شیوع سزارین و علل و عوارض آن در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان ولی‌عصر(عج) بیرجند

نرگس ناصح[1]، طاهره خزاعی[2]، صدیقه کیانفر[3]، رضا دهقان[4]، سمیه یوسفی[4]

چکیده:

زمینه و هدف: در سال‌های گذشته میزان زایمان به شیوه سزارین روند افزایشی داشته است؛ به دلیل عوارض جراحی هزینه‌های مالی، دوره اقامت و بستری‌شدن مادر در بیمارستان، زایمان طبیعی ارجح است. در سال ۱۳۷۸ نرخ سزارین در استان خراسان ۲۸/۱٪ برآورد گردید؛ در حالی که بر اساس آمار مطلوب جهانی نرخ سزارین در سال ۲۰۰۰ میلادی ۱۵٪ پیش‌بینی شده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع سزارین و علل و عوارض آن در زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی که به صورت مقطعی و در شش ماهه دوم سال ۱۳۸۶ انجام شد، ۱۵۰۰ نفر از مادران باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان ولی‌عصر (عج) مورد مطالعه قرار گرفتند. پرسشنامه خودساخته‌ای در چهار قسمت در بالین مادر در اتاق زایمان، اتاق عمل و بخش تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون مجذور کای دو در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: از ۱۵۰۰ مادر مورد مطالعه، زایمان ۸۹۵ نفر (۵۹/۷٪) به صورت طبیعی و در ۶۰۵ نفر (۴۰/۳٪) سزارین بود. بین نوع زایمان با سن، شغل، سطح تحصیلات، تعداد حاملگی، زایمان قبلی، فرزند زنده و تعداد سقط ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵) مقایسه عوارض مادری با نوع زایمان معنی‌دار بود ولی مقایسه عوارض نوزادی با نوع زایمان ارتباط معنی‌داری نشان نداد.

نتیجه‌گیری: درصد انتخاب سزارین بالاست و برنامه‌های مداخله‌ای برای تغییر نگرش زنان نسبت به زایمان سزارین و افزایش آگاهی زنان در مورد زایمان بی‌درد برای کاهش شیوع زایمان سزارین لازم است.

واژه‌های کلیدی: زایمان طبیعی، سزارین، عوارض

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند (دوره ۷؛ شماره ۱ و ۲؛ سال ۱۳۸۹)

[1] جراح و متخصص بیماریهای زنان و زایمان، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

[2] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد بیهوشی، عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- دانشکده پیراپزشکی

تلفن: ۰۵۶۱-۴۴۴۳۰۴۱ نمابر: ۰۵۶۱-۴۴۴۰۵۵۶ پست الکترونیکی: azar.khazae @yahoo.com

[3] کارشناس مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

[4] پزشک عمومی

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه

سزارین شایع‌ترین عمل جراحی در ایالات متحده می‌باشد؛ به طوری که سالانه بیش از یک میلیون سزارین در این کشور انجام می‌شود (۱). سزارین به معنای به دنیا آوردن جنین از طریق ایجاد برش دیواره شکم و دیواره رحم می‌باشد. این تعریف شامل خارج‌کردن جنین از حفره شکم در موارد پارگی رحم و یا حاملگی شکمی نمی‌شود (۲). شیوع سزارین در آمریکا در سال ۱۹۶۵ ۴/۵٪ بوده ، در سال ۱۹۸۸ به ۲۵٪ و در سال ۲۰۰۳ به ۲۷/۶٪ افزایش یافته است (۳). بر اساس آمار، نرخ سزارین در سال ۱۳۷۸ در استان خراسان ۲۸/۱٪ گزارش شده است (۴)؛ در حالی که بر اساس آمار مطلوب جهانی، نرخ سزارین در سال ۲۰۰۰ میلادی ۱۵٪ پیش‌بینی شده بود (۲). در این میان سهم عمده‌ای از سزارین، انتخابی بوده است؛ به نحوی که در برخی آمارها فقط ۲۳/۲٪ موارد سزارین اندیکاسیون‌های علمی داشته‌اند و ۶۷/۸٪ موارد به علل دیگری از جمله ترس از درد زایمان طبیعی (۵۹٪)، بستن لوله رحمی (۷٪)، سابقه سقط یا نازایی (۲/۳٪)، سخت‌بودن زایمان طبیعی قبلی (۳/۹٪) و سایر موارد (۱۸٪) بوده است (۵). افزایش میزان عمل سزارین باعث افزایش بار اقتصادی تحمیل‌شده بر خانواده و جامعه می‌شود؛ به گونه ای که هزینه آن در نخست‌زاها ۱۵/۱٪ و در مورد مادران چندزا ۲۰٪ افزایش می‌یابد؛ این هزینه در مواردی که نیاز به بی‌حسی اپی‌دورال باشد، ۱۰٪ افزایش می‌یابد. هزینه تلاش ناموفق در زایمان واژینال فقط ۰/۲٪ کمتر از هزینه سزارین انتخابی می‌باشد (۶). این افزایش هزینه به علت افزایش زمان لازم برای بستری مادر و از کارافتادگی اوست. در اینجا باید عوارض کوتاه مدت و بلند مدت در مادر و جنین، افزایش میزان شیوع جفت سرراهی، هزینه مربوط به اقدامات تشخیصی جانبی و ترانسفوزیون خون، نیاز به مراقبت شدید و دقیق مادر و نوزاد را نیز افزود (۷)؛ از سوی دیگر، خود عمل سزارین چندان خالی از خطر نمی‌باشد؛ به طوری که میزان مرگ و میر مادر در این نوع زایمان ۲ تا ۸ برابر زایمان واژینال است (۸). همچنین حاملگی خارج رحمی بعدی، خونریزی و هیسترکتومی بعد از زایمان، آلرژی به لاتکس، آندومتریوز جلدی، آدنومیوز، بیماری‌های کیسه صفرا، آپاندیسیت و افزایش مدت زمان بستری در بیمارستان از سایر عوارض این عمل می‌باشد (۹). براساس گزارشات افزایش زمان بستری مادر بعد از سزارین به علت خونریزی ، عفونت و بالا رفتن فشارخون دیده شده است. (۱۰). با وجود این میزان عوارض و مشکلات و صرف این مقدار هزینه هنگفت، هیچ‌گونه بهبودی در وضع مادر و نوزاد در طیّ این سال‌ها گزارش نشده است و حتی بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی به سال ۱۹۸۵ کمترین میزان مرگ و میر حین زایمان در مناطقی رخ داده که میزان سزارین آن کمتر از ۱۰٪ بوده است (۱۱). از سوی دیگر چون سزارین اورژانس قبل از هفته ۳۴ حاملگی روی می‌دهد، میزان عوارض تنفسی نوزاد در آن به ازای هر هفته جلو افتادن سزارین دوبرابر می‌شود (۱۲). میزان مرگ و میر نوزاد به ازای هر هفته زودتر انجام شدن سزارین دو برابر، میزان مراقبت پرستاری، تهویه مکانیکی و درمان با اکسیژن چهار برابر افزایش یافته است (۱۳)؛ حال اگر بخواهیم مواردی از جمله اضطراب مادر به دلیل دوری از نوزادش، تغذیه ضعیف، زردی، عفونت نوزادی، پارگی پوست سر نوزاد، نیاز به پیگیری‌های طولانی مدت، ناتوانی عملکرد عصبی نوزاد، نحریک‌پذیری مجاری هوایی کاهش رشد نوزاد، آتوپی نوزاد شکستگی استخوان فمور، شکستگی فرورونده جمجمه را بیفزاییم (۱۴)، خواهیم دید که چه فاجعه انسانی در کشور ما در حال وقوع است؛ پس لازم است تا با شناخت شیوع سزارین در مناطق مختلف و پی‌بردن به علت افزایش یا کاهش آن در نواحی مختلف کشور و جهان به یک روش مفید برای کاهش سزارین برسیم. عوامل مهمّی که در این فرایند به ما کمک می‌کنند، شناخت عوارض این نوع زایمان می‌باشد تا در انتخاب این روش، بجا و بموقع عمل کنیم. این مطالعه به منظور تعیین شیوع سزارین و مقایسه عوارض مادری و نوزادی با زایمان طبیعی در بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه توصیفی، مقطعی ۱۵۰۰ نفر از مادران بارداری که از تاریخ ۸۶/۷/۱ تا ۸۶/۱۲/۲۹ به بخش زنان بیمارستان ولی‌عصر (عج) بیرجند جهت زایمان مراجعه کرده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد به روش سرشماری مقطعی انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خودساخته‌ای شامل مشخصات فردی مادر، علل سزارین، مشخصات نوزاد و عوارض مادری و نوزادی استفاده شد. روایی این پرسشنامه توسط

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

تعدادی از اعضای هیأت علمی گروه زنان مورد تایید قرار گرفت

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS وآزمون کای اسکوئر در سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از ۱۵۰۰ مادر باردار مورد مطالعه، زایمان ۸۹۵ نفر (۵۹/۷٪) به صورت طبیعی و ۶۰۵ نفر (۴۰/۳٪) سزارین بود. میانگین سنّ مادران ۶/۰۸±۲۷/۵۰ سال بود و بیشتر افراد در رده سنّی بالای ۳۵ سال سزارین شدند.

در جدول ۱، توزیع فراوانی سزارین و زایمان طبیعی بر اساس متغیرهای فردی (سن، شغل و سطح تحصیلات) ارائه شده است. در بین نوزادان متولّدشده به روش سزارین، ۹۴/۵٪ بدون عارضه و ۵/۵٪ با عارضه و در نوزادان متولّدشده به روش زایمان طبیعی، ۹۶/۴٪ بدون عارضه و ۳/۶٪ با عارضه بودند (P>۰/۰۵). در جدول ۲، فراوانی نوع زایمان بر حسب تعداد حاملگی‌ها، زایمان‌های قبلی، تعداد فرزند زنده و تعداد سقط مورد مقایسه شده است (P<۰/۰۰۰). بین عوارض مادری با نوع زایمان نیز ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ به طوری که عوارضی مثل تب، سرفه، گلودرد، درد عضلانی و عدم توانایی در راه رفتن، در مادران سزارین شده، بیشتر گزارش شد (جدول ۳). از نظر علت سزارین، از مجموع ۶۰۵ مورد، ۲۷۷ مورد (۴۵/۸٪) به علت سزارین قبلی، لیگاتور و درخواست بیمار، ۲۴۲ مورد (۴۰٪) به علت عدم پیشرفت، عدم تطابق سر با لگن، تنگی لگن، جفت سر راهی، دو قلویی و اکلامپسی و ۸۶ مورد (۱۴/۲٪) به علت دیسترس جنینی و مکونیال انجام شده بود.

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی سزارین و زایمان طبیعی بر اساس متغیرهای فردی

متغیر	نوع زایمان	طبیعی		سزارین		آزمون آماری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن (سال)	۲۴-۱۵	۳۹۳	۷۱/۳	۱۵۸	۲۸/۷	χ^2=۴۹/۴۵
	۳۴-۲۵	۳۸۰	۵۳/۴	۳۳۲	۴۶/۴	df=۲
	بالای ۳۵	۱۲۲	۵۱/۵	۱۱۵	۴۸/۵	P<۰/۰۰۰
شغل	کارگر	۱۴	۴۲/۴	۱۹	۵۷/۶	χ^2=۴۲/۲۳
	کارمندودانشجو	۶۳	۴۳/۲	۸۳	۵۶/۸	df=۲
	خانه‌دار	۸۱۸	۶۱/۹	۵۰۳	۳۸/۱	P<۰/۰۰۰
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۷۱	۶۳/۴	۴۱	۳۶/۶	χ^2=۱۱/۸۹
	دیپلم‌وپایین‌تر	۷۲۴	۶۱/۲	۴۵۹	۳۸/۸	df=۲
	بالاتر از دیپلم	۱۰۰	۴۸/۸	۱۰۵	۵۲/۵	P<۰/۰۰۳

جدول ۲- مقایسه توزیع فراوانی نوع زایمان بر حسب تعداد حاملگی، زایمان قبلی، تعداد فرزند زنده، تعداد سقط

متغیر	نوع زایمان	طبیعی		سزارین		آزمون آماری
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
حاملگی قبلی	صفر	۴۲۴	۶۷/۶	۲۰۳	۳۲/ ۴	χ^2=۲۹ /۲۶
	۳-۱	۳۷۸	۵۳/۵	۳۲۹	۴۶/۵	df=۳
	۶-۴	۷۸	۵۷/۴	۵۸	۴۲/۶	P<۰/۰۰۰
	۷ و بیشتر	۱۵	۵۰	۱۵	۵۰	
زایمان قبلی	صفر	۴۵۴	۶۶/۵	۲۲۹	۳۳/۵	χ^2=۲۶/۴۷
	۳-۱	۳۷۱	۵۳	۳۲۹	۴۷	df=۳
	۶-۴	۵۷	۶۱/۳	۳۶	۳۸/۷	P<۰/۰۰۰
	۷ و بیشتر	۱۳	۵۴/۲	۱۱	۴۵/۸	
فرزند زنده	صفر	۴۶۴	۶۶/۶	۲۳۳	۳۳/۴	χ^2=۲۹/۰۹
	۳-۱	۳۷۳	۵۲/۵	۳۳۷	۴۷/۵	df=۲
	۴ و بالاتر	۵۸	۶۲/۴	۳۵	۳۷/۶	P<۰/۰۰۰
تعداد سقط	صفر	۷۷۶	۶۱/۲	۴۹۲	۳۸/۸	χ^2=۱۶/۴۷۵
	۲-۱	۱۱۷	۵۳/۷	۱۰۱	۴۶/۳	df=۲
	۴-۳	۲	۱۴/۳	۱۲	۸۵/۷	P<۰/۰۰۰

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

جدول ۳- مقایسه توزیع فراوانی عوارض مادری بر حسب نوع زایمان

عوارض مادری / نوع زایمان		طبیعی		سزارین		آزمون آماری
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تب	دارد.	۱۰	۱/۱	۵۴	۸/۹	χ^2=۵۳/۸۸ df=۱ P=۰/۰۰۰
	ندارد.	۸۸۵	۹۸/۹	۵۵۱	۹۱/۱	
سرفه	دارد.	۱۶	۱/۸	۶۴	۱۵/۵	χ^2=۱۰۰/۴۲ df=۱ P=۰/۰۰۰
	ندارد.	۸۷۹	۹۸/۲	۵۱۱	۸۴/۵	
گلودرد	دارد.	۱۷	۱/۹	۱۶۲	۲۶/۸	χ^2=۲۱۲/۵۸ df=۱ P=۰/۰۰۰
	ندارد.	۸۷۸	۹۸/۱	۴۴۳	۷۳/۲	
درد عضلانی	دارد.	۵۲	۵/۸	۲۸۰	۴۶/۳	χ^2=۳۴۳/۰۶۴ df=۱ P=۰/۰۰۰
	ندارد.	۸۴۳	۹۴/۲	۳۲۵	۳۵/۷	
تنگی نفس	دارد.	۲۱	۲/۳	۸۴	۱۳/۹	χ^2=۷۳/۸۱ df=۱ P=۰/۰۰۰
	ندارد.	۸۷۴	۹۷/۲	۵۲۱	۸۶/۱	
توانایی در راه رفتن	می‌تواند.	۸۲۶	۹۲/۳	۱۷۰	۲۸/۱	χ^2=۶۶۶/۷ df=۱ P=۰/۰۰۰
	نمی‌تواند.	۶۹	۷/۷	۴۳۵	۷۱/۹	
رنگ‌پریدگی	دارد.	۱۸۶	۲۰/۸	۱۹۹	۳۲/۹	χ^2=۲۷/۷۴ df=۱ P=۰/۰۰۰
	ندارد.	۷۰۹	۷۹/۲	۴۰۶	۶۷/۱	

بحث

سزارین روشی برای تولّد نوزاد در شرایط ضروری می‌باشد و نباید تصور شود که جایگزین زایمان طبیعی است. وجود عوارض جانبی همراه با سزارین، سازمان بهداشت جهانی را برآن داشت تا افق مطلوب سزارین را در سال ۲۰۰۰، ۱۵٪ در نظر بگیرد. متأسفانه آمار سزارین در جامعه ما بالا می‌باشد. در مطالعه حاضر ۴۰/۳٪ زایمان ها، به شیوه سزارین بوده است.

در مطالعه مرادان در سال ۱۳۷۶، شیوع زایمان طبیعی کلّ کشور ۸۰/۵٪ و سزارین ۱۹/۵٪ گزارش گردید (۱۵). در مطالعه دیگری در استان کهکیلویه و بویراحمد در سال ۱۳۸۳، آمار زایمان طبیعی ۶۶/۹۴٪ و سزارین ۳۹/۱۲٪ گزارش گردید (۱۶) که با مطالعه حاضر تا حدود زیادی همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر سنّ بیشتر مادرانی که سزارین شده بودند، بالای ۳۵ سال بود. در تحقیق برقعی و همکاران، میزان زایمان طبیعی بیشتر در مادران کمتر از ۱۸ سال و سزارین بیشتر در رده سنی بالای ۳۵ گزارش شده است (۱۷).

همچنین در تحقیق عبدالهی فرد، گروه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال با ۴۶/۶٪، بیشترین میزان سزارین را نشان داد (۱۸) که با مطالعه حاضر هماهنگی دارد.

در این مطالعه بین نوع زایمان با شغل، تحصیلات مادر و تعداد حاملگی، تعداد زایمان قبلی، تعداد فرزند زنده، سابقه سقط قبلی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. به این صورت که نرخ سزارین در مادران کارگر یا کارمند، با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم، در حاملگی بیش از ۷ بار و زایمان قبلی ۱ تا ۳ بار بیشتر از سایر گروه‌ها بود؛ به عبارت دیگر افزایش سواد با افزایش سزارین همراه بود که به نظر می‌رسد تنش بیشتر زنان شاغل، درخواست از پزشک و علاقه به استفاده از برخی امتیازات از عوامل مؤثر آن باشد. در مطالعه پیری و همکاران، میزان سزارین در مادران کارمند بیشتر از زنان کارگر و خانه‌دار گزارش شد؛ (۳۸/۶٪ زنان کارمند سزارین و ۴۵٪ زنان با مشاغل بالا نیز سزارین شدند)؛ همچنین با افزایش میزان تحصیلات مادر، میزان زایمان با ابزار و سزارین افزایش داشت؛ به طوری که بیشترین و کمترین آمار سزارین به ترتیب در زنان لیسانس و بالاتر (۴۵/۱٪) و بی‌سواد (۲۰/۲٪) بود (۱۹)؛ نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر مقایسه عوارض مادری با نوع زایمان ارتباط معنی‌داری داشت؛ به طوری که عوارضی نظیر تب، سرفه، گلودرد، درد عضلانی، تنگی نفس، عدم توانایی در راه رفتن و pail بودن در مادران سزارین‌شده بیشتر بود که بعضی از این عوارض مربوط به روش بیهوشی اعمال‌شده در سزارین می‌باشد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

در پژوهش اخلاقی و همکاران در مورد عوارض بعد از سزارین، میزان افت هماتوکریت (بیش از ۳٪) و بروز تب بعد از عمل جراحی در ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از عمل (۱۴/۷٪) گزارش گردید (۲۰). مطالعه پوراصل در مورد نوع روش زایمان و عوامل مرتبط با آن نشان داد که بین عوارض مادری بعد از زایمان به روش سزارین و طبیعی اختلاف معنی‌داری وجود ندارد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۱).

در این مطالعه نوزادان با ۰-۱ عارضه "بدون عارضه" و نوزادان با ۲-۴ عارضه، "عارضه‌دار" در نظر گرفته شدند؛ بر این اساس، ۳۳ مورد (۵/۵٪) از موارد سزارین‌شده و ۳۱ مورد (۳/۶٪) از زایمان‌های طبیعی عارضه‌دار بودند ولی این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

در مطالعه بکایی و کاظمی، زمان شروع شیردهی در مادران سزارین‌شده به طور معنی‌داری دیرتر از مادران با زایمان طبیعی بود؛ از طرفی میانگین تعداد و دفعات شیردهی در بار اول در مادران با زایمان طبیعی، بیشتر از سزارین بود (۷/۷ در زایمان طبیعی در مقابل ۴/۸ در سزارین) (۲۲) که شاید زمان شیردهی دیرتر از حدّ معمول بتواند عوارض سوء در نوزادان داشته باشد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این تحقیق، نرخ سزارین در مادران شاغل با افزایش سن و سطح تحصیلات افزایش می‌یابد که شاید به علت استفاده بیشتر از تسهیلات جانبی مانند مرخصی یا ترس از درد و زایمان سخت باشد.

می‌توان با برنامه‌های مداخله‌ای برای تغییر نگرش و همچنین افزایش آگاهی زنان در مورد عوارض بعد از عمل جراحی و هزینه‌های هنگفت ناشی از اشغال تخت‌های بیمارستان و زایمان بی درد شیوع زایمان سزارین را کاهش داد.

منابع:

1- Baxter JK, Chauhan SP, Cunighan FQ, McDounald P. Evidence-based surgery for cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2005; 193: 1607-1617.

2- Cunighan FQ, Mac Dounald P" Williams obtriets 21th ed Newyork ppleton an lange page

3- Faramarzi M, Bakhtiari A, Nazari T .The prevalence and causes of Cesarean in the city of Babol. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2000; (1): 53-56. [Persian]

4- Afshari S, Dastfan F, Vaziri ES, Tashakhori SA. Investigating the abundance of natural parturition, Cesarean and related causes in public and private centers of Khorasan. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility. 1999; 1 (1): 40-45. [Persian]

5- Asnafi N, Hajian K, Hesari H. Causes and complications of emergency Cesarean-section in Yahyanejad Hospital, Babol, 1999. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2002; 13 (4): 16-19. [Persian]

6- Brent W, Bost MD. Cesarean delivery on demand: what will cost? Am J Obstet Gynecol. 2002; 188 (6): 1418-1423.

7- Druzin Maurica L, El-Sayed Yasser Y. Semin Perinatol. Am J Obstet Gynecol. 2006; 30 (5): 305-308

8- Hall M, Chamberlain G, Patel N. Audit in the future of the maternity services. London; Recog press:1998.

9- Lydon RM, Hilt VL, Martin DP, Lydon-Rochelle M, Victoria L. Easterling. association between method of delivery and maternal rehospetilization. JAMA. 2000; 283: 2411-2416.

10- Liu S, Heaman RNM, Hramer MS, Liu S, Heaman M, Kramer MS. Length of hospital stay. Obstetric conditions at child birth, and maternal readmission: a population- based cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187 (3): 181-187.

11- World health organization appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2: 436-437.

12- Morrison JJ, Rennice JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of elective cesarean section. Br J Obstet Gynecol. 1995;102: 101-106.

13- Annibale DJ, Huiseg C, Wagner D, Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, et al. Comparative heonated morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995; 149 (8): 860-867.

14- Smit JF, Hernan dez C, Wax JR. Fetal laceratiom injury at Cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1997; 90: 344-346.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

15- Allameh Z. Cesarean section prevalence in Iran. Journal of Research in Medical Sciences. 2000; 4 (4): 187-189. [Persian]

16- Mobaraky A, Bagheri G. Prevalence of Cesarean section and the related causes in Kohgiloieh and Boyerahmad province in 2002. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility. 2005; 1 (8): 73-78. [Persian]

17- Borghei NS, Borghei A, Gol Alipoor MJ, Kashani E. A study of related factors on the mode of delivery. Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences. 2005; 44: 51-60. [Persian]

18- Abdolahi Fard S. Cesarean section. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services. 1994; 23 (28): 72-86. [Persian]

19- Piri Sh, Kiani A. A survey on the prevalence and reasons of different types of delivery and the effect of demographic factors on it. Daneshvar, Scientific-research Journal of Shahed University. 2001; 35 (8): 7-14. [Persian]

20- Akhlaghi F, Abasi R. Evaluation of the methods of placental removal during Cesarean section and their post-partum complications. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2009; 3 (14): 39-46. [Persian]

21- Mohammad Pour Asl A, Asgharian P, Rostami F, Azizi A, Akbari H. Investigating the choice of delivery method type and its related factors in pregnant women in Maragheh knowledge & health. Knowledge & Health. 2009; 4 (1): 36-39. [Persian]

22- Bokaei M, Kazemi A. Infant feeding methods in women with normal vaginal delivery or Cesarean section. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences & Health Services. 1998; 4 (5): 34-38. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]

Title: Prevalence of Cesarean and its complications in women referring to Vali-e-Asr hospital

Authors: N. Naseh[1], T. Khazaie[2], S. Kianfar[3], R. Dehghan[4], S. Yoosefi[4]

Abstract:

Background and Aim: In recent years, there has been an increase in the trend for cesarean section. Due to surgical complications, financial costs and mother's long period of hospitalization, the normal way of delivery is suggested. Cesarean rate in Khorasan was estimated to be 28/1 in 1999, though the desired rate in the world was 15 per cent for 2000. This study was performed to define cesarean rate and causes and complications in Vali-e-Asr hospital in Birjand.

Materials and Methods: In this descriptive study, which cross-sectionally was carried out, 1500 pregnant women referring to Vali-e-Asr hospital were studied. A questionnaire in 4 portions was filled out at mothers' bed, in delivery room, operation room, and women's ward. Data were analyzed by chi square test in SPSS software. ($P<0.05$)

Results: From 1500 pregnant women in this study 895 (59.7%) had a normal delivery and 605 (40.3%) by Cesarean. There was a significant relationship between age, job, education level, number of pregnancies, previous delivery, live births, abortion number and the route of delivery ($P<0.05$). The comparison of mother's complications with delivery route was significant, but not for neonatal ones.

Conclusion: Cesarean choice rate is high and intervention programs are necessary to change women attitudes toward it and to increase the knowledge of painless delivery to reduce Cesarean.

Key Words: Normal delivery, Cesarean, Complication

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty (Vol 7, No. 1&2, Year 2010)

[1] *Assistant Professor, Department of Gynecology, Faculty of Medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
[2] *Corresponding Author, Instructor, Faculty of Para-medicine, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran azar.khazae@yahoo.com*
[3] *Bachelor of Midwifery, Lecturer, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
[4] *Physician*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-02]