

## ارتباط نوع زایمان با علت بستری در بیمارستان در دوران نفاس

فاطمه مودی\* - زهرا مودی\*\* - دکتر مینو یغمائی\*\*\*

\*کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

\*\*کارشناس ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامائی زاهدان

\*\*\*استادیار گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

تاریخ دریافت مقاله: ۸۴/۷/۲۰

تاریخ پذیرش: ۸۵/۲/۳۰

## چکیده

مقدمه: بخش بزرگی از مرگ و میر و ناتوانی‌های مادران، در طی دوره نفاس رخ می‌دهد. تعدادی از این افراد در مدت ۶۰ روز بعد از زایمان دوباره در بیمارستان بستری می‌شوند که با نوع زایمان آنان ارتباط آماری معنی دار دارد.

هدف: بررسی ارتباط نوع زایمان با علت بستری در دوره نفاس در بیمارستان‌های قدس و علی ابن ابی طالب مواد و روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی-تحلیلی با بررسی ۴۴۴ پرونده که در طی ۴۲ روز اول پس از زایمان در بیمارستان‌های قدس و علی ابن ابی طالب زاهدان بستری شده بودند، علل تداوم بستری یا بستری مجدد از نظر متغیرهای طول مدت پارگی کیسه آمنیون، سونداژ و... بررسی شد شامل بیش از ۷ ساعت پس از زایمان طبیعی و بیش از ۴۸ ساعت در بیمارستان بعد از سزارین بوده است البته موارد زایمان در نوبت کاری عصر یا نبودن امکان ترخیص در شب و یا نداشتن تمکن مالی حذف شدند. پرونده‌های مادرانی که پس از ترخیص مجدداً مراجعه کرده بودند یا از واحد و شهر دیگری به بیمارستان ارجاع و بستری شده بودند نیز در این مطالعه بررسی شد.

نتایج: از بیماران بستری در دوره نفاس، ۸۱/۱۵٪ زایمان طبیعی داشتند و ۱۸/۸۵٪ سزارین شده بودند. ۶۴٪ در زایشگاه، ۲۳/۷٪ خانه و ۱۰/۹٪ در پایگاه زایمان ایمن زایمان کرده بودند. ۱/۴٪ از سایر شهرها اعزام شده بودند شایع‌ترین علت‌های بستری در گروه سزارین به ترتیب: پراکلامپسی، مشکلات طبی، عفونت، خونریزی، مشکلات مربوط به برش محل عمل جراحی و در زایمان طبیعی: پراکلامپسی، خونریزی، احتباس جفت و عفونت بود. در هنگام ترخیص، در زایمان طبیعی ۲٪ و در سزارین ۶٪ مرگ و میر بروز کرده بود.

۱۵/۵٪ از گروه سزارین و ۲٪ از گروه زایمان طبیعی به ICU منتقل شده بودند بین نوع زایمان و مدت بستری ارتباط آماری معنی دار ( $P < 0.001$ ) وجود داشت. نتیجه‌گیری: چون در گروه سزارین انتقال به ICU، مدت بستری، شیوع عفونت و بروز مرگ بیش از گروه زایمان طبیعی بود، همچنان بر انجام زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تأکید می‌کنیم.

کلید واژه‌ها: بستری کردن / بیماران بستری / دوران پس از زایمان / زایمان طبیعی / سزارین

## مقدمه

مختلف مانند عفونت ناحیه زخم، دستگاہ ادرااری و آندومتریت بود که مورد بٲنهائی مدت بستری را تا سه روز و هزینه‌ها را تا ۸۵۰ دلار افزایش داده بود(۴) از یافته‌های Herbert و همکاران در سال ۱۹۹۹ این که در ۲/۶٪ زایمان‌های واژینال و ۸/۶٪ موارد سزارین حداقل یک مورد طبی منجر به بستری طولانی مدت یا پذیرش مجدد می‌شود(۵). پژوهشگر با توجه به اهمیت سلامت مادران و از آنجا که بخش بزرگی از مرگ‌ها و ناتوانی‌های زنان در دوره نفاس رخ می‌دهد(۱) و نیز تأکید سازمان بهداشت جهانی بر زایمان طبیعی اقدام

بخش بزرگی از مرگ و میر و ناتوانی‌های زنان در دوره نفاس رخ می‌دهد(۱) در سال ۲۰۰۵ Lius و همکاران اظهار داشتند که ۱/۸٪ زنان طی ۶۵ روز بعد از زایمان دوباره در بیمارستان بستری می‌شوند که با نوع زایمان آنان ارتباط آماری معنی دار دارد(در سزارین ۲/۷٪ و در زایمان طبیعی ۱/۵٪)(۲) از علل عمده بستری در دوره نفاس، خونریزی، عفونت و فشارخون بالا بوده است(۳). در بررسی Nielsent F و همکاران در سال ۱۹۸۳ ۱۴/۵٪ زنان بدنبال سزارین دچار مشکل شده بودند که شایع‌ترین آنها عفونت‌های

به بررسی وضعیت زنان در دوره نفاس با توجه به نوع زایمان آنان کرده است. امید که نتایج آن راهکارهای عملی در اختیار دست اندرکاران قرار دهد تا با تشخیص سریع مشکل، اقدام به موقع و ارائه مراقبت‌های کافی موفق به کاهش عوارض و مرگ و میر مادران شوند (۱).

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی اطلاعات از پرونده ۴۴۴ زنی که در ۴۲ روز اول پس از زایمان در سال‌های ۸۲ تا ۸۴ در بیمارستان قدس و علی ابن‌ابی طالب شهر زاهدان بستری شده بودند، بدست آمد و علل ادامه بستری یا پذیرش مجدد آنها در این مدت بررسی شد. شرط ورود به مطالعه آن بود که فرد پس از زایمان طبیعی بیش از ۷ ساعت و بعد از سزارین بیش از ۴۸ ساعت به علت بروز مشکلی در بیمارستان بستری شده باشد. زایمان‌های نوبت کاری عصر و ادامه بستری به علت نداشتن تمکن مالی و نبود امکان ترخیص در شب، از مطالعه حذف می‌شد. پرونده زنانی که پس از ترخیص مجدداً به بیمارستان مراجعه کرده بودند یا از واحد و بیمارستان دیگر، پس از زایمان در منزل و پایگاه زایمان ایمن، مطب و شهر دیگر به بیمارستان ارجاع شده بودند نیز بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو ( $\chi^2$ ) و تست دقیق فیشر برای متغیرهای کیفی با یکدیگر و از آزمون آماری (T) برای مقایسه میانگین بین دو متغیر کیفی استفاده شد.  $P < 0/05$  هم به عنوان سطح آماری معنی‌دار در نظر گرفته شد. علل بستری مجدد با تشخیص پزشکی به این صورت طبقه‌بندی شد: ۱- پراکلامپسی، اکلامپسی یا هرگونه پیامد آنها ۲- خونروی و درمان پیامد آن (که عبارت بودند از: دکولمان و پلاستنا پرویا، اتونی رحم، نیاز به انتقال خون، اینورژن رحم، هماتوم واژینا و پرینه،

کم‌خونی، اختلال انعقاد، پلاستنا آکرتا، پارگی سرویکس، واژینا، رحم، هیستروکتومی، هماتوم شکم و محل سزارین) ۳- عفونت شامل: تب، شوک سپتیک، پریتونیت، آبسه، کوریوآمینوتیت، ماستیت، متریت، خروج ترشح چرکی از محل درن ۴- عوارض جفت (کورتاژ به علت بقایای حاملگی و بررسی بقایای حاملگی) ۵- عوارض دستگاه ادراری مانند احتباس ادرار، پارگی مثانه، عفونت ادرار، الیگوری و آنوری) ۷- مشکلات طبی شامل مشکل قلبی، آسیت، مسمومیت، زردی، تنگی نفس، پنومونی، آسپیراسیون، دیابت، هموروئید، ادم یک‌طرفه اندام‌ها، نیاز به آندوسکوپی، یبوست، ایلئوس، اتساع شکم، آمبولی ریه، پریتونیت، ترومبوفلیت و آتلکتازی ریه.

### نتایج

از ۴۴۴ پرونده که در ۴۲ روز پس از زایمان در بیمارستان بستری شده بودند، ۸۱/۸۰٪ زایمان طبیعی را تجربه کرده بودند که از این تعداد ۲۳/۷٪ در خانه، ۶۴٪ در زایشگاه، ۱۰/۹٪ در پایگاه زایمان ایمن و ۱/۴٪ در شهر دیگری زایمان کرده بودند و ۱۹/۱۸٪ آنان سزارین شده بودند (جدول ۱).

جدول شماره ۲ نشان‌دهنده توزیع فراوانی زنان بستری در دوره نفاس برحسب قومیت و وضعیت آنان در هنگام ترخیص از بیمارستان است ( $P = 0/5$ )  $\chi^2 = 1/99$  df= ۳ آزمون آماری T نشان داد که ارتباطی بین تعداد زایمان ( $P = 0/2$ )  $\chi^2 = 2/60$  df= ۳ و نوع زایمان زنان بستری در دوره نفاس وجود ندارد. بین نوع زایمان و طول مدت بستری (در زایمان طبیعی حداقل ۱۸۰ و حداکثر ۲۸۱۴۵ دقیقه و در سزارین حداقل ۲۴۰ و حداکثر ۳۷۴۴۰ دقیقه) ارتباط آماری معنی‌داری ( $P < 0/0001$ )  $T = 6/474$  df= 97/003 وجود داشت.

بین نوع زایمان و علت بستری در دوره نفاس

پراکلامپسی، خونریزی، احتباس جفت و عفونت و در سزارین، پراکلامپسی و عوارض آن، عفونت، مشکلات طبی، خونریزی و مشکلات مربوط به محل برش زخم. بین وضعیت زنان در هنگام ترخیص و نوع زایمان (X<sup>2</sup>=50/422 df=4 P.V<0/0001) ارتباط آماری معنی دار بدست آمد (جدول ۴).

ارتباط آماری (X<sup>2</sup>=47/76 df=7 P.V<0/0001) معنی دار بود (جدول شماره ۳). شایع ترین علل بستری در این دوره بترتیب پراکلامپسی و عوارض آن، خونروی، احتباس جفت و بقایای حاملگی و عفونت بود که با توجه به نوع زایمان، در زایمان طبیعی بترتیب عبارت بودند از:

جدول ۱: توزیع فراوانی نوع زایمان زنان بستری در دوره نفاس براساس محل زایمان در بیمارستان قدس و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان،

۱۳۸۲-۱۳۸۴

جمع		سزارین		طبیعی		نوع زایمان
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	محل زایمان
۱۹/۱۹	۸۵			۲۳/۷	۸۵	خانه
۷۰/۸۸	۳۱۴	۱۰۰	۸۵	۶۴	۲۲۹	زایشگاه - مطب آنبولانسی
۸/۸۰	۳۹	-	-	۱۰/۹	۳۹	پایگاه
۱/۱۳	۵	-	-	۱/۴	۵	شهر دیگر

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت ترخیص زنان بستری در دوره نفاس براساس قومیت در بیمارستان قدس و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان،

۱۳۸۲-۱۳۸۴

p	df	X <sup>2</sup>	جمع	سایر اقوام		افغان		زابلی		بلوچ		قومیت
				درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۱۴	۳	۵/۳	۱۸۳	۴۶/۴	۲۶	۳۴/۱	۲۸	۴۵	۴۵	۴۲/۹	۸۴	وضعیت ترخیص
*			۱۲	۱/۸	۱	۷/۳	۶	۱	۱	۲/۵۴	۴	سلامت کامل
۰/۲۷			۱۱۷	۳۲/۱	۱۸	۳۴/۱	۲۸	۲۴	۲۴	۲۴	۴۷	مرگ
*			۲۰	۳/۶	۲	۳/۷	۳	۷	۷	۴/۱	۸	نیاز به ادامه درمان
۰/۱۸			۱۰۲	۱۶/۱	۹	۲۰/۷	۱۷	۲۳	۲۳	۲۷	۵۳	انتقال به ICU و سایر بخشها
			۴۳۴	۱۰۰	۵۹	۱۰۰	۸۲	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۹۶	ترخیص بارضایت شخصی
												جمع

\*شرایط برای انجام آزمون X<sup>2</sup> مهیا نبود

جدول ۳: توزیع فراوانی علت بستری شدن زنان در دوره نفاس براساس نوع زایمان در بیمارستان قدس و علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان،

۱۳۸۲-۱۳۸۴

*P	جمع		سزارین		طبیعی		نوع زایمان
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۰/۳۷۱	۳۷/۴	۱۶۲	۳۲/۵	۲۶	۳۵/۵	۱۳۶	علت بستری شدن در بیمارستان
۰/۰۲۳	۲۳/۱	۱۰۰	۱۵	۱۲	۲۴/۹	۸۸	پره اکلامپسی و عوارض آن
۰/۰۰۰۱	۹/۷	۴۲	۱۶/۳	۱۳	۸/۲	۲۹	خونریزی
							عفونت

*P	جمع		سزارین		طبیعی		نوع زایمان
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	علت بستری شدن در بیمارستان
**	۱/۴	۶	۱/۳	۱	۱/۴	۵	نیاز به آنتی بیوتیک تراپی
**	۱۲/۹	۵۶	۰	۰	۱۵/۹	۵۶	مشکلات احتباس جفت و بقایای حاملگی
۰/۶۴۴	۱/۸	۸	۲/۵	۲	۱/۷	۶	مشکلات ادراری
۰/۰۰۰	۶/۹	۳۰	۱۸/۸	۱۵	۴/۲	۱۵	مشکلات طبی
۰/۰۱	۶/۷	۲۹	۱۳/۸	۱۱	۵/۱	۱۸	مشکلات مربوط به محل برش‌آپی و سزارین
	۱۰۰	۴۳۳	۱۰۰	۸۰	۱۰۰	۳۵۳	جمع

\*P<0/05 معنی دار است \*\* از نظر آماری قابل آزمون نبود

جدول ۴: توزیع فراوانی وضعیت ترخیص زنان بستری در دوره نفاس براساس نوع زایمان در بیمارستان قدس و علی ابن ابیطالب (ع) شهر

زاهدان ۱۳۸۴ - ۱۳۸۲

P	جمع		سزارین		طبیعی		نوع زایمان
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	وضعیت ترخیص زنان
۱	۴۱/۹۵	۱۸۵	۴۱/۷	۳۵	۴۲	۱۵۰	سلامت کامل
۰/۰۵۸	۲/۷۲	۱۲	۶	۵	۲	۷	مرگ
۰/۱۷	۲۷/۲۱	۱۲۰	۳۳/۳	۲۸	۲۵/۸	۹۲	نیاز به ادامه درمان
۰/۰۰۰۱	۴/۵۴	۲۰	۱۵/۵	۱۳	۲	۷	انتقال به ICU و بخش‌های دیگر
۰/۰۰۰۱	۲۳/۵۸	۱۰۴	۳/۶	۳	۲۸/۳	۱۰۱	با رضایت شخصی ترخیص
	۱۰۰	۴۴۱	۱۰۰	۸۴	۱۰۰	۳۵۷	جمع

\* نکته: در مورد ردیف چهارم ۱۶ بیمار از ۲۰ بیمار نیاز به انتقال ICU پیدا کرده بود

### بحث و نتیجه‌گیری

اندازد که خود توجیه مناسبی برای تفاوت‌هایی است که در اقوام مختلف در مطالعه ما بدست آمد. باید متذکر شد که خیلی از تجربه‌های سنتی مفید یا مضر هستند که جنبه‌های مضر آن باید شناسایی شوند و با آگاهی دادن به مادران در مورد اهمیت مراقبت‌های دوره نفاس، آنان را به انجام این مراقبت‌ها تشویق کرد. اگر چه آزمون آماری بین تعداد زایمان و نوع زایمان ارتباط معنی دار نشان نداد، ۳۷٪ بیماران بستری در دوره نفاس اول‌زا بودند.

برحسب یافته Herbert در سال ۱۹۹۹، زنان اول‌زا (در زایمان واژینال ۶۵٪ و در سزارین ۷۵٪) نسبت به زنانی که ۳-۱ زایمان قبلی داشتند در

مشکلات بهداشتی گزارش شده در ماه اول بعد از زایمان از ۲۳٪ در هند تا ۵۰٪ در بنگلادش و انگلیس متفاوت بوده است که ممکن است بخشی از آنها به علت این واقعیت باشد که زنان اهمیت کافی به مشکلاتشان نمی‌دهند (۶) و بخشی دیگر به علت وضع اقتصادی و حتی ارائه نشدن مراقبت‌های موجود به زنان و فرزندانشان در خانه یا تسهیلات بهداشتی باشد که پایه‌های سلامت آینده آنان را سست می‌کند (۱) بیماری که زود مرخص شده باشد، به غیر از آنچه خانواده به‌طور سنتی برای آنها انجام می‌دهد میزان مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به او بسیار محدود است که می‌تواند سلامت وی را به خطر

معرض خطر بیشتری قرار دارند. نتایج پژوهش ما نشان داد که در زنان با سابقه ۶ زایمان و بیشتر، ۵ مورد (۵/۹۵٪) مرگ و ۵/۹۵٪ انتقال به ICU وجود داشت که این نتایج در مورد اول زها به ترتیب ۴ مورد مرگ (۲/۵٪) و ۳/۷۵٪ انتقال به ICU بود. بنابراین، گروه دیگری که از جهتی نسبت به اول زها حتی وضعیت بدتری هم دارند، زنان با سابقه ۶ زایمان قبلی و بیشتر هستند که این نکته امر لزوم توجه به تداوم برنامه‌های تنظیم خانواده و انجام مطلوب مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و بعد از زایمان را در این گروه از زنان نیز می‌طلبد.

Herbert PR، شایع‌ترین علت طولانی‌شدن مدت بستری یا پذیرش مجدد مادران را در مقایسه زایمان طبیعی و سزارین، عفونت (۱/۸٪ و ۷/۹٪)، عوارض فشارخون بالا (۰/۷٪ و ۲٪) و خونروی (۰/۵٪ و ۲/۴٪) بدست آورد و اظهار می‌دارد که در ۲/۶٪ زایمان‌های طبیعی، حداقل یک مشکل طبی وجود داشته که سبب بستری طولانی مدت یا پذیرش مجدد بیماران در بیمارستان شده است (۵) (برای مقایسه با نتایج پژوهش ما به نتایج جدول شماره ۳ دقت کنید). این نکته لزوم آموزش کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی را برای تشخیص بیماری‌ها و ارجاع به موقع به سطوح مراقبتی بالاتر گوشزد می‌کند.

در بررسی Koroukian Sm (۷) نشان داده شده که خطر ترومای زایمانی و خونریزی در سزارین کمتر است (۷). که تائیدی بر نتایج پژوهش ماست زیرا علت بستری طولانی مدت در ۰/۱۵٪ زنان در گروه سزارین و در ۲۴/۹٪ در گروه زایمان طبیعی بروز خونروی بود که باز هم تأکیدی بر لزوم توجه بیشتر به مرحله سوم و چهارم، مونیاتور و اقدام کافی برای پیشگیری از خونروی در زایمان واژینال است.

Schwartzm A و همکاران، عفونت دستگاه ادراری به صورت معنی‌داری با طولانی‌شدن مدت بستری در

بیمارستان و به این ترتیب با پراکلاپسی و اکلامپسی، سزارین و روش‌هایی که در آنها سونداژ ادراری انجام می‌شود ارتباط دارد (۸). نتایج پژوهش ما نیز نشان داد که مشکلات ادراری در گروه سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی بیشتر است (جدول شماره ۳). جالب است که در گروه زایمان طبیعی در ۶۷/۴٪ بیماران سونداژ مثانه انجام شده بود که دوباره توصیه می‌شود تا حد امکان از سونداژ غیرضروری پرهیز شود. طبق نتایج پژوهش ما، عفونت در گروه سزارین بیشتر بود. Yokoe DS و همکاران (۹) در سال ۲۰۰۱ میزان کلی عفونت بعد از زایمان را ۶٪ بدست آوردند که برحسب نوع زایمان در سزارین ۷/۴٪ و پس از زایمان طبیعی ۵/۵٪ بود. برحسب عوامل زمینه‌ساز، حداقل برای آندومتريت و عفونت محل برش سزارین توصیه می‌شود از معاینه مکرر واژینا و کوراژ بی‌مورد (با اداره صحیح مرحله سوم زایمان) خودداری شود.

بیماران با زایمان طبیعی، طول مدت بستری کوتاهتری در دوره نفاس داشتند؛ علاوه بر آن از وضع بهتری در هنگام ترخیص برخوردار بودند زیرا در مقایسه با گروه سزارین، موارد مرگ، انتقال به ICU و سایر بخش‌ها (جدول شماره ۳) و نیاز به ادامه درمان در آنها کمتر بود.

بنابراین پژوهشگر مجدداً بر توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی بر تشویق به زایمان طبیعی از جانب پزشکان و ماماها و سایر دست‌اندرکاران و لزوم تداوم هرچه بیشتر برنامه‌های تنظیم خانواده و توجه به ارائه مطلوب خدمات قبل، حین و پس از زایمان برای پیشگیری، غربالگری و درمان هر چه سریع‌تر مشکلات طبی مادران تأکید می‌کند.

با توجه به آنکه پیش‌آگهی بستری در موارد فشار خون بالا، خونریزی و عفونت با در نظر گرفتن موارد مرگ‌ومیر، نیاز به ادامه درمان و انتقال به ICU از همه

۲- استمرار برنامه تنظیم خانواده تا در حد امکان از آبتنی زیاد پیشگیری شود.

۳- مراقبت صحیح دوره بارداری برای تشخیص سریع مشکلات و ارجاع بموقع.

۴- زایمان در پایگاه‌های زایمان ایمن (به جای منزل) تا زمانی که زایمان در منزل قانونمند شده و از حمایت همه‌جانبه همه کادر پزشکی مستقر در بیمارستان برخوردار شود.

در پایان چون این بررسی فقط در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه انجام شده، توصیه می‌شود مطالعات مشابه در کلیه بیمارستان‌ها و در مناطق شهری مختلف انجام پذیرد.

بدتر بود، موارد زیر توصیه می‌شود:

۱- در دوره پرناتال، زایمان و نفاس اقدام لازم برای پیشگیری، تشخیص سریع، غربالگری، و کنترل و درمان خونریزی، عفونت و فشارخون بالا برای بهبود وضعیت سلامت مادران و IMR (مرگ و میر مادران) صورت گیرد. مجدداً تاکید می‌کنیم که بایستی پی‌گیری مادران در دوران بعد از زایمان به طور جدی ادامه یابد و به آنها آگاهی کافی برای مراقبت‌های لازم داده شود تا مواردی همچون عفونت زخم و ... کاهش یابد. البته این امر نیاز به مراقبت‌های بهداشتی مناسب در هنگام زایمان و پرهیز از اعمال غیرضروری (همچون کوراژ، سونداژ و ... ) نیز دارد.

#### منابع

1. WHO. Maternal and Newborn Health. Available from: [Http://www.who.int/reproductive-health/publicatins/msm983-m9832.html](http://www.who.int/reproductive-health/publicatins/msm983-m9832.html) (Accessed 05 Aug 2007).
2. Liu s, Heaman M, yoseph Ks, et al. Risk of Maternal Postpartum Readmission Associated with Mode of Delivery. *Obstet Gynecol*, 2005; 105(4): 836- 425.
3. Liu S, Heaman M, Kramer MS, et al. Length of Hospital Stay, Obstetric Conditions at Childbirth, and Maternal Readmission: a Population- Based Cohort Study. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187 (3): 681-7.
4. Nielsen Tf, Hokegard KH. Postoperative Cesarean Section Morbidityb: a Prospective Study. *Am J Obstet Gyncol* 1983; 146 ( 8 ) :911 -6.
5. Herbert PR, Reed G, Entman SS, et al. Serious Maternal Morbidity after Childbirth: Prolonged Hospital Stay and Readmissions. *Obstet Gynecol* 1999; 94 ( 6 ) :942 -7 .
6. WHO. Maternal and Newborn Health. Available from: [Http://www.who.int/reproductive-health/publicatins/msm983-m9832.html](http://www.who.int/reproductive-health/publicatins/msm983-m9832.html) (Accessed 05 Aug 2007).
7. 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.
8. Schwartz MA, Wang CC, Eckert LO, et al. R isk Factors for Urinary Tract Infection in the Postpartum Period. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181 (3): 547 - 53.
9. Yokoe DS, Christion CL, Johnson R, Sands KE, et al. Epidemiology of and Surveillance for Postpartum Infection *Emerg Infect Dis* 2001; 7(5): 834 - 41.

## Relationship Between Type of Delivery and Cause of Hospitalization in Postpartum Period

Moudi F.(Bs), Mmoudi Z.(Ms), Yaghmaei M.(Obs GYN)

### Abstract

**Introduction:** Majority of death and disabilities in mothers was occurred during parturition. Many women were hospitalized during sixty days after delivery. Which it has significant statistical correlation with type of delivery.

**Objective:** The aim of this research is study of the relation between type of delivery and cause of hospitalization women during post partum period in ALI-Ebne-Abi-Taleb and Ghods hospitals.

**Materials and Methods:** This is an analytical descriptive study; data was collected from 444 files of women who had hospitalized during first 42 days after delivery in ALI-Ebne-Abi-Taleb and Ghods hospitals in Zahedan. Reasons of continues hospitalizing or rehospitalization were considered such as length of rupture of amnion sac and catheterization, in more than 7hours after normal delivery and more than 48 hours after cesarean. Of course some cases were excluded which were hospitalize for long time because of financial problems, delivery in evening or night and whom couldn't leave hospital on time, also data from referred and released patients were included in this study.

**Results:** The findings showed that 81.15 % of women had normal delivery and 18.85% had cesarean section. 64% of women had delivery in maternity hospital, 23.7% in the home 10.9% safe delivery base and 1.4% had been sent off from other cities.

The most common cause of hospitalization was Preeclampsia, medical problems, infection, bleeding, and problems related to surgical wound in cesarean group, and in normal delivery were preeclampsia, bleeding, Placenta retention and infection respectively. Mortality rate was 2% in the women with normal delivery and 0.06% in C/S on discharging time. 15.5% of cesarean group and 2% of normal delivery group were transferred to I.C.U. There was a significant statistical relationship between type of delivery and duration of hospitalization ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusion:** Because of in cesarean group there was hospitalization in ICU, length of its, infection and mortality rate more than delivery group, therefore researcher advised; to encourage mothers to have normal delivery, to continue family planning programs for preventing high gravidity, to carry out pregnancy cares to early diagnosis of medical problems and referring them to practitioners, to have delivery in safe delivery base in suburbs, and to Follow up women in the postpartum period.

**Key words:** Cesarean Section/ Hospitalization/ Inpatients/ Natural Child birth/ Puerperium