



شیوع عفونت ادراری و عوامل خطر مرتبط با آن در زنان

باردار شهرستان اردبیل

راحله عالی جهان^۱، فرهاد پورفرزی^۲، سوسن سلیمی^۱، پریسا طهماسبی^۳،

شهلا مرادی^۳، صادق حضرتی^{۴*}

^۱ گروه مامایی، مرکز بهداشت شهرستان اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۲ گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۳ گروه مامایی، دانشگاه علوم پایه و پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل

^۴ گروه بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

(دریافت مقاله: ۹۱/۲/۲۳ - پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۵)

چکیده

زمینه: عفونت ادراری شایع‌ترین عفونت باکتریال دوران بارداری و عامل خطر مهمی برای پیامد وخیم مادری و پری ناتال است. این مطالعه با هدف تعیین شیوع عفونت ادراری و عوامل خطر مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی همبستگی بود که در آن ۲۴۹۶ زن باردار مراجعه‌کننده به ۶ مرکز بهداشتی شهری و ۳ مرکز بهداشتی روستایی شهرستان اردبیل در تیرماه سال ۱۳۹۰ از طریق نمونه‌گیری چند مرحله‌ای مورد مطالعه قرار گرفتند. ۲۴۰ نفر که کشت ادرار آن‌ها مثبت بود به‌عنوان گروه مورد و مابقی به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. اطلاعات مورد نیاز، از طریق بررسی پرونده بهداشتی زنان باردار و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری کروسکال والیس، مجذور کای و رگرسیون گام به گام انجام شد.

یافته‌ها: ۹/۷ درصد زنان باردار عفونت ادراری داشتند. از میان متغیرهای مورد بررسی، طبقه اجتماعی-اقتصادی متوسط به پایین یافته‌ها: $(p=0/026, CI:1/093-4/141, OR=2/137)$ سال ۳ کمتر از $(p=0/0210, CI:1/138-4/766, OR=2/328)$ فاصله از بارداری قبلی کمتر از ۳ سال $(p=0/039, CI:1/038-4/098, OR=2/062)$ به‌ترتیب مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا به عفونت ادراری در زنان باردار تعیین گردید.

نتیجه‌گیری: فاصله‌گذاری مناسب بین بارداری‌ها، مراقبت ویژه از زنان باردار طبقه اجتماعی متوسط به پایین و زنان مبتلا به استفراغ شدید بارداری می‌تواند نقش به‌سزایی در پیشگیری از ابتلا به عفونت ادراری و عوارض مرتبط با آن داشته باشد.

واژگان کلیدی: زنان باردار، عفونت ادراری، عوامل خطر، ایران

* اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت

مقدمه

به‌عنوان عوامل خطر عفونت ادراری مطرح شده‌اند (۱۶-۱۱) ولی هنوز عوامل مستعدکننده آن به‌طور کامل شناسایی نشده است (۱۵).

تغییرات فیزیولوژیک دستگاه ادراری در بارداری، زنان باردار را مستعد ابتلا به عفونت‌های ادراری می‌کند (۳). اتساع حالب‌ها و لگنچه کلیه، کاهش حرکات دودی حالب، افزایش ترشح استروژن، پروژسترون و گلوکز در ادرار مادر منجر به تجمع ادرار و پس زدن آن به دستگاه ادراری فوقانی و یا کاهش مقاومت دستگاه ادراری در برابر تهاجم میکروب‌ها می‌شود (۳ و ۹). در کشور ما غربالگری عفونت ادراری برای زنان باردار در قالب مراقبت‌های زمان بارداری انجام شده و کلیه زنان مبتلا تحت درمان دارویی قرار می‌گیرند.

تعدادی از مطالعات به این نتیجه رسیده‌اند که درمان ضد میکروبی عفونت ادراری منجر به کاهش عوارض مادری و جنینی آن نمی‌شود و در تعدادی از مطالعات نیز درمان ضد میکروبی منجر به عوارض جنینی شده است (۶ و ۱۰).

در مطالعه مک‌درموت (Mcdermott) و همکاران (۲۰۰۰)، عقب‌افتادگی ذهنی و تکاملی در کودکانی که مادران آن‌ها در بارداری به‌علت ابتلا به عفونت ادراری آنتی‌بیوتیک دریافت کرده بودند بیشتر بود (۱۰). در مطالعه روز (Rouse) و همکاران درمان ضد میکروبی عفونت ادراری منجر به کاهش زایمان زودرس نشد (۱۷).

با توجه به موارد ذکر شده، پیشگیری از عفونت ادراری مقرون به صرفه بوده و بهترین راه برای پیشگیری از عوارض احتمالی آن است. با توجه به اینکه پیشگیری از بروز هر اختلالی مستلزم شناخت عوامل مؤثر در ایجاد آن است این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع عفونت ادراری در زنان باردار و

عفونت ادراری عبارت است از رشد میکروب‌ها در دستگاه ادراری که منجر به صدمه دستگاه ادراری می‌شود و در صورتی که تعداد باکتری‌ها در یک میلی‌لیتر ادرار ۱۰۰۰۰۰ عدد یا بیشتر باشد تشخیص آن مطرح می‌گردد (۱).

زنان بسیار مستعد ابتلا به عفونت ادراری هستند، ۲۰ درصد زنان حداقل یک‌بار در زندگی خود مبتلا به عفونت ادراری می‌شوند و حاملگی شانس ابتلا به عفونت ادراری را افزایش می‌دهد (۲) به طوری که عفونت ادراری شایع‌ترین عفونت باکتریال دوران بارداری است که ممکن است علامت‌دار و یا بدون علامت باشد (۳).

در سال‌های گذشته محققان تلاش کرده‌اند تا اپیدمیولوژی، پاتوژنز و راه‌های پیشگیری و درمان عفونت ادراری را تعیین کنند (۳ و ۴).

در مطالعه سزکان (sescon) و همکاران (۲۰۰۳)، ماسیند (Masinde) و همکاران (۲۰۰۹)، هایدر (Haider) و همکاران (۲۰۱۰) و دارزی (Darzi) و همکاران (۲۰۱۱) شیوع عفونت ادراری به ترتیب ۱/۹، ۱۷/۹، ۴/۳ و ۲/۳ درصد گزارش شده است (۳، ۷-۵). عفونت ادراری در بارداری به‌عنوان عامل خطری برای پیامد وخیم مادری و پری‌ناتال در نظر گرفته شده است (۸). در تعدادی از مطالعات ارتباط عفونت ادراری با زایمان پره‌ترم، وزن کم زمان تولد، مرگ و میر پری‌ناتال، ناهنجاری قلبی مادرزادی، عقب‌افتادگی ذهنی، تأخیر تکامل در شیرخواران، افزایش فشارخون مادر، پره‌اکلامپسی، کم‌خونی مادر، عفونت مایع آمنیوتیک و آندومتریت گزارش شده است (۸-۱۰). اگر چه عواملی نظیر افزایش سن، تعداد زایمان، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و بهداشت فردی

عوامل خطر مرتبط با آن در شهرستان اردبیل انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۲۴۹۶ نفر زن باردار مراجعه کننده به ۶ مرکز بهداشت شهری و ۳ مرکز بهداشت روستایی شهرستان اردبیل در تیرماه سال ۱۳۹۰ وارد مطالعه شدند و نمونه‌گیری به روش چند مرحله‌ای انجام شد به این ترتیب که مراکز بهداشتی شهری به سه طبقه تقسیم شدند و از میان هر کدام از طبقات ۲ مرکز بهداشتی به صورت تصادفی انتخاب شد، مراکز روستایی برحسب فاصله آن‌ها از شهرستان اردبیل به سه طبقه تقسیم شدند و از میان هر کدام از طبقات یک مرکز به صورت تصادفی انتخاب و نمونه‌گیری در کلیه خانه‌های بهداشت تابعه آن مرکز انجام شد. کلیه زنان باردار که جهت مراقبت پره ناتال به مراکز بهداشتی مراجعه می‌نمودند جهت انجام آزمایش کامل ادرار به آزمایشگاه ارجاع شدند و زنانی که در آزمایش کامل ادرار آن‌ها $WBC \geq 4-5$ بود و یا باکتریوری داشتند و زنان دارای علائم بالینی عفونت ادراری جهت انجام آزمایش کشت ادرار ارجاع داده شدند. نمونه‌گیری از وسط ادرار و به طریقه تمیز گرفته شد و قبل از دریافت نمونه، آموزش لازم جهت تحویل صحیح ادرار میانی داده شد. شمارش ۱۰۵ کلنی و بالاتر در هر میلی‌لیتر ادرار نشانگر عفونت ادراری بوده و به‌عنوان کشت مثبت تلقی گردید، ۲۴۰ نفر که کشت ادرار آن‌ها مثبت بود به‌عنوان گروه مورد و ۲۲۵۶ نفر که فاقد عفونت ادراری بودند به‌عنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند.

اطلاعات مورد نیاز از طریق بررسی پرونده بهداشتی زنان باردار و تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شد. اطلاعات مورد بررسی شامل وضعیت اجتماعی اقتصادی والدین (محل سکونت، شغل مادر، طبقه اجتماعی، تحصیلات و سن زن

و شوهر)، سوابق بارداری‌های قبلی (تعداد بارداری، تعداد زایمان، فاصله از بارداری قبلی، سابقه سقط جنین، زایمان زودرس، مرده‌زایی، سابقه ابتلا به بیماری کلیوی و فشارخون بالا)، وضعیت بارداری فعلی (شاخص توده بدنی، سطح هموگلوبین، ابتلا به دیابت، پره اکلامپسی، استفراغ شدید بارداری، حاملگی ناخواسته، دریافت مراقبت پیش از بارداری، زمان شروع مراقبت بارداری و همسرآزاری) بود. در مطالعه ما هیچ کدام از زنان باردار مبتلا به ضعف سیستم ایمنی یا استفاده کننده از داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی نبودند و زنانی که به هر دلیلی اخیراً آنتی‌بیوتیک مصرف می‌کردند از مطالعه حذف شدند. داده‌ها پس از جمع‌آوری دسته‌بندی شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) ویرایش ۱۶ و آزمون‌های آماری مجذور کای، کروسکال والیس و رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از میان ۲۴۹۶ زن باردار شرکت کننده در مطالعه، ۲۴۰ نفر (۹/۷ درصد) مبتلا به عفونت ادراری بودند. از ۲۴۰ زن که کشت ادرار آن‌ها مثبت بود نام میکروارگانسیم مربوطه فقط در ۱۵۹ مورد در پرونده بهداشتی ثبت شده بود که از میان آن‌ها ۳۷/۷ درصد عفونت ترکیبی، ۳۶/۶ درصد اشرشیاکلی، ۱۳/۲ درصد عفونت استافیلوکوکی، ۹/۴ درصد کلبسیلا و ۲/۵ درصد کاندیدیا عامل عفونت ادراری بود. نام میکروارگانسیم‌های دخیل در عفونت‌های ترکیبی در پرونده بهداشتی ثبت نشده بود و عفونت ترکیبی و اشرشیاکلی از شایع‌ترین علل عفونت ادراری در مطالعه ما بودند.

شیوع عفونت ادراری در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری بود به طوری که ۱۸/۴ درصد زنان باردار ساکن روستا و ۸/۴ درصد زنان باردار ساکن شهر مبتلا به

عفونت اداری بودند. شیوع ابتلا به عفونت اداری با
افزایش سن بارداری کاهش یافته بود و ۰/۸ درصد زنان
باردار در هر دو مرحله بارداری مبتلا به عفونت اداری
بودند (جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی عفونت اداری بر حسب سن بارداری به تفکیک شهر و روستا

محل سکونت	فاقد عفونت اداری	عفونت اداری در هفته ۶-۱۰ بارداری تعداد (درصد)	عفونت اداری در هفته ۲۶-۳۰ بارداری تعداد (درصد)	عفونت اداری در هر دو مرحله تعداد (درصد)
شهر	۲۰۰۳ (۹۱/۶)	۱۴۴ (۶/۶)	۳۲ (۱/۴)	۸ (۰/۴)
روستا	۲۵۳ (۸۱/۶)	۱۸ (۵/۸)	۲۸ (۹/۰)	۱۱ (۳/۶)
کل	۲۲۵۶ (۹۰/۳)	۱۶۲ (۶/۵)	۶۰ (۲/۴)	۱۹ (۰/۸)

ابتلا به عفونت اداری در زنان دارای تحصیلات
دانشگاهی (P=۰/۰۰۸) و زنانی که همسران آنها
تحصیلات دانشگاهی داشتند کمتر بود (P=۰/۰۰۴). زنان
دارای طبقه اجتماعی متوسط به پائین (P=۰/۰۰۰)، زنان
ساکن روستا (P=۰/۰۰۰)، زنان زیر ۲۵ سال
(P=۰/۰۰۰)، و زنان خانه‌دار (P=۰/۰۰۳) بیشتر به عفونت
اداری مبتلا شدند. ابتلا به عفونت اداری در زنانی که
همسران آنها سن بالای ۳۰ سال داشتند کمتر بود
(P=۰/۰۰۰) (جدول ۲).

جدول ۲) توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک مادران در گروه‌های مطالعه و شاهد

نتایج آزمون آماری	کل		فاقد عفونت اداری		مبتلا به عفونت اداری		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
p**=۰/۰۰۸	۱۱۶۵	(۴۷/۰)	۱۰۳۹	(۴۶/۴)	۱۲۶	(۵۲/۷)	راه‌نمایی و کمتر
	۸۴۱	(۳۳/۹)	۷۵۵	(۳۶/۷)	۸۶	(۳۶/۰)	متوسطه
	۴۷۲	(۱۹/۰)	۴۴۵	(۱۹/۹)	۲۷	(۱۱/۳)	دانشگاهی
p**=۰/۰۰۴	۱۱۷۰	(۴۷/۲)	۱۰۳۸	(۴۶/۳)	۱۳۲	(۵۵)	راه‌نمایی و کمتر
	۷۷۷	(۳۱/۳)	۷۰۶	(۳۱/۵)	۷۱	(۲۹/۶)	متوسطه
	۵۳۴	(۲۱/۵)	۴۹۷	(۲۲/۲)	۳۷	(۱۵/۴)	دانشگاهی
p*=۰/۰۰۰	۱۸۷۴	(۷۶/۷)	۱۶۷۷	(۷۵/۷)	۱۹۷	(۸۶/۸)	متوسط و پائینتر
	۵۶۹	(۲۳/۳)	۵۳۹	(۲۴/۳)	۳۰	(۱۳/۲)	بالا تر از متوسط
	۲۱۸۷	(۸۷/۶)	۲۰۰۳	(۸۸/۸)	۱۸۴	(۷۶/۳)	شهر
p**=۰/۰۰۰	۳۱۰	(۱۲/۴)	۲۵۳	(۱۱/۲)	۵۷	(۲۳/۷)	روستا
	۱۰۷	(۴/۳)	۸۶	(۳/۸)	۲۱	(۸/۷)	زیر ۱۸ سال
	۱۱۲۹	(۴۵/۵)	۱۰۰۱	(۴۴/۷)	۱۲۸	(۵۳/۱)	۱۸-۲۵
p**=۰/۰۰۰	۷۲۸	(۲۹/۳)	۶۶۶	(۲۹/۷)	۶۲	(۲۵/۷)	۲۶-۳۰
	۴۹۶	(۲۰)	۴۶۸	(۲۰/۹)	۲۸	(۱۱/۶)	۳۰-۴۰
	۲۱	(۰/۸)	۱۹	(۰/۸)	۲	(۰/۸)	بالای ۴۰ سال
p**=۰/۰۰۰	۳۸۲	(۱۵/۶)	۳۲۷	(۱۴/۸)	۵۵	(۲۳/۵)	۱۸-۲۵
	۷۸۷	(۳۲/۲)	۷۱۰	(۳۲/۱)	۷۷	(۳۲/۹)	۲۶-۳۰
	۱۰۷۶	(۴۴)	۹۸۴	(۴۴/۵)	۹۲	(۳۹/۳)	۳۰-۴۰
p*=۰/۰۰۳	۲۰۰	(۸/۲)	۱۹۰	(۸/۶)	۱۰	(۴/۳)	بالای ۴۰ سال
	۲۳۸	(۹/۶)	۲۲۴	(۱۰/۱)	۱۴	(۵/۸)	شاغل
	۲۲۳۱	(۹۰/۴)	۲۰۰۴	(۸۹/۹)	۲۲۷	(۹۴/۲)	خانه دار

*مجدور کای **کروسکال والیس

استفراغ شدید بارداری (p=۰/۰۱۵) گروه خون A و O

و RH منفی در زنان مبتلا به عفونت اداری

بیشتر بود ($p=0/04$) آب ریزش، سوزش و تکرر ادرار، شاخص توده بدنی مادر، سطح هموگلوبین، ابتلا به دیابت، تعداد قل، سابقه همسر آزاری، ابتلا به پره

اکلامپسی، حاملگی ناخواسته، دریافت مراقبت پیش از بارداری و لکه‌بینی با عفونت ادراری رابطه آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۳).

جدول ۳) توزیع فراوانی متغیرهای مربوط به مشخصات حاملگی فعلی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به عفونت ادراری

نتایج آزمون آماری	کل		فاقد عفونت ادراری		مبتلا به عفونت ادراری		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	۷/۸	۱۴۸	۷/۸	۱۳۰	(۷/۸)	۱۸	کمتر از ۱۹/۸
	۵۱/۹	۹۸۸	۵۲/۱	۸۷۱	۵۰/۶	۱۱۷	۱۹/۸-۲۶
$P^{**}=0/556$	۲۵/۵	۴۸۵	۲۵/۶	۴۲۹	۲۴/۲	۵۶	۲۶/۱-۹/۲۹
	۱۴/۸	۲۸۳	۱۴/۵	۲۴۳	۱۷/۴	۴۰	۳۰ و بالاتر
$P^{*}=0/139$	۳/۹	۹۲	۴/۰	۸۷	۲/۱	۵	زیر ۱۱
	۹۶/۱	۲۲۹۷	۹۶/۰	۲۰۶۴	۹۷/۹	۲۳۳	۱۱ و بالاتر
$P^{*}=0/328$	۱۳/۳	۲۵۵	۱۳/۶	۲۳۰	۱۱/۲	۲۵	زیر ۱۱
	۸۶/۷	۱۶۶۲	۸۶/۴	۱۴۶۴	۸۸/۸	۱۹۸	۱۱ و بالاتر
$P^{*}=0/5$	۱/۲	۳۰	۱/۲	۲۶	۱/۷	۴	بلی
	۹۸/۸	۲۴۳۲	۹۸/۸	۲۱۹۷	۹۸/۳	۲۵۳	خیر
$P^{***}=0/628$	۰/۵	۱۳	۰/۶	۱۳	۰	۰	بلی
	۹۹/۵	۲۴۵۸	۹۹/۴	۲۲۱۹	۱۰۰	۲۳۹	خیر
$P^{*}=0/015$	۹/۱	۲۲۴	۸/۶	۱۹۲	۱۳/۳	۳۲	بلی
	۹۰/۹	۲۲۵۰	۹۱/۴	۲۰۴۲	۸۶/۷	۲۰۸	خیر
$P^{*}=0/828$	۵/۷	۱۴۲	۵/۷	۱۲۹	۵/۴	۱۳	بلی
	۹۴/۳	۲۳۴۸	۹۴/۳	۲۱۲۰	۹۴/۶	۲۲۸	خیر
$P^{*}=0/595$	۹۸/۷	۱۶۸۹	۹۸/۷	۱۴۷۱	۹۹/۱	۲۱۸	تک قلو
	۱/۳	۲۲	۱/۳	۲۰	۰/۹	۲	دو قلو و بیشتر
	۳۶/۲	۸۹۱	۳۵/۶	۷۹۲	۴۱/۹	۹۹	A
$P^{*}=0/031$	۱۸/۷	۴۶۰	۱۹/۳	۴۳۰	۱۲/۷	۳۰	B
	۷/۸	۱۹۳	۸/۰	۱۷۹	۵/۹	۱۴	AB
	۳۷/۳	۹۱۹	۳۷/۱	۸۲۶	۳۹/۵	۹۳	O
$P^{*}=0/04$	۸۸/۷	۲۱۷۴	۸۹/۱	۱۹۷۵	۸۴/۷	۱۹۹	مثبت
	۱۱/۳	۲۷۸	۱۰/۹	۲۴۲	۱۵/۳	۳۶	منفی
$P^{*}=0/051$	۱۲	۳۰۳	۱۲	۲۶۴	۱۶/۵	۳۹	دارد
	۸۷/۵	۲۱۲۵	۸۸	۱۹۲۷	۸۳/۵	۱۹۸	ندارد
$P^{*}=0/1090$	۷۲/۲	۱۷۳۹	۷۲/۶	۱۵۸۲	۶۷/۷	۱۵۷	بلی
	۲۷/۸	۶۷۱	۲۷/۴	۵۹۶	۳۲/۳	۷۵	خیر
$P^{*}=0/111$	۴/۰	۹۹	۴/۲	۹۴	۲/۱	۵	بلی
	۹۶/۰	۲۳۷۷	۹۵/۸	۲۱۴۲	۹۷/۹	۲۳۵	خیر
$P^{*}=0/143$	۳/۰	۷۵	۲/۹	۶۴	۴/۶	۱۱	بلی
	۹۷/۰	۲۳۹۲	۹۷/۱	۲۱۶۳	۹۵/۴	۲۲۹	خیر
$P^{*}=0/068$	۱/۳	۳۱	۱/۱	۲۵	۲/۵	۶	بلی
	۹۸/۷	۲۴۴۰	۹۸/۹	۲۲۰۶	۹۷/۵	۲۳۴	خیر
$P^{***}=0/325$	۰/۴	۹	۰/۴	۹	۰	۰	بلی
	۹۹/۶	۲۴۶۶	۹۹/۶	۲۲۲۶	۱۰۰	۲۴۰	خیر

*مجدور کای، **گروسکال والیس، ***فیشر

نوزاد ناهنجار، سابقه تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، سابقه فشار خون بالا و سابقه بیماری کلیوی با عفونت ادراری رابطه آماری معنی دار نداشت (جدول ۴).

ابتلا به عفونت ادراری در زنان پرایمی گراوید ($p=0/009$)، زنان نولی پار ($p=0/000$) و زنان که فاصله از بارداری قبلی آن‌ها کمتر از ۳ سال بود ($p=0/000$) بیشتر مشاهده شد. سابقه سقط قبلی، سابقه مرده‌زایی، سابقه زایمان زودرس، سابقه تولد

جدول ۴) توزیع فراوانی متغیرهای مربوط به سابقه حاملگی قبلی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به عفونت ادراری

متغیر	مبتلا به عفونت ادراری		فاقد عفونت ادراری		کل		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
تعداد بارداری	۱۳۱	۵۵	۱۰۱۴	۴۶/۱	۱۱۴۵	۴۷	$p=0/009$
	۱۰۷	۴۵	۱۱۸۶	۵۳/۹	۱۲۹۳	۵۳	
	۱۴۸	۶۱/۴	۱۰۴۱	۴۹/۴	۱۱۸۹	۵۰/۶	
تعداد زایمان	۷۱	۲۹/۵	۷۷۰	۳۶/۵	۸۴۱	۳۵/۸	$p=0/000$
	۲۲	۹/۱	۲۹۸	۱۴/۱	۳۲۰	۱۳/۶	
سابقه سقط	۵	۱۳/۵	۷۰	۹/۶	۷۵	۹/۸	$p=0/453$
	۳۲	۸۶/۵	۶۵۹	۹۰/۴	۶۹۱	۹۰/۲	
فاصله از بارداری قبلی کمتر از ۳ سال	۱۲	۱۴/۵	۹۳	۴/۵	۱۰۵	۴/۸	$p=0/000$
	۷۱	۸۵/۵	۱۹۹۱	۹۵/۵	۲۰۶۲	۹۵/۲	
سابقه مرده‌زایی	۴	۱/۷	۱۳	۰/۶	۱۷	۰/۷	$p=0/075$
	۲۳۷	۹۸/۳	۲۲۳۱	۹۹/۴	۲۴۶۸	۹۹/۳	
سابقه زایمان زودرس	۲	۰/۸	۱۶	۰/۷	۱۸	۰/۷	$p=0/691$
	۲۳۹	۹۹/۲	۲۲۳۰	۹۹/۳	۲۴۶۹	۹۹/۳	
سابقه تولد نوزاد ناهنجار	۱	۰/۴	۶	۰/۳	۷	۰/۳	$p=0/511$
	۲۴۰	۹۹/۶	۲۲۳۷	۹۹/۷	۲۴۷۷	۹۹/۷	
سابقه تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰	۳	۱/۲	۲۱	۰/۹	۲۴	۱/۰	$p=0/643$
	۲۳۸	۹۸/۸	۲۲۲۰	۹۹/۱	۲۴۵۸	۹۹/۰	
سابقه فشار خون بالا	۰	۰	۹	۰/۴	۹	۰/۴	$p=0/325$
	۲۴۱	۱۰۰	۲۲۳۷	۹۹/۶	۲۴۷۸	۹۹/۶	
سابقه بیماری کلیوی	۲	۰/۸	۹	۰/۴	۱۱	۰/۵	$p=0/335$
	۲۳۹	۹۹/۲	۱۹۹۲	۹۹/۶	۲۲۳۱	۹۵/۵	

زنانی که فاصله از بارداری قبلی آن‌ها کمتر از سه سال بود ۲/۱ برابر و زنان مبتلا به استفراغ شدید بارداری ۲/۰ برابر بیشتر از سایرین به عفونت ادراری مبتلا شدند (جدول ۵).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون رگرسیون قدم به قدم، از میان متغیرهایی که در دو گروه معنی دار بودند، طبقه اجتماعی متوسط به پائین، فاصله از بارداری قبلی کمتر از سه سال و استفراغ شدید بارداری مهم‌ترین عوامل خطر ابتلا به عفونت ادراری بودند به طوری که زنان طبقه اجتماعی اقتصادی متوسط به پائین ۲/۳ برابر،

جدول ۵) تعیین خطر نسبی متغیرهای مرتبط با عفونت ادراری در زنان باردار

نام متغیر	مبتلا به عفونت ادراری	فاقد عفونت ادراری	مقدار p	خطر نسبی (OR)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد (CI)
طبقه اجتماعی متوسط به پایین	(۸۶/۸)۱۹۷	(۷۵/۷)۱۶۷۷	۰/۰۲۱	۲/۳۲۸	۱/۱۳۸-۴/۷۶۶
استفراغ شدید بارداری	(۱۳/۳)۳۲	(۸/۶)۱۹۲	۰/۰۳۹	۲/۰۶۲	۱/۰۳۸-۴/۰۹۸
فاصله از بارداری قبلی کمتر از سه سال	(۱۴/۵)۱۲	(۴/۵)۹۳	۰/۰۲۶	۲/۱۲۷	۱/۰۹۳-۴/۱۴۱

بحث

پائین مادر افزایش می‌یابد همچنین زنان ساکن روستا به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان ساکن شهر در معرض ابتلا به عفونت ادراری قرار داشتند. با توجه به یافته‌های اخیر، پائین بودن سطح تحصیلات مادران، بارداری در سنین پائین، نداشتن آگاهی‌های بهداشتی کافی و پائین بودن کیفیت زندگی مادران در طبقه اجتماعی اقتصادی پائین می‌تواند عامل شیوع بیشتر عفونت ادراری در آن‌ها باشد.

بر اساس نتایج آزمون رگرسیون لجستیک احتمال ابتلا به عفونت ادراری در زنان مبتلا به استفراغ شدید بارداری ۲ برابر بیشتر از زنانی است که مبتلا به استفراغ شدید بارداری نمی‌باشند. مطالعات کمی به بررسی ارتباط استفراغ شدید بارداری با عفونت ادراری پرداخته‌اند.

در مطالعه تان (Tan) و همکاران ابتلا به عفونت ادراری در زنان مبتلا به استفراغ شدید بارداری ۱/۱ برابر بود (۱۸). دریافت مایعات و جریان ادرار نقش مؤثری در دفع میکروارگانیسم‌ها از سیستم ادراری و پیشگیری از عفونت ادراری دارد (۱۹). استفراغ شدید بارداری منجر به کاهش دریافت مایعات توسط مادر شده و عملکرد دستگاه ادراری را تحت تأثیر قرار می‌دهد به این ترتیب که کاهش برون ده ادراری منجر به تجمع طولانی مدت ادرار در دستگاه ادراری شده و زمینه را برای رشد باکتری‌ها و ابتلا به عفونت ادراری فراهم می‌کند (۱۸).

هدف اصلی این مطالعه تعیین فراوانی ابتلا به عفونت ادراری و عوامل خطر مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهری و روستایی شهرستان اردبیل بود. در مطالعه حاضر شیوع عفونت ادراری در زنان باردار ۹/۷ درصد برآورد گردید. در مطالعه‌ای که در کشور یمن توسط احمد محمد الحداد انجام شد عفونت ادراری در ۳۰ درصد زنان باردار مشاهده شد (۱۳). در مطالعه ماسیند و همکاران در کشور تانزانیا شیوع عفونت ادراری ۱۷/۹ درصد بود (۵). در مطالعه هایدن و همکاران در کشور پاکستان و در مطالعه سزکان و همکاران (۲۰۰۳) در کشور فلیپین شیوع عفونت ادراری به ترتیب ۴/۳ و ۱/۹ درصد گزارش شده است (۳ و ۶). علت تفاوت در شیوع عفونت ادراری در مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت در پارامترها، نژاد و وضعیت اجتماعی اقتصادی نسبت داد (۱۱).

طبقه اجتماعی متوسط به پائین مهم‌ترین عامل خطر ابتلا به عفونت ادراری در زنان باردار بود و احتمال ابتلا به عفونت ادراری در زنانی که در طبقه اجتماعی متوسط به پائین قرار داشتند ۲/۳ برابر بود. در مطالعه هایدن و همکاران، خطر ابتلا به عفونت ادراری در زنان طبقه اجتماعی و اقتصادی پائین ۵/۹ برابر بود (۶).

یافته‌های مطالعه ما نشان داد ابتلا به عفونت ادراری با کاهش سطح تحصیلات مادر، تحصیلات همسر و سن

مولتی پار ۴/۷ برابر بیشتر به عقونت ادراری مبتلا شدند (۶). در مطالعه سزکان و همکاران سن مادر و تعداد بارداری از عوامل خطر ابتلا به عقونت ادراری نبود (۳).

در مطالعه ما علیرغم اینکه هموگلوبین زیر ۱۱ گرم در دسی‌لیتر در هفته‌های ۱۰-۶ و ۳۰-۲۶ بارداری در گروه مطالعه بیشتر از گروه کنترل بود این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. برخی از محققین ارتباط کم خونی با عقونت ادراری را مطرح کرده‌اند. در مطالعه هایدن و همکاران ۹۰ درصد زنان در گروه عقونت ادراری و ۷۸/۸ درصد زنان در گروه فاقد عقونت ادراری، هموگلوبین زیر ۱۱ گرم در دسی‌لیتر داشتند (۶) ($p=0/69$). گیلزترپ (Gilstrap) و همکاران در ۲۴۸ زن حامله که مبتلا به باکتریوری لوکالیزه در کلیه و مثانه بودند پیامدهای حاملگی را مقایسه کردند و هیچ‌گونه ارتباطی را بین عقونت ادراری و کم‌خونی نیافتند (۱۲) که تا حدودی با نتایج حاصل از مطالعه حاضر مطابقت دارد.

علیرغم اینکه ابتلا به پره اکلامپسی در گروه مطالعه کمتر (صفر درصد) از گروه شاهد (۰/۶ درصد) بود ولیکن این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. چیو (Schieve) و همکاران (۱۹۹۴) در مطالعه‌ای که بر روی ۲۵۷۴۶ زن باردار انجام دادند گزارش کردند که خطر پره اکلامپسی در زنان مبتلا به عقونت ادراری افزایش می‌یابد (۸).

در مطالعه مازور دری (Mazor-Dray) و همکاران ابتلا به پره اکلامپسی با عقونت ادراری رابطه آماری معنی‌دار داشت (۰/۰۱) ($p=0/01$) (۲۱). در مطالعه گیلزترپ و همکاران عقونت ادراری با پره اکلامپسی ارتباط نداشت (۱۲).

مشکلات ادراری تناسلی (سوزش ادرار، تکرر ادرار،

در این مطالعه فاصله از بارداری قبلی کمتر از سه سال سومین عامل خطر ابتلا به عقونت ادراری شناخته شد به طوری که در زنانی که فاصله بارداری فعلی از زایمان قبلی آن‌ها کمتر از ۳ سال بود احتمال ابتلاء به عقونت ادراری ۲/۱ برابر بود. تضعیف ذخایر غذایی بدن مادر در اثر حاملگی‌های پی در پی و عدم فرصت کافی برای تأمین دوباره ذخایر بدنی منجر به کمبود مواد مغذی ضروری در بدن مادر شده و این امر منجر به کاهش مقاومت بدن مادر در برابر عقونت‌ها می‌گردد (۲۰).

در اکثر زنانی که فاصله بارداری آن‌ها کمتر از سه سال است شروع مراقبت بارداری با تأخیر انجام می‌گیرد که علت آن حاملگی ناخواسته، مشغولیت زیاد مادر به علت نگهداری از فرزند کوچک و عدم اطلاع به موقع از عقب افتادگی قاعدگی به علت قطع قاعدگی یا نامنظم بودن آن در چند ماه اول پس از زایمان است (۲۰). با توجه به اینکه در کشور ما غربالگری زنان از نظر ابتلا به عقونت ادراری در مراقبت پیش از بارداری و در هفته ۱۰-۶ بارداری انجام می‌شود عدم دریافت مراقبت پیش از بارداری و یا مراقبت زود هنگام بارداری ممکن است عامل افزایش ابتلا به عقونت ادراری در این زنان باشد.

در مطالعه ما بین سطح تحصیلات مادر، سطح تحصیلات همسر، محل سکونت، سن مادر، سن پدر، شغل مادر، گروه خون و RH مادر، تعداد بارداری و تعداد زایمان و ابتلا به عقونت ادراری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ولی در آزمون رگرسیون گام به گام از عوامل تأثیرگذار بر عقونت ادراری نبودند.

در مطالعه هایدن و همکاران سطح تحصیلات مادر و تعداد بارداری از عوامل خطر ابتلا به عقونت ادراری بود و زنان دارای تحصیلات پائین ۶/۹ برابر و زنان

انجام مطالعات آتی در زمینه تعیین عوامل میکروبی و حساسیت میکروارگانیسم‌ها به آنتی‌بیوتیک‌ها تکمیل کننده مطالعه اخیر خواهد بود و نتایج آن می‌تواند به‌عنوان پروتکل درمان عفونت ادراری در این منطقه کاربرد داشته باشد. همچنین ارزیابی کلیه عوامل مؤثر در عفونت ادراری از جمله رفتارهای بهداشتی و آگاهی‌های بهداشتی زنان باردار در این مطالعه امکان‌پذیر نبود و انجام مطالعات بعدی در حیطه‌های مذکور پیشنهاد می‌گردد.

در مطالعه ما طبقه اجتماعی متوسط به پائین، استفراغ شدید بارداری و فاصله از بارداری قبلی کمتر از ۳ سال به‌ترتیب مهم‌ترین عامل خطر ابتلا به عفونت ادراری بودند. فاصله‌گذاری مناسب بین بارداری‌ها، مراقبت ویژه زنان طبقه اجتماعی و اقتصادی پائین و زنان مبتلا به استفراغ شدید بارداری می‌تواند نقش بسزایی در پیشگیری از ابتلا به عفونت ادراری داشته باشد.

سپاس و قدردانی

نویسندگان از کلیه اشخاصی که در زمینه جمع‌آوری اطلاعات یاری نمودند قدردانی می‌نمایند.

درد زیر شکم) از علائم بالینی ابتلا به عفونت ادراری هستند که در مطالعه ما در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند، این مسئله مؤید آن است که اکثر موارد عفونت ادراری در جامعه مورد پژوهش فاقد علامت می‌باشند بنابراین غربالگری بر اساس علائم بالینی بیماری منجر به عدم شناسایی بسیاری از موارد ابتلا خواهد شد.

عفونت ادراری معمولاً در زمان نخستین ویزیت پره‌ناتال وجود دارد و چنانچه اولین کشت ادراری منفی باشد تعداد کمتری از افراد در مراحل بعدی حاملگی دچار عفونت ادراری می‌شوند (۱۱). در مطالعه ما نیز شیوع عفونت ادراری با افزایش سن بارداری کاهش داشت به‌طوری که ۶/۶ درصد زنان در هفته ۱۰-۶ بارداری و ۲/۷ درصد زنان در هفته ۳۰-۲۶ بارداری عفونت ادراری داشتند. در مطالعه احمد محمد الحداد شیوع عفونت ادراری با افزایش سن بارداری افزایش یافته بود (۱۳) و با نتایج حاصل از این مطالعه مغایرت دارد.

در مطالعه ما میکروارگانیسم‌های دخیل در عفونت ادراری در پرونده بهداشتی تعدادی از زنان باردار ثبت نشده بود و بررسی دقیق عوامل میکروبی منجر به عفونت ادراری در جامعه پژوهش امکان‌پذیر نبود،

References:

1. Maclean AB. Urinary Tract Infection In Pregnancy. *Int J Antimicrob Agents* 2001; 17: 273-6.
2. Zaki Abbasi M, Bahouee M, Vahdat K, et al. Antibiotic susceptibility of microorganisms of urinary tract infection in adult outpatients in Bushehr port. *ISMJ* 2008; 10: 153-8.
3. Sescon NIC, Garingalao-Molina FD, Ycasiano CEJ, et al. Prevalance of Asymptomatic Bacteriuria and Associated Risk Factors in Pregnant Women. *Phil J Microbial Infect Dis* 2003; 32: 63-9.
4. Ramazan M, Bakhsh S, Salam A, et al. Risk Factors In Urinary Tract Infection. *Gomal J Med Sci* 2004; 1: 1-4.
5. Masinde A, Gumodoka B, Kilonzo A, et al. Prevalence of urinary tract infection among pregnant women at Bugando medical center, Mwanza, Tanzania. *Tanzan J Health Res* 2009; 11: 154-9.
6. Haider G, Zehra N, Munir AA, et al. Risk factors of urinary tract infection in pregnancy. *J Pak Med Assoc* 2010; 60: 213-6.
7. Darzi OI, Barroso U, Lordelo M. Clinical predictors of asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Rev Bras Gynecol Obstet* 2011; 33: 196-200.
8. Schieve LA, Handler A, Hershov R, et al. Urinary Tract Infection During Pregnancy: Its Association With Maternal Morbidity and Perinatal outcome. *Am J Public Health* 1994; 84: 405-10.

9. Banhidy F, Acs N, Puho EH, et al. Maternal urinary tract infection and related drug treatments during pregnancy and risk of congenital abnormalities in the offspring. *BJOG* 2006; 113: 1465-71.
10. Mcdermott S, Callaghan W, Szwejbka L, et al. Urinary Tract Infection During Pregnancy and Mental Retardation and Developmental Delay. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 113-9.
11. Cunningham F, Leveno K, Hauth J, et al, editors. *Williams Obstetrics*. 23th ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2009: p. 489-91.
12. Gilstrap LC 3rd, Ramin SM. Urinary tract infections during pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2001; 28: 581-91.
13. Al-Haddad AM. Urinary tract infection among pregnant women in Al-Mukalla district, Yemen. *East Mediterr Health J* 2005; 11: 505-10.
14. Hooton TM, Scholes D, Hughes JP, et al. A prospective study of risk factors for symptomatic urinary tract infection in young women. *N Engl J Med* 1996; 335: 468-74.
15. Cronise K, Kelly SJ. Maternal urinary tract infection alters water maze performance in the offspring. *Neurotoxicol Teratol* 2001; 23: 374-9.
16. Nasiry Amiri F, Hasanjani Roshan M, Haji Ahmadi M, et al. Effect of health behaviors on urinary tract infection prevalence in pregnant women. *J Babol Med Univ* 2007; 8: 56-62.
17. Rouse DJ, Andrews WW, Goldenberg RL, et al. Screening and treatment of asymptomatic bacteriuria of pregnancy to prevent pyelonephritis: A cost-effectiveness and cost-benefit analysis. *Obstet Gynecol* 1995; 86: 119-23.
18. Tan PC, King AS, Omar SZ. Screening for urinary tract infection in women with hyperemesis gravidarum. *J Obstetric Gynecol* 2012; 38: 145-53.
19. Beetz R. Mild dehydration: a risk factor of urinary tract infection? *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: S52-8.
20. Klerman LV, Cliver SP, Goldenberg RL. The impact of short interpregnancy intervals on pregnancy outcomes in a low income population. *Am J Public Health* 1998; 88: 1182-5.
21. Mazor-Dray E, Levy A, Schlaeffer F, et al. Maternal urinary tract infection: is it independently associated with adverse pregnancy outcome? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009; 22: 124-8.

Original Article

Prevalence of Urinary Tract Infection and Associated Risk Factors in Pregnant Women

R. Alijahan¹, F. Pourfarzi², S. Salimi¹, P. Tahmasebi³,
Sh. Moradi³, S. Hazrati^{4*}

¹Department of Midwifery, Ardabil province Health Center, Ardabil, IRAN

²Department of Community Medicine, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, IRAN

³Department of Midwifery, School of Medicine, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, IRAN

⁴Department of Health, School of Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, IRAN

(Received 12 May, 2012 Accepted 5 Sep, 2012)

Abstract

Background: Urinary tract infection, as a risk factor for adverse maternal and prenatal outcomes, is one of the most common bacterial infections during pregnancy. The objective of this study was to determine prevalence of urinary tract infection and its associated risk factors in pregnant women.

Material and Methods: In a cross-sectional analytical study a total 2496 pregnant women who were underwent prenatal care through July 2011 in three rural and six urban health centers of Ardabil city, were selected by multistage sampling. Data collection was performed using a self designed questionnaire from women's prenatal care records, 240 pregnant women with positive urine culture were considered as a case group and the remaining as a control group. Data were analyzed through Kruskal – Wallis, Chi-square and Stepwise Logistic Regression statistical tests using SPSS version 16.

Results: The incidence of urinary tract infection was 9.7%. Low socioeconomic status (p=0.021, OR= 2/338, CI= 1/138-4/766), distance between pregnancies less than 3 years (p=0.026, OR= 2/137, CI= 1/093-4/141), and hyperemesis gravidarum (p=0.039, OR=2/06, CI= 1/038-4/098) were determined as risk factors that significantly contribute to urinary tract infection in pregnant women.

Conclusion: We conclude that appropriate distance between pregnancies, intensive care of pregnant women with low socioeconomic status and hyperemesis gravidarum may significantly prevent urinary tract infection and its related adverse health effects among pregnant women.

Keywords: pregnant women, urinary tract infection, risk factors, IRAN

*Address for correspondence: Department of Health, School of Health, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, IRAN; E-mail: S.hazrati@arums.ac.ir