بررسی طول مرحله سوم زایمان‌های تک‌قلو در زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ١٣٨٤-١٣٨٥

محبوبه تائبی*، معصومه عابدزاده، زهره سادات، فرزانه صابری

خلاصه

سابقه و هدف: مرحله‌ی سوم زایمان خطرناک‌ترین مرحله‌ی زایمان است، زیرا در صورت طولانی شدن خطر خون‌ریزی پس از زایمان مادر را تهدید می‌کند. لذا با توجه به اهمیت ویژه این مرحله از زایمان و تناقضات موجود در مورد عوامل مرتبط، تحقیق حاضر به منظور تعیین طول مرحله‌ی سوم زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به شکل مقطعی بر روی ١٠٠٠ مورد از زایمان‌های انجام شده در بیمارستان شبیه‌خوانی کاشان طی سال‌های ١٣٨٤-١٣٨٥ که به صورت پی در پی انتخاب شده بودند، صورت گرفت. معیارهای ورود به پژوهش حاملگی تک‌قلو با زایمان طبیعی و سن حاملگی بیشتر از ٢٠ هفته در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامه و ساعت ثانیه‌شمار بوده و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری χ^2، OR و CI استفاده گردید.

نتایج: در این پژوهش میانگین و میانه‌ی مرحله‌ی سوم زایمان به ترتیب ٦/٠٣ و ٥ دقیقه به دست آمد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بین تعداد زایمان (p= ٠/٠٤)، تحریک زایمان با اکسی‌توسین (p= ٠/٠٠٢)، بی‌دردی با پتیدین (p= ٠/٠٠٨) و درناژ بند ناف جهت اداره مرحله سوم (p<٠/٠٠١) با طول مرحله سوم ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد، لیکن با سابقه‌ی سقط، سن حاملگی، تزریق اکسی‌توسین جهت اداره‌ی مرحله‌ی سوم، وزن و جنس نوزاد ارتباط معنی‌داری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: تحریک زایمانی، بی‌دردی طی زایمان و درناژ بند ناف از عوامل طولانی شدن مرحله‌ی سوم زایمان و افزایش تعداد زایمان از عوامل مرتبط با کوتاهی آن شناخته شد. جهت پیشگویی و پیشگیری از مخاطرات مرحله‌ی سوم زایمان، توجه به این عوامل توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: مرحله‌ی سوم زایمان، خون‌ریزی پس از زایمان، زایمان جفت، زایمان طبیعی

مربی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: محبوبه تائبی

آدرس: کاشان، کیلومتر ٥ بلوار قطب راوندی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

پست الکترونیک: taebi@kaums.ac.ir

تلفن: ٢٧٠٠ ٣٢٥ ٠٩١٣ دورنویس: ٥٥٥٦٦٣٣ ٠٣٦١

تاریخ دریافت: ٨٦/٤/٢٣

تاریخ پذیرش نهایی: ٨٦/١٠/٢٧

مقدمه

خون‌ریزی پس از زایمان به عنوان یکی از علل اصلی مرگ مادری مطرح است [١]، به طوری که در کشورهای در حال توسعه ٣٠ درصد از موارد مرگ مادری را به خود اختصاص می‌دهد [٢]. اکثریت این خون‌ریزی‌ها به دلیل آتونی رحمی ناشی از خروج دیرهنگام جفت و طولانی شدن مرحله‌ی سوم زایمان، بلافاصله بعد از زایمان رخ می‌دهد. مرحله‌ی سوم زایمان که بعد از خروج جنین شروع و با خروج جفت پایان می‌یابد، شامل دو فاز جدا شدن و خروج جفت است و در صورتی که جفت به صورت ناقص جدا شود منجر به بازماندن سینوس‌های خونی پشت جفت شده که خون‌ریزی شدید بعد زایمان رخ می‌دهد [٣]. از آنجایی که مرحله‌ی سوم طولانی به عنوان مهم‌ترین علت خون‌ریزی بعد از زایمان مطرح است، بنابراین وجود عارضه در مرحله‌ی سوم زایمان از علل مهم عوارض زایمانی است [٤]. سوالی که تا به حال به آن پاسخی معین داده نشده مربوط به مدت زمانی است که باید در غیاب خون‌ریزی قبل از خارج شدن جفت با دست سپری شود. در طب زنان، محدوده‌های زمانی مختلفی را در مورد مدت مرحله‌ی سوم زایمان قرار می‌دهند تا وضعیت غیرطبیعی باقی‌ماندن جفت تعریف شود و در نتیجه میزان خون‌ریزی ناشی از مرحله‌ی سوم طولانی کاهش یابد [٥]. نتایج بررسی‌های مختلف میانگین مرحله سوم زایمان را ٤/٦ تا ٨/٧٥ دقیقه ذکر کرده‌اند [٦، ٧، ٨، ٩]. از طرف دیگر با توجه به اهمیت

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

این مرحله بحرانی از زایمان توجه به عوامل مرتبط با طولانی شدن آن بسیار دارای اهمیت است. تحقیقاتی نیز در رابطه با عوامل مرتبط با مدت مرحله‌ی سوم زایمان انجام گرفته و عواملی همچون افزایش تعداد حاملگی، تعداد زایمان [۱۰، ۱۱]، داشتن سابقه سقط [۱۲]، نحوه‌ی اینداکشن و استفاده از پتیدین به عنوان بی‌دردی طی درد زایمان [۱۰] را از عوامل مرتبط با طولانی شدن مرحله سوم زایمان ذکر کرده‌اند. در دیگر مطالعات نولی‌پاریتی و نداشتن سابقه‌ی قبلی زایمان [۷، ۸] را عاملی در بروز مرحله سوم طولانی می‌دانند. عده‌ای بر این عقیده‌اند که این عوامل بر مدت مرحله‌ی سوم بی‌تاثیر بوده و یا با کوتاهی این مرحله زایمان در ارتباط هستند [۹، ۱۳، ۱٤، ۱٦]. بنابر آنچه که ذکر شد با توجه به اهمیت این مرحله از زایمان و اینکه شناسایی عوامل مرتبط با آن در شناسایی مادران در معرض خطر کمک شایانی به بهبود سلامت مادران و زنان جامعه می‌کند، تحقیق حاضر به منظور تعیین طول مرحله‌ی سوم زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش با طراحی مقطعی از نوع توصیفی بر روی ۱۰۰۰ مورد از زایمان‌های طبیعی انجام شده در بیمارستان شبیه‌خوانی کاشان صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش پی در پی بوده که کلیه زایمان‌های انجام شده در طی سال‌های ۱۳۸٤ تا ۱۳۸۵ از زمان شروع نمونه‌گیری به طور مستمر مورد بررسی قرار گرفته و نمونه‌ها از بین زنان مراجعه‌کننده جهت زایمان که شرایط ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل، حاملگی تک‌قلو با زایمان طبیعی و سن حاملگی بیشتر از ۲۰ هفته و معیارهای خروج شامل جفت سر راهی، کنده شدن زودرس جفت، حاملگی چندقلو (با توجه به متفاوت بودن شیوع اختلالات جفتی در چندقلویی)، پلی‌هیدرآمنیوس، وضعیت چسبندگی غیرطبیعی جفت، زخم رحمی قبلی، سزارین قبلی و اختلالات انعقادی بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات فرم اطلاعاتی تنظیم شد که برای تعیین اعتبار علمی از روش اعتبار محتوا، بر اساس کتب مرجع و مقالات موجود و نظرخواهی از اعضای هیئت علمی گروه مامایی و متخصصین زنان استفاده گردید. جمع‌آوری اطلاعات و تعیین مدت زمان مرحله‌ی سوم زایمان نیز با استفاده از ساعت ثانیه‌شمار توسط عامل زایمان آموزش دیده صورت گرفت. عوامل مرتبط با طول مرحله سوم زایمان شامل تعداد زایمان، سابقه‌ی سقط، سن حاملگی، تحریک زایمان، کاربرد پتیدین به عنوان بی‌دردی طی درد زایمان، به کارگیری اکسی‌توسین در مرحله‌ی سوم، درناژ بند ناف، وزن و جنس نوزاد بود که عوامل مرتبط در دو گروه دارای مدت مرحله‌ی سوم کمتر یا مساوی ٦ دقیقه و بیشتر از ٦ دقیقه به عنوان مرحله سوم طولانی [۷] مورد مقایسه قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری χ^2، OR و CI استفاده گردید.

نتایج

نتایج نشان داد که میانگین طول مرحله سوم زایمان ٦/۰۳±۵/۱۵ دقیقه با حداقل ۱ و حداکثر ٦۰ دقیقه می‌باشد، همچنین میانه‌ی این مرحله از زایمان در این پژوهش ۵ دقیقه به دست آمد. از مجموع ۱۰۰۰ مورد زایمان مورد مطالعه در ۷۳٦ زایمان (۷۳/٦ درصد) مدت مرحله‌ی سوم کمتر یا مساوی ٦ دقیقه و ۲٦٤ نفر (۲٦/٤ درصد) دارای مدت بیشتر از ٦ دقیقه بودند (جدول شماره‌ی ۱). عوامل مرتبط با مدت زمان مرحله‌ی سوم زایمان و نسبت احتمال این عوامل در جدول شماره‌ی ۲ ارایه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب طول مرحله‌ی سوم زایمان

فراوانی		
مدت مرحله‌ی سوم زایمان	تعداد	درصد
کمتر یا مساوی ٦ دقیقه	۷۳٦	۷۳/٦
بیشتر از ٦ دقیقه	۲٦٤	۲٦/٤
جمع	۱۰۰۰	۱۰۰

جدول ۲- توزیع فراوانی عوامل مرتبط با مدت مرحله سوم زایمان

عوامل مرتبط		مرحله سوم زایمان		نتیجه آزمون	OR, CI
		≤٦	> ٦		
تعداد زایمان	یک	۳۵۱(۷۰/۸)*	۱٤۵(۲۹/۲)	P=۰/۰٤	-
	دو	۲۱۲(۷۵/٤)	٦۹(۲٤/٦)		
	سه یا بیشتر	۱۷۳(۷۷/۷)	۵۰(۲۲/۳)		

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

سابقه سقط	دارد	١٢٩(٧٧/٧)	٣٧(٢٢/٣)	P=٠/١٨٨	–
	ندارد	٦٠٧(٧٢/٨)	٢٢٧(٢٧/٢)		
سن حاملگی	کمتراز ٣٧ هفته	٦٦(٧١/٧)	٢٦(٢٨/٣)	P=٠/٦٧١	–
	٣٧ هفته و بالاتر	٦٧٠(٧٣/٨)	٢٣٨(٢٦/٢)		
تحریک زایمان	دارد	٦٠٦(٧١/٧)	٢٣٩(٢٨/٣)	P=٠/٠٠٢	٢/٠٥
	ندارد	١٣٠(٨٣/٩)	٢٥(١٦/١)		١/٣-٣/٢٧
بی دردی با پتیدین	دارد	٥٣٣(٧١/٤)	٢١٣(٢٨/٦)	P=٠/٠٠٨	١/٥٩
	ندارد	٢٠٣(٧٩/٩)	٥١(٢٠/١)		١/١٢-٢/٢٤
به کارگیری اکسی‌توسین	دارد	٧١٨(٧٣/٣)	٢٦٢(٢٦/٧)	P=٠/٠٩٣	–
	ندارد	١٨(٩٠)	٢(١٠)		
درناژ بند ناف	دارد	٨٥(٥٩)	٥٩(٤١)	P< ٠/٠٠١	٢/٢
	ندارد	٦٥١(٧٦/١)	٢٠٥(٢٣/٩)		١/٥٢-٣/١٨
وزن نوزاد	کمتراز ٢٥٠٠	٣١(٧٠/٥)	١٣(٢٩/٥)	P=٠/٩٦	–
	٢٥٠٠-٣٥٠٠	٤٥٨(٧٤)	١٦١(٢٦)		
	بالاتر از ٣٥٠٠	٢٤٧(٧٣/٣)	٩٠(٢٦/٧)		
جنس نوزاد	پسر	٤٠١(٧٣/٧)	١٤٣(٢٦/٣)	P=٠/٩٢٩	–
	دختر	٣٣٥(٧٣/٥)	١٢١(٢٦/٥)		

* اعداد داخل پرانتز بیانگر درصد می باشند.

از مجموع زایمان‌های مورد بررسی ٤٩/٦ درصد از واحدهای مورد پژوهش زایمان اول، ٨٣/٤ درصد بدون سابقه‌ی قبلی سقط و ٩٠/٨ درصد دارای سن حاملگی ٣٧ هفته و بالاتر بوده‌اند. در ٨٤/٥ درصد از واحدهای مورد پژوهش از تحریک دردهای زایمانی و برای ٧٤/٦ درصد از بی‌دردی جهت کاهش دردهای زایمانی استفاده شد. در مورد اداره مرحله سوم زایمان در ٩٨ درصد زایمان‌ها از اکسی‌توسین و در ١٤/٤ درصد از درناژ بند ناف استفاده گردید. یافته‌های تحقیق همچنین نشان داد جنس نوزادان در ٥٤/٤ درصد از تولدها پسر و وزن ٦١/٩ درصد از نوزادان متولد شده ٢٥٠٠ تا ٣٥٠٠ گرم می‌باشد. از بین عوامل مرتبط با طول مرحله سوم مورد بررسی آزمون‌های آماری رابطه‌ی معنی‌دار معکوسی را بین مدت زمان مرحله سوم با تعداد زایمان (p= ٠/٠٤) نشان داد، همچنین تحریک زایمان (p= ٠/٠٠٢)، بی-دردی حین درد زایمان (p= ٠/٠٠٨)، اداره مرحله سوم به صورت درناژ بند ناف (p< ٠/٠٠١) با طولانی شدن مرحله سوم رابطه آماری معنی‌داری داشتند. در این مطالعه بین مدت زمان مرحله سوم زایمان با سابقه سقط، سن حاملگی، تزریق اکسی‌توسین جهت اداره مرحله سوم، وزن و جنس نوزاد ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد.

بحث

در این مطالعه میانگین و میانه مرحله سوم زایمان به ترتیب ٦/٠٣ و ٥ دقیقه به دست آمد. در بررسی‌های صورت گرفته در آمریکا میانگین و میانه مرحله سوم زایمان ٦/٨ و ٦ دقیقه [٧] و در زنان چینی اول‌زا ٤/٦ و ٣ دقیقه با حداقل ١ و حداکثر ٦٢ [٦]، بوده است. این در حالی است که در مطالعه‌ای در استرالیا نیز میانگین مرحله سوم در زنان دارای خون‌ریزی پس از زایمان ٩ و بدون خون‌ریزی ٧ دقیقه گزارش شده است [١٥]. این مطلب نشان می‌دهد که محدوده به دست آمده برای مرحله سوم زایمان به نتایج دیگر تحقیقات در این زمینه نزدیک می‌باشد. بر اساس نتایج این پژوهش، تحریک زایمانی با افزایش احتمال مرحله سوم طولانی همراه بود. البته در مطالعه‌ای بین استفاده از عوامل القاگر زایمان با این مرحله از زایمان ارتباطی مشاهده نشد [٩]. نتایج مطالعه Soltan و همکاران [١٠] و Adelosi و همکاران [١١] القای دردهای زایمانی را از جمله عوامل مرتبط برای مرحله سوم زایمانی طولانی و باقی‌ماندن جفت ذکر نموده‌اند. همچنین در یک بررسی مورد ـ شاهد بر روی ٩٥٩٨ زایمان واژینال (٣٧٤ مورد با مرحله سوم طولانی) نیز همین ارتباط گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد [١٦]. از آنجایی که اکسی‌توسین باعث افزایش فعالیت رحمی در طی درد زایمان می‌شود، خستگی و احتمال آتونی بعد زایمان را زیاد کرده و می‌تواند منجر به طولانی شدن مرحله سوم زایمان شود. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مرحله سوم زایمان و سن حاملگی مستقل از یکدیگر بوده و بین آنها رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد. گزارش Panpaprai و Boriboonhirunsarn نیز این دو عامل را مستقل از یکدیگر ذکر کرده است [١٣] لیکن نتایج مطالعاتی [١٧، ١٨] سن

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

حاملگی قبل از ترم و زایمان زودرس را به عنوان یک عامل خطر برای طولانی شدن مرحله سوم زایمان ذکر کرده‌اند. از آنجایی که در پژوهش حاضر با توجه به عدم وجود امکانات NICU در بیمارستان و عدم پذیرش حاملگی‌هایی با سن پایین، میانگین سنی در گروه پره‌ترم ۳۶/۱۷ هفته بود، از طرف دیگر نتایج مطالعات ذکر شده در مورد نمونه‌هایی با سن حاملگی پایین حاصل شده است، و این می‌تواند دلیلی برای معنی‌دار نشدن نتایج تحقیق حاضر باشد. بنابراین مطالعات دقیق مورد ـ شاهد با کنترل سایر عوامل مخدوش‌کننده پیشنهاد می‌گردد. بررسی تعداد زایمان‌ها نشان داد که ۴۹/۶ درصد از زایمان‌ها، زایمان اول و ۵۵/۴ درصد زایمان دوم به بعد بوده، و زنان نخست‌زا در مقایسه با زنان چندزا مرحله‌ی سوم طولانی‌تری داشته‌اند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ای که توسط Combs و Laros در طی یک دوره ده‌ساله بر روی ۱۲۹۷۹ زایمان صورت گرفت و نشان داد که مدت زمان مرحله‌ی سوم در زنان نخست‌زا طولانی‌تر از چندزاها است، هم‌راستا می‌باشد [۷]. همچنین نتایج مطالعه‌ی دیگری که به صورت مورد ـ شاهد در این رابطه در آمریکا صورت گرفت نیز نخست‌زایی را از عوامل مرتبط با طولانی شدن مرحله‌ی سوم ذکر می‌کند [۱۶]، که با نتایج تحقیق حاضر مشابهت دارد. از این رو لازم است سیاست انتظار در مورد خاتمه دادن مرحله‌ی سوم در این گروه از زنان، جهت پیشگیری از خطرات ناشی از باقی‌ماندن جفت مد نظر قرار گیرد. تحقیق حاضر نشان داد که سابقه‌ی سقط و مرحله‌ی سوم زایمان مستقل از یکدیگر هستند. مطالعه‌ای که در تایلند در سال ۲۰۰۷ انجام شد نیز موید این نکته است که بین داشتن سابقه‌ی سقط و مدت مرحله‌ی سوم زایمان رابطه‌ای وجود ندارد [۱۳] که تاییدکننده نتایج این پژوهش است، لیکن در مطالعاتی رابطه ضعیفی بین داشتن سابقه سقط و مرحله سوم زایمان نشان داده شده و داشتن سابقه‌ی دو سقط یا بیشتر [۱۲، ۱۹] و برخی سه سقط یا بیشتر [۹] را عاملی در بروز مرحله سوم زایمان طولانی ذکر کرده‌اند و بر این نکته تاکید داشته‌اند که نقش عوامل زمینه‌ای را نباید نادیده گرفت. از آنجایی که در مطالعه‌ی حاضر تنها ۱۶/۶ درصد از واحدهای مورد بررسی دارای سابقه‌ای از سقط بودند، که اکثریت (۹۱ درصد) نیز تنها سابقه‌ی یک سقط داشته‌اند، این می‌تواند دلیلی بر معنی‌دار نشدن این ارتباط باشد. این تحقیق نشان داد که استفاده از پتیدین جهت بی‌دردی درد زایمان احتمال مرحله سوم طولانی را افزایش می‌دهد. نتایج مطالعه‌ای در این زمینه نشان داد که بین استفاده از پتیدین و مدت مرحله‌ی سوم رابطه‌ای وجود ندارد [۱۳] و برخی معتقدند استفاده از پتیدین با دوز مناسب باعث تسریع خروج جفت می‌گردد [۱۴]. با این حال مطالعه‌ای در عربستان به صورت مورد ـ شاهد (۱۴۶ مورد با باقی‌ماندن جفت و ۳۰۰ شاهد بدون باقی ماندن جفت) استفاده از پتیدین در طی درد زایمان را به عنوان عاملی در طولانی شدن مرحله سوم زایمان و عامل خطری برای باقی ماندن جفت ذکر نموده [۱۰] که در راستای نتایج این بررسی است. پتیدین فعالیت رحمی را کاهش نمی‌دهد بلکه ممکن است آن را افزایش دهد که این افزایش ممکن است به دلیل کاهش اپی‌نفرین و سایر کاتکول‌آمین‌ها باشد [۱۴]. از آنجایی که یکی از مهم‌ترین علل آتونی و شل شدن رحم افزایش فعالیت رحم قبل از زایمان است [۵] این می‌تواند دلیلی بر تاخیر خروج جفت به دنبال استفاده از پتیدین باشد. در این مطالعه بین استفاده از اکسی‌توسین جهت اداره‌ی فعال مرحله‌ی سوم و مدت آن رابطه‌ای مشاهده نشد. با این حال Jerbi و همکاران بر این عقیده‌اند که گر چه استفاده از اکسی‌توسین با افزایش تهوع و استفراغ همراه است لیکن استفاده از آن جهت کوتاهی مرحله سوم و پیشگیری از خون‌ریزی‌های بعدی را توصیه می‌کنند [۲۰، ۲۱]. Gazvani و همکاران در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری را بین اداره‌ی مرحله‌ی سوم زایمان با اکسی‌توسین و مدت مرحله‌ی سوم مشاهده نکردند [۲۲]. در این راستا Jackson و همکاران در یک کارآزمایی بالینی دوسوکور نشان دادند که استفاده از اکسی‌توسین بر مدت مرحله سوم زایمان تاثیری ندارد [۲۳]، که نتایج این مطالعه را تایید می‌کنند. بر اساس یافته‌ها، فراوانی بالاتر از ۶ دقیقه مرحله‌ی سوم در افرادی که درناژ بند ناف در آنها صورت گرفته بود بیشتر از گروه فاقد درناژ می‌باشد (به ترتیب ۴۱ و ۲۳/۹ درصد). Botha و همکاران نیز افزایش مدت مرحله‌ی سوم زایمان و خون‌ریزی پس از آن را در گروهی که درناژ بند ناف داشته‌اند نشان داد [۲۴] که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد. مطالعه‌ای که توسط Sharma و همکاران بر روی دو گروه از زایمان‌ها (با درناژ و بدون درناژ) صورت گرفت، نشان داد که میانگین مرحله سوم در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد [۲۵]. البته نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که خارج کردن بند ناف از مدت مرحله سوم می‌کاهد [۲۴، ۲۶]. گرچه مقایسه این گروه مطالعات که به صورت مورد ـ شاهد صورت گرفته با مطالعه مقطعی حاضر مشکل می‌باشد، لیکن تناقضات در این زمینه بسیار زیاد است. در یک بررسی متاآنالیز که در انگلیس بر روی کارآزمایی‌های بالینی موجود در این زمینه صورت گرفت گزارش شد که با توجه به وجود یافته‌های متناقض در زمینه‌ی ارتباط درناژ بند ناف و طول مرحله سوم زایمان و عدم وجود پژوهش‌های کافی در این زمینه لازم است تحقیقات بیشتری صورت گیرد [۲۷]. بنابراین مطالعات دقیق مورد ـ شاهد با کنترل سایر عوامل مخدوش‌کننده در این زمینه پیشنهاد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

می‌گردد. در این بررسی وزن و جنس نوزاد مستقل از مرحله سوم بوده و ارتباط معنی‌داری بین آنها دیده نشد. در زمینه ارتباط این عوامل با مرحله سوم، مطالعات محدود بوده و تنها می‌توان به مطالعه‌ی نیرومنش و همکاران [٢٨] و ژیانی [٩] اشاره داشت و حاکی از این مطلب‌اند که این عوامل، مستقل از مرحله‌ی سوم زایمان بوده و هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشند. لیکن با توجه به اهمیت مرحله‌ی سوم، مطالعاتی با حجم نمونه‌ی بیشتر و به صورت مورد ـ شاهد در جهت تعیین دقیق ارتباط این متغیرها لازم است.

نتیجه‌گیری

میانگین مدت مرحله‌ی سوم زایمان ٦/٠٣ دقیقه بود که به نتایج دیگر تحقیقات در این زمینه نزدیک می‌باشد. همچنین تحریک زایمانی، بی‌دردی طی درد زایمان و درناژ بند ناف از عوامل مرتبط با طولانی شدن این مرحله از زایمان شناخته شد و افزایش تعداد زایمان با کوتاهی مرحله‌ی سوم زایمان در ارتباط بود. بنابراین آگاهی از این عوامل جهت پیشگیری از طولانی شدن مرحله‌ی سوم زایمان برای عامل زایمان ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر این آگاهی از این عوامل می‌تواند عامل زایمان را در شناسایی زودهنگام طولانی شدن مرحله‌ی سوم زایمان و در صورت لزوم ارجاع به مراکز ذی‌صلاح کمک نماید. البته با توجه به نتایج حاصله و مقایسه آنها با سایر تحقیقات و ارتباط برخی عوامل باروری با این مرحله از زایمان تحقیقات بیشتر در زمینه بررسی دقیق این عوامل توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این تحقیق برگرفته از نتایج طرح تحقیقاتی شماره ٨٤٢٧ است که با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شده است که بدین وسیله تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

Reference:

[1] Lalonde A. Daviss BA. Acosta A. Herschderfer K. Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. ***Int J Gynaecol Obstet*** 2006; 94: 243-253.
[2] McDonald S. Management of the third stage of labor. ***J Midwifery Womens Health*** 2007; 52: 254-261.
[3] Maughan KL. Heim SW. Galazka SS. Preventing postpartum hemorrhage: managing the third stage of labor. ***Am Fam Physician*** 2006; 73: 1025-1028.
[4] Zainur RZ. Loh KY. Postpartum morbidity--what we can do***. Med J Malaysia*** 2006; 61: 651-656.
[5] Cuningham GF. Leven KJ. Bloom SL. Hauth JC. Gilstrap LC. Wenstroom KD. Williams obstetrics. 22 st Edition. Newyork: MC Graw Hill: 2005. p. 823-827.
[6] Sills ES. Baum JD. Ling X. Harper MM. Levy DP. Lockwood CJ. Average length of spontaneous labor in Chinese primigravidas. ***J Gynecol Obstet Biol Repod (Paris)*** 1997; 26: 704-710.
[7] Combs CA. Laros RK. Prolonged third stage of labor: morbidity and risk factors. ***Obstet Gynecol*** 1991; 77:863-867.
[8] Lurie S. Gomel A. Sadan O. Ginath S. Rotmensch S. Glezerman M. The duration of the third stage of labor is subject to the location of placental implantation. ***Gynecol Obstet Invest*** 2003; 56: 14-16.
[٩] ژیانی یعقوبی پروین، بررسی عوامل موثر در مدت زمان مرحله سوم زایمان در زایشگاههای منتخب شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ١٣٧٣: صفحات ٥٤ و ٥٦.
[10] Soltan MH. Khashoggi T. Retained placenta and associated risk factors. ***J Obstet Gynecol*** 1997; 17: 245-247.
[11] Adelusi B. Soltan MH. Chowdhury N. Kangave D. Risk of retained placenta: multivariate approach. ***Acta Obstet Gynecol Scand*** 1997; 76: 414-418.
[12] Zhou W. Nielsen GL. Larsen H. Olsen J. Induced abortion and placenta complications in the subsequent pregnancy. ***Acta Obstet Gynecol Scand*** 2001; 80: 1115-1120.
[13] Panpaprai P. Boriboonhirunsarn D. Risk factors of retained placenta in Siriraj Hospital. ***J Med Assoc Thai*** 2007; 90: 1293-1297.
[١٤] کامیابی زهرا، ضمیری زهره، رمضانی آرش. اثر پتیدین بر مدت زمان مراحل زایمان. ***مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین*** ١٣٨٢: شماره ٢٧: صفحات ٢٣ تا ٢٨.
[15] Magann EF. Lanneau GS. Third stage of labor. ***Obstet Gynecol Clin North Am*** 2005; 32: 323-332.
[16] Combs CA. Murphy EL. Laros RK. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. ***Obstet Gynecol*** 1991; 77: 69-76.
[17] Romero R. Hsu YC. Athanassiadis AP. Hagay Z. Avila C. Nores J. et al. Preterm delivery: a risk factor for retained placenta. ***Am J Obstet Gynecol*** 1990; 163: 823-825.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]

[18] Dombrowski MP. Bottoms SF. Saleh AA. Hurd WW. Romero R. Third stag of labor: analysis of duration and clinical practice. ***AMJ Obstetric Gynecology*** 1995; 172: 179-187.
[19] Zhou W. Gao E. Che Y. Olson J. Induced abortion and duration of third stage labour in a subsequent pregnancy. ***J Obstet Gycecol*** 1999; 19: 349-354.
[20] Jerbi M. Hidar S. Elmoueddeb S. Chaieb A. Khairi H. Oxytocin in the third stage of labor. ***Int J Gynaecol Obstet*** 2007; 96: 198-199.
[21] Prendiville WJ. Elbourne D. McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. ***Cochrane Database Syst Rew*** 2000; 2: 212-216. http://www.cochrane.org
[22] Gazvani MR. Luckas MJ. Drakeley AJ. Emery SJ Alfirevic. Z Walkinshaw SA. Intraumbilical oxytocin for the management of retained placenta: a randomized controlled trial. ***Obstetrics & Gynecology*** 1999; 91: 203-207.
[23] Jackson KW Jr. Allbert JR. Schemmer GK. Elliot M. Humphrey A. Taylor J. A randomized controlled trial comparing oxytocin administration before and after placental delivery in the prevention of postpartum hemorrhage. ***Am J Obstet Gynecol*** 2002; 187: 516-517.
[24] Giacalone PL. Vignal J. Daures JP. Boulot P. Hedon B. Laffargue F. A randomised evaluation of two techniques of management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. ***BJOG*** 2000; 107: 396-400.
[25] Sharma JB. Pundir P. Malhotra M. Arora R. Evaluation of placental drainage as a method of placental delivery in vaginal deliveries. ***Arch Gynecol Obstet*** 2005; 271: 343-345.
[26] Armbruster D. Fullerton J. Cord clamping and active management of the third stage. ***J Midwifery Womens Health*** 2007; 52: 254-261.
[27] Soltani H. Dickinson F. Symonds I. Placental cord drainage after spontaneous vaginal delivery as part of management of the third stage of labor. ***Cochrane Database Syst Rev*** 2005; 19: 403-410. http:// www. cochrane.org.
[۲۸] نیرومنش شیرین ، چیت‌ساز فرشته، بابابی غلامرضا. مقاله تحقیقی تاثیر تزریق سنتوسینون (اکسی توسین) و شیردهی بعد زایمان بر روی مدت مرحله سوم زایمان و خونریزی روز اول ***مجله دانشکده پزشکی تهران*** ۱۳۷۷: دوره ٥٦، شماره ۲: صفحات٦٧ تا ۷۱.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-04]