

شیوع عود زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن در

شهر ایلام

دکتر راژان چهره^۱، ذلیخا کرم‌الهی^{۲*}، آزاده عیوضی^۳، میلاد برجی^۴،

دکتر اعظم صفار^۵

۱. دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۳. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۴. کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۵. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹

خلاصه

مقدمه: زایمان زودرس و عود آن، تبعات درازمدتی برای خانواده‌ها و جوامع دارد، بنابراین ارزیابی عوامل اپیدمیولوژیک و زیست محیطی برای تشخیص زنان در معرض خطر زایمان زودرس، حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع عود زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۹۴-۱۳۹۳ بر روی ۳۷۶۳ زن باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته و شامل ۳۷ سؤال بود که اطلاعات مربوط به متغیرهای فردی، تاریخچه مامایی و طبی مادری و متغیرهای جنینی (سن حاملگی، تعداد زایمان‌های قبلی، وزن تولد، آپگار، مرگ پری‌ناتال، ناهنجاری مادرزادی، سابقه زایمان زودرس قبلی، پرزانتاسیون، اختلالات جفت، سابقه سقط، سابقه فشارخون، دیابت در بارداری، سابقه ضربه و جراحی، اختلالات ساختمانی رحم و سرویکس، پارگی زودرس کیسه آب) جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های آماری کای اسکوئر و تی تست انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از مجموع ۳۵۰ مورد زایمان زودرس، ۲۸۹ نفر (۸۲/۶٪) سابقه زایمان زودرس نداشتند و ۶۱ نفر (۱۷/۴٪) دارای سابقه زایمان زودرس قبلی بودند. بیشترین عود زایمان زودرس در سنین ۴۰-۳۱ سالگی یافت شد. بین سن، سطح تحصیلات، پاریته، عفونت تناسلی، عفونت ادراری، سابقه جراحی، دیابت، مرگ جنین، ناهنجاریهای جنینی و عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به بالا بودن شیوع عود زایمان زودرس در زنانی که سابقه زایمان زودرس دارند، می‌توان با افزایش مراقبت‌های بالینی و یافتن عوامل مؤثر در زایمان زودرس، از عود آن پیشگیری کرد و از شیوع عود زایمان زودرس کاست.

کلمات کلیدی: زایمان زودرس، شیوع، عود

* نویسنده مسئول مکاتبات: ذلیخا کرم‌الهی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران. تلفن: ۰۸۴-۳۲۲۴۴۲۲۴، پست الکترونیک:

mohamad20101@gmail.com

مقدمه

زایمان زودرس نه تنها در دوره نوزادی، بلکه در کودکی و بزرگسالی، بزرگترین عامل خطر مرگومیر محسوب می‌شود. این عارضه، سلامت جسمانی، شناختی و رفتاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در حال حاضر یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی است (۱). زایمان زودرس به تولد کمتر از ۳۷ هفته کامل بارداری اطلاق می‌گردد که به‌عنوان یک واقعیت غیرقابل پیش‌بینی و اجتناب‌ناپذیر در زندگی زن باردار در نظر گرفته شده است (۲). امروزه افزایش تعداد کشورهای صنعتی به‌طور قدرت‌مندی با افزایش سن مادر و بارداری‌های حاصل از روش‌های کمک باروری در ارتباط است که منجر به ایجاد مجموعه‌ای از عوامل مرتبط با سبک زندگی در زمینه زایمان زودرس شده است (۳).

بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، در میان ۱۳۰ میلیون نوزاد متولد شده در هر سال در سراسر جهان، تعداد ۸ میلیون نوزاد قبل از تولد می‌میرند. در ایالات متحده، ۳۴-۱۷٪ از این مرگومیرها مربوط به نارس بودن و تنها حدود نیمی از این مرگومیرها در اثر علل قابل شناسایی هستند (۲). تقریباً ۹۰٪ از موارد زایمان‌های زودرس در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد که ۸۵٪ از این تعداد مربوط به آفریقا و آسیا و ۹/۰ میلیون مورد مربوط به آمریکای لاتین و کارائیب می‌باشد (۴).

عوارض متعدد و پیامدهای طولانی مدت از جمله سندرم زجر تنفسی، رتینوپاتی نوزادان نارس، اختلالات عصبی - تکاملی و اختلال درازمدت شنوایی - بینایی در نوزادان نارس منجر به افزایش مرگومیر می‌شود (۵). شیوع این عارضه در ایران بین ۱۳/۴-۵/۶٪ گزارش شده است (۶). در مطالعه تهرانیان و همکاران (۲۰۱۶) شیوع زایمان زودرس در مناطق مختلف تهران بین ۶/۳۰-۰/۷۷٪ گزارش شده است. عجمی و همکاران (۲۰۱۲) نیز در مطالعه خود شیوع کلی زایمان زودرس را ۸٪ گزارش کرده‌اند (۴، ۷).

زایمان زودرس یک عارضه چندعاملی است؛ به گونه‌ای که مجموعه‌ای از عوامل فردی - رفتاری و روانی، محیطی، شرایط پزشکی، درمان ناباروری، عوامل

بیولوژیکی و ژنتیک، در ایجاد آن نقش دارند (۵). بارداری در سنین نوجوانی، تعداد سال‌های کم تحصیل و مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری (۱)، چندقلویی، پارگی زودرس کیسه آب، عفونت، پره‌اکلامپسی، حالت بریچ در نوزاد، استفاده از روش‌های نوین کمک باروری (۸)، چاقی، وقایع استرس‌زای زندگی، فعالیت جنسی، جفت سرراهی، دیابت بارداری، اختلالات فشارخون، سابقه زایمان زودرس و اختلالات سیستم باروری و سابقه زایمان زودرس به‌عنوان عوامل مرتبط با زایمان زودرس مطرح شده‌اند (۵). با اینکه علت زایمان زودرس در بیشتر موارد ناشناخته و ایدیوپاتیک است، ولی نتایج مطالعات حاکی از آن است که سابقه زایمان زودرس قبلی، خطر عود زایمان زودرس را در بارداری‌های بعدی افزایش می‌دهد (۱، ۲، ۴، ۷). با توجه به اینکه در کشورهای در حال توسعه تعداد مطالعات انجام شده پیرامون شیوع و علل این عارضه، محدود است (۹) و از طرفی، با در نظر گرفتن تبعات درازمدتی که زایمان زودرس برای خانواده‌ها و جوامع دارد، بنابراین ارزیابی عوامل اپیدمیولوژیک و زیست محیطی برای تشخیص زنان در معرض خطر زایمان زودرس، حائز اهمیت است (۳). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع عود زایمان زودرس و عوامل مرتبط با آن انجام شد تا شناختن این عوامل راهنمایی برای ارزیابی دقیق‌تر زنان باردار توسط مراقبین سلامت باشد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی، از مجموع ۳۷۶۳ زایمان که در فاصله مرداد ماه ۱۳۹۳ لغایت مرداد ماه ۱۳۹۴ در زایشگاه شهید مصطفی خمینی (ره) شهر ایلام انجام گرفته بود، تعداد ۳۵۰ مورد زایمان زودرس و دارای شرایط ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زایمان قبل ۳۷ هفته و شکم دوم به بالا و تک‌قلو بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: حاملگی اول و ختم عمدی حاملگی قبل از ۳۷ هفته به‌دلیل اندیکاسیون‌های پزشکی مادر و یا جنینی بود. در این مطالعه نمونه‌گیری به‌روش متوالی و طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. در این مطالعه پس از اینکه اطلاعاتی

در مورد ماهیت طرح به زنان باردار واجد شرایط داده شد، از آنان رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. اطلاعات لازم با روش مصاحبه و همچنین با استفاده از پرونده پزشکی مادران باردار جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته بود که شامل ۳۷ سؤال در مورد متغیرهای فردی، تاریخچه مامایی و طبّی مادری (نوع زایمان، سن حاملگی در هنگام زایمان (۳۷-۲۰ هفته)، تعداد زایمان‌های قبلی، سابقه سقط، سابقه زایمان زودرس قبلی، سابقه دیابت ملیتوس، سابقه ضربه و جراحی، اختلالات ساختمانی رحم و سرویکس، پارگی زودرس کیسه آب، فشارخون بالا در هنگام مراجعه، پرزانتاسیون نابجا، جدا شدن زودرس جفت و جفت سرراهی) و متغیرهای جنینی (سن تولد، وزن تولد، آپگار دقیقه اول و پنجم، بستری شدن در بخش نوزادان، مرگ پرناتال و ناهنجاری مادرزادی) بود. برای تعیین اعتبار علمی ابزار، از روش اعتبار محتوا و برای تأیید اعتماد علمی ابزار، از روش آزمون مجدد استفاده شد که با ضریب اعتماد بیش از ۰.۸۵ پایایی به‌دست آمد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۹) و آزمون‌های کای دو و تی تست مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰.۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۵۰ مورد زایمان زودرسی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، تعداد ۲۸۹ نفر (۸۲/۶٪) از آنها سابقه زایمان زودرس نداشتند و ۶۱ نفر (۱۷/۴٪) سابقه

زایمان زودرس قبلی داشتند، بنابراین شیوع عود زایمان زودرس ۱۷/۴٪ بود.

بر اساس نتایج مطالعه، عود زایمان زودرس اکثراً در سنین ۳۱-۴۰ سالگی بود، ولی زایمان زودرس در زنان جوان‌تر یعنی در سنین ۲۱-۳۰ سالگی شایع‌تر بود. زایمان زودرس در بین زنان با تحصیلات دیپلم و بالاتر و عود آن در زنان با تحصیلات دیپلم و پایین‌تر بیشتر بود. سطح تحصیلات همسر اکثر افراد گروه زایمان زودرس دانشگاهی و در گروه عود زایمان زودرس پایین‌تر از دیپلم بود. دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات و تحصیلات همسر تفاوت آماری معنی‌داری داشتند ($p < 0.05$). با اینکه اکثر واحدهای پژوهش در دو گروه در منازل شخصی و کم‌جمعیت زندگی می‌کردند، اما دو گروه از نظر مالکیت واحد مسکونی و تعداد افراد خانوار تفاوت آماری معنی‌داری داشتند ($p < 0.05$). از آنجایی که اکثر واحدهای پژوهش در دو گروه خانه‌دار و همسرانشان شغل آزاد داشتند و از نظر سطح درآمد خانوادگی در سطح اقتصادی پایینی بودند و اکثراً قومیت کرد داشتند، لذا دو گروه از نظر نوع اشتغال، سطح اقتصادی و قومیت تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۱).

در بیشتر واحدهای پژوهش در دو گروه، زایمان به‌روش سزارین انجام گرفته بود و تمامی موارد سزارین از نوع اورژانسی بودند و ۷۷/۵٪ سزارین‌ها در گروه عود زایمان زودرس و ۸۸٪ سزارین‌ها در گروه زایمان زودرس، بیهوشی موضعی دریافت کرده بودند و دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0.05$) (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب متغیرهای فردی در دو گروه زایمان زودرس و عود زایمان زودرس

متغیرها	گروه	زایمان زودرس (۲۸۹ نفر)	عود زایمان زودرس (۶۱ نفر)	سطح معنی داری
سن مادر (سال)	کمتر از ۲۰ سال	۵ (۱/۷)	۰ (۰)	p=۰/۰۰۱
	۲۱-۳۰	۱۶۳ (۵۶/۴)	۲۰ (۳۲/۸)	
	۳۱-۴۰	۱۱۵ (۳۹/۸)	۳۶ (۵۹/۰)	
	۴۰ سال و بالاتر	۶ (۲/۱)	۵ (۸/۲)	
سطح تحصیلات	بی سواد	۱۱ (۳/۸)	۶ (۹/۸)	p=۰/۰۰۵
	زیردیپلم	۶۴ (۲۲/۱)	۲۰ (۳۲/۸)	
	دیپلم	۹۵ (۳۲/۹)	۲۳ (۳۷/۸)	
	دانشگاهی	۱۱۹ (۴۱/۲)	۱۲ (۱۹/۷)	
سطح تحصیلات همسر	بی سواد	۶ (۲/۰)	۱ (۱/۶)	p=۰/۰۰۳
	زیردیپلم	۲۱ (۷/۳)	۲۴ (۳۹/۴)	
	دیپلم	۱۰۲ (۳۵/۳)	۱۶ (۲۶/۲)	
	دانشگاهی	۱۱۸ (۴۰/۸)	۲۰ (۳۲/۸)	
وضعیت اشتغال	خانه دار	۲۵۱ (۸۶/۹)	۴۹ (۸۰/۳)	p=۰/۲۲۵
	شاغل	۳۸ (۱۳/۱)	۱۲ (۱۹/۷)	
وضعیت اشتغال همسر	بیکار	۱۷ (۵/۹)	۲ (۳/۳)	p=۰/۳۳۵
	کارگر	۴۹ (۱۷/۰)	۱۵ (۲۴/۶)	
	آزاد	۱۳۵ (۴۶/۷)	۲۳ (۳۷/۷)	
	کارمند	۸۸ (۳۰/۴)	۲۱ (۳۴/۴)	
نژاد	کرد	۲۶۸ (۹۲/۷)	۵۲ (۸۵/۲)	p=۰/۰۰۶
	غیر کرد	۲ (۷/۳)	۹ (۱۰/۸)	
سطح درآمد خانواده	کمتر از ۱ میلیون تومان	۸۲ (۲۸/۴)	۱۶ (۲۶/۲)	p=۰/۳۴
	۱-۱/۵ میلیون تومان	۱۱۲ (۴۲/۲)	۲۰ (۳۲/۸)	
	۱/۵-۲ میلیون تومان	۴۹ (۱۷/۰)	۱۴ (۲۳/۰)	
	۲ میلیون و بیشتر	۳۶ (۱۲/۵)	۱۱ (۱۸/۰)	
مالکیت واحد مسکونی	شخصی	۱۱۴ (۳۹/۴)	۳۵ (۵۷/۴)	p=۰/۰۳۳
	اجاره‌ای	۱۱۳ (۳۹/۱)	۱۸ (۲۹/۵)	
	غیر شخصی	۶۲ (۲۱/۵)	۸ (۱۳/۱)	

زودرس با بالا رفتن پاریته نسبت معکوس داشت؛ بدین صورت که احتمال زایمان زودرس در بارداری دوم، سوم، چهارم و پنجم به بالا به ترتیب ۰/۴۴/۶، ۰/۳۱/۵، ۰/۱۲/۶ و ۰/۶/۲ بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p < 0/05$) (جدول ۲).

در مجموع احتمال عود زایمان زودرس در بارداری بعدی بدون در نظر گرفتن تعداد بارداری ۰/۱۷/۴ بود، در حالی که احتمال عود زایمان زودرس بر اساس پاریته در بارداری دوم، سوم و چهارم به ترتیب ۰/۳۱/۱، ۰/۳۲/۸ و ۰/۳۶/۱ بود. بر اساس این نتایج، تکرار زایمان زودرس با بالا رفتن پاریته ارتباط مستقیم داشت، ولی شیوع زایمان

جدول ۲- توزیع فراوانی گروه های مورد پژوهش برحسب متغیرهای بارداری و زایمان در دو گروه زایمان زودرس و عود زایمان

زودرس		گروه	
متغیرها	زایمان زودرس (۲۸۹ نفر)	عود زایمان زودرس (۶۱ نفر)	سطح معنی داری
تعداد بارداری‌ها	بارداری دوم	۱۲۹ (۴۴/۶)	p=۰/۰۰۱
	بارداری سوم	۹۱ (۳۱/۵)	
	بارداری چهارم	۵۱ (۱۷/۶)	
	بارداری پنجم و بالاتر	۱۸ (۶/۳)	
روش زایمان	زایمان طبیعی	۹ (۳۰/۸)	p=۰/۳۴
	سزارین	۲۰۰ (۶۹/۳)	
نوع سزارین	اورژانسی	۲۰۰ (۱۰۰/۰)	p=۰/۰۰۵
	الکتیو	۰ (۰)	
نوع بیهوشی	عمومی	۲۴ (۱۲/۰)	p=۰/۰۷۱
	موضعی	۱۷۶ (۸۸/۰)	
وضعیت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری	بله	۲۸۷ (۹۹/۳)	p=۰/۴۳۸
	خیر	۲ (۰/۷)	
شخص مراقبت کننده	مطب خصوصی	۱۳ (۴/۵)	p=۰/۵۹۷
	مراقبین بهداشتی درمانی	۱۲ (۴/۵)	
	هر دو	۲۴۲ (۹۱/۰)	
تعداد مراقبت‌های دریافت شده	کمتر از ۶ بار	۲۴ (۸/۷)	p=۰/۲۵۱
	۶-۱۲ بار	۱۵۰ (۵۱/۹)	
	بیشتر از ۱۲ بار	۱۱۳ (۳۹/۴)	
سابقه سقط	بله	۴۸ (۱۶/۶)	p=۰/۱۶۰
	خیر	۲۴۱ (۸۳/۴)	
سابقه مرده‌زایی	بله	۶ (۲/۱)	p=۰/۰۰۳
	خیر	۲۸۳ (۹۷/۹)	

میانگین سن بارداری بر اساس LMP در گروه زایمان زودرس ۳۳/۷±۳/۲۲ هفته و در گروه عود زایمان زودرس ۳۳/۵±۳/۳۴ هفته و بر اساس سونوگرافی، میانگین سن بارداری در گروه زایمان زودرس ۳۳/۳۱±۳/۴۸ هفته و در گروه عود زایمان زودرس ۳۳/۵±۳/۳۲ هفته بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۳۳۵). میانگین نمره آپگار دقیقه اول در گروه زایمان زودرس ۷/۳۳±۲/۰۴ و در گروه عود زایمان زودرس ۷/۳۱±۲/۴۶ (p=۰/۲۴) و میانگین نمره آپگار دقیقه پنجم در گروه زایمان زودرس ۸/۲±۱/۶ و در گروه عود زایمان زودرس ۸±۰/۸۹ بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۳۷۵). میانگین وزن نوزاد در گروه زایمان زودرس ۳۱۰۰±۱۰۰/۵۰ کیلوگرم و در گروه عود زایمان زودرس ۳۱۰۱±۱۰۰/۵۶ کیلوگرم بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۲۰۹)، لذا دو گروه از نظر میانگین سن بارداری، نمره آپگار و میانگین وزنی نوزاد تفاوت آماری معنی داری نداشتند. بر اساس نتایج به‌دست آمده، دو گروه زایمان زودرس و عود زایمان زودرس از نظر گروه سنی بارداری، گروه وزنی نوزاد، جنسیت نوزاد، پوزیشن نوزاد و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p>۰/۰۵) (جدول ۲). مرده‌زایی و ناهنجاری‌های جنینی، از عوامل مؤثر بر عود زایمان زودرس بودند (p<۰/۰۵) (جدول ۳).

میانگین سن بارداری بر اساس LMP در گروه زایمان زودرس ۳۳/۷±۳/۲۲ هفته و در گروه عود زایمان زودرس ۳۳/۵±۳/۳۴ هفته و بر اساس سونوگرافی، میانگین سن بارداری در گروه زایمان زودرس ۳۳/۳۱±۳/۴۸ هفته و در گروه عود زایمان زودرس ۳۳/۵±۳/۳۲ هفته بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۳۳۵). میانگین نمره آپگار دقیقه اول در گروه زایمان زودرس ۷/۳۳±۲/۰۴ و در گروه عود زایمان زودرس ۷/۳۱±۲/۴۶ (p=۰/۲۴) و میانگین نمره آپگار دقیقه پنجم در گروه زایمان زودرس ۸/۲±۱/۶ و در گروه عود زایمان زودرس ۸±۰/۸۹ بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۳۷۵). میانگین وزن نوزاد در گروه زایمان زودرس ۳۱۰۰±۱۰۰/۵۰ کیلوگرم و در گروه عود زایمان زودرس ۳۱۰۱±۱۰۰/۵۶ کیلوگرم بود که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p=۰/۲۰۹)، لذا دو گروه از نظر میانگین سن بارداری، نمره آپگار و میانگین وزنی نوزاد تفاوت آماری معنی داری نداشتند. بر اساس نتایج به‌دست آمده، دو گروه زایمان زودرس و عود زایمان زودرس از نظر گروه سنی بارداری، گروه وزنی نوزاد، جنسیت نوزاد، پوزیشن نوزاد و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری تفاوت آماری معنی داری نداشتند (p>۰/۰۵) (جدول ۲). مرده‌زایی و ناهنجاری‌های جنینی، از عوامل مؤثر بر عود زایمان زودرس بودند (p<۰/۰۵) (جدول ۳).

جدول ۴- توزیع گروه‌های مورد پژوهش برحسب مشکلات طبی مادر در بارداری در دو گروه زایمان زودرس و عود زایمان زودرس

متغیرها	گروه	زایمان زودرس (۲۸۹ نفر)	عود زایمان زودرس (۶۱ نفر)	سطح معنی‌داری
دکولمان	۹	(۳/۱)	۲ (۳/۳)	۰/۶۰۰
جفت سرراهی	۱۳	(۴/۵)	۳ (۴/۹)	۰/۵۵۰
ناهنجاری‌های سرویکس	۱۵	(۵/۲)	۶ (۹/۸)	۰/۱۳۸
ناهنجاری‌های رحمی	۶	(۲/۱)	۱ (۱/۶)	۰/۶۴۸
اکلامپسی	۱	(۰/۳)	۰ (۰)	۰/۸۲۶
پره‌اکلامپسی	۵۶	(۱۹/۴)	۱۴ (۲۳/۰)	۰/۳۱۷
آنمی	۸۴	(۲۹/۱)	۱۶ (۲۶/۲)	۰/۳۹۱
ضربه در بارداری	۸	(۲/۸)	۲ (۳/۳)	۰/۵۴۴
خونریزی واژینال در بارداری	۴۷	(۱۶/۳)	۱۱ (۱۸/۰)	۰/۴۳۰
اولیگوهایدروآمینوس	۴۰	(۱۳/۸)	۷ (۱۱/۵)	۰/۴۰۰
پلی‌هایدروآمینوس	۱۲	(۴/۲)	۰ (۰)	۰/۰۹۶
استرس	۵۷	(۱۹/۷)	۱۵ (۲۴/۴)	۰/۳۹۳
پارگی زودرس پرده‌های جنینی	۱۰۰	(۳۴/۶)	۲۵ (۴۱/۰)	۰/۳۴
سابقه جراحی شکم و لگن	۸۷	(۳۰/۱)	۲۹ (۴۷/۵)	۰/۰۰۷
دیابت بارداری	۳۰	(۱۰/۴)	۱۲ (۱۹/۷)	۰/۰۴۰
عفونت واژینال	۱۲۱	(۴۱/۹)	۱۶ (۲۶/۲)	۰/۰۴۹
پیلونفریت	۱۸	(۶/۲)	۰ (۰)	۰/۰۲۹
عفونت ادراری	۱۴۳	(۴۹/۵)	۱۹ (۳۱/۱)	۰/۰۰۶
استعمال دخانیات	۲	(۰/۷)	۰ (۰)	۰/۵۱۵
اختلالات تیروئیدی	۲۶	(۹/۰)	۷ (۱۱/۵)	۰/۳۴۵

بحث

همخوانی داشت. در مطالعه داوری تنها و همکاران (۲۰۰۸) بین سن مادر و عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری گزارش نشد (۱۰). در مطالعه داوری تنها، بیشتر بیماران در محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال بودند، در حالی که مطالعه فرگوسن و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد دو انتهای طیف سنین بارداری یعنی کمتر از ۱۸ سال و بالاتر از ۳۵ سال، بیشتر در معرض زایمان زودرس هستند (۱۴) که این موضوع می‌تواند علت تضاد در نتایج باشد. مطالعه حاضر تحصیلات دیپلم و پایین‌تر مادر و همسرش با عود زایمان زودرس مرتبط بود که با نتایج مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۱۶) که نشان دادند عود زایمان زودرس در میان زنان با تحصیلات پایین بیشتر است (۱۵)، همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر قومیت و اشتغال مادر با عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری نداشت، در حالی که نتایج مطالعات اسمعیل (۲۰۰۱) و لطفعلی‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که زایمان زودرس در زنان شاغل به‌خصوص در مشاغل ایستاده و پرتحرک بیشتر

در این مطالعه شیوع عود زایمان زودرس در میان زنان چندان، ۱۷/۴٪ بود که این میزان در مطالعه داوری تنها و همکاران (۲۰۰۸)، ۸/۷٪ بود (۱۰). علی‌جهان و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود، خطر عود زایمان زودرس را ۱۲/۷٪ گزارش کردند (۱۱). این اختلاف شیوع ممکن است به علت مرکزیت بیمارستان مورد مطالعه در پژوهش حاضر باشد. کازیمیر و همکاران (۲۰۱۴) شیوع عود زایمان زودرس را ۲۰/۲٪ ذکر کردند (۱۲). فیلیپس و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود این میزان را ۳۰٪ بیان کردند (۱۳).

در مطالعه حاضر زنان سنین ۳۱-۴۰ سال بیشتر با عود زایمان زودرس مواجه بودند، در حالی که شیوع زایمان زودرس در سنین ۲۱-۳۰ بالاترین میزان خود را نشان می‌دهد. لیل و همکاران (۲۰۱۶) نیز در مطالعه خود دریافتند که شیوع عود زایمان زودرس در سن ۳۰ سالگی به بالا بیشتر است (۱) که با نتایج مطالعه حاضر

است (۱۶، ۱۷). همچنین در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۱۶)، نژاد و قومیت، یکی از عوامل دخیل در عود زایمان زودرس گزارش شد (۱۵). علت این تضاد در نتایج می‌تواند به دلیل این باشد که در مطالعه حاضر بیشتر واحدهای پژوهش کردنژاد و خانه‌دار بودند، به همین دلیل ارتباط آماری معنی‌داری بین عود زایمان زودرس با قومیت و اشتغال مادر وجود نداشت. در مطالعه حاضر با اینکه بین سطح درآمد خانواده و عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت، ولی به نظر می‌رسد مادرانی که در خانواده‌های با سطح اقتصادی پایین زندگی می‌کنند، بیشتر در معرض زایمان زودرس و عود آن هستند که با نتایج مطالعه گوپتا و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت (۱۸).

در این مطالعه با افزایش پاریته، شیوع عود زایمان زودرس افزایش یافته بود (در بارداری دوم ۳۱/۱٪، در بارداری سوم ۳۲/۸٪ و در بارداری چهارم و بالاتر ۳۶/۱٪). در حالی که شیوع کلی زایمان زودرس با افزایش پاریته کاهش یافته بود (در بارداری دوم به ۶/۲٪ بارداری پنجم و به بالاتر). سیمونسیم و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه خود نشان دادند که احتمال عود زایمان زودرس با بالا رفتن تعداد بارداری‌ها بیشتر می‌شود (۱۹). مطالعه اسپیمپف و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد که عود زایمان زودرس در زنان مسن و چندزاد بیشتر از زنان نخست‌زاد است (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر میزان سزارین در گروه عود زایمان زودرس و زایمان زودرس به ترتیب ۶۵/۶٪ و ۶۹/۲٪ بود و تمامی موارد سزارین به روش اورژانسی انجام شده بودند و در اکثریت آنها مادران بیهوشی موضعی دریافت کردند. دلیل اصلی افزایش زایمان به روش سزارین در این دسته از بارداری‌ها، آسیب‌پذیر بودن نوزاد و جلوگیری از آسیب احتمالی به نوزاد نارس و یا بسیار نارس ذکر شده است (۲۱).

در مطالعه حاضر ۶۷/۲٪ افراد گروه عود زایمان زودرس و ۶۳/۳٪ گروه زایمان زودرس در سن ۳۲-۳۶ هفتگی بارداری زایمان کرده بودند. با این که اختلاف دو گروه معنی‌دار نبود، اما این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه

یانگ و همکاران (۲۰۱۶) که دریافتند شیوع و عود زایمان زودرس در سن بارداری ۳۶-۳۲ هفتگی بیشتر از سنین پایین‌تر از ۳۲ هفتگی است (۱۵)، همخوانی داشت. در مطالعه حاضر علی‌رغم عدم اختلاف معنی‌دار از نظر میانگین وزنی و گروه وزنی نوزاد در دو گروه مورد بررسی، در مجموع ۶۳/۳٪ نوزادان گروه عود زایمان زودرس و ۶۶/۱٪ نوزادان گروه زایمان زودرس در گروه‌های وزنی کم وزن، خیلی کم وزن و بسیار کم وزن قرار داشتند. بنابراین به نظر می‌رسد نوزادان با وزن پایین‌تر از ۲۵۰۰ گرم، بیشتر در معرض تولد زودرس هستند که این نتیجه با نتایج مطالعه محسن‌زاده و همکاران (۲۰۱۱) و مهند و همکاران (۲۰۱۳) همخوانی داشت (۲۲، ۲۳).

در پژوهش حاضر میانگین نمره آپگار در دقایق اول و پنجم بعد از تولد نوزاد، دکولمان و جفت سرراهی، خونریزی واژینال در بارداری فعلی، سابقه سقط، مصرف سیگار و مراقبت‌های دوران بارداری در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. مطالعه دیگر نیز نمره آپگار (۲۴)، حوادث جفتی، ناهنجاری‌های رحمی، خونریزی واژینال در بارداری فعلی (۱۰)، سابقه سقط، ضربه به شکم (۸)، مراقبت‌های دوران بارداری (۲۵) و مصرف سیگار (۸) را عاملی مؤثر بر خطر زایمان زودرس و یا عود آن نمی‌دانستند.

در پژوهش حاضر استرس مادر در دوران بارداری، ارتباط آماری معنی‌داری با عود زایمان زودرس نداشت. در مطالعه نشاط و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که استرس مادر، عاملی مؤثر در شروع زایمان زودرس است (۲۶) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. در مطالعه نشاط و همکاران (۲۰۱۳) دفعات شستشوی لباس با دست و تعداد دفعات پختن غذا، به‌عنوان عامل استرس بررسی شدند، در حالی که در مطالعه حاضر عوامل استرس‌زا مانند مرگ اقوام و جدایی از همسر بررسی شد که شاید دلیل تناقض در نتایج، همین موضوع باشد (۲۶).

در پژوهش حاضر پارگی زودرس کیسه آب با عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری نداشت، ولی از آنجایی که ۴۱٪ گروه عود زایمان زودرس و ۳۴/۶٪ گروه زایمان زودرس از پارگی پرده‌های جنینی شاکی بودند، به‌نظر

مبتلا می‌شوند (۳۱) و همچنین احتمال زایمان زودرس در زنان باردار دیابتی، ۴ برابر بیشتر از افراد غیردیابتی است (۳۲). نتایج مطالعه مهند و همکاران (۲۰۱۳) و سورکان و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که عود زایمان زودرس با مرگ داخلی رحمی جنین و مرگ‌ومیر پری‌ناتال ارتباط دارد (۲۳، ۳۳). در مطالعه مهند و همکاران (۲۰۱۳) خطر مرگ جنین در مادرانی که سابقه یک‌بار زایمان زودرس داشتند، ۹ برابر بیشتر از کسانی بود که سابقه زایمان زودرس نداشتند (۲۳). همچنین در پژوهش حاضر ناهنجاری جنین با عود زایمان زودرس رابطه معنی‌داری نشان داد. نتایج مطالعه گیامفی و همکاران (۲۰۰۱) و آنانث و همکاران (۲۰۰۶) نیز حاکی از آن است که ناهنجار بودن جنین، خطر زایمان زودرس را افزایش می‌دهد (۲۱، ۳۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به ترخیص زودهنگام و ترخیص با رضایت شخصی مادران اشاره کرد، زیرا در محیط پژوهش حاضر بیشتر مادرانی که به‌روش طبیعی زایمان کرده بودند، حداکثر تا ۶ ساعت و افراد سزارین شده بین ۱۸-۱۲ ساعت در بخش بعد از زایمان اقامت داشتند، سپس ترخیص می‌شدند و تعداد زیادی از این ترخیص‌ها در شیفت شب صورت می‌گرفت و همین امر دسترسی به پرونده‌های بیماران را با مشکل مواجه کرده بود که جهت رفع این نواقص سعی شد علاوه بر پرونده‌های بالینی بیماران، از طریق تماس تلفنی با مادران، اطلاعات مورد نظر جمع‌آوری شود.

نتیجه‌گیری

پیلونفریت، سابقه جراحی شکم و لگن، دیابت، عفونت‌های ادراری و تناسلی در افزایش خطر عود زایمان زودرس نقش دارند، بنابراین می‌توان در هنگام مشاوره، آموزش و غربالگری‌های قبل و حین بارداری، در جهت یافتن این عوامل مؤثر در زایمان زودرس اقدام نمود. شاید به این ترتیب بتوان در جهت کاهش خطر زایمان زودرس در زنان جوان و همچنین عود آن در بین زنان چندزا و نزدیک به انتهای سنین باروری اقدام کرد.

می‌رسد پارگی پرده‌های جنینی در شروع زایمان زودرس نقش دارد. این نتیجه توسط مطالعات دیگر نیز تأیید شده است (۴، ۱۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، عود زایمان زودرس با پره‌اکلامپسی و اکلامپسی و اختلالات مایع آمنیوتیک ارتباط آماری معنی‌داری ندارد. در مطالعه خلجی‌نیا و همکاران (۲۰۱۲)، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی عامل افزایش خطر زایمان زودرس گزارش نشد (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. مغایر با مطالعه حاضر، نتایج مطالعه موری ساکی و همکاران (۲۰۱۴) نشان می‌دهد که اختلالات مایع آمنیوتیک (۱۱)، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی با افزایش خطر زایمان زودرس همراهند (۲۷). احتمالاً علت تناقض در نتایج می‌تواند در این امر باشد که سایر مطالعات، موارد القایی زایمان زودرس را نیز بررسی کرده‌اند، در حالی که در مطالعه حاضر صرفاً موارد زایمان زودرس خودبه‌خودی بررسی شد. در این مطالعه عفونت‌های تناسلی و دستگاه ادراری با عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری داشت. گوپتا و همکاران (۲۰۱۳) نیز دریافتند که عفونت دستگاه تناسلی نه تنها با افزایش شیوع زایمان زودرس و عود آن در بارداری‌های بعدی همراه است، بلکه با پارگی زودرس پرده‌های جنین و عفونت بعد از زایمان نیز رابطه مستقیم دارد (۱۸). همسو با این نتایج، مطالعات دیگر نشان دادند که عفونت‌های دستگاه ادراری، عاملی مؤثر بر شیوع زایمان زودرس و عود آن هستند (۱۵، ۲۸، ۲۹).

در این مطالعه ۴۷/۵٪ زنان در گروه عود زایمان زودرس و ۳۰/۱٪ گروه زایمان زودرس، سابقه جراحی شکم و لگن داشتند و تفاوت دو گروه معنی‌دار بود که با نتایج مطالعات دومینگوس و همکاران (۲۰۱۴) و لیل و همکاران (۲۰۱۶) که نشان دادند سابقه جراحی شکم و لگن به‌ویژه سزارین، عاملی مؤثر در افزایش شیوع زایمان زودرس و عود آن در بارداری‌های بعدی است (۱، ۳۰)، همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر دیابت بارداری و سابقه مرده‌زایی نیز با عود زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری داشتند. نتایج مطالعه ایویرس و همکاران (۲۰۰۴) نیز نشان داد که ۴۵-۲۰٪ زنان در دوران بارداری به دیابت نوع یک

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام می‌باشد.

منابع

1. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health* 2016; 13(3):127.
2. Muglia LJ, Katz M. The enigma of spontaneous preterm birth. *N Engl J Med* 2010; 362(6):529-35.
3. Di Renzo GC, Giardina I, Rosati A, Clerici G, Torricelli M, Petraglia F, et al. Maternal risk factors for preterm birth: a country-based population analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 159(2):342-6.
4. Tehranian N, Ranjbar M, Shobeiri F. The prevalence and risk factors for preterm delivery in Tehran, Iran. *J Midwifery Reprod Health* 2016; 4(2):600-4.
5. Tellapragada C, Eshwara VK, Bhat P, Acharya S, Kamath A, Bhat S, et al. Risk factors for preterm birth and low birth weight among pregnant indian women: a hospital-based prospective study. *J Prev Med Public Health* 2016; 49(3):165-75.
6. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. The effect of lifestyle on the rate of preterm birth. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10(1):55-63.
7. Ajami ME, Nikkhah Shahmirzadi A, Nikkhah A. Evaluate the prevalence of premature labor and its related factors in the Shahrood in 2012. *J Health Breeze* 2013; 2(3):43-8. (Persian).
8. Shoja M, Shoja E, Gharaei M. Prevalence and affecting factors on preterm birth in pregnant women Referred to Bentolhoda hospital-Bojnurd. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2016; 7(4):855-63. (Persian).
9. Zhang YP, Liu XH, Gao SH, Wang JM, Gu YS, Zhang JY, et al. Risk factors for preterm birth in five Maternal and Child Health hospitals in Beijing. *PLoS One* 2012; 7(12):e52780.
10. Davari Tanha F, Valadan M, Kave M, Bagherzadeh S, Hassanzadeh M. Risk factors for recurrent preterm delivery in three university hospitals. *Tehran Univ Med J* 2008; 65(2):24-9. (Persian).
11. Alijahan R, Hazrati S, Mirzarahimi M, Pourfarzi F, Hadi PA. Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(1):47. (Persian).
12. Kazemier BM, Buijs PE, Mignini L, Limpens J, Groot CJ, Mol BW. Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review. *BJOG* 2014; 121(10):1197-208.
13. Phillips C, Velji Z, Hanly C, Metcalfe A. Risk of recurrent spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *BMJ Open* 2017; 7(6):e015402.
14. Ferguson SE, Smith GN, Salenieks ME, Windrim R, Walker MC. Preterm premature rupture of membranes: nutritional and socioeconomic factors. *Obstet Gynecol* 2002; 100(6):1250-6.
15. Yang J, Baer RJ, Berghella V, Chambers C, Chung P, Coker T, et al. Recurrence of preterm birth and early term birth. *Obstet Gynecol* 2016; 128(2):364-72.
16. Lotfalizadeh M, Mohammadzadeh A, Kamandi S, Bagheri S. Prevalence and risk factors of preterm labor in imam reza hospital (2002-2003). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2005; 8(2):93-100. (Persian).
17. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 8:CD000490.
18. Gupta A, Garg PR, Nigam SH. Bacterial vaginosis in pregnancy (<28 weeks) and its effect on pregnancy outcome: a study from a Western UP city. *Indian J Clin Pract* 2013; 23(11):740-4.
19. Simonsen SE, Lyon JL, Stanford JB, Porucznik CA, Esplin MS, Varner MW. Risk factors for recurrent preterm birth in multiparous Utah women: a historical cohort study. *BJOG* 2013; 120(7):863-72.
20. Schempf AH, Branum AM, Lukacs SL, Schoendorf KC. Maternal age and parity-associated risks of preterm birth: differences by race/ethnicity. *Pediatr Prenat Epidemiol* 2007; 21(1):34-43.
21. Gyamfi-Bannerman BC. Late preterm birth: can be reduced. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204(6):459-60.
22. Mohsenzadeh A, Saket S, Karimi A. **Prevalence** of preterm neonates and risk factors. *Iran J Neonatol* 2011; 2(2):38-42. (Persian).
23. Mahande MJ, Daltveit AK, Obure J, Mmbaga BT, Masenga G, Manongi R, et al. Recurrence of preterm birth and perinatal mortality in northern Tanzania: registry-based cohort study. *Trop Med Int Health* 2013; 18(8):962-7.
24. Khalajinia Z, Gholamreza J. Maternal risk factors associated with preterm delivery in Qom province of Iran in 2008. *Sci Res Essays* 2012; 7(1):51-4.
25. Ratzon R, Sheiner E, Shoham-Vardi I. The role of prenatal care in recurrent preterm birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 154(1):40-4.
26. Neshat R, Majlesi F, Rahimi A, Shariat M, Pourreza A. Investigation the relationship between preterm delivery and prevalence of anxiety, stress and depression in pregnant women of dorrod health center, Iran in 2010. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(67):16-24. (Persian).



27. Morisaki N, Togoobaatar G, Vogel JP, Souza JP, Rowland Hogue CJ, Jayaratne K, et al. Risk factors for spontaneous and provider-initiated preterm delivery in high and low Human Development Index countries: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG* 2014; 121(Suppl 1):101-9.
28. Jelliffe-Pawlowski LL, Baer RJ, Blumenfeld YJ, Ryckman KK, O'Brodovich HM, Gould JB, et al. Maternal characteristics and mid-pregnancy serum biomarkers as risk factors for subtypes of preterm birth. *BJOG* 2015; 122(11):1484-93.
29. Cunningham FG, Leveno KJ, Hauth JC, editors. *Williams's obstetrics*. 23th Ed. New York: McGraw Hill; 2010.
30. Domingues RM, Dias MA, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira AP, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Suppl 1):S1-16.
31. Evers IM, de Valk HW, Visser GH. Risk of complications of pregnancy in women with type 1 diabetes: nationwide prospective study in the Netherlands. *BMJ* 2004; 328(7445):915-9.
32. LEPERCQ J, JOEL COSTE J, THEAU A, DANIELE DUBOIS-LAFORGUE D, TIMSIT J. Factors Associated With Preterm Delivery in Women With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27(12):2824–2828.
33. Surkan PJ. Previous preterm and small-for-gestational-age births and the subsequent risk of stillbirth. *The New England journal of medicine*. 2004; 350(8): 777- 85.
34. Ananth CV, Getahun D, Peltier MR, Salihu HM, Vintzileos AM. Recurrence of spontaneous versus medically indicated preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195(3):643–50.

Archive of SID