

دلایل ختم بارداری در سه ماهه‌ی سوم و ارتباط آن با سرانجام مادر و جنین

معصومه دل آرام*، نسرین فروزنده**، نسرین اکبری***، کبری نوریان***

نویسنده‌ی مسئول: شهر کرد، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی mdelaram@skums.ac.ir

دریافت: ۸۴/۹/۲۶ پذیرش: ۸۴/۱۰/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: امروزه مشاهده می‌شود اکثر زنانی که جهت ختم بارداری در سه ماهه‌ی سوم در بیمارستان بستری می‌گردند، در فاز زایمانی قرار نداشته و بدون شروع شدن انقباضات رحمی، بستری و حاملگی آن‌ها ختم می‌گردد. با توجه به اهمیت سلامت مادران و نوزادان و نقش سزارین‌های غیر ضروری در این زمینه، پژوهش حاضر به منظور تعیین دلایل ختم بارداری در سه ماهه‌ی سوم و ارتباط آن با سرانجام مادر و جنین در سال ۱۳۸۳ در شهر کرد انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه‌ی مقطعی تعداد ۷۵۰ نفر از زنانی که جهت ختم بارداری در سه ماهه‌ی سوم در بخش زایمان بستری شده بودند، به روش تصادفی و در سه شیفت مختلف صبح، عصر و شب انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه و چک لیست بود که بر اساس معاینه‌ی اولیه‌ی بیمار، مطالعه‌ی پرونده، مصاحبه با مادر و معاینه‌ی فیزیکی نوزاد پس از تولد، توسط پژوهشگر تکمیل شد. سرانجام مادر و جنین با استفاده از معیارهای نوع زایمان، سن حاملگی و وزن نوزاد تعیین شد. اطلاعات پس از طبقه بندی با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی، کای دو و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: ۲۹۸ نفر (۳۹/۷ درصد) از مادران به علت شروع درد های زایمانی و ۴۵۲ نفر (۶۰/۳ درصد) به توصیه‌ی پزشک مراجعه و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند. ۲۳/۲ درصد از افراد مذکور به دلایلی مثل سزارین قبلی، تمایل به سزارین و مشکلات مادر و جنین در حین بارداری بستری شده بودند. نتایج نشان داد که پس از حذف موارد سزارین تکراری و تمایل به سزارین، بین علت ختم بارداری و نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد و افرادی که به توصیه‌ی پزشک بستری شده بودند، بیشتر مورد عمل سزارین قرار گرفته بودند ($P=0/001$). سن حاملگی در گروهی که به توصیه‌ی پزشک بستری شده بودند بیشتر از گروهی بود که به علت شروع دردهای زایمانی مورد ختم حاملگی قرار گرفته بودند ($P=0/003$). وزن نوزادان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: اقدام به ختم حاملگی قبل از شروع دردهای زایمانی می‌تواند احتمال عمل سزارین را افزایش دهد. گرفتن شرح حال دقیق در مراقبت‌های دوران بارداری، انجام سونوگرافی در ۲۶ هفته‌ای اول بارداری و آموزش به زنان باردار در خصوص زمان مراجعه به بیمارستان از اقداماتی است که می‌توان جهت جلوگیری از ختم زودرس بارداری انجام داد.

واژگان کلیدی: علل ختم حاملگی، سه ماهه‌ی سوم، سرانجام مادر و جنین

مقدمه

مادر و جنین ایجاد می‌شود که ادامه‌ی حاملگی را مخاطره آمیز نموده و در این شرایط برای نجات جان مادر و جنین تصمیم به ختم حاملگی قبل از شروع دردهای زایمانی گرفته

ختم حاملگی در سه ماهه‌ی سوم معمولاً به علت شروع دردهای زایمانی صورت می‌گیرد. اما گاهی مشکلاتی برای

* کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

** کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

*** کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد

جهت زایمان، محدود کردن آن‌ها به خوابیدن در تخت، محدود کردن غذا و نوشیدنی، تجویز داروهای انقباضی رحم، تجویز داروهای مسکن و ... هرگز در استانداردهای مراقبتی علم پزشکی پیشنهاد نشده است (۸). وقتی مادری قبل از شروع دردهای زایمانی بستری می‌شود، احتمال انجام مداخلاتی مثل استفاده از اکسی‌توسین جهت القاء و یا تحریک زایمان در او افزایش می‌یابد که این مسئله خود می‌تواند سبب ایجاد زجر جنین و به دنبال آن موجب عمل سزارین در مادر گردد (۹). در این عمل هم احتمال ایجاد عوارضی مثل حوادث بیهوشی، اشتباهات جراحی مثل آسیب به مثانه یا رکتوم، بستن حالب، آسیب‌های جنینی (۱۰)، زجر تنفسی جنین، عفونت زخم، خونریزی مادر (۱۱)، تزریق خون و واکنش‌های آلرژیک ایجاد شده نسبت به آن و احتمال انتقال بعضی بیماری‌ها از طریق خون وجود دارد (۱۲). از عوارض جنینی که احتمال دارد به دنبال بستری زودرس مادر جهت زایمان بروز نماید، می‌توان به نارس (۷)، عفونت خونی و بستری کردن نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه اشاره کرد (۱۳).

از آنجایی که علل ختم حاملگی در سه ماهه‌ی سوم در زنانی که در بخش‌های زنان و زایمان شهر کرد بستری می‌گردند، دقیقاً مشخص نیست، از این رو در پژوهش حاضر دلایل ختم حاملگی در سه ماهه‌ی سوم و ارتباط آن با سرانجام مادر و جنین در طی سال ۱۳۸۳ در بیمارستان آموزشی هاجر شهرکرد مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی

این مطالعه‌ی مقطعی طی ۶ ماه از سال ۱۳۸۳ (اردیبهشت لغایت آذر ماه) بر روی کلیه‌ی مادرانی انجام شد که در سه ماهه‌ی سوم جهت ختم بارداری به بخش زایمان مرکز آموزشی درمانی هاجر مراجعه کرده بودند. افرادی که حاملگی چند قلو داشتند، از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه در سطح

می‌شود. از جمله‌ی این مشکلات می‌توان به بیماری‌های قلبی - عروقی، دیابت، فشارخون بالا در مادر، سابقه‌ی سزارین، جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت (۱)، ناهنجاری عصبی و نقایص لوله‌ی عصبی در جنین، آناسفالی، ناهنجاری‌های اسکلتی، فقدان عملکرد کلیه در جنین (۲)، تاخیر رشد داخل رحمی جنین، مشکلات کروموزومی، سندروم داون و هیدروپس جنینی (۳) اشاره کرد.

معیار متداول در تعیین سن حاملگی اولین روز آخرین قاعدگی بیمار (Last Menstrual Period [LMP]) می‌باشد و تخمین تاریخ احتمالی زایمان (Expected Date of Confinement [EDC]) نیز بر این اساس صورت می‌گیرد. اما این تخمین به چند دلیل می‌تواند اشتباه محاسبه شود. ۱- یادآوری تاریخ توسط زن باردار ممکن است دقیق نباشد. ۲- بعضی از زنان سیکل‌های نامرتب داشته و ممکن است ۱۵ روز فاصله بین خونریزی قاعدگی و تخمک گذاری وجود نداشته باشد. ۳- گاهی بعضی از سیکل‌های ماهیانه بدون تخمک گذاری است. ۴- گاهی یک خونریزی مختصر غیر طبیعی دوره‌ای خصوصاً در ماه اول حاملگی وجود دارد و به عنوان آخرین قاعدگی محسوب می‌گردد (۴).

در مواردی که بیمار LMP خود را به خاطر نداشته باشد جهت تعیین سن بارداری معمولاً سونوگرافی انجام می‌شود. دقت سونوگرافی در این مورد تنها در ۲۶ هفته‌ی اول بارداری زیاد می‌باشد و بعد از آن کاهش می‌یابد (۵). به نظر می‌رسد که اکثر ارایه کنندگان مراقبت بدون در نظر گرفتن این مسائل و با تکیه بر LMP و سونوگرافی، وقتی با شکایت مادران از درد و ناراحتی‌های هفته‌های آخر بارداری، مواجه می‌شوند، به آنان توصیه می‌کنند جهت ختم بارداری به بیمارستان مراجعه کنند. در نتیجه‌ی عدم توجه به این مسئله‌ی ساده، گاهی ختم زودرس بارداری می‌تواند منجر به عمل سزارین (۶) و همین‌طور تولد نوزاد نارس گردد (۷) که هر کدام از این شرایط مشکلات خاص خود را دارند. بستری کردن زودرس زنان

۷/۵ درصد بی سواد بودند، اکثریت افراد دارای تحصیلات متوسطه و ۵/۵ درصد هم تحصیلات عالی به داشتند. ۵۲/۵ درصد زنان اولزا و ۴۷/۵ درصد چندزا بودند. از ۷۵۰ مادری که در این مطالعه شرکت کردند، ۲۹۸ نفر (۳۹/۷ درصد) آن‌ها به علت شروع خود به خود دردهای زایمانی و ۴۵۲ نفر (۶۰/۳ درصد) به توصیه‌ی پزشک مراجعه و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند. در گروه اخیر ۲۳/۲ درصد موارد ختم بارداری به دلایلی مثل سزارین قبلی، تمایل به سزارین، کاهش حرکات جنین، حاملگی دیررس، فشار خون بالا در مادر و مشکلاتی مانند جفت سرراهی، دکلمان جفت و اولیگوهایدروآمیوس انجام شده بود.

میانگین امتیاز بای-شاپ سرویکس در زنانی که به علت درد زایمان مراجعه کرده بودند، ۷/۶۶ و در زنانی که به توصیه‌ی پزشک مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند ۱/۴۱ بود که آزمون تی تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان داد ($P=0/001$). ۳۵/۹ درصد زایمان‌ها به روش واژینال، ۶۲/۹ درصد به روش سزارین و ۱/۲ درصد هم با استفاده از وسیله انجام شده بود. دلایل ختم بارداری بر اساس نوع زایمان در جدول (۱) ارایه شده است.

میانگین سن حاملگی در کل نمونه‌ها بر اساس LMP، بعد از حذف ۱۷/۵ درصد افراد که تاریخ خود را به خاطر نداشتند، $1/05 \pm 38/96$ هفته بود. حداقل سن حاملگی ۲۸ و حداکثر آن ۴۲ هفته بود. بر این اساس ۳/۸ درصد نوزادان کمتر از ۳۶ هفته سن داشتند. میانگین سن حاملگی براساس سونوگرافی، بعد از حذف ۱۶/۹ درصد افرادی که سونوگرافی نداشتند، $1/63 \pm 38/77$ هفته بود. حداقل سن حاملگی ۲۸ و حداکثر آن ۴۲ هفته بود. بر این اساس ۵/۳ درصد نوزادان کمتر از ۳۶ هفته سن داشتند. لازم به توضیح است که در ۳۳/۶ درصد موارد سونوگرافی در سه ماهه‌ی اول بارداری انجام شده بود که سن جنین با استفاده از اندازه‌گیری طول تاج سر تا کفل جنین (Crown Rump Length [CRL]) تعیین

معنی دار ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۱، ۷۵۰ نفر تعیین شد که از طریق نمونه گیری تصادفی و در سه شیفت مختلف صبح، عصر و شب انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه و چک لیست بود که بر اساس معاینه‌ی اولیه‌ی بیمار (جهت تعیین امتیاز بای-شاپ سرویکس)، کنترل سیر زایمان، مطالعه‌ی مندرجات پرونده، مصاحبه با مادران و معاینه فیزیکی نوزادان، توسط یک کارشناس ارشد مامایی تکمیل گردید. لازم به ذکر است که بای-شاپ سرویکس روش ارزیابی و بررسی میزان آمادگی سرویکس جهت زایمان است که ۵ عامل میزان اتساع و افسمان سرویکس، قوام و موقعیت سرویکس و جایگاه عضو نمایشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. هر کدام از این موارد امتیاز صفر تا ۳ می‌گیرند. در صورتی که مجموع این امتیازات بیشتر از ۷ باشد، احتمال موفقیت القاء زایمان بیشتر است (۱). اعتبار پرسش‌نامه و چک لیست از طریق اعتبار محتوی و اعتماد علمی آن‌ها نیز از طریق آزمون مجدد تعیین شد ($R=0/86$). سرانجام مادر و جنین با استفاده از معیارهای نوع زایمان، سن حاملگی و وزن نوزاد تعیین شد. جهت تعیین ارتباط این متغیرها و علت بستری، مادران به دو گروه (شروع دردهای زایمانی و توصیه‌ی پزشک) تقسیم شدند. سن نوزاد پس از تولد با استفاده از ۵ خصوصیت چین‌های کف پا، قطر ندول پستان، موهای سر، لاله‌ی گوش و دستگاه تناسلی توسط یک نفر کارشناس ارشد مامایی تعیین شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی، کای دو و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند و $P < 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۷۵۰ فرد مورد بررسی ۲۱/۷ درصد کمتر از ۲۰ سال، ۳/۳ درصد بیشتر از ۳۵ سال و بقیه در رده‌ی سنی ۲۰ تا ۳۵ سال قرار داشتند. ۱۴/۷ درصد مادران خانه دار و

جدول ۱: دلایل ختم حاملگی بر اساس نوع زایمان، شهر کرد ۱۳۸۳

نوع زایمان	زایمان طبیعی	زایمان با دستگاه	سزارین	جمع
دلیل ختم حاملگی				
شروع دردهای زایمانی	۱۸۰ (۲۴)*	۶ (۰/۸)	۱۱۲ (۱۴/۹)	۲۹۸ (۳۹/۷)
توصیه‌ی پزشک	۹۰ (۱۲)	۳ (۰/۴۸)	۳۵۹ (۴۷/۹)	۴۵۲ (۶۰/۳)
جمع	۲۷۰ (۳۶)	۹ (۱/۲)	۴۷۱ (۶۲/۹)	۷۵۰ (۱۰۰)

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

تفاوت معنی داری بین دو گروه نشان داد. این میانگین در گروه اول بیشتر بود ($P=0/003$). میانگین وزن کل نوزادان $3079/25 \pm 467/88$ گرم بود. حداقل وزن آنان ۱۱۰۰ و حداکثر 4400 گرم بود. $7/2$ درصد نوزادان کمتر از 2500 گرم وزن داشتند. میانگین وزن نوزادان در مادرانی که با شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده بودند $3047/65 \pm 492/01$ گرم و در افرادی که به توصیه‌ی پزشک بستری شده بودند $3100/08 \pm 450/60$ گرم بود که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. میانگین سن حاملگی و وزن نوزاد بر اساس دلایل ختم بارداری، در جدول (۲) نشان داده شده است. در بررسی ارتباط نوع زایمان و علت ختم بارداری، نتایج نشان داد که افرادی که به توصیه‌ی پزشک مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند، بیشتر مورد عمل سزارین واقع شده بودند ($P=0/001$). ارتباط بین امتیاز بای - شاپ سرویکس با نوع زایمان معنی دار بود و در افرادی که این امتیاز

شده بود. $25/5$ درصد موارد آن در سه ماهه‌ی دوم بارداری انجام و بر اساس طول استخوان فمور و قطر بین دو استخوان آهیانه (Bi Parietal Diameter [BPD]) سن جنین تعیین شده بود و 24 درصد هم در سه ماهه‌ی سوم انجام شده بود که با اندازه‌گیری BPD و دور شکم، سن جنین را معین کرده بودند.

میانگین سن حاملگی بر اساس LMP در افرادی که به علت شروع درد های زایمانی مراجعه کرده بودند، $38/68 \pm 1/99$ و در مادرانی که به توصیه‌ی پزشک مورد ختم حاملگی قرار گرفته بودند، $39/13 \pm 1/14$ هفته بود. آزمون تی تفاوت معنی داری بین دو گروه نشان داد، به طوری که افرادی که به توصیه‌ی پزشک بستری شده بودند، دارای میانگین سن حاملگی بالاتری بودند ($P=0/001$).

میانگین سن حاملگی بر اساس سونوگرافی در گروه اول (شروع درد زایمانی)، $38/54 \pm 1/99$ و در گروه دوم (توصیه‌ی پزشک)، $38/90 \pm 1/34$ هفته بود. انجام آزمون تی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن حاملگی و وزن نوزاد بر حسب دلیل ختم بارداری، شهر کرد ۱۳۸۳

دلیل ختم حاملگی	سن حاملگی بر اساس LMP	سن حاملگی بر اساس سونوگرافی (هفته)	وزن نوزاد (گرم)
انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
شروع دردهای زایمانی	$38/68 \pm 1/99$	$38/54 \pm 1/99$	$3047/65 \pm 492/01$
توصیه‌ی پزشک	$39/13 \pm 1/14$ *	$38/90 \pm 1/34$ **	$3100/08 \pm 450/60$

* $P=0/01$, ** $P=0/003$

که جنین هیچ‌گونه مشکلی ندارد، ختم بارداری در این زمان و قبل از آن، نه تنها سودی برای او در بر ندارد، بلکه مشکلات فراوانی از جمله کم وزنی، عدم رسیدگی ریه و را به دنبال خواهد داشت (۷،۱۳). نتایج پژوهش نشان داد که سن حاملگی بر اساس LMP در ۵/۹ درصد افراد و بر اساس سونوگرافی در ۴/۶ درصد افراد بیش از ۴۰ هفته است. حدود ۸۳ درصد خانم‌ها در دوران بارداری مورد سونوگرافی قرار گرفته بودند. از این تعداد تنها در ۵۹/۱ درصد موارد سونوگرافی در ۲۶ هفته‌ی اول بارداری انجام شده بود که دارای دقت زیادی در تعیین سن حاملگی می‌باشد (۲). معاینه‌ی فیزیکی نوزاد پس از تولد نشان داد که ۱۸/۱ درصد آن‌ها کمتر از ۳۶ هفته سن دارند. از آنجایی که به خاطر آوردن LMP مشکل است و با توجه به این که حدود ۲۴ درصد سونوگرافی‌ها بعد از ۲۶ هفته‌ی اول انجام شده بود، می‌توان گفت که جهت به حداقل رساندن عوارض حاملگی و زایمان در مواردی که مشکلی متوجه مادر و جنین نیست، می‌توان تا شروع دردهای زایمانی صبر کرد و اقدام به ختم حاملگی نمود. این مسئله از بعد دیگری هم قابل بررسی است. به این معنی که در مواردی که زایمان خود به خود شروع نشده است و تصمیم به ختم بارداری وجود دارد، به ناچار مادر مورد القاء زایمان قرار می‌گیرد که این روش می‌تواند شیوع عمل سزارین را به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد (۱۲،۱۴). این عمل عوارض بسیار زیادی برای مادر به دنبال خواهد داشت. از جمله خونریزی بیشتر، عفونت بیشتر و عوارض بیهوشی (۵) و از عوارض نادرتر آن که امروزه شیوع بیشتری یافته است، می‌توان به چسبندگی لوله‌های فالوپ و در نتیجه نازایی ثانویه به دنبال آن را اشاره کرد. بر اساس یک گزارش از اسکاتلند خانم‌هایی که از طریق سزارین فرزند اول خود را به دنیا آورده‌اند، برای حاملگی مجدد با مشکلات بیشتری مواجه هستند. در نتایج مطالعه‌ی دیگری آمده است که ۲۰ درصد افرادی که قبلاً سزارین

کمتر از ۵ بود، عمل سزارین بیشتر انجام شده بود ($P=0/001$). ارتباطی بین جنس نوزاد در دو گروه ختم بارداری مشاهده نشد. معاینه‌ی فیزیکی نوزاد پس از تولد نشان داد که ۱۸/۱ درصد آن‌ها کمتر از ۳۶ هفته سن داشتند و هیچ‌کدام از آن‌ها خصوصیات نوزاد دیررس را نداشتند.

بحث

نتایج نشان داد که از ۷۵۰ مادر مورد بررسی، ۲۹۸ نفر به علت شروع دردهای زایمانی و ۴۵۲ نفر به توصیه‌ی پزشک مراجعه و مورد ختم بارداری قرار گرفته بودند. در گروه اخیر ۲۳/۲ درصد از موارد ختم بارداری به دلایلی مثل حاملگی دیررس، کاهش حرکات جنین، فشار خون بالای مادر، جفت سر راهی، دکلمان جفت، اولیگوهایدر و آمنیوس و ... انجام شده بود و در سایر موارد اصرار مادران به بستری شدن به علت ناراحتی‌های اواخر بارداری باعث شده بود ارایه کنندگان مراقبت آن‌ها را به بیمارستان معرفی نمایند.

هر چند که میانگین وزن نوزادان در این مطالعه $3079/25 \pm 67/88$ گرم بود، اما ۷/۲ درصد آن‌ها کمتر از ۲۵۰۰ گرم وزن داشتند. سن حاملگی بر اساس LMP در ۶۵/۴ موارد بیشتر از ۳۸ هفته بود. این سن بر اساس سونوگرافی در ۶۰ درصد موارد و بر اساس خصوصیات فیزیکی نوزاد در ۴۰/۷ درصد موارد بیش از ۳۸ هفته بود. درست است که در محدوده‌ی زمانی ۳۷ تا ۴۲ هفته به جنین ترم اطلاق می‌شود (۵)، اما به معنای آن نیست که جنین از هر نظر آمادگی زندگی خارج رحمی را دارد. در زندگی داخل رحمی گاهی مشکلاتی برای جنین ایجاد می‌شود که ختم زودرس بارداری را اجتناب ناپذیر می‌سازد. در این مواقع وقتی سن جنین به ۳۷ هفته‌ی کامل می‌رسد، بارداری را ختم می‌کنند. در واقع مشکلاتی که در این سن در زندگی خارج رحمی برای نوزاد اتفاق می‌افتد به مراتب کمتر از مشکلاتی است که در زندگی داخل رحمی ایجاد می‌شود. اما در مواردی

کروموزومی و سندروم داون (۲)، هیدروپس جنینی، آنانسفالی جنین، ناهنجاری‌های اسکلتی در جنین و فقدان عملکرد کلیه (۳) را به عنوان علل ختم بارداری در سه ماهه سوم مطرح کرده‌اند که در مطالعه‌ی حاضر هیچ یک از علل فوق وجود نداشتند.

نتیجه‌گیری

گرفتن شرح حال دقیق در مراقبت‌های دوران بارداری، انجام سونوگرافی در ۲۶ هفته‌ی اول بارداری و آموزش به تمام خانم‌های باردار بدون مشکل در مراکز بهداشتی - درمانی در مورد زمان مراجعه به بیمارستان جهت ختم حاملگی و عوارض ناشی از بستری شدن زودرس، از اقداماتی است که می‌توان در جهت جلوگیری از ختم زودرس بارداری انجام داد.

تشکر و قدر دانی

به این وسیله نویسندگان مقاله از پشتیبانی و حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و همکاری پرسنل محترم بخش زنان و زایمان سپاس‌گزاری می‌نمایند.

شده‌اند برای حاملگی بعدی دچار مشکل شده‌اند. در حالی که این میزان در افرادی که زایمان قبلی آن‌ها طبیعی بوده است ۵ درصد می‌باشد (۱۵). در ۶۲/۹ درصد نمونه‌های مورد مطالعه (۴۷۱ نفر) زایمان به روش سزارین خاتمه یافته بود. منطقی است که سزارین به عنوان راه‌کاری برای حفظ جان مادر و نوزاد در زایمان‌های سخت مورد استفاده قرار گیرد، ولی طبق آمار سازمان بهداشت جهانی حداکثر تا میزان ۱۵ درصد قابل قبول می‌باشد. به این معنا که حداکثر ۱۵ درصد زنان باردار هر جمعیتی قادر به انجام زایمان طبیعی نبوده و ناگزیر از انجام سزارین به عنوان یک عمل جراحی (با قبول خطرات خاص هر عمل جراحی توأم با بیهوشی) می‌باشند (۱۶). علت این تفاوت احتمالاً استفاده از اکسی‌توسین جهت القاء زایمان در افرادی است که بدون شروع دردهای زایمانی بستری شده بودند. متأسفانه مطالعه‌ای در این خصوص در کشور ایران انجام نشده که بتوان نتایج این مطالعه را با آن مقایسه کرد و یا حداقل مطالعه‌ی مناسبی در دسترس قرار نگیرد. مطالعاتی که در خارج از کشور انجام شده نیز مسائلی هم چون تاخیر رشد داخل رحمی جنین (۳)، ناهنجاری عصبی و نقایص لوله‌ی عصبی در جنین، مشکلات

منابع

- 1- Burrough A. *Maternity Nursing: An Introduction Text*. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co: Philadelphia ;1997, 354-93.
- 2- Bosma JM, Vander WG, Hosman BE. Late termination of pregnancy in north Holland. *Br J Obstet Gynecol*. 1997 ; 104 (4): 478-87 .
- 3- Dommergues M, Benachi A, Benifla JL, Noettes DR , Dumez Y. The reasons for termination of pregnancy in the third trimester. *Br J Obstet Gynecol*. 1999; 106 (4): 297-303.
- 4- Savitz DA, Terry JW, Dole N, Thsrp JM, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultersound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187 (6): 1660-6.
- 5- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*. New york: McGraw-Hill Co; 2001, 3-13, 537-63, 1111-39.

- 6- Johnson DP, Davis NR, Brown AJ. Risk of cesarean delivery after induction of term in nulliparus women with an unforable cervix . *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 1565-72.
- 7- Bailit JL, Garrett JM, Miler WC, McMahan JM, Cerfalo RC. Hospital cesarean delivery rates and the risk of poor neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187: 721-7 .
- 8- Flamm DR. Vaginal birth after cesarean. [monograph on the internet] [visited on 2005]. Available from: <http://www.midwives sofwa.org/faoyhgihsnvbac.htm>.
- 9- Walling AD. Elective induction doubles cesarean delivery rate. *Am Fam Physician.* 2001; 61: 1173.
- 10-Heinberg EM, Word RA, Chambers RB. Elective induction of labor in multiparous women .Does it increase the risk of cesarean section? *J Reprod Med.* 2002; 47 (5): 399-403.
- 11- Seyb ST. Risk of cesarean delivery with elective induction of labor at term in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 94 (4): 600-7.
- 12- Maslow AS, Sweeny AL. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low risk women at term. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 95: 917-22 .
- 13-Dublin S. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 183: 986-94.
- 14- Yeast JD, Jones A, Poskin M. Induction of labor and the relationship to cesarean delivery: A review of 7001 consecutive inductions. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 180: 628-33.

۱۵- پژوهشکده ابن سینا. زایمان طبیعی یا سزارین؟ *نشریه پیام باروری و ناباروری*؛ ۱۳۸۳؛ سال ۵، شماره ۵۹: صفحات ۴ تا ۵.

۱۶- شاکریان بهار. بررسی فراوانی نسبی سزارین و علل انجام آن در استان چهار محال و بختیاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*؛ ۱۳۸۳؛ سال ۶، شماره یک: صفحات ۶۳ تا ۶۹.