

Prevalence and Causes of Mortality in Preterm Infants in Sari Imam Khomeini Hospital, 2019

Aghdas Ebadi¹,
Sepideh Khalili Savadkouhi²,
Nikta Molazadeh³,
Noushin Gordani⁴,
Roya Farhadi⁵,
Siavash Moradi⁶,
Zahra Valiyan¹

¹ Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² MSc in Developmental Biology, Molecular and Cell Biology Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ General Practitioner, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ MSc in Counseling in Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Associate Professor, Department of Pediatrics, Pediatric Infectious Diseases Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁶ Assistant Professor, Community Medicine Educational Development Center, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received February 23, 2020 ; Accepted may 18, 2021)

Abstract

Background and purpose: Neonatal period is a very important and vulnerable period that causes physiological adaptations to the ectopic environment. Undoubtedly, the first step in reducing infant mortality is to identify associated factors. The main cause of infant mortality is preterm birth. This study aimed at investigating the prevalence and factors associated with preterm infant death.

Materials and methods: In this cross-sectional study, 150 infants were classified into four groups: 24-28 weeks, 28-32 weeks, 32-34 weeks, and 34-37 weeks. Infant mortality rate and related factors were compared between the groups. Data analysis was performed in SPSS V20.

Results: Findings showed a significant relationship between infant mortality and gestational age ($P < 0.001$). There were no significant relationships between infant mortality and neonatal gender ($P = 0.264$), type of pregnancy ($P = 0.548$), type of maternity delivery ($P = 0.999$), and causes of preterm delivery ($P = 0.770$).

Conclusion: The most important factor in reducing infant mortality is preventing preterm birth which requires more effective interventions on prenatal care and treatment of complications of pregnancy and childbirth. Prenatal levels of care programs, establishing neonatal intensive care centers, and appropriate premature neonatal care equipment are also necessary in preventing infant mortality.

Keywords: preterm delivery, premature infants, infant mortality

J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31 (197): 183-189 (Persian).

* Corresponding Author: Zahra Valiyan - Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: zahravalian@yahoo.com)

شیوع و علل مرگ و میر نوزادان پره ترم متولد شده در بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۹

اقدس عبادی^۱

سپیده خلیلی سوادکوهی^۲

نیکتا مولی زاده^۳

نوشین گردانی^۴

رویا فرهادی^۵

سیاوش مرادی^۶

زهرا ولیان^۱

چکیده

سابقه و هدف: دوره نوزادی از جهت ایجاد سازگاری‌های فیزیولوژیکی با محیط خارج رحم دوره‌ای بسیار مهم و آسیب‌پذیر است و بدون شک اولین قدم در کاهش میزان مرگ نوزادان شناسایی این عوامل می‌باشد. مهم‌ترین علت مرگ و میر نوزادان، تولد پره‌ترم (نارس) است، لذا این مطالعه به بررسی شیوع و عوامل مرتبط با مرگ نوزادان پره‌ترم پرداخت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی که در بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۸ انجام شد، تعداد ۱۵۰ نوزاد به چهار گروه متولد شده در ۲۴ تا ۲۸ هفته، ۲۸ تا ۳۲ هفته، ۳۲ تا ۳۴ هفته و ۳۴ تا ۳۷ هفته دسته‌بندی شدند، سپس میزان مرگ‌ومیر و عوامل موثر بر آن مقایسه شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS20 تجزیه و تحلیل شد. $P < 0/05$ سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین مرگ و میر نوزادان و سن حاملگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). بین مرگ نوزادان و جنسیت ($P = 0/264$)، نوع بارداری ($P = 0/548$)، نوع زایمان مادر ($P = 0/999$) و علل زایمان زودرس ($P = 0/770$) ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

استنتاج: مهم‌ترین عامل در کاهش مرگ نوزادان جلوگیری از تولد نوزاد پره‌ترم است که این امر لزوم مداخلات موثرتر در مراقبت‌های پیش از تولد و پیشگیری از زایمان‌های زودرس و نیز بهبود مداخلات در پیشگیری و درمان عوارض بارداری و زایمان را می‌طلبد. درضمن سطح‌بندی در ارائه خدمات پری‌ناتال و ایجاد مراکز مراقبت‌های ویژه نوزادی و تکمیل تجهیزات مراقبتی از نوزادان نارس ضروری است.

واژه‌های کلیدی: زایمان زودرس، نوزاد پره‌ترم، مرگ نوزادان

مقدمه

میزان مرگ‌ومیر نوزادی حدود دوسوم از میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر یک سال و تقریباً ۴۰ درصد از تمام مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال را تشکیل می‌دهد. دوران نوزادی که مرحله‌ای جهت ایجاد سازگاری‌هایی

E-mail: zahravalian@yahoo.com

مؤلف مسئول: زهرا ولیان - ساری: کیلومتر ۱۷ جاده فرح‌آباد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پزشکی

۱. استادیار، گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. کارشناسی ارشد تکوین، مرکز تحقیقات بیولوژی سلولی و ملکولی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. پزشک عمومی، علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. دانشیار، گروه اطفال، مرکز تحقیقات عفونی اطفال، پژوهشکده بیماری‌های واگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۶. استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۹/۱۲/۵ تاریخ تصویب: ۱۴۰۰/۲/۲۸

به افزایش شاخص‌های مراقبت ویژه از نوزادان در بیمارستان‌ها کمک کرد و با نتایج حاصل بتوان بهترین تصمیم را در جهت کاهش این عوامل و در رابطه با نوع زایمان اتخاذ کرد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی نمونه‌های مورد مطالعه، نوزادان متولد شده با سن حاملگی زیر ۳۷ هفته در بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۸ بودند. حجم نمونه به استناد مطالعه بابایی (۱۲) در فاصله اطمینان ۹۵ درصد و با توان مطالعه ۹۰ درصد و با استفاده از نرم‌افزار G Power، ۱۵۰ نفر به دست آمد. جمع‌آوری اطلاعات از پرونده‌های پزشکی بیماران انجام شد. اطلاعات دموگرافیک مادر شامل سن حاملگی، تعداد زایمان‌های قبلی مادر، سابقه بیماری در دوران حاملگی، مشکلات حین زایمان مادر، جنسیت نوزاد، قد، وزن و دور سر، نوع زایمان مادر (طبیعی یا سزارین)، چندقلویی نوزاد متولد شده، رتبه نوزاد متولد شده، بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و عوارض همراه و نیز مرگ نوزادان در چک‌لیست ثبت شد. معیار ورود به مطالعه شامل نوزادان زیر ۳۷ هفته متولد شده در بیمارستان امام خمینی ساری بود. معیار خروج از مطالعه شامل آنومالی‌های مادرزادی مازور و نیز محدودیت رشد داخل رحمی بود. نوزادان به چهار گروه متولد شده در ۲۴ تا ۲۸ هفته، ۲۸ تا ۳۲ هفته، ۳۲ تا ۳۴ هفته و ۳۴ تا ۳۷ هفته تقسیم و تعداد مرگ‌ها مقایسه شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 20 انجام شد. همبستگی بین متغیرهای کمی با ضریب پیرسون و یا اسپیرمن سنجیده شد و برای سنجش ارتباط بین متغیرهای کیفی از آزمون‌های Chi-Square استفاده شد. مقدار $P < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌دار مدنظر قرار گرفت. این طرح با کد IR.MAZUMS.REC.1398.559 در کمیته اخلاق معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی مازندران به تصویب رسیده است.

فیزیولوژیک برای زندگی خارج رحمی است، دوره‌ای بسیار مهم و آسیب‌پذیر است (۲،۱). میزان مرگ نوزادان اغلب به‌عنوان یک شاخص استاندارد برای توسعه سیستم‌های مراقبت بهداشتی، آموزشی و اجتماعی یک کشور استفاده می‌شود (۴،۳). بی‌تردید اولین قدم در کاهش میزان مرگ‌ومیر و ارتقای سطح این شاخص، شناسایی علل مرگ‌ومیر است (۲). در مطالعه‌ای میزان مرگ‌ومیر نوزادی ۴ درصد بود و مهم‌ترین علل آن شامل سن حاملگی کم‌تر از ۲۴ هفته، سن حاملگی بین ۲۴-۲۸ هفته، آنومالی‌های مادرزادی، عفونت، آنسفالوپاتی هیپوکسیک-ایسکمیک و Small for gestational age (SGA) بوده است (۵).

در مطالعه‌ای دیگر میزان مرگ‌ومیر نوزادی ۹ درصد بود که عفونت‌های نوزادی و آسفیکسی حین زایمان دو علت مهم مرگ‌ومیر و سندرم دیسترس تنفسی، اسپیراسیون مکونیوم و ناهنجاری‌های مادرزادی از عوامل مهم دیگر مرگ‌ومیر نوزادان بودند (۶). یک علت مهم مرگ نوزادان، تولد پره‌ترم می‌باشد. از جمله مهم‌ترین علت‌های زایمان زودرس شامل پره‌ترم غیرقابل توجیه خودبه‌خود همراه با پرده‌های سالم، پارگی پیش از موعد و بدون علت پرده‌ها، زایمان به علت اندیکاسیون‌های مادری یا جنینی، حاملگی دوقلویی و چندقلویی می‌باشد (۸،۷). زایمان سزارین خطر جراحی برای مادر دارد ولی در نوزاد، با خطر کم‌تر ترومای هنگام تولد، آسیب‌های فیزیکی و مرده زایی همراه است. در مقابل مشکلات تنفسی آغازین تولد نوزاد در زایمان سزارین بیش‌تر است (۹-۱۱). هدف از این مطالعه بررسی علل مرگ نوزادان پره‌ترمی است که پس از زایمان تحت مراقبت ویژه قرار می‌گیرند. از آن‌جاکه اولویت حفظ جان نوزاد و مادر است و با توجه به امکانات متفاوت ایران نسبت به کشورهای دیگر و نیز خطرات زایمان سزارین برای مادر و جنین به‌خصوص در سن کم‌تر از ۲۸ هفته، در این مطالعه سعی شده است تا با بررسی شیوع و عوامل مرتبط با مرگ نوزادان پره‌ترم

یافته‌ها و بحث

در این مطالعه به بررسی شیوع و علل مرگ و میر نوزادان پره‌ترم متولد شده در بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۳۹۸ پرداخته شده است.

تعداد ۱۵۰ نوزاد مورد بررسی قرار گرفتند که، ۱۴ مورد (۹/۳ درصد) فوت شدند. یافته‌های حاضر نشان داد مرگ نوزاد و سن حاملگی ارتباط معنی‌داری دارند ($P < 0/001$). بالاترین فراوانی سن حاملگی ۳۷-۳۴ هفته (۳۷/۳ درصد) بود که در این سن حاملگی تنها ۷/۱ درصد میرایی وجود داشت. کم‌ترین فراوانی در سن حاملگی ۲۸-۲۴ هفته با ۱۶ درصد بود که ۵۷/۱ درصد میرایی نوزاد را دربر داشته است. بالاترین میزان مرگ نیز مربوط به همین بازه، سن حاملگی ۲۸-۲۴ هفته و کم‌ترین میزان مرگ نوزاد در بازه سنی حاملگی ۳۲-۳۴ هفته بود (جدول شماره ۱). در مطالعه Matthews، بالاترین درصد مرگ‌های نوزادی را سن بارداری ۲۲ تا ۲۷ هفته داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۳). همچنین نتایج حاضر همسو با مطالعه Callaghan می‌باشد که در آن ۹۵ درصد مرگ‌ها در بین نوزادان پره‌ترمی بود که قبل از ۳۲ هفته متولد شده بودند (۱۴).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مورثاتی نوزادان برحسب جنسیت نوزاد، نوع بارداری، سن بارداری و نوع زایمان

متغیر	زنه (n=۱۳۶)	مرد (n=۱۴)	سطح معنی داری
جنسیت نوزاد	پسر (n=۸۳) ۷۳ (۵۳/۷) فراوانی (درصد)	دختر (n=۵۳) ۴۲ (۳۰/۳) فراوانی (درصد)	*۰/۲۶۴
نوع بارداری	تک‌قلو (n=۱۱۱) ۹۹ (۷۲/۸) ۳۴ (۲۵) ۳ (۲/۲) چندقلو (n=۲۳)	۱۲ (۸۵/۷) ۲ (۱۴/۳) ۰	*۰/۵۴۸
سن بارداری (هفته)	۲۴-۲۸ هفته (n=۲۴) ۱۶ (۱۱/۸) ۳۳-۳۲ هفته (n=۳۸) ۳۳ (۲۴/۳) ۲۲-۲۴ هفته (n=۲۲) ۲۲ (۲۳/۵) ۲۳-۲۴ هفته (n=۵۶) ۵۵ (۴۰/۴) نوع زایمان	۸ (۵۷/۱) ۵ (۳۵/۷) ۰ ۱ (۷/۱) ۱۲ (۸۵/۷) ۲ (۱۴/۳) ۱۱۲ (۸۲/۴) ۲۴ (۱۷/۶)	**<۰/۰۰۱ *۰/۹۹۹
	سزارین (n=۱۲۴) ۱۱۲ (۸۲/۴)	طبیعی (n=۱۶) ۲ (۱۴/۳)	

* Fisher's Exact Test

** Chi-Square Tests

زایمان زودرس حدود ۸ تا ۱۰ درصد کل زایمان‌ها را تشکیل می‌دهد و نارس، مهم‌ترین علت مرگ و میر و

بیماری‌زایی در سراسر جهان در نوزادان بدون آنومالی‌های مادرزادی می‌باشد (۱۵). براساس آمارهای دفتر سلامت نوزادان وزارت بهداشت، میزان مرگ و میر نوزادان در سال ۱۳۸۶ در کشور ایران، ۱۲ مورد در هر هزار تولد زنده بوده است (۱۶). فراوانی نسبی زایمان زودرس منجر به مرگ و میر نوزاد در جامعه مورد مطالعه حاضر، ۹/۳ درصد بود. در مطالعه Goldenberg در ایالات متحده آمریکا، میزان تولد پیش از موعد ۱۱ درصد کل زایمان‌ها را تشکیل می‌داد، در حالی که این میزان در اروپا ۷-۵ درصد کل زایمان‌ها است (۱۷).

در مطالعه Egan شیوع زایمان زودرس از ۱۲/۵ درصد در مناطق پیشرفته تا ۴۰ درصد در مناطق فقیر گزارش شده است (۱۸) دلیل این تفاوت‌ها احتمالاً به علت تفاوت در حجم نمونه و نیز جامعه مورد بررسی می‌باشد و زنانی که در مناطقی با امکانات کم‌تری زندگی می‌کنند تولد نوزاد پره‌ترم و بالتبع مرگ نوزادی بیش‌تری را تجربه خواهند کرد (۱۹).

در این مطالعه بین مرگ و میر نوزاد و جنسیت نوزاد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/264$). در یک مطالعه افزایش قابل ملاحظه‌ای در مرگ نوزاد پسر نسبت به دختر وجود داشت (۲۰)، در مطالعه‌ای دیگر، مرگ نوزاد دختر ۱/۳ برابر بیش‌تر از نوزاد پسر بود که دلیل این اختلاف، عدم رسیدگی و توجه کافی به نوزاد دختر در هند به دلیل شرایط فرهنگی ذکر شده بود (۲۱). این تفاوت‌ها احتمالاً به دلیل تفاوت در تعداد نمونه، جامعه مورد مطالعه و نیز شرایط اقتصادی و فرهنگی می‌باشد.

در این مطالعه بین نوع بارداری و مرگ نوزاد ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/548$). در مطالعه‌ای در ایالات متحده چندقلویی ۱۵ درصد از مرگ نوزادان را به خود اختصاص داد (۲۲).

در مطالعه‌ای دیگر بین تولد چندقلویی و بقای نوزادان رابطه منفی گزارش شد (۲۳). از دلایل تفاوت نتایج با مطالعه حاضر می‌توان به تفاوت در تعداد نمونه و تفاوت در بازه زمانی اشاره کرد.

که در واقع سایر علت‌ها تا اندازه زیادی به دنبال آن حاصل می‌شوند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مورتالیتی نوزادان بر حسب علل زایمان زودرس

متغیر	زنده (n=۱۳۶) تعداد (درصد)	مردد (n=۱۴) تعداد (درصد)	سطح معنی داری
پره‌ترم ایدیوباتیک (n=۵۳)	۴۸ (۳۵.۳)	۵ (۳۵.۷)	
پارگی کیسه آب (n=۴۵)	۴۰ (۲۹.۴)	۵ (۳۵.۷)	
دوقلویی (n=۱۹)	۱۷ (۱۲.۵)	۲ (۱۴.۳)	*.۰۰۷۰
اندیکسیون ملاری (n=۱۸)	۱۶ (۱۱.۸)	۲ (۱۴.۳)	
اندیکسیون جنینی (n=۱۵)	۱۵ (۱۱)	۰	

* Chi-Square Tests

از محدودیت‌های این مطالعه حجم نمونه محدود در گروه سنی ۲۴ تا ۲۸ هفته و مطالعه در یک مرکز درمانی بود.

مطالعات آینده با حجم نمونه بیش‌تر به خصوص در این گروه سنی و در چند مرکز درمانی پیشنهاد می‌شود، همچنین بهتر است نقش عوامل ژنتیکی در وقوع زایمان زودرس مورد مطالعه قرار گیرد.

مرگ ناشی از تولد زودرس در نوزادان، درصد بالایی از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داده است که با وجود تلاش‌های بسیار در جهت مراقبت‌های ویژه از نوزادان در سال‌های اخیر همچنان رو به افزایش است. این موضوع اهمیت توجه به پیشگیری از علل دخیل در تولد‌های نارس و حفظ سلامت جنین پیش از تولد و مراقبت دوران بارداری شامل معاینات پیش از تولد و انجام اقدامات پاراکلینیک را بیش از پیش ضروری می‌سازد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکترای عمومی خانم نیکتا مولی‌زاده می‌باشد. از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران قدردانی می‌شود.

References

- Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. Nelson textbook of pediatrics E-book.

در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین مرگ نوزادان و نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) وجود نداشت (P=۰/۹۹۹). از ۱۵۰ نوزاد، ۸۲/۷ درصد توسط زایمان سزارین و ۱۷/۳ درصد با زایمان طبیعی متولد شدند. از ۱۴ مورد مورتالیتی نوزادان ۸۵/۷ درصد مربوط به سزارین و ۱۴/۳ درصد مربوط به زایمان طبیعی بود.

مطالعه حاضر با مطالعه قهیری (۲۰۱۵) همسوز می‌باشد (۲۴). در یک مطالعه گزارش شد که اگرچه سزارین روشی موثر در حفظ جان مادر و نوزاد می‌باشد، اما افزایش نرخ زایمان سزارین به بیش از ۱۰ درصد، تاثیر معنی‌داری در حفظ جان مادر و نوزاد نخواهد داشت (۲۵).

در این مطالعه بین علل زایمان زودرس و مرگ نوزادان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۷۷۰). از نظر علل زایمان زودرس بالاترین فراوانی مربوط به زایمان پره‌ترم ایدیوباتیک با ۳۵/۳ درصد و سپس پارگی کیسه آب با ۲۹/۴ درصد بود (جدول شماره ۲).

در گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۲، علت‌های اصلی مرگ نوزادی در دنیا، وزن کم تولد و تولد زودرس، عفونت‌ها، آسفیکسی (Asphyxia) و ترومای زایمانی بیان شده است که این علل نزدیک به ۸۰ درصد مرگ‌ها در این سن را تشکیل داده‌اند (۲۶). در مطالعه Yi به ترتیب آسفیکسی، نوزاد پره‌ترم با وزن کم تولد، ناهنجاری‌های مادرزادی و پنومونی علل مرگ نوزادی بیان شده است (۲۷). در گزارش کشوری مرگ در ۲۹ استان، اختلالات مرتبط با کوتاهی دوره بارداری، دیسترس تنفسی نوزادی و محدودیت رشد، سه علت اول مرگ نوزادان عنوان شده‌اند (۲۲). نقطه مشترک در همه این مطالعات زایمان پیش از موعد است

- 18thed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.
- Moss W, Darmstadt GL, Marsh DR, Black

- RE, Santosham M. Research priorities for the reduction of perinatal and neonatal morbidity and mortality in developing country communities. *J Perinatol* 2002; 22(6): 484-495.
3. Yu VY. Global, regional and national perinatal and neonatal mortality. *J Perinat Med* 2003; 31(5): 376-379.
 4. Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; 379(9832): 2151-2161.
 5. Sankaran K, Chien L-Y, Walker R, Seshia M, Ohlsson A, Lee SK. Variations in mortality rates among Canadian neonatal intensive care units. *Cmaj* 2002; 166(2): 173-178.
 6. Tariq PKZ. Determinants of neonatal mortality. *J Pak Med Assoc* 1999; 49(3): 56-59.
 7. Yost NP, Bloom SL, Sibley MK, Lo JY, McIntire DD, Leveno KJ. A hospital-sponsored quality improvement study of pain management after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(5): 1341-1346.
 8. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD. Intensive care for extreme prematurity—moving beyond gestational age. *N Engl J Med* 2008; 358(16): 1672-1681.
 9. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(3): 251-256.
 10. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007; 335(7628): 1025.
 11. Ecker JL, Frigoletto Jr FD. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. *N Engl J Med* 2007; 356(9): 885-888.
 12. Babaei H, Jafrasteh A. The Evaluation Of Crib Ii Scoring System In Predicting Mortality In Preterm Newborns. *Yafte* 2015; 16(4): 27-35.
 13. Matthews TJ MM. Infant mortality statistics from the 2010 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep* 2013; 62(8): 1-26.
 14. Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA, Lackritz CHQ, Lackritz EM. The Contribution of Preterm Birth to Infant Mortality Rates in the United States. *Pediatrics* 2006; 118(4): 1566-1573.
 15. Van Esch JJ, Van Heijst AF, de Haan AF, van der Heijden OW. Early-onset preeclampsia is associated with perinatal mortality and severe neonatal morbidity. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; 30(23): 2789-2794.
 16. Movahedi M, Hajarizadeh B, Rahimi A, Arshinchi M, Amirhosseini K, Haghdoost AA. Trends and geographical inequalities of the main health indicators for rural Iran. *Health Policy Plan* 2009; 24(3): 229-237.
 17. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100(5): 1020-1037.
 18. Villanueva Egan LA, Gutiérrez AKC, Pichardo Cuevas M, Lucio JR. Epidemiological profile of premature labor. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(09): 542-548.
 19. Huynh M, Spasojevic J, Li W, Maduro G, Van Wye G, Waterman PD, et al. Spatial social polarization and birth outcomes: preterm birth and infant mortality-New York City, 2010-14. *Scand J Public Health* 2018; 46(1): 157-166.
 20. Humphrey L, Bello S, Rousham E. Sex Differences In Infant Mortality in Spitalfields, London, 1750-1839. *J Biosoc Sci* 2012; 44(1): 95-119.

21. Khanna R, Kumar A, Vaghela JF, Sreenivas V, Puliyeel JM. Community based retrospective study of sex in infant mortality in India. *BMJ* 2003; 327(7407): 126.
22. Mathews TJ, MacDorman MF, Thoma ME. Infant Mortality Statistics From the 2013 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. *Natl Vital Stat Rep* 2015; 64(9): 1-30.
23. Hong R, Ruiz-Beltran M. Impact of Prenatal Care on Infant Survival in Bangladesh. *Matern Child Health J* 2007; 11(2): 199-206.
24. Ghahiri A, Khosravi M. Maternal and neonatal morbidity and mortality rate in caesarean section and vaginal delivery. *Adv Biomed Res* 2015; 4: 193.
25. Ye J, Betrán AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth* 2014; 41(3): 237-244.
26. World Health Organization. List of Member States by WHO Region and Mortality Stratum. Geneva, WHO; 2014 [cited 2016 October 15] Available from: http://www.who.int/choice/demography/mortality_strata/en/. Accessed October 2, 2021.
27. Yi B, Wu L, Liu H, Fang W, Hu Y, Wang Y. Rural-urban differences of neonatal mortality in a poorly developed province of China. *BMC Public Health* 2011(11):477.