

بررسی ارتباط زایمان زودرس با میزان اضطراب، استرس و افسردگی حین بارداری در مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان دورود در سال ۱۳۸۹

رامش نشاط^{*}، دکتر فرشته مجلسی^۱، دکتر عباس رحیمی^۲، دکتر مامک شریعت^۳، دکتر ابوالقاسم پوررضا^۴

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. متخصص بهداشت مادر و کودک، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. دکترای تخصصی بهداشت باروری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲۳

خلاصه

مقدمه: زایمان زودرس، یک حادثه جدی در دوران بارداری است، اما شیوع آن با توجه به جمعیت‌های مختلف و وضعیت اقتصادی و اجتماعی افراد در جوامع مختلف، متفاوت می‌باشد. اختلالات روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی با تحریکات هورمونی می‌تواند باعث افزایش زایمان زودرس شوند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط زایمان زودرس با درصد اضطراب، استرس و افسردگی حین بارداری انجام شد.

روش کار: این مطالعه کوهورت آینده‌نگر در سال ۱۳۸۹ بر روی ۳۰۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان دورود انجام شد. در مطالعه حاضر وقوع زایمان زودرس در دو گروه مواجهه و غیر مواجهه با استرس، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌بندی شده انجام شد. با استفاده از ابزار اندازه‌گیری DASS21، نمره اضطراب، استرس و افسردگی زنان باردار تعیین و نمرات به ۵ دسته طبقه‌بندی شد. ابزار مطالعه شامل فرم انتخاب واحد پژوهش، مقیاس DASS21 و فرم مصاحبه مشخصات واحدهای پژوهش بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) و آزمون کای دو، شاخص خطر نسبی و رگرسیون لجستیک انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر وقوع زایمان زودرس تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p < 0/0001$). خطر وقوع زایمان زودرس در کسانی که دارای اضطراب، استرس و افسردگی بودند، برابر افراد طبیعی بود ($OR = 3/797$). عوامل مؤثر بر زایمان زودرس در گروه دارای اضطراب، استرس و افسردگی ($p < 0/0001$) شامل تعداد دفعات شستشو لباس روزانه با دست ($p = 0/001$)، تعداد دفعات پختن غذا روزانه ($p < 0/0001$)، گروه سنی مادر ($p = 0/022$)، طبقه اجتماعی اقتصادی ($p = 0/023$) و تعداد بارداری ($p = 0/003$) بود.

نتیجه‌گیری: وقوع زایمان زودرس در زنان بارداری که مواجهه با استرس، اضطراب و افسردگی دارند، بیشتر است.

کلمات کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، زایمان زودرس

* نویسنده مسئول مکاتبات: رامش نشاط؛ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی درمانی تهران، تهران، ایران؛ تلفن: ۰۹۱۵۷۹۰۳۰۳۲؛ پست

الکترونیک: neshatr1@mums.ac.ir

مقدمه

بارداری و زایمان، جزء وقایع ویژه زندگی زنان و خانواده های آنان محسوب می شود. بارداری باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیک جسمی و روانی شده و عملکرد سیستم های مختلف بدن مادر را تحت تأثیر قرار می دهد. این تغییرات، باعث ایجاد علائم و شکایاتی در زنان باردار شده و ممکن است به طور طبیعی در هر بارداری رخ دهند، ولی در صورت تشدید این علائم، ممکن است عوارضی برای مادر و جنین او ایجاد شود. امروزه تأمین سلامت مادر و کودک، یک هدف اصلی و مهم برای توسعه اجتماعی و اقتصادی هر جامعه ای محسوب می شود (۱).

۲. زایمان پره ترم به صورت زایمان قبل از هفته ۳۷ بارداری تعریف می شود و دلیل حدود دو سوم مرگ های دوره نوزادی می باشد. عوامل فردی متعددی در بروز زایمان پره ترم نقش دارند. از آنجایی که زایمان زودرس، عمده ترین دلیل مرگ و میر و معلولیت های نوزادان (که با ناهنجاری های مادرزادی در ارتباط نیستند) می باشد، جزء یکی از الویت های بهداشتی محسوب می شود (۳). زایمان زودرس یک واقعه مهم در دوران پری ناتال است که حدوداً در ۱۰-۵ درصد بارداری ها رخ می دهد، اما شیوع آن با توجه به جمعیت های مختلف و وضعیت اقتصادی و اجتماعی جوامع مختلف متفاوت است (۴).

به گزارش اخبار سلامت به نقل از مهر محققان که مطالعه ای را بر روی ۱۸۲۰ زن باردار انجام دادند، خطر زایمان پیش از موعد در افرادی که اضطراب زیادی درباره بارداری دارند، نسبت به افرادی که حداقل اضطراب را در این مورد دارند، تا ۳ برابر افزایش می یابد (۵، ۷). در حالی که زایمان زودرس، تأثیرات قابل توجه بهداشتی، اجتماعی و روانی بر نوزاد و خانواده او دارد، عوامل مساعد کننده و چگونگی پیشگیری از آن، تاکنون به درستی شناخته نشده است. برخی مطالعات نشان داده اند که اختلالات روانی مانند استرس، اضطراب و افسردگی، با افزایش هورمون تحریک کننده کورتیکوتروپین، می تواند باعث افزایش زایمان زودرس شوند (۶). میزان وقوع زایمان زودرس در آمریکا حدود ۱۵-۵ درصد گزارش شده است (۸).

در مطالعه نیگرز و همکاران (۲۰۰۶) در آمریکا تحت عنوان "ارتباط عوامل روانی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و اعتماد به نفس با زایمان زودرس" که بر روی ۳۱۴۹ زن باردار کم درآمد آمریکایی- آفریقایی تبار انجام شد، با استفاده از یک ابزار اندازه گیری ۲۸ سؤال، اثرات منفی اعتماد به نفس، نگرانی ها و استرس اندازه گیری شد. نتایج نشان داد زنانی که نمره پروفایل روانی ضعیف و زنانی که در طول بارداری افسردگی دارند، در معرض خطر بیشتری برای تولد نوزاد نارس و کم وزن می باشند (۱۰).

با توجه به مطالعات انجام شده، شاید بتوان نتیجه گرفت که در حال حاضر زایمان زودرس، مهمترین مشکل بارداری و زایمان می باشد و سالانه، صدها مطالعه در مورد علل و عوامل مرتبط با آن و چگونگی پیشگیری از آن انجام می شود. اما همچنان بسیاری از سؤالات در مورد وقوع زایمان زودرس بی پاسخ مانده اند (۵). در شهرستان دورود در سال ۱۳۸۶، ۲۳/۷ درصد نوزادان در اثر تولد زود هنگام، فوت کردند. با توجه به اهمیت پرداختن به این مهم، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط زایمان زودرس با درصد اضطراب، استرس و افسردگی حین باردار در مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان دورود در سال ۱۳۸۹ انجام شد تا شاید با استفاده از راهکارهای مناسب و برقراری آموزش های مناسب در حین بارداری و قبل از زایمان در مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان ها، بتوان قدمی هر چند کوتاه در راستای ارتقاء سطح سلامت افراد آسیب پذیر جامعه به ویژه مادران و کودکان برداشت.

روش کار

این مطالعه کوهورت آینده نگر در سال ۱۳۸۹ بر روی ۳۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان دورود انجام شد. در مطالعه حاضر وقوع زایمان زودرس در دو گروه مواجهه و غیر مواجهه با استرس، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن ۱۸-۳۵ سال، ساکن شهر دورود، ایرانی بودن، نداشتن سابقه بیماری و مصرف دارو، داشتن سواد خواندن و نوشتن،

حاملگی پرخطر (اختلالات جفتی، دیابت، فشار خون، اختلالات رحمی، ناهنجاری جنینی)، شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع و عدم استعمال سیگار، قلیان و الکل بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل: ۱- فرم انتخاب واحد پژوهش که شامل مشخصات واحدهای پژوهش بود و توسط مصاحبه کننده تکمیل می شد. ۲- فرم شماره ۲، مقیاس تعیین همزمان اضطراب، افسردگی و استرس که شامل ۲۱ سؤال بود که اضطراب (۷ سؤال)، افسردگی (۷ سؤال) و استرس (۷ سؤال) را می سنجد و بر اساس مقیاس چهار نقطه ای لیکرت از صفر تا سه درجه بندی شده بود و ۳- فرم مصاحبه شماره ۳ بود که با ۱۰ سؤال تنظیم شده بود. جهت تعیین روایی فرم های شماره ۱ و ۳، از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پس از مطالعه دقیق کتب و نشریات علمی در زمینه زنان، مامایی و پرستاری، فرم های مربوطه با نظر اساتید زنان و مامایی و پس از لحاظ کردن نظرات اصلاحی آنان اصلاح شد و روایی فرم ها تأیید شد. روایی فرم شماره ۲ توسط دکتر صاحبی در مشهد تأیید شد (۱۱). جهت تعیین پایایی فرم های مصاحبه ۱ و ۳، از روش هم ارز استفاده شد؛ بدین ترتیب که در مورد فرم های مصاحبه، اطلاعات مربوطه ابتدا توسط پژوهشگر و پس از نیم ساعت توسط همکارش تکمیل می شد و پایایی آن با $I=0/86$ تأیید شد. پایایی فرم شماره ۲ نیز توسط دکتر صاحبی در مشهد با $I=0/90$ تأیید شد (۱۱).

جهت گردآوری داده ها، پژوهشگر پس از دریافت رضایت شخصی از واحدهای پژوهش، به آنان اطمینان می داد که پاسخ ها به صورت محرمانه بوده و اطلاعات به صورت دسته جمعی تفسیر خواهد شد. سعی شد که افراد در شرایط فیزیکی (گرما، سر و صدا، نور) تقریباً مشابهی قرار گیرند. پس از موافقت افراد جهت شرکت در مطالعه، پژوهشگر فرم شماره ۱ انتخاب واحد پژوهش را تکمیل می کرد و افراد در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه، فرم شماره ۲ یا مقیاس تشخیص همزمان استرس، اضطراب و افسردگی را تکمیل کردند. فرم شماره ۲، یک بار در هفته ۲۰-۱۸ و بار دیگر در هفته ۳۰-۲۸ بارداری توسط واحد پژوهش تکمیل می شد و از او خواسته می

شد که هر عبارت را به دقت بخواند و احساس خود را طی یک هفته گذشته در مورد هر عبارت با یکی از پاسخ های (اصلاً=۰) (کم=۱) (زیاد=۲) و (خیلی زیاد=۳) بیان کند. دامنه نمرات بین ۰-۲۱ بود. زنان بارداری که نمره استرس، اضطراب و افسردگی طبیعی داشتند، در گروه غیر مواجهه (با اضطراب، افسردگی و استرس) و زنان بارداری که نمره غیر طبیعی داشتند، در گروه مواجهه (با اضطراب، افسردگی و استرس) قرار می گرفتند. سپس پژوهشگر فرم شماره ۳ را تکمیل می کرد. آدرس دقیق و شماره تلفن واحد پژوهش جهت پیگیری بعدی زنان باردار تا هنگام زایمان در پرسشنامه ثبت می شد و تاریخ مراجعه بعدی مادر تعیین و در صورت تأخیر در مراجعه، با آنان تماس گرفته می شد.

تعریف مواجهه: بر اساس نمره اضطراب، استرس و افسردگی کسب شده توسط ابزار اندازه گیری dass21، نمرات به ۵ دسته (نرمال، خفیف، متوسط، شدید، خیلی شدید) طبقه بندی شدند و افرادی که اضطراب، استرس و افسردگی متوسط، شدید و خیلی شدید داشتند، جزء افراد گروه مواجهه در نظر گرفته شدند.

تعریف پیامد (Outcome): زایمان پیش از هفته ۳۷ حاملگی بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی.

در این پژوهش برخی متغیرهای مداخله گر به روش حذف کردن کنترل شده است از جمله متغیرهای حذف شده ملیت غیر ایرانی، سکونت در غیر از شهر دورود، سن کمتر از ۱۸ سال و بیشتر از ۳۵ سال، ابتلاء به بیماری هایی که به نحوی در ایجاد اضطراب و استرس و افسردگی مؤثر بوده اند، مصرف داروهایی که به نحوی در ایجاد اضطراب و استرس و افسردگی مؤثر بوده اند، مصرف سیگار، قلیان و الکل، شاخص توده بدنی بیش از ۳۰، حاملگی های پرخطر (اختلالات جفتی، دیابت، فشار خون، اختلالات رحمی، ناهنجاری های رحمی) و بی سوادی در واقع موارد خروج از مطالعه هستند که پژوهشگر در این مطالعه، همواره اصول اخلاقی را مدنظر قرار می داد. ارائه معرفی نامه به مسئولین مراکز بهداشتی درمانی زیربط جهت اطلاع و کسب اجازه برای انجام مطالعه، رعایت حقوق واحد پژوهش و جلب رضایت از آنها انجام شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر ضمن

قرار داشتند. بیش از نیمی از مادران (۵۴/۷٪) دارای تحصیلات متوسطه بودند. نیمی از همسران زنان نیز تحصیلات متوسطه داشتند. بیش از یک سوم واحدهای پژوهش (۴۹/۳٪)، بارداری دوم خود را تجربه می کردند. در انجام فعالیت های روزانه منزل، اکثر زنان باردار از ماشین لباسشویی (۷۸/۷٪) و جارو برقی (۸۹/۷٪) استفاده می کردند. بیش از نیمی از مادران (۵۲٪)، برنامه پیاده روی روزانه نداشتند. بیش از نیمی از مادران (۵۹/۳٪) جهت رفت و آمد از پله استفاده کرده بودند و حداقل ۱ تا ۲ بار تحت مراقبت های دوران بارداری (۵۶٪) قرار گرفته بودند. در بررسی نمره اضطراب و استرس و افسردگی مادران باردار در دو نوبت اندازه گیری که در هفته های ۲۰-۱۸ و ۳۰-۲۸ انجام شد، نیمی از زنان، دارای نمره طبیعی (گروه کنترل) و نیمی از آنان، دارای نمرات متوسط تا شدید بودند (گروه مواجهه) (جدول ۱).

معرفی خود به مادران باردار، هدف و نحوه انجام مطالعه را توضیح داد و رضایت شفاهی آنان را جلب کرد. مصاحبه در مکانی که به جز پژوهشگر و واحد پژوهش، فرد دیگری حضور نداشت، انجام گرفت. همچنین به تمام واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت محرمانه بوده و به صورت کلی مورد استفاده قرار خواهد گرفت و افراد در هر مرحله از انجام مصاحبه که مایل باشند، می توانند از ادامه مصاحبه خودداری کرده و هیچگونه قضاوت منفی یا واکنش منفی در قبال آنان نخواهد بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۳) و آزمون کای دو، شاخص خطر نسبی و رگرسیون لجستیک انجام شد. در انجام آزمون ها، ضریب اطمینان ۹۵ درصد مد نظر بود. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۳۰۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفتند که نیمی از آنان (۵۱/۳٪) در محدوده سنی ۲۳-۲۹ سال

جدول ۱- توزیع فراوانی و فراوانی نسبی واحدهای پژوهش برحسب مشخصات فردی مادران باردار در سال ۱۳۸۹

مشخصات فردی	گروه	تعداد	درصد
سن مادران باردار	۱۸-۲۲	۶۵	۲۱/۷
	۲۳-۲۹	۱۵۴	۵۱/۳
	۳۰-۳۵	۸۱	۲۷
تحصیلات مادر	ابتدایی	۱۰۷	۳۵/۷
	متوسطه	۱۶۴	۵۴/۷
	دانشگاهی و حوزوی	۲۹	۹/۷
تحصیلات همسر	ابتدایی	۱۰۹	۳۶/۳
	متوسطه	۱۵۰	۵۰/۰
	دانشگاهی و حوزوی	۴۱	۱۳/۷
تعداد بارداری	۱	۴۹	۱۶/۳
	۲	۱۴۸	۴۹/۳
	۳	۶۶	۲۲/۰
	۴ و بیشتر	۳۷	۱۲/۳
شغل همسر (طبقه اجتماعی - اقتصادی)	گروه ۱	۱۱۶	۳۸/۷
	گروه ۲	۱۳۷	۴۵/۷
	گروه ۳	۴۷	۱۵/۷
دفعات شستشو لباس روزانه با دست در منزل	۰	۲۳۶	۷۸/۷
	۱	۶۴	۲۱/۳
دفعات جارو زدن روزانه با جارو دستی در منزل	۰	۲۶۹	۸۹/۷
	۱	۳۱	۱۰/۳

۷۴	۲۲۲	۱	دفعات غذا پختن روزانه در منزل
۲۶	۷۸	۲	
۱۵/۷	۴۷	۱	دفعات ظرف شستن روزانه در منزل با دست
۸۴/۳	۲۵۳	۲	
۵۲/۰	۱۵۶	ندارد	پیاژه روی روزانه بر مبنای دقیقه
۳۳/۰	۹۹	۱۰ دقیقه	
۱۵/۰	۴۵	۱۰-۴۰ دقیقه	
۵۹/۳	۱۷۸	بلی	استفاده از پله در منزل
۴۰/۷	۱۲۲	خیر	
۵۶	۱۶۸	۱ تا ۲ بار	تعداد دفعات مراقبت بارداری
۱۷/۷	۵۳	۳ بار	
۲۶/۳	۷۹	۴ تا ۵ بار	
۴۵/۰	۱۳۵	طبیعی (۰-۱۴)	میانگین نمره استرس در دو نوبت (در هفته های ۲۰-۱۸ و ۳۰-۲۸)
۵/۰	۱۵	خفیف (۱۵-۱۸)	
۵۰/۰	۱۵۰	متوسط و شدید (۱۹-۲۱)	
۴۰/۰	۱۲۰	طبیعی (۰-۹)	میانگین نمره افسردگی در دو نوبت (در هفته های ۲۰-۱۸ و ۳۰-۲۸)
۱۰/۰	۳۰	خفیف (۱۰-۱۳)	
۵۰/۰	۱۵۰	متوسط و شدید (۱۴-۲۱)	
۳۰/۰	۹۰	طبیعی (۰-۷)	میانگین نمره اضطراب در دو نوبت (در هفته های ۲۰-۱۸ و ۳۰-۲۸)
۲۰/۰	۶۰	خفیف (۸-۹)	
۵۰/۰	۱۵۰	متوسط و شدید (۱۰-۲۱)	

بر اساس آزمون کای دو، دو گروه از نظر وقوع زایمان زودرس تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p < 0.001$). همچنین خطر وقوع زایمان پره ترم در کسانی که دارای اضطراب، استرس و افسردگی بودند، $3/797$ برابر افراد طبیعی بود ($OR = 3/797$) (جدول ۲).

جدول ۲- ارتباط بین نوع زایمان بر حسب گروه مورد بررسی در واحدهای پژوهش

جمع کل		پره ترم		ترم		نوع زایمان	گروه مورد مطالعه
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
۱۰۰	۱۵۰	۲۱/۳	۳۲	۷۸/۷	۱۱۸	مواجهه دارد (با اضطراب، استرس و افسردگی)	
۱۰۰	۱۵۰	۶/۷	۱۰	۹۳/۳	۱۴۰	مواجهه ندارد (با اضطراب، استرس و افسردگی)	
۱۰۰	۳۰۰	۱۴	۴۲	۸۶	۲۵۸	جمع کل	

کای اسکوتر $13/4 = X^2$, $df = 1$, $p < 0.001$

دفعات پختن غذا روزانه در منزل ($p = 0.021$) ($OR = 0/455$)، تعداد دفعات ظرف شستن روزانه در منزل ($p = 0.003$) ($OR = 1/199$)، تعداد دفعات انجام کارهای متفرقه روزانه در منزل ($p < 0.001$) و مدت پیاژه روی روزانه در منزل ($p < 0.001$) تفاوت آماری معناداری داشتند.

بر اساس نتایج مطالعه، دو گروه از نظر گروه سنی مادر ($p = 0.02$)، تحصیلات مادر ($p < 0.001$)، تحصیلات همسر ($p < 0.001$)، شغل همسر (طبقه اجتماعی و اقتصادی) ($p < 0.001$)، تعداد بارداری ($p < 0.001$)، تعداد دفعات شستشو لباس روزانه در منزل ($p < 0.001$) ($OR = 0/081$)، تعداد دفعات جارو زدن روزانه در منزل ($p = 0/011$) ($OR = 0/342$)، تعداد

گروه سنی مادران ($p=0/22$) ($OR=0/145$)، طبقه اجتماعی اقتصادی ($p=0/23$) ($OR=12/88$)، تعداد بارداری ($p=0/003$) ($OR=19/06$)، تعداد دفعات شستشو لباس با دست در منزل ($p=0/001$) ($OR=39/76$)، تعداد دفعات غذا پختن در منزل ($p<0/0001$) ($OR=268/2$) (جدول ۳).

جهت بررسی اثر توأم متغیرهایی که در آزمون کای دو معنادار بودند، از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد و نتایج آن نشان داد که مواجهه با اضطراب، استرس و افسردگی، احتمال زایمان زودرس را ۲۲/۱۹ برابر افزایش می دهد. لذا در گروه مواجهه، متغیرهای زیر همچنان اثر معناداری بر وقوع زایمان زودرس داشتند. متغیرهای،

جدول ۳- نتایج آزمون رگرسیون لجستیک در افراد مورد مطالعه

متغیر	بتا	خطا استاندارد	سطح معنی داری	فاصله اطمینان برای نسبت شانس ۹۵٪	
				پایین	بالا
گروه سنی	-۱/۸۶۹	۰/۸۱۸	۰/۰۲۲	۰/۱۵۴	۰/۷۶۷
طبقه اجتماعی اقتصادی (شغل همسر)	۲/۵۵۶	۱/۱۲۷	۰/۰۲۳	۱۲/۸۸۳	۱۱۷/۳۷۰
تعداد دفعات انجام کارهای متفرقه در منزل	۰/۰۱۸	۰/۹۹۲	۰/۹۸۵	۱/۰۱۸	۷/۱۲۱
تحصیلات همسر	۱/۸۱۷	۱/۴۸۰	۰/۲۲۰	۶/۱۵۵	۱۱۱/۹۹۰
تعداد بارداری	۲/۹۴۸	۱/۰۰۶	۰/۰۰۳	۱۹/۰۶۵	۱۳۶/۸۲۲
مدت پیاده روی روزانه	۰/۳۴۹	۰/۹۳۳	۰/۷۰۹	۱/۴۱۷	۸/۸۲۹
گروه مورد مطالعه	۳/۱۰۰	۰/۷۴۷	۰/۰۰۰	۲۲/۱۹۶	۹۶/۰۵۰
تحصیلات مادر	۱/۱۱۹	۰/۸۵۸	۰/۱۹۲	۳/۰۶۲	۱۶/۴۴۶
تعداد دفعات جارو زدن منزل با دست	۰/۰۷۴	۱/۰۷۶	۰/۹۴۵	۱/۰۷۷	۸/۸۶۵
تعداد دفعات شستشو لباس با دست در منزل	۳/۶۸۳	۱/۰۶۴	۰/۰۰۱	۳۹/۷۶۸	۳۱۹/۹۰۳
تعداد دفعات غذا پختن در منزل	۵/۵۹۲	۱/۰۷۶	۰/۰۰۰	۲۶۸/۲۶	۲۲۱۱/۵۳۰

بحث

در مطالعه حاضر، احتمال وقوع زایمان پره ترم در کسانی که دارای اضطراب، استرس و افسردگی بودند، ۳/۷۹۷ برابر افراد طبیعی بود. در مطالعه مانکوزو و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا تحت عنوان "ارتباط اضطراب مادران باردار و هورمون کورتیکوتروپین جفتی با زمان زایمان" که بر روی ۲۸۲ زن باردار انجام شد و اثرات اضطراب در حین بارداری و میزان هورمون کورتیکوتروپین جفتی بر طول بارداری مورد بررسی قرار گرفت، میزان اضطراب یک بار در هفته ۲۰-۱۸ بارداری و بار دیگر در هفته ۳۰-۲۸ ارزیابی شد و مشخص شد که بین عوامل روانی عصبی و پیامد بارداری، ارتباط معناداری وجود دارد (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه دال و همکاران (۲۰۰۳) در آمریکا تحت عنوان "استرس های مادری و زایمان زودرس"، تأثیر عوامل روانی مختلف مانند حوادث زندگی، حمایت های

اجتماعی، افسردگی، اضطراب مرتبط با بارداری، تبعیض های نژادی و ایمنی اجتماعی بر زایمان پیش از موعد مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه خطر زایمان زودرس در زنانی که میزان اضطراب بالایی داشتند، بیشتر بود ($RR=2/1$). در ضمن حوادث زندگی ($RR=1/8$) و تبعیضات اجتماعی ادراک شده، جزء عوامل خطر زایمان زودرس محسوب شدند. اما درجات مختلف حمایت اجتماعی و افسردگی، ارتباطی با زایمان زودرس نداشتند (۹). در مطالعه دال، زنان باردار با نژادهای متفاوت در یک بازه زمانی ۴ سال و به مدت طولانی پیگیری و مورد بررسی قرار گرفته بودند، در حالی که در مطالعه حاضر بررسی زنان باردار در یک منطقه محدود و از هفته ۱۸ بارداری شروع و تا پایان هفته ۳۷ بارداری پیگیری شدند.

در مطالعه نیگرز و همکاران (۲۰۰۶) تحت عنوان "ارتباط عوامل روانی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و اعتماد به نفس با زایمان زودرس" در آمریکا، ۳۱۴۹ زن

باردار کم درآمد آمریکایی - آفریقایی تبار مورد مطالعه قرار گرفتند. در مطالعه آنان، با استفاده از یک ابزار اندازه گیری ۲۸ موضوعه، اثرات منفی اعتماد به نفس، نگرانی ها و استرس، اندازه گیری شد و نتایج آن نشان داد زنانی که نمره پروفایل روانی ضعیف و کسانی که در طول بارداری افسردگی دارند، در معرض خطر بیشتری برای تولد نوزاد نارس و کم وزن هستند. همچنین زنانی که سطح تحصیلات بالاتری داشتند، اعتماد به نفس بهتری داشته و در مراقبت از خود با مشکلات کمتری مواجه بودند (۱۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

مطالعه ماملا و همکاران (۱۹۸۴) نشان داد که هرچه طبقه اجتماعی و اقتصادی افراد پایین تر باشد، احتمال زایمان زودرس از موعد بیشتر می شود. ماملا، خطر نسبی زایمان زودرس را در پایین ترین طبقه اجتماعی اقتصادی ۳/۲ برابر و در بالاترین طبقه، ۱ برابر گزارش کرد (۱۳). همچنین کانینگهام در کتاب بارداری و زایمان ویلیامز (۲۰۰۵) اظهار داشت که وقوع زایمان زودرس در طبقات اجتماعی - اقتصادی پایین، شیوع بیشتری دارد (۴) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه فیروزی (۱۹۹۸) تحت عنوان "بررسی عوامل تنش زای بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت های قبل از تولد شهر مشهد"، بین نمره تنش با تحصیلات مادر، وضعیت شغلی، میزان رضایت از ازدواج، رتبه بارداری، تعداد زایمان، میزان رضایت از بارداری، حمایت اجتماعی و حمایت همسر، تفاوت معناداری وجود داشت (۱۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه ال متوالی و همکاران (۲۰۰۱) که در مورد فعالیت فیزیکی حرفه ای و بروز سقط خودبه خودی به صورت مورد شاهدهی انجام شد، ساعات کار نامطلوب و سرعت کار در گروه مورد (سقط خودبه خود) بیشتر از گروه شاهد (زایمان رسیده) بود. همچنین ساعات کار در منزل، در گروه سقط خودبه خودی بیشتر از گروه دارای پیامد مطلوب بود (۱۵)، لذا ساعات کار در منزل بر نتیجه بارداری تأثیر داشت که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه موزوزکویچ و همکاران (۲۰۰۰) که به منظور ارزیابی ارتباط موقعیت های کاری و عواقب

نامطلوب بارداری با استفاده از روش فراتحلیل درباره نتایج ۲۹ مطالعه انجام شد (شامل ۱۶۰۹۸۸ زن)، کارهای نیازمند اعمال نیروی فیزیکی، ایستادن های طولانی و همچنین نوبت کاری شب، به طور معناداری با تولد زودرس همراه بود (۱۶). نتایج مطالعه مشابه میرمحمدعلی ئی (۱۹۹۴) تحت عنوان "بررسی تأثیر وضعیت اشتغال مادر بر نتیجه بارداری در مادران مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران"، نشان داد که خستگی ناشی از فعالیت فیزیکی مادر می تواند تأثیر سویی بر نتیجه بارداری داشته باشد؛ به گونه ای که مادرانی که بیش از ۸ ساعت در روز مشغول به کار بودند، به طور معناداری بیشتر از سایر زنان، نوزاد کم وزن به دنیا آوردند (۱۷).

در مطالعه لوک و همکاران (۱۹۹۵) تحت عنوان "زایمان پیش از موعد و عوامل شغلی"، ساعت های کار در روز و هفته و بلند کردن وزنه های سنگین و نمره خستگی، از عوامل اصلی وقوع زایمان پیش از موعد بودند (۱۸). در تمام مطالعات قبلی، زنان باردار شاغل مدنظر بودند و عوامل شغلی تأثیرگذار بر زایمان زودرس مورد بررسی قرار گرفته بود در حالی که در مطالعه حاضر، بدون در نظر گرفتن شغل مادر، انجام فعالیت های روزانه در منزل بررسی شده بود. از آنجایی که زنان باردار به غیر از اشتغال در بیرون از منزل، به فعالیت های بسیاری در منزل مشغول می باشند (ایستادن های طولانی مدت جهت پختن غذا و ظرف شستن، جارو زدن با دست، لباس شستن با دست و انجام کارهای متفرقه مانند گردگیری و مرتب کردن منزل که فشار شکمی زیادی بر زن باردار وارد می کند) می تواند اثرات سویی بر نتیجه بارداری داشته و وقوع زایمان زودرس و تولد نوزاد کم وزن را افزایش دهد.

در مطالعه حاضر گروه های سنی مختلف از نظر وقوع زایمان زودرس، تفاوت آماری معناداری داشتند؛ به گونه ای که بیشترین وقوع زایمان زودرس در گروه سنی ۱۸-۲۲ سال و کمترین وقوع آن در گروه سنی ۳۵-۳۰ سال بود، لذا یکی از محدودیت های مطالعه حاضر، عدم توانایی همگن سازی سن در گروه های مورد مطالعه بود. لازم به ذکر است که پس از قرار گرفتن این متغیر در

مطالعه حاضر بود. همچنین پاسخ به سؤالاتی که در رابطه با استرس، اضطراب، افسردگی و انجام فعالیت های فیزیکی در منزل بوده، به لحاظ تأثیرپذیری از حافظه و دقت واحدهای پژوهش، از محدودیت های نسبی مطالعه حاضر بود.

نتیجه گیری

مواجهه با استرس، اضطراب و افسردگی در طول بارداری، منجر به افزایش وقوع زایمان زودرس می شود. انجام مراقبت های بارداری، شناسایی به موقع زنان در معرض خطر اختلالات روانی و ارجاع به موقع آنان می تواند در راستای کاهش وقوع زایمان پیش از موعد و کاهش مرگ و میر نوزادان زودرس، قدم مؤثر و مهمی باشد

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران می باشد، بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

رگرسیون لجستیک، اثر آن در مقایسه با سایر متغیرها به طور معناداری بر وقوع زایمان زودرس مؤثر بود، از طرفی در مطالعه حاضر با حذف گروه های سنی پرخطر در زمان انتخاب واحد پژوهش از نظر وقوع زایمان زودرس (زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال)، سن افراد، همچنان یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر وقوع زایمان زودرس بود که نشان دهنده نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه است.

از جمله محدودیت های این مطالعه، عدم تمایل برخی افراد جهت شرکت در مطالعه بود که جهت رفع آن، به افراد توضیحاتی در مورد اهمیت اجرای طرح و نتایج آن و محرمانه ماندن اطلاعات داده شد. زنان با سطح تحصیلات بالاتر در مقایسه با گروه های با تحصیلات پایین تر، ممکن بود درک بهتری از سؤالات مطالعه داشته و پاسخ دقیق تری داده باشند. لذا تفاوت های فردی افراد بر نحوه پاسخگویی آنان مؤثر بود که این مورد از کنترل پژوهشگر خارج بود. گرفتن اطلاعات در زمان های غیر یکسان از واحدهای پژوهش که بر کیفیت پاسخگویی آنها مؤثر بود، از دیگر محدودیت های نسبی

منابع

1. Tabatabai Cher M. [Comparison of the incidence of common gastrointestinal complaint details Employed pregnant housewife attending antenatal care clinics in 1999-2000, Bojnoord] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad School of Nursing and Midwifery;2000.
2. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shfaei F, Ghojzadeh M. [The effect of lifestyle on the rate of preterm birth] [Article in Persian]. J Ardabil Univ Med Sci 2010 Spring;12(1):55-63.
3. Lotfalizadeh M, Mohammadzadeh A, Kamandi Sh, Bagheri S. [Incidence and risk factors for preterm delivery in the Emam Reza Hospital, 2002-2003] [Article in Persian]. J Iran J Obstet Gynecol Infertil 2005 Fall-Winter;8(2(14)):93.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York:McGraw-Hill;2005.
5. Anxiety and pregnancy. Available at: <http://www.setayeshgaran.ir/post/2539>
6. Depression and pregnancy . Available at: <http://www.magiran.com/view.asp>
7. Anxiety and pregnancy . Available at: <http://www.salamatnews.com/view news..>
8. Akbarzadeh Pasha H, Akbarzadeh Pasha A. [Ordering obstetrics and gynecology]. Tehran:Pasha Publisher;2006. [in Persian].
9. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. Am J Epidemiol 2003 Jan 1;157(1):14-24.
10. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. The relationship between psychosocial profile health practices and pregnancy outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85(3):277-85.
11. Neshat R, Abedian Z, Azhari S, Esmaeli H. [A comparative study of fatigue in working women and housewives in the third trimester prenatal care centers in mashad] [Article in Persian]. J Facult Nurs Midwifery Mashhad 2003 Spring-summer;5(15-16):9.
12. Mancuso RA, Schetter CD, Rini CM, Roesch SC, Hobel CJ. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormon associated with timing of delivery. Psychosom Med 2004 Sep-Oct;66(5):762-9.
13. Mamelle N, Laumon B, Lazar P. Prematurity and occupational activity during pregnancy. Am J Epidemiol 1984 Mar;119(3):309-22.

14. Firozi M. [Stressors of pregnancy in pregnant women attending prenatal care centers in Mashad in 1998] [Thesis in Persian]. Mashad: Mashhad School of Nursing and Midwifery;1998.
15. El-Metwalli AG, Badawy AM, El-Baghdadi LA, El-Wehady A. Occupational physical activity and pregnancy outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 Dec 10;100(1):41-5.
16. Mozurkewich EL, Luke B, Avni M, Wolf FM. Working conditions and adverse pregnancy outcome: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2000 Apr;95(4):623-35.
17. Mirmohammadaliee M. [Effects of maternal employment on pregnancy outcomes in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences] [Thesis in Persian]. Tehran:School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences;1994.
18. Luke B, Mamelle N, Keith L, Munoz F, Minogue J, Papiernik E, et al. The association between occupational factors and preterm birth: a United States nurses' study. Research Committee of the Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses. *Am J Obstet Gynecol* 1995 Sep;173(3 Pt 1):849-62.