ارتباط بین پذیرش زودرس زنان باردار در فاز نهفته و عوارض ناشی از آن

دکتر محمدعلی حیدرنیا: استادیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
پروین رهنما: * مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد
دکتر علی منتظری: استاد پژوهش، گروه سلامت روان، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
دکتر مهدی عبادی: مربی پژوهش، گروه پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی
فاطمه رحمتی نجارکلائی: دانشجوی دکترای آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره سوم تابستان ۱۳۸۷ صص ۲۳۹-۲۳۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی ارتباط بِین پذِیرش زودرس زنان باردار در فاز نهفته و عوارض ناشی از آن است.

زایمان از طریق سزارین، رایج‌ترین عمل جراحی موجود بوده و دارای عوارضی برای مادر و جنین می‌باشد. انجام عمل سزارین در دنیا رو به افزایش است و افزایش میزان سزارین یک پدیده بین‌المللی است و یکی از دلایل آن پذیرش زودرس زائو و عوارض ناشی از آن می‌باشد.

در این مطالعه مقایسه‌ای بین ۴۶۶ زن باردار اول‌زا که در مرحله نهفته زایمانی بستری شدند و با ۳۲۹ نفر زن اول‌زا که در فاز فعال زایمانی بستری شده بودند، صورت گرفت. دو گروه مورد مطالعه به دلیل شروع دردهای زایمانی یا فرا رسیدن روز زایمان به بیمارستان مراجعه کرده بودند و غیر از انجام زایمان واژینال، هیچ مشکل دیگری نداشتند. سن حاملگی افراد ۳۷ هفته یا بیشتر، حاملگی با جنین منفرد و پرده سالم و بر طبق مراقبت‌های قبل از تولد جزء افراد با خطر پایین در نظر گرفته شده بودند.

نتایج مطالعه بیانگر آن بود که تعداد زایمان سزارین در گروهی که در فاز نهفته بستری شدند بیشتر از گروهی بود که در فاز فعال بستری شده بودند (۶۴/۵ درصد در مقابل ۲۴/۳ درصد (P<۰/۰۰۰۱). دلیل اصلی سزارین در هر دو گروه زایمان سخت و دیسترس جنین مشاهده شد. میزان سخت‌زایی در گروهی که در فاز نهفته بستری شدند، بیش از افرادی بود که در گروه فاز فعال بستری شده بودند (۳۲/۶ درصد در مقابل ۲۴/۳ درصد، P=۰/۰۰۴۸). مقدار اکسی توسین استفاده شده درافرادی که در فاز نهفته بستری شدند نیز نسبت به افرادی که در فاز فعال بستری شدند بیشتر بود (P<۰/۰۰۱).

بنا بر نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌گردد ازآنجایی که بستری شدن زودهنگام زنان باردار در فاز نهفته منجر به دخالت بیشتر در انجام زایمان شامل تجویز بیشتر اکسی توسین و تشخیص بیشتر سخت‌زایی می‌گردد، لذا در صورتی که اندیکاسیون خاصی برای بستری شدن زائو در فاز نهفته وجود ندارد، از پذیرش وی در فاز نهفته خودداری گردد و به بیمار در طول مراقبت‌های پیش از زایمان، آموزش داده شود که در این مرحله می‌تواند در منزل به سر برده، استراحت کند و دوش بگیرد.

کلیدواژه‌ها: فاز فعال، سزارین، فاز نهفته، زمان پذیرش

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، تقاطع طالقانی و ولی عصر، جنب هتل جهان، کوچه رحیم زاده، پلاک ۳۳، دانشکده پرستاری و مامایی شاهد
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۸۰
E- mail: Prahnama@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.6.4]

مقدمه

طی ۲۰ سال گذشته، عمل جراحی سزارین به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش پیدا کرده است. سزارین بنا به دلایل متعدد بالینی شامل سزارین قبلی، نمایش جنین با پا، سخت‌زایی، زجر جنین و سایر موارد انجام می‌شود[۱].

میزان سزارین در کل دنیا افزایش پیدا کرده است و در بسیاری از کشورها در حال رشد است[۲]. افزایش سزارین موضوعی است که به طور مداوم درباره آن بحث می‌شود[۳]. چرا که افزایش تعداد سزارین لزوماً منجر به بهبود نتایج نوزادی و کاهش مرگ و میر مادری نمی‌شود[۴، ۵] و صدمات مادری را افزایش می‌دهد[۶]. انجام سزارین منجر به افزایش ۴-۲ برابر مرگ و میر مادری و ۱۰-۵ برابر صدمات مادری نسبت به زایمان طبیعی می‌شود[۷]. سزارین علاوه بر آن که خطرات سلامت را برای مادر و نوزاد افزایش می‌دهد، هزینه آن نیز نسبت به زایمان طبیعی بیشتر است. میزان سزارین به طور پیشرونده‌ای در بسیاری از کشورها و از جمله ایران افزایش یافته است. در سال‌های اخیر در بیمارستان‌های ایران تعداد زایمان با عمل سزارین رو به افزایش گذاشته است. در بررسی سال ۱۳۵۵ وزارت بهداشت وقت، شیوع سزارین را ۱۹/۵ درصد [۸] و در گزارش معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مرداد ماه سال ۱۳۷۷، ۳۳/۱ درصد [۹] و در سال ۱۳۷۹ این میزان ۳۵ درصد در کل کشور و ۵۰ درصد در شهر تهران گزارش شده است[۱۰]. در یک مطالعه وسیع کشوری در سال ۱۳۸۴ که توسط دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی صورت گرفته است و طی آن ۴۱ استان و ۳۲۶ شهرستان مورد بررسی قرار گرفتند. میزان سزارین ۴۰/۶ درصد گزارش شد که در بین آنها ۲۵/۶ درصد به دلیل سزارین قبلی و ۶۱/۶ درصد به دلیل تشخیص پزشک، تحت عمل سزارین قرار گرفته‌اند. از طریق سازمان بهداشت جهانی، میزان سزارین ۱۵ درصد پیشنهاد شده است. اطلاعات به دست آمده بیانگر آن است که در هیچیک از شهرهای ایران چه در بخش خصوصی و یا دولتی، آمار سزارین کمتر از ۱۵ درصد نبوده است. محدوده سزارین بین ۱۸/۸ درصد تا ۵۱/۱ درصد گزارش شده است.

بزرگترین مانع در درک زایمان طبیعی، تشخیص شروع آن است. تعریف صریح زایمان ـ انقباضات رحمی که باعث اتساع قابل توجه گردن رحم می‌شوند ـ به راحتی طبیب را در تعیین زمان شروع زایمان کمک نمی‌کند. زیرا این تشخیص فقط بعداز وقوع آن تأیید می‌شود. در ایالت متحده، پذیرش برای زایمان غالباً بر اساس میزان اتساع گردن رحم، به همراه انقباضات دردآور انجام می‌گیرد. هنگامی که زن حامله برای معاینه مراجعه می‌کند و غشاها سالم هستند، اتساع دهانه رحم، به میزان ۴-۳ سانتی‌متر یا بیشتر معیار قابل اعتمادی برای تشخیص زایمان فعال هستند. در این حالت شروع زایمان با زمان پذیرش بیمار آغاز می‌گردد. استفاده از این روش فرضی، برای تشخیص زایمان حقیقی بسیاری از بلاتکلیفی‌ها در مورد تشخیص زایمان در مراحل اولیه، اتساع گردن رحم را برطرف می‌کند. تحقیقات، بیانگر آن است که ۱۲ درصد از زنان آمریکایی که قبلاً تحت سزارین قرار نگرفته بودند در سال ۱۹۹۰ به عنوان ابتلا به سخت‌زایی نیازمند سزارین شدند. این میزان در مقایسه با سال ۱۹۸۰ ۷ درصد افزایش یافته بود. Gittord و همکارانش گزارش کرده بودند که فقدان پیشرفت زایمان، دلیل ۶۸ درصد سزارین‌های بدون برنامه ریزی در جنین‌های با نمایش سر است[۱۱]. سخت‌زایی از نظر لغوی به معنای زایمان سخت است که با پیشرفت آهسته و غیرطبیعی زایمان مشخص می‌شود[۱۲]. سخت‌زایی، شایع‌ترین دلیل برای زایمان سزارین است.افزایش تعداد سزارین، نتایج نوزادی رابهبود نمی‌دهد[۱۳]. به علاوه احتمال مرگ و میر مادری [۱۴، ۱۵] و صدمات مادری را افزایش می‌دهد[۱۶].

در حال حاضر زایمان سخت، شایع‌ترین علت استفاده از سزارین محسوب می‌شود. زایمان سخت موضوع خیلی پیچیده‌ای است. اگرچه تعریف آن (پیشرفت غیرطبیعی در زایمان) ساده به نظر می‌رسد، ولی هیچ توافق عمومی وجود ندارد که معنای پیشرفت غیرطبیعی چیست؟ بنابراین به منظور تعیین حالت‌های غیرطبیعی، به دست آوردن فهم بهتر در مورد زایمان طبیعی ضروری به نظر می‌رسد[۱۷]. همچنین مطالعات بیانگرآن است که پذیرش زائو در فاز نهفته و زمانی که گردن رحم کمتر از ۴ سانتی‌متر بازشدگی دارد، منجر به افزایش طول زایمان، عوارض زایمانی و مداخلات نابجا در طول زایمان می‌شود[۱۸].

لذا با توجه به موارد فوق محقق بر آن شد تا تحقیقی در مورد مقایسه بستری شدن زنان باردار در فاز نهفته و سخت‌زایی ناشی از آن را به عمل آورد.

مواد و روش کار

۸۱۰ زن اول‌زا با حاملگی طبیعی در این بررسی مورد مطالعه واقع شدند. زنان اول‌زا دارای شرایط زیر بودند: سن حاملگی ۳۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.6.4]

هفته یا بیشتر، حاملگی با یک جنین منفرد، پرده‌های جنینی سالم و دارای خطر پایین که این مورد به وسیله پزشکی که مراقبت قبل از تولد مادر باردار را به عهده داشت مشخص می‌شد. زنانی که منظور سزارین یا تحریک زایمان بستری می‌شدند، از مطالعه حذف شدند.

همه زنان در این مطالعه در طول تولد نوزاد خود از مرافبت ماماهای مستقر در طول زایمان و زایمان برخوردار بودند و اطلاعات توسط فردی که دخالتی درانجام زایمان نداشت جمع‌آوری گردید. در این مطالعه ۴۷۴ زن در مرحله نهفته زایمانی بستری شدند (گروه ۱) و نهایتاً تجزیه و تحلیل آماری در ۴۶۶ زن در گروه یک و ۳۲۹ زن در گروه ۲ انجام شد. تعیین فاز فعال زایمانی بر اساس وجود انقباضات منظم، انقباضات دردناک و بازشدگی بیش از ۳ سانتی‌متر در گردن رحم در نظر گرفته شد و فاز نهفته افرادی بودند که دارای بازشدگی گردن رحم ۳-۰ سانتی‌متر بودند.

زمانی که انقباضات فعال و موثر که منجر به بازشدگی گردن رحم شود ۲ ساعت پس از پذیرش زائو به وقوع نمی‌پیوست آمنیوتومی انجام می‌شد و پیشرفت زایمان ارزیابی می‌شد. در زنانی که پیشرفت زایمان انجام نمیشد و انقباضات هیپوتونیک بود، اکسی‌توسین تجویز می‌شد. اقدامات مادری و جنینی شامل تعیین ضربان قلب جنین، بررسی انقباضات بررسی بازشدگی، کشیدگی و سایر موارد صورت می‌گرفت. در این مطالعه میزان زایمان سزارین، دلیل سزارین، بازشدگی گردن رحم و میزان تجویز اکسی‌توسین بررسی و مورد مقایسه واقع شده است.

یافته‌ها

جدول شماره ۱ بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر مشخصات جمعیتی و مامایی (سن، سن حاملگی، وزن تولد، خانه‌دار یا شاغل‌بودن) اختلاف آماری معناداری وجود نداشته است. جدول شماره ۲ بیانگر آن است که بین دو گروه از نظر وقوع سخت‌زایی که شامل عدم تطابق سر جنین با لگن و عدم پیشرفت می‌باشد اختلاف آماری معناداری مشاهده می‌شود(P=۰/۰۰۴۸). مطالعه حاضر همچنین بیانگر آن است که مقدار مصرف اکسی‌توسین در طول زایمان در افرادی که در فاز نهفته بستری شده‌اند، بیش از افرادی است که در فاز فعال بستری شده‌اند (۰/۷ ± ۱/۱ در مقابل ۰/۱ ± ۰/۱۸)(P<۰/۰۰۱).

جدول شماره ۱- مقایسه عوامل جمعیتی و مامایی در دو گروه تحت بررسی

	گروه نهفته (n=۴۶۶)		گروه فعال (n=۳۲۹)		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سن	۳/۳ ± ۲۴/۲۵ (انحراف معیار ± میانگین)		۳/۱ ± ۲۴/۰۵ (انحراف معیار ± میانگین)		۰/۵
سن حاملگی	۰/۵۷ ± ۳۹/۶ (انحراف معیار ± میانگین)		۰/۵۱ ± ۳۸/۹۵ (انحراف معیار ± میانگین)		۰/۱
وزن تولد	۲۸۶ ± ۳۰۸۳ (انحراف معیار ± میانگین)		۳۲۳ ± ۳۱۰۹ (انحراف معیار ± میانگین)		۰/۰۷
خانه‌دار	۴۲۶	۹۱/۴	۳۰۴	۹۲/۴	۰/۶
شاغل	۴۰	۸/۶	۱۰	۳	

جدول شماره ۲- **توزیع فراوانی سخت زایی در مرحله نهفته و فعال**

سخت زایی	گروه نهفته (n=۴۶۶)		گروه فعال (n=۳۲۹)	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
وجود دارد	۱۵۲	۳۲/۶	۸۰	۲۴/۴
وجود ندارد	۳۱۴	۶۷/۴	۲۴۹	۷۵/۶
جمع	۴۶۶	۱۰۰	۳۲۹	۱۰۰

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه انجام شده، نتایج بیانگر آن است که یکی از رایج‌ترین دلایل برای انجام سزارین در زنان اول‌زا و زنان گروه فاز نهفته، سخت زایی و در فاز فعال، مشکلات جنینی بوده است.

باز شدن گردن رحم به هنگام سزارین در گروه فاز نهفته کمتر از فاز فعال مشاهده شد. اگرچه تقویت زایمان با اکسی توسین در دو گروه مشابه بود، ولی میزان مصرف اکسی توسین در فاز نهفته بیشتر بود. همچنین میزان سزارین انجام شده در این گروه نسبت

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.6.4]

به فـاز فعـال بیـشتر مـشاهده شـد. Gittord و همکـاران (۲۰۰۰) گزارش کردند که علت انجام ۶۸ درصد از زایمان‌های سزارینی که از قبل طراحی نشده بودند و نمایش سر داشتند، عدم پیـشرفت بـوده است.

تقریباً ۲۵ درصد زایمان‌هایی که سالانه برای درمان عدم پیشرفت درآمریکا انجام می‌گیرد، مربوط به زمانی است که باز شـدن گـردن رحم آنها ۳-۰ سانتی متر اسـت [۱۹]. بـه نظـر Stephenson ایـن مسأله بر خلاف پیشنهاد کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکاسـت که بر باز شدن گردن رحم به اندازه ۴ سانتی متر یا بیـشتر قبـل از انجام تشخیص دلالت دارد. بنابراین تشخیص معمولاً پیش از مرحله فعال زایمان و تلاش کافی برای زایمان صورت می‌گیرد [۲۰]. عامل دیگری که در افزایش تشخیص سخت زایی، دخالـت دارد، تحریـک ناکافی زایمان توسط اکسی توسین درزنان مبتلا به زایمـان آهـسته است [۲۱]. King (۱۹۹۳) دریافت که میـزان سـزارین‌هـای انجـام شده برای درمان سخت زایی، برای بیماران خـصوصی، متناسـب بـا ساعات کاری و جدول برنامه جراحی است. اما رونـدهایی کـه بـرای درمان مشکلات جنین صورت می‌گیرد، در تمـام طـول روز، توزیـع یکنواختی دارد[۲۲].

مطالعات بیانگر آن است که باز شـدن گـردن رحـم، بـه انـدازه ۳ سانتی متر یا کمتر به هنگام پذیرش متوسط، زایمان را طـولانی‌تـر، تعداد مـداخلات در طـول زایمـان را بیـشتر و اخـتلالات زایمـان را بیشتر بـرآورد مـی‌کنـد[۱۸]. نتـایج مـشابه در مطالعـات متعـددی گزارش شده است و نتایج بیانگر آن است که افرادی کـه در مرحلـه باز شدن گردن رحم به اندازه ۳-۰ سانتی متـر بـستری مـی‌شـوند، احتمال بیشتری دارد که مداخلات مامایی در طول زایمان در مـورد آنها صورت گیـرد تـا افـرادی کـه در مراحـل پیـشرفته‌تـر بـستری شده‌اند[۲۵-۲۳]. بنابراین توصیه می‌شود که افـراد اول‌زا در مرحلـه نهفته زایمانی در منزل به سر ببرند، دوش بگیرند و آرامش خـود را حفظ نمایند و در صورتی که مشکل خاصی ندارند، از پـذیرش آنهـا در اطاق زایمان جداً خودداری به عمل آید. ضمناً می‌توان در طـول دوره پـیش از زایمـان، آمـوزش‌هـای لازم را در مـورد علائـم و درد زایمانی به زائو داد.

منابع

1- Rut Kow IM. Surgical opperations in the United States 1379 to 1984. Surgery 1987; 101: 192-200
2- Shearer E. Cesarenls: medical benefits and costs. Social Sciences 1993: 37: 122-131
3- National Institute of Child Health and Human Development. Cesarean Childbirth Report of a Concersus Development Conference. Bethesda MD: NIH, 1981
4- Pettiti OB, Cefalo RC, Shapiro S. In hospital maternal mortality in United States: time trends in relation to delivery. Obstetrics and Gynecology 1982; 59: 6-12
5- Rubin GL, Peterson HB, Rochat RW. Maternal death after C/S in Georgia. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1981; 139: 681-5
6- Bottoms S, Rosen M, Sokol R. The increase in the cesarean birth rate. New England Journal of Medicine 1980; 302: 559-624
7- Sonia N. Molina-Jem-too many sections. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000; 183; 1144-51
۸- گزارش وزارت بهداری، ۱۳۵۵
۹- گزارش معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷
۱۰- سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایـران، معاونـت بهداشتی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
11- Notzon FC, Cnattinguis S, Bergjo P, Cole S, Taffel S, Irgens L, et al. Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indication. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1994; 171: 495-504
12- Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keesey J, Keeler E, Kahn KL. Lack of progress in labor as reason for cesarean. Obstetrics and Gynecology 2000; 95: 589-95
13- American college of obstetricians and gynecologist: dystocia and augmentation labor Acog practice bulletin 2003; 102: 1445-54
14- Petti DB, Cefalo RC. In hospital maternal mortality in the United States: time trends in relation to delivery. Obstetrics Gynecology 1982: 59: 6-12
15- Rubin GL, Peterson HB, Rochat RW. Maternal death after cesarean section in Georgia. American Journal Obstetrics and Gynecology 1981; 139: 681-5
16- Bottoms S, Rosen M, Sokol R. The increase in cesarean birth tate. New England Journal of Medicine 1980; 302: 559-624
17- CunningHam F, Kenneth J. Dystocia, abnormal labor. Williams Obstetrics. Mc Grawhill, 2005

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.6.4]

18- Hemminhi E, Simukah R. The timing of hospital admission and progress of labor. Obstetrics and Gynecology Reproductive 1986: 22: 85-94

19- McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program randomized controlled trial. Birth 1998: 25: 5-10

20- Stephenson J. Health agencies. JAMA 2000; 283; 254-15

21- Rouse DY, Owen J. Prophylactic cesarean delivery for fetal mactosomia diagnosed by means of ultrasonography: a faustioan burgin. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999; 181: 332-34

22- King JF. Obstetric intervention and economic imperative. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1993; 100: 106-107

23- Vroenraet Fpj, Roumen FJ. Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. Obstetrics and Gynecology 2005; 105: 697-99

24- Holmes P, Oppenheimer LW. Relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology 2001; 108: 1120-24

25- Jachoson DJ, Lang JM. Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2003; 32: 197-215

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.6.4]