

مقایسه سرانجام زایمان با اکسی توسین و خودبخودی در زنان باردار کم خطر

پروین آستی*، سهیلا اکبری^۱، مژگان مسعودی^۱، خاطره عنبری^۲

۱- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۲- دانشیار، گروه زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

۳- استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره شانزدهم / شماره ۴ / زمستان ۹۳ / مسلسل ۶۲

چکیده

دریافت مقاله: ۹۳/۹/۱۱ پذیرش مقاله: ۹۳/۱۰/۱۲

* مقدمه: درسال های اخیر، مداخلات پزشکی در لیبر شایع شده است که استفاده از اکسی توسین برای تسریع در زایمان یکی از آنها می باشد. متأسفانه تجویز بی رویه آن می تواند منجر به عوارض مادری و نوزادی شود. هدف این مطالعه، مقایسه سرانجام زایمان با اکسی توسین و خودبخودی در زنان باردار کم خطری می باشد.

* مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی- مقایسه ای، ۳۹۵ زن با جنین تک قل، نمایش سر، زایمان طبیعی، در مرحله فعال زایمان وارد مطالعه شدند. ۱۹۷ نمونه با توجه به دستور پزشک اکسی توسین دریافت کردند که در گروه زایمان با اکسی توسین و ۱۹۸ نمونه بدون دریافت اکسی توسین در گروه زایمان خودبخودی قرار گرفتند. در دو گروه، برخی از پیامدهای مادری و نوزادی مانند عوارض مادری، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم، ورود به بخش مراقبت های ویژه نوزادان و... بررسی شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۵ و آزمون های تی، کای دو و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

* یافته ها: یافته ها نشان داد اکسی توسین به طور قابل ملاحظه ای باعث افزایش میزان اپی زیاتومی، پارگی کانال زایمان، خونریزی بعد از زایمان، بستری نوزاد در بخش مراقبت های ویژه و کاهش نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد شد که از نظر آماری ارتباط معنی دار بود ($P < 0.05$).

* بحث و نتیجه گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سرعت بخشیدن به روند زایمان یک روش امن نیست و میزان عوارض مادری و نوزادی را افزایش می دهد. بنابراین، در صورت وجود دلایل پزشکی می توان از آن استفاده کرد.

* واژه های کلیدی: زایمان خودبخودی، اکسی توسین، پیامد، مادری، نوزادی.

* آدرس مکاتبه نویسنده مسئول: خرم آباد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری مامایی.

پست الکترونیک: Asti_par@yahoo.com

مقدمه

زایمان فرآیندیست طبیعی که با پیشرفت های پزشکی قرن بیستم ایمنی آن افزایش یافته ولی در اکثر موارد دخالت های پزشکی، مفهوم زایمان به عنوان پدیده فیزیولوژیک را که در بعضی موارد نیاز به مداخله پزشکی دارد از بین برده است (۱). به باور نادرست زنان، طبی شدن زایمان بدان معنی است که مدیریت پزشکی ارجح بر عملکرد فیزیولوژیک بدن می باشد (۲-۱). در حال حاضر در مامایی مدرن به طور وسیعی از تجویز داخل سرمی اکسی توسین برای تحریک، تسریع و پیشگیری از زایمان طولانی، با یا بدون پارگی مصنوعی پرده های جنینی استفاده می شود (۵-۳). اکسی توسین، هورمون پپتیدی است که از هیپوتالاموس تولید و از بخش خلفی هیپوفیز ترشح می گردد (۶).

نقش این هورمون در روند فیزیولوژیکی مانند پیشرفت مراحل زایمان، بازگشت تغییرات دستگاه تناسلی بعد از زایمان و شیردهی به حالت اولیه، به اثبات رسیده است (۷). اکسی توسین یک داروی منقبض کننده بسیار قوی رحمی می باشد که کار برد نادرست آن با مقادیر بالا و طولانی مدت می تواند سبب عوارضی نظیر خونریزی زیر عنکبوتیه ناشی از فشار خون، تشنج یا کوما ناشی از مسمومیت با آب، افت فشارخون، افزایش تعداد ضربان و برون ده قلبی، تهوع و استفراغ، حساسیت و انقباضات شدید رحم، جدا شدن زودرس جفت، افزایش بیلی روبین خون، آنوکسی و خفگی نوزاد، افزایش نرخ سزارین، تشدید دردها و استفاده از ابزار کمک زایمانی، افزایش مصرف داروهای مسکن و بی حسی موضعی، اینرسی بعد از زایمان، پارگی کانال زایمان، اپی زیوتومی، تزریق خون، طولانی شدن مدت بستری در بیمارستان، نیاز به سایر مداخلات پزشکی جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان، هیستریکتومی، دیسترس جنینی، احیاء و انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه نوزادان،

کاهش نمره آپگار دقیقه اول و پنجم بعد از تولد، وجود تب بعد از زایمان، تأخیر در تغذیه با شیرمادر، مرگ و میر پری ناتال در مادر و نوزاد) شود (۱۳-۸).

اخیراً، اکسی توسین به ۱۱ داروی با علائم هشدار بالا توسط موسسه شیوه مصرف سالم داروها اضافه شده تا تضمینات خاص به منظور کاهش خطای آن صورت گیرد (۱۴). اخیراً در ایالات متحده امریکا در اکثر زایمانها بشکل انتخابی از آن استفاده می شود (۱۵). از دو دهه گذشته، استفاده جهانی از آن با روش پایش ضربان قلب جنین و انقباضات رحم که مصرف آن را امن تر کرده، همراه است (۱۷-۱۶). با توجه به تحقیقات و نتایج ارائه شده بر آن شدید مطالعه ای با هدف تعیین مقایسه سرانجام زایمان با اکسی توسین و خودبخودی در زنان باردار کم خطر بستری در زایشگاه بیمارستان عسلی شهر خرم آباد در سال ۹۳-۱۳۹۱ انجام دهیم.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقایسه ای است که بر روی ۳۹۵ زن باردار کم خطر مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان آموزشی عسلی شهر خرم آباد در سال ۹۳-۹۱ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه (۱۸) و زیر نظر مشاور آمار و با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۳۹۶ نفر تعیین شد. روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه تا کامل شدن نمونه ها بود. شرایط ورود به مطالعه شامل: زنان ۱۸-۳۵ سال، تعداد حاملگی ۳-۱، حاملگی ترم، تک قلو، نمایش سر، داشتن شرایط انجام زایمان طبیعی، دیلاتاسیون سرویکس ۳-۴ سانتی متر، وجود دردهای حقیقی، جنین زنده، وزن تخمینی نوزاد ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم بود. معیارهای خروج از مطالعه: سابقه بیماری قلبی، فشار خون مزمن و حاملگی، دیابت، نارسایی کلیه و کبد، مصرف داروهای مربوطه، سابقه جراحی روی رحم و کف لگن، جدا شدن زودرس

جفت، جفت سر راهی، سابقه نازایی، زایمان دیررس و زودرس، ناهنجاری‌های جنین، بروز هرگونه عارضه در حین زایمان و نیاز به سزارین اورژانسی، وجود مکونیوم و عدم تمایل مادر به شرکت در مطالعه می باشد.

پس از اخذ رضایت نامه کتبی از همه واحدهای مورد پژوهش، نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه وارد مطالعه شدند. در دو گروه به محض بستری شدن معاینه واژینال و برقراری رگ باز انجام گرفت و در صورت لزوم اقدام به پارگی مصنوعی پرده‌ها شد. در صورت تجویز اکسی توسین به دستور پزشک برای سرعت بخشیدن لیبر در فاز فعال زایمان، این افراد در گروه زایمان با اکسی توسین (تعداد=۱۹۷) و مادرانی که اکسی توسین دریافت نکردند در گروه زایمان خودبخودی (تعداد=۱۹۸) قرار گرفتند. پژوهشگر و کمک پژوهشگر در حین لیبر، زایمان و بعد از زایمان اطلاعات را از طریق مصاحبه و مشاهده کسب و ثبت نمودند.

ابزار جمع آوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمت اول آن شامل: مشخصات واحدهای پژوهش (مشخصات فردی، تاریخچه مامایی، نتایج علائم حیاتی) و... قسمت دوم پرسشنامه که از اهمیت بیشتری برخوردار بود شامل: مرحله اول زایمان (فرم پارتوگراف، ضربان قلب جنین، دیلاتاسیون سرویکس، جایگاه سر جنین در لگن، تعداد انقباضات، مصرف اکسی توسین، وضعیت پرده‌ها، طول مدت فاز فعال از زمان دیلاتاسیون ۴ سانتی متر)، مرحله دوم زایمان (طول مدت مرحله دوم، نوع زایمان، نحوه پارگی کیسه آب،

وجود مکونیوم در کیسه آب، ضربان قلب جنین، نیاز به احیای نوزاد یا انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، وزن و آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد و...)، مرحله سوم (طول مدت مرحله سوم، میزان خونریزی بعد از زایمان، داروهای منقبض کننده رحم، زمان شروع تغذیه با شیر مادر و...) و تعیین عفونت در ۱۰ روز اول بعد از زایمان بود که علایم تب و عفونت نفاسی توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر به مادران توضیح داده شد.

باز شدن بخیه‌ها و بستری در بیمارستان، توسط خود پژوهشگر به صورت تلفنی چک گردید. میزان خونریزی مرحله سوم زایمان با ترازوی دیجیتال صایران و وزن کردن گازهای مصرفی، شان، پلاستیک زیر باسن زائو و اختلاف وزن برای هر یک گرم معادل یک سی سی محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از نرم افزار آماری SPSS15 و روش‌های آماری توصیفی، آزمون تی مستقل، مجذورکای یا آزمون دقیق فیشر و من ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها

تمام واحدهای پژوهش از نظر میانگین سنی، تعداد بارداری، سن حاملگی، وزن نوزاد و... در دو گروه یکسان بودند و اختلاف آماری معنی داری نداشتند (جدول ۱). میانگین ضربان قلب جنین در دیلاتاسیون سرویکس (۸-۱۰، ۷-۵ سانتیمتر) و در مرحله دوم زایمان در گروه زایمان خودبخودی به صورت معنی داری بالاتر از گروه زایمان با تحریک اکسی توسین بود ($P < 0/001$). در رابطه با اهداف اصلی مطالعه یافته‌ها در چهار جدول ذیل خلاصه شده‌اند.

جدول ۱. مقایسه برخی از مشخصات فردی وزایمانی در دردوگروه

P.V	زایمان		متغیرها
	با اکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	خودبخودی (تعداد=۱۹۸)	
۰/۳	۲۴/۸۱ ± ۵/۳۴	۲۵/۸۴ ± ۵/۵۱	سن مادر (سال)
۰/۱	۲۷۷/۸۴ ± ۶/۹۲	۲۷۷/۸۴ ± ۷/۳۸	سن حاملگی (روز)
۰/۹۸	۳۳۲۱/۶۴ ± ۳۴۹/۲۵	۳۳۱۵/۶۵ ± ۳۴۵/۰۲	وزن نوزاد (گرم)
*۰/۲۴**	۱۴۶/(۷۴/۱۱)	۱۴۳/(۷۲/۲۲)	۱
	۳۹/(۱۹/۷۹)	۴۲/(۲۱/۲۱)	۲
	۱۲/(۶/۰۹)	۱۳/(۶/۵۶)	۳
*۰/۱۶۳**	۱۹۱/(۹۷)	۱۸۷/(۹۴/۴۶)	خانه دار
	۶/(۰/۳)	۱۱/(۵/۶۳)	شاغل
*۰/۲**	۱۷/(۸۷/۱)	۳۴/(۱۷/۲۵)	بی سواد
	۳۶/(۱۸/۴۲)	۵۶/(۲۸)	ابتدایی
	۵۷/(۲۸/۶۳)	۳۳/(۰/۱۷)	سیکل
*۰/۶۳**	۴۴/(۸۷)	۷۵/(۳۸)	دیپلم و بالاتر
	۸۹/(۴۴/۹۱)	۸۴/(۴۲/۲۴)	دختر
	۱۰۸/(۵۵)	۱۱۴/(۵۷/۸۱)	پسر

*آزمون تی مستقل
**آزمون دقیق فیشر

جدول ۲: پیامدمرحله اول زایمان دردوگروه

P.V	زایمان		متغیر
	با اکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	خودبخودی (تعداد=۱۹۸)	
*۰/۰۰۱	۲۴۸/۵۶ ± ۱۴۱/۳۲	۴۲۴/۲۵ ± ۱۲۴/۵۱	طول فاز فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)
*۰/۱۵	۱۳۱/۹۷ ± ۷/۹۱	۱۳۷/۵۵ ± ۵/۲۱	ضربان قلب جنین
*۰/۱	۱۳۶/۲۳ ± ۴/۵۶	۱۳۴/۱۵ ± ۴/۸۱	درد دیلاتاسیون
*۰/۱	۱۲۴/۸۱ ± ۹/۵۷	۱۲۷/۶۳ ± ۷/۹۴	دهانه رحم (سانتیمتر)
*۰/۰۰۱	۱۱۲۱ ± ۱۱/۵	۱۲۰/۹۵ ± ۶/۶۲	۱۰
*۰/۲۳	-۲۳۱ ± ۱/۱۲	-۲/۵۲ ± ۰/۷۲	۴-۳
*۰/۵۴	-۱/۱۳ ± ۱	-۱/۴۲ ± ۰/۹۷	۷-۵
*۰/۹۷	۰/۰۴ ± ۰/۸۶	۰/۰۴ ± ۰/۹۸	۱۰-۸
*۰/۲۳	۱/۰۶ ± ۰/۴۷	۱/۱ ± ۰/۶۳	۱۰

*آزمون تی مستقل

جدول ۳. پیامد مرحله دوم زایمان دردوگروه

P.V	زایمان		متغیر
	باکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	خودبخودی (تعداد=۱۹۸)	
*۰/۴۸	۴۶/۰۲±۲۶/۳	۴۹/۵±۲۷/۱	طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)
*۰/۰۰۱	۱۱۹/۴۴±۶/۹۱	۱۱۴/۹۲±۱۲/۳	ضربان قلب جنین در مرحله دوم زایمان
**۰/۰۰۱	۵۶(۰/۲۵/۹)	۸(۰/۴)	وجود مکنونیوم
**۰/۰۰۱	۱۴۵(۰/۷۳/۵)	۸۴(۰/۴۲/۳)	نوع زایمان اپی زیاتومی
	۴۰(۰/۲۰/۴)	۳(۰/۱/۶)	وکیوم
**۰/۰۰۱	۱۶(۰/۸/۱)	۸(۰/۴/۰/۴)	زایمان با پارگی درجه یک
	۴۵(۰/۲۲/۸۴)	۶(۰/۳/۰/۳)	درجه دو
	۵۱(۰/۲۵/۹)	۸(۰/۴/۰/۴)	گسترش اپی زیاتومی
			**آزمون تی مستقل **آزمون دقیق فیشر

جدول ۴. پیامد مرحله سوم و ده روز اول بعد از زایمان دردوگروه

P.V	زایمان		متغیر
	باکسی توسین (تعداد=۱۹۷)	خودبخودی (تعداد=۱۹۸)	
*۰/۴۸	۱۱/۰۲±۷/۳	۸/۵±۴/۶	طول مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)
*۰/۰۰۱	۷/۶±۱/۳	۸/۶±۰/۶۸	آپگار دقیقه اول
*۰/۰۰۱	۹/۶±۱/۰۵	۹/۹±۰/۲۵	آپگار دقیقه پنجم
**۰/۰۰۱	۸۷(۰/۴۴/۱۶)	۱۸(۰/۹/۰/۹)	احیای نوزاد
**۰/۰۰۱	۳۶(۰/۱۸/۴۱)	۶(۰/۳/۱)	انتقال به بخش نوزادان
**۰/۰۰۱	۵۱(۰/۲۵/۹)	۱۵(۰/۷/۵۷)	انتقال به بخش ویژه نوزادان
**۰/۳۴)/۱/۱(۲)	.	مرگ نوزاد
*۰/۰۰۱	۳۲۵±۷۷۲/۶۶	۱۹۲±۲۸۵/۲۵	خونریزی ۳۰ دقیقه اول بعد از زایمان (سی)
*۰/۰۰۱	۱۵۹/۱۵±۱۵۹/۳۹	۴۲/۲۶±۶۴/۴۸	خونریزی ۳۰ دقیقه دوم بعد از زایمان (سی)
**۰/۰۰۱	۹۸(۰/۴۹/۸)	۱۵۳(۰/۷۷/۳)	شیردهی خوب طی ۴۸ ساعت اول بعد از زایمان
**۰/۰۰۱	۱۵۲(۰/۷۱/۱۵)	۹۰(۰/۴/۴۵)	مصرف آنتی بیوتیک
**۰/۰۰۱	۴۹(۰/۲۴/۸۷)	۵(۰/۲/۲۵)	باز شدن پخیه ها
**۰/۰۰۱	۲۱(۰/۱۰/۶۶)	۴(۰/۲/۰/۲)	وجود تب در ۱۰ روز بعد از زایمان
**۰/۰۰۱	۱۹۳(۰/۹۸)	۱۹۵(۰/۹۸/۴)	نحوه خروج جفت خودبخودی
	۴(۰/۲)	۳(۰/۱/۶)	بادست
**۰/۰۰۱	۱۶۵(۰/۸۳/۷۵)	۱۷(۰/۸/۵۸)	نحوه کنترل خونریزی بعد از زایمان اکسی توسین اضافی
	۷۸(۰/۳۹/۶)	۱۴(۰/۷/۰/۷)	مترژین
	۴۹(۰/۲۴/۹)	۴(۰/۲/۳)	میزوپروستول
	۱۲۵(۰/۶۳/۳)	۱۹(۰/۹/۴)	ملساژ رحم
			**آزمون تی مستقل **آزمون کای دو (آزمون دقیق فیشر)

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد فراوانی استفاده از اپی زیاتومی و وکیوم در مرحله دوم زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین بصورت معناداری بالاتر از گروه زایمان

خودبخودی بود ($P < 0.001$). نتایج مطالعات متعدد در این راستا نشان داد میزان اپی زیاتومی و استفاده از وکیوم در زایمان با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی و انتظاری است (۱۷-۱۶، ۱۲) که با نتایج مطالعه ما همسو می باشد.

نتایج مطالعات مشابه متعدد نشان داد میزان استفاده از وکیوم در مرحله دوم زایمان در زایمان خودبخودی بیشتر از زایمان با اکسی توسین و این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار است (۲۱،۹-۱۹) که با نتایج مطالعه ما مطابقت ندارد. در این مطالعه فاز فعال زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین کوتاه‌تر از گروه زایمان خودبخودی بود که این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است ($P < 0/001$).

نتایج مطالعات متعدد در این زمینه نشان داد که میانگین طول فاز فعال مرحله اول زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین بیشتر از گروه زایمان خودبخودی بود و از نظر آماری این تفاوت معنا دار بود (۲۲،۱۲-۱۰،۹). نتایج بررسی‌های فوق با این مطالعه مطابقت ندارد.

نتایج بررسی رحیمی‌کیان و همکاران در این زمینه تفاوت معناداری بین میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در دو گروه را ذکر نکردند (۲۳). نتیجه مطالعه فوق با این مطالعه همخوانی دارد. یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن است که فیتال دیسترس و وجود مکونیوم در مرحله دوم زایمان، نمره آپگار پایین دقیقه اول و پنجم در زایمان با اکسی توسین در مقایسه با زایمان خودبخودی بیشتر و این اختلاف از نظر آماری معنی دار است ($P < 0/001$). گوئرا و همکاران دریافتند که خونریزی بعد از زایمان، تجویز داروهای منقبض کننده رحم جهت پیشگیری از خونریزی پس از زایمان، انتقال خون، پارگی پریینه، هیستریکتومی، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، اقامت طولانی مدت مادر در بیمارستان، بی‌حسی در طی لیبر، مرگ زودرس نوزاد، تأخیر در شروع تغذیه با شیر مادر از یک تا هفت روز، آپگار دقیقه پنجم کمتر از ۷ در گروه زایمان القای انتخابی با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی بود (۹). بسیاری از نتایج مطالعه فوق با نتایج بررسی حاضر مطابقت دارد. نتایج بررسی‌ها در

این مورد نشان داد که افت ضربان قلب جنین و وجود مکونیوم در مرحله دوم زایمان، پایین بودن نمره آپگار دقیقه اول و پنجم بعد از زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی است و این اختلاف از لحاظ آماری در دو گروه معنی دار می‌باشد (۲۴،۲۵). نتایج بررسی فوق با این مطالعه همخوان است. در این مطالعه نیاز به احیای نوزاد، انتقال به بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان در گروه زایمان با اکسی توسین بطور معناداری بیشتر از گروه زایمان خودبخودی بود که از لحاظ آماری اختلاف معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). شاید نیاز به اینتوباسیون، احیاء و اقدامات پیشرفته درمانی و انتقال نوزاد به بخش مراقبت‌های ویژه در گروه زایمان با اکسی توسین به دلیل افزایش میزان فیتال دیسترس، دفع مکونیوم و پایین بودن نمره آپگار دقیقه اول و پنجم بعد از تولد در این گروه زایمان می‌باشد که با یافته‌های مطالعه وینبرگ و همکاران همخوانی دارد (۲۵). یافته‌های مطالعات همسو بسیاری تایید کننده نتایج حاضر می‌باشد (۲۶،۲۳،۱۲،۹). نتایج مطالعه گلمزولگو و همکاران در این مورد نشان داد که افت ضربان قلب جنین، نیاز به احیای نوزاد، انتقال به بخش‌های مراقبت‌های ویژه نوزادان، گیر کردن شانه و افزایش بیلی روبین خون نوزاد در گروه زایمان با اکسی توسین بطور معناداری کمتر از گروه زایمان خودبخودی بود (۲۷). نتیجه بررسی مذکور با این مطالعه همخوان نیست.

در این مطالعه میانگین حجم خونریزی در ۳۰ دقیقه اول و دوم بعد از زایمان، پارگی‌های درجه (یک و دو)، گسترش اپی‌زیاتومی و استفاده از اکسی توسین، مترژین، میزوپروستول، ماساژ رحم جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین در مقایسه با زایمان خودبخودی بیشتر بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$). نتایج بررسی‌های متعدد همسو تایید کننده

نتایج مطالعه حاضر می‌باشند (۳۲-۳۰، ۲۶، ۱۰-۱۲، ۹). نتایج مطالعات متعدد در این زمینه تفاوت معناداری بین میزان حجم خونریزی بعد از زایمان، نیاز به داروهای منقبض کننده رحم جهت کنترل خونریزی بعد از زایمان، اپی زیاتومی و پارگی کانال زایمان در دو گروه زایمان مشاهده نکردند (۳۴-۳۳) که با نتیجه این مطالعه مطابقت ندارد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد میزان عفونت بعد از زایمان و باز شدن بخیه‌های محل پارگی یا اپی زیاتومی در گروه زایمان با اکسی توسین در مقایسه با زایمان خودبخودی بیشتر و این تفاوت از نظر آماری معناداری بود ($P < 0.001$) ولی عفونت بعد از زایمان در همه واحدهای مورد پژوهش خیف بود که نیاز به بستری شدن در بیمارستان نداشتند و همگی سرپایی درمان شدند. نتایج مطالعه صحتی شفائی و همکاران در این زمینه نشان داد عفونت بعد از زایمان در گروه زایمان با اکسی توسین بیشتر از زایمان خودبخودی است (۳۵). نتایج بررسی فوق با این مطالعه همخوان است.

با توجه به نتایج این پژوهش تجویز بی رویه اکسی توسین جهت تسریع زایمان درمقایسه با زایمان خودبخودی موجب افزایش عوارض مادری، جنینی و نوزادی می شود. بنابراین پیشنهاد می شود:

۱. در صورت وجود دلایل پزشکی از این روش استفاده می‌شود.

۲. ضرورت اجرا و گسترش زایمان طبیعی (فیزیولوژیک) بیش از پیش احساس می‌گردد.

۳. انجام تحقیقات طولی در این زمینه ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و پرسنل محترم بخش زایمان بیمارستان عسلی خرم آباد نهایت تشکر به عمل می‌آید. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۱۶۶۶ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان می باشد.

References

- Gibson F. Science-based maternity care for the 21 Century, 2nd ed. New York: ACCM, 2006; 156-161.
- Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnin A, Faghizadeh S, Vafaei M, Roustaf F, et al. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)* 2008; 11(3):29-36. (In Persian)
- El-Hamamy E, Arulkumaran S. Poor progress of labour. *Curr Obstet Gynaecol* 2005; 15:1-8.
- Wei S, Wo BL, Xu H, Luo ZC, Roy C, Fraser WD. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of or therapy for, delay in first stage spontaneous labor compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 15 (2):CD006794.
- Miller LA. Oxytocin, excessive uterine activity, and patient safety: time for a collaborative approach. *J Perinat Neonatal Nurs* 2009; 23(1):52-58.
- Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- Uvnas-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuro endocrinology* 1998; 23(8):819-835.
- Sehati F, Firouzan V, Heydari L, Hosseini MB, Ghojzadeh M. Comparison of two methods of induction and continuous pulse on pregnancy outcome in pregnant women. *J Lorestan Univ Med Sci* 2008; 10(1):11-8. (In Persian)
- Guerra G, Cecatti J, Souza J. Elective induction versus spontaneous labour in Latin America. *Bull World Health Organ* .2011; 89: 657-665.
- Induction of Labour (2008) Induction of Labour. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Available: <http://www.rcog.org.uk> Accessed 2012 Jun 26.
- Macer J, Macer C, Chan L, Fearl J (1992) Elective induction versus spontaneous labor: a retrospective study of complications and outcome. *Discussion Am J Obstet Gynecol* 1690-1696.
- Stock S, Ferguson E, Duffy A, Ford I. Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *BMJ* 2012; 344: e2838.
- Cunningham FG, Williams JW, Leveno KJ, Bloom S, Hauth JC (2009) *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill Professional. 1 pp.
- Simpson KR, Knox GE. Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Mater n Child Nurs* 2009; 34(1):8-15.
- Clark SL, Simpson KR, Knox GE, et al. Oxytocin :new perspectives on an old drug. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:35.e1-35.e6.
- Selin L, Almström E, Wallin G, Berg M. Use and abuse of oxytocin for augmentation of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(12):1352-1357.

17. Goer H, Leslie MS, Romano A. The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care: Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *J Perinat Educ*. 2007; 16(1): 32S-64S.
18. Tracy S, Sullivan E, Wang Y, Black D, Tracy M. Birth outcomes associated with interventions in Labor amongst low risk women: A population-based study *Women. Birth J* 2007; 20 (7): 41-48.
19. Cole RA, Howie PW, Macnaughton MC. Elective induction of labour. A randomised prospective trial. *Lancet* 1975; 1:767-770.
20. Dublin S, Lydon-Rochelle M, Kaplan RC, Watts DH, Critchlow CW. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:986-994.
21. van Gemund N, Hardeman A, Scherjon SA, Kanhai HH. Intervention rates after elective induction of labor compared to labor with a spontaneous onset. A matched cohort study. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 56:133-138.
22. Nachum Z, Garmi G, Kadan Y, Zafran N, Shalev E, Salim R. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reprod Biol Endocrinol* 2010 7; 8:136.
23. Rahimikian F, Talebi F, Golian Tehrani SH, Mehran A. Comparison of the Effect of Physiological Birth and Routine Normal Delivery on Some of Maternal and Fetus Outcomes. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences* 2013 ;(1.13)4: 398-405. (In Persian).
24. Odd DE, Rasmussen F, Gunnell D, Lewis G, Whitelaw A. A cohort study of low Apgar scores and cognitive outcomes. *Arch Dis Child Fetal Neonatal ED* 2008; 93(2):115-120.
25. Weinberge B, Anwa Mr, Hegy T, Hiatt M, Koons M, Paneth N. Antecedents and neonatal consequences of low Apgar scores in preterm newborns, a population study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154(3): 294-300.
26. Vogel JP, Souza JP, Gu' Imezoglu AM. Patterns and Outcomes of Induction of Labour in Africa and Asia: A Secondary Analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Neonatal Health. *PLoS ONE* 2013; 8(6): e65612. doi:10.1371/journal.pone.0065612.
27. Gülmezoglu A, Crowther C, Middleton P . Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ;13;6:CD004945. doi: 10.1002/14651858.CD004945.pub3.
28. Darney GB , Snowden MJ, Cheng WY, Jacob L , Nicholson M J, et al. Elective induction of labor at term compared with expectant management: Maternal and Neonatal Outcome. *Obstet Gyncole* 2013; 122(4):761-769. doi:10.1097/AOG.0b013e3182a6a4d0.
29. Caughey B A, Sundaram V, Kaimal J A, Gienger A, Cheng W Y, et al. Systematic Review: Elective Induction of Labor Versus

- Expectant Management of Pregnancy. *Ann Intern Med* 2009; 151:252-263.
30. Grotegut CA, Paglia MJ, Johnson LN, et al. Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204:56.e1.
 31. Sheiner E, Sarid L, Levy A, et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2005; 18:149–154.
 32. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ* 2001; 322:1089–1093. [Abstract/FREE Full text]
 33. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, et al. Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2010;204:238.e1.
 34. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:609-617. Abotalib ZM. Elective induction of labor at term: doing a lot to gain a little? *Saudi Med J* 1999;20:185-188.
 35. Sehhati Shafai F, Kazemi S, Ghojazadeh M. Comparing Maternal Outcomes in Nulliparous Women in Labor in Physiological and Conventional Labor: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2013;(97) 22:122-131. (In Persian)