Archive of SID

پژوهشی

مجله علمی - پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره پانزدهم، شماره ۴۸، مهر و آبان ۱۳۸۴ (۹۱ - ۸۲)

مقایسه مدت مرحله اول زایمان در دو گروه زایمان واژینال و سزارین درکلیه بیمارستان‌های استان گلستان

نرجس سادات برقعی (M.Sc.)* افسانه برقعی (M.D.)** الهام کاشانی (M.D.)*** حمیرا خدام (M.Sc.)****

چکیده

سابقه و هدف : یکی از خطیرترین تشخیص‌های مامایی ، تعیین دقیق شروع زایمان و طول مرحله اول زایمان است. زیرا ندادن فرصت کافی در مرحله اول زایمان و مداخلات بسیار زودرس در فاز نهفته و عدم انجام اقدامات موثر در فاز فعال باعث انجام جراحی‌های بی مورد می شود. نظر به اهمیت و ایمنی زایمان طبیعی (واژینال)، مطالعه حاضر با هدف مقایسه مدت مرحله اول زایمان دردو گروه زایمان واژینال و سزارین درکلیه بیمارستان‌های استان گلستان انجام گردید .

مواد و روش‌ها : پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که بروی ۱۱۲۸ خانم باردار بستری در ۹ مرکزآموزشی ، دولتی و خصوصی استان گلستان در سال ۱۳۸۰ انجام شد .نمونه گیری به روش آسان با ترتیب زمانی صورت گرفت وکلیه خانم‌هایی‌که در شروع فاز فعال و یا در فاز نهفته زایمان بودند و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند واطلاعات به کمک پرسشنامه و چک لیست جمع آوری گردید و توسط نرم افزار آماری **E pi-info6** و آمار توصیفی و استنباطی مجذور کای و T تجزیه وتحلیل شد .در این مطالعه $p< ۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد .

یافته‌ها : نتایج حاکی از این بود که میانگین فاز نهفته در گروه زایمان واژینال(۶/۳ساعت) بیشتر از گروه سزارینی ها (۲/۸ ساعت)($p<0.001$) وفاز فعال درگروه زایمان طبیعی(۳/۵ساعت) طولانی تر از گروه سزارینی ها (۲/۸ ساعت) بوده است($p <0.001$) . واکثرافرادی‌که به‌علت عدم پیشرفت، سزارین شده بودند، اصلا به فاز فعال زایمانی وارد نشده بودند که این مسأله در افراد نخست‌زا بیش‌تر دیده می‌شد($p<0.001$).

استنتاج : بر اساس یافته های پژوهش ، هر قدر به خانم‌ها در فاز نهفته و فعال فرصت بیش‌تری داده می‌شد، میزان زایمان واژینال افزایش می یافت . با عنایت به این‌که مقدمه زایمان ایمن، پیشگیری از زایمان طولانی است باید پروتکلی اتخاذ گردد که با دادن فرصت کافی در مرحله اول زایمان همراه با کنترل دقیق و انجام اقدامات مناسب در فاز فعال از انجام جراحی‌های بی‌مورد و عوارض احتمالی آن پیشگیری شود.

واژه‌های کلیدی : مرحله اول زایمان، روش زایمان، شروع زایمان.

* کارشناس ارشد مامائی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
** متخصص پزشکی اجتماعی وعضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان
**** کارشناس ارشد پرستاری و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

* گرگان: مجتمع آموزشی انجیراب دانشکده پرستاری مامائی بویه
*** متخصص زنان وزایمان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

E تاریخ دریافت : ۸۳/۵/۱٤ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۳/۷/٤ تاریخ تصویب: ۸۳/۱۱/۱٤

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

مقدمه

یکی از خطیر ترین تشخیص‌های مامایی، تشخیص صحیح زمان شروع و تعیین طول مرحله اول زایمان است . هدایت ایده آل وضع حمل باید با توجه به دو موضوع متقابل صورت گیرد. اولاً) زایمان یک فرآیند فیزیولوژیک طبیعی است که اکثر زنان بدون هیچگونه عارضه ای آن را تجربه می کنند. ثانیاً) عوارض حین زایمان ممکن است به سرعت و غیر منتظره بروز کند(۱). توقف درد زایمان و یا پیشرفت کند، پیشگویی کننده زایمان سزارین می باشد(۲). در یک مطالعه بر روی ۱۰۰ مورد جراحی سزارین، به‌علت عدم تناسب سر جنین و لگن مادر، مشاهده شد که ندادن فرصت کافی در مرحله اول زایمان و مداخلات بسیار زودرس در فاز نهفته و عدم انجام اقدامات موثر در فاز فعال زایمان باعث انجام جراحی‌های بی مورد سزارین با عنوان عدم تناسب سر جنین و لگن مادر شده است و در نهایت بر این مسأله تاکید شدکه تشخیص دقیق موارد انجام سزارین، هنگامی میسر خواهد بود که مراحل زایمانی به دقت مورد مشاهده قرار گرفته، اقدامات مناسب در هر مرحله از زایمان صورت پذیرد و در صورت عدم پیشرفت مناسب، علی رغم دادن فرصت کافی، به سزارین به علت عدم تناسب سر جنین و لگن مادر مبادرت شود، در این صورت از میزان سزارین های غیر ضروری کاسته خواهد شد(۳). طی یک مطالعه در سال ۱۹۹۹، طول فاز فعال زایمان در خانم‌های طبیعی که در ۹ بیمارستان آمریکا بستری شده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. وی متوجه افزایش طول متوسط مرحله اول زایمان نسبت به استاندارد های موجود شد و معتقد بود که درد زایمان طبیعی در خانم‌های سالم، طولانی تر از زمان قابل انتظار و استاندارد می باشد و جهت حصول زایمان طبیعی ایمن باید به خانم‌ها در مرحله اول زایمان، فرصت بیش‌تری داده شود(٤). این‌که آیا واقعاً تصمیم‌گیری برای مادران در هنگام درد زایمان، پس از دادن فرصت کافی به آنها انجام می شود، سوالی است که همواره مورد توجه پژوهشگران مامایی و زنان بوده است، ولی مسلماً همه بر این مطلب یقین داریم که میزان سزارین در ایران(۳۳درصد)به ویژه در بخش خصوصی بسیار بالاتر از استاندارد جهانی(۱۵ درصد) است(٥) که این فزونی بیش‌تر مربوط به موارد سزارین بدون دلایل طبی می‌باشد. با توجه به این‌که شیوه زایمان(جز در فوریت‌ها)تحت تاثیر بررسی دقیق طول مدت مرحله اول زایمان بوده و ضرورت انجام زایمان ایمن، مورد اتفاق نظر همه کارشناسان و در زمره اولویت برنامه های وزارت بهداشت در نظر گرفته شده است، پژوهشگران مصمم به انجام این تحقیق شدند تا از طریق بررسی طول مدت فاز نهفته و فعال زایمان به‌عنوان یک شاخص مهم در پیش بینی شیوه زایمان و مقایسه مدت مرحله اول زایمان در کلیه بیمارستان‌های استان گلستان در دو گروه زایمان طبیعی و واژینال ، قدم کوچکی در راه هدف متعالی طب مامایی که همانا حفظ و ارتقاء سلامت مادر و جنین است برداشته و با ارائه نتایج این تحقیق به مسوولین، بتوانند آن‌ها را در اتخاذ جهت گیری مناسب و برنامه ریزی صحیح در راستای حصول زایمان ایمن یاری نمایند.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در مرداد ماه ۱۳۸۰ انجام پذیرفت و نمونه های پژوهش را کلیه خانم‌های باردارمراجعه کننده به ۹ مرکز آموزشی ، دولتی و خصوصی استان گلستان که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند ، تشکیل می دادند .

حجم نمونه محاسبه شده، باتوجه‌به‌محاسبات آماری ۱۰۰۰ مورد بود . قابل ذکر است که از بین ۱٦٦۱

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

مورد ختم حاملگی صورت گرفته در زمان مطالعه تنها ۱۱۲۸ مورد شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند که همگی در مطالعه شرکت داده شدند.

نمونه گیری به روش آسان با ترتیب زمانی انجام شد وبا توجه به آمارهای زایمان موجود مراکز در سال ۱۳۷۹، تعداد نمونه ها در مراکز تعیین گردید و کلیه خانم‌های بستری در زایشگاه‌های مورد پژوهش که اتساع بیش‌تر از۵ سانتی‌متر داشتند، به‌علت عدم تعیین طول فاز فعال و نیز خانم‌هایی‌که به‌علل فوری از قبیل جداشدن زودرس جفت یا جفت سرراهی ویا زجر جنینی و یا غیره فرصت گذراندن مرحله اول زایمان را نداشتند، از مطالعه حذف گردیده(معیارهای خروج از مطالعه) و افرادی‌که در شروع فاز فعال و یا در فاز نهفته یا قبل از آغاز انقباضات زایمانی بستری شده بودند(معیارهای ورود به مطالعه)، مورد بررسی قرار گرفتند. قابل ذکر است که از بین ۱۶۶۱ مورد ختم حاملگی صورت گرفته در زمان مطالعه، تنها ۱۱۲۸ مورد شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند و کلیه موارد سزارین فوری و تکراری از مطالعه حذف گردیدند. معیار تشخیص فاز فعال و نهفته بر اساس الگوی انقباضات (حداقل ۱ الی ۲ انقباض که ۲۰ ثانیه طول کشیده باشد برای فاز نهفته و ۳الی٤انقباض که ۳۰-٤۰ ثانیه طول کشیده باشد برای فاز فعال) و نیز اتساع(کمتر از ۳ سانتیمتر فاز نهفته و ۳ سانتیمتر و بیشتر برای فاز فعال) در نظر گرفته شد.

در این پژوهش مرحله نهفته به صفر، متوسط(۲۰-۰/۵ ساعت) و طولانی (بیش از ۲۰ ساعت) در افراد نخست‌زا و صفر، متوسط(۱٤-۰/۳ ساعت) و طولانی (بیش از ۱٤ ساعت) در افراد چندزا و مرحله فعال به صفر، متوسط(۸-۰/۵ ساعت) و طولانی (بیش از ۸ ساعت) در افراد نخست‌زا و صفر، متوسط(۵-۰/۳ ساعت) و طولانی (بیش از ۵ ساعت) در افراد چندزا تقسیم گردیده است(۱).

ابزار گرد آوری داده ها ، پرسشنامه و چک لیست بود که طی مصاحبه با واحد های پژوهش و معاینه آنان تکمیل شد.پرسشگری توسط ماماهای آموزش دیده شاغل در مراکز مربوطه انجام شد. لازم به توضیح است که طی جلسه ای به کلیه ماما های مسوول زایشگاه‌های مورد پژوهش چگونگی تکمیل پرسشنامه و چک لیست آموزش داده شد و از آنها خواسته شد تا از بین کارکنان، دقیق ترین افراد را انتخاب و جهت تکمیل پرسشنامه آموزش دهند و خود نیز برنحوه تکمیل پرسشنامه نظارت نمایند. ضمناً پژوهشگر نیز مرتباً با حضور در مراکز مورد پژوهش بر نحوه تکمیل پرسشنامه نظارت و مشکلات موجود را مرتفع می نمود.پرسشنامه حاوی سوالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک مادر (سن، شغل، گروه قومی، محل سکونت، تحصیلات، تعداد حاملگی) و اطلاعات مامایی (سن حاملگی، موارد ختم حاملگی، روش ختم حاملگی و مدت زمان بستری تا ختم و ساعت ختم بارداری) بود. چک لیست شامل : نتیجه معاینه واژینال بدو ورود به زایشگاه، تعداد ،شدت و فواصل و طول مدت انقباضات در ۱۰ دقیقه، فاز زایمانی هنگام پذیرش، بررسی پیشرفت درد زایمان با معاینات واژینال ، اتساع سرویکس هنگام خروج از زایشگاه، طول فاز فعال و نهفته و مداخلات حین درد زایمان بود . معیار پذیرش در زایشگاه‌های مورد بررسی شامل :انقباض دردناک رحمی همراه با اتساع سرویکس، مشکلات مامایی که نیاز به بستری داشته باشد مانند:پارگی کیسه آب، پره اکلامپسی و خونریزی و معرفی‌نامه پزشک بوده است. پس از جمع آوری داده‌ها، اطلاعات وارد رایانه شد و به منظور تجزیه وتحلیل از نرم افزار آماری Epi-info6 و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون T مجذورکای و آزمون دقیق فیشر) استفاده شد.

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

یافته‌ها

درپژوهش حاضر از ۱۱۲۸ مورد خانم باردارمورد بررسی، ٤٤٢ نفر زایمان طبیعی (۳۹/۲درصد) داشته و ٦٨٦ نفر سزارین (٦۰/۸ درصد) شدند . سن حاملگی افراد مورد پژوهش بین ٤۳-۲٦ هفته با میانگین سن حاملگی ۳۹/۰۹ ، انحراف معیار ۰/۰۵ و میانه ۳۹ هفته و سه روز بود.اکثر خانم‌های باردار مورد پژوهش روستایی (٥۲/٦ درصد) و از نظر تحصیلات بیش‌ترین فراوانی مربوط به تحصیلات ابتدایی(۳۳/۳ درصد) بود و گروه قومی غالب نمونه های پژوهش را فارس‌ها (٥٥/۲ درصد) تشکیل می دادند .از نظر گروه سنی، ۸٦/٥ درصد در گروه سنین باروری و ۷/۲ درصد در گروه پر خطر مسن قرار داشتند جدول شماره ۱–.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی متغییرهای زمینه ای به تفکیک روش ختم بارداری در بیمارستان‌های استان گلستان ۱۳۸۰.

متغییرهای زمینه ای / روش ختم	زایمان طبیعی تعداد(درصد)	سزارین تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
قومیت	۱۹٦(٤٤/۳)	٤۲٦(٦۲)	٦۲۲(٥٥/۲)
فارس	۱۱۳(۲٥/٦)	۱٦۱(۳۳/٥)	۲۷٤(۲٤/۳)
ترکمن	۱۲۱(۲۷/٤)	۷٦(۱۱)	۱۹۷(۱۷/٤)
سیستانی	۱۲(۲/۷)	۲۳(۳/٥)	۳٥(۳/۱)
غیره	٤٤۲(۱۰۰)	٦۸٦(۱۰۰)	۱۱۲۸(۱۰۰)
جمع	٥۲(۱۱/۸)	۷۳(۱۰/٦)	۱۲٥(۱۱)
تحصیلات	۱۸٤(٤۱/٦)	۱۹۱(۲۷/۸)	۳۷٥(۳۳/۳)
بی‌سواد	۱۰۰(۲۲/٦)	۱۳٦(۱۹/۸)	۲۳٦(۲۰/۹)
ابتدائی	۹۰(۲۰/٤)	۲۱٦(۳۱/٤)	۳۰٦(۲۷/۱)
راهنمایی	۱٦(۳/٦)	۷۰(۱۰/۲)	۸٦(۷/٦)
متوسطه و دیپلم	٤٤۲(۱۰۰)	٦۸٦(۱۰۰)	۱۱۲۸(۱۰۰)
عالی	۱۷۹(٤۰/٥)	۳٥٦(٥۱/۹)	٥۳٥(٤۷/٤)
جمع	۲٦۳(٥۹/٥)	۳۳۰(٤۸/۱)	٥۹۳(٥۲/٦)
سکونت	٤٤۲(۱۰۰)	٦۸٦(۱۰۰)	۱۱۲۸(۱۰۰)
شهر	۳۹(۸/۸)	۳۲(٤/٦)	۷۱(٦/۳)
روستا	۳۷۷(۸٥/۳)	٥۹۹(۸۷/٤)	۹۷٦(۸٦/٥)
جمع	۲٦(٥/۹)	٥٥(۸)	۸۱(۷/۲)
سن	٤٤۲(۱۰۰)	٦۸٦(۱۰۰)	۱۱۲۸(۱۰۰)
کم‌تر از ۱۸ سال			
۱۸-۳٥			
بیش‌تر از ۳٥			
جمع			

میانگین سن خانم‌هایی‌که زایمان طبیعی انجام دادند ٥/۳۲ ± ۲٥/۱۷ و گروه سزارینی‌ها ٥/۳٤ ±۲٥/۷۹ بود.از نظر گراوید یا تعداد حاملگی‌های نمونه های پژوهش، ٥۷۷ نفر را (٥۱/۲ درصد) نخست‌زاها و بقیه را چندزاها تشکیل می‌دادندکه ۲۱٦نفر (۳۹/۲ درصد) از چندزاها زایمان واژینال نموده و ۳۳٥ نفر (٦۰/۸ درصد) سزارین شدند و در نخست‌زاها۲۲٦ نفر (۳۹/۲ درصد) زایمان واژینال و ۳٥۱ نفر (٦۰/۸ درصد) سزارین شدندو بین دو گروه زایمان واژینال و سزارین از نظر گراوید، اختلاف اماری معنی داری دیده نمیشد (p>0/05) .

میانگین فاز نهفته در گروهی که زایمان طبیعی کرده اند ٥/٥ ±٦/۳ ساعت در مقایسه با ٤/۸ ± ۲/ ۸ ساعت در گروه سزارین بیش‌تر بود و دو گروه از این لحاظ اختلاف آماری معنی داری داشتند(p =0/001). و٥٤/۲ درصد موارد سزارین قبل از شروع فاز زایمانی و ۳۰/۹ درصد در فاز نهفته انجام شده بود و بقیه موارد سزارین در طی فازهای زایمانی انجام گرفته بود .ضمنا۱۱٦۸ نفر(۲۹/ درصد)زنان نخست‌زا و۲۱۳ نفر (۳۸/٦ درصد) چندزاها بدون ورود به فاز نهفته ، تحت جراحی سزارین قرار گرفتندو به۲/۲-۱/۷ درصد نمونه های مورد پژوهش فرصت گذرانیدن فاز نهفته طولانی داده شده بود که فاز نهفته طولانی در گروه زایمان واژینال دو برابر گروه سزارینی ها بوده است و نیز۹۷/۷ درصد گروه زایمان واژینال متوسط مدت فاز نهفته را طی نموده بودند که این مسأله در ٥۰/۹درصد سزارینی ها دیده می‌شد (p<0/05).

همچنین نتایج تحقیق در ارتباط با طول فاز فعال نشان داد که میانگین فاز فعال در گروه زایمان واژینال (٥/۰ ±3/5 ساعت) در مقایسه با گروه سزارینی ها (۱/٤ ± ۲/۸ ساعت)بیش‌تر بودواختلاف آماری قابل توجهی بین مدت زمان فاز فعال و روش زایمان وجود داشت (p=0/00000) و علاوه بر این ۹۲/۲-۸۱/۸ درصد ازخانم‌هایی‌که در استان گلستان سزارین شده بودند اصلاً فاز فعال زایمانی را تجربه نکرده اند و ٤۳/۷٦ درصد نیز فاز نهفته زایمان را نگذرانیده بودند، ۹٥/۱-۸۰/٥ درصد افرادی‌که زایمان واژینال انجام داده بودند، طول مدت متوسط مرحله فعال را گذرانده بودند ولی این مورد در ۱۷ درصد سزارینی ها مشاهده شد و

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

فاز فعال طولانی در گروه زایمان واژینال نخست‌زا ٤ برابر ودر چندزا ٤٨ برابر بیش‌تر از گروه سزارینی ها بوده است.در نمودارهای۱و۲ طول مرحله اول زایمان (فاز نهفته و فعال)در خانم‌های نخست‌زا و چندزا به تفکیک روش زایمان آمده است.

ضمناً اختلاف آماری معنی داری با $P < 0/001$ بین موارد ختم و طول مدت فاز نهفته و فعال خانم‌های نخست‌زا و چندزا وجود داشت. در ۲۰/٤ درصد موارد سزارین به‌علت عدم تناسب سر جنین و لگن مادر خانم‌های نخست‌زا بدون ورود به فاز نهفته انجام شده که در چندزاها این میزان ۲/۱ درصد بوده، همچنین ٦٥/٤ درصد موارد سزارین به‌علت عدم پیشرفت در نخست‌زاها وقتی انجام شده بود که متوسط فاز نهفته طی شده بود که این میزان در چندزاها ۱٦/٦ درصد بوده است و نهایتا اکثر موارد حاملگی طولانی و پارگی زودرس کیسه اب مدت متوسط فاز نهفته را طی نموده بودند که این مورد نیز در خانم‌های نخست‌زا بیش‌تر مشهود بوده است(جدول شماره –۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی طول مدت فاز نهفته به تفکیک موارد ختم حاملگی در بیمارستان‌های استان گلستان ۱۳۸۰.

طول فاز نهفته به ساعت / اندیکاسیون	صفر		متوسط		طولانی		جمع تعداد
	نخست‌زا	چندزا	نخست‌زا	چندزا	نخست‌زا	چندزا	
	تعداد درصد* / درصد**	تعداددرصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد
پارگی زودرس کیسه آب	٤ (۳/۲) ۰/۳۵	٥ (۳/۸) (۰/٤٤)	۷۷ (٥۹/۲) (٦/۸)	٤۰ (۳۰/٥/۸) (۳)	۲ (۱/٥) (۰/۱۷)	۲ (۱/٥) (۰/۱۷)	۱۳۰ ۱۰۰
عدم تناسب سر و لگن	۲۰ (۲۰/٤) (۱/۷۷)	۲ (۲/۱) (۰/۱۷)	٥٤ (٥٥/۱) (۰/۱۷)	۲۰ (۲۰/٤) (۱/۷۷)	۱ (۱) (۰/۰۸)	۱ (۱) (۰/۰۸)	۹۸ ۱۰۰
عدم پیشرفت	٦ (۱۰/۹) (۰/٥۳)	۱ (۱/۸) (۰/۰۸)	۳٦ (٦٥/٤) (۳/۱۹)	۹ (۱٦/٦) (۰/۷۹)	۲ (۳/٥) (۰/۱۷)	۱ (۱/۸) (۰/۰۸)	٥٥ ۱۰۰
حاملگی طولانی	۷ (۱۰) (۰/٦۲)	٥ (۷/۱) (۰/٤٤)	۳۸ (٥٤/۳) (۰/۳٦)	۱۷ (۲٤/۳) (۱/٥)	۲ (۲/۹) (۰/۱۷)	۱ (۱/٤) ((۰/۰۸)	۷۰ ۱۰۰

* درصد نسبت به جمع سطر
** درصد نسبت به کار موارد(۱۱۲۸)

در این تحقیق یافته های مشابهی در ارتباط با فاز فعال زایمانی نیز به‌دست آمد . بدین ترتیب که ۷٤/٥درصد موارد سزارین به‌علت عدم تناسب سر جنین و لگن مادر ، ٤۷/۳ درصد موارد عدم پیشرفت و ٥۳/۳ درصد حاملگی طولانی در حالی انجام شده بود که افراد به فاز فعال وارد نشده بودند که این مورد در نخست‌زاها به مراتب بیش‌تر مشهودبودو تنها مبتلایان به پارگی زودرس کیسه اب در٦٤/٦ درصد موارد فاز نهفته متوسط را طی نموده بودند. (جدول شماره-۳).

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی طول مدت فاز فعال به تفکیک اندیکاسیون ختم حاملگی در بیمارستان‌های استان گلستان ۱۳۸۰.

طول فاز فعال به ساعت / اندیکاسیون	صفر		متوسط		طولانی		جمع
	نخست‌زا	چندزا	نخست‌زا	چندزا	نخست‌زا	چندزا	
	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	تعداد درصد* / درصد**	
پارگی زودرس کیسه آب	۲٦ (۲۰) (۲/۳)	۱٦ (۱۲/۳) (۱/٤۱)	٥۲ (٤۰) (٤/٦)	۳۲ (۲٤/٦) (۲/۸۳)	۲ (۱/٥) (۰/۱۷)	۲ (۱/٥) (۰/۱۷)	۱۳۰ ۱۰۰
عدم تناسب سر و لگن	٥٤ (٥٥/۱) (٤/۷۸)	۱۹ (۱۹/٤) (۱/٦۸)	۱٥ (۱٥/۳) (۱/۳۲)	۸ (۸/۲) (۰/۷)	۱ (۱) (۰/۰۸)	۱ (۱) (۰/۰۸)	۹۸ ۱۰۰
عدم پیشرفت	۲۱ (۳۸/۲) (۱/۸٦)	٥ (۹/۱) (۰/٤٤)	۲۰ (۳٦/٤) (۱/۷۷)	٥ (۹/۱) (۰/٤٤)	۳ (٥/٤) (۰/۲٦)	۱ (۱/۲) (۰/۰۸)	٥٥ ۱۰۰
حاملگی طولانی	۲٥ (۳٥/۷) (۲/۲۱)	۱۳ (۱۸/٦) (۱/۱٥)	۲۲ (۳۱/٤) (۱/۹٥)	۷ (۱۰) (۰/٦۲)	۱ (۱/٤) (۰/۰۸)	۲ (۲/۹) (۰/۱۷)	۷۰ ۱۰۰

* درصد نسبت به جمع سطر

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

** درصد نسبت به کار موارد(۱۱۲۸)

هم‌چنین در این پژوهش مشخص شد که میانگین مدت بستری در خانم‌هایی‌که زایمان واژینال داشتند، ٦ساعت با انحراف معیار٤/٦٨ و در گروه سزارینی ها ٤/٦ ساعت با انحراف معیار٦/٦٦ بودوبین مدت بستری خانم‌های‌باردار‌درهنگام دردزایمان وروش‌زایمان ارتباط آماری‌معنی داری‌وجود داشته است (p=0/000)بدین ترتیب که٦٨ درصد خانم‌هایی‌که سزارین شده اند کم‌تر از ٥ ساعت در هنگام درد زایمان بستری بوده اند و ٥٦/٦ درصد خانم‌هایی‌که زایمان طبیعی انجام داده‌اند، بیش از١٠-٥ ساعت در هنگام درد زایمان پذیرش و بستری بوده اند . ٨٧/٥٥-٨٣/٠٣درصد از خانم‌هایی‌که زایمان واژینال انجام داده بودند ، تحت مداخله سوراخ کردن کیسه آمنیوتیک و القاء (Induction) قرار گرفته بودند و مداخله در خانم‌های سزارینی بین١٨/٨-١٢/٤٤ درصد متغیر بود و بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری دیده می‌شد(p<0/05) .

بحث

چنانچه یافته ها نشان داد، در این بررسی بین طول مرحله اول زایمان و روش زایمان ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد (P < ٠/٠٠٠) و میانگین فاز نهفته و فاز فعال در گروه زایمان طبیعی به مراتب بیش از گروه زایمان سزارین بود و هر قدر به خانم‌ها در فاز نهفته و فعال فرصت بیش‌تری داده می‌شد، میزان زایمان طبیعی افزایش می‌یا فت.

Cunningham(٢٠٠١) میانگین فاز نهفته را ٨/٦ و فاز فعال را ٩ /٤ ساعت اعلام نموده(١)که بیش‌تر از میزان محاسبه شده در بررسی حاضر است. Albers (١٩٩٩) نیزطول متوسط فاز فعال ٧/٧ ساعت برای نخست‌زاها و ٥/٦ ساعت را برای چندزاها با انحراف معیار ٢ به دست آورد که بالاتر از میزانی است که در مطالعه حاضر به دست آمده است که احتمالا علت آن مصرف اکسی توسین در گروه مورد مطالعه ما و عدم مصرف آن در گروه مورد مطالعه های یاد شده می باشد، طی تحقیقی مشخص گردیدکه با افزایش طول درد زایمان (مرحله فعال) بیمارگنی خانم‌ها افزایش نیافته و درد زایمان طبیعی در خانم‌های سالم، طولانی‌تر از زمان‌قابل انتظارمی‌باشد و باید در معیارهای تشخیص سیر طبیعی از غیر طبیعی‌بر اساس زمان، تجدید نظر گردد(٤).

ضمنا در مطالعه حاضر ٥٤/٢ درصد موارد سزارین قبل از شروع فازفعال زایمانی و ٣٠/٩ درصد در فاز نهفته انجام شده بود که با توجه به این‌که سزارین‌های فوری از این مطالعه حذف گردیده می توان گفت ٥٤/٢ درصد از سزارین‌های انجام شده در سطح استان گلستان به‌طور انتخابی و قبل از شروع انقباضات موثر زایمانی صورت گرفته ولی در یک مطالعه که بر روی خانم‌های چندزای سزارینی انجام شده بود، ٤٠ درصد موارد سزارین در فاز نهفته و ٣٨ درصد در فاز فعال زایمان صورت گرفته بود. محققان این روند را مورد انتقاد قرار داده و معتقد بودند که دراین موارد عجولانه تصمیم گیری شده است(١). با توجه به این‌که تشخیص زودرس پیشرفت غیر طبیعی زایمان و پیشگیری از زایمان طولانی، مقدمه زایمان ایمن است باید پروتکلی اتخاذ گردد که هم سزارین بدون دادن فرصت کافی انجام نگیرد و هم از عوارض عفونی مادر و جنین ناشی از طولانی شدن بیش از حد مرحله اول زایمان جلوگیری شود. بر خلاف نظر Albers(١٩٩٩)، نتایج مطالعه گذشته‌نگر حاکی است که فاز نهفته و فاز فعال در گروه زایمان سخت، به مراقبت طولانی‌تری نیاز دارد، این محققین با توجه به عوارض زایمان طولانی معتقد بودند که با استفاده از استاندارد زمانی از قبیل منحنی پارتوگراف جهت تشخیص درد زایمان غیر طبیعی می توان عوارض فوق را تا حد ممکن کاهش داد (٦). با توجه به این حقیقت که بیش از نیمی از خانم‌های

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

سزارینی استان گلستان از حداقل فرصت در مرحله اول زایمان (فاز نهفته و فعال) محروم مانده اند، باید به علت میزان بالای جراحی سزارین پی برد، در تائید این مطلب،طی یک مطالعه گذشته نگر با هدف تعیین متغیرهای بالینی همراه با سزارین در موارد درد زایمان هیپوتونیک هنگام توقف فاز فعال پژوهشگران متوجه شدند که شیوع سزارین در این موارد به ٦ درصد کاهش می یابد که میزان مطلوبی است(۲). ۲۲سال پیش محققی با تاکید بر منحنی فریدمن و استفاده از آن می نویسد : تشخیص زودرس و اقدامات مناسب هنگام درد زایمان غیر طبیعی مرگ و میر پری ناتال و بیمارگنی را کاهش داده و نیز باعث کاهش موثر میزان سزارین می شود(۷). این در حالی است که محققی دیگرمعتقد است که: اگر در توقف فاز فعال خانم‌ها، زمان تقویت از ۲ ساعت به ٤ ساعت افزایش یابد، ایمن و موثر خواهد بود و باعث کاهش میزان سزارین می گردد (۸) . و همه این موارد به دادن فرصت بیش‌تر در فاز فعال اشاره دارد. در یک مطالعه که در سال ۲۰۰۱ در آمریکا به‌صورت گذشته نگر انجام شد به این نتیجه رسیدند که ارزیابی پیشرفت درد زایمان در خانم‌هایی‌که تحت القاء (Induction) هستند، توسط منحنی‌های استاندارد موجود، میسر نمی‌باشد؛ بدین معنا که طول مدت فاز فعال در افرادی‌که در حال رایپ کردن سرویکس خود هستند(فاز نهفته) به مراتب طولانی تر از سایر خانم‌ها می‌باشد یعنی روش استاندارد ارزیابی کیفیت درد زایمانی و پیش بینی پیشرفت آن درهمه افراد کاربرد ندارد(۹). با نگاهی دقیق به مطالعات انجام شده متوجه می‌شویم که اقدامات انجام شده در این استان قبل از تصمیم به سزارین کافی نبوده و نیاز به اقدامات جدی تری در این زمینه می باشد. ۹۲/۲-۸۱/۸ درصد خانم‌هایی‌که در استان گلستان سزارین شده بودند، اصلاً فاز فعال زایمانی را تجربه نکرده بودند و ٤۳/۷٦ درصد نیز وارد فاز نهفته زایمانی نشده بودند. با تمام این مطالب می‌توان پی برد که باید به خانم‌ها حداقل فرصت در طول فاز فعال و یا حتی بیشتر داده شود تا هم، مراقبت‌های مامایی با کیفیت مناسب ارائه شود و هم خانم‌های کم‌تری تحت استرس جراحی قرارگیرند.

ضمناً در این مطالعه بین طول مرحله اول زایمان و موارد ختم بارداری نیز ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و اکثر افرادی‌که به‌علت دیستوشی (عدم تناسب سر جنین و لگن مادر و عدم پیشرفت) سزارین شده بودند به فاز فعال زایمانی وارد نشده بودند. درباره سزارین‌هایی‌که به‌علت دیستوشی انجام شده، طی مطالعه‌ای محققین معتقد بودند : دو سوم افرادی‌که سابقه سزارین به‌علت دیستوشی داشتند، به‌طور موفقیت‌آمیزی در حاملگی بعدی، زایمان طبیعی می کنند؛ خصوصاً افرادی‌که در فاز نهفته و یا قبل از آن به‌علت دیستوشی سزارین شده اند(۱۰). طی تحقیقی در این خصوص مشخص شده که سزارین به‌علت زایمان سخت در طی تمامی فازهای زایمان انجام گرفته بود، اما بیش‌ترین تعداد در فاز نهفته انجام شده و در تعداد بسیاری از خانم‌ها سزارین بدون دادن فرصت برای زایمان انجام گرفته بود(۱) یک مطالعه گذشته نگر در چین بروی ۱۰۰ مورد سزارین نشان داد که در ۲۷ درصد موارد اندیکاسیون عدم تناسب سر جنین و لگن مادر در فاز نهفته و فعال بدون انجام اقدامات مناسب قبلی بوده که الزامی بودن سزارین را با شک مواجه می‌نمود. آن‌ها بر لزوم انجام کلیه اقدامات لازم قبل از سزارین به علت عدم تناسب سر جنین و لگن مادر تاکید نمودند (۳).و نیز طی مطالعه ای‌که تحت عنوان سزارین در کشورهای توسعه یافته (۱۹۹۵-۱۹۹۲) انجام شده و ۲۱۷٤۳ مورد ختم حاملگی مورد بررسی قرار گرفته حاکی است که ۳۲/۵ درصد موارد علت سزارین را عدم تناسب سر جنین و لگن مادر و۲۷ درصد را مشکلات لگنی تشکیل

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

داده است. و نتیجه گیری شده که سزارین در کشورهای در حال توسعه بالا است و علم مامایی با مشکلات بزرگ و مهمی درگیر است که اقدامات انجام شده در این خصوص کفایت نمی کند(۱۱). سزارین به‌علت دیستوشی نباید در فاز فعال و یا نهفته بدون وجود انقباضات موثر رحمی انجام گیرد(۱۲) در این خصوص برخی محققین معتقدندکه انتقاد از موارد کاربرد زایمان سزارین می تواند استفاده خیلی آزادانه یا خیلی محدود این روند را اصلاح کند(۱۳). درکشور ایران شایع‌ترین علت سزارین، سزارین قبلی، عدم تناسب سر جنین با لگن مادر و زجر جنینی می باشد که مشابه کشورهای آمریکا و کانادا است(۵). بنابر این بایددر جهت کاهش این موارد کاربرد، برنامه ریزی نمود ودر خصوص سزارین به‌علت دیستوشی ، بهترین اقدام فرصت دادن کافی در طول مرحله اول زایمان می باشد. ضمناً مشاهده گردید که اکثر موارد، سوراخ کردن کیسه آمینوتیک و القاء در خانم‌هایی‌که زایمان واژینال انجام داده بودند، صورت گرفته بود و در عین حال طول مدت بستری در هنگام درد زایمان و نیز مرحله اول زایمان در این خانم‌ها بیشتر از خانم‌های سزارین شده بوده است که اگر قبول داشته باشیم، سوراخ کردن کیسه آمینوتیک و القا موجب کاهش مدت بستری در هنگام درد زایمان و طول فاز نهفته و فعال می‌گردد باید معترف گردیم که موارد سزارین‌های انجام شده در مراکز مورد پژوهش که فوری نیز نبوده بدون دادن فرصت کافی در هنگام درد زایمان و بدون انجام مداخله جهت تسهیل زایمان صورت گرفته و در واقع انتخابی بوده است و چنان‌چه به خانم‌ها در هنگام درد زایمان مهلت بیش‌تری داده می‌شد، میزان انجام زایمان طبیعی افزایش می‌یافت. اعتقاد همگان بر این است که با نظرات و ارزیابی دقیق بیماران می‌توان از درد زایمان طولانی ممانعت نموده و نیز میزان سزارین را کاهش داد(۱۴). در یک مطالعه خانم‌های حامله با سن ۴۰ هفته که سرویکس نامناسب داشتند را پذیرش نکرده بلکه تلاش نمودند تا نمره بیشاب سرویکس ۷ و یا بیشتر گردد و سپس فرآیند بستری خانم‌ها صورت گیرد. این مسأله میزان سزارین در این گروه را کاهش داد(۱۵). یعنی باید اقداماتی قبل از فرآیند بستری انجام شود و سپس پذیرش و اقدامات مراقبتی استاندارد صورت گیرد تا بیماران از صرف وقت در هنگام درد زایمان نتایج بهتری بگیرند و می‌توان جهت کاهش مدت بستری خانم‌ها در هنگام درد زایمان مداخله فعال درد زایمان را با کوتاه کردن فاز نهفته توسط سوراخ کردن کیسه آمینوتیک در اتساع‌های پایین به صورت زودرس انجام داد(۱۶).

با نظارت و ارزیابی دقیق بیماران می توان از درد زایمان طولانی ممانعت نمود. در ضمن میزان سزارین را کاهش داد. ولی این‌که ما مدت بستری بیماران در هنگام درد زایمان را افزایش دهیم به این امید که میزان سزارین کاهش خواهد یافت، صحیح نمی‌باشد، بلکه باید تا جای ممکن اقدامات صحیح و مناسب برای بیماران بستری با صرف حداقل فرصت و به طور استاندارد انجام داد و پس از ناامیدی از تاثیر اقدامات انجام شده به فکر زایمان به روش جراحی افتاد. اکثر موارد جراحی سزارین در طی فرآیند درد زایمان بروز می‌کند. سوراخ شدن کیسه آمینوتیک، دفع مکونیوم و یا جداشدن زودرس جفت، کنترل قلب جنین و ناهنجاری‌های ضربان قلب، معاینات واژینال متعدد و اختلالات تعویقی و توقفی فاز فعال همه و همه در طول فرآیند بستری بیمار، وی را نامزد جراحی سزارین می نماید، (غیر از موارد فوری مانند جفت سرراهی، پراکلامپسی شدید و ...) و ما هنگامی می‌توانیم ادعا نماییم که بیمار حتماً نامزد جراحی سزارین است که تمام مراقبت‌های مورد لزوم و زمان کافی به خانم‌های حامله در فاز درد زایمان داده شده باشد، این‌که میزان سزارین در اکثر جوامع بالا رفته، یک

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

واقعیت تلخ علمی است و این‌که باید با توجه به ایمنی زایمان واژینال به کاهش میزان سزارین همت گمارد نیز یک رویکرد جهانی است. بنابر این اگر قصد کاهش میزان سزارین و یا توقف روند افزاینده‌آن راداریم، باید بروی تغییر پروتکل مراقبت‌های مامایی ارائه شده در مرحله اول زایمان، اقدامات موثرتری صورت پذیرد و در این زمینه کوشش و برنامه ریزی شود.

سپاسگزاری

در انتها از کلیه همکارانی‌که در انجام این طرح محققین را مساعدت نمودند، خصوصاً ماماها، مسؤولین زایشگاه‌های استانو نیز معاون محترم پژوهشی دانشگاه که هزینه انجام این طرح را متقبل شدند و نیز کارکنان محترم دفتر مامایی معاونت درمان خصوصاً سرکار خانم آسیابان سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

1. Cunningham , F.G.Gant , N.F.leveno, K.J. Gilstrap, L.C. hauth , J.C. wenstrom , K.D. ***williams obstetrics***, 21 edition.Appletone and lange.. USA. 2001.PP:509-36
2. Handa , v.l.Laros,R.K Active-phase arrest in Labor:predictors of cesarean delivery in a nulliparous population .***Obstet gynecol***. 1993; 81(5): 758- 63 5.
3. Li,s. cong,K. Analysis of 100 cesarean section with indication of cephalopelvic disproportion. ***Zhonghua Fu .Chan ke za zhi.*** 1995; 30(4): 206- 8.
4. Albers , l.l. the duration of labar in healty women , ***J PERINATOL***. 1999; 19(2): 114- 9.
5. مقاره عابد، لیلا. گوهریان، وحید. قانعی، مصطفی، ادیبی، پیمان گوهریان، عبد الکریم. « بررسی شیوع سزارین و علل آن در کشور جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۷»،**مجله پژوهشی حکیم**. دوره سوم، شماره دوم، ۱۳۷۹. صفحات ۱۴۷-۱۵۲
6. Li .B.Q. Cong , K.J. «Abnormal partograph in primipara with vertex presentation .»zh***onghua Fu Chan ke za zhi*** 1994; 29(12): 717- 9
7. Sehgal,N.N«.Early detection of abnormal labor using the Friedman labor graph.»***postgrad med***.1980; 63(3):189- 96.
8. Rouse.D.J. owen,J. Hauth, J.C« .Active –phase labor arrest oxytocin augmentation for at least 4 hours » ,***obstet qynecol.*** 1999; 93(3): 323- 8.
9. Rinehart , B.K. Terlone , D.A. Hudson, C. Isler, C.M, Larmon, J . E .perry , K.G « .lack of utility of standard labor curve in the prediction of progression during labor induction .» ***Am J obstet cynecol***. 2000; 182(6): 1520- 6.
10. Duff, p.southmayd, k. Read, J.A « . outcome of trial of labor in patients with

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Archive of SID

a single previous low transverse cesarean section for dystocia .»***Obstet. Gynecol***. 1998; 71(1-3): 380- 4.

11. Chu,A. Dantec, L.E « .cesarean section in a developing country. Profile and perspective a propos of 21743 deliveny between 1992 and 1995 .»***Daker – med.*** 1996; 41(1): 63-7.
12. Jackson,L« .ACOG technical bulletin. Dystocia and the augmentation of labor .» ***Int J Gynecol Obstet*** . 1996; V(53). N(1). PP:73-80

۱۳. اسکات، جی، آر. « ***مامائی و بیماریهای زنان دنفورث***» مترجمین : صارمی، ابوطالب یزدی نژاد، علی. سادات افسری، فریدون و دیگران. موسسه فرهنگی انتشاراتی کتاب میر، تهران ۱۳۸۱- صفحات ۵۸۵-۶۰۰

14. Jama,I. prediction of difficult vaginal birth and of cesarean section for cephalopelvic disproportion. .***matern fetal med.*** 1999;8(8): 51-6.
15. Magann , E.F. Chauhan, S.P. Mobley, J.A. Klausen,J.H. Martin ,J.N. Morrison, J.C. Risk Factors for secondary arrest of labor among women >41 weeks gestation. With an unfavorable cervix undergoing membrane sweeping for cervical ripening .***Int gynecol .Obestet*** .1999; 65(1): 1-5.
16. Impey , L. Hobson, J. Oherlihy C. Graphic analysis of actively managed labor: prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term. »***Am .J. Obstet Gynecol***. 2000; 183(2): 438- 43.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com