

مقایسه اضطراب حاملگی در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد

*مینا احدی^۱ سیمین تعاونی^۲ طاهره گنجی^۳ فاطمه حسینی^۴

چکیده

زمینه و هدف: اگر چه حاملگی یک واقعه طبیعی در زندگی زنان محسوب شده، لیکن مستلزم یک رشته سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی است و در این راستا سابقه مرگ جنین یا نوزاد می‌تواند بر تطابق موفق با حاملگی جدید تأثیر گذاشته و یا با افزایش اضطراب در طی حاملگی فعلی عوارض جبران ناپذیری را به وجود آورد. از این رو مطالعه‌ای با هدف تعیین اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد و مقایسه آن با زنان نخست حامله انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش شامل دو گروه زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد بوده که با استفاده از نمونه‌گیری چند مرحله‌ای، تعداد ۱۲۰ زن باردار ایرانی، با سواد، در سنین ۲۰-۴۰ سال، ساکن شهر مشهد که در سه ماهه سوم بارداری خواسته بودند انتخاب شدند. ۴۰ نفر از نمونه‌ها با سابقه مرگ جنین یا نوزاد و فاقد فرزند زنده بودند، ۸۰ نفر دیگر نخست حامله بودند. جهت کنترل عوامل مداخله‌گر کلیه نمونه‌ها از افرادی که فاقد بیماری جسمی از قبیل دیابت، فشارخون ...، فاقد سابقه اختلالات شدید خانوادگی، اعتیاد به مواد مخدر، نازایی، بحران روحی از قبیل جدایی، مرگ بستگان و یا وجود ناهنجاری مادرزادی در اعضای درجه یک فامیل بودند، انتخاب گشتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه اضطراب حاملگی (POQ) بود. به عبارات سنجش اضطراب نمره داده شد و میانگین نمره اضطراب دو گروه برای تمام عبارات POQ محاسبه و مقایسه گردید.

یافته‌ها: نتایج آزمون تی نشان داد که تفاوت میانگین نمره اضطراب دو گروه در برخی عبارات معنی‌دار بوده است. همچنین میانگین اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد به طور معنی‌داری بیشتر از زنان نخست حامله بود ($P=0/000$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتیجه پژوهش و افزایش اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد، تدوین برنامه‌های آموزشی، حمایتی و انجام مشاوره‌های روانشناختی برای این گروه آسیب‌پذیر، ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند مطالعه‌ای طولی در طی بارداری، همچنین در دوره بعد از زایمان صورت گیرد.

کلید واژه‌ها: اضطراب، مرگ جنین، مرگ نوزاد، حاملگی

تاریخ دریافت: ۸۵/۹/۲۲، تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۳۰

^۱ کارشناس ارشد مامایی، مرکز بهداشت شهرستان چناران، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران (*مؤلف مسؤول)

^۲ مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۳ مربی گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

^۴ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

مقدمه

حاملگی و مادر شدن که از وقایع لذت بخش و تکاملی زندگی زنان محسوب می‌شوند با تغییرات و سازگاری‌های فیزیولوژیکی و انطباق‌های روانشناختی بسیاری همراه بوده و مستلزم توجه ویژه‌ای می‌باشند. علی‌رغم مسأله فوق متأسفانه اغلب به ابعاد جسمی و فیزیولوژیکی این دوران بیش از ابعاد روحی و روانی آن توجه می‌شود.^(۱) برخی محققین تجربه حاملگی در زندگی زنان را نوعی بحران وضعیتی مطرح کرده و اظهار می‌دارند حاملگی که اغلب سبب شادمانی چشمگیر والدین می‌شود برای برخی از زنان نیز می‌تواند تنش‌زا باشد.^(۲-۵) Wilson معتقد است در سرتاسر طول حاملگی و به‌ویژه با نزدیک شدن به اواخر حاملگی در مورد مراقبت از کودک و تغییر الگوی زندگی که پس از زایمان اتفاق می‌افتد ممکنست اضطراب ایجاد و به تدریج بیشتر شود.

Bennett و Brown معتقدند فرآیند بارداری ممکن است در برخی سبب بروز ترس از تغییرات فیزیکی و یا ترس از بروز آسیب به جنین یا نوزاد گردد، به‌ویژه در زنانی که در بارداری‌های پیشین دچار مشکلاتی از قبیل آسیب به جنین یا نوزاد بوده‌اند این مسأله بیشتر مشاهده می‌گردد. سابقه مرگ جنین یا نوزاد تجربه مخربی در زندگی زنان باردار بوده، که ممکنست منجر به بروز اضطراب شدید در طی حاملگی بعدی گردد.^(۵) گرچه برخی پژوهشگران معتقدند که اضطراب آشکار در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد در مقایسه با سایر زنان باردار تفاوتی ندارد.^(۶)

Carson معتقد است اضطراب پاسخی طبیعی به موقعیت‌های خطرناک و یک علامت هشداردهنده است. تقریباً همه انسان‌ها در طول زندگی خود برخی

از علائم و نشانه‌های اضطراب را تجربه کرده‌اند. اضطراب در حد کم می‌تواند عاملی سودمند جهت رعایت اعمال بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی زنان باردار باشد و اضطراب شدید می‌تواند روی سازگاری تأثیر گذاشته و حتی موجب عکس‌العمل منفی، ترس از کارکنان پزشکی و انصراف از مراجعه به پزشک گردد.

بررسی اضطراب در طول بارداری به سبب بروز عوارض مختلف و جبران ناپذیر با اهمیت است، از جمله آن عوارض می‌توان تبوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، بروز مسمومیت حاملگی، محدودیت رشد جنین، شکاف کام، لب شکری و حتی افزایش میزان زایمان زودرس، مرده زائی و مرگ نوزاد را ذکر کرد.^(۴،۳) برخی محققین نیز معتقدند اضطراب شدید در دوران بارداری بر ارتباط مادر و نوزاد لطمه وارد کرده و توانایی مادر را در ایفای نقش مادری کاهش می‌دهد.^(۶-۸) سطوح بالای اضطراب در طول بارداری نه تنها موجب افزایش خطر افسردگی، اضطراب و کاهش تولید و ترشح شیر مادر در طول دوره نفاس گشته، بلکه در نوزاد نیز منجر به تحریک‌پذیری، گریه بیشتر، وضعیت ناپایدارتر، و حتی کاهش رشد ذهنی کودک در سن دو سالگی گردد.^(۴،۳)

به‌طور کلی در بررسی‌های انجام شده شیوع اضطراب در بارداری متفاوت ذکر شده است. برخی پژوهشگران شیوع اضطراب را در سه ماهه اول و سوم بارداری بیشتر از سه ماهه دوم ذکر نموده‌اند.^(۱-۲، ۷) در حالی‌که برخی محققین مانند Pillite (۲۰۰۳) معتقدند اضطراب در سه ماهه سوم بارداری بیشتر از دیگر سه ماهه‌ها می‌باشد. فروزنده و همکاران نیز طی انجام تحقیق خود، دریافتند شایع‌ترین اختلالات روانی در طول بارداری، اضطراب و افسردگی می‌باشد که در سه ماهه سوم بیشتر از سه ماهه اول و دوم می‌باشد. اسماعیلی و

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مشخصات فردی (اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات بارداری) و پرسشنامه اضطراب حاملگی (POQ: Pregnancy Outcome Questionnaire) که برای اولین بار توسط Theut و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه و در گروه‌های مختلف زنان باردار به کار گرفته شده است، می‌باشد. پرسشنامه POQ از ۱۵ عبارت در رابطه با اضطراب دوران بارداری تشکیل شده که پاسخ دهی به آن به صورت لیکرت چهار گزینه‌ای (همیشه (۴)، تقریباً همیشه (۳)، تقریباً هرگز (۲) و هرگز (۱)) می‌باشد. حداقل امتیاز کسب شده بر حسب این پرسشنامه ۱۵ و حداکثر ۶۰ است که امتیاز بیشتر نمایانگر اضطراب بیشتر می‌باشد. روایی ابزار از طریق اعتبار ظاهری و سپس اعتبار محتوی صورت گرفت. پایایی ابزار از طریق محاسبه ضریب آلفا کرونباخ صورت گرفت ($\alpha = 0.83$).

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بوده، به این صورت که از هر یک از مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر مشهد دو مرکز بهداشتی درمانی که بیشترین مراجعه‌کننده را دارا بودند (جمعاً ده مرکز) انتخاب شد و پس از کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و با مراجعه به این مراکز، نمونه‌گیری به صورت مستمر در تمام ایام هفته به جز روزهای تعطیل از شروع ساعت اداری لغایت پایان آن برای هر یک از گروه‌های زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام گردید. واجدین شرایط پژوهش ضمن تکمیل رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها را به روش خود گزارش‌دهی تکمیل کردند. میزان اضطراب در این مطالعه، امتیاز کسب شده از پاسخ‌های داده شده به

آقائی (۱۳۸۲) شیوع اضطراب در بارداری را ۱۸/۴ درصد ذکر کرده‌اند.

از آنجا که سابقه مرگ جنین یا نوزاد و وجود اضطراب زیاد در دوران بارداری می‌تواند عوارض جبران ناپذیری را ایجاد کند^(۸-۶)، آشنایی با تغییرات روانشناختی دوران بارداری، درک تأثیرات مرگ جنین یا نوزاد بر والدین و هم‌چنین درک تجربیات عاطفی والدین در طی حاملگی بعد از تجربه مرگ جنین یا نوزاد، می‌تواند به ماماها و سایر مراقبین بهداشتی در طراحی برنامه‌های مداخلاتی برای کاهش اختلالات روانشناختی این گروه از زنان باردار کمک نماید. با توجه به مراتب فوق، مطالعه حاضر با هدف تعیین و مقایسه اضطراب در دو گروه، زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شد.

روش بررسی

پژوهش فوق از نوع مقایسه‌ای و دو گروهی بوده که بر روی دو گروه زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شد. نمونه‌های پژوهش شامل ۱۲۰ زن باردار در سه ماهه سوم بارداری با حاملگی خواسته، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، دارای ملیت ایرانی، با سواد و ساکن شهر مشهد بودند. ۴۰ نفر از نمونه‌ها با سابقه مرگ جنین یا نوزاد و فاقد فرزند زنده بودند، ۸۰ نفر دیگر نخست حامله بودند. جهت کنترل عوامل مداخله‌گر کلیه نمونه‌ها از افرادی که فاقد بیماری جسمی از قبیل دیابت، فشارخون، ...، فاقد سابقه اختلافات شدید خانوادگی، اعتیاد به مواد مخدر، نازایی، بحران روحی از قبیل جدایی، مرگ بستگان و یا وجود ناهنجاری مادرزادی در اعضای درجه یک فامیل بودند، انتخاب گشتند.

همسر، وضعیت مسکن و وضعیت اقتصادی و با انجام آزمون دقیق فیشر جهت مشخصات نسبت فامیلی با همسر و وضعیت اشتغال، همگونی دو گروه از نظر مشخصات فوق تأیید گردید.

در بررسی نتایج مشخص گردید، اگرچه میانگین نمره اکثر عبارات پرسشنامه اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد از زنان نخست حامله بیشتر بوده است، و لیکن نتایج آزمون تی تفاوت معنی دار بین اضطراب دو گروه را صرفاً در میانگین نمره ۸ عبارت زیر نشان داد. ۱- مطمئنم که حاملگی ام بدون هیچ مسئله خاصی پیش خواهد رفت، ۲- احساس می کنم که می توانم بر اضطراب و نگرانی هایی که در این حاملگی بوجود آمده غلبه کنم، ۳- نگران این هستم که آیا می توانم این حاملگی را به آخر برسانم، ۴- احساس می کنم اضطرابها و نگرانی های این حاملگی من را از پا در آورده است، ۵- در مورد توانائی نگهداری از بچه جدیدم نگران هستم، ۶- مطمئنم که بچه ام سالم خواهد بود، ۷- در مورد تهیه وسایل بچه ام مثل البسه، اتاق و... احتیاط می کنم و ۸- خیلی سعی کردم که در طول حاملگی احتیاط های لازم (در زمینه وزن- مسائل جنسی- فعالیت رژیم غذایی- سیگار کشیدن و...) را به عمل آورم (جدول شماره ۱).

همچنین در بررسی عبارات این پرسشنامه، عبارت «من نگران سلامتی بچه جدیدم هستم» در هر دو گروه زنان بیشترین میانگین نمره را کسب کرده و میانگین نمره این عبارت بین دو گروه زنان باردار تفاوت معنی دار نداشت.

همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره اضطراب در زنان نخست حامله $5/23 \pm 36/86$ و میانگین نمره اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد $4/34 \pm 41/35$ بوده است و بر اساس آزمون تی

سوالات پرسشنامه ها بود، بعد از محاسبه امتیاز، میانگین امتیازات محاسبه گردید، هر چه میانگین بالاتر، بود به معنای اضطراب بیشتر تلقی گردید.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS و برای بیان مشخصات واحدهای مورد پژوهش از جداول توزیع فراوانی و آمار توصیفی و برای تعیین همگونی نمونه ها از آزمون کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر و تی مستقل کمک گرفته شد و جهت تعیین تفاوت اضطراب بین دو گروه علاوه بر آزمون های توصیفی از آزمون تی مستقل استفاده گردید.

یافته ها

بر مبنای یافته های پژوهش، حداقل سن مادران ۲۰ و حداکثر ۳۴ سال و بیشترین درصد گروه سنی در هر دو گروه مربوط به گروه سنی ۲۴-۲۰ سال بود (زنان نخست حامله $67/5$ درصد و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد 60 درصد). میانگین گروه سنی نخست حامله $23/08 \pm 23/44$ و میانگین سنی گروه دوم حاملگی فعلی نمونه ها ۲۸ و حداکثر ۳۹ هفته، که بیشترین فراوانی مربوط به گروه سن حاملگی بین ۲۸-۳۱ هفته بود (زنان نخست حامله 40 درصد و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد $47/5$ درصد). همچنین میانگین سن حاملگی فعلی در زنان نخست حامله $31/31 \pm 32/71$ و در گروه دوم $2/8 \pm 31/9$ بود. با انجام آزمون تی مستقل مشخص گردید تفاوت معنی داری در بین دو گروه از نظر سن نمونه ها و سن بارداری ایشان وجود نداشت.

کلیه زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد دارای سابقه یک زایمان بودند. با انجام آزمون کای اسکوئر جهت مشخصات سطح تحصیلات، سطح تحصیلات

مستقل تفاوت اضطراب موقعیتی در دو گروه مورد مطالعه معنی دار بود ($P=0/000$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۱- مقایسه دو گروه بر حسب میانگین نمره کسب شده از برخی عبارات اضطراب حاملگی، سال ۸۵-۱۳۸۴

آزمون t	زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد		عبارت
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
t = - ۲/۷۵۰ P = ۰/۰۰۷	۰/۷۲۳ \pm ۲/۸۰	۰/۸۳۲ \pm ۲/۳۸	مطمئنم که حاملگی ام بدون هیچ مسئله خاصی پیش خواهد رفت
t = - ۲/۰۸۱ P = ۰/۰۴۰	۰/۷۳۶ \pm ۲/۸۵	۰/۷۹۵ \pm ۲/۵۴	احساس می کنم که می توانم بر اضطراب و نگرانی های که در این حاملگی بوجود آمده غلبه کنم
t = - ۳/۲۳۱ P = ۰/۰۰۲	۰/۸۳۲ \pm ۳/۲۳	۱/۰۲۳ \pm ۲/۶۳	نگران این هستم که آیا می توانم این حاملگی را به آخر برسانم
t = - ۴/۵۲۹ P = ۰/۰۰۰	۰/۸۶۴ \pm ۲/۳۵	۰/۸۵۱ \pm ۱/۶۰	احساس می کنم اضطرابها و نگرانی های این حاملگی من را از پا در آورده است
t = - ۲/۲۵۳ P = ۰/۰۲۶	۰/۹۴۷ \pm ۲/۷۸	۰/۷۴۵ \pm ۲/۳۶	در مورد توانائی نگهداری از بچه جدیدم نگران هستم
t = - ۲/۷۵۸ P = ۰/۰۰۷	۰/۷۵۱ \pm ۲/۵۰	۰/۸۸۴ \pm ۲/۰۵	مطمئنم که بچه ام سالم خواهد بود
t = - ۲/۶۰۵ P = ۰/۰۱۰	۰/۸۲۹ \pm ۲/۳۳	۰/۸۸۶ \pm ۱/۸۹	در مورد تهیه وسایل بچه ام مثل البسه، اتاق و... احتیاط می کنم
t = ۳/۴۱۰ P = ۱/۰۰۱	۰/۸۵۳ \pm ۱/۸۰	۰/۵۱۳ \pm ۱/۳۰	خیلی سعی کردم که در طول حاملگی احتیاط های لازم (در زمینه وزن- مسائل جنسی - فعالیت رژیم غذایی - سیگار کشیدن و...) را به عمل آورم

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که میانگین نمره اضطراب در زنان نخست حامله و زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد براساس نتایج آزمون تی مستقل تفاوت معنی دار داشته ($P=0/000$)، به طوری که میزان اضطراب در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد بیشتر بود. این یافته ها با نتیجه تحقیق Hutt و Armstrong (۱۹۹۸) که بیانگر اضطراب بیشتر در زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد نسبت به زنان نخست حامله بود

جدول شماره ۲- مقایسه دو گروه بر حسب میانگین نمره

اضطراب، سال ۸۵-۱۳۸۴

گروه	نخست حامله	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تعداد	۸۰ (۱۰۰)	۴۰ (۱۰۰)
میانگین \pm انحراف معیار	۳۶/۸۶ \pm ۵/۲۳	۴۱/۳۵ \pm ۴/۳۴
آزمون مستقل	t = -۴/۶۸۲ df = ۱۱۸ P = ۰/۰۰۰	

تقدیر و تشکر

پژوهش فوق طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران می باشد، لذا بدینوسیله مراتب تشکر و قدردانی از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق ما را یاری رسانیده‌اند اعلام می گردد.

فهرست منابع

- 1- Lowdermilk F, Perry S. Maternity & women health care. 8th ed. Washington: mosby; 2004. P. 398-402.
- 2- Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauthy J, Gilstrap L, Wenstrom k, Williams Obstetrics. 22th ed. New York: McGraw-Hill; 2005. P.5-100.
- ۳- بحری بینا باج نرجس. بررسی تأثیر حمایت روانی، فیزیکی و آموزشی طی لیبر بر شدت درد زایمان خانم های نخست باردار. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد؛ ۱۳۷۹: ۱۵-۵.
- 4- Brouwers E, Van Barr A. Maternal Anxiety during Pregnancy and Subsequent infant development. J Infant behav Development; 2001. 24: 95-106.
- 5- Geller PA. Pregnancy as a stressful life event. CNS spectr; 2004. 9(3). 97-188.
- 6- Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self. Journal of Gynecology & Neonatal Nursing; 1999. 28(3): 274-282.
- 7- Armstrong D. Impact of Prior Perinatal loss on Subsequent Pregnancies. J Gynecol Neonatal Nurs; 2004. 33(6): 765- 773.
- 8- Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss. The relationship between anxiety and prenatal attachment. J Gynecol Neonatal Nurs; 1998. 27(2): 183-189.
- 9- Theut SK, Pedreson FA, Zaslow M, Rabinovich BA. Pregnancy subsequent to prinatal loss. J Am Academy of child and adolescent psychiatry; 1988. 27(3): 280-292.

(P=۰/۰۱) و هم‌چنین با نتایج تحقیق Armstrong (۲۰۰۲) مطابقت دارد (P=۰/۰۰۱).

در این زمینه اکثر محققین مانند Wilson (۱۹۹۷) و Pillite (۲۰۰۳) معتقدند، اضطراب زنان باردار خصوصاً در طی سه ماهه سوم بیشتر ناشی از نگرانی از وضعیت سلامت جنین است اما آنچه که مهم بنظر میرسد اینست که ممکنست زنان نخست حامله از آن جهت که دلبستگی بیشتری به جنین خود دارند نگران سلامتی او باشند^(۸،۷)، در حالی که که زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد با توجه به این‌که می دانند ممکنست تجربه قبلی مرگ جنین یا نوزاد تکرار شود و لذا از سلامتی جنین و نتیجه حاملگی اطمینانی ندارند، اضطراب بیشتری داشته باشند.^(۶)، این موضوع ممکنست باعث عدم تطابق مناسب مادر با بارداری و کاهش دلبستگی مادر به جنین و عوارض ناشی از آن مانند تغذیه نامناسب در طی بارداری و کاهش رغبت به مراقبت‌های دوران بارداری و رفتارهای بهداشتی باشد که منجر به کسب نتایج نامطلوب در انتهای بارداری می گردد.

با توجه به نقش کلیدی ماماها و سایر مراقبین بهداشتی در ارائه مراقبت های دوران بارداری و اهمیت کمک به مادران در تطابق با حاملگی پیشنهاد می گردد در طول بارداری، برنامه ریزی های آموزشی، حمایتی و مشاوره‌ای جهت مادران باردار به ویژه زنان باردار با سابقه مرگ جنین یا نوزاد انجام شود تا بدینوسیله بتوان موجبات ارتقاء سطح سلامت مادران را فراهم آورد.

با توجه به این‌که این پژوهش بر روی زنان بارداری که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند انجام گرفت پیشنهاد می شود پژوهشی مشابه، به‌صورت طولی در سه ماهه اول و دوم بارداری انجام شده و سپس نتایج مقایسه گردد.

Comparison of Maternal Anxiety between Primigravid Women and Pregnant Women with the History of Previous Fetal or Neonatal Death

*M. Ahadi, MS¹ S. Taavoni, MS² T. Ganji, MS³ F. Hosseini, MS⁴

Abstract

Background & Aim: Pregnancy is a significant event for pregnant women who need to adapt physiologically and psychologically, though it is a normal phase of a woman's life. In addition, previous history of fetal or neonatal death can have a negative effect on the adaptation, and this experience can also increase maternal anxiety during pregnancy that may produce adverse effects. The aim of this study was to assess and compare maternal anxiety in primigravid women and pregnant women with the history of previous fetal or neonatal death.

Material and Methods: A descriptive comparative design with multistage sampling method (sequential) was used. One hundred and twenty Iranian, literate pregnant women, who were in their 3rd trimester of current pregnancy with (20 – 40 years old age) were selected. Forty subjects had previous history of fetal or neonatal death (without any live child) and 80 of them were primigravid. The data collection tool, had two main parts: personal characteristics, and pregnancy outcomes questionnaire (POQ, Theut et al 1988).

Results: In this study, t-test showed, there was a significant difference between the two groups regarding maternal anxiety during pregnancy ($P=0.001$). The mean score of maternal anxiety in the pregnant women with previous fetal or neonatal death was more than primigravid women ($P<0.001$).

Conclusion: According to the study findings and due to the increase of anxiety level in the pregnant women with previous history of fetal or neonatal death, it seems that it would be necessary to plan supportive, educational and counseling programs for this high risk group of women. It is suggested that further studies should be conducted during trimesters of pregnancy and postpartum period in clients.

Key Words: Pregnancy, Anxiety, Fetal death, Neonatal death

¹ Ms in Midwifery, Health Center of Chenaran, Mashad University of Medical Sciences, Mashad, Iran. (*Corresponding Author)

² Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

³ Senior Lecturer in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences.

⁴ Senior Lecturer in the Department of Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences.