مقاله
پژوهشی

فراوانی برخی پیامدهای مادری و نوزادی زایمان طبیعی بعد از سزارین و سزارین تکراری در بیمارستان بنت الهدی

سکینه نظری[1]، محبوبه طباطبایی چهر[2]، مریم باقری[3]*، سید حمید شریف نیا[4]

[1]کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[2]کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[3]کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[4]دکترای آموزش پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، آمل، ایران
*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
پست الکترونیک: bagheri.midwifery@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *میزان استاندارد زایمان سزارین از دید سازمان جهانی بهداشت ۱۵٪ است که در اکثر نقاط دنیا تفاوت زیادی با میزان توصیه شده وجود دارد. یکی از موثرترین راه حل ها برای کاهش شیوع سزارین، انجام زایمان طبیعی بعد از سزارین و کاهش سزارین تکراری است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی فراوانی و برخی پیامدهای مادری و نوزادی زایمان طبیعی بعد از سزارین و سزارین تکراری در بیمارستان بنت الهدی بجنورد انجام شد.*

مواد و روش کار: *مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی، بر روی ۱۸۰ مادر واجد شرایط، در سال ۱۳۹۲ و در دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بیمارستان بنت الهدی انجام شد. ابزار مطالعه پرسشنامه دموگرافیک، پیامدهای مادری، پیامدهای مربوط به نوزاد است. از نرم افزار SPSS18 و آمار توصیفی است.*

یافته ها : *نتایج نشان داده ۴۷/۸ ٪ مادران مطالعه موفق به انجام زایمان طبیعی به دنبال سزارین شدند. از پیامدهای مادری خونریزی، تب و پیامدهای نوزادی بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر در دو گروه تفاوت معنا دار آماری نداشت اما مادران گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین، پارگی رحم در مرحله اول، هیسترکتومی و یبوست کمتری در مقایسه با گروه سزارین تکراری داشتند که در مورد یبوست تفاوت از نظر آماری معنا دار بود. (p=۰/۰۰۵)*

نتیجه گیری: *در صورت انتخاب دقیق افراد می توان برای کاهش سزارین های غیر ضروری از زایمان طبیعی به دنبال سزارین استفاده کرد.*

واژه های کلیدی: *پیامدهای مادری و نوزادی، زایمان طبیعی به دنبال سزارین، سزارین*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال۹۵؛ دوره ۸ (۱): ۱۷۷-۱۶۷
Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(1):167-177

وصول: ۹۴/۷/۱۱
اصلاح: ۹۴/۱۲/۱۹
پذیرش: ۹۵/۲/۱۴

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

سزارین، به دنیا آوردن جنین از طریق ایجاد انسیزیون هایی در دیواره شکم (لاپاراتومی) و دیواره رحم (هیستروتومی) تعریف می شود [۱] و امروزه به عنوان یک جراحی شایع در اغلب موارد زایمانی است [۲] استفاده از تکنیک سزارین در ۵۰ سال اخیر رواج روز افزونی داشته است در حالی که پیش از آن سزارین فقط برای مادرانی استفاده می شد که به دلیل بارداری و زایمان جانشان در خطر قرار می گرفت [۳]. میزان استاندارد زایمان سزارین از دید سازمان بهداشت جهانی ۱۵ ٪ است [۱] که در اکثر نقاط دنیا تفاوت زیادی با میزان توصیه شده سازمان بهداشت جهانی دارد [۴]. میزان سزارین در ایالات متحده آمریکا از کمتر از ۵٪ در سال ۱۹۶۵ به ۳۰٪ در سال ۲۰۰۵ افزایش یافته است [۵] مارتل[1] (۲۰۰۵) در کانادا میزان سزارین اولیه را ۲۱/۱ ٪ [۶]، بویلی (۲۰۱۳) در آمریکا در زنان نخست زا ۳۰/۸ ٪ و زنان چند زا ۱۱/۵ ٪ [۷]، بنگال در هند ۲۲ تا ۲۴ ٪ [۸] فستین (۲۰۰۹) در چین ۲۵ ٪ [۹] براگ (۲۰۱۰) در ایتالیا ۳۵ ٪ [۱۰] گزارش کردند. در ایران میزان سزارین را حقیقی (۱۳۸۱) در شاهرود ۲۶٪ [۲] سید نوری (۱۳۸۵) در رشت ۵۷/۶٪ [۱۱] افشان شرقی (۱۳۸۹) در اردبیل ۵۸/۶٪ [۱۲] شاکریان (۱۳۸۱) استان چهار محال و بختیاری ۴۴٪ [۱۳] فرزان (۱۳۸۹) میانگین در بیمارستان های دولتی و خصوصی در اصفهان ۷۳/۶ ٪ [۱۴] گزارش کردند. همچنین در مطالعه ای که خسروی (۱۳۸۶) در بجنورد انجام داده بود میزان سزارین ۲۵/۴٪ بود [۴].

عوارض مادری و نوزادی سزارین از زایمان طبیعی بیشتر است [۱۵] از عوارض آن می توان به افزایش هزینه ها و همچنین ناتوانی های مادر پس از انجام سزاین که موجب عدم توجه و رسیدگی کامل مادر و شیردهی صحیح نوزاد پس از تولد می گردد، اشاره کرد [۱۲] همچنین میزان بروز عوارض مادری از جمله عفونت، خونریزی، تزریق خون، احتمال هیسترکتومی، صدمه به اعضای دیگر و عوارض بیهوشی و روانی و همچنین خطر بروز به وجود آمدن جفت سر راهی در حاملگی بعد و حاملگی خارج رحمی افزایش می یابد [۱۶]. انجام سزارین به دلیل داشتن حداقل یک بار سابقه سزارین را سزارین تکراری می نامیم که مسئول بیش از ۳۵ ٪ موارد سزارین می باشد. دیستوشی، اختلال ضربان قلب جنینی، نمایش بریچ، علت اکثر موارد سزارین اولیه را شامل می شوند [۱،۵].

شایع ترین علل سزارین در مطالعه مارتل (۲۰۰۵) در کانادا زایمان سزارین قبلی، پوزیش های معیوب و زجر جنین بود [۶] و در مطالعه بویلی (۲۰۱۳) عدم پیشرفت (۳۵/۴٪) اختلال ضربان قلب جنین (۲۷/۳٪) و پوزیشن های معیوب جنین بود [۷] و در ایران در مطالعه شرقی افشان (۱۳۸۹) بیشترین فراوانی مربوط به عدم پیشرفت زایمان (۱۸/۱ ٪) و بعد از آن در خواست پزشک (۱۵/۱٪)، ترس از زایمان و خواست مادر (۱۱/۲٪) در رتبه های بعدی قرار داشتند [۱۲] در مطالعه شاکریان (۱۳۸۱)، عدم پیشرفت زایمان (۲۰/۶٪)، سزارین قبل (۲۲/۱٪)، زجر جنین (۳۰/۲٪) [۱۴] و در مطالعه فرزان (۱۳۸۹) سزارین قبل زایمان سخت، نمای بریچ سزارین انتخابی و زجر جنین [۱۴] در مطالعه عرب (۱۳۸۰) در بیمارستان فاطمیه همدان سزارین تکراری [۱۷] از شایع ترین علل سزارین بودند.

به مدت چندین دهه اعتقاد بر این بود که رحم دارای اسکار به علت احتمال پارگی رحم کنتراندیکاسیون برای لیبر است. اما اوایل دهه ۱۹۷۰ جامعه پزشکی از فلسفه یک بار سزارین، همیشه سزارین کم کم فاصله گرفت و به سوی تلاش های محتاطانه برای انجام زایمان واژینال پس از سزارین در زنان که با دقت انتخاب شده بودند، به عنوان یکی از موثرترین راه حل ها برای کاهش شیوع سزارین، سوق پیدا کرد [۱۸] لذا میزان زایمان طبیعی بعد از سزارین از۴/۵ ٪ در سال ۱۹۶۵ به ۲۶/۱ ٪ در سال ۲۰۰۲ رسیده است [۱۹] در مطالعه حقیقی (۱۳۸۱) میزان زایمان طبیعی بعد از سزارین ۱۰ ٪ بود [۲]. امروزه توافق عمومی بر این است که در تمامی زنانی که سابقه سزارین دارند تلاش جهت زایمان طبیعی صورت گیرد. البته زایمان طبیعی بعد از سزارین با خطرات احتمالی همراه است و گاهی از لحاظ بالینی تکرار سزارین اندیکاسیون دارد. در تصمیم گیری جهت زایمان طبیعی بعد از سزارین

1- Martel

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

یا تکرار سزارین قضاوت بالینی حائز اهمیت است. ممنوعیت های زایمان طبیعی بعد از سزارین اسکار کلاسیک اسکار عمودی تحتانی که تا سگمان فوقانی گسترش یافته باشد و اسکار تی شکل[1] است [۵] و اگر انتخاب بیمار دقیق بوده و زایمان تحت نظارت کافی صورت گیرد اکثر زنانی که قبلا سزارین شده اند می توانند واژینال زایمان کنند [۵].

میزان موفقیت زایمان طبیعی بعد از سزارین در بیماران انتخابی تقریبا ۶۰ تا ۸۰ درصد می باشد [۵] ناجی[2] (۲۰۱۳) در انگلستان میزان موفقیت زایمان طبیعی بعد از سزارین را ۶۱ ٪ گزارش کرد. بنگال[3] (۲۰۱۳) در مطالعه خود نشان داد که ۸۵٪ افرادی که وارد زایمان طبیعی بعد از سزارین شده بودند موفق شدند و ۱۵ ٪ شکست خوردند [۸]. هامون تی[4] (۲۰۱۲) میزان موفقیت زایمان طبیعی بعد از سزارین را ۷۵٪ گزارش کردند [۲۰] و در صورت موفقیت زایمان طبیعی بعد از سزارین، بروز عوارضی نظیر مدت بستری، تب مادر، سزارین تکراری، کمتر خواهد بود [۱۷]، اما مشکلات در زایمان طبیعی بعد از سزارین وقتی رخ می دهد که نظارت روی بیمار مستقیم نبوده یا تشخیص پارگی رحم به تاخیر افتد [۵].

با توجه به اهمیت موضوع و عوارض سزارین های تکراری و اینکه ما به پژوهشی که در این زمینه کار شده باشد دسترسی پیدا نکردیم، پژوهشی با هدف تعیین فراوانی و برخی پیامدهای مادری و نوزادی زایمان طبیعی بعد از سزارین و سزارین تکراری در بیمارستان بنت الهدی بجنورد انجام شد به امید اینکه نتایج این پژوهش گامی در جهت برنامه های سیاست فرزندآوری باشد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی تحلیلی است که در سال ۱۳۹۲ و در دانشگاه علوم پزشکی بجنورد بیمارستان بنت الهدی انجام شده است. کفایت حجم نمونه بر اساس جدول کوهن (cohen; 1987) با در نظر گرفتن توان آزمون ۸۰٪، میزان خطا (d) ۰/۴، و سطح معنی داری ۹۵٪ در هر گروه ۹۰ نفر تعیین شد.

شرایط پژوهش شامل: زایمان در هفته ۴۲-۳۸، زایمان تک قلو، بدون مشکلات مامایی[5] و بیماری های داخلی- جراحی در دوره بارداری و سابقه پارگی رحم با فاصله بین این حاملگی با حاملگی قبلی در موارد سزارین قبل حداقل ۱۸ ماه را دارا بوده که با مراجعه به واحد بایگانی بیمارستان بنت الهدی پرونده های آنان مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار مطالعه پرسشنامه پژوهشگر ساخته است که به روش اعتبار محتوی ، روا و و با روش توافق ارزیاب ها با r= ۰/۹۰ پایایی آن سنجیده شد.

پرسشنامه شامل چند قسمت می باشد. چک لیست معیارهای ورود به پژوهش که شامل ۶ سوال (زایمان در هفته ۴۲-۳۸، زایمان تک قلو، مشکلات مامایی و بیماری های داخلی- جراحی در دوره بارداری که در حال حاضر نیاز به پیگیری و درمان داشته، سابقه پارگی رحم، فاصله بین این حاملگی با حاملگی قبلی در موارد سزارین قبل حداقل ۱۸ ماه)می باشد. پرسشنامه مشخصات فردی، دموگرافیک، بارداری که شامل ۱۱ سوال (سن مادر، تحصیلات مادر، وضعیت بیمه مادر، مصرف مواد مخدر، سابقه نازایی، تعداد زایمان، تعداد سقط، مرده زایی، سن اولین و اخرین فرزند، نوع زایمان های قبلی مادر، علت سزارین قبل و عوارض زایمان در بارداری قبلی) می باشد. پرسشنامه مشخصات زایمان که شامل ۱۱ سوال (سن حاملگی براساس سونوگرافی و آخرین قاعدگی، اولین معاینه واژینال در زمان بستری، وضعیت کیسه آب در زمان بستری، وضعیت انقباضات مادر در زمان بستری، نوع زایمان فعلی، مداخلات در زایمان طبیعی بعد از سزارین و علت شکست زایمان طبیعی بعد از سزارین) می باشد. پیامدهای مادری که شامل ۷ سوال (خونریزی بعد از زایمان، پارگی رحم، هیسترکتومی، یبوست، تب، تعداد روزهای بستری در بیمارستان، وضعیت پرینه) می باشد پرسشنامه مشخصات نوزاد شامل وزن هنگام تولد و آنومالی های ظاهری و پرسشنامه پیامدهای مربوط به نوزاد که شامل ۵ سوال آپگار دقیقه اول و پنجم، نیاز به

1 -T-shape
2 -Nagi
3- Bangal
4- Haumonté JB

۵- دیابت بارداری، پره اکلامپسی، الیگوهیدرآمنیوس، پلی هیدرآمنیوس و غیره

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

احیا، شیردهی در ساعت اول، ، بستری در بخش نوزادان) می باشد .

پس از جمع‌آوری، کد گذاری و ورود داده‌ها به رایانه و کنترل آن به شیوه جا به جایی با فرد دوم، توسط نرم افزار آماری SPSS18 تجزیه و تحلیل شدند. از آمار توصیفی جهت جداول، محاسبه میانگین، نمودارها، واریانس، انحراف معیار، استفاده شد. در آزمون‌های انجام شده درجه اطمینان ۹۵ ٪ و سطح معنی‌داری a =۰/۰۵ مد نظر بود.

ملاحظات اخلاقی شامل موارد زیر بود:

-معرفی نامه و اجازه انجام پژوهش از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی خراسان شمالی

- رعایت اصول امانت داری و صداقت حین گرد آوری داده ها، بازنگری منابع و غیره

- اطلاعات پرونده های بیماران بدون قید نام جمع آوری شده است.

یافته ها

واحدهای مورد پژوهش شامل۹۰ مادر در گروه سزارین تکراری و ۹۰ نفر در گروه زایمان طبیعی بعد از سزارین بودند که به روش تصادفی از بین مراجعه کنندگان سال ۱۳۹۳ بیمارستان بنت الهدی شهرستان بجنورد انتخاب شدند. مشخصات دموگرافیک شامل سن، شغل، بیمه، جنسیت نوزاد و بقیه موارد در جدول یک آورده شده است. در گروه زایمان طبیعی بعد از سزارین علت ۲۶/۶ ٪ از موارد سزارین اولیه این گروه بریچ بود، ۱۵/۶ ٪ عدم پیشرفت، ۱۳/۳ درصد مکونیال و ۲۱/۱ ٪ علتی برای آنان در پرونده پزشکی آنان ثبت نشده، درحالی که در گروه سزارین تکراری در۲۶/۳ ٪ موارد علتی برای سزارین اولیه آنان در پرونده پزشکی ذکر نشده و ۲۲/۱ ٪ موارد عدم پیشرفت و ۸ /۱۶ عدم تناسب سر با لگن و ۱۰/۵ ٪ مکونیال بوده است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر		گروه سزارین تکراری	گروه زایمان طبیعی بعد از سزارین
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
سن		۴/۸۹±۲۴/۸۴	۵/۲۷±۲۸/۶۰
تعداد بارداری		۱/۱۹±۲/۸۱	۱/۰۱±۲/۶۲
تعداد سقط		۰/۶۴±۰/۲۶	۰/۶۶±۰/۳۲
تعداد بچه زنده		۰/۸۳±۱/۴۶	۰/۶۷±۱/۲۶
تعداد بچه مرده		۰/۸۳±۰	۰/۳۶±۰/۷۳
سن اولین بچه		۲/۵۲±۵/۴۰	۳/۱۱±۴/۸۵
سن اخرین بچه		۱/۹۱±۴/۵۰	۳/۱۵±۵/۱۲
سن حاملگی براساس اولین روز اخرین قاعدگی		۳۸ هفته و ۲ روز±۹۳/۳۵	۳۸ هفته و ۳ روز±۱۱/۷۹
سن حاملگی براساس سونوگرافی سه ماهه اول		۳۸ هفته و ۶ روز±۱۵/۰۵	۳۹ هفته و ۱ روز±۱۴/۶۴
معاینه سرویکس	دیلاتاسیون	۲/۷۲±۳/۰۳	۱/۰۲±۰/۵۴
	افاسمان	۲۹/۳۷±۴۲/۱۵	۱۶/۲۳±۰/۰۸
	استیشن	-۰/۹۹±-۲/۲۸	-۱/۴۴±-۱/۰۸
طول انقباضات		۱۲/۲۴ ثانیه±۲۰/۵۰	۱۰/۴۲±۱/۹۴
فاصله بین انقباضات		۴/۶۶ دقیقه±۴/۴۴	۱۴/۲۱±۲۳/۲۱

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲: توزیع فراوانی علل زایمان به روش سزارین در زایمان فعلی در گروه سزارین تکراری

علت سزارین در زایمان فعلی	تعداد (درصد)
سزارین تکراری	۸۹(۹۳/۷)
بریچ	۲(۲/۱)
عرضی	۲(۲/۱)
فشار خون بالا	۱(۱/۱)
مکونیال	۱(۱/۱)
کل	۹۵(۱۰۰)

جدول ۳: پیامدهای مادری بررسی شده به تفکیک گروه

متغیر	گروه		نتیجه آزمون دقیق فیشر
	سزارین تکراری تعداد(درصد)	زایمان طبیعی بعد از سزارین تعداد (درصد)	
خونریزی			
بله	۳(۳)	۲(۲/۲۲)	P=۰/۶۹۵
خیر	۹۲(۹۷)	۸۸(۹۷/۷۸)	
کل	۹۵ (۱۰۰)	۹۰(۱۰۰)	
پارگی رحم			
بله	۲(۲/۱۵)	۰(۰)	P=۰/۱۶۶
خیر	۹۳(۹۵/۸۵)	۹۰(۱۰۰)	
کل	۹۵(۱۰۰)	۹۰(۱۰۰)	
هیسترکتومی			
بله	۱(۱/۰۵)	۰(۰)	P=۰/۳۲۹
خیر	۹۴(۹۸/۹۵)	۹۰(۱۰۰)	
کل	۹۵(۱۰۰)	۹۰(۱۰۰)	
یبوست			
بله	۳۳(۳۴/۷۳)	۱۵(۱۶/۶۷)	P=۰/۰۰۵
خیر	۶۲(۶۵/۲۷)	۷۵(۸۳/۳۳)	
کل	۹۵(۱۰۰)	۹۰(۱۰۰)	
تب			
بله	۱(۱/۰۵)	۲(۲/۲۲)	P=۰/۵۲۹
خیر	۹۴(۹۸/۹۵)	۸۸(۹۷/۷۸)	
کل	۹۵(۱۰۰)	۹۰(۱۰۰)	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول۴: نوع زایمان به تفکیک متغیرهای نوزادی

متغیر	گروه		نتیجه آزمون دقیق فیشر
	سزارین تکراری	زایمان طبیعی بعد از سزارین	
	تعداد(درصد)	تعداد (درصد)	
	جنس نوزاد		P=۰/۹۵۳
دختر	(۴۶/۲۳)۴۳	(۴۶/۶۶)۴۲	
پسر	(۵۳/۷۷)۵۰	(۵۳/۳۴)۴۸	
کل	(۱۰۰)۹۳	(۱۰۰) ۹۰	
	ظاهر نوزاد از نظر آنومالی		
نرمال	(۹۷/۸۷)۹۲	(۲/۲۲)۸۸	P=۰/۹۶۵
غیر نرمال	(۲/۱۳)۲	(۹۷/۷۸)۲	
کل	(۱۰۰)۹۴	(۱۰۰)۹۰	

جدول ۵ : پیامدهای نوزادی بررسی شده به تفکیک گروه

متغیر	گروه		نتیجه آزمون دقیق فیشر
	سزارین تکراری	زایمان طبیعی بعد از سزارین	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
	شیردهی در ساعت اول تولد		
بله	(۴۳/۶۱)۴۱	(۵۶/۶۶)۵۱	P=۰/۰۷۷
خیر	(۵۶/۳۹)۵۳	(۴۳/۳۴)۳۹	
کل	(۱۰۰)۹۴	(۱۰۰)۹۰	
	ظاهر نوزاد از نظر آنومالی		
نرمال	(۹۷/۸۷)۹۲	(۲/۲۲)۸۸	P=۰/۹۶۵
غیر نرمال	(۲/۱۳)۲	(۹۷/۷۸)۲	
کل	(۱۰۰)۹۴	(۱۰۰)۹۰	
	نیاز به احیا		
بله	(۳۴/۷۳)۵	(۳/۳۳)۳	P=۰/۵۰۹
خیر	(۶۵/۲۷)۸۹	(۹۶/۶۴)۸۷	
کل	(۱۰۰)۹۴	(۱۰۰)۹۰	
	بستری نوزاد		P=۰/۳۲۳
بله	(۹۵/۶۹)۴	(۷/۷۸)۷	
خیر	(۴/۳۱)۸۹	(۹۲/۲۲)۸۳	
کل	(۱۰۰)۹۳	(۱۰۰)۹۰	

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

در گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین ۴۷/۸ ٪ مادران موفق به انجام زایمان طبیعی شده و ۵۲/۲ ٪ با شکست مواجه شدند که عدم پیشرفت در ۳۲/۲ ٪ موارد و مکونیال در ۱۳/۳ ٪ موارد علت انجام سزارین در این گروه بود و در گروه سزارین تکراری بیشترین علت سزارین مربوط به سزارین تکراری و کمترین علت مربوط به مکونیال بود (جدول ۲).

از پیامدهای مادری، خونریزی، پارگی رحم (مرحله اول زایمان)، هیسترکتومی، یبوست، تب، بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر پیامد مادری یبوست در دو گروه تفاوت معنا دار آماری داشت به طوری که مادران گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین به یبوست کمتری در مقایسه با گروه سزارین تکراری دچار شدند. (P= ۰/۰۰۵)(جدول ۳)

در متغیرهای مربوط به نوزاد دو گروه از نظر جنسیت، وزن و آنومالی های ظاهری تفاوتی نداشتند (جدول ۴).

از پیامد های نوزادی مواردی مانند بستری نوزاد، ظاهر، نیاز به احیا، شیردهی در ساعت اول تولد بررسی شد که در هیچ یک از پیامدها تفاوت در دو گروه از نظر آماری معنادار نبود. (جدول ۵)

بحث

در کل ۴۷/۸ ٪ مادران مطالعه ما موفق به انجام زایمان طبیعی به دنبال سزارین شدند. از پیامدهای مادری، مادران گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین به یبوست کمتری در مقایسه با گروه سزارین تکراری دچار شدند. پیامدهای نوزادی در دو گروه تفاوت معنی دار آماری نداشت.

افزایش بی رویه زایمان سزارین یکی از معضلات نظام بهداشتی- درمانی تمام جوامع است و ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست که قطعاً عوامل مهمی در انتخاب نوع زایمان دخیل هستند، از طرفی امروزه به دلیل خطرات احتمالی عمل سزارین بسیاری از خانمها که در حاملگی قبلی خود سزارین شده اند تشویق می شوند که زایمان طبیعی داشته باشند زیرا زایمان طبیعی دارای مزایای بسیار و به همان اندازه خطرات کمتری می باشد [۲۱،۲۲]

امروزه اندیکاسیونهای قطعی سزارین شامل عدم تطابق سر با لگن، قرار گرفتن عرضی یا مایل جنین، جفت سرراهی، جدا شدن زودرس جفت، پرولاپس بند ناف، پره اکلامپسی شدید [۶] و اندیکاسیونهای نسبی سزارین نیز عبارتند از: زجر جنین، عدم پیشرفت زایمان، چند قلویی، بچه های خیلی کوچک و خیلی بزرگ، بریچ۲ و زنانی که سابقه قبلی سزارین دارند [۷] و در مجموع شرایطی که حیات مادر یا جنین در صورت عدم مداخله جراحی به خطر می افتد. میزان این موارد نیز برای کل تولدها بین ۵/۸ تا ۸/۵ ٪ برآورد گردیده است [۶]

چهار علت عمده سزارین بطور کلی، سزارین تکراری، دیستوشی زایمانی، نمایش بریچ، و دیسترس جنینی می باشد [۱] که در مطالعه حاضر نیز تایید می شود، به طوری که علت ۹۳/۷ ٪ (بیشترین علت) سزارین در زایمان فعلی، سزارین قبلی گزارش شد که با نتایج مطالعه علی محمدیان (۱۳۸۲) که در بیمارستان های دولتی تهران انجام شده همخوانی داشته و پژوهشگران اعلام کردند که ۷۳/۵ ٪ افراد به دلیل سزارین قبل تمایل به انجام سزارین داشتند. در مطالعه اصنافی (۱۳۷۸) هم بیشترین علت سزارین، سزارین قبل گزارش شد و در مطالعه ای در عربستان شایعترین علت سزارین را سزارین تکراری با ۳۴/۳٪ و پس از آن توقف زایمانی ۱۹/۳٪ و دیسترس جنینی ۱۹/۲٪ گزارش نموده اند [۹]

در گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین ۴۷/۸ ٪ مادران موفق به انجام زایمان طبیعی شده و ۵۲/۲ ٪ با شکست مواجه شدندکه با نتایج مطالعه لیندافرنچ[1] (۱۹۹۲) که ۵۳ ٪ از مادران انتخاب شده توانستند زایمان طبیعی به دنبال سزارین قبل داشته باشند در نوا اسکاتیا و با مطالعه یوسف زاده (۱۳۸۴) که ۶۲/۹ ٪ مادران موفق به زایمان طبیعی بعد از سزارین شدند همخوانی نسبی دارد به این معنی که حدود نیمی از زنان انتخاب شده می توانند زایمان طبیعی به دنبال سزارین داشته باشند. و عدم هماهنگی کامل مطالعات می تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه ها باشد و دیگر این که در مطالعه حاضر سزارین های اورژانس و غیر اورژانس تفکیک نشدند. عدم پیشرفت در ۳۲/۲ ٪ موارد و مکونیال در ۱۳/۳ ٪ موارد علت انجام سزارین در گروه سزارین تکراری این مطالعه بود که با پژوهش های قبلی تا حد زیادی مطابقت دارد.

1- Lind Franch

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

در یک متاآنالیز که از ۳۱ مطالعه شامل ۱۱۴۱۷ بیمار با زایمان طبیعی بعد از سزارین قبلی با برش عرضی است، میزان عوارض مادری ، به طور قابل توجهی کمتر از سزارین تکراری بود، گرچه میزان پارگی رحم و از هم گسیختگی آن در دو گروه برابر بود.در مطالعه حاضر نتایج پیامد های مادری در دو گروه تفاوت معنا دار آماری نداشت که تفاوت می تواند ناشی از حجم نمونه کم در مطالعه حاضر باشد [۲۳]

در مورد پیامدهای مادری در مطالعه حاضر پارگی رحم در مرحله دوم زایمان و هیسترکتومی و مرگ مادر در هیچ یک از موارد بررسی شده در گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین اتفاق نیفتاده بود که با نتایج مطالعه مطالعه یوسف زاده همخوانی دارد. در حالی که در مورد سزارین تکراری عوارضی مثل تب، نفخ، یبوست، هیسترکتومی در هر دو مطالعه گزارش شده که از گروه زایمان طبیعی به دنبال سزارین کمتر بوده است. لذا عوارض در سزارین تکراری نسبت به زایمان طبیعی بیشتر مشاهده می شود.

در مطالعه زویفلر[1] (۲۰۰۶) در متغیرهای مربوط به نوزاد که با وزن بالای ۱۵۰۰ گرم به دنیا آمده اند در زایمان سزارین تکراری با زایمان طبیعی به دنبال سزارین تفاوت نداشته است که در مطالعه حاضر هم نتایج حاکی از عدم تفاوت معنا دار آماری در دو گروه مطالعه بود [۱۹].

به نظر می رسد که نیاز است فراوانی و پیامدهای مادری و نوزادی زایمان طبیعی بعد از سزارین و سزارین تکراری در شهرها و مناطق دیگر کشور با حجم نمونه بیشتر بررسی شده تا نتایج قطعیت بیشتری داشته باشند. از محدودیت های پژوهش حاضر، گذشته نگر و بررسی پرونده پزشکی مادران می باشد که می تواند مطابق بر واقعیت به طور کامل نباشد.

از محدودیت های این پژوهش باید به پرکردن پرسشنامه ها براساس پرونده ها و عدم افتراق سزارین اورژانس و غیر اورژانس اشاره کرد. این مطالعه پس از تصویب و کسب اجازه مسئولین مربوطه به گروه‌های هدف مورد مطالعه انجام خواهد شد.پیشنهاد می شود در مطالعات آینده اثر متغیرهای دیگر همچون مراجعه در فاز فعال زایمان در موفقیت زایمان طبیعی بعد از سزارین و اثرات طولانی مدت سزاین تکراری و زایمان طبیعی بعد از سزارین بررسی شود.

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که در صورت انتخاب دقیق افراد جهت انجام زایمان طبیعی به دنبال سزارین و انجام مراقبت های دقیق در طی زایمان ، زایمان طبیعی به دنبال سزارین عارضه شدیدی به همراه ندارد و می تواند برای کاهش سزارین های غیر ضروری از زایمان طبیعی به دنبال سزارین استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی به شماره تصویب ۶۷۷/پ/۹۲ می باشد، لذا بدین وسیله از اساتید و مسؤولان محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مسئولان و کارکنان بیمارستان بنت الهدی بجنورد و کلیه همکاران و عزیزانی که در اجرای این پژوهش شرکت نموده و ما را یاری رساندند، تشکر به عمل می آید.

1- Zweifl er

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C, Williams Obstetrics 23th Ed, New York: Mc Graw Hill Medical 2010:642-647.
2. Bolbol Haghighi B, Ebrahimi H, Ajami MH, Frequency of vaginal delivery, cesarean section and its causes in Shahrood,Journal of Reproduction and Infertility 2003:51-58[Persian]
3. Zomorodian H, In translation Textbook of Childbirth and obstetric techniques 2th Ed.Tehran: Taymurzade publication; 2002:187[Persian]
4. Khosravy M, Armat M, Jurollahy N, Prevalence of Cesarean section and its related factors, Journal of School of Nursing and Midwifery Guilan 2008; 16(58):21-27[Persian]
5. Musavi J, in translation Textbook of Gynecological and obstetric Tehran: Arjmand publication,2008:305,308,310[Persian]
6. Martel M, MacKinnon A, MacKinnon C, Arsenault M, Bartellas E, Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES February 2005, 155(147): 51-59
7. Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC, Driggers RW, Laughon SK, Primary Cesarean Delivery in the United States, Obstet Gynecol 2013 Jul; 122(1):33-40
8. Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gavhane SP, Vaginal birth after cesarean section, N Am J Med Sci 2013 Feb; 5(2):140-4.
9. Festin M R, Laopaiboon M, Pattanittum P, Ewens M R, Henderson-Smart D J, Crowther C A, Caesarean section in four South East Asian countries: reasons for, rates, associated care practices and health outcomes, Boston Med Cent Preg Childbirth 2009; 9(17): 1-11
10.Bragg F, Cromwell D A, Edozien L C, Gurol- Urganci I, Mahmood T A, and Templeton A, Variation in rates of caesarean section among English NHS trusts after accounting for maternal and clinical risk: cross sectional study, Brit Med J 2010; 341(5065): 1-8
11.Noori T, Jamshidi F, The relationship between knowledge and attitude of pregnant women referred to health centers in Rasht applicant cesarean section cesarean section by their reasons, Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences 2007; 15(59):75-84[Persian]
12.Sharghi A, Kamran A, Sharifirad GH, Factors Influencing Delivery Method Selection in Primiparous Pregnant Women Referred to Health Centers in Ardabil, Iran, Journal of Health System Research2012; 7(3):364-372[Persian]
13.Shakerian Y, Frequency of Cesarean and its causes do it in Chaharmahal and Bakhtiari, 1381.Shahrekord Medical university2005; 6(1):63-65[Persian]
14.Farzan A, Javaheri S, Cesarean section and related factors in governmental and private Hospitals of Isfahan. Journal of Health System Research 2011; 6(1):79-85[Persian]
15.Naseh N, Khazaie T, Kianfar S, Dehghan R, Yoosefi S, Prevalence of Cesarean and its complications in women referring to Vali-e-Asr hospital. Mod Care J 2010; 7 (1 and 2):12-18[Persian]
16.Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M, Severe maternal morbidity and the mode of delivery, Acta Obstet Gynecol Scand 2008; 87(6): 662-8
17.Arab M, Compare the cost and complications of vaginal delivery after cesarean section with repeated cesarean, Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services 2002; 8(2):29-33[Persian]
18.Taghizade Z,Geranmaye M,Vasegh F.in translation Varney's midwifery, Tehran: Andisheh raffia publication 2009[Persian]
19.John Zweifl er, Alvaro Garza Susan Hughes Matthew, A Stanich Anne Hierholzer Monica Lau Vaginal Birth after Cesarean in California: Before and After a Change in Guidelines ANNALS OF FAMILY MEDICINE 2006: 4(3):234-2228
20.Haumonté JB, "et al",The influence of intrapartum factors on risk of uterine rupture and successful vaginal birth after cesarean delivery, Clin Perinatol 2011 Jun; 38(2):265-75
21.Najmi RS, Rehan N, Prevalence and determinants of caesarean section in a teaching hospital of Pakistan, J Obstet Gynaecol 2000;20 5 :479-483.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

22.Amiri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ, Caesarean Section Change Trends in Iran and Some Demographic Factors Associated with them in the Past Three Decades, Journal of Fasa University of Medical Sciences 2012:2(3):127-134[Persian]
23.Creasy RK, ResnikR , lams Jd , Maternal- Fetal medicine, 5 ed . Philadelphia, Sunders Corn 2004: 688 - 69324-Sindhu K, Srinivas, MD, David M, Stamilio, MD, MSCE, Erika J. Stevens, MA, Anthony O. Odibo, MD,Jeffrey F. Peipert, MD and George A, Macones, MD, MSCE Predicting Failure of a Vaginal Birth Attempt After Cesarean Delivery, Obstetrics & Gynecology2007 April; 109(4): 800-805
24.Yousef zade S,Akbarzade R,Yazdi M, The study of vaginal birth after cesarean section (VBAC) and its effects on pregnancy outcome, Iran Journal of Obstetrics Gynecology2006; 8(2): 43-50[Persian]

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]

Original Article

Prevalence and some maternal and neonatal outcomes of vaginal delivery after cesarean and Repeat Cesarean in a hospital repeated Bentolhoda Bojnoord

Nazari S[1],Tabatabayee chehr M[2] ,Bagheri M [3], Sharif Nia H[4]*

1MSc of midwifery Lecturer, school of nursing and midwifery, North Khorasan, University of medical sciences, Bujnuord, Iran
2MSc of midwifery, Lecturer school of nursing and midwifery, North Khorasan, University of medical sciences, Bujnuord, Iran
3MSc of midwifery, Lecturer, school of nursing and midwifery, North Khorasan, University of medical sciences, Bujnuord, Iran
4MSc, Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
***Corresponding Author:** school of nursing and midwifery, North Khorasan, University of medical sciences, Bujnuord, Iran
Email: bagheri.midwifery@gmail.com

Abstract

Background & Objective: *The standard rate of cesarean delivery, from the perspective of the World Health Organization is 15 percent, which in most places is very different from the amount recommended by the World Health Organization. One of the most effective solutions to reduce the incidence of cesarean section is vaginal delivery after cesarean and reduce repeat cesarean. Therefore, the present study is done to prevalence and some maternal and neonatal outcomes of vaginal delivery after cesarean and Repeat Cesarean in a hospital repeated Bentolhoda Bojnoord.*

Materials& methods: *Descriptive and analytical study on 180 mothers eligible performed, in 1392 and in North Khorasan University of Medical Sciences, Bentolhoda Hospital. Demographic questionnaire, details of delivery, maternal& neonatal outcomes are Study Tools. Spss software, version 18 descriptive statistics for tables, mean, Charts, variance, standard deviation, was used.*

Results: *% 47/8 of mothers were able to do a vaginal birth after cesarean. Bleeding and fever from mother outcom and neonatal outcomes with Fisher test was not significant, but in vaginal delivery after cesarean group ,uterin rupture in first stage and hysterectomy constipation was less than repeat cesarean that in constipation the difference between groups was significant.*

Conclusion: *With careful selection to reduce unnecessary cesarean, can used vaginal delivery after cesarean.*

Keywords: *Maternal and neonatal outcomes, vaginal birth after Cesarean, Cesarean*

Journal of North Khorasan University of Medical sciences 2016;8(1): 167-177

Received: 3 Oct 2015
Revised: 9 Mar 2016
Accepted: 3 May 2016

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-17]