

بررسی فراوانی مداخلات انجام‌یافته در حین زایمان جهت مادران باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب استان آذربایجان غربی

سهیلا ربیعی‌پور^۱، مریم مسگرزاده^۲

تاریخ دریافت 1393/08/20 تاریخ پذیرش 1393/10/28

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در یکی دو دهه اخیر، علم پزشکی برای مادران و جنین‌های پرخطر، مامایی سالم و بی‌خطری را به ارمغان آورده است؛ اما این سؤال مطرح است که آیا مداخله‌های معمول در موقعیت‌های پرخطر، در بارداری‌های کم‌خطر هم ضرورت دارد؟ این مطالعه باهدف تعیین فراوانی مداخلات انجام‌یافته در حین زایمان جهت مادران باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و گذشته‌نگر می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه پرونده‌های زایمان موجود در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های مطهری و امام رضا ارومیه و امام خمینی پیرانشهر در ۳ ماهه نخست سال ۱۳۹۰ بود. مجموعاً ۳۳۰۳ پرونده مورد بازبینی قرار گرفت و اطلاعات لازم بر اساس چک‌لیست تنظیمی استخراج شد. داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که در مجموع از ۳۳۰۳ مورد پرونده ۱۸۹۵ مورد (۵۷/۴ درصد) به طریق واژینال و ۱۴۰۸ مورد (۴۲/۶ درصد) به طریق سزارین زایمان کرده بودند، فراوانی انجام اینداکشن و استیمولیشن در زایمان‌های انجام شده به طریق واژینال ۱۵/۴ درصد بوده است و در میان زنانی که به طریق واژینال زایمان کرده بودند فقط ۳۱/۵ درصد از زنان بعد از انجام زایمان پرنه سالم داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: آمار موجود در زمینه مداخلات انجام‌یافته در حین زایمان بسیار بالاتر از استانداردهای سازمان بهداشت جهانی می‌باشد. به نظر می‌رسد استفاده از فت‌آوری غیرضروری پزشکی در حاملگی‌های کم‌خطر، ریسک مداخلات غیرضروری در حین زایمان از جمله سزارین را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: مداخلات غیرضروری، زایمان واژینال، سزارین، اپی‌زیاتومی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره اول، پی‌درپی 66، فروردین 1394، ص 99-90

آدرس مکاتبه: مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۲
Email: soheila80@yahoo.com

مقدمه

یکی از معضلات سیستم بهداشتی درآورده است (۳-۵). اعداد و ارقام موجود در کشور ما نیز حاکی از روند صعودی این شاخص در اکثر نقاط به‌ویژه در شهرهای بزرگ می‌باشد. بر اساس نتایج بررسی جمعیتی و شاخص‌های بهداشتی در سال ۱۳۷۹، ۳۵ درصد زایمان‌ها در کشور و ۴۲ درصد در شهر به روش سزارین انجام شده است (۶). نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه قند و لیپید تهران که در منطقه ۱۳ تهران انجام گرفت آمار سزارین ۸۶ درصد گزارش شد (۷). کمیته فدراسیون بین‌المللی زنان و مامایی در مورد جنبه‌های اخلاقی باروری انسان اعلام نموده است که انجام سزارین بدون دلایل پزشکی غیراخلاقی است (۸). همچنین سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که در هیچ منطقه‌ای از جهان منطقی نیست که میزان سزارین بیشتر از ۱۵-۱۰ درصد باشد (۹).

پیشرفت پزشکی قرن ۲۰ ایمنی زایمان را افزایش داده است ولی همزمان با آن دخالت پزشکی در اکثر زایمان‌ها رواج پیدا کرده است. به‌طوری‌که مفهوم زایمان به‌عنوان پدیده فیزیولوژی و روانی که در بعضی موارد نیاز به مداخله پزشکی دارد از بین رفته است. در یکی دو دهه اخیر، علم پزشکی برای مادران و جنین‌های پرخطر، مامایی سالم و بی‌خطری را به ارمغان آورده است؛ اما این سؤال مطرح است که آیا مداخله‌های معمول در موقعیت‌های پرخطر، در بارداری‌های کم‌خطر هم ضرورت دارد؟ (۱) طبی شدن زایمان اغلب بیان‌کننده این پیام است که مدیریت طبی ارجح بر کارکرد افزایش قابل‌توجهی که در میزان سزارین در سرتاسر جهان مشاهده می‌شود این مسئله را به‌عنوان

^۱ استادیار، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۲ مربی، عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

گاهی طولانی‌مدت می‌کند و نیز میزان الگوهای نامناسب ضربان قلب جنین، افزایش مدت‌زمان زایمان و میزان سزارین را افزایش می‌دهد (۲۴،۲۳).

از مداخلات غیرضروری دیگری که در حین زایمان واژینال انجام می‌گیرد قرار دادن مادر باردار در وضعیت خوابیده به پشت می‌باشد درحالی‌که مطالعات نشان می‌دهند که طول مرحله اول زایمان، مصرف آنالژژیک، دیسترس جنینی و میزان سزارین در مادرانی که در لیبر تشویق به راه رفتن می‌شوند به‌مراتب کمتر بوده است (۲۵-۲۷).

باوجوداینکه منابع معتبر مامایی می‌نویسند: برقراری یک‌راه وریدی برای همه زنان در هنگام زایمان لازم نیست (۱)، استفاده متداول از مایعات داخل وریدی حین زایمان، مراقبتی است که نه‌تنها به نظر می‌رسد سودمند نباشد بلکه حتی می‌تواند مضر باشد (۲۸). شروع استفاده معمول از مایعات وریدی جهت جلوگیری یا درمان کم‌آبی، کتوز و یا عدم تعادل الکترولیت‌ها، به‌اندازه مجاز بودن خوردن و آشامیدن در طول زایمان نمی‌تواند مؤثر باشد (۲۹). باید توجه داشت که پی‌آمدهای ناخوشایند فیزیولوژیک مانند اضافه بار مایعات و کمبود سدیم، همراه با استفاده از مایعات داخل وریدی در هنگام زایمان ممکن است ایجاد شود. افزایش قند خون و به دنبال آن کاهش قند خون نوزادی و افزایش انسولین خون هم در مادر و هم در نوزاد متعاقب استفاده از انفوزیون گلوکز وریدی در هنگام زایمان از دیگر عوارض به شمار می‌آیند (۳۰). استفاده از مایعات وریدی در هنگام زایمان هم چنین در توانایی زائو مداخله می‌کند و مانع راه رفتن و حرکت می‌شود، احساس بیمار بودن به او می‌دهد. باوجود چنین دلایلی درباره عوارض بالقوه همراه با استفاده معمول از مایعات داخل وریدی، این سیاست همچنان در سطح وسیعی از بیمارستان‌ها اجرا می‌شود (۳۰ و ۳۱). مشکل دیگر سواستفاده از این راه وریدی حاضر و آماده جهت تجویز بی‌مورد و غیر لازم سنتوسینون برای افزایش انقباضات رحمی و کاستن از طول مرحله اول زایمان می‌باشد که می‌تواند عوارضی چون تحریک بیش از حد انقباضات رحمی، پارگی رحم، دیسترس جنینی و... را داشته باشد (۱).

با عنایت به این که سازمان بهداشت جهانی طرح مراقبت با حداقل مداخله را در مراحل زایمان طبیعی ارائه و توصیه کرده است همچنین با توجه به اینکه کیفیت زندگی یک زن بوسیله حاملگی و پیامد آن تحت تأثیر قرار می‌گیرد و تجارب منفی حاملگی و زایمان می‌تواند تأثیر قوی و طولانی بر سلامت کلی مادر داشته باشد همچنین به منظور ترویج زایمان طبیعی و در راستای مقابله با انجام سزارین‌های بی‌رویه و غیرضروری و کاهش عوارض مرگ‌ومیر زنان باردار، اداره سلامت مادران وزارت متبوع اصول و اقدامات دهگانه بیمارستان‌های دوستدار مادر را اعلام

سزارین غیرضروری سبب افزایش عوارض مادر و نوزاد و هزینه‌های مراقبت بهداشتی می‌شود، همچنین مرگ‌ومیر مادر تقریباً ۴-۵ برابر بیشتر از زایمان واژینال است (۱۰،۱۱). علاوه بر آن عفونت پس از زایمان، خونریزی و ترومبوآمبولی، صدمه به مثانه و مجرای ادرار نیز در زنان سزارینی نسبت به زایمان طبیعی افزایش نشان می‌دهد (۱۲). خطرات نوزادی شامل زایمان زودرس و دیسترس تنفسی است که هر دو این‌ها با عوارض زیاد، مراقبت‌های ویژه و بار اقتصادی همراه است، حتی اگر نوزاد نارس نباشد، عدم وجود دردهای زایمانی خطر مشکلات تنفسی و عوارض دیگر را زیاد می‌کند. همچنین سزارین می‌تواند ارتباط بین مادر و نوزاد، شیردهی و حضور در جمع خانواده را به تأخیر بیندازد (۱۳).

از طرف دیگر در زایمان‌های واژینال انجام گرفته نیز مداخلات غیرضروری بسیاری در حال انجام می‌باشد. اپی‌زیاتومی رایج‌ترین جراحی در مامایی بعد از بریدن بند ناف است (۱۴). مطالعات نشان می‌دهد زنانی که ترومای پرینه را تجربه می‌کنند از بی‌اختیاری ادراری و مدفوعی، مقاربت دردناک، خونریزی، درد طول کشیده و ضعف عضلات لگن شکایت دارند، این مشکلات در زنانی که پرینه سالم دارند کمتر است (۱۵). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی ترومای پرینه عبارت است از هر نوع آسیب پرینه یا ژئیتال که در نتیجه پارگی‌های خودبه‌خود یا اپیزیاتومی به هنگام زایمان ایجاد می‌شود (۱۶). محققان مختلف مزایای متفاوتی را برای اپی‌زیاتومی مطرح نموده‌اند که شامل جلوگیری از صدمات داخل جمجمه نوزاد، بهبود نمره آپگار، جلوگیری از پارگی‌های نامنظم و شدید پرینه، ترمیم راحت‌تر برش اپی‌زیاتومی نسبت به پارگی‌ها، پیشگیری از شل شدن عضلات کف لگن و بروز سیستوسسل و رکتوسل می‌باشد، اما مدرک مستدلی که این مزایا را تأیید کند وجود ندارد و نقش اپی‌زیاتومی فقط در مورد کاهش پارگی‌های قدیمی پرینه به اثبات رسیده و بقیه موارد یا اثبات نشده و یارد شده است (۱۴). تعدادی از مطالعات مشاهده‌ای و کارآزمایی‌های تصادفی شده نشان داد که انجام اپی‌زیاتومی روتین با افزایش بروز پارگی‌های اسفنکتر مقعد و رکتوم همراه است که می‌تواند در بی‌اختیاری اسفنکتر مقعد نیز نقش داشته باشد (۲۱-۱۷). از نظر سازمان بهداشت جهانی، اپی‌زیاتومی نباید به‌صورت روتین و در تمام زایمان‌ها انجام شود. طبق نظر این سازمان، میزان ۲۰ درصد برای نسبت اپیزیاتومی مناسب می‌باشد (۲۲).

آمنیوتومی انتخابی یا پاره کردن مصنوعی پرده‌ها یکی دیگر از مداخلاتی است که به‌صورت رایج برای القا یا تقویت زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما در مورد منافع این اقدام بر ضررهای آن اختلاف نظر وجود دارد (۱۴). عیب اصلی آمنیوتومی این است که فاصله زمانی تا آغاز انقباضات رحمی را غیرقابل‌پیش‌بینی و

زایمانی مربوط به ۳ ماه اول سال ۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفت. مجموعاً ۳۳۰۳ پرونده مورد بازبینی قرار گرفت و اطلاعات لازم بر اساس چکلیست تنظیمی استخراج شد. داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS شد و با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۳۰۳ پرونده مورد بازبینی قرار گرفت که از این تعداد ۹۷۲ مورد (۲۹/۴ درصد) مربوط به بیمارستان امام خمینی پیرانشهر، ۱۱۷۳ مورد (۳۵/۵ درصد) مربوط به بیمارستان امام رضای ارومیه و ۱۱۵۸ مورد (۳۵/۱ درصد) مربوط به بیمارستان مطهری ارومیه بودند. حداقل سن زنان زایمان کرده در این پژوهش ۱۴ و حداکثر ۴۸ سال با میانگین سنی $27/43 \pm 6/34$ سال بود. حداقل تعداد بارداری آن‌ها ۱ و حداکثر ۱۲ مورد با میانگین $2/20 \pm 1/34$ و در مورد تعداد زایمان حداقل ۱ بار و حداکثر ۱۰ بار با میانگین $2/07 \pm 1/21$ گزارش شد. متوسط سن حاملگی در موقع زایمان $38 \pm 3/13$ هفته با حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۴ هفته بود، ۱۵/۹ درصد حاملگی‌ها پره ترم، ۸۳/۸ درصد ترم و ۰/۴ درصد پست ترم گزارش شد. میانگین وزن نوزادان در موقع تولد $3105/84 \pm 650/15$ گرم با حداقل ۲۵۰ گرم و حداکثر ۵۵۰۰ گرم بود، ۱۰/۱ درصد از نوزادان متولد شده وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، ۸۶/۶ درصد بین ۲۵۰۰ و ۴۰۰۰ گرم و ۳/۳ درصد از آن‌ها وزن بالای ۴۰۰۰ گرم داشتند (جدول ۱).

نمود. ازجمله این اصول دهگانه ارائه مراقبت‌های معمول دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان، فراهم نمودن کلاسهای آمادگی برای زایمان، حذف مداخلات غیرضروری روتین از جمله شیو، انما، ایندکشن، اپی زیاتومی، عدم حرکت آزادانه در لیبر و می‌باشد. با عنایت به موارد بالا، مطالعه حاضر جهت تعیین فراوانی مداخلات انجام‌یافته در حین زایمان جهت مادران باردار مراجعه‌کننده به برخی بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی و گذشته‌نگر می‌باشد. جامعه پژوهش کلیه پرونده‌های زایمان موجود در بخش مدارک پزشکی بیمارستان‌های مطهری و امام رضا ارومیه و امام خمینی پیرانشهر در ۳ ماهه نخست سال ۱۳۹۰ بود. جهت جمع آوری داده‌ها چکلیستی توسط محقق آماده شد که شامل اطلاعاتی در زمینه سن مادر، مشخصات باروری از قبیل تعداد بارداری‌ها و زایمان‌های مادر، سن حاملگی در موقع زایمان، وزن جنین و برخی مداخلاتی که در روند طبیعی زایمان صورت گرفته از قبیل انجام سزارین، انجام اپی زیاتومی و پارگی‌های پرینه ایجاد شده در حین زایمان، جایگذاری سوند برای تخلیه مثانه، باز کردن راه وریدی برای دادن مایعات، تحریک ویا تشدید دردهای زایمانی، آمنیوتومی و مانیتورینگ الکترونیکی ضربان قلب جنین در لیبر بود. بعد از هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذیربط به بخش مدارک پزشکی بیمارستان آموزشی درمانی مطهری، بیمارستان امام رضای ارومیه و بیمارستان امام خمینی پیرانشهر مراجعه شد و پرونده‌های

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک و باروری واحدهای پژوهش

مشخصات	فراوانی (%)	میانگین \pm انحراف معیار
بیمارستان امام خمینی پیرانشهر	۹۷۲ (۲۹/۴)	
بیمارستان امام رضای ارومیه	۱۱۷۳ (۳۵/۵)	
بیمارستان آموزشی درمانی مطهری	۱۱۵۸ (۳۵/۱)	
جمع	۳۳۰۳ (۱۰۰)	
< ۱۸ سال	۹۶ (۲/۹)	
سن زنان زایمان کرده	۲۷۹۷ (۸۴/۷)	$27/43 \pm 6/34$
۱۸-۳۵ سال		
> ۳۵ سال	۴۱۰ (۱۲/۴)	
زایمان اول	۱۳۲۱ (۳۷/۰)	
تعداد زایمان	۲۰۸۲ (۶۳/۰)	$2/07 \pm 1/21$
زایمان دوم و بیشتر		
جمع		
۲۰-۳۶ هفته	۴۷۲ (۱۵/۹)	
سن حاملگی جنین در موقع زایمان	۲۴۹۳ (۸۳/۸)	$38 \pm 3/13$
۳۷-۴۲ هفته		
۴۳ هفته و بیشتر	۱۱ (۰/۴)	
< ۲۵۰۰ گرم	۳۰۵ (۱۰/۱)	
وزن نوزاد	۲۶۰۲ (۸۶/۶)	$3105/84 \pm 650/15$
۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم		
> ۴۰۰۰ گرم	۹۹ (۳/۳)	

امام رضا ۱۸ درصد بود. همچنین در ۱۰۰ درصد موارد راه وریدی برای دادن مایعات وریدی برقرار شده بود. همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که فراوانی انجام اینداکشن و استیمولیشن در زایمان های انجام شده به طریق واژینال به ترتیب ۱۳/۳ درصد و ۲/۱ درصد و در مجموع ۱۵/۴ درصد بوده است. فراوانی انجام اینداکشن و استیمولیشن در مجموع در بیمارستان امام خمینی پیرانشهر ۱۰/۹ درصد، در بیمارستان امام رضای ارومیه ۱۶/۴ درصد و در بیمارستان مطهری ۱۸/۸ درصد می باشد. نتایج این مطالعه بیانگر آن بود که در ۳۸/۴ درصد از موارد زایمان های واژینال آمنیوتومی صورت گرفته است، فراوانی انجام آمنیوتومی در بیمارستان امام خمینی پیرانشهر ۲۳/۴ درصد، در بیمارستان امام رضای ارومیه ۵۷/۲ درصد و در بیمارستان مطهری ۳۳/۵ درصد می باشد. همچنین در نزدیک به تمامی موارد (۹۸/۹ درصد) مانیتورینگ الکترونیکی ضربان قلب جنین در حین لیبر انجام پذیرفته است (جدول ۲).

نتایج این پژوهش نشان داد که در مجموع از ۳۳۰۳ مورد پرونده ۱۸۹۵ مورد (۵۷/۴ درصد) به طریق واژینال و ۱۴۰۸ مورد (۴۲/۶ درصد) به طریق سزارین زایمان کرده بودند. فراوانی انجام سزارین در زایمان اول ۳۸/۷ درصد و در زایمان های دوم به بعد ۴۵ درصد بود. همچنین میزان سزارین در بیمارستان امام خمینی پیرانشهر ۳۳/۸ درصد، در بیمارستان امام رضای ارومیه ۴۶/۵ درصد و در بیمارستان مطهری ارومیه ۴۶/۱ درصد بوده است که همگی بسیار بیشتر از میزان توصیه شده سازمان بهداشت جهانی می باشد.

در بین ۱۸۹۵ مورد زایمان انجام گرفته به طریق واژینال در ۳ مورد (۲ درصد) سوند فولی و در ۲۰۵ مورد (۱۱/۱ درصد) سوند نلاتون جمعاً در ۱۱/۳ درصد از موارد سوند برای تخلیه مثانه در طی لیبر استفاده شده بود. کمترین فراوانی استفاده از سوند در زایمان واژینال در بیمارستان مطهری ارومیه (۰/۲ درصد) می باشد که این مقدار در بیمارستان امام خمینی پیرانشهر ۱۶ درصد و در

جدول (۲): فراوانی برخی مداخلات انجام یافته در حین زایمان در کلیه پرونده های مورد بررسی

مداخلات انجام یافته	
واژینال	۱۸۹۵ (۵۷/۴%)
سزارین	۱۴۰۸ (۴۲/۶%)
جمع	۳۳۰۳ (۱۰۰%)
نوع زایمان	
جایگذاری سوند برای تخلیه مثانه در حین لیبر	انجام نشده انجام شده
	۱۶۳۱ (۵۴/۹%) ۱۳۴۱ (۴۵/۱%)
برقراری راه وریدی	انجام نشده انجام شده
	۰ ۲۹۷۴ (۱۰۰%)
اینداکشن و استیمولیشن دردهای زایمانی	انجام نشده اینداکشن استیمولیشن
	۲۶۴۸ (۸۹%) ۲۸۷ (۹/۷%) ۳۹ (۱/۳%)
آمنیوتومی	انجام نشده انجام شده
	۲۰۷۳ (۶۹/۷%) ۹۰۰ (۳۰/۳%)
پایش مداوم ضربانات قلب جنین در حین لیبر	انجام نشده انجام شده
	۲۱ (۰/۷%) ۲۹۵۱ (۹۹/۳%)
اپی زیاتومی و پارگی	پرینه سالم اپی زیاتومی انجام شده اپی زیاتومی به علاوه پارگی
	۵۹۶ (۳۱/۵%) ۱۰۱۳ (۵۳/۵%) ۱۴ (۰/۷%)
پارگی	پارگی
	۲۷۱ (۱۴/۳%)
درجه ۱	درجه ۱
	۱۷۷ (۹/۳%)
درجه ۲	درجه ۲
	۸۷ (۴/۶%)
درجه ۳	درجه ۳
	۷ (۰/۴%)
جایگذاری سوند برای تخلیه مثانه در حین لیبر	انجام نشده انجام شده
	۱۶۳۱ (۸۸/۷%) ۲۰۵ (۱۱/۳%)
برقراری راه وریدی	انجام نشده انجام شده
	۰ ۱۸۴۱ (۱۰۰%)

ادامه جدول (2)

۱۵۵۷ (%۸۴/۶)	انجام نشده	اینداکشن و استیمولیشن دردهای زایمانی
۲۴۵ (%۱۳/۳)	اینداکشن	
۳۹ (%۲/۱)	استیمولیشن	
۱۱۳۴ (%۶۱/۶)	انجام نشده	آمنیوتومی
۷۰۶ (%۳۸/۴)	انجام شده	
۲۰ (%۱/۱)	انجام نشده	پایش مداوم ضربانات قلب جنین در حین لیبر
۱۸۱۹ (%۹۸/۹)	انجام شده	

پارگی به درجات مختلف) و در بیمارستان مطهری ارومیه ۷۲/۳ درصد (۶۷/۸ درصد اپی، ۴/۳ درصد پارگی به درجات مختلف) بوده است. در بین زنان زایمان کرده پریم پار (زایمان اول) فراوانی پرینه سالم ۸/۱ درصد، انجام اپی زیاتومی ۸۵/۶ درصد، اپی زیاتومی به علاوه پارگی ۰/۵ درصد، پارگی پرینه ۵/۸ درصد (۳/۶ درصد پارگی درجه ۱، ۱/۵ درصد پارگی درجه ۲، ۰/۷ درصد پارگی درجه ۳) می‌باشد. درحالی‌که این مقادیر در زایمان‌های دوم به بعد به ترتیب ۴۶/۷ درصد پرینه سالم، ۳۲/۵ درصد اپی، ۰/۹ درصد اپی به علاوه پارگی و ۱۹/۹ درصد پارگی (۱۳/۱ درصد درجه ۱، ۶/۶ درصد درجه ۲، ۰/۲ درصد درجه ۳) گزارش شد (جدول ۳).

در میان زنانیکه به طریق واژینال زایمان کرده بودند فقط ۳۱/۵ درصد از زنان بعد از انجام زایمان پرینه سالم داشتند، ۵۳/۵ درصد از آنها تحت اپی زیاتومی قرار گرفتند، ۰/۷ درصد از آنها علیرغم انجام اپی زیاتومی پارگی را نیز تجربه نمودند، در ۱۴/۳ درصد از موارد زایمان‌های انجام گرفته به طریق واژینال پارگی پرینه وجود داشت که ۹/۳ درصد پارگی درجه ۱، ۴/۶ درصد پارگی درجه ۲ و ۰/۴ درصد پارگی درجه ۳ داشتند. فراوانی انجام اپی زیاتومی و پارگی پرینه که در کل جامعه مورد مطالعه ۶۸/۵ درصد بود در بیمارستان امام خمینی پیرانشهر ۶۷/۷ درصد (۳۹/۷ درصد اپی، ۲۸ درصد پارگی به درجات مختلف) در بیمارستان امام رضای ارومیه ۶۵/۸ درصد (۵۵/۶ درصد اپی، ۱۰/۲ درصد

جدول (3): فراوانی انجام اپی زیاتومی و بروز پارگی در پرینه بر اساس تعداد زایمان، وزن نوزاد و انجام و یا عدم انجام ایندکشن و استیمولیشن

در لیبر

		تعداد زایمان
۶۱ (%۸/۱)	پرینه سالم	زایمان اول
۶۴۱ (%۸۵/۶)	اپی زیاتومی انجام شده	
۴ (%۰/۵)	اپی زیاتومی به علاوه پارگی	
۴۳ (%۵/۸)	پارگی	
۲۷ (%۳/۶)	درجه ۱	
۱۱ (%۱/۵)	درجه ۲	
۵ (%۰/۷)	درجه ۳	
۵۳۵ (%۴۶/۷)	پرینه سالم	تعداد زایمان
۳۷۲ (%۳۲/۵)	اپی زیاتومی انجام شده	
۱۰ (%۰/۹)	اپی زیاتومی به علاوه پارگی	
۲۲۸ (%۱۹/۹)	پارگی	
۱۵۰ (%۱۳/۱)	درجه ۱	
۷۶ (%۶/۶)	درجه ۲	
۲ (%۰/۲)	درجه ۳	
۴۵ (%۳۱/۷)	پرینه سالم	وزن نوزاد < ۲۵۰۰ گرم
۸۱ (%۵۷)	اپی زیاتومی انجام شده	
۴ (%۲/۸)	اپی زیاتومی به علاوه پارگی	
۱۲ (%۸/۴)	پارگی	
۱۰ (%۷)	درجه ۱	
۲ (%۱/۴)	درجه ۲	

ادامه جدول (3)

درجه ۳	(%)		
پربینه سالم	۴۹۶(۲۹/۸)		
اپی زیاتومی انجام شده	۸۹۹(۵۴/۱)		
اپی زیاتومی به علاوه پارگی	۹(۰/۵)		
پارگی	۲۵۸(۱۵/۵)	۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم	
درجه ۱	۱۶۶(۱۰)		
درجه ۲	۸۵(۵/۱)		
درجه ۳	۷(۰/۴)		
پربینه سالم	۸(۲۲/۲)		
اپی زیاتومی انجام شده	۲۶(۷۲/۲)		
اپی زیاتومی به علاوه پارگی	۱(۲/۸)		
پارگی	۱(۲/۸)	۴۰۰۰ > گرم	
درجه ۱	۱(۲/۸)		
درجه ۲	۰(۰)		
درجه ۳	۰(۰)		
پربینه سالم	۵۰۸(۳۲/۶)		
اپی زیاتومی انجام شده	۸۱۲(۵۲/۲)		
اپی زیاتومی به علاوه پارگی	۱۳(۰/۸)		
پارگی	۲۲۳(۱۴/۳)	انجام نشده	
درجه ۱	۱۴۲(۹/۱)		
درجه ۲	۷۶(۴/۹)		
درجه ۳	۵(۰/۳)		
پربینه سالم	۶۱(۲۴/۹)		
اپی زیاتومی انجام شده	۱۶۵(۶۷/۳)		
اپی زیاتومی به علاوه پارگی	۱(۰/۴)	اینداکشن	انجام اینداکشن و استیمولیشن در زایمان
پارگی	۱۸(۷/۳)		
درجه ۱	۱۶(۶/۵)		
درجه ۲	۱(۰/۴)		
درجه ۳	۱(۰/۴)		
پربینه سالم	۹(۲۳/۱)		
اپی زیاتومی انجام شده	۱۷(۴۳/۶)		
اپی زیاتومی به علاوه پارگی	۰(۰)		
پارگی	۱۳(۳۳/۳)	استیمولیشن	
درجه ۱	۸(۲۰/۵)		
درجه ۲	۵(۱۲/۸)		
درجه ۳	۰(۰)		

انجام نشده است ۳۲/۶ درصد درحالی که این مقدار در مواردیکه اینداکشن و استیمولیشن انجام شده بود به ترتیب ۲۴/۹ درصد و ۲۳/۱ درصد بود و میزان بروز پارگی پربینه در مواردیکه تحریک یا تشدید دردهای زایمانی انجام نشده بود ۱۴/۳ درصد درحالی که این مقدار در مواردیکه اینداکشن و استیمولیشن انجام شده بود به ترتیب ۷/۳ درصد و ۳۳/۳ درصد بود (جدول ۳).

فراوانی پربینه سالم در نوزادان با وزن بالای ۴ کیلوگرم ۲۲/۲ درصد، انجام اپی زیاتومی ۷۵ درصد و پارگی ۲/۸ درصد بود، درحالی که این مقادیر در نوزادان با وزن کمتر از ۴ کیلوگرم ۲۹/۹ درصد پربینه سالم، ۵۵ درصد انجام اپی زیاتومی و ۱۴/۹۶ درصد پارگی می باشد. فراوانی پربینه سالم در مواردیکه تحریک یا تشدید دردهای زایمانی

بحث و نتیجه‌گیری

سال‌های اخیر در بیمارستان‌های ایران تعداد زایمان با عمل سزارین رو به افزایش گذاشته است. دلایل بسیاری برای افزایش میزان سزارین ذکر شده است، بالا رفتن سن مادران در اولین حاملگی، افزایش زنان نخست زاء، اختلاف فاحش درآمد ناشی از سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی، ترس زنان باردار از زایمان طبیعی، افزایش میزان القای زایمانی، وجود باورهای غلط در مورد فواید سزارین بر هوش نوزاد و سلامتی مادر، مانیتورینگ مداوم قلب جنین و عوامل اقتصادی و اجتماعی از این قبیل هستند. آمار موجود در ایران با هیچ یک از آمارهای جهانی همخوانی ندارد و حتی در نظر گرفتن عوامل مؤثر بر افزایش سزارین این میزان بالا را توجیه نمی‌نماید. به نظر می‌رسد استفاده از تکنولوژی غیرضروری پزشکی در حاملگی‌های کم‌خطر، ریسک مداخلات غیرضروری در حین زایمان از جمله سزارین را افزایش می‌دهد. ولی همانطوریکه ذکر شد مانیتورینگ مداوم ضربان قلب جنین می‌تواند یکی از دلایل افزایش سزارین در مراکز درمانی باشد که یافته‌های این مطالعه نیز می‌تواند دال بر این موضوع باشد.

بدلیل محدودیت منابع امکان نمونه‌گیری خوشه‌ای در سطح استان فراهم نیامد پیشنهاد می‌شود جهت کارهای آتی با در دست داشتن امکانات و منابع مالی لازم نمونه‌گیری خوشه‌ای انجام شده و تمامی بیمارستان‌های استان مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می‌باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که در مجموع از ۳۳۰۳ مورد پرونده ۱۸۹۵ مورد (۵۷/۴ درصد) به طریق واژینال و ۱۴۰۸ مورد (۴۲/۶ درصد) به طریق سزارین زایمان کرده بودند. بر اساس نتایج بررسی جمعیتی و شاخص‌های بهداشتی کشور و مطالعه قند و لیپید تهران که در منطقه ۱۳ تهران انجام گرفت آمار سزارین بسیار بالاتر از این مطالعه می‌باشد (۷). این مسئله نشانگر آن است که میزان سزارین در بعضی شهرها از جمله تهران بالاتر از استان آذربایجان غربی و استانداردهای تعیین شده توسط سازمان بهداشت جهانی می‌باشد.

در بین ۱۸۹۵ مورد زایمان انجام گرفته به طریق واژینال در ۳ مورد (۲/ درصد) سوند فولی و در ۲۰۵ مورد (۱۱/۱ درصد) سوند نلاتون جمعاً در ۱۱/۳ درصد از موارد سوند برای تخلیه مثانه در طی لیبر استفاده شده بود. کمترین فراوانی استفاده از سوند در زایمان واژینال در بیمارستان مطهری ارومیه (۰/۲ درصد) می‌باشد که این مقدار در بیمارستان امام خمینی پیرانشهر ۱۶ درصد و در امام رضا ۱۸ درصد بود که به نظر می‌رسد آموزشی بودن بیمارستان مطهری ارومیه در این مورد منجر به مداخلات کمتر شده است. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد که در ۱۰۰ درصد موارد راه وریدی برای دادن مایعات وریدی برقرار شده بود، باوجود اینکه منابع معتبر مامایی می‌نویسند: برقراری یک‌راه وریدی برای همه زنان در هنگام زایمان لازم نیست (۱).

کمیت سازمان جهانی بهداشت برای کاهش مرگ‌ومیر زنان، حوزه‌هایی برای اقدام اولیه مشخص کرده است که یکی از آنها محافظت زنان در برابر تکنولوژی غیرضروری پزشکی است. در

References:

- Nichols FH, Humenick SS. Childbirth education: practice, research and Theory. 2nd Ed. Philadelphia: Saunders;2000.P.67-8.
- Lowe NK. Self efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. Payesh Quarterly 2002;1(2):47-9.
- National institute of health state of the since conference statement. Cesarean delivery on maternal request. US:NIH;2006.
- Canadian institute for health information. Health indicators of Canada. CIHI;2006.
- Benedetto C, Marozio L, Prandi G, Roccia A, Blefaria S, Fabris C. Short term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery. Euro J Obstet Gynec Reprod Biol 2006; 135(1): 35-40.
- Population and Health Information in Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education, Health Department, Tehran. (DHS); 2000. (Persian)
- Azizi F, Rahmani M, Emami H, Majid M. Tehran Lipid and Gulucose Study: Rational and design. CVD pre 2003;3:242-7.
- Devendra K, Arulmaran S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Ann Acad Med Singapour 2003;32(5):577-81
- Mathai M, Sanghvi H, Guidotti RJ. World Health Organization: Managing complication in

- pregnancy and childbirth: A guide for midwives and Doctors;2003.
10. Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy related death and health care services. *Obstet Gynecol* 2003;102: 273-8.
 11. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and Perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Eng J Med* 2004;351: 776.
 12. Lydon Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411-6.
 13. Malcolm S, Ian M. *Essential Obstetrics and Gynecology*. 3th ed. Chrchill Livingstone Co; 1998.P. 85-116,325-366.
 14. Cunningham Gary, Leveno, Kenneth B, Steven L. *Williams Obstetrics*. 22th Ed. Volum1. Mc Grawhill; 2005.
 15. Thompson Jf, Roberts Cl, Currie M, Ellwood Da. Prevalence and persistence of health problem after childbirth: Association with parity and method of birth. *Birth* 2002, 29, 83-94.
 16. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Management of third and fourth degree perineal tears following vaginal delivery. Guidline No29.London: RCOG press; 2001.
 17. Angioli R, Gomez Marin O, Cantuarria G,O'Sullivan MJ. Sever perineal Laceration during vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1083-87.
 18. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routin versus selective episiotomy: A randomized controlled trial. *Lancet* 1993; 342:1515-18.
 19. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000;95(3):464-71.
 20. Nager CW, Helliwell JP. Episiotomy increases perineal laceration length in primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(2):444-50.
 21. American College of Obstetricians Gynecologist. ACOG practice bulletin. Episiotomy, clinical management guidelines for obstetricians gynecologist. *Obstet Gynecol* 20006 Apr; 107 (4): 957-62.
 22. Mathai M, Sanghvi H, Guidotti RJ. World Health Organization: Managing complication in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and Doctors; 2003.
 23. Cammu H, Van Eekout E. A randomized controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labour. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103(4):313-8.
 24. Levy R, Feber A, Benarie A, Paz B, Hazan Y, Blickstein I. A randomized comparison of early versus late amniotomy following cervical riepning with a foley catheter. *B J O G* 2002;109(2): 168-72.
 25. Kennth J, Moiser Jr. *Maternal of obstetrics*. USA: Little brown and company; 1996.P.5.
 26. Albers. The relationship of abbulation labor to peroctive delivery. *J Nur Med* 1997.
 27. Azarkish F, Roodbari M, Sarani H, Atashpanje Z, Mirbaloche F, Barahoe F. The effect of walking in the active phase of labor on the type of delivery. *Ilam Univ Med Sci J* 15(4) 2008.
 28. Lowdermilk and Perry. *Maternity nursing*. 6th ed. Mosby;2003. P.344.
 29. American college of nurse midwives. Intrapartum nutrition clinical bulletin. No 3. March 1997. Revised February 2000.
 30. Henderson. Chris and macdonald, sue. *Mays midwifery. A text book for midwives*. 13th ed. Bailliere tindall. 2004.P.451.
 31. Garashi Z, Loripor M, Anari sayadi A. Require the use of intravenous catheter during vaginal delivery. *Mazandaran Univ Med Sci J* 16(55) 2007.

32. Musselwhite KL, Faris P, Moore K, Berci D, King KM. Use of epidural anesthesia and the risk of acute postpartum urinary retention. 2007; 196(5): 471-2.

THE STUDY OF SOME INTERVENTIONS DURING LABOR IN PREGNANT WOMEN WHO DELIVERED IN SOME WEST AZERBAIJAN HOSPITALS

Rabiepour S^{1}, Mesgarzadeh M²*

Received: 11 Nov, 2014; Accepted: 19 Mar, 2015

Abstract:

Background & Aim: In the past two decades, medicine has brought healthy and safe midwifery for high risk fetus and mothers, but the question is whether it is necessary to have routine intervention in low-risk pregnancies.

This is a retrospective cross-sectional study. The study population included all birth records in the medical records department of Motahari and Imam Reza hospitals in Urmia, and Imam Khomeini hospital in Piranshahr in the first quarter of 1390.

Materials & Methods: A checklist was prepared by the researcher to collect the data that included information about maternal age, reproductive characteristics such as pregnancy and childbirth, motherhood, gestational age at delivery, birth weight, and some interventions in natural processes such as doing cesarean section, episiotomy and perineal lacerations caused during delivery, sondag, opening the way for giving intravenous fluids, stimulating or induction of labor, electronic fetal heart rate monitoring in labor. A total of 3303 records were reviewed, and the data were extracted by checklist. The data were analyzed by SPSS statistical software by using of descriptive statistical tests.

Results: The results showed that a total of 1895 out of 3303 (57/4%) cases delivered vaginally, and the others 1408 (42/6%) were done cesarean delivery. Frequency of induction and stimulation through vaginal labor was 15/4%, while among women who had delivered vaginally only 31/5% of them was intact perineum after childbirth.

Conclusion: Statistics in the context show that interventions during labor is much higher than World Health Organization standards. It seems that unnecessary use of medical technology in low-risk pregnancies increases the risk of unnecessary interventions during childbirth including caesarean section.

Keywords: unnecessary interventions, vaginal delivery, cesarean section, episiotomy

Address: Reproductive Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: (+98)4432754961

Email: soheila80@yahoo.com

¹Assistant Professor, Reproductive Health Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

²Instructor, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran