

بررسی مقایسه‌ای نتایج بارداری در مادران نوجوان و جوان مراجعه کننده به بیمارستان معتضدی کرمانشاه

دکتر نگین رضاوند^۱، دکتر مریم زنگنه^۲، دکتر شهره ملک خسروی^۳، دکتر منصور رضایی^۴

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۵ تاریخ پذیرش: ۸۸/۵/۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: حاملگی در سنین پایین به عنوان حاملگی پرخطر در نظر گرفته می‌شود و با توجه به شیوع بالای بارداری در سن پایین و به منظور تعیین نتایج بارداری در زنان نوجوان این تحقیق بر روی مراجعان به بیمارستان معتضدی کرمانشاه در طی سال‌های ۸۴-۸۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق به صورت مورد - شاهدهی بر روی ۱۵۷ زن نوجوان ۱۸ سال و کم‌تر و ۱۹۱ زن جوان ۲۵-۲۰ ساله به عنوان گروه شاهد انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه بود. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS دسته‌بندی و مورد تجزیه و تحلیل آماری با آزمون کای اسکور قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه میانگین سن مادران نوجوان ۱۷/۲۲ سال بود، و در بین فاکتورهای مورد بررسی میزان زایمان زودرس، خون‌ریزی قبل و حین زایمان، دفع مکونیوم، LBW، برخورداری از مراقبت‌های پره‌ناتال از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه مورد مطالعه داشت. در این بررسی هیچ نوع آنومالی جنینی در دو گروه مشاهده نگردید و میزان مرگ و میر نوزادان در مادران نوجوان ۵/۷ درصد بود که تفاوت آماری معنی‌داری با گروه شاهد مشاهده نگردید.

بحث و نتیجه‌گیری: سن مادر به تنهایی نمی‌تواند تاثیر نامطلوبی بر روی نتایج بارداری داشته باشد بلکه رفتارهای بهداشتی از قبیل چگونگی دریافت مراقبت پره‌ناتال می‌تواند در بروز عوارض موثر باشد.

کلید واژه‌ها: خون‌ریزی قبل از زایمان، حاملگی، نتایج بارداری

فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره سوم، ص ۱۴۱-۱۳۶، پاییز ۱۳۸۸

آدرس مکاتبه: کرمانشاه، بلوار زکریای رازی، بیمارستان امام رضا (ع)، دفتر آموزش گروه زنان، تلفن: ۰۹۱۸۳۳۱۱۲۸۲

Email: n.Rezavan@kums.ac.ir

مقدمه

هر سال بیش از یک میلیون نفر از زنان زیر بیست سال در کشور آمریکا باردار می‌شوند که کم‌تر از ۵۰ درصد آنان حاملگی خود را به پایان می‌رسانند. ۲۳ درصد از کل زایمان‌هایی که در کشورهای آمریکایی و آفریقایی اتفاق می‌افتد در زنان نوجوان زیر بیست سال می‌باشد که اگر فقط زنان سفید پوست آمریکایی را در نظر بگیریم ۱۳ درصد از کل زایمان‌ها را تشکیل می‌دهند (۳).

سن کم مادر در زمان بارداری به عنوان یکی از عوامل مهم پیامد نامطلوب بارداری مطرح است (۱) در هر دو انتهای طیف سنین تولید مثل سن مادر می‌تواند بر پیامد حاملگی تاثیر بگذارد. اکثر حاملگی‌های مادران نوجوان بدون برنامه هستند، نوجوانان حامله به ندرت مشاوره قبل از حاملگی را انجام می‌دهند (۲).

^۱ استادیار گروه زنان و زایمان و نازایی، متخصص زنان و زایمان و نازایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه زنان و زایمان و نازایی، متخصص زنان و زایمان و نازایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

^۳ استادیار گروه زنان و زایمان و نازایی، متخصص زنان و زایمان و نازایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

^۴ استادیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

در حاملگی‌های زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله احتمال آنمی، تولد نوزادان مبتلا به محدودیت رشد، پره ترم لیبر، پره اکلامپسی، وزن کم هنگام تولد، زایمان‌های همراه با وسائل کمکی (استفاده از واکيوم، فورسپس)، سزارین، مرگ و میر بالای نوزادان زیاد است (۲،۴). طی مطالعات انجام گرفته در سال‌های اخیر مشخص گردیده که حاملگی در سنین نوجوانی یک حاملگی پرخطر می‌باشد. بسیاری از حاملگی‌ها در سنین نوجوانی همراه با سطح اقتصادی و اجتماعی پایین، تحصیلات پایین و احتمالاً سلامت عمومی پایین می‌باشد، که با وضعیت تغذیه‌ای افراد، استفاده از سیگار، داروها و بیماری‌های STD مرتبط می‌باشند مراقبت‌های ویژه از مادران نوجوان امری ضروری می‌باشد که در آن نه تنها وضعیت حاملگی بهبود می‌یابد بلکه وضعیت اجتماعی و آموزشی آنان نیز تعدیل می‌گردد. عوارض حاملگی و زایمان به کیفیت مراقبت‌های بارداری مربوط می‌باشد (۳).

برخی از محققان معتقدند که سن مادر به تنهایی نمی‌تواند تاثیر نامطلوبی بر روی نتایج بارداری داشته باشد بلکه رفتارهای بهداشتی مادران از قبیل چگونگی دریافت مراقبت پره ناتال می‌تواند در بروز عوارض موثر باشد (۵،۶). با توجه به این که در کشور ما آمار دقیقی در مورد شیوع حاملگی در سنین نوجوانی وجود ندارد و به نظر می‌رسد که سن ازدواج در جامعه ما نیز نسبتاً پایین بوده و بارداری در این سنین زیاد اتفاق می‌افتد جهت شناخت عوارض و پیامدهای حاملگی در سنین نوجوانی این مطالعه انجام شد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به صورت مورد - شاهدهی در طی سال‌های ۸۴-۱۳۸۳ در بیمارستان معتضدی کرمانشاه انجام شد جامعه مورد بررسی ۱۵۷ زن ۱۸ ساله و کم‌تر از ۱۸ سال و ۱۹۱ زن ۲۵-۲۰ ساله که از نظر مرتبه حاملگی، تاریخچه پزشکی، مشابه با

گروه مورد بودند به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. حاملگی‌های دو قلو و افرادی که سابقه بیماری مزمن و مصرف داروهای خاص را می‌دادند از مطالعه حذف شدند. اطلاعات لازم با مراجعه به پرونده‌های بایگانی بیمارستان از پرونده‌ها استخراج و در فرم‌های مخصوص مطالعه وارد گردید متغیرهای مورد بررسی عبارت بودند از سن مادر، مراقبت‌های دوران بارداری، پرزانتاسیون، خون‌ریزی قبل و حین زایمان، پره اکلامپسی، اکلامپسی، آنمی، آپگار دقیقه ۱ و ۵ نوزاد، دفع مکنونیوم، سابقه سقط، سابقه مول، وزن نوزاد، پارگی زودرس کیسه آب، نحوه زایمان، آنومالی‌های جنینی و مرگ و میر پری ناتال، اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS دسته بندی و با استفاده از آزمون آماری کای اسکور مقایسه گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سن مادران نوجوان ۱۷/۲۲ سال و مادران جوان ۲۱/۸۵ سال بود. در این مطالعه زایمان زودرس، دفع مکنونیوم، خون‌ریزی قبل و حین زایمان به طور معنی‌داری از نظر آماری در زنان نوجوان بیش از زنان جوان مشاهده گردید و از نظر بروز پارگی زودرس کیسه آمنیون و پره اکلامپسی و اکلامپسی در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

۶/۴ درصد از مادران نوجوان و ۸/۴ درصد از مادران جوان مبتلا به آنمی بودند که تفاوت معنی‌داری از نظر آماری مشاهده نگردید ($P=0/778$). ۶/۴ درصد از مادران نوجوان و ۶/۸ درصد از مادران جوان سابقه سقط جنین داشتند و ۶ درصد از مادران نوجوان و ۱/۶ درصد از مادران جوان سابقه مول هیداتنیفرم داشتند که تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نگردید ($P=0/63$ ، $P=0/87$). در ۷/۶ درصد مادران نوجوان و ۴/۲ درصد مادران جوان، جنین پرزانتاسیون غیر سفالیک داشت که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/168$).

میانگین آپگار دقیقه ۱ در نوزادان مادران نوجوان ۸/۴۶ و در نوزادان مادران جوان ۸/۶۹ بود و میانگین آپگار دقیقه ۵ در نوزادان مادران نوجوان ۵/۷ و در مادران جوان ۴/۷ بود و تفاوت معنی‌داری در میانگین آپگار دقیقه ۱ و ۵ در مادران نوجوان و جوان مشاهده نگردید همچنین هیچ نوع آنومالی جنینی در بین دو گروه مورد مطالعه مشاهده نگردید.

فراوانی مرگ و میر نوزادان در مادران نوجوان ۵/۷ درصد و در مادران جوان ۴/۷ درصد بود که تفاوت معنی‌داری در بین دو گروه مشاهده نگردید (P=۰/۶۶۹).

در بین مادران نوجوان ۷۶/۴ درصد و از مادران جوان ۹۴/۸ درصد مراقبت‌های پری ناتال داشتند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (P=۰/۰۰۱).

در مطالعه ما میانگین وزن نوزادان متولد شده از مادران نوجوان ۲۹۱۰ گرم و در مادران جوان ۳۰۵۰ گرم بود.

۱۱/۵ درصد مادران نوجوان و ۳/۷ درصد مادران جوان دارای نوزادانی با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم بودند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود (P=۰/۰۰۵).

۲۶/۸ درصد مادران نوجوان و ۲۸/۸ درصد مادران جوان به روش سزارین زایمان نمودند که تفاوت معنی‌داری از نظر آماری مشاهده نمی‌شود (P=۰/۶۷۲). و شایع‌ترین علت انجام سزارین دکتر در دو گروه دیسترس جنینی بود (جدول ۲).

میانگین هموگلوبین در مادران نوجوان ۱۲/۷۸ g/dlit و در مادران جوان ۱۲/۶۵ g/dlit بود، ۶/۴ درصد از مادران نوجوان و ۸/۴ درصد از مادران جوان مبتلا به آنمی بودند و تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده نگردید (P=۰/۷۷۸).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی عوارض بارداری در مادران نوجوان و جوان

P Value	فراوانی نسبی درمادران جوان	فراوانی نسبی درمادران نوجوان	عوارض مادری و جنینی
.۰۴۸	۲۳(۰/۱۲/۰۴)	۳۱(۰/۱۹/۷۴)	زایمان زودرس
.۰۶۸	۲۲(۰/۱۱/۵۱)	۲۹(۰/۱۸/۴۷)	پارگی زودرس کیسه آمنیون
۰/۰۰۱	۵(۰/۲/۶۱)	۱۸(۰/۱۱/۴۶)	دفع مکنیوم
.۰۱۳	۱۰(۰/۵/۲۳)	۲۰(۰/۱۲/۷۳)	خون‌ریزی قیل و حین زایمان
.۰۶۶۹	۹(۰/۴/۷۱)	۹(۰/۵/۷۳)	پره اکلامپسی
.۰۵۰۳	۲(۰/۱/۰۴)		اکلامپسی

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی علل سزارین در نوجوانان و جوانان

علت سزارین	فراوانی نسبی علل سزارین درنوجوانان	فراوانی نسبی علل سزارین در جوانان	جمع
دیسترس جنینی	۲۳ (۷۶/۵۴)	۳۱ (۵۶/۳۶)	۵۴ (۵۵/۶۷)
عدم پیشرفت	۷ (۱۶/۶۶)	۱۳ (۲۳/۶۳)	۲۰ (۲۰/۶۱)
پرزانتاسیون	۶ (۱۴/۲۸)	۵ (۹/۰۹)	۱۱ (۱۱/۳۴)
CPD*	۶ (۱۴/۲۸)	۶ (۱۰/۹۰)	۱۲ (۱۲/۳۷)
جمع کل	۴۲ (۴۳/۲)	۵۵ (۵۶/۵۹)	۹۷

*Cephalo pelvic disproportion

بحث

Yildirim فراوانی LBW در مادران نوجوان ۲۸/۷۲ درصد بوده و

در مطالعه Nasreen شیوع ۳۸/۲ درصد داشته است.

در کل در تمام مطالعات انجام شده فراوانی LBW در مادران نوجوان به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده که شاید به‌علت بیشتر بودن پره ترم لیبر، سوء تغذیه، عدم برخورداری از مراقبت‌های مناسب و برنامه ریزی شده دوران بارداری، بیشتر بودن بارداری‌های ناخواسته در سنین نوجوانی و در نتیجه عدم توجه و مراقبت لازم در طی دوران بارداری باشد (۱۶-۱۴، ۱۰-۸).

در مطالعه ما از نظر میزان انجام سزارین در دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نشده است. مطالعات نصیری، Brown، Lubrarsky نتایج مطالعه ما را تایید می‌کنند ولی مطالعه Kazmierczak و Konje معتقدند میزان سزارین در گروه نوجوانان بیشتر بوده شاید علت این اختلاف پایین‌تر بودن سن متوسط افراد مورد مطالعه و بیشترین علت سزارین عدم تناسب لگن مادر با سر جنین بوده ولی در مطالعه ما شایع‌ترین علت سزارین دیسترس جنینی بوده است (۱۹-۱۳، ۱۷).

در این مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری از نظر وجود آنمی در دو گروه مشاهده نگردید مطالعات Zhang، change، Perry نتایج مشابه با مطالعه ما را گزارش نمودند ولی در مطالعه نصیری به‌طور معنی‌داری میزان آنمی در مادران نوجوان بیشتر مشاهده شد. شاید علت این تفاوت اختلاف در وضعیت مراقبت‌های دوران بارداری و مصرف قرص آهن بوده است (۲۱، ۲۰، ۱۷).

در مطالعه ما شیوع پره اکلامپسی در دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری نداشته، مطالعات Konje و نصیری نیز گزارش دادند که اختلاف معنی‌داری از نظر بروز پره اکلامپسی بین زنان نوجوان و جوان وجود نداشته است ولی در مطالعه McIntosh Zhang، شیوع پره اکلامپسی در زنان نوجوان بیش از زنان جوان بوده است که با مطالعه ما مغایرت دارد. یکی از علل افزایش فشار خون در زنان نوجوان اضطراب، هیجان و عدم دریافت مراقبت

حاملگی در سنین نوجوانی به‌عنوان یک مشکل بزرگ در جهان مطرح می‌باشد که شیوع آن را ۶/۵ تا ۱۰/۵ در ۱۰۰۰ حاملگی ذکر کرده‌اند (۴) شیوع حاملگی در سنین نوجوانی به‌دلیل سن پایین بلوغ، شروع زودرس فعالیت جنسی در دختران و عدم دریافت آموزش‌های لازم در مورد روش‌های جلوگیری از بارداری رو به افزایش است (۷).

میانگین سنی مادران نوجوان در مطالعه ما ۱۷/۲۲ سال و در مطالعه ابوهیجا عادل ۱۶/۳ سال و در مطالعه Yildirim ۱۷/۳ سال بود که در مطالعه ما و Yildirim تقریباً مشابه است و در عربستان سن متوسط گروه نوجوانان کم‌تر است که این احتمالاً به علت تفاوت‌های فرهنگی می‌باشد (۸، ۹).

۱۹/۷ درصد مادران نوجوان دچار پره ترم لیبر شدند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری با گروه مادران جوان مشاهده شد در مطالعات انجام شده توسط Loto، Sauers، Gilbert، Kazmierczak، Nasreen میزان زایمان زودرس در گروه مادران نوجوان بیشتر از مادران با سن بالای بیست سال بوده است (۱۴-۱۰).

در مطالعه امیری و Suebnukarn میزان پره ترم لیبر در دو گروه مادران جوان و نوجوان تفاوت معنی‌داری نداشته است شاید علت بیشتر بودن پره ترم لیبر در مادران نوجوان وضعیت بد تغذیه‌ای، استعمال سیگار و فقدان کنترل بارداری مناسب باشد.

۱۱/۵ درصد مادران نوجوان دارای نوزاد با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم بودند در مطالعه ابوهیجا ۲۵/۵ درصد مادران نوجوان دارای نوزاد با وزن کم‌تر از ۲۵۰۰ گرم بودند در مطالعه Gilbert، دکتر افتخار، دکتر پورانصاری و Malamitsi هم فراوانی نوزادان LBW^۱ در مادران نوجوان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود. در مطالعه

^۱ low Birth weight

باشد و دریافت مراقبت پره ناتال تاثیر به سزایی در نتایج خوب بارداری دارد به طوری که در نوجوانانی که از مراقبت پره ناتال کافی برخوردار باشند درصد شیوع برخی عوارض از قبیل زایمان زودرس و وزن پایین نوزاد در هنگام تولد کاهش می یابد.

پره ناتال کافی می باشد و علت اختلاف این مطالعات احتمالاً به علت تفاوت در مراقبت های پره ناتال می باشد (۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۷، ۴). در نهایت با توجه به یافته های پژوهش نتیجه می گیریم که سن مادر به تنهایی نمی تواند در نتایج نامطلوب بارداری نقش داشته

References:

1. Sarkar C, Sarkar B. Outcome of teenage pregnancy and labor. *J India Med Assoc* 1991; 89(7):197-9.
2. Cunningham GF, Leveno K, Bloom S. Prenatal care. *William's obstetrics*. 22 Ed. New York: McGraw Hill; 2005. P. 201-29.
3. Katz V. Prenatal care. In: Scott J, Gibbs R, Karlan B, Haney A, Editors. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 9 Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. P.1-34.
4. Konje J, Dolii F. Early teenage pregnancies in Hall. *Br J Obstet Gynecol* 2003; 99: 969-73.
5. Mukasa F. Comparison of pregnancy and labor in teenagers and primigra vidas aged 21-25 years in Transkei. *S Afr Med J* 1992; 81(18):421-3.
6. Createas C. Teenage pregnancy: comparison with two groups of older pregnancy women. *J Adolescent Health* 1992; 12:77-81.
7. Pilliteri A. *Maternal child health nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Co; 1995. P. 436-99.
8. Adel A, Abdulahi M, Sanna A. Obstetrics and prenatal outcome of adolescent Nuliparous pregnant women. *Gynecol Obstet* 2002; 53(2):90-3.
9. Yildirm Y, Inal M, Tinar S. Reproductive and obstetric characteristics of adolescent pregnancies in Turkish women. *J Pediatr Adolescent Gynecol* 2005; 18(4): 249-53.
10. GHbert V, Jndil D, Field N. Birth outcomes in teenage pregnancies. *J Matern-fetal Neonat Med* 2004; 16 (5): 265.
11. Sauers S, Powers J. Risk factors for aboriginal low birth weight: intrauterine growth retardation and preterm birth in the Darwin health region. *Aust NZ J Pub Health* 1997; 21(5):524-30.
12. Loto O, Ezechi O, Kalu B. Poor obstetric performance of teenagers. *J Obstet Gynecol* 2004; 24(4):395.
13. Kazmierczak W, Fiegler P, Wegrzyn P. Pregnancy complications and pregnancy outcome in women under 18 and above 35 years old in highly industrialized urban complex of upper Silesia. *Ginekol Pol* 2005; 76(12): 980-5.
14. Nasreen S, Haque M, Hasan M. Pregnancy outcome in adolescent and adult-age comparison study. *Mymen Singh Med J* 2006; 15(1): 15-21.
۱۵. افتخای ح، آزادگان ف، توکل ح. نوزادان کم وزن و رابطه آن با سن مادر و حاملگی. *مجله دارو درمان، آبان ۱۳۷۱*، صفحات ۳۹-۱۲۵.
۱۶. پورانصاری ز. بررسی عوامل حاملگی در زایمان مادران کمتر از ۲۰ سال در مقایسه با مادران ۲۴-۲۰ ساله در بیمارستان میرزا کوچک خان، *مجله بهداشت، شماره ۲۲، سال ۱۳۷۴* صفحات ۸-۹۴.
۱۷. نصیری امیری ف. محمدپور ت. بررسی نتایج بارداری در دو گروه مادران نوجوان و جوان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی ساری، *مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۱۳۷۷، سال هشتم شماره ۲۰، ص ۲۷.
18. Brown H, Consoulin W. Obstetric complications in young teenagers. *S Med J* 1991; 84:46-50.
19. Lubarsky S. Obstetric characteristics among nuliparas under age 15. *Obstet Gynecol* 1994; 84:365-70.

20. Baoping Z, Annabelle C. Teenage pregnancy in South Australia. *Aus NZ J Obstet Gynecol* 1991; 31(4):991-8.
21. Perry G, Byers T, Yip R. Iron nutrition does not account for the hemoglobin difference between blacks and whites. *J Nutr* 1999; 122:1417-24.