

The relationship of the structural and intermediate social determinants of health with low birth weight in Iran: A systematic review and meta-analysis

Sharifi N., PhD, Dolatian M., PhD², Fath nezhad kazemi A., MSc³, Pakzad R., PhD Candidate⁴, Yadegari L., MSc⁵

1. Assistant Professor, Department of midwifery, School of Nursing & Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

2. Assistant Professor, Department of midwifery & Reproductive Health, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (Corresponding Author), Tel:+98-21-88202517, mhdolatian@gmail.com

3. MSc of Midwifery, Faculty Member, Department of midwifery, School of Nursing & Midwifery, Islamic Azad University of Tabriz, Tabriz, Iran

4. PhD Candidate of Epidemiology, Noor Research Center for Ophthalmic Epidemiology, Noor Eye Hospital, Tehran, Iran

5. MSc Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Background and Aim: Primary experience of intrauterine period is the essential basis of the life for the embryo. Therefore paying attention to it can lead to reduced health inequities. The aim of this study was to investigate the relationship of the structural and intermediate social determinants of health with low birth weight in Iran

Materials and Methods: This systematic review and meta-analysis was performed based on the studies conducted in Iran. We searched seven databases (Iranmedex, Magiran, SID, Irandoc, PubMed, Google Scholar and Scopus) by using keywords of social determinants of health, low birth weight and equivalents of them to find relevant articles published between 2000 and 2016. Data from relevant studies were extracted by two persons separately and evaluated by using the Strop checklist. After extracting the required data, they were combined using a random model and the heterogeneity of the studies was evaluated by the I² index. STATA-11 software was used for data analysis.

Result: Thirty articles were analyzed in this systematic review and meta-analysis. The sample size included 42142 people. The overall odds ratios for the relationship of the structural and intermediate social determinants of health with LBW were estimated as 1.52 (1.24%-1.85: %95 CI) and 2.24 (1.85%-2.71: %95 CI) respectively.

Conclusion: Considering the importance of low birth weight in the health of newborns, basic measures should be taken to prevent the occurrence of this problem by identification of its risk factors and people at risk, improvement of living standards and regular prenatal care, counseling before pregnancy and improvement of the nutritional status of pregnant women.

Keywords: Low birth weight, Pregnancy outcome, Social determinants of health, Meta – analysis.

Received: May 13, 2017 **Accepted:** Apr 9, 2018

ارتباط عوامل ساختاری و بینابینی تعیین کننده های اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد در ایران: مرور سیستماتیک و متاآنالیز

نسیبه شریفی^۱، ماهرخ دولتیان^۲، آرزیتا فتح نژاد کاظمی^۳، رضا پاکزاد^۴، لیلا یادگاری^۵

۱. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۲. استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسوول)، تلفن ثابت: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۷، mhdolatian@gmail.com
۳. کارشناسی ارشد مامایی، عضو هیات علمی گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد تبریز، تبریز، ایران.
۴. دانشجوی دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات چشم پزشکی نور، بیمارستان چشم پزشکی نور تهران، ایران.
۵. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: تجارب اولیه دوره داخل رحمی برای جنین، پایه ی حیاتی تمام دوران زندگی بوده؛ بنابراین توجه به آن می تواند منجر به کاهش بی عدالتی سلامت در درون یک نسل را فراهم نماید. هدف از پژوهش حاضر، تعیین ارتباط بین عوامل ساختاری و بینابینی تعیین کننده های اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد در ایران بود.

روش بررسی: این مطالعه مرور سیستماتیک و فراتحلیل بر اساس مطالعات انجام شده در ایران با جستجوی پیشرفته در پایگاه های اطلاعاتی Scopus، Google Scholar، PubMed، Iranmedex، Magiran، SID، Irandoc و با استفاده از کلید واژه های تعیین کننده های اجتماعی سلامت، وزن کم هنگام تولد و معادل انگلیسی آنها از بین کلیه مقالات سالهای ۲۰۰۰-۲۰۱۶ تدوین گردید، نتایج مطالعات مرتبط توسط دو نفر به طور مجزا استخراج و با استفاده از چک لیست استروپ مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس داده ها با استفاده از مدل تصادفی با هم ترکیب شده و ناهمگنی مطالعات با استفاده از شاخص I² بررسی و آنالیز داده ها نیز با استفاده از نرم افزار STATA نسخه ۱۱ انجام شد.

یافته ها: در این مرور سیستماتیک و فراتحلیل ۳۰ مقاله وارد آنالیز شدند. تعداد کل نمونه در مطالعه حاضر ۴۲۱۴۲ نفر بودند. نسبت شانس کلی برآورد شده برای ارتباط عوامل ساختاری و بینابینی تعیین کننده های اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد ۱/۵۲ (۱/۸۵-۱/۲۴ درصد: فاصله اطمینان ۹۵ درصد) و ۲/۲۴ (۲/۷۱-۱/۸۵ درصد: فاصله اطمینان ۹۵ درصد) بود.

نتیجه گیری: با توجه به اهمیت وزن هنگام تولد در سلامت نوزادان باید اقدامات اساسی در جهت پیشگیری از وقوع این پیامد مهم از طریق شناسایی افراد در معرض خطر و عوامل موثر در بروز آن، بهبود استاندارد های زندگی، افزایش مراقبت های منظم پره ناتال، مشاوره های قبل از بارداری و بهبود وضعیت تغذیه ای زنان باردار صورت گیرد.

کلید واژه ها: وزن کم هنگام تولد، پیامد بارداری، تعیین کننده های اجتماعی سلامت، متاآنالیز

وصول مقاله: ۹۶/۲/۲۳ اصلاحیه نهایی: ۹۶/۹/۲۸ پذیرش: ۹۷/۱/۲۰

مقدمه:

وزن کم هنگام تولد، به عنوان یکی از پیامدهای نامطلوب بارداری، از جدی ترین مشکلات بهداشتی به شمار رفته به طوری که منجر به ایجاد عوارض سلامتی در تمام طول دوره زندگی فرد، از شیرخواری تا بزرگسالی می شود (۱). بر اساس سازمان جهانی بهداشت، وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم، صرف نظر از سن بارداری به عنوان وزن کم هنگام تولد^۱ تعریف می شود (۲)؛ که به سه گروه خفیف^۲ (LBW) کمتر از ۲۵۰۰ گرم، متوسط (VLBW)^۳ کمتر از ۱۵۰۰ گرم و شدید (ELBW)^۴ کمتر از ۱۰۰۰ تقسیم می گردد (۳). حدود ۲۰ میلیون نوزاد هر ساله با وزن کم هنگام تولد دنیا می آیند (۴۵). شیوع این پیامد در جهان متفاوت و در حال افزایش می باشد؛ به طوری که در آمریکا از ۷/۷ درصد در سال ۱۹۹۶، به میزان ۸/۲ درصد در سال ۲۰۰۹ افزایش یافته است (۶). میزان کم وزنی در کشورهای در حال توسعه ۱۶ درصد بوده و در آسیا بیشتر از آفریقا می باشد (۷ و ۸). در متاآنالیز انجام شده در ایران، شیوع کم وزنی هنگام تولد ۹ درصد برآورد شده است (۹). در مجموع نتایج مطالعات، بیان کننده افزایش این پیامد نامطلوب بارداری می باشند (۱۰). وزن کم هنگام تولد به عنوان یکی از عمده ترین مشکلات سلامت عمومی در بسیاری از کشورها و مناطق مختلف جهان محسوب می شود (۱۱). که عوامل متعددی با آن، در ارتباط هستند؛ یکی از این عوامل، تعیین کننده های اجتماعی موثر بر سلامت می باشد (۱۲). در دنیای امروز دیدگاه های سلامت چشم اندازی وسیعتر پیدا کرده و به اجبار به عوامل تعیین کننده غیر طبی سلامت توجه ویژه ای معطوف گشته است. هر یک از این تعیین کننده ها به خودی خود و یا از طریق تاثیر بر یکدیگر وضعیت سلامتی

را به شدت تحت تاثیر قرار می دهند و سبب بروز بی عدالتی هایی در وضعیت سلامت می گردند (۱۳-۱۵). بر طبق چهارچوب مفهومی کمیسیون عوامل اجتماعی موثر بر سلامت سازمان جهانی بهداشت، عوامل کلیدی عبارتند از: ۱. تعیین کننده های اجتماعی ساختاری شامل: تحصیلات، درآمد، جنسیت، نژاد ۲. تعیین کننده های اجتماعی واسط شامل شرایط زندگی، دسترسی به مواد غذایی، عوامل روانی- اجتماعی، عوامل رفتاری ۳. عوامل زمینه ای سیاست های اجتماعی، اقتصادی و ۴. سطح نابرابری سلامت، که این عوامل بر یکدیگر و نهایتاً بر سلامت تاثیر می گذارند (۱۶). مطالعات عمدتاً تمرکزشان بر روی ارتباط بین نتایج نامطلوب بارداری و تعیین کننده های ساختاری سلامت مانند سطح تحصیلات والدین، درآمد خانواده، وضعیت شغلی پدر می باشد (۱۷). نتایج مطالعات نشان دهنده ارتباط بین تعیین کننده های ساختاری و بینابینی سلامت، مانند شرایط اجتماعی اقتصادی نامطلوب، فقدان مراقبت های بارداری، سیگاری بودن، سوء تغذیه، خشونت همسر، اضطراب مادر، حوادث استرس زا قبل و در طول بارداری و بیماری های مادر با وزن کم هنگام تولد می باشند (۱۸ و ۱۹). با توجه به اهمیت و شیوع بالای این پیامد مهم در بارداری و از آنجایی که محققان هنوز در نیافته اند که علت این پیامد مهم بارداری در نتیجه تقابل و تاثیر متقابل فاکتورهای اجتماعی اقتصادی، پزشکی و روانی است و یا این که آیا هر کدام از موارد فوق می توانند مستقیماً سبب بروز آن شوند؛ بر آن شدیم تا مروری جامع بر مطالعات انجام شده برای درک اهمیت ارتباط عوامل ساختاری و بینابینی تعیین کننده های اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد در ایران داشته باشیم.

روش بررسی

مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز حاضر، از دی ماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ۱۳۹۶ جهت تعیین ارتباط بین عوامل ساختاری

¹ low birth weight (LBW)

² Low birth weight

³ Very low birth weight

⁴ Extremely Low birth weight

توسط دو نویسنده به طور مستقل مورد بررسی قرار گرفته و در صورت وجود ابهام با انجام بحث، به توافق^۲ می‌رسیدند. استخراج داده‌ها و ارزیابی خطر: داده‌ها توسط دو نفر به طور مستقل استخراج و جهت ارزیابی خطر از ابزار استروپ^۳ استفاده شد و در هر محله در صورت وجود ابهام با انجام بحث، به توافق می‌رسیدند.

آنالیز آماری: اندازه اثر^۴ مورد استفاده در این متا آنالیز نسبت شانس OR بود؛ که برابر است با شانس مواجهه در افراد دارای پیامد به شانس مواجهه در افراد سالم (بدون پیامد). بدین دلیل از نسبت شانس استفاده شد؛ که برای مطالعات کوهورت، مقطعی و مورد شاهد قابل محاسبه است (۲۳). انجام متا آنالیز با به دست آوردن نسبت شانس و حدود اطمینان ۹۵ درصد، برای هر مطالعه انجام شد. در صورتی که مطالعه از شاخصی غیر از نسبت شانس استفاده کرده بود، با استخراج دیتا از مطالعه محقق نسبت شانس محاسبه شد. برای محاسبه estimated pool odds ratio از نرم افزار استیتا^۵ ورژن ۱۱ استفاده شد. لازم به ذکر است که تمام آنالیزها با random effect models اجرا شد (۲۴).

ناهمگونی و سوگرایی انتشار: در این مطالعه، وجود ناهمگونی را با استفاده از آزمون Chi2 با سطح اطمینان ۰/۰۵ بررسی و برای بررسی مقدار ناهمگونی از آماره I2 استفاده شد. برای بررسی وجود سوگرایی انتشار از Begg's and Egger's test استفاده شد و برای نشان دادن آن نمودار کیفی^۶ رسم گردید (۲۶ و ۲۵).

مراحل انتخاب مقالات در شکل ۱ نشان داده شده است. با استفاده از کلید واژه‌های ذکر شده به صورت ترکیبی یا به تنهایی، جستجو صورت گرفت و بعد از بررسی مطالعات،

و بینابینی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد در ایران انجام شد. نتایج این مطالعه بر اساس مطالعات انجام یافته در ایران و از مقالات چاپ شده در مجلات داخلی و خارجی بدست آمد. مطالعه حاضر براساس سیستم گزارش دهی مطالعات سیستماتیک و متا آنالیز پریسما^۱ و طبق مراحل زیر انجام شد.

استراتژی جستجو: در این مطالعه مرور نظام مند، بانک‌های اطلاعاتی IRandoc, Iranmedex, Magiran, SID, PubMed, Scopus و Google Scholar با استفاده از استراتژی جستجوی پیشرفته و عملگرهای متناسب با هر پایگاه علمی، ابتدا بر اساس عنوان و سپس بر اساس کلید واژه مورد جستجو قرار گرفتند. داده‌های مطالعه، با کلید واژه‌های وزن کم هنگام تولد و پیامدهای بارداری در ترکیب با عوامل ساختاری و عوامل بینابینی تعیین کننده اجتماعی سلامت، تحصیلات، شغل، درآمد، وضعیت اجتماعی اقتصادی، محل سکونت، استرس، اضطراب، افسردگی، حمایت اجتماعی، خشونت، سوء مصرف مواد، استفاده از سیگار، الکل و داروهای غیرمجاز، مراقبت‌های دوران بارداری و ترکیبات احتمالی آنها برای مقالات فارسی و معادل انگلیسی آنها برای مقالات انگلیسی و با محدوده زمانی (۲۰۱۶-۲۰۰۰) جمع‌آوری گردید.

معیارهای ورود و خروج مطالعه: کلیه مقالات انگلیسی و فارسی دارای متن کامل با طراحی مشاهده‌ای (مقطعی، مورد - شاهد و کوهورت) که در ایران انجام یافته و طبق تعریف، وزن کم هنگام تولد را کمتر از ۲۵۰۰ گرم مبنای کار خود قرار داده بودند؛ وارد مطالعه حاضر گردید. معیارهای خروج مقالات شامل موارد زیر بود: ۱. داده‌های مقالات مروری، گزارش‌های موردی، خلاصه مقالات، پوسترها و نامه به سردبیر ۲. گزارش تکراری نتایج در سایر مقالات. مقالات

² Consensus

³ STROP

⁴ effect Size

⁵ STATA

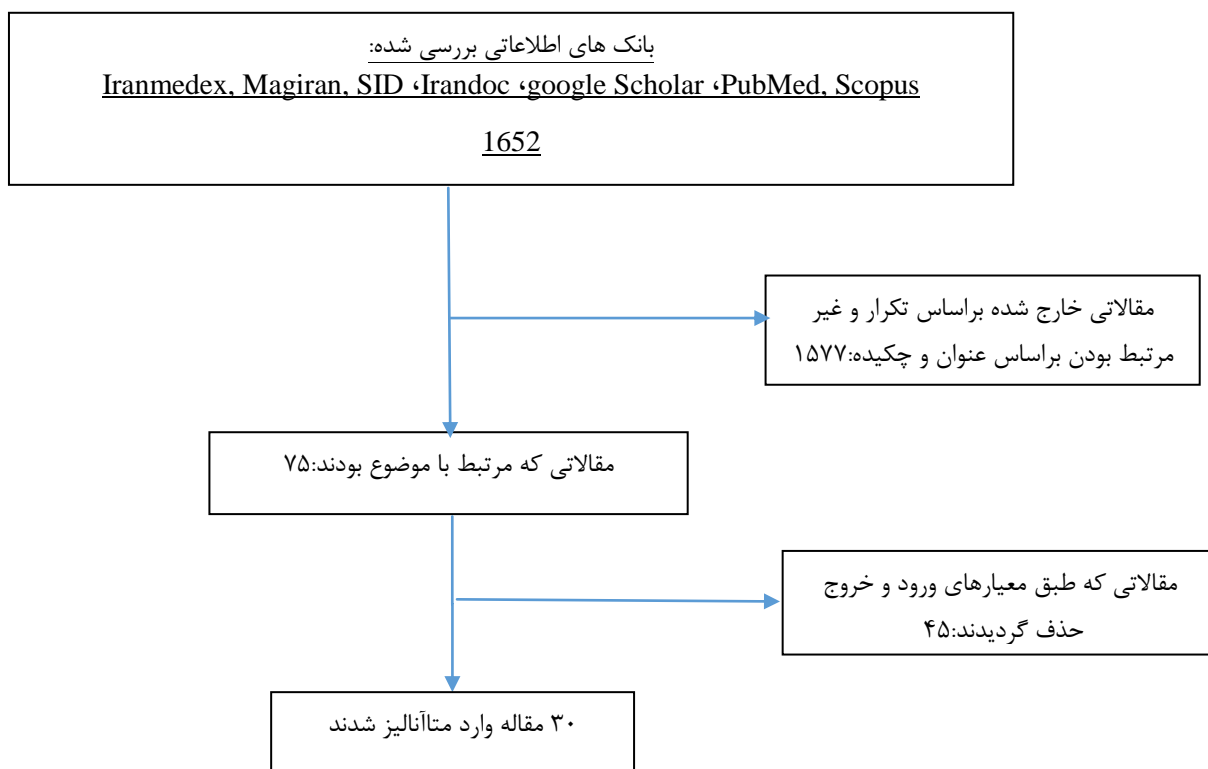
⁶ publication bias

⁷ funnel plot

¹ PRISMA

گردید و در نهایت ۳۰ مقاله مورد بررسی و تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. شایان ذکر است که برخی از مقالات به بررسی چند تعیین کننده با هم پرداخته بودند.

مقالات غیر مرتبط با موضوع و تکراری حذف شدند. در مرحله بعد ۷۵ مطالعه انتخاب و بعد از بررسی بر اساس معیارهای ورود و خروج مطالعه، ۴۵ مطالعه از آنها حذف



شکل ۱: مراحل جستجو و انتخاب مقالات جهت متاآنالیز

ساختاری سلامت با وزن کم هنگام تولد را بررسی کرده که از بین تعیین کننده های ساختاری مدل سازمان جهانی بهداشت، ۱۳ مطالعه، تحصیلات (۳۶-۲۷)، ۹ مطالعه شغل (۳۷-۴۱ و ۳۵ و ۳۲ و ۲۹ و ۲۷)، ۳ مطالعه درآمد (۳۳ و ۳۰ و ۲۷) و ۲ مطالعه محل سکونت (۳۶ و ۳۲) را با این پیامد بارداری بررسی نموده اند. در بین عوامل بینابینی تعیین کننده اجتماعی سلامت، اضطراب (۲مطالعه) (۴۳ و ۴۲)، حاملگی ناخواسته (۳مطالعه) (۴۵ و ۴۴ و ۲۲)، خشونت (۱۰مطالعه)

یافته ها

در این مرور سیستماتیک و فراتحلیل ۳۰ مقاله وارد آنالیز شدند. از بین ۳۰ مقاله بررسی شده، ۱۳ مطالعه به صورت مقطعی، ۱۰ مطالعه به صورت کوهورت و ۷ مطالعه مورد - شاهدی بود. تعداد کل نمونه در مطالعه حاضر ۴۲۱۴۲ نفر بودند.

با توجه به جداول ۱ و ۲، برخی از مقالات به بررسی چند تعیین کننده با هم پرداخته بودند. ۱۵ مطالعه ارتباط عوامل

۹۵درصد)، حاملگي ناخواسته ۲/۳۶ (۳/۷۲-۱/۵۰ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد)، خشونت خانگي ۲/۵۹ (۳/۲۷-۲/۰۶ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد)، رفتارهاي نادرست بهداشتي ۲/۴۵ (۴/۶۴-۱/۳۰ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد)، در معرض ثانويه با دود سيگار بودن ۱/۴۱ (۱/۸۸-۱/۰۶ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) و مراقبت هاي پره ناتال ۲/۰۵ (۲/۵۵-۱/۶۴ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) برآورد گرديد. كه بيانگر آن است كه زيمان زودرس در مادران داراي اضطراب، رفتار نادرست بهداشتي، حاملگي ناخواسته، مادران خشونت ديده، با سابقه مصرف سيگار، الكل و مواد مخدر و آنهايي كه بطور ثانويه در معرض دود سيگار بودند همچنين مادران با مراقبت هاي ناكافي دوران بارداري، به نسبت ساير مادران بيشتر مي باشد(نمودار ۲).

نتايج هتروژنيستي و پابليكشن باياس:

براساس نتايج كاي دو، هتروژنيستي معني داري براي عوامل ساختاري سلامت و نيز زير گروه هاي آن از جمله تحصيلات و شغل وجود داشت ($P < 0.001$ براي همه آنها). شاخص ۱۲ نيز نشان داد كه مقدار هتروژنيستي براي عوامل ساختاري سلامت و برخي از زير گروه هاي آن از جمله تحصيلات، شغل و درآمد به ترتيب ۸۶/۹٪، ۸۲/۳٪ و ۶۶/۵٪ بود (نمودار ۲). براي عوامل بينابيني سلامت و نيز برخي از زيرگروه هاي آن نيز هتروژنيستي ديده شد كه در نمودار ۳ مشخص شده است.

ارزيابي سوگرابي انتشار با استفاده از ازمون Begg's and Egger's نشان داد كه تورش انتشار وجود ندارد ($p > 0.05$) نتايج مقدار هر مطالعه بر روي نمودار قيفي نيز تقريباً متقارن است و نشان دهنده عدم وجود سوگرابي انتشار مي باشد(نمودار ۲ و ۴).

(۵۲-۴۶ و ۳۰ و ۲۷)، رفتارهاي نادرست بهداشتي (۴ مطالعه)(۵۴ و ۵۳ و ۳۴ و ۳۱)، در معرض دود سيگار بودن(۵ مطالعه)(۵۵ و ۵۳ و ۳۱ و ۳۰ و ۲۷) و مراقبت هاي دوران بارداري در ۴ مطالعه بررسی شده بود(۵۶ و ۴۷ و ۳۸ و ۲۷).

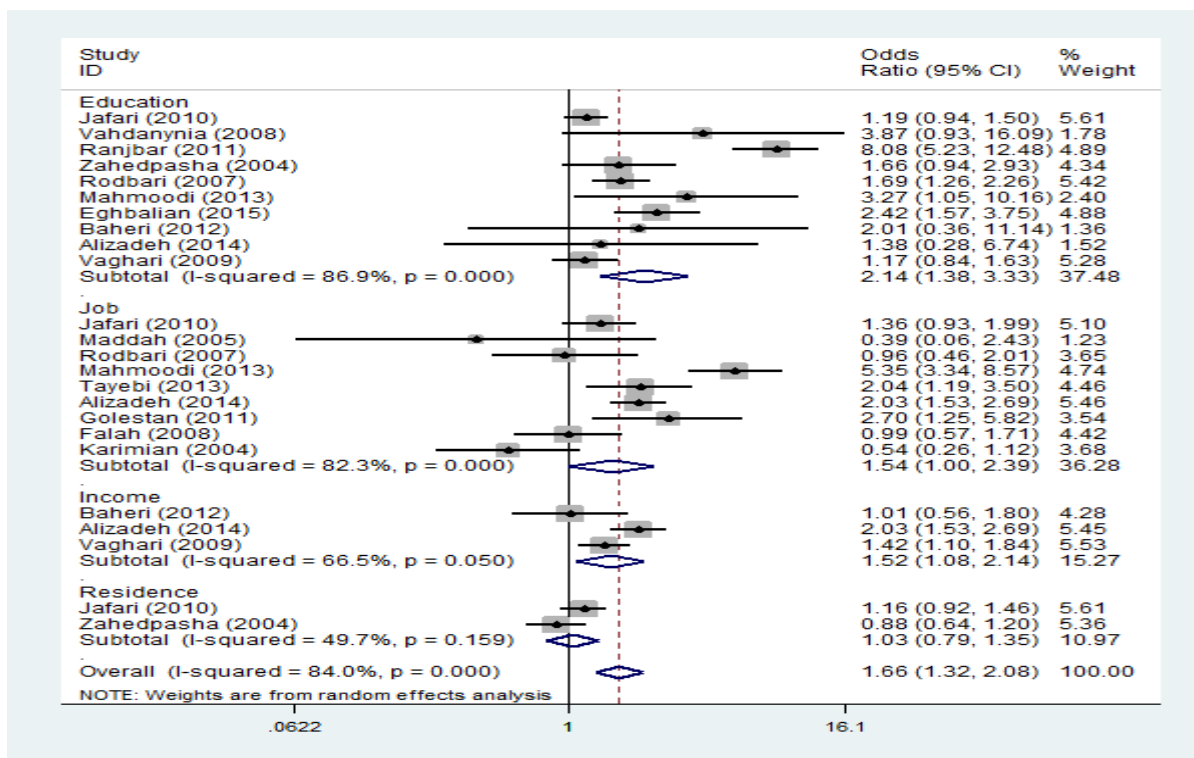
با توجه به جدول ۱، در ارتباط سنجي تحصيلات با وزن كم هنگام تولد، نتايج ۴ مطالعه، ارتباط معني داري بين تحصيلات مادر با وزن كم هنگام تولد بيان نمودند كه طبق نتايج آنها، شانس وزن كم هنگام تولد در مادران بي سواد به نسبت مادران تحصيل کرده بيشتر است(۵۶ و ۳۱ و ۲۹ و ۲۸). در ارتباط سنجي شغل با اين پيامد بارداري، نتايج ۴ مطالعه، بيانگر اين مطلب مي باشد كه شانس اين پيامد در مادران شاغل به نسبت مادران خانه دار بيشتر است اما در آناليز نهايي ارتباط معني داري بين شغل مادر با وزن كم هنگام تولد مشاهده نشد(۳۸ و ۳۷ و ۲۹ و ۲۷). طبق نتايج مطالعات، شانس وزن كم هنگام تولد در خانواده هاي با درآمد پايين بيشتر بود(۳۳ و ۲۷). در بررسی ارتباط محل سکونت با وزن كم هنگام تولد، ارتباط معني داري مشاهده نشد.

نسبت شانس كلي براي ارتباط عوامل ساختاري تعيين كننده اجتماعي سلامت با وزن كم هنگام تولد، ۱/۵۲ (۱/۸۵-۱/۲۴ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) برآورد شد و تنها ارتباط معني داري بين سطح تحصيلات ۱/۷۲ (۲/۵۱-۱/۱۸ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) و درآمد ۱/۵۲ (۲/۱۴-۱/۰۸ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) با وزن كم هنگام تولد به دست آمد(نمودار ۱).

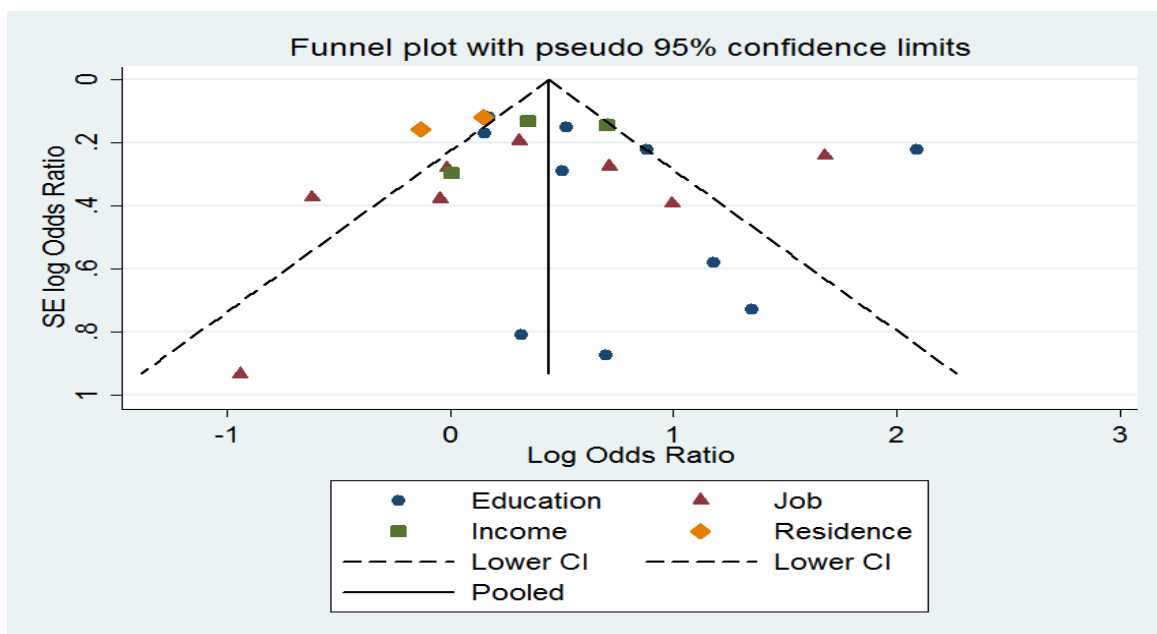
نسبت شانس كلي برآورد شده براي ارتباط عوامل بينابيني تعيين كننده اجتماعي سلامت با وزن كم هنگام تولد ۲/۲۴ (۲/۷۱-۱/۸۵ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) بود و نسبت شانس براي هر کدام از زيرمجموعه هاي عوامل بينابيني مانند اضطراب ۲/۷۶ (۴/۹۲-۱/۵۵ درصد: فاصله اطمينان

جدول ۱: مشخصات مطالعات انجام شده عوامل ساختاری تعیین کننده اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد در ایران

| تحصیلات | | | | | |
|---------------|-----------|-----------|------------|------------|-------------------------------|
| فاصله اطمینان | نسبت شانس | حجم نمونه | نوع مطالعه | محل مطالعه | نویسنده و سال |
| ۱/۵۷-۳/۷۵ | ۲/۴۲ | ۱۵۰۰ | مقطعی | همدان | اقبالیان و همکاران (۲۸)۲۰۱۵ |
| ۰/۲۸-۶/۷۴ | ۱/۳۸ | ۶۰۰ | کوهورت | تبریز | علیزاده و همکاران (۲۷)۲۰۱۴ |
| ۱/۰۵-۱۰/۱۶ | ۳/۲۷ | ۷۵۰ | مورد شاهد | تهران | محمودی و همکاران (۲۹)۲۰۱۳ |
| ۰/۳۶-۱۱/۱۴ | ۲/۰۱ | ۳۳۵ | مقطعی | کرج | باهری و همکاران (۳۰)۲۰۱۲ |
| ۵/۲۳-۱۲/۴۸ | ۸/۰۸ | ۴۰۰ | کوهورت | کرمان | رنجبر و همکاران (۳۱)۲۰۱۱ |
| ۰/۹۴-۱/۵۰ | ۱/۱۹ | ۴۵۱۰ | کوهورت | زنجان | جعفری و همکاران (۳۲)۲۰۱۰ |
| ۰/۸۴-۱/۶۳ | ۱/۱۷ | ۲۸۸۱ | مقطعی | گرگان | وقاری و همکاران (۳۳)۲۰۰۹ |
| ۰/۹۳-۱۶/۰۹ | ۳/۸۷ | ۳۷۳۴ | کوهورت | تهران | وحدانی نیا و همکاران (۳۴)۲۰۰۸ |
| ۱/۲۶-۲/۲۶ | ۱/۶۹ | ۱۱۰۷ | مقطعی | زاهدان | رودباری و همکاران (۵۶)۲۰۰۷ |
| ۰/۹۴-۲/۹۳ | ۱/۶۶ | ۲۲۲۸ | مقطعی | بابل | زاهدپاشا و همکاران (۵۷)۲۰۰۴ |
| ۱/۳۸-۳/۳۳ | ۲/۱۴ | ۱۸۰۴۵ | - | - | کل تحصیلات |
| شغل | | | | | |
| فاصله اطمینان | نسبت شانس | حجم نمونه | نوع مطالعه | محل مطالعه | نویسنده و سال |
| ۱/۵۳-۲/۶۹ | ۲/۰۳ | ۶۰۰ | کوهورت | تبریز | علیزاده و همکاران (۲۷)۲۰۱۴ |
| ۳/۳۴-۸/۵۷ | ۵/۳۵ | ۷۵۰ | مورد شاهد | تهران | محمودی و همکاران (۲۹)۲۰۱۳ |
| ۱/۱۹-۳/۵۰ | ۲/۰۴ | ۴۲۰ | کوهورت | ساری | طیبه و همکاران (۳۸)۲۰۱۳ |
| ۱/۲۵-۵/۸۲ | ۲/۷۰ | ۵۸۹۷ | مقطعی | یزد | گلستان و همکاران (۳۷)۲۰۱۱ |
| ۰/۹۳-۱/۹۹ | ۱/۳۶ | ۴۵۱۰ | کوهورت | زنجان | جعفری و همکاران (۳۲)۲۰۱۰ |
| ۰/۵۷-۱/۷۱ | ۰/۹۹ | ۹۴۱ | مقطعی | یزد | فلاح و همکاران (۵۸)۲۰۰۸ |
| ۰/۴۶-۲/۰۱ | ۰/۹۶ | ۱۱۰۷ | مقطعی | زاهدان | رودباری و همکاران (۳۵)۲۰۰۷ |
| ۰/۰۶-۲/۴۳ | ۰/۳۹ | ۱۹۱۴ | کوهورت | رشت | مداح و همکاران (۴۰)۲۰۰۵ |
| ۰/۲۶-۱/۱۲ | ۰/۵۴ | ۱۹۲۷ | مقطعی | قم | کریمیان و همکاران (۴۱)۲۰۰۴ |
| ۱/۰۰-۲/۳۹ | ۱/۵۴ | ۱۸۰۶۶ | - | - | کل شغل |
| درآمد | | | | | |
| فاصله اطمینان | نسبت شانس | حجم نمونه | نوع مطالعه | محل مطالعه | نویسنده و سال |
| ۱/۵۳-۲/۶۹ | ۲/۰۳ | ۶۰۰ | کوهورت | تبریز | علیزاده و همکاران (۲۷)۲۰۱۴ |
| ۰/۵۶-۱/۸۰ | ۱/۰۱ | ۳۳۵ | مقطعی | کرج | باهری و همکاران (۳۰)۲۰۱۲ |
| ۱/۱۰-۱/۸۴ | ۱/۴۲ | ۲۸۸۱ | مقطعی | گرگان | وقاری و همکاران (۳۳)۲۰۰۹ |
| ۱/۰۸-۲/۱۴ | ۱/۵۲ | ۳۸۱۶ | - | - | کل درآمد |
| محل سکونت | | | | | |
| فاصله اطمینان | نسبت شانس | حجم نمونه | نوع مطالعه | محل مطالعه | نویسنده و سال |
| ۰/۹۲-۱/۴۶ | ۱/۱۶ | ۴۵۱۰ | کوهورت | زنجان | جعفری و همکاران (۳۲)۲۰۱۰ |
| ۰/۶۴-۱/۲۰ | ۰/۸۸ | ۲۲۲۸ | مقطعی | بابل | زاهدپاشا و همکاران (۳۶)۲۰۰۴ |
| ۰/۷۹-۱/۳۵ | ۱/۰۳ | ۶۷۳۸ | - | - | کل محل سکونت |



نمودار ۱: عوامل ساختاری سلامت به تفکیک نویسنده، سال، نسبت شانس و فاصله اطمینان ۹۵ درصد، هر پاره خط، طول فاصله اطمینان را نشان می دهد.



نمودار ۲: funnel plot برای مطالعات وارد شده به متآنالیز عوامل ساختاری سلامت بر حسب نوع عامل ساختاری

جدول ۲: مشخصات مطالعات انجام شده عوامل بینابینی تعیین کننده اجتماعی سلامت با وزن کم هنگام تولد در ایران

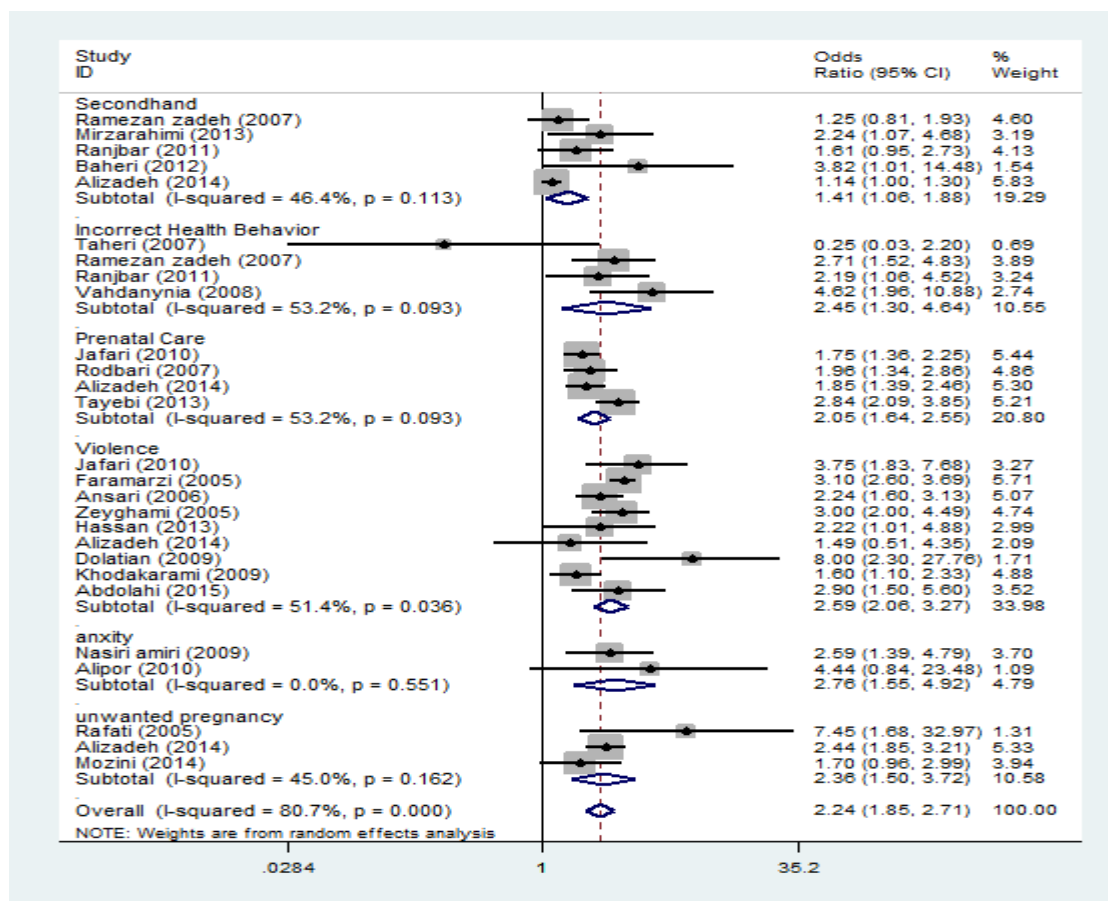
| اضطراب | | | | | |
|---------------------------------|----------------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| نویسنده و سال | محل مطالعه | نوع مطالعه | حجم نمونه | نسبت شانس | فاصله اطمینان |
| علیپور و همکاران ۲۰۱۰ (۴۲) | قم | کوهورت | ۱۵۶ | ۴/۴۴ | ۰/۸۴-۲۳/۴۸ |
| نصیری امیری و همکاران ۲۰۰۹ (۴۳) | بابل | کوهورت | ۶۸۲ | ۲/۵۹ | ۱/۳۹-۴/۷۹ |
| کل اضطراب | - | - | ۸۳۸ | ۲/۷۶ | ۱/۵۵-۴/۹۲ |
| حاملگی ناخواسته | | | | | |
| نویسنده و سال | محل مطالعه | نوع مطالعه | حجم نمونه | نسبت شانس | فاصله اطمینان |
| علیزاده و همکاران ۲۰۱۴ (۲۷) | تبریز | کوهورت | ۶۰۰ | ۲/۴۴ | ۱/۸۵-۳/۲۱ |
| موزینی و همکاران ۲۰۱۴ (۴۴) | تهران | موردشاهد | ۲۰۰ | ۱/۷۰ | ۰/۹۶-۲/۹۹ |
| رفعتی و همکاران ۲۰۰۵ (۴۵) | تهران | موردشاهد | ۳۰۰ | ۷/۴۵ | ۱/۶۸-۳۲/۹۷ |
| کل حاملگی های ناخواسته | - | - | ۱۱۰۰ | ۲/۳۶ | ۱/۵۰-۳/۷۲ |
| خشونت | | | | | |
| نویسنده و سال | محل مطالعه | نوع مطالعه | حجم نمونه | نسبت شانس | فاصله اطمینان |
| عبداللهی و همکاران ۲۰۱۵ (۵۹) | مازندران | کوهورت | ۱۴۶۱ | ۲/۹۰ | ۱/۵۰-۵/۶۰ |
| علیزاده و همکاران ۲۰۱۴ (۲۷) | تبریز | کوهورت | ۶۰۰ | ۱/۴۹ | ۰/۵۱-۴/۳۵ |
| حسن و همکاران ۲۰۱۳ (۴۶) | میاندواب | مقطعی | ۱۳۰۰ | ۲/۲۲ | ۱/۰۱-۴/۸۸ |
| باهری و همکاران ۲۰۱۲ (۳۰) | کرج | مقطعی | ۳۳۵ | ۱/۹۳ | ۱/۲۵-۳/۰۰ |
| جعفری و همکاران ۲۰۱۰ (۳۲) | زنجان | کوهورت | ۴۵۱۰ | ۳/۷۵ | ۱/۸۳-۷/۶۸ |
| خداکرمی و همکاران ۲۰۰۹ (۴۸) | خرم آباد | مقطعی | ۳۱۳ | ۱/۶۰ | ۱/۱۰-۲/۳۳ |
| دولتیان و همکاران ۲۰۰۹ (۴۹) | گچساران | مقطعی | ۵۰۰ | ۸/۰۰ | ۲/۳۰-۲۷/۷۶ |
| انصاری و همکاران ۲۰۰۶ (۵۰) | کوهگیلویه و بویراحمد | موردشاهد | ۶۳۶ | ۲/۲۴ | ۱/۶۰-۳/۱۳ |
| ضیغمی و همکاران ۲۰۰۵ (۵۱) | کوهگیلویه و بویراحمد | موردشاهد | ۶۳۶ | ۳/۰۰ | ۲-۴/۴۹ |
| فرامرزی و همکاران ۲۰۰۵ (۵۲) | بابل | مقطعی | ۳۲۷۵ | ۳/۱۰ | ۲/۶۰-۳/۶۹ |
| کل خشونت | - | - | ۱۳۵۶۶ | ۲/۵۹ | ۲/۰۶-۳/۲۷ |
| رفتارهای بهداشتی نادرست | | | | | |
| نویسنده و سال | محل مطالعه | نوع مطالعه | حجم نمونه | نسبت شانس | فاصله اطمینان |
| رنجبر و همکاران ۲۰۱۱ (۳۱) | کرمان | کوهورت | ۴۰۰ | ۲/۱۹ | ۱/۰۶-۴/۵۲ |
| وحدانی نیا و همکاران ۲۰۰۸ (۳۴) | تهران | کوهورت | ۳۷۳۴ | ۴/۶۲ | ۱/۹۶-۱۰/۸۸ |
| طاهری و همکاران ۲۰۰۷ (۵۴) | بیرجند | موردشاهد | ۴۰۴ | ۰/۲۵ | ۰/۰۳-۲/۲۰ |
| رمضان زاده و همکاران ۲۰۰۷ (۵۳) | تهران | مقطعی | ۴۳۱۷ | ۲/۷۱ | ۱/۵۲-۴/۸۳ |
| کل رفتارهای ناسالم | - | - | ۸۸۵۵ | ۲/۴۵ | ۱/۳۰-۴/۶۴ |

در معرض ثانویه دود سیگار

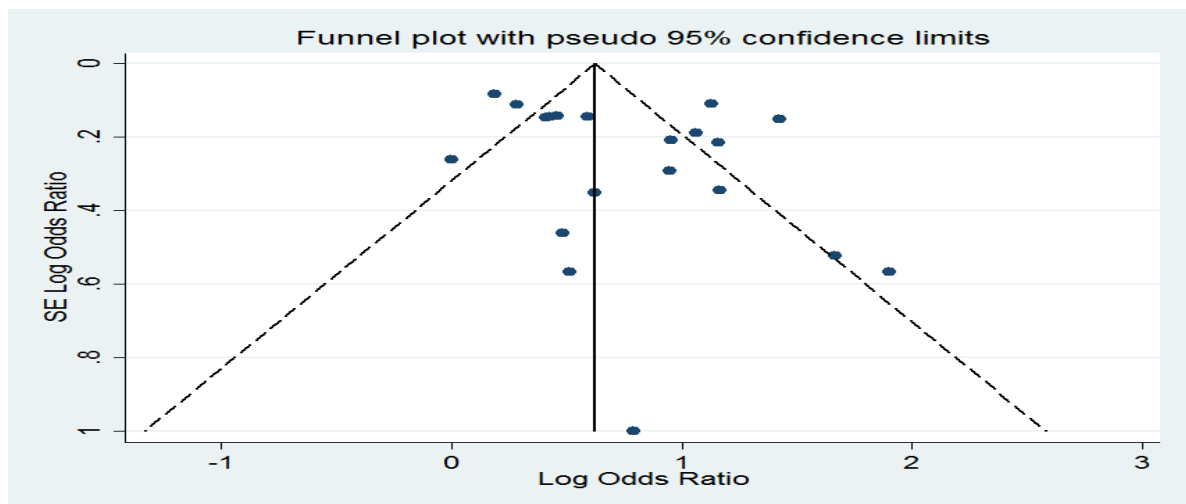
| فصله اطمینان | نسبت شانس | حجم نمونه | نوع مطالعه | محل مطالعه | نویسنده و سال |
|--------------|-----------|-----------|------------|------------|--------------------------------|
| ۱/۰۰-۱/۳۰ | ۱/۱۴ | ۶۰۰ | کوهورت | تبریز | علیزاده و همکاران ۲۰۱۴ (۲۷) |
| ۱/۰۷-۴/۶۸ | ۲/۲۴ | ۱۰۶۳ | موردشاهد | اردبیل | میرزاحیمی و همکاران ۲۰۱۳ (۶۰) |
| ۱/۰۰-۱۴/۶۵ | ۳/۸۳ | ۳۳۵ | مقطعی | کرج | باهری و همکاران ۲۰۱۲ (۳۰) |
| ۰/۹۵-۲/۷۳ | ۱/۶۱ | ۴۰۰ | کوهورت | کرمان | رنجبر و همکاران ۲۰۱۱ (۳۱) |
| ۰/۸۱-۱/۹۳ | ۱/۲۵ | ۴۳۱۷ | مقطعی | تهران | رمضان زاده و همکاران ۲۰۰۷ (۵۳) |
| ۱/۰۶-۱/۸۸ | ۱/۴۱ | ۶۷۱۵ | - | - | کل در معرض ثانویه دود سیگار |

مراقبتهای بارداری

| فصله اطمینان | نسبت شانس | حجم نمونه | نوع مطالعه | محل مطالعه | نویسنده و سال |
|--------------|-----------|-----------|------------|------------|-----------------------------|
| ۱/۳۹-۲/۴۶ | ۱/۸۵ | ۶۰۰ | کوهورت | تبریز | علیزاده و همکاران ۲۰۱۴ (۲۷) |
| ۲/۰۹-۳/۸۵ | ۲/۸۴ | ۴۲۰ | کوهورت | ساری | طیبه و همکاران ۲۰۱۳ (۳۸) |
| ۱/۳۶-۲/۲۵ | ۱/۷۵ | ۴۵۱۰ | کوهورت | زنجان | جعفری و همکاران ۲۰۱۰ (۴۷) |
| ۱/۳۴-۲/۸۶ | ۱/۹۶ | ۱۱۰۷ | مقطعی | زاهدان | رودباری و همکاران ۲۰۰۷ (۳۵) |
| ۱/۶۴-۲/۵۵ | ۲/۰۵ | ۶۶۳۷ | - | - | کل مراقبت های پره ناتال |



نمودار ۳: عوامل بینابینی سلامت به تفکیک نویسنده، سال، نسبت شانس و فصله اطمینان ۹۵ درصد، هر پاره خط، طول فصله اطمینان را نشان می دهد.



نمودار ۴: funnel plot برای مطالعات وارد شده به متا آنالیز عوامل بینابینی سلامت

بحث

همان طور که در یافته ها هم بیان شد در اکثریت مقالات مورد مطالعه فقط برخی از تعیین کننده های اجتماعی سلامت بررسی شده که به ترتیب مورد بحث قرار خواهد گرفت. عوامل ساختاری تعیین کننده نابرابری ها در سطح سلامت و شرایط روانی - اجتماعی دو عامل مهم موثر بر سلامت هستند، عوامل اقتصادی و اجتماعی بر عوامل روانی - اجتماعی، رفتاری و بیولوژیک تاثیر گذاشته و در نهایت کیفیت وضع بهداشت و سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند. بسیاری از این عوامل در زندگی افرادی که شرایط اقتصادی اجتماعی پایینی دارند؛ حالت تجمعی داشته و با یکدیگر تداخل دارند (۱۶). وضعیت اقتصادی اجتماعی، ساختار پیچیده ای است که معمولا برای توصیف نابرابری های اجتماعی استفاده شده و عموما با تحصیلات و درآمد سنجیده می شوند؛ اما بعید به نظر می رسد که شرایط اقتصادی اجتماعی نامساعد، عاملی مستقیم و غیروابسته برای پیامدهای بارداری باشد؛ بلکه احتمالا به واسطه ایجاد رفتارهای غیربهداشتی، مواجهه با استرس و واکنش های روانی نسبت به استرس منجر به کوتاه شدن مدت بارداری می شود (۶۲ و ۶۱). با توجه به نتایج مطالعات، در بین عوامل

ساختاری تعیین کننده اجتماعی سلامت ذکر شده، بیشترین عواملی که در بروز کم وزنی هنگام تولد موثر بودند عبارتند از تحصیلات، شغل، درآمد و محل سکونت، که در بین معرف های اقتصادی اجتماعی، تحصیلات مادر بیشترین عامل خطر بود. طبق آنالیز بدست آمده، تحصیلات و درآمد از تعیین کننده های ساختاری سلامت با وزن کم هنگام تولد ارتباط معنی داری داشتند. در ارتباط سنجی تحصیلات با وزن کم هنگام تولد، نتایج مطالعات گویای این مطلب است که شانس وزن کم هنگام تولد در مادران بی سواد به نسبت مادران تحصیل کرده بیشتر است (۵۶ و ۳۶ و ۳۱ و ۲۹ و ۲۸). در ارتباط سنجی شغل و محل سکونت با وزن کم هنگام تولد، ارتباط معنی داری مشاهده نشد. همچنین شانس این پیامد در خانواده های با درآمد پایین بیشتر بود (۳۳ و ۲۷). سرانجام بارداری بسیار متاثر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی که مادر در آن زندگی می کند. اختلافات اقتصادی و اجتماعی یکی از مولفه های سلامت نوزادان و سرانجام بارداری می باشد (۶۳).

عوامل روانی اجتماعی، شامل عوامل استرس زای روانی (وقایع منفی زندگی)، زندگی پر استرس، عدم حمایت اجتماعی و راه های مقابله با استرس است. گروه های

بسياري از مطالعات ذكر شده است (۷۰ و ۶۹). در بررسي متاآناليز اخير ۹ مطالعه ارتباط قوي بين خشونت و وزن كم هنگام تولد را بيان نمودند. نسبت شانس برآورد شده براي خشونت ۲/۵۹ (۳/۲۷-۲/۰۶ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) برآورد گرديد.

همچنين عوامل ديگر مرتبط با وزن كم هنگام تولد شامل، داشتن عادات رفتاري ناسالم (مصرف سيگار، الكل و مواد مخدر)، در معرض دود سيگار بودن خانم باردار و داشتن مراقبت هاي ناكافي دوران بارداري است. در اكثريت مطالعات داخلي و خارجي تاثير اين عوامل را بر پيامدهاي بد بارداري بيان کرده اند. در مطالعه حاضر شانس وزن كم هنگام تولد در مادران سيگاري ۲/۴۵ برابر برآورد شد؛ كه نتايج مطالعات وارد شده در متاآناليز گوياي اين مطلب مي باشد (۳۵ و ۳۴ و ۳۱). همچنين شانس اين پيامد در مادراني كه به طور ثانويه در معرض دود سيگار بودن ۱/۴۱ برابر برآورد شده است.

نتايج مطالعات همگي ارتباط قوي بين دريافت ناكافي مراقبت هاي دوران بارداري، زمان مراجعه و تعداد ويزيت هاي دوران بارداري با بروز پيامدهاي بد بارداري مانند وزن كم هنگام تولد را تايد نمودند (۷۲ و ۷۱). نتايج متاآناليز اخير نيز تايد كننده اين موضوع مي باشد و شانس تولد نوزاد با وزن كم هنگام تولد در مادران با مراقبت هاي ناكافي در دوران بارداري ۲/۰۵ برابر (۲/۵۵-۱/۶۴ درصد: فاصله اطمينان ۹۵درصد) برآورد گرديد. بررسي مطالعات مختلف نشان داد كه شركت در كلاس هاي آمادگي زايمن و مراقبت هاي بارداري به علت دريافت كردن اطلاعات و مراقبت ها و همچنين استفاده از تجارب ساير مادران علاوه بر كاهش اضطراب، مي تواند نقش مهمي در كاهش بيماري ها، عوارض آنها و بهبود سلامت از طريق افزايش دانش و مهارت داشته باشد (۷۳). نظر به عوارض و پيامدهاي ناگوار وزن كم هنگام تولد، لزوم توجه بيش از بيش به عوامل خطر

مختلف اجتماعي با درجات متفاوتي از تهديد، استرس و سختي در زندگي روزمره مواجه هستند كه تا حدي اين الگو نابرابري اجتماعي در سلامت را توضيح مي دهد (۶۵ و ۶۴). در مطالعه حاضر شانس تولد نوزاد با وزن كم هنگام تولد در مادران داراي اضطراب، ۲/۷ برابر مادران بدون اضطراب برآورد شد. تعدادي از مطالعات بيانگر تاثير نامطلوب عوامل رواني اجتماعي از جمله استرس و اضطراب در شرايط بارداري، زايمن و شيردهي بر پيامدهاي بارداري از جمله سقط جنين، تهوع و استفراغ، پره اكلامپسي، كاهش وزن، زايمن زودرس، وزن كم هنگام تولد، مهار سيستم ايمني و نيز درجاتي از اختلالات رواني پس از زايمن هستند (۶۷ و ۶۶). روند و همكاران در مطالعه خود به اين نتيجه رسيدند كه ارتباط مستقيم بين استرس يا ديسترس رواني اجتماعي مادري و وزن كم هنگام تولد، زايمن زودرس و تاخير رشد داخل رحمي وجود دارد (۲۰). وقايع استرس زاي زندگي مانند استرس درك شده، اضطراب، اضطراب مرتبط با بارداري، با زايمن زودرس و وزن كم هنگام تولد در ارتباط هستند (۶۸).

از ديگر عوامل تعيين كننده اجتماعي سلامت كه بر پيامدهاي بارداري تاثير گذار هستند؛ حاملگي هاي ناخواسته و خشونت مي باشند كه در گروه عوامل بنيابيني تعيين كننده اجتماعي سلامت دسته بندي مي شوند. طبق نتايج مطالعات شانس تولد نوزاد با وزن كم هنگام تولد در حاملگي هاي ناخواسته بيشتر مي باشد كه نتايج مطالعه عليزاده و همكاران در سال ۲۰۱۴ در تبريز (۲۷) و مطالعه رفعتي و همكاران در تهران گوياي اين مطلب مي باشد (۴۵). خشونت خانگي يكي از مسائل مهم اجتماعي، بهداشتي و رواني است كه زنان و كودكان در معرض آن قرار دارند و غالبا از ديد اجتماع پنهان مي باشد. خشونت خانگي در طول بارداري عامل خطر معني داري براي وزن كم هنگام تولد، زايمن زودرس و پارگي پره ترم پرده ها مي باشد. اين يافته در

مطالعه حاضر می توان به ۱. در نظر گرفتن صرف مطالعات انجام شده در ایران ۲. عدم دستیابی به تمامی مقالات و گزارش های منتشر نشده اشاره نمود.

نتیجه گیری

با توجه به اهمیت وزن هنگام تولد در سلامت نوزادان باید اقدامات اساسی جهت پیشگیری از وقوع این پیامد مهم، از طریق شناسایی افراد در معرض خطر و عوامل موثر در بروز آن از یک سو و بهبود استانداردهای زندگی، افزایش مراقبت های منظم پره ناتال، مشاوره های قبل از بارداری و بهبود وضعیت تغذیه ای زنان باردار از سوی دیگر صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از طرح تحقیقاتی مصوب جلسه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق sbmu.rec.1395 مورخ ۱۳۹۵/۰۸/۳ می باشد. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین دانشکده، کتابخانه و واحد کامپیوتر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت همکاری در جستجوی مقالات تشکر و قدردانی می شود.

این پیامد مهم بارداری می تواند از اهمیت بسیار بالایی برخوردار باشد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر عوامل بینابینی سلامت مانند عوامل روانی (اضطراب، خشونت، بارداری ناخواسته)، عوامل رفتاری (رفتارهای نادرست بهداشتی و در معرض دود سیگار بودن) و دریافت مراقبت های بارداری با وزن کم هنگام تولد ارتباط معنی داری داشتند. غربالگری عوامل روانی و رفتاری در هر سه ماهه بارداری ضروری به نظر می رسد. همچنین باید بر اهمیت مراقبت به موقع بارداری تاکید شود تا بتوان عوامل خطر را شناسایی نموده و از بار مالی و عاطفی که این پیامد نامطلوب بر خانواده ها و جامعه تحمیل می نماید پیشگیری نمود.

نقاط قوت و ضعف مطالعه: از آنجایی که هدف از انجام مطالعات متاآنالیز، بررسی منظم و اصولی مدارک، جمع بندی کمی نتایج حاصل از هر مطالعه، ترکیب نتایج مطالعات مختلف و فراهم کردن یک تفسیر کلی نتایج می باشد؛ ارائه یک نتیجه کلی حاصل شده از مطالعات یکی از نکات قوت مطالعه حاضر می باشد. افزایش آشنایی و آگاهی محققین و دانشجویان در خصوص تاثیر تعیین کننده های اجتماعی سلامت بر پیامدهای بارداری و پیشنهاد انجام مطالعات طولی و آینده نگر با حجم نمونه بالا جهت ارتباط سنجی بین این عوامل مهم با هر کدام از پیامدهای بارداری از سایر نقاط قوت مطالعه حاضر می باشد. از محدودیت های

References

1. Philip Blumenshine M, Egerter S, Barclay CJ, Cubbin C, Braveman PA. Socioeconomic Disparities in Adverse Birth Outcomes. *Am J Prev Med* 2010;39: 263-72.
2. Devi S. New York moves to tackle shortage of primary-care doctors. *Lancet* 2008; 371: 801-2
3. Hutchinson EA, De Luca CR, Doyle LW, Roberts G, Anderson PJ, Group VICS. School-age outcomes of extremely preterm or extremely low birth weight children. *PEDS* 2013;131: 1053-61.
4. Katz J, Lee AC, Kozuki N, Lawn JE, Cousens S, Blencowe H, et al. Mortality risk in preterm and small-for-gestational-age infants in low-income and middle-income countries: a pooled country analysis. *Lancet* 2013; 382: 417-25.

5. Lee AC, Katz J, Blencowe H, Cousens S, Kozuki N, Vogel JP, et al. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. *Lancet Glob Health* 2013; 1: e26-e36.
6. Darling RD, Atav AS. Risk factors for low birth weight in New York state counties. *Policy Politics Nurs Pract* 2012; 13: 17-26.
7. 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. *Lancet* 2008; 371: 243-60
8. Christian P, Lee SE, Angel MD, Adair LS, Arifeen SE, Ashorn P, et al. Risk of childhood undernutrition related to small-for-gestational age and preterm birth in low-and middle-income countries. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 1340-55.
9. Sharifi N, Dolatian M, Fathnezhad A, Pakzad R, Mahmoodi Z, Mohammadi nasrabadi F. Prevalence of Low Birth Weight in Iranian newborns: A systematic review and meta-analysis. *IJWHR* 2018; 6: 113-22.
10. Zarrati M, Shidfar F, Moradof M, Nejad FN, Keyvani H, Hemami MR, et al. Relationship between breast feeding and obesity in children with low birth weight. *Iran Red Crescent Med J* 2013; 15: 676-82.
11. da Fonseca CRB, Strufaldi MWL, De Carvalho LR, Puccini RF. Risk factors for low birth weight in Botucatu city, SP state, Brazil: a study conducted in the public health system from 2004 to 2008. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 60.
12. Dolatian M, Mirabzadeh A, Forouzan A, Sajjadi H, Alavi- Majd H, Moaf F. Preterm delivery and psycho-social determinants of health based on World Health Organization model in Iran: a narrative review. *Glob J Health Sci* 2013; 5: 52-64.
13. Motlagh M, Olaii-manesh A, Beheshtian M. Health and social determinants of health strategies for justice and fair opportunities for all. Secretariat of the social determinants of health and promote equity in health, Health Department of the Ministry of Health and Medical Education. Successful Publishing. 2008.
14. Sharifi N, Dolatian M, Mahmoodi Z, Mohammadi nasrabadi F. Gestational diabetes and Relationship social determinants of health with it, According to World Health Organization Model: Systematic Review. *IJOGI* 2017; 19: 6-18. [In Persian]
15. Sharifi N, Dolatian M, Fathnezhad kazemi A, Pakzad R. The Relationship Between The Social Determinants of Health With Preterm Birth in Iran Based on The WHO Model: A Systematic Review and Meta-analysis. *IJWHR* 2018; 6: 113-22
16. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva. WHO 2010. Available from: URL: <http://nccdh.ca/resources/entry/a-conceptual-framework>.
17. Vettore MV, Gama SGNd, Lamarca GdA, Schilithz AOC, Leal MdC. Housing conditions as a social determinant of low birthweight and preterm low birthweight. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44: 1021-31.
18. Khashan AS, McNamee R, Abel KM, Pedersen MG, Webb RT, Kenny LC, et al. Reduced infant birthweight consequent upon maternal exposure to severe life events. *Psychosom Med* 2008; 70: 688-94.
19. Hosseini SM, Biglan MW, Larkby C, Brooks MM, Gorin MB, Day NL. Trait anxiety in pregnant women predicts offspring birth outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2009; 23: 557-66.

20. Rondo P, Ferreira R, Nogueira F, Ribeiro M, Lobert H, Artes R. Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity and intrauterine growth retardation. *Eur J Clin Nutr* 2003; 57: 266-72.
21. Silverman J, Decker M, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: associations with maternal and neonatal health. *AJOG* 2006; 195: 140-8.
22. Nkansah-Amankra S, Luchok KJ, Hussey JR, Watkins K, Liu X. Effects of maternal stress on low birth weight and preterm birth outcomes across neighborhoods of South Carolina, 2000–2003. *Matern Child Health J* 2010; 14: 215-26.
23. Gordis L. *Epidemiology*. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 2008: 400.
24. DerSimonian R, Laird N. Meta-analysis in clinical trials. *Control Clin Trials* 1986; 7: 177-88.
25. Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics* 1994:1088-101.
26. Egger M, Smith GD, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997; 315: 629-34.
27. Alizadeh M, Dastgiri S, Taghavi S, Khanlarzadeh E, Khamnian Z, Jafarabadi MA, et al. The Relationship between Social Determinants of Health and Pregnancy Outcomes: A Retrospective Cohort Study in Tabriz. *JCRG* 2014; 3: 152-7.
28. Eghbalian F. Low birth weight causes survey in neonates. *Iran J Pediatr* 2007; 17: 27-33
29. Mahmoodi Z, Karimlou M, Sajjadi H, Dejman M, Vameghi M, Dolatian M. Working Conditions, Socioeconomic Factors and Low Birth Weight: Path Analysis. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15: 836–42.
30. Baheri B, Ziaie M, Zeighami -Mohammadi S. Effect of Domestic Violence on Pregnancy Outcomes among Pregnant Women Referring to Karaj Medical Centers. *Hakim Res J* 2012; 15: 140- 6.
31. Ranjbar H, Kohan M, Abas -Zadeh A, Arab M, Poryazdan-panah F. The study of violence against the mother and substance abuse during pregnancy and their association with pregnancy outcomes in mothers Kerman. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14: 15-23.
32. Jafari F, Eftekhar H, Pourreza A, Mousavi J. Socio-economic and medical determinants of low birth weight in Iran: 20 years after establishment of a primary healthcare network. *Public Health* 2010; 124: 153-8.
33. Veghari G. Iron supplementation during pregnancy and birth weight in Iran: A retrospective study. *Pak J Biol Sci* 2009;12: 427-32.
34. Vahdaninia M, Tavafian SS, Montazeri A. Correlates of low birth weight in term pregnancies: a retrospective study from Iran. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008; 8: 1.
35. Roudbari M, Yaghmaei M, Soheili M. Prevalence and risk factors of low birth weight infants in Zahedan, Islamic Republic of Iran. *East. Mediterr Health J* 2007; 13: 838-45.
36. Zahed-pasha Y, Esmaili-doki M, Haji-ahmadi M, Asgardoon G, Ghadimi R, Baleghi M, et al. The effect of risk factors on low birth weight infants. *JBUMS* 2004;6:18-24. [In Persian]
37. Golestan M, Akhavan Karbasi S, Fallah R. Prevalence and risk factors for low birth weight in Yazd, Iran. *Singapore Med J* 2011; 52: 730-3. [In Persian]
38. Tayebi T, Zahrani ST, Mohammadpour R. Relationship between adequacy of prenatal care utilization index and pregnancy outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013; 18: 360–6.
39. Fallah M, Afrouz G, Haidari G. Factors affecting birth weight infants in Yazd. *Toloo e Behdasht* 2008; 3: 57-63. [In Persian]

40. Maddah M, Karandish M, Mohammadpour-Ahranjani B, Neyestani T, Vafa R, Rashidi A. Social factors and pregnancy weight gain in relation to infant birth weight: a study in public health centers in Rasht, Iran. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 1208-12.
41. Karimian S, Molamohammadi M, Jandaghi G. Prevalence and factors associated with low-weight newborns in the maternity Qom Province in 2000. *Feyz* 2004; 27: 76-80. [In Persian]
42. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E. Anxiety during pregnancy: a risk factor for neonatal physical outcome. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011; 9: 30-8. [In Persian]
43. Nasiri Amiri F, Salmalian H, Hajiahmadi M, Ahmadi AM. Association between Prenatal Anxiety and Spontaneous Preterm Birth. *JBUMS* 2009; 11: 42-8. [In Persian]
44. Mozayeni M, Dorosty -Motlagh AR, Eshraghian MR, Davaei M. Relationship between food security and stress in pregnant mothers and low birth weight infant in child birth conducted in 2020 in tehran akbar abadi hospital. *Inter J Current Life Sci* 2014; 4: 2915-21.
45. Rafati S, Borna H, Akhavirad M-B, Fallah N. Maternal determinants of giving birth to low-birth-weight neonates. *Arch Iran Med* 2005; 8: 277-81.
46. Hassan M, Kashanian M, Roohi M, Yousefi H. The relationship between domestic violence during pregnancy and neonatal outcomes. *IJOGI* 2013; 16: 21-9. [In Persian]
47. Jafari F, Eftekhari H, Fotouhi A, Mohammad K, Hantoushzadeh S. Comparison of maternal and neonatal outcomes of group versus individual prenatal care: a new experience in Iran. *Health Care Women Int* 2010; 31: 571-84.
48. Khodakarami N, Naji H, Dashti M, Yazdgerdi M. Woman abuse and pregnancy outcome among women in Khoram Abad, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2009; 15: 622-8.
49. Dolatian M, Gharache M, Ahmadi M, Shams J, Alavi Majd H. Relationship between partner abuse during pregnancy and pregnancy outcomes. *HMJ* 2010; 13: 261-9. [In Persian]
50. Ansari H, Arisay Z, Rahimi E, Rakhshani F. The relationship between violence during pregnancy and low birth weight: a case control study. *JJUMS* 2008; 6: 17-27. [In Persian]
51. Zeyghami B, Tabatabaee H, Parisay Z. A Study on Correlation Of Mothers Risk Factors With Low Birth Weight of Newborns at a Multile Regression Model in Kohghiluyeh and Boyer-Ahmad Province in 2004-2005. *Armaghane-Danesh* 2005; 11: 37-45. [In Persian]
52. Faramarzi M, Esmaelzadeh S, Mosavi S. Prevalence, maternal complications and birth outcome of physical, sexual and emotional domestic violence during pregnancy. *Acta Med Iran* 2005; 43: 115-22.
53. Ramezanzadeh F, Tavafian S, Vahdaninia M, Shariat M, Montazeri A. Maternal and fetal outcomes of narcotic substance abuse, cigarette smoking, and unsafe drugs. *Hakim Res J* 2007; 10: 9-16. [In Persian]
54. Taheri F, Kazemi T. Risk Factors for Low Birth Weight in Birjand, Iran (a case-control study). *J Birjand Univ Med Sci* 2007; 14: 9-15. [In Persian]
55. Mirza-Rahimi M, Saadati H, Barak M, Abasgholi-Zadeh N, Azami A, Enteshari A. The incidence and causes of low birth weight infants in the hospitals of Ardabil in 2006. *J Ardabil Univ Med Sci* 2008; 9: 69-79. [In Persian]
56. Roudbari M, Yaghmaei M, Soheili M. Prevalence and risk factors of low birth weight infants in Zahedan, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2007; 13: 838-45.
57. Zahed-pash Y, Esmaili-Doki M-R, HajiAhmadi M, Asgardoost G, Ghadimi R, Baleghi M, et al. The effect of some risk factors for low birth weight (LBW). *JBUMS* 2004; 6: 24-18. [In Persian]

58. Falah M, Afrooz G, Heydari G. Factors affecting birth weight in Yazd province in 2007. *J JSSU* 2008; 16: 31-5.
59. Abdollahi F, Abhari FR, Delavar MA, Charati JY. Physical violence against pregnant women by an intimate partner, and adverse pregnancy outcomes in Mazandaran Province, Iran. *J Family community Med* 2015;22(1):13-8.
60. Mirzarahimi M, Hazrati S, Ahmadi P, Alijahan R. Prevalence and risk factors for low birth weight in Ardabil, Iran. *IJN* 2013;4:18-23.
61. Kramer MS, Goulet L, Lydon J, Séguin L, McNamara H, Dassa C, et al. Socioeconomic disparities in preterm birth: causal pathways and mechanisms. *Paediatr. Perinat Epidemiol* 2001;15:104-23.
62. Yadegari L, Dolatian M, Mahmoodi Z, Shahsavari S, Sharifi N. The Relationship Between Socioeconomic Factors and Food Security in Pregnant Women. *Shiraz E-Med J* 2017; 18: e41483.
63. Berghella V, Roman A, Daskalakis C, Ness A, Baxter JK. Gestational age at cervical length measurement and incidence of preterm birth. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 311-7.
64. Banaian S, Parvin N. The Investigation of the Relationship Between Mental Health Condition and Marital Satisfaction. *Sci J Hamdan Univ Med Sci* 2006; 14: 52-62. [In Persian]
65. Sharifi N, Dolatian M, Mahmoodi Z, Nasr Abadi FM, Mehrabi Y. The relationship between social support and food insecurity in pregnant women: a cross-sectional study. *J Clin Diagn Res* 2017; 11: IC01-IC06.
66. Divney AA, Sipsma H, Gordon D, Niccolai L, Magriples U, Kershaw T. Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25: 201-7.
67. Coussons-Read ME, Okun ML, Nettles CD. Psychosocial stress increases inflammatory markers and alters cytokine production across pregnancy. *Brain Behav Immun* 2007; 21: 343-50.
68. Dominguez TP, Schetter CD, Mancuso R, Rini CM, Hobel C. Stress in African American pregnancies: testing the roles of various stress concepts in prediction of birth outcomes. *Ann Behav Med* 2005; 29: 12-21.
69. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence Vict* 2002; 17: 169-85.
70. Akrami MNZ. Prevalence of physical violence against pregnant women and effects on maternal and birth outcomes. *Acta Medica Iranica* 2006; 44: 95-100.
71. Brown SJ, Yelland JS, Sutherland GA, Baghurst PA, Robinson JS. 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: 196.
72. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics* 2005; 115: 519-617.
73. Toughyani R, Ramezani MA, Izadi M, Motie Z. The effect of prenatal care group education on pregnant mothers' knowledge, attitude and practice. *J Med Educ* 2008; 7: 317-24.