

چکیده

مقدمه و هدف: با توجه به این که سلامت روانی مادر در شکل گیری سلامت نوزاد نقش مهمی را ایفا می کند، لذا هدف مطالعه حاضر، بررسی اثر اضطراب مادر در دوران بارداری بر روند زایمان و سلامت نوزاد می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است. تعداد ۱۵۰ نمونه به روش نمونه گیری آسان به مطالعه وارد شدند. ابزارگردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه حالت و صفت اشیپیلبرگر، پرسشنامه بررسی ناهنجاریهای نوزاد و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی بود. پرسشنامه ها بلافاصله پس از مساعد شدن وضعیت واحدهای مورد پژوهش به وسیله آنها تکمیل شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب زنان باردار به ترتیب $۳۳/۳۳ \pm ۴۲/۲۶$ برای اضطراب آشکار و $۷۵ \pm ۳۸/۷۰$ برای اضطراب پنهان بود. یافته های این مطالعه نشان داد که بین طول مدت حاملگی و اضطراب پنهان ($r = - ۰/۱۹۰, p < ۰/۰۵$) و بین تعداد فرزندان و اضطراب آشکار زنان باردار ($r = - ۰/۱۷۸, p < ۰/۰۵$) رابطه معنی داری از لحاظ آماری وجود دارد. همچنین بین سابقه سقط قبلی و اضطراب آشکار و پنهان، علاقه به بارداری و اضطراب آشکار و پنهان، سابقه زایمان سخت و اضطراب پنهان، سابقه تولد نوزاد کم وزن و اضطراب پنهان رابطه معنی داری از لحاظ آماری وجود داشت ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش می توان نتیجه گرفت وضعیت روانی مادر در دوره بارداری بر روند زایمان و سلامت نوزادان مؤثر است.

واژه های کلیدی: اضطراب، زنان باردار، پیامدهای زایمان

۱. کارشناس ارشد پرستاری بهداشت روان، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری حضرت زینب (س) لار (نویسنده مسئول).

تلفن تماس: ۰۹۱۷۳۸۲۱۹۵۹، (Mrbazr@sums.ac.ir)

۲. کارشناس ارشد پرستاری داخلی جراحی گروه پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد لار

اضطراب حالتی است که هر انسانی آن را در اثر تحت فشار بودن یا تنش تجربه می کند اما گاهی اضطراب با حوادث مکانی و زمانی تناسب ندارد و منجر به بروز علائم مخرب و هشداردهنده در انسان می گردد. گاهی نیز اضطراب تنها روی خود فرد اثر ندارد بلکه زندگی آینده کودک وی را نیز به خطر می اندازد. زایمان رویدادی استرس زا در طول زندگی زنان است که اغلب با اضطراب همراه است. نگرانی در مورد ناهنجاری نوزاد، درد زایمان، پذیرفتن مسؤولیت و مادری کردن از جمله منابع اضطراب مادران قبل از زایمان است^(۱). درک مسؤولیت و وظایف سنگین مادری، احساسات متضاد شور و نشاط از یک طرف و نگرانی و وحشت و اضطراب از طرف دیگر، حالات ناپایداری را در زن ایجاد می کند. گروه نسبتا کثیری از زنان از بارداری و زایمان ترس و وحشت زیادی دارند و به تصور اینکه زایمانشان غیر طبیعی و سخت بوده و یا اینکه نوزادشان بعد از وضع حمل به علت نقص خلقت و یا بیماریهای دیگر تلف گردند دائما در بیم و هراس می باشند. همچنین روحیه زن هنگام بارداری شدن ممکن است به سبب علاقه شدید به جنس خاص، فرهنگ حاکم بر خانواده و جامعه نسبت به بارداری و جنس نوزاد، عدم علاقه به حامله شدن و داشتن بچه تغییر کند^(۲).

Enderson و همکاران (۲۰۰۳) در یک مطالعه جمعیت نگر در سوئد دریافتند که میزان شیوع نقطه ای اختلالات روانی در دوران حاملگی ۱۴ درصد است (منظور از شیوع نقطه ای، میزان شیوع در یک مقطع خاص زمانی است)،

که از این میزان ۶/۶ درصد مربوط به اختلالات اضطرابی بود^(۳). اضطراب دوران بارداری می تواند باعث پیامدهای مهمی از جمله زایمان زودرس، تولد نوزاد کم وزن، زجر جنینی و برخی ناهنجاریهای نوزادی مانند شکاف کام (Cleft palate) و (pyloric stenosis تنگی پیلور) گردد. همچنین اضطراب زن باردار روی خود وی تاثیر گذاشته و سبب ادراک منفی نسبت به زایمان، تولد، ترسهای غیر ضروری در مورد تولد بچه و مادر شدن، خود درمانی با الکل یا محدودیت فعالیت گردد^(۱). نتایج تحقیقی که در سال ۲۰۰۶ توسط Punamaki و همکاران انجام شد، نشان داد که سطح اضطراب دوران حاملگی و مشکلات بالینی هر دو باعث کاهش سلامت نوزاد می شوند^(۴). زنانی که در دوران بارداری استرس و نگرانی شدید دارند به احتمال بیشتری نوزادان نارس بدنیا می آورند که این نوزادان غالبا خصوصیاتی چون تغذیه نامنظم، نفخ و دل دردهای شدید، بی خوابی های شبانه، گریه های ممتد و بالاخره نیاز مبرم به اینکه در بغل گرفته شوند را از خود بروز می دهند^(۲). Hansen و همکاران در سال ۲۰۰۱ تحقیقی با عنوان رخدادهای حاد زندگی و ناهنجاریهای مادرزادی انجام دادند و نتیجه گرفتند بین ناهنجاریهای صورت- جمجمه ای، ناهنجاریهای قلبی و اضطراب زنان باردار رابطه وجود دارد^(۵). همچنین تحقیقات نشان داده است بین سقط جنین و اضطراب زن باردار رابطه وجود دارد^(۶).

مطالعه پایلوتی با ۲۱ نمونه انجام شد. تعداد نمونه بر اساس انحراف معیار ۸/۷۴ به دست آمده از مطالعه پایلوت همچنین با میزان دقت ۱/۵، ۱۳۰ نفر محاسبه گردید (میزان دقت مطالعه با استناد به فرانس های آماری برابر با ۱۰٪ میزان شیوع گرفته شد. از آنجا که میزان شیوع اضطراب در زنان باردار ایرانی طی مطالعات به عمل آمده در ایران برابر با ۱۵ درصد می باشد دقت مطالعه ۱/۵ درصد در نظر گرفته شد) (۱۲، ۱۳). به منظور جلوگیری از افت تعداد نمونه با احتمال ۱۰٪ خطای برآورد، تعداد ۱۵۰ پرسشنامه بین نمونه های مورد پژوهش توزیع گردید. ابزار گرد آوری داده ها در این مطالعه عبارت بود از: فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه بررسی ناهنجاریهای نوزادی و پرسشنامه حالت و صفت (*State – Trait Anxiety Inventory (STAI)*)، که از دو قسمت سنجش اضطراب آشکار و اضطراب پنهان تشکیل شده است. در ادبیات اضطراب، بین پرسشنامه های اضطراب آشکار و پنهان تمایزی وجود دارد، اضطراب پنهان استعداد کلی پاسخ به بسیاری از موقعیت ها با سطح اضطراب بالا است. از سوی دیگر، اضطراب آشکار اختصاصی تر بوده و به اضطراب فرد در یک لحظه خاص اشاره می کند^(۱۴). این پرسشنامه حاوی ۴۰ سوال کوتاه است که به صورت مثبت و منفی تنظیم شده است و هر سوال دارای ۴ گزینه است، که به هر گزینه وزنی بین ۱-۴ تخصیص می یابد. مهram (۱۳۷۲) این پرسشنامه را در ایران استاندارد سازی کرد و از طریق فرمول آلفای کرونباخ، پایایی ۰/۹۱ را برای آن محاسبه نمود^(۱۵). در

اضطراب دوران بارداری شانس ابتلاء زن باردار به پرفشاری خون دوره بارداری (*preeclampsia*) و زایمان پیش از موعد را افزایش می دهد^(۷،۸). اضطراب زن باردار می تواند بروی رشد مغز جنین نیز تاثیر منفی داشته باشد^(۹).

Huizink در مطالعه ای در شهر *Netherlands* دریافت زنان باردار مضطرب بچه های با نمره روانی - حرکتی پایین تر و با مشکلات رفتاری بیشتری به دنیا می آورند^(۱۰). همچنین تحقیقات نشان داده است اضطراب زنان در دوران بارداری می تواند باعث مشکلات متابولیکی و قلبی در نوزادان گردد^(۱۱). با این وجود جهت تایید رابطه اضطراب زنان در دوران بارداری و پیامدهای آن از جمله تاثیر اضطراب زنان باردار بر ناهنجاریهای سیستمهای اسکلتی، قلبی - عروقی، سیستم عصبی، دستگاه ادراری تناسلی و دستگاه گوارش مطالعات بیشتری احساس می شود. لذا این پژوهش با هدف بررسی تاثیر اضطراب زنان باردار بر پیامدهای زایمان در بیمارستانهای وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز در شهرستان لار انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی - تحلیلی است. محیط پژوهش در این مطالعه بیمارستان های شهرستان لار وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز بود. نمونه های تحقیق زنانی بودند که به روش طبیعی یا سزارین زایمان کرده بودند. روش نمونه گیری در این پژوهش، نمونه گیری آسان (در دسترس) بود. برای برآورد حجم نمونه

به بالا بودند. رابطه طول مدت حاملگی و اضطراب پنهان ($r = -0/190, p = 0/034$)، تعداد فرزندان و اضطراب آشکار با ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت ($r = -0/178, P = 0/039$) و رابطه معنی داری از لحاظ آماری یافت شد (جدول شماره ۲).

ابتدا پس از اخذ مجوز از دانشکده پرستاری حضرت زینب(س) لار و مسئولین بیمارستانهای شهرستان لار و اخذ فرم رضایت نامه آگاهانه از واحدهای پژوهش، پرسشنامه ها توسط نمونه ها تکمیل و در نهایت اطلاعات با نرم افزار آماری *SPSS* تجزیه و تحلیل شد. آزمونهای آماری مورد استفاده در این مطالعه آماره کروسکالوالیس، ضریب همبستگی پیرسون و آماره من وینی یو بود. ضریب اطمینان برای این مطالعه ۹۵ درصد ($= 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته ها

از میان ۱۵۰ نفر شرکت کننده، ۱۴۵ نفر به سوالات پاسخ دادند که میانگین و انحراف معیار سنی این افراد $5/56 \pm$ ۲۶/۳۲ بود. اکثر افراد در محدوده سنی ۲۵ - ۲۱ سال بودند (۳۶/۶ درصد) و مدرک تحصیلی سیکل داشتند (۳۴/۵ درصد). از نظر تعداد فرزندان اکثرا تک فرزند بودند (۶۰/۶۹ درصد). از نظر مراجعه به مرکز بهداشت اکثرا ماهانه مراجعه داشتند (۴۹ درصد). ۸۶ نفر از شرکت کنندگان سابقه زایمان غیر طبیعی را نداشتند. همچنین ۹۴/۵ درصد از شرکت کنندگان سابقه بیماری یا ناهنجاری یا مشکل خاصی را در نوزادان قبلی ذکر نکردند. از نظر وجود مشکلات سلامتی، ۲۸/۰۶ درصد نمونه ها دارای مشکلات قلبی عروقی و مشکلات متابولیکی بودند و اکثرا به بارداری علاقه کامل داشتند (۴۶/۹ درصد) (جدول شماره یک).

۳۸ درصد نمونه های مورد پژوهش دارای اضطراب آشکار متوسط به بالا و ۴۳ درصد دارای اضطراب پنهان متوسط

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب خصوصیات جمعیت شناختی (n= ۱۴۵)

درصد	فراوانی	شاخص		درصد	فراوانی	شاخص	
		متغیر	متغیر			متغیر	متغیر
۲۸/۰۶	۱۶	قلبی-عروقی	مشکلات سلامتی	۱۳/۱	۱۹	۲۰ >	
۲۸/۰۶	۱۶	متابولیکی		۳۶/۶	۵۳	۲۱-۲۵	
۸/۷۸	۵	روانی-عاطفی		۳۰/۳	۴۴	۲۶-۳۰	
۳۵/۱۰	۲۰	سایر موارد		۱۱	۱۶	۳۱-۳۵	
				۹	۱۳	>۴۰	
۵۹/۳	۸۶	بدون سابقه	سابقه زایمان غیر طبیعی (سقط و زایمان مشکل)	۳/۴۲	۵	بی سواد	
۲۶/۲	۳۸	یک بار		۲۷/۵۸	۴۰	ابتدائی	
۹/۷	۱۴	دوبار		۳۴/۵	۵۰	سیکل	
۴/۸	۷	سه بار		۳۴/۵	۵۰	دیپلم	
۹۴/۵	۱۳۷	بدون سابقه	سابقه ناهنجاری یا بیماری خاص نوزاد	۵۴/۹۳	۷۸	پسر	یک فرزند
				۴۵/۰۷	۶۴	دختر	
۴۳/۷۵	۱۴	پسر		دو فرزند			
۵۶/۲۵	۱۸	دختر					
۵/۵	۸	یک بار		۱۳/۸۵	۹	پسر	سه فرزند
				۸۶/۱۵	۵۶	دختر	
				۱۰۰	۳	پسر	چهار فرزند
				۰	۰	دختر	
۴۶/۹	۶۸	کاملاً علاقه مند	میزان علاقه به بارداری	۱/۴	۲	روزانه	
۳۷/۲	۵۴	علاقه مند		۴۸/۹۶	۷۱	هفتگی	
۹	۱۳	علاقه مندی در حد متوسط		۴۶/۸۹	۶۸	ماهانه	
۶/۲	۹	عدم علاقه		۲/۰۷	۳	عدم ارتباط	
۰/۷	۱	نظری ندارم		۰/۶۸	۱	نمی دانم	
				مراجعه به مرکز بهداشتی			

جدول شماره ۲- همبستگی بین اضطراب آشکار و اضطراب پنهان زنان
باردار با سن مادر، تعداد فرزندان و طول مدت حاملگی واحدهای مورد پژوهش

متغیرها	اضطراب	آشکار	پنهان
سن		۰/۴۱۲	۰/۵۶۷
تعداد فرزندان		*- ۰/۱۷۸	۰/۰۰۱
طول حاملگی		- ۰/۱۶۵	*- ۰/۱۹۰

*سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵

تحصیلات مادر، میزان دسترسی به خدمات بهداشتی، مشکلات سلامتی مادر، بیماری نوزاد، سابقه مرده زائی مادر با آماره کروسکالوالیس مورد بررسی قرار گرفت و رابطه معنی داری یافت نشد ($p > 0/05$) (جدول شماره ۳). رابطه جنسیت نوزاد و میزان اضطراب آشکار و پنهان نیز با آزمون من ویتنی یو مورد بررسی قرار گرفت رابطه معنی داری یافت نشد ($p > 0/05$). (جدول شماره ۴)

همچنین رابطه سابقه سقط قبلی و اضطراب آشکار و پنهان، علاقه به بارداری و اضطراب آشکار و پنهان، سابقه زایمان سخت و اضطراب پنهان، سابقه تولد نوزاد کم وزن و اضطراب پنهان با آماره آزمون کروسکالوالیس مورد بررسی قرار گرفت و رابطه معنی داری از لحاظ آماری یافت شد ($p < 0/05$). همچنین در این تحقیق رابطه اضطراب آشکار و اضطراب پنهان زنان باردار و سطح

جدول شماره ۳- همبستگی بین اضطراب آشکار و پنهان واحدهای مورد پژوهش با سطح تحصیلات، میزان دسترسی به

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	آمار کروسکالوالیس	سطح معنی داری
سطح تحصیلات	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۴	۰/۱۶۱
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۴	۰/۰۵۴
میزان دسترسی به خدمات بهداشتی	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۴	۰/۴۶۸
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۴	۰/۵۳۳
مشکلات سلامتی	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۴	۰/۱۷۵
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۴	۰/۲۴۰
سابقه سقط	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۳	۰/۰۰۲
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۳	۰/۰۲۱
علاقه به بارداری	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۴	۰/۰۴۶
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۴	۰/۰۴۱
بیماری نوزاد	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۱	۰/۳۳۴
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۱	۰/۴۰۶
سابقه زایمان سخت	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۳	۰/۰۷۸
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۳	۰/۰۲۵
مرده زائی	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۱	۰/۱۳۷
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۱	۰/۱۶۸
سابقه تولد نوزاد کم وزن	آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۲	۰/۳۳۸
	پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۲	۰/۰۴۱

جدول شماره ۴- همبستگی بین اضطراب آشکار و پنهان واحدهای مورد پژوهش با جنسیت نوزاد

جنسیت اضطراب	میانگین	انحراف معیار	آماره من ویتنی	سطح معنی داری
آشکار	۴۲/۲۶	۱۳/۳۳	۲۲۱۰/۵	۰/۵۳۴
پنهان	۴۲/۷۰	۱۰/۷۵	۱۹۷۳/۵	۰/۵۷۷

بحث

دارند به احتمال بیشتری نوزاد نارس بدنیا می آورند^(۴). در توجیه این مطلب می توان گفت اضطراب زیاد مادر باعث کاهش جریان خون به سرخ رگهای رحم شده و این حالت ممکن است باعث تولد نوزاد با وزن کم شود^(۹،۱۰).

همچنین بین سابقه سقط مادر و اضطراب در هر دو بعد آشکار و پنهان رابطه معنی داری یافت شد. در تحقیقی که *kurki* و همکاران (سال ۲۰۰۰) در فنلاند انجام دادند به نتایج مشابه ای دست یافتند^(۶). در این مورد *Geller* می افزاید سابقه مرگ جنین یا نوزاد تجربه مخربی در زندگی زنان باردار بوده، که ممکنست منجر به بروز اضطراب شدید در طی حاملگی بعدی گردد^(۱۷). در این تحقیق بین سابقه زایمان سخت (دیستوشی) و اضطراب پنهان رابطه معنی داری یافت شد. دیستوشی به معنی زایمان سخت است که با پیشرفت آهسته زایمان مشخص می گردد. اضطراب زن باردار سبب افزایش اپی نفرین می شود و افزایش اپی نفرین می تواند سبب دیستوشی گردد^(۱۸). بطور حتم تجربه ناخوشایند مادر در زایمانهای قبلی باعث ترس از زایمان زن باردار در دفعات بعد خواهد شد که این مساله باعث مضطرب شدن زن باردار در دوره

از آنجا که ۳۸ درصد از نمونه های مورد مطالعه دارای اضطراب آشکار متوسط به بالا و ۴۳ درصد دارای اضطراب پنهان متوسط به بالا بودند این یافته ها نشان دهنده شیوع بالای اختلالات اضطرابی بین واحدهای مورد پژوهش می باشد. *Thalassios* در طی تحقیقی میزان اضطراب در مراحل مختلف بارداری را ۱۵-۱۳ درصد گزارش نمود^(۱۶). در تحقیقی که توسط *Enderson* و همکاران در سال ۲۰۰۳ در یک مطالعه جمعیت نگر در سوئد انجام دادند دریافتند که میزان شیوع نقطه ای اختلالات روانی در دوران بارداری ۱۴ درصد است که از این میزان ۶/۶ درصد مربوط به اختلالات اضطرابی بود^(۳). یافته های این مطالعه نشان داد که اضطراب زنان در دوران بارداری بر وزن نوزاد در تولدهای قبلی و طول مدت حاملگی زنان تاثیر گذاشته بطوری که باعث تولد نوزاد با وزن کم گردیده است. در تایید این امر می توان به نتایج حاصل از تحقیقی که توسط *punamaki* و همکاران (سال ۲۰۰۶) انجام شد اشاره کرد که مطالعه آنها نشان داد زنانی که در دوران بارداری اضطراب و نگرانی شدید

نتیجه گیری

بر اساس یافته های حاصل از این مطالعه می توان نتیجه گرفت وضعیت روانی مادر در دوره بارداری بر روند زایمان و سلامت نوزادان مؤثر است، بنابراین بکارگیری تمهیداتی برای کاهش میزان اضطراب اینگونه زنان در دوران بارداری ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از کلیه مادران و ماماهاى بیمارستانهای شهرستان لار و همچنین از کلیه همکارانی که در جمع آوری اطلاعات همکاری داشتند سپاسگزارند.

بارداری آتی میشود که این خود میتواند خطر زایمان سخت در زن باردار را افزایش دهد^(۳). بین میزان علاقه به بارداری و اضطراب(در هر دو بعد) نیز رابطه آماری منفی وجود داشت بطوری که با افزایش میزان علاقه زن باردار میزان اضطراب وی کاهش می یافت که به نظر می آید امری مسلم باشد. نتایج حاصل از این مطالعه ارتباطی بین اضطراب زنان باردار و سایر پیامدهای زایمانی را نشان نداد. اما مطالعات متعددی نشان می دهد که اضطراب دوران بارداری می تواند باعث پیامدهای مهمی در نوزادان مانند کام شکافته، تنگی اسفنکتر پیلور، زایمان پیش از موعد، مشکلات روانی-حرکتی، رفتاری، متابولیکی و قلبی شود (۱،۵،۶،۷،۸،۹،۱۰).

منابع

1. Shayeghian Z, Rasol Zade Tabatabaek, Louye Sedighi L. Effect of Maternal Anxiety during final 3 months period of pregnancy on labour process and neonatal health. *Journal of nursing and midwifery of Tehran Medical University*. Vol 14, N 3 & 4. 1387, P 57-64.
2. Helm Seresht P, Delpishe A. *Nursing and mother and child health*. Tehran: Chehr publication, 1379. P 62-63.
3. Ghazy Jahani B. *Williams Pregnancy and labour*. Tehran, Golban Publication, 22th ed. 1384. P 1434-5.
4. Punamäki RL, Repokari L, Vilska S, Poikkeus P, Tiitinen A, Sinkkonen J, Tulppala M., *Maternal mental health and medical predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: does former infertility matter? volume 29, issue 2, 2006 pp: 230-242.*
5. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations. A national

- study with a complete follow-up, *Ugeskr Laeger*. 2001 Feb 19; 163(8):1051-7.
6. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2000 Apr; 95(4):487-90.
7. Baecke M, Spaanderman ME, Van Der Werf SP. Cognitive function after pre-eclampsia: an explorative study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009 Mar; 30(1):58-64.
8. Wadhwa PD, Garite TJ, Porto M, Glynn L, Chicz-DeMet A, Dunkel-Schetter C, Sandman CA. Placental corticotropin-releasing hormone (CRH), spontaneous preterm birth, and fetal growth restriction: a prospective investigation. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Oct; 191(4):1063-9.
9. Koenig JI, Kirkpatrick B, Lee P. Glucocorticoid hormones and early brain development in schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2002 Aug; 27(2):309-18.
10. Huizink AC. Prenatal stress and its effects on infant development. Academic Thesis, University Utrecht, The Netherlands; 2000. p. 1– 217.
11. Van Dijk AE, Van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJ, Vrijkotte TG. Cardio-metabolic risk in 5-year-old children prenatally exposed to maternal psychosocial stress: the ABCD study. *BMC Public Health*. 2010 May 14; 10(1):251.
12. Jannati Y, Khaki N, *Psychiatry and midwifery*. Tehran, jame negar publication. 1384. P 122-124.
13. Kazem M, Malek Afzali H. *Statistical methods and health indexes*. Tehran. Salman Publication. 12th ed. 1383:94.
14. Spielberger. C.K. Gorsuch R.L. Lushene R. Vagg P.R. Jacobs G.A. *Manual for State-Trait Anxiety inventory* Palo Alto CA: (1983); Consulting Psychologists Press.
15. Mahram B. *Standardization of Eshpil burger anxiety test in Mashad*. Thesis in master degree. Allame Tabatabaee. 1373. P 76.
16. Kaplan H, Sadock B.J. "Synopsis of Psychiatry Behavioral Science Clinical Psychiatry." Lippincott Williams & Wilkins Publisher. Chap 16. 2003. Vol: 1, 9th ed: 591-593.
17. Geller PA. Pregnancy as a stressful life event. *CNS Spectr*. 2004 Mar; 9(3):188-97.
18. Faramarzi M, Esmaelzade S. *effectiv factors related to labour distoshia*. *Scientific Journal of Gorgan medical university*. 1384. P 66-71.

*The relationship between women's anxiety during pregnancy and labor outcomes in
Larestan hospitals (2009)*

Bazr Afshan MR. Mahmoodi Rad A.

Abstract

Background & Objective: *in regard to importance of maternal mental health and its effect on forming neonatal health , the main purposes of this article were assessment the effects of maternal anxiety on pregnancy outcome and neonatal' health .*

Materials & Methods: *A descriptive-analytical study was done to determine relationship between variables and a convenience sampling procedure adapted in order to select subjects (n=150). State and trait anxiety inventory, health assessment checklist and demographic variables form were applied and completed by subjects immediately after stabilizations of theirs post partum conditions.*

Results: *The mean of state and trait anxiety scores in pregnant women were 42.26 ± 13.33 and 38.70 ± 10.75 respectively. There were a relationship between period of pregnancy and trait anxiety score ($r = -0/190$, $p = <.05$) and between number of children and stat anxiety score ($r = -0/178$, $p = <.05$). Also a significant relationship was found ($p = <.05$) between previous history of abortion and stat & trait anxiety scores, pregnancy interest and stat & trait anxiety scores, previous history of Dystocia and trait anxiety score, previous history of low birth weight and trait anxiety score.*

Conclusion: *ultimately, According to the results of this study we can conclude that maternal mental status could affect pregnancy outcomes and neonatal' health.*

Key words: *Anxiety, Pregnant women, Labor outcome*