بررسی مقایسه ای پیامدهای بارداری و زایمان در نوجوانان و زنان نخست زا مراجعه کننده به مرکز آموزشی و درمانی کوثر شهر قزوین در سال ۹۲-۱۳۹۱

مهری کلهر: کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان کوثر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران. mkalhor20@gmail.com
* **نضال آژ:** دانشجوی دکترای بهداشت باروری، هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی، علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.nezal_ajh@yahoo.com
محمود علیپور: دکترای آمار، هیئت علمی دانشکده پزشکی، علوم پزشکی دانشگاه قزوین، قزوین، ایران.mahmod-alipor@yahoo.com
فریده اقدام پور: کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. farideegdampour@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: حاملگی نوجوانان یک مسئله بهداشتی عمومی است که مادران نوجوان و در سطح وسیع اجتماع را متاثر می کند. حاملگی نوجوانان عوارض برای جنینی و مادر به همراه دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه پیامدهای حاملگی در نوجوانان و زنان نخست زا انجام شد.

روش کار: مطالعه‌ی توصیفی-مقایسه ای بر روی ۳۸۲ زن حامله در دو گروه شامل ۱۲۲ نفر در گروه نوجوان و ۲۶۰ نفردر گروه زنان نخست زای بالای ۲۰ سال مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی کوثر شهر قزوین در سال ۹۲-۱۳۹۱ با روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه‌ای ۳ قسمتی شامل مشخصات فردی، حاملگی، زایمان و پیامدهای نوزادی بود. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق SPSS.16 و آزمونهای آماری T-test و Chi Square انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد وزن گیری مادر در بارداری، دکولمان، پره اکلامپسی، جفت سرراهی، سقط و تاخیر رشد داخل رحمی دارای تفاوت معنی دار نبود (p>۰/۰۵). استفراغ، بی خوابی و عفونت ادراری در گروه نوجوانان بیشتر بود ولی دیابت و پیلونفریت در گروه نخست زا بیشتر بود (p=۰/۰۴). خونریزی پس از زایمان در دو گروه مشابه بود. طول مدت زایمان در گروه نوجوانان به طور معنی داری کوتاهتر بود و زایمان طبیعی در گروه نوجوانان بیشتر بود (p=۰/۰۴).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که پیامدهای بارداری بین دو گروه ارتباط آماری معناداری وجود دارد که این امر نشان دهنده ی لزوم توجه بیشتر به گروه آسیب پذیر نوجوانان می باشد. می توان با ارتقاء آموزش و آگاهی در مادران از پیامدهای نامطلوب پیشگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: بارداری در نوجوانان، پیامدهای مادری، پیامدهای نوزادی، زنان نخست زا

مقدمه

بهترین محدوده سنی برای حاملگی سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی است و حاملگی در خارج از این سنین با خطرات و عوارضی همراه است (۱). در سطح جهان، نسبت حاملگی نوجوانان به کل حاملگی ها از ۱۴۳ در ۱۰۰۰ در برخی کشورهای جنوب صحرای آفریقا تا ۲۰۹ در ۱۰۰۰ در کره جنوبی متغیر است (۲). به طور متوسط حاملگی در نوجوانان ۱۱ درصد کل بارداری‌های جهان را شامل می شود و ۹۵ درصد این موارد در کشورهای با درآمد متوسط و پائین است (۳). طبق آمار به دست آمده در کشورهای توسعه یافته از هر ۳۸۰۰ دختر نوجوان یک نفر بر اثر حاملگی می‌میرد در حالی که در کشورهای در حال توسعه از هر ۱۵۰ دختر نوجوان یک نفر به دلیل بارداری در سن پایین، جان خود را از دست می دهد (۴).

حاملگی در نوجوانان یک مسئله بهداشت عمومی است که مادران نوجوان، کودکان و در سطح وسیع اجتماع را تحت تاثیر قرار می دهد (۵). عواملی که حاملگی نوجوانان را در کشورهای توسعه یافته به عنوان یک مسئله‌ی اجتماعی مطرح می‌کند سطح آموزش پائین‌تر، نسبت فقر بالاتر و محرومیت بیشتر برای کودکان و مادران نوجوان می‌شود (۶). به علاوه در جوامع غربی حاملگی نوجوانان را به عنوان مسئله های اجتماعی در نظر می گیرند چرا که بسیاری از مادران نوجوان پیشرفت‌های شغلی تحصیلی پائین‌تری نسبت به نوجوانان غیر حامله دارند (۷). بارداری نوجوانان در کشورهای پیشرفته

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

معمولاً خارج از چارچوب ازدواج اتفاق می‌افتد. به همین دلایل امکان پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی در آنان بیشتر است. در کشورها و فرهنگ‌های دیگر، به خصوص در کشورهای در حال توسعه، بارداری نوجوانان معمولاً در چارچوب ازدواج بوده و بنابراین بارداری و زایمان با افزایش خطرات همراه نیست (۸)؛ اما علاوه بر داشتن نگرانی های که خود مادران نوجوان دارند، خطرات دیگری که ناشی از عوامل اجتماعی- اقتصادی است آن‌ها را درگیر می‌کند (۹).

در بسیاری از کشورها بارداری در دوره نوجوانی به عنوان عامل خطری با میزان بالای عوارض جنینی و مادری در نظر گرفته می شود (۱۰). در مطالعه‌ی Phupong و همکاران ذکر کردند که نوجوانان حامله کمتر از ۱۵ سال نسبت به زنان حامله جوان بیشتر در معرض پیامدهای نامطلوب بارداری و زایمان هستد. توسعه دسترسی به آموزش، برنامه های پیشگیری از بارداری و مراقبت های دوران بارداری مناسب در کاهش پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی بسیار الزامی به نظر می‌رسند (۱۱).

نتایج مطالعات درباره پر خطر بودن بارداری در نوجوان متناقض و گاهی در جهت تائید بارداری در این سنین بوده و در صورت وجود مراقبتهای پره ناتال مناسب، بارداری در این گروه سنی را بی خطر می دانند (۱۲). به طوری که در مطالعه‌ی Karabulut و همکاران در سال ۲۰۱۳ اگرچه نشان داده شد که وزن کم هنگام تولد در نوجوانان حامله بیشتر بوده است؛ اما تمایل نوجوانان به زایمان واژینال بیشتر بود و در زنان دارای سن بالا تمایل به سزارین بیشتر بوده است. همچنین پیامدهای نوزادی در زنان حامله دارای سن بالاتر بیشتر بوده است که با داشتن مراقبتهای دوران بارداری مناسب تفاوت معناداری بین پیامدهای نامطلوب بارداری بین دو گروه نوجوانان حامله و زنان حامله دارای سن بالاتر وجود نخواهد داشت (۱۳).

مطالعات زیادی بر روی حاملگی نوجوانان صورت گرفته شده است و نشان داده شده است که حاملگی نوجوانان با میزان بالاتر عوارض بارداری و زایمان مانند فشار خون بالای ناشی از حاملگی، پره اکلامپسی، اکلامپسی، زایمان زودرس، مرگ‌های جنینی-مادری و پیامدهای نوزادی همراه بوده است. همچنین پیامدهای مامایی و نوزادی در گروه نوجوانان زیر ۱۷ سال بیشتر بود (۱۴). در برخی مطالعات کوتاه تر بودن مدت زایمان، زایمان سزارین و استفاده از سرویسهای مراقبتی بهداشتی- مادری در این گروه کمتر بوده است. آمار سقط جنین در نوجوانان به خصوص سقط های غیر قانونی و غیر بهداشتی افزایش پیدا کرده است (۱۵ و ۱۶). در مطالعه‌ی Udo و همکاران در سال ۲۰۱۳ در نیجریه نشان داده شد که حاملگی نوجوانان با افزایش خطری در پیامدهای نامطلوب بارای و زایمان مانند زایمان زودرس، وزن کم هنگام تولد، آسفیکسی هنگام تولد و مرگ نوزادی همراه است. محققین مطالعه نتیجه گرفتند که سوابق فردی – اجتماعی منجر به دسترسی ضعیف تر به سرویسهای مراقبتی دوران بارداری می شود و پیامدهای نامطلوب در نوجوانان حامله افزایش می یابد؛ بنابراین سرویسهای ارائه دهنده خدمات سلامتی باید توجه و دسترسی بیشتری برای نوجوانان در نظر بگیرند (۱۷).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی خطر مرگ هنگام زایمان در دختران زیر ۱۵ سال ۵ برابر سنین پس از ۱۵ تا ۱۹ سالگی می باشد و حدود ۲ برابر زنانی است که بعد از ۲۰ سالگی زایمان کرده اند. حتی در آمارهای سازمان بهداشت جهانی هم افزایش در مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در مادران نوجوان دیده شده است (۱۸). طبق مطالعات علاوه بر پیامدهای مادری، پیامدهای نوزادی مانند افزایش مرگ و میر نوزاد، محدودیت رشد داخل رحمی جنین و احتمال زایمان زودرس در این گروه سنی افزایش یافته است. این پیامدهای نامطلوب مادران نوجوان و نوزادشان را در معرض خطر مرگ و میر بالاتری قرار می دهد و خطر عوارض جسمی و جنسی در آن‌ها بیشتر است. همچنین هزینه‌های مادی، جسمی و روحی زیادی را به فرد و جامعه تحمیل می‌کنند (۱۹ و ۲۰). در بیشتر کشورهای در حال

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

توسعه غالباً برنامه ها و سیاست های منسجم و مدونی برای حفظ و حمایت بهداشت جنسی و باروری در نوجوانان وجود ندارد که خود از موانع اصلی ترویج بهداشت باروری در نوجوانان به شمار می رود. همچنین حاملگی و زایمان در سنین نوجوانی نرخ مرگ و میر مادر و نوزاد را افزایش داده بود (۲۰). نوجوانان به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری تمایلی نشان نمی دهند، بنابراین تعداد حاملگی های ناخواسته، سقط های غیرقانونی و بیماری های منتقل شونده از طریق جنسی افزایش می یابد. پیامدهای نوزادی شایع تر در مادران نوجوان نارس بودن، زایمان زودرس و کم وزنی بود. همچنین کودکان این مادران جوان در معرض بدرفتارهای های مختلف قرار می گیرند (۲۱).

در کنفرانس بین المللی جمعیت در سال ۱۹۸۴ دولت ها به انجام اقداماتی در زمینه پیشگیری از حاملگی های زودرس، آموزش جنسی و تنظیم خانواده، کاهش آمار مرگ و میر و پیامدهای ناامطلوب بارداری و زایمان به خصوص در زنان دارای عوامل پرخطر توصیه شده اند (۲۲). از آنجایی که زنان حامله نوجوان جز گروه‌های پرخطر زنان جامعه می باشند و با شناسایی پیامدهای بارداری و زایمان در این گروه می توان تا حدودی از آنها پیشگیری یا کاهش داد بنابراین بر آن شدیم مطالعه‌ای به منظور بررسی مقایسه پیامدهای بارداری و زایمان در نوجوانان و زنان نخست زا در شهر قزوین انجام دهیم تا بتوان نتایج آن در برنامه ریزی های آینده در زمینه بهداشت باروری نوجوانان در استان وکشور استفاده نمود.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر نوعی مطالعه ی مقایسه ای می باشد که بر روی ۳۸۲ زن زایمان کرده در دو گروه شامل ۱۲۲ نفر در گروه زن حامله نوجوان و ۲۶۰ نفردر گروه نخست زای بالای ۲۰ سال در بخش پس از زایمان مرکز آموزشی-درمانی کوثر شهر قزوین در سال ۹۲-۱۳۹۱ انجام شد. نمونه گیری به مدت ۶ ماه بر روی زنان بارداری که پس از اتمام هفته ۲۰ حاملگی جهت زایمان به مرکزآموزشی-درمانی کوثر شهر قزوین مراجعه کرده به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن کمتر از ۲۰ سال برای نوجوانان وکلیه نخست زایان ۲۰ الی ۳۰ سال برای گروه نخست زایان بود. حجم نمونه لازم جهت رسیدن به هدف مطالعه در دو گروه مذکور و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آزمون ۹۰ درصد و بر اساس فرمول نمونه گیری، ۳۰۰ نفر برآورد شد. جهت کنترل عوامل فردی، به ازای هر یک زن حامله نوجوان دو زن حامله نخست زا انتخاب شدو در نهایت حجم نمونه به ۳۸۲ نفر رسید. کلیه زنانی که شرایط نمونه گیری را داشتند وارد مطالعه شدند. ابزار گرد آوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر ۳ بخش شامل مشخصات فردی (قد، وزن، شاخص توده بدنی، میانگین سن مددجویان و سابقه بیماریهای قبل از بارداری مانند بیماریهای قلبی و تنفسی، آسم، افسردگی، هیپوتیروئیدی یا هیپر تیروئیدی، دیابت آشکار، تشنج و صرع، کم خونی و دیگر بیماریهای خونی، بیماریهای گوارشی، سرطانها)، مشخصات حاملگی و زایمان (تعداد مراقبتها در دوران حاملگی، سن حاملگی فعلی، وضعیت هموگلوبین قبل و بعد از زایمان، علت مراجعه زایمانی، استفاده از القا یا تقویت در لیبر، استفاده از بیدردی در زایمان، نوع زایمان، طول مدت زایمان، خونریزی پس از زایمان، دکولمان، جفت سرراهی، بیماریهای فعلی در بارداری مانند تهوع و استفراغ در بارداری فعلی، اختلالات خواب، دیابت در بارداری، فشار خون در بارداری، تشنج و صرع، عفونت ادراری، پیلونفریت و میزان برآورد تخمینی خونریزی بعد از زایمان) و پیامدهای نوزادی (نمره آپگار دقیقه اول، نمره آپگار دقیقه پنجم، زایمان زودرس، تاخیر رشد داخل رحمی، نیاز به احیاء، وزن نوزادان و ناهنجاریهای آشکار مادر زادی) بود. جهت کسب اعتبار علمی از روش سنجش محتوی استفاده شد که ابزار در اختیار ۱۰ نفر از استادان دانشگاه علوم پزشکی قزوین قرار گرفت و پس از جمع آوری نظرات اصلاحات لازم اعمال شد و جهت تعیین اعتماد علمی از روش دو نیمه کردن استفاده شدکه با ضریب همبستگی ۰/۸۱ پایایی ابزار تایید

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

گردید. جهت گرد آوری داده ها پژوهشگر در محیط پژوهش حضور یافت و پس از معرفی خود و بیان اهداف برای افراد، پرسشنامه را به روش مصاحبه و مطالعه پرونده تکمیل می کرد. اطلاعات پس از جمع آوری از طریق نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمونهای آماری T-test, Chi Square و آزمون دقیق فیشر مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته ها

در این تحقیق تعداد کل نمونه ها ۳۸۲ نفر بود که ۱۲۲ نفر آنان در گروه نوجوانان (۳۱/۹٪) و ۲۶۰ نفر (۶۸/۱٪) از نمونه ها زنان نخست زای بالای ۲۰ سال بودند. میانگین سن نمونه ها در گروه نوجوانان ۱/۲۵ ± ۱۷/۹ و در گروه نخست زا ۴/۳۱ ± ۲۵/۳ بود. نتایج نشان داد که میانگین توده بدنی در گروه نوجوانان ۸/۲۶ ± ۲۳/۸ و در گروه زنان نخست زا ۴/۲۳ ± ۲۴/۱ بود که دارای تفاوت آماری معناداری نبود (p=۰/۶۱). سوابق بیماریهای قبلی در دوگروه ارتباط معناداری را نشان نداد (p=۰/۶۶). همچنین فراوانی متغیرهای سوابق بارداری مانند تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، مرده زایی و تعداد بچه مرده در بین دو گروه نشان داد که از نظر سوابق بارداری بین دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند (p>۰/۰۵).

جدول یک متغیرهای سن بارداری، وزن قبل از بارداری، افزایش وزن حین بارداری و تعداد مراقبتهای بارداری را نشان داده است. در سه متغیر سن بارداری، وزن قبل از بارداری و افزایش وزن حین بارداری در بین دو گروه نوجوانان و زنان نخست زا ارتباط معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵) اما میانگین تعداد مراقبتهای بارداری در بین دو گروه تفاوت معناداری داشت و در گروه نوجوان تعداد مراقبتهای بارداری کمتر بود (p=۰/۰۰۹). همچنین جدول شماره یک میانگین متغیرهای زایمانی مانند مقدار هموگلوبین قبل از زایمان، مقدار هموگلوبین بعد از زایمان و میانگین

جدول ۱- میانگین متغیرهای حاملگی در دو گروه حامله نوجوان و نخست زا

متغیر	گروه نوجوانان	گروه نخست زایان	p
میانگین سن بارداری	۳۷/۵ ± ۱۰/۴	۳۸/۵ ± ۳/۶۳	۰/۱۸
میانگین وزن قبل از بارداری	۵۹/۰ ± ۱۲/۷۰	۶۰/۸ ± ۱۰/۷۳	۰/۱۳
میانگین افزایش وزن حین بارداری	۱۲/۳ ± ۵/۰۹	۱۲/۴ ± ۴/۷	۰/۸۱
میانگین تعداد مراقبتهای بارداری	۶/۸ ± ۳/۱	۷/۶ ±۲/۳۶	۰/۰۰۹
میانگین مقدار هموگلوبین قبل از زایمان	۱۲/۲ ± ۱/۰۵	۱۲/۲ ± ۱/۴۳	۰/۸۴
میانگین مقدار هموگلوبین ۴ ساعت بعد از زایمان	۱۰/۵ ± ۱/۴۰	۱۰/۹ ± ۵/۴۸	۰/۴۰
میانگین تفاوت هموگلوبین قبل و بعد زایمان	۱/۷ ± ۱/۱۳	۱/۵ ± ۱/۵۶	۰/۴۳
میانگین طول زایمان از پذیرش تا تولد جنین	۶/۳ ± ۴/۰۳	۷/۲ ± ۴/۴	۰/۰۴

جدول ۲- فراوانی پیامدهای بارداری کنونی در دو گروه حامله نوجوان و نخست زا

متغیرها		نوجوانان تعداد(درصد)	نخست زایان تعداد (درصد)	در کل تعداد(درصد)	p
	بله	(۵۰)۷۲	(۴۸/۶)۱۲۶	(۵۱/۴)۱۹۸	
استفراغ	خیر	(۴۱)۵۰	(۵۱/۴)۱۳۴	(۴۸/۶)۱۸۴	۰/۰۵
	بله	(۳۲/۸)۴۰	(۲۸/۲)۷۳	(۲۹/۷)۱۱۳	
بیخوابی	خیر	(۶۷/۲)۸۲	(۷۱/۷)۱۸۷	(۷۰/۳)۲۶۸	۰/۰۱
	بله	(۴/۱)۵	(۱۵/۴)۴۰	(۱۱/۸)۴۵	
دیابت در بارداری	خیر	(۹۵/۹)۱۱۷	(۸۴/۶)۲۲۰	(۸۸/۲)۳۳۶	۰/۰۰۱
	بله	(۶/۶)۸	(۹/۳)۲۴	(۸/۴)۳۲	
فشار خون بارداری	خیر	(۹۳/۴)۱۱۴	(۹۰/۷)۲۳۶	(۹۱/۶)۳۴۹	۰/۳۷
	بله	(۳۱/۱)۳۸	(۲۰/۵)۵۳	(۲۳/۹)۹۱	
عفونت اداری	خیر	(۶۸/۹)۸۴	(۷۹/۵)۲۰۷	(۷۶/۱)۲۹۰	۰/۰۲
	بله	۰	(۳/۱)۸	(۱,۲)۸	
پیلونفریت	خیر	(۱۰۰)۱۲۲	(۹۶/۹)۲۵۲	(۹۷/۹)۳۷۴	۰/۰۴

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

طول زایمان از پذیرش تا تولد جنین را نشان داده است. بین مقدار هموگلوبین قبل از زایمان و مقدار هموگلوبین بعد از زایمان ارتباط معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵) اما میانگین طول زایمان از پذیرش تا تولد جنین بین دو گروه ارتباط معناداری داشت و در گروه نوجوان طول زایمان از پذیرش تا تولد جنین کمتر بود (p=۰/۰۴).

جدول دو فراوانی عوارض در بارداری کنونی مانند استفراغ (p=۰/۰۵)، بیخوابی (p=۰/۰۱)، دیابت (p=۰/۰۰۱)، افزایش فشار خون، عفونت ادراری (p=۰/۰۲) و پیلونفریت (p=۰/۰۴) را نشان می دهد. همه متغیرها به جز فشار خون بالا (p=۰/۳۷) دارای تفاوت آماری معناداری بودند (p<۰/۰۵). بدین صورت که استفراغ، بی خوابی و عفونت اداری در گروه نوجوانان نسبت به زنان نخست زا بیشتر بود (p<۰/۰۵) اما دیابت بارداری، فشار خون بارداری و پیلونفریت در گروه زنان نخست زا نسبت به گروه نوجوانان بیشتر بود (p<۰/۰۵).

جدول سه متغیرهای زایمان و پیامدهای آن را نشان می دهد. متغیر فراوانی نوع زایمان همانطور که جدول فوق نشان می دهد در بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری بود. بدین صورت که زایمان طبیعی در میان نوجوانان بیشتر می باشد (p=۰/۰۴). همانطور که جدول فوق نشان می دهد استفاده از بیحسی و بیدردی در بین دو گروه دارای تفاوت معنی داری نبود (p>۰/۰۵). همچنین علت مراجعه برای زایمان بین دو گروه نیز دارای تفاوت آماری نبود (p>۰/۰۵). متغیر دکولمان و جفت سر راهی نیز بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود (p>۰/۰۵). میزان برآورد خونریزی پس از زایمان توسط خود مددجویان نیز در بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود (p>۰/۰۵). همچنین میزان القا یا تقویت زایمانی بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود (p=۰/۰۶) اما نزدیک به سطح معناداری بود و در گروه زنان نخست زا نسبت به نوجوانان بیشتر بود (۵۲/۱٪ در زنان نخست زا و ۴۱/۸٪ در نوجوانان).

جدول چهار متغیر های کمی پیامدهای نوزادی

جدول ۳- درصد فراوانی پیامدهای زایمان در دو گروه حامله نوجوان و نخست زا

متغیرها		نوجوانان تعداد(درصد)	نخست زایان تعداد (درصد)	در کل تعداد(درصد)	p
استفاده از بی دردی در طی	بله	(۳۶/۱)۴۴	(۴۲/۷)۱۱۱	(۴۰/۶)۱۵۵	
زایمان	خیر	(۶۳/۹)۷۸	(۵۷/۳)۱۴۹	(۵۹/۴)۲۲۷	۰/۲۱
القا یا تقویت لیبر	بله	(۴۱/۸)۵۱	(۵۲/۱)۱۳۱	(۹۳/۹)۱۸۲	
	خیر	(۵۸/۲)۷۱	(۴۷/۹)۱۲۵	(۱۰۶/۱)۱۹۶	۰/۰۶
علت مراجعه زایمان	درد زایمان	(۵۴/۵)۶۶	(۵۰/۳)۱۳۱	(۱۰۴/۸)۱۹۷	
	گذشتن از موعد	(۱۸/۲)۲۲	(۲۵/۱)۶۵	(۴۳/۳)۸۷	/۰۰۵
	پاره شدن کیسه آب	(۲۷/۳)۳۴	(۲۴/۶)۶۴	(۵۱/۹)۹۸	۰
انواع زایمان	زایمان طبیعی + اپیزیاتومی	(۶۵/۴)۸۱	(۵۷/۳)۱۵۱	(۵۹/۴)۲۲۷	
	سزارین	(۳۳/۶)۴۱	(۳۸/۸)۱۰۹	(۳۷/۲)۱۴۲	۰/۰۴
خونریزی بعد از زایمان	نرمال	(۵۵/۷)۶۸	(۵۰/۳)۱۳۱	(۱۰۱/۰)۱۹۹	
	غیر نرمال	(۴۴/۳)۵۴	(۴۹/۷)۱۲۹	(۹۴/۰)۱۸۳	۰/۴۲
	دارد	۰	(۱/۶)۴	(۱/۱)۴	
دکولمان	ندارد	(۱۰۰/۰)۱۲۲	(۹۸/۴)۲۵۶	(۹۸/۹)۳۷۸	۰/۲۱

جدول ۴- میانگین پیامدهای نوزادی در دو گروه حامله نوجوان و نخست زا

متغیر*	گروه نوجوانان	گروه نخست زایان	p
میانگین نمره آپگار دقیقه ۱	۸/۵ ± ۱/۷۸	۸/۹ ± ۴/۰۶	۰/۳۷
میانگین نمره آپگار دقیقه ۵	۹/۷ ± ۱/۵۷	۹/۶ ± ۱/۵۶	۰/۷۳
میانگین وزن نوزادان	۳۰۴۴/۵ ± ۶۷۷/۶۹	۳۰۵۵/۵ ±۶۸۳/۸۹	۰/۶۰

*متغیرهای کمی هستند

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۵- درصد فراوانی پیامدهای نوزادی در دو گروه حامله نوجوان و نخست زا

متغیرها*		نوجوانان تعداد(درصد)	نخست زایان تعداد (درصد)	در کل تعداد(درصد)	p
ناهنجاریهای آشکار مادرزادی	دارد	(۲/۵)۳	(۱/۹)۵	(۱,۲)۸	۰/۶۳
	ندارد	(۹۷/۵)۱۱۹	(۹۸/۱)۲۵۵	(۹۷/۹)۳۷۳	
نیاز به احیاء	بله	(۲/۵)۳	(۶/۹)۱۸	(۱,۲)۸	۰/۰۷
	خیر	(۹۷/۵)۱۱۹	(۹۳/۱)۲۴۲	(۹۷/۹)۳۷۳	
زایمان زودرس	بله	(۶/۶)۸	(۱۱/۹)۳۱	(۱۰/۲)۳۹	
	خیر	(۹۳/۴)۱۱۴	(۸۸/۱)۲۲۹	(۸۹/۸)۳۴۳	۰/۱۱
تاخیر رشد داخل رحمی	دارد	(۱/۶)۲	(۱/۲)۳	(۶/۶)۵	
	ندارد	(۹۸/۴)۱۰۰	(۹۸/۸)۲۵۷	(۹۳/۴)۳۵۷	۰/۱۶

*متغیرهای کیفی می باشند

در بارداری کنونی را نشان می دهد. نتایج نشان داد که میانگین متغیرهای نوزادی از جمله میانگین نمره آپگار دقیقه اول، نمره آپگار دقیقه پنجم و وزن نوزادان بین دو گروه نوجوانان و نخست زایان تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p>۰/۰۵).

جدول ۵ متغیرهای کیفی پیامدهای نوزادی در بارداری کنونی مانند ناهنجاریهای آشکار مادرزادی زایمان زودرس و نیاز به اقدامات اولیه احیا را در بین دو گروه نوجوانان و نخست زایان نشان می دهد. همانطور که جدول فوق نشان می دهد ناهنجاریهای آشکار مادرزادی و زایمان زودرس در هردو گروه تفاوت معنی داری ندارد (p>۰/۰۵) اما نیاز به اقدامات اولیه احیا در بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری بود و در نوزادان زنان نخست زا بیشتر بود (p=۰/۰۳). همچنین متغیر دوقلویی بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود (p>۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که میانگین توده بدنی و وزن قبل از بارداری و همچنین افزایش وزن حین بارداری در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت. این موضوع برخلاف مطالعه های دیگر بود که در آن گروه نوجوان نسبت به نخست زا دارای شاخص توده بدنی پایین تری بودند (۱۰). در مطالعه‌ی Lao و همکارش در هنگ کنگ که بر روی ۶۱۳ زن نوجوان باردار انجام گرفته بود، نشان داده شد که پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی با قد و شاخص توده بدنی مادران ارتباط داشته است (۲۳). در مطالعه Shih-Chen و همکاران در جان هاپکینز در سال ۲۰۰۳ (۲۴) و Hediger و همکاران در نیوجرسی امریکا در سال ۲۰۰۰ متوجه شدند که وزن گیری مادر در دوران بارداری با وزن کم هنگام تولد نوزاد و زایمان زودرس ارتباط جدی و خطی دارد و بر افزایش وزن در طی بارداری بیشتر تاکید شده است در واقع وزن گیری در بارداری را به نوعی با سرانجام نوزاد مرتبط دانسته اند (۲۵). علت این یافته ها در این مطالعه را می تواند ناشی از این امر باشد که در استان قزوین زنان هر دو گروه مراجعه کننده به مرکز درمانی از لحاظ وضعیت تغذیه ای و فرهنگی دارای وضعیت مشابه بوده اند؛ بنابراین در هر دو گروه از لحاظ شاخص توده بدنی و وزن گیری در دوران بارداری تفاوت معناداری یافت نشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که عوارضی مانند فشار خون بارداری و زایمان زودرس در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت. همچنین در مطالعه حاضر بین دکولمان جفت و جفت سرراهی در هر دو گروه دارای ارتباط معنی داری نبود که با نتایج تحقیقات مشابه مطابقت داشتند (۲۶ و ۲۷). مطالعه‌ی Soubhagya Talawar و همکاران در سال ۲۰۱۳ نشان داد که شیوع عوارضی چون پره اکلامپسی و زایمان زودرس در گروه نوجوانان بیشتر بود (۲۸). در مطالعه William Gilbert و همکاران در سال ۲۰۰۴ نیز پیامدهای بارداری مانند پره اکلامپسی، فشار خون بارداری و زایمان

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

زودرس در نوجوانان حاملـه بـه طـور معنـی داری بیشتر بود (۲۹) اما در مطالعه صـفری و همکـاران نیز در سال ۱۳۸۹ بین فشـار خـون بـارداری، کـم خونی و دکولمان بین دو گـروه ارتبـاط معنـاداری وجود نداشت (۱۰) که با نتـایج مطالعـه ی حاضـر هم خوانی داشـت. همچنـین مطالعـه Zhekova و همکاران در سال ۲۰۰۱ نیز نشان داد کـه تفـاوت آماری معناداری بین دو گروه نوجـوان و جـوان در جفـت و جداشـدگی جفـت در دوره نفـاس وجـود نداشته است؛ اما زایمان زودرس و پـره اکلامپسـی تفاوت آماری معنـاداری را نشـان دادنـد (۳۰). در مطالعـــه ی Kumar و همکـــاران میـــزان جفـــت سرراهی در گروه نوجوانان بیشتر بود اما در مطالعه ی حاضر چنین یافتـه ای بـه دسـت نیامـد (۱۴). علت این اختلافات در یافته ها مـی توانـد بـه ایـن علت باشدکه به دلیل ارتقاء سطح بهداشت باروری در جوامع و اجرای برنامه های خـدمات بهداشـتی اولیه، بیشتر زنـان حاملـه بـه خـدمات مراقبتهـای دوران بـــارداری دسترســـی دارنـــد و بســـیاری از اختلالات قبل از کامل شدن سیر بـالینی بیمـاری شناسایی و درمان می شوند. همچنـین در مطالعـه حاضر از آنجائی که شـرایط فرهنگـی، اجتمـاعی و اقتصادی هر دو گروه مشـابه بـوده اسـت بنـابراین شرایط تغذیه ای و دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی یکسان بوده است؛ بنابراین می توان گفـت که تاثیر محیط بر روی پیامـدهای دوران بـارداری دارای تاثیرات مشابهی در هر دو گروه بوده است.

نتایج مطالعه حاضر نشـان داد کـه طـول مـدت زایمـان در گـروه نوجوانـان بـه طـور معنـی داری کوتاهتر (۶/۳۰ در مقابل ۷/۲۰ سـاعت) و زایمـان طبیعی در گروه نوجوانان بیشتر بود (۶۴ در مقابل ۵۷ درصد). این موضوع با مطالعه صفری در گرگان (۱۰) و خوشـــیده در زاهـــدان (۲۶) و Edirne در ترکیه (۱۵) مطابقت دارد ولی بـا مطالعـه Kumar مطابقت نداشت. در مطالعه Kumar مـدت زایمـان طولانی ۹ ساعت عنوان شده بود (۱۴). در مطالعـه حاضر زایمان سزارین بـین دو گـروه دارای تفـاوت معنـــاداری نبـــود. در مطالعـــه‌ی Soubhagya Talawar و همکاران در سال ۲۰۱۳ سزارین بـین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبـود (۲۸)؛ اما در مطالعه ی William Gilbert و همکاران در سـال ۲۰۰۴ کـاهش زایمـان سـزارین را در گـروه نوجوان نشان دادند (۲۹) که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی داشت. علت این امر از این می باشد که زنان حاملـه نوجـوان تمایـل بیشـتری بـه زایمـان طبیعی داشتند. همچنـین حـدود ۵۴/۵ درصـد از زنان حامله نوجوان با شـکایت درد زایمـان جهـت زایمان مراجعه کرده بودند امـا در زنـان نخسـت زا ۴۹/۲ بود. نیاز به دریافت داروهای ضـد درد در دو گروه تفاوت نداشت که البته ذکر این نکته ضروری است که اغلب نمونه ها گاز اینتونوکس را دریافـت می کردند.

در مطالعه کنونی میزان سقط در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت که بدلیل حجم کم نمونـه قابـل آنالیز نبود. در مطالعات مختلـف در امریکـا ماننـد Maynard و Woodward بر این نکته تاکید شـده که آمار سقط در نوجوانان افزایش دارد (۳۱ و ۳۲). در کشور ما چـون آمـار دقیقـی بـرای سـقط غیـر قانونی وجود ندارد لـذا نمـی تـوان در ایـن زمینـه اظهار نظـر کـرد. همچنـین از آنجائیکـه در ایـران بیشتر حـاملگی هـا در چـارچوب ازدواج و قـانونی صورت می گیرد بنابراین حـاملگی هـای نوجوانـان کمتر به سقط منتهی می شود.

در مطالعه حاضر بین علت مراجعه جهت زایمان بین دو گروه ارتباط معناداری مشاهده نشد. گرچه علت مراجعه بـرای زایمـان در هـر دو گـروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود امـا در گـروه نوجـوان بیشتر زنان با درد زایمان یا شکایت آبریزش ناشـی از پاره شدن پرده آمنیـون جنینـی مراجعـه کـرده بودند؛ بنـابراین زایمـان بـه روش طبیعـی در آنهـا بیشتر و نیاز به القا یا تقویـت زایمـان کمتـر بـود. همچنین طول مدت پذیرش مددجو به بیمارستان تـا زایمـان نیـز در گـروه نوجـوان کمتـر بـود. در مطالعه‌ی Zhekova و همکاران در سـال ۲۰۰۱ در گروه نوجوان پارگی زودرس پرده ها تفاوت امـاری معناداری نشان دادند اما زایمـان واژینـال و طـول مدت زایمان تفاوت آماری معناداری نداشت (۳۰).

در مطالعه حاضـر نوجوانـان در ابتـدای بـارداری تهوع و استفراغ بیشتری را تجربه کردند. همچنین سردرد و اختلالات خواب در گروه نوجوانان بیشـتر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

بود که با نتایج مطالعه ی Stephen Robson و همکاران مطابقت دارد (۳۳). علت این امر می تواند ناشی از آن باشد که نوجوانان به دلیل آگاهی کم از بارداری و داشتن استرس توانایی کمتری جهت مقابله با چنین مشکلاتی در دوران بارداری داشتند.

طبق نتایج مطالعه حاضر در نخست زایان بروز دیابت در بادرای در بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری بود و در گروه نخست زا بیشتر بود. در مطالعه ی Kumar و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان داده شد که دیابت بارداری در گروه نوجوانان دارای تفاوت آماری معناداری نبود (۱۴)؛ که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی داشت. علت این امر می تواند ناشی از این باشد که بیماری با سن دارای رابطه مستقیم می باشد (۱).

مطالعه حاضر نشان داد که میزان خونریزیهای بعد از زایمان در بین دو گروه مشابه بود. در مطالعه یLao و همکاران چنین یافته ای به دست آمد (۲۳)؛ اما در مطالعه Soubhagya و همکاران خونریزی بعد از زایمان ادر گروه نوجوانان حامله اختلاف معناداری را نشان داده بود (۲۸). علت این امر می تواند ناشی از این باشد که در زنان هر دو گروه مراقبتهای و آموزشهای علایم خطر بعد زایمان انجام شده بود. طول بستری بعد از زایمان در هر دو گروه یکسان بود. همچنین میزان مشکلات مربوط به جفت های ناهنجار ی تا چسبندگی جفت در هر دو گروه مشابه بود؛ بنابراین خونریزیهای بعد از زایمان در هر دو گروه یکسان بود.

طبق مطالعه حاضر عفونت ادراری در گروه نوجوانان بیشتر بود ولی پیلونفریت در گروه نخست زایان بیشتر بود. در مطالعه‌ی Weir M و همکاران نیز نشان داده شد که عفونتهای اداری تحتانی در نوجوانان بیشتر می باشد. به نظر Weir M و همکاران علت افزایش این عفونتها در گروه نوجوانان به دلیل شروع زودرس روابط جنسی و عدم پیگیری مناسب درمان در آنان ذکر شده است (۳۴). در مطالعه ی Pereira و همکاران نشان داده شده است که شیوع پیلونفریت و نفروپاتی در گروه بزرگسال بیشتر می باشد. علت آن می تواند به علت شناسی بیماری برگردد؛ زیرا پیلونفریت و دیگر نفروپاتی ها با افزایش سن و داشتن دیگر بیماریهای زمینه ای در ارتباط می باشند (۳۵). نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت.

مطالعه کنونی میزان مراجعه به مراکز بهداشتی جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری را ۶ بار در گروه نوجوانان و در گروه نخست زایان ۷ بار در طول بارداری نشان داد که با نتایج مطالعات Moini و همکاران (۳۶) و Qazi (۳۷) مطابقت داشت. در مطالعه‌ی Khairani Omar و همکاران در سال ۲۰۱۰ نیز نشان داده شد که مراقبتهای پره ناتال کمتربا آنمی بیشتر و نمرات آپگار پایین تر ارتباط داشت (۳۸). مطالعه ی Mersal و همکاران نیز نشان داد که نوجوانانی حامله ای که مراقبت های کافی دوران بارداری را دریافت می نمایند نسبت به زنان حامله جوان دارای پیامدهای نامطلوب مادری نبودند (۳۹). در مطالعه ی Alexander و همکاران در کارولینای آمریکا تعداد دفعات مراجعه برای دریافت مراقبت های دوران بارداری را با پیامدهای مطلوب هم برای مادر و هم نوزاد مرتبط دانسته اند و آن را در افزایش وزن هنگام تولد و کاهش زایمان زودرس موثر دانسته‌اند (۴۰). واقعیت این است که نوجوانان کمتر به دنبال درمان و دریافت مراقبت می روند و زمانی آن را جستجو می کنند که دیر شده است؛ بنابراین باید نسبت به ایجاد محیط امن و حفظ رازداری و حریم خصوصی برای این گروه حساسیت لازم نشان داد (۴۱). در مطالعه‌ی حاضر میانگین همو گلوبین قبل و بعد از زایمان در دو گروه نوجوانان و نخست زایان تفاوت معنی داری نداشت. همچنین کاهش میانگین هموگلوبین ۴ ساعت بعد از زایمان در بین دو گروه دارای تفاوت معنی داری نبود. این یافته ها با نتایج مطالعات دیگر در کشور ما مشابه بود (۱۰ و ۳۶). علت آن می تواند به دلیل هم نژاد گروها و یکسان بودن شیوه تغذیه ای و زندگی در بین دو گروه می باشد.

در ارتباط با عواقب نوزادی در مطالعه ی حاضر پیامدهای نوزادی مانند زایمان زودرس و آپگار دقیقه اول و پنجم، محدودیت رشد داخل رحمی و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

وزن هنگام تولد در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت که با نتایج مطالعات صفری و مریم مطابقت داشت (۱۰ و ۲۵). نیاز به احیای نوزاد در هنگام تولد نیز گرچه دارای تفاوت آماری معناداری نبود اما در گروه نخست زایان بیشتر بود (۰۷/ p=۰). در مطالعه ی Xi-Kuan Chen و همکاران نشان داند که حاملگی نوجوانان خطر پیامدهای نامطلوب نوزادی را افزایش می دهد. یافته های مطالعه آنان نشان داد که پیامدهایی مانند آپگار دقیقه اول کمتر از ۴، آپگار دقیقه پنجم کمتر از ۷ و زایمان زودرس با مراقبتهای ناکافی نوزادی و وزن گیری نامناسب در بارداری مرتبط می باشد (۴۲). همچنین مطالعه ی Talo و همکاران در سال ۲۰۰۰ نشان داده است که خطر زایمان زودرس در زنان حامله نوجوانان به دلیل نارس بودن و رشد ناکافی شرایط فیزیولوژیک مادر در زمان حاملگی می باشد (۴۳). همچنین در مطالعه‌ی Grady و Bloom در سال ۲۰۰۴ نیز ارتباط آماری معناداری بین سن مادر با زایمان زودرس و آپگار پایین یافت شد (۴۴). علت این موضوع می تواند با محیط پژوهش مطالعه ی حاضر مرتبط باشد. در کشور ایران اغلب بارداریهای که در بیمارستان ختم می شود نتیجه ازدواج قانونی بوده و خواسته یا ناخواسته توسط والدین و جامعه حمایت می شوند در حالیکه در سایر کشورها اغلب بارداری در این گروه سنی ناشی از روابط جنسی آزاد بوده و بدون ازدواج صورت می گیرند لذا حمایتی از طرف خانواده و جامعه دریافت نمی کنند. به همین علت احتمال پیامدهای بارداری و نوزادی در آنان بیشتر می‌باشد (۳).

در مطالعه ی Soubhagya Talawar وزن هنگام تولد نوزادان در گروه نوجوان کمتر بود اما ناهنجاریهای آشکار مادرزادی بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود (۲۸)؛ اما نتایج مطالعه حاضر نشان داد که وزن هنگام تولد نوزاد و ناهنجاریهای آشکار مادرزادی در بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نداشت. علت این امر می تواند به این علت باشد چون شاخص توده بدنی مادران در بین دو گروه دارای تفاوت معناداری نبود و از آنجائی که وزن مادر می تواند بر روی وزن نوزاد تاثیر بگذارد، بنابراین میانگین وزن نوزادان در بین هر دو گروه یکسان بود. همچنین به علت مشابه بودن سابقه بیماریهای زمینه ای در هر دو گروه و ناچیز بودن تاثیر دیابت دوران بارداری بر روی ناهنجاری‌های مادرزادی (۱)، هر دو گروه از نظر ناهنجاری‌های مادرزادی هنگام تولد تفاوت معناداری نشان ندادند.

نتایج مطالعه نشان داد که پیامدهای بارداری و زایمان در دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری بود و این امر لزوم توجه بیشتر به گروه آسیب پذیر نوجوانان را بیش از پیش مبین می سازد؛ اما طبق نتایج مطالعه پیامدهای نوزادی در بین دو گروه دارای تفاوت آماری معناداری نبود و نشان دهنده این امر می باشد که با کنترل پیامدهای مادری می توان از وقوع پیامدهای نوزادی پیشگیری نمود؛ بنابراین با پیگیری و پیشگیری از وقوع و پیشرفت پیامدهای نامطلوب بارداری و زایمان در گروههای آسیب پذیر زنان حامله مانند گروه نوجوان می توان تا حدودی از وقوع این پیامدها پیشگیری نمود و یا شیوع پیامدها را کاهش داد. در پایان محققین مطالعه پیشنهاد می کنند که مطالعات دیگری بر روی جنبه های دیگر بارداری نوجوانان مانند بررسی پیامدهای بارداری در زنان نوجوان بدون همسر و بررسی پیامدها در دوران پس از زایمان مانند شیر دهی، مراقبت از نوزاد و تنظیم خانواده در این گروه صورت گیرد تا گامی در جهت ارتقاء هر چه بیشتر سلامتی در گروه‌های آسیب پذیر زنان حامله صورت بگیرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از همکاری معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و ریاست و مدیریت محترم بیمارستان کوثر در انجام این پژوهش تقدیر و تشکر می نمایند.

منابع

1. Wiliams Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Sponge CY. Williams's

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

obstetrics. New York City: McGraw-Hill, edit 15, 2010; 1203-89.

2. World Health Organization (WHO) team of Maternal, newborn, child and adolescent health in Adolescent pregnancy? Available from: http://www.WHO.int/maternal_child_adolescent/

3. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? World Health Organization 2008. Available from: www.who.int/making_pregnancy _safer/ events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf

4. World Health Organization, United Nations Statistics Division– Demographic and Social Statistics. Demographic Yearbook 2009-2010, fertility section, tables 10 and 10a. Live births by age of mother and sex of child, general and age-specific fertility rates. Available from: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2009-2010.htm

5. Safari T, Fazeli R, Moghasemi S, Seifi Fh. The Pregnancy and Childbirth Outcome of Adolescent and Young Mothers in Dezyani Hospital of Gorgan, Iran, Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery, 2009;7(1): 34-40. (Persian)

6. Domenico M, Karen H. Adolescent Pregnancy in America: Causes and Responses. The Journal for Vocational Special Needs Education 2007; 30(1): 401-9.

7. Jolly MC, Sebire MN, Harris J. Obstetric risks of pregnancy in women less than 18 years old. Obstetrics & Gynecology journal 2000; 15(2): 962-96.

8. Mayor S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. BMJ 2004; 1152(7449):328.

9. Saxena P, Salhan S, Chattopadhyay B, Kohli M, Nandan D, Adhish SV. Obstetric and perinatal outcome of teenage and older primigravidas- a retrospective analysis. Health and Population: Perspectives and Issues 2010:33(1):16-22.

10. Creatsas G and Elsheikh A: Adolescent pregnancy and its consequences. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7: 167.

11. Phupong V, Suebnukarn K. Obstetric outcomes in nulliparous young adolescents. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2007 Jan; 38(1):141-5.

12. Panagopoulos P, Salakos N, Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G and et al. Adolescent Pregnancy in a Greek Public Hospital during a Six-year Period—a Retrospective Study. J Pediatr Adolesc Gynecol 2008; 21(3): 265-268.

13. Karabulut A, Ozkan S, Bozkurt AI, Karahan T, Kayan S. Perinatal outcomes and risk factors in adolescent and advanced age pregnancies: comparison with normal reproductive age women. J Obstet Gynaeco 2013; 33(4):346-50.

14. Kumar A, Singh T, Basu S, Pandey S, BhargavaV. Outcome of teenage pregnancy. Indian J Pediatr 2007; 74(10): 927-31.

15. Edirne T, Can M, Kolusari A, Yildizhan R, Adali E, Akdag B. Trends, characteristics and outcomes of adolescent pregnancy in eastern Turkey. International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier Ireland Ltd 2010; 43(3): 06-9.

16. Dryburgh, H. Teenage pregnancy :Facts and Statistics: Sexual Health and Canadian Youth - Teen Pregnancy Rates. Health Reports 2002; 12 (1): 9-18.

17. Udo A, Ekott M, Ekanem E. Teenage Pregnancy and Adverse Birth Outcomes in Calabar, Nigeria. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics 2013; 17 (2): 3210-8.

18. Kellartzis D, Tsolakidis D, Mikos T, Vavilis D, Tzevelekis V, Tampakoudis G, et al. Obstetric outcome in adolescence: a single centre experience over seven years. Clin Exp Obstet Gynecol. 2013; 40(1):49-51.

19. Charlton BM, Corliss HL, Missmer SA, Rosario M, Spiegelman D, Austin SB. Sexual orientation differences in teen pregnancy and hormonal contraceptive use: an examination across 2 generations. Am J Obstet Gynecol 2013; 209(3): 204 -8.

20. Coyne CA, Långström N, Lichtenstein P, D'Onofrio BM. The association between teenage motherhood and poor offspring outcomes: a national cohort study across 30 years. Twin Res Hum Genet. 2013; 16(3): 679-89.

21. Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo Lde Á, Souza LD and etch. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr 2013; 35(1): 51-6.

22. McIntyre P. Adolescents Pregnancy Delivering on Global Promises of Hope, world health organization, unfpa 2006. Available in http://www. who.int/child-adolescent-health/ publications/publist .html

23. Lao T and Ho F. Relation between preterm delivery and maternal height in teenage pregnancy. Human reproduction 2000; 15(2): 463- 468.

24. Shih-Chen Cha K, Maureen S, Mancini J and Witter R. Characteristics and risk factors for adverse birth outcomes in pregnant black adolescent.the journal of pediatrics 2003; 143(2): 250-257

25. Hediger M L, Scholl T O, Ances I G, Belsky D H and Salmon. R W. Rate and amount of weight gain during adolescent pregnancy: associations with maternal weight-for-height and birth weight 2013. Available from: http://pediatrics. Aappublication.org.2013

26. Khooshideh M and shahriari A. Pregnancy outcome in teenagers in East Sauterne of Iran. J Pak Med Assoc 2008; 58(10): 541-4.

27. Bukulmez O and Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. European Journal of

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Obstetrics & Gynecology 2000; 23(5): 451-9

28. Soubhagya T and Venkatesh G. Outcome of Teenage Pregnancy. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences 2013; 6(6): 81-83.

29. Gilbert W, Jandial D, Field N, Bigelow P and Danielsen B. Birth outcomes in teenage pregnancies 2004; 16(5): 265-270.

30. Zhekova K, Rachev E, Asparukhova E, Bratoeva I, Lazarova L, Georgieva E and etch. Pregnancy, delivery and perinatal outcome in adolescent pregnancy. Akush Ginekol (Sofiia). 2001; 40(3):19-23.

31. Maynard RA. Economic costs and social consequences of teen pregnancy. Washington DC, the Urban Institute Press 2008. Available from:

32. Wood ward L, Fergusson D and Horwood L Risk Factors and Life Processes Associated with Teenage Pregnancy: Results of a Prospective Study From Birth to 20 Years .Journal of Marriage and Family 2001; 63(4): 1170–1184

33. Robson S, Cameron CA and Roberts CL. Birth outcomes for teenage women in New South Wales, 1998–2003, Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology 2006; 46(4): 305–310

34. Weir M and Brien J. Adolescent urinary tract infections. Adolesc Med 2000; 11(2): 293-313.

35. Pereira LS, Lira Plascencia J, Ahued Ahued R, Quesnel García Benítez C, Iturralde Rosas Priego P and Arteaga Gómez C. Maternal morbidity in adolescent pregnancy. Ginecol Obstet Mex 2002; 70 (2):270-4.

36. Moini A, Riazi K and Mehrparvar A.H. Pregnancy and labor complications in teenagers in Tehran, International Journal of Gynecology and Obstetrics 2002; 78 (2): 245–247. (Persian)

37. Qazi G. Obstetrics characteristics and complication of teenage pregnancy. JPMI 2011; 25(2): 134-138. (Persian)

38. Omar Kh, Hasim S, Muhammad N A, Jaffar A, Hashim S M and Halizah Siraj H. Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia. International Journal of Gynecology & Obstetrics. December 2010; 111(3): pp 220–223

39. Mersal FA, Esmat OM, Khalil GM. Effect of prenatal counselling on compliance and outcomes of teenage pregnancy. East Mediterr Health J. 2013 Jan; 19(1):10-7.

40. Alexander GR and Cornely D A .Prenatal care utilization: its measurement and relationship to pregnancy outcome. American Journal of Preventive Medicine 1987; 3(5): 243-253

41- Godha D, Hotchkiss DR and Gage AJ. Association between child marriage and reproductive health outcomes and service utilization: a multi-country study from South Asia. J Adolesc Health. 2013; 52(5): 552-8

42. Chen Xi-K, Wen Shi W, Fleming N, Demissie K, Rhoads G and Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. International Journal of Epidemiology 2007; 36(3):368–373

43. Talo T and Ho L F. The obstetric implications of teenage pregnancy. Hum. Reprod. (1997) 12 (10): 2303-2305.

44. Grady M and Bloom K C. Pregnancy Outcomes of Adolescents Enrolled in a Centering Pregnancy Program. American College of Nurse-Midwives 2004; 49(5): 412-20

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]

Original Article http://rjms.iums.ac.ir

Comparison of pregnancy and delivery outcomes in teenage mothers and primiparas referring to Kowsar Teaching Hospital in Qazvin in 2012-2013

Mehri Kalhor, MSc of Midwifery, Kowsar hospital, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. mkalhor20@gmail.com
*** Nezal Aj**, PhD Student of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (*Corresponding author). nezal_ajh@yahoo.com
Mahmood Alipour, Statistics PhD, Faculty of Qazvin University Medical Sciences, Qazvin, Iran. mahmod-alipor@yahoo.com
Farideh Eghdam Poor, MSc of Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. farideegdampour@gmail.com

Abstract

Background: Teenage pregnancy is a public health issue that affects teenage mothers and community at large-scale. Teenage pregnancy has side effects for mother and embryo. The present study compared pregnancy outcomes in teenage and primiparas.

Methods: Present study was a descriptive-comparison with 382 pregnant women in two groups, 122 teenage mothers and 260 primiparas above 20 years old admitted to Kowsar Teaching Hospital in Qazvin in 2012-2013 using convenience sampling. Data gathering tool was a questionnaire with three sections including demographics, pregnancy and delivery information, and neonatal outcomes. Data were analyzed using Chi square test and t-test through SPSS v. 16.

Results: Results showed that weight gain in pregnancy and complications such as abruption, preeclampsia, placenta previa, miscarriage and IUGR in two groups were no significantly different ($p>0.05$). Vomiting, insomnia and urinary tract infection were more frequent in teenage pregnancy but diabetes and pyelonephritis were higher in primiparas ($p=0.04$). Post-partum was similar in both groups. Duration of delivery was significantly shorter and vaginal delivery was higher in teenage pregnancy ($p=0.04$).

Conclusion: This study showed that some pregnancy outcomes between the two groups have significant association, which denotes the necessity of paying more attention to vulnerable groups of teenage. Hence, promoting the level of education in mothers can prevent unintended consequences.

Keywords: Teenage pregnancy, Maternal outcomes, Neonatal outcomes, Primipara

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-17]