

شیوع سزارین و علل و عوارض آن

در زنان مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (عج) بیرجند

نرگس ناصح^۱، طاهره خزاعی^۲، صدیقه کیانفر^۳، رضا دهقان^۴، سمیه یوسفی^۴

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 بستری شدن 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 مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (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 مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (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 $P < 0/05$ 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 ($P < 0/05$) 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 علوم پزشکی بیرجند (دوره ۷؛ شماره ۱ و ۲؛ سال ۱۳۸۹)

^۱ جراح و متخصص بیماریهای زنان و زایمان، استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۲ 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

^۳ کارشناس مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

^۴ پزشک عمومی

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 خارج کردن 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 گونه‌ای که هزینه آن در نخست‌زایان ۱۵/۱٪ و در مورد مادران چندزا ۲۰٪ افزایش می‌یابد؛ این هزینه در مواردی که نیاز به بی‌حسی ایپی‌دورال 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 هیستریکتومی بعد از زایمان، آلرژی به لاتکس، آندومتروز 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 طی 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، تحریک‌پذیری مجاری هوایی کاهش رشد نوزاد، آتوپای 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 مهمی 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 ولی عصر (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 ولی عصر (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

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 قلوئی 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

آزمون آماری	سزارین		طبیعی		نوع زایمان	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیر	
$\chi^2=49/45$ df=2 P<0/000	28/7	158	71/3	393	15-24	سن
	46/4	232	53/4	380	25-34	(سال)
	48/5	115	51/5	122	بالای 35	
$\chi^2=42/23$ df=2 P<0/000	57/6	19	42/4	14	کارگر	شغل
	56/8	83	43/2	63	کارمند و دانشجو	
	38/1	503	61/9	818	خانه دار	
$\chi^2=11/89$ df=2 P<0/003	36/6	41	63/4	71	بی سواد	سطح تحصیلات
	38/8	459	61/2	724	دیپلم و پایین تر	
	52/5	105	48/8	100	بالا تر از دیپلم	

تعدادی از اعضای هیأت علمی گروه زنان مورد تایید قرار گرفت داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون کای اسکوتر در سطح معنی داری $P<0/05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

از ۱۵۰۰ مادر باردار مورد مطالعه، زایمان ۸۹۵ نفر (۵۹/۷٪) به صورت طبیعی و ۶۰۵ نفر (۴۰/۳٪) سزارین بود. میانگین سن مادران $27/50 \pm 6/08$ سال بود و بیشتر افراد در رده سنی 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 متولد شده به روش سزارین، ۹۴/۵٪ بدون عارضه و ۵/۵٪ با عارضه و در نوزادان متولد شده به روش زایمان طبیعی، ۹۶/۴٪ بدون عارضه و ۳/۶٪ با عارضه بودند ($P>0/05$). در جدول ۲، فراوانی نوع زایمان بر حسب تعداد حاملگی ها، زایمان های قبلی، تعداد فرزند زنده و تعداد سقط مورد مقایسه شده است ($P<0/000$). بین عوارض مادری با نوع زایمان نیز ارتباط معنی داری وجود داشت؛ به طوری که عوارضی مثل تب، سرفه، گلودرد، درد عضلانی و عدم توانایی در راه رفتن، در مادران

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

آزمون آماری	سزارین		طبیعی		نوع زایمان	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیر	
$\chi^2=29/26$ df=3 P<0/000	203	32/4	424	67/6	صفر	حاملگی قبلی
	329	46/5	378	53/5	۱-۳	
	58	42/6	78	57/4	۴-۶	
	15	50	15	50	۷ و بیشتر	
$\chi^2=26/47$ df=3 P<0/000	229	33/5	454	66/5	صفر	زایمان قبلی
	329	47	371	53	۱-۳	
	36	38/7	57	61/3	۴-۶	
	11	45/8	13	54/2	۷ و بیشتر	
$\chi^2=29/09$ df=2 P<0/000	233	33/4	464	66/6	صفر	فرزند زنده
	337	47/5	373	52/5	۱-۳	
	35	37/6	58	62/4	۴ و بالاتر	
$\chi^2=16/475$ df=2 P<0/000	492	38/8	776	61/2	صفر	تعداد سقط
	101	46/3	117	53/7	۱-۲	
	12	85/7	2	14/3	۳-۴	

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

آزمون آماری	سزارین		طبیعی		نوع زایمان	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	عوارض مادری	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=53/88$	۸/۹	۵۴	۱/۱	۱۰	دارد.	تب
	۹۱/۱	۵۵۱	۹۸/۹	۸۸۵	ندارد.	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=100/42$	۱۵/۵	۶۴	۱/۸	۱۶	دارد.	سرفه
	۸۴/۵	۵۱۱	۹۸/۲	۸۷۹	ندارد.	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=212/58$	۲۶/۸	۱۶۲	۱/۹	۱۷	دارد.	گلودرد
	۷۳/۲	۴۴۳	۹۸/۱	۸۷۸	ندارد.	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=343/064$	۴۶/۳	۲۸۰	۵/۸	۵۲	دارد.	درد عضلانی
	۳۵/۷	۳۲۵	۹۴/۲	۸۴۳	ندارد.	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=73/81$	۱۳/۹	۸۴	۲/۳	۲۱	دارد.	تنگی نفس
	۸۶/۱	۵۲۱	۹۷/۲	۸۷۴	ندارد.	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=666/7$	۲۸/۱	۱۷۰	۹۲/۳	۸۲۶	می‌تواند.	توانایی در راه رفتن
	۷۱/۹	۴۳۵	۷/۷	۶۹	نمی‌تواند.	
$P=0/000$ $df=1$ $\chi^2=27/74$	۳۲/۹	۱۹۹	۲۰/۸	۱۸۶	دارد.	رنگ‌پریدگی
	۶۷/۱	۴۰۶	۷۹/۲	۷۰۹	ندارد.	

بحث

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 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 پیل بودن در مادران سزارین‌شده بیشتر بود که بعضی از این عوارض مربوط به روش بیهوشی اعمال‌شده در سزارین می‌باشد.

سزارین روشی برای تولد نوزاد در شرایط ضروری می‌باشد و نباید تصور شود که جایگزین زایمان طبیعی است. وجود عوارض جانبی همراه با سزارین، سازمان بهداشت جهانی را بر آن 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٪ زایمان‌ها، به شیوه سزارین بوده است.

در مطالعه مرادان در سال ۱۳۷۶، شیوع زایمان طبیعی کل کشور ۸۰/۵٪ و سزارین ۱۹/۵٪ گزارش گردید (۱۵). در مطالعه دیگری در استان کهگیلویه 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 سن بیشتر مادرانی که سزارین شده بودند، بالای ۳۵ سال بود. در تحقیق برقی 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

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 حد معمول بتواند عوارض سوء در نوزادان داشته باشد.

نتیجه گیری

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

می توان با برنامه های مداخله ای برای تغییر نگرش و همچنین افزایش آگاهی زنان در مورد عوارض بعد از عمل جراحی و هزینه های هنگفت ناشی از اشغال تخت های بیمارستان و زایمان بی درد شیوع زایمان سزارین را کاهش داد.

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 معنی داری وجود ندارد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۲۱).

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

در مطالعه بکابی و کاظمی، زمان شروع شیردهی در مادران سزارین شده به طور معنی داری دیرتر از مادران با زایمان طبیعی

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 rehospitilization. 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 neonatal 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 laceration injury at Cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1997; 90: 344-346.

- 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 Kohgiluyeh and Boyer-Ahmad 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]

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

Authors: N. Naseh¹, T. Khazaie², S. Kianfar³, R. Dehghan⁴, S. Yoosefi⁴

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