مرور سیستماتیک
Systematic Reveiw

پیشگیری از معلولیت با تأکید بر سبک زندگی مادر در دوران بارداری از دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت

زهره محمودی[۱]، *مسعود کریملو[۲]، حمیرا سجادی[۳]، معصومه دژمان[۴]، مروئه وامقی[۵]

Using Social Determinants of Health to Prevent Disability by Laying Emphasis on Maternal Lifestyle during Pregnancy

Mahmoodi Z.[1], Karimlou M.[2], Sajjadi H.[3], Dejman M.[4], Vameghi M.[5]

چکیده

زمینه و هدف: در طول عمر مراحل حیاتی خاص وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی فرد می‌گذارد یکی از این مراحل بسیار حساس و مهم در زندگی زنان، دوران بارداری است. تأثیر این دوران بر رشد و سلامتی مادر و جنین و به‌طبع آن نوزاد و کودک آینده بسیار گسترده و فراگیر است. سلامت مادر در دوران بارداری و به دنبال آن زایمان و تولد نوزاد سالم تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی (بیماری‌ها، مسائل ژنتیکی و...) و غیربیولوژیکی یا به‌عبارت دیگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت است.

هدف این پژوهش ارائهٔ اطلاعات در ارتباط با پیشگیری از معلولیت با تأکید بر سبک زندگی مادر در دوران بارداری از دیدگاه تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت بوده است.

روش‌بررسی: این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی با مرور اسناد، منابع کتابخانه‌ای و مقالات موجود در ارتباط با سبک زندگی و نقش آن در نتایج بارداری، با استفاده از کلمات کلیدی سبک زندگی، بارداری، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و معلولیت انجام شد.

نتیجه‌گیری: برخی از مشکلات بهداشتی به سهولت رفع‌شدنی هستند (مانند بستن کمربند ایمنی) اما بسیاری از مشکلات بهداشتی نظیر عدم تحرک فیزیکی، تغذیهٔ نامناسب، استعمال سیگار و سوء مصرف مواد، ریشه در فرهنگ و شرایط اقتصادی‌اجتماعی دارند و رویارویی با آن‌ها بسیار مشکل است.

کلیدواژه‌ها: سبک زندگی، بارداری، معلولیت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت.

Abstract

Background: In life, there are certain critical stages that deeply affect one's life. One of the most critical and important stages in a woman's life is pregnancy. The effect of this period on maternal and fetal health and subsequently on neonatal and child health in the future is very extensive. Maternal health, delivery, and birth of a healthy baby are affected by biological (diseases, genetic, etc.) and non-biological factors or otherwise social determinants of health.

The purpose of this study was to provide information on disability prevention using social determinants of health, by laying emphasis on maternal lifestyle during pregnancy.

Methods: In this descriptive study we reviewed the documents, library resources and articles that were related to lifestyle and its role on pregnancy outcomes with the following keywords: lifestyle, pregnancy, social determinants of health, and disability.

Conclusions: Some health issues are easily preventable (e.g. fastening the seatbelt), but many others like physical inactivity, poor nutrition, smoking and substance abuse are deeply rooted in one's culture and socio-economic status, and are very difficult to deal with.

Keywords: Lifestyle, Pregnancy, Social Determinants of Health, Disability

دریافت: ۱۳۹۲/۱/۱۴
پذیرش: ۱۳۹۲/۲/۵

Received: 3/4/2013
Accepted: 25/4/2013

۱. دانشجوی دکتری پژوهشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۲. دکترای آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۳. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۴. دکترای تخصصی بهداشت روان، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛ ۵. دکترای تخصصی روانپزشکی، استادیار مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکیار، دانشگاه علوم بهریستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت؛ ***تلفن**: ۱۴۶ ۸۰ ۲۲۱ ۰۲۱؛ ***رایانامه**: mkarimlo@yahoo.com

1. PhD Student of Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; 2. PhD in Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Associate Professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran; 3. MD, Social Determinants of Health Research Center, Assistant Professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences,Tehran, Iran; 4. PhD in Mental Health, Social Determinants of Health Research Center, Assistant Professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences ,Tehran, Iran; 5. MD, Social Determinants of Health Research Center, Assistant Professor of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author's Address:** Social Determinants of Health Research Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences. Tehran, Iran; **Tel**: 021-22180146; **E–mail**: mkarimlo@yahoo.com

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

مقدمه

در طول عمر، مراحل حیاتی خاصی وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی فرد می‌گذارد. حاملگی یکی از این دوران با اهمیت زندگی است. زیرا بارداری برای زن کامل نوعی تحقق تمامیت و کمال است و تولیدمثل ابدی‌بودن را ارضاء می‌کند. این دوران حساس‌ترین و مهم‌ترین مرحلهٔ زندگی زنان را تشکیل می‌دهد و تأثیر این دوران بر رشد و سلامتی مادر و جنین و به‌طبع آن نوزاد و کودک آینده بسیار گسترده و فراگیر است (۱). بارداری، تولد نوزاد و مادر شدن می‌تواند دورانی پر از شعف و شادی برای افراد خانواده به‌ویژه زنان باشد. گرچه متأسفانه در اکثر کشورهای در حال توسعه، هنوز این دوران با پیامدهای ناگواری برای مادر و نوزاد همراه است. میلیون‌ها زن و کودک از حوادث مرتبط با بارداری، عفونت‌ها، بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و معلولیت‌ها در رنج هستند که می‌تواند سراسر عمر آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۲).

تجارب اولیهٔ دوران کودکی (که عبارت است از رشد پیش از زایمان تا ۸ سالگی) پایه‌هایی حیاتی را برای تمام دوران زندگی بنا می‌کنند. سرمایه گذاری در سال‌های اولیه بزرگ‌ترین پتانسیل را برای کاهش بی‌عدالتی‌های سلامت، درون یک نسل فراهم می‌آورد (۳). مزایای سرمایه‌گذاری برای ارتقاء سلامتی در این دوران عبارت است از سلامتی کودکان خردسال، بهبود سلامتی در سراسر دوران زندگی و بازده اقتصادی به جامعه از طریق کاهش هزینه‌های مراقبتی و افزایش بهره‌وری اقتصادی (۴). به همین دلیل صاحب‌نظران شروع زندگی سالم را به‌عنوان اولویت اجرایی برای هر کودک بیان نموده‌اند (۵). اثرات یک شروع خوب در زندگی، یعنی حمایت مناسب از مادران و فرزندان، برای یک عمر باقی می‌ماند. کندی رشد و ضعف حمایتی می‌تواند باعث افزایش خطرات جسمانی در طول زندگی و کاهش قدرت ادراکات احساسی- عملکردی در دوران بزرگسالی شود (۶). علی‌رغم تمامی پیشرفت‌های صورت گرفته در پزشکی همچنان میلیون‌ها کودک با معلولیت‌های جسمی و ذهنی هر سال در جهان متولد می‌شوند. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی از ۵۰۰ میلیون معلول نزدیک به ۸۰ درصد آن‌ها در کشورهای جهان سوم زندگی می‌کنند. از این تعداد یک سوم را کودکان تشکیل می‌دهند؛ انسان‌هایی که در آغاز زندگی قرار دارند و باید عمری را با معلولیت سپری کنند (۷).

بروز معلولیت، مشکلات عمده‌ای را برای فرد معلول، خانوادهٔ او و جامعه ایجاد می‌کند. در بسیاری موارد، عوارض ناشی از معلولیت غیرقابل درمان است و باعث ایجاد یک نقصان جسمانی یا روانی می‌شود (۸). در مقاطع مختلف رشد و در سنین مختلف عوامل گوناگونی در ایجاد معلولیت‌ها دخالت دارند اما با توجه به بررسی‌های انجام شده، به جرأت می‌توان گفت که دوران جنینی انسان، حساس‌ترین زمان از نظر پیدایش معلولیت به شمار می‌آید. به این ترتیب انجام مراقبت‌های دوران بارداری و آموزش‌های لازم مربوط به این دوران بسیار با اهمیت است (۲).

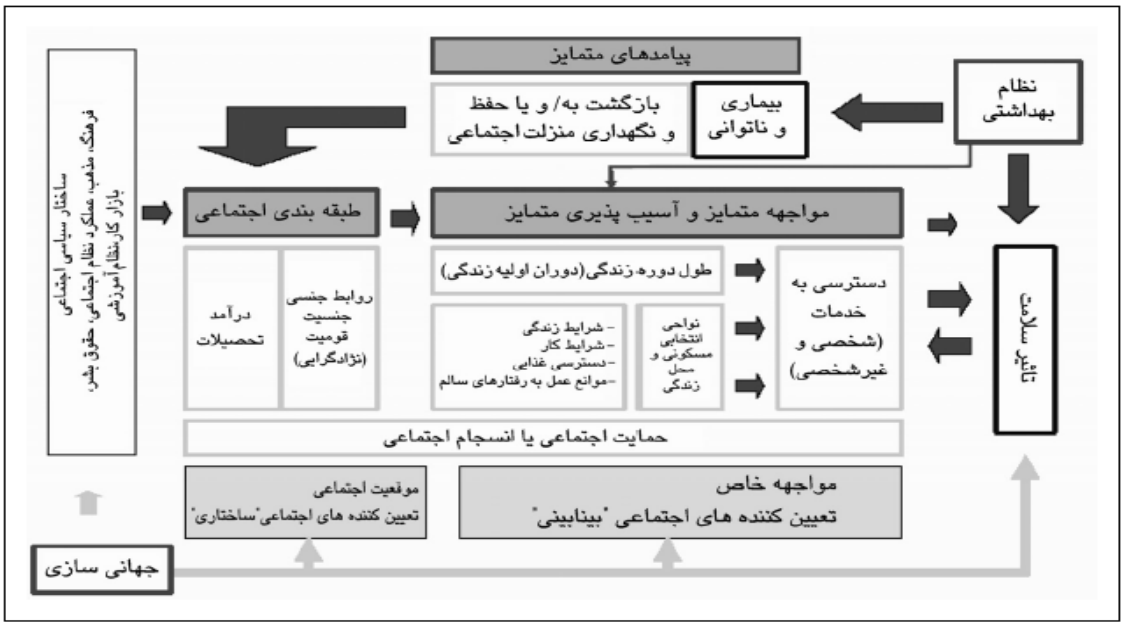
سلامت مادر در دوران بارداری و به دنبال آن زایمان و تولد نوزاد سالم تحت تأثیر عوامل بیولوژیکی (بیماری‌ها، مسائل ژنتیکی و...) و غیربیولوژیکی یا به‌عبارت دیگر تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت است. نتایج تحقیقات مراکز معتبر علمی جهان در دهه‌های اخیر نشان داده است، از میان عواملی که سلامتی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند عوامل اجتماعی تأثیر بیشتری دارند (۹).

بر طبق چهارچوب مفهومی این تعیین‌کننده‌ها، عوامل کلیدی مؤثر بر سلامت عبارتند از: ۱. تعیین‌کننده‌های اجتماعی و سیاسی (نهادهای سیاسی و فرآیندهای اقتصادی، فرهنگ، عملکرد نظام اجتماعی)؛ ۲. عوامل ساختاری (این عوامل شامل: تحصیلات، درآمد، جنسیت، نژاد، قومیت و وضعیت حرفه‌ای است و سبب به وجود آوردن گروه‌های مختلف از موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی نابرابر می‌شود که نهایتاً طبقهٔ اجتماعی فرد را شکل می‌دهد)؛ ۳. قسمت میانی (مدل تعیین‌کننده‌های اجتماعی واسط را نشان می‌دهد). در حقیقت این مدل میانی نشانگر این موضوع است که تعیین‌کننده‌های ساختاری بطور مستقیم بر سلامت فرد تأثیر ندارد بلکه توسط تعیین‌کننده‌های واسط یا بینابینی اثرات خود را اعمال

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

می‌کند. این عوامل بر یکدیگر و نهایتاً سلامتی تأثیر می‌گذارند (شکل ۱) (۱۰).



شکل۱. چهارچوب عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت (۱۱)

بر طبق این مدل سبک زندگی که از تعیین‌کننده‌های واسط است، به طرق مختلف بر سلامتی مادر و کودک تأثیر می‌گذارد. برخی از تحقیقات نشان داده‌اند که سبک زندگی ناسالم، خطر زایمان نوزاد کم‌وزن و یا زودرس را افزایش می‌دهد (۱۲).

تعاریف متعددی برای سبک زندگی مطرح شده است؛ به‌طور مثال: تیرا[1] در کتاب خود از آلفرد آدلر به‌عنوان یکی از پیشگامان تعریف سبک زندگی یاد می‌کند و بر طبق نظر او «هر فرد سبک مخصوص به خود دارد که می‌تواند کم و بیش شبیه سبک زندگی دیگر افراد باشد اما هرگز دقیقاً مثل هم نیست. سبک زندگی از طریق قدرت خلاق درونی هر فرد در طول سال‌های زندگی از دوران کودکی و نه به‌دلیل وراثت گسترش می‌یابد». درکنار ریشهٔ فردی آن سبک زندگی از واحدهای رفتار، افکار، احساسات و اعمال (هم آگاهانه و هم غیرآگاهانه) که منعکس‌کننده تلاش افراد برای انتخاب است ایجاد می‌شود (۱۳). مهدوی‌کنی به نقل از مک کی (۱۹۶۹) سبک زندگی را «الگویی برآمده از ارزش‌ها و باورهای مشترک یک گروه یا جامعه که به‌صورت رفتارهای مشترک ظاهر می‌شود» تعریف می‌کند. اصطلاحی که در موارد متعدد با فرهنگ مترادف است (۱۴). شالچی نیز به نقل از بوردیو (۱۹۸۴) سبک زندگی را «اعمال طبقه‌بندی‌شده و طبقه‌بندی‌کنندهٔ فرد در عرصه‌هایی چون تقسیم ساعات شبانه روز، نوع تفریحات و ورزش، شیوه‌های معاشرت، اثاثیه و خانه، آداب سخن گفتن و راه رفتن که در واقع عینیت‌یافته و تجسم‌یافتهٔ ترجیحات افراد است» بیان می‌کند (۱۵). احمدی (۱۹۹۷) سبک زندگی را نظریهٔ نسبتاً شایعی برای اشاره به روش زندگی مردم تعریف می‌کند (۱۶). سازمان جهانی بهداشت تعریفی از سبک زندگی ارائه داد که بر طبق آن فهم گسترده‌ای از تعیین‌کننده‌های سبک زندگی سالم به دست می‌آید. طبق تعریف WHO[2] (۱۹۹۸) شیوهٔ زندگی سالم بر طبق الگوهای قابل تعریف رفتار است که از طریق تعامل بین خصوصیات فردی، تعاملات اجتماعی و شرایط اقتصادی و محیطی یک

[1] Thyra C. Uth

[2] WHO=World Health Organization

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 62-73
مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۱، بهار و تابستان ۱۳۹۲، ۶۲-۷۳
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 62-73

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

فرد تعیین می‌شود. این تعریف حاکی از آن است که الگوهای رفتاری به‌طور مداوم در پاسخ به شرایط متغیر اجتماعی و محیطی تعدیل می‌شوند. طبق تعریف مذکور، تلاش برای بهبود سلامت از طریق توانا‌سازی مردم برای تغییر شیوهٔ زندگی‌شان باید هم در راستای تغییر فرد و هم در راستای تغییر شرایط زیستی و اجتماعی مؤثر در رفتار یا شیوهٔ زندگی تنظیم شود. تعریف WHO بیشتر مؤید آن است که شیوهٔ زندگی ایده‌آل (حداکثری) معلوم نیست و عوامل زیادی در تعیین راه مناسب برای زندگی هر فرد مؤثرند (۱۷). به‌طورکلی می‌توان چنین نتیجه گرفت که: سبک زندگی اموری را شامل می‌شود که به زندگی انسان اعم از بعد فردی و اجتماعی و معنوی او مربوط است. اموری نظیر: بینش‌ها (ادراک‌ها و اعتقادات) و گرایش‌ها (ارزش‌ها، تمایلات و ترجیحات) که اموری ذهنی یا رفتار درونی هستند و رفتارهای بیرونی (اعم از اعمال آگاهانه یا غیرآگاهانه، حالات و وضعیت جسمی) و موقعیت‌های اجتماعی و دارایی‌ها که اموری عینی هستند و امور محیطی و وراثتی، بر سبک زندگی تأثیر گذارند (۱۴).

مباحث اولیهٔ شیوهٔ زندگی به‌طور ابتدایی بر تغذیه، تحرک فیزیکی، استعمال دخانیات و مصرف الکل متمرکز بود و به همین دلیل برنامه‌های بهبود شیوهٔ زندگی نیز متکی بر این تصور بود که اطلاعات و آموزش می‌تواند شیوه‌های زندگی را تغییر دهد. اما امروزه، درک ما از شیوهٔ زندگی و رابطه‌اش با سلامت، در مقایسه با آن زمان دچار تغییری اساسی شده است و تحقیق و تجربه در زمینهٔ ارتقاء سلامت، روش تفکر ما را دربارهٔ شیوهٔ زندگی و نحوهٔ تلاش برای بهبود سلامت، تغییر داده است.

یک تعریف بازسازی شده از شیوهٔ زندگی باید علاوه بر عوامل مؤثر در تغذیه و تحرک فیزیکی و مصرف الکل بتواند تأثیر شرایط و فرآیندهای اجتماعی نظیر وضعیت اقتصادی ـ اجتماعی و روابط اجتماعی را بر شیوهٔ زندگی محاسبه کند. مرزهای شیوهٔ زندگی باید در آن سوی افراد تعیین شود (۱۷). بر این اساس مک دونالد[1] نیز در مطالعهٔ خود ابعاد سبک زندگی را تغذیه، ورزش، مراقبت از خود، استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیر مجاز، روابط اجتماعی و کنترل استرس بیان می‌کند (۱۸). بر این اساس ابعاد سبک زندگی در ۷ حیطه عبارتند از:

- سبک تغذیه
- سبک فعالیت فیزیکی
- مراقبت از خود
- سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی نادرست
- روابط اجتماعی
- سبک زندگی و استرس
- سبک زندگی شغلی

۱. سبک تغذیه

این فاکتور نقش بسیار مهمی در بروز پیامدهای بدو تولد نظیر زایمان زودرس، کم‌وزنی هنگام تولد، و ... دارد. عاقبت بارداری و زایمان بستگی به جذب کافی از مواد غذایی مورد نیاز برای مادر و جنین دارد (۱۹). تأثیر کمبود مواد مغذی نه تنها از دوران کودکی بلکه از دوران قبل از تولد شروع می‌شود. غذا یک تعیین‌کننده بسیار مهم برای رشد جنین است. علاوه بر تغذیهٔ کافی، تعادل بین مواد غذایی از جمله تعادل بین پروتئین و انرژی در رژیم مادر در اواخر بارداری، در وزن هنگام تولد و ایجاد بیماری‌های بعدی نوزاد تأثیرات مهمی دارد. امروزه دانشمندان معتقدند که تغذیه نقش بسیار مهمی در توسعهٔ همهٔ سطوح مغز از جمله ساختمان شیمیایی و عملکردی و فیزیولوژیکی قبل و بعد از تولد دارد. این نقش را این‌گونه می‌توان توضیح داد که واسطه‌های عصبی که واحدهای اساسی ارتباطات شیمیایی در داخل سیستم عصبی هستند، توسط پیش‌سازهای به‌دست‌آمده از غذای روزانهٔ ما ساخته می‌شوند، بنابراین به‌طور مستقیم تحت تأثیر رژیم غذایی ما هستند (۲۰). عوامل مختلفی در سوء تغذیه مادر دخیل هستند، از جمله دریافت ناکافی مواد غذایی چه از لحاظ کمیت مانند قحطی، فقر شدید، جهل و نادانی، موقعیت ازدواج، سن مادر و... و چه از لحاظ کیفیت مثل عدم استفادهٔ

[1] Machdonald 2010

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 62-73

صحیح از مواد غذایی و عدم دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی (۲۱،۲۲).

سوء تغذیه تعیین‌کنندهٔ بسیار مهم برای سلامتی مادر و کودک است. این فاکتور عامل ۳/۵ میلیون مرگ مادر و کودک و ۳۵ درصد بیماری‌های کودکان زیر ۵ سال است. به همین دلیل اولین هدف از اهداف توسعهٔ هزاره کاهش ۵۰ درصد افرادی که از گرسنگی رنج می‌برند تا سال ۲۰۱۵ است (۲۳).

واژهٔ دیگری که در تغذیه استفاده می‌شود ناامنی غذایی است. ناامنی غذایی عبارت است از عدم دسترسی مطمئن به مقادیر کافی غذای مغذی و سالم برای رشد و تکامل طبیعی و داشتن یک زندگی فعال برای همهٔ افراد جامعه. به عبارت دیگر فقدان امنیت غذایی دلالت بر محدودهٔ وسیعی از پدیده‌هایی نظیر قحطی و گرسنگی کوتاه‌مدت تا بی‌ثباتی در عرصهٔ غذا دارد. فقر، بیکاری، تورم اقتصادی، بیسوادی، ناآگاهی‌های تغذیه‌ای، حوادث، خشکسالی، سایر بلایا و اغتشاشات و معضلات اجتماعی و... هم‌نتیجه از ناامنی غذایی است (۲۴). یکی از نشانگرهای معتبر دریافت کافی مواد غذایی توسط مادر شاخص تودهٔ بدنی (BMI)[1] و افزایش وزن مادر در دوران بارداری است. تحقیقات نشان می‌دهند، وزن قبل از بارداری، شاخص تودهٔ بدنی مادر (نسبت وزن به مجذور قد) و افزایش وزن دوران بارداری شدیداً به تغذیه مادر مربوط هستند که می‌تواند تأثیر مستقل روی وزن هنگام تولد داشته باشد (۲۵ تا ۲۷).

۲. سبک فعالیت فیزیکی

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، فعالیت فیزیکی به هر گونه حرکتی اطلاق می‌شود که با حرکت ماهیچهٔ اسکلتی ایجاد شود و انرژی مصرف کند. این واژهٔ گسترده بدین معنی است که فعالیت فیزیکی شامل هر چیزی است که فرد انجام می‌دهد و انرژی مصرف می‌کند و عدم فعالیت فیزیکی به انجام هر چیزی بدون افزایش قابل توجه در مصرف انرژی اطلاق می‌شود. فعالیت فیزیکی در سه دستهٔ فعالیت‌های فیزیکی در منزل، اوقات فراغت و تمرینات ورزشی قرار می‌گیرد (۲۸). فعالیت‌های فیزیکی چه در منزل و چه در اوقات فراغت در صورتی که باعث خستگی بیش از معمول، تپش قلب، تنگی نفس و... شوند، باعث بروز عواقب بد بارداری نظیر زایمان زودرس، LBW و... خواهند شد. علت این امر را می‌توان، ارتباطی که بین این‌گونه فعالیت‌ها و تأثیر آن بر وزن مادر دارد، دانست. همچنین، بین فعالیت و وضعیت فیزیکی مادر (نظیر چمباتمه زدن، نشستن و ایستادن‌های طولانی مدت) و محدودیت رشد جنین ارتباط مستقیمی وجود دارد. در این شرایط به دلیل مصرف انرژی بیش از حد معمول و عدم جبران آن و همچنین به علت تغییر مسیر گردش خون از رحم به سایر نقاط، در تغذیه و اکسیژن‌رسانی به جنین دچار اختلال شده و همین امر باعث اختلال رشد و کم‌وزنی جنین خواهد شد. به همین دلیل معمولاً به خانم‌های باردار، به‌ویژه در بارداری‌های پرخطر، توصیه می‌شود بعد از صرف غذا، حداقل به مدت نیم ساعت استراحت کنند؛ علت این امر جذب مواد غذایی مورد نیاز و انتقال آن به جنین است (۲۱،۲۹،۳۰).

۳. مراقبت از خود

مراقبت از خود، عملی عمدی به منظور حفظ سلامتی است که افراد، خانواده و جامعه انجام می‌دهند (۳۱). توانایی مراقبت از خود براساس تعیین‌کننده‌های اجتماعی و شرایط سلامتی متفاوت است. در مجموعهٔ کنفرانس‌های ارتقاء سلامت که در سال ۲۰۰۶ در بانکوک انجام شد، مراقبت از خود را به‌عنوان استراتژی کلیدی برای ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها بیان نمود. شیوه‌های مراقبت از خود تحت تأثیر تعامل بین عوامل مختلف ازجمله، روانی-اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و عوامل محیطی قرار دارد و باید به‌طور پیوسته در سراسر زندگی، از زمان تولد تا پیری مورد توجه قرار گیرد (۳۱). نقش استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری در کاهش میزان مرگ‌ومیر و عوارض این دوران به‌خوبی مشخص شده است. تحقیقات نشان داده‌اند که عدم

[1] BMI=Body Mass Index

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 62-73

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری[1] که به نوعی مراقبت از خود تلقی می‌شود، با افزایش دو برابری خطر زایمان زودرس همراه است (۱). علت عدم استفاده از مراقبت‌های دوران بارداری متعدد هستند، از جمله زنان بارداری که درآمد خانگی کمتری دارند به چندین علت نمی‌توانند از این خدمات استفاده کنند: ۱. هزینه‌های مربوطه؛ ۲. نداشتن حمایت‌های اجتماعی لازم؛ ۳. شاغل بودن و نداشتن زمان کافی برای استفاده از این خدمات. زنانی که تحصیلات کمی دارند، دانش کافی دربارهٔ خطرات احتمالی و فواید این مراقبت‌ها را به‌خوبی ندارند .آن‌ها اطلاعاتی در مورد عادات غذایی صحیح، ورزش، رفتارهای بهداشتی غلط، روش شیردهی، فاصله‌گذاری مناسب و ... را ندارند. نداشتن اطلاعات کافی در مورد رژیم غذایی مناسب باعث عدم استفادهٔ کافی و مناسب از مکمل‌های غذایی مورد نیاز جنین می‌شود. زنان تنها و سیگاری و معتاد نیز از جمله افرادی هستند که به دلایل اجتماعی مانند فرار از انگ‌های اجتماعی به این مراکز برای دریافت خدمات مراجعه نمی‌کنند و یا اگر مراجعه کنند، دربارهٔ این مشکلات‌شان حرفی نمی‌زنند و همچنین به دلایل متعدد نظیر مشکلات اقتصادی‌اجتماعی یا نمی‌توانند به خود اهمیت بدهند یا آگاهی لازم برای این امر را ندارند. زمانی‌که مادر فرزندان کوچک دیگری در منزل دارد نیز همین شرایط وجود دارد (۳۵-۳۲، ۱۲، ۱).

۴. سبک زندگی و رفتارهای بهداشتی نادرست

ازجمله رفتارهای بهداشتی نادرست، مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر هستند (۳۶). استفاده از این مواد در دوران بارداری، برای مادر و جنین هر دو خطرناک است. به‌طور مثال سیگار به‌واسطهٔ مواد شیمیایی مختلفی نظیر نیکوتین سلامتی مادر و نوزادش را به خطر می‌اندازد. این ماده به طرق متعدد در بروز پیامدهای بدو تولد نقش دارد: ۱. پس از ورود به خون مادر، با اکسیژن برای باندشدن با هموگلوبین و ایجاد کربوکسی‌هموگلوبین رقابت می‌کند و سپس به‌راحتی از جفت عبور می‌کند و منجر به هیپوکسی مزمن جنینی می‌شود؛ ۲. باعث انقباض عروق جفتی شده و منجر به کاهش جریان خون رحمی- جفتی می‌شود؛ ۳. سبب اختلال در انتقال اسیدهای آمینه و روی و در نتیجه تغییر محیط تغذیه‌ای جنین می‌شود؛ ۴. مادران سیگاری دارای کیفیت غذایی پایین‌تری در همهٔ سطوح اقتصادی‌اجتماعی هستند؛ ۵.این مادران غذای کمتری می‌خورند و لذا افزایش وزن کمتری هم در دوران بارداری دارند؛ ۶. کمبود مواد غذایی به‌ویژه ویتامین C، باعث افزایش پارگی زودرس کیسهٔ آب و زایمان زودرس می‌شود؛ ۷. تغییر پاسخ ایمنی و افزایش ریسک عفونت در مادر، احتمال بروز زایمان زودرس، کم‌وزنی هنگام تولد و... را زیاد می‌کند؛ ۸. مادران سیگاری احتمالاً سبزیجات، غلات، میوه و شیر و لبنیات را به‌دلیل تداخل با طعم سیگار، کمتر مصرف می‌کنند؛ لذا سیگار هم از طریق تغذیه و هم از طریق غیرتغذیه باعث تأخیر رشد جنین و کم‌وزنی هنگام تولد می‌شود (۳۸،۳۷). مواد مخدر نیز همانند سیگار برای زنان در دوران بارداری، پیامدهای نامطلوبی را به‌همراه دارد. از جمله کم‌وزنی هنگام تولد، زایمان زودرس و ... . این مواد با تأثیر بر انقباضات رحمی و شروع زودهنگام آن‌ها باعث انجام زایمان زودتر از موعد شده، همچنین مسئول برخی از آنومالی‌های مادرزادی در جنین هستند که در کم‌وزنی نوزادان اهمیت زیادی دارند. تحقیقات نشان داده‌اند که مصرف هروئین باعث کاهش سلول‌های بسیاری از ارگان‌ها نظیر مغز شده که می‌تواند پاسخگوی کم‌وزنی هنگام تولد باشد (۳۷). همان‌طور که گفته شد بسیاری از عوامل نظیر محرومیت‌های اقتصادی‌اجتماعی، سطح استرس، افسردگی، اعتمادبه‌نفس پایین، خشونت‌های فیزیکی و جنسی و حمایت اجتماعی پایین در بروز این رفتارهای بهداشتی نادرست مؤثرند (۳۹).

[1] مراقبت‌های دوران بارداری به خدماتی گفته می‌شود که توسط ماما ، پزشک و یا توسط پرسنل بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی در اختیار زنان باردار قرار می‌گیرد و شامل آزمایشات معمول دوران بارداری، سونوگرافی، داروهای مکمل، تست‌های ارزیابی سلامت جنین و... است و بنابراین زنانی که در طبقات پایین اجتماع قراردارند به‌خاطر هزینه‌های مربوطه یا عدم دسترسی، نداشتن آگاهی و... از آن‌ها بی‌بهره‌اند.

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 62-73

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

۵. روابط اجتماعی

اجتماعی‌شدن یک فرآیند دوجانبه میان فرد و جامعه است. به همین دلیل جریانی پیچیده به‌شمار می‌آید که ابعاد و جوانب گوناگونی دارد. این فرآیند شامل کسب مهارت‌های اجتماعی، چگونگی برقراری ارتباط با سایر افراد و سازگاری اجتماعی است (۴۰). برقراری روابط اجتماعی به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی و فطری انسان‌ها هم هدف و هم وسیلهٔ ارضاء نیازهای دیگر است. به تعبیر وبر منظور از روابط اجتماعی، ارتباط و وابستگی متقابل انسان‌ها و جهت‌گیری رفتاری آن‌ها است (۴۱). در جوامع بشری، اشکال و انواع گوناگون از روابط بین افراد وجود دارد به‌منظور تسهیل شناخت روابط افراد با یکدیگر، می‌توان آن‌ها را به سه نوع تقسیم نمود: روابط متقابل فردی ساده (روابطی که بین افراد بوجود می‌آید)؛ روابط متقابل فردی متمرکز (روابطی که معمولاً در مکانی مشخص صورت می‌گیرند مثل محل کار)؛ روابط جمعی (این‌گونه روابط عموماً شکل جمعی دارد) (۴۲). دانشمندان توجه زیادی به ارتباط بین روابط اجتماعی و سلامت داشته‌اند. بیشتر جامعه‌شناسان انزوای اجتماعی یا یکپارچگی کمتر اجتماعی را با سلامتی ضعیف‌تر روانی و فیزیولوژی که می‌تواند منجر به مرگ شود، مرتبط دانسته‌اند (۴۳). روابط اجتماعی به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم در بروز پیامدهای بارداری نقش دارند. به‌طور مثال استرس ناشی از محیط کار یا منزل، تروماهای فیزیکی چه در محیط کار یا به علت خشونت‌های خانگی و رفتارهای بهداشتی نادرست مانند استفاده از سیگار ومواد مخدر و... از جمله عواملی هستند که به دنبال ارتباط اجتماعی نامطلوب در بروز عوارضی همچون کم‌وزنی هنگام تولد نقش دارند (۴۴ تا ۴۷).

۶. سبک زندگی و استرس

زندگی هرگز بدون فشار و استرس نیست. انسان از بدو تولد تا پایان عمر با مشکلات فراوانی روبه‌رو است که به‌طور روزمره با تغییرات کمّی و کیفی و به گونه‌های خاص خود و در مراحل مختلف، زندگی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. استرس عبارت است از مجموعه واکنش‌های عمومی انسان به عوامل ناسازگار و پیش‌بینی‌نشدهٔ داخلی و خارجی، بدان‌گونه که هر گاه تعادل و سازگاری فرد به علت عوامل خارجی و داخلی از میان برود، استرس پدید می‌آید (۴۸). یا به‌عبارت دیگر، هنگامی‌که فرد در محیط کار یا زندگی با شرایطی روبه‌رو می‌شود که این شرایط با ظرفیت‌ها و امکانات کنونی وی هماهنگی ندارد، دچار عدم تعادل، تعارض و کشمکش‌های درونی می‌شود که به آن استرس می‌گویند (۴۹).

استرس نوعی نیاز جسمی یا ذهنی است که در فرد پاسخ‌های خاصی را برمی‌انگیزد و به او امکان می‌دهد که با خطر مبارزه کند یا از آن بگریزد. مقادیر کم استرس قادر است عملکرد انسان را در اوضاع و احوال خاصی مانند ورزش و کار بهبود بخشد اما استرس بیش از حد به سلامت شخص آسیب می‌رساند. یافته‌های بالینی نشان می‌دهند که فشارهای روانی ناشی از رویدادهای روزمرهٔ زندگی به‌تدریج فعالیت‌های سیستم‌های مختلف بدن از جمله سیستم ایمنی بدن را تحت تأثیر قرار داده و می‌تواند آن‌ها را ضعیف یا مختل سازد (۵۰).

استرس‌زاها به سه دستهٔ بزرگ تقسیم می‌شوند:

۱. استرس‌زاهای روانی نظیر مواجهه با محیط جدید یا محیطی غیرقابل کنترل و حوادث ناگوار نظیر طلاق، مرگ همسر یا یکی از نزدیکان، شرایط نامطلوب در منزل و محیط کار؛

۲. استرس‌زاهایی که دارای یک محرک فیزیکی هستند و جزء روانی قوی دارند نظیر درد، شوک الکتریکی، بی‌حرکتی، صدماتی مانند جراحات؛

۳. استرس‌زاهایی که هموستاز[۱] قلبی‌عروقی را مختل می‌کنند، نظیر خونریزی، ورزش و مواجهه با گرما (۵۱).

استرس‌زاهای مختلف عمدتاً پاسخ‌های مشابهی را موجب می‌شوند که شامل تغییراتی در رفتار، عملکرد سیستم اتونومیک، ترشح چندین هورمون از جمله

۶. هموستاز فرآیند پیشگیری از هدر رفتن خون از عروق سالم و توقف خونریزی از عروق صدمه دیده است.

MEJDS, Vol 3, No. 1, Spring&Summer 2013, 62-73

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

آدرنوکورتیکوتروپین از غدهٔ هیپوفیز، کورتیزول و کاتکول‌آمین‌های غدهٔ فوق‌کلیوی است.

بارداری دورهٔ پر استرسی بوده و نیازمند نوعی سازگاری روانی است. شاید بتوان گفت بزرگترین استرس در زندگی هر زن حاملگی است (۵۲). در دوران بارداری، استرس یا از طریق سیستم نوروآندوکرین مادر بر جنین تأثیر می‌گذارد یا به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از طریق افزایش رفتارهای بهداشتی نادرست نظیر استفاده از سیگار، الکل و کافئین نیز بر پیامدهای بارداری هم بر مادر و هم جنینش تأثیر می‌گذارد. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که استرس با سوء تغذیه و فعالیت فیزیکی نامناسب نیز ارتباط دارد (۳۳،۵۳).

عوامل متعددی در ایجاد یا تشدید شرایط استرس‌زای مادر نقش دارند از جمله محیط اجتماعی نظیر وضعیت ازدواج، شرایط اقتصادی‌اجتماعی، سن مادر، اقلیت بودن، تحصیلات و... (۳۲،۳۳). استرس‌های روانی مادر در دوران بارداری، نظیر مرگ همسر یا افراد نزدیک، جدایی و ...، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق عدم توجه زن باردار به خود یا فرزندش در بروز پیامدهای بد بارداری نقش دارند (۳۴ـ۳۲، ۱،۱۲). استرس‌های فیزیکی ناشی از جراحات، تروماهای جنسی یا فیزیکی، به‌طور غیرمستقیم می‌توانند در بروز پیامدهای نامطلوب بارداری نظیر سقط و زایمان زودرس و کم‌وزنی نوزادان تأثیر بگذارند (۵۳). در هر حال حاملگی خود دوره‌ای پر استرس است و ممکن است استرس‌های دیگری نیز مرتبط به عوامل اقتصادی، زندگی زناشویی و طبقهٔ پایین اجتماعی بر زن حامله تحمیل شود. همچنین نگرانی‌های مربوط به روابط زناشویی و جنسی و ترس از عدم مقبولیت در نزد شوهر، نگرانی در مورد ناهنجاری‌های جنینی و نگرانی در مورد جنس جنین بر مادر استرس وارد می‌آورد (۳۲،۳۳).

۷.سبک زندگی شغلی

در جوامع امروزی بدون داشتن یک شغل، زندگی‌کردن، امکان‌پذیر نیست و هر فرد به داشتن شغلی نیازمند است تا بتواند به سازمان اجتماعی، بپیوندد و در جامعه جایگاه و منزلتی بیابد. اشتغال برای ادامهٔ زندگی و بقای جامعه ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است و زندگی هر فرد از راه کارکردن تأمین می‌شود و خودکفایی هر کشور به میزان و نوع عملکرد شاغلان آن بستگی دارد (۵۴). اشتغال به معنای کار شامل تمام راه‌هایی است که از طریق آن ما خودمان را مشغول کرده و سبک زندگی‌مان را شکل می‌دهیم. نوع شغل می‌تواند باعث توازن یا عدم‌توازن سبک زندگی شود (۵۵). صرف نظر از این که شغل افراد چه باشد، آن‌ها به شغل خود، احساسات و نگرش‌هایی دارند. آن‌ها ممکن است از برخی وجوه کار خود خشنود یا ناخشنود باشند و به مطلوبیت آنچه انجام می‌دهند نظری منفی یا مثبت داشته باشند (۵۴)؛ لذا شغل می‌تواند خود منبع فشار روانی بوده و تأثیر منفی بر سلامت افراد بگذارد. بعضی از محققین عوامل مربوط به این بحث را در دو گروه عوامل داخلی و خارجی قرار می‌دهند. عوامل داخلی مانند استرس‌های روانی، خطرات فیزیکی و ارگونومیک، تماس با مواد شیمیایی در محیط کار و عوامل خارجی مانند امنیت شغلی، درآمد، انعطاف‌پذیری ساعت کار و ... (۶). برخی دیگر سبک زندگی شغلی را به‌صورت نوع شغل، محیط فیزیکی، وضعیت مادر، ساعات کاری، خستگی ناشی از کار و ... بیان می‌کنند که ارتباط بین این عوامل با عواقب بد بارداری نظیر زایمان زودرس، کم وزنی هنگام تولد، سقط، مرده‌زایی و ... مشخص شده است (۳۰،۵۶،۵۷). براساس مدارک اپیدمیولوژی پنج فاکتور شایع شغلی که عبارتند از ساعات طولانی کار، شیفت کاری، بلندکردن اجسام، ایستادن و کارهای فیزیکی سنگین در بروز چندین پیامد بارداری از جمله زایمان زودرس و LBW نقش داشته و نیز به‌عنوان تعیین‌کنندهٔ مرگ‌ومیر پری‌ناتال و نوزادی مطرح هستند(۳۷). همچنین به‌عنوان عامل پیشگیری‌کنندهٔ عوارض نامطلوب در آینده مانند تأخیر رشد، نواقص عصبی و مادرزادی، فشار خون بالا، دیابت وابسته به انسولین، بیماری‌های قلبی و ... نقش ایفا می‌کنند (۵۸).

نتیجه‌گیری

بسیاری از مشکلات بهداشتی به سهولت رفع‌شدنی هستند (مثل بستن کمربند ایمنی) اما بسیاری از مشکلات بهداشتی نظیر عدم تحرک فیزیکی، تغذیه نا مناسب، استعمال سیگار و سوء مصرف مواد، ریشه در فرهنگ و شرایط اقتصادی‌اجتماعی دارند و رویارویی با آن‌ها بسیار مشکل است.

با توجه به حساسیت دوران جنینی، از نظر پیدایش معلولیت و اهمیت توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامتی مادر و نوزاد در این دوران، لزوم آموزش‌های همگانی در این زمینه و انجام مراقبت‌های کافی دوران بارداری را بیش از پیش مشخص می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای تخصصی پژوهشی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مصوب جلسهٔ شورای پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۸ و جلسهٔ کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مورخ ۹۰/۹/۱۳ است؛ لذا از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و سرپرست محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در این مطالعه سپاسگزاری می‌نماییم.

References

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics: 23rd Edition. McGraw Hill Professional; 2009.
2. The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health. UNICEF; 2009.
3. WHO. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health : Commission on Social Determinants of Health Final Report. World Health Organization; 2008.
4. Guyer B, Ma S, Grason H, Frick KD, Perry DF, Sharkey A, et al. Early childhood health promotion and its life course health consequences. Academic Pediatrics. 2009;9(3):142–9.
5. Wilkinson RG, Marmot MG. Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization; 2003.
6. Motlagh ME, Oliaei manesh AR, Beheshtian M. Health and its social determinants. Tehran: Health policy council. Secetariat of social determinant of health .Ministry of Health and Medical Education; 2008. (Persian)
7. Bahrami Sh. Prevention of disabilities. Salamat magzin;2012. (Persian)
8. Shahnazi M, Azari S. Contributing factors in major malformations in neonatals born in AlZahra medical-educational hospital, Tabriz. Nursing and Midwifery Journal. 2010;5(18):49-56. (Persian)
9. Health of the Islamic Republic of Iran's fifth development plan, economic, social and cultural. Tehran: Ministry of Health and Medical Education-Policy Council;2010. (Persian)
10. Solar O, Irwin A. Towards a conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World health organization; 2005.
11. Sajjadi H, Vameghi M, Madanighahfarchi S. Social justice and the health of children in Iran(According to World Health Organization Model). Social Welfare Quarterly. 2010;9(35):89-137. (Persian)
12. Kamali Fard M, Alizadeh R, SehatiShafaei F, Gojazadeh M. The Effect of Lifestyle on the Rate of Preterm Birth. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2010;10(1):55-63. (Persian)
13. Uth TC. Definitions of Life Style and its Application to Travel Behavior. [Phd Thesis].Denmark, Department of Marketing, Aarhus School of Business;1996.
14. Mahdavi Kani MS. Concept of lifestyle and its fild in social science. cultural researches

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

journal. 2008;1(3):199-230. (Persian)
15. Shalchi V. Youth lifestyle coffee shop. Journal of Cultural. 2008;1:115-93. (Persian)
16. Ahmadi K. Health ,Epidemiology,. 1st ed. Tehran: Teimourzadeh; 1997. (Persian)
17. Rafieifar Sh, Damari B. A comprehensive system of health education and promotion in the workplace. Office of Communications and Health Education, Health Deputy of Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Pishgaman Teb-o-Tadbir Research and Development Institute, Deputy of Qom University of Medical Sciences and Health Services; 2005. (Persian)
18. Mcdonald S, Thompson C. Women's health: A Handbook. Australia:Elsevier;2005, pp:90-121.
19. Abu-Saad K, Fraser D. Maternal nutrition and birth outcomes. Epidemiologic reviews. 2010;32(1):5–25.
20. Vucinovic M, Roje D, Vu\vcnović Z, Capkun V, Bucat M, Banović I. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. Yonsei medical journal. 2008;49(5):705–13.
21. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization. 1987;65(5):663.
22. Mahan LK. Krause's Food, Nutrition, and Diet Therapy. W.B. Saunders Copmany; 2004.
23. Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, De Onis M, Ezzati M, et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. The Lancet. 2008;371(9608):243-60.
24. Project report to set up information systems mapping food insecurity and vulnerability in Iran. Dep of Health, Ministry of Health and Medical Education, Office of Community Nutrition; 2000. (Persian)
25. Delvarian-zadeh M, Bolbol Haghighi N, Ebrahimi H. The relationship between nutritional status of mothers in their third trimester and delivery of low birth weight infants. Arak University of Medical Scienses. 2008;10(1):1-11. (Persian)
26. Nemati A, Refahi S, Barak M, Jafari M, Etehad GH. The relationship between some of maternal anthropometric measurments with neonatal birth weight of Alavi Hospital, Ardebil. Journal Of Ardabil University Of Medical Sciences. 2007;7(1):34-88. (Persian)
27. Tootoonchi P. Low Birth weight among newborn infants at Tehran hospitals. Iranian Journal of Pediatrics. 2007;17(Suppl 2):186-93. (Persian)
28. Hagströmer M. Assessment of health-enhancing physical activity at population level.[Thesis for Doctoral]. Stockholm, Karolinska Institute; 2007.
29. Boland Hemat M, Jajoundian R, Saadati Z, Tafazoli M. Relationship between physical activity and status of the mothers with normal birth weight infant. Iranian Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2009;9(2):127-34. (Persian)
30. Muthayya S. Maternal nutrition & low birth weight-what is really important? Indian J Med Res. 2009;130:600-8.
31. Organization WH. Self–care in the context of primary health care: report of the regional consultation, Bangkok, Thailand. New Delhi, India: World Health Organization-Regional Office for South East Asia. 2009.
32. Brown S, Yelland J, Sutherland G, Baghurst P, Robinson J. Stressful life events, social health issues and low birthweight in an Australian population-based birth cohort: challenges and opportunities in antenatal care. BMC Public Health. 2011;11(1):196.
33. Diego MA, Jones NA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. Psychosomatic Medicine. 2006;68(5):747.
34. Elsenbruch S, Benson S, Rücke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt M, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and

pregnancy outcome. Human reproduction. 2006;22(3):869.
35. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Rising SS, Klima C, Reynolds H, et al. Group prenatal care and preterm birth weight: results from a matched cohort study at public clinics. Obstetrics & Gynecology. 2003;102(5, Part 1):1051.
36. Khatiwada S, Cummings J, Kayongo-Male D. Prenatal Care, Smoking During Pregnancy, and Birth Outcomes in South Dakota. South Dakota State University, College of Agriculture and Biological Sciences; 2010.
37. Ohlsson A, Shah P. Determinants and prevention of low birth weight: a synopsis of the evidence. Institute of Health Economics; 2008.
38. Rosenberg DC, Buescher PA. The association of maternal smoking with infant mortality and low birth weight in North Carolina, 1999. North Caroline Dep of Health and Human Services. 2002;(135).
39. Jesse DE, Grabam M, Swanson M. Psychosocial and Spiritual Factors Associated With Smoking and Substance Use During Pregnancy in African American and White Low-Income Women. JOCNN. 2006;35(1):68-78.
40. Khodayarifard M. social Factors that influence students' social adjustment(shahed and other). Tehran: Tehran university; 2006.
41. Mehdizadeh S, Salehi N. Factors affecting theCouples relationship of rural households in Tehran. Womens Research. 2000;5(3):169-95. (Persian)
42. Golabi S. Fundamental Principles of Sociology. 8th ed. Tehran: Mitra; 1998. (Persian)
43. Chalabi M, Amir Kafi M. Multilevel analysis of social isolation .Iranian Sociological. 2004;5(2):31-3.
44. Ann L, Harald H, Carsten O, Ane T, Karin H. Testing the association between psychosocial job strain and adverse birth outcomes-design and methods. BMC Public Health. 2011;11(255):10.
45. Cohen S. Social relationships and health. American Psychologist. 2004;59(8):676.
46. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. Science. 1988;241(4865):540.
47. Johri M, Morales R, Boivin JF, Samayoa B, Hoch J, Grazioso C, et al. Increased risk of miscarriage among women experiencing physical or sexual intimate partner violence during pregnancy in Guatemala City, Guatemala: cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2011;11(1):49.
48. Rezaie R, Kameli M, Mosavibioki J. Police personnel near retirement and coping with stress Related to their personal characteristics. Security Management Studies. 2000;4(4):535-60. (persian)
49. Khodayarifard M, Parand A. Stress and Coping style with stress assessment; stress syndrome & coping style scales. Pshycology Tehran university: Tehran university; 2005. p. 100.
50. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. The Effect of Lifestyle on the Rate of Preterm Birth. Journal of Ardabil University of Medical Sciences . 2010;10(1):55-63.(Persian)
51. McEwen BS. The neurobiology of stress : from serendipity to clinical relevance. Brain Res. 2000;886:172-89.
52. Salari P, Firoozi M, Sahebi A. Study of the Stressors Associated with Pregnancy. Journal of Sabzevar School of Medical Sciences. 2005;12(3):34-40.(Persian)
53. Satarzadeh N, Khodaei R, Babapor J. Risk factors for psychological violence against women and its association with pregnancy outcomes in some patients to hospitals in Tabriz. Iranian Journal of Tabriz university of medical sciences. 2009;11(3):10-7.(Persian)
54. Sarvestanishafiei F, Shojaati A. A survey of the relationship between coping strategies,

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]

occupational stress and job satisfaction of counselors of Education Organization Districts of Shiraz. New approach in Educational Administration. 2008;1(2):43-66.
55. Christiansen C, Townsend EA. Introduction to occupation: the art and science of living: new multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization. Pearson; 2004.
56. Ahmed P, Jaakkola JJ. Maternal occupation and adverse pregnancy outcomes: a Finnish population-based study. Occupational medicine. 2007;57(6):417–23.
57. Lima M, Ismail S, Ashworth A, Morris SS. Influence of heavy agricultural work during pregnancy on birthweight in northeast Brazil. International journal of epidemiology. 1999;28(3):469–74.
58. Bonzini M, Coggon D, Godfrey K, Inskip H, Crozier S, Palmer KT. Occupational physical activities, working hours and outcome of pregnancy: findings from the Southampton Women's Survey. Occupational and environmental medicine. 2009;66(10):685–90.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.1.8.0]