



بررسی عوامل مرتبط با سقط و مرده زایی در زنان باردار مراجعه کننده به

بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) شهر زاهدان

ملیحه غریبی¹، آزاده سارانی^{2*}، نرجس نوری³، فاطمه میرپارسا⁴

1. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
2. گروه مامایی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران
3. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، مرکز سلامت مادران باردار بیمارستان علی ابن ابیطالب، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
4. دانشجو مامایی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.
5. گروه مامایی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.
6. نویسنده مسئول: گروه مامایی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

azadesarani@yahoo.com

(تاریخ دریافت: 98/6/29 تاریخ پذیرش نهایی: 98/7/16)

زمینه و هدف: اغلب بارداری‌ها به زایمان نوزادی سالم منجر می‌شود. گاهی طی بارداری حوادثی رخ می‌دهد که باعث از بین رفتن محصولات حاملگی می‌شود. از بین رفتن جنین قبل از هفته 20 بارداری را سقط و پس از آن را مرده‌زایی می‌گویند. مطالعه حاضر باهدف بررسی عوامل مرتبط با سقط و مرده‌زایی در زنان باردار انجام شده‌است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی عوامل مرتبط با 200 مورد سقط و مرده‌زایی در فاصله سال‌های 1394 الی 1396 در بیمارستان امام علی شهر زاهدان را بررسی می‌کند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 16 ویرایش صورت پذیرفت. در توصیف مشخصات واحد پژوهش و داده‌ها از جداول توزیع فراوانی، نمودارها و شاخص‌های آماری میانگین و انحراف معیار استفاده شده است.

یافته‌ها: با بررسی 200 مورد که 55٪ آن‌ها سقط و 45٪ مرده‌زایی بودند، شایعترین علت مراجعه در زنان دچار سقط خونریزی واژینال و در زنان مرده‌زا، کاهش حرکت جنین بود. شایعترین مشکلات مادری در زنان دچار سقط سابقه جراحی قبلی و فشار خون بالا و در زنان دچار مرده‌زایی سابقه جراحی قبلی و اختلالات تیروئید بود. شایعترین مشکلات جنینی و جفتی در زنان دچار سقط، الیگوهیدرآمنیوس و جنین ناهنجار و در زنان دچار مرده‌زایی الیگوهیدرآمنیوس و هیدروپس جنینی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق انتظار می‌رود که مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشتی، افراد پرخطر از نظر سقط و مرده‌زایی را شناسایی نموده و زمینه آموزش لازم و مشاوره‌های فردی و طبی را در جهت کاهش وقوع سقط و مرده‌زایی فراهم سازند.

کلید واژه ها: سقط، مرده زایی، بارداری

مقدمه

سقط و خونریزی های اواخر بارداری را بدنبال دارد(14،13).

به طور معمول سقط جنین یا به علت مادری و یا به علت جنینی صورت می گیرد. به طور معمول از علل جنینی، اختلالات و ناهنجاری های کروموزومی، مهم ترین علت سقط به شمار می رود که در واقع علت اصلی سقط های 3 ماهه اول حاملگی را تشکیل می دهد(15). از طرفی از دست دادن بارداری به عنوان یک مشکل جدی پزشکی می تواند تاثیرات مخربی روی کیفیت زندگی افراد بگذارد. زنانی که تجربه سقط جنین را دارند پریشانی های روحی - روانی بعدی را نشان داده اند، در حالی که زنانی که دچار ختم بارداری شده اند، احساس گناه، شرم و اضطراب را تا 5 سال بعد از ختم بارداری نشان داده اند. تقریباً 80٪ موارد از دست رفتن حاملگی در سه ماهه اول بارداری اتفاق می افتد(2) مرگ جنین از لحاظ روان شناختی برای مادر و خانواده آسیب زا است. مادرانی که با تجربه مرده زایی یا حتی سقط جنین زودرس در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به افسردگی پس از زایمان هستند و باید به شدت تحت نظر قرار گیرند. این مسئله و سایر حوادث قابل توجه در زندگی خطر مرده زایی را در بارداری بعدی افزایش می دهند(16) از دست دادن حاملگی اثرات روانی قابل توجهی را بر روی والدین و برخی بستگان به همراه دارد. این اثرات شامل افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، سطوح بالای غم و اندوه، اجتناب از فعالیتهای اجتماعی، تلاش در جهت خودکشی، سوء استفاده از مواد مخدر و مشکلات زناشویی میباشد که این عوامل میتوانند در دوره های مختلف زمانی ادامه یابند. زنان با سابقه سقط ممکن است نگران باشند که آیا می توانند با موفقیت حاملگیهای بعدی را پشت سر بگذارند یا نه و این نگرانی و استرس ممکن است در طول بارداری های بعدی باقی بماند. سطوح بالای استرس، اضطراب و افسردگی مادر می تواند با خطر سقط خودبه خود، زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، نوزادان کوچک به نسبت سن حاملگی، ناهنجاریهای نوزاد، بیش فعالی، ناتوانی در یادگیری، عوارض نامطلوب عصبی -تکاملی طولانی مدت، اسکیزوفرنی و اختلالات عاطفی کودک در آینده همراه باشد. علت این عوارض و راههای جلوگیری از آنها

سقط جنین ناخواسته و مرده زایی، دو اصطلاح کلی مرگ و میر جنین است و به از دست دادن جنین، که در زمانهای متفاوتی از دوران بارداری اتفاق میافتد، اشاره میکنند(1). سازمان بهداشت جهانی سقط را به صورت ختم بارداری پیش از هفته 20 بارداری یا تولد جنینی با وزن کمتر از 500 گرم تعریف می کنند. مرگ داخل رحمی جنین به ختم بارداری پس از هفته 20 بارداری یا تولد جنینی با وزن بیشتر از 500 گرم اطلاق میگردد. در یک بررسی انجام شده در تهران از بین 2470 زن سنین باروری 45/7٪ آنان حداقل یک سقط را در طول عمر خود تجربه کرده بودند مطالعه ای در ارومیه نشان داد فراوانی مرده زایی در جمعیت مورد مطالعه 33/4 در هزار تولد بوده است. شایعترین علت از دست دادن بارداری، سقط میباشد(2). آمارهای جهانی شیوع سقط را 12 درصد نشان داده است(3) بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، میزان مرده زایی (Stillbirth) در دنیادر سال 2009، بیش از 2/6 میلیون مورد بوده است(4). هر روز 55000 مورد و هر سال تقریباً 20 میلیون سقط جنین غیربهداشتی و غیر ایمن در جهان اتفاق می افتد که 95٪ از آن مربوط به کشورهای در حال توسعه است(5). علل سقط و مرگ جنین مکرر متفاوت بوده و عوامل متعدد از قبیل اختلالات هورمونی، اختلالات ژنتیکی، اختلالات آناتومیکی رحم، افزایش فشار خون سیستمیک، دیابت، هیپر تیروئیدی و عفونت ها از علل شناخته شده آن می باشند(6). در کشورهای در حال توسعه، لیبر طول کشیده و عدم پیشرفت زایمان، پره اکلامپسی و عفونت مهمترین علل مرگ داخل رحمی جنین می باشند، در حالی که در کشورهای توسعه یافته، آنومالی های کاربوتاییبی و مادرزادی، اختلالات رشد و بیماری های طبی مادران، بیشترین علت مرگ جنینی را تشکیل می دهند(7). در مطالعات زیادی نشان داده شده است که ازدواج خویشاوندی، باعث نازایی، مرده زایی، سقط ناخواسته، مرگ و میر نوزادان و کودکان (9،10،8) و ناهنجاری های مادرزادی(11) و کاهش باروری(12) می شود. فاصله کوتاه بین بارداری ها نتایج زیان آوری نظیر وزن کم زمان تولد و زایمان پیش از موعد و مرده زایی،



قسمت بایگانی بیمارستان امام علی مراجعه نموده و اطلاعات حدود 200 پرونده سقط و مرده زایی در بین سال های 1394 تا 1396 استخراج و در چک لیست مربوطه وارد شد. چک لیست مربوطه حاوی اطلاعات مادری، عوامل مرتبط با سقط و مرده زایی بر حسب علل مادری (گروه خونی مادر، بیماری سیستمیک مادر، دیابت، فشار خون، سابقه نازایی، سابقه سقط، سابقه مرده زایی، تروما، مصرف دارو، لیبر سخت). اطلاعات جنینی و جفتی، عوامل مرتبط با سقط و مرده زایی بر حسب علل جنینی و جفتی (مشکلات و آنومالی جنینی، دکولمان، مکونیوم، رگ سر راهی، ناهنجاری جفتی، مشکلات بندناف، محدودیت رشد داخل رحمی، بزرگتر نسبت به سن حاملگی، الیگو و پلی هیدرآمنیوس، هیدروپس فتالیس) و توزیع فراوانی سقط و مرده زایی بر حسب علل مراجعه مادر به بیمارستان (درد زایمان، خونریزی واژینال، پارگی کیسه آب، کاهش حرکت و) بود. روایی صوری و محتوای چک لیست توسط پنج عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان نیز تایید شد.

تحلیل آماری: پس از اتمام نمونه گیری و جمع آوری اطلاعات و کد گذاری، داده ها وارد رایانه شده و پس از کسب اطمینان از صحت ورود اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار آماری SPSS انجام شد. در توصیف مشخصات واحد پژوهش و داده ها از جداول توزیع فراوانی، نمودارها و شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار استفاده شده است.

بودند. 22/0٪ (44 نفر) دارای گروه خونی A، 31/5٪ (63 نفر)

دارای گروه خونی B، 6/5٪ (13 نفر) دارای گروه خونی AB، 40/0٪ (80 نفر) دارای گروه خونی O بودند اکثر واحدهای پژوهش دارای گروه خونی RH مثبت 89/0٪ (178 نفر) و مابقی RH منفی داشتند. 78/0٪ (156 نفر)

نامشخص است ولی فاکتورهای احتمالی اختلال در رشد جنین عبارتند از: استعداد ژنتیکی، اثرات استرس و بیماری روانی مادر، مشکلات دموگرافیکی - اجتماعی، سوء تغذیه و دیگر فاکتورهای احتمالی سبک زندگی، حضور ضعیف در مراقبت پیش از تولد و اثرات تجویز داروها باشد (2) مکانیسم های ایجاد کننده سقط همواره مشخص نیست ولی می توان به علل مادری، جنینی و محیطی تقسیم بندی کرد (17) با توجه به اینکه مطالعه ای در خصوص عوامل مرتبط با سقط و مرده زایی و عوامل مرتبط در چند سال اخیر در شهر زاهدان انجام نگردیده است مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان عوامل مرتبط با سقط و مرده زایی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر زاهدان انجام شده است.

مواد و روش ها

انتخاب نمونه: این مطالعه توصیفی- تحلیلی با استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده ها انجام شد بصورت تصادفی ساده اطلاعات حدود 200 پرونده سقط و مرده زایی در بین سال های 1394 تا 1396 استخراج و در چک لیست مربوطه وارد شد.

تکنیک اجرای طرح: در این مطالعه پژوهشگر پس از تصویب طرح در دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان دریافت و به مسئول مربوطه در بیمارستان علی ابن ابیطالب ارائه شد. نمونه گیری به روش تصادفی ساده انجام شد فرایند جمع آوری داده ها بدین صورت بود که ابتدا پژوهشگر به

یافته ها

میانگین سن زنان باردار شرکت کننده در مطالعه $7/2 \pm 29/3$ سال، میانگین تعداد بارداری $2/3 \pm 3/7$ بودند از لحاظ سطح تحصیلات مادران باردار 25/5٪ (51 نفر) بیسواد، 55/0٪ (110 نفر) سیکل، 15/0٪ (30 نفر) دیپلم و 4/5٪ (9 نفر) دانشگاهی بودند و از نظر وضعیت اشتغال 90/5٪ (181 نفر) خانه دار و بقیه مادران شاغل



زنان دچار سقط و مرده زایی به بیمارستان در جدول 1 ذکر شده است.

سابقه دریافت مراقبت های دوران بارداری داشتند و فقط 4/5 (9 نفر) در کلاس های آموزشی دوران بارداری شرکت کردند. از مجموع 200 مورد نمونه پژوهش 110 مورد (55/0٪) سقط و 90 مورد (45/0٪) مرده زایی بود شایعترین علت مراجعه در زنان دچار سقط خونریزی واژینال 71/8٪ (79 نفر) و در زنان مرده زا کاهش حرکت جنین 32/2٪ (29 نفر) بود توزیع فراوانی علل مراجعه

جدول 1) توزیع فراوانی علل مراجعه زنان دچار سقط و مرده زایی مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر زاهدان

بین سال های 1394 تا 1396

مرده زایی	سقط	علل مراجعه
فراوانی (%)	فراوانی (%)	
23 (25/6)	16 (14/5)	درد
24 (26/6)	79 (71/8)	خونریزی واژینال
14 (15/6)	15 (13/6)	پارگی کیسه آب
29 (32/2)	0	کاهش حرکت
90 (100/0)	110 (100/0)	کل

در زنان مرده زا 6 مورد (6/7٪) و در زنان دچار سقط 7 مورد (6/4٪) سابقه بستری در بیمارستان در حاملگی فعلی داشتند. توزیع فراوانی مشکلات مادری در زنان دچار سقط و مرده زایی مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر زاهدان در جدول 2 ذکر گردیده است.



جدول 2) توزیع فراوانی مشکلات مادری در زنان دچار سقط و مرده زایی مراجعه کننده به بیمارستان علی ابن ابیطالب شهر زاهدان بین سال های 1394 تا 1396

مشکلات مادری	سقط	مرده زایی
	فراوانی (%)	فراوانی (%)
بیماری قلبی	2 (2/2)	3 (2/7)
دیابت	6 (6/7)	4 (3/6)
فشارخون	13 (14/4)	4 (3/6)
کلیوی	1 (1/1)	8 (7/3)
کبدی	2 (2/2)	3 (2/7)
اختلالات روانی	2 (2/2)	1 (0/9)
نازایی و استفاده از روش کمک باروری	3 (3/3)	3 (2/7)
اختلالات تیروئید	3 (3/3)	11 (10/0)
اختلال انعقادی	3 (3/3)	0 (0/0)
سابقه جراحی	16 (17/8)	27 (24/5)
تروما	1 (1/1)	0 (0/0)
آسم	1 (1/1)	1 (0/9)
هیپاتیت	0 (0/0)	2 (1/8)
تالاسمی مینور	0 (0/0)	8 (7/3)

مورد (1/1)٪ زایمان زودرس قبلی، 2 مورد (2/2)٪ سابقه تولد کودک ماکروزوم در حاملگی قبلی داشتند. در زنان

در زنان مرده زا 2 مورد (2/2)٪ سابقه زایمان سخت، 2 مورد (2/2)٪ سابقه دریافت خون در زایمان های قبلی، 1



هیدرآمنیوس، 8 مورد (8/9٪) هیدروپس فتالیس وجود داشت. در زنان دچار سقط 10 مورد (9/1٪) جنین ناهنجار، 1 مورد (0/9٪) دکولمان جفت، 1 مورد (0/9٪) جفت سرراهی، 1 مورد (0/9٪) ناهنجاری جفت، 5 مورد (4/5٪) محدودیت رشد، 13 مورد (11/8٪) الیگوهیدرآمنیوس، 5 مورد (4/5٪) هیدروپس فتالیس داشتند.

دچار سقط 1 مورد (0/9٪) سابقه خونریزی در حاملگی قبلی، 2 مورد (1/8٪) سابقه زایمان سخت، 2 مورد (1/8٪) سابقه دریافت خون، 1 مورد (0/9٪) زایمان زودرس، 1 مورد (0/9٪) جنین ناهنجار در حاملگی قبلی، 3 مورد (2/7٪) جنین ماکروزوم در حاملگی قبلی داشتند. در زنان مرده زا 4 مورد (4/4٪) نوزاد ناهنجار، 2 مورد (2/2٪) دکولمان جفت، 7 مورد (7/8٪) مکونیا، 2 مورد (2/2٪) پرویا، 1 مورد (1/1٪) محدودیت رشد، 19 مورد (21/1٪) الیگوهیدرآمنیوس، 2 مورد (2/2٪) پلی

بحث و نتیجه گیری

نشان داد که 29/3 درصد مرگ داخل رحمی جنین به دلیل فشار خون بالای مادر طی بارداری می باشد (22) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. هایپر تانسیون ایجاد شده در حاملگی می تواند سبب دکولمان جفت در نتیجه مرگ جنین شود (23،24)

یافته های این مطالعه نشان داد که از مجموع 200 مورد نمونه پژوهش 110 مورد (55/0٪) سقط و 90 مورد (45/0٪) مرده زایی بود، در مطالعه ی علوی نیا و پرهام مشاهده شد از 1500 خانم حامله، 155 مورد (10/3٪) سقط، 36 مورد (21/4٪) مرده زایی و 1309 مورد (87/3٪) نوزاد زنده داشتند (18). سقط جنین و مرده زایی تأثیر مهمی در حرکات جمعیت و سلامت مادر دارد و هر نوع برنامه ریزی در مورد آن مستلزم شناخت عوامل اثرگذار بر آن است (19) از نقاط قوت مطالعه حاضر بررسی عوامل مرتبط با سقط و مرده زایی می باشد.

براساس تحقیق حاضر میزان تحصیلات مادران باردار دچار سقط و مرده زایی 25/5٪ (51 نفر) بیسواد، 55٪ (110 نفر) سیکل، 15/0٪ (30 نفر) دیپلم و 4/5٪ (9 نفر) دانشگاهی بودند، تحصیلات نیز در مطالعه آصف و همکاران، به عنوان عامل خطر در تلفات باروری، نیز معنادار نشد (12) اگر چه در مطالعات دیگری به عنوان عامل خطر در نظر گرفته شده است (25،26)

در بررسی حاضر نشان داده شد که بیشترین علت مراجعه مادرانی که دچار مرگ داخل رحمی شده اند کاهش حرکت جنین بوده است که مشابه مطالعه اکاردی¹ و همکاران می باشد (20) و همچنین در تحقیق ما در زنان دچار سقط، شایع ترین علت مراجعه خونریزی واژینال بوده است.

در بررسی پاشا³ و همکاران، میانگین سن مادران مرده زا 24/5 سال بود (27) در مطالعه فخرالملوک یاسایی و همکاران سن مادران $28/4 \pm 6/4$ بود (28) در مطالعه ما نیز میانگین سن مادر $29/3 \pm 7/2$ سال بود، در بررسی که در سال 2016 توسط افلان⁴ در غنا صورت گرفت، متوسط سن مادران دچار مرگ داخل رحمی 30 سالگی گزارش گردید. (29) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. مطالعه اویگور و همکاران در ترکیه نیز نشان داد که سقط با عوامل اجتماعی-اقتصادی، سن مادر و سطح تحصیلات ارتباط دارد (30)

در مطالعه حاضر 13 مورد (14/4٪) سقط و 4 مورد (6/3٪) مرده زایی به دلیل فشارخون بوده است. در مطالعه ای در دانشگاه هاست آنکارا در سال 1998 انجام شد هایپر تانسیون مادر در 32/5 درصد موارد سبب مرگ داخل رحمی جنین بود (21) مطالعه شهان² و همکاران

³ Pasha
⁴ Afulani

¹ Efkarpidis
² Shaahan



در نتیجه ی هایپر گلاسمی، که منجر به اختلال در خورسائی و تغذیه ی جنین و نیز کاهش کیفیت جفت برای حفظ جنین می گردد، میتواند از مکانیسم های مهم در بروز سقط طی دیابت بارداری باشد (39،40). شانس ابتلا به سقط خود به خودی در زنان باردار مبتلا به دیابت بارداری سه برابر زنان باردار بدون دیابت بارداری می باشد (41).

در مطالعه نانکلی⁹ و همکاران (2011-2014) در کرمانشاه در بین تمام بیمارانی که به علت فاکتورهای مادری دچار مرده زایی شده بودند، دیابت و هیپرتانسیون شایع تر بود و در بین علل جنینی ناهنجاری مادرزادی (34/8٪) و آسفیکسی (23/08٪) بیش ترین فراوانی را داشتند و در بین فاکتورهای جفتی، جفت سرراهی (41/17٪) و سپس کندگی جفت (45/58٪) در کل بالاترین فراوانی را داشتند. و در بین فاکتورهای بند ناف، گره بندناف (76/19٪) و پرولاپس بندناف (23/18٪) به ترتیب بیش ترین فراوانی را در بین فاکتورهای بند ناف داشتند. در هر سه رده سن بارداری مورد مطالعه، به ترتیب اولیگوئیدروآمیونیوس (66/67٪) و کوریوآمیوتیک (20/40٪) بیش ترین فراوانی را بین فاکتورهای مایع آمنیوتیک مرتبط با مرده زایی داشتند. (37) در سال 2/6 میلیون مرده زایی در سراسر جهان رخ می دهد که 98 درصد آن در کشورهای در حال توسعه است (37)

از عوامل خطرزای مرده زایی می توان به سن مادر، تعداد حاملگی، سابقه سقط، ناهنجاریهای رحمی، مصرف سیگار، مصرف مواد تراتوژن و داروها، عفونتهای دوران بارداری، بیماریهای جفت مثل دکولمان، جفت سرراهی، اختلالات مایع آمنیوتیک، تماس با اشعه، بیماریهای زمینه ای مادر، عوامل جنینی مانند ناهنجاریهای ساختمانی جنین، ناهنجاریهای ژنتیکی جنینی، ناسازگاریهای خونی اشاره کرد (23،24) در مطالعه حاضر سقط و مرده زایی در جنین ناهنجر، محدودیت رشد داخل رحمی، دکولمان جفت و مشکلات مایع آمنیوتیک بیشتر بود.

در مطالعه کوهرت آنانس⁵ و همکاران (2001) مورتالیتهی پری ناتال 119 در 100 هزار تولد در بارداری های همراه با دکولمان گزارش شد (31) در این مطالعه زنان مرده زا 2 مورد (2/2٪) و در زنان دچار سقط 1 مورد (0/9٪) دکولمان جفت داشتند.

در مطالعه حاضر نیز در بین علل مادری، در زنان دچار سقط سابقه جراحی و سپس هایپرنتشن و در زنان مرده زا سابقه جراحی و سپس تیروئید در بارداری در رتبه اول و دوم قرار داشتند. و همچنین در مطالعه حاضر 3 مورد (3/3٪) سقط و 11 مورد (10/0٪) مرده زایی به علت هایپوتیروئید بوده است. از مادران دچار سقط 1 مورد (1/1٪) از بین علل مادری سابقه تروما داشتند. 6 مورد (6/7) از مادران دچار سقط و 4 مورد (3/6) از زنان دچار مرده زایی سابقه دیابت داشتند.

در مطالعه ساسن⁶ و همکاران، سابقه سقط خودبه خودی در زنان باردار، با و بدون دیابت بارداری به ترتیب 24 درصد و 4 درصد بود (33). روزن⁷ و همکاران نیز هموگلوبین گلیکوزیده بیش تر از 12 درصد در ابتدای بارداری و قند خون 120 mg/dl در میانه ی سه ماهه ی اول بارداری را به عنوان آستانه ی افزایش خطر سقط خود بخودی زنان مبتلا به دیابت نوع یک محاسبه نمودند (32). در مطالعه گوردون⁸ و همکاران (2013) سابقه قبلی دیابت و فشار خون به طور معنی داری با مرده زایی ارتباط داشتند (34). لذا مادران باید مشاوره قبل از بارداری نیز داشته باشند در غیر این صورت اگر با قند خون کنترل نشده باردار شوند شانس مرده زایی بالا می رود.

در مطالعه ی قریب زاده و همکاران (2004) در کویت 69٪ از موارد مرگ داخل رحمی جنین به دلیل چاقی زیاد، عدم فعالیت، بی سواد، دیابت غیر وابسته به انسولین مادر گزارش شد (35،36) با افزایش سن بارداری و تشکیل جفت، اختلال در خورسائی، تکثیر و تکامل جفت، افزایش استرس اکسیداتیو و بروز التهاب در جفت

⁵ Ananth⁶ Saxena⁷ Rosenn⁸ Gordon⁹ Nankilly

در کشورهای با درآمد بالا علل جفتی شایع ترین دلیل مرگ داخل رحمی است (42). دکولمان، در شرایط خونریزی شدید منتهی به مرگ جنین و موربیدیتی مادر می شود (43). مطالعات نشان داده اند که بسیاری از موارد مرده زایی محدودیت رشد داخل رحمی داشته اند (44) که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد به طور معمول سقط جنین یا به علت مادری و یا به علت جنینی صورت می گیرد. به طور معمول از علل جنینی اختلالات و ناهنجاری های کروموزومی، مهم ترین علت سقط به شمار می رود که در واقع سقط های مطالعه نائیچی و همکاران (2011) شایع ترین علت جنینی سقط قانونی، اختلالات مغزی و جمجمه جنین (5/21٪) گزارش شده که بیشترین این اختلالات مربوط به آنانسفالی (8/17٪) و بعد از آن هیدروسفالی (2/10٪) بوده است (46،47).

در مطالعه حاضر یک مورد سقط بدنبال تروما اتفاق افتاده بود که با نتایج مطالعه ملامد¹⁰ ارتباط داشت، وارد شدن ضربه های متوسط تا شدید به مادر، خطر مرگ داخل رحمی جنین را افزایش می دهد (45).

تشکر و قدردانی

مقاله بر گرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان می باشد بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان به دلیل همکاری های لازم، تأمین هزینه های پژوهش و همچنین پرسنل بیمارستان علی ابن ابیطالب و دانشگاه علوم پزشکی، واحدهای پژوهش به جهت همکاری بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

بدینوسیله نویسنده تصریح مینماید که هیچگونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

¹⁰ Melamed



References

1. Da Silva FT, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhang S. et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine* 2016; 34:6057
2. Sarparest Razmji P, The relationship between the history of missed pregnancy and the quality of life and mental health of pregnant women referring to Ahwaz health centers in 1394, thesis Master of Midwifery, Jundishapur University of Ahvaz 1394
3. Cunningham G, Kenneth J, Steven L, John C, Larry C. Williams Obstetrics. McGraw-Hill Professional 22 nd ed. 2005. 285-289.
4. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9774):1319-30.
5. Kazempour S. Prevalence of Induced abortion and associated complications in women attending hospitals in Marand. Master's thesis, School of Nursing -Midwifery, Tabriz. 2008. (Full text in Persian)
6. Heliodelima F, Femands C. Prevalence of Anticardiolipin AB in Habitual Abortes *Gynecol Obstet Invest* 1993;36:222-225.
7. McClure E, Nalubamba-Phiri M, Goldenberg R. Stillbirth in developing countries. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94(2):82-90.
8. AH. Consanguinity, genetic drift, and genetic diseases in populations with reduced numbers of founders. In: Vogel F, Motulsky AG. (Eds). *Vogel and Motulsky's Human Genetics*. 3th Edition, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, 2010
9. Mokhtari R, Bagga A. Consanguinity, genetic disorders and malformations in the Iranian population *Acta Biologica Szegediensis* 2003; 47:47-50
10. Nath A, Patil C, Naik VA. Prevalence of consanguineous marriages in a rural community and its effect on pregnancy outcome. *Indian Journal of Community Medicine* 2004; 29:3
11. Güz K, Dedeoğlu N, Lüleci G. The frequency and medical effects of consanguineous marriages in Antalya, Turkey. *Heredita* 1989; 111:79-84
12. Assaf S, Khawaja M, DeJong J, Mahfoud Z, Yunis K. Consanguinity and reproductive wastage in the Palestinian Territories. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2009; 23:107-15
13. Agudelo AC, Belizan JM. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval : cross sectional study. *BMJ*. 2000 (321);1255-1259.
14. Fuentes-Afflick E, Hessol NA. Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Gynecol Obstet* 2000;95(3):383-390.
15. Motaghi Z, Poorolajal J, Keramat A, Shariati M, Yunesian M, Masoumi SZ. Induced abortion Rate In Iran: a meta-analysis. *Arch Iran Med* 2013;16(10):594-8.
16. Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe Hoffman. Casey, Sheffield Williams volume 2 obstetrics 24 th edition.



17. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. William's obstetrics. 22ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 232-41
18. Alavi nia A, Parham M. Study of the prevalence of abortion and stillbirth in pregnant women Referring to Bahman ,mother and Afshar Yazd nursing homes. Ph.D. in Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences and Health Services, Yazd (1997-1999)
19. Hussain R. Community perceptions of reasons for preference for consanguineous marriages in Pakistan Biosocial Science 1999; 31:449-61
20. Efkarpidis S, Alexopoulos E, Kean L, Liu D, Fay T. Case-control study of factors associated with intrauterine fetal deaths. MedGenMed 2004;6(2):53.
21. Onodoroglu L , Tunce IS . The clinical predictors of intrauterine fetal death . Turk J pediatri 1998; 40(4):543-7
22. Shaaban LA, Al-Saleh RA, Alwafi BM, Al-Raddadi RM. Associated risk factors with antepartum intra uterine fetal death. Saudi Med J. 2006;27(1):76-9.
23. Cuningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, et al. Williams Obstetrics, 21 ST ed. New York, MC Graw Hill, 2001; P:1075,1345,1369.
24. Sims MA, Collin's KA. Fetal death, a 10 years retrospective study . Am J Forensic Med Pathol 2001; 22(3):261-5
25. Frøen JF, Arnestad M, Frey K, Vege Å, Saugstad OD, Stray-Pedersen B. Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. Obstetrics & Gynecology 2001; 184:694-702
26. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. Obstetrics & Gynecology 2005; 193:1923-35 .
27. Pasha H, Faramarzi M, Bakhtiari A, Hajian K. Stillbirth and some related factors, Babol, 1998. J Babol Univ Med Sci. 2000;2(5):17-21. [In Persian]
28. Yasaei F, Shiva F. The study of the causes of immortality based on clinical findings in mothers Referring to Ayatollah Taleghani hospital during the years 1991-2001, Scientific Journal of Forensic Medicine, 11(37); spring 2005 .
29. Afulani PA. Determinants of stillbirths in Ghana: does quality of antenatal care matter? BMC pregnancy childbirth. 2016;16(1):132.
30. Uygur D, Erkaya S. Reasons why women have induced abortions in a developing country. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. 2001 Nov, 96: 211-4.
31. Ananth CV , Wilcox AJ. placental abruption and perinatal mortality in the United states. Am J Epidemiol 2001;153(4):332-7.
32. Rosenn B, Miodovnik M, Combs CA, Khoury J, Siddiqi TA. Glycemic thresholds for spontaneous abortion and congenital malformations in insulin-dependent diabetes mellitus. Obstet Gynecol. 1994;84(4):515-520.
33. Saxena P, Tyagi S, Prakash A, Nigam A, Trivedi SS. Pregnancy outcome of women with gestational diabetes in a tertiary level hospital of north India. Indian J Community Med. 2011;36(2):120-123.



34. Gordon A, Raynes-Greenow C, McGeechan K, Morris J, Jeffery H. Risk factors for antepartum stillbirth and the influence of maternal age in New South Wales Australia: a population based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:12.
35. Gharibzadeh S, Javaheri H, Asgari Z, Parviz M. Evaluating of the risk factors of macrosomia in labors performed in Baharloo Hospital during two years (2001-2002). *Ann Milit Health Sci Res* 2005; 3(12):709-13. (Persian).
36. Kiwamn T, Tusunehisa M, Toshitoka A. Correlation Between Trimester of fetal wastage and Anti Cardiolipin Antibody Titer. *Int J Fertility* 1991;33(62):89-93
37. Nankilly Anis al-Dawlah, et al. Investigation of Death Related factors in pregnant women Hospital in the Department of obstetrics and Gynecology Imam Reza(AS) of Kermanshah in 2011-2014. *2017;20(1):1-9* .
38. Karimollahi M, Tazakori Z, Ehdaivand F, Amani F. Abortion related factors in Ardabil women, 2003: case-control study. *The Second International Congress on Women's Health*. Bangkok, Thailand. IWAC Jan 2010, 20-23.
39. Abolfazl M, Hamidreza TS, Narges M, Maryam Y. Gestational diabetes and its association with unpleasant outcomes of pregnancy. *Pakistan J Med Sci*. 2008;24(4):566-570.
40. Hunger-Dathe W, Mosebach N, Sämann A, Wolf G, Müller UA. Prevalence of impaired glucose tolerance 6 years after gestational diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 2006;114(1):11-17
41. Moosazadeh M, Banakar M, Behbahani D, Akbari M, Dabbaghmanesh MH, Mohamadkhani M, Tabrizi R. Determining the relationship between gestational diabetes and spontaneous abortion a structured and meta analysis study . *Journal of mazandaran university medical sciences*. 2017;27(155):187-195
42. Flenady V, Middleton P, Smith GC, Duke W, Erwich JJ, Khong TY, et al. Stillbirths: the way forward in high-income countries. *Lancet* 2011; 377(9778):1703-17.
43. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH. Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA* 1999; 282(17):1646-51.
44. Gardosi J, Kady SM, McGeown P, Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. *BMJ* 2005; 331(7525):1113-7.
45. Melamed N, Yogev Y, Glezerman M. Fetal gender and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010; 23(4):338-44
46. Rostamnejad M, Asadzade F, Mostafazadezade F, Koromi M. Evaluation of Abortion cases Referred to the Forensic Medicine Center of Ardebil. *Sch Nurs Ardabil* 2011;11:38-42.(Persian).
47. Naaiji Hamed,. Abortion requests in forensic medicine in the province of Tehran. *Journal of Forensic Medicine*, Spring 2011, Volume 17, p 41-47.



Evaluation the associated factors with abortion and stillbirth in pregnant women referring to Ali-ebne Abitaleb Hospital in Zahedan, Iran

Malihe Gharibi¹ ,Azade Sarani^{2*} , Narjes Noori³ ,Fatemeh Mirparsa⁴

¹ Department of nursing, faculty of Medicine, zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan , Iran.

²Department of Midwifery, faculty of Medicine, zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan , Iran.

³ Department obstetric and gynecology, faculty of Medicine , pregnancy health research center Imam Ali hospital, zahedan University of Medical Sciences,zahedan, Iran

⁴ Department of Midwifery, faculty of Medicine, zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan , Iran

Corresponding Author: Department of nursing, faculty of Medicine, zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan , Iran.

(0000-0003-4628-956X) * Corresponding author, +98 9376595977 saraniazade@gmail.com

Received: september 20, 2019 Accepted: october 8, 2019)

Abstract

Background and Aim: Most pregnancies lead to healthy childbirth. Sometimes during pregnancy, some accident occurred that can lead to the loss of pregnancy. The loss of the fetus before the 20th week of pregnancy is abortion and then called still birth. The aim of this study was to investigate the associated factors with abortion and stillbirth in pregnant women

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was performed on 200 cases of abortion and stillbirths in Ali-ebne Abitaleb Hospital during 2015-2017. After data collection, data analysis was performed using SPSS software 16 version. In describing the characteristics of data, frequency distribution tables, graphs and statistical indicators of mean and standard deviation are used.

Findings: Out of 200 cases, 55% were abortions and 45% were stillbirths. The most common causes for refer in women with abortion was vaginal bleeding and in females with still birth was decreased fetal movement.

The most common maternal problems in women with abortion were previous history of surgical and hypertension and in women with stillbirth, previous history of surgery and thyroid disorders.

The most common fetal and placental problems in females with abortion were oligohydramnios and fetus abnormality and in women with still birth was oligohydramnios and hydrops fetalis.

Conclusion: According to the results of the study, it is expected that health authorities identify high risk persons for abortion and stillbirths, and provide necessary education and counseling in order to reduce the incidence of abortion and stillbirth.

Key words: abortion, still birth, pregnancy