

بررسی نتایج مداخلات پزشکی در مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان بیمارستان شهید رجایی در سال ۱۳۸۷

دکتر فریبا مینایی^۱، دکتر محمدرضا نیکبخت^۲، دکتر منوچهر سلیمیان^۳، فاطمه سادات میرحسینی^۴، طیبه سادات شریعت زاده تکیه^۵

تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: بارداری و زایمان نقطه عطفی در ادامه زندگی است. این پژوهش با هدف بررسی نتایج مداخلات پزشکی در مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان بیمارستان شهید رجایی در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه روی ۶۳۳ خانم باردار انجام شد با پرکردن پرسش‌نامه اطلاعات مورد نیاز استخراج شد و با آزمون کای دو و مدل رگرسیون لجستیک در نرم افزار spss14 تجزیه و تحلیل داده‌ها انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه عوامل موثر بر سزارین، متغیرهای تجویز دارو، پارگی کیسه آب، زمان بستری و گراوید بوده است. بین متغیرهای دارو و عوارض مادری و جنینی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$) بین متغیرهای احیاء کردن و شیردهی ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/02$). همین‌طور بین متغیر اپیزوتومی و شیردهی از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/012$).

بحث و نتیجه گیری: جهت افزایش میزان زایمان طبیعی باید از مداخلات غیر ضروری پزشکی و مامایی در بخش‌های زایمان اجتناب شود و نیز استفاده از روش‌های بی‌دردی دارویی و غیردارویی می‌تواند از تمایل مادران به سزارین بکاهد.

کلید واژه‌ها: زایمان فیزیولوژیک، حاملگی، پرایمی گراویدا

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره چهارم، ص ۱۸۹-۱۸۱، پاییز ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: کاشان، آران و بیدگل، بیمارستان شهید رجایی، تلفن: ۰۹۱۳۱۶۱۷۲۵۵

Email: F-Minaee2005@yahoo.com

مقدمه

رحم برای بیرون راندن جنین اصلی‌ترین علت درد زایمان است. اما عوامل فیزیکی دیگری مانند سفتی عضلات، مداخلات پزشکی، وضع قرار گیری رحم، ترس و اضطراب و آگاهی نداشتن از شرایط زایمان و تشنگی و گرسنگی نیز از دیگر عللی است که بر میزان این درد تاثیر می‌گذارد. ترس از درد زایمان باعث رو آوردن مادران به سزارین می‌شود و سزارین هم مانند هر جراحی دیگر عوارض دارد و در عین حال مطالعات نشان داده سزارین تا چهار برابر خطر مرگ مادران را افزایش می‌دهد

زایمان یک روند فیزیولوژیک است که باعث تغییرات گسترده‌ای در مادر می‌شود و وضع حمل جنین را از طریق مجرای زایمان میسر می‌سازد (۶). یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی هر زنی، بارداری و زایمان است و درد آن نشانه خوشایندی برای ورود به مرحله جدید مادر شدن و تولد یک موجود زنده است و هر زنی آن را با شدت‌های متفاوت احساس می‌کند (۱۰). زایمان یک روند طبیعی است و بدن با این فرایند سازگار است. انقباض

^۱ متخصص زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی کاشان (نویسنده مسئول)

^۲ دکترای داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۳ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۴ کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

^۵ کارشناس مدارک پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

و نوزادان سزارینی تا چهار برابر بیشتر از سایر نوزادان در معرض خطر نارس بودن هستند در حالی که زنان با پشت سر گذاشتن یک زایمان موفق فیزیولوژیک و آسان می‌توانند تجربه ای شیرین و موفق داشته باشند (۱). نگاه درمان محوری ما در سال‌های اخیر توجه ما را به تجهیزات پزشکی مجهز کردن بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و ابزار فیزیکی معطوف کرده است و از نیروی انسانی غافل مانده‌ایم در حالی که در کشورهای پیشرفته چنانچه در کنار ابزار و تجهیزات پزشکی از نیروی استاندارد بهره‌مند نباشند نه تنها کمکی به مادر باردار نمی‌شود بلکه در بسیاری موارد منجر به عوارض ناخواسته برای مادر و نوزاد می‌شود (۲).

باید آگاه بود که عوامل دارویی که حین دردهای زایمان استفاده می‌شود خطرانی را برای مادر (افت فشار) و هم جنین (افت ضربان قلب) خواهد داشت. بنابر این فواید آن‌ها (کاهش درد مادر) نسبت به خطراتش باید سنجیده شود. بسیاری از اعمال شایع در بیمارستان‌ها بر موفقیت تغذیه با شیر مادر تاثیر می‌گذارند. بسیاری از مداخلات مامایی تاثیر معکوس بر شیر دهی موفق دارند. بعضی از این عوامل احتمالی که باید مورد بازبینی قرار گیرند عبارتند از: تجویز داروها حین لیبر، تاخیر در اولین شیردهی، جدایی مادر و شیر خوار... (۴).

انقباضات تحریک شده به دنبال اکسی توسین تزریقی قدرتی بیش از ۴۰ میلی میتر جیوه بر سر جنین وارد می‌کند قدرت و مدت انقباضات بیشتر و فاصله بین آن‌ها کوتاه‌تر می‌شود. با این نوع انقباضات جریان خون رحمی جفتی کاهش یافته احتمال برادیکاردی جنینی ایسکمی مغزی و اختلالات نورولوژی در جنین افزایش می‌یابد در نوزادانی که مادرانشان با اکسی توسین القای زایمان شده اند هابپر بیلیروبینمی به کرات بیشتر از نوزادانی است که مادرانشان اکسی توسین دریافت نکرده‌اند. به خصوص اگر هیپوکسی جنین به علت انقباضات شدید رحم ایجاد شده باشد (۳). احساس درد لیبر بازتاب کاملاً فردی تحریک‌های متغیر است

که هر یک از زنان براساس وضعیت خود آن‌ها را به صورت منحصر به فرد دریافت و تفسیر می‌کنند. ترس وسایل ناشناخته، سبب تشدید درد می‌شود و موقعی که مددجو به افرادی که مراقبت از آنان را عهده دار هستند، اعتماد دارد معمولاً به مقادیر کم‌تر آنالژزی نیاز پیدا می‌کنند. هنگامی که زنان با انگیزه برای زایمان آماده می‌شوند، دیده می‌شود که درد و اضطراب در طی لیبر به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد و لیبر کوتاه‌تر می‌شود (۷). روش‌هایی که برای کاهش درد زایمان به کار می‌روند عمدتاً به دو گروه دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند از جمله روش‌های غیردارویی عبارتند از تمرین‌های کششی ماساژ تن آرامی مهارت‌های تنفسی قرار گرفتن در وضعیت‌های مختلف در زمان درد گرمای سطحی سرمای سطحی، آب درمانی لمس و ماساژ، طب سوزنی طب فشاری، رایحه درمانی، موسیقی... (۴). بر اساس آخرین مستندات موجود عوارض زایمان واژینال حتی از سزارین انتخابی هم کم‌تر است. حدود ۱۵ درصد زایمان‌های دنیا به روش سزارین انجام می‌شود. در ایران براساس آمار سال ۱۳۸۴ آمار زایمان‌های سزارین ۴۰/۴ درصد گزارش شده است. براساس برنامه‌ریزی‌های انجام شده تا سال ۹۲ میزان زایمان‌های به روش سزارین برای بیمارستان‌های سطح یک حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد و در بیمارستان‌های سطح دو و سه حدود ۲۵ تا ۳۰ درصد پیش بینی شده است (۵). درباره راهکارهای کاهش آمار سزارین و عوارض آن معتقدند: با افزایش اطلاعات مادر در مورد مراحل زایمان و عدم استفاده از روش‌های دارویی می‌توان استرس و در نتیجه درد مادر را کاهش داد (۸). عواملی که می‌توانند شدت درد زایمان را کم کنند: «کاهش نگرانی و ترس مادر» - «تجربه قبلی مطلوب» - «آموزش‌های دوران بارداری و شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان».

زایمان فیزیولوژیک به زایمان کم درد غیردارویی اطلاق می‌شود که با رعایت حرمت مادر حداقل مداخلات زایمانی صورت

متغیرهای: سابقه سقط، سن، مدت زمان حاملگی ($P < 0/05$) از لحاظ آماری مستقل از متغیر عمل سزارین می‌باشند. بقیه متغیرها وارد آزمون رگرسیون لجستیک می‌شوند. در مرحله اول با ورود متغیرها به آزمون، متغیرهایی که دارای $sign < 0/05$ باشند وارد مدل خواهند شد. متغیرهای نژاد، معاینه مامایی، شکایت بیمار موقع پذیرش در این مرحله از آزمون حذف می‌گردند. و تنها متغیرهای تجویز دارو، پارگی کیسه آب، زمان بستری و گراوید وارد مدل نهایی می‌شوند. مدل نهایی به صورت زیر می‌باشد:

$$\text{Log Y} = \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4$$

$$\text{Log Y} = -0/479 (\text{پارگی کیسه آب}) + 2/907 (\text{تجویز دارو}) + 0/599 (\text{گراوید}) + 1/692 (\text{زمان بستری})$$

بنابراین در این پژوهش عوامل موثر بر سزارین متغیرهای تجویز دارو، پارگی کیسه آب، زمان بستری و گراوید می‌باشد.

یافته‌ها

از ۶۳۳ نفری که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، ۵۰ درصد در گروه سنی زیر ۱۸ سال، ۹۳/۲ درصد در گروه سنی ۱۸-۳۵ و ۶ درصد در گروه سنی بالای ۳۵ سال قرار داشتند. ۹۲/۷ درصد از این افراد ایرانی و ۶/۳ درصد از اتباع افغان بودند، از کل افراد مورد مطالعه ۱۳/۳ درصد دارای سابقه سقط جنین بودند، ۵۸/۳ درصد پارگی کیسه آب توسط ماما صورت گرفته است، ۶۳ درصد افراد کمتر از ۱۲ ساعت در بخش، بستری بوده اند، ۱۷/۱ درصد نوزادان احیا شده‌اند، ۷۹ درصد افراد دارو مصرف کرده‌اند، ۲۲/۶ درصد افراد عمل سزارین شده اند، ۵۰/۹ درصد افراد ایپی زیوتومی شده اند، ۹۳/۲ درصد افراد اینداکشن شده اند، ۳۱/۶ درصد افراد حاملگی بیش از ۴۰ هفته داشته اند. ۹۷/۲ درصد افراد اولین ساعت پس از زایمان شیردهی داشته اند، ۱/۱ درصد افراد پس از زایمان خون‌ریزی داشته اند، ۰/۲ درصد افراد پس از زایمان عفونت داشته اند، ۳ درصد نوزادان آپگار دقیقه اول نامناسب داشته اند، ۰/۹ درصد نوزادان آپگار دقیقه پنجم نامناسب

می‌گیرد، مادر پیش از زایمان در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت می‌کند و با روش‌های مختلف زایمان آشنا می‌شود، آزادانه مجاز به انتخاب شیوه زایمانی است و در این روش مادر با همراه به اتاق زایمان وارد می‌شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بوده که جامعه مورد بررسی آن را مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس مامایی بیمارستان شهید رجایی در سال ۱۳۸۶ تشکیل می‌دهد که $P = 0.05$ و تعداد نمونه ۶۳۳ نفر می‌باشد که بوسیله پرسش‌نامه، اطلاعات مربوط به این مددجویان از پرونده‌هایشان استخراج شده است. نژاد، گراوید، سن، سابقه سقط، شکایت بیمار موقع مراجعه، پارگی کیسه آب و دریافت دارو (آروپین، هیوسین، پرومتازین انتی بیوتیک)، خون‌ریزی پس از زایمان، عفونت پس از زایمان و میزان اینداکشن، ایپی زیوتومی، معاینه مامایی (لیتنت فاز، اکتیوفاز، کل بسته) و نوع زایمان (طبیعی و سزارین) و نوزاد از نظر احیاء، آپگار دقیقه اول و پنجم و ساعت اول شیردهی مادر مدت زمان بستری بودن و سپس با آزمون‌های کای دو ارتباط بین متغیرهای عوارض مادر و جنین با مداخلات مامایی (اینداکشن، دارو، ایپی زیوتومی و سزارین) سنجیده شد. بررسی متغیرهای مرتبط با متغیر وابسته با استفاده از آزمون کای دو (X) و مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد به منظور بررسی متغیرهای مرتبط با متغیر وابسته (عمل سزارین) ابتدا با استفاده از آزمون کای دو رابطه تک تک متغیرها با آن سنجیده شد در صورتی که ($P < 0/05$) (مقدار احتمال) دو متغیر از لحاظ آماری به هم وابسته‌اند در غیر این صورت هیچ وابستگی بین آن‌ها وجود ندارد. متغیرهای: سن، نژاد، سابقه سقط، مدت زمان حاملگی، شکایت بیمار موقع پذیرش، معاینه مامایی، گراوید، تجویز دارو، پارگی کیسه آب و زمان بستری به صورت تک تک با متغیر عمل سزارین با آزمون کای دو آزمون شدند.

زایمان همچنین اینداکشن و عوارض زایمان از لحاظ آماری هیچ ارتباط معنی داری دیده نمی شود ($P > 0.05$). بین متغیر احیا کردن نوزاد و شیر دهی از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود دارد. ($P = 0.02 < 0.05$). بین متغیر احیا کردن نوزاد و آپگار دقیقه اول از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود دارد ($P = 0.00 < 0.05$). بین متغیر احیا کردن نوزاد و آپگار دقیقه پنجم از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود دارد. ($P = 0.01 < 0.05$). بین متغیر احیا کردن نوزاد و خونریزی پس از زایمان از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود ندارند ($P > 0.05$). بین متغیر احیا کردن نوزاد و عفونت پس از زایمان از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود ندارد ($P > 0.05$).

داشته اند. در این بررسی بین متغیرهای دارو و عوارض زایمان (خونریزی و عفونت پس از زایمان، آپگار دقیقه پنجم، آپگار دقیقه اول و شیر دهی پس از زایمان) ارتباط معنی داری وجود ندارد ($P > 0.05$). بین متغیر نوع زایمان و عوارض زایمان و همچنین بین متغیر معاینه مامایی و عوارض زایمان از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود ندارد ($P > 0.05$). بین متغیر اپی زیو تومی و شیردهی از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود دارد ($P = 0.012 < 0.05$). بین متغیر اپی زیو تومی و سایر عوارض از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود ندارد. ($P > 0.05$). بین متغیر پارگی کیسه آب و آپگار دقیقه پنجم از لحاظ آماری ارتباط معنی داری وجود دارد ($P = 0.042 < 0.05$). بین متغیر مدت زمان حاملگی و عوارض

جدول شماره (۱): جدول مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان بیمارستان شهید رجایی آران و بیدگل در سال ۸۶ بر حسب سن حاملگی - معاینه مامایی - پارگی کیسه آب و اینداکشن

سن حاملگی - معاینه مامایی - پارگی کیسه آب - اینداکشن				
مقادیر	فرآوانی	درصد	درصد مقادیر	درصد فراوانی تجمعی
کمتر از ۴۰ هفته	۴۰۰	۶۳/۲	۶۶/۷	۶۶/۷
بیش از ۴۰ هفته	۲۰۰	۳۱/۶	۳۳/۳	۱۰۰
کل	۶۰۰	۹۴/۸	۱۰۰	
مقادیر گمشده	۳۳	۵/۲		
کل بسته	۱۴۰	۲۲/۱	۲۲/۹	۲۲/۹
اکتیو فاز	۱۱۹	۱۸/۸	۱۹/۴	۴۲/۳
لیتنت فاز	۳۵۳	۵۵/۸	۵۷/۷	۱۰۰
کل	۶۱۲	۹۶/۷	۱۰۰	
مقادیر گمشده	۲۱	۳/۳		
خود به خودی	۱۸۱	۲۸/۶	۳۲/۹	۳۲/۹
توسط ماما	۳۶۹	۵۸/۳	۶۷/۱	۱۰۰
کل	۵۵۰	۸۶/۹	۱۰۰	
مقادیر گمشده	۸۳	۱۳/۱		
	۶۳۳	۱۰۰		
بله	۵۹۰	۹۳/۲	۹۳/۷	۹۳/۷
خیر	۴۰	۶/۳	۶/۳	۱۰۰
کل	۶۳۰	۹۹/۵	۱۰۰	
مقادیر گمشده	۳	۰/۵		
	۶۳۳	۱۰۰		

جدول شماره (۲): جدول مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان بیمارستان شهید رجایی آران و بیدگل

در سال ۸۶ برحسب اپی زیوتومی - دارو - نوع زایمان

اپی زیوتومی - دارو - نوع زایمان				
درصد فراوانی تجمعی	درصد مقادیر	درصد	فراوانی	
۶۶/۳	۶۶/۳	۵۰/۹	۳۲۲	بله
۱۰۰	۳۳/۷	۲۵/۹	۱۶۴	خیر
	۱۰۰	۷۶/۸	۴۸۶	کل
		۲۳/۲	۱۴۷	مقادیر گمشده
		۱۰۰	۶۳۳	
۷۹/۵	۷۹/۵	۷۹	۵۰۰	مصرف دارو
۱۰۰	۲۰/۵	۲۰/۴	۱۲۹	عدم مصرف دارو
	۱۰۰	۹۹/۴	۶۲۹	کل
		۰/۶	۴	مقادیر گمشده
		۱۰۰	۶۳۳	
۷۷/۲	۷۷/۲	۷۶/۶	۴۸۵	طبیعی
۱۰۰	۲۲/۸	۲۲/۶	۱۴۳	سزارین
	۱۰۰	۹۹/۲	۶۲۸	کل
		۰/۸	۵	مقادیر گمشده
		۱۰۰	۶۳۳	

جدول شماره (۳): جدول مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان بیمارستان شهید رجایی آران و بیدگل

در سال ۸۶ رابطه بین آمینیوتومی و آپگار دقیقه پنجم

آپگار دقیقه پنجم					
کل	آپگار دقیقه پنجم - مناسب	آپگار دقیقه پنجم - نامناسب			
۱۷۸	۱۷۴	۴	تعداد	به خود خود	آمینیوتومی
۱۷۸	۱۷۶/۴	۱/۶	مقدار مورد انتظار (میانگین)		
٪۱۰۰	٪۹۷/۸	٪۲/۲	درصد پارگی		
۳۶۳	۳۶۲	۱	تعداد	توسط ماما	
۳۶۳	۳۵۹/۶	۳/۴	مقدار مورد انتظار (میانگین)		
٪۱۰۰	٪۹۹/۷	٪۰/۳	درصد پارگی		
۵۴۱	۵۳۶	۵	تعداد	جمع کل	
۵۴۱	۵۳۶	۵	مقدار مورد انتظار (میانگین)		
٪۱۰۰	٪۹۹/۱	٪۰/۹	درصد پارگی		

۰/۳ درصد افرادی که کیسه آبشان توسط ماما پاره شده است، دارای نوزادانی با آپگار دقیقه پنجم - نامناسب هستند. و ۹۹/۷ درصد از این

افراد دارای نوزادانی با آپگار دقیقه پنجم - مناسب هستند ($P=0/042$) این تفاوتها از لحاظ آماری معنی دار است.

جدول شماره (۴): جدول مادران باردار مراجعه کننده به اورژانس زنان بیمارستان شهید رجایی آران و بیدگل

در سال ۸۶ ارتباط بین اپیزوتومی و شیردهی در ساعت اول

شیردهی						
کل	خیر	بله				
۳۲۰	۰	۳۲۰	تعداد	بله	ایی زیوتومی	
۳۲۰	۲/۷	۳۱۷/۳	مقدار مورد انتظار (میانگین)			
%۱۰۰	%۰	%۱۰۰	درصد پارگی			
۱۵۸	۴	۱۵۴	تعداد	خیر		جمع کل
۱۵۸	۱/۳	۱۵۶/۷	مقدار مورد انتظار (میانگین)			
%۱۰۰	%۲/۵	%۹۷/۵	درصد پارگی			
۴۷۸	۴	۴۷۴	تعداد			
۴۷۸	۴	۴۷۴	مقدار مورد انتظار (میانگین)			
%۱۰۰	%۰/۸	%۹۹/۲	درصد پارگی			

تمام افرادی اپی زیوتومی شده اند اولین ساعت پس از زایمان شیر دهی داشته اند. این تفاوتها از لحاظ آماری معنی دار است ($P=0/۱۲$).

بحث

می گردد بنابراین اگر در بخش زایمان سعی شود زایمان سیر

فیزیولوژیک خود را طی نماید با کاهش مداخلات از میزان سزارین

نیز کاسته می گردد.

جهت کاهش سزارین در سال ۱۳۸۷ تصمیم گرفته شد

خدمات انجام شده در اورژانس مامائی بیمارستان در سال ۸۶

بررسی شود یافته های بدست آمده بیان گر بالا بودن مداخلات

مامائی در این بخش بود میزان سزارین در سال ۱۳۸۶، ۴۶/۴۳

درصد بود که ۲۲/۱ درصد مربوط به اورژانس مامائی بوده و مابقی

مربوط به سزارین قبلی است، در ضمن بیمارستان کاندید دریافت

لوح دوست دار مادر بوده که مستلزم داشتن آمار سزارین ۲۵-۳۰

درصد و ایندکشن ۳۰ درصد - اپی زیوتومی ۳۰ درصد می باشد در

حالی که در سال ۱۳۸۶ میزان ایندکشن ۹۳ درصد، اپی زیوتومی

۵۰/۹ درصد و آمینوتومی توسط ماما ۵۸/۳ درصد و تجویز

داروهای مثل پرومتازین - آتروپین و هیوسین... ۷۹ درصد و

۶۰/۲ درصد مددجویان در لیتنت فاز و ۲۲/۱ درصد کل بسته و

فقط ۱۸/۸ درصد در اکتیو فاز لیبر بستری شده اند که ۴۵/۷ درصد

افراد کل بسته سزارین شده اند و فقط ۳۱/۶ درصد افراد با سن

افزایش قابل توجه در میزان سزارین در سرتا سر جهان این

مسئله را به عنوان یکی از معضلات سیستم بهداشتی درآورده است

در کشور مانیز امار سزارین ۳-۴ برابر میزان قابل قبول WHO

می باشد سزارین مشکل جهانی است که عوامل چند گانه در بروز

آن نقش دارد و کاهش آن مستلزم ریشه یابی دقیق و بسیج نتایج

چندگانه و همکاری بین بخشی است. امروزه مشکل اساسی در امر

زایمان دخالت در روند طبیعی زایمان است. عوامل دارویی که در

حین دردهای زایمانی استفاده می شود خطراتی را برای مادر و

جنین دارد و بسیاری از اعمال شایع در بیمارستانها بر موفقیت

تغذیه با شیر مادر تاثیر می گذارد. در بخش زایمان اقداماتی از قبیل

آمینوتومی، ایندکشن، اپی زیوتومی و تجویز داروهای که جهت

تسریع یا تسهیل زایمان استفاده می گردند، مداخله پزشکی

محسوب می شوند و تهاجمی ترین مداخله در بخش زایمان سزارین

می باشد این مداخلات اگر به صورت روتین و غیر ضروری انجام

شوند نه تنها به مادر باردار کمک نکرده بلکه زایمان را از سیر

طبیعی خود خارج نموده و در نهایت منجر به سزارین مددجو

حاملگی بیش از ۴۰ هفته بستری شده اند و ۶۳ درصد افراد کم‌تر از ۱۲ ساعت در بخش بستری بوده اند.

طبق این پژوهش بین تجویز دارو و پارگی کیسه آب و مدت زمان بستری بودن و گراوید با سزارین ارتباط معنی‌داری وجود دارد، بنابراین میزان سزارین در پرایمی گراوید در کسانی که زمان بستری کوتاه‌تری داشته اند بالاتر بوده و نیز در مواردی که تجویز دارو بیشتر بوده و پارگی کیسه آب توسط ماما صورت گرفته میزان سزارین بالاتر بوده است. این مطالعه نشان داد که اپی زیوتومی مادر و احیاء شدن نوزاد می‌تواند روی شیر دهی ساعت اول موثر باشد و نیز بین احیاء شدن نوزاد و آپگار دقیقه اول و پنجم ارتباط معنی‌داری وجود دارد و همچنین بین آمینیوتومی توسط ماما با آپگار دقیقه پنجم ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

بنابراین مداخلات مامایی مثل اپی زیوتومی و آمینیوتومی می‌تواند روی شیر دهی ساعت اول و آپگار دقیقه پنجم موثر باشد با توجه به این که تلاش بیمارستان برای آن است که هر سال از میزان سزارین ۴ درصد کاسته شود تا در مدت ۵ سال به حد استاندارد ۳۰-۲۵ درصد برسد در سال ۱۳۸۷ تغییرات زیر اعمال شد که در راستای کاهش سزارین و دوست‌دار مادر شدن بیمارستان نتایج خوبی حاصل شد.

از خرداد ماه سال ۸۷ زایمان درآب راه اندازی شد و زایمان بی‌درد با گاز اتونوکس فعال‌تر شد. زایمان فیزیولوژیک با راه‌اندازی کلاس‌های آمادگی قبل از زایمان و داشتن همراه موقع زایمان از تیر ماه ۸۷ شروع شد، تابلوهای آنتی استرس در اتاق‌های بیمارستان نصب شد از موسیقی درمانی جهت کاهش اضطراب مددجویان استفاده گردید و نیز از آروماتروپی (رایحه درمانی با اسطوخودوس، گل بابونه و مریم‌گلی) جهت ماساژواستنشاق و اسپری در فضا استفاده شد، یک اتاق در بخش زایمان به زایمان در آب و حضور همراه اختصاص داده شد مابقی اتاق‌ها با نصب پاراوان جهت حفظ حرمت بیمار تغییر داده شد. کارگاه‌های زایمان

فیزیولوژیک و زایمان درآب و زایمان بی‌درد و نیز کلاس‌های آمادگی قبل از زایمان کارگاه و پروتوکل زایمان طبیعی وزارتخانه جهت آموزش پرسنل مامایی و متخصص زنان برگزار گردید و بخش اورژانس مامایی ملزم به انجام پیشنهادات زیر با حفظ سلامت مادر و نوزاد گردید:

- مددجو را در اکتیو فاز لیبر بستری نماید و نحوه برخورد با بیمار در فاز نهفته طبق پروتکل زایمان طبیعی باشد.
- مددجو بدون علت مامایی قبل از سن ۴۰ هفته حاملگی بستری نشود و حتی الامکان تا ۴۱ هفته با داشتن NST در اکتیو فاز و مراجعه در یک روز میان تا زمان بستری به تعویق بیفتند.
- از تجویز داروهای غیرضروری در بخش اورژانس مامایی که قبلاً به صورت روتین بوده اجتناب شود.
- آمینیوتومی توسط ماما به صورت روتین انجام نگردد.
- اپی زیوتومی به صورت روتین برای مددجویان انجام نگردد که با رعایت مطلب فوق میزان اپی زیوتومی از ۵۰/۹ درصد در سال ۸۷ به ۴۱/۰۳ درصد رسیده که در بیمارستان‌های دوست‌دار مادر طبق آمار نباید از ۳۰ درصد بیشتر باشد.
- اینداکشن به جز موارد ضروری طبق پروتکل زایمان طبیعی انجام نگردد که بدین ترتیب میزان اینداکشن از ۹۳ درصد در سال ۸۷ به ۶۸/۹۶ درصد تقلیل یافت.
- در بخش زایمان اجازه پیشرفت زایمان به صورت فیزیولوژیک داده شود زیرا در این مطالعه با افزایش زمان بستری از میزان سزارین کاسته شده است در سال ۸۷ افرادی که زایمان فیزیولوژیک داشته اند به ۸۲ نفر رسیده که سیاست بیمارستان به ترویج زایمان فیزیولوژیک تا ۸۰ درصد زایمان‌ها می‌باشد.
- کلاس‌های آمادگی قبل از زایمان برای مادران باردار از ۲۰ هفته حاملگی در ۸ جلسه برگزار شد که از بین ۹۶ نفر مادر آموزش دیده، ۶۴ نفر در این مرکز زایمان طبیعی نموده و ۲۶ نفر از ۶۴

نفر زایمان با همراه داشته و ۱۱ نفر سزارین شده‌اند مابقی به مراکز دیگر مراجعه کرده اند.

- جهت کاهش درد و اضطراب مددجو و کاهش تمایل آنان برای سزارین از گاز انتونوکس برای ۳۹ نفر و از آب برای ۹ نفر استفاده شد که سه نفر زایمان درآب داشته اند که وجود بخش زایمان در آب و زایمان کم درد و نیز انجام زایمان با همراه در این بیمارستان به‌طور قابل ملاحظه‌ای توانست از ترس و اضطراب مادران باردار بکاهد و تمایل آنان را به سزارین کاهش دهد.

و بلاخره میزان سزارین در سال ۸۷ به ۳۸/۵۲ درصد رسیده یعنی بیمارستان با انجام پژوهش علمی روی عملکرد اورژانس مامایی خود در سال ۸۶ و استفاده از نتایج آن و تغییر در روند مداخلات پزشکی در سال ۸۷ توانست در آمار سزارین ۴/۹۴ درصد کاهش داشته باشد.

نتیجه گیری

جهت افزایش میزان زایمان طبیعی باید از مداخلات غیرضروری پزشکی و مامایی در بخش‌های زایمان اجتناب شود که این مداخلات از قبیل اینداکشن، اپی زیوتومی، آمینیوتومی و تجویز دارو به صورت روتین می‌باشد و نیز استفاده از روش‌های بی‌دردی دارویی و غیر دارویی (استفاده از آب، گاز انتونوکس) می‌تواند از تمایل مادران به سزارین بکاهد. اگرچه آموزش مادران، پرسنل بهداشتی درمانی می‌تواند در افزایش میزان زایمان طبیعی اثر بالایی داشته باشد ولی مهم‌ترین مطلب حاکم بودن بینش

علمی جهت انتخاب روش زایمان توسط عامل زایمان می‌باشد، با استفاده از نتایج حاصله از پژوهش در سال ۸۷ از میزان مداخلات غیر ضروری پزشکی کاسته شد و میزان اینداکشن به ۶۸/۹۴ درصد و میزان اپی زیوتومی به ۴۱/۰۳ درصد تقلیل و با استفاده از روش‌های بی‌دردی، آروماتراپی و موسیقی درمانی و آموزش پرسنل و مادران برای انجام زایمان فیزیولوژیک و زایمان با همراه میزان سزارین به ۳۸/۵۲ درصد رسیده یعنی ۴/۹۴ درصد کاهش داشته است.

پیشنهادات

جهت کاهش سزارین بهتر است بیماران در اکتیو فاز و باسن حاملگی بیش از ۴۰ هفته بستری شوند و میزان اینداکشن و اپی‌زیوتومی تا حدود ۳۰ درصد (حداستاندارد) تقلیل داده شود و از میزان پارگی کیسه آب توسط ماما، کاسته شود و نیز از تجویز غیر ضروری داروی هیوسین، آتروپین، پرومتازین اجتناب شود و اجازه پیشرفت زایمان بصورت فیزیولوژیک داده شود.

با تشکر از

کارشناسان مامائی (خانم‌ها میری، دهقانی، کشائی، یآوری، شکرگزار)
کارشناسان پرستاری (خانم‌ها: صانعی، حاجی زاده)

References:

1. Currie J, Gruber J. Saving babies: the efficacy and cost of recent changes in the medicaid eligibility of pregnant women. J Polit Econ 2001; 104(6): 1263-96.
2. Tate AR, Dezateux C, Cole T J, Davidson L. Child health group factors affecting a mother's recall of her baby's birth weight. Int J Epidemiol 2005; 34(3): 688-95.

3. de Boer EJ, den Tonkelaar I, Burger CW, Van Leeuwen FE. Validity of Self-reported causes of sub fertility. *Am J Epidemiol* 2005; 161(10): 978-86.
4. حنطوش زاده ص. پیامدهای دخالت در روند طبیعی زایمان. تهران، همایش سراسری انجمن علمی پرینا تولوژی ایران، ۱۳۸۶، صفحات ۵-۳۸۴.
5. Cook N, Olshan AF, Guess HA, Savitz DA, Poole C, Blatt J, et al. Maternal medication use and neuroblastoma in offspring. *Am J Epidemiol* 2004; 159(8): 721-31.
6. Martel MJ, Rey E, Beauchesne MF, Perreault S, Lefebvre G, Forget A, et al. Use of inhaled corticosteroids during pregnancy and risk of pregnancy induced hypertension: nested case-control study. *BMJ* 2005; 330(7485): 230.
7. حاتمی ح، رضوی م، اردبیلی ا، مجلسی ف. بهداشت عمومی. تهران، انتشارات ارجمند، ۱۳۸۵.
8. Cook MN, Olshan AF, Guess HA, Savitz DA, Poole C, Blatt J, et al. Maternal medication use and neuroblastoma in offspring. *Am J Epidemiol* 2004; 159(8): 721-31.