

## ارتباط وضعیت روانی-اجتماعی مادران با نتایج حاملگی آنان

دکتر فاطمه دباغی\*، هما صادقی\*\*، دکتر شایسته جهانفر\*، حمید حقانی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** زنانی که در دوران بارداری دچار درجات بالایی از اضطراب هستند اکثراً فرزندان تحریک‌پذیر و ناآرام که دچار اختلالات خواب و وزن کم هستند، بدنیا می‌آورند.

**هدف:** تعیین ارتباط وضعیت روانی-اجتماعی زنان در دوران بارداری با نتایج حاملگی آنان

**نوع پژوهش:** پژوهش حاضر به صورت مقایسه‌ای می‌باشد که اطلاعات آن با استفاده از یک پرسشنامه شامل مشخصات فردی و یک برگه ثبت اطلاعات زایمانی جمع‌آوری شده است.

**نمونه:** ۳۶۰ زن با سابقه صفر تا چهار زایمان از دو جامعه زنان با وضعیت روانی-اجتماعی مناسب و نامناسب (۱۸۰ نفر از هر گروه) می‌باشند که براساس پرسشنامه وضعیت روانی-اجتماعی Copper و همکاران به روش نمونه‌گیری متوالی انتخاب شدند.

**نتایج:** وضعیت روانی-اجتماعی مادران، با وزن کم هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد (به ترتیب  $P=0/005$ ،  $P=0/028$ ،  $P=0/000$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان داد که زنان با وضعیت روانی-اجتماعی نامناسب در معرض خطر بیشتری برای بروز نتایج نامطلوب حاملگی می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌شود، خانواده‌ها و مراقبین بهداشتی با شناسایی و حمایت روانی بیشتر از این زنان، سبب کاهش تنیدگی و افزایش اعتماد به نفس و اطمینان آنان گردند.

**واژه‌های کلیدی:** وضعیت روانی-اجتماعی، نتایج حاملگی

\* عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

\*\* کارشناس ارشد مامایی (مؤلف مسئول)

\*\*\* عضو هیات علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

## مقدمه

این عقیده که احساسات، رفتار و محیط فیزیکی و اجتماعی زن باردار می‌تواند بر رشد و تکامل جنین او تأثیر بگذارد از دیرباز در تمام فرهنگها وجود داشته است. ولی تاکنون بیشترین تحقیقات در رابطه با تأثیر عوامل فیزیکی مختلف مانند کیفیت محیط فیزیکی، اثرات مواد سمی مانند دود سیگار، نوشابه‌های الکلی و داروها بر نتایج حاملگی صورت گرفته است. به همین دلیل در چند دهه اخیر تمایل رو به تزایدی به تحقیق در مورد نقش عوامل تنش‌زا و عوامل روحی روانی در دوران بارداری و ارتباط آن با نتایج حاملگی احساس شده است (Paarlberg و همکاران، ۱۹۹۵).

دوران بارداری یکی از مهمترین مراحل زندگی یک زن است و ممکن است با واکنش‌های روانی مختلف و متعددی همراه باشد. تغییرات روانی-اجتماعی دوران بارداری آنقدر وسیع است که حاملگی را بعنوان یک تجربه بسیار احساسی و روانی مطرح کرده و اغلب پاسخهای روانی وسیعی را در والدین برمی‌انگیزد. از آنجائیکه براساس مطالعات انجام شده، سلامت روانی، سلامت جسمانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، لذا تغییرات روانی دوران بارداری باید به اندازه تغییرات جسمانی و حتی بیش از آن مورد توجه قرار گیرد. توجه به این بعد از وضعیت زنان از این جنبه نیز حائز اهمیت است که تطابق روانی مادر طی بارداری ارتباط مستقیمی با پذیرش نقش مادری وی پس از زایمان خواهد داشت (Nichols & Zwelling، ۱۹۹۷).

طی دوران بارداری چگونگی وضعیت روانی-اجتماعی مادر می‌تواند علاوه بر وضعیت جسمانی او نتایج بارداری را نیز تحت تأثیر قرار دهد. زنانی که دچار درجات بالایی از اضطراب هستند، اکثراً فرزندان تحریک‌پذیر و ناآرام

که دچار اختلالات خواب و وزن کم هستند بدنیا می‌آورند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۵).

حتی در کشورهای توسعه یافته که برای زنان امکان دسترسی به خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری وجود دارد حاملگی فقط از جنبه جسمانی آن مورد توجه قرار می‌گیرد. بطوریکه مراقبین بهداشتی، دوستان و بستگان زوج چشم به راه فقط به جنبه فیزیکی و وضعیت جسمانی زن باردار توجه می‌کنند. چرا که تغییرات جسمانی برخلاف تغییرات روانی به آسانی قابل مشاهده می‌باشد (Nichols & Zwelling، ۱۹۹۷).

تحقیقاتی نیز که تاکنون در زمینه تأثیر وضعیت روانی مادران در دوران بارداری بر نتایج حاملگی صورت گرفته است نتایج ضد و نقیضی را ارائه کرده‌اند. به عنوان مثال Levi و همکاران (۱۹۸۹) طی مطالعه آینده‌نگر خود روی ۸۶ زن نخست‌زا و چندزای باردار در زمان حادثه چرنوبیل، به بررسی ارتباط میزان تنیدگی و اضطراب زنان با طول حاملگی پرداختند که نتایج این تحقیق هیچگونه ارتباط معنی‌دار آماری را در این رابطه نشان نداد.

Rothberg & Lits (۱۹۹۱) در یک مطالعه مورد شاهدهی روی ۸۶ زن نخست‌زا و چندزا به بررسی تأثیر حمایت روانی-اجتماعی بر وزن تولد نوزاد پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد، در گروه شاهد که فقط تحت مراقبت‌های معمول دوران بارداری قرار داشتند، ۱۸ نوزاد با وزن کمتر از ۳۰۰۰ گرم متولد شدند درحالیکه در گروه مورد که در طی بارداری از حمایت روانی برخوردار بودند فقط ۷ مورد نوزاد با وزن کمتر از ۳۰۰۰ گرم بدنیا آمدند.

در مطالعه مشابه دیگری که در سال ۱۹۹۲ توسط Villar و همکارانش روی ۲۲۳۵ زن اول‌زا و چندزا صورت گرفت هیچ نتیجه‌ای دال بر تأثیر حمایت روانی

چهار زایمان داشته و در هفته‌های ۲۵ تا ۲۹ بارداری جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سبزوار مراجعه می‌کردند و در زمان نمونه‌گیری و زایمان واجد معیارهای حذف نمونه نبودند.

قابل ذکر است که ابزار سنجش وضعیت روانی - اجتماعی این پژوهش با استفاده از پرسشنامه Copper و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شد. این پرسشنامه شامل ۲۸ عبارت بود که مجموعاً وضعیت روانی - اجتماعی زنان را از نظر اضطراب، افسردگی، تنیدگی، اعتماد به نفس و تسلط به خود، ارزیابی می‌کرد. هر عبارت دارای یک مقیاس ۵ گزینه‌ای با پاسخهای از همیشه یا کاملاً موافق (نمره ۱) تا هرگز یا کاملاً مخالف (نمره ۵) بود. بدین ترتیب پس از مقایسه نمره حاصل از تکمیل پرسشنامه مذکور توسط نمونه‌ها (درمورد نمونه‌های بیسواد توسط پژوهشگر و از طریق مصاحبه) با توجه به میانگین نمره پرسشنامه (حدافل نمره قابل اکتساب پرسشنامه ۲۸ و حداکثر آن ۱۴۰ و میانگین آن ۸۴ بوده است) دو جامعه پژوهش تعیین شدند یعنی نمونه‌هایی که نمره پرسشنامه آنان ۸۴ یا کمتر بود جامعه زنان با وضعیت روانی - اجتماعی مناسب و بقیه نمونه‌ها جامعه با وضعیت روانی - اجتماعی نامناسب را تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت متوالی و به نسبت میزان مراجعه به هر یک از مراکز بود. نمونه‌گیری مجموعاً ۵ ماه، از اوایل آبان ماه لغایت پایان اسفندماه ۱۳۷۸ بطول انجامید و در این مدت از کل نمونه‌های شرکت‌کننده که ۳۸۴ نفر بودند ۲۴ نفر به دلایل مختلف از جمله جفت سرراهی، جداشدن زودرس جفت، آنانسفالی و چند قلوبی از مطالعه حذف شدند. بنابراین

دوران بارداری در حاملگی‌های پرخطر بر وزن هنگام تولد و طول حاملگی حاصل نشد.

با توجه به ضد و نقیض بودن نتایج تحقیقات و نیز با توجه به اینکه در کشور ما تحقیقی در این زمینه صورت‌نگرفته و با عنایت به این مسئله که برخلاف عوامل جسمی، نشانه‌های ویژه روانشناختی در هر ملت وابسته به فرهنگ خاص و اعتقادات خود آن ملت است لذا بسادگی نمی‌توان نتایج حاصل از چند تحقیق محدود را به همه ملل و فرهنگ‌ها تعمیم داد. به همین جهت پژوهشگر برآن شد تا در یک مطالعه مقایسه‌ای با هدف تعیین ارتباط وضعیت روانی - اجتماعی زنان در دوران بارداری با نتایج حاملگی آنان به بررسی این مهم بپردازد. با این امید که نتایج آن بتواند سبب افزایش حمایت روانی از زنان در دوران بارداری گردد که این خود می‌تواند گامی در جهت تحقق شعار «فرزند سالم از مادری سالم» باشد.

### فرضیه‌ها

- ۱- وضعیت روانی - اجتماعی زنان در دوران بارداری با وزن کم هنگام تولد نوزادان ارتباط دارد.
- ۲- وضعیت روانی - اجتماعی زنان در دوران بارداری با محدودیت رشد داخل رحمی جنین ارتباط دارد.
- ۳- وضعیت روانی - اجتماعی زنان در دوران بارداری با وقوع زایمان زودرس ارتباط دارد.

### مواد و روشها

پژوهش حاضر از نوع مقایسه‌ای می‌باشد که در آن ارتباط وضعیت روانی - اجتماعی زنان در دوران بارداری با نتایج حاملگی آنان مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌های شرکت‌کننده در این پژوهش شامل ۳۶۰ زن باردار از دو جامعه زنان با وضعیت روانی - اجتماعی مناسب و نامناسب (۱۸۰ نفر در هر گروه) بودند که سابقه صفر تا

طریق مصاحبه و توسط پژوهشگر صورت گرفت) و پس از تکمیل جمع‌آوری گردید.

قابل ذکر است که باتوجه به اینکه غیرطبیعی بودن شاخص توده بدنی در این پژوهش بعنوان یکی از معیارهای حذف نمونه مطرح بود این شاخص برای تمام نمونه‌ها با استفاده از فرمول محاسبه گردید و در صورت مطابقت نداشتن با محدوده استاندارد (۲۶-۱۹/۸) از مطالعه حذف می‌شد. عدد وزن در این فرمول وزن (کیلوگرم) تقسیم بر قد (متر)<sup>۲</sup>، قبل از بارداری طبق اظهار واحدهای مورد پژوهش و در موارد عدم اطلاع آنان تفاضل عدد یک از وزن سه ماهه اول بارداری بود که در پرونده بهداشتی مادران ثبت و در این پژوهش دقیق فرض شده بود. قد واحدهای مورد پژوهش نیز به کمک سانتیمتر و توسط پژوهشگر تعیین می‌گردید. طی مدت نمونه‌گیری و پس از آن در زمان زایمان در صورتیکه واحدهای مورد پژوهش واجد هر یک از معیارهای حذف نمونه بودند از مطالعه خارج می‌شدند. اطلاعات مربوط به نتایج حاملگی واحدهای مورد پژوهش نیز با مراجعه پژوهشگر به محیط پژوهش و با استفاده از پرونده‌ها و دفاتر آمار زایمانی تعیین و در برگه اطلاعات ثبت می‌شد.

اطلاعات بدست آمده بوسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین ترتیب که در راستای دستیابی به اهداف پژوهش برای توصیف متغیرهای کمی، میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید و برای دستیابی به اهداف و آزمون فرضیه‌های پژوهش از آمار استنباطی یعنی آزمون  $X^2$ ، آزمون دقیق فیشر، آزمون  $t$  مستقل و آزمون مندل هنزل استفاده شد.

### نتایج

تجزیه و تحلیل در مورد ۳۶۰ نفر باقیمانده یعنی ۱۸۰ نفر در هر گروه صورت گرفت.

معیارهای حذف نمونه در این پژوهش عبارت بودند از: سابقه زایمان پیش از موعد، ندانستن تاریخ دقیق اولین روز آخرین قاعدگی و نداشتن سونوگرافی در نیمه اول بارداری، ابتلاء به بیماریهای سیستمیک مزمن، سابقه زایمان نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، سیگاری بودن یا اعتیاد به مواد مخدر و داروها، فاصله کمتر از ۲ سال بین حاملگی فعلی و قبلی، انجام عمل سرکلاژ، غیرطبیعی بودن شاخص توده بدنی (میزان طبیعی آن در این پژوهش ۲۶ - ۱۹/۸ در نظر گرفته شد)، ناهنجاریهای شدید مادرزادی جنین، افزایش و کاهش غیرعادی مایع آمنیوتیک، چندقلویی، جداشدن زودرس جفت، جفت سرراهی و اشتغال به کارهای سخت مثل کشاورزی در زنان شاغل.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از یک پرسشنامه شامل مشخصات فردی نمونه‌ها (سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه خانواده، تعداد زایمان، قد، وزن قبل از بارداری، شاخص توده بدنی، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و همچنین تاریخ احتمالی زایمان برحسب سونوگرافی انجام شده در نیمه اول بارداری) و برگه ثبت که اطلاعات مربوط به نتایج حاملگی نمونه‌ها (وزن کم هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی و زایمان زودرس) در آن درج می‌گردید.

روش کار به این صورت بود که پژوهشگر با مراجعه به محیط پژوهش در مورد هدف از انجام تحقیق به واحدهای مورد پژوهش توضیح داده و پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی را در اختیار نمونه‌های واجد شرایط قرار داد (در مورد نمونه‌های بیسواد تکمیل پرسشنامه از

اعداد داخل پرانتز نشان دهنده درصدها است

نتایج آزمونهای آماری نشان دادند که بین نسبت وزن کم هنگام تولد، محدودیت رشد داخل رحمی و زایمان زودرس در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معنی دار وجود دارد (به ترتیب  $P=0/005$ ,  $P=0/028$  و  $P=0/000$ ).

در رابطه با اثر عوامل مداخله گر نیز (سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه خانواده و تعداد زایمان) یافته‌های پژوهش به شرح زیر بودند:

در مورد ارتباط وضعیت روانی-اجتماعی زنان با وزن کم هنگام تولد سه عامل وضعیت اشتغال، میزان درآمد ماهیانه خانواده و تعداد زایمان، در مورد محدودیت رشد داخل رحمی، دو عامل وضعیت اشتغال و میزان درآمد ماهیانه خانواده و در مورد زایمان زودرس هر ۵ عامل اثر مداخله‌گری داشتند.

### بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها می‌توان دریافت که وضعیت روانی-اجتماعی زنان در دوران بارداری با وزن کم هنگام تولد نوزادان ارتباط دارد و این ارتباط از نظر آماری معنی دار است ( $P=0/005$ ) Wadhwa و همکاران (۱۹۹۳) نیز در مطالعه‌ای مشابه نشان دادند که حوادث تنش‌زای زندگی با وزن هنگام تولد رابطه معکوس ( $P < 0/05$ ) و با وزن کم نوزاد هنگام تولد رابطه مستقیم دارد ( $P < 0/05$ ) همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت روانی-اجتماعی زنان در دوران بارداری با محدودیت رشد داخل رحمی ارتباط معنی دار آماری دارد ( $P=0/028$ ).

بر اساس یافته‌ها می‌توان ادعا نمود که وضعیت روانی-اجتماعی زنان در دوران بارداری با زایمان زودرس نیز

یافته‌ها نشان داد که ۸۵ درصد واحدهای مورد پژوهش در گروه مناسب و ۸۱/۷ درصد در گروه نامناسب مربوط به رده سنی ۲۰ تا ۳۵ سال و ۶/۸۵ درصد در گروه مناسب و ۸۸/۹ درصد در گروه نامناسب غیرشاغل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۵۵ درصد در گروه مناسب و ۵۵/۶ درصد در گروه نامناسب در سطح ابتدایی و سیکل و از نظر میزان درآمد ماهیانه خانواده، ۵۶/۱ درصد در گروه مناسب و ۶۳/۳ درصد در گروه نامناسب دارای درآمد ماهیانه کمتر از ۵۰ هزار تومان بودند. همچنین از نظر سابقه تعداد زایمان ۵۲/۲ درصد گروه مناسب سابقه هیچ زایمانی نداشتند در حالیکه در گروه نامناسب مجموعاً ۸/۸۷ درصد واحدهای مورد پژوهش بطور مساوی در دو گروه با سابقه صفر و ۱ تا ۲ زایمان قرار داشتند.

یافته‌های پژوهش در رابطه با نتایج حاملگی نیز در دو گروه با وضعیت روانی-اجتماعی مناسب و نامناسب به ترتیب به شرح زیر نشان داده شد:

وزن کم هنگام تولد ۴/۴ درصد در مقابل ۱۲/۸ درصد، محدودیت رشد داخل رحمی ۳/۳ درصد در مقابل ۸/۹ درصد و زایمان زودرس ۲/۸ درصد در مقابل ۲/۸ درصد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نتایج حاملگی در دو گروه زنان با وضعیت روانی اجتماعی مناسب ( $n=180$ ) و نامناسب ( $n=180$ )

وضعیت روانی اجتماعی		
نتایج حاملگی	مناسب	نامناسب
وزن کم هنگام تولد	۸ (۴/۴)	۲۳ (۱۲/۸)
محدودیت رشد داخل رحمی	۶ (۳/۳)	۱۶ (۸/۹)
زایمان زودرس	۵ (۲/۸)	۲۳ (۱۲/۸)

ارتباط دارد و این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار است ( $P=0/000$ ) Levi و همکاران (۱۹۸۹) نیز طی پژوهشی در رابطه با بررسی اثر اضطراب بر طول مدت حاملگی نشان دادند که بین اضطراب و طول مدت بارداری رابطه معکوس وجود دارد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود که مراقبت‌های دوران بارداری با هماهنگی تیمی و بصورت مؤثر صورت گیرد بطوریکه هر عضو نه تنها در رابطه با مراقبت‌های دوران بارداری آگاهی داشته باشد بلکه از طریق برقراری ارتباط نزدیک با مادران باردار به نیازهای جسمانی و روانی آنان دست یابد. برای برقراری ارتباط صمیمانه و نزدیک و ایجاد جوی مناسب برای آموزش می‌توان از تکنیک‌هایی مانند بکار بردن زبان محلی، تماس چشمی و گوش دادن به حرف‌های مادران در حین ویزیت آنها استفاده نمود. همچنین در این راستا شرکت همسر زن در جلسات و کلاس‌های آموزشی توصیه می‌شود زیرا که این امر می‌تواند سبب افزایش سطح آگاهی و نگرش وی نسبت به پدیده حاملگی، تغییرات فیزیکی و روانی طبیعی این دوران و لذا واکنش مناسبتر وی بصورت حمایت و درک تغییرات روحی روانی زن باردار گردد.

برگزاری کلاس‌های تن‌آرامی با تکنیک‌های مختلف جهت کاهش هیجان، تنش و اضطراب مادران در دوران بارداری توسط مراقبین بهداشت به خصوص ماماها می‌تواند تأثیر مفیدی در پیشگیری از نتایج نامطلوب تنش‌ها و آشفتگی‌های روانی بر ماحصل بارداری داشته باشد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که وضعیت اشتغال زنان نیز بعنوان یک عامل مداخله‌گر می‌تواند بر نتایج بارداری تأثیر بگذارد، بدین صورت که بروز نتایج معکوس حاملگی در دو گروه مورد مطالعه در نزد زنان غیرشاغل و خانه‌دار بیش از زنان شاغل بود. لذا پیشنهاد

می‌شود با انجام مراقبت‌های لازم در منزل توسط پرسنل بهداشتی درمانی، بخصوص ماماها در جهت یافتن علت و رفع مشکلات زنان خانه‌دار اقدام گردد و درمورد بالا بردن سطح آگاهی تغییر در نگرش این زنان نسبت به سلامتی و اهمیت دادن به این مقوله و نیز درک اهمیت مراقبت‌های دوران بارداری و تأثیری که می‌تواند بر نتایج بارداری داشته باشد آموزش‌های لازم داده شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که میزان درآمد ماهیانه خانواده نیز می‌تواند بعنوان یک عامل مداخله‌گر بر نتایج حاملگی تأثیر بگذارد، لذا پیشنهاد می‌شود با تشکیل سازمان‌های حمایت‌کننده از زنان باردار به حل اینگونه مشکلات زنان باردار کمک گردد و درمورد آموزش تغذیه دوران بارداری به زنان بی‌بضاعت سعی شود درمورد استفاده از مواد غذایی ارزان و مناسب که می‌تواند جان‌شینه‌های بهتری برای غذای گران و دور از دسترس آنان باشد آموزش‌های دقیق‌تری داده شود.

با توجه به اهمیت خطرات ناشی از زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد و تأثیر آن بر سلامت جامعه و نسل آینده امید است با استفاده از یافته‌های این پژوهش با اجرای صحیح مراقبت‌های دوران بارداری پس از شناسایی زنان در معرض خطر با آموزش و راهنمایی آنان تاحدی در جهت کاهش این عوارض گام برداشت. در پایان پژوهشگر امیدوار است که مسئولین و دست‌اندرکاران بهداشتی کشور با توجه به نتایج حاصل از یافته‌های این پژوهش و پژوهش‌های مشابه سیاست‌های مناسبی را جهت بهبود و ارتقاء مراقبت‌های دوران بارداری تدوین نمایند. با این امید که بتوان با بکارگیری یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های دیگر به هدف نهایی که "تولد نوزادی سالم از مادری سالم" است تحقق بخشید.

## منابع

- کاپلان، هارولد. سادوک، بینامین. (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی، ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: انتشارات شهرآب.

- Copper R. et al. (1996), The preterm prediction study, maternal stress is associated with spontaneous preterm birth less than thirty five weeks gestation, Am. Journal of Obstet & Gynecol, 175(5): 1286-92.

- Levi R., et al. (1989), Anxiety during pregnancy after the Chernobyl accident is related to obstetric outcome, Journal of Psychosom Obstet Cynecol, 10: 221-30.

- Nichols F., Zwelling E., (1997), Maternal Newborn Nursing, USA: Saunders Company.

- Paarlberg K., et al. (1995), Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues, Journal of Psychosom Research, 39(5): 563-595.

- Rothberg AD., Lits B., (1991), Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: effect on birth weight, Am. Journal of Obstet & Gynecol, 165: 403-7.

- Villar J., et al. (1992), A randomized trial of psychosocial support during high- risk pregnancies, N Engl Journal of Med, 327: 1266-71.

- Wadhwa Ph., et al. (1993), The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth, A Propective investigation, Am Journal of Obstet & Gynecol, 169: 858-65.

## RELATIONSHIP BETWEEN MATERNAL PSYCHOSOCIAL STATUS AND TREGNANCY OUTCOMES

*Dabbaghi, F. Ph.D<sup>1</sup> Sadeghi, H.MS<sup>2</sup> Jahaanfar, SH. Ph.D<sup>1</sup> Haghani, H.MS<sup>3</sup>*

### ABSTRACT

*Background:* Pregnant women with high level of anxiety are likely to give birth to babies who are irritable, restless, have sleep disorders and low birth weight.

*Objective:* To determine the relation of psychosocial status of women during pregnancy and pregnancy outcomes.

*Design:* This was a comparative study. Data were collected using a questionnaire.

*Samples:* 360 subject nuliparas to multiparas 4, were selected through consecutive sampling, 180 in each group (appropriate and inappropriate psychosocial status).

*Results:* There was a relation between psychosocial status of mothers and LBW ( $p=0.005$ ), IUGR ( $p=0.028$ ) and preterm labor ( $p=0.000$ ).

*Conclusion:* Emotional support by family and health care providers should be targeted at women with poor psychosocial status during pregnancy in order to decrease their emotional distress and to enhance their self-esteem and self-confidence.

**Key Words:** Psychosocial status, pregnancy outcome.

<sup>1</sup> - Assistant professor, School of Health, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran. Iran.(

<sup>2</sup> - Ms in Midwifery. Corresponding author)

<sup>3</sup> - Senior lecturer Faculty of Management and Medical information sciences, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran. Iran.