

تحقیقی

مقایسه پیامدهای پس از زایمان مادران بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان در بیمارستان طالقانی تبریز

سمیه نقی زاده^۱، فهیمه صحتی شفائی*^۲، مرتضی قوجزاده^۳

۱- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز. ۲- کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۳- دکتری فیزیولوژی، گروه فیزیولوژی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

چکیده

زمینه و هدف: زمان پذیرش و بستری کردن مادر جهت زایمان می‌تواند تاثیر مهمی در سرانجام زایمان داشته باشد. هدف مطالعه حاضر، بررسی پیامدهای پس از زایمان مادران بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان بود.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی بر روی ۵۰۰ نفر از زنانی که در بیمارستان طالقانی تبریز زایمان کرده بودند، انجام گرفت. نمونه‌ها به دو گروه تقسیم شدند؛ گروه اول افرادی که در فاز نهفته (۲۵۰ نفر) و گروه دوم زنانی که در فاز فعال زایمان (۲۵۰ نفر) بستری شده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسشنامه مشخصات واحدهای مورد پژوهش، چک لیست ارزیابی مراحل سوم و چهارم زایمان، نتایج معاینات قبل از ترخیص و معاینات ده روز اول بعد از زایمان مادران بود.

یافته‌ها: از نظر سن، تعداد حاملگی، زایمان، سقط، بچه‌های مرده و تعداد زایمان طبیعی بین دو گروه فاز نهفته و فعال ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت و به لحاظ آماری همگن بودند. در مورد عوارض مرحله چهارم زایمان، خونریزی پس از زایمان، میانگین هموگلوبین و هماتوکریت قبل از ترخیص از بیمارستان، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد. بین آپگار دقیقه اول نوزاد ($P < 0/03$)، PH خون شریانی بند ناف ($P < 0/001$) و اقدامات انجام شده بر روی نوزاد مانند گام‌های اولیه احیاء (تحریک فیزیکی، O2 آزاد و ساکشن) و اقدامات احیاء ($P < 0/001$) بین دو گروه فاز نهفته و فعال زایمان اختلاف آماری معنی‌داری بدست آمد.

نتیجه گیری: پذیرش زنان در مرحله نهفته زایمان با افزایش عوارض و مداخلات انجام شده بر روی مادران همراه است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در صورت نداشتن دلیل برای بستری کردن زنان در فاز نهفته، از پذیرش وی در فاز نهفته خودداری شود.

کلیدواژه‌ها: پیامدهای پس از زایمان، فاز نهفته، فاز فعال

*نویسنده مسئول: فهیمه صحتی شفائی، پست الکترونیکی: Sehhatief@tbzmed.ac.ir

نشانی: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

وصول مقاله: ۹۲/۲/۱، اصلاح نهایی: ۹۲/۶/۹، پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۱۹

مقدمه

یکی از خطرناک‌ترین تشخیص‌های مامایی، تشخیص صحیح زمان شروع و تعیین طول مرحله اول زایمان است. لیبر به صورت «وجود انقباضات رحمی که از تعداد، طول مدت و شدت کافی برخوردار است و باعث دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس می‌شود» تعریف می‌شود (۱). تعریف دقیق لیبر، کمک چندانی به تعیین زمان شروع واقعی لیبر نمی‌کند. مهم‌ترین مانع در زمینه درک لیبر طبیعی، تشخیص زمان شروع آن است (۲). تعیین این مسئله که چه موقع باید زنی که زایمانش شروع شده است، در بیمارستان پذیرفته و بستری شود مشکل است، در واقع تشخیص بین زایمان حقیقی و کاذب و یا مرحله نهفته و فعال زایمان مشکل است؛ معمولاً خود زنان شروع زایمان را تشخیص می‌دهند، ولی اکثر آن‌ها نگران از تشخیص اشتباه این روند می‌باشند (۳، ۴).

جهت تعیین زمان شروع لیبر، از چند روش می‌توان استفاده کرد. در روش اول، شروع لیبر به صورت ساعتی از زمان در نظر گرفته می‌شود که انقباضات دردناک، حالت منظم پیدا می‌کنند. در روش دوم، شروع لیبر به صورت زمان پذیرش زن باردار در واحد لیبر تعریف می‌شود. در بیمارستان ملی مادران شهر دویلین، معیارهایی برای پذیرش ذکر شده که بر اساس آن‌ها وجود انقباضات دردناک رحمی در زمان ترم، توام با هر کدام از موارد (۱) پارگی پرده‌ها (۲) نمایش خونی (Bloody Show) و (۳) افاسمان کامل سرویکس، بستری افراد امری ضروری تلقی می‌گردد. در ایالات متحده تصمیم‌گیری برای پذیرش زنان در واحد لیبر، اغلب بر اساس دیلاتاسیون سرویکس (۴-۳ سانتیمتر یا بیشتر) همراه با انقباضات دردناک صورت می‌گیرد (۲).

اغلب وسوسه قوی برای بستری مادران در فاز نهفته زایمان وجود دارد که هدف از آن کاهش درد مادران و ترس آن‌ها می‌باشد (۵). بستری کردن بیمار در مراحل اولیه زایمان (فاز نهفته) با توجه به دامنه طولانی آن از نظر زمانی ممکن است اثر روانی ناخوشایندی برای بیمار و اطرافیان او داشته باشد و منجر به تحمیل بار مالی زیاد به بیمار، اشغال تخت‌های بیمارستان و تحمیل هزینه زیاد به سیستم بهداشتی کشور گردد. علاوه بر آن در این شرایط پزشک تحت فشار مسائل مختلف قرار گرفته و تصمیم به سزارین افزایش می‌یابد (۶)،

ولی بسیاری از صاحب‌نظران و نیز اکثر مراکز درمانی جهت پیشگیری از بستری زودرس زائو هنگام لیبر و جلوگیری از مداخلات غیرضروری در روند لیبر و کاهش هزینه‌ها، تاخیر در بستری زائو را در صورتی که فاز نهفته توام با عارضه مهمی مانند پاره شدن کیسه آب، زجر جنینی و یا خونریزی واژینال نباشد جایز می‌دانند (۷).

در مطالعه‌ای که صحتی و همکاران (۱۳۹۰) تحت عنوان «مقایسه طول زایمان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان در بیمارستان طالقانی تبریز» انجام دادند، نشان داد که میانگین طول مدت فاز نهفته در افرادی که در فاز نهفته بستری شده بودند، $3\frac{3}{8} \pm 2\frac{3}{9}$ ساعت بود. میانگین طول فاز فعال در گروه فاز فعال $2\frac{7}{9} \pm 1\frac{9}{9}$ (ساعت) کوتاه‌تر از گروه فاز نهفته $3\frac{9}{9} \pm 2\frac{5}{9}$ (ساعت) بود. ۱۱/۲ درصد از افرادی که در فاز نهفته بستری شده بودند، فاز نهفته بیش از ۸ ساعت طول کشیده بود و ۲۱/۶ درصد افراد در این گروه فاز فعال طولانی داشتند ۷/۶ درصد از افرادی که در فاز فعال زایمان بستری شده بودند، دارای فاز فعال طولانی بودند. افراد دو گروه از نظر طول فاز فعال زایمان ارتباط معنی‌داری داشتند ($P < 0.001$). با وجود اینکه طول مدت مراحل دوم و سوم زایمان در گروه فاز نهفته بیشتر از فاز فعال بود، اما اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (۸).

مطالعات اندک فعلی قادر به شناسایی این موضوع نیستند که وقتی زنی در مرحله نهفته زایمان پذیرش و بستری می‌گردد، آیا به علت اختلال عملکرد رحمی (قبل از مراجعه به بیمارستان برای مدت طولانی درد کشیده است) و یا به علت پرخطر بودن در این مرحله پذیرش می‌گردد و یا اینکه بستری کردن او در این مرحله، اقامت طولانی در بیمارستان، انجام مداخلات مامایی و سرانجام بدی را برای او و نوزادش پیش‌بینی می‌کند (۹). گرچه تجربیات بالینی و تعدادی از مطالعات نشان داده‌اند که بستری شدن در فاز نهفته، عوارض و مشکلاتی را به همراه خواهد داشت، اما مطالعات فعلی خط مشی قطعی برای اداره فاز نهفته تعیین نمی‌کنند (۱۰، ۱۱). با توجه به مطالب فوق و محدودیت پژوهش در این زمینه، مطالعه حاضر به منظور بررسی مقایسه‌ای نتایج پس از زایمان در مادران بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان در بیمارستان طالقانی تبریز انجام گرفت تا بدین ترتیب الگویی

بیش از حد طبیعی در جریان مطالعه بود که در صورت بروز هر یک از این مشکلات در جریان لیبر و زایمان واحدهای مورد پژوهش از مطالعه خارج می شدند، چراکه بروز هر یک از این عوارض بر روی نتایج تاثیر می گذاشت.

قبل از شروع مطالعه، از کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز مجوز انجام پژوهش گرفته شد و به تمامی واحدهای مورد مطالعه درخصوص اهداف و روش مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و اینکه در صورت تمایل می توانند در هر مرحله از مطالعه خارج شوند، توضیحات لازم داده شد و رضایت نامه کتبی از افراد مورد مطالعه گرفته شد.

در این مطالعه اطلاعات مورد نیاز از طریق مشاهده، مصاحبه با مادران و مطالعه مندرجات پرونده بیمار گردآوری شد. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه، شامل پرسشنامه ای بود که به ترتیب شامل مشخصات افراد مورد مطالعه (تاریخچه مامایی، نتایج آزمایشات در بدو ورود به بیمارستان، نتایج معاینات واژینال، بررسی انقباضات رحمی)، چک لیست ارزیابی مراحل سوم (طول مدت مرحله سوم و نحوه خروج جفت)، چهارم زایمان (عوارض و اقدامات انجام شده در مرحله چهارم زایمان و علائم حیاتی در زمان انتقال به بخش بعد از زایمان) و بخش بعد از زایمان (طول مدت بستری در بخش بعد از زایمان، میزان هموگلوبین و هماتوکریت، هماتوم ولو و پرینه، خونریزی پس از زایمان و مشکلات ادراری) و معاینات ده روز اول بعد از زایمان (عفونت محل اپی زیاتومی، اندومتريت، خونریزی پس از زایمان، عفونت ادراری و ترومبوز وریدهای عمقی) بود. از آنجایی که نتایج مرحله اول و دوم لیبر بر نتایج پس از زایمان تاثیر می گذاشت، بنابراین FHR، مصرف اکسی توسین، وضعیت پرده های جنینی و داروهای مصرفی، نوع زایمان، فشار بر فوندوس در حین زایمان، آپگار نوزاد، PH خون شریانی بند ناف، آغستگی به مکونیوم و اقدامات انجام گرفته بر روی نوزاد در مطالعه حاضر بررسی گردید.

لازم به ذکر است که مرحله سوم لیبر، بلافاصله پس از زایمان جنین آغاز می شود و شامل جدا شدن و خروج جفت و پرده ها است و مرحله چهارم لیبر، بلافاصله بعد از خروج جفت و تا یک ساعت بعد از آن را شامل می شود و انتقال

برای تعیین زمان بستری زنان در بخش زایمان بیمارستان با هدف کاهش خطرات تهدید کننده سلامت مادر و نوزاد در دوره زایمان و پس از زایمان ارائه گردد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-مقایسه ای بوده که در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان طالقانی تبریز انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان بارداری بود که جهت انجام زایمان واژینال در این بیمارستان بستری شده بودند.

در این مطالعه جهت برآورد حجم نمونه از فرمول برآورد میانگین نمره آپگار نوزاد در دو گروه در یک مطالعه پایلوت در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و اختلاف یک واحد نمره آپگار در دو گروه حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۲۵۰ نفر بدست آمد. بنابراین در مجموع ۵۰۰ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به دو گروه تقسیم شدند. گروه اول، زنانی بودند که در مرحله نهفته زایمان (۲۵۰ نفر) و گروه دوم زنانی بودند که در مرحله فعال زایمان (۲۵۰ نفر) بستری شده بودند. تعیین مرحله نهفته زایمان بر اساس وجود انقباضات منظم رحمی در هنگام پذیرش و دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر سرویکس و تشخیص مرحله فعال زایمان بر اساس وجود انقباضات منظم و دردناک رحمی و دیلاتاسیون ۴ سانتیمتر سرویکس در نظر گرفته شد(۱).

معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری ترم (۳۸ الی ۴۲ هفته بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی دقیق و یا سونوگرافی هفته های ۱۶-۸ بارداری)، مراجعه به بیمارستان در فاز نهفته و فعال زایمان، پوزانسیون ورتکس، مناسب بودن اقطار لگن برای زایمان طبیعی (طبیعی بودن ورودی لگن، لگن میانی و خروجی لگن و تناسب سرجنین با لگن که با استفاده از معاینات لگنی دقیق تعیین می شد)، بارداری تک قلو، داشتن بارداری بدون عارضه، وجود تست بدون استرس طبیعی (Non Stress Testing) در زمان بستری شدن در بیمارستان و عدم وجود اندیکاسیون قطعی برای سزارین و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تطابق سری لگنی (Cephalopelvic Disproportion)، فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه یا بالاتر، تب بالای ۳۷/۸ درجه، وجود تست بدون استرس غیرطبیعی، مرگ جنین و وجود خونریزی

یافته ها

میانگین سن زنان در گروه اول $25 \pm 5/2$ سال و در گروه دوم (زنانی که در فاز فعال بستری شدند)، $24/4 \pm 5/6$ سال بود. 168 نفر ($67/2$ درصد) در گروه اول و 127 نفر ($50/8$ درصد) در گروه دوم نخست زایمان شدند. سابقه سقط و جنین مرده به ترتیب در گروه اول 24 نفر ($9/4$ درصد) و 7 نفر ($2/8$ درصد) و در گروه دوم 18 نفر ($7/2$ درصد) و 10 نفر (4 درصد) بودند. در گروه فاز نهفته 79 نفر ($31/6$ درصد) و در گروه فاز فعال 120 نفر (48 درصد)، سابقه 1 و بیش از 1 بار زایمان طبیعی را داشتند. آزمون تی تست نشان داد که بین دو گروه فاز نهفته و فعال از نظر سن، تعداد حاملگی، زایمان، سقط، بچه‌های مرده و تعداد زایمان طبیعی ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد و دو گروه به لحاظ آماری همگن بودند. میانگین سن بارداری در زمان بستری برای زایمان بر اساس سونوگرافی اوایل بارداری در گروه اول $280/8 \pm 11/8$ روز و در گروه دوم $275/6 \pm 10/2$ روز بود. اکثر افراد (64 درصد) در گروه فاز نهفته در دیلاتاسیون 3 سانتیمتر و اکثر افراد ($67/3$ درصد) گروه فاز فعال در دیلاتاسیون 5 و 6 سانتیمتری پذیرش شده بودند. نتایج آزمایشات در بدو ورود به بیمارستان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان آورده شده است. در نتایج آزمایشات بین دو گروه از نظر آماری اختلافی بدست نیامد ($P > 0/05$). (جدول ۱).

در گروه فاز نهفته تعداد زنانی که به علت عدم پیشرفت زایمان مورد تحریک و تقویت زایمان با اکسی‌توسین قرار گرفته بودند 187 مورد ($74/8$ درصد) و در گروه فاز فعال 76 مورد ($30/4$ درصد) بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$).

میزان استفاده از آمینوتومی در گروه فاز نهفته 139 نفر ($55/6$ درصد) و در گروه فاز فعال 109 نفر ($43/6$ درصد) بود و اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد ($P < 0/021$).

مادر به بخش بعد از زایمان در صورت نداشتن مشکل بعد از طی کردن مرحله چهارم زایمان انجام می‌گیرد. همچنین خونریزی زودرس، به خونریزی که بعد از تکمیل مرحله سوم زایمان تا 24 ساعت اول بعد از زایمان اتفاق می‌افتد گفته می‌شود و خونریزی دیررس به خونریزی بعد از 24 ساعت اول زایمان گفته می‌شود (۱).

جهت بررسی از لحاظ روایی، محتوای پرسشنامه ی تدوین شده در اختیار 10 نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز قرار گرفت. سپس نظرات ایشان در پرسشنامه لحاظ گردید. پس از اخذ رضایت از واحدهای پژوهش، افراد در صورت حائز شرایط بودن، وارد مطالعه شده و در 4 مرحله مورد بررسی قرار گرفتند. در مرحله اول، مشخصات واحدهای پژوهش بررسی و در فرم مربوطه ثبت شد. سپس بر اساس معاینات واژینال، افراد به 2 گروه مراجعین فاز نهفته و مراجعین فاز فعال تقسیم شدند. در مرحله دوم با انتقال افراد به اتاق زایمان، مراحل سوم و چهارم زایمان به دقت مشاهده و اطلاعات بدست آمده در چک لیست ثبت شد. در مرحله سوم، نتایج معاینات قبل از ترخیص در پرسشنامه ثبت گردید و در نهایت به واحدهای مورد پژوهش توصیه شد که در روز دهم بعد از زایمان جهت معاینات عوارض بعد از زایمان به بیمارستان مراجعه کنند و در مرحله چهارم نتایج معاینات ده روز اول بعد از زایمان در چک لیست عوارض بعد از زایمان ثبت گردید و در صورت عدم مراجعه به صورت تلفنی بررسی و ثبت گردید. در تماس تلفنی با افراد مراجعه نکرده به درمانگاه، علت را نداشتن مشکل ذکر کردند. لازم به ذکر است، 6 نفر پژوهشگر در 3 شیفت کاری واحدهای مورد پژوهش را کنترل می کردند و تمام پژوهشگران آموزش‌های لازم را قبل از شروع به کار دیده بودند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی داده ها، از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای مقایسه نتایج پس از زایمان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان از آزمون های کای دو و تی تست استفاده شد.

جدول ۱: نتایج آزمایشات در بدو ورود به بیمارستان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان

ارزش P	فاز فعال تعداد (درصد)	فاز نهفته تعداد (درصد)	نتایج آزمایشات در بدو ورود به بیمارستان
P=۰/۰۹۷	۴ (۱/۶)	۷ (۲/۸)	۸-۱۰
	۱۶۹ (۶۷/۶)	۱۸۲ (۷۲/۸)	۱۰/۱-۱۳
	۷۳ (۲۹/۲)	۶۱ (۲۴/۴)	۱۳/۱-۱۶
	۱۲/۴ ± ۱/۲	۱۲/۲ ± ۱/۱	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۲۸	۴۲ (۱۶/۸)	۴۲ (۱۶/۸)	۳۰-۳۴
	۱۳۱ (۵۲/۴)	۱۴۶ (۵۸/۴)	۳۴/۱-۳۹
	۷۳ (۲۹/۲)	۵۴ (۲۱/۶)	۳۹/۱-۴۴
	۱ (۰/۴)	۷ (۲/۸)	۴۴/۱-۴۹
	۳۷/۲ ± ۳	۳۶/۹ ± ۳/۲	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۵۸	۲۰۱ (۸۰/۴)	۱۹۶ (۷۸/۴)	بدون مشکل
	۲۴ (۹/۶)	۲۸ (۱۱/۲)	پروتئین اوری
	۰ (۰)	۲ (۰/۸)	پیوری
	۱۱ (۴/۴)	۱۴ (۵)	باکتریوری
	۱۲ (۴/۸)	۱۰ (۴)	هماچوری
P=۰/۹۳	۳۰ (۱۲)	۲۸ (۱۱/۲)	زیر ۱۵۰۰۰۰
	۲۱۴ (۸۵/۶)	۲۲۲ (۸۸/۸)	۱۵۰۰۰۱-۴۵۰۰۰۰
	۱۹۹۸۲۸۴/۸ ± ۵۱۳۰۸/۲	۲۰۰۲۱۴/۸ ± ۵۳۹۴۷/۹	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۲۲	۲۱۹ (۸۷/۶)	۲۲۵ (۹۰)	۱۳
	۳۰ (۱۲)	۲۳ (۹/۲)	۱۴
	۱۳/۱ ± ۰/۳	۱۳ ± ۰/۳	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۸۹	۶۳ (۲۵/۲)	۵۲ (۲۰/۸)	۳۰-۳۵
	۱۳۹ (۵۵/۶)	۱۵۵ (۶۲)	۳۶-۴۰
	۴۷ (۱۸/۸)	۴۰ (۱۶)	۴۱-۴۵
	۳۷/۸۴ ± ۳/۳۴	۳۷/۸۸ ± ۳/۳۳	میانگین و انحراف معیار

۴۷ (۱۸/۸ درصد) مورد و در گروه فعال ۷ (۲/۸ درصد) مورد ضمن استفاده از اکسی توسین هیپوتونیک بودند و با بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$).

از بین اقدامات انجام شده در مراحل سوم و چهارم زایمان، دو گروه فاز نهفته و فعال زایمان از نظر ماساژ رحم از روی شکم جهت کاهش خونریزی بعد از زایمان ($P < ۰/۰۰۱$) و عوارض مرحله چهارم زایمان نظیر آتونی رحم، باقی ماندن تکه‌هایی از جفت در داخل رحم و پارگی‌های درجه ۳ و ۴ پرینه ($P < ۰/۰۴$) تفاوت آماری معنی داری داشتند. بررسی علائم حیاتی مادر در زمان انتقال به بخش بعد از زایمان نشان داد که میانگین فشارخون (سیستول) در گروه اول $9/8 \pm$

بررسی میزان تجویز دارو در جریان لیبر و زایمان نشان داد که در مورد داروهای آمپی‌سیلین ($P = ۰/۰۰۹$)، هیوسین ($P = ۰/۰۱۶$)، پیتیدین ($P = ۰/۰۱۶$) و پرومتازین ($P < ۰/۰۰۱$) بین گروه اول و دوم اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد، اما در مورد داروهای سفازولین و آتروپین اختلاف معنی داری مشاهده نشد. میزان استفاده از تمام داروها در گروه اول بیشتر از گروه دوم بود. مونیتورینگ ضربان قلب جنین (FHR) در جریان لیبر نشان داد که در گروه فاز نهفته ۱۷ نفر (۶/۸ درصد) و فاز فعال ۱۵ نفر (۵/۸ درصد) زنان دچار اختلالات ضربان قلب از جمله برادیکاردی و تاکیکاردی بودند و اختلاف آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. بررسی انقباضات رحم در جریان لیبر نشان داد که در گروه فاز نهفته

و تعداد تنفس ($P < 0/02$) اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت. میانگین طول مدت بستری در بخش بعد از زایمان در فاز نهفته $21/3 \pm 8/9$ و در فاز فعال $19/7 \pm 7/6$ ساعت بود و بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری بدست آمد ($P < 0/04$). نتایج مراحل سوم و چهارم زایمان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان نیز نشان داده شده است (جدول ۲).

۱۱۲/۸ و در گروه دوم $11/12 \pm 112/69$ میلی‌متر جیوه بود و درجه حرارت در گروه اول $37/3 \pm 4$ و در گروه دوم $36/9 \pm 0/2$ درجه سانتیگراد بود میانگین تنفس در گروه اول $20/3 \pm 10/7$ و در گروه دوم $18/6 \pm 4/1$ بود و ضربان قلب در گروه اول $80/4 \pm 14/8$ و در گروه دوم $84/3 \pm 9/8$ بود. از نظر فشار خون و درجه حرارت بین دو گروه ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت، اما از نظر ضربان قلب ($P < 0/001$)

جدول ۲: نتایج مراحل سوم و چهارم زایمان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان

ارزش P	مراحل سوم و چهارم زایمان		
	فاز فعال تعداد (درصد)	فاز نهفته تعداد (درصد)	
P=0/22	138 (55/2)	125 (50)	1-5
	87 (34/8)	99 (39/6)	6-10
	20 (8)	22 (8/8)	11-15
	5 (2)	3 (1/2)	16-20
	7/1 ± 3/7	7/8 ± 5/11	میانگین و انحراف معیار
P=0/26	233 (93/2)	226 (90/4)	خودبخود
	17 (6/8)	24 (9/6)	با دست
P=0/04	231 (92/4)	219 (87/6)	بدون عارضه
	1 (0/4)	9 (3/6)	آتونی رحم
	17 (6/8)	22 (8/8)	باقی ماندن تکه‌هایی از جفت در رحم
	1 (0/4)	0 (0)	پارگی‌های درجه ۳ و ۴
P=0/001	95 (38)	148 (59/2)	بلی
	155 (62)	102 (40/8)	خیر
P=0/19	22 (8/8)	32 (12/8)	بلی
	228 (91/2)	218 (87/2)	خیر
P=0/37	8 (3/2)	12 (4/8)	بلی
	242 (96/8)	238 (95/2)	خیر
P=0/77	5 (2)	6 (2/4)	بلی
	245 (98)	244 (97/6)	خیر
P=0/12	0 (0)	4 (1/6)	بلی
	250 (100)	246 (98/4)	خیر

($P < 0/001$) بین دو گروه فاز نهفته و فعال زایمان اختلاف آماری معنی‌داری داشت. نتایج پیامدهای نوزادی در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان نشان داده شده است (جدول ۳).

بررسی نوزاد بعد از زایمان نشان داد که هیچ مورد مرگ نوزاد در دو گروه دیده نشد. بین آپگار دقیقه اول نوزاد ($P < 0/003$)، PH خون شریانی بند ناف ($P < 0/001$) و اقدامات انجام شده بر روی نوزاد مانند گام‌های اولیه احیاء (تحریک فیزیکی، O_2 آزاد و ساکشن) و اقدامات احیاء

جدول ۳: نتایج پیامدهای نوزادی در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان

ارزش P	فاز فعال تعداد (درصد)	فاز نهفته تعداد (درصد)	پیامدهای نوزادی
P=۰/۰۳	۴ (۱/۶)	۱۳ (۵/۲)	۴-۷
	۲۴۶ (۹۸/۴)	۲۳۷ (۹۴/۸)	بیشتر از ۷
	۸/۸۸±۰/۴۴	۸/۷۷±۰/۶۴	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۲۸	۰ (۰)	۰ (۰)	۴-۷
	۲۵۰ (۱۰۰)	۲۵۰ (۱۰۰)	بیشتر از ۷
	۹/۹۸±۰/۱۲	۹/۹۶±۰/۱۹	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۰۰۱	۱۶ (۶/۲)	۴۰ (۱۶)	۷-۷/۲
	۲۳۴ (۹۳/۶)	۲۱۰ (۸۴)	بیشتر از ۷/۲
	۷/۳۳±۰/۰۹	۷/۲۹±۰/۰۸	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۰۱۹	۱۶ (۶/۴)	۲۵ (۱۰)	بلی
	۲۳۴ (۹۳/۶)	۲۲۵ (۹۰)	خیر
	۱۲۰ (۴۸)	۸۷ (۳۴/۸)	بدون نیاز
P=۰/۰۰۱	۱۲۳ (۴۹/۲)	۱۳۶ (۵۴/۴)	اقدامات انجام شده بر اقدامات اولیه (تحریک فیزیکی، O ₂ ، آزاد و ساکشن)
	۷ (۲/۸)	۲۷ (۱۰/۸)	اقدامات احیاء
			روی نوزاد

خونریزی و افت هموگلوبین و هماتوکریت در گروه فاز نهفته بیشتر از گروه فاز فعال بود. شاید علت بالا بودن خونریزی پس از زایمان در گروه فاز نهفته، به بیشتر بودن استفاده از اکسی توسین جهت تحریک و تقویت زایمان در این گروه مربوط باشد. خونریزی پس از زایمان بر اساس ارزیابی علائم حیاتی، علائم شوک، معاینه واژینال جهت بررسی میزان خونریزی، مشاهده بقایای جفت و بررسی رحم از نظر سفتی و نرمی و اندازه رحم ارزیابی گردید (۱۲). نتایج آزمایشات قبل از ترخیص از بیمارستان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان آورده شده است (جدول ۴).

معاینات قبل از ترخیص واحدهای مورد پژوهش در بخش بعد از زایمان نشان داد که ۸ نفر (۳/۲ درصد) از گروه فاز نهفته و ۴ نفر (۱/۶ درصد) از گروه فاز فعال هماتوم ولو و پرینه، ۱۵ نفر (۶ درصد) از گروه فاز نهفته و ۴ نفر (۱/۶ درصد) از گروه فاز فعال خونریزی پس از زایمان و ۵ نفر (۲ درصد) از گروه فاز نهفته و ۱ نفر (۰/۴ درصد) از گروه فاز فعال مشکلات ادراری داشتند و بر اساس آزمون‌های آماری، دو گروه فقط از نظر خونریزی پس از زایمان ($P<۰/۰۱۷$)، میزان هموگلوبین ($P<۰/۰۰۷$) و میزان هماتوکریت ($P<۰/۰۰۸$) اختلاف آماری معنی داری داشتند. میزان

جدول ۴: نتایج آزمایشات قبل از ترخیص از بیمارستان در زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال زایمان

ارزش P	فعال تعداد (درصد)	نهفته تعداد (درصد)	آزمایشات قبل از ترخیص
P=۰/۰۰۷	۱۹ (۷/۶)	۲۸ (۱۱/۲)	۷-۹
	۱۶۱ (۶۴/۴)	۱۶۴ (۶۵/۶)	۹/۱-۱۲
	۶۷ (۲۶/۸)	۵۲ (۲۰/۸)	۱۲/۱-۱۵
	۱۱/۲۳±۱/۳۸	۱۰/۸±۱/۴۱	میانگین و انحراف معیار
P=۰/۰۰۸	۱۰ (۴)	۱۵ (۶)	۲۲-۲۶
	۳۴ (۱۳/۶)	۶۲ (۲۴/۸)	۲۶/۱-۳۱
	۱۳۱ (۵۲/۴)	۱۰۸ (۴۳/۲)	۳۱/۱-۳۶
	۷۳ (۲۹/۲)	۶۰ (۲۳)	۳۶/۱-۴۶
	۳۴/۰۸±۳/۸۵	۳۳/۱۵±۳/۹۶	میانگین و انحراف معیار

مطالعه حیدرنیا و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که مقدار مصرف اکسی توسین در طول زایمان در افرادی که در فاز نهفته بستری شده بودند، بیشتر از افرادی بود که در فاز فعال بستری شده بودند که علت این امر را عدم پیشرفت زایمان گزارش کردند که نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۴).

در مطالعه Bailit و همکاران (۲۰۰۵)، زنان مراجعه کننده در فاز نهفته زایمان، احتمال بیشتری برای توقف فاز فعال زایمان، استفاده از اکسی توسین، ارزیابی PH پوست سر جنین، استفاده از کاتتر فشار داخل رحمی، استفاده از پایش داخلی قلب جنین و آمینونیت داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۵).

همانطور که نتایج مطالعه نشان داد با بستری شدن زنان در فاز نهفته میزان عوارض، مداخلات مامایی و طول مدت بستری شدن افزایش می یابد، بنابراین لازم است قبل از بستری کردن و تلاش برای انجام زایمان و انجام مداخلات بیشتر، زمان پذیرش زن حامله در واحد لیبر به دقت تعیین گردد. همچنین لیبر کاذب از لیبر واقعی افتراق داده شود (چرا که حدود ۱۰ درصد افرادی که در مرحله نهفته بستری می شوند دچار لیبر کاذب هستند). بنابراین بهتر است برای پیشگیری از بروز مشکلات بستری شدن فاز نهفته، زمانی که انقباضات دردناک رحمی حالت منظم پیدا می کنند و یا زمانی که انقباضات دردناک رحمی با یکی از معیارهای (۱) پارگی پرده - (۲) نمایش خونی (۳) افسمان کامل سرویکس (۴) دیلاتاسیون سرویکس (۴-۳ سانتیمتر یا بیشتر) بستری صورت گیرد (۲). Holms و همکاران (۲۰۰۱) در نتایج مطالعه خود گزارش کردند زنانی که در زمان پذیرش به بیمارستان میزان دیلاتاسیون سرویکس ۳ یا کمتر از ۳ سانتیمتر بود زایمان طولانی تری داشته و مداخلات انجام شده بر روی مادر و نوزادانشان بالاتر بود و تشخیص زایمان عارضه دار در آن ها بیشتر بود (۱۶). از جمله محدودیت های این مطالعه می توان به تعداد کم نمونه در هر شیفت اشاره کرد که با انجام نمونه گیری در تمام شیفت های بیمارستان و با افزایش تعداد افراد نمونه گیر به ۶ نفر تا حدود زیادی این مشکل رفع شد.

واحدهای مورد پژوهش ۱۰ روز پس از زایمان بررسی شدند و مشخص گردید که ۹ نفر (۳/۶٪) در فاز نهفته و ۵ نفر (۲ درصد) در فاز فعال دچار عفونت محل اپی زیاتومی شده بودند، هیچ موردی از افراد گروه اول دچار آندومتريت و خونریزی دیررس پس از زایمان نبودند. در گروه دوم به ترتیب ۰/۸ درصد و ۰/۴ درصد افراد آندومتريت و خونریزی دیررس داشتند، در هر دو گروه ۵ نفر (۲ درصد) از افراد دچار عفونت ادراری بودند (تشخیص عفونت ادراری بر اساس شرح حال، آزمایش آنالیز و کشت ادرار انجام گرفت و تمام موارد عفونت، به صورت یورتریت بود). در هر دو گروه هیچ موردی از ترومبوز وریدهای عمقی گزارش نشد. هیچ کدام از عوارض ۱۰ روز اول بعد از زایمان بین دو گروه معنی دار نبود.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که پذیرش زنان در مرحله نهفته زایمان با افزایش مدت بستری شدن در بخش بعد از زایمان و افزایش تعدادی از عوارض و مداخلات بر روی مادر همراه است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر مرحله چهارم زایمان از جمله آتونی رحم، باقی ماندن تکه هایی از جفت در رحم و پارگی های پرینه در گروه فاز نهفته بیشتر از فاز فعال بود. بنابراین بستری در فاز نهفته زایمان به علت عوارض اشاره شده، باعث افزایش خونریزی پس از زایمان و در نتیجه افت هموگلوبین و هماتوکریت پس از زایمان شده بود و در نتیجه این زنان ممکن است به درمان طولانی مدت کم خونی نیاز پیدا کنند. آجری و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود نشان دادند که میزان خونریزی بیش از حد پس از زایمان در زنان بستری شده در فاز نهفته بالا می باشد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۳). اما در مطالعه دل آرام و همکاران (۱۳۸۶) میزان خونریزی پس از زایمان در دو گروه فاز نهفته و فعال معنی دار نبود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۹).

نتایج این مطالعه نشان داد که در صورت بستری مادران در فاز نهفته زایمان مداخلات مامایی به دلیل ناکافی بودن انقباضات رحم افزایش می یابد و به ناچار مادر تحت القای زایمان و آمیوتومی قرار می گیرد که این روش ها می توانند عوارضی به همراه داشته باشند.

نتیجه گیری

پیشنهاد می‌گردد بر اساس یافته‌های این مطالعه، در مراقبت‌های دوران بارداری آموزش کافی به تمام زنان باردار در مورد علائم شروع مرحله فعال زایمان داده شود و توصیه گردد در صورت نداشتن مشکل، با وارد شدن در مرحله فعال زایمان در بیمارستان پذیرش شوند. از آنجایی که در تعدادی از بیمارستان‌ها برای پذیرش زائو در اتاق زایمان در فاز نهفته محدودیتی وجود ندارد، بر اساس راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زایمان توصیه می‌گردد کلیه مراکز زایمانی محلی را برای تحت نظر گرفتن مادران فاز نهفته غیربستری فراهم نمایند و در مدت زمان ۲ تا ۸ ساعت پزشک یا مامایی که مسئول پذیرش زائو می باشد، علائم حیاتی مادر، ضربان قلب جنین، پیشرفت زایمان و انقباضات رحم را ارزیابی نمایند (مدت زمان تحت نظر گرفتن مادر در فاز نهفته به تعداد مراجعین، فاصله محل سکونت مادر تا بیمارستان و مکان تحت نظر بستگی دارد) و در صورت نداشتن مشکل، زنان

باردار را با شروع شدن مرحله فعال زایمان در بیمارستان پذیرش کنند تا از طولانی شدن زمان بستری و عوارض ناشی از آن جلوگیری شود (۱۲). همچنین توصیه می‌شود مطالعات مشابه با حجم نمونه بالاتر در سایر مراکز درمانی کشور صورت گیرد تا شاید این عقیده گسترده که طولانی شدن فاز نهفته خوش خیم است، تغییر کند و پروتکل‌های خاص جامعه در مراکز درمانی جهت اداره این فاز تثبیت گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تبریز است که با کد ۸۷/۷/۹ و در تاریخ ۱۳۸۷/۸/۱ تصویب و در سال ۱۳۹۰ به اتمام رسید. در پایان از زحمات ریاست، مسئولان و کارکنان محترم بیمارستان طالقانی تبریز تقدیر و تشکر می‌شود. همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز نیز که اعتبارات مالی طرح فوق را تأمین کردند قدردانی می‌شود.

References

1. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. 'Active labor' duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(4): 308-18.
2. Cunningham F.G, Leveno K.J, Bloom S.L, Hauth J.C, Rouse D.J, Spong C.Y. *Williams Obstetrics*. 23rd Ed. New York. McGraw Hill Co; 2010.
3. Rahnama P, Ziaei S, Faghihzadeh S. Impact of early admission in labor on method of delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92: 217-20. [in Persian]
4. Fraser M.D, Cooper A.M. *Myles Textbook for Midwives*. 15th Ed. London: Churchill Livingstone Elsevier Co. 2009; 459.
5. Bailit JL, Die rker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obtetric & Gynecol*. 2005; 105:77-9.
6. Hemminki E, Simukka R. The timing of hospital admission and progress of labor. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2000; 22: 85-94.
7. Vaziri F, Geidi F. Labor outcomes in Nulliparous women referring in latent phase to delivery ward in Bandarabbas Educational Medical center in 2008-2009. *Dena Journal*. 2010; 4 (1,2):32-9. [in Persian]
8. Sehhati F, Naghizadeh S, Gojzadeh M. Comparing the Length of Laboring in Women Who Admitted in Latent and Active Phase of Labor in Taleqhani Hospital of Tabriz The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012; 15(20):19-27. [in Persian]
9. Delaram M, Hasanpour A, Nourian K, Kazemian A. Premature admitted of women for delivery and mother - infant outcomes in Educational Treatment center of Shahre Kord. *Medical Journal of Birjand medical sciences university*. 2008; 14((3):61-7. [in Persian]
10. Greulich B, Tarrant B. The latent phase of labor: diagnosis and management. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(3):190-8.
11. Gross MM, Drobnic S, Keirse M. Influence of fixed and time- dependent factors on duration of normal first stage labor. *Birth*. 2005; 32(1):27-33.
12. Country Guidelines of midwifery and delivery cervices, Ministry of Health, treatment and education of Medicin. 189, 136, 190. [in Persian]
13. Ajori L, Masoumi M, Rahbar H, Ahmadi K. Survey of Maternal and Neonatal complications about prolonged laten phase in women referring to Tehran Shohadae Tajrish hospital; *Medical Journal of shahid Sadoughi Yazd of medical sciences university Yazd*. 2011; 18(1):3-7. [in Persian]
14. Heidarnia M, Rahnama P, Montazeri A, Ebadi M, Rahmati F. Early admission of pregnant women in latent phase and its complications. *Journal Payesh*. 2009; 7(3):239. [in Persian]
15. Bailit JL, Die rker L, Blanchard MH, Mercer BM (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obtetric & Gynecol*. 2005; 105:77-9.
16. Holmes P, Oppenheimer LW, Shi Wu W (2001). The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG*. 2001; 108 (11):1120-24.

Original Paper

Post Delivery Consequents in Women Admitted in Latent and Active Phase of Labor

Somayyeh Naghizadeh(MSc)¹, Fahimeh Sehhati(MSc)^{*2}, Morteza Gojazadeh(PhD)³

1-MSc in Midwifery, Department of Midwifery, Islamic Azad university, Tabriz branch. 2- MSc in Midwifery, Department of Midwifery, Nursing and Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences. 3-PhD in Physiology, Department of Physiology Medical Faculty, Tabriz University of Medical Sciences.

Abstract

Background and Objective: The time of admission to delivery center can have an important impact on the outcome of labor. This study aimed at comparing the post delivery consequences in women admitted in latent and active phase of Labor.

Material and Methods: This descriptive study was conducted on 500 parturients, in Taleghani hospital of Tabriz, divided into two equal groups of latent phase (N = 250) and active phase (N=250). For data collection, we used a demographic Questionnaire, a Checklist for assessing the third and fourth labor stages and the results of mothers' physical examination (pre discharge and 10 days after delivery).

Results: In accordance with age, number of pregnancy, delivery , abortion, stillbirth and the number of natural pregnancy, the difference between two groups was not significant. But about the complications of 4th stage of labor, postpartum hemorrhage and pre- discharge Hb & Hct, the difference was significant. Apgar score in the first minute ($p<0.03$), Cord ABG ($p<0.001$) and the interventions conducted on infants such as resuscitation ($p<0.001$) were significantly different between two groups of latent and active phase.

Conclusion: Admission in the latent phase is accompanied by increased complications and early medical interventions. Hence, admitting in latent phase is not recommended unless there are some specific medical indications.

Keywords: Post Delivery Consequents , Latent Phase, Active Phase, Labor

*** Corresponding Author:** Fahimeh Sehhati (MSc), **Email:** Sehhatief@tbzmed.ac.ir

Received 21 Apr 2013

Revised 3 Nov 2013

Accepted 9 Jun 2014

This paper should be cited as: Naghizadeh S, Sehhati F, Gojazadeh M. [Post Delivery Consequents in Women Admitted in Latent and Active Phase of Labor]. J Res Dev Nurs Midwifery. Spring and Summer 2014; [Article in Persian]