

بررسی شیوع انواع خونریزی‌های دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های سطح ۲ و ۳ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سه ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۵

شهرزاد توکلی‌پور^۱، نفیسه‌السادات نکویی^۲، مرجان بیگی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: خونریزی‌های مامایی، علت شایع مرگ مادران در اغلب کشورهای جهان و کشور ایران است. از این رو، بررسی عوامل بروز آن، جهت ارایه به سیاست‌گذاران در این زمینه، می‌تواند مهم‌ترین راهبرد بهبود سلامت مادران باشد. این مطالعه، با هدف تعیین شیوع خونریزی‌های بارداری و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش به صورت توصیفی-تحلیلی بر روی ۲۴۷۷ مادر باردار انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با مراجعه‌ی پژوهشگر به بخش‌های زایشگاه، مامایی و بستری مادران پرخطر در بیمارستان‌های سطح ۲ و ۳ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سه ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۵ به دست آمد. تحلیل داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش‌های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: شیوع کلی خونریزی‌های بارداری ۷/۸ درصد بود و بین انجام مراقبت بارداری، فرد عامل مراقبت و بیماری‌های زمینه‌ای با انواع خونریزی‌ها رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.05$)؛ در حالی که بین مراقبت پیش از بارداری با این عارضه، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین، Logistic regression نشان داد که مراقبت‌های بارداری و بیماری‌های زمینه‌ای نسبت به دیگر متغیرها، پیش‌بینی‌کننده‌ی معنی‌دارتری برای ایجاد خونریزی هستند ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه مبنی بر نزدیک بودن شیوع خونریزی‌های بارداری به کتب رفرنس با وجود انجام پژوهش در مراکز ارجاعی، اگر چه نشان دهنده‌ی امکان مدیریت این عارضه در کلیه‌ی بیمارستان‌های استان اصفهان می‌باشد، اما نظر به قابل پیش‌گیری بودن بسیاری از موارد خونریزی‌های دوران بارداری، بر استفاده‌ی هر چه بیشتر از فرصت‌های موجود به ویژه در زمینه‌ی ارتقای کیفیت مراقبت‌ها و کنترل بیماری‌های زمینه‌ای تأکید می‌گردد.

واژگان کلیدی: شیوع، خونریزی، بارداری، مراقبت بارداری، مراقبت پیش از بارداری

ارجاع: توکلی‌پور شهرزاد، نکویی نفیسه‌السادات، بیگی مرجان. بررسی شیوع انواع خونریزی‌های دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن در بیمارستان‌های سطح

۲ و ۳ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سه ماهه‌ی دوم سال ۱۳۹۵. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۷؛ ۳۶ (۴۸۴): ۶۷۹-۶۷۳

آن چه که می‌تواند سبب حفظ و یا ارتقای این شاخص شود، رفع علل اصلی و زمینه‌ای منجر به مرگ مادران است و با توجه به آن که همیشه و در همه‌ی زمان‌ها مهم‌ترین علل مرگ مادر خونریزی بوده است، تلاش همه‌جانبه و همگانی مسئولین و سیاست‌گذاران در جهت پیش‌گیری از وقوع این حادثه بسیار با اهمیت است (۲). خونریزی‌های مامایی که شامل خونریزی‌های قبل و پس از زایمان می‌باشد، علت شایع بروز بیماری مادران در کشورهای توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته است (۳). در ایران، مرگ مادران به دلیل خونریزی‌های زایمانی ۱۹ درصد گزارش شده است که در مقایسه با ۱۷ درصد آمار مرگ به دلیل پره‌اکلامپسی که آن نیز از مهم‌ترین علل ناتوانی‌ها به شمار

مقدمه

ارتقای سلامت مادران، یکی از مهم‌ترین تعهدات کشورها به شمار می‌رود و بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت، جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای موفق در دستیابی به پنجمین هدف توسعه‌ی هزاره اعلام شد؛ چرا که میزان مرگ مادر باردار خود را از ۲۴ و ۲۲ در ۱۰۰ هزار نفر در سال‌های ۹۴-۱۳۹۰ به ۱۸/۹ در ۱۰۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ تقلیل داده است. اگر چه انتشار این خبر، موفقیت قابل توجهی محسوب می‌گردد، اما حفظ و بهبود این شاخص از این پس بسیار دشوار خواهد بود و نیاز به تلاش بیش از پیش و اجرای مداخلاتی فراتر از برنامه‌های موجود دارد (۱).

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مامایی و بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مربی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: beigi@nm.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسؤول: مرجان بیگی

روش‌ها

پژوهش حاضر، به صورت یک مطالعه‌ی توصیفی همبستگی بود و اطلاعات مربوط از مادران باردار که در فاصله‌ی زمانی تیر تا مهر ماه سال ۱۳۹۵ به بیمارستان‌های سطح ۲ و ۳ شهرستان اصفهان مراجعه نموده بودند، جمع‌آوری شد. حجم نمونه با استفاده از روش سرشماری مشخص شد؛ چرا که امکان بررسی همه‌ی موارد وجود داشت.

از بین بیمارستان‌های سطح ۲ و ۳ تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، بیمارستان عیسی بن مریم و شهید بهشتی به عنوان بیمارستان‌های سطح ۲ و بیمارستان‌های الزهرا (س) و امین به عنوان بیمارستان‌های سطح ۳ در نظر گرفته شد و کلیه‌ی مادران باردار ساکن استان اصفهان مراجعه کننده به این بیمارستان‌ها وارد مطالعه شدند.

جمع‌آوری اطلاعات (تشخیص انواع خونریزی و عوامل مرتبط با آن) با مراجعه‌ی پژوهشگر و پرسشگران به بخش‌های زایشگاه، مامایی و بستری مادران پرخطر بیمارستان‌های مدنظر در ۳ نوبت شیفت صبح، عصر و شب انجام شد و در طی مصاحبه با پزشک و پرستار، مصاحبه با بیمار و مطالعه‌ی کلیه‌ی مستندات پرونده اعم از شرح حال، شرح زایمانی، یافته‌های پیرابالینی و در نهایت، تشخیص قطعی مستند شده‌ی پزشک در خلاصه‌ی پرونده به دست آمد. لازم به ذکر است که به دلیل عدم ثبت خونریزی‌های پس از زایمان در بیشتر موارد، برگه‌ی دستورهای دارویی و اجرای آن‌ها (استفاده‌ی هم‌زمان از داروهای یوتروتنیک با و یا بدون دریافت خون) جهت تعیین خونریزی‌های شدید و متوسط پس از زایمان، بر اساس دستورالعمل کشوری مطالعه و در چک لیست ثبت شد.

در این مطالعه، از ۲۴۷۷ مادر باردار مراجعه کننده به ۴ بیمارستان مورد نظر، تعداد ۱۹۳ نفر دچار انواع خونریزی‌های زایمانی بودند و دیگر افراد، دارای دیگر عوارض بارداری و یا بدون هر گونه عارضه بودند. برای ۱۹۳ فرد دچار خونریزی‌های بارداری، پرسش‌نامه‌ی مشخصات باروری، پرسش‌نامه‌ی فرایندهای مراقبتی و چک لیست عوارض بارداری تکمیل شد. همچنین، به منظور بررسی عوامل مرتبط با این عارضه‌ی بارداری، ۲۰۰ نفر از افراد بدون عارضه (از میان ۲۴۷۷ نفر) به صورت تصادفی انتخاب شدند که دو پرسش‌نامه‌ی پیش‌گفته در خصوص آن‌ها نیز تکمیل گشت. در حقیقت، این افراد به عنوان گروه بدون عارضه با ۱۹۳ فرد دارای عارضه‌ی خونریزی مقایسه شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ (SPSS Inc., Chicago, IL, version 18) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون χ^2 Fisher's exact و Logistic regression) انجام شد. ابزار پژوهش، شامل پرسش‌نامه‌ها و چک لیست محقق ساخته بود که توسط اعضای هیأت علمی گروه زنان و مامایی مورد تأیید قرار گرفته بود.

می‌رود، سهم بیشتری را به خود اختصاص می‌دهد (۴).

در اسکاتلند، خونریزی‌های تهدید کننده‌ی حیات را ۳/۷ در هر ۱۰۰۰ زایمان و در ژاپن، میزان موارد فوت مادران باردار به علت خونریزی‌های زایمانی را ۲۶ درصد گزارش کرده‌اند (۵).

خونریزی‌های قبل از زایمان به دو دسته‌ی ابتدای بارداری شامل حاملگی خارج از رحم، سقط و مول هیداتی فرم و خونریزی‌های نیمه‌ی دوم بارداری به صورت جفت سرراهی و دکولمان تقسیم می‌شوند. خونریزی‌های پس از زایمان نیز در شایع‌ترین موارد به علت آتونی و در موارد دیگر به صورت باقی ماندن بقایای جفتی و پارگی‌های کانال زایمانی است. در بین خونریزی‌های سه ماهه‌ی اول، حاملگی خارج رحمی، در بین خونریزی‌های سه ماهه‌ی دوم و سوم دکولمان و در بین خونریزی‌های پس از زایمانی، آتونی رحمی، شایع‌ترین علل بروز بیماری و مرگ و میر مادران است (۶).

البته، در اغلب موارد، خونریزی‌های دوران بارداری و زایمان یک حادثه است و آن چه که این واقعه را ایجاد و یا تشدید می‌نماید، عبارت از تأخیر در انتقال مادران به مراکز درمانی مجهز، تأخیر در تصمیم‌گیری توسط پزشک و یا ماما، ترخیص زود هنگام مادران و عدم پی‌گیری آن‌ها، کیفیت نامناسب مراقبت‌های دوران بارداری و کیفیت نامناسب مراقبت‌های پیش از بارداری می‌باشند (۴).

مراقبت‌های پیش از بارداری، بخشی از خدمات مراقبتی هستند که هدف از انجام آن، اتخاذ یک روند مناسب مراقبت است تا مادر با سلامت کامل وارد حاملگی شود و بتواند روند حاملگی سالم‌تری داشته باشد (۷) و مراقبت‌های دوران بارداری نیز شکل کاملی از پزشکی پیش‌گیری است که عوارض احتمالی زمان بارداری را کشف و شناسایی می‌نماید تا از امکان وقوع خطر جلوگیری گردد.

بر اساس تحقیقات نظام مراقبت کشوری، ۹۸/۳ درصد زنان باردار در ایران مراقبت‌های پیش از زایمان دریافت می‌کنند و این رقم در استان اصفهان برای مراقبت بارداری ۹۹/۴ درصد و برای مراقبت پیش از بارداری ۳۲/۷ درصد است، اما با وجود این مسأله، بسیاری از صدمات مادران و نوزادان و یا مرگ آنان معلول عوامل قابل پیش‌گیری در دوران بارداری می‌باشد که این امر، می‌تواند نقص هر چه بیشتر کیفیت این خدمات، عدم انجام مراقبت در زمان لازم و یا عدم تبحر فرد انجام دهنده‌ی مراقبت را نمایان سازد (۸).

از این رو، با عنایت به موارد طرح شده، پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین شیوع خونریزی‌های بارداری و عوامل مرتبط با آن در مادران مراجعه کننده به بیمارستان‌های سطح ۲ و ۳ در شهر اصفهان انجام دهد تا پس از ارایه‌ی نتایج، تنظیم راه‌کارهای مداخلاتی در خصوص بهبود سطح علمی و اجرایی کمیته‌های مرتبط با مرگ و یا عوارض بارداری از طرف مسئولین صورت پذیرد.

جدول ۱. توزیع فراوانی انجام مراقبت‌ها و فرد مراقب پیش از بارداری و دوران بارداری و بیماری زمینه‌ای در دو گروه دارای خونریزی زایمان و بدون عارضه

متغیر	دارای خونریزی زایمان		بدون عارضه		مقدار P	χ^2
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
مراقبت‌های پیش از بارداری	انجام	۵۳ (۲۷/۵۲)	۴۹ (۲۴/۵۱)	۰/۴۵	۰/۵۰	
	عدم انجام	۱۴۰ (۷۲/۵۳)	۱۵۱ (۷۵/۵۳)			
مراقبت‌های دوران بارداری	انجام	۱۴۵ (۷۵/۱۵)	۲۰۰ (۱۰۰)	-	< ۰/۰۱	
	عدم انجام	۴۸ (۲۴/۹۱)	۰ (۰)			
فرد مراقب پیش از بارداری	متخصص	۴۲ (۸۴/۰۰)	۱۵ (۳۲/۶۲)	۲۸/۰۷	< ۰/۰۱	
	ماما	۷ (۱۴/۰۰)	۲۴ (۵۲/۲۳)			
	هر دو	۱ (۲/۰۰)	۷ (۱۵/۲۴)			
فرد مراقب دوران بارداری	متخصص	۶۸ (۴۷/۵۲)	۱۵ (۷/۶۱)	۷۲/۱۶	< ۰/۰۱	
	ماما	۳۵ (۲۴/۵۱)	۸۱ (۴۰/۹۲)			
	هر دو	۴۰ (۲۸/۰۰)	۱۰۲ (۵۱/۵۳)			
بیماری زمینه‌ای	قلبی-عروقی	۸ (۴/۱۴)	۴ (۲/۰۰)	۱۷/۸۹	< ۰/۰۱	
	کلیوی	۳ (۱/۵۵)	۱ (۰/۵۰)			
	دیابت	۶ (۳/۱۰)	۱۰ (۵/۰۰)			
	خودایمن	۳ (۱/۵۵)	۰ (۰)			
	سایر بیماری‌ها	۴۴ (۲۲/۷۹)	۲۳ (۱۱/۵۰)			
	عدم بیماری	۱۲۹ (۶۶/۸۳)	۱۶۲ (۸۱/۰۰)			

فعلی در گروه با عارضه به طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون عارضه بود ($P < ۰/۰۵$).

بین انجام مراقبت قبل از بارداری با این عارضه ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۵$)، اما مراقبت‌های دوران بارداری در گروه بدون عارضه‌ی خونریزی‌های زایمانی، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه دارای خونریزی‌های زایمانی بود ($P < ۰/۰۵$). همچنین، توزیع فراوانی فرد مراقب، هم پیش از بارداری و هم در دوران بارداری بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۵$) و فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای نیز در گروه با عارضه‌ی خونریزی‌های زایمانی، به طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون عارضه بود ($P < ۰/۰۵$) (جدول ۱).

نتایج حاصل از Logistic regression با کنترل سن و با توجه به مقدار Wald نشان داد که به ترتیب متغیرهای مراقبت دوران بارداری و بیماری‌های زمینه‌ای پیش‌بینی‌کننده‌ی معنی‌داری برای ایجاد خونریزی هستند و در حضور این دو متغیر، سایر متغیرها پیش‌بینی‌کننده‌ی کمتری برای ایجاد این عارضه هستند (جدول ۲).

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۳۹۵۲۵۱ بود و پژوهشگران در خصوص اخذ فرم رضایت آگاهانه از بیماران اقدامات لازم را انجام دادند.

یافته‌ها

شیوع انواع خونریزی‌های زایمانی ۷/۸ درصد بوده است که ۲/۳ درصد حاملگی خارج از رحم، ۳/۴ درصد انواع سقط‌ها، ۱ درصد جفت سرراهی، ۰/۷ درصد دکولمان و ۰/۴ درصد خونریزی‌های پس از زایمان می‌باشد و بیشترین درصد خونریزی‌های زایمانی، مربوط به انواع سقط (۳/۴ درصد) می‌باشد.

توزیع فراوانی سن، محل سکونت، شغل، تحصیلات و تعداد زایمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵$)؛ در حالی که میانگین تعداد حاملگی و تعداد سقط در گروه با عارضه به طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون عارضه بود ($P < ۰/۰۵$) و فراوانی زایمان به روش سزارین، هم در زایمان‌های قبلی و هم در زایمان

جدول ۲. نتایج حاصل از Logistic regression جهت پیش‌بینی ایجاد خونریزی بر حسب متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	ضرایب رگرسیون	مقدار Wald	مقدار P	نسبت شانس (OR یا Odds ratio)	فاصله‌ی اطمینان ۹۵٪ برای OR
سن	۰/۰۲	۱/۵۲	۰/۲۱	۱/۰۲	۰/۹۸-۱/۰۷
مراقبت قبل از تولد	۰/۲۱	۰/۷۵	۰/۳۹	۱/۲۴	۰/۷۶-۲/۰۲
مراقبت دوران بارداری	-۳/۶۰	۲۴/۱۰	< ۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۰۰۶-۰/۱۱۰
بیماری‌های زمینه‌ای	۰/۹۲	۱۳/۲۰	< ۰/۰۱	۲/۵۰	۱/۵۳-۴/۱۱

بحث

نتایج نشان داد که شیوع انواع خونریزی‌های زایمانی ۷/۸ درصد بود که از این میزان، انواع سقط‌ها (۳/۴ درصد)، حاملگی خارج از رحم (۲/۳ درصد)، جفت سرراهی (۱/۰ درصد)، دکولمان (۰/۷ درصد) و خونریزی‌های پس از زایمان (۰/۴ درصد) به ترتیب بیشترین درصد خونریزی‌های زایمانی مربوط به انواع سقط (۳/۴ درصد) می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، شیوع انواع سقط (مراجعه کنندگان برای انجام سقط) ۳/۴ درصد می‌باشد. در کتاب رفرنس، این شیوع ۱۰ درصد گزارش شده است (۵) و آمارهای جهانی شیوع سقط را ۱۲ درصد نشان داده است. آمار قطعی گزارش شده توسط وزارت بهداشت کشور ما، شیوع سقط را بین ۸-۱۴ درصد گزارش کرده است. در مطالعات دیگر نظیر بررسی پاسدار و همکاران در کرمانشاه، شیوع سقط ۶/۴ درصد گزارش شد (۹). همچنین، اشتری ماهینی و همکاران، شیوع سقط را ۱۲/۱ درصد به دست آوردند که ۵/۹ درصد خودبه‌خودی و ۲/۶ درصد نیز سقط درمانی بود (۱۰) که یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با این نتایج هم‌خوانی ندارد.

در این مطالعه، شیوع حاملگی خارج رحمی ۲/۳ درصد می‌باشد. در کتاب رفرنس، شیوع بین ۵-۰/۵ درصد در نظر گرفته شده است (۶). در مطالعه‌ی حسنی و همکاران، شیوع حاملگی خارج رحمی در سال‌های قبل از ۱۳۸۵، ۱/۹ در ۱۰۰۰ بارداری و بعد از ۱۳۸۵، ۳/۷ در ۱۰۰۰ بارداری و در مراکز ناباروری ۴۴ در ۱۰۰۰ بارداری برآورد شد (۱۱) که شیوع حاملگی خارج رحمی را نسبت به مطالعه‌ی حاضر اندکی متفاوت نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه‌ی حاضر، شیوع دکولمان جفت را ۰/۷ درصد نشان داد. در کتاب رفرنس، این رقم ۱ درصد برآورد شده است (۱۲). در بررسی Ananth و همکاران، در ایالات متحده‌ی آمریکا، شیوع دکولمان جفت ۹/۶ در ۱۰۰۰ تولد بود (۱۳). در مطالعه‌ی دیگری که توسط Ananth و همکاران در هفت کشور ایالات متحده‌ی آمریکا، سوئد، نروژ، دانمارک، فنلاند و اسپانیا به صورت گذشته‌نگر انجام شد، شیوع دکولمان جفت بین ۷-۳ در ۱۰۰۰ تولد بود (۱۴) که به طور تقریبی با یافته‌های این مطالعه همسو می‌باشد. همچنین، در مطالعه‌ی کورکوهی و همکاران، شیوع دکولمان جفت ۲/۰۸ درصد گزارش شد (۱۵) که مطالعه‌ی حاضر با این یافته هم‌خوانی ندارد.

در این مطالعه، شیوع جفت سرراهی ۱ درصد به دست آمد. این مقدار در کتاب رفرنس ۰/۵ درصد (۱۲) و در مطالعه‌ی کاشانی و همکاران در گرگان بر روی ۳۳۴۷۳ مادر باردار ۰/۲۴ درصد گزارش شد (۱۶). همچنین، در بررسی صالح گرگری و همکاران، شیوع جفت سرراهی در تهران ۰/۷ درصد نشان داده شده بود (۱۷)، که شیوع این عارضه در مطالعه‌ی حاضر، بالاتر از این مطالعات بود.

همچنین، در بررسی سیستماتیک که بر روی ۵۸ مطالعه توسط Cresswell و همکاران انجام شده است، شیوع تمام موارد جفت سرراهی ۵/۲ مورد در هر ۱۰۰۰ بارداری گزارش شده است (۱۸). از این رو، نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر، از یافته‌های این مطالعه نیز بالاتر می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، شیوع خونریزی بعد از زایمان ۰/۴ درصد بود. در بررسی Ononge و همکاران، شیوع خونریزی بعد از زایمان ۰/۹ درصد گزارش شد (۱۹). در بررسی دیگری که توسط Sheldon و همکاران به صورت مقطعی در مجموع ۳۵۲ مرکز بهداشتی در ۲۸ کشور جهان انجام شده بود، شیوع خونریزی بعد از زایمان ۱/۲ درصد گزارش شد (۲۰).

همچنین، در بررسی لطفعلی‌زاده و همکاران، شیوع خونریزی بعد از زایمان ۱۱/۸ درصد گزارش شد (۲۱) که نتایج این مطالعات شیوع بالاتری از خونریزی بعد از زایمان را نشان می‌دهد.

با توجه به نتایج حاصل از انواع خونریزی‌ها، به نظر می‌رسد که دلیل بالا نبودن شیوع این عارضه در بیمارستان‌های مطالعه‌ی حاضر، امکان برقراری مدیریت درمانی و تشخیصی همه‌ی انواع خونریزی در همه‌ی بیمارستان‌های استان است. همچنین، با توجه به این که شایع‌ترین علت مرگ مادر باردار خونریزی گزارش شده است، به طور تقریبی همه‌ی مراکز درمانی در مشخص شدن تکلیف بیماران تعجیل می‌نمایند و تا حد امکان از ارجاع بی‌مورد بیماران پرهیز می‌نمایند. البته، خونریزی به علت جفت سرراهی با شیوع بالاتری نسبت به کتاب رفرنس و سایر مطالعات در این پژوهش گزارش شده است که آن نیز می‌تواند به دلیل شیوع بالای سزارین قبلی در بیماران تحت مطالعه باشد.

دلیل مطابقت نداشتن شیوع سقط در مطالعات پیش گفته و مطالعه‌ی حاضر و کم بودن شیوع سقط در این مطالعه، امکان پذیرش بیماران دچار سقط در همه‌ی بیمارستان‌ها و عدم ضرورت اعزام ایشان به بیمارستان‌های ارجاعی است. همچنین، در مواردی نیز پزشکان با تجویز شیاف پروستاگلاندینی اقدام به انجام سقط‌های سه ماهه‌ی اول، به صورت سرپایی می‌نمایند.

بنا بر تجارب پژوهشگر، اعزام و ارجاع مادران دچار سقط به بیمارستان‌های ارجاعی تنها در موارد سقط‌های درمانی، آن هم با علل پزشکی مادر است. بر اساس نتایج، بیشترین موارد سقط، مربوط به سقط القایی (۴۹ نفر سقط القایی در مقابل ۳۹ سقط خود به خودی) است. همچنین، بیشترین موارد انجام سقط القایی در بیمارستان الزهرا (س) و کمترین موارد انجام این نوع سقط، در بیمارستان عیسی ابن مریم (ع) است که این هم به دلیل تفاوت انجام خدمات در این دو بیمارستان و امکان ارایه‌ی خدمات فوق تخصصی در بیمارستان الزهرا (س) می‌باشد.

Chang و Such نیز در این خصوص نشان داده است که خطر بیماری‌های مزمن نظیر پرفشاری خون، دیابت و چاقی، سبب ایجاد عوارض بارداری می‌شود و کنترل آن‌ها به بهبود پیامدهای مادری می‌انجامد (۲۳).

در مطالعه‌ی حاضر، بیشترین بیماری‌ها، مربوط به موارد سایر بیماری (هیپوتیروئیدی با بیشترین فراوانی) و پس از آن بیماری‌های قلبی - عروقی بود و این بیماری‌ها، خونریزی‌های بارداری را با میزان بیشتری نسبت به گروه بدون عارضه ایجاد کرده بود. البته، به نظر می‌رسد همه‌ی گزارش هیپوتیروئیدی در پرونده‌ها از طرف پزشک نیز صحیح نباشد؛ چرا که برخی از این افراد، مصرف کنندگان لووتیروکسین برای رساندن سطح تیروتروپین به کمتر از ۲/۵ و نه مبتلایان به هیپوتیروئیدی واقعی می‌باشند.

به هر حال، به نظر می‌رسد فراوانی گزارش شده از بیماری‌های زمینه‌ای در مادران باردار دچار عارضه‌ی این پژوهش، حتی کمتر از میزان واقعی باشد و عدم شناسایی این بیماری‌ها در این مادران، به دلیل دیرهنگام آمده شدن جواب آزمایش‌ها و یا ارجاع آزمایش‌های تخصصی بیمار به آزمایشگاه‌های بیرون از بیمارستان و در نتیجه موکول شدن رؤیت جواب آزمایش به مطب پزشک مربوط باشد که این مسأله در طی پرسشگری پژوهشگر قابل ملاحظه بود؛ از این رو، از محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود.

با توجه به نتایج این مطالعه مبنی بر نزدیک بودن شیوع انواع خونریزی‌های زایمانی به کتب رفرنس، ارقام به دست آمده در این پژوهش قابل قبول است، اما نظر به توافق عموم آرایه دهنگان خدمات به مادران باردار مبنی بر قابل پیش‌گیری بودن بسیاری از موارد خونریزی‌های بارداری و زایمانی، بر بازنگری شیوه‌نامه‌ها و راهنماهای بالینی مرتبط با مراقبت‌ها، در نظر گرفتن نیروی انسانی مناسب، مکفی و متبحر به منظور ارتقای کیفیت خدمات به ویژه در موارد دچار بیماری‌های زمینه‌ای تأکید می‌شود. همچنین، بررسی علل ریشه‌ای عوارض بارداری و نظارت بر روند فعالیت‌های مرتبط با کمیت‌های عوارض بارداری در بیمارستان‌ها، جهت مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۳۹۵۲۵۱ مصوب حوزه‌ی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که با تأمین اعتبار همین حوزه انجام شده است. پژوهشگران از همکاری این حوزه و حوزه‌ی معاونت درمان سپاسگزاری می‌نمایند.

حاملگی خارج از رحم نیز در کلیه‌ی بیمارستان‌ها قابل تشخیص و درمان است و فقط در مواردی که درمان انتظاری مد نظر باشد، بیماران به بیمارستان ارجاعی، ارجاع می‌شوند.

در این مطالعه، علاوه بر بررسی شیوع همه‌ی انواع خونریزی‌ها (سه ماهه‌ی اول، دوم و سوم) که مطرح گردید، ارتباط برخی عوامل با این عارضه نیز سنجیده شد که نقطه‌ی قوت این مطالعه نسبت به مطالعات پیش‌گفته و به شرح ذیل می‌باشد:

نتایج حاکی از آن است که ارتباط مراقبت پیش از بارداری با انواع خونریزی‌های حاملگی و زایمانی معنی‌دار نیست ($P > 0/05$)، اما مراقبت‌های دوران بارداری با این عارضه ارتباط معنی‌داری دارد ($P < 0/01$)؛ به طوری که تعداد مراقبت در گروه بدون عارضه، بسیار بیشتر از گروه دارای عارضه است که اگر چه این امر می‌تواند به دلیل به خاتمه رسیدن برخی از انواع خونریزی‌های زایمانی، نظیر سقط و حاملگی خارج از رحم، قبل از شروع مراقبت‌های دوران بارداری باشد، اما در مجموع، با توجه به دریافت ۱۰۰ درصدی انجام مراقبت در همه‌ی موارد بدون عارضه بر انجام و شروع به موقع این مراقبت‌ها تأکید می‌گردد.

علت عدم معنی‌داری بین دو متغیر مراقبت قبل از بارداری و عوارض بارداری نیز شیوع پایین این نوع مراقبت می‌باشد؛ چرا که این مراقبت، می‌تواند مادر را با سلامت کامل وارد بارداری نماید و بسیاری از بیماری‌های زمینه‌ای را در قبل از حاملگی درمان و یا کنترل نماید. در این زمینه، Pembe و همکاران نیز انجام مراقبت‌های قبل و حین بارداری را سبب بهبود نتایج حاملگی و زایمان گزارش نمودند و انجام این مراقبت را برای تمام زنان در سنین باروری لازم دانستند (۲۲).

دلیل انجام بیشتر مراقبت در گروه دارای عارضه توسط متخصص در این مطالعه نیز بر خطر بودن این افراد و ورود احتمالی ایشان از ابتدای بارداری به مطب‌های متخصصین و یا ارجاع بیشتر آن‌ها از مراکز جامع سلامت به این مطب‌ها می‌باشد.



دیگر یافته‌ی این پژوهش، نشان داد که بین بیماری‌های زمینه‌ای با خونریزی‌های دوران بارداری، رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$).

در تمامی کتب رفرنس، به ارتباط بین بیماری‌های زمینه‌ای و عوارض دوران بارداری اشاره شده است، اما در همین کتب، از به سرانجام رسیدن یک بارداری کامل با کنترل بیماری‌ها توسط انجام مراقبت قبل و حین بارداری مناسب نیز صحبت شده است. مطالعه‌ی

References

- Office of Mothers' Health, Bureau of Family, Population and School Health. A study on the history of 42 dead mothers in 2011 (Based on the forms of maternal death care system). Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2016. [In Persian].
- Bahreini S, Beigi M, Rahimi M, Valiani M. Analysis of maternal mortality in Isfahan, Iran: A case series study. *Ann Trop Med Public Health* 2017; 10(6): 1591-5.
- Nazemroaya B, Ghasemi-Tehrani H. Case report: Saving a pregnant woman from pulmonary embolism and massive hemorrhage due to placenta percreta with invasion to bladder. *J Isfahan Med Sch* 2016; 34(369): 35-40. [In Persian].
- World Health Organization. Maternal mortality [Online]. [cited 2018 Feb 16]; Available from: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>
- Hasegawa J, Sekizawa A, Tanaka H, Katsuragi S, Osato K, Murakoshi T, et al. Current status of pregnancy-related maternal mortality in Japan: A report from the Maternal Death Exploratory Committee in Japan. *BMJ Open* 2016; 6(3): e010304.
- Bloom SL, Corton MM, Spong CY, Dashe JS, Leveno KJ. *Williams Obstetrics*. 24th ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2014. p. 780.
- Waggoner MR. Motherhood preconceived: the emergence of the Preconception Health and Health Care Initiative. *J Health Polit Policy Law* 2013; 38(2): 345-71.
- Office of Mothers' Health, Bureau of Family, Population and School Health. IMES provincial monitoring of mothers' health program, 2005 [Unpublished report]. Isfahan, Iran: Deputy of Health, Isfahan University of Medical Sciences; 2005. [In Persian].
- Pasdar Y, Heidari N, Safari Y, Safari Faramani R, Izadi N, Jamshidpour M, et al. Prevalence of some risk factors in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(21): 14-23. [In Persian].
- Ashtarimahini M, Tol A, Majlessi F, Rahimi Froshani A, Pourreza A. Assessment of abortion and some effective factors among of women referred to Zanjan City hospitals. *J Health Syst Res* 2013; 9(7):741-8. [In Persian].
- Hasani M, Keramat A, Khosravi A, Oshrieh Z, Hasani Marjan. Prevalence of ectopic pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19 (23):15-23. [In Persian].
- Bienstock JL, Fox HE, Wallach EE. *The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2015. p. 139-40.
- Ananth CV, Lavery JA, Vintzileos AM, Skupski DW, Varner M, Saade G, et al. Severe placental abruption: clinical definition and associations with maternal complications. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214(2): 272.
- Ananth CV, Keyes KM, Hamilton A, Gissler M, Wu C, Liu S, et al. An international contrast of rates of placental abruption: An age-period-cohort analysis. *PLoS One* 2015; 10(5): e0125246.
- Kavarkoochi F, Haydarpour S, Amolae K, Mahdavi S, Rezaee M. et al. Assessment of the prevalence of placental abruption in pregnant women referred to Motazedi Hospital, Kermanshah, (2001-2002). *J Kermanshah Univ Med Sci* 2007; 11(3): 312-9. [In Persian].
- Kashani E, Tabandeh A, Karimi Zare E, Roshandel G. Risk factors and outcomes of placenta previa in pregnant women. *J Gorgan Univ Med Sci* 2011; 12(4): 46-50. [In Persian].
- Saleh Gargari S, Seify Z, Haghghi L, Khoshnood Shariati M, Mirzamoradi M. Risk factors and consequent outcomes of placenta previa: report from a referral center. *Acta Med Iran* 2016; 54(11): 713-7.
- Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: A systematic review and meta-analysis. *Trop Med Int Health* 2013; 18(6): 712-24.
- Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reproductive Health* 2016; 13(1): 38.
- Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gulmezoglu AM, Winikoff B. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG* 2014; 121(Suppl 1): 5-13.
- Lotfalizadeh M, Mansouri A, Mansouri A, Ghomian N. Evaluation of Causes and Therapeutic Methods of Controlling of Postpartum Hemorrhage in two Governmental Hospital of Mashhad, Iran. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(62): 1-5. [In Persian].
- Pembe AB, Carlstedt A, Urassa DP, Lindmark G, Nystrom L, Darj E. Quality of antenatal care in rural Tanzania: Counselling on pregnancy danger signs. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010; 10(1): 35.
- Chang HJ, Suh CS. Ectopic pregnancy after assisted reproductive technology: What are the risk factors? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010; 22(3): 202-7.

Evaluating the Prevalence of Different Types of Obstetric Hemorrhage and its Related Factors in the Second- and Third-Level Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, during the Third Quarter of Year 2016

Shahrzad Tavakolipoor¹, Nafiseh Sadat Nekuei², Marjan Beigi²

Original Article

Abstract

Background: Obstetrics hemorrhage is a common reason of mortality among all of countries and also the country of Iran. Therefore, assessment of its incidence could be one of the most important strategies for the policy makers to improve mothers' health. This study aimed to determine the prevalence of obstetric hemorrhage and its related factors in the second- and third-level hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, during the third quarter of year 2016.

Methods: This descriptive-analytic study was conducted on 2477 pregnant mothers. Data were collected by daily visiting of the labor, and gynecology and high-risk pregnant mothers' wards. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics via SPSS software.

Findings: The prevalence of obstetric hemorrhage was 7.8%, and significant relation was between performing and the number of prenatal care ($P < 0.01$), care provider ($P < 0.01$), and also underlying diseases ($P < 0.01$) with obstetric hemorrhages; however, no significant relation existed between preconception care and obstetric hemorrhages ($P > 0.05$). Logistic regression showed that prenatal care and underlying disease were more predictable for hemorrhage than other variables ($P < 0.01$).

Conclusion: The prevalence of obstetric hemorrhages was close to the reference textbooks in the referral hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, which indicated the possibility of managing this incidence in all of the hospitals of Isfahan Province. Since obstetric hemorrhages are mostly preventable, it has been emphasized to benefit from all of the opportunities, especially in promotion of prenatal care and controlling of underlying disease.

Keywords: Prevalence, Hemorrhage, Pregnancy, Prenatal care, Preconception care

Citation: Tavakolipoor S, Nekuei NS, Beigi M. **Evaluating the Prevalence of Different Types of Obstetric Hemorrhage and its Related Factors in the Second- and Third-Level Hospitals Affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, during the Third Quarter of Year 2016.** J Isfahan Med Sch 2018; 36(484): 673-9.

1- MSc Student, Department of Midwifery and Reproductive Health, Students Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Lecturer, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Marjan Beigi, Email: beigi@nm.mui.ac.ir