

## تأثیر مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر میزان عوارض بارداری و زایمان در استان قزوین (۸۹-۱۳۸۶)

دکتر زینت جورابچی\*      فاطمه رنجکش\*\*      دکتر سعید آصفزاده\*\*\*      دکترای مونسان\*\*\*\*

\* دکترای بهداشت جامعه و عضو هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
\*\* مربی و عضو هیات علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
\*\*\* استاد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک دانشگاه علوم پزشکی قزوین  
\*\*\*\* استاد بهداشت جامعه دانشگاه پوترای مالزی

آدرس نویسنده مسؤول: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۲۸۱-۳۳۵۹۵۰۱

Email: franjkesh@qums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۴

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۳

### \* چکیده

**زمینه:** دسترسی به مراقبت‌های دوران بارداری در کاهش میزان مرگ و میر مادر و نوزاد نقش بسیار مهمی دارد.  
**هدف:** مطالعه به منظور تعیین اثر برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر میزان عوارض دوران بارداری و زایمان انجام شد.  
**مواد و روش‌ها:** مطالعه کوهورت طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ بر روی ۴۵۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان قزوین و البرز انجام شد که با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته استفاده شد که دارای سه قسمت قبل از بارداری، بارداری و بعد از زایمان بود. اطلاعات از پرونده‌های درمانگاه، مشاهده، مصاحبه با مسؤولین مربوطه (پزشک عمومی یا ماما) و مادران مراجعه‌کننده به درمانگاه به دست آمد. نمونه‌ها از زمان ورود به مطالعه تا دوران پس از زایمان پی‌گیری و میزان عوارض دوران بارداری در دو گروه مادران تحت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت (شهر البرز) و مادران تحت مراقبت‌های رایج دوران بارداری (شهر قزوین) بررسی شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری تی مستقل، مجذور کای، دقیق فیشر و من ویتنی تحلیل شدند.  
**یافته‌ها:** میزان عوارض بارداری از جمله فشارخون ( $P=0/03$ )، زایمان زودرس ( $P=0/03$ ) و نوزاد نارس ( $P=0/02$ ) در مادرانی که تحت مراقبت‌های ادغام یافته سلامت بودند، کمتر گزارش شد. میزان ارجاع در گروه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران به طور معنی‌داری بیش‌تر از گروه مراقبت‌های رایج دوران بارداری بود ( $P=0/001$ ).  
**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، علی‌رغم آن که برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران حدود ۶۰٪ در شهر البرز اجرا شد، به نظر می‌رسد نقش مثبتی در ارتقای سلامت مادران داشته است.

**کلیدواژه‌ها:** مراقبت دوران بارداری، مراقبت ادغام یافته سلامت مادران، عوارض بارداری

### \* مقدمه:

جلوگیری از آن‌ها در صورت امکان است که با انجام آموزش‌هایی در زمینه تغذیه، مصرف مکمل‌ها و مراقبت‌های بهداشتی یا درمانی انجام و در صورت موارد خاص به مراجع تخصصی‌تر یا بیمارستان ارجاع می‌شود. دسترسی به مراقبت‌های معمول بارداری در کاهش میزان مرگ و میر مادران، سقط، عوارض ناشی از تولد، وزن کم تولد و سایر مشکلات نوزادی نقش بسیار مهمی دارد و نه

مراقبت‌های سلامت مادران به معنی مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی برای زنان باردار قبل، حین و بعد از حاملگی است. مراقبت‌های بارداری شامل معاینه‌های ماهانه یا هفتگی، معاینه پزشکی (مشخص کردن گروه‌های کم خطر و پُرخطر)، بررسی‌های آزمایشگاهی، تجویز مکمل، واکسیناسیون و سونوگرافی است. هدف از این مراقبت‌ها تشخیص هرچه سریع‌تر عوارض بالقوه و

در صورت بروز موارد غیرطبیعی ارجاع به سطوح بالاتر بهداشتی و درمانی انجام می‌شود.

در سال‌های اخیر توجه به محدودیت‌های مراقبت‌های بارداری و همچنین اهمیت بهداشت مادران قبل از حاملگی افزایش یافته است.<sup>(۵)</sup> از طرف دیگر امروزه بسیاری از مطالعه‌ها یک الگوی جدید مراقبت بارداری ارائه داده‌اند. ویلار و همکاران یک مدل اصلاح شده و جدید سازمان جهانی بهداشت را آزمایش کردند و شواهدی را مبنی بر بهبود نتایج نوزادان و زنان نشان دادند. اغلب تأکیدها بر غربال‌گری، ارزیابی خطر و آزمون‌هایی برای درمان اولیه جلوگیری از پره‌اکلامپسی و زایمان زودرس بود.<sup>(۶)</sup> در راستای گسترش سلامت مادران، اداره سلامت مادران در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران از سال ۱۳۷۸ تلاش‌های نوینی را جهت استانداردسازی خدمات مراقبتی مادران آغاز کرد که از سال ۱۳۸۲ در چند استان به صورت آزمایشی اجرا شد. آخرین راهنمای این برنامه تحت عنوان «مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران» است. این راهنما حاوی استانداردهای خدمات معمول و ویژه مادران در مقاطع پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان است. در حال حاضر این راهنما به عنوان بسته خدمات استاندارد ارائه خدمات پیش از بارداری، بارداری، زایمان و پس از زایمان با طرح پزشک خانواده و گروه سلامت ادغام شده است و تلاش می‌شود به عنوان بخشی از برنامه آموزشی پزشکان عمومی و ماماها در نظام آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. مطالعه مقدماتی این طرح در سال ۱۳۸۵ در چند استان نشان داد که محتوای مراقبت‌های جدید ارائه شده در مقاطع مختلف بارداری و پس از زایمان حاکی از تفاوت معنی‌دار آماری در بسیاری موارد بود. به خصوص محتوای مراقبت‌ها در دو بخش دولتی و خصوصی نشان داد که در مراقبت‌شدگان بخش دولتی، به ریز محتوای خدمات توجه بیشتری شده بود، ولی چنین وضعیتی در مراقبت‌شدگان بخش خصوصی مشاهده نمی‌شد.<sup>(۷)</sup> در استان قزوین این طرح به شکل آزمایشی از سال ۱۳۸۶

تنها مورد توجه کارکنان بهداشتی است، بلکه می‌تواند از بسیاری مشکلات اجتماعی و اقتصادی جلوگیری کند.<sup>(۹)</sup> در سال‌های اخیر سازمان جهانی بهداشت برنامه جدیدی تحت عنوان سالم‌سازی حاملگی (Making Pregnancy Safer, MPS) ارائه داده است. هدف از MPS کاهش معنی‌دار مرگ و میر مادر و نوزاد تا قبل از سال ۲۰۱۵ میلادی است. این برنامه به سیستم‌های بهداشتی جهت افزایش کیفیت خدمات بهداشتی، خانواده و جامعه کمک می‌کند تا زنان و نوزادان مراقبت‌های مورد نیاز را دریافت کنند.<sup>(۳)</sup>

به طور کلی، مراقبت‌های قبل از تولد اثر مثبتی در کاهش مرگ و میر و عوارض حین حاملگی و زایمان و تولد سالم در مادران دارد. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت تاکنون ۷۵ کشور در این برنامه شرکت کرده‌اند که ۹۷ درصد از کل مرگ و میر مادری در سطح جهان در آن‌ها اتفاق می‌افتد و نیمی از این کشورها در منطقه افریقا واقع شده‌اند.<sup>(۲)</sup> طبق پژوهش‌ها، مراقبت‌های بارداری می‌تواند از قبل یا اوایل حاملگی شروع شود و تا پایان حاملگی و یا بعد از زایمان ادامه یابد. بعضی از پژوهش‌ها توصیه کرده‌اند که مراقبت بارداری باید تا یک سال بعد از زایمان جهت بهبود بهداشت خانواده ادامه یابد و سازمان جهانی بهداشت نیز از این نظریه دفاع کرده است. مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۱ نشان داد که مراقبت‌های وابسته به دوران حاملگی، زایمان و بعد از زایمان به علت وجود مرگ سالانه نوزادی و مادری در کشورهای در حال پیشرفت هنوز ناکارآمد است و جهت کاهش این مرگ‌ها باید بهداشت باروری به کاوش گرفته شود.<sup>(۴)</sup>

در ایران برنامه مراقبت دوران بارداری به طور معمول از مراجعه فرد با آزمایش بارداری مثبت یا سونوگرافی شروع می‌شود و در طول بارداری به صورت ماهانه تا هفته ۲۸، هردو هفته تا هفته ۳۶ و هر هفته تا هفته ۴۰ ادامه می‌یابد. در طول بارداری ۲ بار آزمایش‌های معمول درخواست و مکمل‌های مورد نیاز تجویز می‌شود.

در شهرستان البرز شروع شد تا در صورت مثبت بودن نتایج آن، به مرور در کل استان گسترش یابد. لذا این مطالعه به منظور تعیین اثر اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران بر میزان عوارض دوران بارداری طراحی و اجرا شد.

### \* مواد و روش‌ها:

این مطالعه کوهورت در ۱۶ مرکز بهداشتی و درمانی شهرهای قزوین و البرز از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ انجام شد. در شهر البرز تمام درمانگاه‌های شهری انتخاب شدند که در تمامی آن‌ها برنامه ادغام یافته سلامت مادران به شکل آزمایشی شروع شده بود. در قزوین که برنامه رایج مراقبت‌های دوره بارداری در مراکز بهداشتی-درمانی اجرا می‌شد، ۸ درمانگاه از بین ۲۲ درمانگاه به صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای انتخاب درمانگاه‌ها عبارت بودند از: قادر بودن به پذیرش مراجعین جدید طی مدت مطالعه؛ دارا بودن شرایط جغرافیایی یکسان؛ تحت سیستم مراقبت‌های مادران باردار بودن و دارا بودن سیستم از قبل تعریف شده و فعالیت‌های یکسان جهت بارداری و زایمان در هر گروه یا شهر.

سپس از میان تمام زنانی که برای اولین بار به این درمانگاه‌ها مراجعه کردند (۹۴۰ نفر)، بدون توجه به سوابق پزشکی و مامایی، کسانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و بررسی شدند (۴۸۴ نفر). دو گروه براساس برگه ارزیابی و مشخصات ورود و خروج مطالعه با هم یکسان‌سازی شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سکونت در محل مطالعه؛ حاملگی کم‌تر از پنج؛ شاخص توده بدنی بین ۱۸/۵ تا ۳۰؛ سن ۱۸ تا ۴۰ سال و نژاد ایرانی. شرایط خروج از مطالعه عبارت بود از: استفاده از هر نوع داروی مضر طی سه ماهه اول بارداری؛ به سر بردن در دوره شیردهی و دارا بودن رفتارهای پرخطر مانند کشیدن سیگار و اعتیاد.

محققین یا ماماها آموزش دیده جهت جمع‌آوری

اطلاعات به مراکز بهداشتی و درمانی انتخاب شده مراجعه کردند و پس از اخذ رضایت نامه کتبی از شرکت‌کنندگان، با استفاده از پرونده بهداشتی آن‌ها و مصاحبه با ماما یا پزشک مرکز و همچنین مصاحبه با خود مادران، پرسش‌نامه‌ها را در مقاطع مختلف بارداری تکمیل کردند. نمونه‌ها از زمان ورود به مطالعه تا ۶ هفته پس از زایمان پی‌گیری شدند.

این پرسش‌نامه پژوهش‌گر ساخته، قبل از جمع‌آوری اطلاعات مورد آزمون قرار گرفته بود و دارای سه قسمت بود: مراقبت‌های قبل از بارداری، مراقبت‌های دوران بارداری و اطلاعات مربوط به دوران بعد از زایمان. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری تی مستقل، مجذورکای، دقیق فیشر و من ویتنی تحلیل شدند.

### \* یافته‌ها:

در این مطالعه ۴۵۰ مادر باردار تا پایان مطالعه پی‌گیری شدند که در گروه سنی ۱۶ تا ۳۵ سال قرار داشتند. مشخصات فردی (سن، میزان تحصیلات و شغل) و مشخصات بارداری (تعداد بارداری و زایمان) در دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۱).

جدول ۱- مقایسه مشخصه‌های فردی و بارداری در دو گروه مورد مطالعه

سطح معنی‌داری	گروه		متغیرها	
	قزوین (۲۱۸ نفر)	البرز (۲۲۲ نفر)	میانگین سن مادر (سال)	
۰/۴۵۴	۲۵/۷۴±۴/۶۰	۲۵/۴۲±۴/۴۰		
۰/۵۴۲	۸۷ (۴۰٪)	۱۲۱ (۵۲٪)	زیر دیپلم	تحصیلات
	۱۰۲ (۴۷٪)	۹۸ (۴۲٪)	دیپلم	
۰/۳۸۳	۲۰۸ (۹۵٪)	۲۲۵ (۹۷٪)	خانه‌دار	شغل
	۷ (۳٪)	۱۰ (۴٪)	شاغل	
۰/۸۲۸	۲۹۴۹۷۵۰/۳۶±۹۲۱۷۳۶۰/۹۴	۲۸۶۵۴۰۱/۷۹±۷۰۴۰۴۷/۷۵	میزان درآمد خانواده (ریال، ماهانه)	
۰/۸۰۵	۱۲۲ (۵۶٪)	۱۳۳ (۵۷٪)	۱	تعداد بارداری
	۶۲ (۲۸٪)	۶۲ (۲۶٪)	۲	
	۲۰ (۹٪)	۲۹ (۱۲٪)	۳	
	۱۴ (۶٪)	۸ (۳٪)	۴	
۰/۵۶۵	۱۳۹ (۵۹٪)	۱۴۴ (۶۲٪)	۱	تعداد زایمان
	۶۶ (۳۰٪)	۶۴ (۲۷٪)	۲	
	۱۸ (۸٪)	۲۰ (۸٪)	۳	
	۵ (۲٪)	۴ (۱٪)	۴	

شهر البرز، عوارض حین حاملگی و زایمان در این شهر کم‌تر گزارش شد.

در این مطالعه ۶۳/۴ درصد از مادران شهر البرز مراقبت‌های قبل از بارداری داشتند و از میزان فشارخون حاملگی کم‌تری برخوردار بودند که نشان می‌دهد مراقبت‌های قبل از بارداری و ارزیابی بیماری‌های مزمنی چون پرفشاری خون در قبل از بارداری توانسته است سبب بروز کم‌تر پرفشاری خون در حین بارداری شود. درحالی که میزان عارضه پرفشاری خون در شهر قزوین حدود ۴/۵ برابر شهر البرز بوده است. چندین مطالعه خطر فشارخون حاملگی را طی مراقبت‌های قبل از بارداری بررسی کرده‌اند. چانگ و همکاران طی یک بررسی در دوره قبل از حاملگی، خطر بیماری‌های مزمن مانند پرفشاری خون، دیابت و چاقی را بررسی کردند. آن‌ها بر اهمیت کاربرد مراقبت قبل از بارداری برای زنانی با سابقه بیماری‌های مزمن تأکید کرده‌اند.<sup>(۹)</sup> همچنین آتريش و همکاران ۱۴ نوع بیماری را طبقه‌بندی کردند که با انجام مراقبت‌های قبل از بارداری سبب بهبود نتایج حاملگی و زایمان می‌شوند که فشارخون بالا یکی از آن‌هاست. در این تحقیق آن‌ها انجام مراقبت‌های قبل از بارداری را برای تمام زنان در سنین باروری لازم دانستند.<sup>(۱۰)</sup> امروزه بسیاری از مراکز مانند انجمن زنان و مامایی آمریکا، انجمن متخصصان کودکان آمریکا و مرکز کنترل بیماری‌ها، محتوای مراقبت‌های قبل از بارداری را ارائه داده‌اند.<sup>(۲)</sup>

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان زایمان زودرس، نارسی نوزاد و زجر جنینی در قزوین بیش‌تر از البرز و بسیاری از عوارض بارداری به شکل معنی‌داری با مراقبت‌های قبل از بارداری مرتبط بود. مازاکی و همکاران در مطالعه خود تأثیر مراقبت قبل از بارداری را بر نتایج حاملگی نشان دادند، آن‌ها بر وضعیت سلامت مادران قبل از بارداری تأکید و پیشنهاد کردند که اولین مرحله در کاهش عوارض حاملگی، توسعه مراقبت‌های قبل از بارداری است؛ به طور مثال بررسی وضعیت مادران با

از ۲۳۲ مادر در شهر البرز، ۱۴۷ نفر (۶۳/۴ درصد) مراقبت‌های قبل از بارداری داشتند و در قزوین هیچ یک از مادران مراقبت قبل از بارداری نداشتند.

تعداد دفعه‌های مراقبت‌ها در طول بارداری در شهر البرز کم‌تر از شهر قزوین بود ( $P=0/001$ ). الگوی وزن‌گیری در البرز مناسب‌تر از قزوین بود ( $P=0/001$ ). میزان عوارض بارداری (پرفشاری خون، زایمان زودرس و زجر جنینی) در قزوین بیش‌تر از البرز بود. میزان ارجاع در شهر البرز بیش‌تر از قزوین بود (جدول شماره ۲).

جدول ۲- مقایسه عوارض بارداری در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	البرز (نفر ۲۳۲)	قزوین (نفر ۲۱۸)	سطح معنی‌داری
مراقبت قبل از بارداری	۱۴۷ (۶۳/۴٪)	۰ (۰٪)	-
میانگین تعداد دفعه‌های مراقبت در دوران بارداری	۴/۸۵±۱/۷۱	۸/۷۹±۴/۱۹	۰/۰۰۱
افزایش وزن مادر در طول بارداری (کیلوگرم)	۹/۰۳±۳/۳۶	۱۲/۸۸±۱۵/۲۴	۰/۰۰۱
پرفشاری خون: سه ماهه دوم سه ماهه سوم	۱ (۰/۵٪) ۳ (۱/۴٪)	۸ (۳/۸٪) ۱۰ (۵٪)	۰/۰۰۲ ۰/۰۰۳
زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته)	۴ (۶٪)	۲۷ (۱۲/۴٪)	۰/۰۰۲
میزان ارجاع: سه ماهه اول سه ماهه دوم	۳۹ (۲۵/۵٪) ۸۴ (۳۹/۴٪)	۱۰ (۴/۸٪) ۲۷ (۱۲/۹٪)	۰/۰۰۱ ۰/۰۰۱
زجر جنینی	۸ (۳/۵٪)	۳۰ (۱۳/۸٪)	۰/۰۰۱

### \* بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد که به دلیل وجود اختلاف معنی‌دار بین میزان عوارض بارداری در دو گروه، برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران در بهبود نتیجه بارداری مؤثر بود. در مطالعه حاضر تعداد دفعه‌های مراقبت بارداری در حین حاملگی به طور معنی‌داری در البرز کم‌تر از قزوین بود (۵ معاینه در مقابل ۹ معاینه). این اختلاف ناشی از سیاست جدید وزارت بهداشت در برنامه جدید ادغام یافته سلامت مادران است. در این برنامه طی یک حاملگی طبیعی ۸ معاینه توصیه شده است و در مادران در معرض خطر بر تعداد معاینه‌ها افزوده می‌شود.<sup>(۷)</sup> در این پژوهش علی‌رغم تعداد کم معاینه‌های حین بارداری در

\* **مراجع:**

1. ACOG. Clinical practice guideline for routine prenatal and postpartum care. Available at: <http://www.Delawarephysicianscare.com/PDF/Routine-Prenatal-and-PostpartumCare-Guidelines-ACOG-2010.pdf>. Accessed in: 23 May 2007
2. ACOG. Health care for women, health care for all. Available at: <http://www.acog.org/departments/govtrel/HCFWHCFA-Specific-Services.pdf> Accessed in: 23 March 2008
3. Högberg U. The World Health Report 2005: "make every mother and child count"-including Africans. *Scand J Public Health*. 2005; 33 (6): 409-11
4. Bergsjq P. What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity. *Studies in Health Services Organisation and Policy*. 2001; 17: 35-54
5. Lu MC, Kotelchuck M, Culhane JF, et al. Preconception care between pregnancies: the content of internatal care. *Matern Child Health J* 2006 Sep; 10 (5 Suppl): S107-22
6. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, et al. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4: CD000934
7. Jafari N, Valafar S, Radpoyan L. Maternal health integrated cares. 3rd ed. Tehran, Ministry of health in Iran, Maternal health office; 2006, 29-48
8. Iran Ministry of Health. Health indicator. Available at: <http://www.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=1&pageid=10970&newsview=8559>. Accessed in: 2006
9. Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. Exploring knowledge and attitudes related to pregnancy and preconception health in women with chronic medical conditions.

سابقه زایمان زودرس قبل از حاملگی بعدی می‌تواند فرصت مناسبی جهت درمان علل ایجاد زایمان زودرس مجدد باشد.<sup>(۱۱)</sup>

زایمان زودرس یکی از علل جدی عوارض و مرگ و میر نوزادی است و می‌تواند عامل یک سوم از مرگ و میرهای کودکان در سال اول تولد باشد. با توجه به این که میزان زایمان زودرس در دهه اخیر رو به افزایش بوده است،<sup>(۱۲)</sup> بنابراین دوران قبل از بارداری می‌تواند بهترین دوره جهت اقدام‌های مناسب برای پیشگیری از این عارضه جدی باشد.

در این مطالعه میزان ارجاع حین بارداری در شهر البرز بیش‌تر از شهر قزوین بود. البته با توجه به بیش‌تر بودن عوارض بارداری در مادران ارجاع شده، می‌توان گفت اغلب ارجاع‌ها در البرز به شکل دقیق و مناسبی بوده و در نتیجه به کاهش عوارض بارداری در این شهر منجر شده است. لذا می‌توان نتیجه گرفت انجام ارجاع به روش دقیق‌تر می‌تواند به کنترل و درمان عوارض حین حاملگی کمک کند و در نهایت سبب کاهش عوارض طی بارداری و زایمان شود.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر برنامه ادغام یافته سلامت مادران در شهر البرز (علی‌رغم آن که حدود ۶۳ درصد اجرا شده) در کاهش عوارض بارداری مؤثر بوده است. لذا به نظر می‌رسد این برنامه با کمی دقت توسط عاملین اجرا، می‌تواند نقش مثبتی در ارتقای سلامت مادران داشته باشد.

\* **سیاس گزاری:**

بدین وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در این تحقیق و همکاری آقای دکتر منوچهر مه‌رام و خانم‌ها جمیله سلیمانی، رزیتا فیروزنیا، الهام رشوندملی، مریم حکاک و مرضیه مشهدی اسماعیل‌قردانی می‌شود.

Matern Child Health J 2010 Sep; 14 (5): 713-9

10. Atrash HK, Johnson K, Adams M, et al. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. Matern Child Health J 2006 Sep; 10 (5 Suppl): S3-11

11. Mazaki-Tovi S, Romero R, Kusanovic JP, et al. Recurrent preterm birth. Semin Perinatol 2007 Jun; 31 (3): 142-58

12. March, Of, & Dimes, (2007). March of dimes, saving babies together. <http://www.marchofdimes.com>. Accessed in 21 July 2008

Archive of SID