Archive of SID

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره۲۶، شماره۳ ،پاییز ۱۳۸۷: ۳۹۱-۳۸٤

● **مقاله تحقیقی** کد مقاله:۰۴۳

بررسی برخی از مشخصه‌های روانی مؤثر والدین در کم وزنی هنگام تولد نوزادان در استان فارس

دکتر فلورا یونسی۱*
دکتر حیدر علی هومن۲
دکتر غلامعلی افروز۳
دکتر شهلا البرزی۴
دکتر زهرا بیگم اورنگ۵

۱-استاد،دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی،دانشگاه آزاد واحد فیروز آباد فارس
۲- استاد،دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی،دانشگاه آزاداسلامی
۳- استاد،دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی،دانشگاه تهران
٤- استاد،دکتری روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی،دانشگاه شیراز
۵-متخصص زنان و زایمان،دانشگاه شهید بهشتی بیمارستان مهدیه

*نشانی نویسنده مسئول: : شیراز- خیابان قصرالدشت- خیابان برق شهرداری- چهارده متری مبارک‌آباد (بعثت ۵)- کوچه ۸ متری- پلاک ٦٤
کد پستی ۷۱۳۳٦
تلفن:۰۷۱۱-۲۳٤٦۲۸٦

E-Email
: www.Flouyou@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف کلی بررسی برخی ویژگی ها روانشناختی والدین نوزدان کم وزن به عنوان عوامل مؤثر در کم وزنی هنگام تولد و مقایسه آن با مشخصه‌های روانشناختی والدین نوزادان با وزن هنجار انجام شده است.

روش: با توجه به ماهیت موضوع ،روش این پژ وهش ، پس رویدادی است.جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مادرانی که در فاصله سالهای ۱۳۸۳ الی ۱۳۸٦ زایمان کرده بودند و همسران آنها در استان فارس با توجه به سه منطقه اقلیمی سردسیر، گرمسیر و معتدل، همچنین شهری و روستایی بود. بدین منظور ٦۳۲ زوج در دو گروه والدین نوزادان کم وزن (۳۵۳ زوج) و والدین نوزادان با وزن هنجار (۲۷۹ زوج) مورد بررسی قرار گرفتند. این خانوارها از نمونه‌های در دسترس بودند که در آدرس‌های اخذ شده از بیمارستانهای این سه منطقه، ساکن بودند. اطلاعات مرتبط با ابعاد روانشناختی از طریق پرسشنامه و مراجعه حضوری جمع‌آوری شد.

یافته ها : پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از آزمون غیر پارامتریک خی دو و ضریب فای- کرامر، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند، نتایج نشان دادند که در رضایتمندی زناشویی، نگرش مادر نسبت به تغییر وزن در دوران بارداری و اهمیت دادن به آن، خواسته یا ناخواسته بودن فرزند از دید پدر و مادر، بین دو گروه از والدین تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری: مشخصه‌های روانشناختی والدین، بویژه مادر بر پیامدهای دوران بارداری مؤثر است.

پیشنهاد: چنین به نظر می‌رسد که آموزش والدین به ویژه مادران در زمینه مراقبت‌های روانی دوران بارداری، تعامل بین زوجین، برنامه‌ریزی جهت فرزندآوری می‌تواند در کاهش پیامدهای منفی، از جمله کم‌وزنی هنگام تولد موثر باشد.

www.SID.ir

Archive of SID

واژه گان کلیدی: *کم وزنی هنگام تولد، رضایتمندی زناشویی، ناخواسته بودن فرزند*

تاریخ دریافت مقاله: // تاریخ اصلاح نهایی: // تاریخ پذیرش مقاله: //

مقدمه

کم وزنی هنگام تولد (۲۵۰۰ گرم و کمتر) که می‌تواند به دلیل نارسی (تولد پیش از ۳۷ هفتگی) و یا محدودیت رشد درون رحمی باشد، پیامدهای منفی متعددی به دنبال دارد (تیم پزشکی لوسیل پاکارد، ۲۰۰۳). این پیامدها در ابعاد مختلفی چون زمینه های شناختی، روانی، حسی، حرکتی، رفتاری، جسمانی بر رشد و تکامل به هنجار کودک اثر می‌گذارد. عوامل زمینه ساز کم وزنی هنگام تولد مختلف است و در میان این عوامل برخی منابع به تأثیر عوامل روانی و کم‌وزنی اشاره کرده‌اند. حمایت‌های روانی حین بارداری بویژه از جانب پدر بسیار مهم است. در حالیکه درگیری یا خشونت همسر می‌تواند باعث کاهش توانایی مادر در دوران حساس بارداری و پس از آن شود و بر جنین اثرات سوء بگذارد (کرباسی، مترجم، ۱۳۸۲).

فشار روانی دوران بارداری با زایمان رودرس مرتبط است و برخی مطالعات به رابطه بین خشونت خانوادگی و افزایش وزن ناکافی مادر، عفونت‌های کلیه و رحم، سقط جنین، کم وزنی هنگام تولد و بی‌توجهی مادر نسبت به مراقبت‌های مورد نیاز دوران بارداری اشاره می‌کند (فرامرزی، ۲۰۰۵).

به باور گلوور (۲۰۰۷) فشار روانی ناشی از خشونت و سوء رفتار همسر در دوران بارداری بسیار مخرب است، بدین معنا که سطح بالای کورتیزول در مایع آمنیوتیک باعث مواجهه جنین با کورتیزول می‌شود که تأثیر آن پس از تولد به صورت هوشبهر پائینتر در ۱۸ ماهگی و احتمال بیشتر بروز اختلالاتی چون اضطراب و وحشتزدگی نمایان می‌گردد. همچنین احتمال بیش فعالی- نقص در توجه (ADHD)[1] را دو برابر می‌کند. در انگلستان در حدود ۱ میلیون کودک مشکلات رشدی – عصبی مانند ADHD، تأخیر شناختی و اضطراب دارندکه به باور محققین ۱۵٪ آن مرتبط با فشار روانی وارده بر مادر در دوران بارداری است (گلوور، ۲۰۰۷).

هریس (۲۰۰۷) در مطالعه بر روی موشهای باردار نتیجه گرفت که فشار روانی خفیف اما مزمن، خطر فلج مغزی در نوزادان آنها را افزایش می‌دهد. هریس (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود بر روی موشها نشان داد که فشار روانی خفیف اما ممتد در دوران بارداری، نوزادان را نسبت به آسیبهای مغزی مشابه آنچه که در کودکان مبتلا به فلج مغزی دیده می‌شود آسیب پذیرتر می‌سازد.

شولتز (۲۰۰۷) چنین عنوان می‌کند که فشار روانی بر مادر، در حدود ۱۷ هفتگی توسط جنین تجربه می‌شود زیرا همبستگی بالائی بین سطوح کورتیزول در خون مادر و سطح آن در مایع آمنیوتیک وجود دارد که از هفته هفدهم قابل تشخیص است، پیش از هفدهمین هفته، پلاسنتا[2] امکان عبور کورتیزول کمتری را به سمت جنین می‌دهد.

استیونز (۲۰۰۷) معتقد است زنانی که در دوران بارداری تحت فشار روانی زیاد و حمایت روانی اندک هستند، به دلیل افزایش فعالیت سیستم ایمنی دچار ورم (ادم) می‌شوند و در معرض خطر زایمان پیش از موعد و فشار خون دوران بارداری قرار می‌گیرند. پاسخ تورم‌زای سیستم ایمنی بصورت افزایش پروتئین واکنشی C[3] است و سیتوکینز[4] استرس در دوران بارداری بر سطح سرمی سیتوکینز اثر می‌گذارد وعوامل روانی اجتماعی می‌توانند در اواسط و اواخر دوران بارداری بر سطح CRP سرم موثر باشند. استیونز همچنین مطرح می‌سازد که خشونت نسبت به زن باردار منجر به افزایش ناگهانی فشار خون، اضافه وزن شدید و سردردهای شدید و مکرر می‌شود که این امر می‌تواند بر کارکرد کلیه، کبد و مغز مادر اثر بگذارد و چنانچه درمان نشود به حملات تشنجی یا حتی کما در دوران بارداری منجر شود.

بدین ترتیب بر اهمیت شرایط روانی والدین بویژه مادر و میزان حمایتی که او در دوران بارداری دریافت می‌کند و تأثیر آن بر سلامت جنین منابع مختلفی صحه گذاشته‌اند، همچنین مشاهده شده که تأثیر آن تا پس از تولد، بصورت اشکال در کارکردهای عصب‌شناختی، حسی، حرکتی، روانی، شناختی و جسمانی کودک اثر می‌گذارد.

این پژوهش در نظر دارد به طور خاص به بررسی مشخصه های روانی والدین، به ویژه مادر در قالب متغیرهای رضامندی زناشویی، نگرش مادر نسبت به اهمیت تغییر وزن در دوران بارداری، خواسته

[1]. Attention Deficit Hyperactivity Disorder

[2]. Placenta
[3]. C- Reactive Protein
[4]. Cytokinesis

www.SID.ir

Archive of SID

یا ناخواسته بودن فرزند از نگاه پدر و مادر، به عنوان عوامل موثر در کم وزنی هنگام تولد بپردازد.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

با توجه به ماهیت و اهداف تحقیق، این پژوهش از نوع کاربردی و روش انجام آن پس رویدادی است. جامعه آماری مورد نظر را والدین نوزادان کم وزن و با وزن هنجار که در دوره زمانی فروردین ۱۳۸۳ الی پایان خرداد ماه ۱۳۸۶. در بیمارستانهای شهرستانهای شیراز، سپیدان و فیروزآباد استان فارس به دنیا آمده‌اند تشکیل می‌دهد. تعداد کل والدین نوزادان کم وزن ۳۵۳ زوج بودند که با ۲۷۲ زوج که والدین نوزادان با وزن هنجار بودند مورد مقایسه قرار گرفتند. بدین ترتیب در این پژوهش ۶۳۲ زوج در سه گروه متفاوت مورد مطالعه قرار گرفتند، بدین صورت که گروه الف و ب در مجموع والدین نوزادان کم‌وزن را تشکیل می‌دهند.

الف- والدین نوزادان کم وزنی که در جامعه شهری یا روستایی، سر موعد به دنیا آمده بودند.

ب- والدین نوزادان کم وزنی که در جوامع مذکور زودتر از موعد به دنیا آمده بودند.

ج- والدین نوزادانی با وزن هنجار و بالاتر در جامعه شهری و روستایی به منظور مقایسه با دو گروه فوق.

پس از استخراج آدرس‌های محل سکونت والدین نوزدان کم وزن از بیمارستانها، نمونه مورد پژوهش به دلایلی چون تغییر آدرس، بصورت نمونه‌های در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. بدین ترتیب حجم نمونه برابر ۳۵۳ خانوار دارای نوزاد کم وزن بوده است. پس از همتاسازی بر اساس چهار متغیر تحصیلات پدر و مادر، شغل پدر و مادر و همچنین ترتیب تولد نوزاد، ۲۷۹ زوج به عنوان والدین نوزادان با وزن هنجار، به عنوان گروه مقایسه در نظر گرفته شدند. سپس با مراجعه به محل سکونت این والدین، پرسشنامه ها تکمیل و اطلاعات جمع‌آوری شدند.

همانطور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود در گروه نوزادان کم‌وزن، ۱۸۷ نوزاد کم وزن که در موعد مقرر به دنیا آمده‌اند و ۱۶۶ نوزاد کم وزن نارس بوده که در مجموع والدین ۳۵۳ نوزاد کم وزن با والدین ۲۷۹ نوزاد با وزن هنجار مورد مقایسه قرار گرفتند.

جداول توزیع فراوانی والدین در سه منطقه را نشان می دهد.

ابزار

ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه هایی شامل ۹۲ متغیر مختلف به عنوان عوامل مؤثر بود که چارچوب اصلی آن بر اساس تحقیقات و یافته‌هایی مطالعاتی که در کشورهای مختلف جهان انجام شده، تنظیم شده بود. این پرسشنامه‌ها که توسط افروز تهیه شده و کارآیی و روایی آنها در هر دو گروه، توسط ایشان و هومن مورد سنجش و تأیید قرار گرفته بودند، جهت بررسی شاخص‌های مختف در دو گروه مورد استفاده قرار گرفتند.

در بعد روانشناختی، میزان رضامندی از زناشویی (پرسش ۱) در سه سطح، عدم رضامندی، رضامندی متوسط و زیاد، نگرش مادر نسبت به تغییر وزن در دوران بارداری و میزان اهمیت آن (پرسش ۲)، با سه کمیت نگرش منفی (عدم تمایل به اضافه وزن در دوران بارداری)، نگرش مثبت و بی‌تفاوت (نادیده گرفتن ضرورت اضافه وزن)، خواسته یا ناخواسته بودن فرزند از دید پدر و مادر (پرسش ۷) در دو سطح بلی و خیر، مورد بررسی قرار گرفتند.

برای توصیف یافته‌های پژوهش از آمار توصیفی برای محاسبه فراوانی و درصد استفاده شد و برای آزمون فرض‌های تحقیق در بخش آمار استنباطی از آزمون غیر پارامتریک خی دو و ضریب فای – کرامر که یک شاخص همخوانی است که بیشینه‌ی مقدار آن بستگی به تعداد طبقه‌ی متغیرها ندارد، استفاده شد. برای اجرای این آزمون‌ها، نرم افزار SPSS بکار رفت.

یافته ها:

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رضامندی زناشویی در مادران نوزادان کم وزن به طور معناداری کمتر از میزان این شاخص در مادران نوزادان با وزن هنجار است. چنانچه در جدول ۲ نشان داده شده است، فراوانی مادران نوزادان کم وزن ناراضی ۷۹ نفر (۲۲/۴ درصد) بود که در مقایسه با تعداد مادران ناراضی نوزادان با وزن هنجار یعنی ۱۳ نفر (۴/۷ درصد) تفاوت معنادار است (χ^2 =۶۱/۹۴ ،df=۲ ،P=۰/۰۰).

در متغیر نگرش مادر نسبت به تغییر وزن در دوران بارداری، همانگونه که در جدول ۳ مشخص است، در مادران نوزادان کم وزن، ۴۹ نفر (۱۳/۹) تمایلی به اضافه وزن در دوران بارداری نداشتند و ۱۶۹ نفر (۴۷/۹ درصد) هیچگونه اهمیتی به افزایش وزن مناسب در دوران بارداری نمی‌دادند، در حالیکه در مادران نوزادان با وزن هنجار تنها ۲۶ نفر (۹/۳ درصد) نگاه منفی داشته و ۴۸ مادر

www.SID.ir

Archive of SID

(۱۷/۲ درصد) نسبت به این امر بی‌تفاوت بودند، بدین ترتیب تفاوت بین این دو گروه معنادار بود (P=۰/۰۰، df=۲، ۸۱/۳۸۶= χ^2).

در متغیر خواسته یا ناخواسته بودن فرزند از نگاه پدر، همانگونه که در جدول ۴ آمده است ۷۷ پدر (۲۱/۸ درصد) در میان پدران نوزادان کم وزن، کودک را ناخواسته می‌دانستند در حالیکه ۴۱ نفر (۱۴/۷ درصد) از پدران نوزادان با وزن هنجار تمایلی به فرزندآوری نداشتند در نتیجه بین دو گروه از این نظر تفاوت معناداری وجود داشت (P=۰/۰۲۳، df=۱، ۵/۱۹۹= χ^2).

در میان مادران نوزادان کم وزن ۸۱ نفر (۲۲/۹ درصد) ناخواسته بودن فرزند را مطرح ساختند در حالی که در میان مادران نوزادان با وزن هنجار، ۴۰ مادر (۱۴/۳ درصد) تمایلی به فرزند آوری نداشتند. بدین ترتیب تفاوت بین دو گروه به لحاظ آماری معنادار بود(P=۰/۰۱۳، df=۲، ۸/۶۱۳= χ^2).

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش بیانگر آنست که برخی از شرایط روانی والدین، بویژه مادر در دو گروه تفاوت معنادار داشته و می‌تواند بیانگر این احتمال باشد که در رشد و تکامل جنین از نظر وزن اثر داشته باشد. به باور برمن (به نقل از کرباسی،۱۳۸۲ گاه تجارب ناخوشایند و رنج آور زندگی مادر، پیش از شروع بارداری و یا در طی دوران حاملگی، منجر به شکل گیری مشکلات روانی متعدد می‌شود. بروز مشکلات روانی بطور مستقیم یا غیر مستقیم می‌تواند بر روند بارداری و تکامل جنینی اثرات منفی بگذارد. یک مادر افسرده از یک سو به دلیل مصرف داروهای ضد افسردگی و از سوی دیگر به علت پائین بودن سطح انرژی، نگرش منفی و ناامیدی نسبت به آینده؛ مراقبت‌های لازم حین بارداری را نادیده می‌گیرد. روندو (۲۰۰۳) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که فشارهای روانی و احساس درماندگی مادر با کم وزنی هنگام تولد و نارسی نوزاد مرتبط است.

آگور و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه ۶۸۷ زن و همسران آنها بدین نتیجه رسید که میزان افسردگی در زنانی که عدم رضامندی زناشویی دارند، بالاتر است. افروز (۱۳۸۴) چنین مطرح می‌سازد که مسئله مهم کم وزنی نوزادان به هنگام تولد با توجه به شرایط زیستی و روانی خاص مادر در دوران بارداری از قبیل بارداری ناخواسته، نگرش منفی مادر نسبت به فرزندآوری و استراحت ناکافی قابل تبیین است.

برندا (۲۰۰۷) نیز بر این باور است که عدم رضامندی زناشویی که می‌تواند ناشی از عدم همکاری فعال همسر و یا بروز مشکلاتی در زندگی زناشویی باشد. در دوران بارداری در مادر، احساس فقدان حمایت را ایجاد می‌کند و این احساس موجب افزایش احتمال افسردگی در دوران بارداری می‌شود. وی همچنین مطرح می‌سازد که در بارداری ناخواسته، ناگهانی بودن بارداری و عدم برنامه ریزی برای آن نیز می‌تواند زمینه ساز بروز افسردگی دوران بارداری باشد.

هافمن و هچ (نقل از راهمان، ۲۰۰۷) در مطالعه طولی خود بدین نتیجه رسیدند که عوامل فشارزای حاد زندگی، اثر مستقیمی بر جنین دارند، در حالیکه حمایت خانوادگی، رضامندی زناشویی و داشتن همسری قوی و حمایتگر، باعث رشد مناسب جنین می‌شود. به باور راهمان (۲۰۰۷) میانگین تفاوت وزن ۱۱۲ گرم در نوزدان مادران افسرده و غیر افسرده، نشاندهنده اهمیت افسردگی است. عدم رضامندی زناشویی در دوران بارداری می‌تواند منجر به ناامیدی و افسردگی شود. زیرا مادر حمایت روانی لازم را دریافت نمی‌کند. درماندگی مادر بر کم وزنی زمان تولد، زودرسی و محدودیت رشد درون رحمی اثر می گذارد (روندو، ۲۰۰۷).

سارکار (۲۰۰۸)، معتقد است که اضطراب در دوران بارداری اثرات منفی بیشتری نسبت به افسردگی دارد. فشار روانی همراه با احساس عدم امنیت و اضطراب در دوران بارداری بر وزن هنگام تولد نوزاد اثر منفی می‌گذارد. نتایج مطالعه‌ای که بر روی ۱۸۸۵ نوزاد هلندی که در زمان حمله تروریستی ۱۱ سپتامبر به امریکا هنوز به دنیا نیامده بودند و مقایسه با وزن نوزادانی که یکسال پیش از این واقعه (در همان ماه سپتامبر) در شکم مادر بودند، نشان داد که حتی فشار روانی ناشی از مشاهده تلویزیونی واقعه ۱۱ سپتامبر، موجب ۴۸ گرم کاهش وزن نوزادانی شد که پس از این حادثه به دنیا آمدند (اسمیت، ۲۰۰۶).

چنین به نظر می‌رسد که تأثیر فشار روانی منجر به احساس درماندگی مادر، بر تولد پیش از موعد و کم‌وزنی زمان تولد اثر بیشتری داشته باشد تا تأثیر آن بر محدودیت رشد درون رحمی. با توجه به نتایج بدست آمده از مطالعات متعدد، زنانی که در اوایل بارداری با فشار روانی حاد و در اواخر بارداری با اضطراب و افسردگی مواجه هستند، در خطر کوتاه شدن دوران بارداری می‌باشند، در نتیجه اقدام پیشگیرانه جهت جلوگیری از فشار روانی/ درماندگی باید پیش از لقاح صورت بگیرد (روندو، ۲۰۰۷).

بر اساس یافته های این پژوهش و همسویی آن با نتایج مطالعات ذکر شده، ناخواسته بودن فرزند می‌تواند در عدم همکاری فعال همسر به مادر در دوران بارداری دخیل باشد و بر اساس مطالعه برندا (۲۰۰۷) این عدم همکاری می‌تواند احساس عدم رضامندی زناشویی در مادر ایجاد کند. بر همین اساس مشخص شد که عدم رضامندی زناشویی، خواسته یا ناخواسته بودن نوزاد و توجه مادر به مراقبت‌های دوران بارداری، به خصوص از نظر کنترل وزن، با کم

www.SID.ir

Archive of SID

وزنی هنگام تولد مرتبط است. البته باید به ارتباط و تداخل این عوامل روانی با یکدیگر نیز توجه داشت. مثلاً عدم رضامندی زناشویی می‌تواند به نوبه خود در ناخواسته بودن بارداری نقش داشته و در نتیجه موجب گردد که مراقبت‌های کافی و ضروری دوران بارداری نادیده گرفته شود، لذا به نظر می‌رسد ارائه آموزش‌هایی به زوجین پیش یا پس از لقاح، جهت افزایش رضامندی از زناشویی، نقش حمایت کننده همسر در دوران بارداری، برنامه ریزی جهت فرزندآوری و آگاهی دادن به والدین بویژه مادر در ضرورت اهمیت دادن به مراقبت‌های دوران حساس بارداری، برای پیشگیری از کم وزنی نوزاد بسیار پر اهمیت باشد.

با در نظر گرفتن آنکه این پژوهش از نوع تحقیقات کاربردی و روش انجام آن پس رویدادی است، لذا رابطه بین متغیرها را نمی‌توان به طور قطع به صورت رابطه علت و معلولی تفسیر نمود. همچنین عشایر کوچنده در استان فارس، به دلیل دشواریهایی موجود در شیوه زندگی شان، در گروه مورد مطالعه نبودند، در صورت لحاظ آنان شاید نتایج شکل متفاوتی به خود می‌گرفت. از سویی بررسی میزان اهمیت متغیرهای مؤثر با استفاده از تحلیل رگرسیون چند متغیری می‌تواند نتایج پژوهش های مشابه را غنی‌تر سازد. از پیشنهادهای دیگر در این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- شناسایی و غربالگری بارداری‌های پر خطر و آموزش رابطین بهداشت جهت یاری رسانی به زنان باردار در روستاها می‌تواند هم در پیشگیری و هم در درمان موفق‌تر عمل نماید.
- حمایت‌های روانی از مادران در طور دوران بارداری و ارائه خدمات مشاوره ای رایگان از جانب سازمانهای ذیربط می‌تواند بسیار مؤثر باشد.
- آموزش والدین و ارتقاء آگاهی آنان در زمینه تنظیم روابط خانوادگی از طریق رسانه ها و یا بصورت منطقه‌ای می‌تواند مفید باشد.

جداول توزیع فراوانی والدین در سه منطقه را نشان می دهد.

جدول ۱)-

جدول ۱- توزیع فراوانی والدین سه گروه در مناطق مورد مطالعه

گروه‌ها / منطقه جغرافیایی	تعداد خانوارهای نوزادان کم وزن سرموعد	تعداد خانوارهای نوزادان کم وزن زودرس	تعداد خانوارهای نوزادان با وزن هنجار
سپیدان و توابع	۶۹	۵۶	۶۹
فیروزآباد و توابع	۶۸	۶۰	۱۱۰
شیراز	۵۰	۵۰	۱۰۰
جمع	۱۸۷	۱۶۶	۲۷۹

جدول ۲)-

جدول ۲- رضامندی زناشویی

سطح رضامندی زناشویی / گروه نوزادان	عدم رضامندی		رضامندی متوسط		رضامندی زیاد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم وزن	۷۹	۲۲/۴	۱۷۵	۴۹/۶	۹۹	۲۸
هنجار	۱۳	۴/۷	۱۱۶	۴۱/۶	۱۵۰	۵۵/۸

www.SID.ir

Archive of SID

شاخص آماری-جدول۲			
مقدار خی دو	ارزش	درجه آزادی	سطح معناداری
	۶۱/۹۴۰	۲	۰/۰۰
ضریب فای – کرامر	۰/۳۱۳	–	۰/۰۰

جدول ۳)-

جدول ۳- نگرش مادر نسبت به تغییر وزن و اهمیت آن در دوران بارداری						
نگرش مادر / گروه نوزادان	عدم تمایل به اضافه وزن		مثبت		بی اهمیت	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم وزن	۴۹	۱۳/۹	۱۳۵	۳۸/۲	۱۶۹	۴۷/۹
هنجار	۲۶	۹/۳	۲۰۵	۷۳/۵	۴۸	۱۷/۲

شاخص آماری-جدول۳			
مقدار خی دو	ارزش	درجه آزادی	سطح معناداری
	۸۱/۳۸۶	۲	۰/۰۰
ضریب فای – کرامر	۰/۳۵۹	–	۰/۰۰

جدول ٤)-

جدول ٤- خواسته یا ناخواسته بودن فرزند از دیدگاه پدر				
نگرش مادر / گروه نوزادان	خواسته		نا خواسته	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم وزن	۲۷۶	۷۸/۲	۷۷	۲۱/۸
هنجار	۲۳۸	۸۵/۳	۴۱	۱۴/۷

www.SID.ir

Archive of SID

شاخص آماری-جدول٤			
مقدار خی دو	ارزش	درجه آزادی	سطح معناداری
	۵/۱۹۹	۱	۰/۰۲۳
ضریب فای – کرامر	۰/۰۹۱	–	۰/۰۲۳

جدول ۵)-

جدول ۵- خواسته یا ناخواسته بودن نوزاد از دیدگاه مادر					
خواسته یا ناخواسته بودن / گروه نوزادان	خواسته		ناخواسته		بی پاسخ	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کم وزن	۲۷۲	۷۷/۱	۸۱	۲۲/۹	–	–
هنجار	۲۳۸	۸۵/۳	۴۰	۱۴/۳	۱	۴

شاخص آماری-جدول۵			
مقدار خی دو	ارزش	درجه آزادی	سطح معناداری
	۸/۶۱۳	۲	۰/۰۱۳
ضریب فای – کرامر	۰/۱۱۷	–	۰/۰۱۳

www.SID.ir

Archive of SID

مراجع

افروز، غلامعلي. (۱۳۸۴). بررسي تحليلي فراواني وعلل اصلي معلوليت هاي جسمي، ذهني وحسي و حركتي در كودكان و نوجوانان مناطق شهري و روستايي. دانشگاه تهران

برمن، ريچارد. (۲۰۰۴). ترجمه كرباسي، عارف. نوزادان نلسون. نشر انديشه رفيع، تهران.

Aguir, V.Escribe. (2008). Factors related to depression during pregnancy. Journal of Epidemiology and community Health. (PP 410-414).

Brenda, Lane. (2007). Postpartum depression risk. Suite 101.com

Faramarzi, M., Esmaelzadeh, S.,Mosavi,S. (2005). Prevalence, maternal complication and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. Babol University of Medical Sciences. Iran.

Glover, V., Sarkar, P. (2007). Stress experienced by a woman during pregnancy may effect unborn child. Imperial College, London.UK.

Harris, Sara. (2007).P. (2007). Mild stress in the womb may worsen risk of cerebral palsy. Society for neurocience. Sharris@sfn.org

Lucile Pakard children's Hospital Team. (2007). Pregnancy and childbirth, common Discomfort During Pregnancy. CA.USA.

Rahman, A., Bunn, J. (2007). Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. Acta psychiatrica Scandinavica. Blackwell publishing Ltd.

Rondo, PHC & Ferreira, RF. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation European Journal of clinical Nutrition. (PP 266-272).

Rondo, P. (2007). Maternal stress/ distress and low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction-a review Current Women's Health Review. Bentham cience publishers. (PP. 13-29).

Sarkar, P. (2008). Stress in mothers affects unborn babies. Alanat News.

Schulz, N. (2007). Fetuses experience stress earlier than thought. New scientist.comm, news service.

Smits, L., Krabendan, L., Essed, G. (2006) Lower birth weight of Dutch neonates who were in utero at the Time of the 9/11 attacks. Maastricht university, The Netherlands.

Stivens, L. (2007). Stress increases inflammation in pregnancy, putting women at risk. Health Behavior News Service.

www.SID.ir