

سبک زندگی و ارتباط آن با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی تبریز

فهیمة صحتی شفائی^{۱*}، فاطمه شیبائی^۲

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۶/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۲

خلاصه

مقدمه: سبک زندگی، یکی از عوامل مهمی است که سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهد. سلامت و پیشرفت هر جامعه تا حدود زیادی بر سلامت زنان استوار است و بارداری و زایمان، تأثیر چشمگیری بر سلامت و بهداشت زنان دارد و از شاخص های مهم سلامت ملی محسوب می شود. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی سبک زندگی زنان باردار و ارتباط آن با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز آموزشی شهر تبریز انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی توصیفی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۳۸۵ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان های الزهراء و طالقانی تبریز انجام شد. افراد به روش در دسترس انتخاب شدند. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی - اجتماعی، سبک زندگی و نتایج بارداری انجام شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱) و آزمون های آماری آنووا، همبستگی پیرسون و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بر اساس نتایج مطالعه، سبک زندگی ۱۷۲ نفر (۴۴/۷٪) از زنان باردار متوسط و ۲۱۳ نفر (۵۵/۳٪) خوب بود، تنها در بعد ورزش وضعیت ضعیف و در بقیه ابعاد اکثراً وضعیت خوب مشاهده شد. بین سبک زندگی و وزن نوزاد ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/006$). بر اساس نتایج ضریب همبستگی پیرسون، ارتباط بین ورزش و سن بارداری ($r=0/1$ و $p=0/046$) و نیز ارتباط بین تغذیه با وزن نوزاد و سن بارداری (به ترتیب با $p=0/005$ و $p=0/033$) معنی دار بود.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش مبنی بر وضعیت ضعیف بعد ورزش و وضعیت متوسط سبک زندگی افراد، جهت کمک به ارتقاء سلامت زنان در دوران بارداری و بهبود نتایج حاملگی به آموزش سبک زندگی سالم از سوی مراقبین بهداشتی در این دوران توصیه می شود.

کلمات کلیدی: زنان باردار، سبک زندگی، نتایج بارداری

* نویسنده مسئول مکاتبات: فهیمة صحتی شفائی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. تلفن: ۵۵۴۳۶۶۸-۰۴۱۱؛ پست الکترونیک: Sehhatief@tbzmed.ac.ir

مقدمه

با وجود پیشرفت چشمگیر تکنولوژی در دنیای امروزی و کاهش بارز بیماری های مهلك، مشكل سلامتی همچنان به قوت خود باقی مانده است (۱). از نظر كارشناسان بهداشت، سبك زندگی یکی از عوامل مهمی است كه سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهد (۲). سبك زندگی، روش کلی زندگی و الگوهای رفتاری فرد است كه ممكن است برای سلامت مفید یا مضر باشند و شامل رفتارهایی است كه افراد در ارتباط با نوع تغذیه، عادات غذایی، چگونگی گذراندن اوقات فراغت، مصرف سیگار، فعالیت بدنی و استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی انجام می دهند. رفتارهای سبك زندگی سالم به ارتقاء سلامتی كمك کرده و رفتارهای سبك زندگی ناسالم اثرات سویی روی سلامت افراد دارد (۳). با توجه به اینکه سلامت و پیشرفت هر جامعه تا حدود زیادی بر سلامت زنان استوار است (۴) و بارداری و زایمان تأثیر چشمگیری بر سلامت و بهداشت زنان دارد (۵)، بنابراین حفظ سلامت مادران و نوزادان بایستی در اولویت خدمات بهداشتی قرار گیرد (۴).

در مطالعات مختلف ارتباط بین عوامل روانی اجتماعی و سبك زندگی و تأثیرات آن ها بر روی بارداری نشان داده شده است و متذکر شده اند كه سلامت روانی اجتماعی زن و زمینه اجتماعی وی شامل حمایت اجتماعی و انواع مختلف اضطراب و استرس، جنبه های مهم زندگی او هستند (۶). در دوران بارداری رفتارهای سالم مثبت مانند مراقبت پره ناتال منظم، كلاس های پره ناتال، دریافت ویتامین ها و مواد معدنی، ورزش منظم، افزایش وزن مناسب، مصرف انواع غذاها و عادات غذایی سالم (۷، ۸) و رفتارهای ناسالم مانند مصرف دخانیات و الكل، سوء تغذیه ناكافی و مراقبت پره ناتال دیر هنگام، نتایج زایمان را تحت تأثیر قرار می دهند (۶). سبك زندگی در دوران بارداری، اثرات ماندگار طولانی مدتی بر روی سلامت مادر و كودك دارد (۹)؛ به گونه ای كه سبك زندگی ناسالم، خطر زایمان زودرس و یا نوزاد كم وزن را افزایش می دهد (۱۰) و علی رغم تلاش های فراوان در پیشگیری از زایمان زودرس، میزان وقوع آن طی ۲۰ سال گذشته به شدت

افزایش یافته است (۱۱، ۱۲). بنابراین لازم است عواملی كه باعث مشكلات جسمی و عاطفی در زنان می شود را شناخت و راه های پیشگیری از آن ها را مشخص كرد تا بتوان سلامت را ارتقاء بخشید (۴). مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت سبك زندگی زنان باردار و ارتباط آن با نتایج بارداری (سن بارداری، نوع زایمان، وزن تولد نوزاد، مرده زایی، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم و وجود ناهنجاری در نوزاد) كه جزء اولویت های پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز (مداخلات پیشگیری در مادر و كودك با تأکید بر سبك زندگی و عوامل محیطی) می باشد در زنان باردار مراجعه كننده به بیمارستان های آموزشی شهر تبریز صورت گرفت تا با نتایج حاصله، تغییر در سبك زندگی زنان باردار با ترکیبی از تلاش ها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط های سالم بهداشتی در برنامه ریزی و سیاست گذاری های كشوری منظور شود و سلامت مادران و در نتیجه كودكان جامعه بیشتر تأمین شود.

روش كار

این مطالعه همبستگی- توصیفی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۳۸۵ نفر از زنان بارداری كه پس از اتمام هفته ۳۶ بارداری جهت زایمان به بیمارستان های آموزشی شهر تبریز (الزهراء و طالقانی) مراجعه کرده بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه: حاملگی تك قلو، نداشتن هر گونه بیماری شناخته شده نظیر دیابت، هیپرتانسیون، بیماری کلیوی و كبدی بنا به اظهار خود فرد، نداشتن هیچ گونه عوارض دوران بارداری نظیر جفت سرراهی، دكولمان، هیپرتانسیون بارداری و ... در بارداری فعلی و نداشتن سابقه عوارض فوق همراه با سقط جنین و جراحی روی رحم و شكم در بارداری های قبلی بود. افراد به روش در دسترس انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل مادر جهت شركت در مطالعه، بروز اختلالات جنینی مانند دیسترس جنینی در حین پر كردن پرسشنامه ها در مرحله قبل از زایمان، بروز اختلالات رحمی در حین جمع آوری اطلاعات مانند انقباضات قوی رحمی، بروز خونریزی واژینال، اختلال در علائم حیاتی مادر در اتاق زایمان و

از روش دو نیم کردن بر روی ۲۰ زن باردار استفاده شد) که پایایی ابزار با ضریب همبستگی ۰/۸۱ تأیید شد و نحوه امتیاز دهی مشابه روش ذکر شده در ابزار پژوهش بود. از آنجایی که در این مطالعه واحدهای پژوهش، زنان بارداری بودند که برای انجام زایمان به بیمارستان مراجعه می کردند، لذا شروع درد های زایمانی می توانست مانعی در پاسخ دهی آن ها به سؤالات باشد که سعی می شد مصاحبه بیشتر در فواصل انقباضات و در فاز نهفته انجام شود که این مسئله می تواند یکی از محدودیت های مطالعه حاضر باشد. همچنین در این مطالعه تمام ملاحظات اخلاقی از جمله کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه و مسئولین بیمارستان ها و محرمانه بودن اطلاعات رعایت شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱) و آزمون های آماری آنووا، همبستگی پیرسون و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان معناداری $p < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۳۲۵ نفر (۸۴/۴٪) از افراد مورد مطالعه در محدوده سنی ۳۵-۱۸ سال قرار داشتند، ۱۵۷ نفر (۴۰/۸٪) دارای تحصیلات ابتدایی و ۳۳۲ نفر (۸۶/۲٪) از زنان مورد مطالعه خانه دار بودند. ۲۴۲ نفر (۶۲/۹٪) از زنان ساکن شهر بودند و ۳۲۵ نفر (۸۴/۴٪) فاقد نسبت فامیلی با همسر خود بوده و در ۱۴۵ نفر (۳۷/۷٪) از افراد، تحصیلات همسر ابتدایی بود. ۲۴۱ نفر (۶۲/۶٪) از زنان دارای یک حاملگی و ۲۴۵ نفر (۶۳/۶٪) دارای حداقل یک فرزند زنده بوده و بارداری در ۲۹۳ نفر (۷۶/۱٪) از افراد خواسته بود. در ۳۲۲ نفر (۸۳/۶٪) از افراد وزن نوزاد ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم بود و در ۳۷۶ نفر از مادران (۹۷/۷٪)، نوزاد زنده متولد شده بود. سن بارداری در ۳۲۳ نفر (۸۳/۹٪) از افراد ترم بود، ۲۹۶ نفر (۷۶/۹٪) از زنان مورد مطالعه زایمان واژینال داشتند. آپگار دقایق اول و پنجم به ترتیب در ۳۵۶ نفر (۹۲/۵٪) و ۳۷۰ نفر (۹۶/۱٪) از افراد بالای ۷ بود و تنها دو مورد ناهنجاری نوزاد مشاهده شد.

یا بخش بعد از زایمان بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول نسبت و با $p = 0/50$ (با توجه به اینکه مطالعه مشابه قبلی در دست نبود، لذا متداول ترین فرض این است که پژوهشگر فرض کند سبک زندگی نیمی از افراد جامعه پژوهش خوب و نیمی دیگر بد می باشد)، دقت ۰/۰۵ و درجه اعتماد ۰/۹۵، ۳۸۵ نفر تعیین شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۳ بخش: مشخصات فردی - اجتماعی، سؤالات مربوط به سبک زندگی (با ابعاد ورزش ۹ سؤال، تغذیه ۱۴ سؤال، مراقبت از خود ۱۷ سؤال، استفاده از داروها ۵ سؤال و روابط اجتماعی با ۸ سؤال) با دامنه نمرات صفر تا ۱۵۶؛ و نتایج بارداری بود. در پرسشنامه سبک زندگی، سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت و از صفر تا ۳ (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره دهی شده بود و در برخی سؤالات، از جمله سؤالات الکل و داروها از روش نمره دهی معکوس استفاده شد. داده ها از طریق مصاحبه و مطالعه پرونده مادر و نوزاد گردآوری شد؛ بدین منظور که پس از توضیح اهداف مطالعه به مسئولین و سپس مادران باردار مراجعه کننده برای زایمان، پرسشنامه تنظیم شده از طریق مراجعه به اتاق های لیبر و بخش بعد از زایمان بیمارستان های الزهراء و طالقانی پر می شدند. اطلاعات مربوط به نتایج بارداری از پرونده مادر و نوزاد استخراج و در نهایت با توجه به چهار مقیاس لیکرت هرگز، گاهی اوقات و همیشه، در هر بیانیه نمراتی از ۰ تا ۳ به آن ها تعلق می گرفت. سؤالات پژوهش در زمینه ارتباط نتایج بارداری با وضعیت ورزش، تغذیه، مراقبت از خود، استفاده از الکل و داروها و وضعیت روابط اجتماعی تدوین شد. جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از روش سنجش محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تبریز قرار گرفت و پس از جمع آوری نظرات، اصلاحات لازم اعمال شد. جهت تعیین اعتماد علمی پرسشنامه از روش دو نیمه کردن استفاده شد (دلیل استفاده از این روش این بود که مادران بارداری که برای زایمان مراجعه کرده بودند، در دسترس نبودند تا پرسشنامه را مجدد تکمیل کنند، لذا

جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت اجزاء سبک زندگی

اجزاء سبک زندگی	ضعیف		متوسط		خوب	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ورزش	۱۵۴	۴۰*	۱۷۰	۴۴/۲	۶۱	۱۵/۸
تغذیه	۰	۰	۹۹	۲۵/۷	۲۸۶	۷۴/۳*
مراقبت از خود	۶	۱/۶	۱۱۶	۳۰/۱	۲۶۳	۶۸/۳*
استفاده از الکل و داروها	۰	۰	۰	۰	۳۸۵	۱۰۰*
روابط اجتماعی	۱۷	۴/۴	۱۸۷	۴۸/۶*	۱۸۱	۴۷*
کل (سبک زندگی)	۰	۰	۱۷۲	۴۴/۷*	۲۱۳	۵۵/۳*

$\chi^2=0/14$ و نیز وضعیت تغذیه ($\chi^2=0/14$, $p=0/046$) و سبک زندگی (کل) ($\chi^2=0/14$, $p=0/005$) با وزن نوزاد ارتباط معنی داری داشت، هر چند میزان همبستگی ضعیف بود، یعنی هر چه سبک زندگی بهتر باشد، وزن زمان تولد نوزاد که از نتایج بارداری محسوب می شود، بالا می رود (جدول ۲). نتایج مطالعه در زمینه ارتباط سبک زندگی با مشخصات فردی- اجتماعی افراد نشان داد که سبک زندگی و اجزای آن با متغیرهای تعداد بارداری، تعداد فرزندان زنده، تحصیلات مادر و همسر، شغل همسر، نسبت درآمد خانوار و محل زندگی ارتباط آماری معنی داری داشت ($p<0/05$)، هر چند میزان همبستگی ضعیف بود (جدول ۳).

نتایج مطالعه در ارتباط با اهداف ویژه پژوهش نشان داد که ۱۷۰ نفر (۴۴/۲٪) از زنان باردار به لحاظ ورزش در وضعیت متوسط، ۲۸۶ نفر (۷۴/۳٪) از نظر تغذیه در وضعیت خوب، ۲۶۳ نفر (۶۸/۳٪) از نظر مراقبت از خود در دوران بارداری در وضعیت خوب و ۳۸۵ نفر (۱۰۰٪) از زنان باردار از نظر عدم استفاده از الکل و داروها در وضعیت خوبی بودند. اکثر زنان باردار (۴۸/۶٪) از نظر روابط اجتماعی در وضعیت متوسط و ۱۸۱ نفر (۴۷٪) در وضعیت خوبی قرار داشتند. در کل ۲۱۳ نفر (۵۵/۳٪) از زنان باردار از نظر سبک زندگی دارای وضعیت خوب و ۱۷۲ نفر (۴۴/۷٪) وضعیت متوسط داشتند (جدول ۱). همچنین در این مطالعه وضعیت ورزش و تغذیه با سن بارداری ($\chi^2=0/1$, $p=0/033$)

جدول ۲- ارتباطات اجزای سبک زندگی (تغذیه، مراقبت از خود، استفاده از الکل و داروها و روابط اجتماعی) با نتایج بارداری

سن بارداری	نوع زایمان	حیات نوزاد	ناهنجاری نوزاد	آپگار دقیقه اول	آپگار دقیقه پنجم	وزن نوزاد
$p=0/046$ $\chi^2=0/1$ *	$p=0/56$	$p=0/6$	$p=0/43$	$p=0/16$	$p=0/49$	$p=0/1$
$p=0/033$ $r=0/1$	$p=0/57$	$p=0/51$	$p=0/63$	$p=0/18$	$p=0/17$	$r=0/14$ $p=0/005$
$p=0/039$ $r=0/04$	$p=0/31$	$p=0/37$	$p=0/36$	$p=0/66$	$p=0/63$	$p=0/17$
$p=0/94$	$p=0/48$	$p=0/58$	$p=0/12$	$p=0/88$	$p=0/87$	$p=0/082$
$p=0/052$	$p=0/73$	$p=0/97$	$p=0/17$	$p=0/49$	$p=0/86$	$p=0/1$
$p=0/1$	$p=0/78$	$p=0/99$	$p=0/82$	$p=0/32$	$p=0/65$	$r=0/14$ $p<0/006$

* ضریب همبستگی پیرسون

جدول ۳- ارتباطات اجزای سبک زندگی با مشخصات فردی زنان باردار و نتایج بارداری

ورزش	تغذیه	مراقبت از خود	استفاده از الکل و داروها	روابط اجتماعی	سبک زندگی
$p=0/28$	$p=0/8$	$p=0/41$	$p=0/81$	$p=0/17$	$p=0/79$
$p=0/93$	$p=0/046^*$	$p<0/001^*$	$p=0/12$	$p=0/076$	$p=0/005^*$
	$r=0/1$ *	$r=0/177$	$r=0/07$	$r=0/09$	$r=0/14$
$p=0/95$	$p=0/06$	$p<0/001^*$	$p=0/047^*$	$p=0/05^*$	$p=0/003^*$
		$r=0/19$	$r=0/1$	$r=0/1$	$r=0/15$

p=۰/۷۷	p=۰/۶۵	p=۰/۱۳	p=۰/۶۷	p=۰/۳	p=۰/۵۴	فرزندان مرده
p<۰/۰۰۱*	p=۰/۰۰۱*	p=۰/۸۵	p<۰/۰۰۱*	p=۰/۰۰۲*	p=۰/۷۳	تحصیلات مادر
p=۰/۰۲۶	p=۰/۰۷	p=۰/۳۴	p=۰/۰۴	p=۰/۱۹	p=۰/۰۹	شغل مادر
p<۰/۰۰۱*	p=۰/۱۱	p=۰/۸۲	p<۰/۰۰۱*	p=۰/۰۰۴*	p=۰/۰۱۷	تحصیلات همسر
p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	p=۰/۹۸	p=۰/۰۰۱*	p=۰/۰۳۳	p=۰/۱۷	شغل همسر
p=۰/۰۰۴*	p=۰/۰۰۴*	p=۰/۶۴	p=۰/۰۰۹*	p=۰/۰۰۶*	p=۰/۹۷	نسبت درآمد ماهانه
r=۰/۱۵۳	r=۰/۱۵۱		r=۰/۱۳۹	r=۰/۱۴۷		
p=۰/۰۰۲*	p=۰/۰۲۷	p=۰/۷۹	p<۰/۰۰۱*	p=۰/۳۲	p=۰/۴۵	محل زندگی
p=۰/۰۷۶	p=۰/۰۳۹	p=۰/۰۴۸	p=۰/۱۷	p=۰/۰۱۷	p=۰/۴۸	نوع بارداری

* ضریب همبستگی پیرسون

بحث

در مطالعه حاضر وضعیت سبک زندگی زنان باردار در اکثر موارد خوب بود و تنها وضعیت ورزش در اغلب واحدها ضعیف و روابط اجتماعی متوسط بود. گزارش جمعیت مدار دیکستین کلب نشان داد که ۵۰٪ زنان باردار تحت مراقبت در دانشگاه ورمونت و بورلینگتون، یک یا بیش از یک نوع ورزش تفریحی را یک بار یا بیشتر از یک بار در هفته انجام می دادند (۱۳). در مطالعه اهیو و همکاران (۲۰۰۲) نیز حدود ۴۰٪ واحدهای پژوهش در دوران بارداری ورزش می کردند که شدت فعالیت ها در اواخر بارداری کمتر شده بود ولی تعداد موارد انجام ورزش کاهش نیافت (۹) که اختلاف نتایج آن با مطالعه حاضر می تواند ناشی از اختلاف سطح فرهنگ و آگاهی زنان باردار و وجود کلاس های آموزشی در دوران بارداری در این کشورها باشد. در حالی که در مطالعه کاسپرسن و همکاران (۲۰۱۰) ۳۰٪ زنان بی تحرک بودند (۱۲). در مطالعه مروری دونز و همکاران (۲۰۱۲) برآورد های بخشی از جمعیت که فعالیت ورزشی دارند بین ۱۵ تا ۷۸٪ متغیر بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۳) همچنین در مطالعه مازوجی (۱۳۸۱) که بر روی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی کردستان انجام شد، ۷۵٪ افراد اصلاً ورزش نمی کردند (۱۴) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت که اختلاف سطح فرهنگ ها و میزان آگاهی زنان باردار در استان های مختلف کشور می تواند دلیل این تفاوت باشد. در مطالعه دانیش و همکاران (۲۰۰۰) نیز که بر روی زنان شاغل انجام شد،

تنها ۱۹٪ از زنان فعالیت های بدنی را در روز گزارش کردند (۵) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. نتایج مطالعه در مورد ارتباط سبک زندگی با نتایج بارداری نشان داد که وضعیت سبک زندگی با وزن تولد نوزاد و نیز وضعیت ورزش با سن بارداری ارتباط داشت. در مطالعه هاچ (۱۹۹۸) ارتباطی بین ورزش و زایمان زودرس مشاهده نشد (۱۵). با وجود اینکه اثرات سودمند ورزش در دوران بارداری به اثبات رسیده است، اما از آنجایی که ورزش باعث افزایش سطوح نوراپی نفرین و اپی نفرین و در نتیجه افزایش قدرت و تعداد انقباضات رحمی می شود، لذا معمولاً زنان دارای خطر بالا برای زایمان زودرس از ورزش کردن منع می شوند (۱۶-۱۸). در مطالعه فرلند و همکاران (۲۰۰۳) و هارام و همکاران (۲۰۰۳) ارتباط مثبتی بین رژیم مادر با وزن نوزاد وجود داشت (۱۹، ۲۰). همچنین مطالعه لورین و همکاران (۲۰۰۲)، ریمی و همکاران (۲۰۰۶)، بوردرز و همکاران (۲۰۰۷)، وین گساخون و همکاران (۲۰۱۰) و قوی و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که بین عادات غذایی و وزن تولد ارتباط وجود دارد (۲۱-۲۵). مطالعه گودرزی و همکار (۲۰۱۲) در اصفهان نشان داد که تنها مواد غذایی درشت مولکول دریافتی مادران باردار در محدوده مصرفی با وزن زمان تولد ارتباطی ندارد (۲۶). بنابراین اغلب شواهد نشانگر این است که تغذیه خوب در دوران بارداری، خطر عوارض بارداری، زایمان های زودرس و نوزادان کم وزن را کاهش می دهد. بنابراین سوء تغذیه مادر، سلامت و رشد آتی جنین را متأثر می کند و با وزن کم تولد نوزاد همراه است (۲۷). شاید به توان گفت که افزایش وزن مادر در دوران بارداری

نشان دهنده وضعیت مطلوب او در دوران بارداری می باشد و هر چه مادر در این دوران از شرایط مطلوب تری برخوردار باشد، رشد جنین نیز بهتر خواهد بود. نتایج مطالعه در زمینه ارتباط سبک زندگی با مشخصات فردی - اجتماعی واحدها نشان دهنده ارتباط معنی دار سبک زندگی با تعداد بارداری، تعداد فرزندان زنده، تحصیلات مادر و همسر، شغل همسر، نسبت درآمد خانوار و محل زندگی بود که نتایج مطالعه گائو و همکاران و نیز مطالعه مائورین و همکاران (۲۰۰۰) با نتایج این پژوهش همخوانی دارد (۱۱، ۲۸).

نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که زنان باردار از فعالیت فیزیکی خوبی برخوردار نیستند و نیز ارتباط مثبت ابعاد ورزش و تغذیه ی سبک زندگی با سن بارداری و

منابع

وزن نوزاد از یک طرف و شعار جمعیت سالم، جامعه سالم از سوی دیگر و لزوم افزایش کیفیت زندگی افراد بایستی به آموزش مادران باردار در زمینه سبک زندگی سالم از جمله رژیم غذایی مناسب و فعالیت فیزیکی کافی در دوران بارداری از طریق مراکز مراقبت های قبل از بارداری و کارکنان بهداشت و درمان و نیز پیام های سلامتی از طریق رسانه ها بهاء داده شود تا سلامت زنان و در نتیجه خانواده در راستای توسعه کشور حاصل شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به دلیل حمایت مالی و مسئولین بیمارستان های الزهراء و طالقانی شهر تبریز و تمام مادران باردار شرکت کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

1. Nikniaz A. Hygiene aim of Development, Abstract papers Of Hygiene increasing congress , Health center of Number one .TABRIZ, 2002: 1(Persian).
2. Meyor MR, O'Brien-pallas LL.Nursing Services Delivery theory: an open system approach. J Adv nurs 2010; 66(12):2828-2838.
3. Ashrafinia S; Souri H; Saadati N; Salami M; Vaziri sh. The Survey of life style relation with Hygiene in occupied women in AHVAZ Medical sciencesUniversity. Woman & Hygiene Congress ; 2001; Oroumieh, Shahed Com.p.62.(Persian).
4. Rangbar Kh. Women and Depression. The5 congress of women s Hygiene; 2002; Shiraz, Research Department of Shiraz medical Sciences University.p. 58.(Persian).
5. Danish K. Midwifery and Especial cares. 1st ed. Tehran: Boshra; 2000. (Persian).
6. Ahluwalia I B, Merritt R, Beck L ,Rogers M. Multiple lifestyle and psychosocial risks and delivery of small for gestational age infants. Obstetrics & Gynecology 2001; 97(5 pt 1):649-656.
7. Kobau R1, Seligman ME, Peterson C, Diener E, Zack MM, Chapman D,et al. Mental Health Promotion in public Health: Perspectives and Strategies from positive Psychology.Am J public Health 2011;101(8):1-9.
8. Kaiser LL, Allen L. Position of the American Dietetic association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. J Am Diet Assoc 2002; 102(10):1469 – 90.
9. Ohio state university Extension factsheed. Teenage pregnancy and a healthy lifestyle.HYG 2002; 13 (11): 5296 - 5297.
10. Sword W,Heaman MI,Brooks S,Tough S,Jonssen PA,Young D,et al.Women's and care providers' perspectives of Quality prenatal care in Qualitative descriptive study.BMC Pregnancy Childbirth 2012;12:29.
11. Moureen I, Heaman RN, Stewart P. Reducing the preterm birth rate: A population health strategy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2000;30(1): 20-27.
12. Caspersen C, Berthelsen PA, Eik M, Pâkózdi C, Kjendlie PL.Added mass in human swimmers age and gender differences. J Biomech 2010; 43(12):2369-2373.
13. Downs DS, Chasan-Taber L, Evenson RK, Leiferman J, Yeo S. Physical Activity and Pregnancy :Past and Present Evidence and Future Recommendations.Res Q Exerc Sport 2012;83(4): 485-502.
14. Mazoogi F.Survey of Health behaviors of women personel in health &education centers of Kordestan University. Teb & Tazkieh J 2002; 45:22-27.(Persian).
15. Borden J.Health promotion in Midwifery. 2nd ed. Florida: CRC Press; 2013.
16. Roostai M. Physiotherapy & Exercise treatment in women & delivery. Tehran: Sana ; 1999.p. 182.(Persian).

17. Price BB, Amini SB, Kappeler K. Exercise in Pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes-a randomized trial. *Med sci sports Exerc* 2012; 44(12):2263-2239.
18. Copple C, Bredekamp S. *Developmentally Appropriate practice in early children programs*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children; 2010.
19. Ferland S, O'Brien H T. Maternal dietary intake and pregnancy outcome. *J Report Med* 2003; 48(2):86 – 94.
20. Haram K, Mortenson JH, Wollen AL. Preterm delivery: an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(8):687-704.
21. Lorain O, Walker R N, Minseong K. Psychosocial thriving during late pregnancy: Relationship to ethnicity, Gestational weight gain and Birth weight. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(3):263 -271.
22. Reime B, Ratner P A, Tomaselli-Reime SN, Kelly A, Schuecking BA, Wenzlaff P. The role of Mediating factors in the association between social deprivation and low birth weight in Germany. *Soc Sci Med* 2006; 62(7):1731-1744.
23. Borders AE, Grobman WA, Amsden LB, Holl JL. Chronic stress and low birth weight neonates in a low- income population of women. *Obstet Gynecol* 2007; 109(2):331-338.
24. Viengsakhone L, Yoshida Y, Harun-Or-Rashid M, Sakamoto J. Factors affecting low birth weight at four central hospitals in Vientiane, LAO PDR. *Nagoya J Med Sci* 2010; 72(1-2):51-58.
25. Ghavi A, Fadakar K, Niknami M, Kazemneghad A. Investigating the Relationship between mother's life style and low birth weight in term neonates. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility* 2012; 15(29):14-24.
26. Goodarzi K M, Paknahad Z. Relationship between Macronutrients intake in pregnant mothers and fetal weight. 5th international congress of Menopause & Andropose; 2012.p.139.
27. Jamshidi Manesh M. The role of Nutrition in women's Hygiene in Reproductive years. *Family Health* 2002; 6(21): 3-11.(Persian).
28. Gao H, Stiller KC, Scherbaum V, Biesalski KH, Wang QI, Hormann E, et al. Dietary intake and food Habits of pregnant Women residing in Urban and Rural Areas of Deyang city. *Nutrients* 2013;5(8):2933-2954.