The Relationship between Psychological Factors with The Incidence of Preeclampsia in Pregnant Women

Rashidian Tayebeh [1], Jalali Shaghayegh [2], Sharifi Nasibeh [3], Valizadeh Reza [4], Shafiee Elham [5], Ghiasi Fatemeh [6]

1. Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. ORCID ID: 0000-0003-4119-8757

2.General physician, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. ORCID ID: 0009-0008-5693-1126

3.Associate Professor, Department of midwifery, School of Nursing & Midwifery, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran, (Corresponding Author),Tel:09183454138, Email:nasibe.sharifi@yahoo.com. ORCID ID: 0000-0002-0734-2463

4.Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. ORCID ID: 0000-0002-5912-4898

5.Assistant Professor, Department of Epidemiology, School of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. ORCID ID: 0000-0001-5689-5235

6.Instructor, Department of Anesthesiology, School of Allied Medical Science, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran. ORCID ID: 0000-0001-6509-1829

ABSTRACT

Background and Aim: Preeclampsia is a hypertensive disorder of pregnancy that is one of the leading causes of maternal and neonatal mortality. Several risk factors have been stated for this complication, and the World Health Organization has drawn attention to psycho-social conditions. Therefore, the present study was conducted to determine the relationship between psychological and social factors with the incidence of preeclampsia in pregnant women.

Materials and Methods: The present study was conducted as a case-control study on pregnant women who referred to the women's single specialty hospital in Ilam city in 1399. The research samples included a group of women with preeclampsia (53 people) and a control group (53 people). People were selected according to the study's inclusion criteria. The data of the study was collected using three demographic and midwifery information questionnaires, perceived stress and social support questionnaires, and then the data were entered into SPSS version 17 software and analyzed using descriptive and analytical statistical tests.

Results: According to the results of the study, there was a significant difference between the amount of perceived stress and social support in the two groups; Persons with preeclampsia had more stress and less social support. According to the logistic regression test, for each unit increase in stress in pregnant women, the probability of preeclampsia increases by 0.23%, and for each unit increase in social support in pregnant women, the probability of preeclampsia decreases by 0.53%.

Conclusion: People with preeclampsia had more stress and less social support; therefore, examining psychological aspects as a risk factor in this disorder is necessary. Also, more efforts are needed by health and treatment personnel for prevention, screening, blood pressure management, and reduction of psychological and social stress among pregnant women.

Keywords: social factors, preeclampsia, incidence, pregnancy.

Received: April 6, 2024 **Accepted:** Nov 23, 2024

How to cite the article: Rashidian Tayebeh, Jalali Shaghayegh, Sharifi Nasibeh, Valizadeh Reza, Shafiee Elham, Ghiasi Fatemeh. The Relationship between Psychological Factors with The Incidence of Preeclampsia in Pregnant Women. SJKU 2025;30(2):128-136.

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBYNC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره سی /خرداد وتیر ۱۴۰۴/۱۳۶-۱۲۸

ارتباط عوامل روانی اجتماعی با بروز پره اکلامپسی در زنان باردار

طیبه رشیدیان[۱]، شقایق جلالی[۲]، نسیبه شریفی[۳]، رضا ولیزاده[۴]، الهام شفیعی[۵]، فاطمه قیاسی[۶]

۱.استادیار، گروه زنان زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران، کد ارکید:۸۷۵۷-۴۱۱۹-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۲.پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران، کد ارکید:۱۱۲۶-۵۶۹۳-۰۰۰۸-۰۰۰۹

۳.دانشیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران (نویسنده مسئول)، تلفن: ۰۹۱۸۳۴۵۴۱۳۸، پست الکترونیک: nasibe.sharifi@yahoo.com، کد ارکید:۲۴۶۳-۰۷۳۴-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۴.دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران، کد ارکید:۴۸۹۸-۵۹۱۲-۰۰۰۲-۰۰۰۰

۵.استادیار، گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران، کد ارکید:۵۲۳۵-۵۶۸۹-۰۰۰۱-۰۰۰۰

۶.مربی، گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران، کد ارکید: ۱۸۲۹-۶۵۰۹-۰۰۰۱-۰۰۰۰

چکیده

زمینه و هدف: پره اکلامپسی یک اختلال فشارخون در بارداری است که یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر مادران و نوزادان است. چندین عامل خطر برای این عارضه بیان شده است و سازمان بهداشت جهانی توجه به شرایط روانی اجتماعی را بیان نموده است؛ لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط عوامل روانی اجتماعی با بروز پره اکلامپسی در زنان باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به‌صورت مورد - شاهدی بر روی زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان تک تخصصی زنان شهر ایلام در سال ۹۹ انجام شد. نمونه‌های پژوهش شامل یک گروه از زنان مبتلا به پره اکلامپسی(۵۳ نفر) و یک گروه شاهد(۵۳ نفر) بودند. افراد بر طبق معیار ورود مطالعه انتخاب شدند. داده های مطالعه با استفاده از سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه استرس درک شده و حمایت اجتماعی جمع‌آوری گردید، سپس داده‌ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ شد و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی آنالیز شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج مطالعه، بین میزان استرس درک شده و حمایت اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی‌داری بود؛ به‌طوری که افراد دارای پره اکلامپسی از استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند. طبق آزمون رگرسیون لجستیک، به‌ازای هر واحد افزایش استرس در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی ۰/۲۳ درصد افزایش و به ازای هر واحد افزایش حمایت اجتماعی در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی ۰/۵۳ درصد کاهش می یابد.

نتیجه‌گیری: افراد دارای پره اکلامپسی از استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند؛ لذا بررسی جنبه‌های روانی به‌عنوان عامل خطر در این اختلال لازم و ضروری است. همچنین نیاز به تلاش بیشتر کارکنان بهداشت و درمان برای پیشگیری، غربالگری و اداره فشارخون و کاهش استرس روانی و اجتماعی در میان زنان باردار است.

کلمات کلیدی: عوامل اجتماعی، پره اکلامپسی، بروز، بارداری

وصول مقاله:۱۴۰۳/۱/۱۸ اصلاحیه نهایی:۱۴۰۳/۸/۲۸ پذیرش:۱۴۰۳/۹/۳

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

مقدمه

پـره اکلامپـسی بـه‌عنوان شـایع‌ترین عارضـه بـالینی دوران بـارداری است که همراه با خونریزی و عفونت یکـی از سـه علـت اصـلی مرگ زنان باردار در سراسـر دنیـا محـسوب مـی‌شـود. ایـن عارضـه توسـط سـازمان بهداشـت جهـانی به‌عنوان یکـی از مشکلات جهانی سلامت زنان مطـرح شـده است (۱). این بیماری شامل ۲ تا ۸ درصد از عوارض مربوط به بارداری، بیش از ۵۰۰۰۰ مـرگ مـادر و بـیش از ۵۰۰۰۰۰ مرگ جنین در سراسر جهان است (۲،۳). باتوجه‌به درگیری سیستم اتونـوم و سـمپاتیک در پـاتوفیزیولوژی ایـن بیمـاری نقش عوامل روانـی خصوصـاً اسـترس مشـخص‌تر می‌گـردد (۴). افـزایش اسـترس باعـث تغییـرات روانـی و بیولـوژیکی می‌شود که فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد، اسـترس در بـارداری و حـین زایمـان می‌توانـد بـا پیامـدهای نـامطلوب بارداری و پس از زایمان همراه باشد (۵). به‌طوری که برخی از یافته‌ها حکایت از تأثیر نامطلوب عوامل روانـی اجتمـاعی مانند استرس بر پیامدهای بـارداری ماننـد تهـوع و اسـتفراغ، افزایش فشارخون، زایمان زودرس و تولد نوزاد با وزن کـم هنگام تولد دارند (۶). برخلاف اسـترس حمایـت اجتمـاعی ارتباط منفی با پیامدهای نـامطلوب بـارداری دارد؛ بـه‌طوری کـه حمایـت اجتمـاعی در برابـر استرسـورهایی کـه باعـث افزایش فشارخون می‌شوند؛ مانند حائل عمل می‌کند (۸، ۷). افـراد دارای حمایـت اجتمـاعی بـالاتر از سـلامت بهتـری بهره‌مند می‌شوند؛ یافته‌های مطالعات نشان‌دهنده نقـش مهـم حمایـت اجتمـاعی در رونـد کـاهش اسـترس اسـت (۷، ۵). اعتقاد برخی پژوهشگران بر این است که حمایـت اجتمـاعی عوامـل اسـترس‌زا کـه منجـر بـه فشـارخون بـالا می‌شـوند را کاهش می‌دهد (۹). باتوجه‌به نقش استرس مادر بر پیامدهای بارداری خصوصاً پره اکلامپسی و اهمیت حمایت اجتمـاعی بر سلامت مادر و جنین در دوران بـارداری، همچنـین انجـام مطالعـات محـدود در زنـان بـاردار و نبـود مطالعـه مشـابه در استان ایلام، مطالعه حاضر باهدف تعیین ارتباط عوامل روانی و اجتماعی با بروز پره اکلامپسی در زنان بـاردار انجـام شـد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضـر به‌صـورت مـورد شـاهدی بـر روی زنان باردار (نخست زا و چندزا) مراجعه‌کننده بـه بیمارسـتان تـک تخصصی زنان زایمان شهر ایلام در سال ۹۹ انجام شد. نمونـه‌های موردپژوهش شامل دو گروه ۵۳ نفر بودند، گروه مورد شـامل ۵۳ زن مبتلا به پره اکلامپسی و گروه شاهد شامل ۵۳ زن باردار سـالم بودند. معیارهـای ورود بـه مطالعـه عبارت‌انـد از: داشـتن رضـایت جهت شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشـتن، نداشـتن سابقه ازدواج مجدد، جنین تک قلو و سالم، سن حاملگی بیشتر از بیسـت هفتـه بـر اسـاس اولـین روز آخـرین قاعـدگی معتبـر یـا سونوگرافی سه‌ماهه اول، عدم وجود حوادث استرس‌زا در طول ۶ مـاه گذشـته، نداشـتن بیماری‌هـای مـزمن از قبیـل سـندرم آنتـی فسفولیپید، بیماری‌های قلبی عروقی، کلیوی، ریوی، خـودایمنی و دیابت، نبود حاملگی عارضه دار (تهوع و استفراغ شدید بارداری، دیابت، هیپرتانسیون، بیماری قلبـی، ریـوی و کلیـوی) و حـاملگی مـولار، نداشـتن اعتیـاد بـه مـواد مخـدر و اسـتعمال دخانیـات. در صـورت عـدم مشـارکت در تکمیـل پرسـش‌نامه‌های پـژوهش یـا ناقص بودن آن‌هـا افـراد از مطالعـه حـذف می‌شـدند. در مطالعـه حاضـر ابـتلا یـا عـدم ابـتلا بـه پـره اکلامپسـی باتوجه‌بـه اسـتانداردها به‌صـورت فشـارخون مسـاوی یـا بیش‌تـر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه و دفع پـروتئین ادراری در آزمـایش ادرار بـا میـزان حـداقل ۱+ یـا ۳۰۰ میلی‌گـرم در ادرار ۲۴ ساعته مشخص شد کـه ایـن تشـخیص موردتأییـد پزشـک متخصص زنان و زایمان بود. بعد از تأیید پـژوهش حاضـر و کسـب کـد اخـلاق، پژوهشـگر بـا معرفی‌نامـه از معاونـت پژوهشی دانشگاه جهـت نمونـه‌گیری بـه بیمارسـتان مراجعـه کرده و از افراد واجد شرایط برای مشارکت در مطالعـه بعـد از توضـیح اهـداف پـژوهش و اطمینـان‌دادن بـه آن‌هـا در خصـوص محرمانـه مانـدن اطلاعـات آن‌هـا و دریافـت رضایت‌نامه کتبی نمونه‌گیری توسـط پژوهشـگر آغـاز شـد. نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود و افراد دارای پره اکلامپسـی که موردتأیید متخصص زنان بودند به گروه مورد و افراد که پـره اکلامپسـی نداشـته بـه گـروه شـاهد تقسـیم شـدند. پرسش‌نامه‌ها توسط نمونه‌های پـژوهش تکمیـل می‌شـدند و هرجایی که آن‌ها سـؤال داشـتند توسـط پژوهشـگر توضـیح داده و تکمیـل می‌شـدند. ابـزار گـردآوری داده‌هـا شـامل پرسش‌نامه دموگرافیک مامایی، پرسش‌نامه استرس درک شـده و

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی واکس بود. پرسش‌نامه دموگرافیک مامایی شامل دو بخش: بخش اول سن، وزن قبل از بارداری، قد، شاخص توده بدنی قبل از بارداری، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد خانواده و در بخش دوم اطلاعات مامایی از قبیل تعداد بارداری، فاصله حاملگی قبلی یا سقط قبلی تا حاملگی فعلی، سابقه پره اکلامپسی، سابقه فشارخون بالا در بستگان درجه یک، زمان شروع مراقبت‌های بارداری، تعداد دفعات مراقبت‌های بارداری، سن بارداری و جنسیت نوزاد بود.

پرسش‌نامه استرس درک شده، برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود. در این پژوهش، از نسخه ۱۴ آن استفاده شد. ۷ مورد منفی نشان‌دهنده ناتوانی در مقابله با استرس و ۷ مورد مثبت نشان‌دهنده تطابق خوب فرد با عوامل استرس‌زا است. آزمودنی‌ها باید پاسخ‌های خود را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی کنند که از «هرگز» با نمره ۰ شروع شده و به «بسیاری از اوقات» با نمرهٔ ۴ ختم می‌شود، کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بیش‌تر نشان‌دهنده استرس درک شده فراوان‌تر است. روایی و پایایی پرسش‌نامه مذکور در مطالعات داخلی تأیید شده است (۱۱، ۱۰). پرسش‌نامه حمایت اجتماعی واکس، شامل ۲۳ سؤال است که سه حیطه خانواده و دوستان و آشنایان را در برمی‌گیرد. از ۲۳ سؤال این مقیاس، ۸ سؤال به خرده مقیاس خانواده و ۸ سؤال به خرده مقیاس دوستان و ۷ سؤال به خرده مقیاس آشنایان تخصیص‌یافته است. این پرسش‌نامه بر اساس لیکرت چهاردرجه‌ای (بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف) ساخته شده است. در این ابزار، چهار نوع نمره اندازه‌گیری می‌شود. نمره اول، نمره حمایت اجتماعی مرتبط با خانواده است؛ نمره دوم، نمره حمایت اجتماعی مرتبط با دوستان و نمره سوم، نمره مربوط به حمایت اجتماعی آشنایان است. نمره چهارم نیز نمره کل حمایت اجتماعی است که حاصل‌جمع سه نمره قبلی است (۱۳، ۱۲). روایی و پایایی پرسش‌نامه مذکور در مطالعات داخلی تأیید شده است (۱۳،۱۴). پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد نرم‌افزار $SPSS$ نسخه ۱۷ استفاده شد و جهت تجزیه‌وتحلیل اطلاعات، آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. از آمار توصیفی، برای تعیین میانگین و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و از آمار استنباطی، آزمون مربع کای و مدل رگرسیون لجستیک و نسبت شانس استفاده شد.

یافته‌ها

نمونه‌های مطالعه حاضر شامل ۱۰۶ زن باردار بودند که در دو گروه مبتلا به پره اکلامپسی (گروه مورد: ۵۳ نفر) و زنان باردار سالم (گروه شاهد: ۵۳ نفر) تقسیم شدند. در مقایسه دو گروه از نظر خصوصیات دموگرافیک و مامایی؛ بین خصوصیات دموگرافیک مانند سن، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد خانواده و سابقه فشارخون بالا در بستگان درجه‌یک، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ خصوصیات مامایی مانند زمان شروع مراقبت‌های بارداری و جنسیت نوزاد وجود نداشت؛ اما از لحاظ تعداد دفعات مراقبت‌های بارداری($P<۰۰/۰۰۱$)، سابقه پره اکلامپسی ($P<۰۰/۰۰۱$) و سن بارداری ($P<۰۰/۰۲$) اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. به‌طوری که ۷۳/۶ درصد افراد مبتلا به پره اکلامپسی، کمتر از ۸ مراقبت بارداری،۸۱/۱ درصد سابقه پره اکلامپسی و ۷۳/۶ درصد سن بارداری کمتر از ۳۷ هفته داشتند.

جدول ۱. تعیین و مقایسه مشخصات دموگرافیک و مامایی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به پره اکلامپسی

متغیر وابسته / متغیر مستقل	پره اکلامپسی دارد (n=۵۳) انحراف معیار± میانگین	پره اکلامپسی ندارد (n=۵۳) انحراف معیار± میانگین	P
سن	۳۰/۱±۵/۵۹	۲۹/۸۱±۴/۹۴	۰/۷۴
شاخص توده بدنی	۲۵/۹۵±۲/۴۵	۲۵/۶۹±۳/۰۱	۰/۶۳
متغیر	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

سن بارداری	کمتر از ۳۷ هفته	۴۳(۸۱/۱)	۳۳(۶۲/۳)	۰/۰۲
	بیشتر از ۳۷ هفته	۱۰(۱۸/۹)	۲۰(۳۷/۷)	
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۱۶(۳۰/۲)	۱۳(۲۴/۵)	۰/۳۳
	بالاتر از دیپلم	۳۷(۶۹/۸)	۴۰(۷۵/۵)	
اشتغال	کارمند	۱۰(۱۸/۹)	۱۳(۲۴/۵)	۰/۳۱
	خانه‌دار	۴۳(۸۱/۱)	۴۰(۷۵/۵)	
درآمد (میلیون)	<۲/۵	۳۵(۶۶)	۲۳(۴۳/۴)	
	۲/۵-۵	۱۱(۲۰/۸)	۱۸(۳۴)	۰/۰۶
	>۵	۷(۱۳/۲)	۱۲(۲۲/۶)	
سابقه پره اکلامپسی	دارد	۰	۴۳(۸۱/۱)	۰/۰۰۰۱
	ندارد	۱۰(۱۸/۹)	۵۳(۱۰۰)	
سابقه فشارخون در بستگان	دارد	۱۷(۳۲/۱)	۱۹(۳۵/۸)	۰/۴۱
	ندارد	۳۶(۶۷/۹)	۳۴(۶۴/۲)	
جنسیت نوزاد	پسر	۱۷(۳۲/۱)	۱۹(۳۵/۸)	۰/۴۱
	دختر	۳۶(۶۷/۹)	۳۴(۶۴/۲)	
تعداد دفعات مراقبت	۸> مرتبه	۳۹(۷۳/۶)	۲۱(۳۹/۶)	<۰/۰۰۱
	۸< مرتبه	۱۴(۲۶/۴)	۳۲(۶۰/۴)	

از آمار توصیفی، برای تعیین میانگین و انحراف معیار، توزیع فراوانی مطلق و نسبی و از آمار استنباطی، آزمون مربع کای استفاده شد.

جدول ۲، مقایسه میانگین میزان استرس درک شده در دو گروه مبتلا به پره اکلامپسی و غیر پره اکلامپسی را نشان می دهد و نتایج حاکی از تفاوت معنی دار بین میزان استرس درک شده و حمایت اجتماعی در دو گروه مورد مطالعه بود و گروه مبتلا از استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند.

جدول ۲. تعیین و مقایسه میانگین حمایت اجتماعی و استرس در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به پره اکلامپسی

متغیر		تعداد	میانگین± انحراف معیار	*P*
استرس ادراک شده	بیمار	۵۳	۱۹/۶۹±۴/۹۵	<۰/۰۰۱
	سالم	۵۳	۱۶/۹۸±۵/۸۳	
حمایت اجتماعی	بیمار	۵۳	۱۸/۵۶±۸/۱۲	<۰/۰۰۱
	سالم	۵۳	۳۰/۲۲±۹/۴۴	

جهت گزارش میانگین و انحراف معیار از آمار توصیفی و جهت ارتباط‌سنجی دو متغیر استرس درک شده و حمایت اجتماعی بین دو گروه از آزمون کای دو استفاده شد.

جدول ۳، نتایج آزمون رگرسیون لجستیک را نشان می‌دهد، به ازای هر واحد افزایش استرس در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی ۰/۲۳ درصد افزایش و به ازای هر واحد افزایش حمایت اجتماعی در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی ۰/۵۳ درصد کاهش می یابد. پس از بررسی عامل‌های مداخله‌گر، مشخص شد سابقه پره اکلامپسی، تعداد مراقبت‌های بارداری بر ارتباط میان استرس و حمایت اجتماعی اثر مداخله‌گر دارد. نتایج آنالیز نشان دهنده این موضوع است که با افزایش استرس و کاهش

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

حمایت اجتماعی، پره اکلامپسی به طور معنی داری افزایش خواهد یافت.

جدول ۳. رگرسیون متغیرهای پیش بین استرس و حمایت اجتماعی در بروز پره اکلامپسی

متغیر	B	Beta	t	P
حمایت اجتماعی	-۰/۵۳۵	-۰/۵۲۹	-۶/۶۶	<۰/۰۰۱
استرس	۰/۲۳۶	۰/۲۳۲	۲/۹۲۲	۰/۰۰۴

آزمون آماری رگرسیون لجستیک استفاده شد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر حاکی از تفاوت معنی‌دار بین میزان استرس درک شده و حمایت اجتماعی در دو گروه موردمطالعه بود و افراد مبتلا به پره اکلامپسی از استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند. همچنین آزمون رگرسیون لجستیک، نشان داد، به‌ازای هر واحد افزایش استرس در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی ۰/۲۳ درصد افزایش و به ازای هر واحد افزایش حمایت اجتماعی در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی ۰/۵۳ درصد کاهش می یابد. نتایج مطالعه حاجی خانی و همکاران نیز با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۵). طبق نتایج مطالعه خلیدا و همکاران استرس و اضطراب مادر با وقوع پره اکلامپسی در ارتباط است و تحقیقات بیشتری باید نیاز است تا مکانیسم‌هایی که پریشانی مادر می‌تواند باعث ایجاد پره اکلامپسی شود مشخص شوند (۱۶). عملکرد روانی مادر می‌تواند عامل دیگری برای اختلالات فشارخون نظر گرفته شود، عوامل روانپزشکی می‌تواند خطر ابتلا به اختلالات پرفشاری خون را افزایش دهد؛ به‌طوری‌که تحقیقات بیولوژیکی ارتباط بین عملکرد روانی و فشار خون بالا را احتمالاً به علت تغییرات در چندین فرآیند فیزیولوژیکی مانند فعالیت التهابی، اتونومیک، هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال می‌دانند (۱۷). تعدادی مطالعات ارتباط مثبتی بین استرس و اضطراب مادر با فشارخون بارداری را بیان کردند (۱۹، ۱۸). یافته‌ها نشان می‌دهد که استرس روانی اجتماعی و فشارخون بالا می تواند به صورت ترکیبی خطر پره اکلامپسی را افزایش دهند. این یافته بر اهمیت تلاش برای پیشگیری، غربالگری و اداره پرفشاری خون و کاهش استرس روانی و اجتماعی بخصوص در میان زنان مبتلا به فشارخون تأکید می‌کند (۲۱، ۲۰). در مطالعه کلن و همکاران نیز ارتباط استرس با افزایش فشارخون در دوران بارداری بیان شده است (۲۲). در مطالعه ویانا و همکاران عنوان شده است که شرایط ناراحت کننده مانند افسردگی، اضطراب و استرس در دوران بارداری می‌تواند با افزایش سطح کورتیزول در گردش خون و همچنین جفت و کاهش حساسیت لنفوسیت ها به گلوکوکورتیکوئید، باعث بروز پره اکلامپسی به عنوان یکی از عوارض بارداری شود (۲۳). نتایج مطالعه‌ی معافی و همکاران نشان داد به ازای هر واحد افزایش استرس در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی سه درصد افزایش می یابد، همچنین به ازای هر واحد افزایش حمایت اجتماعی در زنان باردار، احتمال ابتلا به پره اکلامپسی سه درصد کاهش می یابد (۲۴). حمایت اجتماعی از مسیرهای مختلفی تأثیر مثبت خود را بر پیامدهای بارداری القا می‌کند و بین حمایت اجتماعی و استرس رابطه منفی وجود دارد؛ همچنین حمایت اجتماعی بالا با کاهش سطح کورتیزول خون و کاهش اضطراب همراه است و می تواند در کاهش بروز فشارخون نقش داشته باشد (۲۶، ۲۵). حمایت اجتماعی به عنوان یک خط دفاعی در برابر رویدادهای استرس زا در زندگی عمل می‌کند و مهارت‌های مقابله‌ای لازم را برای رویارویی با استرس در اختیار افراد قرار می‌دهد(۲۷). در مطالعه سرمستی و همکاران نیز زنان مبتلا به پره اکلامپسی در مقایسه با زنان سالم، استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتر را گزارش کردند و آن‌ها به این نتیجه رسیدند، ارائه‌دهندگان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

مراقبت‌های بهداشتی باید توجه بیشتری به بهبود حمایت اجتماعی و کاهش استرس در زنان باردار داشته باشند (۲۸). نتایج مطالعه کارا و همکاران نشان داده است که زنان باردار مبتلا به پره اکلامپسی نیاز به حمایت اجتماعی بیشتری دارند و حمایت اجتماعی در افزایش سطح پیوند قبل از تولد در زنان باردار پره اکلامپسی و سالم مؤثر است؛ بنابراین به متخصصان مراقبت‌های بهداشتی توصیه می‌شود که اضطراب، حمایت اجتماعی زنان باردار در معرض خطر و به ویژه آن‌هایی که در کلینیک در طول پیگیری‌های قبل از زایمان هستند ارزیابی کنند (۲۹). اختلالات فشارخون از مهم‌ترین مسائل حل نشده مامایی محسوب می‌شوند به نظر می‌رسد عوامل خطرساز آن به‌خوبی مشخص نشده است. بررسی جنبه‌های روانی که به دلیل تحریک سیستم عصبی اتونومیک باعث فعالیت بیش از حد سیستم سمپاتیک می‌شود به‌عنوان عامل خطر در این اختلال لازم و ضروری است. همچنین نیاز به تلاش برای پیشگیری، غربالگری، اداره پرفشاری خون و کاهش استرس روانی و اجتماعی بخصوص در میان زنان باردار است؛ زیرا با پیشگیری از این پیامد نامطلوب می‌توان از مشکلات بعدی در مادر، نوزاد و حتی بار مالی و روانی که بر دوش خانواده و جامعه می‌گذارد جلوگیری نمود.

نتیجه‌گیری

افراد دارای پره اکلامپسی از استرس بیشتر و حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بودند؛ لذا بررسی جنبه‌های روانی به‌عنوان عامل خطر در این اختلال لازم و ضروری است. همچنین نیاز به تلاش بیشتر کارکنان بهداشت و درمان برای پیشگیری، غربالگری و اداره پرفشاری خون و کاهش استرس روانی و اجتماعی در زنان باردار است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری عمومی دانشگاه علوم پزشکی ایلام با کد IR.MEDILAM.REC.1399.244 است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی انجام شده است. بدینوسیله از زحمات و همکاری‌های معاونت پژوهشی دانشگاه، ریاست بیمارستان و همکاران بخش زایمان بیمارستان تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1.Allahyari E, Foroushani A. R., Zeraati H., Mohmmadf K. & Taghizadeh Z. A predictive model for the diagnosis of preeclampsia. *J Reprod Infertil*. 2010;10.
2.Jung E, Romero R, Yeo L, Gomez-Lopez N, Chaemsaithong P, Jaovisidha A ,et al. The etiology of preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(2):S844-S66.
3.Magee LA, Nicolaides KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2022;386(19):1817-32.
4.Mohamadi S, Shahoei R, Soofizadeh N. Relationship of domestic violence from husband and preeclampsia in postpartum women referred to Sanandaj medical education center in 2017. IJOGI. 2021;24(2):71-9.
5.Akbarzadeh M, Ahmadinezhad F. Investigating the relationship of spiritual wellbeing with perceived stress and perceived social support among women with preeclampsia. *J HE Spiritual* and *Med Ethics*. 2019;6(4):2-9.
6.Dolatian M, Mahmoodi Z, Alavi-Majd H, Moafi F, Ghorbani M, Mirabzadeh A. Psychosocial factors in pregnancy and birthweight: Path analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2016;42(7):822-30.
7.Akinwaare MO, Ogbeye GB, Ejimofor N. Social support during pregnancy among pregnant women in Ibadan, Nigeria. IJNMH. 2019;5(1):14-26.
8.Bahrami-Samani S, Omidvar S, Mohsenzadeh-Ledari F, Azizi A, Ashrafpour M, Kordbagheri M. The relationship between perceived stress and pregnancy distress with

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]
[DOI: 10.22034/30.2.129]

self-care of pregnant women: The mediating role of social support—A cross-sectional study. Health Sci. Rep. 2023;6(11):e1730.
9.Gabriel AC, Bell CN, Bowie JV, LaVeist TA, Thorpe RJ. The role of social support in Moderating the relationship between race and hypertension in a low-income, urban, racially integrated community. *J Urban Health*. 2020;97:250-9.
10.Leung DY, Lam T-h, Chan SS. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. BMC public health. 2010;10:1-7.
11.Maroufizadeh S, Zareiyan A, Sigari N. Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "Perceived Stress Scale" among asthmatic patients in Iran. *Payesh Health Monit*. 2014;13(4):457-65.
12.Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. AJCP 1986;14(2):195.
13.Rashedi V RM, Gharib M, Nabavi SH. Social support for the elderly: Comparison between home and nursing home. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2013;5(2):351-6.
14.Souri A, Ashoori J. The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes. J. Diabetes Nurs. 2015;3(2):53-65.
15.Haji Khani N OG, Theaghi pour,, HamzehGradeshi Z. The relationship between mental stress and Hypertensive disorder during pregnancy: A review article. School of disorders during pregnancy: A review article. *Adv Nurs Midwifery*. 2017;20(7):61-70.
16.Khalida SN, Dachlan EG, Soegiarto GJBMJ. Maternal distress during pregnancy related to preeclampsia. Bali Med J. 2023;12(3.٥-٢٤٥١:(
17.Thombre MK, Talge NM, Holzman C. Association between pre-pregnancy depression/anxiety symptoms and hypertensive disorders of pregnancy. J. Women's Health. 2015;24(3):228-36.
18.Fan F, Zou Y, Tian H, Zhang Y, Zhang J, Ma X, et al. Effects of maternal anxiety and depression during pregnancy in Chinese women on children's heart rate and blood pressure response to stress. J. Hum. Hypertens. 2016;30(3):171-6.
19.Roberts L, Davis GK, Homer CS. Depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder following a hypertensive disorder of pregnancy: a narrative literature review. Front. cardiovasc. med. 2019;6:147.
20.Caplan M, Keenan-Devlin LS, Freedman A, Grobman W, Wadhwa PD, Buss C, et al. Lifetime psychosocial stress exposure associated with hypertensive disorders of pregnancy. Am. J. Perinatol. 2020;38(13):1412-9.
21.Yu Y, Zhang S, Wang G, Hong X, Mallow EB, Walker SO, Pearson C, Heffner L, Zuckerman B, Wang X. The combined association of psychosocial stress and chronic hypertension with preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209:438.
22.Collen A-C, Gustafsson H, Hellgren M, Schioler L, Bexander L & Manhem K. Cardiovascular response to stress and perceived stress is not altered 40 years after hypertensive pregnancies. *Pregnancy* Hypertens,. 2015;34: 116-24.
23.Vianna P BM, Dornfeld D, Chies JAB. . Distress Conditions During Pregnancy May Lead to Pre-eclampsia by Increasing Cortisol Levels and Altering Lymphocyte Sensitivity to Glucocorticoids. Med Hypotheses. 2011;7(2):188–91.
24.Moafi F, Dolatian M, Keshavarz Z, Alavi majd H. & Dejman M . Relationship between social support and stress in pregnancy with preeclampsia. J. Soc. Welf. 2013;13.
25.Ajala E, Olorunsaiye D. An evaluative study of the impact of intervention strategies of non-governmental organisations (ngos) on social well-being, economic empowerment and health of the aged in oyo state, Nigeria. J. Afr. Am. Stud. 2009;5(2).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]

26.Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reprod. Health. 2021;18(1):1-23.
27.Heard E, Whitfield KE, Edwards CL, Bruce MA, Beech BM. Mediating effects of social support on the relationship among perceived stress, depression, and hypertension in African Americans. *J Natl Med Assoc*. 2011;103(2):116-22.
28.Sarmasti N, Ayoubi S, Mahmoudi G, Heydarpour S. Comparing perceived social support and perceived stress in healthy pregnant women and pregnant women with preeclampsia. *Ethiop. j. health sci*. 2.(۳)۲۹;۰۱۹
29.Kara P, Nazik E. Effects of anxiety and social support levels on the prenatal attachment of pregnant women with preeclampsia. Cukurova Méd. J. 2021;46(3):889-96.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-15]

[DOI: 10.22034/30.2.129]