

مقاله پژوهشی

فصلنامه دانشکده پرستاری مامایی و پیراپزشکی رفسنجان

سال چهارم، شماره اول، پاییز و زمستان ۱۳۸۸

مقایسه سرانجام زایمان در زنان نخست‌زای بستری شده در فاز نهفته و فاز فعال و برخی فاکتورهای مرتبط در مراجعه کنندگان به بخش زایمان مرکز آموزشی درمانی دکتر شریعتی بندر عباس در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶

فریده وزیری^{۱*}، معصومه رامبد^۲

خلاصه

زمینه و هدف: دیدگاه‌های مختلفی در باب زمان بستری زانو وجود دارد به طوری که بسیاری از صاحب نظران و اکثر مراکز درمانی جهت جلوگیری از مداخلات غیر ضروری در روند زایمان، بستری زنان زائوی کم خطر را تا فاز فعال زایمانی به تعویق می‌اندازند. این مطالعه به منظور مقایسه سرانجام زایمان در بستری شدگان در فاز نهفته با بستری شدگان در فاز فعال و برخی فاکتورهای مرتبط در زنان نخست‌زا صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش مقطعی است. نمونه‌ها با استفاده از نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. اطلاعات مربوط به ۱۸۸ نفر بستری شده در فاز نهفته و ۲۸۵ نفر بستری شده در فاز فعال و نولی پار که زایمان آنها خود به خود شروع شده با سن حاملگی ۳۷-۴۱ هفته، سفالیک، تک‌قلو، کیسه آب سالم ثبت شده و با نرم افزار SPSS و از طریق آزمون کای اسکور و تست تی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: از بستری شدگان در فاز نهفته ۳۵/۶ درصد (۶۷ مورد) زایمان غیر طبیعی و از بستری شدگان در فاز فعال ۹/۸ درصد (۲۸ مورد) زایمان غیر طبیعی داشتند که با آزمون مجذور کای تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شده است. ($P = 0.00$) میانگین سن در بستری شدگان در فاز نهفته و فعال بترتیب $22/46 \pm 3/62$ سال و $21/66 \pm 3/38$ می‌باشد که با آزمون تی تفاوت میانگین‌ها معنی‌دار است. ($P = 0.04$) میانگین فاصله زمانی اولین مراجعه تا بستری در بستری شدگان در فاز نهفته و فعال بترتیب $14/18 \pm 16/81$ ساعت و $9/74 \pm 10/98$ ساعت می‌باشد که با آزمون تی تفاوت آماری معنی‌دار می‌باشد. ($P = 0.01$). در گروه فاز نهفته ۱۸/۱٪ (۳۴ مورد) و در گروه فاز فعال ۳/۹٪ (۱۱ مورد) دفع مکنونیوم منجر به زایمان غیر طبیعی وجود داشت. ($P = 0.00$)

نتیجه‌گیری: مطالعه ما احتمال یک تفاوت در ماهیت لیبر زنان بستری شده در فاز نهفته و فعال که منجر به افزایش زایمان غیر طبیعی می‌گردد را مطرح می‌کند. آیا با طولانی شدن زمان انتظار تولد مکانیزم‌های ترس و اضطراب می‌توانند در لیبر اختلال ایجاد کنند؟ این سوالی است که مطالعه ما بدان نپرداخته است ولی امیدواریم در مطالعه‌ی دیگر ما و یا دیگران به بررسی آن بپردازند.

واژه‌های کلیدی: فاز نهفته، زایمان، نخست‌زا، سزارین

*۱- کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز، نویسنده مسئول، roose82003@yahoo.com

۲- کارشناس ارشد پرستاری و مربی دانشکده پرستاری مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

یکی از تصمیم‌های مهمی که خانم باردار باید در اواخر بارداری بگیرد، این است که چه موقع پس از احساس شروع زایمان، به بیمارستان مراجعه نماید به خصوص برای زنان نخست‌زا که تجربه قبلی نداشته، این تصمیم دشوارتر است [۱]. در بین مراقبین بهداشتی نیز دیدگاه‌های مختلفی در باب زمان بستری زائو وجود دارد. به طوری که بسیاری از صاحب‌نظران و نیز اکثر مراکز درمانی جهت پیشگیری از بستری زودرس زائو و جلوگیری از مداخلات احتمالا غیرضروری در روند زایمان و کاهش هزینه‌ها، تاخیر در بستری زائو را در صورتی که فاز نهفته توام با عارضه مهمی مانند پاره شدن کیسه آب، زجر جنین و یا خونریزی واژینال نباشد، ترجیح داده و جایز می‌دانند.

در این زمینه، تحقیقات متعددی انجام گردیده است. Bailit و همکاران سرانجام زایمان را در ۶۱۲۱ زن مراجعه کننده در فاز فعال زایمان با ۲۶۹۷ زن مراجعه کننده در فاز نهفته مقایسه کردند. میزان سزارین در نخست‌زاهای مراجعه کننده در فاز نهفته در مقایسه با نخست‌زاهای مراجعه کننده در فاز فعال، به طور معنی‌داری بیشتر بود (۱۴ درصد در مقابل ۶/۷ درصد). همچنین در زنان چندزای مراجعه کننده در فاز نهفته نیز سزارین، به طرز معنی‌داری بیشتر از گروه مراجعه کننده در فاز فعال، گزارش شد. مواردی مانند توقف فاز فعال استفاده از اکسی‌توسین اجبار به مانیتور داخلی قلب جنین و آمیونیت در زنان مراجعه کننده در فاز نهفته به طور معنی‌داری بیشتر بوده است [۲]. McNiven و همکاران در مطالعه‌ای، ۲۰۹ زن نخست‌زا با سن حاملگی ۳۷ هفته و کم خطر مراجعه کننده در فاز نهفته را به دو گروه تقسیم کردند یک گروه (۱۰۴ نفر) بلافاصله پس از مراجعه، در اتاق زایمان بستری گردیده و گروه دیگر (۱۰۵ نفر) یا به خانه مراجعه کرده یا خارج از بخش تا قبل از ورود به فاز فعال، قدم زدند. محققین نتیجه گرفتند که زنان با بستری فوری، روند زایمانی کندتری داشته و نیاز به اکسی‌توسین در آنها بیشتر بود (۴۰/۴ درصد در مقابل ۲۲/۹ درصد). هر چند میزان سزارین زنان با بستری فوری، بیشتر گزارش شد ولی اختلاف بین دو گروه معنی‌دار نبود. گروهی که

بستری آنها با تأخیر صورت گرفته بود نسبت به کسانی که فوراً در اتاق زایمان بستری شده بودند، تجربه مثبت‌تری را از زایمان خود بروز دادند [۳]. اما در مطالعه دیگری در سال ۱۹۹۳ گزارش گردید که طولانی شدن فاز نهفته بیش از ۱۲ ساعت برای نخست‌زاهای و بیش از ۶ ساعت برای چندزاهای، با طولانی شدن روند زایمان، افزایش سزارین، کاهش آپگار و نیاز به احیاء نوزاد همراه بوده است [۴]. مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ در یزد توسط زارع و همکاران صورت گرفت. در این مطالعه، ۱۰۰ نفر زائوی بستری شده در فاز نهفته (که ۴۴ درصد آنها نخست‌زا و ۵۶ درصد چندزا بودند) با ۲۰۰ نفر زائوی بستری شده در فاز فعال (که ۳۱/۵ درصد آنها نخست‌زا و ۶۸/۵ درصد چندزا بوده) مقایسه شدند. در این مطالعه، خطر سزارین در گروه فاز نهفته، ۹/۶ برابر افرادی بوده که در فاز فعال بستری شده بودند. شایع‌ترین علت سزارین در گروه فاز فعال، تنگی لگن و در گروه فاز نهفته، زجر جنین گزارش گردید [۵].

مطالعات فعلی، خط مشی قطعی برای اداره نمودن فاز نهفته، تعیین نمی‌کنند. مشخص کردن دقیق آغاز زایمان و سنجش طول زایمان و نیز طول فاز نهفته، کاری بس مشکل است و شاید این امر، علتی برای برخوردهای مختلف با فاز نهفته باشد [۶]. هنوز هم روشن نیست که آیا مداخلات طبی، موجب افزایش سزارین و سایر مسائل در زنان بستری در فاز نهفته می‌شود یا ماهیت دردهای مربوط به زایمان، زنان را وادار به مراجعه در فاز نهفته می‌نماید که آن هم ممکن است به دلایلی مانند اکسی‌پوت خلفی یا شدت اضطراب باشد که موجب افزایش میزان سزارین می‌گردد [۲]. با توجه به این که مطالعات اندکی در خصوص بررسی سرانجام زایمان در نخست‌زاهای بستری شده در فاز نهفته وجود دارد و شناخت عوامل مستعدکننده زایمان سزارین و راهکارهایی جهت کاهش آن از اولویت‌های جامعه مامایی است، لذا این مطالعه در زنان نخست‌زا، به منظور مقایسه سرانجام زایمان در زنان بستری شده در فاز نهفته با زنان بستری شده در فاز فعال و بررسی برخی فاکتورهای مرتبط صورت گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه مقطعی و جامعه مورد پژوهش، کلیه زنان نخست‌زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی شریعتی بندرعباس در طی یک سال (۱۳۸۷-۱۳۸۶) بودند. نخست‌زایانی که زایمان آنها خود به خود شروع شده و سن حاملگی ۳۷-۴۱ هفته، پرزانتاسیون سفالیک، کیسه آب سالم، و تک قلو بودن از دیگر شرایط ورود به مطالعه برای آنان محسوب می‌گردید. زنان نخست‌زا با نازایی، پست ترم، پره ترم، غیرسفالیک، دارای دستور اینداکشن و دارای هر گونه مشکل طبی، از مطالعه حذف شدند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که روز زوج یا فرد هفته، به طور تصادفی انتخاب و سپس در آن روز، کلیه نمونه‌های واجد شرایط وارد مطالعه گردیدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه از پیش تعیین شده و مبتنی برهدف، توسط مامای کارشناس جمع‌آوری گردید که شامل زمان و مشخصات معاینه واژینال هنگام بستری نمونه‌ها و اطلاعات مربوط به سایر متغیرها از جمله نوع زایمان با استفاده از پرونده بیمارستانی، بود. تعداد ۵۰۰ پرسشنامه گردآوری شد که ۲۷ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن اطلاعات حذف و داده‌های مربوط به ۴۷۳ پرسشنامه مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. تعیین فاز نهفته و فعال بر اساس معاینه انگشتی واژینال بوده و زنان با دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتیمتر در فاز نهفته و زنان با دیلاتاسیون مساوی و یا بیشتر از ۴ سانتیمتر در فاز فعال قرار داده شدند. از محدودیت‌های مطالعه ما این بود که قادر به تعیین افراد خاص در شیفت‌های مختلف به منظور تعیین دیلاتاسیون سرویکس نبودیم. بنابراین، پایایی معاینه واژینال ممکن است تا اندازه‌ای در افراد مختلف تفاوت داشته باشد. داده‌ها با نرم افزار SPSS و از طریق آزمون کای اسکور و T-test مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

نتایج

تعداد ۱۸۸ پرسشنامه مربوط به زنان بستری شده در فاز نهفته و ۲۸۵ پرسشنامه مربوط به زنان بستری شده در فاز فعال تکمیل گردید. میانگین سن بستری شدگان در فاز نهفته و فعال به ترتیب $22/46 \pm 3/62$ و $21/66 \pm 3/38$ سال و نیز میانگین فاصله

زمانی اولین مراجعه تا بستری در نمونه‌های فاز نهفته و فعال به ترتیب $16/81 \pm 14/18$ و $10/98 \pm 9/74$ ساعت بود که آزمون تی در هر دو مورد، تفاوت میانگین‌ها را معنی‌دار گزارش نمود ($p < 0/05$). میانگین قد در بستری شدگان در فاز نهفته $158/36 \pm 159/13$ سانتیمتر و در نمونه‌های فاز فعال $159/13 \pm 4/44$ سانتیمتر است که با آزمون تی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0/22$). میانگین وزن نوزاد در بستری شدگان در فاز نهفته $3049/8 \pm 399/5$ گرم و در زنان بستری فاز فعال $3030/5 \pm 691/6$ گرم بود که از نظر آزمون تی، تفاوت معنی‌داری گزارش نشد ($p = 0/73$). در این مطالعه، ۵۴/۱ درصد (۲۵۶ مورد) دارای نوزاد پسر و ۴۵/۹ درصد (۲۱۷ مورد) دارای نوزاد دختر شدند. از بستری شدگان در فاز نهفته ۴۳/۱ درصد (۸۱ مورد) دارای نوزاد دختر و از بستری شدگان در فاز فعال ۴۷/۷ درصد (۱۳۶ مورد) دارای نوزاد دختر شدند. آزمون مجذورکای، تفاوت آماری معنی‌داری در بین بستری شدگان در فازهای نهفته و فعال از نظر جنس نوزاد نشان نداد ($p = 0/32$). میزان زایمان غیرطبیعی در بین کل نمونه‌ها ۲۰/۱ درصد (۹۵ مورد) گزارش شد که از این میزان، ۷۰/۵ درصد (۶۷ مورد) در بستری شدگان در فاز نهفته و ۲۹/۵ درصد (۲۸ مورد) در بستری شدگان در فاز فعال مشاهده گردید که با آزمون مجذورکای، تفاوت آماری معنی‌داری در بین بستری شدگان دو گروه از نظر نوع زایمان مشاهده شد ($p = 0$).

جدول شماره (۱) علل زایمان‌های غیرطبیعی را در هر دو گروه، به تصویر کشیده است. نتایج حاکی است که اکثر موارد دفع مکونیوم که منجر به زایمان غیرطبیعی شده، مربوط به زنان بستری شده در فاز نهفته است (۷۵/۵ درصد) و نیز نزدیک به سه چهارم از موارد زجر جنینی (۷۰ درصد) و عدم پیشرفت در مرحله دوم (۷۱/۴ درصد) را گروه زایمانی فاز نهفته، به خود اختصاص داده‌اند که تمام اختلافات از نظر آزمون مجذورکای، معنی‌دار گزارش شد ($p < 0/05$).

جدول شماره ۱: مقایسه علل زایمان غیرطبیعی در بستری شدگان در فاز نهفته و فعال

p.value	فاز فعال		فاز نهفته		فاز زایمان علل زایمان غیر طبیعی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۰۵	۳/۹	۱۱	۱۸/۱	۳۴	دفع مکنونیوم
۰/۰۰۳	۳/۲	۹	۱۰/۶	۲۰	زجر جنین
۰/۷۶	۰/۴	۴	۰/۵	۳	عدم پیشرفت در مرحله اول
۰/۰۱	۱/۴	۴	۵/۳	۱۰	عدم پیشرفت در مرحله دوم
۰	۲۹/۵	۲۸	۷۰/۵	۶۷	جمع کل

بحث

معتقدند لزومی به بستری زنان نخست‌زای کم‌خطر در فاز نهفته نمی‌باشد، اما زمان خاصی را هم برای پیگیری وضعیت این زنان در پیگیری از عواقب ناشی از طولانی شدن این فاز، مطرح نکرده‌اند. صاحب نظران هنوز در تردیدند که آیا بستری زودرس موجب کنکاش بیش از حد عوامل مامایی در زائو شده که منجر به مداخلات مامایی و پزشکی و زایمان سزارین می‌گردد و یا مراجعه در فاز نهفته می‌تواند خود دلیلی بر اختلال زایمان بوده که نهایتاً منجر به زایمان سزارین می‌گردد؟

در مطالعه ما، میانگین سنی زنان بستری شده در فاز فعال، به طور معنی‌داری کمتر از بستری شدگان در فاز نهفته بود هرچند که از نظر وزن و قد تفاوت محسوسی در دو گروه مشاهده نشد. در مطالعه‌ای که توسط Turcot و همکاران در کانادا انجام شده علاوه بر دیلاتاسیون سرویکس در هنگام بستری، سن، قد، و وزن زنان با نوع زایمان مرتبط بوده است [۹].

در این مطالعه، میانگین فاصله زمانی اولین مراجعه تا بستری در بستری شدگان فاز نهفته به طرز چشمگیری بیش از بستری شدگان فاز فعال می‌باشد. هرچند در مطالعه ما، فاز نهفته را طبق تعریف کلاسیک (از شروع انقباضات تا دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی متر) اندازه نگرفته ولی فاصله زمانی اولین مراجعه تا بستری می‌تواند بخشی از فاز نهفته باشد. از معیار ۸ ساعت (میانگین فاز نهفته در نخست‌زایان در مطالعه فریدمن) نیز برای بررسی فاصله زمانی اولین مراجعه تا بستری، می‌توان استفاده نمود [۱۰]. یافته‌ها نشان داد که در بیشتر از نیمی از بستری شدگان فاز نهفته، این فاصله افزون بر ۸ ساعت بوده و تفاوت بین

این مطالعه در خانم‌های نخست‌زای بستری شده، نشان داد که فراوانی زایمان غیرطبیعی در زنان بستری شده در فاز نهفته به مراتب بیش از زنان بستری شده در فاز فعال، بوده است. Bailit و همکاران نیز در پژوهش خود در امریکا، فراوانی سزارین در زنان بستری شده در فاز نهفته را به طور معنی‌داری بیشتر از زنان بستری شده در فاز فعال گزارش کردند [۲]. Holmes و همکاران در مطالعه خود در کانادا دریافتند که ارتباط معنی‌داری بین دیلاتاسیون هنگام بستری و نوع زایمان وجود دارد [۱]. در مطالعه دیگری که در نیجریه توسط Gharoro صورت گرفته است زایمان خود به خود ورتکس در زنان نخست‌زا و چندزای بستری شده درلیبر تثبیت شده (دیلاتاسیون ≤ 4) به طرز معنی‌داری بیش از زنان بستری شده در فاز نهفته گزارش شد [۷]. پژوهشی نیز در ایران در سال ۱۳۸۷ توسط حیدرنیا و همکاران صورت گرفته که در آن، تعداد زایمان سزارین در بستری شدگان فاز نهفته به طور محسوسی بیشتر از بستری شدگان فاز فعال بوده است (۶۴/۵ درصد در مقابل ۲۴/۳ درصد) دلیل اصلی سزارین در این مطالعه در دو گروه فاز نهفته و فعال، زایمان سخت و زجر جنین تشخیص داده شد و میزان سخت‌زایی در گروه فاز نهفته، به طور معنی‌داری بیش از فاز فعال بوده است [۸]. در صورتی که در مطالعه ما، دفع مکنونیوم و زجر جنین، علل اصلی زایمان غیرطبیعی گزارش شدند که احتمالاً به علت طولانی شدن زایمان و یا استفاده بیشتر از اکسی‌توسین در حین زایمان می‌باشد. مطالعات ذکر شده در بالا

British journal of Ob & Gynecology, 2001; 108:1120-24.

2-Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obtetric & Gynecol*, 2005; 105:77-9.

3-McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program: A randomized, controlled trial. *Birth*, 1998; 25:5-10.

4-Hodnet ED, Stremmler R, Willan AR, Weston JA, Lowe NK, Simpson KR. Effect on birth outcomes of formalized approach to care in hospital labour assessment units: international, randomized controlled trial. *BMJ*, 2008; 337:43-9.

۵- زارع ف، کریم زاده میبیدی مع. تاثیر بستری شدن زانو در مرحله نهفته زایمان بر میزان سزارین. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۳۸۲، شماره ۱، ص ۱۶ - ۱۲.

6- Gross MM, Drobnic S, Keirse M. Influence of fixed and time- dependent factors on duration of normal first stage labour. *Birth*, 2005; 32(1): 27-33.

7-Gharoro EP, Enabudoso EJ. Labour management: An appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *Journal of Obtetric & Gynaecol*, 2006; 26(6):534-37.

۸- حیدرنیا مع، رهنما پ، منتظری ع، عبادی م، رحمتی ن. ارتباط بین پذیرش زنان باردار در فاز نهفته و عوارض ناشی از آن. فصلنامه پایش، ۱۳۸۷، شماره ۳، ص ۲۳۹ - ۲۳۵.

9-Turcot L, Marcoux S, Fraser W. Multivariate analysis of risk factors for operative delivery in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 1997; 176(2):395-402.

10- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. *Williams Obstetrics*, 22th edition, New York: McGraw-Hill Co, 2005; pp: 422-23.

11- Chelmow D, Kilpatrick S, Laros R. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet & Gynecol*, 1993; 81(4): 486-91.

دو گروه، معنی دار است. مطالعه Chelmow و همکاران در سال ۱۹۹۳، خوش خیم بودن فاز نهفته را زیر سؤال بردند. به طوری که در مطالعه آنها، با طولانی شدن فاز نهفته بیشتر از ۱۲ ساعت، سزارین به طور معنی داری افزایش می یافت. همچنین عوارضی مانند نیاز به احیاء نوزاد، دفع مکنونیوم غلیظ، تب مادر پس از زایمان و افزایش میزان خونریزی در مادر بیشتر گزارش شده بود [۱۱]. در مطالعه Gharoro، هم ارتباط معنی داری بین نوع زایمان و طولانی شدن فاز نهفته بیشتر از ۸ ساعت مشاهده شد [۷]. با پذیرش فاصله زمانی اولین مراجعه تا بستری، به عنوان شاخص و بخشی از فاز نهفته در مطالعه ما، بستری شدگان فاز نهفته دارای فاز طولانی تری بوده و عوارضی مانند دفع مکنونیوم، زجر جنین و طولانی شدن مرحله دوم زایمان که منجر به زایمان غیر طبیعی شده است در آنها به طرز محسوسی، بیشتر بوده است. در مطالعه Chelmow و همکاران، وزن نوزادان متولد شده از زنان با فاز نهفته طولانی، اندکی بیش از نوزادان زنان با فاز نهفته طبیعی است [۱۱] اما در مطالعه ما میانگین وزن نوزاد در دو گروه، تفاوت آماری معنی داری نداشته است که این خود پیچیدگی عوامل پیش برنده زایمان را نشان می دهد.

نتیجه گیری: یافته های ما، احتمال بروز زایمان غیر طبیعی و عوامل مرتبط را در زنان بستری شده در فاز نهفته، بیش از زنان در فاز فعال مطرح می کند. آیا با طولانی شدن زمان انتظار تولد، مکانیزم های ترس، اضطراب، خستگی و دوری از خانواده، می توانند در بروز زایمان غیر طبیعی نقش داشته باشند؟ این سؤال است که پاسخ آن، نیازمند مطالعات تکمیلی می باشد.

تقدیر و تشکر: از دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس که این طرح پژوهشی در آنجا به تصویب رسیده و نیز از مساعدت سرکار خانم دکتر نسرين شکرپور و مرکز توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان نمازی شیراز تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

1- Holmes P, Oppenheimer L, Wen S. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labor and subsequent intervention.

Comparison of the Labor Outcomes of the Hospitalized Nulliparous Women in Latent and Active Phase and some related factor in women who referred to Bandarabbas shariati hospital during 2008-9

F.Vaziri^{1*} M,Sc, M. Rambod² M,Sc.

1 - Academic Member , Shiraz University of Medical Sciences , Iran

2 - Academic Member , Shiraz University of Medical Sciences , Iran

*Corresponding author: Tel : 07116279131 – 3

Background and Objective: There are different views on the time of admission in parturient woman. Most of the specialists and medical centers delay the admission of the low risk parturient women until the onset of the active phase of labor to prevent any unnecessary intervention in the process of labor. This study was conducted to compare the outcomes of labor in the hospitalized nulliparous women in latent and active phase and some related factors.

Material and Methods: This is a cross-sectional study. The subjects were selected by convenience sampling method. 188 hospitalized women in the latent phase and 285 parturient women in the active phase who were nulliparous, had spontaneously started labor, were at 37-41 weeks of gestation, with cephalic presentation, singleton pregnancy, and intact membranes were enrolled. The related data were collected and analyzed in SPSS using Chi-square and T-test.

Results: 35.6% of hospitalized cases in the latent phase and 9.8% in the active phase had abnormal deliveries; a significant difference was shown by χ^2 test ($p=0.000$). The mean age in the latent phase and active phase was 21.66 ± 3.38 and 22.46 ± 3.62 years, respectively, showing a significant difference ($p=0.014$). The mean of the time interval between the first exam to admission in the latent and active phase groups were 14.18 ± 16.81 and 9.74 ± 10.98 hours, respectively. The difference was significant by T-test. In the latent phase 18.1%(34) and the active phase groups 3.9% (11), there were meconium passing which resulted in abnormal delivery. ($p=0.000$)

Conclusion: This study indicates that there is probably a difference in the nature of labor between hospitalized women in the latent and active phases that lead to increased abnormal delivery. Could the delivery phobia and anxiety mechanisms caused labor disorder associated with prolongation of the expectant birth time? This is the question which was not answered in this study. However, it is recommended that this question to answered by either our or another research team in further studies.

Key words: Latent Phase, Labor , Nulliparous , Cesarean section