

## تصویر سلامت

دوره ۳ شماره ۳ سال ۱۳۹۱ صفحه ۳۴ - ۲۹

## بررسی برخی عوامل مؤثر بر تولد نوزادان نارس: مطالعه مورد - شاهدهی

نادر اسماعیل‌نسب<sup>۱</sup>، حسین امیریان<sup>۲\*</sup>، بتول اسکندری<sup>۳</sup>، مینا زارعی<sup>۴</sup>

## چکیده

**زمینه و اهداف:** تولد نوزادان نارس (قبل از هفته ۳۷ بارداری) مهمترین فاکتور مؤثر بر نتیجه سلامتی و بقای کودک هست و در مقایسه با نوزادان ترم، این نوزادان در معرض زیاد خطر مرگ و ابتلا به مشکلات سلامتی هستند. جهت تعیین برخی عوامل مؤثر در تولد نوزادان نارس این تحقیق صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** این تحقیق با استفاده از روش مورد-شاهدهی صورت گرفته است. در مدت زمان اجرای مطالعه ۱۱۰ نوزاد نارس به عنوان مورد و ۱۳۲ نوزاد ترم به عنوان شاهد به روش نمونه‌گیری آسان جهت بررسی انتخاب گردیده‌اند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و پرونده پزشکی مادران بوده و برای تعیین فاکتورهای مؤثر بر تولد نوزادان نارس در دو گروه مورد و شاهد از نسبت شانسن (Odds Ratio) و مدل رگرسیون لجستیک استفاده شده است.

**یافته‌ها:** مهمترین عوامل مرتبط با تولد نوزادان نارس انجام چون زایمان سزارین ( $OR=2/61$ )، پره‌اکلامپسی ( $OR=4/2$ )، سابقه سقط و مرده‌زایی در یکی از بارداری‌های قبلی ( $OR=2/75$ )، سابقه بستری بیش از دو روز در دوران بارداری و قبل از زایمان در بیمارستان ( $OR=5$ ) و انجام مراقبت‌های دوران بارداری فقط در بخش خصوصی ( $OR=2/472$ )، زایمان چند قلوبی ( $OR=5/79$ ) و سابقه تولد نوزاد کم وزن در بارداری‌های قبلی ( $OR=4/10$ )، اشتغال مادر ( $OR=5/70$ )، وجود دیابت در بستگان درجه اول مادر ( $OR=2/64$ )، رتبه تولد بیش از سه ( $OR=1/03$ )، ارتباط معنی داری با نارس به دنیا آمدن کودکان نشان دادند. آنالیز رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش بارداری‌های مادر به‌طور معنی داری تولد نوزاد نارس افزایش می‌یابد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** داشتن سابقه سقط و تولد نوزاد کم وزن در بارداری‌های قبلی، اشتغال مادر، زایمان سزارین، بارداری بیشتر از سه، پره‌اکلامپسی انجام مراقبت در بخش خصوصی از عوامل مؤثر بر تولد نوزادان نارس شناخته شده و با اعمال توجه ویژه به مراقبت بارداری‌های پرخطر و مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت مادر و کودک در بخش خصوصی، می‌توان از تولد نوزادان نارس جلوگیری و به دنبال آن مرگ و میر نوزادان را کاهش داد. مطالعات جامع‌تر در این خصوص توصیه می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** تولد پره‌ترم، عوامل خطر، بارداری، مراقبت بهداشتی

۱. دانشیار اپیدمیولوژی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سنجندج، ایران

۲. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز، شبکه بهداشت و درمان شبستر، ایران

(Email: hosseinamirian99@yahoo.com)

۳. کارشناس بهداشت خانواده، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان

## مقدمه

بیماری های مجرای رحم، دیابت مادر، گشاد شدن دهانه رحم به دلیل زایمان های زیاد و تعدادی فاکتورهای ناشناخته رخ می دهد (۷ و ۶).

به طور کلی می توان گفت که تعامل بین فاکتورهای فیزیولوژیکی، اجتماعی و بیولوژیکی در این میان نقش دارند. همچنین در جهان امروز افزایش استفاده از تکنیک های ناباروری باعث افزایش چندقلویی شده است که ۶۰ درصد دوقلوها و تقریباً همه چند قلوها پره ترم به دنیا می آیند. افزایش ۵۱ درصد زایمان زود رس و خودبخودی در قرن اخیر این واقعیت را تقویت می کند که در کاهش این میزانها بشر ناتوان است (۹ و ۸).

با بررسی منابع الکترونیک ملی و بین المللی مشخص شد که مطالعات خیلی کمی در ایران در ارتباط شناسایی عوامل مؤثر بر تولد پره ترم صورت گرفته که عمدتاً توصیفی بوده اند. از طرفی طبق آمار ارائه شده توسط مراکز بهداشت شهرستان های تابعه، این مشکل یکی از مهمترین عامل مرگ نوزادان در استان همدان می باشد. لذا این مطالعه قصد دارد که با طرحی تحلیلی، آن دسته از عوامل خطر که بیشترین نقش را بر بروز این مشکل ایفا می کنند را شناسایی کند، تا زمینه برای مداخله مؤثر به منظور کاهش میزان بروز این مشکل و کاهش مرگ میر نوزادان فراهم آید.

## مواد و روش ها

این پژوهش در بیمارستان فاطمیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان از مورخه ۱۳۹۰/۸/۱ لغایت مورخه ۱۳۹۱/۴/۱ انجام گرفته است. مطالعه به صورت تحلیلی و از نوع مورد شاهدهی انجام پذیرفته که نوزادان با سن جنینی قبل از ۳۷ هفته به عنوان مورد و با سن جنینی بیش از ۳۷ هفته به عنوان شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. روش جمع آوری اطلاعات مصاحبه با مادر و برای برخی عوامل خطر ساز همچون تعداد هفته های بارداری، سابقه بستری، دیابت بارداری و پره اکلامپسی به پرونده بیمار مراجعه شد. ملاک پره ترم بودن طبق آخرین قاعدگی مادر یا سونوگرافی در طی حاملگی بوده است و ملاک پره اکلامپسی (فشارخون بیشتر از ۱۴۰/۹۰) و ملاک دیابت بارداری (قندخون ناشتای بیشتر از ۱۲۵ mg/dl) می باشد. برای انتخاب افراد مطالعه از روش نمونه گیری آسان (غیر احتمالی) استفاده شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها توسط پرسشگران پرسشنامه ها جمع آوری و بعد از کدگذاری متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از نسخه ۱۱ نرم افزار آماری Stata آنالیزها انجام گرفت. برای تعیین فاکتورهای مؤثر بر تولد نوزادان نارس در دو گروه مورد و شاهد از نسبت شانس (Odds Ratio) و مدل رگرسیون

اکنون جهان بهتر از گذشته برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره (Millennium Development Goals) نزدیک می شود و همه کشورها به صورت بین المللی برای دستیابی به این اهداف تا سال ۲۰۱۵ متعهد شده اند. مادران باردار، نوزادان و کودکان بخش های به هم پیوسته این اهداف هستند و بایستی دوسوم مرگ های زیر ۵ سال طبق هدف چهارم (Millennium Development Goal 4) تا سال ۲۰۱۵ کاهش یابد که کار مشکلی است. تولد کودکان نارس یکی از دلایل و ریسک فاکتور مهم مرگ نوزاد می باشد که طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت به تولد کمتر از ۳۷ هفته کامل بارداری اطلاق می گردد و یکی از چالش های بزرگ در مراقبت های مربوط به زایمان و مراقبت های دوران پریناتال می باشد (۲ و ۱).

این گونه تولدها عامل اصلی مرگ زودرس نوزادی می باشند و عامل مرگ ۲۷ درصد مرگ های سالیانه نوزادان در سراسر جهان و عامل ۷۰ درصد مرگ های پریناتال در کشورهای توسعه یافته و ۵۰ درصد ناهنجاری های عصبی می باشند (۳). تولد پره ترم شاید مهمترین فاکتور مؤثر بر نتیجه سلامتی و بقای کودک باشد؛ زیرا در مقایسه با نوزادان ترم، این نوزادان در معرض بالای خطر مرگ و تنوع زیادی از مشکلات سلامتی باشند و ممکن است سلامتی شان در ادامه زندگی همراه با فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی، مشکلات تنفسی، و آسیب های شنوایی و بینایی رفتاری، روانی، اجتماعی باشد (۴).

در هر سال ۱۳ میلیون نوزاد در جهان به صورت نارس به دنیا می آیند. که ۳/۱ میلیون از آن ها در همان دوره نوزادی می میرند. در ایالات متحده ۱۲-۱۳ درصد تولد ها را نوزادان نارس تشکیل می دهد. در حالی که در کشورهای اروپایی این میزان ۵-۹ درصد می باشد. همه ساله این نوزادان هزینه های زیادی را به شرکت های بیمه و خانواده ها تحمیل می کنند. همچنین آمارهای ایالات متحده نشان می دهد که میزان تولد نوزادان نارس در این کشور نسبت به سال ۱۹۹۰، ۲۱ درصد افزایش یافته است (۵).

برای ۴۵ تا ۷۵ درصد موارد تولد پره ترم دلایل آشکار و تأیید شده ای وجود ندارد، اما از عوامل خطر شناخته شده فاکتورهای غیر زایمانی شامل: سطح پایین اقتصادی و اجتماعی، سوء تغذیه مادران، سن کمتر از ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال مادر در هنگام بارداری، مسافرت های طولانی، استعمال دخانیات توسط والدین به خصوص مادر، تروما، استرس و ریسک فاکتورهای زنانگی شامل: ناکامل بودن سرویکس، تعداد بارداری زیاد مادر، فاصله کوتاه بین بارداری ها، داشتن سابقه سقط، همچنین تولد پره ترم ناشی از پارگی پرده ها به دلایل عفونت، التهاب، خونریزی یا

کودکان، کسب اجازه از مادران زایمان کرده برای ورود به مطالعه رعایت شده است.

لجستیک و برای بررسی تفاوت ها در دو گروه مورد و شاهد از آزمون آماری Chi-square استفاده شده است.

#### ملاحظات اخلاقی: مطالعه حاضر یک بررسی مشاهده‌ای

بود که مداخله انسانی صورت نگرفت و تمام داده‌های مورد نیاز از طریق مصاحبه با والدین و پرونده پزشکی افراد جمع آوری شد، تیم پژوهش نیز وظیفه خود می دانست تمام داده‌ها را عین گفته‌های مادر و همچنین شواهد موجود جمع‌آوری کند و هیچ گونه دخل و تصرفی در داده‌ها نداشته باشد.

در این راستا موارد زیر کسب اجازه از مدیریت بیمارستان فاطمیه، کسب اجازه از مسئولین بخش‌های

#### یافته‌ها

در این تحقیق ۲۴۲ نفر در مطالعه شرکت کردند که ۱۱۰ نفر به عنوان گروه مورد و ۱۳۲ نفر به عنوان گروه شاهد بودند. میانگین سن حاملگی ۳۹/۲۹ هفته برای گروه شاهد و ۳۳/۳۵ هفته در گروه مورد بود. برای بررسی عوامل مؤثر بر تولد نوزادان نارس متغیرهای مختلف مورد مطالعه قرار گرفتند. که بخش عمده ای از این متغیرها در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. فراوانی نسبی و مطلق متغیرهای تحت مطالعه برحسب گروه‌های مورد و شاهد و برآورد نسبت شانسی متغیرها

| عامل خطر                           | تجربی    |      | گروه شاهد |      | نسبت شانسی (OR) | فاصله اطمینان %۹۵ | pvalue   |
|------------------------------------|----------|------|-----------|------|-----------------|-------------------|----------|
|                                    | تعداد    | درصد | تعداد     | درصد |                 |                   |          |
| نوع زایمان                         | سزارین   | ۷۰   | ۶۳/۶۴     | ۵۳   | ۴۰/۱۵           | ۱/۴۹ - ۴/۵۴       | *p≤۰/۰۰۱ |
|                                    | طبیعی    | ۴۰   | ۳۶/۳۶     | ۷۹   | ۵۹/۸۵           |                   |          |
| فاصله تولد (ماه)                   | <۲۴      | ۱۴   | ۱۲/۷۳     | ۹۶   | ۸۷/۲۷           | ۰/۶۹ - ۴/۶۷       | ۰/۱۸۱    |
|                                    | ≤۲۴      | ۱۰   | ۷/۵۸      | ۱۲۲  | ۹۲/۴۲           |                   |          |
| سابقه پره‌اکلامپسی                 | دارد     | ۱۲   | ۱۰/۹۱     | ۹۸   | ۸۹/۰۹           | ۱/۱۰ - ۵/۴۹       | *۰/۰۱۶   |
|                                    | ندارد    | ۱۱   | ۸/۳۳      | ۱۲۱  | ۹۱/۶۷           |                   |          |
| سابقه دیابت بارداری                | دارد     | ۱۱   | ۱۰/۰۰     | ۹۹   | ۹۰/۰۰           | ۰/۴۵ - ۳/۲۵       | ۰/۶۵۳    |
|                                    | ندارد    | ۱۱   | ۸/۳۳      | ۱۲۱  | ۹۱/۶۷           |                   |          |
| سابقه سقط و مرده‌زایی              | دارد     | ۲۲   | ۲۰/۰۰     | ۸۸   | ۸۰/۰۰           | ۱/۱۹ - ۶/۵۹       | *۰/۰۰۸   |
|                                    | ندارد    | ۱۱   | ۸/۳۳      | ۱۲۱  | ۹۱/۶۷           |                   |          |
| سابقه بستری بیش از دو روز          | دارد     | ۳۲   | ۲۹/۰۹     | ۷۸   | ۷۰/۹۱           | ۲/۲۳ - ۱۲/۰۰      | *p<۰/۰۰۱ |
|                                    | ندارد    | ۱۰   | ۷/۵۸      | ۱۲۲  | ۹۲/۴۲           |                   |          |
| سابقه تولد نوزاد نارس در خواهر     | دارد     | ۵    | ۴/۵۵      | ۱۰۵  | ۹۵/۴۵           | ۰/۲۳ - ۴/۰۵       | ۱/۰۰     |
|                                    | ندارد    | ۶    | ۴/۵۵      | ۱۲۶  | ۹۵/۴۵           |                   |          |
| رتبه تولد بیش از سه                | دارد     | ۱۹   | ۱۷/۲۷     | ۹۱   | ۸۲/۷۳           | ۰/۵۰ - ۲/۱۶       | *۰/۰۰۳   |
|                                    | ندارد    | ۲۲   | ۱۶/۶۷     | ۱۱۰  | ۸۳/۳۳           |                   |          |
| ازدواج فامیلی                      | دارد     | ۱۹   | ۱۷/۲۷     | ۹۱   | ۸۲/۷۳           | ۰/۴۱ - ۱/۷۱       | ۰/۶۲۹    |
|                                    | ندارد    | ۲۶   | ۱۹/۷۰     | ۱۰۶  | ۰/۳۰            |                   |          |
| انجام مراقبت بارداری در بخش خصوصی  | دارد     | ۲۵   | ۲۲/۷۳     | ۸۵   | ۷۷/۲۷           | ۱/۱۵ - ۵/۴۶       | *۰/۰۱۰   |
|                                    | ندارد    | ۱۴   | ۱۰/۶۱     | ۱۱۸  | ۸۹/۳۹           |                   |          |
| زایمان چند قلوبی                   | دارد     | ۱۷   | ۸۹/۴۷     | ۲    | ۱۰/۵۲           | ۱/۵۸ - ۳۱/۶۴      | *۰/۰۰۲   |
|                                    | ندارد    | ۹۳   | ۴۱/۷۰     | ۱۳۰  | ۵۸/۲۹           |                   |          |
| اشتغال مادر                        | دارد     | ۹    | ۸/۱۸      | ۱۰۱  | ۹۱/۸۲           | ۱/۱۳ - ۵۵/۰۳      | *۰/۰۱۴   |
|                                    | ندارد    | ۲    | ۱/۵۴      | ۱۲۸  | ۹۸/۴۶           |                   |          |
| وجود دیابت در بستگان درجه اول مادر | دارد     | ۲۳   | ۲۰/۹۱     | ۸۷   | ۷۹/۰۹           | ۱/۱۸ - ۶/۱۴       | *۰/۰۰۹   |
|                                    | ندارد    | ۱۲   | ۹/۰۹      | ۱۲۰  | ۹/۹۱            |                   |          |
| وزن پایین هنگام تولد               | دارد     | ۵۱   | ۵۴/۲۶     | ۴۳   | ۴۵/۷۴           | ۰/۸۳ - ۲/۷۸       | ۰/۱۳۸    |
|                                    | ندارد    | ۴۵   | ۴۳/۶۹     | ۵۸   | ۵۶/۳۱           |                   |          |
| سابقه تولد کودک کم وزن             | دارد     | ۱۵   | ۱۳/۶۴     | ۹۵   | ۸۶/۳۶           | ۱/۳۱ - ۱۴/۵۲      | ۰/۰۵۶    |
|                                    | ندارد    | ۵    | ۳/۷۹      | ۱۲۷  | ۹۶/۲۱           |                   |          |
| خواست فرزند توسط مادر              | ناخواسته | ۲۷   | ۲۴/۵۵     | ۸۳   | ۷۸/۴۵           | ۰/۵۳ - ۱/۹۰       | ۰/۹۵۶    |
|                                    | خواسته   | ۳۲   | ۲۴/۲۴     | ۱۰۰  | ۷۵/۷۶           |                   |          |

\* $\alpha \leq 0.05$  که معنی دار است

ارتباط معنی داری با نارس بدنیا آمدن کودکان نشان دادند (جدول ۱). ( $P=0/004$ )

در این مطالعه متغیرهایی خویشاوندی زوجین، سابقه دیابت بارداری، فاصله تولد کمتر از ۲ سال با کودک قبلی، ناخواستگی بودن بارداری و سابقه تولد نوزاد نارس در یکی از خوهران مادر، تفاوت معنی داری را بین گروه‌های مورد و شاهد در این مطالعه نشان نداده‌اند (جدول ۱).

همچنین آنالیز مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که با افزایش تعداد بارداری‌های مادر، شانس تولد کودکان نارس به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ولی افزایش سن و تحصیلات مادر و استعمال دخانیات توسط پدر تأثیری بر زایمان زودرس ندارد (جدول ۲).

زایمان زودرس در نوزادان پسر بیشتر از دختران بود. عواملی چون زایمان سزارین ( $OR=2/61, P=0/003$ ) سابقه پره‌اکلامپسی ( $OR=2/42, P=0/016$ )، سابقه سقط و مرده‌زایی در یکی از بارداری‌های قبلی ( $OR=2/75$ )، سابقه بستری بیش از دو روز در دوران بارداری و قبل از زایمان در بیمارستان ( $OR=5, P=0/001$ ) و انجام مراقبت‌های دوران بارداری در بخش خصوصی ( $OR=2/472, P=0/010$ )، زایمان چند قلوئی ( $OR=5/79$ )،  $P=0/025$  و سابقه تولد نوزاد کم وزن در باردای‌های قبلی ( $OR=4/10, P=0/056$ ) اشتغال مادر ( $OR=5/70$ )،  $P=0/014$  و وجود دیابت در بستگان درجه اول مادر ( $OR=2/64, P=0/009$ )، رتبه تولد بیش از سه ( $OR=1/03$ )

جدول ۲. رگرسیون لجستیک جهت بررسی تولد پره‌ترم

| مقدار P | دامنه اطمینان ۹۵ درصد | نسبت شانس (OR) | گروه شاهد |      | گروه تجربی |      | متغیرهای مستقل          |
|---------|-----------------------|----------------|-----------|------|------------|------|-------------------------|
|         |                       |                | تعداد     | درصد | تعداد      | درصد |                         |
|         |                       |                |           |      |            |      | سطح تحصیلات             |
|         |                       |                |           |      |            |      | دانشگاهی                |
| ۰/۱۷۳   | ۰/۷۳ - ۰/۵۲           | ۲/۱۵           | ۳۳/۳۳     | ۱۰   | ۳۰/۹۱      | ۶    | دبیرستان و پیش دانشگاهی |
| ۰/۵۸۲   | ۱/۵۹ - ۰/۴۳           | ۰/۸۳           | ۲۸/۰۳     | ۴۵   | ۳۳/۶۴      | ۲۹   | راهنمایی                |
| ۰/۴۲۹   | ۲/۴۵ - ۰/۶۸           | ۱/۲۹           | ۳۴/۰۹     | ۳۷   | ۳۶/۲۶      | ۳۷   | بی سواد و ابتدایی       |
|         |                       | جمعیت مرجع     | ۴/۵۵      | ۴۴   | ۹/۰۹       | ۳۴   | تعداد بارداری مادر      |
|         |                       |                |           |      |            |      | $\geq 3$                |
| *۰/۰۳۰  | ۱/۰۷ - ۳/۷۵           | ۲/۰۰           | ۱۹/۷۰     | ۲۶   | ۳۱/۸۲      | ۳۵   | $\geq 30$               |
| ۰/۶۴۰   | ۰/۶۲ - ۲/۱۴           | ۱/۱۵           | ۲۷/۲۷     | ۳۶   | ۲۵/۴۵      | ۲۸   | $18 \geq$               |
|         |                       | جمعیت مرجع     | ۵۳/۰۳     | ۷۰   | ۴۲/۷۳      | ۴۷   | ۲۹-۱۹                   |
|         |                       |                |           |      |            |      | سن مادر                 |
| ۰/۰۹۸   | ۰/۹۱ - ۲/۷۱           | ۱/۵۷           | ۳۰/۳۰     | ۴۰   | ۵۳/۶۴      | ۴۶   | $\geq 30$               |
| ۰/۴۰۵   | ۱/۸۹ - ۰/۲۰           | ۰/۶۲           | ۸/۳۳      | ۱۱   | ۴/۵۵       | ۵    | $18 \geq$               |
|         |                       | جمعیت مرجع     | ۶۱/۳۶     | ۴۰   | ۴۱/۸۲      | ۴۶   | ۲۹-۱۹                   |
|         |                       |                |           |      |            |      | استعمال دخانیات         |
| ۰/۴۸۹   | ۲/۶۳ - ۰/۶۲           | ۱/۲۸           | ۱۳/۶۴     | ۱۸   | ۱۷/۲۷      | ۱۹   | $\geq 10$               |
| ۰/۷۰۷   | ۱/۷۳ - ۰/۴۴           | ۰/۸۸           | ۱۸/۹۴     | ۲۵   | ۱۶/۳۶      | ۱۸   | ۱۰-۱                    |
|         |                       | جمعیت مرجع     | ۶۷/۴۲     | ۷۳   | ۶۶/۳۶      | ۸۹   | ۰                       |

$0.05 \leq \alpha$  که معنی دار است

تعدادی از مطالعات، فشارخون حاملگی را از عوامل مؤثر در تولد نوزادان نارس قلمداد می‌کردند و در پژوهش حاضر که به صورت گذشته نگر انجام شده است، فشارخون حاملگی از عواملی است که می‌تواند موجب افزایش زایمان زودرس شود ( $OR=2.4$ )؛ که با مطالعه قبلی دکتر محمدیان و همکارانش در ایران هم‌خوانی داشت. هرچند مطالعه J.Kang در تایوان نشان داد که داشتن فشارخون با تولد نوزاد پره‌ترم ارتباط ندارد (۱۱ و ۱۰).

نتایج این مطالعه نشان داد که اشتغال مادر، خطر تولد نوزاد نارس را افزایش می‌دهد و شانس تولد نوزاد نارس در مادران شاغل ۵/۷ برابر مادران خانه‌دار بود ( $OR=5/7$ ) و این

## بحث

از عوامل مؤثر در تولد نوزادان نارس نوع زایمان می‌باشد که در مطالعه کنونی نیز شانس تولد نوزاد نارس در زایمان‌های سزارین ۲/۶ برابر زایمان‌های طبیعی است ( $OR=2.6$ )؛ که البته می‌توان با ارائه آموزش‌های لازم و پرهیز از سزارین‌های بی‌مورد و اجرای برنامه‌های پیشگیری کننده جامع برای رواج زایمان ایمن در این منطقه، در جهت کم کردن این ریسک فاکتور مؤثر بر سلامت کودکان قدم برداشت. هر چند که عدم تفکیک سزارین‌های اورژانسی با سزارین‌های انتخابی از نقاط ضعف این مطالعه بود.

با تحقیقات مشابه بیات مختاری در مشهد به اثبات رسیده است (۱۵).

ضمناً در این مطالعه سن بالای ۳۵ سال پدر با تولد نوزاد نارس ارتباط معنی‌داری داشت. ولی عوامل سواد مادر، سیگاری بودن پدر، خویشاوندی زوجین، رتبه‌ی تولد، دیابت بارداری، سطح تحصیلات مادر، زندگی با خانواده پدری، فاصله تولد کمتر از دو سال با کودک قبلی و سابقه تولد نوزاد در خواهران مادر رابطه معنی‌داری را با تولد نوزاد نارس نشان ندادند. درحالی که در بسیاری از مطالعات مشابه رابطه معنی‌داری بین این عوامل و تولد نوزادان نارس مشاهده گردید؛ که شاید یکی از دلایل آن متفاوت بودن ویژگی‌های جوامع مورد مطالعه باشد (۱۶ و ۱۷).

### نتیجه گیری

نارس به دنیا آمدن نوزادان علت درصد قابل توجهی از مرگ‌های نوزادی و همچنین بستری طولانی مدت نوزادان در کشور است و لازم است سعی شود از فراوانی آن کاسته شود. تعداد زیادی از این عوامل قابل تغییر هستند؛ لذا باید مادران پرخطر شناسایی شده و آموزش‌های لازم برای کاهش این عوامل به آن‌ها داده شود و همچنین با افزایش سطح آگاهی خانواده‌ها، بهبود کیفیت زندگی، بهینه‌کردن مراقبت‌های دوران بارداری، تقویت برنامه‌های تنظیم خانواده، شناسایی مادران نیازمند مراقبت ویژه و ارائه خدمات مناسب به آنان در زمان‌های مورد نیاز، فعال کردن تعدادی از مراکز بهداشتی و درمانی در شیفت‌های بعداز ظهر و با پایش مداوم مراقبت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت مادر و کودک می‌توان کیفیت خدمات ارائه شده در این مراکز را بالا برد.

### تقدیر و تشکر

از مدیریت و کلیه پرسنل بخش نوزادان ۲ و ۱ بیمارستان فاطمیه دانشگاه علوم پزشکی همدان که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

اختلاف که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود؛ برخلاف یافته‌ی کوبیزولس (M.J.Saurel-Cubizolles) و همکارانش در سال ۲۰۰۴ در فرانسه بود (۱۲).

مطالعات پژوهشگران نشان می‌دهد مراقبت ناکافی در دوران بارداری از عوامل مؤثر در زایمان‌های زودرس می‌تواند باشد و بسیاری از زنانی که مراقبت‌های قبل از تولد ناکافی دریافت می‌کنند، در معرض عوارض حین تولد می‌باشند. در مطالعه حاضر انجام مراقبت بارداری در بخش خصوصی از عوامل خطرزا برای تولد نارس شناسایی شده است ( $OR=2/47$ ). در دسترس نبودن خدمات مراقبت‌های رایگان به خصوص در ساعات بعد از ظهر برای زنان شاغل، تعداد کم مراکز بهداشتی و درمانی و شلوغی مراکز بهداشتی و درمانی به دلیل کمبود پرسنل، آموزش ناکافی در مورد نحوه انجام مراقبت‌های قبل از زایمان برای پزشکان و ماماها و شاغل در بخش خصوصی و همچنین عدم پایش و نظارت کافی کارشناسان مرکز بهداشت بر نحوه‌ی ارائه خدمات در مطب‌های خصوصی، از جمله دلایلی است که به نظر می‌رسد باعث شده علی‌رغم تحمیل هزینه‌های گزاف بر خانواده‌ها برای انجام مراقبت در بخش‌های خصوصی شانس تولد نوزاد نارس در این‌گونه مادران بیشتر شود (۲).

مطالعه گروهی از محققان افزایش خطر تولد نوزاد نارس را در مادرانی که دارای سابقه تولد نوزاد نارس و کم وزن هستند، نشان می‌دهد. نتایج مطالعه کنونی نیز موافق یافته‌های آن‌ها است ( $OR=4.1$ ). با توجه به اینکه LBW با وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین ارتباط دارد؛ به طوری که بیماری‌های مادر نظیر کم‌خونی و سوءتغذیه و عوارض زایمان باعث افزایش تولد کودکان کم وزن می‌شود. به نظر می‌رسد ارتقای سطح سلامت و زندگی مادران منطقه در کاهش LBW مؤثر باشد و لازم است با چنین اقدامات پیش‌گیرانه و توصیه‌های آموزشی مناسب از تولد این کودکان جلوگیری کرد (۱۳ و ۱۴).

دوقلو زایی و داشتن سابقه سقط و مرده‌زایی و افزایش بارداری‌های مادر از عواملی هستند که می‌تواند موجب تولد نوزاد نارس باشد. این مطلب اهمیت توجه ویژه به مادران پرخطر و نیازمند مراقبت ویژه را گوش‌زد می‌کند. این نتیجه

## References

1. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1977;56(3):53-247.
2. Ratzon R, Sheiner E, Shoham-Vardi I. The role of prenatal care in recurrent preterm birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2011;154(1):4-40.
3. Flood, K. and F.D. Malone, Prevention of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med,* 2012.17(1):58-63.
4. Burris, H.H. and J.W. Collins, Jr., Race and preterm birth--the case for epigenetic inquiry. *Ethn Dis,* 2010. 20(3): 9-296.
5. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet.* 2008;371(9606):75-84.
6. Klebanoff MA, Keim SA. Epidemiology: the changing face of preterm birth. *Clin Perinatol.* 2011 Sep;38(3):339-50.
7. Tucker J, McGuire W. ABC of preterm birth: Epidemiology of preterm birth. *BMJ: British Medical Journal.* 2004;329(7467):675.
8. Passini R, Jr, Tedesco RP, Marba ST, Cecatti JG, Guinsburg R, Martinez FE, et al. Brazilian multicenter study on prevalence of preterm birth and associated factors. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:22.
9. Al-Dabbagh SA, Al-Tae WY. Risk factors for preterm birth in Iraq: a case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2006;6:13.
10. Kang JH, Lin HC. Stroke during pregnancy: no increased risk of preterm delivery and low birth weight, a nationwide case-controlled study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2010 ;81(11):4-1211.
۱۱. محمدیان س، وکیلی م، تابانده ا. بررسی عوامل مؤثر بر تولد نوزادان نارس. مجله دانشده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، سال: ۱۳۷۹؛ ۳۴: ۱۱۷-۱۲۲.
12. Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di Renzo GC, Breart G. Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey. *J Epidemiol Community Health.* 2004 May;58(5):395-401.
13. Khader Y, Al-shishani L, Obeidat B, Khassawneh M, Burgan S, Amarin ZO, et al. Maternal periodontal status and preterm low birth weight delivery: a case-control study. *Archives of gynecology and obstetrics.* 2009;279(2):165-9.
14. Abu Hamad K, Abed Y, Abu Hamad B. Risk factors associated with preterm birth in the Gaza Strip: hospital-based case-control study. *East Mediterr Health J.* 2007 Sep-Oct;13(5):1132-41.
۱۵. بیات مختاری م، تبریزیان نمین ف، دولت آبادی ا، خالصیان ب. برخی فاکتورهای مادری در ایجاد زایمان زودرس. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، سال ۱۳۸۸؛ شماره ۳ (پیاپی ۱۹): ۱۴۵-۱۴۰.
16. Messer LC, Dole N, Kaufman JS, Savitz DA. Pregnancy intendedness, maternal psychosocial factors and preterm birth. *Matern Child Health J.* 2005 Dec;9(4):403-12.
17. Newburn-Cook CV, Onyskiw JE. Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? A systematic review. *Health Care Women Int.* 2005 Oct;26(9):852-75.