

فراوانی علل بارداری پرخطر در مادران باردار شهرستان

سنقر (۱۳۹۰)

دکتر علی عزیزی^{*}

۱. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۱۸

خلاصه

مقدمه: مهم ترین راهکار برای کاهش میزان‌های ابتلاء و میرایی در جنین و مادر، پیش بینی عوارض بارداری و پیشگیری از آن است. مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی علل بارداری‌های پرخطر در زنان باردار شهرستان سنقر انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۰ با استفاده از داده‌های مربوط به ۳۱۵۷ نفر از مادران باردار مراجعه کننده به پایگاه بهداشتی مادران باردار شهرستان سنقر انجام گرفت. داده های ثبت شده در دفاتر مراقبت‌های مادران باردار شامل اطلاعات مربوط به بارداری زمان مراجعه، بارداری‌های قبلی و بیماری‌های زمینه‌ای مادر بود. به منظور توصیف داده‌ها برای متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از درصد فراوانی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون کای دو انجام شد. مقدار معناداری p کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از مجموع ۳۱۵۷ مادر باردار، ۱۲۵۶ نفر (۳۹/۸٪) بارداری پرخطر داشتند. عفونت ادراری (۵/۸٪)، سابقه سقط (۴/۰۲٪)، سن بالای ۳۵ سال مادر (۳/۸٪)، سن زیر ۱۸ سال مادر (۲/۷٪)، وزن گیری نامناسب (کم وزنی) (۲/۴۱٪)، آنمی (۲/۳۸٪)، کاهش حرکات جنین (۲/۳۴٪)، جفت سرراهی (۲/۳۱٪) و فشارخون بالای بارداری (۱/۷۴٪) بیش ترین علل بارداری پرخطر بودند. توزیع فراوانی عوامل خطر بارداری در گروه‌های سنی مادران باردار پرخطر و همچنین بر حسب گراویدیتی، تفاوت آماری معنی داری داشت ($p=0/001$).

نتیجه گیری: مهم ترین عوامل خطر در مادران باردار شهرستان سنقر عفونت ادراری (۵/۸٪)، سابقه سقط (۴/۰۲٪)، سن بالای ۳۵ سال (۳/۸٪) و سن کمتر از ۱۸ سال (۲/۷٪) بودند. شیوع جفت سرراهی بیشتر از یافته‌های سایر مطالعات بود اما شیوع دیابت بارداری و پرفشاری خون کمتر از نتایج سایر مطالعات گزارش شد.

کلمات کلیدی: بارداری، پرخطر، زنان باردار، زنان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر علی عزیزی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن:

۰۸۲-۳۴۲۷۴۶۲۲ پست الکترونیک: aliazizi@kums.ac.ir

مقدمه

بارداری یک فرآیند فیزیولوژیک منحصر به فرد و طبیعی در زندگی زنان است، اما وجود بیماری‌های زمینه‌ای مادر و یا بیماری‌های غیرمنتظره مادر یا جنین می‌تواند بارداری را بغرنج و همراه با عوارض ناخواسته نماید. بارداری زمانی پرخطر محسوب می‌شود که احتمال به وجود آمدن یک نتیجه نامطلوب در حضور یک عامل خطر بیشتر از جمعیت عمومی زنان باردار (جمعیت مرجع) باشد (۱). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، عوارض مربوط به دوران بارداری و زایمان علت اصلی مرگ و میرهای زنان را تشکیل می‌دهد (۲). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، روزانه حدود ۸۰۰ نفر از زنان در اثر علل قابل پیشگیری مرتبط با بارداری می‌میرند و ۹۹٪ تمام مرگ‌های زنان در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد (۳). شیوع بارداری پرخطر در کل جهان تا ۲۰٪ گزارش شده است، همچنین ۵۰٪ از مرگ و میرهای پری ناتال در بین حاملگی‌های پرخطر است. شیوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است؛ به عنوان مثال در شمال هند ۳۱/۴٪ (۴)، تونس ۵۹/۳٪ (۵) و نیجریه ۴۰/۱٪ (۶) گزارش شده است. همچنین شیوع بارداری‌های پرخطر در مناطق مختلف ایران متفاوت است (۷-۹).

عوامل خطر متعددی بارداری را در زمان‌های مختلف تهدید می‌کنند. طبقه بندی بارداری‌های پرخطر به صورت گروه‌های عمده شامل: بیمارهای زمینه‌ای مادر، عوامل اقتصادی اجتماعی، سابقه وجود عوامل خطر در بارداری‌های قبلی و عوامل خطر مربوط به بارداری فعلی که در طول دوران بارداری ممکن است اتفاق بیفتند، می‌باشد (۱، ۱۰). عوامل خطر مهم بارداری از لحاظ اصول مراقبت‌ها و تنظیم خانواده شامل: بارداری‌های زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، فاصله کمتر از ۳ سال بین بارداری‌ها و بارداری‌های پنجم و بالاتر می‌باشد. این موارد از علل مهم مرگ و میر مادران می‌باشد (۱۰). بارداری زیر ۱۸ سال با افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن و بارداری بالای ۳۵ سال با افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی،

جفت سرراهی و آنومالی جنینی می‌تواند همراه باشد. گراوید پنجم و بالاتر باعث افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آنمی، زایمان سخت و ماکروزومی می‌شود. فاصله کمتر از ۳ سال بین بارداری‌ها می‌تواند با افزایش احتمال زایمان زودرس، کم وزن هنگام تولد، خالی شدن ذخایر غذایی و آنمی مادر همراه باشد (۱، ۱۰).

شناخت حاملگی‌های پرخطر نه فقط به این دلیل که تشخیص آن اولین قدم در جهت پیشگیری است، بلکه پزشک می‌تواند خطر و مشکل بالقوه را به درستی ارزیابی و با اقدامات درمانی مناسب، خطر حاصل برای مادر و جنین یا نوزاد را کاهش دهد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی فراوانی علل بارداری‌های پرخطر در زنان باردار شهرستان سنقر در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۰ با استفاده از داده‌های ثبت شده در دفاتر "ثبت مراقبت مادران باردار" در تنها پایگاه بهداشتی مادران شهرستان سنقر انجام شد. شهرستان سنقر با جمعیت ۹۹۸۹۸ نفری (بر اساس سرشماری کشوری سال ۱۳۹۰) در شمال شرق استان کرمانشاه قرار دارد. "پایگاه بهداشتی مادران" برخلاف "پایگاه‌های بهداشتی شهری" مرسوم فقط اختصاص به بهداشت مادران دارد و در شهرستان فقط یک پایگاه وجود دارد که تمام موارد ارجاعی بارداری پرخطر از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی را توسط کارشناس ارشد مامایی پوشش می‌دهد. تعداد مادران باردار مراجعه کننده و ارجاع داده شده به این مرکز از اول فروردین لغایت پایان اسفند ماه سال ۱۳۹۰، ۳۱۵۷ نفر بودند که توسط یک نفر کارشناس مامایی مورد معاینه و بررسی قرار می‌گرفتند. در این مطالعه، بارداری پرخطر به بارداری اطلاق می‌شد که بر اساس دستورالعمل مراقبت‌های دوران بارداری وزارت بهداشت دارای حداقل یکی از موارد: فشارخون بالا، آبریزش (پارگی کیسه آب)، آنمی، وزن گیری نامناسب (کاهش یا افزایش وزن)، حاملگی طول کشیده، سن زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال مادر، بارداری

میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی از درصد فراوانی و جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد بررسی از آزمون کای دو انجام شد. مقدار معناداری P کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

مجموع مادران باردار مراجعه کننده و ارجاع داده شده به پایگاه بهداشتی مادران در طی سال ۱۳۹۰، ۳۱۵۷ نفر با میانگین سنی $26/48 \pm 5/5$ سال بودند. حداقل سن مادران باردار ۱۵ و حداکثر آن ۵۳ سال بود. از مجموع افراد، ۱۲۶۵ نفر (۳۹/۸٪) بارداری پرخطر داشتند و ۱۹۰۱ نفر (۶۰/۲٪) جهت دریافت مراقبت‌های معمول دوران بارداری بر اساس دستورالعمل کشوری مراجعه کرده بودند (جدول ۱).

پنجم و بالاتر، چند قلوبی، بیماری های مزمن مادر، سوابق بارداری پرخطر در بارداری‌های قبلی و ... بودند (۱۰). در این مطالعه عوامل خطر بارداری به سه گروه عمده: عوامل خطر بارداری فعلی، عوامل خطر مربوط به مادر و عوامل خطر بارداری‌های قبلی تقسیم شدند. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، داده‌های موجود در دفاتر مراقبت‌های مادران باردار، در چک لیست طراحی شده ثبت (با رعایت محرمانه بودن اطلاعات افراد مورد بررسی) و سپس جهت آنالیز آماری، داده‌ها وارد نرم افزار SPSS (نسخه ۲۰) شدند. مادران بارداری که چند بار مراجعه کرده بودند، فقط اولین مراجعه آنان محاسبه شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد. به منظور توصیف داده‌ها برای متغیرهای کمی از

جدول ۱- توزیع فراوانی مادران باردار مورد مطالعه برحسب نوع بارداری

فراوانی	درصد
۱۹۰۱	۶۰/۲
۱۲۵۶	۳۹/۸
۳۱۵۷	۱۰۰

(۲/۷٪) بودند. این بیماری ها به ترتیب شامل هیپوتیروئیدی (۰/۲۵٪)، میگرن (۰/۲۲٪)، صرع (۰/۱۹٪)، آسم (۰/۱۳٪) و پرفشاری خون (۰/۱۱٪) بودند.

از سه گروه عمده عوامل خطر بارداری، عوامل خطر مربوط به مادر (۲۰/۵۴٪) بیش ترین علل بارداری پرخطر بودند (جدول ۲). مهم ترین عوامل خطر مربوط به مادر به ترتیب شیوع شامل عفونت ادراری (۵/۸٪)، سن بالای ۳۵ سال (۳/۸٪) و سن کمتر از ۱۸ سال

جدول ۲- توزیع فراوانی بارداری‌های پرخطر برحسب گروه های عمده عوامل خطر

فراوانی	درصد
۱۹۰۱	۶۰/۲
۴۳۳	۱۳/۷۲
۶۴۸	۲۰/۵۴
۱۷۵	۵/۵۴
۳۱۵۷	۱۰۰

عوامل خطر بارداری‌های قبلی، سابقه سقط (۴/۰۲٪) و سابقه سزارین (۰/۶۷٪) شیوع بیشتری داشتند (جدول ۳).

شایع ترین عوامل خطر مربوط بارداری فعلی، کاهش حرکات جنین (۲/۳۴٪)، جفت سرراهی (۲/۳۱٪) و فشارخون بالای بارداری (۱/۷۴٪) گزارش شد. در بین

جدول ۳- توزیع شیوع بارداری‌های پرخطر بر حسب عوامل خطر (تعداد = ۳۱۵۷ نفر)

درصد	فراوانی	علت بارداری پرخطر	
۲/۳۴	۷۴	کاهش حرکات جنین	
۲/۳۱	۷۳	جفت سرراهی	
۱/۷۴	۵۵	پرفشاری خون بارداری	
۱/۱۱	۳۵	گراوید ≤ 5 بار	
۰/۹۵	۳۰	دوقلویی	
۰/۹۲	۲۹	نمایش بریج	
۰/۸۹	۲۸	سقط	
۰/۷۹	۲۵	دیابت بارداری	
۰/۴۸	۱۵	زایمان زودرس	
۰/۴۱	۱۳	میوم	
۰/۲۲	۷	پره اکلامپسی	
۰/۲۲	۷	سرکلاژ	
۰/۲۲	۷	ناهنجاری های CNS	موارد خطر بارداری فعلی
۰/۱۹	۶	ماکروزومی	
۰/۱۹	۶	IUGR	
۰/۱۳	۴	بارداری با IVF	
۰/۱۳	۴	نمایش عرضی	
۰/۱۳	۴	مول	
۰/۰۶	۲	پلی هیدروآمنیوس	
۰/۰۶	۲	بارداری خارج رحمی	
۰/۰۶	۲	دکولمان	
۰/۰۶	۲	بارداری با IUD	
۰/۰۳	۱	بارداری با TL	
۱۳/۶۵	۴۳۱	جمع موارد خطر بارداری فعلی	
۴/۰۲	۱۲۷	سابقه سقط	
۰/۶۷	۲۱	سابقه سزارین	
۰/۴۸	۱۵	سابقه زایمان زودرس	
۰/۲۲	۷	سابقه پره اکلامپسی	موارد خطر در بارداری‌های قبلی
۰/۲۲	۷	سابقه مرگ جنین داخل رحمی	
۵/۶۱	۱۷۷	جمع موارد خطر در بارداری‌های قبلی	
۵/۸	۱۸۳	عفونت ادراری	
۳/۸	۱۲۰	سن بیشتر از ۳۵ سال	
۲/۶۶	۸۴	سن کمتر از ۱۸ سال	
۲/۴۱	۷۶	وزن گیری نامناسب (کم وزنی)	
۲/۳۸	۷۵	آنمی	
۱/۴۶	۴۶	RH منفی	عوامل خطر مربوط به مادر
۱/۱۴	۳۶	وزن گیری نامناسب (اضافه وزن)	
۰/۸۹	۲۸	بیماری زمینه ای	
۲۰/۵۳	۶۴۸	جمع عوامل خطر مربوط به مادر	
۳۹/۷۸	۱۲۵۶	جمع کل بارداری پرخطر	
۶۰/۲۲	۱۹۰۱	بارداری‌های بدون خطر	

از مجموع مراجعین، ۲۸ نفر (۰/۸۹٪) از مادران باردار به دلیل سقط مراجعه کرده بودند و سابقه سقط در بارداری های قبلی در ۱۲۷ نفر (۰/۴۰۲٪) گزارش شد که از این تعداد ۱۰۳ نفر (۰/۸۰۱٪) یک بار، ۲۳ نفر (۰/۱۸۱٪) دو بار و ۱ نفر، سه بار سابقه سقط داشتند. در بین مراجعین، ۸۴ نفر (۰/۲۷٪) سن زیر ۱۸ سال با بارداری اول (گراوید یک) و ۸ نفر (۰/۰۲۵٪) سن بالای ۳۵ سال و گراوید یک بودند. سایر مادران باردار با گراوید ۱ (۰/۱۶۲٪) سن بین ۱۸-۳۵ سال داشتند که بر اساس دستورالعمل کشوری مراقبت‌های بارداری پرخطر محسوب نشدند.

توزیع عوامل خطر بارداری در گروه‌های سنی (که خود به تنهایی باعث پرخطر بودن بارداری می‌باشند) مادران باردار پرخطر، تفاوت آماری معنی‌داری داشت (p=۰/۰۰۱). به عبارتی در مادران باردار با بارداری پرخطر در هر سه زیر گروه مهم سنی در بارداری (زیر ۱۸ سال، بالای ۳۵ سال و ۱۸-۳۵ سال) عوامل خطر مربوط به مادر بیشتر از عوامل خطر بارداری فعلی و عوامل خطر در بارداری‌های قبلی بود، اما مقایسه توزیع فراوانی هر یک از این سه گروه عوامل خطر در گروه‌های سنی ذکر شده بیانگر متفاوت بودن توزیع آن‌ها بود (جدول ۴).

جدول ۴- مقایسه توزیع فراوانی گروه‌های عوامل خطر بارداری در گروه‌های سنی مادران با بارداری پر خطر (n=۱۲۵۶)

عوامل خطر بارداری فعلی	زیر ۱۸ سال	۱۸ تا ۳۵ سال	بالای ۳۵ سال	جمع
۳۹ (۴۶/۴)	۳۵۰ (۳۳/۳)	۴۲ (۳۵/۰)	۴۳۱ (۳۴/۳)	۸۴ (۱۰۰)
۴۵ (۵۳/۶)	۵۵۶ (۵۲/۸)	۴۷ (۳۹/۲)	۶۴۸ (۵۱/۶)	۱۲۰ (۱۰۰)
۰ (۰)	۱۴۶ (۱۳/۹)	۳۱ (۲۵/۸)	۱۷۷ (۱۴/۱)	۱۰۵۲ (۱۰۰)
جمع	۸۴ (۱۰۰)	۱۰۵۲ (۱۰۰)	۱۲۰ (۱۰۰)	۱۲۵۶ (۱۰۰)

$$X^2=۳۳/۴۱, df=۴, p=۰/۰۰۱$$

در مادران باردار با گراویدیتی پنج و بالاتر، علل بارداری پر خطر بیشتر ناشی از عوامل خطر مربوط به بارداری فعلی (مثل جفت سرراهی، پرفشاری خون بارداری، کاهش حرکات جنین و ...) بود. اما در گراویدیتی زیر پنج علل بارداری پر خطر بیشتر به دلیل عوامل خطر

مربوط به مادر (مثل سن بالای ۳۵ سال، سن زیر ۱۸ سال، وزن گیری نامناسب مادر و ...) گزارش شد. به عبارتی توزیع فراوانی عوامل خطر بارداری با گراویدیتی رابطه آماری معناداری داشت (p=۰/۰۰۱) (جدول ۵).

جدول ۵: مقایسه توزیع فراوانی گروه‌های عوامل خطر بارداری بر حسب گراوید در مادران با بارداری پر خطر (n=۱۲۵۶)

عوامل خطر بارداری فعلی	گراوید ۱	گراوید ۲ تا ۴	گراوید ۵ و بیشتر	جمع
۲۱۷ (۳۵/۹)	۱۹۸ (۳۲/۱)	۱۶ (۴۵/۷)	۴۳۱ (۳۴/۳)	۶۴۸ (۵۱/۶)
۳۸۷ (۶۴/۱)	۲۵۰ (۴۰/۵)	۱۱ (۳۱/۴)	۶۴۸ (۵۱/۶)	۱۷۷ (۱۴/۱)
۰ (۰)	۱۶۹ (۲۷/۴)	۸ (۲۲/۹)	۱۷۷ (۱۴/۱)	۱۲۵۶ (۱۰۰)
جمع	۶۰۴ (۱۰۰)	۶۱۷ (۱۰۰)	۳۵ (۱۰۰)	۱۲۵۶ (۱۰۰)

$$X^2=۱۱/۷۲, df=۴, p=۰/۰۰۱$$

بحث

در این مطالعه شیوع بارداری پرخطر ۳۹/۸٪ بود. شیوع بارداری پرخطر در مطالعات انجام شده در مناطق مختلف، متفاوت گزارش شده است. در مطالعه کاشانی و همکاران (۲۰۱۲) در گرگان ۶۳/۵٪، در مطالعه سلیمانی زاده و همکاران (۲۰۰۴) در بزم ۵۲٪، در

مطالعه بوفیا و همکاران (۲۰۱۳) در تونس ۲۵/۶٪، در مطالعه انیبو و همکاران (۲۰۰۸) در استان انوگا نیجریه ۴۰/۱٪، در مطالعه اویبو و همکاران (۲۰۱۱) در استان ابونی نیجریه ۲۶٪، در مطالعه پودل (۲۰۰۸) در شرق نیپال ۳۰/۸٪، در مطالعه بارتی (۲۰۱۳) در هاریانای هند ۳۱/۴٪ و در مطالعه حافظ (۲۰۱۴) در طائف

سایر مطالعات مشابه شیوع کمتری داشت (۷، ۹، ۱۲، ۱۸-۱۶). شیوع بارداری با سن بالای ۳۵ سال در شهرستان یاسوج ۵/۳٪، بم ۶/۶٪ و در گیلان ۹/۸٪ گزارش شد (۷، ۹، ۱۲، ۱۶). حاملگی های پرخطر از لحاظ اصول مراقبت ها و تنظیم خانواده شامل: حاملگی های زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال، فاصله کمتر از ۳ سال بین بارداری ها و بارداری های پنجم و بالاتر می باشد. این موارد فوق الذکر از علل مهم مرگ و میر مادران می باشد (۱۰). اغلب مطالعات انجام شده تأکید بر ارتباط سن کم مادر در اولین وضع حمل با عوارض زایمان یا مرگ و میر مادران دارند. بارداری زیر ۱۸ سال با افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان زودرس، زایمان سخت، نوزاد کم وزن و بارداری بالای ۳۵ سال می تواند با افزایش احتمال پره اکلامپسی، آنمی، زایمان سخت، دیابت، ماکروزومی، جفت سرراهی و آنومالی جنینی همراه باشد (۱۰، ۱۶، ۲۱-۱۹).

بارداری های پنجم و بالاتر در مطالعه حاضر ۱/۱۲٪ گزارش شد که کمتر از نتیجه مطالعه پاسدار و همکاران در کرمانشاه (۲۰۱۲) (۳/۲٪) می باشد (۷). گراوید پنجم و بالاتر در مطالعه سلیمانی زاده (۲۰۰۴) در بم ۸/۸٪ و در مطالعه حافظ (۲۰۱۴) در طائف عربستان ۴۷٪ محاسبه شد (۱۲، ۱۵). گراوید پنجم و بالاتر باعث افزایش احتمال چسبندگی جفت، جفت سرراهی، آنومی، زایمان سخت و ماکروزومی می شود (۱۰). تفاوت شیوع گراویدیتی در مناطق مختلف می تواند به دلیل متفاوت بودن نگرش جوامع مورد مطالعه در مورد تعداد فرزندان خانواده، سطح آگاهی، نگرش و عملکرد زنان در مورد علل بارداری های پر خطر و میانگین سن ازدواج باشد.

در مطالعه حاضر شیوع آنمی ۲/۳۸٪، در مطالعه پاسدار و همکاران در کرمانشاه (۲۰۱۲) ۳/۶٪، در شهرستان بم ۰/۶٪، تهران ۸/۶٪، در طائف عربستان ۲۵/۳٪ و در هند ۴۹/۷٪ گزارش شد (۷، ۱۲، ۱۵، ۲۲، ۲۳).. کاهش قابل توجه شیوع آنمی در این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده در ایران با سایر کشورها، می تواند ناشی از افزایش آگاهی مادران، افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و افزایش درصد پوشش مراقبت های

عربستان ۴۴٪ گزارش شده است (۴-۶، ۱۵-۱۱). تفاوت شیوع بارداری پرخطر در مطالعات انجام شده در مناطق مختلف می تواند به دلیل تفاوت در توزیع جغرافیایی علل متنوع بارداری های پرخطر [علل محیطی (محیط اجتماعی، فیزیکی و بیولوژیک)، اقتصادی و فرهنگی]، سطح آگاهی و سواد زنان، میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و کمیت و کیفیت مراقبت های دوران بارداری باشد. همچنین تفاوت در متدولوژی مطالعات موجود (از قبیل حجم نمونه، منبع جمع آوری داده ها (جامعه، بیمارستان، مراکز بهداشتی درمانی و ...) بی شک در تفاوت نتایج گزارش شده از مطالعات مختلف مؤثر می باشد.

میانگین سن مجموع مادران باردار مورد مطالعه (۳۱۵۷ نفر) $26/48 \pm 5/55$ سال و میانگین سن مادران با بارداری پرخطر (۱۲۵۶ نفر) $26/44 \pm 6/43$ سال با محدوده سنی ۵۳-۱۵ سال گزارش شد که این یافته با نتایج مطالعه صفری و همکاران (۲۰۰۸) در یاسوج که میانگین سن بارداری پرخطر $25 \pm 5/3$ سال بود، مطالعه اوپیو و همکاران (۲۰۱۱) در نیجریه ($25/3 \pm 3/1$ سال) و مطالعه سلیمانی زاده و همکاران (۲۰۰۴) در بم ($25/52$ سال)، تقریباً همخوانی داشت (۹، ۱۲، ۱۳). اما در مطالعه درخشان و همکاران (۲۰۱۲) در شهرستان گناوه میانگین سن بارداری ۳۱ سال و نیز در مطالعه بوفیا و همکاران در تونس $31/3 \pm 5/4$ سال گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۵، ۸) که این تفاوت در میانگین سن ازدواج و بارداری می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و دسترسی به خدمات بهداشتی در جوامع مختلف باشد.

در مطالعه حاضر شیوع بارداری با سن کمتر از ۱۸ سال در مادران باردار مورد مطالعه ۲/۷٪ گزارش شد که مشابه میانگین شیوع آن در استان کرمانشاه (۳٪) بود (۷). اما شیوع بارداری زیر ۱۸ سال در شهرستان یاسوج ۲/۱٪، بم ۱۱/۸٪، گیلان ۰/۸٪، چین ۲٪، آمریکا ۱۸٪ و در آفریقا بیش از ۵۰٪ گزارش شده است (۹، ۱۲، ۱۸-۱۶). درصد فراوانی مادران باردار با سن بالای ۳۵ سال در مطالعه حاضر ۳/۸٪ بود که در مقایسه با نتیجه مطالعه پاسدار و همکاران در کرمانشاه (۲۰۱۲) و نتایج

دوران بارداری در مراکز بهداشتی درمانی با اجرای برنامه کشوری "مادری ایمن" (مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران) و قبل از بارداری (از جمله اجرای طرح آهن یاری در مدارس دخترانه، گسترش غنی سازی آرد و سایر مواد غذایی با آهن) در کشور باشد.

در این مطالعه شیوع عفونت های ادراری ۵/۲٪، در مطالعه صفری (۲۰۰۸) در شهر یاسوج ۶٪، در بم ۱۲/۳٪ و در سمنان ۳/۳٪ گزارش شد (۹، ۱۲، ۲۴). به طور کلی شیوع عفونت های ادراری در زنان باردار ۱۰-۴٪ می باشد که میزان شیوع بر حسب سن، جنس، فعالیت جنسی و وجود اختلالات ساختاری دستگاه ادراری متفاوت است (۲۵). خطر ابتلاء به عفونت های ادراری در زنان به دلیل کوتاه تر بودن طول مجرای ادرار نسبت به مردان، عدم وجود پروستات، بارداری و آلودگی راحت مجرای ادرار به فلور مدفوع عفونت های ادراری بیشتر است (۲۶). در بارداری دیپلاتاسیون حالب بر اثر افزایش سطح سرمی هورمون پروژسترون به وجود می آید و تا پایان باقی می ماند که باعث طولانی شدن زمان ماندن ادرار در مثانه و ریفلکس ادرار از مثانه به حالب می شود که باعث افزایش خطر ابتلاء به عفونت های ادراری می شود (۲۷). عفونت های ادراری در بارداری می توانند منجر به زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد نوزاد و افزایش ۲۰ تا ۳۰ برابری تبدیل شدن به عفونت کلیه در مقایسه با زنان غیر باردار شوند (۲۵).

در مطالعه حاضر شیوع جفت سرراهی ۲/۳۱٪، در مطالعه نانکلی و همکاران (۲۰۱۴) در کرمانشاه بر روی ۲۶۹۶ مادر باردار ۳/۶٪، در کرمان ۰/۹٪، در رشت ۰/۲۴٪، در لهستان ۰/۲٪ و در پاکستان ۴/۲٪ گزارش شد (۲۸-۳۲) که این تفاوت در میزان شیوع در مناطق مختلف جغرافیایی می تواند ناشی از نژاد (با تأثیر بر ساختار لگن)، حجم نمونه مورد بررسی و روش انتخاب نمونه ها (در دسترس یا مبتنی بر جمعیت) باشد (۳۱-۳۳).

شیوع دیابت بارداری در مطالعه حاضر ۰/۷۹٪، در استان کرمانشاه (۲۰۱۲) ۱/۲٪ و در مطالعه رحیمی و همکاران (۲۰۱۰) در کرمانشاه ۳/۴۳٪ گزارش شده

است (۷، ۳۴). شیوع دیابت بارداری در ایران در مطالعه مروری جانقربانی و انجذاب که بر روی مطالعات انجام شده در این خصوص تا سال ۱۳۸۷ صورت گرفت، در کل ۳/۹٪ و در مناطق مختلف کشور از ۱/۳٪ تا ۱۱/۹٪ متغیر گزارش شد (۳۵) که این تفاوت شیوع می تواند ناشی از تفاوت در روش های غربالگری و نیز ویژگی های جمعیتی مانند متوسط سن بارداری، شاخص توده بدنی موقع بارداری و کرایتریاهای تشخیصی در مطالعات مختلف باشد.

شیوع پرفشاری بارداری در مطالعه حاضر ۱/۷۴٪، متوسط شیوع در استان کرمانشاه (۲۰۱۲) ۱/۴٪ (۷)، در شیراز ۲/۳۲٪ (۳۶)، در تهران ۹/۸٪ (۳۷)، در هند ۷/۸٪ (۳۸) و در مطالعه مقایسه بین المللی (از سال ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۷) که توسط روبرتز و همکاران (۲۰۱۱) انجام شد، شیوع پرفشاری بارداری ۹/۱-۳/۶٪ (۳۹) گزارش شد. تفاوت در نتایج مطالعات مختلف می تواند ناشی از تفاوت افراد مورد مطالعه در متغیرهای فردی مانند سن، تعداد بارداری های قبلی و وضعیت اقتصادی اجتماعی بر شیوع فشارخون بارداری باشد (۴۰، ۴۱).

در این مطالعه علت مراجعه و ارجاع ۲/۳۴٪ مادران باردار کاهش حرکات جنین بود. در مطالعات مختلف شیوع کاهش حرکات جنین ۱۵-۴٪ گزارش شده است (۴۲-۴۶). در زنان باردار با کاهش حرکات جنین میزان بروز مرده زایی ۲/۹ برابر و تولد نوزاد با وزن کم برای سن بارداری ۱۹/۵۳ برابر افزایش می یابد (۴۶). بنابراین کاهش حرکات جنین در زنان باردار نیاز به بررسی دقیق و مراقبت خاص دارد (۴۷، ۴۸).

حجم نمونه نسبتاً بالا و پوشش بالای مراقبت های بارداری از نقاط قوت این مطالعه بود. از دیگر نقاط قوت این مطالعه، داشتن جمعیت تعریف شده تحت پوشش یک شبکه بهداشت و درمان در یک منطقه جغرافیایی معین (جمعیت یک شهرستان ۹۹۸۹۸۵ نفری) بود. به عبارتی تمام مادران باردار این شهرستان طبق دستورالعمل کشوری مربوطه توسط خانه های بهداشت، پایگاه های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی تحت مراقبت های دوران بارداری بودند و موارد بارداری پرخطر توسط مراکز فوق ارجاع داده می

۱۸ سال (۲/۷٪) هستند. شیوع جفت سرراهی بیشتر از یافته‌های سایر مطالعات بود اما شیوع دیابت بارداری و پرفشاری خون کمتر از نتایج سایر مطالعات گزارش شد. نتایج این مطالعه به اهمیت آموزش‌های عمومی جهت ارتقاء سطح آگاهی و نگرش جامعه به منظور پیشگیری از بارداری پرخطر، به خصوص سن مناسب بارداری در زنان اشاره دارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری مسئولین و پرسنل شبکه بهداشت و درمان شهرستان سنقر تشکر و قدردانی می‌شود.

شدند. بنابراین می‌توان گفت نمونه‌های مورد بررسی (زنان با بارداری پرخطر) معرف مناسبی برای جامعه مورد مطالعه (کل زنان باردار شهرستان) بودند. از طرفی مهم‌ترین محدودیت این مطالعه، محدودیت استفاده از داده‌های موجود (در کل) بود. در این نوع مطالعات، محقق محدود به داده‌های ثبت شده و موجود می‌شود که ممکن است تمام متغیرهای مورد نظر محقق را شامل نشود.

نتیجه‌گیری

بارداری پرخطر در شهرستان سنقر از شیوع بالایی برخوردار است. مهم‌ترین عوامل خطر در مادران باردار شهرستان سنقر عفونت ادراری (۵/۸٪)، سابقه سقط (۴/۰۲٪)، سن بالای ۳۵ سال (۳/۸٪) و سن کمتر از

منابع

- James D.K, Steer P.J, Weiner C.P, Gonik B. High Risk Pregnancy: Management Options. 4th Edition. Elsevier- Saunders, 2011:p 76- 91
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. 23rd ed, New York, 2010, The McGraw-Hill Companies. pp. 189- 215.
- WHO. Maternal mortality. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- Bharti M, Kumar V, Kaure A, Chawla S, Malik M. Prevalence and Correlates of High Risk Pregnancy in Rural Haryana: A Community Based Study. Int J Basic Applied Med Sci 2013; 3 (2): 212-7
- Bouafia N, Mahjoub M, Nouira A, Ben Aissa R, Saïdi H, Guedana N, et al. Epidemiology of high risk pregnancy in Sousse, Tunisia. EMHJ 2013; 19(5): 465-73.
- Aniebue UU , Aniebue PN. A risk assessment for pregnancy using the World Health Organization classifying form in primary health-care facilities in Enugu. Nigeria. Trop Doct 2008 ; 38(3): 135-7.
- Pasdar Y, Heidari N, Safari Y, Safari Faramani R, Izadi N, Jamshidpour M, et al. Prevalence of Some Risk Factors in Pregnant Women. Ir J Obstet Gynecol Infertility 2012; 15 (21): 14-23.
- Darakhshan S, Farvardine M, Esmaeil- Zadeh M. Prevalence of high-risk pregnancies in mothers city Gnavh- 1390. Congress to promote infant health. Mashhad, 7 to 9 Persian date Bahman 1391. Page 93. <http://congress.mums.ac.ir/erepository/archive/110/papers/53622/>
- Safari M, Yazdanpanah B, Yazdanpanah Sh. The risk pregnancy and related factors in women attending health centers yasooj. Journal of Hamadan University of Medical Sciences, 1387; 16 (2): 18- 24. http://nmj.umsha.ac.ir/browse.php?a_id=1051&sid=1&slc_lang=fa
- Valafar SH, et al. Integrated maternal health care, especially general practitioners. Sixth edition, Tehran, Ministry of Health and Medical Education of Iran, 1388. http://www.zums.ac.ir/page.php?slct_pg_id=7642&sid=7&slc_lang=fa
- Kashani E, Hassanzad A, Arab Amiri M. The rate of prevalence of high-risk pregnancies and the effect on parameters after the birth. Advances in Environmental Biology 2012; 6(3):1319-1324. <http://eprints.goums.ac.ir/2035/>
- SoleymaniZadeh L, Abbaszadeh A, Danesh A, Basiri N, Arab M. ASSESSMENT OF HIGH RISK PREGNANCY IN BAM MAHDIEH MATERNITY HOSPITAL, 2001. J Shahrekord Uni Med Sci 2004; 6 (2):67-73.
- Oyibo PG, Ebeigbe PN, Nwonwu EU. Assessment of the risk status of pregnant women presenting for antenatal care in a rural health facility in Ebonyi State, South Eastern Nigeria. N Am J Med Sci 2011 ; 3(9): 424-7.
- IS Paudel, SP Singh, N Jha, A Vaishya, RN Mishra. HIGH RISK PREGNANCIES AND ITS CORRELATES AMONG THE WOMEN OF EASTERN NEPAL. Indian J Prev Soc Med 2008; 39(3& 4): 133- 9
- Hafez SK, Dorgham LS, Suheir AM. Sayed SAM. Profile of High Risk Pregnancy among

- Saudi Women in Taif-KSA. *World J Med Sci* 2014; 11 (1): 90-7.
16. Zohairi Z, Sharemi SH, Faraj R, Asghar- Nia M, Atrkar- Roshan Z. The relationship between age and pregnancy outcome. *Guilan University of Medical Sciences Journal*, 1385, 15 (60): pp. 78-73.
http://journal.gums.ac.ir/browse.php?a_id=433&sid=1&slc_lang=fa
 17. Sun L, Yue H, Sun B, Han L, Tian Z, Qi M, et al. Estimation of high risk pregnancy contributing to perinatal morbidity and mortality from a birth Population-based regional survey in 2010 in China. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 338.
 18. WHO. Adolescent pregnancy. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/adolescent_pregnancy/en/
 19. Ates S, Batmaz G, Sevket O, Molla T, Dane C, Dane B. Pregnancy Outcome of Multiparous Women Aged over 40 Years. *Int J Reprod Med* 2013; 2013:287519.
 20. Blomberg M, Birch Tyrberg R, Kjølhed P. Impact of maternal age on obstetric and neonatal outcome with emphasis on primiparous adolescents and older women: a Swedish Medical Birth Register Study. *BMJ Open* 2014; 4(11): e005840.
 21. Delpisheh A, Brabin L, Attia E, Brabin BJ. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17(6): 965-70.
 22. Davari- Tanha F, Kavah Mahbod, Salehi B. prevalence of anemia among pregnant women and its relation to maternal factors and pregnancy outcome, *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences* 2006; 11(25-24): pp. 31-23. http://hayat.tums.ac.ir/browse.php?a_id=235&sid=1&slc_lang=fa
 23. Kalaivani K. Prevalence and consequences of anemia in pregnancy. *Indian J Med Res* 2009;130(3): 627-3.3
 24. Jazayeri Moghadas A, Irajian G. Asymptomatic Urinary Tract Infection in Pregnant Women. *I J P* 2009; 4(3): 105 -8.
 25. Colgan R, Nicolle LE, Mcglone A, Hooton TM. Asymptomatic bacteriuria in adults. *Am Fam Physician* 2006; 74(6): 985-90.
 26. Cunningham FG, Lucas MJ. 7 Urinary tract infections complicating pregnancy. *Baillière's Clinic Obstet Gynecol* 1994; 8(2): 353-73.
 27. Awaness AM, Al-Saadi MG, Aadoas SA. Antibiotics Resistance in Recurrent Urinary Tract Infection. *Kufa Med J* 2000.
 28. Delzell JE Jr, Lefevre M L. Urinary tract infections during Pregnancy. *Am Family Physician* 2000; 61(3): 713-20.
 29. Nankali A, Keshavarzi F, Shajari A, Daeichin S. Frequency of Placenta Previa and Maternal Morbidity Associated with Previous Cesarean Delivery. *Open J Obstet Gynecol* 2014; 4(14): 903-8.
 30. Ally BSH. frequency of placenta previa in emergency obstetric Kerman. *Yazd University of Medical Sciences* 1379; 8(4): pages 22-29. <http://health.barakatkns.com/article/45921/>
 31. Faraji R, Asgharnia M, Aghazadeh S, Dalil Heirati SF, Movaseghi A. Evaluation of The Incidence Rate Of Placenta Previa and Its Association With Low Birth Weight and Preterm Delivery, In Patients Referred To Rasht Al-Zahra Hospital During 2001-2006. *Iran J Surg* 2012; 20(3): 28-33.
 32. Cieminski A, Długolecki F. Relationship between placenta previa and maternal age, parity and prior caesarean deliveries. *Ginekol Pol* 2005; 76(4): 284-9.
 33. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10(6): 414-9.
 34. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Veronique Filippi VE. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health* 2013; 18(6): 712-24.
 35. Rahimi MA, Dinari J, Najafi F. prevalence and risk factors associated with gestational diabetes in pregnant women in Kermanshah (1387). *Journal of Kermanshah University Medical Science* 1389; 14 (3): 250-244 .
<http://journals.kums.ac.ir/ojs/index.php/jkums/article/view/256>
 36. Janghorbani M, Enzejab B. Review of Epidemiology of Gestational Diabetes in Iran. *J Isfahan Med School* 2010; 28(110): 509 25.
 37. Zibaenezhad MJ, Ghodsi M, Arab P, Gholzom N. The Prevalence of Hypertensive Disorders of Pregnancy in Shiraz, Southern Iran. *ICRJ* 2010; 4(4): 168-72.
 38. Khosravi S, Soheila Dabiran S, Lotfi M, Asnavandy M. Study of the Prevalence of Hypertension and Complications of Hypertensive Disorders in Pregnancy. *OJPM* 2014; 4(11): 860-7.
 39. Sajith M, Nimbargi V , Modi A , Sumariya R, Pawar A. Incidence of pregnancy induced hypertension and prescription pattern of antihypertensive drugs in pregnancy. *IJPSR* 2014; 5(4): 163-70.
 40. Roberts CL, Ford JB, Algert CS, Antonsen S, Chalmers J, Cnattingius S, et al. Population-based trends in pregnancy hypertension and pre-eclampsia: an international comparative study. *BMJ Open* 2011; 1(1): e000101.
 41. Yucesoy G, Ozkan S, Bodur H, Tan T, Caliskan E, Vural B, et al. Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 273(1): 43-9.
 42. Gaio DS, Schmidt MI, Duncan BB, Nucci LB, Matos MC, Branch-tein L. Hypertensive disorders in pregnancy: frequency and associate factors in a cohort of Brazilian women. *Hypertens Pregnancy* 2001; 20(3): 269-81.
 43. Tveit JV, Saastad E, Stray-Pedersen B, Børndahl PE, Flenad V, Ruth Fretts R. et al. Reduction of

- late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines-. a clinical quality improvement BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:49
<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/9/32>
44. Frøen JF. A kick from within--fetal movement counting and the cancelled progress in antenatal care. *J Perinat Med* 2004; 32(1): 13-24.
 45. Frøen JF, Saastad E, Tveit JV, Børdahl PE, Stray-Pedersen B. Clinical practice variation in reduced fetal movements. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005; 125(19): 2631-4.
 46. Tveit JV, Saastad E, Stray-Pedersen B, Børdahl PE, Flenady V, Fretts R, et al. Reduction of late stillbirth with the introduction of fetal movement information and guidelines - a clinical quality improvement. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9: 32.
 47. O'Sullivan O, Stephen G, Martindale E, Heazell AE. Predicting poor perinatal outcome in women who present with decreased fetal movements. *J Obstet Gynaecol* 2009; 29(8): 705-10.
 48. Eli Saastad, Brita A. Winje, Babill Stray Pedersen, J Frederik Frøen. Fetal Movement Counting Improved Identification of Fetal Growth Restriction and Perinatal Outcomes – a Multi-Centre, Randomized, Controlled Trial. *PLoS One* 2011; 6(12): e28482.
 49. Unterscheider J, Horgan R, O'Donoghue K, Greene R. Review Reduced fetal movements. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2009;11:245–251. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.11.4.245.27527/abstract>.