

روش زایمان و پیامدهای مادری در زنان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر سنندج ۱۳۹۲

دکتر معصومه رضایی^۱، دکتر فرناز زندوکیلی^۱، دکتر روناک شاهوی^{۲*}،
دکتر دائم روشنی^۳، دکتر فریبا فرهادی^۴

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. دانشیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۴. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

خلاصه

مقدمه: اگرچه عوارض پس از زایمان طبیعی و سزارین شناخته شده است، اما تصمیم در مورد بهترین نوع زایمان (واژینال در برابر سزارین) هنوز از طرف متخصصین و از نظر تجارب زنان زایمان کرده اختلاف نظر دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی روش زایمان و پیامدهای مادری آن در بیمارستان های شهر سنندج انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی از اردیبهشت ۱۳۹۱ لغایت اردیبهشت سال ۱۳۹۲ بر روی ۵۹۸۴ نفر از زنان مراجعه کننده جهت انجام زایمان به بخش زایمان بیمارستان های شهر سنندج انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته و شامل سه بخش بود: بخش اول شامل مشخصات فردی واحدهای پژوهش، بخش دوم در ارتباط با مشکلات همراه با حاملگی فعلی و بخش سوم شامل روش زایمان و پیامدهای مادری زایمان تا زمان ترخیص (خونریزی، پارگی پرینه، پارگی سرویکس، چسبندگی غیرطبیعی جفت، دریافت آنتی بیوتیک، ترانسفوزیون خون، هیستریکتومی، بستری در ICU و مرگ مادری) بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون های کای دو و مدل رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در مجموع در طول مطالعه ۵۹۸۴ زایمان در بیمارستان های شهر سنندج انجام شده بود که از این تعداد ۳۴۶۰ زایمان (۵۷/۸۲٪) به صورت واژینال و ۲۵۲۴ زایمان (۴۲/۱۸٪) به روش سزارین انجام شده بود. بین روش زایمان و پیامدهای زایمان مانند خونریزی شدید، پارگی سرویکس، استفاده از آنتی بیوتیک و بستری شدن در بخش ICU ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($p=۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: در مطالعه حاضر عوارضی مانند خونریزی، پارگی پرینه، پارگی سرویکس، بستری شدن در ICU در زایمان واژینال + اپی زیاتومی بیشتر از سزارین بود.

کلمات کلیدی: پیامدهای مادری، زایمان سزارین، زایمان واژینال

* نویسنده مسئول مکاتبات: روناک شاهوی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷۱-۶۶۶۱۱۲۰؛ پست الکترونیک: rshaho@yahoo.com

مقدمه

همواره تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان به عنوان دو گروه آسیب‌پذیر اهمیت ویژه‌ای داشته (۱)؛ به طوری که میزان مرگ و میر و سلامت مادر و نوزاد و شاخص‌های مرتبط با آن نشان‌دهنده وضعیت سلامت در هر جامعه است (۲). میزان شیوع زایمان طبیعی و سزارین در زنان باردار یک کشور یکی از شاخص‌های بررسی عملکرد برنامه سلامتی مادران به شمار می‌رود (۳). اگرچه عوارض پس از زایمان طبیعی و سزارین شناخته شده است، اما تصمیم در مورد بهترین نوع زایمان (واژینال در برابر سزارین) هنوز از طرف متخصصین و از نظر تجارب زنان زایمان کرده اختلاف نظر دارد (۴-۷). علی‌رغم فقدان مستندات علمی مبتنی بر شواهد که هرگونه منفعت اساسی مادری یا پری‌ناتال حاصل از میزان در حال افزایش زایمان سزارین را ثابت کند و با وجود همخوانی گزارش‌هایی که دال بر بروز خطرات در حال افزایش برای مادر و نوزاد به دنبال سزارین ثبت شده است، ولی همچنان نسبت تولدهای حاصل از سزارین در اکثر کشورهای با درآمد بالا و متوسط در حال افزایش است (۸). افزایش میزان سزارین محدود به منطقه جغرافیایی خاصی نبوده و در بیشتر نقاط جهان از جمله در کشورهای در حال توسعه میزانی بالاتر از توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت که بایستی ۱۵٪ تمام زایمان‌ها را سزارین تشکیل دهد، می‌باشد (۲).

عمل سزارین یک جراحی عمده شکم می‌باشد، بنابراین عوارض استاندارد این نوع اعمال جراحی شامل عوارض طبی، بیهوشی و جراحی است. میزان مرگ و میر و ابتلاء مادران در سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی بیشتر است. شایع‌ترین علل مرگ مادران در اثر سزارین ناشی از بیهوشی، خونریزی و عفونت است. علل اصلی مرگ و میر وابسته به سزارین، عفونت و بیماری‌های ترومبوآمبولیک است. از دیگر مشکلات سزارین، هزینه‌های اقتصادی آن است. میانگین مدت بستری در زایمان طبیعی معادل نصف زمان بستری در روش سزارین گزارش شده که این مسئله نشان‌دهنده یکی از مزایای اقتصادی انجام زایمان طبیعی نسبت به سزارین است (۹). از آنجایی که سزارین شیوع مداخلات جراحی

و عوارض ناشی از بستری شدن را افزایش داده، این مسئله کیفیت زندگی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین مرگ و میر و عوارض مادری در سزارین چندین برابر زایمان طبیعی بوده و با افزایش روزافزون آن بهبودی در کاهش مرگ و میر و عوارض پس از زایمان مشاهده نشده است (۱۰، ۱۱).

مادران در دوره پس از زایمان ممکن است از خستگی، بیحالی، مشکلات خواب، درد پستان، درد جسمانی، هموروئید، یبوست، مشکلات جنسی و افسردگی پس از زایمان احساس ناراحتی کنند، در حالی که به دنبال عمل سزارین به لحاظ جراحی و افزایش مدت بستری در بیمارستان ممکن است مشکلات بیشتری از جمله مشکلات مامایی نظیر عفونت، خونریزی، آنمی، ترومبوز، آسیب لگنی و مشکلات زخم سزارین وجود داشته باشد (۱۸-۱۲).

زایمان سزارین بر روی پیامدهای حاملگی بعدی بر روی مادر و جنین تأثیر می‌گذارد. اختلالات خونریزی رحمی-جفتی شامل پارگی رحم، کنده شدن زودرس جفت و جفت سرراهی به میزان بیشتری در زنان دارای سابقه سزارین گزارش شده است (۱۹). مشخص شده است که حتی با یک اسکار محکم، خطر مرگ داخل رحمی در زنان با سابقه زایمان سزارین اولیه بیشتر است (۲۰). همچنین خطرات کوتاه مدت و بلند مدت مادری و نوزادی همراه با سزارین الکتیو بالاتر از عوارض همراه با زایمان واژینال است (۲۱). سزارین الکتیو در جمعیت کم‌خطر همراه با افزایش معنی‌دار در موربیدیته مادری است. به طور کلی میزان موربیدیته شدید در گروه سزارین برنامه‌ریزی شده ۲۷/۳ درصد در هر ۱۰۰۰ نفر و در گروه زایمان واژینال ۹ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر است (۲۲).

در بسیاری از مطالعات قبلی عوارض طبی همراه با زایمان سزارین به صورت گذشته نگر بوده و اکثر آن‌ها نشان داده‌اند که خطر عوارض وخیم در زنانی که با سزارین زایمان می‌کنند نسبت به کسانی که به صورت واژینال زایمان می‌کنند بیشتر است (۲۴-۲۲). بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی روش زایمان و پیامدهای مادری آن در بیمارستان‌های شهر سمنان در طول

مدت یک سال انجام شد. امید است تا بتوان با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مقایسه آن با نتایج مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها به مستندات معتبرتری جهت ارتباط پیامدهای مادری با روش زایمان دست یافت و با انتشار نتایج به مراجع ذیصلاح بتوان گام مؤثری در بهداشت و ارتقاء سلامت مادران برداشت.

روش کار

این مطالعه مقطعی از اردیبهشت ۱۳۹۱ لغایت اردیبهشت سال ۱۳۹۲ به مدت یک سال بر روی ۵۹۸۴ نفر از زنان مراجعه کننده جهت انجام زایمان به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سنندج (بعثت، تأمین اجتماعی، خصوصی) مرکز استان کردستان در غرب ایران انجام شد. معیار ورود به مطالعه شامل: انجام زایمان واژینال، سزارین و ابزاری و معیار خروج از مطالعه شامل خروج جنین قبل از هفته بیستم حاملگی (سقط) و انجام سزارین به دلیل عوارض طبی بود.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بود که با استفاده از مطالعات علمی انجام شده توسط پژوهشگران داخلی و خارجی تهیه و تنظیم شد و شامل سه بخش بود: بخش اول مربوط به مشخصات فردی واحدهای پژوهش (سن، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، تعداد حاملگی)، بخش دوم در ارتباط با مشکلات همراه با حاملگی فعلی و بخش سوم شامل روش زایمان (واژینال، واژینال + اپی‌زیاتومی، سزارین، زایمان ابزاری) و پیامدهای مادری زایمان تا زمان ترخیص (خونریزی، پارگی پرینه، پارگی سرویکس، چسبندگی غیرطبیعی جفت، دریافت آنتی بیوتیک، ترانسفوزیون خون، هیستروکتومی، بستری در ICU و مرگ مادری) بود.

جهت تعیین روایی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه تهیه شده در اختیار ۳ نفر از متخصصین زنان و مامایی و ۳ نفر از کارشناسان ارشد مامایی قرار گرفت و از آنان نظرخواهی شد و اصلاحات لازم به عمل آمد. پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ تعیین شد ($r=0/88$).

پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان‌های سنندج جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو نفر کارشناس مامایی آموزش دیده استفاده شد. به دلیل اینکه اطلاعات از پرونده واحدهای مورد پژوهش جمع‌آوری می‌شد، نیازی به کسب رضایت از شرکت کنندگان نبود. برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشگران از اول اردیبهشت سال ۱۳۹۱ به مدت یک سال هر روز با مراجعه به بخش زایمان بیمارستان آموزشی بعثت و بیمارستان تأمین اجتماعی سنندج، اسامی زنان زایمان کرده در ۲۴ ساعت گذشته را تهیه و سپس با مراجعه به بخش بعد از زایمان، پرونده مادر را که در بخش بستری بود، مورد بررسی قرار داده و تمام اطلاعات مورد نیاز را در پرسشنامه‌ها وارد و تا زمان ترخیص مادر از بیمارستان پیگیری و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. این روند از دی ماه ۱۳۹۱ برای بیمارستان خصوصی که از این تاریخ شروع به کار نمود، نیز اجرا شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پیامدهای مورد نظر وارد مدل رگرسیون لجستیک چندگانه شد. مدل شامل روش زایمان در چهار سطح: زایمان واژینال (گروه رفرنس)، واژینال + اپی‌زیاتومی، سزارین و زایمان ابزاری و متغیرهای معنی‌دار بود ($p < 0/05$). سپس متغیرهایی که معنی‌دار نبودند، یک به یک حذف شدند تا اینکه متغیرهای معنی‌دار باقی ماندند. اهمیت اصلی این مدل تخمین تأثیر مستقل روش زایمان سزارین بر پیامدها در مقایسه با زایمان واژینال بود. افزایش خطر همراه با زایمان سزارین به وسیله OR با سطح اطمینان ۹۵٪ بیان شد. برای تخمین پارامترها و صحت بیشتر سطح معنی‌دار بودن از روش bootstrap و تعداد نمونه ۱۰۰۰ تایی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع در طول مطالعه ۵۹۸۴ زایمان در

بیمارستان‌های شهر سنندج انجام شده بود که از این تعداد ۳۴۶۰ زایمان (۵۷/۸۲٪) به صورت واژینال (واژینال، واژینال + اپی‌زیاتومی، زایمان ابزاری) و ۲۵۲۴ زایمان (۴۲/۱۸٪) به روش سزارین انجام شده بود (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع افراد مورد پژوهش بر حسب روش زایمان

روش زایمان	تعداد (درصد)
واژینال	۱۱۹۷ (۲۰/۱۰)
واژینال + اپی‌زیاتومی	۲۲۱۴ (۳۶/۹۹)
سزارین	۲۵۲۴ (۴۲/۱۸)
زایمان ابزاری	۴۹ (۰/۸۲)
تعداد کل	۵۹۸۴ (۱۰۰/۰۰)

بر اساس نتایج مطالعه، ارتباط آماری معنی‌داری بین روش زایمان و متغیرهای فردی مانند سن، شغل و میزان تحصیلات وجود داشت ($p=0/001$)، در حالی که بین روش زایمان با محل سکونت و پارامتر ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/375$) (جدول ۲).

جدول ۲- مشخصات فردی واحدهای پژوهش

مشخصه	تعداد (درصد)
سن (سال)	۱۵-۲۰: ۶۰۳ (۱۰/۰۸)
	۲۱-۲۵: ۱۶۳۳ (۲۷/۲۹)
	۲۶-۳۰: ۱۸۳۰ (۳۰/۵۸)
	۳۱-۳۵: ۱۲۴۵ (۲۰/۸۱)
	بیشتر یا مساوی ۳۶: ۶۷۳ (۱۱/۲۴)
میزان تحصیلات	بیسواد: ۵۶۸ (۹/۴۹)
	ابتدایی و دبیرستان: ۲۸۹۴ (۴۸/۳۶)
	دیپلم: ۱۸۳۰ (۳۰/۵۹)
	دانشگاهی: ۶۹۲ (۱۱/۵۶)
شغل	خانه دار: ۵۵۸۸ (۹۳/۳۸)
	شاغل: ۳۹۶ (۶/۶۲)
محل سکونت	شهر: ۴۲۰۵ (۷۰/۲۷)
	روستا: ۱۷۷۹ (۲۹/۷۳)
تعداد حاملگی	شکم اول: ۳۰۸۰ (۵۱/۴۷)
	چندزای: ۲۹۰۴ (۴۸/۵۳)

در حالی که ارتباط آماری معنی‌داری بین روش زایمان و پیامدهایی مانند پارگی پرینه ($p=0/107$)، پارگی رحم ($p=0/481$)، چسبندگی غیر طبیعی جفت ($p=0/593$)، ترانسفوزیون خون ($p=0/519$)، هیستروکتومی ($p=0/353$) و مرگ مادری ($p=0/911$) مشاهده نشد (جدول ۳).

یافته‌ها میزان عوارض مادری را ۱۰۱/۸ نفر در هر ۱۰۰۰ زایمان در شهر سنندج نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین روش زایمان و پیامدهای زایمان مانند خونریزی شدید ($p=0/002$)، پارگی سرویکس ($p=0/001$)، استفاده از آنتی بیوتیک ($p<0/001$) و بستری شدن در بخش ICU ($p=0/353$) مشاهده شد،

جدول ۳- عوارض مادری پس از زایمان واحدهای مورد پژوهش بر اساس روش زایمان

عوارض مادری	روش زایمان	واژینال	واژینال + اپی‌زیاتومی	سزارین	زایمان ابزاری	سطح معنی داری
خونریزی	۵۴ (۲۸/۲۷)	۷۷ (۴۰/۳۱)	۵۸ (۳۰/۳۷)	۲ (۱/۰۵)	۰/۰۰۲	
پارگی پرینه	۱ (۱۶/۶۷)	۵ (۸۳/۳۳)	۰	۰	۰/۱۰۷	
پارگی سرویکس	۳ (۲۱/۴۳)	۸ (۵۷/۱۴)	۱ (۷/۱۴)	۲ (۱۴/۲۹)	۰/۰۰۰	
پارگی رحم	۰	۰	۰	۰	۰/۴۸۱	
چسبندگی غیر طبیعی جفت	۰	۳ (۴۲/۸۶)	۴ (۵۷/۱۴)	۰	۰/۵۹۳	
استفاده از آنتی بیوتیک	۴۶ (۱۳/۱۴)	۵۷ (۱۶/۲۹)	۲۴۶ (۷۰/۲۹)	۱ (۰/۲۸)	۰/۰۰۰	
ترانسفوزیون خون	۷ (۳۱/۸۲)	۸ (۳۶/۳۶)	۷ (۳۱/۸۲)	۰	۰/۵۱۹	
هیستریکتومی	۲ (۴۰/۰۰)	۰	۳ (۶۰/۰۰)	۰	۰/۳۵۳	
بستری در ICU	۲ (۱۸/۱۸)	۲ (۱۸/۱۸)	۶ (۵۴/۵۵)	۱ (۹/۰۹)	۰/۰۳۰	
مرگ مادری	۰	۰	۱ (۱۰۰/۰۰)	۰	۰/۹۱۱	

با زایمان واژینال (پایه) (۱۶۵۳/۸۲۸-۰/۰۲، CI ۰/۹۵، OR=۵/۸۲) بود. میزان پارگی برای زایمان سزارین و زایمان ابزاری محاسبه نشد، زیرا هیچگونه مورد پارگی پرینه وجود نداشت (جدول ۴).

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که میزان پارگی سرویکس در زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی بیشتر از سایر روش‌ها بود (جدول ۴). میزان خطر استفاده از آنتی بیوتیک پس از زایمان سزارین ۳ برابر سایر روش‌های زایمان بود (۴/۴۵-۲/۲۷، CI ۰/۹۵، OR=۳/۱۸). نتایج مطالعه همچنین نشان داد که سزارین میزان بستری شدن در ICU را نسبت به سایر روش‌های زایمان به طور معنی‌داری افزایش می‌دهد (جدول ۴).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از مدل multinominal رگرسیون لجستیک استفاده شد و زایمان واژینال به عنوان پایه، زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی به عنوان گروه دوم، سزارین به عنوان گروه سوم و زایمان ابزاری به عنوان گروه چهارم انتخاب شدند. متغیرهای معنی‌دار (خونریزی، پارگی پرینه، پارگی سرویکس، استفاده از آنتی بیوتیک و بستری در ICU) وارد مدل شدند و در سطوح مختلف آنالیز شدند. Multinomial رگرسیون لجستیک نشان داد که میزان خونریزی در زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی (۰/۰۲-۱/۰۸، CI ۰/۹۵، OR=۰/۶۹) و در سزارین (۰/۲۵-۰/۶۵، CI ۰/۹۵، OR=۰/۴۰) بود. میزان پارگی پرینه در روش زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی در مقایسه

جدول ۴- ارتباط بین عوارض مادری واحدهای مورد پژوهش و روش زایمان

عوارض مادری	گروه	تعداد (درصد)	Adjusted OR ۹۵ درصد اطمینان	تورش	Bootstrap سطح معنی داری
خونریزی	زایمان واژینال (رفرنس)	۵۴/ ۱۱۹۷ (۴/۵۱)	۱	-	-
	واژینال + اپی‌زیاتومی	۷۷/۲۲۱۴ (۳/۴۸)	۰/۶۸۷ (۰/۴۳۹-۱/۰۷۶)	۰/۰۲۰	۰/۱۳۹
	سزارین	۵۸/۲۵۲۴ (۲/۲۹)	۰/۴۰۴ (۰/۲۵۰-۰/۶۵۳)	۰/۰۱۷	۰/۰۱۰
پارگی پرینه	زایمان ابزاری	۲/۴۹ (۴/۰۸)	۰/۳۶۶ (۰/۰۱۹-۶/۹۹)	۰/۹۲۸	۰/۱۵۸
	زایمان واژینال (رفرنس)	۱/۱۱۹۷ (۰/۰۸)	۱	-	-
	واژینال + اپی‌زیاتومی	۵/۲۲۱۴ (۰/۲۳)	۵/۸۳ (۰/۰۲۱-۱۶۵۳/۸۲)	۴۵۹/۰۲۳	۰/۳۰۱
پارگی سرویکس	سزارین	۰/۲۵۲۴ (۰)	محاسبه نشد	۶۶۶/۱۹۹	۰/۹۴۹
	زایمان ابزاری	۰/۴۹ (۰)	محاسبه نشد	۱۳۳۶۴۱۵۲۳۷/۳۷۶	۰/۲۳۴
	زایمان واژینال (رفرنس)	۳/۱۱۹۷ (۰/۲۵)	۱	-	-
واژینال + اپی‌زیاتومی	۸/۲۲۱۴ (۰/۳۶)	۰/۱۹۹ (۰/۲۵۸-۳/۲۸)	۰/۱۹۹	۲۳۷۵۴/۴۲۵	۰/۶۸۵

۰/۷۵۰	۳۴۲۶۶/۲۵۹	۰/۷۰۱ (۰/۱-۴/۷)	۱/۲۵۲۴ (۰/۰۳)	سزارین	
-	-	۰/۰۰۰ (۰/۰۰۰-۰/۰۰۰)	۲/۴۹ (۴/۰۸)	زایمان ابزاری	
-	-	۱	۴۶/۱۱۹۷ (۳/۸۵)	زایمان واژینال (رفرنس)	
۰/۱۵۸	-۰/۰۳۹	۰/۸۰۳ (۰/۵۳۷-۱/۲۰۲)	۵۷/۲۲۱۴ (۲/۵۷)	واژینال + اپی‌زیاتومی	استفاده از آنتی بیوتیک
۰/۰۱۰	-۰/۰۲۱	۳/۱۷۵ (۲/۲۷-۴/۴۵)	۲۴۶/۲۵۲۴ (۹/۷۴)	سزارین	
۰/۵۱۱	-۰/۶۳۲	۰/۷۵۷ (۰/۱۱۹-۴/۸۱)	۱/۴۹ (۲/۰۴)	زایمان ابزاری	
-	-	۱	۲/۱۱۹۷ (۰/۱۶)	زایمان واژینال (رفرنس)	
۰/۷۹۰	۹۹۶۸۵/۲۹۸	۶۶۹۶۱۳/۳۷۵	۳/۲۲۱۴ (۰/۱۳)	واژینال + اپی‌زیاتومی	بستری در ICU
۰/۷۷۸	۵۹۲۰۹/۲۶۹	-۲۲۰-۱/۳۹۷E+۲۲۵)	۶/۲۵۲۴ (۰/۲۴)	سزارین	
۰/۰۰۰	-۷۸۴۰۹/۴۳۲	۶۰۱/۵۹۲(۲/۱۹۷E	۱/۴۹ (۰/۰۴)	زایمان ابزاری	
		۰/۰۰۴(۰/۰۰۴-۰/۰۰۴)			

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه میزان سزارین در شهر سنندج در سال ۹۲-۱۳۹۱، ۴۲/۱۸٪ بود که در مقایسه با میزان سزارین توصیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۵-۱۰٪) بالاتر بود که این یافته با سایر مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها همخوانی داشت (۲۸-۲۵). در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در ۸ کشور آمریکای لاتین (۲۰۰۵) میزان سزارین ۳۳٪ گزارش شد، همچنین در مطالعه دیگر سازمان جهانی بهداشت در ۹ کشور آسیایی در فاصله سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۷، میزان سزارین ۲۷/۳٪ گزارش شد (۲۵، ۲۶). در مجموع نتایج حاصل از این مطالعه، میزان موربیدیت مادر پس از زایمان در شهر سنندج را ۱۰/۱۸ نفر در هر ۱۰۰۰ زایمان نشان داد که در مطالعات بین‌المللی نیز این عوارض از ۳/۸ تا ۴۳۰ نفر در هر ۱۰۰۰ زایمان گزارش شده است (۲۹).

مهم‌ترین یافته این مطالعه این بود که بین روش زایمان و عوارض مادری ارتباط وجود داشت، در حالی که در مطالعات قبلی در مجموع میزان موربیدیت مادری برای زایمان سزارین بالاتر از زایمان واژینال گزارش شده بود، اما در مطالعه حاضر عوارضی مانند خونریزی، پارگی پرینه و پارگی سرویکس در روش زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی بیشتر از سزارین بود. در این مطالعه میزان خونریزی پس از زایمان در زایمان واژینال بیشتر از سزارین بود که با نتایج مطالعه لیو و همکاران (۲۰۰۷) که در آن میزان خونریزی پس از سزارین بیشتر گزارش شد، همخوانی نداشت (۲۲). اگرچه این نتیجه غیرقابل انتظار بود، زیرا متوسط خونریزی همراه با زایمان سزارین

بیشتر از زایمان واژینال است، اما این یافته می‌تواند نشان‌دهنده مراقبت و توجه بر اساس روش زایمان باشد. در زایمان سزارین مراقبت‌های بیشتری در جهت جلوگیری از خونریزی صورت گرفته و تشخیص و مداخله سریع‌تر به عمل می‌آید، در نتیجه از ایجاد خونریزی شدید که زندگی زن را در معرض خطر قرار دهد، جلوگیری می‌کند (۳۰). این یافته همچنین می‌تواند نشان‌دهنده افزایش میزان خون از دست رفته بعد از اپی‌زیاتومی و یا ترومای پرینه باشد، چنانچه در مطالعه برواز و همکاران (۲۰۰۴) یکی از دلایل خونریزی پس از زایمان، اپی‌زیاتومی گزارش شد (۳۱). از طرف دیگر این یافته می‌تواند ناشی از تفاوت در تخمین خونریزی از دست رفته پس از سزارین در اتاق عمل و توسط متخصصین زنان و پس از زایمان واژینال در اتاق زایمان و توسط ماماها باشد. کنفدراسیون بین‌المللی ماماها و فدراسیون بین‌المللی زنان و مامایی، اداره فعال مرحله سوم زایمان را برای همه زنان توصیه می‌کنند، زیرا اداره فعال مرحله سوم زایمان در کاهش خونریزی پس از زایمان و بیماری‌های همراه با آن مؤثر است (۳۲).

در این مطالعه میزان پارگی پرینه پس از زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی بیشتر از زایمان واژینال بود. چندین مطالعه در مورد عوارض همراه با استفاده معمول از اپی‌زیاتومی نشان داده که اپی‌زیاتومی یکی از عوامل خطر ایجاد کننده آسیب به پرینه است و باید محدود شود (۳۳-۳۶). مطالعه آینده‌نگر آندریو و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که اپی‌زیاتومی مدیولاترال یک عامل خطر بالقوه برای ترومای پرینه است (۳۷). همچنین در مطالعه دنچر و همکاران (۲۰۰۵) که به

در مطالعه حاضر استفاده از آنتی بیوتیک در زایمان سزارین سه برابر زایمان واژینال (واژینال، واژینال + اپی‌زیاتومی، زایمان ابزاری) بود که این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۲۲، ۲۳، ۲۶). به طور کلی عفونت بعد از زایمان، شایع ترین عارضه زایمان سزارین است و این عفونت ها با طول مدت زایمان، پارگی پرده‌ها و دیابت ارتباط دارد (۴۲). این یافته نشان‌دهنده استفاده پروفیلاکتیک از آنتی بیوتیک قبل از زایمان در مراکز مورد مطالعه حاضر می‌باشد.

در مطالعه حاضر میزان بستری شدن مادران پس از زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی در بخش ICU بیشتر از زایمان سزارین بود که با نتایج سایر مطالعات همخوانی نداشت.

در مطالعه سوزا و همکاران (۲۰۱۰) میزان بستری در ICU پس از زایمان سزارین بیشتر از زایمان واژینال گزارش شد (۴۳). همچنین در مطالعه لامبیگان و همکاران (۲۰۱۰) خطر بستری در ICU پس از زایمان سزارین به طور معنی‌داری بالاتر از زایمان واژینال بود (۲۵). از آنجایی که میزان خونریزی بعد از زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی در این مطالعه بیشتر از زایمان‌های سزارین بود، بنابراین می‌تواند توجیهی برای بالا بودن میزان بستری شدن این گروه در بخش ICU باشد.

از نقاط قوت این مطالعه این بود که اولین مطالعه جامع در خصوص موربیدیت مادری پس از زایمان در شهر سنجند بود که تمام زایمان‌ها را در طول مدت یک سال به صورت آینده‌نگر مورد بررسی قرار داد. همچنین می‌توان به حجم نمونه بالای مطالعه اشاره کرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که در این مطالعه عوارض مادری پس از زایمان تا زمان ترخیص از بیمارستان مورد توجه قرار گرفت، در حالی که ممکن است برخی مادران بعد از ترخیص از بیمارستان دچار عارضه شده و یا مجدداً بستری شده باشند، به خصوص پس از زایمان واژینال که زنان زودتر از بیمارستان ترخیص می‌شوند اطلاعاتی از عوارض بعدی ثبت نشد است. همچنین بیمارستان‌های مورد مطالعه شامل بیمارستان آموزشی، غیر آموزشی و خصوصی بوده که روتین و روند انجام مراقبت‌ها و

صورت کارآزمایی بالینی بود، دو روش استفاده از اپی‌زیاتومی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۱۰۹ زن نولی پار شرکت کننده دارای حاملگی تک قلو و دارای سن حاملگی بیشتر از ۳۴ هفته به دو گروه تقسیم شدند. در گروه اول ۴۹ نفر قرار گرفتند که به دلیل اندیکاسیون‌های جنینی از اپی‌زیاتومی برای آنان استفاده شد و ۶۰ نفر در گروه دوم قرار گرفتند و فقط در صورت پارگی قریب الوقوع برای آنان اپی‌زیاتومی انجام می‌گرفت. میزان اپی‌زیاتومی در گروه اول ۴۱٪ و در گروه دوم ۷۷٪ بود. محققین نتیجه گرفتند که در زنان با محدودیت کاربرد اپی‌زیاتومی (گروه دوم)، احتمال سالم ماندن پرینه بیشتر است و در این گروه از زنان ترومای خفیف پرینه و درد کمتر بعد از زایمان وجود داشت (۳۸). مطالعه رضایی و همکاران (۲۰۱۴) که با هدف مقایسه پارگی‌های پرینه در اپی‌زیاتومی مدیولاترال معمول و انتخابی انجام شد، نشان داد که اپی‌زیاتومی مدیولاترال معمول از پارگی‌های شدید پرینه جلوگیری نمی‌کند، اما عدم انجام آن در تمام موارد منجر به پارگی‌های درجه یک و قسمت قدامی پرینه می‌شود (۳۹).

در این مطالعه میزان پارگی سرویکس در زایمان واژینال + اپی‌زیاتومی بیشتر از زایمان سزارین بود که با نتایج سایر مطالعات همخوانی داشت (۴۰، ۴۱). در مطالعه لندی و همکاران (۲۰۱۱) میزان پارگی سرویکس در زنان نولی پار، اینداکشنی، استفاده کننده از اکسی توسین و سرکلازی بیشتر بود (۴۰). همچنین در مطالعه ملامد و همکاران (۲۰۰۹) میزان پارگی سرویکس در زنان دارای زایمان سریع، زایمان با واکيوم و اپی‌زیاتومی بیشتر گزارش شد (۴۱). در مطالعه حاضر دلایل ایجاد پارگی سرویکس مورد بررسی قرار نگرفت که این یافته ممکن است ناشی از استفاده از اکسی توسین به صورت اینداکشن و تقویت دردهای زایمانی و همچنین استفاده از اپی‌زیاتومی (۳۶/۹۹٪) و واکيوم در مراکز مورد مطالعه باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که با کاهش مداخلات غیر ضروری مانند استفاده از اکسی توسین و اپی‌زیاتومی معمول می‌توان عوارض ناشی از زایمان واژینال را کاهش داد.

اقدامات در هرکدام از این مراکز متفاوت است که می‌تواند بر پیامد ناشی از زایمان نیز تأثیرگذار باشد، اما در این مطالعه به تفکیک بررسی نشد.

می‌تواند در کاهش این عوارض نقش داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کردستان می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، ماماها و تمام همکاران عزیز در بخش‌های زایمان و پس از زایمان بیمارستان آموزشی بعثت، بیمارستان تأمین اجتماعی و بیمارستان خصوصی سیدالشهدایی که در انجام پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر عوارضی مانند خونریزی، پارگی پرینه، پارگی سرویکس، بستری شدن در ICU در زایمان واژینال + اپیزیاتومی بیشتر از سزارین بود، بنابراین به نظر می‌رسد که کاهش مداخله‌های غیر ضروری و محدود کردن اپیزیاتومی به اندیکاسیون‌های مورد نیاز

منابع

1. Mossadegrad A, Malekiha Z. Cesarean rate and factors in teaching hospitals of Isfahan. *Sci Med J Military Organ Islamic Rep* 2008; 23:161-9. (Persian).
2. International conference on population and development (ICPD). United Nations Population Fund. Available at: URL: <http://www.unfpa.org/icpd>; 2004.
3. Health Ministry. Sima Report. Health of Islamic Republic of Iran (IAD). Available at: URL: <http://ird.behdasht.gov.ir/pag49>; 2002.
4. McCurt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective caesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth* 2007; 34(1):65-79.
5. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37(1):24-34.
6. Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. *BJOG* 2008; 15(12):1494-502.
7. Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdani A, Ashrafinia N, Khazardoost S, et al. Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. *Arch Gynecol Obstet* 2009; 280(1):33-7.
8. Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP, et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: a 20-year review. *BMJ* 2011; 342(276):1-7.
9. Allameh Z. The frequency of cesarean section in rural and urban areas of Iran. *J Res Med Sci* 2000; 5:27-31.
10. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006; 33(4):270-7.
11. Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87(6):662-8.
12. Koroukian SM. Relative risk of postpartum complications in the Ohio Medicaid population: vaginal versus cesarean delivery. *Med Care Res Rev* 2004; 61(2):203-24.
13. Larsson C, Saltvedt S, Wiklund I, Andolf E. Planned vaginal delivery versus planned caesarean section: short-term medical outcome analysed according to intended mode of delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33(8):796-802.
14. Riskin-Mashiah S. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 104(3):633-7.
15. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2005; 105(4):836-42.
16. Lee SY, Lee KA, Rankin SH, Weiss SJ, Alkon A. Sleep disturbance, fatigue, and stress among Chinese-American parents with ICU hospitalized infants. *Issues Ment Health Nurs* 2007; 28(6):593-605.
17. Lee SY. Validating the general sleep disturbance scale among Chinese American parents with hospitalized infants. *J Transcult Nurs* 2007; 18(2):111-7.
18. Maloni JA, Park S. Postpartum symptoms after antepartum bed rest. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 34(2):163-71.
19. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth (1). *Obstet Gynecol* 2001; 97(5 Pt 1):765-9.



20. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. *Lancet* 2003; 362(9398):1779-84.
21. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "Intention-to-treat" model. *Birth* 2008; 35(1):3-8.
22. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007; 176(4):455-60.
23. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol* 2003; 102(3):477-82.
24. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2005; 105(4):836-42.
25. Lumbiganon P, Loopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-2008. *Lancet* 2010; 375(9713):490-9.
26. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367(9525):1819-29.
27. Torkzaharani S. Commentary: childbirth education in Iran. *J Perinat Educ* 2008; 17(3):51-4.
28. Macones GA. Clinical outcomes in VBAC attempts: what to say to patients? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(1):1-2.
29. Roberts CL, Ford JB, Algert CS, Bell JC, Simpson JM, Morris JM. Trends in adverse maternal outcomes during childbirth: a population-based study of severe maternal morbidity. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:7.
30. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108(3 Pt 1):541-8.
31. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004; 103(5 Pt 1):907-12.
32. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynecologists and Obstetricians. Joint Policy Statement: management of the third stage of labor to prevent post-partum hemorrhage. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(1):76-7.
33. Angioli R, Gomez-Marin O, Cantuarua G, Osullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *AM J Obstet Gynecol* 2000; 182(5):1083-5.
34. Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2000; 95(3):464-71.
35. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ* 2000; 320(7227):86-90.
36. American College of Obstetrician and Gynecologists. ACOG Practice bulletin No .71 Episiotomy. *Obstet Gynecol* 2006; 107:956-62.
37. Andrews V, Sultan AH, Thakar R, Jones PW. Risk factors for obstetric and sphincter injury: a prospective study. *Birth* 2006; 33(2):117-22.
38. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 83(4):364-8.
39. Rezaei M, Shahoei R, Shahghebi S, Afkhamzadeh A, Farhadi F. Comparison of perineal lacerations in routine vs. selective mediolateral episiotomy among women referring to the obstetrics department of besat hospital in Sanandaj in 2011. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(116):8-14. (Persian).
40. Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2011; 117(3):627-35.
41. Melamed N, Ben-Haroush A, Chen R, Kaplan B, Yogev Y. Intrapartum cervical lacerations: characteristics, risk factors and effects on subsequent pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(4):388.e1-4.
42. National Institutes of Health state-of-the-science conference statement: cesarean delivery on maternal request March 27-29, 2006. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1386-97.
43. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Garroli G, Fawole B, et al. Cesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO global survey on maternal and perinatal health. *BMC Med* 2010; 8:71.