

## نتایج حاصل از حاملگی طولانی مدت

دکتر سیده فاطمه حق دوست اسکویی<sup>۱</sup>، خاطره رضانی\*<sup>۲</sup>، سیمین تعاون<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>

### چکیده

طولانی شدن حاملگی تا بعد از هفته ۴۱ مشکلاتی برای مادر، جنین و نوزاد ایجاد می کند. تعیین نتایج حاملگی طولانی مدت از اولویت های تحقیق است. لذا این پژوهش با هدف تعیین نتایج حاصل از حاملگی طولانی مدت انجام شده است. پژوهش حاضر از نوع مورد-شاهدی بود که اطلاعات از طریق برگه ثبت موارد جمع آوری و سپس مورد بررسی قرار گرفت. تعداد نمونه های این پژوهش ۱۸۰۰ نفر بودند. ۶۰۰ نفر گروه مورد از طریق نمونه گیری مستمر انتخاب شدند و ۱۲۰۰ نفر گروه شاهد را تشکیل دادند که به طریق تصادفی ساده انتخاب گردیدند. براساس یافته های حاصل از این مطالعه، القاء زایمان ( $P = 0/000$ )، پاسخگویی به القاء در روز دوم ( $P = 0/004$ )، زایمان به روش سزارین ( $P = 0/004$ ) و خونریزی بعد از زایمان ( $P = 0/000$ ) از نتایج مادری حاملگی طولانی مدت شناخته شدند. همچنین یافته ها نشان داد که زجر جنین ( $P = 0/000$ )، دفع مکونیوم ( $P = 0/000$ )، کاهش حرکات جنین در هنگام مراجعه ( $P = 0/000$ ) و کاهش حجم مایع آمنیوتیک ( $P = 0/000$ ) از نتایج جنینی حاملگی طولانی مدت می باشد. بالاخره یافته ها بیانگر آن بود که موارد پذیرش نوزاد در بخش مراقبت های ویژه ( $P = 0/000$ ) و افزایش وزن نوزاد در هنگام تولد ( $P = 0/000$ ) از نتایج نوزادی حاملگی طولانی مدت است. براساس یافته های این مطالعه افزایش القاء زایمان، جواب دادن به القاء در روز دوم، افزایش زایمان به طریق سزارین، افزایش خونریزی بعد از زایمان، افزایش طول مرحله دوم زایمان، زجر جنین، دفع مکونیوم، کاهش حرکات جنین در هنگام مراجعه، کاهش حجم مایع آمنیوتیک و افزایش وزن نوزاد هنگام زایمان از نتایج نامطلوب حاملگی طولانی مدت شناخته شدند. لذا ختم این حاملگی ها قبل از هفته ۴۱ و در مراکز مجهز به امکانات مراقبت های ویژه (جهت زایمان، بعد از زایمان، احیاء نوزاد و بخش مراقبت های ویژه نوزاد) پیشنهاد شد.

واژه های کلیدی: حاملگی طولانی مدت، نتایج حاملگی، نتایج مادری، نتایج جنینی، نتایج نوزادی.

<sup>۱</sup> استادیار دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مامایی (\*مؤلف مسئول)

<sup>۳</sup> عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

<sup>۴</sup> عضو هیئت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

**مقدمه**

حاملگی طولانی مدت همواره با خطرات زیادی همراه بوده است. مطالعات طی ۶۰ سال گذشته نشان داده اند که در صورت ادامه حاملگی بعد از هفته ۴۲، مرگ و میر و عوارض پری‌ناتال افزایش می‌یابد (Fox, Draycott, James, Read, ۱۹۹۹). به طور کلی به دلیل مداخلات مامایی، میزان بروز حاملگی طولانی مدت مشخص نیست (Roach و Rogers, ۱۹۹۷) و این میزان بسته به معیارهای مورد استفاده برای تشخیص حاملگی طولانی مدت متغیر است. میزان گزارش شده بروز حاملگی طولانی مدت، ۴ تا ۱۴ درصد و به طور متوسط ۱۰ درصد بوده است (قاضی جهانی و همکاران به نقل از کانینگهام و همکاران، ۱۳۸۱).

زنان بارداری که از تاریخ تقریبی زایمان آنها، ۲ هفته یا بیشتر گذشته باشد با چندین مشکل روبرو می‌شوند. از جمله آنها مشکلات احساسی ناشی از تشویش، انتظار و اضطراب به علت شروع نشدن درد در زمان مورد انتظار است. زنانی که حاملگی طولانی مدت دارند، سطح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند که خود از عوامل تعیین کننده سلامت روانی مادر بعد از زایمان است و بر واکنش مادری - نوزادی اثر می‌گذارد (Campbell, ۱۹۹۷). از سوی دیگر مداخلات پزشکی برای ارزیابی و تلاش برای زایمان، همچنین آزمایش‌ها و معاینه‌های اضافی، اقدام‌های مربوط به تحریک زایمان و سزارین و به دنبال آن افزایش نگرانی در مورد چگونگی پرداخت هزینه‌های مراقبت پزشکی مشکل آفرین است. بالاخره صدمات فیزیکی احتمالی حین زایمان به علت بزرگی جنین، پارگی سرویکس و واژن در هنگام زایمان و عوارض دیررسی چون نارسایی سرویکس، شلی عضلات لگن، بی‌اختیاری استرسی ادرار و بی‌اختیاری مدفوع از جمله مشکلات ناشی از حاملگی طولانی مدت می‌باشند (Spellacy و Hammod, Disaia, Scott, ۱۹۹۹).

اگر چه مشکلات مربوط به مادر مهم هستند، ولی تهدید کننده زندگی نیستند در حالی که مشکلات نوزادی در حاملگی طولانی مدت بسیار تهدید کننده و جدی‌تر از مسائل مادری است. یکی از مشکلات، الیگوهیدرآمینوس با فشار حاد بر بند ناف، به دلیل کم شدن مایع آمنیوتیک می‌باشد. مسئله دیگر، بزرگی جثه جنین است که می‌تواند منجر به عدم پیشرفت

زایمان و مهم‌تر از آن صدمات حین تولد به خصوص دیستوشی شانه‌ای، صدمه به عصب بازویی و یا هیپوکسی شود. آسپیراسیون مکونیوم سومین و یکی از مهم‌ترین مشکلات است. دفع مکونیوم در بیش از ۲۵ درصد موارد در حاملگی طولانی مدت اتفاق می‌افتد. با توجه به کاهش مایع آمنیوتیک در حاملگی طولانی مدت احتمال آسپیراسیون مکونیوم و در نتیجه سندرم زجر تنفسی افزایش می‌یابد. مسئله چهارم، عدم کفایت جفت است که منجر به سندرم دیررسی و تأخیر رشد جنین می‌شود که خود باعث کاهش رشد جنین، از دست دادن چربی و گلیکوژن جنین، کاهش حجم مایع آمنیون، غیرطبیعی شدن آزمون بدون استرس جنین، هیپوکسی، اسیدوز، کاهش آپگار و آسیب به سیستم اعصاب مرکزی و مرگ می‌شود (Scott و همکاران، ۱۹۹۹).

از سوی دیگر این سوال مطرح می‌شود که در کدام هفته بارداری ۴۱ یا ۴۲ هفته باید ختم حاملگی را انجام داد. ختم حاملگی‌های طولانی مدت در هفته ۴۱ به این مفهوم خواهد بود که تقریباً ۵۰۰ هزار زن باید در معرض مداخلاتی اضافی قرار گیرند (کانینگهام و همکاران، ۱۳۸۱). با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده و نیز تجربیات و مشاهدات پژوهشگر در مراکز بهداشتی و درمانی پیرامون مشکلات حاملگی طولانی مدت، پژوهشگر بر آن شد که تحقیقی در زمینه نتایج حاملگی‌های ادامه یافته بعد از هفته ۴۱، انجام دهد. با مطالعه پرونده‌های دو گروه حاملگی طبیعی و طولانی مدت به بررسی آنها و در صد پاسخگویی به سؤال‌های این پژوهش (۱) نتایج مادری حاملگی طولانی مدت کدامند؟ (۲) نتایج جنینی حاملگی طولانی مدت کدامند؟ (۳) و نتایج نوزادی حاملگی طولانی مدت کدامند؟ برآید.

**روش کار**

این پژوهش از نوع مورد-شاهدی بوده است. گروه مورد که به روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شده بودند ۶۰۰ زن ایرانی با حاملگی تک قلو بودند که در سن حاملگی بیش از ۴۱ هفته در سال ۱۳۷۹ در مرکز آموزشی و درمانی شهید اکبرآبادی بستری شده و زایمان کرده بودند ۱۲۰۰ زن دیگر که در همان بیمارستان، همان سال و همان روز با سن حاملگی کمتر از ۴۱ هفته بستری شده و زایمان کرده بودند به روش تصادفی ساده

نوع حاملگی مشاهده شد ( $P=0/000$  و  $OR=4/72$ ). از سوی دیگر تفاوت میانگین طول مرحله دوم زایمان در دو گروه معنی دار ( $P=0/009$ ) بود (جدول شماره ۱).

در رابطه با تعیین نتایج جنینی حاملگی طولانی مدت، نتایج نشان داد که رابطه موارد زجر جنین، دفع مکونیوم، کاهش حرکات جنین در هنگام مراجعه و کاهش حجم مایع آمنیوتیک با حاملگی طولانی مدت معنی دار بود ( $P=0/000$ ). لیکن ارتباط معنی داری بین مرگ داخل رحمی جنین و حاملگی طولانی مدت مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

در رابطه با تعیین نتایج نوزادی حاملگی طولانی مدت، یافته ها بیانگر آن بود که رابطه آپگار دقیقه اول و حاملگی طولانی مدت تنها تمایل به معنی داری داشت ( $P=0/053$ ). در حالیکه ارتباط بین آپگار دقیقه پنجم، صدمات حین زایمان به نوزاد، وضعیت حیات نوزاد هنگام ترخیص با حاملگی طولانی مدت معنی دار نبودند. از نظر پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه آزمون آماری کای - دو اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان داد ( $P=0/000$ ). همچنین آزمون  $t$  مستقل نشان داد که رابطه معنی داری ( $P=0/000$ ) بین میانگین وزن زمان تولد نوزادان و نوع حاملگی وجود دارد (جدول شماره ۳).

### بحث و نتیجه گیری

در رابطه با سوال اول پژوهش "نتایج مادری حاملگی طولانی مدت کدامند؟" یافته های پژوهش در مورد زمان پاسخگویی به القاء زایمان نشان داد که شانس پاسخ دادن به القاء زایمان در روز اول در حاملگی طبیعی ۲ برابر بیشتر از حاملگی طولانی مدت بود در حالیکه شانس پاسخ دادن به القاء زایمان در روز دوم در حاملگی طولانی مدت ۲/۳۹ برابر بیشتر از حاملگی طبیعی بود.

در رابطه با روش زایمان و حاملگی طولانی مدت یافته‌های پژوهش نشان داد شانس وقوع زایمان خود به خودی در زنانی که حاملگی طبیعی داشتند ۱/۴۵ برابر بیشتر از زنانی بود که حاملگی طولانی مدت داشتند. ولی شانس وقوع زایمان به طریق سزارین در گروه مورد ۱/۴۳ برابر بیشتر از گروه شاهد بود. از نظر زایمان به وسیله واکيوم و فورسپس بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. مطالعه Abotalib, Soltan, Chowdhury و Adelusi (۱۹۹۶) نیز حاکی از

به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. پژوهشگر پس از کسب موافقت نامه از مسئولین مرکز آموزشی درمانی شهید اکبر آبادی، در ساعات اداری هفته به بخش مدارک پزشکی مرکز مذکور مراجعه کرد. پرونده های گروه مورد و شاهد مطالعه که در سال ۱۳۷۹ بستری شده بودند، استخراج و سپس برگه ثبت موارد که از پیش آماده شده بود جهت هر کدام از نمونه ها، توسط پژوهشگر تکمیل گردید. هر یک از برگه های ثبت موارد به طور متوسط در ۲۰ دقیقه تکمیل گردید و پژوهشگر در طول ۵ ماه با مراجعه به محیط پژوهش اطلاعات را جمع آوری نمود. معیار های حذف نمونه شامل: نداشتن سونوگرافی در هفته های آخر حاملگی (برای محاسبه حجم مایع آمنیوتیک) و سابقه سزارین قبلی بوده است. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین اعتبار علمی برگه ثبت موارد از آزمون همزمان استفاده شده است. گردآوری اطلاعات از طریق برگه ثبت موارد در ۳ بخش نتایج مادری، نتایج جنینی و نتایج نوزادی صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری مجذور کای و دقیق فیشر و به کمک نرم افزار SPSS انجام شد.

### نتایج

یافته ها حاکی از آن بود که دو گروه مورد و شاهد از نظر وضعیت اشتغال و سطح تحصیلات همگون بودند. در مورد نتایج مادری حاملگی طولانی مدت، یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که به طور کلی بین دو گروه مورد و شاهد از نظر پاسخ دادن به القاء زایمان اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. اما از نظر پاسخ دادن به القاء زایمان در روز اول ( $P=0/003$  و  $OR=2$ ) و در روز دوم ( $P=0/004$  و  $OR=2/39$ ) اختلاف بین دو گروه معنی دار بود. در حالیکه از نظر پاسخ دادن به القاء زایمان در روز سوم بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت. در رابطه با روش زایمان و حاملگی طولانی مدت یافته‌های پژوهش نشان داد ارتباط معنی داری بین زایمان به طریق خود به خودی و نوع حاملگی وجود دارد ( $P=0/002$ ). شانس انجام سزارین در حاملگی طولانی مدت بیشتر از گروه شاهد نشان داده شد ( $P=0/004$  و  $OR=1/43$ ). همچنین رابطه معنی داری بین وقوع خونریزی بعد از زایمان و

جدول شماره ۱: نتایج مادری حاملگی طولانی مدت

نتایج	مورد تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	نتایج آزمون
نوع شروع زایمان			
خود به خودی	۳۶۵ (۶۰/۸)	۹۴۸ (۷۹)	$P=۰/۰۰۰ \chi^2=۶۸/۵$
القاء شده	۲۳۵ (۳۹/۲)	۲۵۲ (۲۱)	
جمع	۶۰۰ (۱۰۰)	۱۲۰۰ (۱۰۰)	
زمان پاسخگویی به القاء زایمان *			
جواب نداده	۱۴ (۶)	۱۳ (۵/۲)	$P=۰/۷ \chi^2=۰/۱۳$
روز اول	۱۸۲ (۷۷/۴)	۲۲۰ (۸۷/۳)	$\chi^2=۸/۵۷ P=۰/۰۰۳ OR=۲$
روز دوم	۳۶ (۱۵/۳)	۱۸ (۷/۱)	$P=۰/۰۰۴ \chi^2=۸/۱۳ OR=۲/۳۹$
روز سوم	۳ (۱/۳)	۱ (۱)	$P=۰/۳۵$ دقیق فیشر
جمع	۲۳۵ (۱۰۰)	۲۵۲ (۱۰۰)	
روش زایمان			
خودبه خودی	۴۵۰ (۷۶/۸)	۹۷۴ (۸۱/۲)	$P=۰/۰۰۲ \chi^2=۹/۶۹ OR=۱/۴۵$
واکیوم	۸ (۱/۳)	۱۰ (۰/۸)	$\chi^2=۱/۰۱ P=۰/۳۲$
فورسپس	۱ (۰/۲)	۲ (۰/۲)	$P=۱$ دقیق فیشر
سزارین	۱۴۱ (۲۳/۵)	۲۱۴ (۱۷/۸)	$P=۰/۰۰۴ \chi^2=۸/۱۱ OR=۱/۴۳$
جمع	۶۰۰ (۱۰۰)	۱۲۰۰ (۱۰۰)	
خونریزی بعد از زایمان			
خیر	۴۳۴ (۷۲/۴)	۱۱۱۰ (۹۲/۵)	$P=۰/۰۰۰ \chi^2=۱۳۳/۳۴$
بله	۱۶۶ (۲۷/۷)	۹۰ (۷/۵)	
جمع	۶۰۰ (۱۰۰)	۱۲۰۰ (۱۰۰)	
طول مرحله دوم زایمان *			
< ۳۰ (دقیقه)	۱۲۱ (۴۹/۳)	۵۱۲ (۵۱/۹)	$t=۲/۷۶$
۳۰-۵۹	۱۱۰ (۲۹/۵)	۳۴۳ (۳۴/۷)	$P=۰/۰۰۹$
۶۰-۸۹	۷۷ (۱۶/۹)	۹۴ (۹/۵)	$df=۱۴۴۲$
۹۰-۱۱۹	۱۸ (۳/۸)	۳۰ (۳)	
۱۲۰ ≤	۲ (۰/۴)	۵ (۰/۵)	
جمع	۳۲۸ (۱۰۰)	۹۸۴ (۱۰۰)	
$\bar{X} \pm SD$	$۳۲/۸۸ \pm ۲۴/۴۴$	$۲۸/۶۸ \pm ۲۱/۴۴$	

جدول شماره ۲: نتایج جنینی حاملگی طولانی مدت		n (شاهد = ۱۲۰۰ و مورد = ۶۰۰)	
نتایج	مورد تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	نتایج آزمون
زجر جنین خیر بله	۴۸۶ (۸۱)	۱۰۸۰ (۹۰)	P=۰/۰۰۰ $\chi^2=۲۷۸$
	۱۱۴ (۱۹)	۱۲۰ (۱۰)	
دفع مکنونیوم خیر بله	۴۷۹ (۷۹/۸)	۱۰۵۶ (۸۸)	P=۰/۰۰۰ $\chi^2=۲۱/۲۵$
	۱۲۱ (۲۰/۲)	۱۴۴ (۱۲)	
کاهش حرکات جنین در هنگام مراجعه خیر بلی	۵۱۱ (۸۵/۲)	۱۱۲۷ (۹۳/۹)	P=۰/۰۰۰ $\chi^2=۳۷/۳۹$
	۸۹ (۱۴/۸)	۷۳ (۶/۱)	
کاهش حجم مایع آمنیوتیک خیر بله جمع	۵۱۴ (۱۴/۳)	۶۴ (۵/۳)	P=۰/۰۰۰ $\chi^2=۴۵/۴۵$
	۸۶ (۸۵/۷)	۱۱۳۶ (۹۴/۷)	
	۶۰۰ (۱۰۰)	۶۰۰ (۱۰۰)	
مرگ داخل رحمی جنین خیر بلی	۵۹۵ (۹۹/۲)	۱۱۹۷ (۹۹/۸)	P=۰/۱۳
	۵ (۰/۸)	۳ (۰/۳)	

جدول شماره ۳: نتایج نوزادی حاملگی طولانی مدت		n (شاهد = ۱۲۰۰ و مورد = ۶۰۰)	
نتایج	مورد تعداد (درصد)	شاهد تعداد (درصد)	نتایج آزمون
آپگار دقیقه اول ۰-۳ ۴-۶ ۷-۱۰	۴ (۰/۷)	۵ (۰/۵)	P=۰/۰۵۳ t=۱/۹۴ df=۱۷۹۸
	۶۳ (۱۰/۶)	۸۳ (۶/۹)	
	۵۳۳ (۸۸/۸)	۱۱۱۲ (۹۲/۷)	
$\bar{X} \pm SD$	$۸/۲۶ \pm ۱/۳۶$	$۸/۳۸ \pm ۱/۱۲$	$\chi^2=۲۰/۲۹$
پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه خیر بله	۴۰۱ (۶۶/۸)	۹۱۶ (۷۶/۳)	P=۰/۰۰۰ df=۱
	۱۹۹ (۳۳/۲)	۲۸۴ (۲۳/۷)	
وزن نوزاد در هنگام تولد $\leq ۲۴۹۹$ ۲۵۰۰-۳۹۹۹ $\leq ۴۰۰۰$ $\bar{X} \pm SD$	۱۲ (۲)	۴۳ (۳/۶)	P=۰/۰۰۰ t=۵/۶۸ df=۱۷۹۸
	۵۲۹ (۸۸/۲)	۱۰۹۶ (۹۱/۳)	
	۵۹ (۹/۸)	۶۱ (۵/۱)	
$\bar{X} \pm SD$	$۳۳۷۲/۸۵ \pm ۴۴۹/۸۲$	$۳۲۴۷/۲۳ \pm ۴۳۹/۰۷$	

بالای نوزاد هنگام تولد از نتایج نوزادی حاملگی طولانی مدت شناخته شدند. در مطالعه Luckas و همکاران (۱۹۹۸) نیز پذیرش نوزاد در بخش مراقبت ویژه در حاملگی طولانی مدت ۴/۲ درصد و در حاملگی طبیعی ۱/۲ درصد بود. ولی بین متغیرهای آپگار دقیقه اول و پنجم، صدمات حین زایمان به نوزاد و وضعیت نوزاد به هنگام ترخیص با حاملگی طولانی مدت ارتباط معنی دار وجود نداشت.

ضمناً پژوهشگر در تحقیق خود به نتایجی دست یافت که جزء اهداف پژوهش نبود ولی به دلیل دستیابی پژوهشگر به این داده‌ها و اهمیت آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. که در این گزارش به دو مورد رابطه علت سزارین و حاملگی طولانی مدت و رابطه حاملگی طولانی مدت و علت پذیرش نوزاد متولد شده در بخش مراقبت‌های ویژه اشاره می‌شود. یافته‌ها نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین سزارین به دلیل عدم تطابق سر جنین با لگن مادر و حاملگی طولانی مدت وجود دارد ( $P = 0/01$ ) و  $OR = 1/84$ . بدین معنی که شانس وقوع سزارین به دلیل عدم تطابق سر جنین با لگن مادر در حاملگی طولانی مدت  $1/84$  برابر بیشتر از حاملگی طبیعی بود. قاضی جهانی و همکاران نیز به نقل از کانینگهام و همکاران (۱۳۸۱) حاملگی طولانی مدت را از عوامل ایجاد کننده افزایش وزن هنگام تولد و عدم تطابق سر با لگن مادر می‌دانند. در رابطه سایر علل انجام سزارین (عدم جواب به القاء، کاهش حجم مایع آمنیوتیک، عدم پیشرفت زایمان، زجر جنین، نمایش بریچ) در حاملگی طولانی مدت، در پژوهش حاضر ارتباط معنی‌داری بین موارد یاد شده و انجام سزارین در حاملگی طولانی مدت مشاهده نشد. در مطالعه Luckas و همکاران (۱۹۹۸) بین دو گروه مورد و شاهد از نظر سزارین به دلیل زجر جنین اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد و در رابطه با سزارین به دلیل عدم پیشرفت زایمان نیز اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. در حالی که Campbell (۱۹۹۷) و Wong (۲۰۰۱) معتقدند که عدم پیشرفت زایمان در حاملگی طولانی مدت شیوع بیشتری دارد. در حاملگی طولانی مدت در موارد مشکوک به تنگی لگن چون احتمال طولانی شدن لیبر و زجر جنین افزایش می‌یابد، بدون دادن فرصت زایمان خود به خودی به مادر، سزارین انجام می‌شود. ولی در حاملگی طبیعی وقت بیشتری برای زایمان به مادر داده می‌شود و در مراحل بعدی ممکن

آن بود که ۴۶/۲ درصد از افراد گروه مورد و ۵۳/۸ درصد از افراد گروه شاهد زایمان خود به خودی داشتند. یافته‌های مربوط به زایمان با واکيوم و فورسپس در مطالعه مذکور با نتایج پژوهش حاضر تفاوت داشت. به طوری که در مطالعه پیشگفت میزان زایمان با فورسپس در گروه حاملگی طولانی مدت ۸۰ درصد و زایمان به طریق سزارین ۶۶/۷ درصد بود.

Alfirevic و Buckett (۱۹۹۸) نیز گزارش کردند که زایمان با وسیله و سزارین در حاملگی طولانی مدت از حاملگی طبیعی شایع‌تر است. شاید علت اختلاف در زایمان با وسیله در مطالعه حاضر و تحقیقات پژوهشگران دیگر این باشد که زایمان با وسیله به خصوص فورسپس در بیمارستان محل پژوهش متداول نیست.

وقوع خونریزی بعد از زایمان در زنانی که حاملگی طولانی مدت داشتند ۴/۷۲ برابر بیشتر از زنانی بود که حاملگی طبیعی داشتند. مطالعات Campbell (۱۹۹۷) و Wong (۲۰۰۱) نیز نتایج پژوهش حاضر را تایید می‌کند. همچنین نتایج نشان داد که میانگین طول مرحله دوم زایمان در حاملگی طولانی مدت از حاملگی طبیعی بیشتر است. لیکن Abotalib و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه خود اختلاف معنی‌داری در طول مرحله دوم زایمان در دو گروه نیافتند. دومین سوال پژوهش مبنی بر پاسخ به "نتایج جنینی حاملگی طولانی مدت کدامند؟" زجر جنینی، دفع مکونیوم، کاهش حرکات جنین در هنگام مراجعه و کاهش حجم مایع آمنیوتیک از نتایج نامطلوب جنینی شناخته شد مطالعات بنت و براون (۱۳۷۵)، Luckas و همکاران (۱۹۹۸) و Ratcliff (۲۰۰۰) نیز تأییدی بر نتایج پژوهش حاضر است. ولی بین متغیر مرگ داخل رحمی جنین و حاملگی طولانی مدت ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. در حالی که در مطالعه Divon (۱۹۹۸) افزایش معنی‌داری در مرگ داخل رحمی جنین بعد از هفته ۴۱ نشان داده شد. علت تفاوت اخیر می‌تواند این باشد که در مطالعه Divon، ۱۹۹۸ که در طول ۵ سال انجام شد ۱۸۱۵۲۴ حاملگی طولانی مدت مورد بررسی قرار گرفت. احتمالاً اگر مطالعه حاضر در فاصله زمانی بیشتر و در سطح وسیع‌تری انجام می‌شد احتمال معنی دار شدن این تفاوت وجود داشت.

در ارتباط با سوال سوم پژوهش "نتایج نوزادی حاملگی طولانی مدت کدامند؟" پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه و وزن

## تقدیر و تشکر

در پایان از اعضای محترم کمیته مشاوره امور پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و کارکنان محترم کتابخانه دانشکده که یاور ما در انجام این پژوهش بوده اند، سپاسگزاری می شود.

## منابع

- بنت و لینا براون. (۱۳۷۵). درسنامه مامایی مایلز، ترجمه سید افشین شروفی، و همکاران، جلد دوم، چاپ اول، تهران، ناشر شرکت سهامی چهر، ۳-۱۸.
- کانینگهام، اف گاری، گانت، ان اف، لونسو، کا جی، گیلسترب، ال سی، هوت، جی سی، سترم، کا دی. (۱۳۸۱). بارداری و زایمان ویلیامز. ترجمه بهرام قاضی جهانی و همکاران، جلد دوم، چاپ اول، تهران، انتشارات گلپان، ۷۴۰-۷۲۸، ۸۲۳-۸۱۲.
- Abotalib, ZM., Soltan, M.H., Chowdhury, N., Adelusi, B. (1996). Obstetric outcome in uncomplicated prolonged pregnancy. *Inter J Ob & Gyn*. 55: 225-230.
- Campbell, MK. (1997). Factors affecting outcome in Post-term Birth. *Current Opinion in Obstet & Gynecol*. 9: 356-360.
- Divon, MY. (1998). Fetal and neonatal mortality in the Post-term Pregnancy: The Impact of gestational age and fetal growth restriction. *Am Obstet Gynecol*. 178: 726-731.
- James, M., Draycott, T., Fox, R., Read, M. (1999). *Obstetric & Gynecol: A Problem Solving Approach*. Edinburgh, WB Saunders Co. 242-245.
- Luckas, M., Buckett, W., Alfirevic, Z., (1998). comparison of outcomes in uncomplicated term and post-term pregnancy following spontaneous labor. *J Perinatal Med*. 26: 475 - 478.
- Ratcliff, SP. (2000). *Family Practice Obstetrics*. 2nd ed. Philadelphia, Hanley & Belfus. 313-328.
- Roach, VJ., Rogers, MS. (1997). Pregnancy outcome beyond 41 weeks Gestation. *Inter J Ob & Gyn*, 59: 19-28.
- Scott, JR., Disaia, PHJ., Hammod, CHB., Spellacy, WN. (1999). *Danforth's Ob & Gyn*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: A WolterKluwer Co, 287-292.
- Wong, D. (2001) *Maternal Child Nursing Care*. 2nd ed. St. Louis: Mosby Hacourt Health Sciences Co, 438-444.

است سزارین به دلیل عدم تطابق سر جنین با لگن مادر انجام گیرد.

در رابطه با علت پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه در حاملگی طولانی مدت یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که بین پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه به علت بوس سر جنین و تأخیر رشد داخل رحمی جنین و حاملگی طولانی مدت ارتباط معنی‌دار وجود دارد (به ترتیب  $P=0/046$ ،  $OR=1/6$  و  $OR=2/69$ ،  $P=0/004$ ). بدین معنی که پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل بوس سر جنین و تأخیر رشد داخل رحمی جنین در گروه حاملگی طولانی مدت کمتر بود. در رابطه با سایر علل پذیرش نوزاد (زجر جنین، بزرگی جثه جنین و ناهنجاری جنین) بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. در مطالعه Luckas و همکاران (۱۹۹۸)، نیز تفاوت معنی‌داری در علل پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه در دو گروه مشاهده نشد. در رابطه با علت پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه به همان دلیلی که در مورد وقوع سزارین بدلیل عدم تطابق سر جنین با لگن مادر ذکر گردید، احتمال توقف سر جنین در لگن مادر در حاملگی طبیعی و تشکیل بوس بیشتر است. به نظر می رسد در مطالعه حاضر علت بیشتر بودن پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل تأخیر رشد داخل رحمی جنین در حاملگی طبیعی، این باشد که در حاملگی طولانی مدت معمولاً بزرگی جثه جنین شایع تر است و تأخیر رشد داخل رحمی جنین در حاملگی طبیعی بیشتر است.

با توجه به این که نتایج پژوهش حاکی از این بود که عوارضی همچون انجام زایمان به روش سزارین، خونریزی بعد از زایمان، زجر جنین در حاملگی طولانی مدت بیشتر است، لذا ختم این نوع حاملگی‌ها قبل از هفته ۴۱ پیشنهاد می‌شود و این اقدام باید در مراکز مجهز به امکانات و مراقبت‌های ویژه جهت زایمان، بعد از زایمان، احیاء نوزاد و بخش مراقبت‌های ویژه نوزاد انجام گیرد.

از آنجائی که در پژوهش حاضر تنها نتایج حاملگی طولانی مدت مورد بررسی قرار گرفت پیشنهاد می شود پژوهشی جهت بررسی روش‌های مختلف جهت سامان دهی حاملگی طولانی مدت و همچنین بررسی تأثیر روش‌های مختلف تحریک زایمان بر عواقب این نوع حاملگی انجام شود.

## ASSESSING THE OUTCOMES OF PROLONGED PREGNANCY

Oskouie, SF.Ph.D<sup>1</sup> Ramezani, KH.MS<sup>2</sup> Taavoni, S.MS<sup>3</sup> Hagghani, H.MS<sup>4</sup>

### ABSTRACT

**Background:** Lengthened pregnancy after the 41st week will create problems for mother, fetus and newborn. Assessing the outcomes of prolonged pregnancy are research priorities.

**Objective:** To determine the maternal, fetal and neonatal outcomes of prolonged pregnancy.

**Design:** This was a case-control study in which the data were collected through record sheets.

**Sample:** There were 1800 samples in this research of which 600 women (prolonged pregnancy) made the case group and were selected through continuous sampling. Control group included 1200 women (normal pregnancy) which were chosen by simple random sampling.

**Result:** The findings indicated there was significant relationship between maternal outcomes (i.e. such as induction of labour, responding to induction in the 1st and 2nd days, spontaneous and cesarean child birth, postpartum hemorrhage, and duration of second stage of delivery) and prolonged pregnancy ( $P<0.05$ ). There were also significant relationship between prolonged pregnancy and fetal outcomes such as fetal distress, meconium passage, decreased fetal movements in admission time, and decreased volume of amniotic fluid ( $P<0/05$ ).

Regarding to neonatal outcomes, there was a significant relationship between prolonged pregnancy and admission in neonatal intensive care unit (NICU), and infant weight at birth ( $P< 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings, increased labour induction, responding to induction in the second day, preference of child birth through cesarean, increased postpartum hemorrhage, prolonged second stage of delivery, fetal distress, meconium passage, decreased fetal movements in admission time, decreased volume of amniotic fluid, and increased infant birth weight were known adverse outcomes of prolonged pregnancy. Therefore, the termination of prolonged pregnancy after 41st is recommended. This termination is recommended to be done at areas equipped with special cares and facilities (i.e. child birth, after child birth, infant resuscitation, and NICU facilities).

**Key Words:** Prolonged pregnancy, Outcomes of prolonged pregnancy, Maternal outcomes, Fetal outcomes, Neonatal outcomes.

---

<sup>1</sup> Assistant Professor (Ph.D), School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

<sup>2</sup> MS in Midwifery (\*Corresponding Author)

<sup>3</sup> Senior Lecturer, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Senior Lecturer, School of Management and Medical Information , Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran