

رابطه بین اضطراب غیر آسب زای مادران در دوران

بارداری با شاخص های تن سنجی نوزاد

دکتر فرهاد شقاقی^۱، دکتر فاطمه تارا^۲، دکتر مجتبی امیری مجد^۳،

روح الله میرزا آقاسی^{۴*}، دکتر معصومه میرزامرادی^۵

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، زنجان، ایران.
۲. استادیار گروه زنان، فلوشیپ پریناتولوژی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، زنجان، ایران.
۴. کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، زنجان، ایران.
۵. استادیار گروه زنان، فلوشیپ پریناتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۲۲

خلاصه

مقدمه: اضطراب و افسردگی دو مورد از شایع ترین اختلالاتی است که ممکن است زنان در طول زندگی شان تجربه کنند. بارداری و زایمان نیز رویدادی استرس زا در طول زندگی زنان است که غالباً با درجاتی از اضطراب همراه است. نگرانی در مورد ناهنجاری نوزاد، درد زایمان و پذیرفتن مسئولیت مادری از جمله دلایل اضطراب مادران در قبل از زایمان است. با توجه به موارد فوق مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین اضطراب غیر آسب زای مادران در دوران بارداری با شاخص های تن سنجی نوزاد انجام شد.

روش کار: این مطالعه طولی از مهر تا آذر ماه سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۵۰ زن باردار باردار مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های دولتی یا مراکز درمانی تأمین اجتماعی و سونوگرافی شهر تهران انجام شد. ۱۵۰ زن باردار که سن بارداری آنها کمتر از سه ماه بود به صورت مبتنی بر هدف و به صورت در دسترس انتخاب شدند. به دلیل طولی بودن این مطالعه، افرادی که به طور کامل فرم پرسشنامه اضطراب را در سه مرحله تکمیل کردند، به ۴۱ نفر تقلیل یافتند. پرسشنامه اضطراب کتل در سه دوره سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری توسط افراد مورد مطالعه و با کمک همکاران طرح تکمیل شد. شاخص های تن سنجی نوزادان (وزن، قد، دور سر و نمره آپگار) پس از زایمان، از روی برگه های مشخصات نوزاد ثبت شد. داده ها با کمک نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در سطح معنی داری $p=0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای پژوهش از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد.

یافته ها: نمرات اضطراب سه ماهه دوم و سوم ارتباط معنی داری با نمرات آپگار نداشت ($p=0/05$) ولی بین اضطراب کلی مرحله اول و نمره آپگار ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده شد ($p=0/05$).

نتیجه گیری: اضطراب غیر آسب زای مادران تأثیر مثبتی بر شاخص های تن سنجی نوزادان دارد. به عبارت دیگر افزایش اضطراب در حد غیر آسب زای یک آیتم مطلوب برای جنین بوده و باعث بهتر شدن وضعیت شاخص های تن سنجی نوزاد می شود.

کلمات کلیدی: اضطراب، پرسشنامه اضطراب کتل، شاخص های تن سنجی نوزاد، مراحل بارداری، نمره آپگار

مقدمه

برخورد با مشکلات روانی که در آینده نزدیک ابعاد گسترده تری پیدا خواهد کرد، نیازمند شناسایی گروه های در معرض خطر و برنامه ریزی جهت پیشگیری از این بیماری ها و عوارض آنها در تمامی سطوح است.

مطالعات متعددی که در سایر نقاط دنیا و ایران صورت گرفته، نشان می دهد که اختلالات روانی در زنان شایع تر است (۱). در طرح ملی سلامت و بیماری در ایران نیز نسبت شیوع اختلالات روانی، جسمی سازی، اضطراب و افسردگی در زنان به طور معنی داری بیشتر از مردان بوده است که عوامل متعددی نظیر تفاوت های بیولوژیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی و عدم استقلال مالی در زنان و رتبه اجتماعی در این امر دخیل است (۲-۵).

یکی از تفاوت های جنسی زنان و مردان، بارداری و اثرات آن بر زندگی زن و شوهر است. بارداری پدیده ای است که تغییرات عمده ای را هم از نظر جسمی، فیزیولوژیک و آناتومی و هم از نظر روحی و روانی در زن ایجاد می کند. اما در ارتباط با ابعاد روحی- روانی این تغییرات نسبت به تغییرات جسمی در بارداری، مطالعات کمتری انجام شده است (۶).

درک مسئولیت و وظایف سنگین مادری، احساسات متضاد شور و نشاط از یک طرف و نگرانی و وحشت و اضطراب از طرف دیگر، حالات ناپایداری را در زن باردار ایجاد می کند. اکثر زنان از بارداری و زایمان ترس و وحشت دارند و به تصور اینکه زایمانشان غیرطبیعی و سخت بوده و یا اینکه نوزادشان بعد از وضع حمل به علت نقص عضو و یا بیماری های دیگر تلف شود، بیم و هراس دارند. همچنین روحیه زن باردار ممکن است به دلیل علاقه شدید به جنس خاص، فرهنگ حاکم بر خانواده و جامعه نسبت به بارداری و جنس نوزاد، عدم علاقه به باردار شدن و داشتن بچه تغییر کند (۷).

مشکلات روانی دوران بارداری در بیش از ۹۰ درصد از کشورهای با درآمد بالا^۲ مطالعه شده است، در حالی که در این زمینه تنها برای ۱۰ درصد از کشورهای با درآمد پایین و متوسط^۳ اطلاعاتی موجود است (۸).

اختلالات اضطرابی در طول بارداری شایع هستند و سهم زیادی از مشکلات بهداشتی را تشکیل می دهند. نتایج مطالعات، شیوع اختلالات اضطرابی در دوران بارداری را بالاتر از ۳۰ درصد نشان می دهند که ممکن است اثرات معکوسی روی سرانجام مامایی، جنینی و نوزادی داشته باشد (۹). بر اساس مطالعات قبلی، اضطراب در ۱۵٪ زنان باردار ایرانی گزارش شده است. اضطراب زنان در دوران بارداری می تواند باعث پیامدهای مهمی از جمله تولد نوزاد با وزن کم و کاهش نمره آپگار شود (۱۰).

با وجود مطالعات زیادی که شیوع این اختلالات را بررسی کردند، مطالعات کمی اثرات این اختلالات را روی سرانجام بارداری بررسی کرده اند (۱۱). مطالعه آندرسون و همکاران نشان داد بین اضطراب و افسردگی دوران بارداری و سرانجام نوزادی (وزن کم هنگام تولد، آپگار پایین، زایمان پره ترم و آسیفکسی) ارتباط معنی داری وجود ندارد (۱۲). ولی وادهوا و همکاران (۱۹۹۳) با استفاده تعداد زیادی از پارامترها، بین زایمان زودرس و اضطراب خاص بارداری ارتباط معنی داری نشان دادند (۱۳).

همچنین در پرکین و همکاران بین اضطراب و عوارض زایمان شامل زایمان زودرس ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۱۴). بنابراین شواهد در مورد ارتباط اضطراب با سرانجام نوزادی متناقض است (۱۲).

پاناماکی و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند که استرس های شدید، بر محورهای آدرنال- هیپوفیز- هیپوتالاموس و سیستم عصبی سمپاتیک اثر گذاشته و منجر به دگرگونی های نورونی غدد درون ریز می شود. این امر روی ترشح کورتیزول و آدرنوکورتیکوتروپین تأثیر گذاشته و سبب افزایش سطح پلاسمای کورتیزول می شود. اضطراب قبل از زایمان مادر به طور مستقیم ترشحات محور آدرنال- هیپوفیز-هیپوتالاموس را در جنین افزایش می دهد (۱۵). اکثر مطالعاتی که اثر مخرب اضطراب مادران را بر شاخص های تن سنجی نوزاد تأیید می کنند با نمونه هایی انجام شده که دارای استرس و اضطراب بالا بوده اند اما در مطالعات انجام شده به رابطه بین اضطراب غیر آسیب زای مادران در دوران بارداری با شاخص های تن سنجی نوزاد

2- Low And Middle Income Countries (LMICs)

3- High Income Countries (HICs)

آشنا شده بودند، در سه دوره سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری تکمیل کردند.

پرسشنامه اضطراب کتل بر اساس پژوهش های گسترده و برای افراد بالای ۱۵-۱۴ سال طراحی شده است (۱۷).

این پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال می باشد که دو سری ۲۰

سؤالی مطرح می شود و نمره گذاری آنها به شکل

جداگانه انجام می شود. به هر سؤال نمره ای بین ۰ تا ۲

اختصاص می یابد که دو بیشترین حد اضطراب و صفر

کمترین حد اضطراب را در آن سؤال نشان می دهد. به

این ترتیب ۲۰ سؤال اول می تواند از صفر تا چهل و ۲۰

سؤال بعدی نیز از صفر تا چهل نمره و در مجموع هر فرد

می تواند بین ۰ تا ۸۰ نمره کسب کند که نمره اضطراب

کلی نامیده می شود. صفر تا ۴۰ نمره اول نشانگر اضطراب

پنهان و نمرات سری دوم نشانگر اضطراب آشکار است.

بین پرسشنامه های اضطراب آشکار و پنهان تمایز وجود

دارد. اضطراب پنهان، استعداد کلی پاسخ به بسیاری از

موقعیت ها با سطح اضطراب بالا است در حالی که

اضطراب آشکار اختصاصی تر بوده و به اضطراب فرد در

یک لحظه خاص اشاره می کند (۱۸).

از این مقیاس در مطالعات متعدد استفاده شده و اعتبار و

پایایی پرسشنامه مورد تأیید است. افزون بر این، در اعتبار

سنجی ایرانی توسط منصور و دادستان در سال ۱۳۶۷ بر

روی ۱۶۳۴۲ پسر و ۸۵۳۲ دختر نیز این پرسشنامه ابزار

مناسبی برای تشخیص اضطراب به شمار رفته است (۱۶).

در ضمن از طریق آلفای کرونباخ به محاسبه پایایی ابزار

یا مقیاس پرداخته شد و رقم ۰/۷۶ نیز به دست آمد که

معرف ضریب پایایی مقبول است. همچنین بر اساس

سطح بندی صورت گرفته، اضطراب طبیعی یا غیر آسیب

زا به اضطرابی گفته می شود که نمره اضطراب کلی

آزمودنی کمتر از ۴۰ باشد (۱۹).

به دلیل طولی بودن مطالعه حاضر و کاهش آزمودنی ها،

حجم نمونه به ۴۱ نفر تقلیل یافت. افرادی که به طور

کامل پرسشنامه اضطراب کتل را در سه مرحله تکمیل

نکردند، زودرسی زایمان داشتند یا اینکه ناهنجاری

فیزیکی در نوزاد آنها مشاهده شد، از مطالعه خارج شدند.

پس از زایمان، مشخصات نوزادان از روی برگه مشخصات

آنها ثبت شد. وزن ۹۵٪ نوزادان ترم بین ۴/۶-۲/۵

اشاره ای نشده است و این سؤال وجود دارد که آیا

اضطراب مادران در سطح غیر آسیب زا رابطه ای با

شاخص های تن سنجی نوزاد دارد؟ شاید یکی از دلایل

وجود برخی تناقضات در این تحقیقات عدم توجه به این

امر بوده باشد.

با توجه به این موارد، مطالعه حاضر با هدف بررسی

ارتباط بین اضطراب غیر آسیب زای مادران در دوران

بارداری با شاخص های تن سنجی نوزاد انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع طولی به روش

همبستگی است که از مهر ماه تا آذر ماه سال ۱۳۸۹ بر

روی ۱۵۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان ها و

مراکز تأمین اجتماعی و سونوگرافی تهران انجام شد. ابتدا

شهر تهران از نظر جغرافیایی به ۹ منطقه، شمال، جنوب،

غرب، شرق، شمال شرقی، شمال غربی، جنوب شرقی،

جنوب غربی و مرکزی تقسیم شد. سپس به طور تصادفی

۵ منطقه (جنوب، جنوب شرق، شرق، مرکز و شمال)

انتخاب و نمونه گیری به صورت در دسترس از مناطق

انتخاب شده انجام گرفت.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع همبستگی بوده و

در این گونه مطالعات به حجم نمونه بالای ۳۰ نفر نیاز است

(۱۶) و همچنین احتمال افت آزمودنی زیاد می باشد؛ ۱۵۰

زن باردار مراجعه کننده به مراکز تأمین اجتماعی شهرک

قدس (جنوب شرق)، بیمارستان مهدیه (جنوب تهران)،

مرکز سونوگرافی دکتر صدری (شرق تهران)، مرکز

سونوگرافی شهرداری ناحیه ۱۳ (مرکز تهران) و مرکز

سونوگرافی دکتر لواسانی (شمال تهران) که سن بارداری

آنها کمتر از سه ماه بود و رضایت خود را به صورت کتبی

جهت شرکت در مطالعه اعلام نمودند، به صورت مبتنی

بر هدف انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به

مطالعه شامل سن بارداری کمتر از سه ماه، نداشتن

بیماری دیابت و فشار خون، عدم اعتیاد به مواد مخدر و

مشروبات الکلی و نیز عدم دو قلو بودن جنین بر اساس

آخرین سونوگرافی انجام شده بود. افراد مورد مطالعه فرم

اطلاعات شخصی و پرسشنامه اضطراب کتل را با کمک

همکاران طرح که از قبل با اهداف پژوهش و سؤالات آن

SPSS (نسخه ۱۸) و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در سطح معنی داری $p=0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مورد مطالعه از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد.

یافته ها

مشخصات فردی افراد مورد مطالعه نظیر سن، وزن و قد شرکت کنندگان در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سنی افراد $27/82$ و دامنه سنی آنان 14 تا 40 سال بود.

کیلوگرم، قد نوزادان در بدو تولد $45-55$ سانتی متر و دور سر آنان بین $32/6-37/2$ سانتی متر بود. بالاترین نمره آپگار نیز عدد 10 در نظر گرفته شده است. اندازه گیری شاخص های تن سنجی نوزاد با کمک کادر فنی اتاق زایمان انجام شد. وزن نوزاد بلافاصله پس از تولد و بدون لباس با ترازوی کفه ای مخصوص توزین نوزاد با دقت 50 گرم، قد نوزاد در حالت خوابیده و با کمک دو نفر و دور سر نوزاد نیز با استفاده از یک متر نواری باریک با دقت $0/5$ سانتی متر اندازه گیری شد. نمره آپگار نوزادان نیز در دقایق 1 و 5 توسط کادر اتاق زایمان مشخص شد. داده ها با کمک نرم افزار آماری

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد ویژگی های توصیفی مادران مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
سن	$27/82$	$4/758$	۴۱
وزن	$65/12$	$11/87$	۴۱
قد	$161/63$	$5/97$	۴۱

در جدول ۲ اطلاعات حاصل از فرم مشخصات فردی که همزمان با پرسشنامه اضطراب کنترل توسط مادران تکمیل شده بود، ارائه شده است.

جدول ۲- مشخصات فردی مادران مورد مطالعه

متغیر	تعداد
تحصیلات	زیر دیپلم ۸
	دیپلم ۱۹
	دانشگاهی ۱۴
وضعیت اقتصادی	ضعیف ۶
	متوسط ۳۳
رتبه بارداری	خوب ۲
	اولین بار ۲۰
نوع بارداری	بیش از ۱ بار ۲۱
	خواسته ۳۰
سابقه سقط	ناخواسته ۱۱
	داشته ۷
	نداشته ۳۴

متولد شده به ترتیب $8/95$ ، $3300/44$ ، $49/29$ ، $34/7$ بود.

در جدول ۳ ویژگی های تن سنجی نوزادان ارائه شده است. میانگین نمره آپگار، وزن، قد و دور سر نوزادان

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد ویژگی های تن سنجی نوزادان مورد مطالعه

متغیر	میانگین	کمینه	بیشینه	انحراف استاندارد	تعداد
آپگار	۸/۹۵	۸/۸۲	۹/۱۱	۰/۴۴۴	۴۱
وزن	۳۳۰۰/۴۴	۳۱۷۳/۷۹	۳۴۲۵/۸۷	۴۰۹/۱۳۵	۴۱
قد	۴۹/۲۹	۴۸/۴۸	۵۰/۲۵	۲/۴۹۲	۴۱
دور سر	۳۴/۷۰۷	۳۴/۲۵	۳۵/۱۶	۱/۶۰۰	۴۱

جدول ۴- معنی داری پیش بینی نمره آپگار از روی نمره اضطراب کلی در سه ماهه اول بارداری مادران مورد مطالعه

متغیر پیش بینی کننده	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری
اضطراب کلی سه ماهه اول بارداری	۱/۶۲۵	۱/۶۲۵	۱	۱۰/۰۹۳	۰/۰۰۳
	۶/۲۷۸	۰/۱۶۱	۳۹		
	۷/۹۰۲	۴۰			

برای بررسی رابطه بین میزان اضطراب آشکار، نهان و کل زنان باردار در سه ماهه اول، دوم و سوم با نمره آپگار نوزاد از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد. در جدول ۴ نسبت F در سطح $p=0/05$ معنی دار است بنابراین می توان گفت که مدل پیش بینی نمره آپگار

از اضطراب کلی دوره اول معنی دار است و معادله پیش بینی آپگار از روی نمره اضطراب کلی مرحله اول عبارت است از: $(۸/۲۸۰) + (\text{اضطراب کلی مرحله اول}) \times (۰/۰۱۹) = \text{نمره آپگار}$

جدول ۵- معنی داری پیش بینی اندازه قد نوزادان از روی نمره اضطراب آشکار سه ماهه دوم بارداری مادران مورد مطالعه

متغیر پیش بین	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
اضطراب آشکار سه ماهه دوم بارداری	۳۳/۱۰۱	۱	۳۳/۱۰۱	۵/۹۹۳	۰/۰۱۹
	۲۱۵/۳۸۷	۳۹	۰/۱۶۱		
	۲۴۸/۴۸۸	۴۰			

برای بررسی رابطه بین اندازه قد و نمرات اضطراب در طول بارداری از رگرسیون گام به گام استفاده شد. در جدول ۵ نسبت F در سطح $p=0/05$ معنی دار است بنابراین می توان گفت که مدل پیش بینی اندازه قد از اضطراب آشکار

دوره دوم معنی دار است و معادله پیش بینی قد از روی نمره اضطراب آشکار مرحله دوم عبارت است از: $(۴۵/۶۸۸) + (\text{اضطراب آشکار مرحله دوم}) \times (۰/۲۰۵) = \text{اندازه قد}$

جدول ۶- معنی داری پیش بینی اندازه دور سر از روی نمره اضطراب کلی سه ماهه سوم بارداری مادران مورد مطالعه

متغیر پیش بین	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
اضطراب کلی سه ماهه سوم بارداری	۱۴/۰۰۳	۱	۱۴/۰۰۳	۶/۱۷۲	۰/۰۱۷
	۸۸/۴۸۵	۳۹	۲/۲۶۹		
	۱۰۲/۴۸۸	۴۰			

برای بررسی رابطه بین میزان اضطراب آشکار، نهان و کل زنان باردار در سه ماهه اول، دوم و سوم با اندازه دور سر نوزاد از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد. در جدول ۶ نسبت F در سطح $p=0/05$ معنی دار

است بنابراین می توان گفت که مدل پیش بینی اندازه دور سر از اضطراب کلی دوره سوم معنی دار است و معادله پیش بینی دور سر از روی نمره اضطراب کلی

مرحله سوم عبارت است از: (۳۲/۹۶۷) + (اضطراب کلی مرحله ۳) \times (۰/۰۵۳) = اندازه دور سر

بحث

نمره ای که به وسیله پرسشنامه اضطراب کنترل از آزمودنی ها به دست می آید؛ نشان دهنده سطح اضطراب افراد است که بر اساس طبقه بندی انجام شده، آسیب زا یا غیر آسیب زا می باشد. به عبارت دیگر در صورتی که سطح اضطراب افراد غیر آسیب زا باشد، به این معنی است که نمره اجزاء پرسشنامه (اضطراب آشکار، پنهان و کلی) نیز غیر آسیب زا است. در مطالعه حاضر چون نمره اضطراب نمونه های مورد مطالعه غیر آسیب زا بود؛ محققین با بررسی اجزاء این نمرات سعی داشتند تا به پیش بینی روابط بین آنها و شاخص های تن سنجی نوزادان بپردازند و مشخص کنند که بین اضطراب غیر آسیب زای مادران در دوران بارداری که خود شامل اضطراب آشکار، پنهان و کلی می باشد با شاخص های تن سنجی نوزاد، ارتباطی وجود دارد؟ و اگر همبستگی بین نمرات اضطراب و شاخص های تن سنجی وجود دارد؛ این همبستگی مثبت است یا منفی؟

پس از به دست آمدن نمره اضطراب هر آزمودنی در هر یک از دوره های بارداری، در مجموع ۹ نمره برای هر فرد به دست آمد که شامل نمرات اضطراب آشکار، پنهان و اضطراب کلی از هر ۳ مرحله بود که این نمرات به صورت گام به گام با متغیرهای وزن، قد، دو سر و نمره آپگار نوزاد مورد بررسی قرار گرفت.

در مرحله اول ارتباط بین نمرات اضطراب با نمره آپگار مورد بررسی قرار گرفت. به جز اضطراب کلی مرحله اول، هیچ یک از نمرات اضطراب با نمرات آپگار ارتباط معنی داری نداشت ($p=0/05$). به عبارت دیگر نمرات اضطراب سه ماهه دوم و سوم بارداری ارتباط معنی داری با نمرات آپگار نداشت ($p=0/05$) ولی همبستگی مثبت و معناداری بین اضطراب کلی مرحله اول و نمره آپگار مشاهده شد ($p=0/05$). که این یافته ها با نتایج مطالعه پونیراکیز و همکاران (۱۹۹۸) که مشخص شد بین اضطراب آشکار و پنهان مادر در هفته ۳۲-۳۴ بارداری و آپگار نوزاد ارتباط معنی داری وجود ندارد، همخوانی

داشت (۲۰). همچنین بانویوسوس (۲۰۰۷) به این نتیجه رسید که اضطراب بالای مادران با آپگار بالاتر ارتباط معنی داری دارد که این یافته نیز با وجود همبستگی مثبت بین اضطراب کلی مرحله اول و نمره آپگار با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۱). در مورد پیش بینی قد محقق به این نتیجه رسید که فقط اضطراب آشکار دوره دوم می تواند قد را پیش بینی کند و همبستگی از نوع مثبت است. این نتایج با نتایج به دست آمده از مطالعه شایقیان و همکاران (۱۳۸۷) هماهنگی ندارد. چرا که آنها افزایش اضطراب را با کاهش وزن، قد و دور سر نوزاد مرتبط دانسته اند (۲۲).

البته در مطالعه آندرسون و همکاران (۲۰۰۴) بین اضطراب و دیسترس مادران و محدودیت رشد جنینی ارتباط معنی داری گزارش نشد که از این جهت مشابه مطالعه حاضر می باشد (۱۲) با این وجود در هیچ یک از مطالعات رابطه مثبتی بین قد و افزایش اضطراب گزارش نشده است که ممکن است به این دلیل باشد که در این مطالعات، نمرات اضطراب غیر آسیب زا بوده اند. در مورد پیش بینی اندازه دور سر، محقق به این نتیجه رسید که فقط اضطراب کلی دوره سوم می تواند دور سر را پیش بینی کند. در مطالعه ای که توسط دیمیترو (۱۹۹۷) انجام گرفت ارتباط بین شاخص های رشد فیزیکی نوزادان شامل قد، وزن، دور سر و دور سینه و تعدادی از عوامل بیولوژیکی و اجتماعی بررسی شد و نتایج آن نشان داد که رتبه تولد، سن، شغل و سواد مادر ارتباط معنی داری با اندازه های تن سنجی نوزادان دارند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۳).

در توجیه نتایج به دست آمده باید گفت با توجه به نظریه درماندگی آموخته شده سیلیکمن، وقتی زنان باردار خود را در معرض اضطراب می بینند برای اینکه مشکلات احتمالی را که ممکن است بر فرزندشان وارد شود را کنترل کنند سعی می کنند تا مراقبت های خود را از جنین بیشتر کرده و این امر سبب بالا رفتن آیتم های سلامت نوزاد در هنگام تولد می شود.

در پایان باید گفت در بررسی به عمل آمده توسط نویسندگان این مقاله، هیچ یک از مطالعات انجام شده در دوران بارداری، به موضوع اضطراب به صورت اضطراب

به دلیل بازه زمانی ویژه ای که این مطالعه در افراد پیگیری می کرد و وجود برخی حساسیت ها از سوی همسران افراد شرکت کننده در مطالعه، برخی از افراد ارائه پاسخ صحیح خودداری کردند که اطلاعات این افراد ممکن است باعث جابجایی برخی از نتایج تحقیق شده باشد. با توجه به ارتباط مثبت اضطراب و شاخص های تن سنجی نوزادان در شرایط اضطراب غیر آسیب زا پیشنهاد می شود ضمن آگاهی بخشی مادران از خطرات احتمالی اضطراب توسط مراکز درمانی، از بی خیالی و سرسری انگاشته شدن بارداری در مادران جلوگیری شود.

نتیجه گیری

اضطراب غیر آسیب زای مادران تأثیر مثبتی بر شاخص های تن سنجی نوزادان دارد. به عبارت دیگر افزایش اضطراب در حد غیر آسیب زا یک آیتم مطلوب برای جنین بوده و باعث بهتر شدن وضعیت شاخص های تن سنجی نوزاد می شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از عوامل محترم بیمارستان مهدیه تهران، مرکز سونوگرافی دکتر لواسانی، مرکز درمانی تأمین اجتماعی شهرک قدس و همچنین سرکار خانم یگانه کهنی که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

آسیب زا و غیر آسیب زا نپرداخته اند و غالباً محققین اضطراب را به عنوان یک عامل مخرب می دانسته اند. نتایج این مطالعه نشان داد در صورتی که حد اضطراب بیش از حد نرمال و در محدوده آسیب نباشد باعث تمرکز بیشتر مادر بر جنین شده و مشابه مدل اضطراب امتحان عمل می کند و موجب اثرات مطلوبی در جنین می شود.

از نقاط قوت این مطالعه، اولاً این است که سؤالات در سه نوبت زمانی (سه ماهه اول، دوم و سوم بارداری) مطرح شد و ثانیاً این مطالعه یک مطالعه آینده نگر می باشد. از آنجا که مخاطبین این مطالعه زنان باردار بودند در کلیه مراحل سعی شد که از پرسشگران زن استفاده شود و پس از ارائه توضیحات کامل در مورد مطالعه، افراد رضایتمانه کتبی را تکمیل کردند. همچنین به کلیه افراد اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه باقی می ماند. همچنین افرادی که از نمره اضطراب بالایی برخوردار بودند، جهت درمان به روانشناسان بالینی و روانپزشکان ارجاع داده شدند.

از محدودیت های این مطالعه می توان به این موارد اشاره کرد: با توجه به ماهیت پرسش های این مطالعه، برخی افراد از ارائه اطلاعات خصوصی خود اجتناب کردند یا به برخی از سؤالات پاسخ ندادند که به ناچار از مطالعه خارج شدند.

منابع

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 May 24;349(9064):1498-504.
2. Noorbala AA, Mohammad K, Yasamy MTM, Bagheri Yazdi S. [A view of mental health in Iran]. Tehran: Iranian Red Crescent Society Publications; 2001.
3. World Health Organization: Women's mental health: an evidence based review, Geneva. WHO/MSD/MDP/00.1, Available in: www.who.int. Accessed by 2002.
4. Okojie CE. Gender inequalities of health in the Third World. *Soc Sci Med* 1994 Nov;39(9):1237-47.
5. Patel V, Araya R., de Lima M, Ludermir A., Todd C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999 Dec;49(11):1461-71.
6. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995 Aug 11;269(5225):799-801.
7. Helmsresht P, Delpisheh E. [Nursing and health of mother and child]. Tehran: Chehr; 2000:62-3. [in Persian.]
8. World Health Organization Report. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of meeting held in Geneva, Switzerland, 30 Jan-Feb 2008.
9. Bunevicius A, Cesnaite E, Mockut I, Kusminskas L, Bunevicius R. Antenatal maternal mental state and anthropometric characteristics of the neonates: I. impact of symptoms of depression and anxiety. *Biol Psychiatr Ir Psichofarmakologija* 2007;9(1):3-6.
10. Jannati Y, Khaki N. [Psychiatric in midwifery]. Tehran: Jame Negar Publications; 2005:122-4. [in Persian.]
10. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004 Sep;104(3):467-76.
11. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Astrom M, Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study. *Am J Epidemiol* 2004 May 1;159(9):872-81.

12. Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol* 1993 Oct;169(4):858-65.
13. Perkin MR, Bland JM, Peacock JL, Anderson HR. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *Br J Obstet Gynaecol* 1993 Jul;100(7):629-34.
14. Punamäki RL, Repokari L, Vilska S, Poikkeus P, Tiitinen A, Sinkkonen J, et al. Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter? *Infant Behav Dev* 2006 Apr;29(2):230-42.
15. Hooman HA. [The scientific method in the Behavioral Sciences]. 3rd ed. Tehran:Samt Publications;2012. [in Persian.]
16. Mansour M, Dadsetan P. [Translation of general psychopathology: mental diseases]. Tehran:Roshd Publications;2002. [in Persian.]
17. Spielberger CD, Gorsuch RR, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto CA.:Consulting Psychologists Press;1983.
18. Fallahi A. [Compare the effectiveness of systematic desensitization techniques to reduce anxiety in opposing the first year of high school students in Ahwaz] [Thesis in Persian]. Ahwaz:Shahid Chamran University;2002.
19. Ponirakis A, Susman EJ, Stifter CA. Negative emotionality and cortisol during adolescent pregnancy and its effects on infant health and autonomic nervous system reactivity. *Dev Psychobiol* 1998 Sep;33(2):163-74.
20. Bunevicius A, Cesnaite E. Antenatal maternal mental state and anthropometric characteristics of the neonates: impact of symptoms of depression and anxiety. *Biol Psychiat* 2007; 91:3-6.
21. Shayeghian Z, Rasolzadeh Tabatabaey SK, Seddighilooye E. [Effect of aternal anxiety during third trimester on pregnancy outcomes and Infants' mental health] [Article in Persian]. *J Nurs Midwif Tehran Uni Med Sci* 2008;14 (3-4):57-64.
22. Dimitrov I. Sociobiological factors and physical development of newborn infants in plovdiv. *Folia Med Plovdiv* 1997; 59: 74-9.