

بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های زیستی، شناختی، روانی و اجتماعی مادران با

کم وزنی نوزادان هنگام تولد در استان اصفهان

محمد حسن طالبیان^۱ - غلامعلی افروز^۲، حیدرعلی هومن^۳ - اصغرآقایی^۴

چکیده

کم وزنی هنگام تولد، یکی از شاخص‌های مهم بهداشتی هر کشور است و شناخت عوامل خطر زای کم وزنی نوزادان ضروری می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی بین ویژگی‌های زیستی، شناختی، روانی و اجتماعی مادران با کم وزنی هنگام تولد در استان اصفهان بود.

در این پژوهش نمونه‌ای 910 نفری از بین مادران تازه زایمان کرده در سال 1388 از استان اصفهان انتخاب شد. از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و خوشه‌ای با توجه به نسبت جمعیت در هر یک از شهرستان‌های استان اصفهان استفاده شد. اطلاعات با پرسش‌نامه‌ی ای محقق ساخته و آزمون رضایت زناشویی اینریچ جمع‌آوری شد. تحلیل توصیفی و استنباطی داده‌ها و تحلیل رگرسیون لجستیک با نرم‌افزار SPSS انجام شد.

نتایج نشان داد که شیوع نوزادان کم وزن در استان اصفهان 9/5 درصد و بارداری‌های ناخواسته 38/7 درصد و ناراضایتی زناشویی مادران 29 درصد بوده است و 15/6 درصد بارداری‌ها زیر 20 سال و 22 درصد بالای 35 سال بود. 38/9 درصد از مادران در دوران بارداری در معرض دود سیگار بودند. میانگین افزایش وزن دوران بارداری 9 کیلوگرم بود. 33 درصد مادران در دوران بارداری فشار خون بالا، 26/7 درصد سابقه‌ی سقط جنین و 31/9 درصد سابقه‌ی خون‌ریزی داشتند و 10/4 درصد نوزادان مورد مطالعه دارای خواهر یا برادر استثنایی بودند. 23/1 درصد مادران شاغل بوده و 19/8 درصد تولد دوقلویی و 21/1 درصد والدین نسبت خویشاوندی نزدیک داشتند و 29/7 درصد زایمان‌ها به صورت سزارین بود. یافته‌ها نشان داد: قدمادار، مسمومیت و خون‌ریزی دوران بارداری، عدم آگاهی

1- دانش‌آموخته دکتری روان‌شناسی کودکان استثنایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

2- استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تهران

3 - دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

4 - دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

مادران مراقبت های دوران بارداری، نارضایتی زناشویی ، فشار خون غیر طبیعی ، شاغل بودن و افزایش وزن کمتر از 5 کیلوگرم در دوران بارداری و حاملگی در زیر 20 سال، می تواند احتمال کم وزنی هنگام تولد را به طور معنا داری افزایش دهد.

نتیجه گیری: ویژگی های زیستی ، روانی و اجتماعی والدین بر کم وزنی هنگام تولد تاثیر دارد و نتایج این پژوهش در پیشگیری از تولد نوزادان کم وزن کاربرد دارد.

کلید واژه ها: کم وزنی هنگام تولد، نوزادان نارس، عوامل خطرزای مادری، رضایت زناشویی.

مقدمه

وزن هنگام تولد یکی از عوامل اصلی تعیین کننده ی بقاء و رشد جسمانی و ذهنی آینده ی کودک بوده و نشانه ی معتبری از رشد داخل رحمی می باشد (1). یکی از مهم ترین شاخص های بهداشتی هر کشور میزان مرگ و میر نوزادان است و این شاخص با سلامتی مادر، کیفیت مراقبت های دوران بارداری و عوامل اجتماعی- اقتصادی ارتباط دارد (2). علاوه بر مشکلات روان شناختی، هزینه های سنگین نگهداری و درمان نوزادان کم وزن بر خانواده های آنان که اغلب از اقشار آسیب پذیر جامعه هستند، تحمیل می شود (1) هزینه مراقبت های بهداشتی برای نوزادان کم وزن 6 برابر بیشتر از سایر نوزادان می باشد (3). کم وزنی هنگام تولد (LBW^1) بر طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی ، دارا بودن وزن هنگام تولد کمتر از 2500 گرم (5/5 پوند) بدون در نظر گرفتن سن حاملگی می باشد. بر طبق بررسی های انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هر سال حدود 25 میلیون نوزاد کم وزن متولد می شود یعنی در سطح جهان از هر شش نوزاد یکی دچار کم وزنی می باشد که از این تعداد، 90 درصد آن مربوط به کشورهای در حال توسعه است. این کودکان حتی از نظر مرگ و میر تا قبل از سن 15 سالگی در معرض خطر بیشتری قرار دارند (4).

میزان مرگ و میر نوزادان کم وزن 40 برابر و متولدین بسیار کم وزن 200 برابر بیشتر از نوزادانی است که 2500 گرم و بیشتر وزن دارند. انواع کم وزنی در هنگام تولد: کم وزنی

1- Low Birth Weight (LBW)

خفیف در هنگام تولد ۱ (LBW) به معنی وزن کمتر از 2500 گرم است و کم وزنی متوسط یا وزن بسیار کم هنگام تولد ۲ (VLBW) به معنی وزن کمتر از 1500 گرم است. و کم وزنی شدید یا وزن بی نهایت کم هنگام تولد ۳ (ELBW) در مورد نوزادانی به کار می رود که وزن آن ها در هنگام تولد کمتر از 1000 گرم باشد. و نوزادان با تولد زود هنگام ۴ ، نوزادانی هستند که قبل از 37 هفته کامل حاملگی (259 روز) متولد می شوند (5).

یکی از اهداف سازمان بهداشت جهانی در کشورهای در حال توسعه آن است که حداقل 90 درصد نوزادان در هنگام تولد دارای وزن معادل 2500 گرم یا بیشتر باشند که نیازمند به آموزش مادران از نظر بهداشت و تغذیه دوران بارداری و پیشگیری از زایمان های مکرر است. لذا با شناخت و کنترل عوامل خطرزا که عمدتاً تابع شرایط زیستی و اجتماعی است، می توان از بروز نوزادان کم وزن جلوگیری کرد. از آنجا که میزان شیوع کم وزنی در شرایط بهداشتی و اجتماعی مختلف یکسان نیست، ضروری است این مسأله در مناطق مختلف مورد ارزیابی قرار گیرد. میزان کم وزنی هنگام تولد در کشورهای توسعه یافته حدود 4 درصد و در کشورهای در حال توسعه 16/4 درصد نوزادان زنده گزارش شده است. میزان شیوع تولد نوزادان کم وزن از 4 درصد رسوئد تا 30 درصد در بنگلادش متغیر است (3). وزن پایین هنگام تولد حاصل زایمان قبل از موعد و یا محدودیت رشد داخل رحمی است (6).

در ایران میزان مرگ و میر کودکان زیر 5 سال، 32 در هزار و در کودکان زیر 2 سال، 26 در هزار است که 18 در هزار نفر آنها در ماه اول فوت می کنند و اکثر آنها نوزادان با وزن پایین هنگام تولد هستند. میزان وزن پایین هنگام تولد در ایران 8٪ گزارش شده است (7). عوامل متعددی با وزن پایین هنگام تولد در ارتباط هستند مانند: حاملگی در سنین پایین، حاملگی با فاصله کم، وزن و قد مادر، سطح اقتصادی- اجتماعی پایین، تغذیه نامناسب، کم خونی، بیماری های مختلف، عدم مراقبت های بهداشتی دوران بارداری ، داروها، عوارض مامایی و سقط جنین (8). نتایج مطالعه ای در بنگلادش نشان داد که سن، وزن و قد مادران، از عوامل خطرزای موثر در کم وزنی هنگام تولد بوده اند (9). نتایج مطالعه

1 - Low Birth Weight (LBW)

2 - Very Low Birth Weight (VLBW)

3 - Extremely Low Birth Weight (ELBW)

4 - Premature Birth (Preterm Birth)

ی دیگری در سال 2005 در سوئد حاکی از بالاتر بودن میزان مرگ و میر در نوزادان و میزان تولد نوزادان وزن پایین هنگام تولد در زنان با سطح تحصیلات پایین تر بود(10).

متغیرهای مستقل (پیش بین) مرتبط باکم وزنی هنگام تولد عبارتند از:

1) ویژگی های زیستی مادر مانند: سن، قد، وزن، زایمان چند قلوبی ، تغذیه، چگونگی و بار، نحوه ی زایمان و مشکلات قبل از بارداری و در هنگام زایمان، زایمان زودرس، بیماری های مادر و تعداد فرزندان.

2) ویژگی های شناختی مادر نظیر: میزان تحصیلات، توانایی های شناختی، میزان آگاهی از مراقبت های دوران بارداری.

3) عوامل روانی و عاطفی مادر مانند: میزان هم رایبی والدین، نگرش مادر به بارداری، آمادگی روانی والدین، خواسته و ناخواسته بودن فرزند و رضایت مندی زناشویی مادر.

4) عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی والدین مانند: شغل والدین، درآمد خانواده، محل سکونت، وضعیت سکونت و پایگاه اجتماعی والدین.

5) عوامل زیست - محیطی محل زندگی مادر در دوران بارداری مانند: نوع آب و هوا ، میزان آلودگی هوا، میزان آلودگی صوتی ، نوع آب آشامیدنی و وجود نیروگاه های بزرگ برق ، هسته ای ، شیمیایی، نظامی و صنعتی در اطراف محل زندگی مادر.

انتهای دوره جنینی و ابتدای دوره نوزادی دارای بیشترین میزان مرگ و میر نوزادی است و شامل مرگ کلیه نوزادانی می شود که در طی دوره ابتدای تولد تا 28 روز اول، فوت می کنند. این میزان از مهم ترین شاخص های بهداشتی هر جامعه است که تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله شرایط قبل از تولد، مادر، جنین و شرایط هنگام زایمان می باشد(11). در آمریکا، میزان تولد نوزادان وزن پایین هنگام تولد در طول دو دهه ی گذشته به دلیل ازدیاد زایمان های زودرس افزایش یافته است(12). تقریباً 30٪ نوزادان کم وزن در آمریکا دارای اختلال رشد داخل رحمی هستند و بعد از هفته ی 37 به دنیا آمده اند. در کشورهای در حال توسعه تقریباً 70٪ از نوزادان وزن پایین هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی دارند. نوزادان دارای اختلال رشد داخل رحمی در معرض عوارض و مرگ و میر بیشتری نسبت به نوزادان دارای رشد کافی و متناسب با سن حاملگی هستند(6).

از بیست و پنج میلیون نوزاد کم وزنی که در هر سال متولد می شوند بیش از بیست میلیون نفر (90٪) آنها در کشورهای در حال توسعه به دنیا آمده و از طرف دیگر در بعضی از نقاط پهناور آسیا از هر دو نوزاد، یکی کم وزن به دنیا می آید. اما در اروپا از هر هفده نوزاد، یکی کم وزن می باشد. در ایران هر روز 289 کودک زیر 5 سال فوت می کنند که 48٪ این مرگ ها در ماه اول زندگی رخ می دهد و اکثر این نوزادان وزن کمتر از 2500 گرم دارند(3).

برای تعیین وضعیت بهداشتی موجود در یک جامعه، نشانگرهای متعددی وجود دارد. یکی از این نشانگرها، وزن هنگام تولد می باشد. زیرا این نشانگر نه تنها با کیفیت تغذیه، سلامتی، چگونگی مراقبت های دوران بارداری و محیط اجتماعی مادر ارتباط دارد، بلکه با روند رشد و تکامل طبیعی کودک پیوند دارد(4). با توجه به نقش کم وزنی زمان تولد در میزان مرگ و میر و هزینه های مراقبت آنان این مطالعه بر آن است تا میزان شیوع کم وزنی نوزاد و ریسک فاکتورهای آن را در استان اصفهان بررسی نماید.

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال 2002 به طور کلی سالانه 20 میلیون نوزاد کم وزن در دنیا متولد می شوند. که معادل 14 درصد از کل تولدها می باشد (3). این آمار در ایران 11/56 درصد است(15). نوزادان با وزن کم تولد، ممکن است مشکلات تنفسی و قلبی داشته باشند. رشد مغز آنها به صورت کامل صورت نگیرد و با اختلالات متعددی مواجه شوند(7).

هنلی، رامسی والگوزین معتقدند که کم وزنی به افزایش نارسایی های مختلف نظیر عقب ماندگی ذهنی و اختلالات یادگیری منجر می شود و رشد شناختی کودکان را نیز تحت تأثیر قرار می دهد. بامشکلات بینائی، حرکتی و فلج مغزی ارتباط دارد(5).

اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر عبارتند از:

- به دست آوردن آمارهای بومی از قبیل فراوانی نوزادان با وزن کم تولد، توزیع وزن تولد در مناطق مختلف جغرافیایی، فراوانی بارداری های خواسته و ناخواسته، میانگین فاصله بین دو تولد و غیره، در جهت شناسایی مناطق و مادران با خطر بالای متولد کردن کودکان کم وزن در راستای کمک به تدوین یک برنامه ی جامع پیشگیری.

- کاهش میزان مرگ و میر نوزادان پس از تولد و کاهش هزینه های بهداشتی و درمانی

- کاهش آسیب های ناشی از کم وزنی نوزاد، نظیر: مشکلات تنفسی، قلبی، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات یادگیری، مشکلات بینایی، حرکتی و فلج مغزی.

- افزایش سطح بهداشت روانی خانواده، زیرا جو عاطفی خانواده بر سلامت روانی والدین و فرزندان تأثیر مهمی دارد (5). طبق تحقیقات انجام شده وجود یک کودک استثنایی در یک خانواده می تواند بر تمام ابعاد قبیل اقتصادی، رضایت مندی زناشویی، ارتباط برون خانوادگی و سلامت روانی خانواده موثر باشد (17). بایستگی از تولد نوزادان کم وزن، معلول و نوزادان نارس می توان به افزایش تعداد خانواده های سالم در کشور کمک شایانی کرد.

- برای تبیین پدیده ی کم وزنی باید یک نگاه جامع به ابعاد متفاوت زیستی، روانی و اجتماعی داشت. اکثر پژوهش هایی که در مورد کم وزنی در ایران انجام شده، با دید پزشکی و پیراپزشکی در دانشگاه های پزشکی، بهداشت و تغذیه کشور انجام شده است. واز عوامل روان شناختی مهم از قبیل نگرش مادر نسبت به بارداری، آمادگی روانی، رضایت مندی زناشویی، افسردگی و استرس دوران بارداری، خشونت خانوادگی و جو عاطفی خانواده تا حد زیادی چشم پوشی شده است. یکی از مهم ترین استراتژی های پیشگیری از معلولیت، ایجاد تمهیداتی برای کاهش آمار نوزادان نارس و با وزن کم تولد است (17).

هدف اساسی این پژوهش، بررسی ارتباط بین ویژگی های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین با وزن نوزاد به هنگام تولد و میزان شیوع کم وزنی و جلوگیری از پیامدهای زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی پدیده کم وزنی می باشد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر، براساس شیوه ی گردآوری داده ها از نوع توصیفی، همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه ی لجستیک می باشد. جامعه ی آماری این پژوهش تمامی نوزادان متولد شده در بیمارستان ها و زایشگاه های دولتی و خصوصی استان اصفهان در سال 1388 بودند. گروه نمونه شامل 910 نوزاد زنده می باشد که با روش نمونه گیری تصادفی از جامعه ی آماری انتخاب شده اند. متغیر اصلی پژوهش حاضر کم وزنی هنگام تولد می باشد و تحقیقاتی که در استان اصفهان در گذشته انجام شده درصد کم وزنی را حدود 10٪ از کل متولدین گزارش کرده اند؛ بنابراین با استفاده از فرمول اندازه نمونه برای نسبت ها و با سطح اطمینان 95٪ ($\alpha = 0/05$) و میزان دقت $d = 0/02$ اندازه ی نمونه محاسبه گردید.

نمونه گیری این پژوهش در سه مرحله انجام شده است. مرحله اول : نمونه گیری طبقه ای با توجه به نسبت جمعیت در هریک از شهرستان های استان اصفهان که شامل اصفهان، شهرضا، نجف آباد، کاشان، دهاقان، مبارکه ، سمیرم، خمینی شهر و زرین شهر می باشد. مرحله دوم : نمونه گیری طبقه ای براساس فصول سال، به عبارت دیگر تقسیم تعداد نمونه مربوط به هر شهرستان به طور مشابه بر حسب چهار فصل. مرحله سوم : نمونه گیری خوشه ای، انتخاب یکی از روزهای هر فصل به صورت تصادفی جهت انجام نمونه گیری و ثبت تمام تولدها در روز انتخاب شده و روزهای بعد از آن تا زمانی که به تعداد لازم، پرسشنامه تکمیل شود.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش پرسش نامه ی رضایت مندی زناشویی اینریچ^۱ (فرم 47 سوالی و پنج گزینه ای) با ضریب آلفای 0/71 تا 0/92 برای خرده مقیاس های مختلف استفاده گردید. ضریب آلفای این پرسش نامه در گزارش اولسون، در سال 1989 برای خرده مقیاس های پرسش نامه از 0/71 تا 0/92 بوده است(5). و پرسش نامه ی محقق ساخته برای جمع آوری اطلاعات مربوط به ویژگی های زیستی، شناختی و روانی-اجتماعی والدین براساس متغیرهای مربوط به کم وزنی نوزاد استفاده شده است. به این صورت که پس از مطالعات اولیه و جمع آوری پرسش نامه های مختلف، پرسش نامه ی پژوهش تدوین شد و برای روایی سازه با 3 نفر از استادان متخصص، مشورت گردید و بر روی گروه 20 نفری اجرا گردید و ضریب آلفا محاسبه شد که برابر با 0/85 است. و برای تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS استفاده شد، که در بخش توصیفی، جدول توزیع فراوانی متغیرها و در تحلیل استنباطی داده ها از مدل رگرسیون لجستیک استفاده گردید.

یافته های پژوهش

یافته های آمار توصیفی، در جدول 1 به صورت ویژگی های زیستی، شناختی و روانی- اجتماعی مادران ونوزادان کم وزن مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول 1: جدول توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک والدین و نوزادان کم وزن بر حسب متغیر های مختلف در استان اصفهان در سال 1388

متغیر	رده بندی متغیر	تعداد	درصد
جنس نوزاد	پسر	465	51/1
	دختر	445	48/9
وزن هنگام تولد	کمتر از 1000 گرم	56	6/2
	از 1000 تا 1500 گرم	99	10/9
	از 1501 تا 2500 گرم	755	83
نحوه ی تولد	سزارین	270	29/7
	طبیعی	640	70/3
سن مادر هنگام بارداری	زیر 20 سال	142	15/6
	از 20 تا 35 سال	568	62/5
	از 36 سالگی به بالا	200	22
نسبت خویشاوندی والدین	خویشاوند	192	21/1
	غیر خویشاوند	718	78/9
قد مادر هنگام بارداری	کمتر از 150 سانتی متر	261	28/7
	151 تا 170 سانتی متر	646	71
	171 سانتی متر و بیشتر	3	0/3
وزن مادر قبل از بارداری	کمتر از 50 کیلوگرم	210	23/1
	51 تا 70 کیلوگرم	658	72/3
	71 کیلوگرم و بیشتر	42	4/7
میزان آمادگی روانی مادر برای بارداری	خیلی کم	270	29/7
	کم	289	31/8
	متوسط	212	23/3
ابتلای والدین به بیماری روانی	زیاد	139	15/3
	بلی	123	13/5
فصل تولد نوزاد	خیر	787	86/5
	بهار	228	25/1
	تابستان	228	25/1
	پاییز	227	24/9
	زمستان	227	24/9

97/3	885	بیمارستان و زایشگاه	محل زایمان مادر
2/7	25	منزل	

دنباله جدول 1

درصد	تعداد	رده بندی متغیر	متغیر
50/2	457	تا 350 هزار تومان	سطح درآمد خانواده
23/1	210	از 351 تا 500 هزار تومان	
26/7	243	از 501 هزار تومان به بالا	
76/7	698	سطح آگاهی پایین	سطح آگاهی مادر از مراقبت های بارداری
19/8	180	سطح آگاهی متوسط	
3/4	31	سطح آگاهی بالا	
50/8	462	سطح آگاهی پایین	سطح آگاهی پدر از مراقبت های بارداری
45/1	410	سطح آگاهی متوسط	
4/2	38	سطح آگاهی بالا	
27/3	249	بی سواد و کم سواد	سطح تحصیلات مادر
28/8	262	زیر دیپلم	
43/1	392	دیپلم تا لیسانس	
0/8	7	فوق لیسانس و دکترا	
13/8	126	5/5 کیلو گرم و کمتر	میزان افزایش وزن مادر در بارداری
65/4	595	6 تا 10 کیلو گرم	
20/4	186	11 کیلو گرم و بیشتر	
43/6	397	فرزند اول (بدون زایمان قبلی)	فاصله از حاملگی قبلی
13/6	124	یک سال تا یکسال و 11 ماه	
21/5	205	2 تا 4/11 سال	
20/3	184	5 سال و بیشتر	
23/1	210	شاغل	
76/9	700	خانه دار	وضعیت اشتغال مادر
63/2	575	شهری	
36/8	335	روستایی	محل سکونت والدین
31/1	283	خیلی منفی	
37/5	341	منفی	نگرش مادربه تغییرات بدنی خود در دوران بارداری
16/8	153	بی تفاوت	
14/6	133	مثبت	
28/4	258	بی سواد و کم سواد	
34/5	314	زیر دیپلم	سطح تحصیلات پدر
36	328	دیپلم تا لیسانس	
1/1	10	فوق لیسانس و دکترا	
35/7	325	فرزنداول	
			ترتیب تولد نوزاد

24/2	220	فرزنددوم
13/7	125	فرزندچهارم
6/7	61	فرزندپنجم وبیشتر

در این پژوهش تعدادکل نوزادان کم وزنی که مورد بررسی قرارگرفت 910 نوزادزنده متولدشده بود.همان گونه که جدول 1 نشان می دهد، دراین پژوهش 15/6 درصد بارداری ها زیر 20 سال و 22 درصد بالای 35 سال بوده است. 27/3 درصد از مادران بی سوادو کم سواد بوده اند. میانگین افزایش وزن دوران بارداری 9کیلوگرم بوده که فقط 20/4 درصد افزایش 15-10 کیلوگرم داشتند. 33 درصد مادران در دوران بارداری فشار خون بالا داشته، 76/7 درصد مادران از سطح آگاهی پایین نسبت به مراقبت های بارداری برخوردار بوده و 50/8 درصد پدران نیزاز سطح آگاهی پایین نسبت به مراقبت های بارداری برخوردار بوده اند و 31/9 درصد سابقه ی خون ریزی داشتند و 43/6 درصد نوزادان مورد مطالعه فرزند اول بوده اند. 23/1 درصد مادران شاغل بوده و 19/8 درصد تولد دوقلویی و 21/1 درصد والدین نسبت خویشاوندی نزدیک داشتند و 29/7 درصد زایمان ها به صورت سزارین بوده است.

در تجزیه وتحلیل استنباطی داده ها از مدل رگرسیون لجستیک چندگانه استفاده شد.تمام متغیرهای پژوهش وارد مدل رگرسیون شدند. تامتغیرهایی که می توانند به طور معنا دار برکم وزنی تولد موثرباشند مشخص شود.متغیرهایی که وارد مدل شدندومعنادار بودند باضریب B در جدول 2 نشان داده شده است.

جدول 2: ضرایب مدل رگرسیون لجستیک و خطای معیار و نسبت شانس عوامل خطر کم وزنی نوزاد برای

متغیرهایی که در مدل رگرسیون لجستیک قرار دارند در استان اصفهان در سال 1388

متغیرها	ضرایب B	خطای معیار S.E	نسبت Exp(B) شانس	مقدار P سطح معناداری	Wald	درجه آزادی df
استراحت وتحرک مناسب مادردر دوران بارداری	-0/823	0/236	0/439	0/000	12/169	1
قد مادر	0/032	0/011	1/033	0/004	8/096	1
نمره ی آپگار نوزاد	0/501	0/196	1/650	0/003	6/564	1
وجود خواهریا برادر استثنایی	0/825	0/367	2/281	0/025	5/052	1
آگاهی مادر از مراقبت های دوران بارداری	0/134	0/061	1/144	0/028	4/822	1

1	5/118	0/024	0/653	0/188	-0/426	خون ریزی مادر در دوران بارداری
1	4/132	0/042	2/110	0/367	0/746	مسمومیت مادر در دوران بارداری

نتایج پژوهش نشان می دهد که بین استراحت و تحرک مناسب مادر در دوران بارداری، قد مادر، نمره ی آپگار نوزاد، وجود خواهر یا برادر استثنایی در خانواده، آگاهی مادر از مراقبت های دوران بارداری، خون ریزی مادر و مسمومیت مادر در دوران بارداری ارتباط معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که شیوع نوزادان کم وزن در استان اصفهان 9/5 درصد می باشد. این نتایج با مطالعات فلاح (5) که شیوع کم وزنی را در استان یزد 9/35 مطرح کرده، همخوانی دارد ولی با پژوهش اقبالیان که 19/1 درصد در شهر همدان گزارش کرده متفاوت است. و در مقایسه با آمارهای سازمان جهانی بهداشت که میزان کم وزنی تولد در کشورهای صحرای آفریقا 15 درصد، در خاورمیانه و کشورهای آفریقای شمالی 11 درصد، در کشورهای آسیای شرقی 10 درصد، در آسیای جنوبی 33 درصد، در آمریکای لاتین 9 درصد، در کشورهای صنعتی 6 درصد، در کشورهای در حال توسعه 18 درصد و در کل جهان 17 درصد و در ایران 10 درصد گزارش شده است (18) قابل توجه می باشد.

میزان وزن پایین هنگام تولد در سال 2000 در آمریکا 7/6٪، اسپانیا 5/7٪، انگلستان 2/8٪ و در سوئد 3/53٪ گزارش شده است (19). که میزان آن در مقایسه با پژوهش حاضر کمتر است. علت افزایش میزان کم وزنی هنگام تولد در پژوهش مادر مقایسه با آمریکا و اروپا عوامل متعددی مانند سطح اقتصادی-اجتماعی، تغذیه، مراقبت دوران بارداری، سن حاملگی، فاصله ی بارداری ها و بیماری های دوران بارداری می باشد. در ایران میزان مرگ و میر کودکان زیر 5 سال، 32 در هزار و در کودکان زیر 2 سال، 26 در هزار است که 18 در هزار نفر آنها در ماه اول فوت می کنند و اکثر آنها نوزادان با وزن پایین هنگام تولد هستند (7). در تحقیقی که در سال 2004 در هند انجام شده شیوع وزن کم هنگام تولد،

39/1 درصد گزارش شده است که با وزن، سن، تعداد حاملگی، و قد مادر ارتباط داشته است (20).

در این پژوهش در جنس نوزادان کم وزن ارتباط معنا داری یافت نشد. در حالی که سازمان بهداشت جهانی جنس مونث را بیشتر در معرض خطر کم وزنی معرفی می کند (21). نتایج آمار استنباطی نشان داد: قدمادر، خون ریزی مادر، مسمومیت مادر در دوران بارداری، عدم آگاهی مادر از مراقبت های دوران بارداری، نارضایتی زناشویی ، فشار خون غیر طبیعی ، شاغل بودن و افزایش وزن کمتر از 5 کیلوگرم در دوران بارداری و حاملگی در زیر 20 سال ، می تواند احتمال کم وزنی هنگام تولد را به طور معنا داری افزایش دهد. در مطالعات متعدد، عوامل مختلفی مانند مصرف دخانیات، الکل، سطح اقتصادی- اجتماعی و مصرف آب کلر زده شده، در ایجاد عوارض حاملگی از جمله تولد نوزاد با وزن پایین هنگام تولد، تولد نوزاد کوچک نسبت به سن حاملگی و بارداری پیش از موعد، مؤثر شناخته شده اند (22). بر اساس نتایج گروهی از پژوهشگران، سن، وزن و شغل مادر، تعداد بارداری ها، سابقه ی مصرف دخانیات، رتبه ی تولد، طول دوران بارداری و سابقه ی زایمان نوزاد با وزن کم ، رابطه ی مستقیم با وزن هنگام تولد دارد (23). گروهی دیگر وضعیت نامطلوب اجتماعی- اقتصادی، وضعیت بد تغذیه، فشارخون بالا، بارداری چندقلویی، پائین بودن سطح هموگلوبین و هماتوکریت مادر، بی سواد بودن مادر، بیماری های مزمن و مصرف الکل راز علل کم وزنی نوزاد بر شمرده اند (24، 25). شایع ترین علت مرگ و میر دوره نوزادی ، کم وزنی هنگام تولد می باشد. به طوری که مرگ و میر نوزادان با وزن کمتر از 2500 گرم، 40 برابر نوزادان با وزن طبیعی می باشد.

باتوجه به محدودیت های این پژوهش از جمله اجرای آن فقط بر روی 910 نوزاد، از ده شهرستان استان اصفهان و عدم دسترسی به اطلاعات دقیق به دلیل کم سواد بودن برخی از مادران و عدم همکاری در تکمیل پرسش نامه و فقدان بانک اطلاعاتی دقیق و روزآمد، و عدم آگاهی از آمارهای استان های دیگر و حتی بی اطلاعی از آمار کم وزنی در استان اصفهان در دو سال اخیر، نتایج پژوهش قابل تعمیم به کل کشور نمی باشد. لذا نتایج پژوهش ، نشان می دهد که کاهش مرگ و میر نوزادان و آسیب های ناشی از کم وزنی هنگام تولد، نیاز به بررسی همه جانبه و اجرای یک برنامه ی مدون دارد. که مستلزم برنامه ریزی های جامع

درزمینه ی پیشگیری می باشد. برنامه های پیشگیری باید در چهارمرحله ی قبل از بارداری، هنگام بارداری، حین زایمان و پس از زایمان انجام گردد. پوشش زنان باردار و افزایش کیفیت مراقبت های دوران بارداری از طریق مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی و اجرای برنامه های مداخله ای و آموزشی برای گروه های پرخطر به ویژه مادران کمتر از 20 سال، مادران اول زاء، مادران بالای 35 سال و مادرانی که تحصیلات کم دارند و فاصله ی بین دوتولد را رعایت نمی کنند، می تواند نقش مهمی در پیشگیری از کم وزنی نوزادان داشته باشد. نتایج این پژوهش می تواند برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، سازمان نظام روان شناسی و مشاوره کشور، آگاه سازی عمومی ، ارتقای سطح بهداشت روانی خانواده ها و کاهش آمار کودکان استثنایی مفید واقع شود و به توسعه ی دانش کاربردی در پیشگیری از معلولیت برای معاونت پیشگیری بهزیستی استان اصفهان کمک نماید.

سپاسگزاری

بدین وسیله از تمامی مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان ها و آزمایشگاه ها و همکاران بزرگواری که در انجام این پژوهش مساعدت نمودند، قدردانی می شود.

منابع

1. Alexander GR, Wingate MS, MOR J, Boulet S. Birth outcomes of Asian-Indian-Americans. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007; 97(3):215-20.
2. Kramer MS, Barros FC, Demissie K, Liu S, Kiely J, Joseph KS. Does reducing infant mortality depend on preventing low birth weight? An analysis of temporal trends in the American. *Pediatric Perinat Epidemiol.* 2005; 19(6):445-51.
- 3- اباصلتی ، زهرا. نوزادان کم وزن نتایج آخرین بررسی کشوری. مجله راز بهزیستی، پاییز 1387. سال هفدهم، شماره 35.
- 4- دل آرام ، معصومه و احمدی ، علیرضا . میزان شیوع و عوامل مرتبط با کم وزنی نوزادان در زایمان های انجام شده در مرکز آموزشی - درمانی هاجر شهرکرد در سال 1384. فصل نامه باروری و ناباروری ، پاییز 1387، دوره 9، شماره 3، مسلسل 36:ص 263-270.
- 5- فلاح یخدانی ، محمدحسین. بررسی رابطه ویژگی های زیستی ، شناختی و روانی - اجتماعی والدین با نوزاد به هنگام تولد در استان یزد. پایان نامه دکتری حرفه ای در رشته روانشناسی کودکان استثنایی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، (1387).
6. Stoll BJ, Legman RM. Overview of mortality and morbidity. In: Behrman RE, Legman RM Jenson HB. *Nelson textbook of pediatrics.* 17th Edition. Philadelphia, Saunders Company. 2004; 519-23.
- 7- اقبالیان ، فاطمه. بررسی عوامل مرتبط با کم وزنی هنگام تولد. مجله بیماری های کودکان ایران، دوره 17 (ویژه نامه 1) ، بهار 1386:ص 27-33.

8. Murphy CC, Schei B, Myhr TL, et al. Abuse: A risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2001; 164(11):1567-72.

9 . Nahar N, Afroza S, Hossain M. Incidence of low birth weight in three selected communities of Bangladesh. *Bangladesh Med Res Coucn Bull*. 1998; 24(2):49-54.

10 . Gisselman MD. Education, infant mortality, and low birth weight in Sweden 1973-1990: emergence of the low birth weight paradox. *Scand J Public Health*. 2005; 33(1):65-71.

11. Quirk JG, Bowes WA. Intrapartum monitoring and management of the low birth weight fetus. *Clin Perinatol*. 2002; 9(2):363-80.

12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams Obstetrics*. 22nd ed. USA, McGraw-Hill, 2005; 839-51.

13- صفوی ، سمیه و محمدی ، ایمان. بررسی شیوع کم خونی و فقر آهن در زمان بارداری در سال 1380. نهمین کنگره تغذیه در ایران، (1382).

14. Stoll BJ, Kliegman RM. The high risk infants. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 17th ed. Philadelphia. Saunders. 2004 Pp: 547-59.

15- افروز، دکتر غلامعلی . اصول و روش های پیشگیری از معلولیت. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (1384).

16. Moser K, Power C. Social inequalities in low birth weight in England and Wales: Trends and implications for future population health. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(9):687-91.

17. Chahbara P, Sharma AK, Grover VL, et al. Prevalence of low birth weight and its determinants in an urban resettlement area of Delhi. *Asia Pac J Public Health*. 2004; 16(2):95-8.

18. Hosseini Z, Bahadory MH. [A study of risk factors for low birth weight in Tonekabon in 2003]. *Mazandaran University of Medical Sciences J*. 2006; 15 (49):110-113.

19. Valero De Bernabe J, Soriano T, Albaladejo R, et al. Risk factors for low birth weight: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* .2004; 7(6):966-74.

20. Hoffiman MC, Jeffers S , Carter J, Duthely L, Cotter A, Gonzalez – Quintero VH. Pregnancy at or beyond age 40 years is associated with an increased risk of fetal death and other adverse outcome. Am J Obstet Gynecol. 2007; 196(5): ell-3.

21. Kaneshi T , Yoshida T , Oshiro T , Nagasaki H , Asato Y , Ohta T. Birth weight and risk factors for cardiovascular diseases in Japanese schoolchildren. Pediatr Int. 2007; 49(2):138-43.

22. Lone FW, Qureshi RN, Emanuel F. Maternal anemia and its impact on perinatal outcome. Trop Med Int Health. 2004; 9(4):486-90.

Archive of SID