

بررسی علت بستری مادران باردار در اتاق زایمان بیمارستان آیت الله موسوی زنجان

فاطمه صارمی^۱، شمسی تاران^۱، اعظم ملکی^۲

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دانشکده پرستاری و مامایی malekia41@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: رسیدن به پیامد بارداری خوب به طور موثری تحت تاثیر وضعیت سلامت، شیوه زندگی و تاریخچه قبلی حاملگی زنان می باشد. از آنجایی که بسیاری از پیامدهای نامطلوب بارداری قابل پیشگیری می باشد. در این راستا مطالعه‌ای با هدف شناسایی علت بستری مادران باردار در اتاق زایمان بیمارستان آیت الله موسوی زنجان انجام شد.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی مقطعی علت بستری ۴۸۳۰ زن باردار که دارای حاملگی بالای ۲۰ هفته بوده و از خرداد ۸۹-۱۳۸۸ در اتاق زایمان بیمارستان آیت الله موسوی زنجان بستری و زایمان کرده بودند، بررسی شد. جمع آوری داده‌ها با استفاده از یک چک لیست، شامل: شکایت اصلی، مشخصات جمعیت شناختی و زایمانی مادران بود. آنالیز داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های *t-test* و کای اسکوئر صورت گرفت.

یافته‌ها: از ۴۸۳۰ زن بستری شده، ۱۲۷۸ نفر به علت عوارض زایمانی بستری شده بودند. میانگین سنی زنان $26/52 \pm 6/26$ سال و میانگین سن حاملگی $26/40 \pm 21/24$ روز بود. شایع‌ترین علت بستری پارگی کیسه آمنیون $49/1$ درصد، زایمان زودرس $29/3$ درصد، آغشته شدن مایع آمنیون به مکنونیوم $15/5$ درصد و افزایش فشارخون $11/8$ درصد بود. فراوانی زایمان سزارین، نوزاد پسر، آپگار دقیقه اول و پنجم کمتر از ۶، فشارخون بالا و چندقلویی در زایمان‌های زودرس و شیوع دفع مکنونیوم و پارگی کیسه آمنیون در زایمان‌های ترم و پست ترم بیشتر بود.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، زایمان زودرس و پارگی کیسه آمنیون شایع‌ترین علت بستری بود، در راستای بهبود پیامدهای مادر و کودک در نظر گرفتن اولویت‌های پژوهشی یا آموزشی در جهت پیشگیری، تشخیص زودرس و یا درمان این موارد ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: بستری، مادران باردار، اتاق زایمان، عوارض حاملگی

مقدمه

به مراقبت‌های فوری و اورژانسی زایمان نیاز دارند (۲).

مشکلات بهداشتی و سلامتی دوران بارداری و فاکتورهای خطر می‌توانند تاثیر منفی روی پیامدهای مادری و نوزادی داشته باشد (۳).

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه عوارض دوران بارداری و زایمان علت اصلی مرگ زنان در سنین باروری

بارداری بیماری نیست بلکه یک روند فیزیولوژیک

است، هرگونه اختلال در روند طبیعی حاملگی باعث بروز عوارض مادری و نوزادی می‌شود (۱). حداقل ۴۰ درصد زنان باردار در طی دوران بارداری برخی از عوارض این دوره را تجربه می‌کنند که ۱۵ درصد از این عوارض مرگبار هستند و

۱- کارشناس مامایی، بیمارستان آیت الله موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

آیت الله موسوی زنجان از اول خرداد ۱۳۸۸ تا آخر اردیبهشت ۱۳۸۹ انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-مقطعی دلایل بستری مادران باردار که در اتاق زایمان بیمارستان آیت الله موسوی زنجان زایمان کرده بودند بررسی شد. جامعه پژوهش شامل پرونده کلیه زنانی بود که از خرداد ۱۳۸۸ تا آخر اردیبهشت ۱۳۸۹ در اتاق زایمان بیمارستان آیت الله موسوی زنجان بستری شده بودند. از میان آنها پرونده زنانی که دارای حاملگی بالای ۲۰ هفته بوده و بارداری شان به علت عوارض زایمانی ختم داده شده بود، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از یک چک لیست انجام شد. که شامل: شکایت اصلی بیمار، مشخصات جمعیت شناختی (سن، تعداد زایمان‌های قبلی) و مشخصات زایمانی مادر باردار (سن حاملگی، نوع زایمان، آپگار نوزاد، جنس نوزاد و تعداد بارداری) بود. فراوانی هر یک از عوارض بارداری که منجر به ختم بارداری شده بود از میان ۱۲۷۸ پرونده محاسبه شد. تشخیص علل بستری با توجه به گزارش سونوگرافی‌ها، آزمایشات و مشاهدات بالینی بیماران که توسط متخصص زنان و کارکنان مامایی به تایید رسیده و در پرونده بیماران موقع پذیرش درج گردیده در نظر گرفته شده بود. در چک لیست، عوارض بارداری، کلیه موارد بستری به غیر از شروع دردهای زایمانی را شامل می‌شد، که اکثر آنها در کتب مامایی به عنوان عوامل موثر در ختم پیش از موعد زایمان شناخته می‌شود و یا مرتبط با پیامد نامطلوب مادری و جنینی است. آنالیز داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و t -test و همچنین بررسی ارتباط بین سن حاملگی با علل بستری، فاکتورهای زمینه‌ای و جمعیت شناختی با آزمون آماری کای دو با سطح اطمینان ۹۵ درصد، صورت گرفت.

محسوب می‌شود. مرگ مادر باردار فقط یک مخاطره بهداشتی نیست بلکه آسیبی اجتماعی است. عوارض دوران حاملگی اگر سبب مرگ نشود ممکن است سبب بیماری‌های مزمن و طولانی شود (۴). آسیب‌های روحی و روانی بدنبال یک حاملگی پرخطر، زایمان سخت یا مرگ و میر دوران پری ناتال به خوبی اثبات شده است (۵). لذا سرمایه گذاری در فعالیت‌های بهداشتی برای تامین سلامت مادران ضروری و مقرون به صرفه است (۴). امروزه تمایلی برای تغییر مراقبت‌های بهداشتی به وجود آمده است؛ به جای تمرکز بر بیماری بر روی پیشگیری تمرکز می‌شود (۶). در سال‌های اخیر محققین دریافته‌اند که رسیدن به پیامد بارداری خوب به طور موثری تحت تاثیر وضعیت سلامت، شیوه زندگی و تاریخچه قبلی حاملگی زنان می‌باشد (۳). معمولاً مهم‌ترین علت بستری زنان در اتاق زایمان شروع درد های زایمانی است، اما گاهی مشکلاتی برای مادر و جنین ایجاد می‌شود که ادامه حاملگی را به مخاطره می‌اندازد و بستری مادران قبل از شروع درد های زایمانی انجام می‌شود. از جمله این مشکلات می‌توان به بیماری قلبی عروقی، دیابت، فشارخون بالا در مادر، پارگی زودرس پرده‌ها، خونریزی، جفت سرراهی و دکولمان، تاخیر رشد داخل رحمی کاهش یا افزایش مایع آمنیوتیک و... اشاره کرد (۷). در برخی از مطالعات فاکتورهایی که ارتباط مهمی با ختم حاملگی یا سقط جنین داشتند؛ مجرد بودن، فقدان حمایت عاطفی از همسر، شاغل بودن، تحصیلات پایین، شکست روش‌های پیشگیری از بارداری، تجربه حاملگی‌های قبلی و سقط جنین بود (۸). با توجه به این که شناسایی علل بستری مادران باردار در اتاق زایمان می‌تواند گامی در جهت تعیین اولویت‌های پژوهشی، هدفمند کردن برنامه‌های آموزشی، پژوهشی و اجرایی باشد که خود باعث بهبود سلامت زنان واقع در سنین بارداری و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شود. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی علل بستری مادران باردار در اتاق زایمان بیمارستان

یافته ها

آمنیون (۶۲۵/۹) ۱۲ درصد بود. بررسی ۱۲۷۸ پرونده بستری که دارای عوارض زایمانی بودند نشان داد، بیش از نیمی از زنان دارای حاملگی اول (۵۲/۳) ۶۶۴، میانگین سنی ۲۶/۵۲±۶/۲۶ سال و میانگین سن حاملگی ۲۶/۴۰±۲۱/۴۰ روز بودند. بیشترین علت بستری مربوط به پارگی کیسه آمنیون (۶۲۵) ۴۹/۱ درصد و زایمان زودرس (۳۷۴) ۲۹/۳ درصد بود، که (۱۷۱) ۴۵/۷ درصد علت زایمان زودرس خود بخود و بقیه به علت سایر عوارض بارداری بود (جدول ۱).

با توجه به نوع شکایت اصلی که در پرونده بیماران آمده بود؛ از ۴۸۳۰ نفر کل موارد بستری، تعداد ۱۲۷۸ نفر به علت یک یا بیش از یکی از عوارض بارداری (زایمان زودرس، فشارخون بالا، خونریزی، پارگی کیسه آمنیون، پلی و اولیگو هیدروآمنیوس، تاخیر رشد داخل رحمی، چند قلوبی، دفع مکنونیوم، نمایش بریج) و بقیه موارد به علت شروع دردهای زایمانی بستری شده بودند. شیوع زایمان زودرس با توجه به کل موارد بستری (۳۷۴) ۷/۷ درصد و پارگی کیسه

جدول ۱: فراوانی وجود عوارض بارداری به عنوان علل بستری زنان باردار (N=۱۲۷۸)

عوارض بارداری	فراوانی	درصد
پارگی کیسه آمنیون	۶۲۵	۴۹/۱
زایمان زودرس	۳۷۴	۲۹/۳
آغشته شدن مایع آمنیون به مکنونیوم	۱۹۸	۱۵/۵
افزایش فشارخون	۱۵۱	۱۱/۸
بریج	۹۵	۷/۴
دکولمان	۴۴	۳/۴
جفت سر راهی (پرویا)	۱۱	۰/۹
اولیگو هیدروآمنیوس	۷۲	۵/۶
پلی هیدروآمنیوس	۷	۰/۵
چندقلوبی	۴۷	۳/۷
تاخیر رشد داخل رحمی	۱۶	۱/۳

چندقلوبی، فشارخون بالا، پارگی کیسه آمنیون، آپگار دقیقه اول یا پنجم کمتر یا مساوی ۶ ارتباط معنی داری داشت (P=۰/۰۰۰۱)، به طوری که شیوع زایمان سزارین، نوزاد پسر، آپگار دقیقه اول یا پنجم کمتر از ۶، فشارخون بالا و چندقلوبی در زایمان‌های زایمان زودرس و شیوع دفع مکنونیوم و پارگی کیسه آمنیون در زایمان های ترم و پست ترم بیشتر بود.

نزدیک به نیمی از این زایمان‌ها به روش سزارین، درصد نوزاد پسر بیشتر از دختر و درصد آپگار کمتر از ۶ در دقیقه پنجم کمتر از دقیقه اول بود (جدول ۲). ۱۲ مورد مرگ نوزادی ثبت شده بود؛ که با پره مچورتی، پارگی کیسه آمنیون؛ فشارخون بالا، نولی پاریتی، زایمان سزارین و دکولمان ارتباط داشت (P<۰/۰۵). بررسی ارتباط بین سن حاملگی با علل بستری بیماران و مشخصات زایمانی و جمعیت شناختی نشان داد که سن حاملگی با جنس نوزاد، نوع زایمان،

جدول ۲: فراوانی مشخصات زایمانی در زنان باردار بستری شده به علت عوارض زایمانی

متغیر	فراوانی	درصد
نوع زایمان		
طبیعی	۶۷۴	۵۲/۷
سزارین	۶۰۴	۴۷/۳
جنس نوزاد		
پسر	۶۱۹	۴۸/۵
دختر	۶۱۱	۴۷/۹
چندقلویی	۴۶	۳/۶
آپگار دقیقه اول		
۶	۲۵	۲/۰
۷	۱۲۵۳	۹۸/۰
آپگار دقیقه ۵		
۶	۱۷	۱/۳
۷	۱۲۶۱	۹۸/۷
مرگ جنینی		
بلی	۱۲	۰/۹
خیر	۱۲۶۶	۹۹/۱

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر بیشترین علت بستری بیماران در اتاق زایمان، مربوط به پارگی کیسه آمنیون بود. پارگی کیسه آمنیون قبل از شروع روند زایمان تقریباً ۱۰-۸ درصد حاملگی‌های ترم را درگیر می‌کند (۹). درصد پارگی کیسه آمنیون در مطالعه حاضر بیشتر از نتایج مطالعه فوق می‌باشد. با توجه به اینکه پارگی کیسه آمنیون با افزایش خطر عفونت داخل رحمی، پرولاپس بندناف، دیسترس جنینی، فشرده‌گی بندناف و دکولمان همراه است (۱۰، ۱۱). که اغلب این پیامدها ضرورت انجام مداخلات مامایی مانند زایمان سزارین اورژانسی و یا زایمان با ابزار را افزایش می‌دهد (۱۳). همچنین باعث پذیرش و تحت نظر گرفتن زود هنگام زنان

باردار می‌شود که خود هزینه زیادی را برای خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۷). توجه به پیشگیری، تشخیص و درمان آن مخصوصاً با تاکید بر عوامل محیطی ضروری به نظر می‌رسد. دومین علت شایع بستری در مطالعه حاضر مربوط به زایمان زودرس بود. افزاینده در مطالعه خود با هدف بررسی شیوع زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن در مراجعین بیمارستان شهدای تجریش از سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸ گزارش کرد؛ از ۵۶۲۸ مورد زایمان انجام شده، ۴۰۷ مورد مربوط به زایمان زودرس (۷/۲ درصد) بود. شایع‌ترین عوامل مرتبط با زایمان زودرس در مطالعه آنها به ترتیب پارگی زودرس کیسه آب (۳۷/۶ درصد)، پره اکلامپسی (۱۷/۷ درصد)، عفونت ادراری شامل پیلونفریت (۱۷ درصد)، بیماری‌های سیستمیک مادر (۹/۶ درصد) و هیدروآمینوس (۹/۶ درصد) بود (۱۳). که نتایج مطالعه فوق با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

امروزه علیرغم افزایش استفاده از مراقبت‌های پری‌ناتال در اکثر کشورها، میزان پیامدهای نامطلوب بارداری در دو دهه گذشته افزایش پیدا کرده است، شیوع زایمان زودرس از سال ۱۹۸۳ تا سال ۲۰۰۶ از ۹/۶ درصد به ۱۲/۸ درصد و کم‌وزنی از ۶/۸ درصد به ۸/۳ درصد افزایش پیدا کرده است (۱۴). عامل اصلی این افزایش، زایمان‌های زودرس به علت عوارض ناشی از مشکلات طبی می‌باشد (۱). بنابراین پیامدهای نامطلوب حاملگی شامل زایمان زودرس و کم‌وزنی هنوز هم مشکل عمده بهداشت عمومی در اکثر کشورهای جهان باقی مانده است و مرتبط با مرگ و میر نوزادی و آسیب‌های تکامل نورولوژیکی نوزاد می‌باشد، که این عامل می‌تواند باعث اختلال سلامتی و عملکردی در تمام طول دوره نوزادی و حتی بعد از آن بشود. بعضی از این مرگ‌ها یا عوارض نوزادی با مداخلات هدفمند از طریق بهبود سلامت مادران، اصلاح شیوه زندگی و افزایش آگاهی از رفتارهایی که مرتبط با پیامد نامطلوب بارداری است، قابل پیشگیری هستند (۱۵). در مطالعه حاضر فراوانی زایمان سزارین، آپگار دقیقه اول یا

است اما تنوع چشمگیری در این زمینه وجود دارد (۱). در مطالعه حاضر فشارخون بالا با مرگ نوزادی، زایمان زودرس و سزارین ارتباط داشت. از جمله عوارض مادری و جنینی مرتبط با افزایش فشارخون در بارداری ذکر شده شامل: تشنج، خونریزی مغزی، نارسایی کلیه، افزایش دکولمان، اختلالات انعقادی، قلبی عروقی و حتی مرگ، محدودیت رشد جنین، مرده‌زایی، نارسایی می‌باشد (۱) که در برخی موارد با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

با توجه به شیوع بالای برخی از پیامدهای نامطلوب حاملگی مخصوصاً زایمان زودرس و پارگی کیسه آمنیون در مطالعه حاضر و اهمیت مراقبت‌های قبل از حاملگی و مراقبت‌های بین دو حاملگی، انجام مجموعه مداخلات پیشگیری و درمان در جهت تعدیل مخاطرات زیست پزشکی، رفتاری و اجتماعی مشخص شده براساس پیامدهای نامطلوب بارداری ضروری به نظر می‌رسد تا از پیامدهای نامطلوب راجعه جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری صمیمانه و بی‌دریغ مسئولان بیمارستان آیت الله موسوی زنجان و کارکنان بخش زایمان این بیمارستان و بیماران عزیز که در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

پنجم کمتر از ۶، فشارخون بالا و چندقلویی در زایمان‌های زودرس، بیشتر بود. از جمله دلایل مستقیم که برای زایمان زودرس ذکر شده است، زایمان به علت مشکلات طبی مادری یا جنینی (۳۵-۳۰ درصد)، شروع زودرس و خود بخود دردهای زایمانی بدون پارگی پرده آمنیون و یا با پارگی زودرس کیسه آمنیون (۴۵-۴۰ درصد) و حاملگی‌های چندقلویی است (۱۶). که در مطالعه حاضر بیشترین درصد علت زایمان زودرس ناشی از عوارض بارداری بود که با نتایج مطالعه فوق هم خوانی ندارد و این اختلاف می‌تواند ناشی از ارجاع زایمان‌های زودرس اندیکاسیون دار به بیمارستان آیت الله موسوی زنجان به دلیل دارا بودن بخش مراقبت‌های ویژه نوزادی باشد. البته باید اذعان داشت با توجه به این که بسیاری از این عوارض ممکن است در بارداری‌های بعدی نیز تکرار شود، بهتر است مراقبین سلامت توجه ویژه به این موضوع داشته باشند. در مطالعه حاضر از بین اختلالات طبی که علت بستری مادران در اتاق زایمان محسوب می‌شد بیشترین درصد مربوط به فشارخون بالا بود. اختلالات پرفشاری خون که در سیر حاملگی رخ می‌دهند اختلالات شایعی هستند و همراه با خونریزی و عفونت تریاد مرگ آوری را تشکیل می‌دهند که حدود ۱۰-۵ درصد از تمام حاملگی‌ها را درگیر می‌کند (۱۶). این اختلالات مسئول قریب به ۱۵ درصد از موارد مرگ و میر مادری هستند (۱۷). معمولاً گفته می‌شود که بروز پره اکلامپسی حدود ۵ درصد

منابع

- 1- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom St L, Hauth jc, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. Ghazijahani B. (Persian translator). Tehran: Golban; 2010; 1(7): 225-245 (In Persian).
- 2- Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period-United States, 2002-2004. Maternal and Child Health Journal. 2006; 10: S101-S106.
- 3- Chuang CH, Weisman CS. Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. Matern Child Health J. 2010; 14: 713-719.

- 4- Reza Soltani P, Parsa S. Mother and Child Health Nursing. Tehran: Sanjesh Publications; 2004: 52-48. (In Persian)
- 5- Engelhard MI, Van Rij M, Boullart I, Ekhart THA. Post traumatic stress disorder after pre eclampsia: an exploratory study. *Gen Hosp Psychial*. 2002; 24: 260-4.
- 6- Jonathan S, Berek. Berek & Novak's Gynecology. Ghazi jahani B (Persian translator). Tehran: Golban medical publisher; 2007: 174-175. (In Persian)
- 7- Delaram M, Forouzandeh N, Akbari N, Nourian C. Reasons for termination of pregnancy in the third trimester and its relationship with the mother and fetus outcomes. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2007; 13(15) : 35-41. (In Persian)
- 8- Souza AI de, Cecatti JG, Ferreira LOC, Santos LC. Reasons for hospitalization due to abortion and pregnancy termination. *J Trop Pediatr*. 1999; 45 (1): 31-36.
- 9- Creasy R, Resnik R, Garite T. Premature rupture of membranes. *Maternal-fetal medicine: principles and practices*. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2004.: 723-40.
- 10- Meirowitz NB, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Effect of labor on infant morbidity and mortality with preterm premature rupture of membranes: United States population-based study. *Obstetric Gynecol*. 2001; 97(4): 494-8.
- 11- Markhus VH, Rasmussen S, Lie SA, Irgens LM. Placental abruption and premature rupture of membranes. *Acta Obstetric Gynecology Scand*. 2011; 90(9): 1024-9.
- 12- Yawn B, Wollam P, McKeon K, et al. Temporal changes in rates and reasons for medical induction of term labor, 1980 –1996. *Am J Obstetric Gynecology*. 2001; 184: 611-19.
- 13- Afrakth M, Ebrahimi S, Valai N. Prevalence and factors associated with preterm delivery in Shohada Hospital Tajrish 1995-2000 years. *Pejouhandeh* 2002; 7(4): 9-15. (In Persian)
- 14- Anderson P, Doyle L W. Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990. *JAMA*. 2003; 289: 3264–3272.
- 15- Danel I. Magnitude of maternal morbidity during labor and delivery: United States, 1993–1997. *Am J Public Health*. 2003; 93: 631–4.
- 16- Scott J R. Pregnancy and disease Danfors women. Dastjerdi T. (Persian translator). Tehran: Taymorzadeh; 2006: 354-333. (In Persian)
- 17- Rodrigo R. Patho physiological basis for the prophylaxis of preeclampsia through early supplementation with antioxidant vitamins. *Pharmacology & Therapeutics J*. 2005; 107: 177-197.

Causes of Hospitalization of Pregnant Women in Delivery Unit of Ayatollah Mosavi Hospital in Zanjan

Saremi F¹, Shamsi T¹, Malekia A²

¹Ayatollah Mosavi Hospital, Zanjan, Iran

²Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email: malekia41@yahoo.com

Background and Objectives: Health status, lifestyle and previous history of pregnancies significantly affect pregnancy outcome; however, many adverse pregnancy outcomes are preventable. This study aimed to investigate causes of hospitalization of pregnant women in delivery unit of Zanjan Ayatollah Mosavi hospital.

Material and Methods: In this cross-sectional study, the causes of hospitalization of 4830 women with gestational ages more than 20 weeks were investigated during 2009-2010. Data were collected using a check list including patients' chief complaint, women's demographic characteristics and delivery history. Data were analyzed using descriptive test, chi square, and t-test in a confidence level of 95 %.

Results: From 4830 hospitalized women, 1278 were hospitalized due to obstetrics complications. The mean age of women was 26.52±6.26 year. The mean gestational age was 264.24±21.40 days. The most common causes of hospitalization were rupture of amniotic membranes (49.1%), preterm labor (29.3%), meconium staining (15.5%), and hypertension (11.8%). The rate of caesarian section, male baby, APGAR score lower than six in the 1st and 5th minutes of delivery, hypertension, and twin pregnancies were high in preterm labors. Meconium staining and rupture of amniotic membranes were common in term and post term deliveries.

Conclusion: Findings showed that the most common causes of hospitalization were rupture of amniotic membranes and preterm labor. It is necessary to conduct more research on the causes of these complications.

Keyword: hospitalizing, pregnant women, delivery unit, pregnancy complications

Please cite this article as follows:

Saremi F, Shamsi T, Malekia A. Causes of Hospitalization of Pregnant Women in Delivery Unit of Ayatollah Mosavi Hospital in Zanjan. Nursing and Midwifery Care Journal (NMCJ) 2012; 1(2): 29-34.
