

## تاثیر سبک زندگی بر میزان زایمان زودرس\*

مهین کمالی فرد<sup>۱</sup>، راضیه علیزاده<sup>۲</sup>، فهیمه صحتی شفقانی<sup>۳</sup>، دکتر مرتضی قوجازاده<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

<sup>۲</sup> نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مامایی شبکه بهداشت و درمان شهرستان ملکان، ملکان، ایران E-mail: arazieh@gmail.com

<sup>۳</sup> مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران <sup>۴</sup> استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### چکیده

**زمینه و هدف:** زایمان زودرس یکی از دلایل اصلی مرگ و میر دوران نوزادی است که هر ساله خسارات فراوان مالی، اجتماعی، روانی و عاطفی را ایجاد میکند. اگرچه علت اصلی بروز زایمان زودرس ناشناخته است اما شناخت عوامل خطر آن در جهت انجام اقدامات پیشگیری کننده که منجر به کاهش در میزان بروز آن گردد، حائز اهمیت است. این پژوهش به منظور مقایسه سبک زندگی زنان با زایمان زودرس و ترم، طراحی و انجام گردید.

**روش کار:** در این مطالعه مورد-شاهدی تعداد ۱۳۲ مورد خانم با زایمان زودرس و تعداد ۲۶۴ خانم با زایمان ترم که از نظر برخی مشخصات فردی، اجتماعی با گروه مورد همسان بودند (به عنوان گروه کنترل) با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. مکان پژوهش بیمارستان الزهراء تبریز بود. سپس با پرسش نامه‌ای مشتمل بر اطلاعات فردی و اطلاعات سبک زندگی (وضعیت ورزش، تغذیه، استفاده از سیگار، الکل و یا داروهای غیر مجاز در دوران حاملگی، روابط اجتماعی، کنترل استرس، مراقبت از خود در دوران بارداری) اطلاعات جمع آوری شد و با نرم افزار SPSS نسخه ۱۳ و آزمونهای من - ویتنی، آزمون تی، مربع کای و تست دقیق فیشر تجزیه و تحلیل آماری انجام شد.

**یافته ها:** نتایج این پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات متغیرهای وضعیت تغذیه، استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز در دوران حاملگی، روابط اجتماعی، کنترل استرس و مراقبت از خود در دوران بارداری در دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود دارد. بین متغیر ورزش در دوران حاملگی در دو گروه با زایمان زودرس و ترم اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.

**نتیجه گیری:** سبک زندگی زنان حامله با توجه به تحقیقات انجام شده با زایمان زودرس در ارتباط می باشد. می توان با آموزش بهداشت، تغییرات لازم را در آن بوجود آورد.

**کلمات کلیدی:** سبک زندگی؛ زایمان زودرس؛ زایمان ترم

دریافت: ۸۸/۱/۲۳ پذیرش: ۸۹/۲/۲۸

### مقدمه

شیرخواران زنده متولد شده که قبل از ۳۷ هفته کامل از اولین روز آخرین دوره قاعدگی متولد شده‌اند بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت نارس نامیده می‌شوند [۱].

زایمان زودرس یک حادثه جدی در دوران پری‌ناتال

است [۲] که حدوداً در ۱۰-۵٪ از حاملگی‌ها رخ می‌دهد اما شیوع آن بسته به جمعیت‌های مختلف و وضعیت اقتصادی و اجتماعی در جوامع مختلف متفاوت می‌باشد [۳]. اما با همین میزان شیوع به عنوان عامل دو سوم از مرگ و میرهای پری‌ناتال شناخته می‌شود [۵،۴].

\* این مقاله برگرفته از پایان نامه خانم راضیه علیزاده دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد.

علل تولد نوزاد نارس چند عاملی بوده و شامل واکنش‌های متقابل پیچیده‌ای بین عوامل جنینی، رحمی و مادری است [۶].

طبق بیانات گزارش مردم سالم ۲۰۱۰ علل اختصاصی زایمان زودرس معلوم نیست لذا لازم است قبل از تدوین هر گونه مداخله و ترویج آنها، تحقیقاتی انجام گیرد [۷].

تاکنون تحقیقات بسیاری بر روی فیزیولوژی زایمان و همچنین زایمان زودرس انجام گرفته است ولی با وجود اینکه زایمان زودرس با تعدادی ریسک فاکتورهای قابل اصلاح نیز ارتباط دارد هنوز سؤالات بیشماری بدون پاسخ باقی مانده است. یکی از این سؤالات بسیار جالب برای پرستاران و ماماها تاثیر سبک زندگی بر روی افزایش ریسک زایمان زودرس می‌باشد [۸].

برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که سبک زندگی ناسالم خطر زایمان نوزاد کم وزن و یا زودرس را افزایش می‌دهد [۹].

اصطلاح شیوه یا سبک زندگی که اولین بار آلفرد آدلر<sup>۱</sup> روانکاو اتریشی و پایه گذار مکتب روانشناسی فردی به آن اشاره کرد مفهوم بسیار مهمی است که اغلب برای بیان روش زندگی مردم به کار رفته و منعکس کننده طیف وسیعی از ارزش‌ها، عقاید و فعالیت‌های اجتماعی بوده و یکی از عوامل موثر بر سلامت است [۱۰].

سبک زندگی ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد که برخی از آنها شامل تغذیه، ورزش، مراقبت از خود، استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز، روابط اجتماعی و کنترل استرس است [۱۱].

تحقیقات نشان داده که عدم استفاده از مراقبت‌های پره‌ناتال با افزایش دو برابر خطر زایمان زودرس همراه است [۵].

همچنین استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز در دوران حاملگی از عوامل تاثیر گذار بر بروز

زایمان زودرس هستند. در اغلب موارد مادرانی که از این داروها استفاده می‌کنند در جستجوی مراقبت‌های پره‌ناتال بر نمی‌آیند و حتی اگر به دنبال این مراقبت‌ها باشند مصرف چنین موادی را به گردن نمی‌گیرند [۱۲،۵].

همواره تأکید می‌شود زنان در سنین باروری باید شیوه‌ی تغذیه صحیح را به عنوان یکی از ابعاد زندگی سالم داشته باشند تا بهداشت و سلامت مادران به حداکثر برسد و خطر تولدهای عارضه‌دار کمتر شود [۱۳].

بسیاری از مطالعات تأیید کرده‌اند که در مشاغل همراه با فعالیتهای فیزیکی احتمال زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین یا هیپرتانسیون، ۲۰٪ افزایش یافته است و خستگی شغلی (که بر اساس مدت سر پا ایستادن، فعالیت‌های فیزیکی و ذهنی و استرس‌های محیطی برآورد می‌شود) با افزایش خطر پارگی زودرس پرده‌ها همراه است [۱۴،۱۵].

حاملگی طیف وسیعی از پریشانی و احساسات کاملاً متفاوت را در زندگی یک زن بوجود می‌آورد. تطابق روحی با مسئله مادر شدن جریانی تدریجی بوده و لازمه این انتقال، تغییر تصور زن نسبت به خودش است و پذیرفتن این تغییر بعضی اوقات بسیار مشکل می‌باشد. به هر حال حاملگی خود دوره‌ای پر استرس بوده و ممکن است استرس‌های دیگری نیز از محیط بر مادر باردار تحمیل شود که می‌تواند مرتبط به عوامل اقتصادی، زندگی زناشویی و طبقه پائین اجتماعی باشد. چنانچه اشاره شد بعد اجتماعی از جمله ابعاد دیگر سبک زندگی است [۱۱].

اثرات متقابل بین رفتار و خصوصیات مادر و سیستم حمایت اجتماعی ناکافی، ممکن است زمینه را برای بروز مشکلات جفتی- رحمی در بارداری فراهم نماید. نتایج برخی مطالعات نشان داده که روابط اجتماعی مثبت در بارداری با پیامد مثبت سلامتی همراه است و زنان بارداری که به میزان بیشتری از حمایت و روابط مثبت با همسر برخوردارند

<sup>1</sup> Alfred Adler

برآورده شد که بالاترین حجم نمونه مربوط به وضعیت روابط اجتماعی بود که با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و  $p = ۰/۴$  و  $d = ۰/۰۸۴$  تعداد ۱۳۲ نمونه برآورد شد که دو برابر آن نیز به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد.

اطلاعات لازم از طریق چک لیست مشخصات فردی - بارداری که شامل ۱۰ سوال بود و پرسشنامه ۴۲ سئوالی سبک زندگی (منتج از پرسشنامه‌های استاندارد سبک زندگی WHO<sup>۱</sup>، HPQ<sup>۲</sup>، HPLP<sup>۳</sup>) در ۶ بعد: تغذیه (۱۲ سوال)، کنترل استرس (۴ سوال)، فعالیت ورزشی (۴ سوال)، روابط اجتماعی (۷ سوال) و استفاده از سیگار، الکل، داروهای غیر مجاز (۵ سوال) و مراقبت از خود (۱۰ سوال) را در بر می‌گرفت، جمع‌آوری گردید. نمره بندی سوالات پرسشنامه بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ تا ۳ به صورت هرگز تا همیشه) برای هر سوال طرح‌ریزی گردید.

روایی پرسشنامه، با استفاده از نظرات متخصصان صاحب نظر تایید گردید و پایایی آن با مطالعه پایلوت و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۰ سنجیده شد. جهت دستیابی به نتایج پژوهش ابتدا پرسشنامه کدگذاری شده، سپس داده‌های جمع‌آوری شده از هریک از واحدهای مورد پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آمار توصیفی (فراوانی-درصد و میانگین  $\pm$  انحراف معیار) و آزمونهای تفاوت میانگین برای گروههای مستقل (تی تست و یو من ویتنی)، آزمون رابطه مربع کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. در این مطالعه مقدار  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید. نرمال بودن داده‌ها

میزان کمتری از استرس را نسبت به آنهایی که روابط اجتماعی نامناسبی دارند تجربه می‌کنند [۱۵]. یافته‌های حاصل از برخی مطالعات نشان می‌دهد که مسائل سایکولوژیک در حین حاملگی از فاکتورهای مهم پیشگویی کننده وزن موقع تولد و سن حاملگی در نوزاد است [۱۶].

از آنجا که سبک زندگی زنان حامله با زایمان زودرس در ارتباط می‌باشد و سبک زندگی جزو مواردی است که می‌شود بیشترین تغییرات را بر روی آن اعمال کرد و همچنین با توجه به اهمیت زایمان زودرس و متفاوت بودن سبک زندگی در جوامع مختلف، بر آن شدیم تا در زمینه شناسایی عوامل خطر مرتبط با زایمان زودرس در سبک زندگی زنان حامله در جامعه خود تحقیق نموده و از نتایج آن به منظور کاهش میزان زایمان زودرس و ارتقاء سلامتی مادران و نوزادان بهره بگیریم.

## روش کار

در این مطالعه مورد-شاهدی تعداد ۱۳۲ زن با زایمان زودرس، ۲۰ الی ۳۵ ساله که به بیماریهای شناخته شده مزمن مبتلا نبوده، سابقه هیچگونه عوارض دوران بارداری و ناهنجاریهای رحمی منجر شونده به زایمان زودرس را نداشتند و جنین آنها به ناهنجاری یا عقب ماندگی رشد داخل رحمی مبتلا نبود و به مرکز آموزشی، درمانی الزهرا شهر تبریز جهت زایمان مراجعه کرده بودند به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و با تعداد ۲۶۴ زن با زایمان ترم که از نظر برخی مشخصات فردی، اجتماعی همگون گردیده بودند مورد مقایسه قرار گرفتند.

جهت برآورد حجم نمونه برای هر یک از شاخصهای ورزش، مراقبت از خود، تغذیه، استفاده از الکل، دخانیات و داروهای غیر مجاز، وضعیت روابط اجتماعی و کنترل استرس در دوران بارداری به تنهایی و با استفاده از مطالعه پایلوت حجم نمونه

<sup>1</sup> World Health Organization

<sup>2</sup> Health Performance Questionnaire

<sup>3</sup> Housing & Property Law Partnership

بوسیله آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت.

### یافته‌ها

در رابطه با خصوصیات فردی - بارداری افراد، یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی مادران با زایمان زودرس  $4/32 \pm 24/90$  سال و میانگین سنی مادران با زایمان ترم  $4/33 \pm 25/71$  سال بوده است.

بیشترین درصد واحدهای مورد پژوهش (برای گروه با زایمان زودرس  $28/8\%$  و ترم  $31/8\%$ ) دارای تحصیلات ابتدایی و کمترین درصد واحدهای مورد پژوهش (برای گروه با زایمان زودرس  $11/4\%$  و ترم  $4/1\%$ ) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

بیشترین درصد زنان باردار در هر دو گروه (برای زنان با زایمان زودرس  $53/8\%$  و ترم  $57/1\%$ ) دارای درآمد خانوار ۱۰۰۰۰۰ الی ۲۰۰۰۰۰ تومان در ماه بودند. کمترین درصد آنها در هر دو گروه (برای زنان با زایمان زودرس  $1/5\%$  و برای زنان با زایمان ترم  $4\%$ ) دارای درآمد خانوار بالاتر از ۳۰۰۰۰۰ تومان بودند.

بیشترین درصد افراد هر دو گروه (برای زایمان زودرس  $61/4\%$  و ترم  $70/1\%$ ) ساکن شهر و کمترین درصد افراد هر دو گروه (برای زایمان زودرس  $36/6\%$  و ترم  $29/5\%$ ) ساکن روستا بودند. بررسی نتایج آزمون رابطه مربع کای دو حاکم از معنی‌دار

نبودن تفاوت بین دو گروه از نظر محل اقامت بود. ( $p=0/15$ )

بیشترین درصد مادران در دو گروه (زایمان زودرس  $81/8\%$  و ترم  $83/2\%$ ) خانه‌دار بودند. میزان شاغل بودن در منزل برای مادران با زایمان زودرس  $12/1\%$  و ترم  $15/7\%$  بود. کمترین درصد واحدهای مورد پژوهش (برای مادران با زایمان زودرس  $6/1\%$  و ترم  $1/1\%$ ) در دو گروه شاغل در خارج از منزل بودند. بررسی نتایج آزمون رابطه مربع کای دو بین شغل مادر در دوران حاملگی در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نشان داد ( $p<0/0005$ ).

میانگین سنی نوزادان در دو گروه، برای زایمان زودرس  $4/056 \pm 31/4$  و ترم  $1/37 \pm 39/29$  هفته بود. میانگین تعداد حاملگی برای گروه با زایمان زودرس  $0/58 \pm 1/41$  و برای گروه با زایمان ترم  $0/55 \pm 1/64$  بود.

بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل (Independent sample t-test) تفاوت میانگین تعداد حاملگی را در دو گروه معنی‌دار نشان داد ( $p<0/0005$ ).

میانگین تعداد زایمان برای گروه با زایمان زودرس  $0/58 \pm 1/39$  و برای گروه با زایمان ترم  $0/90 \pm 1/70$  بود. بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل تفاوت میانگین تعداد زایمان را در دو گروه معنی دار نشان داد ( $p<0/0005$ ).

میانگین تعداد فرزندان زنده برای گروه با زایمان

جدول ۱. میانگین نمرات کسب شده برای متغیرهای سبک زندگی در دو گروه

| متغیر                                    | گروه | زایمان زودرس     | زایمان ترم       | نتایج آزمون آماری  |
|------------------------------------------|------|------------------|------------------|--------------------|
| مراقبت از خود                            |      | $21/89 \pm 0/43$ | $24/12 \pm 0/27$ | $p<0/0005$ u=12369 |
| ورزش در دوران حاملگی                     |      | $1/95 \pm 0/29$  | $2/10 \pm 0/22$  | $p=0/59$ u=17223   |
| وضعیت تغذیه                              |      | $23/52 \pm 0/54$ | $29/31 \pm 0/29$ | $p<0/0005$ u=8139  |
| استفاده از سیگار الکل و داروهای غیر مجاز |      | $14/36 \pm 0/18$ | $14/86 \pm 0/08$ | $p=0/023$ u=16169  |
| حمایت و روابط اجتماعی                    |      | $11/48 \pm 0/45$ | $17/08 \pm 0/27$ | $p<0/0005$ u=7400  |
| وضعیت کنترل استرس                        |      | $4/60 \pm 0/25$  | $8/33 \pm 0/17$  | $p<0/0005$ u=6000  |
| مراقبت از خود                            |      | $77/79 \pm 1/37$ | $95/78 \pm 0/77$ | $p<0/0005$ u=6559  |

زایمان زودرس ارتباط معنی‌دار دیده شد. که با این مطالعه همخوانی دارد [۱۷].

در مطالعه فرسو<sup>۲</sup> و ظفرقندی بر خلاف این مطالعه زایمان زودرس در بین زنان اول‌زا کمتر از زنان مولتی‌پار بود [۱۹، ۱۸].

فاصله کمتر از یک سال بین حاملگی‌ها در این مطالعه ارتباط معنی‌داری با زایمان زودرس نداشت. با توجه به نتایج بدست آمده مشاهده می‌شود که در گروه زنان با زایمان ترم اشتغال در منزل (خیاطی، فرش‌بافی و غیره) بیشتر بوده و برعکس اشتغال به کار در خارج از منزل در گروه زنان با زایمان زودرس بیشتر می‌باشد. در مطالعه هیمن<sup>۳</sup> زایمان زودرس با هیچ‌کدام از متغیرهای شغل، میزان ساعت کار، ایستادن طولانی، شیفت کاری و غیره مرتبط نبود [۲۰].

در مطالعه لطف‌علیزاده نیز مابین شاغل بودن مادر و زایمان زودرس ارتباط معنی‌دار دیده شد که با این مطالعه همخوانی دارد [۲۱].

در این پژوهش میانگین نمره مراقبت از خود در دوران حاملگی در گروه با زایمان زودرس به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بوده است و در مقایسه، درصد بیشتری از مادران با زایمان ترم در سطوح خوب و بسیار خوب مراقبت از خود قرار داشتند در حالی که درصد بیشتری از افراد با زایمان زودرس در سطح متوسط و خوب قرار داشتند و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود.

که با نتایج مطالعات خنجری [۲۲]، مطالعه بلوبام<sup>۴</sup> [۲۳] و مطالعه هیمن [۲۴] و مطالعه وانیا [۱۷] همخوانی دارد. از لحاظ وضعیت ورزش در دوران بارداری تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه دیده نشد که با مطالعه سوزان<sup>۵</sup> و همکاران همخوانی دارد [۲۵]. البته لازم به ذکر است که میانگین نمره ورزش در دوران حاملگی برای گروه با زایمان زودرس

زودرس  $0.62 \pm 0.28$  و برای گروه با زایمان ترم  $0.56 \pm 0.64$  بود. بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل بیانگر معنی‌دار بودن تفاوت میانگین تعداد فرزندان زنده در دو گروه بود ( $p < 0.005$ ).

میانگین فاصله با حاملگی قبلی برای گروه با زایمان زودرس  $0.41 \pm 0.79$  و برای گروه با زایمان ترم  $0.26 \pm 0.75$  بود. بررسی نتایج آزمون تفاوت میانگین برای گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت میانگین فاصله با حاملگی قبلی در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد ( $p = 0.83$ ). میانگین نمرات کسب شده برای متغیرهای سبک زندگی در جدول ۱ مندرج است.

## بحث

علیرغم شایع‌تر بودن زایمان زودرس در سنین زیر ۲۰ سال و بالاتر از ۳۵ سال، در این پژوهش تفاوت میانگین سنی در دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. از آنجایی که در تحقیق حاضر فقط زنان با سن ۲۰ الی ۳۵ سال وارد مطالعه شده بودند بنابراین نتیجه حاضر قابل توجیه خواهد بود همچنین بررسی نتایج آزمون رابطه مربع کای‌دو نشان داد که بین سطح تحصیلات مادران در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نمی‌شود.

بررسی نتایج آزمون رابطه مربع کای‌دو نشان داد که بین سطح درآمد خانوار در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. چون سعی پژوهشگر بر این بوده است که نمونه‌های حاضر در تحقیق از لحاظ برخی مشخصات فردی، اجتماعی همسان سازی شوند. لذا این نتایج قابل توجیه خواهد بود.

میانگین تعداد حاملگی، تعداد زایمان و تعداد فرزندان زنده بطور معنی‌داری در گروه با زایمان ترم بیشتر است. در مطالعه وانیا<sup>۱</sup> بین شکم اول بودن مادر و

<sup>2</sup> Fresu

<sup>3</sup> Heaman

<sup>4</sup> Bloebaum

<sup>5</sup> Suezanne

<sup>1</sup> Vania

۲۹/۰ ± ۱/۹۵ (کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۱۰) بود و برای گروه با زایمان ترم ۲۲/۰ ± ۲/۱۰ (کمترین نمره ۰ و بیشترین نمره ۱۲) بود. لذا انجام ورزش در سبک زندگی خانمهای باردار مورد مطالعه جایگاه بسیار ضعیفی دارد که با مطالعه شبیایی همخوانی دارد [۲۶].

میانگین نمره تغذیه در گروه با زایمان ترم بیشتر بوده و درصد بیشتری از افراد با زایمان ترم در سطح خوب و بسیار خوب قرار داشتند در حالی که درصد بیشتری از افراد با زایمان زودرس در سطح متوسط و خوب قرار داشتند. در مطالعه لوک<sup>۱</sup> و همکاران که بر روی مادران باردار دوقلو انجام گرفت تغذیه مناسب، مراقبتهای پره ناتال منظم و کلاسهای آموزشی مناسب برای مادران باردار ریسک زایمان زودرس و پارگی زودرس پرده های جنینی را کاهش داد [۲۷]. در مطالعه روزبهانی و همکاران میانگین مصرف میوه و سبزی در بارداری در گروه با زایمان ترم بیشتر بوده است [۲۸].

در مطالعه حاضر میانگین نمره استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز در دوران حاملگی برای گروه با زایمان زودرس بیشتر بوده است که با نتایج مطالعه هیمن همخوانی دارد [۲۴]. مصرف این مواد در تحقیق حاضر در میان زنان با زایمان زودرس به میزان بسیار کم وجود داشته و در میان زنان با زایمان ترم هیچ موردی از مصرف اینگونه مواد دیده نشده است.

میانگین نمره کسب شده در بعد روابط اجتماعی در دوران حاملگی برای گروه با زایمان زودرس به طور معنی داری کمتر از گروه با زایمان ترم بوده است و در مقایسه بیشترین درصد افراد با زایمان ترم در سطح خوب روابط اجتماعی قرار داشته اند در حالی که بیشترین درصد زنان با زایمان زودرس در سطح ضعیف و متوسط قرار داشته اند. در مطالعه هیمن

نیز بین وضعیت حمایت از جانب همسر و میزان حمایت و روابط با دیگران در دوران بارداری و زایمان زودرس رابطه معنی دار دیده شده است [۲۴]. در مطالعه الزنبوک<sup>۲</sup> بین حمایت اجتماعی ضعیف و زایمان پره ترم رابطه معنی داری دیده شد [۲۹]. میانگین نمره کنترل استرس در دوران حاملگی برای گروه با زایمان زودرس کمتر از گروه با زایمان ترم بوده است و در مقایسه بیشترین درصد زنان با زایمان ترم در سطح خوب کنترل استرس قرار داشته اند در حالی که بیشترین درصد افراد با زایمان زودرس در سطح ضعیف کنترل استرس قرار داشته اند. نتایج این پژوهش بیانگر آن است که سطح کنترل استرس در گروه شاهد به طور معنی داری بالاتر از سطح آن در گروه کنترل بوده است. نتایج مطالعه مکی<sup>۳</sup> [۳۰] و هیمن [۲۴] نشان داد که استرسهای دوران بارداری با زایمان زودرس در ارتباط می باشد اما مطالعه ای که بتوان نتایج آن را با مطالعه حاضر مقایسه نمود یافت نشد.

میانگین نمره کل سبک زندگی در دوران حاملگی برای گروه با زایمان زودرس ۱/۳۷ ± ۷۷/۷۹ (کمترین نمره ۲۶ و بیشترین نمره ۱۰۷) و برای گروه با زایمان ترم ۰/۷۷ ± ۹۵/۷۸ بوده است (کمترین نمره ۶۱ و بیشترین نمره ۱۲۲). بررسی نتایج آزمون یو من ویتنی نشان داد که میانگین نمره کل سبک زندگی در دوران بارداری در گروه با زایمان زودرس بطور معنی داری کمتر از زایمان ترم است. عدم پاسخ صحیح به سوالات توسط واحدهای پژوهش از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد که با توضیح این مورد که محتوای پرسشنامه محرمانه بوده و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست این مورد تا حدودی کنترل شد. همچنین وضعیت روحی و روانی واحدهای مورد پژوهش

<sup>۲</sup>Elsenbruch<sup>۳</sup> Mackey<sup>۱</sup> luke

مخصوصاً در زنان با زایمان زودرس در پاسخ دادن به سوالات می‌تواند تأثیر گذار باشد.

### نتیجه‌گیری

از آنجایی که سبک زندگی زنان حامله با توجه به تحقیقات انجام شده با زایمان زودرس در ارتباط میباشد و سبک زندگی جزو مواردی است که میشود بیشترین تغییرات را بر روی آن اعمال کرد و معمولاً تغییر شیوه زندگی به وسیله ترکیبی از تلاشها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط های سالم

بهداشتی قابل حصول است همچنین با توجه به اهمیت زایمان زودرس و متفاوت بودن سبک زندگی در جوامع مختلف اصلاح عوامل خطر مرتبط با زایمان زودرس در سبک زندگی زنان حامله در جامعه ضرورت دارد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از پرسنل محترم بخش زایمان بیمارستان الزهرا و همچنین مادران شرکت کننده در این تحقیق که با ما همکاری نموده‌اند تشکر می‌شود.

### References

- 1- Harm K, Mortensen JHS, Wollen A L. Preterm delivery: an overview. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2003; 82 (8): 687-704.
- 2- Scott J, Danforth DN. Danforth,s obstetrics and gynecology, translated by Pasha A, karimi M. Tehran: Baraye Farada, 1381: 317-320.
- 3- Mukherjee G, Buckshee K. Preterm labor, India: Jaypee Brothers, 1998:13-27.
- 4- Heaman MI, Sprague AE, Stewart PJ. Reducing the preterm Birth rate: A population Health Strategy. JOGNN. 2000; 30(1): 20-27.
- 5- Cunningham F G. Williams Obstetrics. translated by b, Ghazi Jahani, Tehran: Golban Medical Publisher, 2005: 999.
- 6- Amirshahi M. Reasons of continuity and continuation of breast feeding in premature infants referring to therapeutic educational center Alzahra in Tabriz. Thesis, master of sciences midwifery, Tabriz, Tabriz University of Medical Sciences Nursing Midwifery Faculty; 1386. Fulltext in Persian.
- 7- The Public Health Centr OF USA. Healty people 2010. translated by Davody R, Azma R, Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences. 1384; 450.
- 8- Jeanne Ruiz R. Mechanisms of full-term and preterm labor: factors influencing uterine activity. JOGNN. 1998; 27(6): 652-660.
- 9- Soutt Anne E. Prenatal care for low-income women and the health belief model, a new beginning. community of health nursing. 1997; 14(3):169-180.
- 10- Smaili N. Lifestyle of patients admitted with ischemic coronary in Shahid Lavasany hospital. Thesis master of Sciences Nursing: Tabriz, Tabriz University of Medical Sciences Nursing Midwifery Faculty; 1384. Full text in Persian.
- 11- Mcdonald S, Thompson C. Women's health. Australia: Elsevier, 2005: 90-121.
- 12- Nelson W. Nelson,S Neonatology. translated by Falahatpur M, Fallah R, Tehran: Andisheye rafi, 1382: 59.
- 13- Kaiser LL, Allen L. Nutrition and lifestyle for a Healthy Pregnancy Outcome. Journal of the American dietetic association. 2002; 102: 1479-1490.
- 14- Azgoli G, Nuryazdan SH, Shams J, Alavi Majd H. Fatigue and its related factors in pregnant women referred to-care centers affiliated urban medical university in Isfahan. Shahid Beheshty Journal of Nursing and Midwifery, Winter 1385; 16 (55): 3-11. Full text in Persian.

- 15- Yadollahy P, Davazdahemami SH, Brumandfar Kh, Fathi Zadeh N, The relationship between lifestyle and personal characteristics –pregnancy in pregnant women. *Journal of Researchs in Nursing and Midwifery*. 1385; 33:81. Full text in Persian.
- 16- Alvarado R, Medina E, Aranda W. The effect of psychosocial variables during pregnancy and in birth and gestational age of new born. *Rev Med chi*. 2002; 130 (5): 561-8.
- 17- Vânia Maria de Farias Aragãolet all. Risk factors for preterm births in Sao Luis. *Saúde Pública*. 2004; 20 (1): 57-63.
- 18- Fresu SH A, Harlow SD, Welch k, Gillespie BW. Incidence of and socio-demographic risk factors for still birth, preterm birth and low birth weight among Zimbabwean women. *pediatric and prenatal epidemiology*. 2004; 18: 154-163.
- 19- Zafargandy N, Zafargandy A, Torkestany F, Fallah N, Jadidy F. Prevalence of risk factors for preterm delivery . *Daneshvar*. 1383; 12 (53): 25-29. Full text in Persian.
- 20- Heaman MI. Risk factors for spontaneous preterm birth among aboriginal and non aboriginal women in manitoba. *pediatric and perinatal epidemiology*. 2005; 19: 181-193.
- 21- Lotfalizadeh, M, Mohammadzadeh A, Kamandy SH, Bagery S. Prevalence and risk factors of preterm labor in imam reza hospital, *Journal of Midwifery and Women's infertility*. 1384; 14(2): 160. Full text in Persian.
- 22- Khanjary S, Mola F, Hoseyni F, Farajollahy M. Received prenatal care and factors affecting the care recipients view. *Journal of Iran Nursing*. 1385; 45: 37-46. Full text in Persian.
- 23- Bloebaum L. preterm birth in Utah. *Reproductive health program*. utah department of health. 2003; 4(1):1-8.
- 24- Heaman, MI. Relationships Between physical Abuse during pregnancy and risk factors for preterm birth among women in Manitoba. *JOGNN*. 2005; 34(6): 721-731.
- 25- Suezanne T, Sherman J, Garry J, Cheryl B, Newton ER. Exercise and pregnancy outcome among Urban, low-income, black women. *Ethnicity & Disease*. 2006; 16 (4): 933–937.
- 26- Sheybaye F. Study on lifestyle and its relationship with pregnancy outcomes. Thesis master of Sciences Nursing, Tabriz, Tabriz University of Medical Sciences Nursing Midwifery Faculty, 1383. Full text in Persian.
- 27- Luke B, Brown MB, Misiunas R, Specialized prenatal care and maternal and infant outcomes in twin pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189: 934-938.
- 28- Ruzbahani N, Turkstany Akbari N, Gazerani N. Determining the relationship between the occurrence of premature delivery and consumption of fruit and vegetables before and during pregnancy. *Rahavarde Danesh*. 1383; 27: 13-19. Full text in Persian.
- 29- Elsenbruch S. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. 2007 22(3):869-877.
- 30- Mackey MC, Williams CA, Tiller M. Stress, pre-term labor and birth outcome. Blackwell science ltd. *Journal of advanced nursing*. 2000; 32 (3): 666-679.



## The Effect of Lifestyle on the Rate of Preterm Birth

Kamali Fard M, MSc<sup>1</sup>; Alizadeh R, MSc<sup>2</sup>; Sehati Shafaei F, MSc<sup>3</sup>; Gojazadeh M, PhD<sup>4</sup>

1- MSc in Midwifery, Instructor of Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences.

2- Corresponding Author: MSc Student in Midwifery of Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. E-mail: raziehalizade@yahoo.com

3- MSc in Midwifery, Instructor of Nursing & Midwifery Faculty, Tabriz University of Medical Sciences.

4- PhD in Physiology, Assistant Professor of Tabriz University of Medical Sciences.

### ABSTRACT

**Background & Objectives:** Prematurity is still one of the main causes of neonatal mortality and morbidity that makes a lot of financial, psychosocial and emotional problems.

Although the main cause of preterm labor is unknown but understanding of its risk factors is important for planning health policies for preventing and decreasing the rate of preterm labor. This study aimed to compare lifestyle of women with term and preterm delivery.

**Methods:** This research is a case-control study. Subjects of this study were 132 women with preterm labor and 264 women with term labor that referred to Educational and Medical Center of Alzzahra. The subjects were selected by convenience method and matched in age and educational level. Data were collected by questionnaire containing two sections, demographic characteristics and woman's lifestyle including, nutrition, exercise, smoking and use of alcohol and substance abuse, social support, stress management and self care. Data were analyzed by SPSS with descriptive statistics and statistical tests of t Test, Man Witny U,  $\chi^2$  and Fisher's Exact Test.

**Results:** The results of this study showed significant differences in nutrition, smoking, use of alcohol, substance abuse, social support, stress management and self care between two groups, but the mean score of exercise in term and preterm birth was not statistically significant.

**Conclusion:** The findings of our study suggest that there is a relation between lifestyle in pregnancy and preterm birth. Lifestyle is changeable and achieving this aim is possible by efforts to increase health education.

**Key words:** Lifestyle; Preterm Labor; Term Labor