

میزان بارداری پر خطر و برخی عوامل مرتبط در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر یاسوج

میترا صفری*، دکتر بهروز یزدان پناه**، دکتر شهرزاد یزدان پناه***

دریافت: ۸۷/۹/۲۵، پذیرش: ۸۸/۹/۳

چکیده:

مقدمه و هدف: بارداری زمان دگرگونی، امید، انتظار و نگرانی برای زنان و خانواده های آنان است. این دوران رویدادی فیزیولوژیک و طبیعی است، اما اگر با عوامل مخاطره آمیز همراه شود می تواند سبب ناتوانی یا حتی مرگ و میر مادر و جنین گردد. مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان بارداری پر خطر و برخی عوامل مرتبط انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی با روش نمونه گیری آسان ۷۱۵ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج در سال ۱۳۸۵ انتخاب شدند. اطلاعات مورد لزوم از طریق مصاحبه و تکمیل پرسشنامه حاوی سئوالات ویژگیهای جمعیت شناختی، سابقه عوامل مخاطره آمیز و عوامل خطر در بارداری فعلی، انجام معاینات فعلی، انجام معاینات بالینی روتین و پرونده های بهداشتی جمع آوری گردید. داده ها با نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای آماری کای دو، دقیق فیشر و همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش 25 ± 3 بود. ۲/۱٪ زیر ۱۸ سال و ۵/۳٪ بالای ۳۵ سال سن داشتند. ۶۶/۳٪ شهری و ۳۳/۷٪ روستایی بودند؛ ۵۲/۴٪ حداقل یکی از عوامل خطر دوران بارداری را داشتند. ۷/۷٪ مراقبت منظم دوران بارداری را دریافت نکرده بودند. بیشترین عوامل خطر به ترتیب مربوط به خونریزی ۷/۸٪، درد زودرس زایمان ۶/۴٪، عفونت ادراری ۶٪، اختلالات فشار خون ۵/۵٪ بود. تعداد زایمان و سن حاملگی از جمله عوامل مرتبط با بارداری پر خطر در این پژوهش بود ($P < 0.05$) و با عواملی مانند محل سکونت، سواد، شاغل بودن، شغل همسر، وضعیت مسکن، گروه خون و دریافت منظم مراقبت بارداری ارتباط معنی داری نداشت.

نتیجه نهایی: یافته های پژوهش نقش عوامل فیزیولوژیک را در بارداری پر خطر مهمتر از عوامل اقتصادی و اجتماعی نشان می دهد. با توجه به این یافته ها آموزش خانواده ها جهت رعایت تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری های مکرر زنان و همچنین شروع مراقبت های دوران بارداری در سن حاملگی پایین تر در شناسایی بارداری های پرخطر و کنترل به موقع عوارض آن ضروری است.

کلید واژه ها: بارداری پرخطر / عوامل مرتبط / یاسوج

و جنین شود.

مقدمه:

بارداری پر خطر، وضعیتی است که زندگی، سلامت و آسایش مادر و جنین در حال رشد او در نتیجه برخی شرایط و عوامل به مخاطره می افتد. عوامل ایجاد کننده بارداری پر خطر را می توان به دو عامل مادری و جنینی

بارداری زمان دگرگونی، امید، انتظار و نگرانی برای زنان و خانواده های آنان است. این دوران رویدادی فیزیولوژیک و طبیعی است، اما اگر با عوامل مخاطره آمیز همراه شود میتواند سبب ناتوانی یا حتی مرگ و میر مادر

* عضو هیأت علمی گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج (mitra_safari39@yahoo.com)

** عضو هیأت علمی علوم آزمایشگاهی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

*** دکتری حرفه ای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه و در نظر گرفتن مقادیر $P=0/05$ و $d=0/16$ و درجه اطمینان ۹۵ درصد تعداد نمونه ۷۱۲ نفر برآورد گردید، بر این اساس ۷۱۵ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهیدشفیعی و شهید اشرفی و کلینیک شهید مفتاح شهر یاسوج جهت مراقبت دوران بارداری در سال ۱۳۸۵ با روش نمونه گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه و برگه مشاهده بود که اطلاعات مربوط به ویژگی های فردی و جمعیتی از طریق مصاحبه، سابقه بیماریهای زمینه ای، عوارض و مشکلات در بارداری های قبلی از طریق پرونده های بهداشتی و مشکلات بارداری فعلی با انجام معاینات بالینی روتین بارداری و مصاحبه جمع آوری شد. روایی پرسشنامه با استفاده از منابع معتبر و مشاوره با متخصصین مربوطه به روش روایی محتوی و پایایی آن با روش آزمون مجدد تعیین گردید. زنان باردار مورد مطالعه بر اساس دارا بودن یکی از عوامل خطر دوران بارداری با معیار های سن، داشتن سابقه سقط، سزارین، بیماری های زمینه ای، فرزند ناهنجار، مرده زایی و سابقه مشکلات بارداری های قبلی و دارا بودن یکی از عوامل خطر حین بارداری فعلی در دو گروه پر خطر و کم خطر تقسیم شدند و فراوانی متغیرهای موردنظر در دو گروه بررسی شد. داده ها با نرم افزار *SPSS* و با استفاده از آمار توصیفی و آزمونهای آماری کای دو، دقیق فیشر و همبستگی چوپروف وتی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $25 \pm 5/3$ سال و میانگین تعداد بارداری $1/4 \pm 2/1$ بود. ۴۷۴ نفر (۶۶/۳٪) شهری و ۲۴۱ نفر (۳۳/۷٪) روستایی بودند. ۸۷ نفر (۱۲/۲٪) بیسواد و ۸۳ نفر (۱۱/۶٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۶۴۳ نفر (۸۹/۹٪) خانه دار بودند. ۳۳۷ نفر (۴۶/۶٪) گروه خونی *O*، ۳۳/۴٪ گروه خونی *A*، ۱۳/۷٪ گروه خونی *B* و ۶/۴٪ گروه خونی *AB* را دارا بودند.

۳۷۵ نفر (۵۲/۴٪) از زنان مورد مطالعه در گروه پر خطر قرار گرفتند، یعنی یکی از عوامل خطر بارداری شامل عوامل سنی، بیماریهای زمینه ای قبل و حین بارداری و

تقسیم نمود. عوامل مادری شامل سن کمتر از ۱۸ و بالای ۳۵ سال، وزن کمتر از ۴۵ کیلو گرم و قد کمتر از ۱۵۰ سانتی متر، تعداد پنج بارداری و بیشتر، سابقه مشکلات در بارداری های قبلی، خونریزی ها، ناهنجار های دستگاه های تناسلی، پر فشاری خون، ناسازگاری *RH*، عفونت ها، بیماری های مزمن و... عوامل جنینی شامل ناهنجاریها، عفونت های منتقله از طریق جفت، قرار گرفتن در معرض داروهای تراتوژن یا مواد مخدر و... است (۱).

بارداری حتی در بهترین شرایط برای مادر یک دوره پر استرس است و زمانی که با مشکلات پزشکی که از قبل وجود داشته و یا عوارض بارداری همراه شود، استرس و اضطراب مادر افزایش میابد. زمانی که بارداری پر خطر را تجربه می کنند با عواقب فیزیکی، روانی و اجتماعی - اقتصادی تحمیل شده به دلیل ماهیت درمان و نیاز بالقوه برای مراقبت طولانی در منزل یا بیمارستان مواجه میشوند و ناگزیر به سازگاری و تطبیق شیوه زندگی خود با وضعیت جدید هستند و از این رو اثرات منفی و استرس و نگرانی در خود و خانواده را به دنبال دارد (۲).

تقریباً ۵۰۰ هزار از ۴ میلیون تولدی که هر ساله در آمریکا رخ می دهد به علت عوارض مادری و جنینی در گروه بارداری پر خطر قرار می گیرد (۳). تشخیص خطرات و عوارض، همراه با مداخلات مناسب و به موقع در دوره پره ناتال می تواند از ابتلا و مرگ و میر مادر و نوزاد جلوگیری کند. برخی از مطالعات به ارتباط بارداری پر خطر و برخی عوامل محیطی از قبیل شیوه زندگی، وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، وضعیت شغلی مادر، کارهای سنگین و غیره اشاره دارند (۴).

مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان حاملگی پر خطر و برخی عوامل مرتبط فردی، اقتصادی، اجتماعی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج انجام شده است.

روش کار:

این پژوهش مطالعه ای توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است. جامعه مورد مطالعه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج است. با

داشتند. ۵۵ نفر (۷/۷ درصد) مراقبتهای دوران بارداری را به طور منظم دریافت نکرده بودند، میانگین شروع مراقبتهای دوران بارداری $3 \pm 1/1$ ماهگی بود. ۵۵۲ نفر (۷۷/۲ درصد) در سه ماهه اول، مراقبت دوران بارداری را شروع کرده بودند.

۲۵۱ نفر (۶۶/۹ درصد) از گروه پرخطر و ۲۳۳ نفر از (۶۵/۶ درصد) گروه کم خطر، شهری بودند و ۱۲۴ نفر (۳۳/۱ درصد) گروه کم خطر روستایی بودند. سطح تحصیلات ۱۳۸ نفر (۵۵ درصد) از زنان گروه پرخطر و ۱۱۳ نفر (۴۵ درصد) از زنان گروه کم خطر، بیسواد و ابتدایی بود. ۴۹ نفر (۴۹/۷ درصد) گروه پرخطر و ۱۵۱ نفر (۵۰/۳ درصد) گروه کم خطر منزل شخصی نداشتند. ۱۵ نفر (۵۵/۶ درصد) گروه پرخطر و ۱۲ نفر (۴۴/۲ درصد) گروه کم خطر شوهرانشان بیکار بودند. ۳۰ نفر (۸/۸ درصد) گروه پرخطر و ۲۸ نفر (۷/۵ درصد) گروه کم خطر مراقبت منظم دوران بارداری نداشتند. اختلاف فراوانی دو گروه در همه متغیرهای ذکر شده از نظر آماری معنی دار نبود. گروه پرخطر و کم خطر از نظر انواع گروه های خونی نیز تفاوت آماری معنی داری نداشتند.

تعداد زایمان و سن حاملگی (GA) گروه پرخطر و کم خطر از نظر آماری از اختلاف معنی دار برخوردار بود (جدول ۲ و ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی بارداری پرخطر بر حسب تعداد بارداری در واحدهای مورد پژوهش

وضعیت بارداری						
تعداد بارداری	بارداری پرخطر		بارداری کم خطر		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
≤۲	۲۲۵	۴۵	۲۷۵	۵۵	۵۰۰	۱۰۰
۳-۴	۹۸	۶۵/۳	۵۲	۳۴/۷	۱۵۰	۱۰۰
≥۵	۵۲	۸۰	۱۳	۲۰	۶۵	۱۰۰
جمع	۳۷۵	۲/۴	۳۴۰	۴۷/۶	۷۱۵	۱۰۰

$$\chi^2=40/8 \quad df=2 \quad p<0.001$$

آزمون آماری t اختلاف معنی داری بین میانگین تعداد زایمان ($t=4/7, p<0.01$) و سن حاملگی ($t=1/0.8, p=0.08$) دو گروه را نشان داد. گروه پرخطر و کم خطر از نظر تعداد سونوگرافی انجام شده در دوران بارداری نیز اختلاف آماری معنی داری داشتند (جدول ۴ و ۵).

سوابق مربوط به حاملگی های قبل و عوامل حین حاملگی را داشتند. ۱۵ نفر (۲/۱٪) کمتر از ۱۸ سال و ۳۸ نفر (۵/۳٪) بیش از ۳۵ سال سن داشتند و سایر عوامل خطر مربوط به بیماریها و حاملگی های قبلی در جدول ۱ و عوامل خطر حین بارداری به ترتیب فراوانی در جدول ۲ مندرج است.

جدول ۱: توزیع فراوانی عوامل خطر مربوط به بارداریهای قبلی در واحدهای مورد پژوهش

عامل خطر	تعداد	درصد
سقط	۱۲۹	۱۸
سزارین	۵۷	۸
سابقه عمل جراحی	۴۳	۵/۹
سابقه مرده زایی	۱۷	۲/۴
سابقه بیماریهای کلیوی	۱۴	۲
سابقه پرفشاری خون	۱۳	۱/۸
سابقه بیماریهای عفونی	۹	۱/۳
سابقه ناهنجاری نوزاد	۶	۰/۸
سابقه بیماریهای قلبی	۲	۰/۳

جدول ۲: توزیع فراوانی عوامل خطر حین بارداری در واحدهای مورد پژوهش

عامل خطر	تعداد	درصد
خونریزی	۵۶	۷/۸
دردهای زودرس زایمانی	۴۶	۶/۴
عفونت ادراری	۴۳	۶
اختلالات فشارخون	۳۹	۵/۵
کم خونی	۳۸	۵/۳
ناسازگاری RH	۳۲	۴/۸
تهدید به سقط	۳۰	۴/۲
ناهنجاریهای جنینی	۲۰	۲/۸
پارگی زودرس پرده های جنینی	۱۸	۲/۵
چندقلوبی	۱۵	۲/۱
تهوع و استفراغ بدخیم حاملگی	۱۳	۱/۸
سایر موارد	۴۷	۶/۵

۶۶۲ نفر (۹۲/۶ درصد) حداقل یکبار سونوگرافی انجام داده بودند. میانگین استفاده از سونوگرافی در طی بارداری $2/27 \pm 1/5$ بود. ۶۳۳ نفر (۸۸/۵٪) حداقل یکبار به پزشک متخصص مراجعه کرده بودند. میانگین دفعات مراجعه به پزشک $3/9 \pm 3/1$ بود. ۱۰۷ نفر (۱۳/۶ درصد) سابقه بستری شدن در بیمارستان در طول دوران بارداری

جدول ۴: توزیع فراوانی بارداری پرخطر بر حسب سن بارداری

در واحدهای مورد پژوهش

سن بارداری	وضعیت بارداری		بارداری پرخطر		بارداری کم خطر		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۰ هفته ≤	۸۴	۶۰/۹	۵۴	۳۹/۱	۱۳۸	۱۰۰	۱۰۰
۲۰ هفته >	۲۹۱	۵۰/۴	۲۸۶	۴۹/۶	۵۷۷	۱۰۰	۱۰۰
جمع	۳۷۵	۵۲/۴	۳۴۰	۴۷/۶	۷۱۵	۱۰۰	۱۰۰

تست دقیق فیشر $P=0.01$

جدول ۵: توزیع فراوانی تعداد سونوگرافی انجام شده

در طی بارداری

وضعیت بارداری	انجام نداده			تعداد سونوگرافی			جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
پرخطر	۱۹	۵/۱	۲۸۱	۷۴/۹	۷۵	۲۰	۳۷۵
کم خطر	۳۴	۱۰	۲۶۱	۷۶/۸	۴۵	۱۳/۲	۳۴۰
جمع	۵۳	۷/۴	۵۴۲	۷۵/۸	۱۲۰	۱۶/۸	۷۱۵

 $\chi^2=10.7$ $df=2$ $p=0.005$

با استفاده از ضریب همبستگی چوپروف نیز بین سن حاملگی و تعداد بارداری با پرخطر بودن بارداری همبستگی آماری مشاهده گردید ($p < 0.05$).

بحث:

یافته های پژوهش نشان داد بیش از نیمی از زنان باردار با یکی از عوامل خطر دوران بارداری مواجه بودند و بیشترین عامل خطر مربوط به بارداری قبلی، سابقه سقط و بعد از آن سابقه سزارین و سابقه بیماریها در رده بعدی قرار داشت (جدول ۱)، بیشترین عامل خطر در بارداری فعلی، خونریزی، دردهای زودرس زایمانی، عفونت ادراری و اختلالات فشارخون بود (جدول ۲).

در مطالعه تستا و همکاران (۲۰۰۲) عوامل خطر دوران بارداری در ۶ کشور آفریقای غربی چنین گزارش شده بود. بیشترین عامل خطر مربوط به بارداریهای قبلی سابقه سزارین با میزان ۲۷/۱ درصد بود و خونریزی در حین بارداری با میزان ۵۱/۵ درصد، اختلالات فشارخون با میزان ۱۴/۶ درصد بیشترین عامل خطر در بارداری فعلی بود (۵). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر نسبتاً همخوانی دارد، زیرا علیرغم اختلاف قابل توجه این عوامل از نظر

فراوانی، رتبه بندی عوامل خطر با مطالعه حاضر همخوانی دارد. با توجه به جدول یک اولین عامل خطر حین بارداری از نظر فراوانی خونریزی و اختلالات فشارخون نیز از عواملی بود که از فراوانی نسبتاً بالایی نسبت به سایر عوامل برخوردار بود. همچنین در یافته، سابقه سزارین نیز از عوامل مهم قبل از بارداری ذکر شده است.

در پژوهش حاضر بیش از سه چهارم زنان مراقبت دوران بارداری را در تریمستر اول شروع کرده بودند که این یافته نشانگر نقش نسبتاً گسترده سیستم بهداشت در ارائه خدمات بهداشتی به زنان باردار در کشور ما است، در مقایسه با مطالعه پاگنینی و همکاران که ۳۷٪ زنان در ایالت نیوجرسی آمریکا مراقبت دوران بارداری را در تریمستر اول شروع کرده بودند (۶). گرچه در منابع گزارش شده است که ۸۳ درصد زنان آمریکا مراقبت دوران بارداری را در تریمستر اول شروع کرده بودند (۷).

در مطالعه حاضر ۹۲/۶ درصد زنان باردار حداقل یک بار سونوگرافی در طول بارداری داشته اند که در مطالعه ای که جورجسن (۱۹۹۸) در دانمارک انجام داد ۸۶/۳ درصد زنان باردار حداقل یک بار سونو داشتند (۸). با وجود اختلاف فراوانی با مطالعه حاضر به دلیل زمان مطالعه، به نوعی همخوانی وجود دارد. این امر نشان دهنده جایگاه ویژه سونوگرافی به عنوان یک روش پاراکلینیکی پر رونق و روبه رشد در مراقبت های دوران بارداری سالهای اخیر در اکثر نقاط جهان است.

با توجه به یافته های پژوهش سابقه بستری شدن در بیمارستان در طی دوران بارداری قابل توجه بود. در مطالعه کوهورت (۲۰۰۵) درباره فاکتورهای خطر زایمان زودرس میزان بستری شدن به علت زایمان زودرس در بیمارستان شهر کارولینای شمالی در آمریکا ۹ درصد گزارش شد (۹). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر سایر عوامل نیز در بستری شدن دخیل بوده اند شاید بالاتر بودن میزان آن زیاد دور از انتظار نباشد.

طبق نتایج پژوهش، بین گروه پرخطر و کم خطر از نظر محل سکونت تفاوت چشمگیری مشاهده نشد و در هر دو گروه نسبت مادران شهری و روستایی تقریباً مشابه بود.

در مطالعات مختلف به رابطه بین وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین و خطرات و عوارض دوران بارداری اشاره شده است (۱۳). همچنین ارتباط وضعیت اقتصادی و اجتماعی پایین با مرده زایی و زایمان زودرس نیز تأیید شده است (۱۴ و ۱۴). در پژوهش حاضر چون زنان باردار برخلاف مطالعات مذکور تا زمان زایمان پیگیری نشدند بنابراین در مورد بارداری پرخطر و رابطه آن با عواملی چون میزان سواد، شغل شوهر، محل سکونت و وضعیت منزل که به نوعی نشانگر وضعیت اقتصادی اجتماعی فرد است، نمی توان قضاوت و استدلال محکمی داشت. به نظر می رسد این عوامل بیشتر از آنکه در وقوع بارداری پرخطر نقش داشته باشند، در نحوه اداره و مراقبت، کنترل و پیشگیری از عوارض آن مؤثر باشند و در نتیجه بیشترین ارتباط را با پیامد بارداری پرخطر دارند که در مطالعه حاضر قابل سنجش نبود.

یافته های پژوهش در مورد زمان و نحوه مراجعه برای دریافت مراقبت دوران بارداری نشان داد گرچه میزان مراجعه در سه ماهه اول در گروه پرخطر از گروه کم خطر بیشتر بود اما از نظر آماری در این مورد بین گروه پرخطر و کم خطر تفاوت چشمگیری مشاهده نشد.

فقدان مراقبت های منظم دوران بارداری خود یک عامل خطر است (۴). در مطالعه حاضر نیز مانند مطالعات دیگر مادرانی که با عوارض و خطرات دوران بارداری روبرو بودند زودتر از مادران دیگر به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نموده و معمولاً طبق روتین این مراکز، تعداد مراجعات بیشتری نیز برای آنان در نظر گرفته می شد. در مطالعه ما جوکو و همکاران در زیمبابوه (۲۰۰۵) نیز ۳۲ درصد زنان گروه پرخطر بیش از ۵ نوبت مراقبت های دوران بارداری داشتند در مقایسه با گروه کم خطر که این میزان ۲۱ درصد و اختلاف نیز از نظر آماری معنی دار بود (۱۵). در مطالعه پترو و همکاران در انگلیس و ویلز نیز زنانی که در هنگام تشکیل پرونده پرخطر تشخیص داده شده بودند تعداد مراجعات پره ناتال بیشتری نسبت به گروه کم خطر داشتند (۱۶).

با توجه به یافته های جدول ۲ در می یابیم با افزایش

در مطالعه ای که در جامائیکا (۱۹۹۴) انجام گرفت دسترسی به تسهیلات شهری با بارداری پرخطر رابطه داشت و در مناطق شهری فراوانی بارداری پرخطر کمتر بود (۱۰). در مطالعه حاضر به نظر می رسد شهر یاسوج و روستاهای حومه آن که به مراکز درمانی این شهر مراجعه می کنند از نظر عوامل و شرایط محیطی از قبیل دسترسی به امکانات رفاهی و بهداشتی اختلاف فاحشی نداشته باشند.

یافته های پژوهش در مورد ارتباط بی سواد و کم سواد مادر با بارداری پرخطر نشان داد که با وجود اینکه درصد بیسواد و کم سواد در گروه پرخطر بالاتر بود، اما از نظر آماری، اختلاف معنی دار نبود. در مطالعه اسماعیل نسب و همکاران در کردستان (۱۳۸۰)، بیسواد و کم سواد مادر اثر معنی داری را بر مرده زایی و مرگ نوزادی نشان داد (۱۱).

یافته های پژوهش نشان داد که فراوانی زنان شاغل در گروه پرخطر بیشتر از گروه کم خطر بود گرچه این اختلاف معنی دار نبود اما شاید زنان شاغل به علت میزان فعالیت بیشتر و دارا بودن مسئولیت خانه و به علاوه محیط کار از استرس بیشتری برخوردار بوده و مستعد عوارض دوران بارداری باشند. در منابع مختلف به ارتباط کار مادر باردار به ویژه کارهای سنگین و بارداری پرخطر اشاره شده است. از جمله در این رابطه استفانسون (۲۰۰۱) چنین می نویسد: "استرس شغلی همراه با زایمان زودرس، افزایش خطر ناهنجاریهای مادرزادی و سقط خودبخودی است" (۱۲). در مطالعه ما چون تعداد زنان شاغل در نمونه پژوهش کم بود نتوانستیم در این مورد به رابطه معنی داری دست یابیم.

نتایج مطالعه ما در مورد عواملی چون وضعیت مالکیت منزل، شغل شوهر که نشان دهنده وضعیت اقتصادی اجتماعی زن باردار بود، اختلاف معنی داری بین گروه پر خطر و کم خطر مشاهده نشد. در مطالعه گلدینگ و همکاران در جامائیکا نیز وسعت منزل محل سکونت و نحوه مالکیت آن با بارداری پرخطر ارتباط معنی داری نداشت (۱۰).

بارداری مادر و سن حاملگی که نشانگر طول مدت بارداری مادر است، از عوامل مرتبط با بارداری پرخطر در این مطالعه بود، چنین نتیجه می‌گیریم عوامل فیزیولوژیک نسبت به عوامل فردی، محیطی و اقتصادی و اجتماعی در وقوع بارداری پرخطر نقش مهمتری را به عهده دارد. بنابراین آموزش خانواده‌ها جهت رعایت تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداریهای مکرر زنان و برنامه ریزی برای باردار شدن و مشاوره قبل از بارداری و شروع مراقبت‌های ویژه دوران بارداری در اوایل بارداری و سن حاملگی پایین تر در شناسایی بارداری پرخطر و کنترل به موقع عوارض آن ضروری باشد.

سپاسگزاری:

با تشکر از مسئولین و پرسنل مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج، دانشجویان که در تکمیل پرسشنامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات ما را یاری نمودند و تمام افرادی که به نوعی در انجام رسیدن این پژوهش تلاش کردند.

منابع:

1. Carson-Dewitt R. *Highrisk pregnancy*. New York : Mosby Year Book, 1999:346-383.
2. Matteson PS. *Women's health during the childbearing years*. New York: Mosby, 2001:700-703.
3. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity and women's health care*. 7th ed. New York: Mosby, 2000:792-793.
4. Semana E. [High risk pregnancy: isolation and prevention Imbonezamuryango]. 1987; (8): 21-6. (French)
5. Testa J, Ouedraogo C, Prual A, et al. *Determination of risk factors associated with severe maternal morbidity: application during antenatal consultations*. J Gynecol obstet Biol Reprod (Paris) 2002;31(1):44-50.
6. Pagnini DL, Reichman NE. *Psychosocial factors and the timing of prenatal care among women in New Jersey's Health start program. Family planning perspectives*, 2000. available from: URL: [http:// Findarticles.com/p/articles/mi_qa3634/is_200003/ai_n889966](http://Findarticles.com/p/articles/mi_qa3634/is_200003/ai_n889966).
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, et al. *Williams obstetrics*. 22nd ed. Philadelphia: McGraw-Hill, 2005: 202-204.
8. Jorgensen FS. [Organization of obstetric ultrasonography in Denmark 1995-description of development since 1990]. Ugeskr Laeger 1998 6;160(28):4199-204. (Danish)

تعداد بارداری مادر، میزان بارداری پرخطر نیز افزایش می‌یابد به گونه‌ای که در مادرانی که پنج بارداری و بیشتر داشتند با اختلاف قابل توجهی میزان بارداری پرخطر بالاتر و اختلاف معنی‌دار بود ($P < 0/001$). این یافته با نتایج مطالعات دیگر همخوانی دارد.

در مطالعه اوزومبا در نیجریه (۱۹۹۲) ۱۱ درصد زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان آموزشی، دارای ۵ بارداری و بیشتر بودند و عوارضی چون کم‌خونی، اختلالات فشارخون، جدا شدن زودرس جفت و نمایش بریج از عوارض قابل توجه در آنان بود (۱۷). در مطالعه عزیز کریم و همکاران در کراچی پاکستان نیز ۲۸/۷ درصد زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهر دارای ۵ بارداری و بیشتر بودند و عوارضی چون کم‌خونی، سقط و اختلالات جفتی در آنان بالا بود (۱۸).

یافته‌های پژوهش در جدول ۴ حاکی از بالا بودن میزان بارداری پرخطر در سن حاملگی پایین‌تر یعنی نیمه اول بارداری در مقایسه با نیمه دوم بارداری است و اختلاف دو گروه از این نظر معنی‌دار بود ($P < 0/05$). با توجه به اینکه عوامل خطری چون خونریزی که در مرتبه نخست قرارداداشت و تهدید به سقط بوده که در این مطالعه از نظر فراوانی قابل توجه بود و بنا به اظهارات منابع و مطالعات مختلف از عوارض شایع نیمه اول بارداری است (۲،۳)، شاید این یافته دور از انتظار نباشد.

نتیجه پژوهش در مورد فراوانی تعداد سونوگرافی در طول بارداری نیز بین گروه پرخطر و کم‌خطر اختلاف معنی‌دار آماری نشان داد ($P < 0/05$). با توجه به اینکه بارداری پرخطر مراقبت ویژه و دقیق‌تری را می‌طلبد بنابراین استفاده از روشهایی چون سونوگرافی در تشخیص و اداره بارداری پرخطر ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند توجیهی برای این اختلاف باشد.

نتیجه نهایی:

از یافته‌های پژوهش چنین استنتاج می‌شود که بارداری پرخطر یکی از مشکلات عمده زنان سنین بارداری در منطقه مورد مطالعه است و با توجه به اینکه تعداد

9. *Mcpheeters ML, Miller WC, Hartmann KE, et al. The epidemiology of threatened preterm labor: a*

- prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol 2005 ;192(4):1325-9.*
10. *Golding J, Green wood R ,Mc Caw- Binns, et al. Associations between social and environmental factors and perinatal mortality in Jamaica. Paediatr Perinat Epidemiol 1994 ;8 Suppl 1:17-39.*
11. *Esmail Nasab N, Majdzadeh R, Nadim A. [Epidemiology of stillbirth, neonatal death and effective factors in Kordestan Province 1999]. Hakim Journal 2001; 4(4):272-277.(Persian)*
12. *Stephansson O .The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden. Inter J Epidemiol 2001;30:1296-1301.*
13. *Clausen T, Oyen N, Henriksen T. Pregnancy complications by overweight and residential area. A prospective study of an urban Norwegian cohort. Acta Obstet Gynecol scand 2006; 85(5):526-33.*
14. *Ahern J, Pickett KE, Selvin S, et al. Preterm birth among African American and white women: a multilevel analysis of socioeconomic characteristics and cigarette smoking . Journal of Epidemiology and community health 2003; 57:606-611.*
15. *Majoko F, Nystrom L, Munjanja S, et al. Does maternity care improve pregnancy outcomes in women with previous complications? A study from Zimbabwe. Trop Doct 2005 ; 35(4): 195-8.*
16. *Petrou S, Kupek E, Vause S, et al. Clinical, provider and sociodemographic determinants of the number of antenatal visits in England and Wales. Soc Sci Med 2001 ; 52(7):1123-34.*
17. *Ozumba BC, Igwegbe AO. The challenge of grand multiparity in Nigerian obstetric. Int J Gynaecol Obstet 1992;37(4):25-64.*
18. *Aziz-Karim S, Memon AM, Qadri N. Grand-multiparity : a continuing problem in developing countries. Asia Oceania J Obstet Gynaecol 1989;15(2)155-60.*