

## وضعیت مراقبت‌های دوران بارداری در مبتلایان به پره‌اکلامپسی -

### اکلامپسی مرکز آموزشی درمانی علوی سال ۸۰-۱۳۷۹

نویسنده: دکتر فریبا کهنمونی اقدم\* (۱)

#### چکیده

سابقه و هدف: پره‌اکلامپسی و اکلامپسی عامل ۲۵٪ مرگ و میر پری ناتال و در عین حال شایعترین علت مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. حتی در کشورهای پیشرفته مرگ و میر ناشی از پره‌اکلامپسی و اکلامپسی هنوز اتفاق می‌افتد. گزارش مرگ و میر مادری از انگلستان نشان می‌دهد که مراقبت‌های زیر سطح استاندارد حتی می‌تواند عامل ۸۰٪ این مرگ و میرها باشد.

اثرات مفید مراقبت‌های دوران بارداری از سالها قبل توسط چندین مطالعه توصیفی مشخص شده است. معهدا روشهایی که بتوانند با زمانبندی صحیح و تاثیر بر محتوای این مراقبت‌ها نقش مهم در نتیجه و پیش‌آگهی پره‌اکلامپسی و اکلامپسی ایفا کند هنوز مشخص نشده است. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت این مراقبت‌ها در شهرستان اردبیل در جهت بهینه‌سازی روشهای مذکور می‌باشد.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه توصیفی است که از طریق بررسی بیمارستانی و بهداشتی ۲۵۵ بیمار مبتلا به پره‌اکلامپسی - اکلامپسی بستری در مرکز آموزشی درمانی علوی طی سالهای ۸۰-۱۳۷۹ انجام گرفت.

یافته‌ها: حداکثر شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی متعلق به افرادی بود که مراقبت‌های کامل دوران بارداری را داشته‌اند (۶۳٪) شیوع پره‌اکلامپسی خفیف و شدید در این افراد یکسان بود. در حالی که در افراد دارای مراقبت ناقص شیوع پره‌اکلامپسی شدید دو برابر پره‌اکلامپسی خفیف بود. ۹۰٪ موارد اکلامپسی مربوط به گروه فاقد کنترل و ۱۰٪ موارد مربوط به گروه دارای کنترل ناقص بود.

سایر یافته‌های این تحقیق عبارت بود از: شیوع پره‌اکلامپسی در مرکز مورد بررسی ۱۲٪ برآورد شد که به ترتیب ۴۹/۸٪ آن پره‌اکلامپسی شدید، ۴۲/۳٪ پره‌اکلامپسی خفیف و ۷/۹٪ اکلامپسی بود. ۵۹٪ موارد مربوط به مناطق روستایی، ۴۱٪ مربوط به مناطق شهری بود. ۶۲٪ موارد مناطق روستایی و ۴۵٪ موارد مناطق شهری از نوع شدید بود.

بیشترین فراوانی پره‌اکلامپسی - اکلامپسی مربوط به خانمهای با میانگین سنی ۲۵ سال، اول‌زا و شکم دوم، میانگین وزنی ۷۵kg، خانه دار، و سطح سواد در حد ابتدائی بوده است. در ۶۷/۲٪ بیماران سابقه فشار خون مزمن وجود داشت.

نتیجه‌گیری: در مرکز آموزشی درمانی علوی شهرستان اردبیل شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی نسبت به مطالعات جهانی بالا بوده، اکثریت (۷۱٪) زنان جهت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه می‌کنند اما درصد کمی از آنان از مراقبت‌های کافی برخوردارند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های دوران بارداری، پره‌اکلامپسی، اکلامپسی

## مقدمه

بارداری ممکن است موجب افزایش فشار خون در زنان با فشار خون طبیعی شده یا آنرا در زنان با سابقه قبلی فشار خون بالا تشدید کند. فشار خون بالا در حاملگی اگر همراه با ادم و یا پروتئینوری باشد پره‌اکلامپسی نامیده می‌شود و در صورت وقوع تشنج اکلامپسی گفته می‌شود.

اختلالات مربوط به فشار خون در طی حاملگی عامل مقادیر قابل توجهی از مرگ و میر مادری و پری‌ناتال می‌باشد. Kammitz و همکاران علل مرگ و میر مادر در آمریکا را مورد بررسی قرار داده و متوجه شدند که در بین سالهای ۷۸-۱۹۷۴، ۴۲۱ (۲۰ درصد) مورد از ۲۰۶۷ مرگ و میر مادری مربوط به بیماریهای ناشی از ازدیاد فشار خون بوده است.

اختلالات مربوط به افزایش فشار خون در حدود ۷ درصد تمام حاملگی‌ها اتفاق می‌افتد از این میان PIH شامل پره‌اکلامپسی و اکلامپسی ۷۰ درصد و فشار خون مزمن ۳۰ درصد موارد را شامل می‌شود [۳].

اگر چه امروزه هیچ روش شناخته شده‌ای برای پیشگیری از پره‌اکلامپسی - اکلامپسی وجود ندارد، مراقبت‌های صحیح، مرتب و به موقع در رسیدن به این هدف اهمیت بسزایی دارند [۳]. هر چند که در مورد تعداد ویزیت‌های دوران بارداری در کشورهای مختلف اتفاق نظر وجود ندارد (۳-۴ ویزیت در سوئیس، ۱۴ ویزیت در فنلاند، نروژ و آمریکا)، طبق مصوبه کالج متخصصین زنان - مامایی آمریکا حداقل تعداد ویزیت دوران حاملگی در خانمهای کم خطر ۱۴ ویزیت می‌باشد [۳]. نه تنها کمیت این مراقبت‌ها مهم می‌باشند بلکه از نظر کیفی نیز مراقبت‌های بارداری می‌بایست از کیفیت استاندارد برخوردار باشند [۴]. تعداد حداقل ویزیت دوران بارداری در کشور ما ۷ و حداکثر ۱۴ بار در طی ۹ ماه می‌باشد.

از آنجایی که پره‌اکلامپسی (اکلامپسی) مسئول ۱۵-۱۰٪ موارد مرگ و میر مادری در کشورهای در حال توسعه شناخته شده است [۵]. ما بر آن شدیم تا وضعیت مراقبت‌های بارداری این بیماران را (از نظر کمی و کیفی) در مراکز بهداشتی اردبیل مورد بررسی قرار دهیم.

## مواد و روشها

این مطالعه یک مطالعه توصیفی است که از ۷۹/۱/۱ لغایت ۸۰/۱/۱ بر روی ۲۵۵ مورد از بیماران مبتلا به پره‌اکلامپسی - اکلامپسی بستری در مرکز آموزشی درمانی علوی اردبیل انجام گرفت. بدین ترتیب که کلیه بیمارانی که با تشخیص پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در بخشهای زایمان و جراحی این مرکز بستری می‌شدند انتخاب شده و برای هر بیمار دو چک لیست تنظیم شد. چک لیست اول در بیمارستان از طریق مطالعه پرونده بالینی بیمار و مصاحبه با وی توسط انترنهای بخشهای مذکور تکمیل شده، نمایانگر وضعیت بالینی، شدت بیماری، وجود عوارض همراه، مشخصات فردی، وجود یا فقدان عوامل خطر پره‌اکلامپسی بود. ضمناً در این چک لیست نام پایگاه بهداشتی شهری - روستایی و شماره کارت بهداشتی بیمار نیز ثبت می‌گردید. افرادی که تحت پوشش مراقبت‌های خصوصی بودند از مطالعه حذف شدند. چک لیست دوم از روی پرونده بهداشتی همان بیماران توسط انترنهای مربوطه پر شده نمایانگر وضعیت مراقبت‌های بارداری وی توسط مسئولین بهداشتی، تعداد مراجعات، آموزشهای لازم، انجام آزمایشات الزامی، بررسی سابقه باروری، اقدامات پیشگیرانه، معاینه، مشاوره و ارجاع به موقع بود. بیماران مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به این مرکز به اضافه بیماران اعزام شده از سایر مراکز درمانی (دولتی و خصوصی) شهرستان اردبیل و سایر شهرستانهای استان بود معیار ما برای تشخیص پره‌اکلامپسی فشار خون  $\frac{14}{9}$  یا بیشتر به اضافه پروتئین اوری یا ادم بود. در صورت وقوع تشنج بیمار در گروه اکلامپسی قرار می‌گرفت. برای اندازه‌گیری فشار خون دیاستول از صدای چهارم کورتوکف استفاده شده براساس شدت از ۱+ تا ۴+ درجه بندی گردید. از آنجایی که این مطالعه افراد مبتلا به فشار خون مزمن را نیز شامل می‌شد لذا محدودیتی از نظر سن حاملگی قائل نشدیم.

بیماران مورد مطالعه از نظر وضعیت مراقبت‌های بارداری به دو گروه تقسیم شدند.

گروه اول: فاقد مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری (۷۲ نفر)

تحصیلات در حد ابتدایی بود (۷۲ درصد و ۴۵/۸ درصد) نتایج فوق از نظر آماری معنی دار نبود. بیشترین میزان تحصیلات همسران این بیماران در هر دو گروه در سطح ابتدایی بوده (۴۵ درصد افراد فاقد کنترل و ۷۵ درصد افراد دارای کنترل  $P < ۰/۰۵$ ) و با افزایش سواد همسر از ابتدایی به عالی میزان پره اکلامپسی شدید کاهش و به حداقل رسیده بود. (نمودار ۱ و ۲) از نظر parity ۶۲/۳ افراد دارای کنترل بارداری و ۷۰/۸ درصد افراد فاقد کنترل دوران بارداری مربوط به زنان اول زا و شکم دوم بود ( $P < ۰/۰۵$ ). مطابق یافته‌های تحقیق ۹۳ درصد موارد پره اکلامپسی - اکلامپسی در هر دو گروه دارای کنترل و فاقد کنترل در سه ماهه سوم حاملگی اتفاق افتاده بود این یافته از نظر آماری معنی دار نبود. از نظر وزنی در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به گروه وزنی ۸۰-۷۰ kg بود. (۷۵ درصد) این یافته نیز از نظر آماری معنی دار نبود. از نظر وضعیت ابتلا به دیابت، یافته‌ها نشان دادند که در گروه دارای کنترل ۲۸ نفر و در گروه فاقد کنترل ۱۵ نفر مبتلا به دیابت بودند. که از این میان در حدود ۹۵ درصد دیابتی‌ها به دیابت از نوع تیپ I مبتلا بودند. این یافته‌ها به علت کمی تعداد نمونه از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین مطابق یافته‌ها اکثریت موارد پره اکلامپسی - اکلامپسی در افرادی مشاهده شد که دارای سابقه فشار خون مزمن نبوده‌اند (۶۷/۲ درصد  $P < ۰/۰۵$ ). نمودار ۳ و ۴ و بالاخره نتایج پژوهش نشان دادند که در افرادی که دارای کنترل دوران بارداری بودند بیشترین فراوانی پره اکلامپسی - اکلامپسی مربوط به افرادی بود که مراقبت‌های کامل دوران بارداری را داشتند (۶۳ درصد  $P < ۰/۰۵$ ) نمودار ۵

### بحث

طبق یافته‌های این بررسی در بین افرادی که تحت کنترل دوران بارداری بودند بیشترین فراوانی پره اکلامپسی - اکلامپسی در افرادی بود که مراقبت‌های کامل (۱۴-۷ ویزیت طی ۹ ماه) دوران بارداری را داشتند (۶۳٪) و نکته جالب توجه این است که در این افراد هر دو نوع پره اکلامپسی خفیف و شدید به یک میزان اتفاق افتاده بود. در حالیکه در

گروه دوم: دارای مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری (۱۸۳ نفر)

گروه دوم خود به دو زیرگروه تقسیم می‌شد. (براساس آئین نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

۲ الف - دارای مراقبت‌های کامل (۱۴-۷ ویزیت در ۹ ماه) = ۱۲۰ نفر

۲ ب - دارای مراقبت‌های ناقص (زیر ۷ ویزیت در ۹ ماه) = ۶۳ نفر

برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های بدست آمده از نرم افزار spss استفاده گردید، که علاوه بر فراوانی، درصد فراوانی، محاسبه شاخص‌های آماری مربوط به داده‌ها، برای بررسی روابط بین متغیرهای کیفی از آزمون  $X^2$  استفاده گردید. برای محاسبه میزان وابستگی بین متغیرها از آزمون  $\chi^2$  کرایمر یا آزمون استفاده شد.

### یافته‌ها

شیوع پره اکلامپسی - اکلامپسی در مرکز آموزشی درمانی علوی ۱۲ درصد برآورد شد (۲۵۰ مورد پره اکلامپسی و اکلامپسی بستری در میان ۲۰۸۳ مورد بستری کل).

$$\text{شیوع} = \frac{\text{موارد ابتلا}}{\text{بستری کل}} = \frac{۲۵۰}{۲۰۸۳}$$

که از این میان ۴۹/۸ درصد موارد مربوط به پره اکلامپسی شدید، ۴۲/۳ درصد موارد به پره اکلامپسی خفیف و بالاخره ۷/۹ درصد موارد مربوط به اکلامپسی بود. ۵۹ درصد موارد بیماری مربوط به مناطق روستایی - عشایری و ۴۱ درصد موارد مربوط به مناطق شهری بود. در بین بیماران مربوط به مناطق روستایی، ۶۲ درصد از نوع پره اکلامپسی شدید بود. در حالیکه در مناطق شهری، پره اکلامپسی شدید ۴۵ درصد موارد را شامل می‌شد. از نظر سنی در هر گروه دارای کنترل دوران بارداری و فاقد کنترل دوران بارداری اکثریت بیماران مربوط به گروه سنی ۲۵-۲۰ سال بودند (۲۹/۱ درصد،  $P < ۰/۰۵$ ). بیشترین فراوانی پره اکلامپسی شدید در هر دو گروه فوق مربوط به گروه سنی ۳۰-۲۵ سال بود (۱۲/۵ درصد). بیشترین فراوانی پره اکلامپسی - اکلامپسی در هر دو گروه دارای کنترل و فاقد کنترل دوران بارداری مربوط به خانم‌های خانه‌دار (۸۰/۳ درصد و ۷۰/۸ درصد) با سطح

افرادی که مراقبت ناقص داشته‌اند (زیر ۷ ویزیت طی ۹ ماه) شیوع پره‌اکلامپسی شدید بیشتر بوده است. (۲ برابر) توجیه احتمالی این مسئله به این ترتیب می‌باشد که مراقبت‌های منظم دوران بارداری منجر به تشخیص و ارجاع به موقع این بیماران گشته و لذا از تبدیل انواع خفیف به انواع شدید پیشگیری نموده است. ضمناً بررسی پرونده بهداشتی بیمارانی که دارای مراقبت‌های کامل دوران بارداری بودند نشان داد که ۶۲ درصد بیماران در معاینات بالینی به عمل آمده نقص داشتند. قسمت مربوط به مشاوره مادران فقط در ۱۰ درصد موارد تکمیل و ارجاع به موقع فقط در ۱۶ درصد موارد انجام شده بود. به این ترتیب مشخص می‌شود حتی بیمارانیکه به طور مرتب و کامل به مراکز بهداشتی مراجعه نموده‌اند مراقبت‌های به عمل آمده در مورد آنها از کیفیت استاندارد برخوردار نبوده است. نتیجه مشابهی در تحقیق انجام شده در همدان در سال ۱۳۷۹ بدست آمده به این معنی که در این تحقیق نشان داده شد که اکثریت زنان جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمایند اما درصد خیلی کمی از آنان از مراقبت‌های کافی برخوردار بوده‌اند [۶].

طبق نظریه کالج زنان مامایی آمریکا، میزان مرگ و میر ناشی از پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در زنانی که فاقد مراقبت‌های دوران بارداری می‌باشند ۷ بار بیشتر از زنانی است که در طول بارداری خود تحت مراقبت‌های مرتب این دوران بوده‌اند [۷]. طبق بررسی‌های به عمل آمده مؤثرترین روش بیماریابی پره‌اکلامپسی تشخیص سریع و به موقع فشار خون غیر طبیعی می‌باشد. اندازه‌گیری سریال فشار خون در طی سه ماهه دوم و سوم حاملگی احتمال تشخیص الگوی سریال فشار خون را بیشتر می‌کند [۸]. تجارب بالینی متعدد نشان می‌دهد که تشخیص و درمان زودهنگام پره‌اکلامپسی - اکلامپسی دارای اثرات مفید برای مادر و جنین می‌باشد. این نظریه براساس کارایی مؤثر مراقبت‌های منظم دوران بارداری در کاهش عوارض پره‌اکلامپسی - اکلامپسی استوار می‌باشد. مطالعاتی که از سال ۱۹۴۰ تاکنون انجام شده است نشان می‌دهند که ارتباط معکوس مابین میزان مراقبت‌های بارداری و شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی وجود دارد [۹]. در یک

مطالعه انجام شده نشان داده شد که خطر مرگ در اثر ابتلا به پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در زنان سیاه پوست سه برابر زنان سفیدپوست می‌باشد و شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در این زنان به هنگام زایمان ۱/۴ برابر زنان سفید پوست می‌باشد. مطابق این بررسی‌ها خطر بیشتر پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در زنان سیاه پوست و کارآیی کمتر مراقبت‌های بارداری در این زنان ممکن است به علت توزیع نامساوی تسهیلات و امکانات بهداشتی در این مناطق و بویژه کیفیت مراقبت‌های بارداری آنان باشد [۱۰]. این بررسی، نتیجه تشخیص ما را در مورد اهمیت مراقبت‌های بارداری چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی در تشخیص و پیشگیری از عوارض پره‌اکلامپسی تأیید می‌کند. در این مطالعه شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در مرکز آموزشی درمانی علوی در حدود ۱۲ درصد برآورد شده است. از آنجائیکه طبق بررسی مرکز بهداشت شهرستان حدود ۲۸٪ زایمانها در شهرستان اردبیل در منزل انجام می‌گیرد انتظار می‌رود شیوع پره‌اکلامپسی از این رقم نیز بالاتر باشد. تحقیقات مشابه در مشهد در سال ۷۸ شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی را ۱۱/۹۳ درصد برآورد کرده است [۱۱]. آمارهای جهانی در این مورد رقمی در حدود ۷-۵ درصد می‌باشد [۱۲]. همچنین یافته‌های پژوهش نشان دادند که حداکثر شیوع بیماری مخصوصاً نوع شدید آن مربوط به مناطق روستایی عشایری بوده است (۵۹٪). علت شیوع بالای پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در این پژوهش نسبت به آمارهای جهانی را می‌توان به صورت زیر توجیه نمود.

۱- نقص در مراقبت‌های بارداری در مراکز روستایی - عشایری و مناطق صعب العبور.

۲- ارجاع بیماران مبتلا به پره‌اکلامپسی - اکلامپسی از کلیه شهرستانهای استان به مرکز مورد مطالعه.

از آنجائیکه نقش توارث و ژنتیک در شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی مورد قبول قرار گرفته است [۱۲]. اینکه آیا شیوع بالای این بیماری در مرکز ما یا مراکز دیگر مثل مشهد متأثر از انتقال ژنتیکی و یا توارث بوده باشد یا نه، بررسی نشده است و پیشنهاد می‌شود که این مسئله نیز مورد توجه محققین قرار گیرد. حداکثر شیوع سنی پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در این

معنی که هر چند که فشار خون مزمن صرف‌نظر از علت آن خانمهای حامله را مستعد تشدید فشار خون در طی حاملگی می‌نماید، بطوری که خانمهای حامله‌ای که حداقل به مدت ۴ سال قبل از وقوع حاملگی مبتلا به فشار خون مزمن بوده‌اند ۲۵-۲۰٪ احتمال ابتلا به پره‌اکلامپسی را دارند، اکثریت موارد پره‌اکلامپسی در زنانی اتفاق می‌افتد که سابقه فشار خون مزمن ندارند [۱۷]. با جمع‌بندی یافته‌های فوق نتیجه می‌گیریم که: در شهرستان اردبیل شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی نسبت به مطالعات جهانی بالاست. بویژه اینک به لحاظ موقعیت جغرافیایی و صعب‌العبور بودن برخی از مناطق روستایی - عشایری بویژه در فصول سرد سال، شیوع و شدت عارضه در مناطق روستایی - عشایری بیشتر می‌باشد. همچنین مشکلات مربوط به مراقبت‌های دوران بارداری را می‌توان به دو گروه تقسیم نمود:

- ۱- قصور مربوط به خود بیماران در رابطه با عدم مراجعه به مراکز بهداشتی به علت سواد پایین، مشغله کاری زیاد در مناطق روستایی - عشایری و نداشتن آموزشهای لازم در این رابطه، و ترس از بستری شدن زود هنگام در بیمارستان.
- ۲- نقص در مراکز بهداشتی، اولاً بصورت تحت پوشش قرار ندادن کلیه روستاها و قسمت‌های عشایری، ثانیاً ارائه خدمات غیر استاندارد به علت نداشتن انگیزه و آموزش کافی در برخی از مراکز بهداشتی نسبت به اهمیت موضوع و درک صحیح چک لیست استاندارد مراقبت‌های حاملگی. در جهت بهبود مراقبت‌های دوران بارداری و پیشگیری از عوارض خطرناک پره‌اکلامپسی - اکلامپسی به پرسنل بهداشتی و کلیه زنان حامله بویژه زنان عشایری - روستایی آموزشهای لازم دوران بارداری تعلیم داده شود.

### تشکر و قدردانی

از کلیه افرادی که در تهیه و تنظیم این مقاله با ما همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

بررسی مربوط به گروه سنی ۳۰-۲۵ سال بود. نتایج مطالعه‌ای در مازندران در سال ۱۳۷۸ نشان داد که بیشترین شیوع پره اکلامپسی - اکلامپسی مربوط به گروه سنی زیر ۲۰ سال می‌باشد (۸/۳ درصد در مقابل ۳ درصد) [۱۳]. این اختلاف آماری در بین نتایج دو تحقیق می‌تواند مربوط به این مسئله باشد که تعداد نمونه‌های زیر ۲۰ سال در تحقیق ما کم بوده است. مطالعات متعدد انجام شده در این زمینه بر اهمیت سن بعنوان عامل خطر پره‌اکلامپسی - اکلامپسی تأکید می‌کنند. بطوریکه بیشترین گروه‌های سنی در معرض خطر را گروه سنی زیر ۲۰ سال و بالای ۳۰ سال تشکیل می‌دهد [۱۴]. این اختلاف‌های آماری بین نتایج تحقیق ما و مطالعات دیگران می‌تواند مربوط به این مسئله باشد که تعداد نمونه‌های زیر ۲۰ سال و بالای ۳۰ سال در تحقیق ما کم بوده است. بر طبق یافته‌ها بیشترین فراوانی پره‌اکلامپسی - اکلامپسی مربوط به گروه وزنی ۷۰-۸۰ kg می‌باشد. در یک مطالعه انجام شده در زایشگاههای تهران در سال ۷۷ نشان داده شد که بیشترین شیوع پره‌اکلامپسی در وزن ۶۰ kg رخ داده است [۱۵]. در یک بررسی به عمل آمده نشان داده شد که با افزایش شاخص وزنی از ۲۰ kg/m<sup>2</sup> به ۳۴ kg/m<sup>2</sup> شیوع پره‌اکلامپسی - اکلامپسی ۳ برابر افزایش می‌یابد [۱۴]. همچنین بر طبق یافته‌های ما بیشترین فراوانی پره‌اکلامپسی مربوط به خانمهای خانه‌دار با سطح سواد ابتدائی بوده است. در حالیکه نتیجه مطالعات دیگر نشان می‌دهد که نه تنها سطح سواد بر شیوع پره‌اکلامپسی نقش دارد بلکه میزان فعالیت فیزیکی و استرس شغلی تأثیر بسزایی در خطر ابتلا به پره‌اکلامپسی - اکلامپسی دارد [۱۶]. این اختلاف می‌تواند مربوط به اختلاف تعداد خانمهای خانه‌دار و شاغل در کشور ما در مقایسه با سایر کشورها باشد. مطابق یافته‌های ما رابطه بین پره‌اکلامپسی - اکلامپسی با فشار خون مزمن یک رابطه معنی دار با درجه همبستگی منفی بود. به این صورت که اکثریت موارد پره‌اکلامپسی - اکلامپسی در افرادی مشاهده شد که چنین سابقه‌ای را نداشتند. هر چند که ۲۹/۵ درصد از افرادی که پره‌اکلامپسی داشتند سابقه فشار خون مزمن نیز داشتند. بررسی‌های انجام شده با این یافته همسویی دارند به این

## منابع

- ۱۶- خداکرمی، ب. بررسی عوارض دوران بارداری و زایمان در مادران سنگین وزن زایشگاه‌های تهران. حیات. مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران. ۱۳۷۷ شماره ۱۱.
17. Spinillo A, Capzso E the effect of work activity in preynancy on the risk of servere Preeclampsia Aust N Z Y. *obes Gyn.* 1995 Nov; 35 (4): 380-385.
18. Sheldon H. cherry, Zrwlnr. merkatz: com plications of pregnancy. Baltimore, Maryland. *williams and wilkins* 1997, 476.
1. Klockenbush W, Steinhard J. Earlydetection of preeclamsia with in the scope of prenatal care. *Zentralbl Gynakos.* 1999, (12): 617-22
2. John Keneally: Intensive care managment. *Australasian Anesthesia*, 1998, 56(10) : 561-71
3. D.K james P. J STEER cp WEINER. High risk pregnancy. 2 th edl W.B.SANDERS. NEW YORK. 2000:639
4. Mc Duffie Rs Jr, Beck A. Efect of freqency of prenatal care visitis on perenatal out come among low risk women. *JAMA.* 1996 Mar 20;275 (11): 847-51
5. American collage of obs. & Gyn. Standards for obstetric - gynecologic services. 7 th ed. washington, D.C; American collage of obs and Gyn. 1989:p 16.
6. Daley: Meternal mortality associted with hepertensive discorders of pregnancy in Africa, Asia, latic America and caribbem. *Br J Obes Gyn* 1992-99: 547-53.
- ۷- ریاضی، هدیه. بررسی نحوه مراجعه زنان باردار جهت مراقبت‌های دوران بارداری و عوامل موثر بر آن. همایش سراسری بهداشت باروری ۲۶-۲۵ آبان ۱۳۷۹.
8. Ventura SJ, Martin JA, et al: Advance report of final natality statistics, 1992. *Monthly vital statistics report.* Vol 43 nos (supp).
9. Redman CWG, Roberts JM. Managment of Preeclamsia. *Lancet* 1993; 341: 1451 - 1454.
10. Devoe sf, O'shaughnessy RW: Clinical manifestations of pregnancy- induced hypertention. *clin obes. Gyn.* 1984, 27: 836-853.
11. Mackay AP, Beryci and et al. Pregnancy related mortality from preeclampsia and eclampsia. *obestetric and Gynecology* 2001, 97 (4): 533-538.
- ۱۲- جهانیان، منیژه. درمان نگهدارنده پره‌اکلامپسی شدید دور از نرم. مجله دانشکده پزشکی - مشهد. شماره ۶۳. بهار ۱۳۷۸. ص ۴۳-۳۸.
13. Cunnigham, MacDonald, Gant. *Williams obstetrics.* 20 nd ed. New York: Appleton and lange. 1997: 767-768.
- ۱۴- نصیری امیری، ف. سن و نتایج بارداری در مادران نوجوان و جوان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران - ۱۰ و ۱۱ - ۱۳۷۴ - ص ۱۷-۱۲.
15. Sibai BM, Gordont, et al. Rиск factors for Preeclampsia in healthy nulliparous women. *Am J obs Gyn* 1995; 172: 642-8.