

زایمان زودرس و ارتباط آن با رویدادهای تنش زای دوران بارداری

طاهره گنجی^۱ *زهرا عینی پور^۲ فاطمه حسینی^۳

چکیده

زمینه و هدف: زایمان زودرس یکی از مشکلات بهداشت عمومی با روند رو به افزایش و هزینه اجتماعی بالا می باشد. پاره ای از مطالعات نشان داده اند که تجربه رویدادهای تنش زای زندگی قبل و یا طی دوران حاملگی با پیامدهای منفی به ویژه زایمان زودرس در ارتباط می باشند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط زایمان زودرس با رویدادهای تنش زای زندگی اجراء شد.

روش بررسی: پژوهش همبستگی حاضر در سال ۱۳۸۴ در شهر قم اجراء شد. نمونه های پژوهش ۱۳۳۷ زن باردار تک قل بین ۲۰ تا ۴۲ هفته حاملگی بدون بیماری های شناخته شده جسمی و روانی، سابقه زایمان زودرس و عوارض مامایی بودند که با روش نمونه گیری مستمر وارد پژوهش شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه سازگاری مجدد اجتماعی و از طریق مصاحبه جمع آوری و با نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون های آماری کای دو، منتل هنزل و آنالیز رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: فراوانی زایمان زودرس در افراد مورد مطالعه ۱۳/۹ درصد بود. زایمان زودرس با برخی از رویدادهای تنش زای دوران بارداری از قبیل مشکلات جنسی ($P=۰/۰۳$)، مشکلات با خانواده همسر ($P=۰/۰۰۳$)، تغییرات بنیادی محیط ($P=۰/۰۰۵$)، تغییر ساعات خواب ($P=۰/۰۰۱$)، تغییر تعداد حاضران در مهمانی های خانوادگی ($P=۰/۰۳$)، تغییر قابل ملاحظه عادات غذایی ($P=۰/۰۴$) و تعداد رویدادهای تجربه شده ($P=۰/۰۳$) ارتباط آماری معنی داری داشت اما میان شدت تنش تجربه شده و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پیشنهاد می شود به منظور کاهش پیامدهای احتمالی زایمان زودرس با برگزاری کلاس های آموزشی- مشاوره ای قبل از بارداری و در اولین ملاقات های کنترل حاملگی در مورد نقش این رویداد ها در ایجاد زایمان زودرس تاکید شود.

کلید واژه ها: زایمان زودرس- رویدادهای تنش زای زندگی- بارداری

تاریخ دریافت: ۸۶/۷/۳۰

تاریخ پذیرش: ۸۷/۱۰/۱۰

^۱ مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، تهران، ایران

^۲ کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان الزهراء، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران (* مؤلف مسؤول)

^۳ مربی گروه آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

زایمان زودرس یک حادثه جدی در دوره پری ناتال بوده^(۱) و تولد زودرس یکی از مشکلات بزرگ بهداشت عمومی رو به گسترش و با هزینه اجتماعی بالا می‌باشد.^(۲) که تاثیر جدی بر وضعیت عاطفی، اجتماعی، اقتصادی و سلامتی نوزاد و خانواده می‌گذارد.^(۳)

شیوع زایمان زودرس در کشورهای توسعه یافته ۵ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۲۵ درصد گزارش شده است.^(۴)

نوزادان نارس عوارض بسیار زیادی نظیر سندرم دیسترس تنفسی، خونریزی داخل بطنی، رتینوپاتی ناشی از زودرس بودن، نقایص بینایی و شنوایی، فلج مغزی، بیماری مزمن ریوی داشته و در سال‌های بعد دارای نتایج ضعیف تحصیلی می‌باشند.^(۱) در این نوزادان سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار، نارسایی رشد، وابستگی ناکافی مادر و نوزاد بیشتر مشاهده می‌گردد.^(۵)

نوزادان نارس بیش از یک سوم هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در طی سال اول زندگی به خود اختصاص می‌دهند و به علت پیامدهای طولانی مدت در نوزادان مبتلا به نقایص تکاملی، صرف هزینه‌های دلاری گزاف در طی مدت باقی مانده دوره کودکی در بسیاری از موارد الزامی است.^(۶)

علی‌رغم بهبود استانداردهای زندگی، مراقبت‌های بهداشتی و تکنولوژی تشخیصی و درمانی علت دو سوم زایمان‌های زودرس ناشناخته می‌باشند.^(۷) میزان بسیار بالای زایمان زودرس در میان جوامع فقیر نشان می‌دهد که باید به دنبال علل آن در میان عوامل زیست‌شناختی و روانی اجتماعی بود.^(۸) بهداشت روانی مادران در طی حاملگی نه تنها بر سلامت مادران بلکه بر سلامت و تکامل جنین مؤثر است. دو شاخص

بهداشت روانی و حمایت اجتماعی دوران بارداری احتمالاً اثرات مهمی بر تکامل جنین و نتایج حاملگی مانند وزن زمان تولد نوزاد و طول مدت حاملگی خواهند گذاشت.^(۹)

عواقب مرتبط با حاملگی از عوامل مختلف محیطی، فردی و رفتاری متأثر می‌گردند و عوامل روانی-اجتماعی شامل خشونت جسمی و رویدادهای تنش زای مثبت و منفی در طی حاملگی بر عواقب زایمان و نوزاد مؤثر می‌باشند.^(۱۰) پاره ای از گزارشات بر نقش رویدادهای تنش زای زندگی و عملکردهای روانی به عنوان عوامل مهم شروع لیبر زودرس تأکید کرده‌اند.^(۱۱) و در حاملگی‌های منجر به زایمان زودرس رویدادهای مهم زندگی شایع تر بوده اند.^(۱۲)

نقش تنش‌های روانی اجتماعی دوران بارداری بر عواقب تولد کاملاً آشکار نیست. بنابراین بررسی تأثیر این تنش‌ها بر نتیجه زایمان توسط مراقبین بهداشتی ضروری است.

مشاهده روند رو به افزایش زایمان زودرس با گذشت زمان و تأثیر احتمالی تنش‌های دوران بارداری بر نتایج بارداری به ویژه زایمان زودرس که می‌تواند عامل مهم مرگ و میر و صدمات دوران نوزادی و کودکی باشد و بار مالی سنگینی که به جامعه و خانواده تحمیل می‌شود، انگیزه انجام این پژوهش گردید. لذا این پژوهش با هدف تعیین ارتباط زایمان زودرس با رویدادهای تنش دوران بارداری در مراجعین به زایشگاه‌های دولتی قم در سال ۱۳۸۴ انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. آزمودنی‌های پژوهش ۱۲۳۷ نفر زن باردار تک قل بین هفته‌های ۲۰

واحد‌های پژوهش از نظر شدت تنش تجربه شده در طی سال قبل از زایمان در چهار طبقه با تنش خیلی خفیف (≤ 149)، خفیف (199 - 150)، متوسط (299 - 200) و شدید (≥ 300) قرار می‌گرفتند. پایایی این ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد تعیین شد که در میان گروه‌های مختلف از ضریب بالای 90 درصد برخوردار بوده است. این ضریب در میان سفید پوستان و سیاه پوستان 82 درصد تعیین گردید. در این پژوهش اعتماد علمی پرسشنامه مقیاس رتبه بندی سازگاری مجدد اجتماعی با استفاده از روش آلفا کرونباخ ($\alpha = .81$) تأیید شد.

زمان زایمان با استفاده از LMP ذکر شده از سوی مادر یا سونوگرافی نیمه اول حاملگی در صورت نامشخص بودن LMP محاسبه می‌شد. متغیرهای مداخله‌گر این پژوهش شامل سن مادر، فاصله زایمان فعلی از قبلی، تعداد زایمان قبلی، عفونت دوران حاملگی و دریافت مراقبت دوران حاملگی بودند که اثر مداخله‌گر آن‌ها بر ارتباط زایمان زودرس و رویدادهای تنش‌زا با استفاده از آزمون متل هنزل مورد بررسی قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای دو، دقیق فیشر و آنالیز رگرسیون لجستیک استفاده و سطح معنی داری در این پژوهش 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن افراد مورد مطالعه $25/69 \pm 5/25$ سال و میانگین فاصله زایمان فعلی از قبلی $45/45 \pm 40/48$ ماه و میانگین تعداد زایمان قبلی $1/34 \pm 1/07$ زایمان بود. 47/7 درصد از افراد مورد مطالعه عفونت دوران حاملگی داشته و 91/9 درصد مراقبت دوران حاملگی را دریافت کرده بودند. بیشترین میزان تحصیلات مربوط

تا 42 سال کامل حاملگی بودند که از 30 مهر تا 11 آذر ماه 1384 جهت انجام زایمان به دو مرکز زایشگاهی دولتی شهرستان قم (ایزدی و الزهرا) مراجعه کرده و با روش نمونه‌گیری مستمر وارد پژوهش شدند، بدین ترتیب که پژوهشگر هر روز در یک شیفت کاری از ساعت 8 الی 13 در بخش مراقبت پس از زایمان حضور یافته و پس از اخذ رضایت کتبی از افراد واجد شرایط و اطمینان دادن درمورد محرمانه ماندن اطلاعات، تا بدست آوردن حجم نمونه نهایی به نمونه‌گیری پرداخت. ضمناً ملاک‌های حذف نمونه شامل بیماری‌های شناخته شده جسمی (بیماری‌های قلبی-کلیوی- فشارخون مزمن- پره اکلامپسی-اکلامپسی- دیابت و ...) و روانی، عوارض مامایی (دکلمان- جفت سر راهی- پلی و الیگوهیدرآمیوس...)، ناهنجاری‌های شناخته شده رحمی، سابقه زایمان زودرس، داشتن وزن کمتر از 45 کیلو گرم و قد کمتر از 110 سانتی مترمادرو اعتیاد به مواد مخدر و مصرف داروهای روان گردان، سیگار و الکل بود. داده‌ها در یک مرحله به روش مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه‌ای دو قسمتی که شامل مشخصات فردی و مقیاس رتبه بندی سازگاری مجدد اجتماعی هولمز و راهه بود جمع‌آوری گردید.

پرسشنامه رتبه بندی سازگاری مجدد اجتماعی حاوی 43 سؤال بسته بود که به صورت گزینه‌های بلی و خیر پاسخ داده می‌شدند. این پرسشنامه اولین بار توسط هولمز و راهه در سال 1967 تنظیم شد که بر اساس آن نوع و تعداد رویدادها مشخص می‌گردد و سپس بر اساس نوع رویدادهای رخ داده برای واحدها که هر کدام نمره‌ای جداگانه از 11 تا 100 را به خود اختصاص می‌دهد شدت تنش رویدادهای تجربه شده، نیز تعیین می‌گردد و بر حسب نمره کلی کسب شده،

به مقطع ابتدایی (۳۵/۵ درصد) و کمترین میزان آن مربوط به مقطع دانشگاهی (۵/۹ درصد) بود. اکثر افراد مورد مطالعه وضعیت اقتصادی متوسط (۷۱/۸ درصد) داشتند. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مشخصات فردی

مشخصات فردی	تعداد (درصد)
عفونت دوران حاملگی	بلی ۵۹۰ (۴۷/۷)
	خیر ۶۴۷ (۵۲/۳)
دریافت مراقبت دوران حاملگی	بلی ۱۱۳۷ (۹۱/۹)
	خیر ۱۰۰ (۸/۱)
تحصیلات	بیسواد ۱۵۹ (۱۲/۹)
	ابتدایی ۴۳۹ (۳۵/۵)
	راهنمایی ۲۸۱ (۲۲/۷)
	دبیرستان ۲۹۷ (۲۴)
	دانشگاهی ۶۱ (۴/۹)
وضعیت اقتصادی	ضعیف ۲۷۶ (۲۲/۳)
	متوسط ۸۸۸ (۷۱/۸)
	خوب ۷۳ (۵/۹)
وضعیت اشتغال	خانه دار ۱۱۴۲ (۹۲/۳)
	شاغل ۹۵ (۷/۷)
محل سکونت	شهر ۱۱۴۰ (۹۲/۲)
	روستا ۹۷ (۷/۸)
نوع زایمان	سزارین ۵۱۳ (۴۱/۵)
	طبیعی ۷۱ (۵۷/۴)
	طبیعی با واکيوم ۱۴ (۱/۱)
جنس نوزاد	دختر ۶۴۶ (۵۲/۳)
	پسر ۵۹۰ (۴۷/۷)
وضعیت حیات هنگام تولد نوزاد	زنده و سر حال ۱۰۶۹ (۸۶/۴)
	زنده و در دستگاه ۱۵۳ (۱۲/۴)
	مرده ۱۵ (۱۰/۲)
وضعیت ظاهری نوزاد	سالم ۱۲۱۹ (۹۸/۵)
	ناهنجار ۱۸ (۱/۵)

بیشترین فراوانی مشاهده شده مربوط به رویدادهای تغییر ساعات خواب (۶۸/۶ درصد) بود. فراوانی کلیه رویدادهای مورد بررسی بالای ۴۹ درصد گزارش شده بود. تغییر ساعات یا شرایط کار (۵۷/۲ درصد)، تغییر کار یا طول مدت فراغت (۵۷/۲ درصد)، تغییر در

تعداد زایمان زودرس ۱۷۲ (۱۳/۹ درصد) و تعداد زایمان ترم ۱۰۶۵ مورد (۸۶/۱ درصد) بود. میانگین تعداد رویدادهای تجربه شده در واحدهای پژوهش $10 \pm 3/09$ رویداد بود.

فعالیت های مذهبی (۵۷/۲ درصد)، تغییر قابل ملاحظه عادات غذایی (۵۲/۸ درصد)، تغییر تعداد حاضران در مهمانی های خانوادگی (۵۱/۸ درصد)، تغییر قابل ملاحظه تعداد بگو بگو با همسر (۵۱/۹ درصد) و تغییرات مالی مهم (۴۹/۹ درصد) بود. تعداد رویدادهای تجربه شده با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی داری داشت. (جدول شماره ۲)

همچنین یافته ها نشان داد که رویدادهای مشکلات جنسی (P=۰/۰۰۵)، مشکلات با خانواده همسر (P=۰/۰۰۳)، تغییرات بنیادی محیط (P=۰/۰۰۵)، تغییر ساعات خواب (P=۰/۰۰۱)، تغییر تعداد حاضران در مهمانی های خانوادگی (P=۰/۰۰۳)، تغییر قابل ملاحظه عادات غذایی (P=۰/۰۰۴) با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار نشان داد اما شدت تنش تجربه شده با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار نشان نداد. (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی تعداد رویدادهای تجربه شده افراد مورد مطالعه بر حسب زمان زایمان

زمان زایمان	زودرس	ترم	جمع
تعداد رویدادها	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۵ ≤	۱۲ (۱۲/۵)	۸۴ (۸۷/۵)	۹۶ (۱۰۰)
۶-۷	۱۸ (۱۱)	۱۴۶ (۸۹)	۱۶۴ (۱۰۰)
۸-۹	۴۶ (۱۶/۷)	۲۳۰ (۸۳/۳)	۲۷۶ (۱۰۰)
۱۰-۱۱	۳۲ (۹/۹)	۲۹۰ (۹۰/۱)	۳۲۲ (۱۰۰)
۱۲ ≥	۶۴ (۱۶/۹)	۳۱۵ (۸۳/۱)	۳۷۹ (۱۰۰)
جمع	۱۷۲ (۱۳/۹)	۱۰۶۵ (۸۶/۱)	۱۲۳۷ (۱۰۰)
میانگین وانحراف معیار	۱۰/۲۶ ± ۳/۲۱	۹/۹۶ ± ۳/۰۷	۱۰ ± ۳/۰۹
حداقل	۴	۲	۲
حداکثر	۱۹	۲۱	۲۱
نتیجه آزمون	$\chi^2 = 11/57$ *P = ۰/۰۳		

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی شدت تنش تجربه شده افراد مورد مطالعه بر حسب زمان زایمان

زمان زایمان	زودرس	ترم	جمع
شدت تنش تجربه شده	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
خیلی خفیف	۱۵ (۱۱)	۱۲۱ (۸۹)	۱۳۶ (۱۰۰)
خفیف	۲۹ (۱۴/۸)	۱۶۷ (۸۵/۲)	۱۹۶ (۱۰۰)
متوسط	۷۰ (۱۲/۸)	۴۷۶ (۸۷/۲)	۵۴۶ (۱۰۰)
شدید	۵۸ (۱۶/۲)	۳۰۱ (۸۳/۸)	۳۵۹ (۱۰۰)
جمع	۷۲ (۱۳/۹)	۱۰۶۵ (۸۶/۱)	۱۲۳۷ (۱۰۰)
نتیجه آزمون	$\chi^2 = 3/12$ P = ۰/۳۷		

ایجاد تغییرات محیطی به گونه ای است که استرس فرد کم شود.^(۱۶) در مطالعه Grijiborski و همکاران میان شرایط محل سکونت و استرس دریافتی با زایمان زودرس ارتباط معنی داری یافت نشد.^(۱۷)

یافته دیگر این پژوهش ارتباط آماری معنی دار تغییر ساعات خواب با زایمان زودرس بود. با توجه به این که پاسخ اغلب واحدهای پژوهش در جهت افزایش ساعات خواب بوده است احتمالاً مفهومی تغییر ساعات خواب به معنی بهبود الگوی خواب بوده است اما در مطالعه ای دیگر میان خواب و استراحت کافی و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار بدست نیامد.^(۱۸)

ارتباط میان تغییر تعداد حاضران در مهمانی های خانوادگی و زایمان زودرس دیگر یافته این پژوهش بود برگزاری سنت‌هایی همانند مراسم جشن و عزا و دور هم جمع شدن‌ها احتمالاً نیازمند افزایش فعالیت فیزیکی است.^(۱۹) و به نظر می‌رسد فعالیت های روزانه زندگی خطر زایمان زودرس در میان زنان با درآمد پایین را افزایش می‌دهد.^(۲۰)

در این پژوهش میان تغییر قابل ملاحظه عادات غذایی و زایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. نتایج پژوهش Barbosa حاکی از افزایش قابل ملاحظه خطر زایمان زودرس در زنانی بود که از الگوی تغذیه‌ای سه بار در روز و مصرف میان وعده دو بار یا بیشتر تبعیت نکرده بودند.^(۲۱) در این پژوهش ۷/۸ درصد از واحدهای پژوهش کمتر یا مساوی ۵ رویداد و ۳۰/۶ حداقل ۱۲ رویداد را تجربه کرده بودند. در پژوهش Cherry (۱۹۹۹) اکثر زنان حداقل یک رویداد تنش زا را در ۱۲ ماه قبل از زایمان تجربه کرده و تقریباً ۲۴ درصد آنان هیچ‌کدام از رویدادهای تنش زای انتخاب شده را تجربه نکرده و ۸ درصد هم حداقل ۶ رویداد را تجربه کرده بودند.^(۲۲)

همچنین آزمون متل هنزل پس از حذف اثر عوامل مداخله گر نشان داد که ارتباط زایمان زودرس و رویدادهای تنش زای زندگی (۶ رویداد مرتبط با زایمان زودرس) همچنان معنی دار بوده اما ارتباط تعداد رویدادها با زایمان زودرس معنی دار نیست و تحت تأثیر عوامل مداخله گر ذکر شده قرار گرفته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد بین رویداد مشکلات جنسی وزایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار وجود دارد. بر اساس گزارشات، ارگاسم با یا بدون دخول جنسی با پارگی کیسه آب به خصوص در اواخر حاملگی همراه است.^(۱۳) از دیگر رویداد های دوران بارداری که با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار نشان داد مشکلات با خانواده همسر در جامعه ایران به سبب ویژگی های منحصر به فردی که در روابط بین افراد حاکم است نقش فامیل و بستگان در خانواده هسته ای اهمیت می‌یابد و همان‌گونه که فامیل و بستگان در شرایط فشار زا یکدیگر را مورد حمایت قرار می‌دهند تأثیر بسیار زیادی نیز می‌توانند بر ارتباط های بین خانوادگی باقی بگذارند. کشمکش‌های خانوادگی استرس‌زاترین حوادثی محسوب می‌شوند که تأثیر پایداری بر اعضای خانواده می‌گذارند. این فشارها کوتاه مدت نیست بلکه مدت زیادی استمرار دارد. تداوم این رخدادها در طی زمان اثرات مخرب آن را بیشتر خواهد کرد.^(۱۴) تغییرات بنیادی محیط (تغییر شرایط زندگی) با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی دار نشان داد. محیط منشاء منابع است. توسعه منابع محیطی در دسترس مردم با کیفیت و کمیت مطلوب سطح زندگی و سلامت را افزایش می‌دهد.^(۱۵) و تعدیل محیط به معنی

است در حالی که در پاره ای از مطالعات ارتباط میان تنش و عواقب منفی تولد را منوط به ارزیابی رویدادهای منفی دانسته اند.^(۲۹) لذا پیشنهاد می‌گردد در پژوهشی دیگر به بررسی ارتباط رویدادهای تنش‌زای منفی بر عواقب زمان تولد پرداخته شود. با عنایت به این‌که مقیاس رتبه بندی رویدادهای تنش‌زای Holzman تفاوت‌های فردی و نگرش‌ها را در نظر نمی‌گیرد و با ادراک متوسط یک گروه از مردم آمریکای شمالی مطابقت دارد و این درجه تنش‌زایی ممکن است با توجه به فرهنگ ایران متفاوت باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد این پژوهش با تهیه پرسش‌نامه‌ای از رویدادهای تنش‌زای زندگی با مقیاس رتبه بندی متناسب با فرهنگ مردم ایران انجام شود.^(۱۹)

با توجه به این‌که زمان وقوع رویداد در سه ماهه‌های مختلف حاملگی می‌تواند اثر متفاوتی بر زمان زایمان داشته باشد.^(۳) پیشنهاد می‌گردد پژوهشی جهت بررسی ارتباط زمان وقوع رویدادها در سه ماهه‌های مختلف حاملگی و نتایج بارداری انجام شود. از آنجایی که رویدادهای تنش‌زای زندگی و تعداد آن‌ها با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی‌دار نشان داد می‌توان به نقش مهم این رویدادها در ایجاد زایمان زودرس پی‌برد. بنابراین باید با اتخاذ سیاست‌های پیشگیرانه مانند برگزاری کلاس‌های آموزشی-مشاوره‌ای قبل از بارداری جهت افزایش آگاهی‌های زوجینی که قصد بارداری دارند و همچنین در اولین ملاقات‌های کنترل بارداری بر اهمیت این رویدادها جهت پیشگیری از عواقب بد حاملگی تأکید و در صورت وقوع آن‌ها در بارداری با برنامه‌های مداخله‌ای کاهش تنش مانند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از پیامدهای سوء احتمالی آن کاست.

از نظر شدت تنش تجربه شده در پژوهش حاضر ۱۱ درصد افراد مورد مطالعه تنش خیلی خفیف، ۱۵/۸ درصد تنش خفیف، ۴۴/۱ درصد تنش متوسط و ۲۹ درصد تنش شدید را در طی سال قبل از زایمان تجربه کرده بودند.

در پژوهشی در سال که ۱۳۸۲ با هدف بررسی رابطه فشار روانی مادر در طی بارداری با پیامدهای تولد انجام شد، ۳۴ درصد آزمودنی‌ها، فشار روانی ادراک شده را در سطح خفیف، ۳۶ درصد در سطح متوسط و ۳۰ درصد در سطح شدید ارزیابی کردند. بنابراین بالاترین درصد فشار روانی در هر دو پژوهش سطح متوسط بود.^(۲۳)

با ارتباط معنی‌دار میان تعداد رویدادها با زایمان زودرس و عدم ارتباط شدت تنش تجربه شده با زایمان زودرس (بر اساس آزمون آماری کای دو) فرضیه دوم پژوهش مبنی بر ارتباط تعداد رویدادهای تنش‌زای با زایمان زودرس تأیید اما ارتباط شدت تنش تجربه شده با زایمان زودرس رد شد. یافته اول در راستای یافته مطالعات دیگر^(۲۵-۲۴) و مخالف با یافته چند پژوهش دیگر بود.^(۳،۲۶) و عدم ارتباط شدت تنش تجربه شده با زایمان زودرس مخالف با یافته مطالعه Williamson بود.^(۲۷) شاید یکی از دلایل احتمالی عدم ارتباط این باشد که در این مطالعه ادراک مادران باردار از نظر شدت تنش‌زایی رویدادها سنجیده نشده و هر کدام از رویدادها دارای نمراتی از قبل تعیین شده بوده‌اند. ضمناً خوشایند یا ناخوشایند بودن رویدادها مشخص نشده است. تأثیر عوامل مداخله‌گر بر ارتباط معنی‌دار تعداد رویدادها و زایمان زودرس مطابق با یافته پژوهش می‌باشد.^(۲۸) در ابزار به کار گرفته شده در این مطالعه رویدادهای مثبت و منفی با هم در نظر گرفته شده‌اند و یک امتیاز کلی از تنش به دست آمده

تقدیر و تشکر

وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قم و همچنین خانم جانبازی که در جمع‌آوری داده‌ها اینجانب را یاری کردند تشکر و قدردانی نمایم.

لازم می‌دانم از همکاری صمیمانه مسئولین محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران و نیز پرسنل پر تلاش بیمارستان‌های الزهراء و ایزدی

فهرست منابع

1- Patersons MT, Spellacy WN. Preterm Labor. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth, S Obstetrics & Gynecology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999. P. 257.

2- Moizeau CE. The problem birth: effective primary prevention, primary care update for OB/GYNS; 2003. 10(1): 33-39.

3- Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega- Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal Stress and Preterm Birth, A. J. Epidemiol; 2003. 157(1): 14- 24.

4- Steer P, The epidemiology of labour. BJOG; 2005. 112(11): 1-3.

5- Stole BJ, Kliegman RM. Overview of mortality and morbidity. Behrman RE, Kliegman R, Jenson HB. Nelson text book of pediatrics. 17th ed. Philadelphia: Saunders; 2004. P.519- 522.

6- Gunningham FG, Bloom SL, Leveno KJ, Hauth JC, Gilstrap LG, Wenstrom Kd. Williams Obstetrics. 22th ed. NewYork, MCGRAW- HILL; 2005. P.858- 859- 895.

7- Jess, Seaver, Wallace. Maternal psychosocial risk predict preterm birth in a group of women from Appalachia. Midwifery; 2003. 19: 191- 202.

8- Holzman C, Jetton J, Siler- Khodr T, Fisher R, Rip T. Second Trimester Corticotropin. Obstetrics & Gynecology; 2001. 97(5): 657- 663.

9- Federenkois, Wadhawa. Women, s mental health during pregnancy influence fetal and infant developmental and health outcomes, CNS; 2004, 9(3): 198- 206.

10- Ahluwalia, Merritt, Beck, Rogers. Multiple Lifestyle and Psychosocial Risks and Delivery of Small for Gestational Age Infants, Obstetrics & Gynecology; 2001. 97(5): 649- 656.

11- Moutquin JM. Socio- economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour, I. J. Obstetrics and gynecol; 2001. 110(20): 56- 60.

12- Tambyrajia RL, Mongelli M, Sociobiological variables and pregnancy outcome. I Gynecology and obstetrics; 2005. 70: 105- 112.

13- Aston G. Sexuality during and after pregnancy. Andrews G. Women, s sexual health. 2nd ed. Baillere Tindall: Mosby; 2001. P.161- 187.

14- Farmani F. Assessment of familial conflicts in behavior problems in shahed childrens, M.A dissertation, Tehran. 1996. P.8. [Persian]

15- Hosseini M, Ruhani K, Hossenzadeh S. Familial health nursing, 6 th ed. Bushra, 2006. P.67.[Persian]

16- Vahedi H. Nursing book, 2 nd ed. Tehran, Farhang sazan publication institution; 2003. P.57. [Persian]

17- Grijiborski AM, Byren Lo, Yngve A, Sjostrom M. Large social disparities in spontaneous preterm birth rates in transitional Russia, Public Health; 2004. 119: 77- 86.

18- Alizadeh pasdar SH, Assessment of pregnancy period risk factors with preterm delivery, M.A dissertation, Tehran. 1996. P.118. [Persian]

19- Ganji H, Psychological health, Tehran, Arasbaran. 1997. P.72- 74. [Persian]

20- Misra DP, Strobino D.M, Stashinko EE, Nagey DA, Nanda J. Effect of physical activity on preterm birth, AM J Epidemiol; 1998. 147(7): 628- 35.

21- Siega- Riz AM, Herrmann TS, Savitz DA, Thorp JM. Frequency of eating pregnancy and its effect on preterm delivery, AM J Epidemiol; 2001. 153(7): 647- 52.

22- Cherry D. An overview of pregnancy experiences: data from the Colorado Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), *Brife*; 1999. 32: 1- 4.

23- Molavi H, Muvahhedi M, Bengar M. Assosiation psycolgical pressure of mother in pregnancy with appgar score and neonatal body situation, *Andisheh and Raftar*; 2003. 9(3): 64- 74.[Persian]

24- Dominguez TP, Schetter CD, Mancuso R, Rini CM, Hoble C. Stress in African American Pregnancies: testing the roles of various stress concept in prediction of birth outcomes, *Ann Behav Med*; 2005. 29(1): 12-21.

25- Whitehead N, Brogan DJ, Blackmore- Prince C, Hill HA. Exploration of Threshold Analysis in the Realation between Stressful Life Events and Preterm Delivery. *A J Epidemio*; 2002. 155(2): 117- 289.

26- Barbosa GA. The association of life events gestational age at delivery among Low- income. Aferican American Women, *J Perinatal*; 2000. 20(7): 438- 42.

27- Williamson HA, Lefevre M, Hector MJr. Association between life stress and serious perinatal complications, *J Fam Pract*; 1989. 29(5): 489.

28- Whitehead N, Brogan DJ, Blackmore- Prince, Hill H.A. Correlates of experiencing life events just before or during, *J Pschosom Obset Gynecole*; 2003. 24: 77- 86.

29- Glynn LM, Schetter CD, Wadhawa PD, Sandman SA. Pregnancy affects appraisal of negative life events, *J Psychoso Res*; 2002. 56: 47- 52.

The Relationship of Pre-Term Delivery and Stressful Life Events during Pregnancy

Tahereh Ganji¹ MSc *Zahra Einipour² MSc Fatemeh Hosseini³ MSc

Abstract

Background & Aim: Pre-term delivery as a public health problem imposes a great burden on families and society, both financial and physical. Studies have shown that stressful life events are associated with several adverse pregnancy outcomes particularly pre-term labor. The aim of this study was to determine the relationship between pre-term delivery and stressful life events during pregnancy.

Material & Method: The study was a correlational study conducted in 2006. In this study, 1237 mothers with singleton pregnancy, between 20 to 42 weeks of gestation without any obstetric complications and/or known physical or psychological disorders and with preterm delivery was selected by continuous sampling method. The instrument was the questionnaire "SRRS" and the data were analyzed with statistical tests.

Results: The findings showed that pre-term delivery was 13.9% among subjects under study. There were associations between Pre-term delivery and sex difficulties (P=0.03), trouble with spouse (P=0.003), change in living conditions (P=0.005), change in sleeping habits (P=0.001), change in the number of people in gatherings (P=0.03), change in eating habits (P=0.04), and the number of events (P=0.03). But, we did not find any significant relationship between pre-term delivery and the intensity of the stresses.

Conclusion: The researcher suggest the establishment of the educational counseling programs for pregnant women in order to ease their hardships regarding bad events and improve their coping abilities against these events

Key words: Pre-term delivery - Stressful life events - Pregnancy

Received: 22 Oct, 2007

Accepted: 30 Nov, 2008

¹ Senior Lecturer in Psychiatry Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

² Senior Lecturer in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences and Health Services, Qom, Iran (*Corresponding Author) Email:eini_z50@yahoo.com

³ Senior Lecturer in Statistics, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran