

نامه به سر دبیر:

در راستای پاسخ به سؤالات مطرح شده در مورد مقاله ی تأثیر دریافت مواد غذایی در طول زایمان بر پیامد مادری زنان باردار (یک کار آزمایشی بالینی تصادفی شده)

رقیه رحمانی بیلندی¹ - علی عالمی² - سید بهنام مظلوم³

سر دبیر محترم مجله ی افق دانش:

سؤالاتی در قالب نامه به سر دبیر در مورد مقاله ای با عنوان تأثیر دریافت مواد غذایی در طول زایمان بر پیامد مادری زنان باردار توسط همکاران محترم آقایان محسن دهقانی و دکتر قاسم یادگارفر ارسال شده است. ضمن تشکر از نظرات علمی و دقت پژوهشگران محترم، نکات ذیل به استحضار می رسد:

نظر همکاران محترم درباره ی اطلاعات مورد نیاز برای ارائه در جدول 1 منطقی می باشد. ارائه ی میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی، همچنین تعداد و درصد برای متغیرهای کیفی مسلماً اطلاعات بیشتری در اختیار خوانندگان مقاله قرار می دهد. البته باید توجه داشت که برای بیان نتایج متغیرهای کمی و کیفی مورد استفاده در این مطالعه نیاز به طراحی جداول با حجم بالا و متعددی بود که این به نوبه ی خود می توانست موجب پیچیدگی نتایج ارائه شده و سردرگمی خوانندگان محترم شود. بنابراین محققین در مقاله ی خود سعی در خلاصه سازی جداول داشته اند. ضمن تشکر از پیشنهاد بجای همکاران محترم، جدول 1 نشان دهنده ی اطلاعات مورد نظر می باشد.

درباره ی انجام کورسازی برای مشاهده گر، بیمار و تحلیل گر باید به این نکته توجه نمود که در این مطالعه و در اکثر مطالعاتی که در ارتباط با زایمان انجام می شود، امکان کورسازی مشاهده گر به طور کامل وجود ندارد. زیرا عامل زایمان (که در این مطالعه همان مشاهده گر و مراقبت کننده از مادر باردار در حین مراحل زایمان بوده است) و چگونگی حمایت های وی از ماسد باردار عوامل مؤثری بر

پیامد زایمان می باشند و این موضوع در مطالعات قبلی به اثبات رسیده است (1).

توجه به این موضوع نیز حائز اهمیت می باشد که فرد مراقبت کننده (که همان پژوهشگر اصلی مطالعه نیز بوده است) در بیماران دو گروه مداخله و شاهد در تمامی مراحل زایمان حضور داشته، معاینات و ثبت نتایج مرتبط با عوامل مورد مطالعه توسط وی انجام می شده است. از این رو در این مطالعه می توان این گونه ادعا نمود که در مقایسه با مطالعاتی که تعداد زیادی عامل زایمان مسؤول بررسی و معاینات و ثبت مشخصات نمونه های پژوهش می باشند، اثر عامل زایمان کنترل شده است. شاید بتوان این موضوع را در زمره ی نکات مهم این مطالعه به شمار آورد. درباره ی انجام کورسازی روی نمونه های پژوهش باید گفت در این گونه مطالعات احتمال وجود همزمان نمونه های گروه های مداخله و شاهد در بخش و زایشگاه وجود دارد. از طرفی معمولاً فرآیند پیش و حین زایمان تا حدودی طولانی می باشد و مداخلات مورد نظر مطالعه، همچنین ناشتا نگه داشتن نمونه های گروه شاهد در طول این مدت انجام می شده است. با توجه به نکات فوق و هوشیار بودن ماسد باردار در طول این مدت، به نظر می رسد امکان انجام کورسازی کامل در مورد نوع مداخله روی نمونه های پژوهش وجود نداشته است. با توجه به این که نگارش این مقاله بر اساس طرح پژوهشی مقطع کارشناسی ارشد نویسنده ی اول بوده است، انجام تحلیل های آماری مرتبط می بایست توسط خود پژوهشگر انجام می شده، بنابراین امکان کورسازی تحلیل گر داده ها نیز ممکن نبوده است.

1- نویسنده ی مسؤول؛ مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

تلفن: 0533-7223028 | نمابر: 0533-7223814 | پست الکترونیکی: roghaiehrahmany@yahoo.com

2- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

3- کارشناس ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

می رفت احتمال تأثیر مخدوش کننده ها تا حد ممکن کنترل شده باشند. با این حال و بر اساس پیشنهاد همکاران گرامی، ابتدا مدل رگرسیون تک متغیره روی هر متغیر مستقل به طور جداگانه برآزش داده شد. سپس متغیرهایی که سطح معنی داری آن ها زیر 0/2 بود، وارد مدل رگرسیون چندگانه شدند (4). جدول 2 نتایج مربوط به آنالیز رگرسیون تک متغیره و چندگانه را نشان می دهد. با توجه به نتایج فوق، بین طول مرحله ی دوم زایمان نمونه ها در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد ($p=0/056$) و نتیجه ای که در مقاله ی اصلی گزارش شده، می تواند ناشی از اثر مخدوش کنندگی متغیرهایی همچون تعداد زایمان قبلی و سن بارداری بوده باشد. در خاتمه ضمن سپاس مجدد از همکاران محترم، امیدواریم در محیط های علمی - پژوهشی و دانشگاهی بیش از پیش شاهد شکوفایی گفتمان علمی بر پایه ی نقد و بررسی عالمانه باشیم.

البته در این مطالعه نمونه ها به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد تخصیص داده شده اند و تخصیص تصادفی معمولاً با هدف کنترل سوگرایی های آگاهانه و ناآگاهانه و ایجاد گروه های قابل مقایسه ی بیماران با ویژگی های مشابه انجام می شود (2). همان گونه که می دانیم، اثرات مخدوش کنندگی یکی از معمول ترین دلایل تحریف نتایج در کارآزمایی های بالینی می باشد. همکاران محترم در نامه ی خود برای کنترل اثر متغیرهای مخدوش گر احتمالی، برآزندن مدل رگرسیونی را پیشنهاد داده اند. اگرچه یکی از روش های کنترل این گونه متغیرها، مدلسازی می باشد، اما همان گونه که می دانیم در کارآزمایی های بالینی تخصیص تصادفی مواجهه خطر مخدوش کنندگی را کاهش می دهد. علت این امر توزیع تصادفی مخدوش کننده ها (شناخته شده و ناشناخته) در گروه های مداخله و شاهد ذکر شده است (2-3). در این مطالعه این کار انجام شده و انتظار

جدول 1: مشخصات دموگرافیک و مامایی واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد

گروه		نام متغیر
مداخله	کنترل	
(4/1) /25/4	(3/7) 26/8	سن - میانگین (انحراف معیار)
(0/8) 1/9	(1/0) 2/0	تعداد حاملگی - میانگین (انحراف معیار)
(0/8) 0/9	(0/9) 0/9	تعداد زایمان - میانگین (انحراف معیار)
(0/3) 0/1	(0/4) 0/1	تعداد سقط - میانگین (انحراف معیار)
(0/8) 38/5	(1/0) 39/0	سن حاملگی (هفته) - میانگین (انحراف معیار)
(2/4) 28/2	(2/5) 28/8	نمایه ی توده ی بدنی - میانگین (انحراف معیار)
(0/7) 2/6	(0/7) 2/7	دیلاتاسیون سرویکس هنگام پذیرش - میانگین (انحراف معیار)
(0/9) 4/5	(0/9) 4/7	دیلاتاسیون سرویکس هنگام پارگی کیسه ی آب
(1/2) 2/8	(1/2) 3/1	اکسی توسین (IU) - میانگین (انحراف معیار)
(129/4) 401/5	(126/6) 472/2	مایع وریدی (CC) - میانگین (انحراف معیار)
(262/6) 3119/5	(350/5) 3183	وزن نوزاد هنگام تولد (گرم) - میانگین (انحراف معیار)

ادامه ی جدول 1: مشخصات دموگرافیک و مامایی واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و شاهد

گروه		نام متغیر
مداخله	کنترل	
		تخصیلات - تعداد (درصد)
(0/0) 0	(2/1) 2	بیسواد
(16/1) 14	(18/9) 17	ابتدایی
(14/9) 13	(16/7) 15	راهنمایی
(48/3) 42	(36/7) 33	دیپرستان
(20/7) 18	(25/6) 23	دیپلم و بالاتر
		شغل - تعداد (درصد)
(81/6) 71	(77/8) 70	خانه دار
(18/4) 16	(22/2) 20	شاغل
		درآمد - تعداد (درصد)
(60/9) 53	(66/7) 60	کاملاً مطلوب
(35/6) 31	(23/3) 21	تا حدی مطلوب
(3/5) 3	(10/0) 9	نامطلوب
		تمایل به حاملگی - تعداد (درصد)
(71/3) 62	(66/7) 60	خواسته
(28/7) 25	(33/3) 30	ناخواسته
		پارگی کیسه ی آب - تعداد (درصد)
(6/9) 6	(14/4) 13	خود به خودی
(93/1) 81	(85/6) 77	مصنوعی
		جایگاه سر جنین (موقعیت سر جنین تا خارهای ایسکیال لگن) تعداد (درصد)
(5/7) 5	(6/7) 6	-2
(48/3) 42	(43/3) 39	-1
(41/4) 36	(40) 36	0
(4/6) 4	(10) 9	+1
		نوع بی دردی - تعداد (درصد)
(6/9) 6	(4/4) 4	عدم استفاده از بی دردی
(2/3) 2	(4/4) 4	انتونوکس
(90/8) 79	(91/2) 82	مخدر
		وضعیت پرینه - تعداد (درصد)
(51/7) 45	(54/4) 49	سالم
(40/2) 35	(38/9) 35	اپی زیاتومی
(8/1) 7	(6/7) 6	پارگی

جدول 2: ارتباط طول مرحله ی دوم زایمان با شاخص های دموگرافیک و مامایی در دو گروه مداخله و کنترل

رگرسیون خطی چندگانه		رگرسیون خطی تک متغیره		نام متغیر
p-value	beta	p-value	beta	
0/250	-0/232	0/001>	-1/106	سن - میانگین (انحراف معیار)
0/421	0/595	0/001>	3/340	تحصیلات - تعداد (درصد)
-	-	0/648	0/982	شغل - تعداد (درصد)
0/901	0/150	0/042	-2/835	درآمد - تعداد (درصد)
0/420	-1/313	0/038	3/868	تمایل به حاملگی - تعداد (درصد)
0/408	2/538	0/001>	-7/265	تعداد حاملگی - میانگین (انحراف معیار)
0/030	-6/521	0/001>	-7/869	تعداد زایمان - میانگین (انحراف معیار)
0/086	-5/616	0/049	-5/259	تعداد سقط - میانگین (انحراف معیار)
0/039	0/233	0/001>	0/735	سن حاملگی (هفته) - میانگین (انحراف معیار)
-	-	0/608	0/192	نمایه ی توده ی بدنی - میانگین (انحراف معیار)
0/698	0/435	0/001	-4/328	دیلاتاسیون سرویکس هنگام پذیرش - میانگین (انحراف معیار)
-	-	0/393	2/388	پارگی کیسه ی آب - تعداد (درصد)
-	-	0/303	-1/003	دیلاتاسیون سرویکس هنگام پارگی کیسه ی آب
0/838	-0/228	0/002	4/269	جایگاه سر جنین
0/077	2/093	0/001>	5/784	اکسی توسین (IU) - میانگین (انحراف معیار)
0/063	0/020	0/001>	0/052	مایع وریدی (CC) - میانگین (انحراف معیار)
0/726	0/778	0/025	-6/454	نوع بی دردی - تعداد (درصد)
0/268	-1/287	0/001>	4/842	وضعیت پرینه - تعداد (درصد)
0/096	0/003	0/034	0/006	وزن نوزاد هنگام تولد (کرم) - میانگین (انحراف معیار)
0/056	-2/538	0/032	-3/687	تخصیص در گروه های مطالعه

References:

1- Lindow S, Henddrice MS. The effect of emotional support on maternal oxytocine level in laboring women. Eur J Obstet and Gynecol Report Biol 1998; 79(2): 129-127.

2- Chow S, Liu J. Design and analysis of clinical trials: Concepts and methodologies. 2nd ed. New Jersey: Wiley & Sons; 2004.

3- Senn S. Statistical issues in drug development. 2nd ed. England: Wiley & Sons; 2007.

4- Jewell NP. Statistics for epidemiology. California: Chapman Hall/CRC; 2004.