



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان  
دانشکده پزشکی

پایان نامه دوره دکترای پزشکی عمومی

عنوان

مقایسه ی سرانجام حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) با حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج

استاد راهنما

دکتر فریبا فرهادی فر

استاد مشاور:

دکتر معصومه رضائی

مشاور آماری

دکتر دائم روشنی

نگارش

امین صدری نژاد

کلیه امتیازها و حقوق مادی و معنوی این پایان نامه ، و نتایج کتبی ارائه شده براساس آن از قبیل مقاله، اختراع، و اکتشاف به هر شکل و عنوان به «دانشگاه علوم پزشکی کردستان» تعلق دارد؛ لذا بازنویسی، کپی برداری و تکثیر از روی تمام یا بخشی از آن به هر صورت بدون اجازه کتبی صاحب امتیاز ممنوع بوده و تخلف از آن پیگرد قانونی دارد. استفاده از مندرجات با ذکر منبع بلامانع است .

## شناسنامه پایان نامه

عنوان:	مقایسه ی سرانجام حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) با حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج
استاد راهنما:	دکتر فریبا فرهادی فر
مشاور آماری:	دکتر دائم روشنی
نگارش:	امین صدری نژاد
تکثیر و صحافی:	صحافی درویش
ناشر:	دانشگاه علوم پزشکی کردستان - مدیریت امور تحقیقات و اطلاع رسانی پزشکی
صحت مندرجات طرح برعهده مجری آن است.	

سنندج - خیابان پاسداران - روبروی هتل شادی - پردیس دانشگاه - دانشکده پزشکی

صندوق پستی ۶۶۱۷۷-۱۳۴۴۶ تلفن: ۶۱۳۱۳۱۱ (۰۸۷۱) فاکس: ۶۶۶۴۶۷۴ (۰۸۷۱)

[www.muk.ac.ir](http://www.muk.ac.ir)

### تشکر و قدردانی

سپاس خداوند بزرگ را که توفیق عنایت فرمود تا بتوانم این مرحله از تحصیل را نیز به پایان برسانم. در این جا بر خود واجب می دانم از زحمات و راهنمایی های ارزنده و بی دریغ تمامی بزرگوارانی که در تدوین این پایان نامه مرا یاری نمودند قدردانی به عمل آورم.

از اساتید محترم، سرکار خانم دکتر فریبا فرهادی فر که تحقیق حاضر مرهون راهنمایی های ایشان است و همچنین از زحمات خانم دکتر معصومه رضائی که در مراحل تدوین پایان نامه مرا یاری نمودند قدردانی می کنم

و جناب آقای دکتر دائم روشنی که زحمت مشاوره این تحقیق را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی می نمایم و موفقیت روزافزون آنان را از خداوند منان مسئلت می نمایم.

از سرکار خانم دکتر شعله شاه غیبی مدیر گروه محترم بخش زنان، بسیار متشکرم و آرزومند سرافرازی روزافزون ایشان هستم.

امید است این یادآوری نمایانگر سپاس بی پایان و قدرشناسی بی پایان نسبت به کمک های بی دریغ آن بزرگواران به شمار آید.

## تقدیم به

تقدیم با بوسه بر دستان پدرم:

به او که نمی دانم از بزرگی اش بگویم یا مردانگی سخاوت، سکوت، مهربانی و .....

پدرم راه تمام زندگیست

پدرم دلخوشی همیشگیست

تقدیم به مادرم:

مادرم، آنکه آفتاب مهرش در آستانه قلبم، همچنان پابرجاست و هرگز غروب نخواهد

کرد.

## چکیده

### مقدمه:

حاملگی طول کشیده به طور میانگین در ۱۰٪ از حاملگی ها اتفاق می افتد. که می تواند دارای پیامد هائی هم برای مادر و هم برای جنین باشد. که برخی از این پیامد ها شامل کاهش مایع آمنیوتیک، فشردگی حاد بند ناف، دفع مکنونیوم و آسپیراسیون، ماکروزومی، ، نارسایی جفتی به همراه محدودیت رشد جنین (*IUGR*) ، هیپوکسی و اسیدوز است. و با توجه به این که آمار دقیقی از سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در شهر سنندج وجود ندارد هدف ما از این مطالعه بررسی سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در شهر سنندج در مقایسه با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) در سال ۱۳۹۱ می باشد.

### مواد و روش ها:

در ابتدا توسط اطلاعات ثبت شده در پرونده های بخش زنان و زایمان ، شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) تعیین می گردد، سپس در جامعه آماری مورد نظر ما که حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) را شامل می شود به تعیین متغیر های مورد نظر در مقایسه با حاملگی های ترم که اطلاعات آنها نیز ثبت شده است پرداخته شده است و با توجه به شیوع زایمان های طول کشیده در منابع ، حداقل حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۲٪ حداقل ۶۰۰ نفر محاسبه شد که در صورت داشتن معیار های ورود و خروج به صورت در دسترس در طول مطالعه جمع آوری شد و به همین تعداد هم از حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) در نظر گرفته می شود، بنابراین کل حجم نمونه مورد بررسی ۱۲۰۰ نفر بوده باشد.

### یافته ها:

فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین) ، فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، فراوانی افت ضربان قلب جنین، فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای *ripening* سرویکس، فراوانی آتونی رحم، فراوانی تعداد دفعات حاملگی، فراوانی تعداد دفعات زایمان، جنسیت نوزاد، نمره *APGAR1* و وزن بدو تولد متفاوت می باشد، اما از نظر فراوانی زایمان با وسیله یا بدون وسیله، میزان کاهش *AF* (مایع آمنیوتیک)، دفع مکنونیوم، نیاز به احیای نوزاد، میزان بستری شدن نوزاد در *NICU*، میزان بستری شدن نوزاد در *N* (بخش نوزادان)، سن، قد، وزن، *BMI* و نمره *APGAR5* متفاوت نمی باشد.

### بحث و نتیجه گیری:

در بسیاری از متغیرهای بررسی شده حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) با حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) دارای تفاوت معنی دار می باشد.

**کلمات کلیدی:** حاملگی طول کشیده، حاملگی ترم، پیامد

## فهرست

۷	فصل اول: کلیات .....
۸	بیان مسئله .....
۱۱	هدف کلی .....
۱۱	اهداف اختصاصی .....
۱۳	سوالات پژوهشی .....
۱۵	فرضیات پژوهشی .....
۱۷	متغیرهای پژوهش و تعریف عملیاتی آن ها .....
۲۰	فصل دوم: پیشینه پژوهش .....
۲۱	پیشینه نظری .....
۲۲	زمینه پژوهشی .....
۲۶	فصل سوم: متدولوژی تحقیق .....
۲۷	روش مطالعه .....
۲۷	جامعه آماری .....
۲۷	حجم نمونه و روش نمونه گیری .....
۲۸	روش گردآوری داده ها .....
۲۹	روش تجزیه و تحلیل داده ها .....
۳۰	فصل چهارم: یافته‌های پژوهش .....
۳۱	جداول .....
۷۶	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری .....
۷۷	بحث و نتیجه گیری : .....
۸۵	پیشنهادات: .....
۸۵	محدودیت ها .....
۸۶	منابع: .....
۸۹	پرسشنامه .....

فصل اول: کلیات

## بیان مسئله

حاملگی ترم (*term*) یا حاملگی طبیعی در فرانس ها بدین گونه تعریف می شود که سن حاملگی مادر باید بین (۳۷ هفته کامل تا کمتر از ۴۲ هفته کامل) باشد. و در نقطه مقابلش حاملگی های پس از موعد (*post term*) بدین گونه تعریف می شود که سن حاملگی مادر ۴۲ هفته تمام (۲۹۴ تا ۲۹۵ روز) یا بیشتر باشد که شیوع آن را با توجه به روش های مختلف تعیین سن حاملگی در حدود ۱۴ - ۴٪ در نظر گرفته شده است (۲۱ و ۲). اصطلاح دیگری که در حاملگی استفاده می شود حاملگی های طولانی یا *Prolonged* است که به صورت حاملگی هایی که بیش از ۴۲-۴۰ هفته طول می کشد تعریف می گردد. حاملگی طول کشیده از این رو قابل اهمیت است که می تواند برای مادر و جنین عوارضی داشته باشد. عوارضی که می تواند گریبانگیر مادر شود شامل ایجاد اضطراب و هیجان به علت عدم تولد به موقع نوزاد و یا حتی وجود نوزاد بزرگ که می تواند زایمان پر مخاطره ای ایجاد کند که از وی به عنوان زایمان تروماتیک نام می برند. و در نقطه مقابل عوارض مادری، عوارض جنینی نیز برای این گونه حاملگی ها مطرح است که برخی از آن ها شامل کاهش مایع آمنیوتیک، فشردگی حاد بند ناف، دفع مکونیوم و آسپیراسیون، ماکروزومی، نارسایی جفتی به همراه محدودیت رشد جنین (*IUGR*)، هیپوکسی، آسیب اندام، اسیدوز و مرگ است. با توجه به موارد ذکر شده به راحتی می توان تصور کرد که حاملگی های طول کشیده سبب افزایش قابل توجه مرگ و میر جنین و نوزاد می شود که به عنوان نمونه می توان ذکر کرد که آسفکسی حین زایمان و آسپیراسیون مکونیوم تقریباً ۳/۴ مرگها ی نوزادان است (۳ و ۴ و ۵). و قابل توجه است که بدانیم بیشترین علت حاملگی های طول کشیده، در واقع اشتباه در اندازه گیری سن دقیق حاملگی است که آن ها را به اشتباه طول کشیده می نامند (۶) از عوامل جنینی که می تواند منجر به حاملگی طول کشیده شود می توان به آنانسفالی، هیپوپلازی آدرنال، نارسایی هیپوفیز و یا کمبود سولفاتاز جفتی اشاره کرد که باعث کاهش استروژن ها در هنگام زایمان و طولانی شدن حاملگی می گردند (۷). از علل مادری



حاملگی طول کشیده می‌توان آماده نبودن سرویکس رحم را ذکر کرد که به نوبه‌ی خود از شیوع بالایی برخوردار است (۸). سابقه حاملگی‌های پس از موعد قبلی در خود فرد و یا خانواده او از عوامل تأثیر گذار بر دیررس بودن حاملگی است و همچنین عواملی مانند ژنتیک، تعداد زایمان، طبقه اجتماعی - اقتصادی و سن می‌تواند از جهات مختلف در بروز حاملگی طول کشیده موثر باشد (۹). سابقه یک بار حاملگی پس از موعد، دیررس بودن حاملگی را از ۱۰٪ به ۲۷٪ و سابقه دو بار حاملگی پس از موعد، این میزان را به ۳۹٪ می‌رساند. همچنین در صورت پس از موعد متولد شدن خود فرد حامله، این میزان در فرزندان وی ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌یابد (۱۰). حاملگی‌های پس از موعد با توجه به مشکلات نوزادی ایجاد شده از عوامل مهم مرگ و میرهای پری ناتال به شمار می‌روند به طوری که این میزان در هفته‌های ۴۰-۴۲ نسبت به هفته‌های ۳۸-۴۰ بیشتر بوده و از هفته ۴۲ به بعد افزایش محسوسی را نشان می‌دهد (۱۱ و ۱۲ و ۱۳). از عواملی که سبب مرگ قبل از زایمان در این حاملگی‌ها می‌شود می‌توان عوامل زیر را نام برد ماکروزومی، دیستوشی شانه، عدم تناسب سفالوپلوئیک، آسفیکسی، مکونیوم غلیظ، آسپیراسیون مکونیوم، آنانسفالی، هیپوپلازی آدرنال، نارسایی هیپوفیز، محدودیت رشد داخل رحمی (*IUGR*)، سزارین و القای زایمان (۱). زایمان باید در صورت وجود دهانه رحم مناسب و کاهش حجم مایع آمنیوتیک انجام شود. برای ختم حاملگی در بیماران پس از موعد از دو روش القای زایمان یا سزارین استفاده می‌شود و با توجه به افزایش میزان سزارین تا ۴ برابر در دو دهه اخیر و اثرات اقتصادی قابل توجه آن و بالاتر بودن میزان مرگ و میر آن حتی در مطلوب‌ترین شرایط، القای زایمان با روش‌های ایمن‌تر می‌تواند مشکلات ذکر شده با سزارین را پیشگیری کند (۱۴). در استرالیا از سال ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۶ القای زایمان در هفته ۴۱ افزایش پیدا کرده بود که همراه با افزایش شیوع سزارین بود (۱۵). همچنین در بررسی‌های که *Roos* و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام دادند مشخص شد که افرادی که دچار حاملگی *post term* هستند نسبت به افراد نرمال تا ۲ برابر بیشتر سزارین می‌شوند که این افزایش میزان ریسک در زنان چاق و بالای ۳۵ بیشتر

از سایر افراد بوده است (۱۶). در مطالعه اسلامیان و همکاران میزان زایمان طبیعی و سزارین در موارد اینداکشن، دردهای زایمانی با دو روش گوناگون از نظر آماری تفاوت معنی دار نداشت و همچنین میانگین ضریب آپگار، ۹/۵ و همگی بیش از شش بودند (۱۷). زمان شروع مداخله بین هفته ۴۱ و ۴۲ و همچنین انتخاب بین روش القای زایمان و روش انتظاری و انواع القای زایمان در اداره ی حاملگی های پس از موعد مورداختلاف می باشد. براساس مطالعات انجام شده در سال ۱۹۹۳ در صورت مناسب بودن سرویکس در هفته ۴۱، القای زایمان در دو سوم موارد و در هفته ۴۲ حاملگی در تمام موارد صورت می گیرد. در غیر این صورت بررسی سلامت جنین در ۴۱ هفتهگی و القای زایمان در دو سوم موارد و بررسی سلامت جنین در بقیه موارد در هفته ۴۲ حاملگی پیشنهاد شده است (۱). در سال ۱۹۹۱ کازیس و همکارانش مطالعه ای پرسپکتیو روی پرونده بیماران با *LMP* مشخص انجام دادند. که مرگ و میر پری ناتال، میزان القای زایمان، دفع مکونیوم، دیستوشی شانه، ماکروزومی و میزان سزارین در دو گروه (زنان با حاملگی بیش از ۴۰ هفته در مقایسه با حاملگی های ترم) مشابه بود ولی عوارضی مانند دیسترس جنینی، زایمان با وسیله و آپگار دقیقه ۵ کمتر از ۷ در دو گروه تفاوت معنا دار داشت (۲۱). از جمله مسائلی که در اداره ی زایمان های پس از موعد از اهمیت خاصی برخوردار است آمینو تومی و زمان انجام آن، اداره ی مکونیوم غلیظ، تصمیم گیری در مورد سزارین و نیز اداره ی زایمان است که هر گونه کوتاهی در این زمینه ها می تواند به مخاطرات و عوارض بلندمدت نوزادی منجر شود (۱۸). با توجه به این توصیفات و با توجه به محدودیت امکانات در شهر سنندج، در بیمارستان بعثت در برخورد با حاملگی های طول کشیده، به این حاملگی ها اجازه ی ادامه پیدا کردن بیشتر از ۴۲ هفته را نمی دهند و در این حاملگی ها قبل از اینکه بیش از ۴۲ هفته طول بکشد، برای ختم بارداری اقدام می شود. و با توجه به این که آمار دقیقی از سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در شهر سنندج وجود ندارد هدف ما از این مطالعه بررسی سرانجام

حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در شهر سنندج در مقایسه با حاملگی های نرمال (۴۰ هفته) در سال ۱۳۹۱ می باشد.

## هدف کلی

مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۱.

## اهداف اختصاصی

اهداف اختصاصی (ضوابط اندازه گیری ، زمینه تحقق هدف ، گروه و مکان

مورد نظر)

اهداف اختصاصی توصیفی:

۱ - تعیین میزان شیوع حاملگی طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۱.

اهداف اختصاصی تحلیلی:

۱. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، در سال ۱۳۹۱.
۲. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی زایمان با وسیله یا بدون وسیله، در سال ۱۳۹۱.
۳. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، در سال ۱۳۹۱.

۴. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک)، در سال ۱۳۹۱.
۵. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، در سال ۱۳۹۱.
۶. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی دفع مکنونیوم، در سال ۱۳۹۱.
۷. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نیاز به احیای نوزاد، در سال ۱۳۹۱.
۸. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، در سال ۱۳۹۱.
۹. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان)، در سال ۱۳۹۱.
۱۰. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس، در سال ۱۳۹۱.
۱۱. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی آتونی رحم، در سال ۱۳۹۱.
۱۲. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، در سال ۱۳۹۱.
۱۳. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، در سال ۱۳۹۱.

۱۴. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی جنسیت نوزاد، در سال ۱۳۹۱.
۱۵. مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی سن، قد، وزن و *BMI* مادران باردار و نمره *APGAR1* ، نمره *APGAR5* و وزن بدو تولد نوزادان نیاز به احیای نوزاد، در سال ۱۳۹۱.

### سوالات پژوهشی

۱. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۲. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی زایمان با وسیله یا بدون وسیله، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۳. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۴. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان کاهش *AF* (مایع آمنیوتیک)، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۵. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۶. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی دفع مکونیوم، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۷. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نیاز به احیای نوزاد، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟

۸. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۹. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان)، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۱۰. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۱۱. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی آتونی رحم، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۱۲. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۱۳. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۱۴. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی جنسیت نوزاد، در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟
۱۵. میزان شیوع حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی سن، قد، وزن و BMI مادران باردار و نمره APGAR1، نمره APGAR5 و وزن بدو تولد نوزادان در سال ۱۳۹۱ چقدر است؟

## فرضیات پژوهشی

۱. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۲. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی زایمان با وسیله یا بدون وسیله، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۳. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۴. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک)، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۵. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۶. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی دفع مکونیوم، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۷. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نیاز به احیای نوزاد، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۸. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.
۹. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان)، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

۱۰. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

۱۱. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی آتونی رحم، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

۱۲. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

۱۳. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

۱۴. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی جنسیت نوزاد، متفاوت می باشد.

۱۵. سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی سن، قد، وزن و *BMI* مادران باردار و نمره *APGAR1* ، نمره *APGAR5* و وزن بدو تولد نوزادان در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.



## متغیرهای پژوهش و تعریف عملیاتی آن ها

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پیموده	گسسته	اسمی	رتبه‌ای			
	سن			*				تعداد سال هایی که فرد عمر کرده است.	پرسش از خود فرد	فاصله ای
	BMI مادر			*				وزن تقسیم بر (قد به توان ۲)	محاسبه	کیلو گرم بر متر مربع
	نوع زایمان		*	*	*	*		در این افراد می تواند با وسایلی مثل و فورسپس یا واکيوم زایمان انجام داد و یا عمل سزارین انجام داد	مشاهده توسط پزشک	
	نیاز به اینداکشن		*	*	*	*		در بعضی از این افراد واجد شرایط میتوان از داروهایی مثل میزوپروستول و اکسی توسین برای القای زایمان انجام داد	مشاهده توسط پزشک	
	پاسخ به اینداکشن		*	*	*	*		پاسخ ، به معنی شروع انقباضات رحمی و ایجاد زایمان واژینال	مشاهده توسط پزشک	
	AF کاهش یافته		*	*	*	*		AF کاهش یافته به معنای $AFI < 5$ باشد	مشاهده توسط پزشک	
	فتال دیسترس (زجر جنینی)		*	*	*	*		(اختلال در اکسیژناسیون) وقتی جنین در معرض استرس قرار گیرد ممکن است دفع موکونیوم داشته باشد	مشاهده توسط پزشک	

		یا امکان دارد ضربان قلبش که در حالت معمول بین ۱۲۰ تا ۱۶۰ است کاهش یابد و به کمتر از ۱۱۰ برسد							
مشاهده توسط پزشک	در شرایطی که سرویکس برای زایمان مناسب نباشد پزشکان به آماده سازی سرویکس با میزوپروستول می پردازند	*	*		*			نیاز به استفاده از میزوپروستال برای ripening سرویکس	
مشاهده توسط پزشک	اگر در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان حجم خون از دست رفته بیش از 500cc باشد و علت آن فقدانقباض موثر رحم باشد	*	*		*			آتونی رحم	
مشاهده توسط پزشک	برای تعیین وضعیت عصبی از جدول آپگار استفاده می کنیم که شامل فاکتور های ظاهر ، نبض، حالت، چهره، فعالیت ت و تنفس است که می تواند از ۰ تا ۱۰ متغیر باشد	*	*		*			آپگار در دقیقه ۱ و ۵	
اندازه گیری	ماکروزم: <math>4000g</math> وزن طبیعی: <math>4000g</math> تا <math>2500g</math> LBW: <math>2500g</math> تا <math>1500g</math> VLBW: <math>1500g</math>	*			*		*	وزن هنگام تولد	

مشاهده توسط پزشک	اگر نوزاد بعد از تولد $HR < 100$ داشته باشد و یا تنفسش ضعیف باشد. شروع به احیای نوزاد با اکسیژن، ماساژ قلبی یا تهویه کمکی می کنند	*	*	*		لزوم احیای نوزاد
مشاهده توسط پزشک	بعضی از نوزادان بنا بر علل قلبی-عروقی، تنفسی، عفونی و ... نیاز به بستری در NICU پیدا می کنند	*	*	*		نیاز به بستری در NICU
مشاهده توسط پزشک	بعضی از نوزادان بنا بر علل قلبی-عروقی، تنفسی، عفونی و ... نیاز به بستری در N (بخش نوزادان) پیدا می کنند	*	*	*		نیاز به بستری در N (بخش نوزادان)
LMP تاریخ اولین روز اخیرین قاعدگی	گروه (۱): حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) گروه (۲): حاملگی های ترم (۳۷-۴۰ هفته)	*	*	*		گروه

**فصل دوم: پیشینه پژوهش**

## پیشینه نظری

بارداری به مدت بیش از ۴۲ هفته یا ۲۹۴ روز پس از نخستن روز *LMP* حاملگی طول کشیده یا گذشته از موعد (*postterm*) نامیده می شود. *postdatism* به حاملگی فراتر از موعد ۴۰ هفته اشاره می شود. *postdatism* در ۳-۱۲٪ کل حاملگی ها اتفاق می افتد که در کل انسیدانس متوسط حاملگی طول کشیده ۱۰٪ در نظر گرفته می شود. شایع ترین علت حاملگی طول کشیده، عدم تخمین صحیح سن حاملگی است. عوامل خطر مادری فرضی برای حاملگی طول کشیده عبارتند از: نخست زایی، سابقه حاملگی طول کشیده، سن پایین و کلاس اجتماعی و اقتصادی است. طولانی شدن حاملگی تحت تاثیر ژن های مادری و نه پدری است، به طوری که شانس تکرار زایمان طول کشیده در دختران مادرانی که زایمان طول کشیده داشته اند ۲-۳ برابر است.

الیگوهیدروآمینوس یک یافته شایع در حاملگی های طول کشیده است که می تواند جنین را در معرض حوادث بند ناف قرار دهد. اکثر عوارض و مرگ ومیر حاملگی های طول کشیده ناشی از نارسایی جفت می باشد. در کل عوارض حاملگی طول کشیده را می توان به ۲ دسته کلی عوارض جنینی-نوزادی و عوارض مادری تقسیم کرد که عوارض جنینی-نوزادی شامل: ماکروزومی، دیسترس جنینی، الیگوهیدروآمینوس، موکونیوم آسپیراسیون، افت ضربان *FHR* و مرده زایی است و عوارض مادری شامل تروما، خونریزی و اختلالات زایمانی است. در کل ماکروزومی شایع ترین عارضه حاملگی طول کشیده است. مورتالیتیهء پری ناتال در حاملگی طول کشیده بالا می رود و همچنین میزان القای زایمان و سزارین نیز در این حاملگی ها افزایش می یابد. و همچنین بستری نوزادان در *NICU* و میزان مرگ و میر آن ها نیز افزایش می یابد.

## زمینه پژوهشی

در مطالعه ای که توسط محسنی و همکارانش در سال ۱۳۸۱ بر روی تاثیر سن حاملگی بر نتایج حاملگی های ترم انجام شد، مقایسه بین ۲۰۶ خانم که بین روزهای ۲۵۴ و ۲۸۰ بارداری، زایمان کرده بودند با ۱۸۵ نفر که در روزهای ۲۸۱ تا ۲۹۴ زایمان کرده بودند صورت پذیرفت. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که در دو گروه ۴۰-۴۲ هفته و ۳۷-۴۰ هفته به ترتیب میزان ایندکشن ۴۰/۵٪ در مقابل ۱۸٪ ( $p=0.00$ )، دفع مکونیوم ۱۵/۳٪ در مقابل ۱۰/۲٪ ( $p=0.045$ )، زایمان با وسیله ۳/۲٪ در مقابل ۴۸/۰٪ ( $p=0.00$ )، سزارین ۲۷/۲٪ در مقابل ۱۵٪ ( $p=0.004$ ) بود. میزان دیسترس جنینی ۱۰/۲٪ در مقابل ۵/۸٪ ( $p=0.05$ )، آپگار دقیقه ۵ و ۱۰، کمتر از ۰/۶۷٪ در مقابل ۰/۴٪ بود که در دو گروه تفاوت معنا داری نداشت. هیچ مورد ماکروزومی، دیستوشی شانه و تولد مرده مشاهده نشده بود. همچنین در این مطالعه مشخص شد پاریتی و سن مادر رابطه ای با سن حاملگی ندارد. جمع آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه ای بود که در بالین بیمار براساس مصاحبه و مشاهده بدست آمده بود (۲۱).

در مطالعه ای که به صورت مقطعی در خانم های باردار بستری در بیمارستان شریعتی تهران در سال ۸۲- ۱۳۸۰ توسط اسلامیان و همکارانش صورت پذیرفت اطلاعات حاصل از تکمیل پرسشنامه ها که از روی پرونده بیماران در بایگانی بدست آمده بود با استفاده از آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه مشخص شد که در ۹۸ نفر واجد شرایط تحقیق شیوع حاملگی های پس از موعد و دیررس ۳/۳٪ می باشد. موارد Postdate بیش از پست ترم و میانگین Bishop score برابر ۴/۳۱ بود. در ۸۷/۱٪ جواب تست های بررسی سلامت جنین طبیعی بود. (۳۶/۷۳٪) مورد تحت آماده سازی سرویکس با میزوپروستول قرار گرفته بودند که در ۵۰٪ موفقیت آمیز بود. میانه طول

مدت آماده سازی سرویکس در مولتی پار به نسبت نولی پار به میزان معنی داری کوتاه تر بود ( $p=0/0004$ ، ۴ در برابر ۷ ساعت). میزان زایمان طبیعی و سزارین در موارد اینداکشن دردهای زایمانی با اکسی توسین و آماده سازی سرویکس با میزوپروستول از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ( $p=0/9$ ). میانگین ضریب آپگار، ۹/۵ و همگی بیش از شش بودند. موردی از هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی نوزاد، بستری در NICU و مرگ و میر پری ناتال دیده نشد. متوسط روزهای بستری نوزاد (۸-۱) ۱/۸۴ روز بود. هدف از این مطالعه نحوه برخورد و عاقبت حاملگی های طولانی در بیمارستان دکتر شریعتی بود (۱۷).

در پژوهشی که باقری و همکارانش به روش توصیفی بر روی ۴۵۰ زن باردار که سابقه مشکلات طبی یا مامایی نداشتند و سن حاملگی آنان ۴۰ هفته بوده و جهت ختم حاملگی بستری شده بودند انجام شد، مشخص شد که ۱۳۱ نفر (۲۹/۱٪) از زنان، در سن حاملگی بین ۴۰ هفته و سه روز، ۱۳۰ نفر (۲۸/۹٪) در سن حاملگی بین ۴۰ هفته و ۴ روز تا ۴۱ هفته، ۱۵۰ نفر (۳۳/۳٪) در سن حاملگی بین ۴۱ هفته و یک روز تا ۴۱ هفته و ۳ روز و تنها ۳۹ نفر (۸/۷٪) در سن حاملگی ۴۱ هفته و ۴ روز و بالاتر ختم حاملگی شده بودند که از آنان فقط ۱۲ نفر (۲/۷٪) سن حاملگی بیشتر از ۴۲ هفته داشتند. متغیرهای دیسترس جنینی، دفع مکونیوم، آپگار دقیقه ۵، بستری نوزاد پس از زایمان، سخت زایی و وزن نوزاد، در زنان تحت مطالعه تفاوت معنی دار آماری نداشت ولی گروههای مورد مطالعه از نظر علت سزارین بر حسب سن حاملگی با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری داشتند. همچنین آزمون های آماری نشان داد که گروه های مورد مطالعه از نظر سن مادر ( $p=0/4$ )، سابقه زایمان پس از موعد ( $p=0/08$ )، تعداد زایمان ( $p=0/7$ )، دیلاتاسیون ( $p=0/2$ ) افسمان

سرویکس ( $p=0/4$ )، بر حسب سن حاملگی تفاوت معنی داری نداشتند. اطلاعات لازم برای انجام این پژوهش با استفاده از مصاحبه، مطالعه پرونده، معاینه و مشاهده در حین مداخلات جمع آوری شده بود. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت سلامت نوزادی در زنان بستری شده با تشخیص حاملگی طول کشیده در زایشگاه دکنتر شبیه خوانی کاشان در سال ۸۳-۸۲ بود (۱۹).

در مطالعه ای که توسط ROOS و همکارانش در سال ۲۰۱۰ بر روی عوامل خطر همراه مادران برای حاملگی های پست ترم و انجام سزارین پس از القا زایمان صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که در میان ۱۱۷۶۱۳۱ تولد، ۸/۹۴٪ از آنها پست ترم بودند. در مقایسه زنان با وزن نرمال، ریسک حاملگی پست ترم در زنان با وزن بالا دو برابر بود (adjusted OR: 1.63, 1.67-1.59 95% CI). ریسک حاملگی پست ترم با افزایش سن مادران افزایش یافته بود و در زنان نخست زا بالاتر بود. ریسک سزارین به دنبال القا زایمان پست ترم، با سن مادران و BMI افزایش یافته بود، و در زنان بالای ۳۵ سال و بالاتر دو برابر بیشتر بود (adjusted OR 2.28, 2.56-2.04 95% CI). یک افزایش ریسک ۵ برابر سزارین در میان زنان نخست زا دیده شد (adjusted OR 5.05, 95% CI 4.71-5.42). زنان چند زا با سابقه سزارین قبلی و تحت القای زایمان، یک افزایش ریسک ۷ برابری برای سزارین پست ترم داشتند (adjusted OR 7.19, 95% CI 5.93-8.71). آنها به این نتیجه رسیدند که نخست زا بودن، سن مادر، چاقی و سزارین به دنبال القا زایمان در حاملگی های پست ترم از قوی ترین ریسک فاکتور ها برای حاملگی



پست ترم می باشند. اطلاعات حاصل از این مطالعه با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با فرد بدست آمده بود (۱۶).

در مطالعه ای که یوسف زاده و همکاران در سال ۸۴ بر روی مقایسه روش القای زایمان با روش انتظار و مراقبت از حاملگی طولانی بر 160 خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار در طی سال 1384 با سن حاملگی بیشتر از 41 هفته انجام دادند. پس از تعیین دقیق سن حاملگی نمونه های واجد شرایط در دو گروه القای انتخابی زایمان و درمان انتظار و مراقبت قرار گرفتند. نمونه های گروه القای انتخابی زایمان جهت اینداکشن در بیمارستان بستری و در گروه دوم مراقبت های ویژه انجام شد. نتایج نشان داد که در دو گروه از نظر مشکلات مادری و جنینی - نوزادی مانند دفع مکنونیوم، دیسترس جنینی و همچنین آپگار هنگام تولد، جنس و وزن هنگام تولد نوزادان تفاوت معنی داری وجود نداشت. در گروه القای انتخابی زایمان، شیوع سزارین ۵/۵۷٪ و در گروه بررسی جنینی شیوع سزارین ۵/۲۲٪ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است ( $P < 0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان نیز در دو گروه تفاوت معنی دار دارد (۲/۱۷ در مقابل ۱/۱۷ روز) ( $P < 0/05$ ). جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ای بود که به صورت مشاهده پرونده و مصاحبه با فرد تکمیل شده بود (۲۰).

فصل سوم: متدولوژی تحقیق

## روش مطالعه

این مطالعه یک مطالعه (توصیفی - تحلیلی) می باشد

## جامعه آماری

تمام زایمان های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۱

## حجم نمونه و روش نمونه گیری

تمام زایمان های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج در

سال ۱۳۹۱

معیار ورود:

زنان بارداری که سن حاملگی آن ها بر اساس LMP و سونوگرافی سه ماهه اول (بیشتر از

۴۰ هفته) می باشد

معیار خروج:

زنانی که دارای مشکلاتی مانند: LMP نامطمئن، مصرف OCP در طی سه ماه قبل از

بارداری، سابقه سزارین، ابتلا به فشار خون، دیابت و دیگر بیماری های سیستمیک، مصرف

مداوم دارو در حاملگی (بجز آهن و ویتامین)، پرزانتاسیون غیر از سفالیک، حاملگی های

دوقلو و چند قلو (۲۱).

با توجه به شیوع زایمان های طول کشیده در منبع شماره ۲۱، حداقل حجم نمونه با اطمینان ۹۵٪ و دقت ۲٪ حداقل ۶۰۰ نفر محاسبه شد که در صورت داشتن معیار های ورود و خروج به صورت در دسترس در طول مطالعه جمع آوری می شوند و به همین تعداد هم از زایمان های حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) در نظر گرفته می شود، بنابر این کل حجم نمونه مورد نظر ۱۲۰۰ نفر می باشد.

### روش گردآوری داده ها

در ابتدا توسط اطلاعات ثبت شده در پرونده های بخش زنان و زایمان، شیوع زایمان های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) تعیین می گردد، سپس در جامعه آماری مورد نظر ما که زایمان های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) را شامل می شود به تعیین متغیر های مورد نظر که شامل شیوع زایمان با وسیله، سزارین، اینداکشن، میزان پاسخ دهی به اینداکشن، کاهش AF، دیسترس جنینی، افت ضربان قلب، آپگار دقیقه های ۱ و ۵، احیای نوزاد، وزن نوزاد، بستری شدن در NICU، استفاده از میزوپروستول و آتونی رحم در مقایسه با حاملگی های ترم که اطلاعات آنها نیز ثبت شده است می پردازیم. لازم به ذکر است که جمع آوری اطلاعات تماما توسط دانشجوی مربوطه انجام می گیرد، و تمامی اطلاعات در طی سال مورد نظر از پرونده های بیماران جمع آوری و در پرسشنامه های مربوطه وارد خواهد شد و اطلاعات آنها توسط روشهای آماری ذکر شده تجزیه و تحلیل خواهد شد.

### روش تجزیه و تحلیل داده ها

بعد از ورود داده ها به نرم افزار های آماری از روش های توصیفی شامل نمودارها و جداول مناسب، جهت خلاصه سازی اطلاعات استفاده می شود. از روش آماری رگرسیون چند گانه، جهت تعیین ارتباط عوامل خطر ساز زایمان طول کشیده استفاده می شود و همچنین جهت تعیین تفاوت فراوانی ها و میانگین های صفت های مورد مطالعه در گروه ها به ترتیب از آزمون (خی دو) و ( $t$ ) استفاده می شود.



## جداول

۱,۴.مقدمه:

تجزیه و تحلیل داده ها فرآیندی چند مرحله ای است که طی آن داده هایی که از طریق بکارگیری ابزارهای جمع آوری در نمونه آماری فراهم آمده اند خلاصه، کدبندی و دسته بندی و در نهایت پردازش می شوند تا زمینه برقراری انواع تحلیل ها و ارتباط ها بین این داده ها به منظور آزمون فرضیه ها فراهم آید در این فرآیند داده ها هم از لحاظ مفهومی و هم از جنبه تجربی پالایش می شوند و تکنیک های گوناگون آماری نقش بسزایی در استنتاج ها و تعمیم ها به عهده دارند

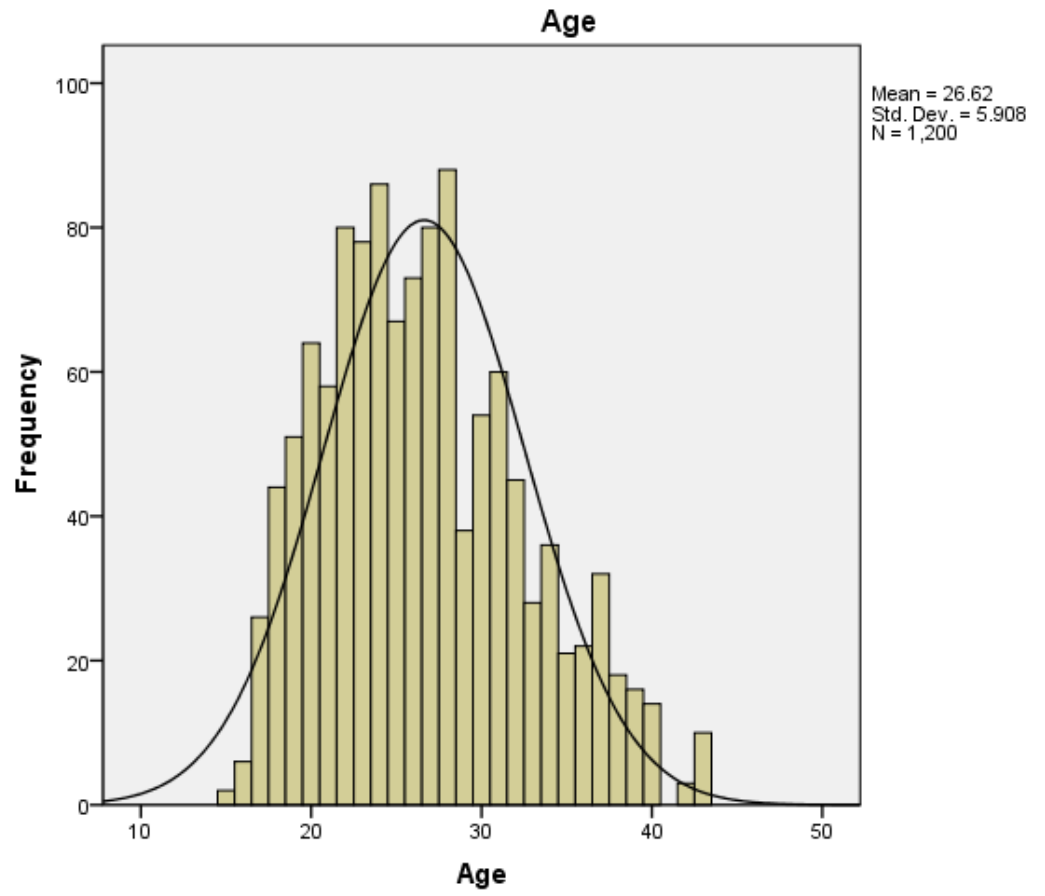
تجزیه و تحلیل داده ها برای بررسی صحت و سقم فرضیات برای هر نوع تحقیق از اهمیت خاصی برخوردار است. امروزه در بیشتر تحقیقاتی که متکی بر اطلاعات جمع آوری شده از موضوع مورد تحقیق می باشد؛ تجزیه و تحلیل اطلاعات از اصلی ترین و مهمترین بخش های تحقیق محسوب می شود. داده های خام با استفاده از فنون آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند و پس از پردازش به شکل اطلاعات در اختیار استفاده کنندگان قرار می گیرند.

برای تجزیه و تحلیل داده های جمع آوری شده ابتدا آمار توصیفی که به بررسی متغیرهای توصیفی می پردازد؛ مورد بررسی قرار می گیرد. پس از آن مطابق فرضیات در نظر گرفته شده، برای مقایسه سرانجام حاملگی های حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) با حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنج در سال ۱۳۹۱ با نرم افزار SPSS 20 اقدام گردیده است.

۱,۲,۴: جدول و نمودار سن افراد مورد مطالعه

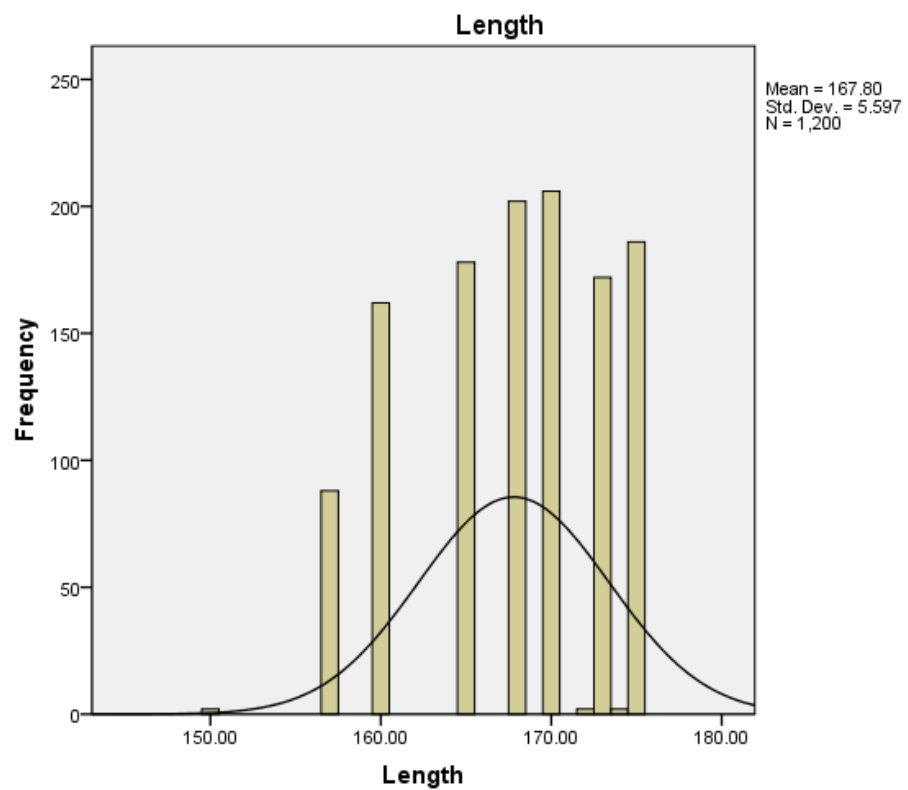
درصد فراوانی	فراوانی	سن
.2	2	15
.5	6	16
2.2	26	17
3.7	44	18
4.3	51	19
5.3	64	20
4.8	58	21
6.7	80	22
6.5	78	23
7.2	86	24
5.6	67	25
6.1	73	26
6.7	80	27
7.3	88	28
3.2	38	29
4.5	54	30
5.0	60	31
3.8	45	32
2.3	28	33
3.0	36	34
1.8	21	35
1.8	22	36
2.7	32	37
1.5	18	38
1.3	16	39
1.2	14	40
.3	3	42
.8	10	43
100.0	1200	جمع کل





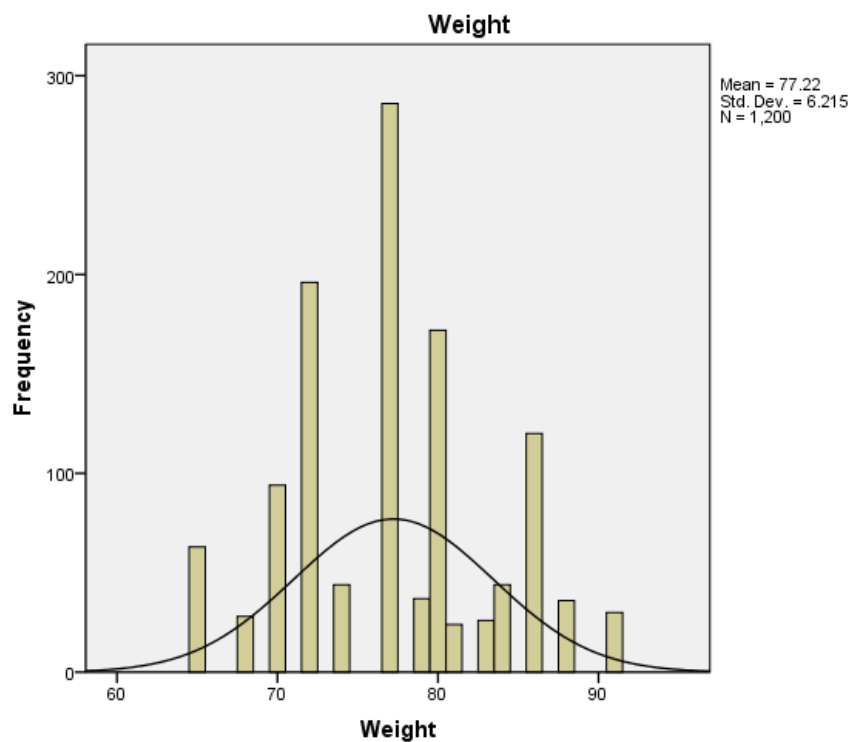
جدول و نمودار قد افراد مورد مطالعه ۲،۲،۴:

درصد فراوانی	فراوانی	قد(سانتیمتر)
.2	63	150.00
7.3	28	157.00
13.5	94	160.00
14.8	196	165.00
16.8	44	168.00
17.2	286	170.00
.2	37	172.00
14.3	172	173.00
.2	24	174.00
15.5	26	175.00
100.0	1200	جمع کل



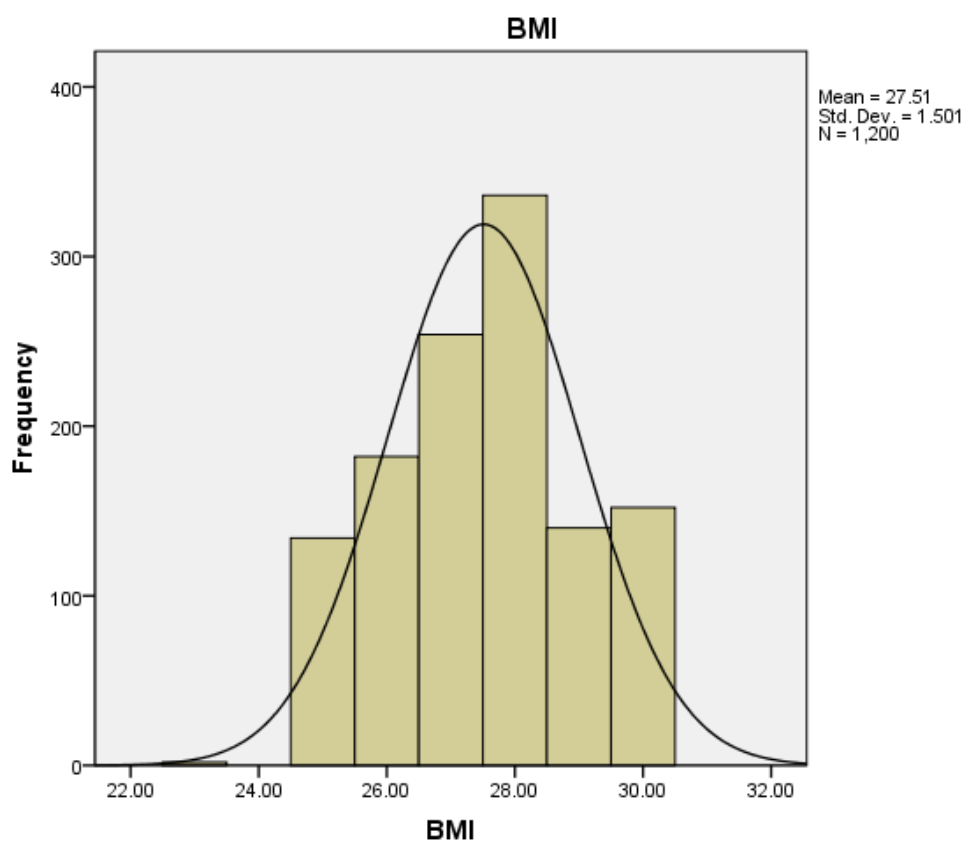
۳،۲،۴: جدول و نمودار وزن افراد مورد مطالعه

وزن (کیلو گرم)	فراوانی	درصد فراوانی
65	63	5.3
68	28	2.3
70	94	7.8
72	196	16.3
74	44	3.7
77	286	23.8
79	37	3.1
80	172	14.3
81	24	2.0
83	26	2.2
84	44	3.7
86	120	10.0
88	36	3.0
91	30	2.5
جمع کل	1200	100.0



جدول و نمودار BMI افراد مورد مطالعه ۴،۲،۴:

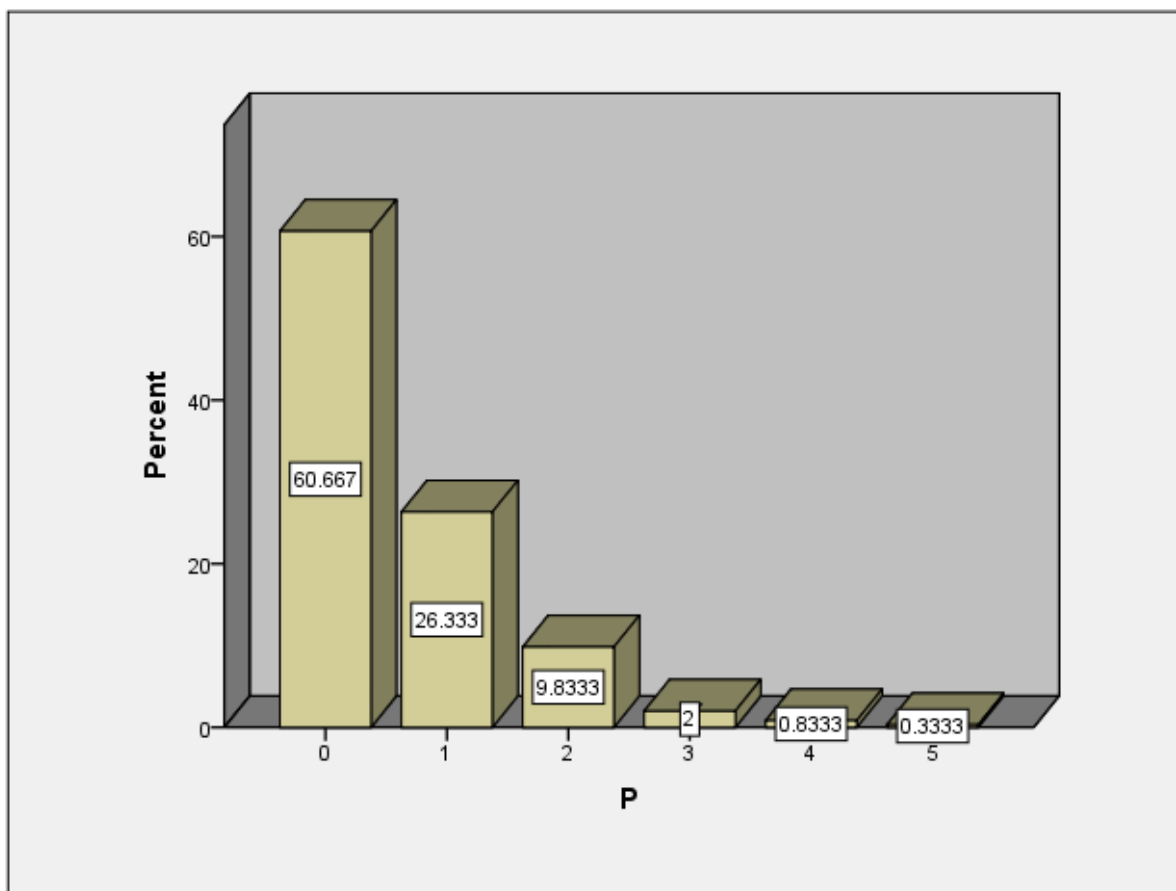
BMI	فراوانی	درصد فراوانی
23.00	2	.2
25.00	134	11.2
26.00	182	15.2
27.00	254	21.2
28.00	336	28.0
29.00	140	11.7
30.00	152	12.7
جمع کل	1200	100.0



۵،۲،۴: جدول و نمودار تعداد دفعات زایمان افراد مورد مطالعه

تعداد دفعات زایمان	فراوانی	درصد فراوانی
0	728	60.7
1	316	26.3
2	118	9.8
3	24	2.0
4	10	.8
5	4	.3
جمع کل	1200	100.0

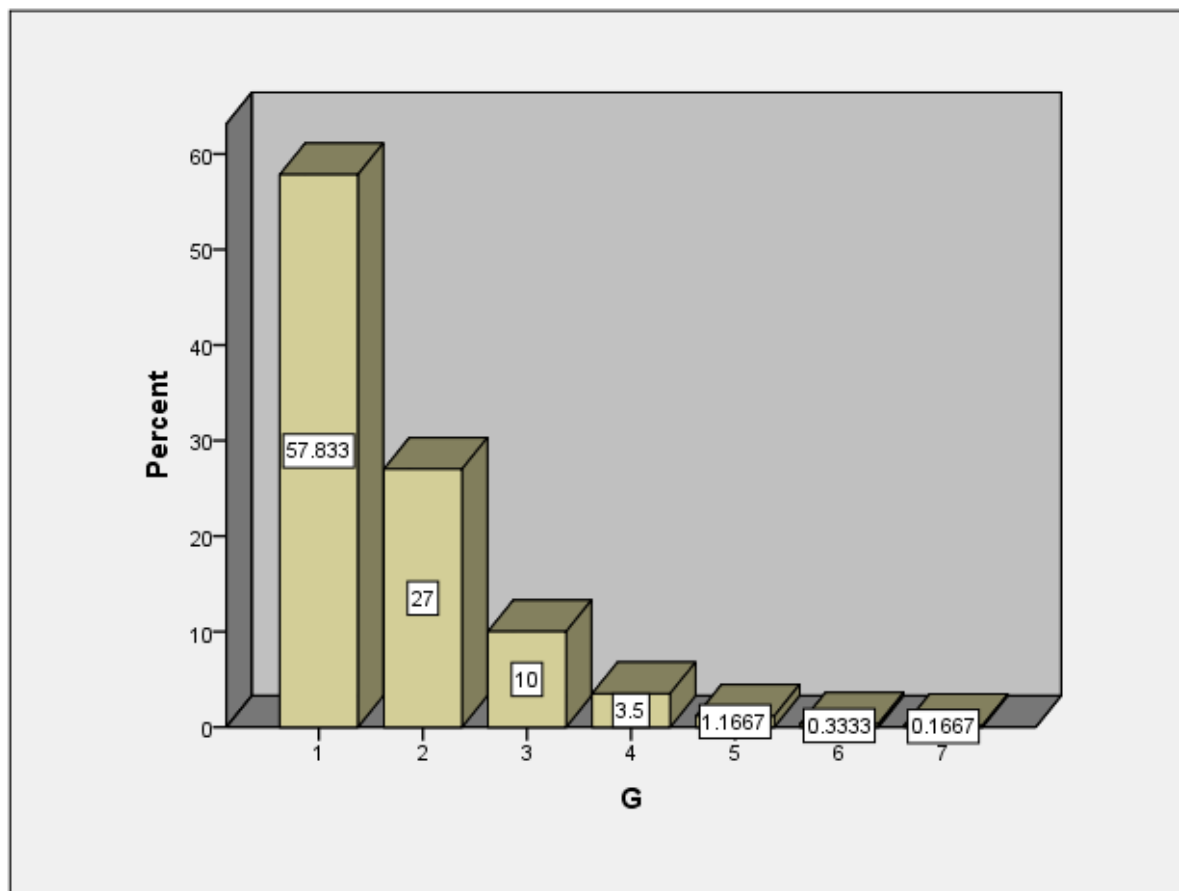
P



۶،۲،۴: جدول و نمودار تعداد دفعات حاملگی افراد مورد مطالعه

تعداد دفعات حاملگی	فراوانی	درصد فراوانی
1	694	57.8
2	324	27.0
3	120	10.0
4	42	3.5
5	14	1.2
6	4	.3
7	2	.2
جمع کل	1200	100.0

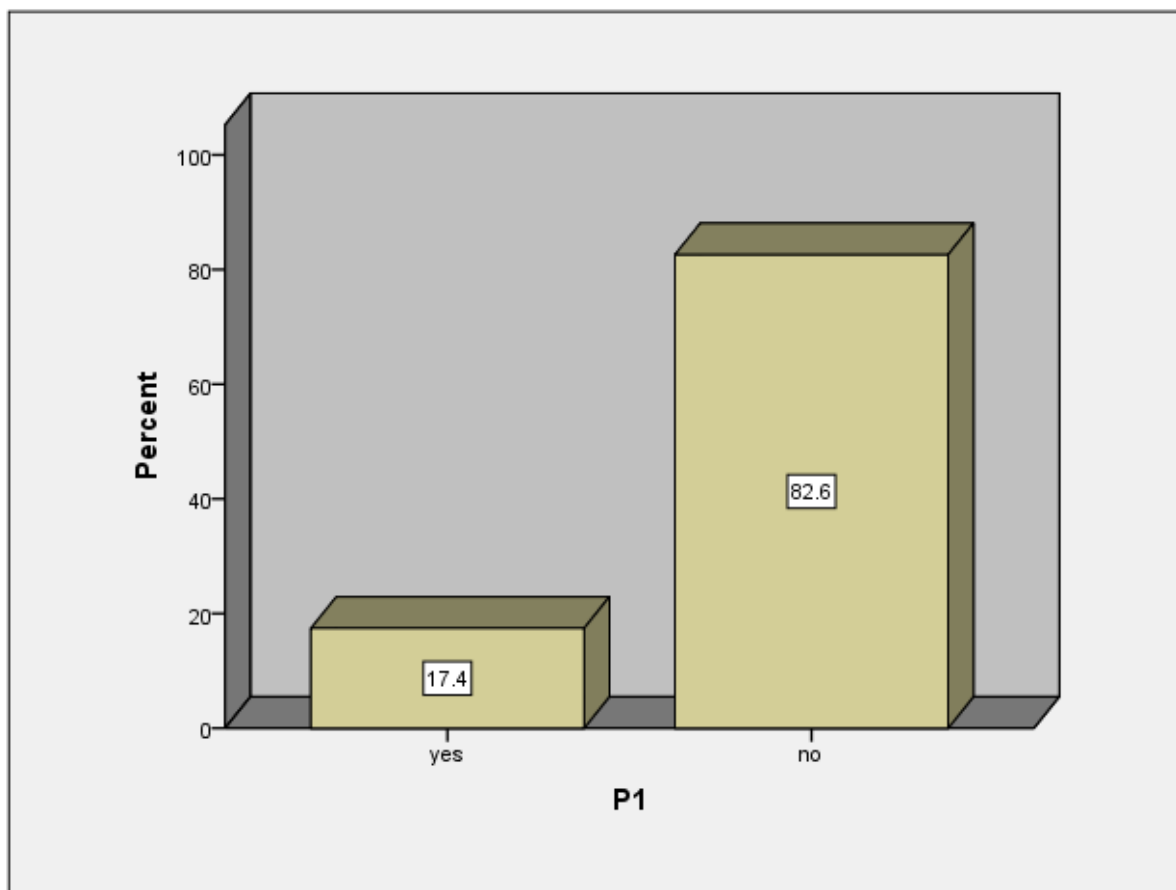
G



۷,۲,۴: جدول و نمودار روش وضع حمل (سزارین و واژینال) افراد مورد مطالعه

روش وضع حمل	فراوانی	درصد فراوانی
سزارین	209	17.4
واژینال	991	82.6
جمع کل	1200	100.0

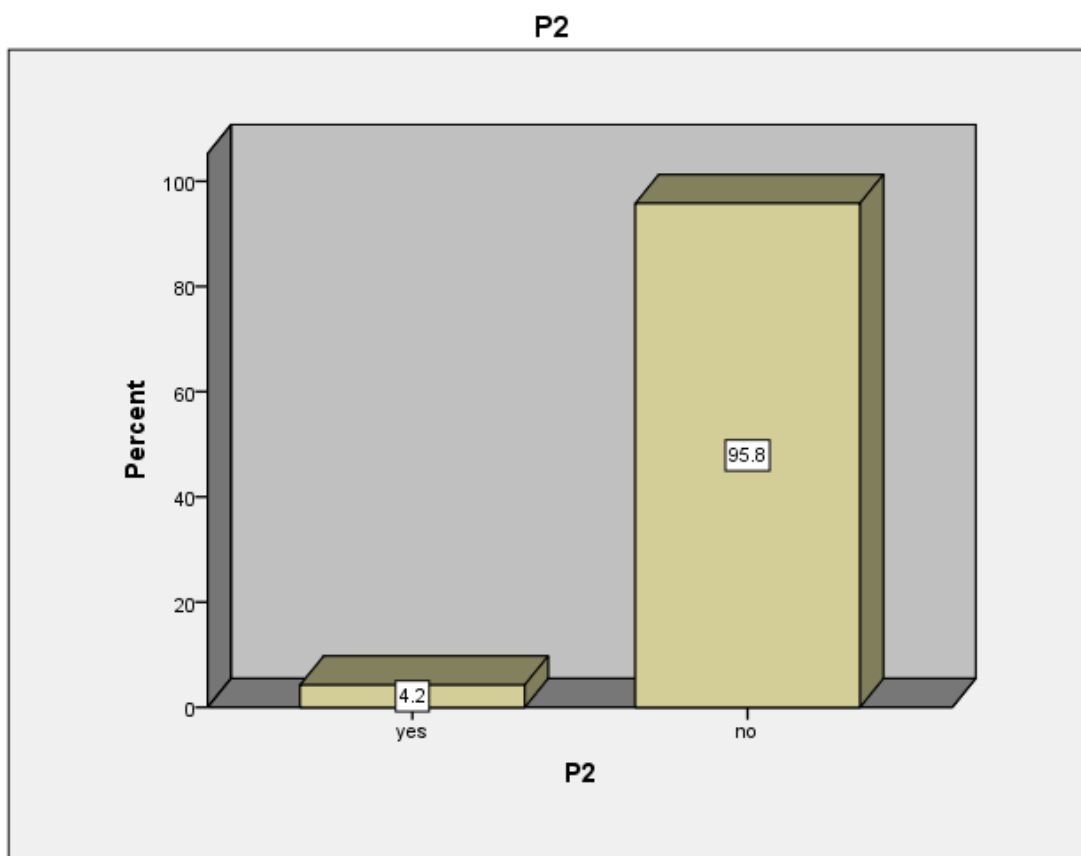
P1



۸,۲,۴: جدول و نمودار روش وضع حمل (به کمک وسیله، بدون کمک وسیله) افراد مورد

مطالعه

روش وضع حمل	فراوانی	درصد فراوانی
به کمک وسیله	42	4.2
بدون کمک وسیله	494	95.8
جمع کل	991	100.0

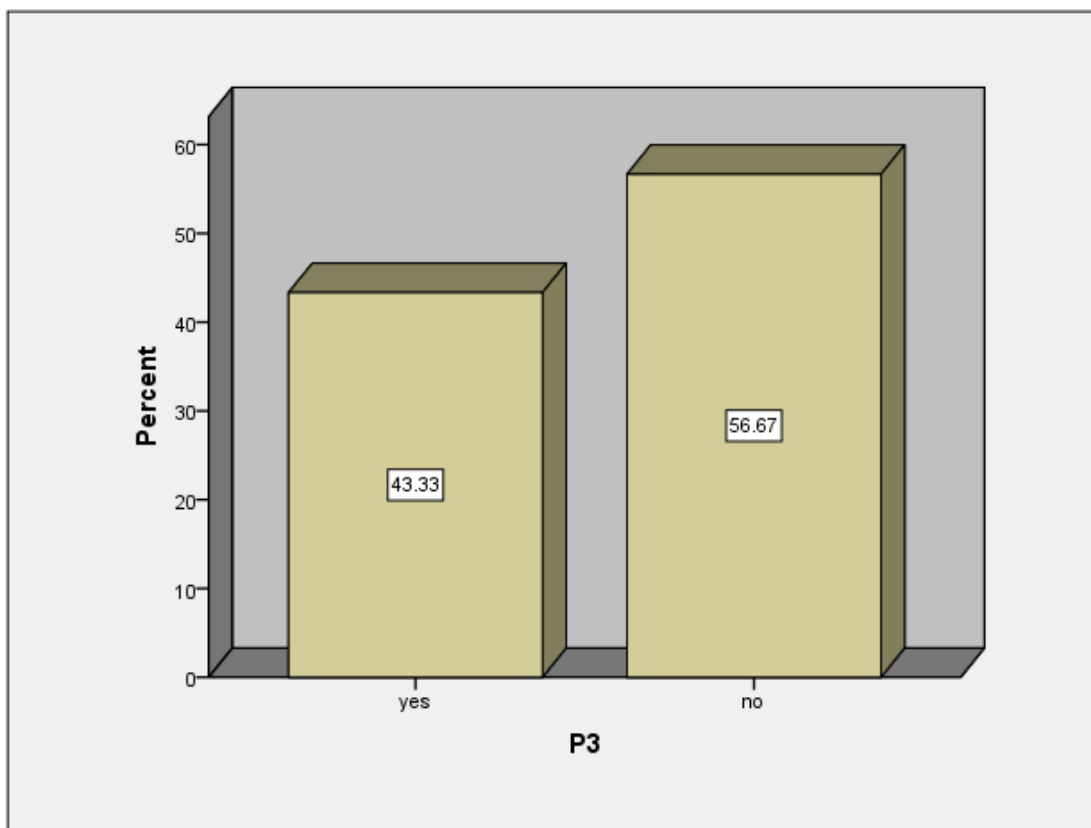




۹,۲,۴: جدول و نمودار القای زایمان (اینداکشن) صورت گرفته افراد مورد مطالعه

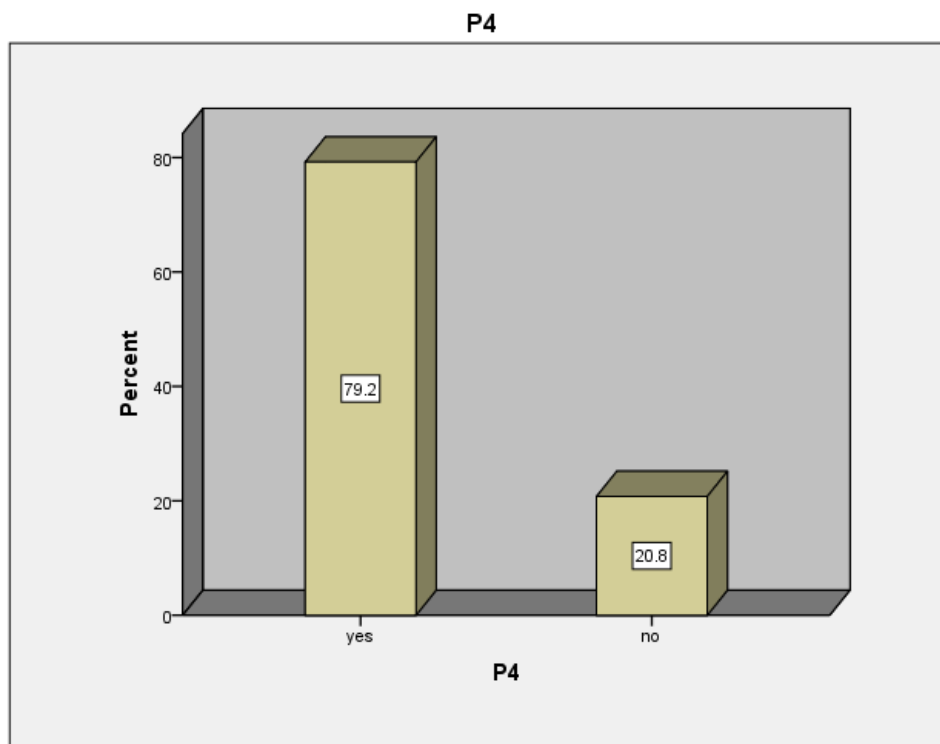
درصد فراوانی	فراوانی	القای زایمان (اینداکشن)
43.3	520	صورت گرفته
56.7	680	صورت نگرفته
100.0	1200	جمع کل

P3



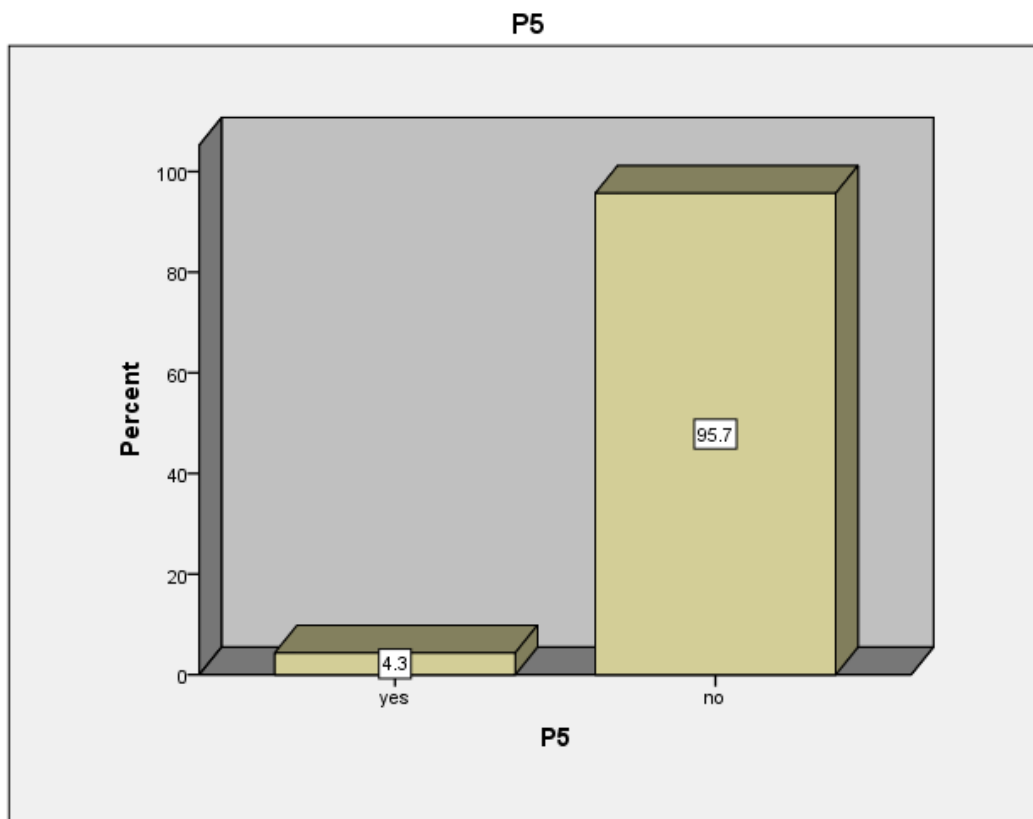
۱۰,۲,۴: جدول و نمودار القای زایمان (اینداکشن) منجر به زایمان واژینال افراد مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	القای زایمان (اینداکشن) منجر به زایمان واژینال
79.2	412	منجر به زایمان واژینال شده
20.8	108	منجر به زایمان واژینال نشده
100.0	520	جمع کل



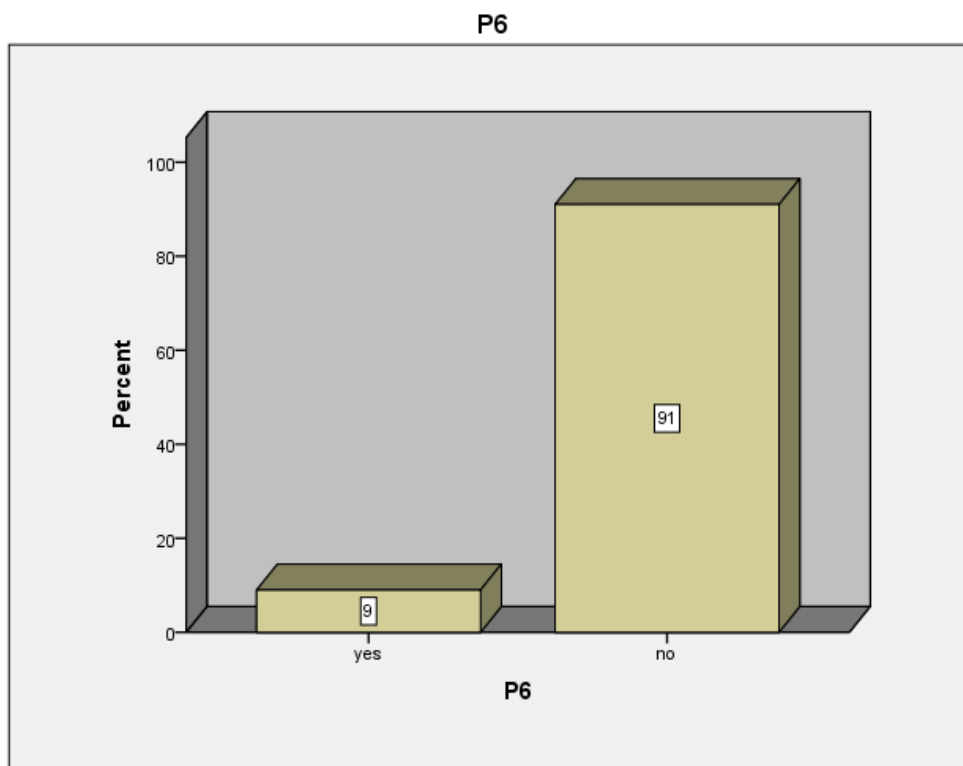
۱،۲،۴: جدول و نمودار کاهش مایع آمنیوتیک در افراد مورد مطالعه

کاهش مایع آمنیوتیک	فراوانی	درصد فراوانی
کاهش	52	4.3
عدم کاهش	1148	95.7
جمع کل	1200	100.0



جدول و نمودار افت ضربان قلب مشاهده شده در افراد مورد مطالعه ۱،۲،۳،۴:

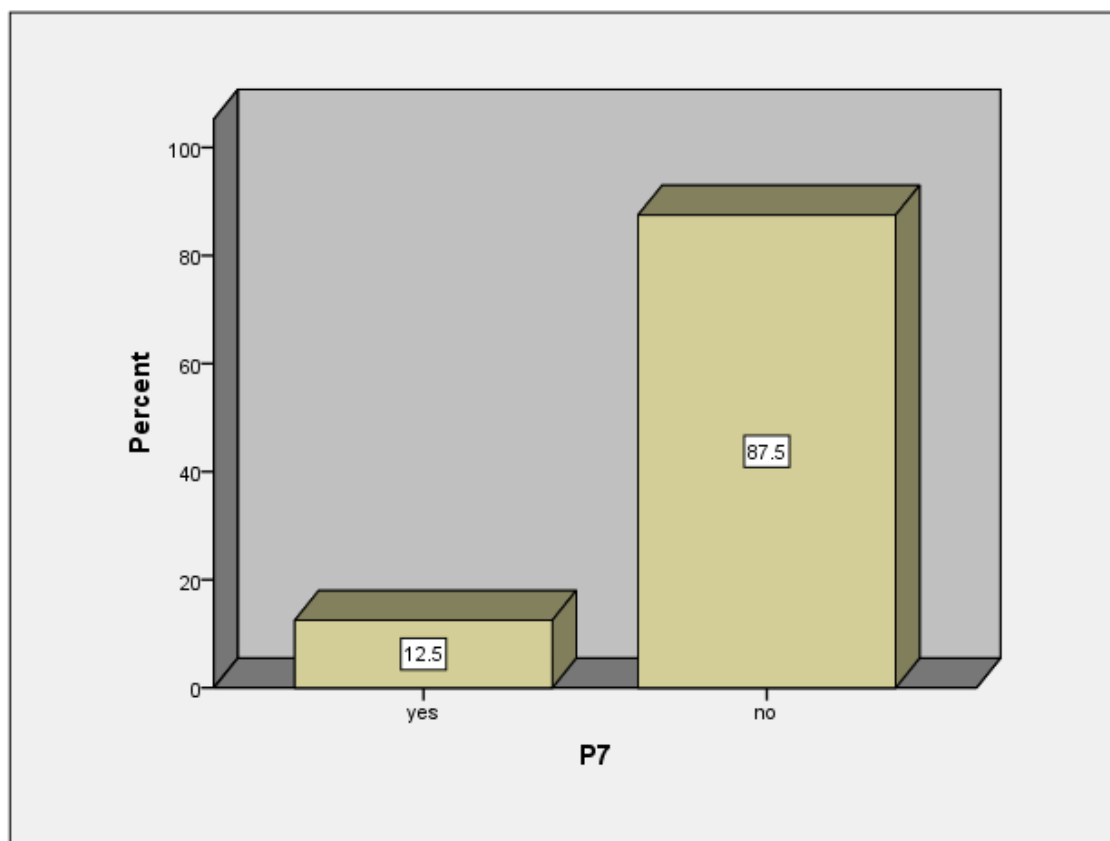
افت ضربان قلب	فراوانی	درصد فراوانی
افت	108	9.0
عدم افت	1092	91.0
جمع کل	1200	100.0



۱۳،۲،۴: جدول و نمودار دفع مکنونیوم مشاهده شده در افراد مورد مطالعه

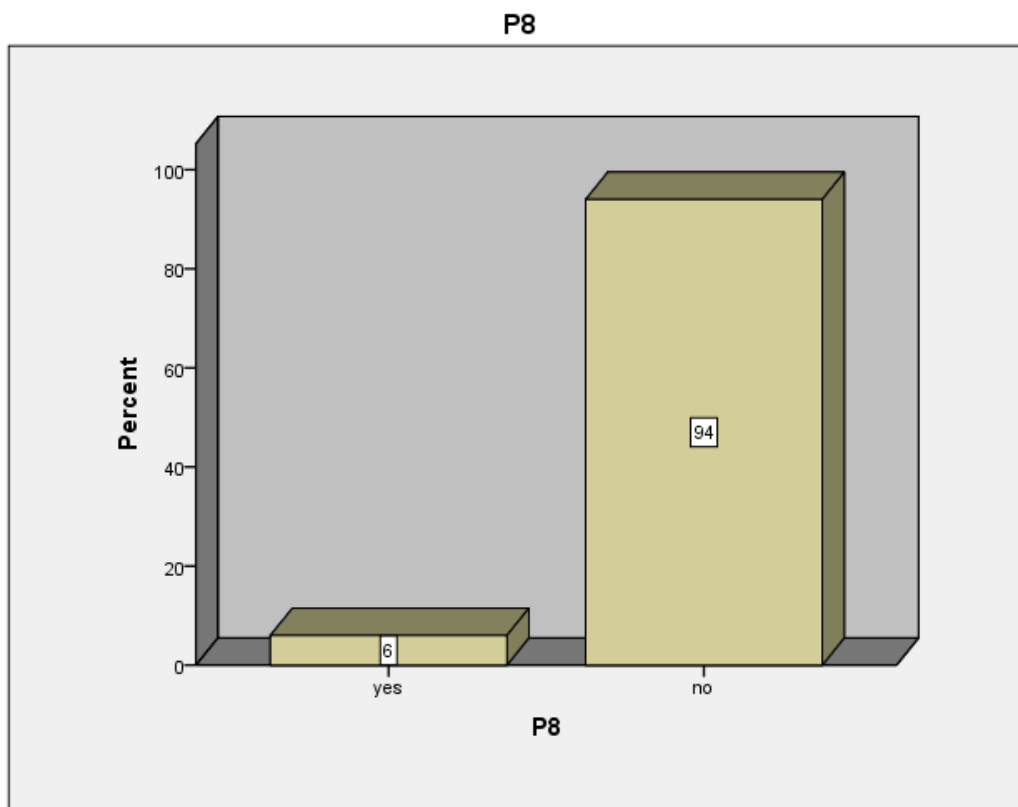
درصد فراوانی	فراوانی	دفع مکنونیوم
12.5	150	دفع
87.5	1050	عدم دفع
100.0	1200	جمع کل

P7



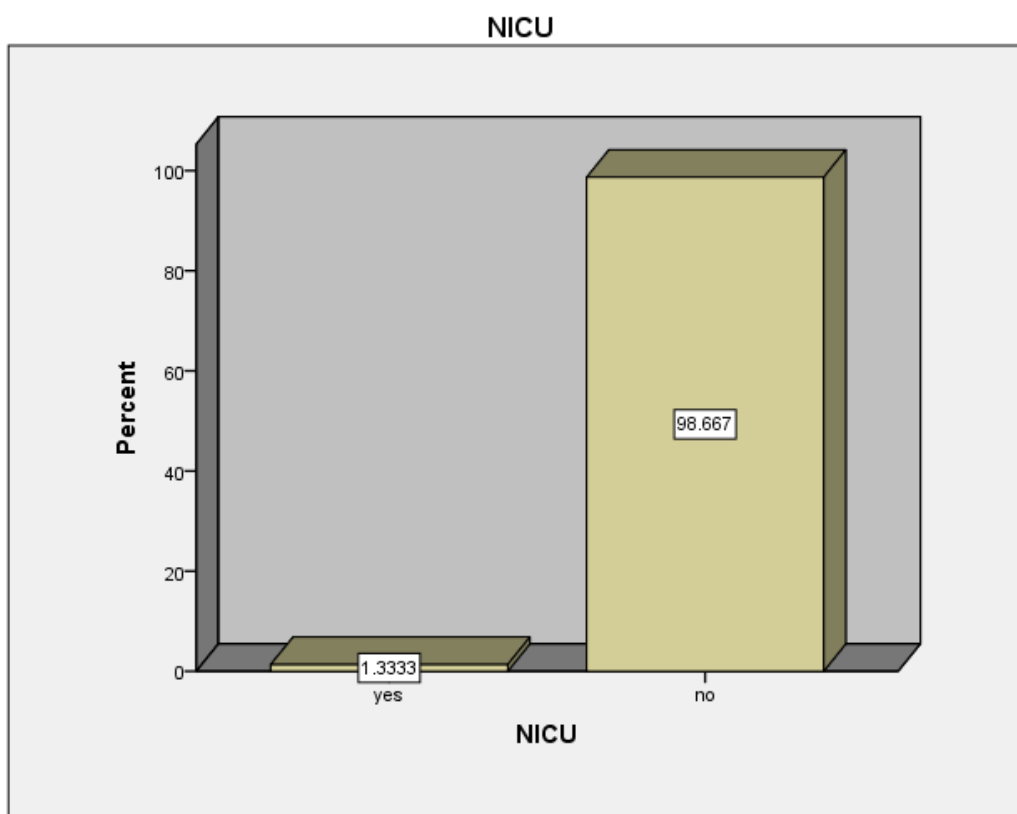
جدول و نمودار لزوم احیای نوزاد افراد مورد مطالعه ۱۴،۲،۴:

درصد فراوانی	فراوانی	لزوم احیای نوزاد
6.0	72	وجود داشته است
94.0	1128	وجود نداشته است
100.0	1200	جمع کل



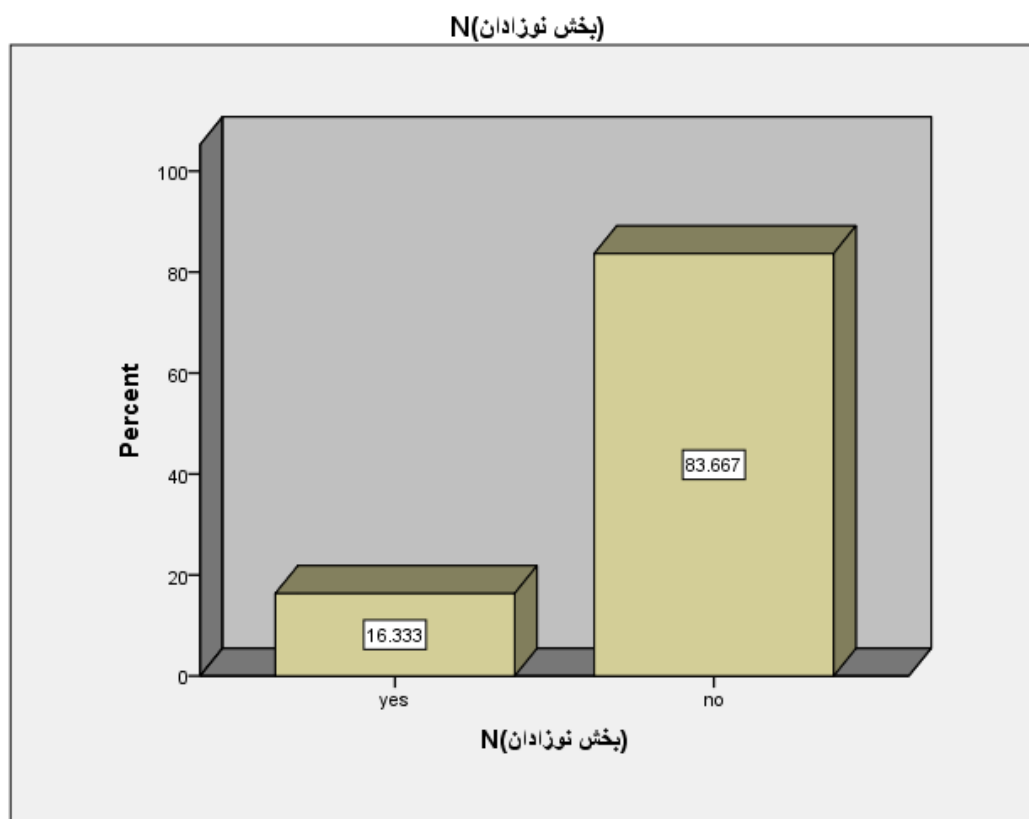
۱،۲،۴: جدول و نمودار نیاز به بستری در NICU نوزاد افراد مورد مطالعه

نیاز به بستری نوزاد در NICU	فراوانی	درصد فراوانی
وجود داشته است	16	1.3
وجود نداشته است	1184	98.7
جمع کل	1200	100.0



جدول و نمودار نیاز به بستری در N (بخش نوزادان) نوزاد افراد مورد مطالعه ۱،۱۵،۲،۴:

نیاز به بستری نوزاد در بخش نوزادان	فراوانی	درصد فراوانی
وجود داشته است	196	16.3
وجود نداشته است	1004	83.7
جمع کل	1200	100.0

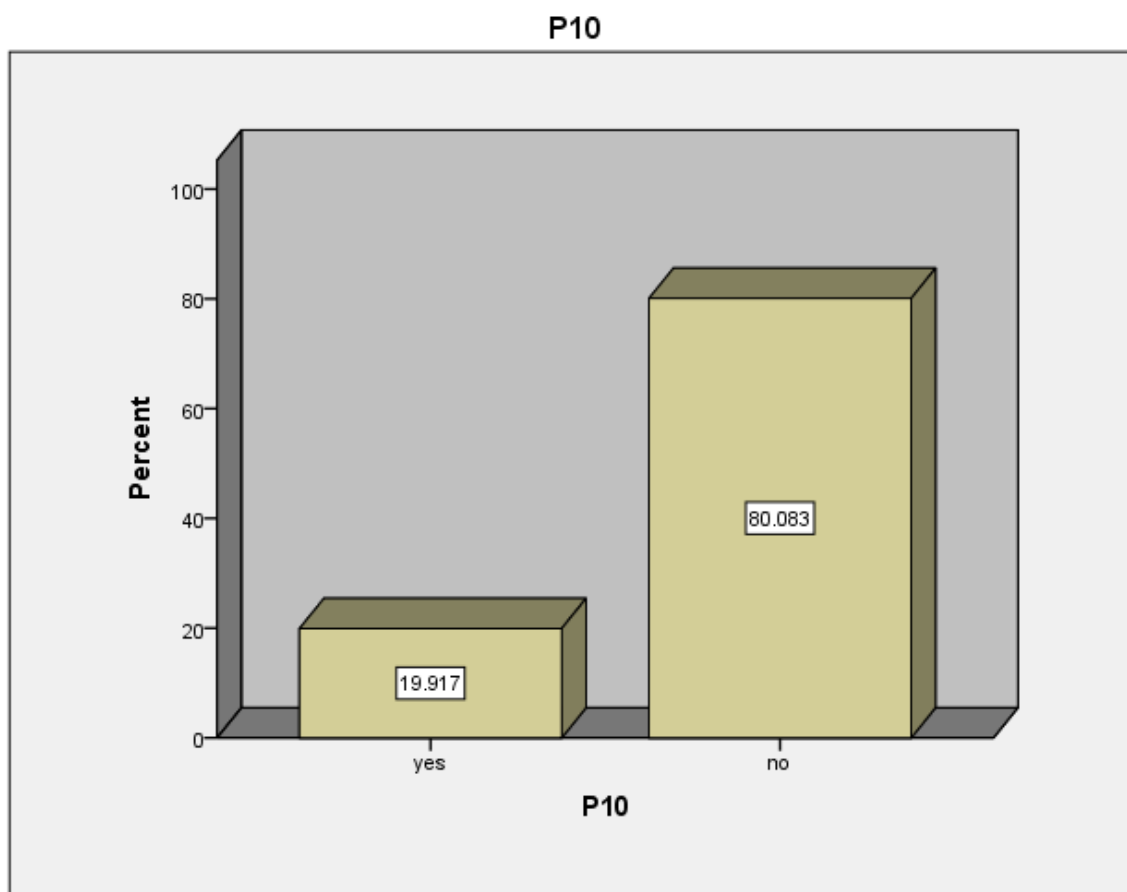




۱۶،۲،۴: جدول و نمودار نیاز استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس افراد مورد

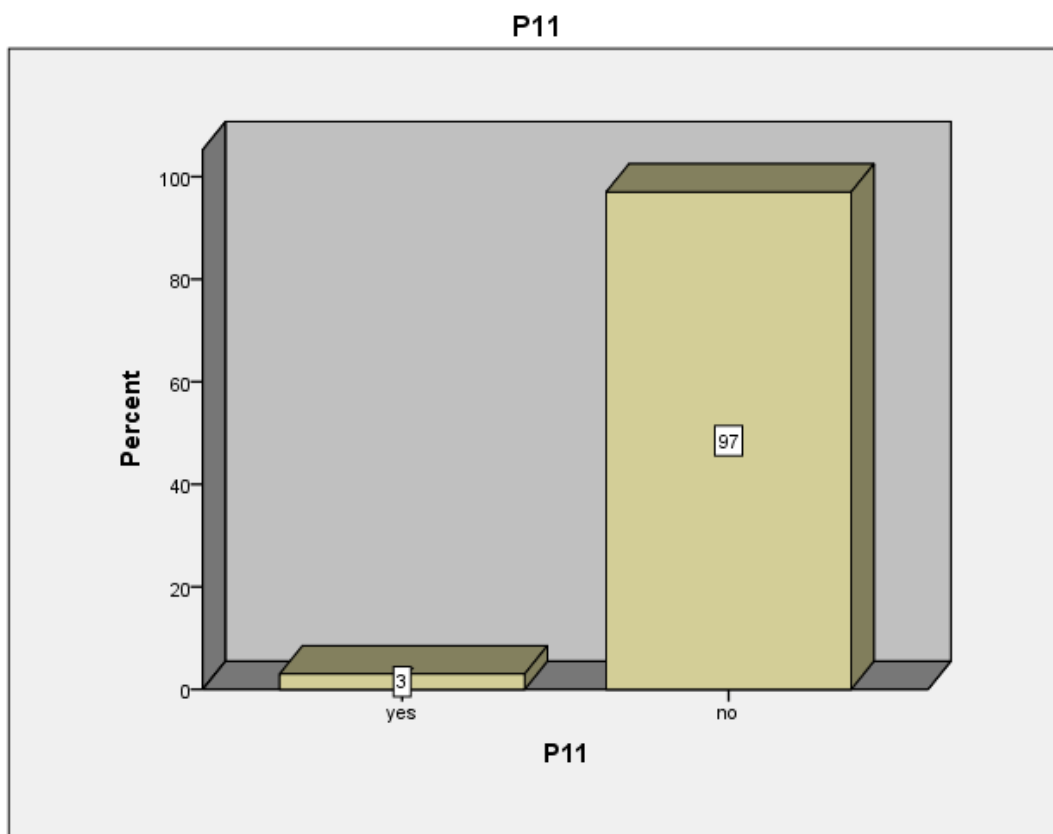
مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس
19.9	239	استفاده شده است
80.1	961	استفاده نشده است
100.0	1200	جمع کل



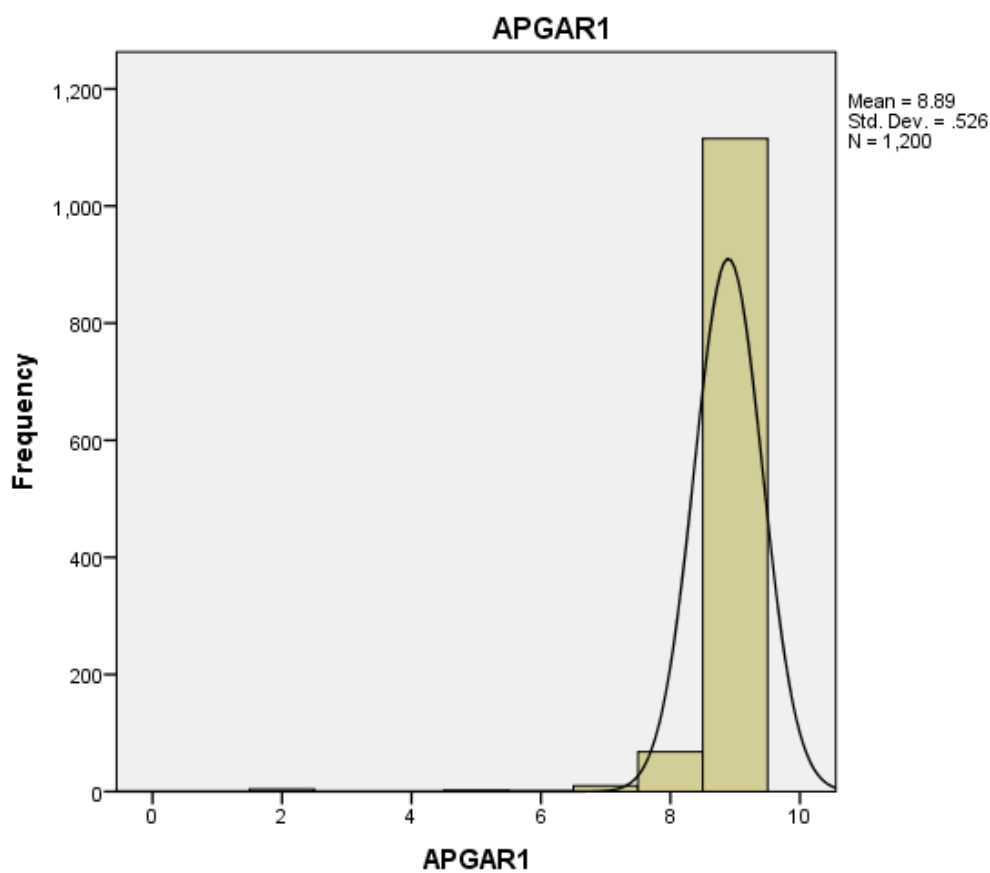
۱۷،۲،۴: جدول و نمودار آتونی رحم در زایمان افراد مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	آتونی رحم
3.0	36	مشاهده شده است
97.0	1164	مشاهده نشده است
100.0	1200	جمع کل



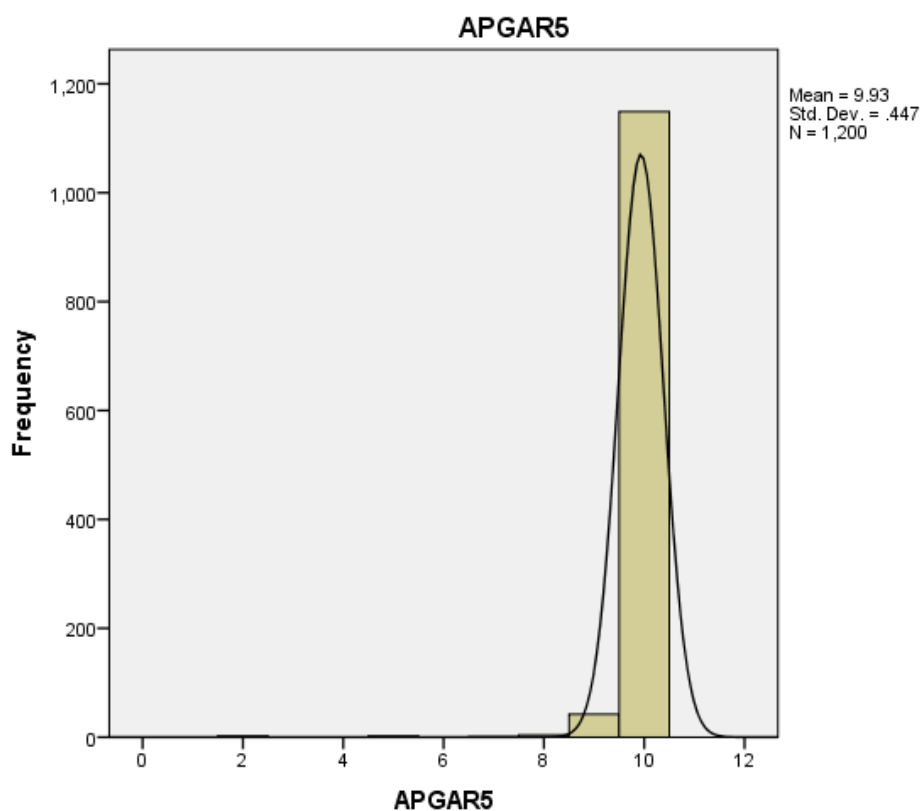
۱،۲،۴: جدول و نمودار نمره آپگار نوزاد دقیقه اول بعد از تولد افراد مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	APGAR1
.3	4	2
.2	2	5
.1	1	6
.8	10	7
5.7	68	8
92.9	1115	9
100.0	1200	جمع کل



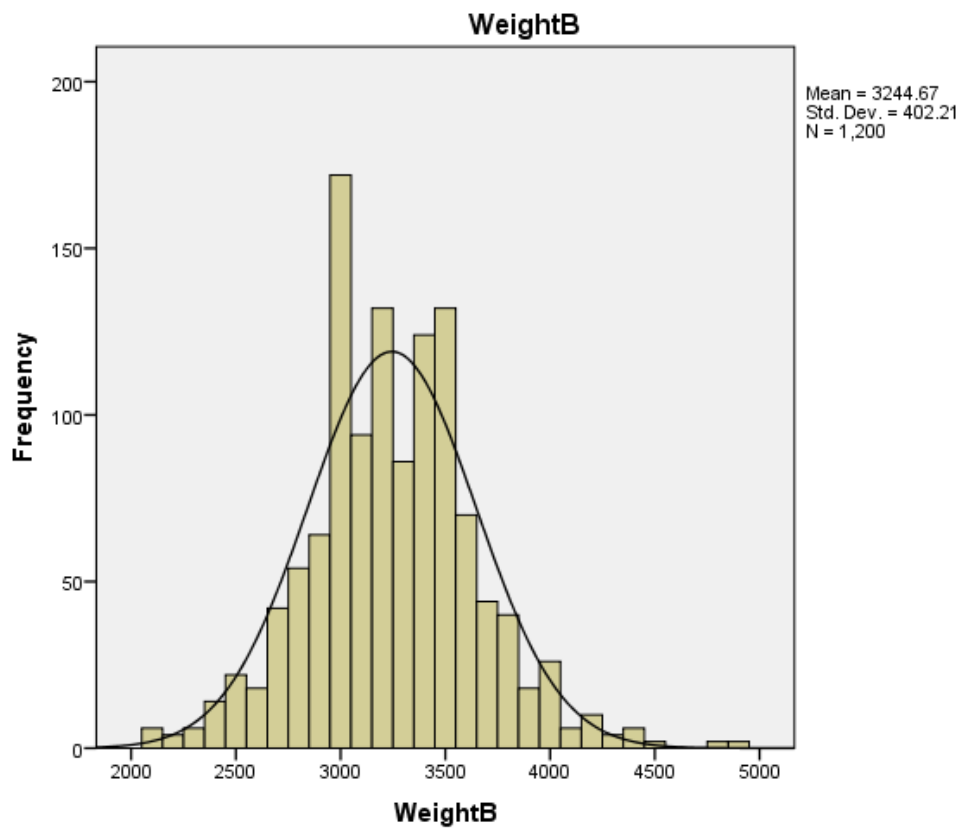
۱۹,۲,۴: جدول و نمودار نمره آپگار نوزاد دقیقه پنجم بعد از تولد افراد مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	APGAR5
.2	2	2
.2	2	5
.1	1	7
.3	4	8
3.5	42	9
95.8	1149	10
100.0	1200	جمع کل



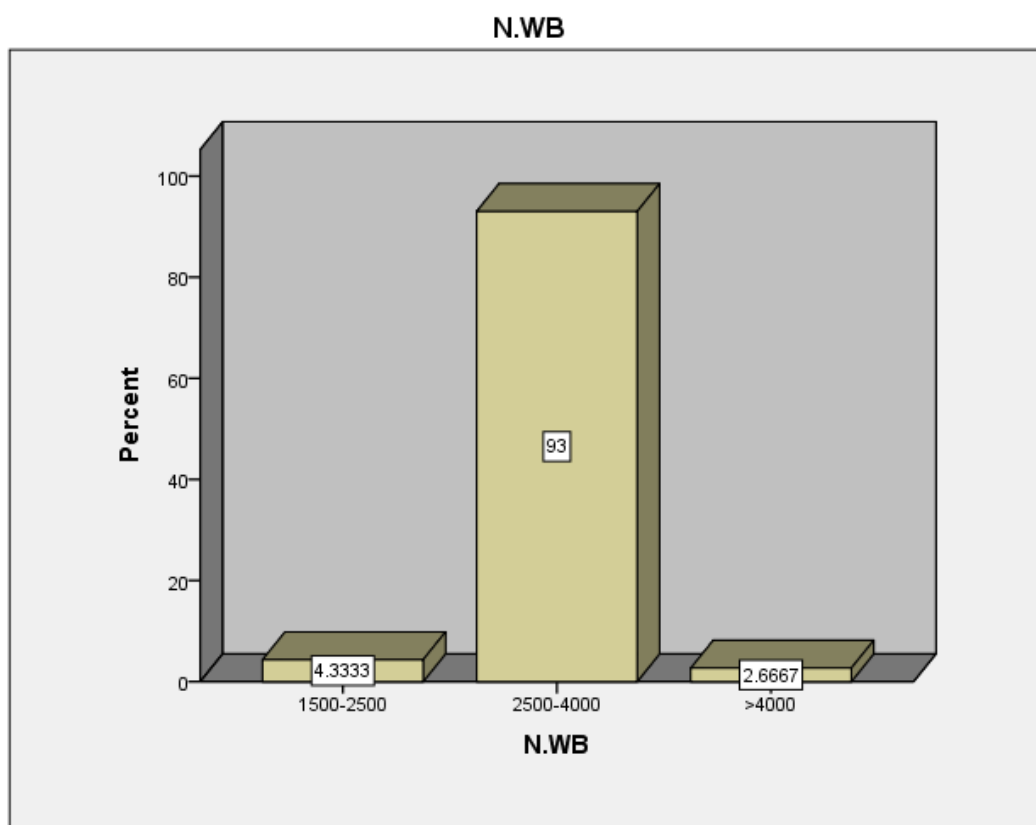
۲۰,۲,۴: جدول و نمودار وزن نوزاد هنگام تولد افراد مورد مطالعه

وزن نوزاد هنگام تولد	فراوانی	درصد فراوانی	وزن نوزاد هنگام تولد	فراوانی	درصد فراوانی
2100	6	.5	3400	122	10.2
2200	4	.3	3450	10	.8
2300	6	.5	3500	122	10.2
2400	14	1.2	3550	8	.7
2500	22	1.8	3600	62	5.2
2600	18	1.5	3650	4	.3
2650	6	.5	3700	40	3.3
2700	36	3.0	3800	40	3.3
2750	4	.3	3850	4	.3
2800	50	4.2	3900	14	1.2
2850	8	.7	3950	2	.2
2900	56	4.7	4000	24	2.0
2950	4	.3	4100	6	.5
3000	168	14.0	4200	10	.8
3050	8	.7	4300	4	.3
3100	86	7.2	4350	4	.3
3150	4	.3	4400	2	.2
3200	128	10.7	4450	2	.2
3250	10	.8	4800	2	.2
3300	76	6.3	4900	2	.2
3350	2	.2	جمع کل	1200	100.0



۲،۴، ۱: جدول و نمودار وزن نوزاد هنگام تولد افراد مورد مطالعه به صورت دسته بندی شده

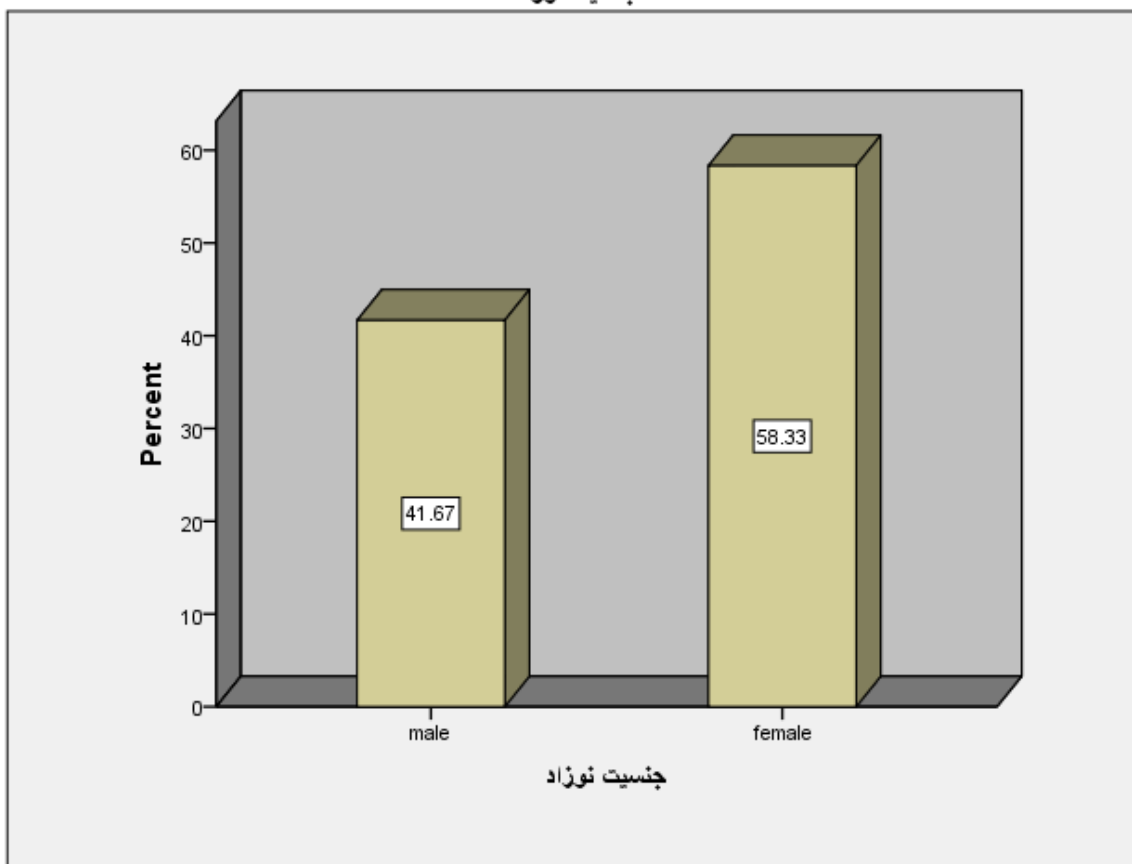
وزن بدو تولد	فراوانی	درصد فراوانی
1500-2500	52	4.3
2500-4000	1116	93.0
>4000	32	2.7
Total	1200	100.0



جدول و نمودار جنسیت نوزاد افراد مورد مطالعه ۲۰۲۴، ۲: ۲،۴

جنسیت نوزاد	فراوانی	درصد فراوانی
پسر	500	41.7
دختر	700	58.3
جمع کل	1200	100.0

جنسیت نوزاد





۲۰,۲,۴: جدول و نمودار آماره توصیفی ابعاد پژوهش کسب شده توسط افراد مورد مطالعه

وزن بدو تولد	<i>APGAR5</i>	<i>APGAR1</i>	<i>BMI</i>	وزن	قد	سن	
1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	تعداد
3244.67	9.93	8.89	27.51	77.22	167.8	26.62	میانگین
3200.00	10.00	9.00	28.00	77.00	168	26.00	میانه
402.21	.447	.526	1.50058	6.215	5.596	5.908	انحراف معیار
161773.033	.200	.277	2.252	38.624	31.326	34.904	واریانس
2100	2	2	23	65	150	15	مینیمم
4900	10	9	30	91	175	43	ماکزیمم

۲۱،۲،۴: جدول و نمودار توزیع فراوانی حاملگی افراد مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	توزیع فراوانی حاملگی
26.78	1352	طول کشیده
100.0	5048	جمع کل

۳,۴. آزمون فرضیه های پژوهش:

فرضیه اول:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷

هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۲,۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مدت حاملگی به تفکیک نوع زایمان

(سزارین، واژینال)

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		واژینال		سزارین		نوع زایمان
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.008	1	7.097	50.0	600	51.8	513	41.6	87	حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)
			50.0	600	48.2	478	58.4	122	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	991	100.0	209	جمع کل

با توجه به جدول ۲۲,۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.008) در نوع زایمان کوچکتر از مقدار خطا (α=/.05) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین) پذیرفته می شود؛ تعداد سزارین در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از تعداد سزارین در حاملگی های حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) می باشد.

فرضیه دوم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰)

هفته)، از نظر فراوانی زایمان با وسیله یا بدون وسیله، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۳،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب با وسیله یا بدون وسیله بودن زایمان

Sig.	df	آماره $\chi^2$	جمع		بدون وسیله		با وسیله		زایمان مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.476	1	.508	51.8	513	51.5	489	57.1	24	حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			48.2	478	48.5	460	42.9	18	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	991	100.0	949	100.0	42	جمع کل

با توجه به جدول ۲۳،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.476) در با وسیله یا بدون وسیله بودن زایمان بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد، فرضیه صفر پذیرفته شده و فرضیه یک را رد می کنیم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی در با وسیله یا بدون وسیله بودن زایمان پذیرفته می شود؛ اختلاف چشمگیری در تعداد زایمان با وسیله یا بدون وسیله در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) مشاهده نشد.

فرضیه سوم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)،

از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۴،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مدت حاملگی به تفکیک میزان پاسخ

دهی به اینداکشن

Sig.	df	آماره $\chi^2$	جمع		منجر به زایمان نشده		منجر به زایمان شده		مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.000	1	14.327	41.9	218	25.9	28	46.1	190	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			58.1	302	74.1	80	53.9	222	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	520	100.0	108	100.0	412	جمع کل

با توجه به جدول ۲۴،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.000) در میزان پاسخ دهی به اینداکشن کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن پذیرفته می شود؛ عدم پاسخ دهی به اینداکشن در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد.

فرضیه چهارم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک)، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۵،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک)

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم کاهش		کاهش		میزان کاهش مایع آمنیوتیک مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.257	1	1.287	50.0	600	50.3	578	42.3	22	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	49.7	570	57.7	30	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1148	100.0	52	جمع کل

با توجه به جدول ۲۵،۴ چون مقدار سطح معناداری ( $\text{Sig} = .257$ ) در میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک) بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha = .05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک) پذیرفته می شود؛ اختلاف چشمگیری در میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک) در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) مشاهده نشد.

فرضیه پنجم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷

هفته)، از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۶،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب افت ضربان قلب جنین

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم افت		افت		افت ضربان قلب جنین
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.015	1	5.861	50.0	600	51.1	558	38.9	42	مدت حاملگی
			50.0	600	48.9	534	61.1	66	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1092	100.0	108	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
								جمع کل	

با توجه به جدول ۲۶،۴ چون مقدار سطح معناداری ( $\text{Sig} = .015$ ) در افت ضربان قلب جنین کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha = .05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی افت ضربان قلب جنین پذیرفته می شود؛ افت ضربان قلب جنین در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد.

فرضیه ششم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)

هفته)، از نظر فراوانی دفع مکنونیوم ، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۷،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب فراوانی دفع مکنونیوم

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم دفع		دفع		مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.600	1	.274	50.0	600	50.3	528	48.0	72	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	49.7	522	52.0	78	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1050	100.0	150	جمع کل

با توجه به جدول ۲۷،۴ چون مقدار سطح معناداری ( $\text{Sig} = ./600$ ) در فراوانی دفع مکنونیوم بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha = ./05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم ؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی دفع مکنونیوم پذیرفته می شود ؛ اختلاف چشمگیری در دفع مکنونیوم در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) مشاهده نشد.



فرضیه هفتم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷

هفته)، از نظر فراوانی نیاز به احیای نوزاد، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۸،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب فراوانی نیاز به احیای نوزاد

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		ندارد		دارد		نیاز به احیای نوزاد
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
1.00	1	.000	50.0	600	50.0	564	50.0	36	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	50.0	564	50.0	36	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1128	100.0	72	جمع کل

با توجه به جدول ۲۸،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=1.00) در فراوانی نیاز به احیای نوزاد بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=0.05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی نیاز به احیای نوزاد پذیرفته می شود؛ اختلاف چشمگیری در نیاز به احیای نوزاد در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) مشاهده نشد.

فرضیه هشتم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰)

هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۲۹،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب میزان بستری شدن نوزاد در NICU

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم بستری		بستری		مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.314	1	1.014	50.0	600	50.2	594	37.5	6	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	49.8	590	62.5	10	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1184	100.0	16	جمع کل

با توجه به جدول ۲۹،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=.314) در فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=0.05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU پذیرفته می شود؛ اختلاف چشمگیری در میزان بستری شدن نوزاد در NICU در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) مشاهده نشد.

فرضیه نهم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان)، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۰,۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان)

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم بستری		بستری		بستری شدن در بخش نوزادان مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.435	1	.610	50.0	600	49.5	497	52.6	103	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	50.5	507	47.4	93	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1004	100.0	196	جمع کل

با توجه به جدول ۳۰,۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=.435) در فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان) بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=.$ /05) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم ؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در P (بخش نوزادان) پذیرفته می شود ؛ اختلاف چشمگیری در میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان) در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) مشاهده نشد.

فرضیه دهم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۱،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب میزان استفاده از میزوپروستول برای

### ripening سرویکس

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم استفاده		استفاده		استفاده از میزوپروستول مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.000	1	.79.044	50.0	600	56.4	542	24.3	58	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	43.6	419	75.7	181	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	961	100.0	239	جمع کل

با توجه به جدول ۳۱،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.000) در فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس پذیرفته می شود؛ میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد.

فرضیه یازدهم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی آتونی رحم، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۲،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب آتونی رحم

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		عدم مشاهده		مشاهده		آتونی رحم / مدت حاملگی
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.042	1	4.124	50.0	600	50.5	588	33.3	12	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	49.5	576	66.7	24	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	1164	100.0	36	جمع کل

با توجه به جدول ۳۲،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.042) در فراوانی آتونی رحم

کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛

فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی آتونی رحم پذیرفته می شود؛ میزان فراوانی آتونی رحم در

حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد.

فرضیه دوازدهم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۳،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تعداد دفعات زایمان

جمع		۵		۴		۳		۲		۱		۰		تعداد زایمان مدت حاملگی
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
50.0	600	100.0	4	60.0	6	33.3	8	57.6	68	45.6	144	50.8	370	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
50.0	600	0.0	0	40.0	4	66.7	16	42.4	50	54.4	172	49.2	358	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
100.0	1200	100.0	4	100.0	10	100.0	24	100.0	118	100.0	316	100.0	728	جمع کل

$$\chi^2=12.491 \quad df=5 \quad sig.=029$$

با توجه به جدول ۳۳،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.029) در فراوانی تعداد دفعات زایمان کوچکتر از مقدار خطا (α=/.05) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی تعداد دفعات زایمان پذیرفته می شود؛ میزان فراوانی تعداد دفعات زایمان در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد که این تفاوت ناشی از تفاوت فراوانی زیاد افراد نمونه در پژوهش می باشد.

فرضیه سیزدهم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۴،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب تعداد دفعات حاملگی

جمع		۷		۶		۵		۴		۳		۲		۱		تعداد حاملگی مدت حاملگی
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
50.0	600	100.0	2	100.0	4	57.1	8	42.9	18	53.3	64	43.2	140	52.4	364	ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)
50.0	600	0.0	0	0.0	0	42.9	6	57.1	24	46.7	56	56.8	184	47.6	330	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
100.0	1200	100.0	2	100.0	4	100.0	14	100.0	42	100.0	120	100.0	324	100.0	694	جمع کل

$$\chi^2 = 15.317 \quad df = 6 \quad sig. = .018$$

با توجه به جدول ۳۴،۴ چون مقدار سطح معناداری (Sig=/.018) در فراوانی تعداد دفعات حاملگی کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی تعداد دفعات حاملگی پذیرفته می شود؛ میزان فراوانی تعداد دفعات حاملگی در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته) می باشد که این تفاوت ناشی از تفاوت فراوانی زیاد افراد نمونه در پژوهش می باشد.

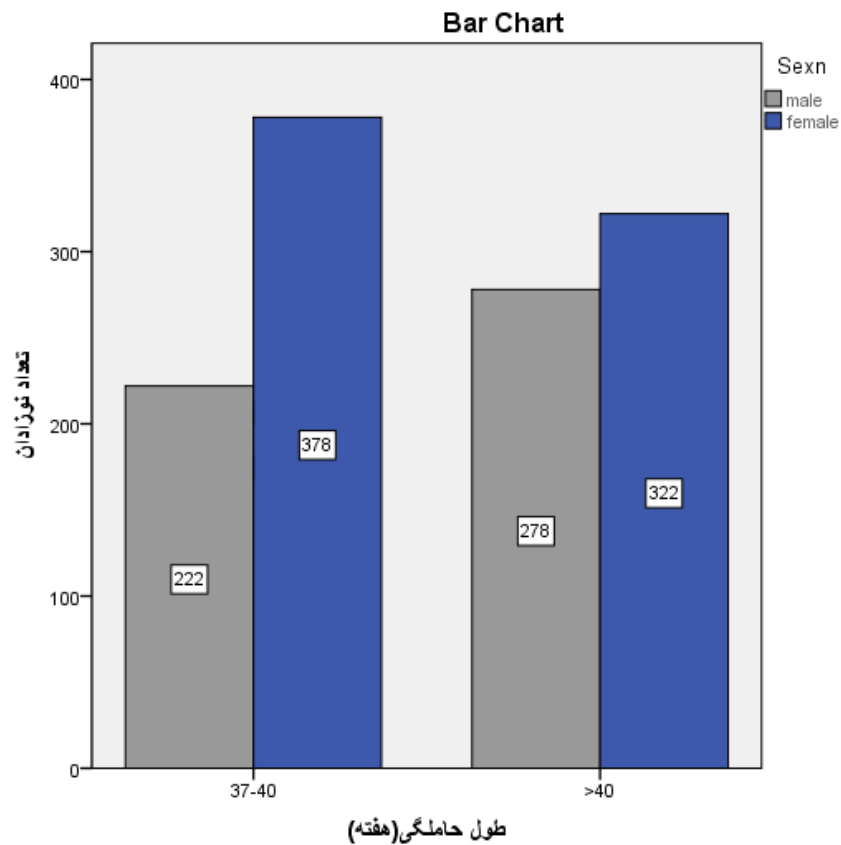
فرضیه چهاردهم:

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰)

هفته)، از نظر فراوانی جنسیت نوزاد، در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۵،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب جنسیت نوزاد

Sig.	Df	آماره $\chi^2$	جمع		دختر		پسر		جنسیت نوزاد
			درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	
.001	1	10.752	50.0	600	54.0	378	44.4	222	ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)
			50.0	600	46.0	322	55.6	278	حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته)
			100.0	1200	100.0	700	100.0	500	جمع کل





با توجه به جدول ۳۵,۴ چون مقدار سطح معناداری ( $\text{Sig}=.001$ ) در فراوانی جنسیت نوزاد کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر تفاوت فراوانی جنسیت نوزاد پذیرفته می شود.

## فرضیه پانزدهم

✓ سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی سن، قد، وزن و *BMI* مادران باردار و نمره *APGAR1*، نمره *APGAR5* و وزن بدو تولد نوزادان در سال ۱۳۹۱ متفاوت می باشد.

جدول ۳۶،۴. توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب سن، قد، وزن، *BMI*

*APGAR1*، *APGAR5* و وزن بدو تولد

انحراف معیار	میانگین	فراوانی	مدت حاملگی (هفته)	
5.928	26.72	600	37- 40	سن
5.891	26.53	600	>40	
5.45291	167.8033	600	37- 40	قد
5.74197	167.7967	600	>40	
6.008	77.01	600	37- 40	وزن
6.412	77.44	600	>40	
1.48025	27.4500	600	37- 40	<i>BMI</i>
1.51936	27.5733	600	>40	
.392	8.93	600	37- 40	<i>APGAR1</i>
.631	8.86	600	>40	
.416	9.94	600	37- 40	<i>APGAR5</i>
.476	9.93	600	>40	
427.212	3212.00	600	37- 40	وزن بدو تولد
373.053	3277.33	600	>40	

Sig. (2-tailed)	df	T	F	
.588	1198	.542	.190	سن
.984	1198	.021	8.922	قد
.227	1198	-1.208	2.474	وزن
.155	1198	-1.424	.401	<i>BMI</i>
.024	1198	2.255	18.577	<i>APGAR1</i>
.652	1198	.452	.735	<i>APGAR5</i>
.005	1198	-2.822	6.634	وزن بدو تولد

طبق جدول ۳۶،۴ مشاهده می شود که چون مقدار سطح معناداری (Sig.) در سن، قد، وزن، *BMI* و نمره *APGAR5* بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=0.05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم ؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم رابطه معنی دار بین مدت حاملگی و سن، قد، وزن، *BMI* و نمره *APGAR5* پذیرفته می شود. اما در *APGAR1* و وزن بدو تولد چون مقدار سطح معناداری (Sig.) کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=0.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم ؛ فرضیه یک مبنی بر رابطه معنی دار بین مدت حاملگی و نمره *APGAR1* و وزن بدو تولد پذیرفته می شود ؛ وزن بدو تولد در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) بیشتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد و نمره *APGAR1* در حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) کمتر از حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته) می باشد.



## بحث و نتیجه گیری :

این پژوهش با هدف مقایسه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های نرمال (۳۷ - ۴۰ هفته) در بیمارستان بعثت شهر سنندج در سال ۱۳۹۱ انجام گردید. در فصول قبل کلیات پژوهش، مبانی نظری و پیشینه پژوهش، روش شناسی پژوهش و یافته های پژوهش ارائه گردید. در این فصل نتایج حاصل از پژوهش، محدودیت های آن و همچنین پیشنهاداتی برای پژوهش های آتی ارائه می گردد.

خلاصه پژوهش:

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود. (Sig=./008)

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی زایمان با وسیله یا بدون وسیله، متفاوت می باشد، رد می شود. (Sig=./476)

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود. (Sig=./000)

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان کاهش AF (مایع آمنیوتیک)، متفاوت می باشد، رد می شود. (Sig=./257)

- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود.  
(Sig=./015)
- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) و حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی دفع مکنونیوم، متفاوت می باشد، رد می شود. (Sig=./600)
- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نیاز به احیای نوزاد، متفاوت می باشد، رد می شود. (Sig=1.00)
- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، متفاوت می باشد، رد می شود. (Sig=.314)
- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در N (بخش نوزادان)، متفاوت می باشد، رد می شود (Sig=.435)
- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود (Sig=.000).
- ✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی آتونی رحم، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود. (Sig=.042)

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود.  
(Sig=.029)

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود.  
(Sig=.018)

✓ فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی جنسیت نوزاد، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود.  
(Sig=.001)

✓ همچنین مشاهده شد چون مقدار سطح معناداری (Sig.) در سن (Sig=.588)،  
قد (Sig=.984)، وزن (Sig=.227)، *BMI* (Sig=.155) و نمره *APGAR5*  
(Sig=.652) بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=.05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم رابطه معنی دار بین مدت حاملگی و سن، قد، وزن، *BMI* و نمره *APGAR5* پذیرفته می شود. اما در *APGAR1* (Sig=.024) و وزن بدو تولد (Sig=.005) چون مقدار سطح معناداری (Sig.) کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر رابطه معنی دار بین مدت حاملگی و نمره *APGAR1* و وزن بدو تولد پذیرفته می شود.

نتایج پژوهش های قبلی:

در مطالعه ای که توسط محسنی و همکارانش در سال ۱۳۸۱ بر روی تاثیر سن حاملگی بر نتایج حاملگی های ترم انجام شد، مقایسه بین ۲۰۶ خانم که بین روزهای ۲۵۴ و ۲۸۰ بارداری، زایمان کرده بودند با ۱۸۵ نفر که در روزهای ۲۸۱ تا ۲۹۴ زایمان کرده بودند صورت

پذیرفت. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که در دو گروه ۴۰-۴۲ هفته و ۳۷-۴۰ هفته به ترتیب میزان ایندکشن ۴۰/۵٪ در مقابل ۱۸٪ ( $p=0.00$ )، دفع مکنونیوم ۱۵/۳٪ در مقابل ۱۰/۲٪ ( $p=0.045$ )، زایمان با وسیله ۳/۲٪ در مقابل ۰/۴۸٪ ( $p=0.00$ )، سزارین ۲۷/۲٪ در مقابل ۱۵٪ ( $p=0.004$ ) بود. میزان دیسترس جنینی ۱۰/۲٪ در مقابل ۵/۸٪ ( $p=0.05$ )، آپگار دقیقه ۵ و ۱۰، کمتر از ۰/۶۷٪ در مقابل ۰/۴٪ بود که در دو گروه تفاوت معنا داری نداشت. هیچ مورد ماکروزومی، دیستوشی شانه و تولد مرده مشاهده نشده بود. همچنین در این مطالعه مشخص شد پاریتی و سن مادر رابطه ای با سن حاملگی ندارد. جمع آوری اطلاعات به صورت پرسشنامه ای بود که در بالین بیمار براساس مصاحبه و مشاهده بدست آمده بود (۲۱) و در نتایج مطالعه این پژوهش فرضیه ی سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۳۷ - ۴۰ هفته)، از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به ایندکشن، متفاوت می باشد، پذیرفته شد ( $Sig=/.000$ ) و از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، متفاوت می باشد، نیز پذیرفته شد. ( $Sig=/.008$ ) اما از نظر فراوانی دفع مکنونیوم، متفاوت می باشد، رد می شود. ( $Sig=/.600$ ) از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، متفاوت می باشد، رد شد. ( $Sig=.314$ ) از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود. ( $Sig=/.015$ ) همچنین مشاهده شد نمره  $APGAR5$  ( $Sig=.652$ ) بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد در نتیجه ارتباط معنی دار نمی باشد.

در مطالعه ای که به صورت مقطعی در خانم های باردار بستری در بیمارستان شریعتی تهران در سال ۸۲-۱۳۸۰ توسط اسلامیان و همکارانش صورت پذیرفت اطلاعات حاصل از تکمیل پرسشنامه ها که از روی پرونده بیماران در بایگانی بدست آمده بود با استفاده از آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه مشخص شد که در ۹۸ نفر واجد



شرایط تحقیق شیوع حاملگی های پس از موعد و دیررس  $3/3\%$  می باشد. موارد Postdate بیش از پست ترم و میانگین Bishop score برابر  $4/31$  بود. در  $87/1\%$  جواب تست های بررسی سلامت جنین طبیعی بود. ( $36/36/73$ ) مورد تحت آماده سازی سرویکس با میزوپروستول قرار گرفته بودند که در  $50\%$  موفقیت آمیز بود. میانه طول مدت آماده سازی سرویکس در مولتی پار به نسبت نولی پار به میزان معنی داری کوتاه تر بود ( $p=0/0004$ ،  $4$  در برابر  $7$  ساعت). میزان زایمان طبیعی و سزارین در موارد اینداکشن دردهای زایمانی با اکسی توسین و آماده سازی سرویکس با میزوپروستول از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشت ( $p=0/9$ ). میانگین ضریب آپگار،  $9/5$  و همگی بیش از شش بودند. موردی از هیپوگلیسمی، هیپوکلسمی نوزاد، بستری در NICU و مرگ و میر پری ناتال دیده نشد. متوسط روزهای بستری نوزاد ( $1-8$ )  $1/84$  روز بود. هدف از این مطالعه نحوه برخورد و عاقبت حاملگی های طولانی در بیمارستان دکتر شریعتی بود ( $17$ ). در نتایج ما فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از  $40$  هفته) با حاملگی های ترم ( $40 - 37$  هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=.008$ ) همچنین از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=.000$ ) اما از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، متفاوت می باشد، رد شد. ( $Sig=.314$ ) و از لحاظ نمره  $APGAR1$  چون مقدار سطح معناداری ( $Sig=.024$ ) کوچکتر از مقدار خطا ( $\alpha=.05$ ) می باشد، فرضیه صفر رد شده و فرضیه یک را نتیجه می گیریم؛ فرضیه یک مبنی بر رابطه معنی دار پذیرفته می شود.

در پژوهشی که باقری و همکارانش به روش توصیفی بر روی  $450$  زن باردار که سابقه مشکلات طبی یا مامایی نداشتند و سن حاملگی آنان  $40$  هفته بوده و جهت ختم حاملگی بستری شده بودند انجام شد، مشخص شد که  $131$  نفر ( $29/1\%$ ) از زنان، در سن حاملگی بین

۴۰ هفته و سه روز، ۱۳۰ نفر (۰/۲۸/۹) در سن حاملگی بین ۴۰ هفته و ۴ روز تا ۴۱ هفته، ۱۵۰ نفر (۰/۳۳/۳) در سن حاملگی بین ۴۱ هفته و یک روز تا ۴۱ هفته و ۳ روز و تنها ۳۹ نفر (۰/۸/۷) در سن حاملگی ۴۱ هفته و ۴ روز و بالاتر ختم حاملگی شده بودند که از آنان فقط ۱۲ نفر (۰/۲/۷) سن حاملگی بیشتر از ۴۲ هفته داشتند. متغییرهای دیسترس جنینی، دفع مکونیوم، آپگار دقیقه ۵، بستری نوزاد پس از زایمان، سخت زایی و وزن نوزاد، در زنان تحت مطالعه تفاوت معنی دار آماری نداشت ولی گروههای مورد مطالعه از نظر علت سزارین بر حسب سن حاملگی با یکدیگر تفاوت معنی دار آماری داشتند. همچنین آزمونهای آماری نشان داد که گروههای مورد مطالعه از نظر سن مادر ( $p=0/4$ )، سابقه زایمان پس از موعده ( $p=0/08$ )، تعداد زایمان ( $p=0/7$ )، دیلاتاسیون ( $p=0/2$ ) افسمان سرویکس ( $p=0/4$ )، بر حسب سن حاملگی تفاوت معنی داری نداشتند. اطلاعات لازم برای انجام این پژوهش با استفاده از مصاحبه، مطالعه پرونده، معاینه و مشاهده در حین مداخلات جمع آوری شده بود. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت سلامت نوزادی در زنان بستری شده با تشخیص حاملگی طول کشیده در زایشگاه دکتر شبیه خوانی کاشان در سال ۸۳-۸۲ بود (۱۹). اما در این مطالعه فرضیه سرانجام حاملگیهای طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگیهای ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=0/008$ ) از نظر فراوانی میزان پاسخ دهی به اینداکشن، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=0/000$ ) و از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=0/015$ ) و از نظر فراوانی دفع مکونیوم، متفاوت می باشد، رد شد. ( $Sig=0/600$ ) از نظر فراوانی میزان بستری شدن نوزاد در NICU، متفاوت می باشد، رد شد. ( $Sig=0/314$ ) و از نظر فراوانی میزان استفاده از میزوپروستول برای ripening سرویکس، متفاوت می باشد، پذیرفته شد ( $Sig=0/000$ ) و از نظر فراوانی آتونی رحم، متفاوت می باشد،

پذیرفته می شود. (Sig=.042) و از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. (Sig=.029) همچنین از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود. (Sig=.018)

در مطالعه ای که توسط ROOS و همکارانش در سال ۲۰۱۰ بر روی عوامل خطر همراه مادران برای حاملگی های پست ترم و انجام سزارین پس از القا زایمان صورت گرفت به این نتیجه رسیدند که در میان ۱۱۷۶۱۳۱ تولد، ۸/۹۴٪ از آنها پست ترم بودند. در مقایسه زنان با وزن نرمال، ریسک حاملگی پست ترم در زنان با وزن بالا دو برابر بود (adjusted OR: 1.63, 95% CI 1.59–1.67). ریسک حاملگی پست ترم با افزایش سن مادران افزایش یافته بود و در زنان نخست زا بالاتر بود. ریسک سزارین به دنبال القا زایمان پست ترم، با سن مادران و BMI افزایش یافته بود، و در زنان بالای ۳۵ سال و بالاتر دو برابر بیشتر بود (adjusted OR 2.28, 95% CI 2.04–2.56). یک افزایش ریسک ۵ برابر سزارین در میان زنان نخست زا دیده شد (adjusted OR 5.05, 95% CI 4.71–5.42). زنان چند زا با سابقه سزارین قبلی و تحت القای زایمان، یک افزایش ریسک ۷ برابری برای سزارین پست ترم داشتند (adjusted OR 7.19, 95% CI 5.93–8.71). آنها به این نتیجه رسیدند که نخست زا بودن، سن مادر، چاقی و سزارین به دنبال القا زایمان در حاملگی های پست ترم از قوی ترین ریسک فاکتور ها برای حاملگی پست ترم می باشند. اطلاعات حاصل از این مطالعه با استفاده از پرسشنامه و مصاحبه با فرد بدست آمده بود (۱۶) و در پژوهش ما نتایج تحقیق نشان داد که، سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی تعداد دفعات زایمان، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. (Sig=.018) و از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، متفاوت می باشد، پذیرفته می شود. (Sig=./008) همچنین از نظر فراوانی تعداد دفعات حاملگی، متفاوت می

باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=.029$ ) و همچنین مشاهده شد چون مقدار سطح معناداری ( $Sig.$ ) در سن ( $Sig=.588$ )، وزن ( $Sig=.227$ )،  $BMI$  ( $Sig=.155$ ) بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=/.05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم رابطه معنی دار بین مدت حاملگی و سن، قد، وزن،  $BMI$  و نمره  $APGAR5$  پذیرفته شد..

در مطالعه ای که یوسف زاده و همکاران در سال ۸۴ بر روی مقایسه روش القای زایمان با روش انتظار و مراقبت از حاملگی طولانی بر 160 خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار در طی سال 1384 با سن حاملگی بیشتر از 41 هفته انجام دادند. پس از تعیین دقیق سن حاملگی نمونه های واجد شرایط در دو گروه القای انتخابی زایمان و درمان انتظار و مراقبت قرار گرفتند. نمونه های گروه القای انتخابی زایمان جهت اینداکشن در بیمارستان بستری و در گروه دوم مراقبت های ویژه انجام شد. نتایج نشان داد که در دو گروه از نظر مشکلات مادری و جنینی - نوزادی مانند دفع مکونیوم، دیسترس جنینی و همچنین آپگار هنگام تولد، جنس و وزن هنگام تولد نوزادان تفاوت معنی داری وجود نداشت. در گروه القای انتخابی زایمان، شیوع سزارین ۵/۵۷٪ و در گروه بررسی جنینی شیوع سزارین ۵/۲۲٪ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است ( $P<0/01$ ). همچنین نتایج نشان داد که میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان نیز در دو گروه تفاوت معنی دار دارد (۲/۱۷ در مقابل ۱/۱۷ روز) ( $P<0/05$ ). جمع آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ای بود که به صورت مشاهده پرونده و مصاحبه با فرد تکمیل شده بود (۲۰). در پژوهش حاضر فرضیه سرانجام حاملگی های طول کشیده (بیشتر از ۴۰ هفته) با حاملگی های ترم (۴۰ - ۳۷ هفته)، از نظر فراوانی نوع زایمان (واژینال یا سزارین)، متفاوت می باشد، پذیرفته شد. ( $Sig=/.008$ ) و از نظر فراوانی افت ضربان قلب جنین، متفاوت می باشد، پذیرفته شد.

(Sig=/.015) و همچنین مشاهده شد چون مقدار سطح معناداری (Sig.) در سن (Sig=.588)، وزن (Sig=.227)، *BMI* (Sig=.155) بزرگتر از مقدار خطا ( $\alpha=.05$ ) می باشد، فرضیه یک رد شده و فرضیه صفر را نتیجه می گیریم؛ فرضیه صفر مبنی بر عدم رابطه معنی دار بین مدت حاملگی و سن، وزن و *BMI* پذیرفته شد.

### پیشنهادات:

پیشنهادات موضوعی:

با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه پیشنهاد می شود مطالعه ای مقایسه ای با حجم نمونه بالاتری در کشور در حاملگی های طول کشیده جهت شناسایی عوارض بیشتری از این نوع حاملگی ها انجام شود.

پیشنهادات کاربردی:

۱. ارائه یافته های این مطالعه در کارگاه ها و سمینارهای علمی مرتبط
۲. پیشنهاد می شود روی مواردی که ارتباط آن ها در این پژوهش بیشتر تحقیق شود تا به یک شاخص تبدیل شوند.

### محدودیت ها

مهمترین محدودیت این مطالعه عدم دسترسی به اطلاعات طبقه بندی شده از طریق سیستم HIS بیمارستان می باشد.

## منايع:

- 1- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL. William's Obstetrics. 22th ed. USA: McGraw Hill: 2005.
- 2- Stabile D. Postterm pregnancy: Part I: Epidemiology and risks. *Postgrad Obstet Gynecol* 2005; 25; 1-6.
- 3- Mandruzzato G, Alfirevic Z, Chervenak F, Gruenebaum A, Heimstad R, Heinonen S, Levene M, Romero R, Salvesen K, Saugstad O, et al: Guidelines for the management of postterm pregnancy. *J Perinat Med* 2010 ,38(2):111-119.
- 4- Walker N, Fischer-Walker C, Bryce J, Bahl R, Cousens S: Standards for CHERG reviews of intervention effects on child survival. *Int J Epidemiol* 2010. 39(Suppl 1):i21-31.
- 5- Wennerholm UB, Hagberg H, Brorsson B, Bergh C: Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009. 88(1):6-17.
- 6- Taipale P, Hiilesmaa V. Predicting delivery date by ultrasound and last menstrual period in early gestation. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 189-94.
- 7- Hussain et al.: Elective induction for pregnancies at or beyond 41 weeks of gestation and its impact on stillbirths: a systematic review with meta-analysis. *BMC Public Health* 2011 11(Suppl 3):S5.
- 8- Decherney AH, Nathan L. Current obstetric and gynecology. 9th ed. Lang medical books/Mc Graw-Hill; 2003. 286-99.

- 9- Usha kiran TS. Hemmadi S. Bethel J. Evans J. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *EJOG*. 2005; 112(6): 768-72.
- 10- Morgen I. Stenlund M. Mogberg U. Recurrence of prolonged pregnancy. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 253-7.
- 11- Scott JR. Gibbs RS. Kavlan BY. Maney AF. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. USA: Lippincott: 2003; 219- 23.
- 12- Divon MY. Ferber A. Sanderson M. Nisell H. Westgren M. A functional definition of prolonged pregnancy based on daily fetal and neonatal mortality rates. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23: 423-6.
- 13- Olesen AW. Westergaard JG. Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national registerbased study. 1978-1993. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 222-7.
- 14- Zeitlin J. Blondel B. Alexander S. Breart G: Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact? *BJOG* 2007. 114(9):1097-1103.
- 15- Gulmezoglu AM. Crowther CA. Middleton P: Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev* 2006. . 4: CD004945.
- 16- Roos N et al.: Maternal risk factors for postterm pregnancy and cesarean delivery following labor induction. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2010; 89: 1003–1010.

۱۷- اسلامیان لاله، شهسواری حسین. نحوه برخورد و عاقبت حاملگی های طولانی در بیمارستان دکتر شریعتی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره 65، شماره 12، اسفند، 1386، 48-54.

18- Walker N, Fischer-Walker C, Bryce J, Bahl R, Cousens S: Standards for CHERG reviews of intervention effects on child survival. *Int J Epidemiol* 2010, 39(Suppl 1):i21-31.

۱۹- باقری اعظم، کفایی محبوبه، سرافراز ناهید، اکبری حسین. بررسی وضعیت سلامت نوزادی در زنان بستری شده با تشخیص حاملگی طول کشیده در زایشگاه دکتر شبیه خوانی کاشان در سال ۸۳-۸۲. *مجله ی علمی، پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ی ۱۵، شماره ی ۶۱، زمستان ۱۳۸۶، ص ۷۱ تا ۷۸.*

۲۰- یوسف زاده صدیقه، اکبرزاده رویا، افتخاریزدی میترا. مقایسه روش القای انتخابی زایمان با روش انتظار و مراقبت از حاملگی طولانی. *مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، ۱۳۸۶؛ دوره ۱۰، پاییز و زمستان، شماره ۲: صفحات ۴۹-۵۴.*

۲۱- موید محسنی سکینه، نیکزاد معصومه، فلاح نادر. بررسی تاثیر سن حاملگی بر نتایج حاملگیهای ترم. *مجله علوم پزشکی مدرس، دوره ۵، شماره ۱: بهار و تابستان ۱۳۸۱، صفحات ۱۲۳ تا ۱۲۷.*



## پرسشنامه

نام و نام خانوادگی:..... شماره پرونده:..... سن:..... قد:.....  
 وزن:..... BMI:..... GP (چندمین حاملگی و چندمین زایمان):.....

ردیف	سؤال	بله	خیر
۱	آیا فرد سزارین شده است؟		
۲	آیا زایمان فرد با وسیله بوده است؟		
۳	آیا در فرد القای زایمان (اینداکشن) صورت گرفته است؟		
۴	در صورت اینداکشن آیا منجر به زایمان واژینال شده است؟		
۵	آیا مایع آمنیوتیک کاهش داشته است؟		
۶	آیا افت ضربان قلب مشاهده شده است؟		
۷	آیا دفع مکونیوم مشاهده شده است؟		
۸	آیا لزوم احیای نوزاد وجود داشته است؟		
۹	آیا نوزاد نیاز به بستری در NICU داشته است؟		
۱۰	آیا از میزوپروستول برای ripening سرویکس استفاده شده است؟		
۱۱	آیا آتونی رحم وجود داشته است؟		

آپگار دقیقه اول بعد از تولد چقدر است؟ ..... آپگار دقیقه 5 بعد از تولد چقدر است؟ .....

وزن نوزاد هنگام تولد چقدر بوده است؟ ..... جنس نوزاد .....

**Abstract:****Background:**

Pregnancy lasts an average of 10% of the pregnancies occurring. Which can also have consequences for the mother and the fetus is. Some of these consequences include the loss of amniotic fluid, umbilical cord compression, acute, and aspiration of meconium, macrosomia, fetal growth restriction associated with placental insufficiency (IUGR), is hypoxia and acidosis. And according to the exact number of outcome in prolonged pregnancy (more than 40 weeks), there is Sanandaj . The aim of this study was to evaluate pregnancy outcome in prolonged (more than 40 weeks) in Sanandaj compared with term pregnancy (40-37 weeks) is 2012.

**Materials & Methods:**

In inception by Info been recorded in records women's section of and childbirth, outbreaks pregnancies length of the stretched (More from 40 Week) mycooides, then in statistical community desired us who pregnancies length of the stretched (More from 40 Week) do contain May becomes to the Specified changeeful and of desired compared with the pregnancies semesters, that the information they also has been recorded has been dealt and with regard to the outbreaks deliveries length of the stretched in resources, minimum volume of sample with the confidently% 95 and accuracy% 2 minimum 600 people Mhasbh which was in case of having criteria below Login and exit the form available in during our study collect Shdv for the same number together from the pregnancies semester (40-37 week) in considered becomes, so the whole volume the studied sample 1200 people might have been .

**Results:**

The hypothesis that Post-term pregnancy (more than 40 weeks) and term pregnancies (40-37 weeks), the most abundant type of delivery (vaginal or cesarean), the frequency of response to induction frequency of decelerations, frequency of use of misoprostol for cervical ripening, the frequency of atonic uterus, pregnancy frequency count, frequency count of delivery, infant gender, birth weight and APGAR1 score is different, but the frequency of delivery, or by no means, the reduction in AF (liquid Mvnyvtyk ), meconium, the baby required resuscitation, hospitalization rate infant in the NICU, neonatal hospitalization rate N (NICU), age, height, weight, BMI and APGAR5 score is not different.

**Conclusion:**

Many variables have been studied in term pregnancy (37-40 weeks) Post-term pregnancy (more than 40 weeks) are significantly different.

**Key words:** Post-term pregnancy, term pregnancy Outcome.

## ***Title***

***Comparison of pregnancy outcome in term pregnancies (40-37 weeks) with Post-term pregnancy (more than 40 weeks) in a BESAT hospital in Sanandaj.***

***Supervisor : Dr. Fariba Farhadi Far***

***By: Amin Sadri Nezhad***

© Copyright 2010 by Kurdistan University of Medical Sciences

All rights reserved.

---

*No part of this book may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form by any means, translation, electronic, mechanical, microfilm, photocopying, xerography, recording or otherwise without either the prior permission of the Kurdistan University of Medical Sciences. Violators will be prosecuted in accordance with I.R.Iran copyright and trademarks laws.*

---

*Kurdistan University of Medical Sciences*

*Vice Chancellor in Research Affair*

✉ 66177-13446 Pasdaran Ave.

☎ 0871-6664653

*SANANDAJ- IRAN*

*www.muk.ac.ir*

---

*Kurdistan University of Medical Sciences*