

Prevalence of Post-Cesarean Readmission and Its Related Factors in Women Delivered by Cesarean of Qom Hospitals, 2017, (iran)

Fariba Eslamimoghadam¹, Fahimeh Aliabadi², Sima Afrashteh³, Mohammad Abbasi⁴, Robabeh Ahmadi⁴, Abolfazl Mohammadbeigi^{5*}

¹Student Research Committee, Faculty of Nursing & Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

²Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Department of Public Health, Faculty of Health, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

⁴Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

⁵Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

*Corresponding Author:
Abolfazl Mohammadbeigi;
Department of Epidemiology & Biostatistics, Faculty of Health, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
beigi60@gmail.com

Received: 27 Feb, 2018

Accepted: 7 Jun, 2018

Abstract

Background and Objectives: In developing countries, complications of childbirth and pregnancy, especially cesarean delivery, are main reason for readmission and even mortality of women in reproductive age. The present study aimed to investigate the prevalence of post-cesarean readmission and its related factors in women delivered by cesarean.

Methods: In the present cross-sectional study (descriptive-analytic), the information of 300 women undergoing cesarean section, were investigated in hospitals of Qom city (2017). The samples were selected using simple random sampling and proportional to the size of each hospital. Data were collected by checklist based on the information in the medical records and interviews with patients, and were analyzed by descriptive statistics, Chi-square, and independent t-test.

Results: The prevalence of post-cesarean readmission in women delivered by cesarean section, was 31%, and the most important causes of re-hospitalization, respectively, were reported to be headache (39.8%), hematoma (23.77%), infection (19.4%), urinary retention (8.6%), and intestinal obstruction (8.6%). The surgeon's work history ($p<0.001$), mother's gestational diabetes ($p<0.001$), and type of anesthesia ($p=0.016$), were significantly associated with post-cesarean re-hospitalization.

Conclusion: The results of this study revealed, diabetes mellitus, surgeon's experience, and type of anesthesia significantly increase the rate of readmission in women with cesarean section. As a result, preventive interventions to reduce undesirable outcomes of pregnancy, and the accuracy of specialized physicians during surgery, are necessary for reduction of mother' rehospitalization.

Keywords: Hospitalization; Patient admission; Cesarean section; Delivery; Obstetric; Women.

شیوع بستری مجدد متعاقب سزارین و عوامل مرتبط با آن در زنان زایمان کرده بیمارستان‌های شهر قم، سال ۱۳۹۶

فریا اسلامی مقدم^۱، فهیمه علی‌آبادی^۲، سیما افرشته^۳، محمد عباسی^۴، ربابه احمدلی^۵، ابوالفضل محمدیگی^{۵*}

چکیده

زمینه و هدف: در کشورهای در حال رشد، عوارض ناشی از زایمان و بارداری به‌خصوص زایمان به روش سزارین، علت اصلی بستری مجدد و حتی مرگ‌ومیر زنان در سنین باروری می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع بستری مجدد متعاقب سزارین و عوامل مرتبط با آن در زنان زایمان کرده انجام شد.

روش بررسی: در پژوهش حاضر به روش مقطعی (توصیفی - تحلیلی)، اطلاعات ۳۰۰ نفر از زنان تحت عمل جراحی سزارین در بیمارستان‌های شهر قم (سال ۱۳۹۶) بررسی گردید. نمونه‌ها به روش تصادفی ساده و متناسب با حجم هر بیمارستان انتخاب شدند. براساس اطلاعات موجود در پرونده و مصاحبه با بیماران، داده‌ها با استفاده از چک‌لیست جمع‌آوری و به کمک آمار توصیفی و آزمون‌های کای‌دو و تی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها: شیوع بستری مجدد دوره پس از زایمان در زنانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند، ۳۱٪ بود و مهم‌ترین علل بستری مجدد به ترتیب: سردرد (۳۹/۸٪)، هماتوم (۲۳/۷۷٪)، عفونت (۱۹/۴٪)، احتباس ادراری (۸/۶٪) و گرفتگی روده (۸/۶٪) گزارش شد. سابقه کار جراح ($p < 0/001$)، دیابت مادر در دوران بارداری ($p < 0/001$) و نوع بیهوشی ($p = 0/016$) با بستری مجدد بعد از سزارین، ارتباط معنی‌داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد ابتلا به دیابت، تجربه جراح و نوع بیهوشی، بستری مجدد در زنان سزارینی را به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد؛ بنابراین، انجام مداخلات پیشگیرانه در جهت کاهش پیامدهای نامطلوب در بارداری، همچنین دقت پزشکان متخصص در زمان جراحی در جهت کاهش بستری مادران، امری ضروری است.

کلید واژه‌ها: بستری؛ پذیرش بیمار؛ سزارین؛ زایمان؛ زنان.

^۱کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۲دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.

^۴گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۵گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

ابوالفضل محمدیگی؛ گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

beigi60@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۱۷

لطفاً به این مقاله به‌صورت زیر استناد نمایید:

Eslamimoghadam F, Aliabadi F, Afrashteh S, Abbasi M, Ahmadli R, Mohammadbeigi A. Prevalence of Post-cesarean readmission and its related factors in women delivered by cesarean of Qom Hospitals, 2017, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2018;12(6):55-62. [Full Text in Persian]

مقدمه

بستری مجدد، به بازگشت دوباره بیمار متعاقب بستری اولیه (به صورت اورژانسی یا برنامه‌ریزی نشده) و ترخیص در بیمارستان‌های موجود در یک ناحیه، همچنین در یک دوره زمانی مشخص اطلاق می‌گردد. شیوع بستری مجدد برحسب نوع بیماری‌ها متفاوت است (۱). میزان بستری مجدد براساس نتایج مطالعات پیشین نیز برابر با ۱/۸٪ بوده که این میزان در زایمان طبیعی، ۱/۵٪ و در سزارین، ۲/۷٪ گزارش شده است (۲).

بستری مجدد به‌عنوان یک مشکل عمده سلامتی در حیطه بیمارستانی است (۳)، که باعث اشغال تخت‌های مراکز درمانی، افزایش مدت بستری و هزینه‌های درمانی برای بیمار و بیمارستان‌ها می‌شود. درمان‌های ناقص در مراجعات قبلی، عدم رعایت پروتکل‌های درمانی و استاندارد نبودن ابزار و امکانات بیمارستانی، از علل تأثیرگذار بر بستری مجدد می‌باشد (۵-۳). براساس مطالعات اخیر مشخص شده است عوارض ناشی از عمل جراحی، عفونت بعد از عمل، تشخیص نادرست، درمان ناقص، عود بیماری، ترخیص موقت یا ترخیص با میل شخصی بیمار و لغو انجام عمل جراحی، از عوامل مؤثر در بستری مجدد می‌باشند. یافته‌های حاصله از مطالعه حاتم‌آبادی در ایران حاکی از این است که بیشترین علت بستری مجدد بیماران در بیمارستان، عود بیماری (۳/۲۷٪) و عفونت بعد از عمل (۶/۲۰٪) بوده و بیشترین درصد مراجعات مجدد مربوط به بخش جراحی (۲/۳۳٪) است (۶).

در برخی از کشورها، به‌ویژه کشورهای در حال رشد، عوارض ناشی از زایمان و بارداری به‌خصوص زایمان به روش سزارین، علت اصلی بستری مجدد و حتی مرگ‌ومیر زنان در سنین باروری محسوب می‌شود (۷). سزارین، عمل جراحی بزرگی است که عوارض بسیار زیادی را بر مادر و نوزاد تحمیل می‌کند. امروزه، سزارین به‌عنوان یک عمل جراحی عادی انجام می‌شود و شیوع آن در کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران بالا می‌باشد (۸-۱۰). سزارین علاوه بر اینکه بسیاری از امکانات - تجهیزات، تخت‌های بیمارستانی و افراد مجرب در ارتباط با عمل را درگیر می‌کند؛ میزان مرگ‌ومیر و عوارض زایمانی متعددی نیز برای مادر و نوزاد در پی دارد (۱۲-۱۰)، که بستری مجدد یکی از عوارض شایع آن بوده و براساس نتایج، در مادران تحت‌عمل

سزارین به‌طور چشمگیری افزایش داشته است (۱۳).

بخش بزرگی از مرگ‌ومیر و ناتوانایی‌های مادران در طی دوره نفاس رخ می‌دهد. تعدادی از این افراد در مدت کوتاهی بعد از زایمان دوباره در بیمارستان بستری می‌شوند که با نوع زایمان آنان ارتباط دارد (۲، ۱۳)؛ به‌نحوی که زایمان به روش سزارین، طول مدت بستری را افزایش می‌دهد (۱۴). در زایمان به روش سزارین علل مختلفی سبب بستری مجدد در بیمارستان می‌شود. از شایع‌ترین علل براساس نتایج مطالعات می‌توان به عفونت ناحیه زخم، عفونت دستگاه ادراری به‌دلیل سونداژ غیراستریل و آندومتریس اشاره کرد که می‌تواند مدت بستری را تا ۳ روز و هزینه‌های بستری را تا حدود ۸۵۰ دلار افزایش دهد (۲).

با توجه به عوارض سزارین، اهمیت سلامت، ایمنی، آگاه کردن مادران باردار از عوارض آن، کاهش هزینه‌های بستری مجدد، همچنین بررسی عملکرد صحیح کادر درمانی و آگاهی آن‌ها از عوارض ناشی از عدم استریل کردن پروسیجرهای قبل و بعد از عمل؛ این مطالعه با هدف تعیین شیوع بستری مجدد متعاقب سزارین و عوامل مرتبط با آن در زنان زایمان‌کرده در بیمارستان‌های شهر قم انجام شد.

روش بررسی

در مطالعه حاضر به روش مقطعی (توصیفی - تحلیلی)، اطلاعات ۳۰۰ نفر از زنانی که در فاصله زمانی نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تا پایان نیمسال اول سال ۱۳۹۶ در بیمارستان‌های دارای بخش زنان و زایمان شهر قم عمل جراحی سزارین را انجام داده بودند، بررسی گردید. اطلاعات مربوط به تاریخ زایمان، بستری مجدد و عوارض ناشی از آن از پرونده‌های بیماران استخراج و در چک‌لیست داده‌ها ثبت شد. جامعه آماری را زنانی که در محدوده دوره نفاس (۴۲ روز پس از سزارین) به دلیل زایمان و یا عوارض مرتبط با زایمان، مجدداً در بیمارستان بستری شده بودند، تشکیل می‌دادند. نمونه‌های آماری از میان زنان سزارینی (در فاصله زمانی نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تا پایان نیمسال اول سال ۱۳۹۶) با توجه به لیست زنانی که در این بیمارستان‌ها به‌صورت سزارین وضع حمل کرده بودند، به‌طور تصادفی ساده و متناسب با تعداد آن‌ها در هر یک از بیمارستان‌ها انتخاب شدند.

اطلاعات زمان زایمان از پرونده‌ها (زمان بستری برای انجام سزارین) و اطلاعات مربوط به بستری مجدد از پرونده بیمار و مصاحبه با بیمار گردآوری شد، سپس توضیحات لازم در مورد طرح به بیمار ارائه گردید و رضایت‌نامه از بیمار گرفته شد. اطلاعات به دست آمده براساس اطلاعات موجود در پرونده و اظهارات خود بیمار جمع‌آوری و براساس داشتن یا نداشتن بستری مجدد به دو گروه تقسیم شدند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸، آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی، آزمون‌های کای اسکوئر و تی مستقل تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

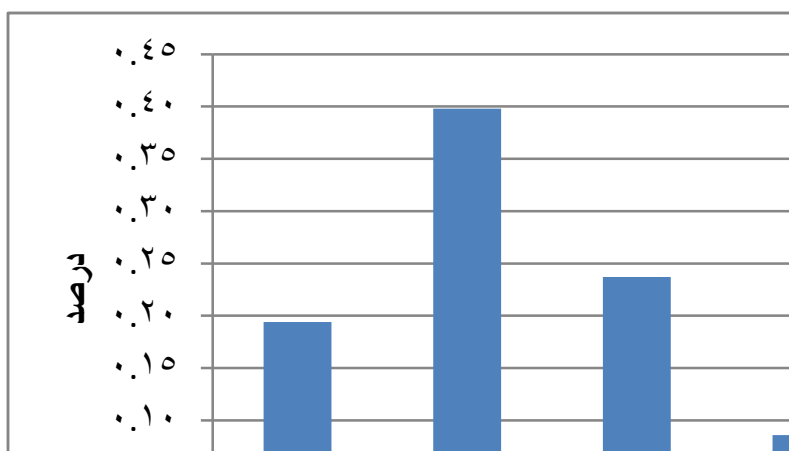
در این مطالعه، میانگین سنی و شاخص توده‌بدنی شرکت‌کنندگان، $30/34 \pm 7/48$ سال و $30/65 \pm 5/91$ کیلوگرم بر مترمربع بود. سابقه ابتلا به دیابت آشکار و دیابت بارداری در زنان مورد بررسی برابر با $18/7\%$ (۵۶ نفر) برآورد شد که 10% (۳۰ نفر) آنان کودک ناهنجار به دنیا آورده بودند. به 289 نفر ($96/33\%$) از زنان، بی‌حسی نخاعی داده شده بود که در کل، 93 نفر (31%) مجبور به بستری مجدد در بیمارستان در طی دوره نفاس شده بودند. مهم‌ترین علل بستری مجدد به ترتیب: سردرد ($39/8\%$)، هماتوم ($23/7\%$)، عفونت ($19/4\%$)، احتباس ادراری ($8/6\%$) و گرفتگی روده ($8/6\%$) گزارش گردید (نمودار).

انتخاب نمونه و برآورد حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (p(1-p))}{(d)^2} = 225$$

تعداد ۲۲۵ نفر محاسبه گردید که به منظور افزایش دقت برآورد، ۳۰۰ نفر بررسی شدند. با در نظر گرفتن شیوع بستری مجدد برابر با $0/3$ براساس نتایج مطالعه مقدماتی اولیه بر روی ۹۰ پرونده بررسی شده و خطای نوع اول (برابر با 5% و دقت $d=0/06$)، حجم نمونه مطابق با فرمول شیوع در یک جامعه مشخص تعیین گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان در محدوده سن ۱۵-۴۰ سال، گذشتن حداکثر ۴۲ روز از زایمان و داشتن زایمان به روش سزارین در طی حداقل ۶-۲ ماه قبل بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به بیماری نقص ایمنی و مصرف داروی سرکوبگر ایمنی، مدت عمل بیش از ۹۰ دقیقه، انسزیون با برش عمودی و بستری شدن به دلیل عواملی غیر از عوارض زایمان.

داده‌ها با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده بیماران و اظهارات خود بیمار در چک‌لیست جمع‌آوری و ثبت گردید. پس از تأیید طرح توسط کمیته اخلاق با مراجعه به بیمارستان‌های دارای بخش زنان و زایمان موردنظر (ایزدی- الزهرا- شهید بهشتی)، چک‌لیست توسط پژوهشگران (پرستار و ماما) پس از کسب اجازه از بیماران و امضای موافقت آگاهانه جهت شرکت در طرح تکمیل گردید.



نمودار: مهم‌ترین علل بستری مجدد در زنان، به دلیل سزارین و عوارض ناشی از آن.

بیشترین بروز بستری مجدد در هفته اول و دوم اتفاق افتاده بود هفته‌های اول و دوم شامل می‌شد (جدول شماره ۱).

که به ترتیب ۴/۴۸ و ۴/۳۴٪ کل موارد بستری مجدد را در

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک و شاخص‌های همودینامیک زنان زایمان کرده به روش سزارین، در بیمارستان‌های شهر قم

متغیرهای کمی	حداقل	حداکثر	میانگین ± انحراف معیار
سن	۱۶	۴۸	۳۰/۳۴ ± ۷/۴۸
فشارخون سیستول	۸۰	۱۴۵	۱۱۰/۷ ± ۱۴/۱۲
فشارخون دیاستول	۴۰	۱۱۵	۷۱/۸۸ ± ۱۲/۷۳
زمان بعد از جراحی (روز)	۲	۳۰	۸/۹۲ ± ۶/۲۹
وزن	۴۷	۱۲۱	۷۸/۷۹ ± ۱۴/۶۱
قد	۱۴۳	۱۷۸	۱۶۰/۷۸ ± ۷/۲۸
شاخص توده بدنی	۱۹/۱۵	۴۷/۰۹	۳۰/۵۷ ± ۵/۷۳
متغیرهای کیفی	تعداد (درصد)		
نرخ باسوادی	۲۵۸ (۸۶)		
تولد نوزاد نرمل	۲۷۰ (۹۰)		
ابتلا به دیابت در بارداری	۵۶ (۱۸/۷)		
نوع بیهوشی	نخاعی	۲۸۹ (۹۶/۳)	
	عمومی	۱۱ (۳/۷)	
سابقه کار جراح	۴-۰	۱۸۸ (۶۲/۷)	
	۵-۹	۸۰ (۲۶/۷)	
بستری مجدد	۱۰ و بالاتر	۳۲ (۱۰/۷)	
		۹۳ (۳۱)	
بروز زمانی بستری مجدد	هفته اول	۴۵ (۴۸/۴)	
	هفته دوم	۳۲ (۳۴/۴)	
	هفته سوم	۹ (۹/۷)	
	هفته چهارم	۶ (۶/۵)	
	هفته پنجم	۱ (۱/۱)	

بودند، بالاتر از سایرین به دست آمد، اما براساس نتایج، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیرهای سن، وزن، قد و شاخص توده بدنی دیده نشد (جدول شماره ۲).

براساس آزمون تی مستقل، از نظر میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک بین زنان مبتلا به بستری مجدد و سایر آنها، اختلاف معنی‌داری وجود داشت؛ به نحوی که میانگین فشارخون سیستولیک و دیاستولیک در زنانی که دچار بستری مجدد شده

جدول شماره ۲: مقایسه متغیرهای کمی در دو گروه زنان بستری شده به دلیل عوارض سزارین و بستری اول در

زنان زایمان کرده به روش سزارین در بیمارستان‌های شهر قم

متغیر	pvalue		
	بستری مجدد	بستری اول	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
سن	۳۱/۳ ± ۷/۲۵	۲۹/۹۱ ± ۷/۵۶	۰/۱۳۷
فشارخون سیستول	۱۱۴/۰۳ ± ۱۵/۲۹	۱۰۹/۲ ± ۱۳/۳۳	۰/۰۰۳
فشارخون دیاستول	۷۵/۰۴ ± ۱۴/۲۳	۷۰/۴۵ ± ۱۱/۷۵	۰/۰۰۷
وزن	۷۹/۷۳ ± ۱۷/۰۵	۷۸/۱۳ ± ۱۲/۸۶	۰/۴۱۸
قد	۱۶۱/۱ ± ۷/۳۰	۱۶۰/۶۴ ± ۷/۲۸	۰/۶۱۱
شاخص توده بدنی	۳۰/۷۵ ± ۶/۳۱	۳۰/۴۹ ± ۵/۴۶	۰/۷۲۲

براساس نتایج آزمون کای اسکوئر، متغیرهای سابقه کار جراح ($p < 0/001$)، ابتلا مادر به دیابت طی دوران بارداری ($p < 0/001$) و نوع بیهوشی ($p = 0/016$)، ارتباط معنی‌داری با بستری مجدد

بعد از سزارین داشت، اما چنین ارتباطی بین تولد نوزاد به هنگام و سطح تحصیلات مادران دیده نشد ($p > 0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه متغیرهای کیفی مورد مطالعه در دو گروه زنان بستری شده به دلیل عوارض سزارین و بستری اول در زنان

متغیر	زایمان کرده به روش سزارین، در بیمارستان‌های شهر قم		pvalue
	بستری مجدد تعداد (درصد)	بستری اول تعداد (درصد)	
تحصیلات	دارد	۸۰ (۳۱)	۰/۹۹۴
	ندارد	۲۹ (۶۹)	
سابقه کار جراح	۰-۴ سال	۷۰ (۳۷/۲)	< ۰/۰۰۱
	۵-۹ و ۱۰ و بالاتر	۲۲ (۲۷/۵)	
نوع بیهوشی در سزارین	نخاعی	۹۳ (۱۰۰)	۰/۰۱۶
	عمومی	۱۱ (۵/۳)	
تولد نوزاد نورمال	بلی	۸۸ (۹۴/۶)	۰/۰۷۴
	خیر	۵ (۵/۴)	
دیابت در مادر	بلی	۲۹ (۳۱/۲)	< ۰/۰۰۱
	خیر	۱۸۰ (۸۷)	
سن مادر	کمتر از ۲۰ سال	۱۲ (۱۳/۸)	۰/۷۷۰
	۲۰-۲۴ سال	۲۴ (۲۷/۶)	
	۲۵-۲۹	۱۷ (۱۹/۵)	
	۳۰-۳۴	۲۷ (۳۱)	
	۳۵ و بالاتر	۷ (۸)	

بحث

مطالعه‌ای در اصفهان، شیوع بستری مجدد در بخش جراحی زنان را ۳۸٪ گزارش کرد که بالاتر از مطالعه حاضر بود، اما به طور مشخص این نتیجه به دلیل سزارین نبوده است (۱۵). شیوع بستری مجدد در مطالعه حاضر، بیشتر از پژوهش انجام شده توسط عرب و همکاران گزارش شد که برابر با ۱۰٪ به دست آمد (۴). گرچه براساس مطالعات مختلف، روند بروز سزارین در طی سال‌های گذشته افزایش داشته و بعد از اجرای طرح تحول سلامت در ایران نیز این روند افزایشی متوقف شده است؛ اما افزایش موارد بستری مجدد در بیمارستان نمی‌تواند متأثر از افزایش موارد سزارین باشد و بیشتر متأثر از ابتلا همزمان مادران به سایر بیماری‌ها است (۱۳). با این حال، مدت زمان بستری در زنان سزارین شده بیش از زایمان طبیعی بوده است (۱۴).

در مطالعه حاضر، شیوع بستری مجدد در دوره نفاس در مادرانی که به روش سزارین زایمان کرده بودند، برابر با ۳۱٪ محاسبه شد و براساس تحلیل زمانی مشخص گردید بیشترین بروز بستری مجدد در هفته اول رخ داده و نزدیک به نیمی از کل موارد بستری مجدد در هفته اول بعد از زایمان بوده است. همچنین در این مطالعه، ۳۴٪ موارد بستری مجدد در هفته دوم بعد از زایمان رخ داده بود که نشان می‌داد بیش از ۸۲٪ موارد بستری مجدد در موارد زایمان سزارین، در طی ۲ هفته اول بعد از جراحی سزارین بوده است. در مطالعه حاضر عواملی همچون سابقه کار جراح، ابتلا به دیابت در دوران بارداری و نوع بیهوشی، ارتباط معنی‌داری با بستری مجدد بعد از سزارین در زنان مورد بررسی داشت. همچنین سردرد، همتوم و عفونت از مهم‌ترین علل بستری مجدد گزارش شد.

سزارینی به دلیل دیابت می‌باشد (۱۶). Liu و همکاران نشان دادند بیشترین موارد بستری مجدد در هفته اول بعد از زایمان اتفاق می‌افتد و اختلالات فشارخون از علل اصلی پذیرش مجدد بعد از سزارین می‌باشد، این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۰). براساس نتایج مطالعه حاضر، شیوع بستری مجدد در زنانی که سزارین داشته‌اند، بالا بوده و سردرد، همتوم و عفونت به‌عنوان مهم‌ترین علل بستری مجدد در اولویت‌بندی قرار دارند. اما بررسی علل این‌گونه عوارض و دلایل نیاز به بستری مجدد در چنین مادرانی نیازمند بررسی‌های بیشتری است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به نقایص موجود در پرونده‌های بیمارستانی اشاره کرد که امکان تعیین دقیق فاکتورهای خطر مرتبط با بستری مجدد را با مشکل مواجه ساخت. لذا پیشنهاد می‌گردد در یک مطالعه کوهورت ۲ ماهه بر روی زنان تحت عمل جراحی سزارین؛ بروز، عوامل خطر و دلایل بستری مجدد به‌صورت کامل و دقیق مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ابتلا به دیابت، سابقه کار جراح، نوع بیهوشی و فشارخون در زنان زایمان‌کرده، از علل اصلی بستری مادران است. بنابراین، با توجه به شیوع بالای برخی از پیامدهای نامطلوب حاملگی، به‌ویژه دیابت، فشارخون و اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان؛ انجام مداخلات پیشگیرانه در جهت کاهش این مشکلات، امری ضروری و مهم به‌نظر می‌رسد تا بتوان از وقوع این پیامدها، همچنین از عوارض احتمالی بعد از زایمان در مادران جلوگیری کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله در کمیته اخلاق شورای پژوهشی (با شماره IR.MUQ.REC.1395.146) به تصویب رسید. بدین وسیله از تمامی افرادی که در این طرح فعالیت کردند، همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم به‌خاطر حمایت مالی این طرح (با شماره ۹۵۳۴۶) نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

در مطالعه حاضر، مهم‌ترین علل بستری مجدد به ترتیب: سردرد (۳۹/۸٪)، همتوم (۲۳/۷٪) و عفونت (۱۹/۴٪) بود که در مطالعات دیگر نیز نتایج مشابهی به دست آمده است. در مطالعه اکبرزاده، ۷/۶٪ از زنان به دلیل خونریزی بستری شده بودند (۱۶). در مطالعه حاتم‌آبادی نیز اولین و مهم‌ترین علت مراجعه مجدد بیماران بعد از جراحی، عفونت بعد از عمل جراحی بود که ۳۶/۹٪ گزارش شد و دومین علت عود بیماری، ۳۰/۱٪ و سومین علت، عوارض عمل جراحی با شیوع ۱۸/۴٪ به دست آمد (۶). در مطالعه مؤدی و همکاران در بیمارستان‌های قدس و علی‌ابن‌ایطالب (ع) بر روی ۴۴۴ پرونده مشخص گردید شایع‌ترین علت طولانی شدن مدت بستری یا پذیرش مجدد مادران در سزارین، عفونت (۷/۰۹٪)، عوارض فشارخون بالا (۲٪) و خونروی (۲/۴٪) بوده است (۲). همچنین نتایج مطالعه انجام‌شده توسط اکبرزاده و همکاران بر روی ۴۰۹ بیمار تحت عمل جراحی سزارین نشان داد عارضه نوع اول در ۸۸/۴٪ موارد رخ داده که عمده‌ترین آن خونریزی، همتوم، شوک، پارگی و سوراخ‌شدن، عفونت، باز شدن محل بخیه، جاماندن جسم خارجی (گاز) و فیستول (۴۲/۸٪) بوده است؛ عوارض نوع دوم نیز ۵۳ مورد (۱۱/۶٪) گزارش شد که عمده‌ترین آن عفونت و ۳۶ مورد (۷/۸٪) بازشدن زخم سزارین بود و عوارض نوع سوم نیز اصلاً مشاهده نشد (۱۷). Del Monte و Neto در مطالعه خود نشان دادند ۲۳/۵٪ از زنان در محل جراحی دچار عفونت می‌شوند که فشارخون، شانس این عفونت را افزایش می‌دهد (۱۸). در مطالعه حاضر فشارخون بالا شانس بستری مجدد را در مادران افزایش داد که این یافته با پژوهش صارمی و همکاران مبنی بر اینکه فشارخون بالا موجب بستری شدن مادر در اتاق زایمان می‌شود، همسو بود (۷). همچنین در مطالعه‌ای در مازندران، فشارخون با ۳۹/۱٪، شایع‌ترین علت بستری زنان گزارش شد (۱۹). با توجه به پیامدهای سوء فشارخون و عوارض ناشی از این بیماری توصیه می‌گردد مراقبین سلامت، توجه ویژه به این مورد در زنان باردار داشته باشند. در مطالعه حاضر نقش بیماری‌های زمینه‌ای، از جمله دیابت در دوران بارداری بررسی و مشخص گردید ابتلا به دیابت با بستری مجدد بعد از سزارین، ارتباط معنی‌داری دارد که اکبرزاده و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند ۳/۲٪ از علل مربوط به بستری در زنان زایمان‌کرده

References:

1. Bathaei S, Ashktorab T, Zohari Anbuhi S, Alavi Majd H, Ezati J. Personal factors contributing to readmission of patients with congestive heart failure. *J Crit Care Nurs* 2009;2(3):109-12. [Link](#)
2. Moudi F, Moudi Z, Yaghmaei M. Relationship between type of delivery and cause of hospitalization in postpartum period. *J Guilan Univ Med Sic* 2007;16(61):44-50. [Full Text in Persian] [Link](#)
3. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital readmission rates: Current strategies and future directions. *Annu Rev Med* 2014;65:471-85. [PubMed](#)
4. Arab M, Eskandari Z, Rahimi A, Pourreza A, Dargahi H. Reason patient read Tehran Univ Med Sic Hosp 2010;9(1):43-56. [Link](#)
5. Kassin MT, Owen RM, Perez SD, Leeds I, Cox JC, Schnier K, et al. Risk factors for 30-day hospital readmission among general surgery patients. *J Am Coll Surg* 2012;215(3):322-30. [PubMed](#)
6. Hatamabadi H, Rafieenejad A, Alavi Moghaddam M, Sum S. Consequences of fall among people at the age of 60 and older people referred to Emam Hossein hospital during 2010-11. *Iran J Ageing* 2014;9(32):55-62. [Full Text in Persian] [Link](#)
7. Saremi F, Taran S, Malekia A. Causes of hospitalization of pregnant women in delivery unit of Ayatollah Mosavi hospital in Zanjan. *Prev Care Nurs Midwifery J* 2012;1(2):29-34. [Full Text in Persian] [Link](#)
8. Gholami A, Salarilak S. Why do some pregnant women prefer cesarean delivery in first pregnancy? *Iran J Reprod Med* 2013;11(4):301. [PMC](#)
9. Mohammadbeigi A, Tabatabayi H, Mohammadsalehi N. Factors influencing cesarean delivery method in Shiraz hospitals. *Iran J Nurs* 2009;21(56):37-45. [Full Text in Persian] [Link](#)
10. Abolfazl M, Hamidreza TS, Narges M, Maryam Y. Gestational diabetes and its association with unpleasant outcomes of pregnancy. *Pak J Med Sci* 2008;24(4):566-70. [Link](#)
11. Mohammad Beigi A, Tabatabaei H, Zeighami B, Mohammad Salehi N. Determination of diabetes risk factors during pregnancy among women reside in Shiraz. *Iran J Diabetes Metab* 2007;7(1):77-84. [Link](#)
12. Mohammadbeigi A, Farhadifar F, Soufizadeh N, Mohammadsalehi N, Rezaiee M, Aghaei M. Fetal macrosomia: Risk factors, maternal, and perinatal outcome. *Ann Med Health Sci Res* 2013;3(3):546-50. [PMC](#)
13. Clapp MA, Robinson JN, Little SE. The relationship between the rising cesarean delivery and postpartum readmission rates. *J Perinatol* 2017;37(4):355-9. [PubMed](#)
14. Boskabadi H, Zakerihamidi M, Bagheri F. Outcomes of vaginal delivery and cesarean in Mashhad Ghaem University Hospital. *Tehran Univ Med J* 2014;71(12):807-15. [PubMed](#)
15. Khoshkalan M, Zare Fazlollahi Z. The study of rehospitalization reasons in operated inpatients in emam hospital orumeh city 1383. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sic* 2007;5(1):9-14. [Full Text in Persian] [Link](#)
16. Akbarzadeh M, Shobary F, Mahjub H, Ebrahimi R. A Investigating factors affecting the length of hospitalization from the beginning Delivery to discharge using Cox regression model. *Iran J Obstet, Gynecol Infertil* 2014;17(105):1-9. [Link](#)
17. Kabirzadeh A, Zamani Kiasari A, Farahabadi E, Mohseni Saravi B, Rahmani N F. Rate of hospitalized patient following complication of surgery, Imam hospital, Sari. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2008;18(67):75-83. [Full Text in Persian] [Link](#)
18. Del Monte MCC, Neto AMP. Postdischarge surveillance following cesarean section: the incidence of surgical site infection and associated factors. *Am J Infect Control* 2010;38(6):467-72. [PubMed](#)
19. Naeimi Rad MA, Barat SA, Bouzari ZA, Hajian KA, Arian Pour S. Causes and outcomes of maternal hospitalization during pregnancy and puerperium in intensive care units of mazandaran teaching hospitals in 2001-13. *J Zabol Univ Med Sic Health Serv* 2014;6(3):70-77. [Full Text in Persian] [Link](#)
20. Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, et al. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(3):681-7. [PubMed](#)