مقاله پژوهشی
جله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره هشتم، شماره دوم، تابستان 1388، 126-141
بررسی عوامل مؤثر بر مرگ و میر پریناتال در مراکز درمانی شهرستان
رفسنجان در سال های 1385-1386
مريم هادوی 1، صغرى علي دلاکي 2، مريم عابدينژاد 2، فریبا امینزاده 3
درجات مطالعه: 48/3/13، پذیرش مطالعه: 88/3/14

چکیده
زمینه و هدف: مرگ و میر پریناتال به عنوان شاخص سلامت و مقاومت‌های بهداشتی زمان تولد مورد استفاده قرار می‌گیرد. آگاهی از علل عمده و عوامل مؤثر بر مرگ و میر پریناتال در برنامه‌ریزی صحت جهت تقویت سیستم‌های مراعت دوران پارباری، زایمان و نوزادان در جامعه نقش عمده‌ای دارد. هدف از این مطالعه شناسایی عوامل مؤثر بر مرگ و میر پریناتال در شهرستان رفسنجان بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی در طی یک دوره 2 ساله بر روی 421 مورد مرگ و میر پریناتال لجنام شهر در دوره 2 ساله بر روی 421 مورد مرگ و میر پریناتال لجنام شهر در هرمزگان انجام داده شد. برای بررسی عوامل مؤثر بر مرگ و میر پریناتال از اندازه‌گیری و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های مجزور کای و فیشر اندازه‌گیری گردید.

یافته‌ها: مرگ و میر پریناتال در 23/7 در هرمزگان و به تفکیک برای دختران 29/1 و برای پسران 24/9 در هرمزگان شاید منجر شود. علل اصلی مرگ نوزادان در نرسونی (8/5 %)، سندرم دیگر تنفسی (2/5 %) و اصلی ترین علل مردمزایی پارگی زودرس که به آب/7/77)، فشار خونی ناشی از پارباری (9/8 %)، شاید منجر شود. علل مردمزایی (6/4 %) و ناهنجاری‌های مادرزادی (6/5 %) بوده. آزمون‌های آماری ارزیابی بین ون جنین، سن داخلی جنین، سابقه مردمزایی و رتبه تولد در مردمزایی را معتقد نشان دادند. عواملی مانند دوقلویی، سن مادر، بیماری‌های مولدهای مردان، افزایش وزن مادر و حاملگی و تعداد حاملگی به عنوان عوامل خطرساز و افزایش دهنده مرگ و میر نوزاد مطرح بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه عوامل متعادلی از قبیل سن مادر، رتبه تولد، بیماری‌های درونی، سابقه مردمزایی، وزن هنگام تولد و حاملگی اول در موقع مرگ و میر پریناتال دخیل بودند. بنابراین لزوم تصمیم‌گیری‌های اساسی در زمینه مقایسه بیشتر از مادر و کودک و هم‌چنین اتخاذ تهمیدات اولیه برای پیشگیری از عوامل احتیاطی مؤثر بر مرگ و میر پریناتال احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مرگ و میر، پریناتال، جنین، نوزاد، مردمزایی

1- (پروفسور مسئول) مربی گروه آموزش پیشگیری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
hadavimaryam@yahoo.com
تل.: 023-33171240، دفتر: 33171238، پست الکترونیک: hadavimaryam@yahoo.com
2- کارشناس دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
3- استادیار گروه آموزش زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
مقدمه
مرگ و میر درمانی به معنی‌نامه‌های بالین سلامت و مراقبت‌های بهداشتی زمان توئن مورد استفاده قرار می‌گیرد. دلایل اصلی و منطقی دسته‌بندی این مراکز، علی‌کشان و نحوه بیشتری مشابه آن‌ها می‌باشد.[1] اما این مراکز در یکی از شکوه‌های صنعتی کننده است. در این مراکز بیشتر در سراسر کشورهای صنعتی کننده است. در این مراکز بیشتر در سراسر کشورهای صنعتی کننده است. در این مراکز بیشتر در سراسر کشورهای صنعتی کننده است.

32 میلیون مورد مرده‌ای در سال در ایران شده است که 74% از این مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می‌افتد.[2] امکان دارد 1 تا 2 میلیون مرد مرده‌ای در دیگر ره درد که جاری شده است به ما دارد نه‌ها از 40 کشورهای در حال توسعه جهان در دسترس است.[4] حتی از تحقیقات سیستان و خراسان قابل توجه بیشتری موارد مرده‌ای تاکنون ناشنوایی بلان مانده است.[37-5] میزان مرده‌ای از 5 تا 1000 تولد در آمریکا و بیشتر کشورهای توسعه‌یافته، تا 30 تا 40 مورد به ازای هزار تولد در کشورهای توسعه‌یافته متغیر است.[8] بیشترین میزان مرده‌ای (40 تا 25 در هزار) مربوط به جنوب آسیا می‌باشد. میزان مرده‌ای از 36 در هزار تا 70 در هزار در برخی مناطق روستایی متغیر گزارش شده است.[11] به 4 میلیون از 130 میلیون نوزاد که در سال مولد می‌شوند در اولین سال زندگی قطع می‌کند.[10] 99% از مرگ‌ها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد.[12] میزان مرگ نوزاد برای سال 2002 در آندونزی 20 نوزاد به ازای 1000 تولد زندگی اعلام شد.[13] که مشابه با سایر کشورهای آسیای جنوب شرقی (19 نوزاد به ازای 1000 تولد زندگی) می‌باشد.[14]

این میزان در مطالعه Nayeri و همکاران (1380 تا 1388)
نتایج
میزان مرگ و میر بروزتال در این مطالعه، ۳۳ در هزار و به تفکیک در ۲۴/۹ در هزار بود. میزان مرگ و میر نوزاد در هزار و تولد زندگی به دست آمد. نتایج به دست آمده از بررسی داده‌ها به تفکیک جنس در جدول ۱ است. اطلاعات مورد نیاز شامل مشخصات دموگرافیک، مادر و جنین در نظر گرفته شد.

جدول ۱- میزان مرگ و میر بروزتال بر حسب جنس

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>میزان مرگ و میر نوزاد (در هزار تولد)</th>
<th>میزان مرگ و میر نوزاد (در هزار تولد زندگی)</th>
<th>تعداد زایمان (نفر)</th>
<th>تعداد نوزاد فوت شده (نفر)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>♂</td>
<td>♂</td>
<td>♂</td>
<td>♂</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲۹/۶</td>
<td>۲۹/۶</td>
<td>۲۹/۶</td>
<td>۲۹/۶</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
<td>۲۹/۴</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۲- مقایسه گروه نوزادان فوت شده با گروه شاهد از نظر فراوانی برخی عوامل خطری

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>گروه شاهد</th>
<th>نوزادان فوت شده</th>
<th>P-Value</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
<tr>
<td>♂</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۲/۰۵</td>
<td>۰/۰۵</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* مقایسه گروه نوزادان فوت شده با گروه شاهد از نظر فراوانی برخی عوامل خطری"
جدول 3- مقایسه برخی متغیرهای مورد مطالعه در تولدهای با نوزاد برده و غروه شاهد

<table>
<thead>
<tr>
<th>P-Value</th>
<th>تولدهای با نوزاد برده</th>
<th>غروه شاهد</th>
<th>منیچر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن داخل الرحم(میانگین ± انحراف معیار)</td>
<td>383.2 ± 1/59</td>
<td>37 ± 5/79</td>
<td>A</td>
</tr>
<tr>
<td>سن مادر (میانگین ± انحراف معیار)</td>
<td>23/95 ± 5/72</td>
<td>27/89 ± 7/11</td>
<td>B</td>
</tr>
<tr>
<td>سن پدر (میانگین ± انحراف معیار)</td>
<td>30/10 ± 5/89</td>
<td>30/94 ± 8/03</td>
<td>AB</td>
</tr>
<tr>
<td>وزن مادر (میانگین ± انحراف معیار)</td>
<td>67/28 ± 13/99</td>
<td>67/28 ± 9/24</td>
<td>O</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- میزان تحصیلات مادر (درصد) به سواد ابتدایی و راهنمایی دیلیم 38/5% تحصیلات دانشگاهی 36/7% شغل مادر (درصد) شاغل 7/7% خانهدار 10/3% مسلم 1/3% بی سواد 4/6% میزان تحصیلات پدر (درصد) به سواد ابتدایی و راهنمایی دیلیم 36/5% تحصیلات دانشگاهی 16/8% محل سکونت (درصد) روستا 47/1% شهر 52/9% میزان پرداخت تومان در آخرین ماه و درصد افراد با پرداخت تومان در آخرین ماه: 4/6% درصد کل افراد 2/67% درصد کل افراد 15/9% درصد کل افراد 52/4% درصد کل افراد 29/5% رتبه تولد (%): 1/6% اول 35/0% دوم 20/8% سوم 1/1% چهارم 7/1% پنجم 2/7% ساخته سازه‌ای (%): 6/7% بیش از 6 ساعت 24/2% تا 6 ساعت 7/5% تا 3 ساعت 6/4% تا 2 ساعت 100% خیر 100% مدت باز بودن گیسپه آب (%): 13-18 ساعت 0% 19-24 ساعت 1/7% بیش از 24 ساعت 8/5% میانگین تعداد دندانهای: 0/5% برای دانشجو در تصرف کردن بسته

مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره 6 شماره 2 سال 1388
رمی هادوی و همکاران

میزان درآمد خانواده، دفعات مراجعه جنح مراقبت‌های
دوران بارداری، سن حاملگی در اولین معاونت، سابقه نوزاد
با ویکی یا ناهنجاری و پرزنتاسیون جنح ارتقای
معنی‌داری به مردزادی نشان داد.

سن بدر (2012) (p=0.01)، سن داخل حمایت (2010) (p=0.01) و تولید (2013) (p=0.01) سابقه مردزادی (2012) (p=0.01) و مدت بار
بوند کیسه آب (2012) (p=0.01) ارتقای معنی‌داری با مردزادی

بحث

مطالعه حاضر میزان مرگ و میر پرینتال را
32/3 در
هرار نشان داد. نتیجه به دست آمده برای مطالعه
Esmailinasab و همکاران که میزان مرگ و میر پرینتال را
در مناطق شهری و روستایی کردستان به ترتیب
32/3 و
31/8 در هزار گزارش نمودند [22] نشان داد. همان‌طور
که بالاتر بودن این میزان در مناطق شهری و در مطالعه
حاضر را می‌توان در نسبت افراد به خدمات
بهداشتی درمانی و ثبت منظم و دقیق واقع ذکر کرد.

میزان مردزادی در این مطالعه 12/74 در هزار بود.
این میزان در آمریکا تقریباً 7 در هزار [22] و در پاکستان
36 در 12/74 در هزار [9] گزارش شده است. این نکته می‌تواند
حاکی از تأثیر مستقیم مراقبت‌های بهداشتی در کاهش
میزان مردزادی باشد. مطالعه‌ای در کنار علت 32/3 از همه
موارد مرگ و میر پرینتال را مربوط به عوارضی نظر
خونریزی‌های قبل از زایمان، پرزنتاسیون غیرطبیعی،
اکلامی، نارسی و پاره شدن زودرس کیسه آب ذکر
کرد [24].

در مطالعه حاضر علل مردزادی به ترتیب فراوانی،
پاره شدن زودرس کیسه آب، فشارخون ناشی از بارداری،
گذاشتن جفت و ناهنجاری‌های مادرزادی بود. در مطالعه

شایع‌ترین علل میزان خود، نارس بودن (38/2%) سندروم
دیسترس نفیسی (37/8%) و سینیسمی (24/3%) بوده
است. نتایج این مطالعه نشان داد که 28% از نوزادان که
تا روز 28 پس از تولد فوت شده، بیشتر هنگام تولد
مشکلاتی در قبل نارس بودن و سیانوز داشتند که این
مقدار در مورد نوزادان زنده مانا 61/2% بود. اختلاف با

بررسی نشان داد 32/4% موارد فوت نوزاد در شیفت صبح،
32/4 در شیفت شب و 32/4 در شیفت عصر روز
داده‌اند. بیشترین فراوانی مرگ و میر در شیفت صبح
مربط به ساعت 8 تا 9 بوده است.

32/5 از موارد فوت در 24 ساعت اول پس از تولد،
15/1 در فاصله روزهای دوم تا هفتم و 32/0% در فاصله
28 روز بعد از تولد روی داده‌اند، از نوزادان
فوت شده 91/4% از نوزادان زنده مداخله و کمک‌های
در زمان قبل از تولد وجود نداشت. اختلاف معنی‌دار
نشان داده نشد.

گروه شاهد و گروه نوزادان فوت شده از نظر برخی عوامل
خطرساز مرگ و میر با یکدیگر مقایسه گردیدند که در
جدول 2 آورده شده است.

میزان مردزادی در این مطالعه 26/44 در هزار تولد زنده
بود. 61/2% از کل موارد مردزادی را جنس مذکر و
24/7% از کل موارد مردزادی را جنسیت مادر است. علل مردزادی در
41/1% مواد تعبیری نبود، مچ از بارگیری وارد کردن که
27/7% (11/4) فشارخون ناشی از بارداری (8) 9/8 حاصل گردید.

در این مطالعه متغیرهای سن، وزن، شل و میزان
تحصیلات مادر، محل سکونت، میزان تحصیلات پدر,

1388
دوره 8، شماره 2، سال 1388
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

121
میزان مرجع نوزادی در مطالعه حاضر (19/46) به ازای هزار تولد بدن بود که با میزان مرجع نوزاد در انگلستان (20) تا 1/01 تولد بدن (12) و آمار ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی برای کشورهای آسیای جنوب شرقی (16 نوزاد به ازای 1/01 تولد بدن) [13] هم‌خوانی دارد. 10/63 درصد نوزادان فوت شده بر اساس مورد دختر (49/24%) و بودن که با نتایج سابع مطالعات [17] مشابه است.

نتایج نشان دادند که 27/30٪ موارد موجب نوزاد در شیفت صبح (28/4٪) در شیفت شب و 28/2٪ در شیفت عصر روزی داده می‌باشد. در مطالعه حاضر بیشترین موارد فوت مربوط به شیفت صبح (با نظر گرفتن میزان ساعت کاری) و ساعت 8-9 بوده است. زباندر بودن در ساعت 8-9 از شیفت صبح (سرازور و ایندکس کنگو) را می‌توان علت این امر ذکر نمود.

در این مطالعه (28/5٪) از موارد فوت در 24 ساعت اول تولد، 71/3٪ در فاصله روزهای دوم تا هفتم و 10/3٪ در Esmailnasab 18-28 روز بعد از تولد و روی داده‌اند. و همکاران نسبت مرگ نوزادان برابر 24 ساعت اول، روزهای دوم تا هفتم و روزهای 8 تا 18 بعث از تولد را به ترتیب 47٪ و 25٪ (24) اعلام نموده‌اند. مرگ‌های هفته اول زندگی، 25٪ از مرگ‌های نوزادی را شامل شده و Sharifzadeh است. این تعداد در مطالعه همکاران که هفته اول زندگی، 25٪ از مرگ‌های نوزادی را شامل شده است. این منطقه در مطالعه Sharifzadeh است. این منطقه در مطالعه همکاران که هفته اول زندگی، 25٪ از مرگ‌های نوزادی را شامل شده است. این منطقه در مطالعه Sharifzadeh است. این منطقه در مطالعه همکاران که هفته اول زندگی، 25٪ از مرگ‌های نوزادی را شامل شده است. این منطقه در مطالعه Sharifzadeh است. این منطقه در مطالعه همکاران که هفته اول زندگی، 25٪ از مرگ‌های نوزادی را شامل شده است. این منطقه در مطالعه Sharifzadeh است. این منطقه در مطالعه همکاران که هفته اول زندگی، 25٪ از مرگ‌های نوزادی را شامل شده است. این منطقه در مطالعه Sharifzadeh است.
بر اساس نتایج به دست آمده عوامل متعددی از قبیل سن مادر، رتبه تولد، میانگین سن داخل رحمی، سابقه مرده‌زایی، وزن هنگام تولد و حاملگی اول در فروغ مرگ و میر بیشترال دخیل جراحی بوده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که احتمال رویکرد مادر-کودک و همچنین اتخاذ تهیه‌دهکده‌های درمانی بهتر تاثیرگذار در حالت زیستی در نتیجه آسیب‌های احتمالی بیشتر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شده است. بدرین وسیله از اعضای محترم شورای پژوهشی این دانشگاه قدردانی می‌شود.

موارد فوت نوزادان کم وزن را مربوط به زایمان پیش از مورد داشته و کوچک بودن اندام نوزاد نسبت به سن حاملگی را بی‌تأیید ذکر نموده است [34] و همگرا نیز علت فوت نوزادان کم وزن را به دلیل نارس بودن گزارش نموده‌اند [15].

در مطالعه حاضر شایع‌ترین علل مرگ نوزاد، نارس بودن (831/6) و سندرم دیسترس تنفسی (2/5) و سبی سپه (4/6) بوده است. همگرا نیز در مطالعه‌های نزدیکی (15/1/6) و آسیف‌کسی (5/6) این شایع‌ترین علل مرگ نوزاد قید کرده‌اند ولی عفونت با 1/1٪ در رده‌های آمار گرفته‌اند [17].

نتیجه‌گیری

References


Effective Factors on Perinatal Mortality in Rafsanjan Hospitals
(2004-2006)

M. Hadavi1, S. Alidalaki2, M. Abedini nejad2, F. Aminzadeh1

Received: 05/10/08  Sent for Revision: 04/01/09  Received Revised Manuscript: 21/05/09  Accepted: 03/06/09

Background and Objectives: Perinatal mortality is used as an indicator for evaluation of adequate perinatal and care services. Awareness of the major causes and effective factors on perinatal mortality play an important role in both strengthening of obstetric services and in perinatal care planning (from pregnancy to birth and to neonatal care). The purpose of this study was to identify the effective factors on perinatal mortality in Rafsanjan city population.

Materials and methods: This descriptive study was done on 321 cases of perinatal death over 2 years period. For each case, one baby who was living up to the 28th day after birth and it's age was the closest to the case, has chosen as the control group. Data was obtained from hospital records also by interview with the nurse, mother and obstetrician (or the person who delivered the baby). Data were analyzed by chi-square and t-tests.

Results: Perinatal mortality rate was 32.2 per 1000 (29.1 and 34.9 per 1000 for girls and boys, respectively). The most common causes of newborn mortality were prematurity (%53.8), respiratory distress syndrome (%20.5), septicemia (%6.4) and the common causes of stillbirth were premature rupture of amniotic membrane (%27.7), pregnancy induced hypertension (%8.9), placenta abruptio (%6.3) and congenital abnormality (%5.4). Statistical tests showed a significant relationship between the fetal weight, gestational age, history of stillbirth and birth rank with stillbirth. Twin births, maternal age, previous maternal disease, maternal weight gain during pregnancy and the number of pregnancy were among the risk factors that increased the newborn mortality rate.

Conclusion: According to the findings, several reasons such as maternal age, birth grade, the average of gestational age, history of stillbirth, birth weight and primigravida play important role in occurrence of perinatal mortality. High priorities should be given to the strengthening and improvement of the obstetric services and initiating preventive efforts for above mentioned causes of perinatal mortality.

Key words: Mortality, Perinatal, Fetus, Newborn, Stillbirth

Funding: This research was funded by a Rafsanjan University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Rafsanjan University of Medical Sciences.

1- Academic Member, Depl. of Anesthesiology, Nursing and Midwifery Faculty, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
(Corresponding Author) Tel: (0391) 5228397, Fax: (0391) 5228497, E-mail: hadavimaryam@yahoo.com
2- BSc, Nursing and Midwifery faculty, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran
3- Assistant Prof., Dept. of Gynecology, University of Medical Sciences, Rafsanjan, Iran