

بررسی وضعیت جسمی - اجتماعی زنان باردار

مراجعه کننده به درمانگاههای بارداری شهر شیراز (۱۳۸۳)

چکیده:

مقدمه و هدف: ارتباطات اجتماعی تأثیر مثبتی بر سلامت فیزیکی و روانی دارند. ارتباطات اجتماعی به هنگام استرس در زمانهای مختلف زندگی از فرد حمایت کرده و باعث احساس ارزشمندی، سلامت روانی و کنترل محیط می شوند. در زمان بارداری، حمایت اجتماعی برای سلامتی و بهداشت مادر ضروری است. حمایت مادر باعث تشویق وی در انجام رفتارهای بهداشتی و تغییرات روش زندگی برای بهبود بهداشت و سلامت فیزیکی می شود. از آنجا که تولد نوزاد در بافت یک خانواده و جامعه رخ می دهد، عوامل اجتماعی - دموگرافیک ممکن است بر حمایت اجتماعی بارداری تأثیر بگذارد. زنان باردار به حمایت اعضای خانواده، دوستان و مراقبین بهداشتی نیاز دارند. برخی برنامه های حمایتی در بارداری می تواند از زایمان زودرس، وزن کم نوزاد زمان تولد و زایمان سزارین جلوگیری کند. با توجه به موارد ذکر شده این پژوهش با هدف تعیین وضعیت جسمی - اجتماعی زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاههای بارداری انجام پذیرفت.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت تصادفی، ۲۹۰ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاههای بارداری شیراز در سال ۱۳۸۳ مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها از پرسشنامه های هولمز و تفسیر زندگی کوپر اقتباس شده است. با این پرسشنامه وضعیت جسمی، خانوادگی فامیلی، مالی، شغلی و شخصی - اجتماعی زنان باردار مطالعه و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک بررسی شد. در ضمن روایی محتوایی پرسشنامه با نظر افراد متخصص و پایایی آن با روش دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ ۰/۸ بررسی گردید و مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای مجذور کای، غیر پارامتریک اسپیرمن و مان ویتنی یو و نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: بر اساس یافته های به دست آمده از مطالعه، اکثریت افراد مورد مطالعه تحصیلات پایین زیر دیپلم (۶۴/۴ درصد) و خانه دار (۹۴/۱ درصد) بودند. از طرفی فاصله بیش از دو سال بین فرزندان (۵۷/۹ درصد) و موارد بارداری با برنامه ریزی قبلی (۷۲/۴ درصد) گزارش شد. در بررسی وضعیت فیزیکی زنان باردار، بیشترین میزان مشکلات جسمی در موارد تغییرات خواب (۶۴/۲ درصد)، تغییرات عادات غذا خوردن (۵۱/۶ درصد)، تغییرات تفریحات (۸۲/۱ درصد) و کاهش فعالیت های جاری زندگی (۹۳/۸ درصد) دیده شد. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که تعداد بارداری بر وضعیت جسمی فیزیکی زن باردار تأثیر دارد، بدین معنی که تعداد بارداری بالاتر باعث پایین آمدن سلامت جسمی زن باردار می گردد ($p=0/004$)، ولی میزان تحصیلات و فاصله بارداری بر بهبود وضعیت فیزیکی تأثیری ندارد. طبق نتایج این مطالعه در مورد وضعیت خانوادگی فامیلی، بیشترین اتفاقات منفی شامل: مشکلات شغلی همسر (۳۰/۸ درصد)، اختلاف بین افراد خانواده (۲۷/۴ درصد)، اختلاف با خانواده همسر (۲۵/۷ درصد)، اختلاف زن - بااردار با همسر (۲۱ درصد)، کاهش میل جنسی (۴/۸/۷ درصد) کاهش میل جنسی همسر (۲۷/۶ درصد) و تغییر مکان (۳۲/۸ درصد) بوده است. همچنین میزان تحصیلات بالا ($p<0/001$) و تعداد بارداری کم ($p=0/02$) بر ایجاد حمایت خانوادگی اجتماعی خوب تأثیر مثبت دارد، ولی فاصله بارداری با آن رابطه ای ندارد. نتایج این مطالعه همچنین نشان می دهد که میزان تحصیلات، تعداد بارداری، فاصله بارداری بر وضعیت مالی، وضعیت شغلی، وضعیت شخصی - اجتماعی تأثیری ندارد و رابطه ای را نشان نمی دهد. در ضمن وضعیت شخصی اجتماعی خوب زنان باردار بر وضعیت شغلی تأثیر مثبت دارد ($p=0/01$)، ولی وضعیت سلامتی جسمی و مالی با وضعیت شغلی ارتباطی ندارند.

نتیجه گیری: تعداد بارداری کمتر باعث بهبود وضعیت جسمی زن باردار و علاوه بر آن میزان تحصیلات نیز باعث افزایش حمایت خانوادگی اجتماعی خوب می گردد، ولی این عوامل با وضعیت مالی، وضعیت شغلی و وضعیت شخصی اجتماعی ارتباطی ندارند. وضعیت شخصی اجتماعی خوب زن در ایجاد وضعیت شغلی بهتر تأثیر مثبت دارد.

واژه های کلیدی: وضعیت جسمی، وضعیت اجتماعی، زنان باردار

مژگان ندافی*

طاهره کشاورز**

حمیدرضا طباطبائی***

* کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دانشکده پرستاری و

مامایی، گروه مامایی

** کارشناس ارشد مامایی، مربی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز،

دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

*** کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مربی و

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی

شیراز، دانشکده بهداشت، گروه آمار حیاتی

تاریخ وصول: ۱۳۸۴/۵/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۴/۹/۹

مؤلف مسئول: مژگان ندافی

پست الکترونیک: mogyv@yahoo.com

مقدمه

اجتماعی، پیشبرد محیط اجتماعی است که فرزندان در آن رشد می کنند. همچنین میزان سواد مادر از عوامل مؤثر است (۷). از جمله حقوق انسانی ملی برای مادر بودن ایمن این است که همه زنان و دختران به سرویسهای لازم از جمله؛ تحصیلات و بهداشت متناسب با سن، موقعیت ازدواج، فرهنگ و وضعیت اجتماعی اقتصادی مناسب دسترسی داشته باشند. زنان باردار به حمایت اعضای خانواده، دوستان و مراقبین بهداشتی نیاز دارند. برخی برنامه های حمایتی اضافی در بارداری می تواند از زایمان زودرس و وزن کم نوزاد و زایمان سزارین جلوگیری کند (۸).

بر اساس مطالعه برنازان و مارکس^(۱) (۲۰۰۵) در کانادا که تجربه مادر و اختلالات هیجانی مرتبط با آن را در سه حیطة؛ استرسورهای اخیر زندگی، کیفیت حمایت اجتماعی و حمایت همسر و احساسات مادر در مورد بارداری، مادر شدن و نوزاد را مورد بررسی قرار داد، نتایج حاصله نشان داد که این موارد با ایجاد اختلالات هیجانی به خصوص افسردگی ارتباط دارند (۹). حمایت اجتماعی افراد خانواده از مادر نیز از عوامل مهم و مشخص مؤثر بر نزدیکی مادری جنینی است. حمایت و مراقبت پری ناتال ۷۴ درصد حمایت روانی مادر را که باعث نزدیکی مادری جنینی می شود فراهم می کند (۱۰ و ۱۱).

ارتباطات اجتماعی تأثیر مثبتی بر سلامت فیزیکی و روانی دارند (۱). ارتباطات اجتماعی به هنگام استرس در زمانهای مختلف زندگی از فرد حمایت کرده و باعث احساس ارزشمندی، سلامت روانی و کنترل محیط می شوند (۲). در زمان بارداری، حمایت اجتماعی برای سلامتی و بهداشت مادر ضروری است (۳). حمایت هیجانی می تواند باعث بالا بردن سلامت فیزیکی روانی مادران در بارداری شود. حمایت مادر باعث تشویق وی در انجام رفتارهای بهداشتی و تغییرات روش زندگی برای بهبود بهداشت و سلامت فیزیکی می شود (۴). از آنجا که تولد نوزاد در بافت یک خانواده و جامعه رخ می دهد، عوامل اجتماعی - دموگرافیک ممکن است بر حمایت اجتماعی زن باردار تأثیر بگذارد (۵ و ۴).

وضعیت اقتصادی اجتماعی ضعیف در اوایل زندگی باعث اختلالات بیولوژیک در سالهای بعدی زندگی می گردد (۶). سلامت رفتاری در بزرگسالی ریشه اقتصادی اجتماعی در اوایل زندگی دارد (۷). زمانی که خانواده یک زن موقعیت خوبی نداشته باشد، وزن زمان تولد نوزاد پایین و بیماریهای اوان خردسالی بیشتر بوده و تغذیه ناکافی و رشد کمتری را به دنبال دارد. از طرفی مستعد رفتارهای خطرناک مانند سیگار کشیدن و بارداری در سن پایین می شود. اخیراً از اهداف مهم و برنامه های گروههای

1-Bernazann & Marks

می باشد که قسمت اول مشخصات دموگرافیک، دوم وضعیت جسمی، سوم وضعیت خانوادگی فامیلی، چهارم وضعیت مالی، پنجم وضعیت شغلی و ششم وضعیت شخصی اجتماعی زنان باردار را مورد مطالعه قرار داده و ارتباط آن را با عوامل دموگرافیک بررسی کرده است. در ضمن روایی محتوایی با نظر افراد متخصص و پایایی آن با روش دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ ۰/۸ بررسی گردید و مورد تأیید قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها در این پژوهش از آزمونهای مجذور کای^(۴)، آزمون غیر پارامتریک اسپیرمن^(۵) و مان ویتنی یو^(۶) با نرم افزار SPSS^(۷) استفاده شده است.

یافته ها

بر اساس یافته های به دست آمده از مطالعه، اکثریت افراد مورد مطالعه تحصیلات پایین زیر دیپلم (۶۴/۴ درصد) و خانه دار (۹۴/۱ درصد) بودند. از طرفی فاصله بیش از ۲ سال بین فرزندان و موارد بارداری با برنامه ریزی قبلی ۵۷/۹ درصد و ۷۲/۴

بر اساس نتایج تحقیق اسلیکرمن و تامپسون^(۱) (۲۰۰۵) در نیوزیلند نشان داده شد که استرس زیاد مادر و کمبود حمایت اجتماعی در بارداری با کاهش نمرات تست هوش و وزن کودک ارتباط مستقیم دارد (۱۲).

با توجه به موارد ذکر شده و این که وضعیت جسمی اجتماعی زن باردار می تواند باعث عوارض بارداری و نوزادی گردد، پژوهشگر بر آن شد با انجام این پژوهش بتواند وضعیت جسمی اجتماعی زنان باردار را بررسی کند تا در صورت نیاز حمایتهای لازم جهت آنان انجام گیرد.

مواد و روش ها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی به صورت تصادفی جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاههای بارداری شیراز در سال ۱۳۸۳ تشکیل می دهند. تعداد کل نمونه در این پژوهش ۲۹۰ مورد بوده است که با روش نمونه گیری آسان مبتنی بر هدف جمع آوری شده است. حجم نمونه با در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵، خطای نوع دوم ۰/۸ و حداکثر خطای برآورد ۰/۰۷ و در نظر گرفتن $P = ۰/۲$ با استفاده از مطالعات گذشته برابر ۲۹۰ نفر برآورد گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بوده که از پرسشنامه هولمز^(۲) و تفسیر زندگی کوپر^(۳) اقتباس شده است. پرسشنامه شامل شش قسمت

1-Slykerman & Thampson
2-Holmes Questionnaire
3-Cooper's Questionnaire
4-Chi-square Test
5-Spearman non parametric test
6-Mann-whitney U test
7-Statistical Package for Social Sciences

درصد گزارش شد (جدول ۱).

اختلاف با خانواده همسر ۲۵/۷ درصد، اختلاف زن باردار با همسر ۳۱ درصد، کاهش میل جنسی زن باردار ۴۸/۷ درصد، کاهش میل جنسی همسر ۲۷/۶ درصد و تغییر مکان ۳۲/۸ درصد بوده است. همچنین میزان تحصیلات بالا ($p < 0.001$) و تعداد بارداری کم ($p = 0.02$) بر ایجاد حمایت خانوادگی اجتماعی خوب تأثیر مثبت دارد، ولی فاصله بارداری با آن رابطه ای ندارد. نتایج این مطالعه همچنین نشان می دهد که میزان تحصیلات، تعداد بارداری، فاصله بارداری ها بر وضعیت مالی، شغلی و شخصی اجتماعی تأثیری ندارد و رابطه ای را نشان نمی دهد (جدول ۲).

نتایج دیگر نشان داد که وضعیت شخصی اجتماعی خوب زنان باردار بر وضعیت شغلی تأثیر مثبت دارد ($p = 0.01$)، ولی وضعیت سلامتی جسمی و درآمد با وضعیت شغلی ارتباطی ندارند.

جدول ۱: توزیع فراوانی میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، فاصله بارداری ها و نوع بارداری در واحدهای مورد پژوهش

متغیرها	تعداد	درصد	
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۱۸۷	۶۴/۴
	دیپلم	۸۲	۲۸/۳
	بالتر از دیپلم	۲۱	۷/۲
وضعیت شغلی	خانه دار	۲۷۳	۹۴/۱
	کارمند	۱۶	۵/۵
	غیره	۱	۰/۳
فاصله بارداری ها	یکسال	۶۰	۲۰/۶
	دو سال	۶۲	۲۱/۳
	بیش از دو سال	۱۶۸	۵۷/۹
نوع بارداری	ناخواسته	۸۰	۲۷/۶
	با برنامه ریزی قبلی	۲۱۰	۷۲/۴

در بررسی وضعیت فیزیکی زنان باردار، بیشترین میزان مشکلات جسمی در موارد تغییرات خواب (۶۴/۲ درصد)، تغییرات عادات غذا خوردن (۵۱/۶ درصد)، تغییرات تفریحات (۸۲/۱ درصد) و کاهش فعالیت‌های جاری زندگی (۹۳/۸ درصد) دیده شد.

مطالعه حاضر نشان داد که تعداد بارداری بر وضعیت جسمی فیزیکی زن باردار تأثیر دارد، بدین معنی که تعداد بارداری بالاتر باعث پایین آمدن سلامت جسمی زن باردار می گردد ($p = 0.004$)، ولی میزان تحصیلات و فاصله بارداری بر بهبود وضعیت فیزیکی تأثیری ندارد. طبق نتایج این مطالعه در مورد وضعیت خانوادگی فامیلی، بیشترین اتفاقات منفی شامل؛ مشکلات شغلی همسر ۳۰/۸ درصد، اختلاف بین افراد خانواده ۲۷/۴ درصد،

جدول ۲: ارتباط میزان تحصیلات، تعداد بارداری و فاصله بارداری ها با وضعیت جسمی فیزیکی، خانوادگی فامیلی، مالی، شغلی و شخصی اجتماعی در واحدهای مورد پژوهش

وضعیت	میزان تحصیلات	تعداد بارداری	فاصله بارداری
جسمی فیزیکی	ضریب همبستگی	-۰/۱۶۸	۰/۱
	سطح معنی داری	۰/۰۰۴	NS*
خانوادگی فامیلی	ضریب همبستگی	-۰/۱۳۴	۰/۱۵
	سطح معنی داری	۰/۰۰۲	NS*
مالی	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۱	۰/۱۱۹
	سطح معنی داری	NS*	NS*
شغلی	ضریب همبستگی	۰/۱۸	۰/۵۷
	سطح معنی داری	NS*	NS*
شخصی اجتماعی	ضریب همبستگی	-۰/۱۰	۰/۰۵
	سطح معنی داری	NS*	NS*

*Not Significant

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده از مطالعه، اکثریت افراد مورد مطالعه با تحصیلات پایین زیر دیپلم و خانه دار بودند، از طرفی فاصله بیش از ۲ سال بین فرزندان و موارد بارداری با برنامه ریزی قبلی ۵۷/۹ درصد و ۷۲/۴ درصد گزارش شد.

در بررسی وضعیت فیزیکی زنان باردار، بیشترین میزان مشکلات جسمی در موارد تغییرات خواب ۶۴/۲ درصد، تغییرات عادات غذا خوردن ۵۱/۶ درصد، تغییرات تفریحات ۸۲/۱ درصد و کاهش فعالیت های جاری زندگی ۹۳/۸ درصد دیده شد. بر اساس تحقیق آلاوالیا و مک^(۱) (۲۰۰۴) در

آمریکا که دیسترس فیزیکی - ذهنی^(۲) و سلامتی عمومی و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک را در زنان بررسی کرد، نتایج نشان داد که ۶/۷ درصد زنان

دیسترس فیزیکی (CI=۶/۵-۶/۹)، ۱۲/۳ درصد دیسترس ذهنی (CI=۱۲-۱۲/۶)، ۱۸/۴ درصد اضطراب (CI=۱۷/۸-۱۹) و ۳۴/۳ درصد استراحت ناکافی (CI=۳۳/۵-۳۵/۱) را گزارش کردند و ۴/۶ درصد از زنان باردار بودند. میزان بالایی از زنان در سنین باروری دیسترس فیزیکی و ذهنی مداوم را تجربه می کنند و این زنان بیشتر از بقیه سوء مصرف سیگار و الکل را دارند (۱۴). بنابراین با توجه به اختلالات فیزیکی ایجاد شده در بارداری باید اقدامات لازم جهت پیشگیری در رفع این اختلالات و عوامل مربوط به آن انجام گیرد و حمایت های مورد نیاز

1- Ahluwalia & Mack

2- Mental & Physical Distress

اعمال گردد.

مطالعه حاضر نشان داد که تعداد بارداری بر وضعیت جسمی فیزیکی زن باردار تأثیر دارد، بدین معنی که تعداد بارداری بالاتر باعث پایین آمدن سلامت جسمی زن باردار می گردد ($p=0/004$)، ولی میزان تحصیلات و فاصله بارداری بر بهبود وضعیت فیزیکی تأثیری ندارد. هاس و جکسون^(۱) (۲۰۰۵) در آمریکا نیز تغییرات سلامتی را در ۱۸۰۹ زن باردار در سانفرانسیسکو بررسی کردند. نتایج نشان داد که عملکرد فیزیکی سه ماهه سوم بارداری نسبت به قبل از آن کاهش یافت (۵۸/۱ درصد در مقابل ۹۵/۲ درصد) و در دوره بعد از زایمان بهبود یافت. شیوع علایم افسردگی از ۱۱/۷ درصد قبل از بارداری به ۲۵/۲ درصد در سه ماهه سوم افزایش یافت و در دوره بعد از زایمان به ۱۴/۲ درصد کاهش یافت. درآمد کم اقتصادی و وضعیت بد تغذیه و عدم انجام ورزش با وضعیت بهداشت و سلامت ضعیف قبل، حین و بعد از زایمان مرتبط است (۱۴). پس تعداد زایمان بالا و فرزندان زیاد می تواند باعث کاهش سلامت جسمی - روانی زن باردار گردد که رعایت تنظیم خانواده و آموزش آن به زنان باید در برنامه های بهداشتی تأکید گردد.

طبق نتایج این مطالعه در مورد وضعیت خانوادگی فامیلی، بیشترین اتفاقات منفی شامل؛ مشکلات شغلی همسر، اختلاف بین افراد

خانواده، اختلاف با خانواده همسر، اختلاف زن باردار با همسر، کاهش میل جنسی زن باردار، کاهش میل جنسی همسر و تغییر مکان بوده است. همچنین میزان تحصیلات بالا و تعداد بارداری کم بر ایجاد حمایت خانوادگی - اجتماعی خوب تأثیر مثبت دارد، ولی فاصله بارداری با آن رابطه ای ندارد. گلازیر و الگار^(۲) (۲۰۰۴) در کانادا ارتباط استرس زندگی و حمایت اجتماعی همسر، دوستان و خانواده را با افسردگی در ۲۰۵۲ زن باردار در سه ماهه دوم بارداری بررسی کردند و ارتباط بین عوامل اجتماعی دموگرافیک شامل؛ موقعیت اجتماعی - اقتصادی، سن و تعداد زایمان، استرس اختلاف با همسر و اتفاقات زندگی و حمایت اجتماعی را با افسردگی و اضطراب ثابت کردند (۱۵). نتایج ذکر شده نشان می دهد که دیسترس هیجانی در زنان باردار باعث افزایش عوارض بارداری بر مادر و نوزاد می شود.

نتایج مطالعه حاضر همچنین نشان داد که میزان تحصیلات، تعداد بارداری، فاصله بارداری ها بر وضعیت مالی، شغلی و شخصی - اجتماعی تأثیری ندارد و رابطه ای را نشان نمی دهد. در ضمن وضعیت شخصی - اجتماعی

1- Hass & Jackson
2- Glazier & Elgar

تقدیر و تشکر

از کلیه کارکنان گرانقدر درمانگاههای بارداری شیراز و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که ما را در به انجام رساندن این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می نمایم.

خوب زنان باردار بر وضعیت شغلی تأثیر مثبت دارد، ولی وضعیت سلامتی جسمی و مالی با وضعیت شغلی ارتباطی ندارند. جسی و رید^(۱) (۲۰۰۴) در آمریکا ارتباط سلامت روحی روانی - اجتماعی ۱۲۰ زن باردار را با رفتارهای خطرناک بررسی کردند. نتایج نشان داد که سطوح بالای سلامت روحی با رضایت بالایی از حمایت اجتماعی، اعتماد به نفس بالا و میزان پایین مصرف سیگار ارتباط دارد. همچنین وضعیت روحی - روانی اجتماعی و دموگرافیک تا ۲۵ درصد موارد بر مصرف سیگار تأثیر دارد. محققین نتیجه گرفتند که وضعیت روحی خوب و کاهش استرس در طول بارداری باعث پیشرفت سلامتی در بارداری می گردد (۱۶). بنابراین وضعیت شخصی اجتماعی مناسب زن باردار با رضایت بالای وی از اجتماع و وضعیت شغلی مرتبط می باشد.

به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که درصدی از زنان باردار دچار اختلالات جسمی و وضعیت اجتماعی نامناسب می باشند. آگاهی از این مسئله مسئولیت سیاستگذاران و مسئولین بهداشتی را در تدوین و اجرای برنامه های مراقبتی جسمی - بهداشتی و حمایتی اجتماعی نمایان می سازد. با توجه به اهمیت زنان باردار به عنوان گروه آسیب پذیر اجتماع، تحقیقات وسیعتری در زمینه وضعیت جسمی - روانی - اجتماعی زنان باردار و عوامل مؤثر بر آن جهت ارتقاء بهداشت این افراد پیشنهاد می گردد.

1- Jesse & Read

Physical and Social Status of Pregnant Women Referred to Prenatal Clinics in Iran-Shiraz, 1383

Nadafi M *
Keshavarz T**
Tabatabaie HM***

*MSc in Midwifery, Department of Midwifery, College of Nursing & Midwifery, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

**MSc in Midwifery, Department of Midwifery, College of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

***MSc in Epidemiology, Department of Statistics, Health Faculty, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

KEYWORDS:
Physical status,
Social status,
Pregnant women

Received: 30/5/1384
Accepted: 9/9/1384

Corresponding Author: Nadafi M
E-mail: mogvy@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Social relationships have a positive effect on physical health and psychological well-being. Social relationships are thought to be supportive of the extent that they provide individuals with transition as well as general sense of self-worth psychological well-being, and control over their environment. Support may also motivate mother to engage in positive health behaviors and to make lifestyle changes that can improve her physical health. Thus, there are multiple pathways through which social support may be linked to improved maternal and fetal health and consequently better birth outcomes. Pregnant women need the support of caring family members, friends and professionals. The purpose of this study was to identify physical and social status of pregnant women and their association with demographic factors.

Materials & Methods: 290 pregnant women referred to Iran- Shiraz prenatal clinic in 2004 were included in this randomized analytic descriptive study. Physical, familiar, occupational, personal and social status of pregnant women and association of these indicators with demographic factors were evaluated. To collect data, we used Holmes and Cooper's life change questionnaires. To identify reliability of questionnaire, we used pilot study with 40 cases and the reliability was estimated to be 95%. For data analysis, chi square, non parametric spearman and Mann- Whitney U were used.

Results: Most of pregnant women had low education (64.4%) and were housekeepers (94.1%). The frequency of pregnancy interval > 2 years and intended pregnancy were reported 57.9% and 72.4% respectively. Physical status of pregnant women showed that the most physical problems were changes of sleeping habit (64.2%), eating habit disorders (51.6%), vacation changes (82.1%) and changes in personal habits (93.8%). The results also showed that gravida has negative effect on physical status, it means higher gravida is related to low physical health ($p=0.004$) but education level and pregnancy interval aren't related to physical status. Regarding family-relative status, the most negative events were: husband work problems (30.8%), family members' conflicts of pregnant women (27.4%), and conflict with husband's family members (25.7%), conflict with husband (31%), sexual desire decrease (48.7%), husband's sexual desire decrease (27.6%) and change in residence (32.8%). High education ($p<0.001$) and low gravida ($p=0.02$) had positive effects on social-familiar support but pregnancy interval was not related to it ($p>0.05$). The results also showed that education, gravida and pregnancy interval did not have any relationships with financial, occupational, personal and social status, but personal and social status of pregnant women had positive effect on occupational status ($p=0.001$). Physical and financial statuses were not connected to occupational status.

Conclusion: Lower gravida improves physical status of pregnant women. High level of education increases familiar-social support but these factors have no effect on financial, occupational, personal and social status. Good personal and social status makes better occupational status.

.....
REFERENCES:

1. Sarason BR, Sarason IG. Close personal relationships and health outcomes; a key to the role of social support. In: Duck S (editors). Hand book of personal relationships: theory, research and interventions. 2nd ed. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons; 1997;4, 47-73.
2. Feldman PJ, Dunkel-Schetter C. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine* 2000; 62: 715-725.
3. Oakley A. Is social support good for the health of mothers and babies. *J Reprod Infant Psychol* 1988; 6: 3-21.
4. Dunkel-Schetter C, Sagrestano P. Social support and pregnancy: a comprehensive review focusing on ethnicity and culture. In: Pierce GR, Sarason BR, Sarason IG. The hand book of social support and the family. New York: Plenum; 1996; 375-412.
5. Sagrestano P. Ethnicity and social support during pregnancy. *Am J Community Psychol* 1999; 27: 873-902.
6. Wadesworth MEJ. Health inequalities in the life course perspective. *Soc Sci Med* 1997; 44: 859-869.
7. Lynch JW, Kaplan GA. Why poor people behave poorly? Variation in adult health behaviors and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic life course. *Soc Sci Med* 1997; 44: 809-819.
8. Hodnett ED, Fredericks S. Support during pregnancy for women at increased risk of low birth weight babies. *Cochrane Data base of Systematic Reviews* 2005; 3: 875-880.
9. Bernazzani I, Marks MN. Assessing psychosocial risk in pregnant /postpartum women using the contextual assessment of maternity experience (CAME)- recent life adversity assessment and maternal feelings. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 497-508.
10. Amyalisbery K. Maternal fetal attachment. *JAMA* 2003; 289: 1701.
11. Shieh C, Kravitz M. What do we know about maternal fetal attachment?. *Kaohsiung J Sci* 2001; 17,448-454.
12. Slykerman RF, Thampson JM. Maternal stress, social support and preschool children's intelligence. *Early Hum Dev* 2005; 12: 45-50.
13. Aluwalia IB, Mack KA. Mental and physical distress and high risk behaviors among reproductive-age women. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 477-483.
14. Hass JS, Jackson RA. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 45-51.
15. Glazier RH, Elgar FJ. Stress, social support and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; 25: 247-55.
16. Jesse DE, Read PG. Effects of spirituality and psychosocial wellbeing on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004; 5: 33.