

بررسی میزان بروز ناهنجاریهای مادرزادی و ارتباط ناهنجاری با عوامل فردی و اجتماعی- خانوادگی در نوزادان متولد شده در بیمارستانهای استان گلستان در سال ۱۳۷۹

نویسندگان:

مصیوبه قربانی*

کارشناس ارشد پرستاری گرایش (داخلی - همراه) و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان

نسرین پارسیان

کارشناس ارشد پرستاری گرایش اطفال و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

دکتر محمود محمودی

دکترای آمار و اپیدمیولوژی و عضو هیات علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شمس الملوک جلال منڈش

کارشناس ارشد مامایی و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

تاریخ ارائه مقاله: ۱۳۸۲/۲/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۳۸۲/۵/۲۴

The Study of Incidence of Congenital Anomalies and Relationship Between Anomalies and Personal and Family- Social Factors

Abstract:

Objective:

Congenital anomalies are one of the causes of neonatal mortality. These anomalies are one of important health problems all over the world. This study assessed the incidence of congenital anomalies and the relationship between these anomalies and personal, family- social factors in newborns were delivered in the maternity Hospital of Golestan province in 2000.

Materials & Methods:

The population of this descriptive- analytic, retrospective and case- control study is of live newborns (healty and abnormal) delivered in 6 maternity hospitals of Golestan University of Medical Sciences located in 6 different cities of this province 70 neonates with a congenital anomaly are case group and 140 healty neonates are control group. All of them were examined by a pediatrician and their examinations reported in their ward sheets/files. The newborns were selected by a random method. Data were collected by face to face interviewing through questionnaire filled according to mother-newborn ward sheet Then data were analyzed by means of fissure, t-student and χ^2 tests.

Results:

Incidence of newborn congenital anomalies was 1.2%. Cardiovascular anomalies (1.4%) were located at the bottom of the list, and musculoskeletal anomalies (38.6%) were located to the top of list. There was significant statistical difference ($P < 0.01$) in newborns. Congenital anomalies with any newborn's personal factors such as (birth weight, Gestational age, apgar score, type of delivery and fetal presentation) were noted. This study revealed that congenital anomalies were more common in newborns of mothers aged over 35 years old in first pregnancy and mothers with 4th or greater parities. There were significant and direct correlations between congenital anomalies with a prior history of abortion, oligohydroamnios and polyhydroamnios in pregnancy, on ship consanguinity marriage, taking birth control pills along with duration of its and history of any emotional and psychological stresses during pregnancy ($P < 0.001$). There was also a significant relation between age of hausband at the time of mother's pregnancy, family history of anomaly, occupation and monthly outcome of husband with newborn's congenital anomalies ($P < 0.01$).

Conclusion:

Congenital anomalies of newborns have a relation with personal factors of mother and newborn and with familial- social factors. There was significant difference between case group and control group ($P = 0.001$). Therefore newborns delivered by high risk mothers should be evaluated for anomalies immediately after birth. Pregnant women who are at risk should be visited frequently and have regular prenatal cares.

Keywords:

Incidence, congenital anomalies, Personal-factors, family- social factors, newborn/ neonate.

آدرس مکاتبه:

* گل تپه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، تلفن: ۰۲-۳۲۵۱۰۰۲، آموزش پرستاری و مامایی، نمابر: ۰۲-۳۲۵۱۰۰۲-۸۶۲۷۳۴
پست الکترونیک: horbani2000@yahoo.Com



مقدمه:

ناهنجاریهای مادرزادی یک دلیل عمده مرگ و میر شیرخواران و یک علت مهم ناتوانی و مرگ در سالهای اول زندگی آنان بشمار می رود (۱).

آنومالیهای مادرزادی و نقصانهای زمان تولد اصطلاحاتی مشابه هستند که جهت توصیف اختلالات و تغییراتی در ساختمان و ترکیب آناتومیکی موجود در زمان تولد بکار برده می شوند و ممکن است به صورت ناهنجاری بزرگ یا ناهنجاری کوچک ۴، جداگانه و یا متعدد باشد (۲).

ناهنجاریهای مادرزادی یک دلیل عمده مرگ و میر شیرخواران و یک علت مهم ناتوانی و مرگ در سالهای اول زندگی آنان بشمار می رود.

ناهنجاری مادرزادی یکی از نقایص تکاملی است که معمولاً در اوایل دوران بارداری، طی مرحله رویانی ۵ در اثر علل مختلفی رخ می دهند (۳). این علل شامل عوامل ژنتیکی نظیر ناهنجاری های کروموزومی و ژنهای جهش یافته رقمی در حدود ۱۵ درصد، عوامل محیطی ۱۰ درصد، مجموع عوامل ژنتیکی و محیطی (توارث چند عاملی) ۲۵-۲۰ درصد، درقلویی ۱-۰/۵ درصد می باشند (۴). علاوه بر موارد فوق جنس نوزاد، وزن هنگام تولد، سن مادر و سن جنین نیز با آنومالیهایی مانند شکاف لب و کام ارتباط دارد (۵). به طوری که در تحقیقی که پتو و بابول در سال ۱۹۹۸ با هدف تعیین میزان بروز ناهنجاری های مادرزادی در نوزادان زنده و مرده متولد شده و ارتباط آن با عوامل مختلف انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ناهنجاریهای مادرزادی در نوزادان پسر نارس و کم وزن شایع تر بود و ناهنجاری مادرزادی با ازدواج خویشاوندی والدین ارتباط معنی داری داشت (۶).

در خصوص سایر علل و عوامل موثر در بروز ناهنجاریها که باعث آنومالی در تقریباً ۳-۲ درصد تمام نوزادان زنده بدنیا آمده می شوند، می توان به ویروس سرخچه ۹، سایدومگال ۱۰، پرتو درمانی، داروها نظیر ضد تشنجه، داروهای بیماری روانی، ترکیبات ضد هیجانی، هورمونهای نظیر دی اتیل استیل تسترون، الکل، سیگار و دیابت مادر اشاره کرد (۴). اسلاو کین بیان می دارد که از جمله عوامل خطر در نقایص جمجمه ای (صورتی - دهانی - دندانی) می باشد (۷).

در زمینه علل و عوامل ژنتیکی وارثی مسبب ناهنجاری های مادرزادی، کیستتر بیان می دارد که اگر زوجینی دارای یک کودک ناهنجار باشند و یا اگر خود والدین به نقایص مادرزادی مبتلا باشند شانس اینکه فرزند بعدی آنها نیز مبتلا به نقایص زمان تولد باشد

حدود ۳ درصد برآورد می شود (۸).

کینگ استون نیز در این زمینه می نویسد که در ازدواج خویشاوندی احتمال بروز بیماریهایی که توارث اتوزوم مغلوب دارند در نوزادان این والدین افزایش نشان داده شده است (۹) بنابراین معاینات روتین جهت تشخیص ناهنجاریهای آشکار و مخفی و قابل درمان و نیز پیشگیری از معلولیتها باید برای تمام نوزادان انجام گیرد (۱۰). زیرا ناهنجاریهای مادرزادی به علت ایجاد نقایص عقلی و جسمی هزینه های زیادی را به جامعه و خانواده تحمیل می کنند (۱۱).

همچنین مراقبت مداوم از کودکان معلول در خانواده مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی ایجاد کرده و این مشکلات می تواند بر روی عملکردهای والدین اثر بگذارد (۱۲). لذا برنامه ریزی برای معلولین در ابعاد گوناگون از جمله سیاستهای سازمان بهداشت جهانی است و فراهم آوردن امکانات برای اینگونه کودکان تنها یک سوم از کار اصلی بوده و دو سوم بقیه پیشگیری از عدم وجود فرزندان معلول است (۱۳).

دونگز و مور هوس در زمینه نقش پرستار جهت پیشگیری از ناهنجاریهای مادرزادی بیان داشتند که پرستار باید در ابتدا عوامل خطر را در مادر باردار شناسایی و مشخص کند.

این عوامل شامل سوء تغذیه، عوامل عفونی، در معرض عوامل تراتوژن قرار گرفتن، وجود اختلالات ژنتیکی، و مصرف الکل، استعمال دخانیات و مصرف داروهای ممنوع می باشد و سپس باید توصیه های مناسب به مادران باردار داده شود (۴). بسیاری بیان داشتند که پرستار باید با گرفتن تاریخچه، عوامل خطر زای قبل و حین بارداری را مشخص نماید، زیرا این موارد جنین را در معرض خطر ناهنجاری مادرزادی قرار می دهد و نیز بعد از تولد بایستی آنومالی های نوزاد سریعاً مشخص و درمان گردد (۱۵). از این رو بر آن شدیم تا تحقیقی در رابطه با بروز آنومالی های مادرزادی و ارتباط آن با برخی از عوامل فردی و اجتماعی - خانوادگی انجام دهیم به امید آنکه این تحقیق بتواند جهت تعیین وسعت مشکل و برنامه ریزیهای آینده و فراهم نمودن امکانات مورد نیاز و اقدامات لازم جهت پیشگیری از بروز ناهنجاریها مفید واقع گردد.

وسایل و روشها:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی (مورد - شاهد) است که با هدف تعیین میزان بروز ناهنجاری های مادرزادی و ارتباط آن با برخی عوامل فردی و اجتماعی - خانوادگی در نوزادان متولد شده در بیمارستانهای

استان گلستان صورت گرفته است.

جامعه پژوهش شامل کلیه نوزادان زنده متولد شده در شش بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گرگان واقع در شش شهر این استان اعم از سالم و ناهنجار، حاصل هر نوع روش زایمانی که از فروردین ۷۹ لغایت اسفند ۷۹ متولد شده و توسط متخصص اطفال معاینه و صحت سلامت یا ناهنجاری آنها به تائید پزشک متخصص رسیده و در پرونده ثبت شده بود.

در این پژوهش، ابتدا میزان بروز ناهنجاریهای مادرزادی در طی دوره یکساله در شش بیمارستان مذکور سنجیده و سپس پرونده های نوزادان ناهنجار در طی سال ۷۹ بررسی شده و ۷۰ نوزاد ناهنجار بصورت تصادفی به عنوان گروه مورد انتخاب، و سپس در همان روز دو نوزاد سالم بصورت تصادفی بصورت گروه شاهد انتخاب شدند.

معیارهای پذیرش نمونه جهت گروه مورد داشتند حداقل یک ناهنجاری مادرزادی شناخته شده در زمان تولد و یا در عرض ۴۸ ساعت اول بعد از تولد با ثبت در پرونده و تائید آن توسط متخصص اطفال، حاصل هر نوع روش زایمانی و داشتن سن جنینی ۲۸-۴۲ هفته و زنده متولد شده بود و نیز معیارهای پذیرش نمونه جهت گروه شاهد، شامل عدم وجود ناهنجاری در بدو تولد یا در ۴۸ ساعت اول بعد از آن با ثبت و تائید توسط متخصص اطفال، حاصل هر نوع روش زایمانی و دارا بودن سن جنینی ۲۸-۴۲ هفته و زنده متولد شده بود. روش گردآوری داده ها در این پژوهش تکمیل پرسشنامه یا استفاده از پرونده و نیز مصاحبه چهره به چهره بود.

این پرسشنامه شامل سه بخش (اطلاعات فردی نوزاد، مشخصات فردی مادر در خصوص بارداری و زایمان، توصیف وضعیت اجتماعی - خانوادگی) بوده و مجموعاً ۶۰ سوال را شامل شد که جهت تکمیل بخش اول و قسمتی از بخش دوم پرسشنامه از پرونده مادر و نوزاد استفاده شده و پس از مشخص شدن آدرس منازل، جهت تکمیل بخش دوم و سوم با مراجعه به منازل و پرسش حضوری با مادر، فرم تکمیل گردید. که جهت تعیین اعتبار علمی ابزار از روش اعتبار محتوی و جهت تعیین اعتماد علمی از روش آزمون مجدد استفاده شد و جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روشهای آماری کای اسکوار، فیشر و T-Student استفاده گردیده و تمام محاسبات آماری توسط کامپیوتر و نرم افزار SPSS انجام گرفت.

یافته ها:

یافته های این تحقیق نشان داد که از ۱۲۸۵۳ نوزاد

زنده متولد شده در سال ۱۳۷۰۳۰۷۹ نوزاد (۹/۸/۸٪) سالم و ۱۵۰ نوزاد (۱/۲٪) ناهنجاری مادرزادی داشتند که کمترین نوع آن در سیستم قلبی - عروقی و بیشترین در سیستم عضلانی - اسکلتی بود. جدول (۱)

در بررسی ارتباط بین ناهنجاری مادرزادی با عوامل فردی نوزاد، یافته هائشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه شاهد را پسران تشکیل داده و در گروه مورد نسبت پسران به دختران مساوی است و اکثریت واحدهای مورد پژوهش یک قلو بودند، لذا آزمونهای آماری، این اختلاف را معنی دار نشان نداد.

همچنین ۴۱/۴٪ نوزادان گروه مورد (n=۲۹) و ۱۱/۵٪ از نوزادان گروه شاهد (n=۱۶) در زمان تولد وزنی کمتر و مساوی ۲۵۰۰ گرم داشتند و آزمون تی این اختلاف را معنی دار نشان داد (p<۰/۰۰۱) و نیز ۲۴/۴٪ از نوزادان گروه مورد (n=۲۹) و ۶/۳٪ از نوزادان گروه شاهد (n=۵) دارای سن جنینی ۳۷-۲۸ هفته بودند و میانگین از ۳۶/۱۳+۳/۴۹ در گروه مورد به ۳۹/۰۸+۱/۱۶ در گروه شاهد افزایش داشت که آزمون تی این اختلاف را معنی دار نشان داد (p<۰/۰۰۱).

در این تحقیق ۶۵/۷٪ از نوزادان گروه مورد (n=۴۶) و ۳۵٪ از نوزادان گروه شاهد (n=۴۹) به روش سزارین و یا با واکنوم متولد شده و آزمون کای - دو این اختلاف را معنی دار نشان داد (p<۰/۰۰۱).

همچنین ۴۴/۳٪ از نوزادان گروه مورد (n=۳۱) و ۰/۷٪ نوزادان گروه شاهد (n=۱) در زمان تولد آپگار ۷-۳ داشته و ۲۷/۱٪ از گروه مورد (n=۱۹) و ۲/۹٪ از گروه شاهد (n=۴) دارای نمایش بریج بودند که آزمون کای دو این اختلاف را معنی دار نشان داد (p<۰/۰۰۱).

در بررسی ارتباط بین ناهنجاری مادرزادی با عوامل فردی مادر یافته های تحقیق نشان داد که بین سن مادر در آخرین بارداری، تعداد حاملگی ها، سابقه سقط و سابقه خویشاوندی نزدیک با همسر و وجود اولیگو هیدر آمنیوس یا پلی هیدر آمنیوس با ناهنجاری مادرزادی در نوزاد رابطه معنی داری وجود دارد و آزمونهای آماری نیز این اختلاف را معنی دار نشان دادند جدول (۲).

یافته های این تحقیق نشان داد که اکثریت مادران هر دو گروه مورد و شاهد در زمان بارداری داریی مصرف نکرده بودند و به بیماری عفونی و مزمن مبتلا نبودند لذا آزمونهای آماری، اختلاف معنی داری بین دو گروه بر حسب عوامل فردی مذکور نشان نداد.

همچنین در زمینه ارتباط بین عوامل اجتماعی - خانوادگی با ناهنجاریهای مادرزادی یافته های این

هیدرآمنیوس و پلی هیدرآمنیوس ارتباط معنی داری وجود داشت.

در این ارتباط بحیرایی و همکارانش بیان می دارند زنی که سن او بیشتر از ۳۵ سال است، بیش از ۴ فرزند داشته و یا هرگز زایمانی نداشته، در گروه پرخطر قرار دارد و حداکثر میزان خطر برای جنین او وجود دارد (۱۷).

دچرنی می نویسد وجود پلی هیدروآمنیوس و اولیگر هیدرآمنیوس می تواند دلیلی بر وجود آنومالی های مادرزادی در جنین باشد (۲۱). همچنین یکی از عوامل اصلی در سقط های خود بخودی آنومالی در جنین می باشد (۲۲).

در بررسی که توسط بتیبو و بایول انجام گرفت نیز ناهنجاری مادرزادی در نوزادان مادرانی که از دواج خویشاوندی داشتند شایع تر بود و علاوه بر آن میزان بروز ناهنجاری های مادرزادی در نوزادان با مصرف دارو در مادر و وجود عفونت در مادر باردار اختلاف معنی داری را نشان نداد (۶).

در زمینه ارتباط بین ناهنجاری مادرزادی با عوامل اجتماعی - خانوادگی یافته ها نشان داد که بین سن پدر در زمان بارداری مادر، شغل پدر و سابقه ناهنجاری در بستگان درجه اول با ناهنجاری مادرزادی در نوزاد ارتباط معنی داری وجود دارد.

بهرمن و همکارانش در این رابطه می نویسند وقوع ناهنجاری کروموزومی، آنومالی های مادرزادی، اختلالات مادرزادی متابولسمی و عقب ماندگی ذهنی در بستگان خونی، احتمال پیدایش همان اختلالات را در نوزاد افزایش می دهد (۱۹). همچنین سن پدر در بروز بیماری های ژنتیک اتوزومی غالب نقش دارد.

به عنوان مثال آکندرو پلازی که نوعی کوتولگی با اندامهای کوتاه است در بین نوزادان که پدران آنها بیش از چهل سال سن دارند، بیشتر می باشد و در حدود ۰/۳ درصد برآورد شده است (۲۳).

نتیجه گیری:

ناهنجاری مادرزادی در نوزاد با عوامل فردی مادر و نوزاد و عوامل اجتماعی - خانوادگی آنان ارتباط داشته و لذا نوزادانی که از مادران High Risk متولد می شوند بلافاصله بعد از تولد باید از نظر ناهنجاری مورد بررسی قرار گیرند و زنانی که در معرض خطر می باشند باید تحت معاینات و مراقبت های دوران بارداری به طور منظم قرار گیرند.

کاربرد یافته ها:

یافته های این پژوهش موجب خواهد شد که:
۱- پرستاران بالینی از عوامل خطری که باعث بروز

تحقیق نشان داد که ۷/۱٪ از پدران مورد و ۱/۵٪ از پدران شاهد در زمان بارداری مادر سنی بیشتر از ۴۵ سال داشتند و میانگین از ۳۲/۳۱+۸/۶۴ در گروه مورد به ۲۹/۲+۵/۵۳ در گروه شاهد کاهش داشت و آزمون تی این اختلاف را معنی دار نشان داد و نیز وجود سابقه ناهنجاری در خانواده و بستگان درجه اول در گروه مورد ۷/۵٪ بود که این وضعیت در گروه شاهد مشاهده نشد. لذا براساس آزمون آماری فیشر بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت و نیز ۴/۱٪ از پدران مورد و ۱۲/۹٪ پدران شاهد کارمند بودند و آزمون کای دو بسین دو گروه تفاوت معنی داری نشان داد ($p < 0.001$) جدول (۳) و (۴).

بحث:

یافته های این پژوهش نشان داد که میزان بروز ناهنجاری های مادرزادی در نوزادان زنده متولد شده در سال ۷۹ در استان گلستان ۱/۲٪ بود در مطالعه شاه محمدی و احمدی نیز میزان شیوع ناهنجاری های مادرزادی آشکار در حدود ۱/۴٪ گزارش شد (۱۶).

نتایج پژوهش نشان داد که در نوزادان ناهنجاری کمترین نوع ناهنجاری مربوط به سیستم قلبی - عروقی و بیشترین مربوط به سیستم عضلانی - اسکلتی بود. در این ارتباط نیز بتیبو و بایول نتایج مشابهی را گزارش کردند (۶). در مطالعه حاضر مشخص شد که بین ناهنجاری های مادرزادی و عوامل فردی نوزاد از جمله وزن هنگام تولد، سن جنینی، نحوه تولد، آپگار و نمایش جنین ارتباط معنی داری وجود داشت.

همچنین بحیرایی و همکارانش بیان می دارند که یکی از دلایل شناخته شده برای وزن کم هنگام تولد، ناهنجاری های کروموزومی و سندرم تأخیر رشد با نقص ظاهری است (۱۷).

هاکرومور نیز معتقدند که زایمان سزارین و نمایش غیر طبیعی جنین در آنومالی های مادرزادی شیوع بالایی دارد (۱۸).

از عوامل مؤثر بر نمره گذاری آپگار، ناهنجاری هایی مانند فتق دیافراگمی، ناهنجاری در سیستم عصبی - مرکزی و ناهنجاری در ریه می باشد (۱۹). بنت و براون نیز بیان می دارند که ناهنجاری های مادرزادی که همراه با تأخیر رشد می باشند با تولد زودتر از موعد همراه هستند (۲۰).

در این مطالعه چنان که در نتایج آمده است بسین ناهنجاری مادرزادی و عوامل فردی مادر مانند سن مادر در زمان بارداری، تعداد حاملگی ها، سابقه سقط، نسبت خویشاوندی نزدیک با همسر، وجود اولیگو

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی نوزادان

ناهنجار بر حسب نوع ناهنجاری در بیمارستانهای استان گلستان سال ۷۹

نوع ناهنجاری	تعداد	درصد
سیستم عصبی - مرکزی	۸	۱۱/۴
سیستم گوارش و صورت	۷	۱۰/۰
سیستم عضلانی - اسکلتی	۲۷	۳۸/۶
سیستم تناسلی - ادراری	۸	۱۱/۴
سیستم قلبی - عروقی	۱	۱/۴
پوستی	۲	۲/۹
مولتی پل آنومالی	۱۱	۱۵/۷
سندرمها	۶	۸/۶
جمع	۷۰	۱۰۰/۰

ناهنجاری در نوزاد می شود آگاه شده و در زمان پذیرش این نوزادان در بخش نرسری، به طور دقیق نوزاد را معاینه و مورد بررسی قرار دهند.

۲- در مراکز بهداشتی پرستاران و ماماها با گرفتن تاریخچه و شرح حال دقیق از مادران باردار می توانند حاملگی های پرخطر را تشخیص داده و آنان را جهت سلامت جنین به پزشکان متخصص و مراکز سونوگرافی و... ارجاع دهند.

۳- در مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت با برگزاری کلاسهای آموزشی، آگاهی مادران را بالا برده و نیز پرستاران بهداشت جامعه، خانواده هایی را که دارای نوزاد ناهنجار و معلول هستند را شناسایی کرده و جهت پیشگیری از معلولیت در فرزندان بعدی، آنها را به مراکز مشاوره ژنتیک ارجاع دهند.

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مادران دو گروه مورد بررسی بر حسب عوامل فردی مادر در بیمارستانهای استان گلستان سال ۷۹

نتایج آزمون	شاهد		مورد		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت	عوامل فردی مادر
$\chi^2=27.00$ $P=0.049$ $DF=92/94$	۲/۱	۳	۲۰/۰	۱۴	< ۲۰	سن مادر در آخرین بارداری
	۹۲/۹	۱۳۰	۵۸/۶	۴۱	۲۰-۳۵	
	۵/۰	۷	۲۱/۴	۱۵	> ۳۵	
$\chi^2=27.02$ $P=0.002$ $DF=90/92$	۵۰/۷	۷۱	۴۵/۷	۳۲	۱	تعداد حاملگیها
	۴۰/۷	۱۲	۲۵/۷	۱۸	> ۴	
f.p=0/0012	۲/۱	۳	۱۴/۳	۱۰	داشته	سابقه سقط
	۹۷/۹	۱۳۷	۸۵/۷	۶۰	نداشته	
$X^2=13/39$ $P=0/0003$ $Df=1$	۱۲/۹	۱۸	۳۴/۳	۲۴	دارد	خویشاوندی نزدیک با همسر
	۸۷/۱	۱۲۲	۶۵/۷	۴۶	ندارد	
f.p=0/001	۱۰۰	۱۴۰	۹۱/۴	۶۴	خیر	وجود اولیگوهیدرآمنیوس و پلی هیدرآمنیوس
	۰	۰	۸/۶	۶	بلی	

جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی دو گروه مورد و شاهد بر حسب سن پدر در بیمارستانهای استان گلستان سال ۷۹

شاهد		مورد		گروه
درصد	تعداد	درصد	تعداد	سن پدر در زمان بارداری مادر
۵۵/۷	۷۸	۴۸/۶	۳۴	< ۳۰
۴۲/۸	۶۰	۴۴/۳	۳۱	۳۰-۴۵
۱/۵	۲	۷/۱	۵	> ۴۵
۱۰۰/۰	۱۴۰	۱۰۰/۰	۷۰	جمع
۲۹/۲۰		۳۲/۳۱		میانگین
۵/۵۳		۸/۶۴		انحراف معیار

$$\chi^2=۲/۵۷, df=۹۸/۰۶, p=۰/۰۰۷$$

جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی دو گروه مورد و شاهد بر حسب سابقه ناهنجاری در خانواده و شغل پدر در بیمارستانهای استان گلستان سال ۷۹

نتایج آزمون	شاهد		مورد		گروه	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	وضعیت	عوامل فردی
F.P=0/011	۰	۰	۵/۷	۴	بلی	سابقه ناهنجاری در خانواده و بستگان درجه اول
	۱۰۰	۱۴۰	۹۴/۳	۶۶	خیر	
X ² =46/14 P<0/001	۴۷/۹	۶۷	۴/۳	۳	آزاد	شغل پدر
	۱۲/۹	۱۸	۴۱/۴	۲۹	کارمند	

خلاصه:

زمینه و هدف:

آنومالی‌های موجود در زمان تولد یکی از علل مرگ و میر نوزادان و یک مسأله مهم بهداشتی در سراسر دنیا به شمار می‌آید. تحقیق حاضر با هدف بررسی میزان بروز ناهنجاریهای مادرزادی و ارتباط ناهنجاری با عوامل فردی و اجتماعی - خانوادگی در نوزادان متولد شده در بیمارستانهای استان گلستان سال ۱۳۷۹ به انجام رسیده است.

روش مطالعه:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی گذشته نگر و از نوع مورد-شاهدی است که جامعه پژوهش شامل کلیه نوزادان زنده متولد شده (سال و ناهنجار)، در شش بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گرگان واقع در شش شهر این استان بود و تعداد نمونه‌هایی (۷۰ نوزاد ناهنجار در گروه مورد و ۱۴۰ نوزاد سالم جهت گروه شاهد) در نظر گرفته شد که صحت سلامتی یا ناهنجاری آنها به تأیید پزشک متخصص اطفال رسیده و در پرونده ثبت گردیده بود.

روش نمونه‌گیری تصادفی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که از طریق پرونده مادر و نوزاد و مصاحبه چهره به چهره تکمیل شد. سپس جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های فیشر، کای اسکوار و T-Student استفاده گردید.

نتایج:

میزان بروز ناهنجاری‌های مادرزادی نوزادان در سال ۱/۲۰۷۹ درصد بود و کمترین آن در سیستم قلبی عروقی (۱/۴ درصد) و بیشترین مربوط به سیستم عضلانی - اسکلتی (۳۸/۶ درصد) بوده، در این تحقیق تفاوت آماری معنی‌داری بین ناهنجاری مادرزادی در نوزاد با هر یک از عوامل فردی منجمله (وزن زمان تولد، سن جنینی، آپگار، نحوه تولد و نمایش جنین) وجود داشت ($p < 0/01$). بررسی‌ها نشان داد که ناهنجاری مادرزادی در نوزادان مادرانی که سن بیشتر از ۳۵ سال را داشته و حاملگی‌های اول و چهارم یا بیشتر را داشتند، شایع‌تر بود.

ارتباط معنی‌دار و مستقیمی نیز بین ناهنجاری با سابقه سقط، وجود اولیگوهیدرآمیوس و پلی‌هیدرآمیوس در مادر باردار، سابقه خویشاوندی نزدیک با همسر، مصرف داروهای پیشگیری از بارداری و طول مدت مصرف آن و سابقه ابتلاء به بخرانهای روحی - روانی در طی دوران بارداری وجود داشت. همچنین بین سن پدر در زمان بارداری مادر، سابقه ناهنجاری در خانواده و شغل پدر و میزان درآمد ماهیانه با ناهنجاری مادرزادی در نوزاد ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری:

ناهنجاری مادرزادی در نوزاد با عوامل فردی مادر و نوزاد و عوامل اجتماعی - خانوادگی ارتباط داشته و تمامی اختلالات در مقایسه با گروه شاهد معنی‌دار بود. بنابراین نوزادانی که از مادران High Risk متولد می‌شوند بلافاصله بعد از تولد باید از نظر ناهنجاری، مورد بررسی دقیق قرار گیرند و زنانی که در معرض خطر می‌باشند باید تحت معاینات و مراقبتهای دوران بارداری به طور منظم قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی:

میزان بروز، ناهنجاری‌های مادرزادی، عوامل فردی، عوامل اجتماعی - خانوادگی، نوزاد متولد شده.

References:

- ۱- رابینز استنلی، کومار وینی، کاترین رمزی، چکیده‌ای از پایه آسیب شناختی بیماری‌ها رابینز، ترجمه احمدی ک، رخشان م، تهران، موسسه فرهنگی-انتشارات تیمورزاده-نشر طبیب، ۱۳۷۹، ص ۱۹۴.
- 2- Avery G. Neonatology pathophysiology management of the newborn. Philadelphia : Lippincott william & wilkins company , 1999 , 840 .
- ۳- طلاچیان (... و دیگران). چکیده پزشکی مبنای طب کودکان نلسون. تهران، تیمورزاده، نشر طبیب، ۱۳۷۹، ص ۵۴.
- ۴- سادلر توماس وی. رویان شناسی پزشکی لانگمن ۲۰۰۰. ترجمه بهادری م، شکور ع، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۸۰، ص ۱۴۳.
- 5 - Hagberg C. Incidence of cleft lip and palate and risk of additional malformation, cleft- palate- cranioface -J, 1998 35(1), 40 .
- 6 - Bhat Bv ,Babul. Congenital malformation at birth from south india . J pediatric , 1998 65(6) , 873 .
- 7 - Slavkin Hc. Meeting the challenges of craniofacial oral dental birth defect, J Am Dent , 1996 , 688 . 8 -Ryan k. Kistner's gynecology women's health . London : St Louis Mosby , 1999 , 450 .
- ۹- کینگ استون، هلن ام. الفبای ژنتیک بالینی، ترجمه سقفی؟ (... و دیگران)، تهران، انتشارات آوند دانش، ۱۳۷۹، ص ۱۰۵.
- 10- Rudolf M, Leven M. Pediatrics and child health . Oxford , Blackwell science company , 1999 , 232 .
- ۱۱- برنا، صدیقه. مروری بر یافته‌های سونوگرافی و اتیولوژی و پروگنوز آنومالی‌های مادرزادی، خلاصه مقالات ششمین کنگره سالیانه بیماری‌های زنان. تهران، معاونت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸، ص ۲۳۲.
- ۱۲- قضاوی، زهره، نصیبی، محمود. بررسی مشکلات روانی - اجتماعی والدین کودکان عقب مانده ذهنی تحت پوشش مرکز توانبخشی شهر اصفهان سال ۷۳. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی اصفهان، ۱۳۷۷، شماره ۱۱، ص ۱۶.
- ۱۳- عجم، محمود. مقایسه آگاهی مادران کودکان معلول و غیر معلول ۱۲-۶ سال در زمینه پیشگیری از معلولیت‌های جسمی و ذهنی. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، ۱۳۷۷، شماره ۱۰، ص ۳۸-۳۶.
- 14- Doenges M, Moorhouse M. Maternal / Newborn plans of care . Philadelphia : F. A. Davis Company, 1999 , 57 .
- ۱۵- قریب، میترا، عطیمی، سیروس. بهداشت مادر و نوزاد براساس فرآیند پرستاری. چاپ سوم، تهران، انتشارات امید، ۱۳۷۸، ص ۱۵۶.
- ۱۶- شاه‌محمدی، فرشته، احمدی، محمداتور. بررسی آماری ناهنجاری‌های مادرزادی در نوزادان زنده بدنیا آمده در بیمارستان‌های اراک. مجله ره آورد دانش، ۱۳۷۶، ج ۴، ص ۲۸-۲۳.
- ۱۷- درسنامه مامایی لیدر، ترجمه بحیرایی الف (... و دیگران)، تهران، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۸، ص ۲۸.
- 18- Hacker N, Moore J. Essential of obstetrics and gynecology . Philadelphia : W B Saunders Co , 1998 , 229 .
- ۱۹- بهرمن ریچارد، کلایگن روبرت م، جنسن هال. بیماری‌های نوزادان نلسون ۲۰۰۰. ترجمه اشتیاقی (... و دیگران)، تهران، نشر اشتیاق، ۱۳۷۹، ص ۱۴ و ۱۹ و ۲۳.
- ۲۰- بنت، براون، درسنامه مامایی میلز. ج ۱ و ۲. ترجمه شروفی س (... و دیگران)، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۷۶، ص ۳۱۹-۲۱. دچرنی آلن ام. کارنت زنان تشخیص و درمان. ترجمه قطبی ن (... و دیگران)، تهران، تیمورزاده، ۱۳۷۹، ص ۳۵۶.
- 22 -Nichols F, Zwelling E. Maternal - Newborn nursing theory and practice . Philadelphia : W B. Saunders Co . 1997 , 624 .
- ۲۳- کانینگهام مک دانلد، لوئر گنت، گیلتر پ. بارداری و زایمان ویلیامز. ج ۱. ترجمه قاضی جهتی ب (... و دیگران)، تهران، انتشارات گلبن، ۱۳۸۱، ص ۲۱۲.