فراوانی زایمان سخت و بردی از عوامل مستعد کننده آن

*هدي احمدی طهران، احمد کچویی، اکرم جهانپور، آقیه غلاموران، رقیه اهتکری*

چکیده

زمینه و هدف: سالانه بین از ۱۵۰۰ میلیون زن در کشورهای توسعه‌یافته پارتوزانی یا زایمان سخت و بردی یا متعاقب به درد، شدیده یا بارداری‌ها متوجه به تولد یک نوزاد زنده از یک مادر سالم می‌شود. اما برای این موارد فارماکولوژی نمونه‌های مختلف و با احتمال تنفسی، درد، رنگ و حتی مگره همراه می باشد که در این موارد زایمان دشوار و خستگی یکی از علل مادر پزشکان متعددی می‌باشد. لذا تأثیر زایمان سخت و بردی بر روی نتایج بارداری و به منظور تعیین عوامل مستعد کننده آن، این بررسی بر روی مراجعین به زایمان‌های بارداری‌ها و حضور زنها (س) قسمت انجام گرفت.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت مقطعی به مدت 6 ماه از زینت 1386 تا 1385 بر روی 1238 زن آماده زایمان مراجعه کننده به دو مراکز دانلی شهر قم انجام گرفته است. در این بررسی نمونه گیری به صورت غیر احتمالی و بر بند اینده و ابزار گرداری داده ها یک روش آماری بعد به استری فرضی کوتاه و در نهایت با گرداندن نتایج داده ها با آزمون های کاپو، چیتی و چیتی و نتایج حاصل را جزیی و تحلیل داده ها با آزمون های کاپو، چیتی و چیتی و نتایج حاصل را پرورست و آزمون Z انجام نشده.

پایان‌های: یافته آن تولید یک نمودار که هاشب زایمان سخت و دشواری نیز آماده زایمان سخت و بردی تحلیلی، عدم تاسیس سر بین هر مادر، اختلالات نیروهای رحمی، دریافت مصرف مخدر بيش از یک ساعت به زایمان، خستگی روحی مادر و عدم هماهنگی و یلی یک همایش نمونه، صحت گرفتن و نمایش غیرشایعی جنین، و دی‌مان عضویت ارتباط بارداری و سطح گرفتن در دوران بارداری، نوع تیپ درمانی خدمات بارداری، سابقه سطح، فاصله بارداری و بارداری و دی‌مان انتباه مالی داری داشت.

نتیجه گیری: از نتایج که مطالعات مختلف زایمانی و عوامل مستعد کننده مقاومتی را گزارش نموده و با توجه به این که تشخیص اختلالات زایمانی یکی از مهم‌ترین راه‌های کاهش مراکز و بارداری و جنین است دلیل این نتایج در تاریخ این بررسی در پیش بینی یک زایمان غیرشایع سود جست و جهت یکاهن ابزار را با زایمان سخت و بردی در جریان بررسی نمود.

کلید واژه‌ها: زایمان سخت - علل مادری - علل جنینی - عوامل مستعد - عوامل مرتب

تاريخ دریافت: ۸/۱۰/۱۴۹۷

تاريخ پذیرش: ۸/۱۰/۱۴۹۳

1 مریم گروه ماما، دانشکده پرسنلی بارداری ماما، قم، ایران (مؤلف مسئول) شماره نسخه: ۱۳۴۱/۲۵۳۹۹۹۹۰۰۰  
Email: hajmar@iranom.com
2 استادیار گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران  
3 استادیار گروه پرستاری اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران  
4 مریم گروه اولویت و مربیت بارداری، دانشکده پرسنلی بارداری ماما، قم، ایران  
5 دکتر تخصصی پرستاری زنان و ماما، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قم، ایران
دردیده‌های طوبی و همکاران

فرآیند زایمان سخت و برشی از عوامل مستعد کننده آن

مقدمه

تولد زایمان بدون پرده‌های خلفی و با کندتیون، می‌تواند به عهده قهرمان گذارده شود. هر سال بیش از ۱۵۰ میلیون زن در کشورهای در حال توسعه حامله می‌شوند و اغلب حاملگی‌ها مجهز به تولد پیک نوزادان، از یک مادر سالم می‌شود اما باید از این زیان نظریات و درمان‌های مختلف مطالعات شیوع زایمان طولانی‌مدت‌یافته از طولانی شدن مراحل تولید زایمان را بین ۸ تا ۱۲ سال در گزارش کرده است. طولانی شدن مراحل درمان زایمان بخش از ۴ ساعت شایع نبوده و علت آن عمدتاً وضعیت اکسیژن پوست خلخیق ایجاد است. در این رابطه مطالعات انجام شده اخیر امارات فرآیند زایمان برخی از این مشاهده‌ها از لحاظ حاصل ما انگیزه‌های شدید ممکن است در تولید یک م👶ه تولید جهت تعیین موجب کردن طبیعی زایمان بدن که به دلیل این مشاهده‌ها علت راهبردهای جدیدی نشان می‌دهد. به دلایل این مشاهده‌ها، نتایج تحقیقی بیش از به‌درستی در فرمولهای مختلف این پروتکلهای پیکر آموزشی باید نشان داده شود. در این رابطه تحقیقات نادرست، تغییرات بی‌پایان، ترس از مسائل قانونی و حتی راحتی عامل زایمان مهمی‌ی جزو علت بر شرایط زایمان است.

بر طبق مستندات برخی سران این سال های اخیر به بالاترین حد گزارش شده خود را بر عهده کرده است که در این معانی ۶۰٪ مادران زایمان در تعطیلات در نظر گرفته. بزرگ‌ترین ها به علت سنتی و تجربه ایان ها نتیجه نشده که از تغییرات طبیعی در حیات و اکتساب در این موضوعات بیشتر مردم نگرفته اند که نتیجه آن می‌باشد. این تغییرات در سه ماه افزایش زایمان بیشتر واقع و در دوازده افزایش و در این شامل می‌باشد.

طول مدت زایمان انسان بسیار کوتاه است. طول فاصله فعال زایمان‌ها آن ۳ تا ۴ ساعت می‌باشد. انتظار دهی رحم به میزان ۲ تا ۴ ساعت می‌باشد در حضور انتقالات و رحم نشانه‌های بی‌پایانی از ایرادی برای شروع فعال زایمان به شمار می‌رود. طولانی شدن مراحل درمان زایمان در کشورهای آمریکا پیش آمده و درصد زایمان‌ها به همراه استفاده از عوامل مستعد کننده آن آن عوامل تکنی سطحی
روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی، تحلیلی و مقطعی بوده است. نمونه پژوهش شامل کل زنان بارداری است که جهت زایمان به بیمارستان ایزدی و آمیختگی کرده تلقی شده و این امر با توجه به آمار هایی که در این زمینه ارائه گردیده است به مراجعه به بیمارستان در نظر گرفته، نمونه ای از تعداد ۴۸۰ نفر پاسخگویی به اهداف مطالعه بوده است. به آنها که بر اساس جمعیت تحت پوشش بیمارستان منظور شده است به انتخاب شدند. در نهایت نفر وارد مطالعه شدند. نمونه های پژوهش به هنگام انتخاب دهه رحم سفید می‌شود و مورد مصاحبه قرار می‌گیرد. اگر نتایج تحقیق شدید در این زمینه با غیر اینه‌ای مطابقت نداشته باشد، نمونه شناخته شده و مورد مطالعه قرار می‌گیرد. شرایط دیگر علائم و مشخصات زایمان برابر گشته شده است. توسط همکاران پژوهش مورد ارزیابی و مشاهده مدار می‌گردد.

روش بررسی

به این ترتیب نمونه واقعی شامل شکنندگان شایع زایمان سخت که با درک و کاربرد این روش نسبت به زایمان سخت کارایی بالا داشته و به کار می‌رفت. نمونه‌ها از زنان بارداری، سن بارداری و اگریک در ۳۷ سالگی حاملگی شده و ۳۷ سالگی حاملگی کارایی بالا داشته و کارکنان شاخصی که در این زمینه عمل کرده‌اند به نتیجه‌ی کاربرد این روش و کاربرد آن در حوزه‌ی زایمان و سلامتی مادر و فرزندشان اطمینان می‌دهند. همچنین بررسی و ارزیابی نتایج در یک هفته بعد از زایمان به کار گرفت و با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان با شاخص‌های کلی نمونه‌ها در آن زمان
توسط آنالیز ۲۷۸ حاصله مورد پژوهش فارسی، ۹٣/۷ درصدی تحقیقات ایندامیا در ۹۳/۸ درصدی، ۸١/۷ درصدی دانشگاهی در ۸۲/۷ درصدی، ۷۱/۷ درصدی دانشجویی در ۷۰/۷ درصدی و ۶۷/۷ درصدی محمدیان در ۶۶/۷ درصدی که سایر حوزه های زبان های داشتن شده. در ارتباط با دفعات بارداری و فواصل بین بارداری ها یافته نشان داد تعداد بارداری سه-۲ و ۲-۱ در ۳-۳ ماه بوده. از جهت اضافه وزن دوران بارداری نیز ۹۱/۴ در دایره اضافه وزن به مقدار ۷ تا ۱۹ کیلوگرم بوده و ۶۷/۴ در در ۶۰/۳ در ۶۰/۳ در ۶۰/۳ در ۶۰/۳ در نوزاد پسر ۴۲/۱ نوزاد دختر داشتن. ۹۷/۷ در فاصله اطعامی تازه دارا نشان داد فاصله زیامان و خانم های ایفا کننده از دو طرف SPSS تحت ویندوز انجام گردید. داده ها توسط نرم‌افزار SPSS تحت ویندوز انجام گردید.

۶٨ تشريه پرتستار ایران

۱۳۸۸ دوره ۲۴ / شماره ۶٢ / استفاده‌ها
جدول شماره ۲- توزیع فراوانی و وضعیت زایمان بارز زنان مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>جمیع</th>
<th>زایمان سخت</th>
<th>بی‌سواد</th>
<th>جنگلی</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7/5</td>
<td>295</td>
<td>213</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>9/5</td>
<td>2101</td>
<td>1324</td>
<td>777</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>1000</td>
<td>646</td>
<td>360</td>
</tr>
</tbody>
</table>

یافته‌ها نشان دادند که بیشترین درصد زایمان سخت در گروه فارس (۳/۸/۳)، سیستان و بلوچستان (۲/۶/۲) و خوزستان (۲/۸/۴) بوده است. دریافت داروهای مسکن بیش از ۲/۸/۴ در سایر احتمال‌ها و بخش‌های آن‌ها، دریافت داروهای مسکن کمتر از یک سایت بیش از زایمان (۲/۶/۲) بوده است.

از علل مادری به ترتیب، عدم تاسیب گلن مادر با سر جنین، خشکسایی روحی مادر (۳۳٪) و عدم همبستگی دارایی (۳۳٪) بوده است.

از میان عوامل جنینی، نوزادی نیز به ترتیب مادرخوگی، وزن بیش از ۴۰۰۰ گرم نوزاد (۳/۸/۳)، و وجود دیابت بارداری (۳/۸/۳) بوده است.

است. در این گزارش، میزان توزیع، میزان توزیع و وضعیت غیرطبیعی جنین (۹/۹/۱) از علل همراه بودن دارد.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی زایمان سخت بر حسب میزان تاصیلات در زنان مراجعه کننده به زایشگاه‌های دولتی شهر قم سال ۱۳۸۴-۸۵

<table>
<thead>
<tr>
<th>میزان تاصیلات</th>
<th>زایمان سخت</th>
<th>جمیع</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>تعداد</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۱۰۰۰</td>
</tr>
<tr>
<td>زایمان سخت</td>
<td>۶۴۶</td>
<td>۶۴۶</td>
</tr>
<tr>
<td>بی‌سواد</td>
<td>۴۴۳</td>
<td>۴۴۳</td>
</tr>
<tr>
<td>جنگلی</td>
<td>۲۲۳</td>
<td>۲۲۳</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۶۴/۶</td>
<td>۶۴/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>انتقال بارداری</td>
<td>۱۳۵</td>
<td>۱۳۵</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۱۳/۵</td>
<td>۱۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>جنگلی</td>
<td>۹۴</td>
<td>۹۴</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۹/۴</td>
<td>۹/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>انتقال بارداری</td>
<td>۱۰۱</td>
<td>۱۰۱</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۱۰/۱</td>
<td>۱۰/۱</td>
</tr>
<tr>
<td>جنگلی</td>
<td>۸۴</td>
<td>۸۴</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۸/۴</td>
<td>۸/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>انتقال بارداری</td>
<td>۹۵</td>
<td>۹۵</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۹/۵</td>
<td>۹/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>جنگلی</td>
<td>۷۵</td>
<td>۷۵</td>
</tr>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>۷/۵</td>
<td>۷/۵</td>
</tr>
<tr>
<td>جمیع</td>
<td>۱۰۰۰</td>
<td>۱۰۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

نشریه پرستاری ایران ۶۹
دوره ۲۴ / شماره ۶۲ / اسفندماه ۱۳۸۸
پژوهش حاضر نشان داد که در بین علی مادری همراه زایمان سخت، عدم تناوب سر با کل مادر و سبب اخلال در نیروهای رحمی و از علت جنینی مکاروم نوزاد و وضعیت غیرطبیعی نوزاد از بیشترین درصد فراوانی برخوردار بوده است. در این مطالعه، عموماً بر اساس مدل‌برداری (2006) نیز عدم تناوب سرژنین با کل مادر را واکنش نسبتی زایمانی مشخص کردند. \(^{(3)}\)

در حالی که در پیش اماراتی اخلاقی نظامی نیروهای رحمی، شایع ترین علت بوده است. \(^{(2)}\)

نتایج این پژوهش نشان داد زایمان سخت و طولانی با قومیت، سن و قد مادر ارتباط آماری معنی دارد. به طوری که

همچنین یافته‌ها نشان داد که ۵۸/۷٪ زنان در گروه بدون زایمان سخت و ۱۴/۳٪ در گروه زایمان سخت اکس تسوسی در یافته و نهایی زنان با زایمان سخت و ۳۴/۷٪ زایمان طبیعی (۳۳/۹٪ از این تعداد به کمک واقعی) و ۳۲/۳٪ سازارهای شبانه.

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش درصد فراوانی زایمان سخت را ۲۵/۷٪ با فاصله اطمینان ۷/۸٪ شان داد. ارتباط به شروع زایمان سخت در ایران مطالعاتی که بیان این رقم را متقاضی نمود توسط محقق یافتند، اما در مطالعات خارج از کشور شروع بیمار متغیر مشاهده گردیده. به طوری که ارقام از ۴ تا ۱/۲۱٪ گزارش گردیده است. اما بیشتر محققین بر شروع ۷ تا ۱۵/۷٪ اتفاق نظر داشتند. سایر بیماران متغیر این نتقاط شروع، در تشخیص مشکل و به استادی زایمان سخت توسط متخصصین می‌باشد. در این رابطه زو و همکاران (۲۰۰۶) در
بیشترین وقوع زایمان سخت در گروه فارس، با افزایش سن ( بالای 35 سال) و کمتر از 150 سانتی‌متر ضایعه بود. در این راستا نیز بین عقیل (1380) متقاضیه طول زایمان در زنان نخست زایمان کم و ترکمین به تفاوت معنی داری بین طول زایمان و قومی دست‌بافت ( tweed الرشاد و همتی 1383) زیاد در مطالعه مردم شاهدی خود که بر روی 100 زن نخست را انجام داده بود، بین سن و طول مراحل زایمان ارتباط آماری معنی داری یافت. بطوری که با افزایش سن و طول مراحل زایمان طول آن زایمان در کمتر از سن و سناراهان افزایش یافت. در این رابطه اسلام (1384) اظهار می‌کرد که سن زنکی از عوامل مهم و مؤثر بر طول مراحل زایمان است. به ویژه که این سنی اولین بارداری خود را بر داشته باشد. این موضوع دیده بود که سن بر روی عملکرد مومتر و بانک همین سروریکس تاثیر گذاشته است و آنرا در بهترین آمادگی و دیدارسیون مقاله می‌سازد و حتی میزان استفاده از کمک‌های افرادی زایمان در گسترش و افرادی در زنان مادر ارتباط آماری معنی داری یافتند. اما بر خلاف نتایج این پژوهش زایمان سخت با افزایش پارتی بیشتری بیشتری می‌یافته. در این راستا توصیه و همکاران در مطالعه خود نشان داده که زایمان سخت و طولانی در زنان دولت پارسیان می‌باشد. در این مقاله به جهت افزایش سن از ترکیبی به ویژه در کشور های توصیه یافته برای عمل سر به همراه افزایش سن مادر در اولین زایمان از مفهوم این موضوع دانسته است.

در مطالعه حاضر بیشترین شیوع در زنان با تفصیلات دانشگاه و شاخص بوده است. شاخص بدان گفت زنان تحصیل کرده از حساسیت ویژه در زمان مراقبت‌های بارداری و تعداد دفعات آن بروخوردار هستند بنابراین زنان تحصیل کرده دانشگاهی و شاخص را از تعداد فرزند کمتر و فاصله بارداری
فراوانی زایمان سخت و برخی از عوامل مستعد کننده آن

به دنبال تولد سالگرد در عرض 5 سال گذشته صورت گرفته است، مشخص شد سه بیانیه 55 سال وزن نوزاد بالای 4 کیلوگرم، اختلالات نارازی، هیپودرموس، سابقه دیابت نازایی در بهترین اپیدودا و پارگی که آب با زایمان طولانی و سخت طبیعی متوالی است. بر اساس این نتایج، دارARRAY در این مطالعه نشان داد که زایمان سخت در زنان که سابقه نازایی و زایمان سخت داشتند بیشتر است. ایسلا و همکاران (2004) اظهار می‌دارند که وجود علت اصلی بیماری دیابت خطر زایمان سخت را افزایش داده و در نتیجه این توصیه قطعی بهداشتی درمانی بیشتر ماراکی می‌شود. از این رابطه بین زایمان سخت و عدم ساقه سطح افزایش و آماری معنی‌داری نیز پایتخت شد. به طوری که زایمان سخت در زنان که سابقه سطح داشتهند بیشتر دیده شد. شاید ساختن گفت خانم که جنین خود را به علت ورزی سطح نمایند به جهت وجود مشکلات کانال زایمانی کمترین زایمان سخت را داشته است.

در حالی که فینشتی و همکاران (2002) اعتقاد دارند که زنان با عدم دریافت مراقبت بارداری و اختلال مراقبتی علی‌البدل مراقبت‌های بی‌استی به علت اینکه این بیماری بیماری نازایی و زایمان سخت پرخطر در نظر گرفته شود. اما در این مطالعه زایمان سخت بیشتر در گروهی دیده شد که مراقبت بارداری اخیر خود را در مراکز بهداشتی درمانی داشته که خود می‌تواند به علت حجم بالایی در مراقبات به مراکز بهداشتی درمانی دیگری نیز بداند و در مطالعه ناحیر بیشترین زایمان سخت در زنان با تغییرات بالا و وجود دیابت مشاهده شد. در پژوهش Nystedt و همکاران (2006) که به مثابه بیماران ناراضی، عوامل مرتبط با زایمان طولانی به روز


تقدير و تشکر

در انتهای پژوهشگر زحمات متاحم درمانی در مشتری بهینه می‌باشد و برای روبروی این علت ابقاً وضعیت علمی پزشکی قم، مسئولیت پزشکان، دانشکده‌های پزشکی و مامایی علوم پزشکی قم، کمک تولیدی و خدمات به این مطالعه تا زایمان سخت و ناراضی، عوامل مرتبط با زایمان طولانی به روز

فهرست منابع


دوره 72 / شماره 62 / استناده 1388
72 نشریه پرتسران ایران
7- Jean moon, M. "Perinatal outcome after a prolonged second stage of labor. J Reproduct Med;1999: 35(3):229-231
The Prevalence and Related Factors of Hard Labor

* Ahmari-Tehran, H MSc1 Kachooee, A MD2 Heidari, A PhD3 Salahshourian-Fard, A MSc4 Ahangari, R MD5

Abstract

Background and Aim: Each year, more than 150 millions women become pregnant in the developed countries and most of the pregnancies result in the birth of one living newborn from a healthy mother. But, for some of the women, labor has not been easy and gladly and it follows with the feeling of fear, pain, suffering and even death. Hard labor or dystocia of labor is one of the main reasons of the death of mothers which is preventable or curable by correct and on-time control. Prevalence of dystocia has been reported in different points and has been from %4 to %15.

Up to the present time, a comprehensive research has not been obtained from prevalence of labor distocia in Iran; therefore, the aim of this study was to determine the prevalence of hard labor and the related factors in women referring to the public maternity hospitals of Qom in 2005-2006.

Material and Method: The present research is a descriptive analytic study on 4325 women ready for labor referring to the public hospitals of Qom within 5.5 month. The instrument for collecting data was a questionnaire completed with observation, interview and examination. Finally, data were analyzed using SPSS.

Result: The findings showed that the prevalence of long and hard labor was 7.5±0.78. In this regard, non-proportion of the head of fetus with pelvic of mother, disorder of womb forces, having epidural anesthesia, receiving narcotic sedative more than one hour to labor, mental fatigue of mother and not cooperating the woman and polyhydraminos were most related to hard labor, respectively. The most related fetal factors were macrosomia, malposition and the existence of umbilical cord around the neck of newborn, respectively. The results showed that hard labor had a statistically significant relationship with the age of mother, level of education, occupation, weight gain during pregnancy, kind of center for receiving prenatal services, record of hard labor and the record of abortion, and existence of diabetes (P<0.000).

Conclusion: The results showed that the prevalence of hard labor is moderate as compared with some of the regions of the world. Anyway, by considering that up to now, a comprehensive epidemiologic study has not been reported in Iran about the labor dystocia, and with regard to its dangerous effects on mother and fetus, further study is recommended.

Keywords: Fetal factors – Related factors- Maternal factors - Dystocia

Received: 27 Des, 2008
Accepted: 10 Feb, 2010

1 Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences and Health Services, Qom, Iran (*Corresponding Author) Tel: 09122539929 E-mail: ahmari9929@yahoo.com
2 Assistant Professor in Surgery, Qom University of Medical Sciences and Health Services, Qom, Iran
3 Assistant Professor in Social Medicine, Qom University of Medical Sciences and Health Services, Qom, Iran
4 Senior Lecturer in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran
5 Assistant Professor in Gynecology, Qom University of Medical Sciences and Health Services, Qom, Iran