پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۶، صفحات ۱۰۷ تا ۱۰۸

سخن ویژه
(Editorial)

سزارین به تقاضای مادر

دکتر معصومه فلاحیان*

* گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

با وجود توصیه‌های بهداشتی مبنی بر پایینتر بودن میزان مرگ و میر و عوارض زایمان واژینال، چرا شاهد افزایش میزان سزارین هستیم؟ در ایران ۳۵٪ زایمانها به روش سزارین صورت می‌گیرد (۱). ۵۰٪ زایمانها در بخش دولتی و بیش از ۸۰٪ زایمانها در بخش خصوصی تهران به طریق سزارین انجام می‌شود. در امریکا یک میلیون و دویست هزار تولد به روش سزارین (۲۹/۱٪) انجام شده است (۲). در مورد آنکه چه تعداد از سزارین‌ها به علت تقاضای مادر صورت می‌گیرد، شواهد محدودی وجود دارد ولی این رقم در سطح جهانی ۱۸-۴ درصد است.

بعضی از اندیکاسیون‌های انجام سزارین مانند جفت سر راهی مشخص است ولی در مواردی ممکن است اندیکاسیون‌های متعددی برای انجام سزارین مطرح شود ولی هیچکدام قطعی نیستند و ممکن است در پس آن، تقاضای انجام بر حسب شرایط روحی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، پوشش بیمه و نگرش مادر و پزشک مطرح باشد (۲).

طبق تعریف سزارین به تقاضای مادر عبارت است از انجام سزارین برنامه‌ریزی شده در غیاب اندیکاسیون طبی و مامایی برای حاملگی یک قلو در هنگام ترم که در واقع نوعی سزارین انتخابی یا الکتیو است ولی سزارین الکتیو طیف گسترده‌تری دارد و علاوه بر تقاضا، ممکن است اندیکاسیون مادری و جنینی داشته باشد و متفاوت از سزارین اورژانسی و سزارین بعد از دردهای زایمانی است.

بر اساس شواهد موجود تقاضا برای سزارین رو به افزایش است (۲) در این راستا دلایل زیر مطرح است:

افزایش سن در اولین بارداری (۲۵-۱۸درصد)، چاقی، تجربه تلخ و تروماتیک در زایمان قبلی، ترس از دردهای زایمان، نگرانی از تحمل دردهای زایمانی، تمایل به تعیین زمان زایمان و برخورداری از شرایط قابل پیش‌بینی و غیر اورژانس، نگرانی از پیدا شدن مشکل برای جنین و نوزاد در طی دردها و زایمان، نگرانی از پرولاپس ارگان لگنی و پرینه، و بالاخره حقوق بیمار.

امروزه در رابطه پزشک-بیمار، خود بیمار (مادر) در تصمیم‌گیری برای هر اقدام پزشکی (زایمان) سهیم است و بعد از دریافت اطلاعات و مشاوره‌های لازم می‌تواند تعیین‌کننده باشد. در مورد عوارض و مرگ و میر سزارین و زایمان واژینال شواهد مبتنی بر مطالعات دقیق وجود ندارد. شواهد موجود نشان می‌دهد احتمال خونریزی بعد از سزارین اورژانس بیشتر از سزارین برنامه‌ریزی شده است. عوارض بیهوشی بعد از زایمان واژینال و سزارین برنامه‌ریزی شده که عموما با بی‌حسی اپیدورال انجام می‌شوند کمتر و بعد از سزارین اورژانس که عموما بیهوشی عمومی دارند، بیشتر است (۲).

از طرف دیگر احتمال جفت سرراهی و آکرتا بعد از سزارین قبلی بیشتر است. بی‌اختیاری ادرار، پارگی درجه ۳ و ۴ پرینه، اختلال عملکردی آنورکتال، پرولاپس ارگان لگنی، صدمه به عضلات لواتور و بافت پیوندی و عصب لگنی بعد از زایمان واژینال بخصوص اگر از فورسپس و واکیوم استفاده شود، بیشتر است. در مورد عوارض و مرگ و میر نوزادی شواهد با کیفیت متناسب نشان می‌دهند که در سن حاملگی کمتر از ۳۹ هفته، احتمال دیسترس تنفسی نوزاد بعد از سزارین برنامه‌ریزی شده از زایمان واژینال که عموماً ۴۰ هفته یا بعد از آن نوزاد متولد می‌شود، بیشتر است. بدین لحاظ توصیه شده است که قبل از ۳۹ هفته و اطمینان از رسیدن ریه‌ها اقدام به سزارین الکتیو نشود.

آدرس نویسنده مسئول: تهران، اوین، بیمارستان طالقانی، بخش زنان و زایمان، دکتر معصومه فلاحیان
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۲/۱۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۷

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

همچنین احتمال نارس بودن ایاتروژنیک با سزارین الکتیو دو برابر بیشتر دیده می‌شود. بعد از زایمان واژینال (اگر تولد بعد از ۴۲ هفته انجام شود)، احتمال مرگ و میر نوزاد بیشتر است. آسفیکسی، انسفالوپاتی، ترومای تولد، صدمه به شبکه بازویی و عفونت نوزاد بیشتر است (۲).

تعیین میزان ایده‌آل (۱۵٪) سزارین در بعضی سیستمهای بهداشتی کشورها واقع‌گرایانه نیست و برای هر جامعه و هر فرد، ممکن است انتخاب سزارین به دلائل روحی روانی، اجتماعی، دسترسی پزشک و معیارهای اخلاقی پزشکی با جامعه و فرد دیگر متفاوت باشد.

در ایران با توجه به بالا بودن میزان سزارین به تقاضای مادر، امکان انجام تحقیقات در سطح وسیع وجود دارد و مقاله همکار گرامی با عنوان "بررسی تمایل مادران در مورد نوع زایمان و سرانجام زایمان(۳)" فتح بابی است برای بررسی علمی تقاضای سزارین به تقاضای مادر. در این مقاله تمایل مادران بررسی شده و نویسندگان نتیجه گرفته‌اند که تمایل به نوع زایمان می‌تواند نوع و روند زایمان را تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه با تشویق مادران و حمایت روحی روانی مادر در موارد ترس از زایمان واژینال، می‌توانیم از میزان سزارین بکاهیم. باید اضافه نمود که انجام سزارین نباید به دلیل اشکال در کنترل و اداره دردهای زایمان باشد (۳). البته برای مقایسه عوارض کوتاه مدت (کمتر از یک سال) و بلندمدت سزارین الکتیو نیاز به تحقیقات بیشتری است و می‌توان در مورد فوائد و خطرات این نوع سزارین مطالعات متعددی را برنامه‌ریزی کرد.

امروزه میزان تقاضا برای سزارین از تامین شرایط لازم برای زایمان طبیعی ایمن پیشی گرفته است. بدون شک باید هدف اصلی حفظ و تامین سلامتی و ایمنی مادر و نوزاد با بهترین پیامد و کمترین عارضه و مرگ و میر باشد.

REFERENCES

1. Family Health and Population Department and UNICEF section in Tehran. Demographic and health survey in Iran. 1st edition. Tehran, Iran. 2000;p:70-80.

2. NIH Consensus. NIH state-of-the-science conference statement on cesarean delivery on maternal request. 2006;p:1-29.

۳. یاسائی ف، محسنی رجائی ب. بررسی تمایل مادران در مورد نوع زایمان و سرانجام زایمان. مجله پژوهش در پزشکی، ۱۳۸۶؛ دوره ۳۱، شماره ۲، تابستان، صفحات ۱۲۹ تا ۱۳۲.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]