and place of residence ($P \leq 0.05$). However, no significant association was observed with the infant's gender, maternal age, or gestational age.

Conclusion: Based on the findings, the causes of labor non-progression and fetal distress warrant further investigation. Additionally, educational interventions during pregnancy are recommended to enhance parental awareness.

Keywords: Cesarean section, primiparous, failure to progress in labor, causes of Cesarean section, fetal factors

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 35 (245): 115-123 (Persian).

Corresponding Author: Samaneh Farrokhfar - Faculty of Medicine, Ramsar Campus, Mazandaran University of Medical Sciences, Ramsar, Iran (E-mail: samanefarrokhfar@gmail.com)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و پنجم شماره ۲۴۵ خرداد سال ۱۴۰۴ (۱۲۳-۱۱۵)

بررسی علل سزارین در زنان باردار نخست زا، یک مطالعه گذشته نگر در بیمارستان امام سجاد رامسر

کاملیا یعقوبی نیا[1]
سید ایمان موسوی‌نژاد[2]
سمانه فرخ فر[3]

چکیده

سابقه و هدف: افزایش نرخ سزارین با توجه به هزینه‌های بالای آن و پیامدهای نامطلوب سلامت مادر و نوزاد، بعنوان یک چالش مهم بهداشت جهانی است. با توجه به روند رو به رشد سزارین در ایران (با برنامه‌ریزی قبلی و یا به علل غیرقابل پیش بینی) و نیز بالا بودن میزان سزارین در رامسر نسبت به استانداردهای ملی وزارت بهداشت و دریافت اخطار جهت ریشه‌یابی، این مطالعه با هدف بررسی علل سزارین در زنان نخست‌زا در بیمارستان امام سجاد رامسر، انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: مطالعه توصیفی -تحلیلی حاضر، با بررسی داده‌های دموگرافیک مادران تحت عمل سزارین و علت انجام عمل، از پرونده‌های پزشکی ۱۲۳ زن نخست‌زا که در سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ در این بیمارستان سزارین کردند، از طریق چک لیستی استاندارد جمع‌آوری شد و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ با کمک آزمون‌های کای اسکوئر و دقیق فیشر تحلیل صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج خصوصیات دموگرافیک نشان داد میانگین سنی مادران ۵/۱۹ ± ۲۹/۲۴ سال و میانگین قد آن‌ها ۵/۱۵ ±۱۶۳/۲۷ سانتی‌متر بود. ۵۲/۸ درصد از نوزادان دختر بودند و میانگین نمره آپگار ۰/۵۹ ± ۸۹/۸۹ ثبت شد. عدم پیشرفت زایمان (۲۶/۸ درصد) و آغشته بودن مایع آمنیوتیک به مکونیوم (۲۶ درصد) از مهم‌ترین علل ثبت شده در پرونده‌های بیماران تحت سزارین توسط متخصصین بودند که موارد غیرقابل پیش‌بینی محسوب می‌شدند. در بررسی ارتباط خصوصیات دموگرافیک مادر و بروز سزارین، نتایج نشان داد که علت سزارین با سطح تحصیلات و محل سکونت مادران ارتباط معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۵$)، در حالی که با جنسیت نوزاد، سن مادر و هفته بارداری ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

استنتاج: با توجه به نتایج، علل عدم پیشرفت زایمان و دیسترس جنینی باید مورد بررسی دقیق‌تر قرار گرفته و آموزش‌های حین دوران بارداری در جهت افزایش آگاهی والدین داده شود.

واژه های کلیدی: سزارین، نخست‌زا، عدم پیشرفت زایمان، علل سزارین، عوامل جنینی

مولف مسئول: سمانه فرخ فر-رامسر: پردیس خودگردان رامسر **E-mail**: samanefarrokhfar@gmail.com
۱. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، پردیس خودگردان رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران
۲. دانشجوی دکتری حرفه ای پزشکی، پردیس خودگردان رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران
۳. استادیار، گروه علوم تشریح، دانشکده پزشکی، پردیس خودگردان رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، رامسر، ایران
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۳/۱۲/۱۱ تاریخ تصویب: ۱۴۰۴/۲/۱۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

مقدمه

سزارین روشی جراحی برای ختم بارداری است که امروزه یکی از رایج‌ترین اعمال جراحی در جهان به شمار می‌رود(۱، ۲). این عمل شامل برش دیواره شکم و رحم برای خارج‌سازی نوزاد به‌صورت غیر فیزیولوژیک است. دلایل انجام سزارین می‌تواند پزشکی (پرزنتاسیون غیرطبیعی، دیسترس جنینی، یا بیماری‌های زمینه‌ای مادر) یا غیرپزشکی (ترجیح شخصی مادر، عوامل محیطی، پروتکل‌های بیمارستانی و ملاحظات قانونی) باشد(۳، ۴).

افزایش چشمگیر سزارین نگرانی‌های جدی در حوزه سلامت عمومی مانند افزایش ابتلا به آسم، چاقی کودکان، افزایش خطر سقط جنین و مرده‌زایی در بارداری‌های بعدی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی به خانواده‌ها و سیستم سلامت را در پی دارد(۷ –۵). سازمان بهداشت جهانی میزان مطلوب سزارین را بین ۱۳ تا ۱۵ درصد اعلام کرده است، در حالی که نرخ سزارین در ایران از کم تر از ۷ درصد در دهه ۱۳۴۰ به بیش از ۴۸ درصد در سال ۱۳۹۶ رسیده است(۸، ۹). مطالعات مختلف عواملی مانند باورهای فرهنگی، ترس از درد زایمان طبیعی و عوارض آن، تصور اشتباه از ایمن بودن سزارین و نیز ضعف در تعامل بین پرسنل درمانی و بیماران را از علل سزارین می دانند(۱۲ –۱۰). اگر چه در برخی شرایط، انجام سزارین به‌عنوان انتخابی ایمن یا حتی ضروری مطرح می‌شود(۱۳). با توجه به روند فزاینده سزارین در ایران، که فراتر از استانداردهای ملی و بین‌المللی است، و با توجه به سیاست‌های جمعیتی جدید کشور، ضرورت دارد که برنامه‌ریزی و نظارت مداوم بر میزان سزارین صورت گیرد. این اقدام به کاهش عوارض احتمالی و کاهش هزینه‌های سلامت کمک خواهد کرد. در همین راستا، هدف مطالعه حاضر بررسی علل سزارین در زنان نخست‌زا (گراوید یک) در بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر بوده است.

مواد و روش‌ها

جامعه آماری مورد مطالعه

این مطالعه توصیفی -تحلیلی، به‌صورت گذشته‌نگر بر روی تمامی زنان باردار نخست‌زا (گراوید یک) که در طی سال‌های ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ در بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر تحت عمل سزارین قرار گرفتند، انجام شد. معیارهای ورود شامل نخست زا بودن، انجام زایمان به روش سزارین در این بیمارستان، در دسترس بودن پرونده کامل بیمار و زایمان در بازه زمانی مذکور بود. در مجموع داده‌های زنان باردار واجد شرایط به روش مطالعه پرونده‌های موجود بررسی و ثبت شد. زنان باردار نخست زا مادرانی هستند که اولین بار فرزندآوری را تجربه می‌کنند. افزایش مدت زمان زایمان طبیعی به بیش‌از ۲۰ ساعت را عدم پیشرفت زایمان گویند که از علل سزارین است. منظور از زجر جنینی، شرایطی است که در آن الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی یا مشکوک به اختلال بوده و ممکن است ناشی از حوادث زایمانی، ناهنجاری‌های ساختاری، اختلالات ژنتیکی یا بیماری‌های زمینه‌ای درمان نشده مادر باشد. در اینجا ماکروزومی به عنوان یکی از علل سزارین زمانی است که وزن تولد جنین بیش از ۴۰۰۰ گرم باشد و آغشته شدن مایع آمنیوتیک به مکونیوم (نخستین مدفوع نوزاد) می‌تواند بر اثر تحریک عصب واگ، بلوغ دستگاه گوارش جنین یا بروز زجر جنینی رخ دهد.

حجم نمونه با توجه به شیوع ۴۵ درصد سزارین در ایران و با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۵ درصد و نیز ریزش احتمالی محاسبه شد. لازم به ذکر است طبق آخرین آمار گزارش شده دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۶۸ درصد زایمان ها در این استان به صورت سزارین انجام می شود که از آمار استاندارد کشوری و جهانی بالاتر است.

خصوصیات دموگرافیک و متغیرهای مورد استفاده در مطالعه

اطلاعات مورد نیاز توسط پژوهشگر آشنا با اهداف مطالعه از پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان امام سجاد (ع) استخراج و در چک لیست مشخصات دموگرافیک و متغیرهای بالینی شامل، سن، قد و وزن مادر،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

محل سکونت، سطح تحصیلات، وجود بیماری‌های زمینه‌ای، جنسیت نوزاد و نمره آپگار بدو تولد به عنوان دلایل انجام سزارین ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز آزمون‌های کای اسکوئر و دقیق فیشر به کار رفت ($P < ۰/۰۵$).

این مطالعه با کد اخلاق IR.MAZUMS.RIB.REC.1402.043 در دانشگاه علوم پزشکی مازندران، پردیس رامسر در قالب پایان نامه ی دوره دکتری حرفه ای مورد تصویب و تحقیق قرار گرفت.

یافته‌ها و بحث

در مطالعه حاضر داده‌های دموگرافیک ۱۲۳ مادر مورد مطالعه به این شرح بود که ۸۲/۱ درصد (۱۰۱ نفر) مادران ساکن شهر و ۱۷/۹ درصد (۲۲ نفر) ساکن روستا بودند. سطح تحصیلات مادر، ۸۴/۶ درصد (۱۰۴ نفر) دارای دیپلم و بالاتر، ۱۳ درصد (۱۶ نفر) دارای تحصیلات راهنمایی، و ۲/۴ درصد (۳ نفر) ابتدایی بود. میانگین سنی مادران ۵/۱۹± ۲۹/۲۴ سال و بین ۱۹ تا ۴۵ سال قرار داشت. قد مادران بین ۱۵۰ تا ۱۷۶ سانتی‌متر با میانگین ۵/۱۵± ۱۶۳/۲۷ سانتی‌متر و میانگین سن بارداری آن‌ها ۱/۰۸ ± ۴۰ هفته، در بازه ۳۶/۲۹ تا ۴۱/۲۹ هفته بود. در این بین حداقل نمره آپگار ۸ و میانگین ۰/۵۹ ± ۸/۸۹ دیده شد. جنسیت نوزادان ۵۲/۸ درصد دختر (۶۵ نفر) و ۴۷/۲ درصد پسر (۵۸ نفر) ثبت شد.

ویژگی‌های بالینی مادران

در میان ۱۲۳ مادر مورد مطالعه، ۴۸ نفر دارای بیماری‌های زمینه‌ای یا اختلالاتی بودند که در دوران بارداری بروز پیدا کردند. شایع‌ترین بیماری، دیابت بارداری (۱۶/۳ درصد) بود و پس از آن اختلالات تیروئید (۱۰/۶ درصد) مشاهده شد. پره‌اکلامپسی، میگرن، و مالتیپل اسکلروزیس هر کدام ۱/۶ درصد دیده شد. سایر بیماری‌ها مانند روماتیسم مفصلی، سابقه تشنج، سنگ کیسه صفرا، صرع، فاویسم، بیماری مادرزادی قلبی، و فشار خون بارداری تنها در یک نفر از مادران گزارش شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: شیوع بیماری‌ها و اختلالات در میان ۱۲۳ مادر مورد مطالعه، با تفکیک مادران با مشکلات زمینه‌ای و بدون مشکلات زمینه‌ای

وضعیت سلامت	بیماری/اختلال	تعداد(درصد)
مادران با مشکل زمینه‌ای	دیابت بارداری	(۲۰)۱۶/۳
	اختلالات تیروئید	(۱۳)۱۰/۶
	پره‌اکلامپسی	(۲)۱/۶
	میگرن	(۲)۱/۶
	مالتیپل اسکلروزیس	(۲)۱/۶
	سایر بیماری‌ها	(۹)۷/۳
مادران بدون مشکل زمینه‌ای	سایر بیماری‌ها	(۷۵)۶۰/۹

علل سزارین

شایع‌ترین علل سزارین در میان مادران به ترتیب عدم پیشرفت زایمان (۲۶/۸ درصد)، دفع قبل تولد مکونیوم (۲۶/۰ درصد)، زجر جنینی (۱۳/۸ درصد)، پرزانتاسیون غیرطبیعی (بریچ) و ماکروزومی هرکدام با ۹/۸ درصد بودند. دکولمان، دیسکوپاتی، پره‌اکلامپسی و محدودیت رشد درون رحمی و در موارد کم تر بیماری‌هایی مانند پرزانتاسیون غیر طبیعی (صورت و پیشانی)، جراحی هموروئید و فیستول رکتال، چند قلویی و هرپس فعال در جایگاه‌های بعدی سزارین قرار گرفتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره 1: شایع‌ترین علل سزارین در میان مادران مورد مطالعه

علت سزارین	تعداد (درصد)
عدم پیشرفت زایمان	(۲۶/۸)۳۳
مکونیوم	(۲۶/۰)۳۲
زجر جنینی	(۱۳/۸)۱۷
پریزانتاسیون غیرطبیعی (بریچ)	(۹/۸)۱۲
ماکروزومی	(۹/۸)۱۲
دلایل کم تر شایع	(۱۳/۸)۱۷

ارتباط علل سزارین با خصوصیات مادران

در تحلیل ارتباط میان علل سزارین و سن مادران، بیش‌ترین گروه سنی بین ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشتند (۷۴ نفر). در این گروه، ۱۹ مادر به دلیل عدم پیشرفت زایمان

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

و ۱۹ مادر به دلیل مکونیوم تحت سزارین قرار گرفتند. در گروه سنی بالای ۳۴ سال، بیش‌ترین سزارین‌ها به علت عدم پیشرفت زایمان بود (۹ نفر از ۲۳ نفر). در گروه سنی زیر ۲۵ سال، شایع‌ترین علت سزارین مکونیوم بود (۸ نفر از ۲۶ نفر). تحلیل آماری نشان داد که بین علت سزارین و سن مادران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (P= ۰/۵۵).

جدول شماره 2: توزیع فراوانی علل سزارین بر اساس گروه‌های سنی مادران

خصوصیت	سن مادر			سطح معنی داری
	کم تر از ۲۵	۲۵-۳۴ سال	۳۵ و بیش تر از ۳۵	(درصد)
علت سزارین	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد	
پرزانتاسیون غیرطبیعی(بریچ)	(۱۵/۴)۴	(۸/۱)۶	(۸/۷)۲	
زجر جنینی	(۱۹/۲)۵	(۱۶/۲)۱۲	–	
عدم پیشرفت زایمان	(۱۹/۲)۵	(۲۵/۷)۱۹	(۳۹/۱)۹	۰/۵۵
ماکروزومی	(۷/۷)۲	(۹/۵)۷	(۱۳/۰)۳	
مکونیوم	(۳۰/۸)۸	(۲۵/۷)۱۹	(۲۱/۷)۵	
سایر موارد	(۷/۷)۲	(۱۴/۹)۱۱	(۱۷/۴)۴	
مجموع	(۱۰۰/۰)۲۶	(۱۰۰/۰)۷۴	(۱۰۰/۰)۲۳	

در جدول شماره ۴، ارتباط میان علل سزارین و سطح تحصیلات مادران بررسی شد. نتایج نشان داد بین سطح تحصیلات و انجام سزارین ارتباط معنی‌داری وجود دارد (P= ۰/۰۳). اکثر مادران شرکت‌کننده دارای مدرک دیپلم و بالاتر بودند (۱۰۴ نفر). در گروه‌های دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، تنها یک مورد سزارین به علت عدم پیشرفت زایمان مشاهده شد. در مقابل، در گروه مادران دارای دیپلم و تحصیلات بالاتر، ۳۱ مورد سزارین به دلیل عدم پیشرفت زایمان انجام شد. این نتایج نشان می‌دهند که عدم پیشرفت زایمان شایع‌ترین علت سزارین در مادران با تحصیلات دیپلم و بالاتر بوده و این الگو در مادران با تحصیلات پایین‌تر کم‌تر دیده می‌شود.

در جدول شماره ۵، ارتباط بین علل سزارین و سن بارداری مادران بررسی شد. نتایج نشان داد که بین هفته بارداری و علت سزارین ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۱۲). کم ترین تعداد سزارین در گروه سنی ۳۴ تا ۳۶ هفته و ۶ روز مشاهده شد، با این حال تنها یک مورد سزارین در این گروه بود که علت آن شایع نبود. بیش‌ترین موارد سزارین در گروه سنی ۳۷ تا ۳۹ هفته و ۶ روز (۷۱ نفر) رخ داد. در گروه‌های ۳۷ تا ۳۹ هفته و ۶ روز و ۴۰ هفته و بالاتر، شایع‌ترین علل سزارین شامل عدم پیشرفت زایمان و مکونیوم بودند.

جدول شماره 3: توزیع فراوانی علل سزارین بر اساس سطح تحصیلات مادران

خصوصیت	ابتدایی	راهنمایی	دیپلم و بالاتر	سطح معنی داری
علت سزارین	تعداد(درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	۰/۰۳
پرزانتاسیون غیرطبیعی(بریچ)	–	(۳۱/۳)۵	(۶/۷)۷	
زجر جنینی	(۳۳/۳)۱	(۶/۳)۱	(۱۴/۴)۱۵	
عدم پیشرفت زایمان	(۳۳/۳)۱	(۶/۳)۱	(۲۹/۸)۳۱	
ماکروزومی	–	(۱۲/۵)۲	(۹/۶)۱۰	
مکونیوم	(۳۳/۳)۱	(۴۳/۸)۷	(۲۳/۱)۲۴	
سایر موارد	–	–	(۱۶/۳)۱۷	
مجموع	(۱۰۰/۰)۳	(۱۰۰/۰)۱۶	(۱۰۰/۰)۱۰۴	

جدول شماره 4: توزیع فراوانی علل سزارین بر اساس هفته بارداری مادران

خصوصیت	زیر ۳۷ هفته	۳۷ تا ۳۸ هفته و ۶ روز	۴۰ هفته و بالاتر	سطح معنی داری
علت سزارین	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
پرزانتاسیون غیرطبیعی(بریچ)	–	(۱۵/۵)۱۱	(۲/۰)۱	
زجر جنینی	–	(۱۱/۳)۸	(۱۷/۶)۹	۰/۱۲
عدم پیشرفت زایمان	–	(۲۴/۸)۱۹	(۲۷/۵)۱۴	
ماکروزومی	–	(۷/۰)۵	(۱۳/۷)۷	
مکونیوم	–	(۲۳/۹)۱۷	(۲۹/۴)۱۵	
سایر موارد	(۱۰۰/۰)۱	(۱۵/۵)۱۱	(۹/۸)۵	
مجموع	(۱۰۰/۰)۱	(۱۰۰/۰)۷۱	(۱۰۰/۰)۵۱	

در جدول شماره ۶، ارتباط میان علل سزارین و محل سکونت مادران بررسی شد. از مجموع ۱۲۳ مادر باردار، ۲۲ نفر ساکن روستا و ۱۰۱ نفر ساکن شهر بودند. نتایج نشان داد که در مادران روستایی، ماکروزومی شایع‌ترین علت سزارین بود (۲۷/۷ درصد). در گروه مادران شهری، عدم پیشرفت زایمان و مکونیوم به ترتیب شایع‌ترین علل سزارین بودند. تحلیل آماری نشان داد که بین محل سکونت و علت سزارین ارتباط معنی‌داری وجود دارد (P= ۰/۰۵)، به‌طوری که مکونیوم عامل غالب سزارین در زنان شهری و ماکروزومی در زنان روستایی بود.

در جدول شماره ۷، ارتباط میان علل سزارین و جنسیت نوزادان بررسی شد. نتایج نشان داد که در هر دو گروه نوزادان پسر و دختر، شایع‌ترین علل سزارین عدم پیشرفت زایمان و مکونیوم بودند. با این حال، تحلیل

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

آماری نشان داد که بین جنسیت نوزاد و علل سزارین ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (P= ۰,۵۱)، بنابراین جنسیت نوزاد تأثیر قابل توجهی بر علت سزارین ندارد.

جدول شماره 5: توزیع فراوانی علل سزارین بر اساس محل سکونت مادران

خصوصیت	روستایی	شهری	سطح معنی داری
علت سزارین	تعداد(درصد)۸	تعداد(درصد)	
پرزانتاسیون غیرطبیعی(بریچ)	(۱۳/۶)۳	(۸/۹)۹	
زجر جنینی	(۱۳/۶)۳	(۱۳/۹)۱۴	
عدم پیشرفت زایمان	(۲۲/۷)۵	(۲۷/۷)۲۸	۰/۰۵
ماکروزومی	(۲۷/۳)۶	(۵/۹)۶	
مکونیوم	(۱۳/۶)۳	(۲۸/۷)۲۹	
سایر موارد	(۹/۱)۲	(۱۴/۹)۱۵	
مجموع	(۱۰۰/۰)۲۲	(۱۰۰/۰)۱۰۱	

جدول شماره 6: توزیع فراوانی علل سزارین بر اساس جنسیت نوزادان

خصوصیت	پسر	دختر	سطح معنی داری
علت سزارین	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
پرزانتاسیون غیرطبیعی(بریچ)	(۶/۰)۴	(۱۲/۳)۸	
زجر جنینی	(۱۹/۰)۱۱	(۹/۲)۶	
عدم پیشرفت	(۲۷/۶)۱۶	(۲۶/۲)۱۷	۰/۵۱
ماکروزومی	(۸/۶)۵	(۱۰/۸)۷	
مکونیوم	(۲۷/۶)۱۶	(۲۴/۶)۱۶	
سایر موارد	(۱۰/۳)۶	(۱۶/۹)۱۱	
مجموع	(۱۰۰/۰)۵۸	(۱۰۰/۰)۶۵	

مطالعه حاضر با هدف تعیین علل سزارین در زنان باردار نخست‌زا در بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر انجام شد. نتایج نشان داد که شایع‌ترین علل سزارین عدم پیشرفت زایمان و وجود مکونیوم در مایع آمنیوتیک بودند. سایر علل شامل دیسترس جنینی، پرزانتاسیون غیرطبیعی (بریچ)، ماکروزومی، دکولمان و دیسکوپاتی می شدند. از بین متغیرهای مورد بررسی تنها تحصیلات مادر و محل سکونت ارتباط معنی‌داری با علل سزارین داشتند و بقیه متغیرها تاثیر معنی‌دار را نشان نداد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه فرزانه و همکاران همخوانی دارد که در آن تأخیر در زایمان و دیسترس جنینی شایع‌ترین علل سزارین گزارش شدند(۱۴). در مطالعه در شهرستان فسا، تحصیلات، شغل و ترس مادر از زایمان طبیعی و در مطالعه خیاطیان در کاشان، دیسترس جنینی (۱۴/۸ درصد) و در رتبه‌های بعدی دفع مکونیوم (۸/۷ درصد) و عدم پیشرفت زایمان (۷/۴ درصد) شایع ترین علل سزارین بودند(۱۵، ۱۶).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین علل سزارین عدم پیشرفت زایمان و وجود مکونیوم در مایع آمنیوتیک بود، در مطالعات مختلف نشان داده‌اند که عوامل متعددی بر انتخاب زایمان سزارین تأثیرگذار هستند. عدم پیشرفت سزارین، سزارین مجدد و حاملگی چند قلویی، ترس از زایمان طبیعی، نگرانی درباره سلامت نوزاد، تجربه ناخوشایند زایمان قبلی، نگرش مثبت به جراحی سزارین، سوگیری مالی بیمارستانی، تمایل به زایمان در تاریخ خاص، نگرانی از بی‌اختیاری ادرار و مدفوع، آسیب به کف لگن، تجربه زایمان سخت قبلی، و معاینات غیرطبیعی پری‌ناتال از دلایل مهم برنامه‌ریزی جهت سزارین بودند(۲۱ –۱۷). مطالعه مقطعی در تهران بر روی ۴۳۰۸ زن باردار نشان داد که سن مادر، وضعیت اجتماعی –اقتصادی، شاخص توده بدنی، نوع بارداری، و شرایط پزشکی مادر مانند پره‌اکلامپسی از عوامل مؤثر بر انتخاب سزارین بودند(۲۲). در مطالعه رحمانیان و همکاران دیسترس جنینی، عدم پیشرفت زایمان و عدم تناسب سفالوپلویکو در مطالعه Kawakita عدم پیشرفت زایمان و مشکلات قلبی جنین مهم ترین علل سزارین بودند(۲۳، ۲۴).

مطالعه حاضر نشان داد که احتمال انجام سزارین در مادران ۲۵ تا ۳۴ ساله بیش‌تر از گروه‌های سنی پایین‌تر است. این یافته با نتایج چند مطالعه دیگر در نقاط مختلف دنیا مطابقت دارد(۲۵، ۲۶). هر چند برخی مطالعات نیز ارتباط معنی‌داری بین سن و سزارین گزارش نکردند(۲۷، ۲۸). در مطالعه پیش رو، مادرانی که دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند، ۶ برابر بیش تر از مادران با تحصیلات پایین‌تر در معرض سزارین قرار داشتند که با نتایج مطالعه Taye و همکاران و سایر مطالعات مشابه همسو بود، اما مطالعه ابتکار و همکاران ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات و سزارین نیافتند(۲۵، ۲۷، ۲۹).

برگزاری جلسات آموزشی برای زنان نخست‌زا می‌تواند خودکارآمدی آن‌ها را افزایش داده و نرخ سزارین را کاهش دهد(۳۰). مطالعه‌ای در کردستان علل شایع سزارین را سزارین تکراری، زجر جنین، و عدم

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

پیشرفت زایمان اعلام کردند که اجرای طرح تحول سلامت بر کاهش سزارین‌های غیرضروری مؤثر بود(۲۹).

از آن‌جا که مطالعه حاضر در بیمارستان دولتی انجام شد، به علت عدم بررسی سزارین‌های الکتیو، نتایج می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد. مطالعه Suwanrath و همکاران نشان داد که ترس از زایمان شایع‌ترین دلیل ترجیح سزارین بود(۲۰). بررسی ترس از زایمان و ارائه توصیه‌های مناسب می‌تواند به کاهش نرخ سزارین کمک کند(۳۱).

در شهرستان رامسر به علت عدم وجود بخش مراقبت های ویژه نوزادان و نبود زایشگاه خصوصی در آن، تمایل بالایی از سوی خانواده به زایمان در مراکز بزرگتر با امکانات بیش تر وجود دارد و همین امر نرخ زایمان را در رامسر کاهش داده و می‌تواند توجیه کننده تعداد کم سزارین در گروه سنی ۳۴ تا ۳۶ هفته باشد. هر چند با توجه به آمار بالای سزارین در رامسر نسبت به استاندارد منطقه‌ای نتایج این مطالعه می‌تواند در تنظیم راهکردهای درست آموزشی- درمانی مفید واقع شود و درمانگران بخش زنان و زایمان می‌توانند با مداخلات آموزشی و روان شناختی مادران باردار را در تصمیم گیری مناسب برای تولد نوزادانشان هدایت کنند.

سپاسگزاری

از دانشگاه علوم پزشکی مازندران، پردیس علوم پزشکی رامسر و بیمارستان امام سجاد (ع) جهت امکان اجرای طرح و بررسی پرونده ها کمال تشکر را داریم.

References

1. Słabuszewska-Jóźwiak A, et al. Pediatrics consequences of caesarean section—a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2020; 17(21): 8031. PMID: 33142727.
2. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. J Perinat Med 2021; 49(1): 5-16. PMID: 32887190.
3. Sorrentino F, et al. Caesarean section on maternal request-ethical and juridic issues: a narrative review. Medicina 2022; 58(9): 1255. PMID: 36143932.
4. Carlucci S, et al. The singular case of multiple chorangioma syndrome in an IVF pregnancy. Analysis of the case and review of literature. Placenta 2021; 103: 120-123. PMID: 33120047.
5. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2018; 15(1): e1002494. PMID: 29360829.
6. World Health Organization. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. 2015.
7. Vora KS, et al. Public Health aspects of Cesarean section including overuse and underuse of the procedure. Int Res J Public Health 2019; 3: 30.
8. Betrán AP, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reprod Health 2015; 12: 1-10. PMID: 26093498.
9. Rafiei M, 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. PMID: 29942930.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

10. Nasr EH, et al. Fear from childbirth among pregnant women. Open Access Libr J 2020; 7(7): 1-13.
11. Ahmadi L, et al. Effect of couples counseling based on the problem-solving approach on the fear of delivery, self-efficacy, and choice of delivery mode in the primigravid women requesting elective cesarean section. Prev Care Nurs Midwifery J 2018; 7(4): 32-40.
12. Roudsari RL, Zakerihamidi M, Khoei EM. Socio-cultural beliefs, values and traditions regarding women's preferred mode of birth in the North of Iran. Int J Community Based Nurs Midwifery 2015; 3(3): 165. PMID: 26171405.
13. Dumont A, et al. Caesarean section or vaginal delivery for low-risk pregnancy? Helping women make an informed choice in low-and middle-income countries. PLoS Glob Public Health 2022; 2(11): e0001264. PMID: 36962691.
14. Farzaneh F, et al. Prevalence and Causes of Cesarean Sections in Primiparous Women in Zahedan in a One-Year Period. Int J Pediatr 2022; 10(6): 16246-16251.
15. Ghaem H, et al. Investigating the Factors Affecting Cesarean Section in Fasa: a Case-control Study. Int J Pharm Res 2020; 12(1).
16. 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.
17. HamdAllah A. Rate and causes of cesarean section in north of Jordan. Iproceedings 2018; 4(1): e10553.
18. Sakai-Bizmark R, et al. Evaluation of hospital cesarean delivery–related profits and rates in the United States. JAMA Netw Open 2021; 4(3): e212235. PMID: 33739430.
19. Cohen WR, Friedman EA. Guidelines for labor assessment: failure to progress? Am J Obstet Gynecol 2020; 222(4): 342. e1-342. e4. PMID: 31954702.
20. Suwanrath C, et al. Why do pregnant women prefer cesarean birth? A qualitative study in a tertiary care center in Southern Thailand. BMC Pregnancy Childbirth 2021; 21: 1-6. PMID: 33407245.
21. Jenabi E, et al. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med 2020; 33(22): 3867-3872. PMID: 30810436.
22. Amini P, et al. Factors associated with cesarean section in Tehran, Iran using multilevel logistic regression model. Osong Public Health Res Perspect 2018; 9(2): 86. PMID: 29740533.
23. Rahmanian K, Ghasvari M, Rahmanian V. Cesarean, ever to need attention: prevalence and causes of cesarean section in Jahrom, 1387. Pars J Med Sci 2022; 9(1): 46-54.
24. Kawakita T, et al. Indications for primary cesarean delivery relative to body mass index. Am J Obstet Gynecol 2016; 215(4): 515. e1-515. e9. PMID: 27210064.
25. Taye MG, et al. Prevalence and factors associated with caesarean section in a comprehensive specialized hospital of Ethiopia: a cross-sectional study; 2020. Ann Med Surg 2021; 67: 102520. PMID: 34276980.
26. Melesse MB, Geremew AB, Abebe SM. High prevalence of caesarean birth among mothers delivered at health facilities in Bahir Dar city, Amhara region, Ethiopia. A comparative study. PLoS One 2020; 15(4): e0231631. PMID: 32299089.
27. Karim F, et al. Prevalence and factors associated with caesarean section in four

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]

Hard-to-Reach areas of Bangladesh: Findings from a cross-sectional survey. PLoS One 2020; 15(6): e0234249. PMID: 32516321.

28. Tsegaye H, et al. Prevalence and associated factors of caesarean section in Addis Ababa hospitals, Ethiopia. Pan Afr Med J 2019; 34(1). PMID: 33708305.
29. Ebtekar F, et al. Comparison of cesarean causes before and after implementation of health sector evolution plan in Kurdistan province. Sci J Nurs Midwifery Paramed Fac 2019; 5(3): 54-62.
30. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia–A systematic review of approaches and interventions. Midwifery 2018; 61: 97-115. PMID: 29579696.
31. Coates D, et al. What are women's mode of birth preferences and why? A systematic scoping review. Women Birth 2020; 33(4): 323-333. PMID: 31607640.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-07-03]