

بررسی استریای حاملگی و عوامل خطر مرتبط با آن در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان ارومیه

مونس مولودی^۱، ژایلا محمدرضایی^{۲*}، نسیم بهرامی^۳، محمدعلی سلیمانی^۴

تاریخ دریافت 1392/11/29 تاریخ پذیرش 1393/01/31

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: استریای حاملگی یکی از شایع‌ترین تغییرات پوستی در دوران حاملگی است. این در حالی است که این تغییر برای بسیاری از زنان بارداری خوشایند نیست. بنابراین مطالعه حاضر باهدف شناسایی برخی عوامل خطر مرتبط با استریای حاملگی در زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۴۰۰ نفر از زنان نخست‌زا بخش زایمان شرکت نمودند. برای گردآوری داده‌ها از یک پرسشنامه مشتمل بر دو بخش مشخصات دموگرافیک و شدت استریای Atwal استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (کای دو، تست دقیق فیشر و تی مستقل) در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: ۳۴۶ نفر از ۴۰۰ نفر (۸۶/۵ درصد) استریای حاملگی داشتند و از این تعداد ۳۰ نفر (۸/۷٪) فاقد استریای قابل توجه، ۱۵۷ نفر (۴۴/۵٪) دارای استریای خفیف، ۱۱۱ نفر دارای (۳۲/۱٪) استریای متوسط و ۴۸ نفر (۱۳/۹٪) دارای استریای شدید بودند. میانگین مقیاس Atwal در پستان، شکم، ران و باسن به ترتیب $1/78 \pm 1/19$ ، $1/77 \pm 1/97$ ، $2/01 \pm 2/86$ و $1/88 \pm 1/55$ بود. شایع‌ترین محل ایجاد استریای حاملگی (۹۶/۸ درصد) در شکم (۳۳۵ نفر) بود. در مطالعه حاضر بین ایجاد استریا و سابقه خانوادگی استریای بارداری، افزایش وزن و افزایش اندازه دور شکم و ران در دوران بارداری ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه ارتباط معکوس معنی‌دار بین ایجاد استریا با وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سن زنان نخست‌زا نشان داد؛ اما بین میانگین قد، میانگین شاخص توده بدنی قبل از زایمان، نوع پوست، میزان مصرف میوه و سبزی، شغل، محیط کاری و زمان کار، استفاده از کرم یا لوسیون با شیوع استریای حاملگی ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد عوامل ژنتیکی فرد و فاکتورهای فیزیکی نقش مهمی را در ایجاد استریا ایفا می‌کنند. برخی از این فاکتورها مانند افزایش وزن دوران بارداری و اندازه دور هیپ و شکم را می‌توان اصلاح نمود. ولی برخی دیگر غیرقابل تعدیل هستند.

کلیدواژه‌ها: استریای حاملگی، عوامل خطر، نخست‌زا

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره سوم، پی‌درپی 56، خرداد 1393، ص 213-207

آدرس مکاتبه: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه مامائی، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۱۹۹۰۰

Email: j.mrezayi@yahoo.com

مقدمه

در شکم، پستان، باسن، لگن و ران‌ها دیده می‌شود. رنگ استریا می‌تواند از طیف صورتی، قرمز تا قهوه‌ای متفاوت باشد (۲). این خطوط مدتی پس از زایمان پیگمانتاسیون خود را از دست داده، به رنگ سفید صدفی در می‌آیند و نهایتاً در

استریا تغییر پوستی است که در موقعیت‌هایی که پوست تحت کشش فیزیکی (رشد ناگهانی در دوره نوجوانی، حاملگی) قرار می‌گیرد و یا در شرایطی مانند سندرم کوشینگ که تغییرات هورمونی شدیدی در بدن روی می‌دهد، ظاهر می‌شود (۱). استریا گراویدارم در طی حاملگی به صورت ضایعات خطی

^۱ فوق لیسانس مامایی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه مامائی

^۲ فوق لیسانس مامایی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه مامائی (نویسنده مسئول)

^۳ عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشجوی دکتری بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ استادیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

به جامعه پژوهش شامل زن باردار نخست زاء، سن حاملگی بین ۴۲ - ۳۸ هفته، دریافت مراقبت‌های بارداری برای محاسبه شاخص توده بدنی (BMI) در اوایل حاملگی، عدم ابتلا به بیماری‌های فوق کلیوی، عدم وجود استریا در دوران قبل از بارداری بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای که شامل سؤالاتی برای توصیف مشخصات مادری از قبیل سن مادر، تحصیلات، سن حاملگی، شاخص توده بدنی مادر قبل از حاملگی، افزایش وزن در دوران حاملگی، شاخص توده بدنی هنگام زایمان، سابقه سیگار کشیدن و الکل، وضعیت اقتصادی، نوع پوست بر اساس طبقه‌بندی Fitzpatrick، شغل، ساعات کار مادر، محیط کار مادر، سابقه فامیلی داشتن استریا در خواهر و مادر، محل استریا (پستان، شکم، باسن و ران)، ماه شروع استریا، استفاده از کرم یا هر ترکیب دیگری برای پیشگیری از استریا و زمان شروع مصرف کرم، انجام ورزش و قد مادر، وضعیت مصرف میوه و سبزی‌ها، اندازه دور شکم و هیپ بود. مشخصات نوزاد شامل وزن و قد، دور سر هنگام تولد و جنسیت نوزاد بود.

شدت استریا در زنان بر اساس روش Atwal طبقه‌بندی شد. بر اساس این سیستم شکم، پستان، هیپ و ران و باسن از نظر شدت اریتم و تعداد استریاهای موجود بررسی می‌شود. ماکزیمم نمره در هر ناحیه ۶ (۰ تا ۳ برای تعداد استریای موجود و ۰ تا ۳ برای شدت اریتم) است. در هر ناحیه عدم وجود استریا صفر، استریا کمتر از ۵ عدد ۱-۵، استریا ۲، بیش از ۱۰ استریا ۳، عدم وجود اریتم صفر، اریتم متوسط (قرمز روشن یا صورتی) ۱، اریتم علامت‌دار (قرمز تیره) ۲، اریتم (بنفش) ۳ در نظر گرفته می‌شود. مجموع نمره ۰-۳ بدون استریا و یا بدون استریا قابل توجه، ۴-۹ استریا خفیف، ۱۰-۱۵ استریای متوسط، بیش از ۱۶ استریای شدید است (۵). نوع پوست زنان بر اساس طبقه‌بندی Fitzpatrick به ۶ نوع طبقه‌بندی شد (۱۶). وزن تمام نوزادان به همراه حوله‌ای که دور نوزاد پیچیده شده بود به‌وسیله ترازوی دیجیتال (پس از اطمینان از صفر بودن آن) سنجیده شد. وزن حوله (۳۰۰ گرم) از وزن نوزاد کسر و عدد حاصل به‌عنوان وزن نوزاد ثبت گردید.

تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. برای بررسی مشخصات دموگرافیک از آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی نظیر کای دو تست دقیق فیشر و آزمون‌تی مستقل، استفاده شد. سطح معنی‌داری کلیه آزمون‌ها کمتر یا مساوی ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

طرح حاضر دارای مجوز اخلاقی از کمیته اخلاقی دانشگاه آزاد اسلامی است. شرکت زنان در این مطالعه به‌صورت داوطلبانه بوده و

طول زمان به شکل خطوط آتروفیک، کمی چروکیده و فرورفته باقی می‌ماند (۳). بااینکه استریا تهدیدی برای سلامتی فرد محسوب نمی‌شود، اما به دلیل، خارش، سوزش و آثار بدشکلی که بجا می‌گذارد به لحاظ زیبایی موجب نگرانی برخی از مادران می‌شود (۴،۱).

مطالعات کمی در مورد اپیدمیولوژی و علت واقعی استریا انجام شده است. بااین‌وجود میزان شیوع آن در مطالعات مختلف ۵۰-۹۰ درصد گزارش شده است. علیرغم ناشناخته ماندن علت استریای حاملگی، برخی مطالعات تغییر در ساختارهای کششی و الاستیسیته پوست (۵،۶)، برخی از هورمون‌ها از قبیل استروژن، ریلکسین و همچنین هورمون‌های غدد فوق کلیوی را در ایجاد استریا دخیل می‌دانند (۷). از میان عوامل متعدد مطرح‌شده برای استریا، وزن پایه مادر و میزان افزایش وزن در دوران حاملگی، سن مادر، وزن هنگام تولد نوزاد، نژاد مادر، نوع پوست، دیابت حاملگی، تغذیه ضعیف، سابقه خانوادگی استریا و روش زایمان بیشتر مورد توجه واقع شده‌اند (۴). باوجود این نقش بسیاری از این عوامل هنوز ثابت نشده است (۳، ۶، ۸).

حاملگی از یک‌سو به دلیل تغییرات هورمونی و فیزیولوژیکی و از سوی دیگر به دنبال تغییر در شکل و ظاهر، می‌تواند منجر به اختلال در تصویر ذهنی از بدن و کاهش اعتمادبه‌نفس مادران باردار شود. استریای حاملگی از جمله عوامل مهم تأثیرگذار در تصویر ذهنی زنان باردار است (۹) و نارضایتی از تصویر ذهنی در دوران حاملگی ممکن است به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت مادر و جنین تأثیر داشته باشد (۱۰). از آنجاکه این تغییرات فیزیولوژیک محسوب می‌شوند کمتر مورد توجه پزشکان قرار می‌گیرند درحالی‌که به نظر می‌رسد ایجاد استریای حاملگی برای بسیاری از زنان چندان مطلوب و خوش‌آیند نیست. بخصوص زمانی که در ناحیه شکم ایجاد شوند زنان را وادار به تن دادن به بسیاری از روش‌های درمانی دردناک، گران‌قیمت و حتی گاهی غیرمؤثر می‌نماید.

با در نظر گرفتن مسائل ذکرشده و احتمال ارتباط عوامل متعدد بر ایجاد استریا، مطالعه حاضر به‌منظور شناسایی برخی عوامل خطر مرتبط با استریای حاملگی در مادران نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) در شهر ارومیه انجام گرفت.

مواد و روش کار

این مطالعه توصیفی - مقطعی در شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ بر روی ۴۰۰ مادر نخست‌زا بستری در بخش زایمان و بعد از زایمان بیمارستان امام رضا در شهر ارومیه انجام شد. شرایط ورود

(۳۳۵ نفر)، ۷۲/۵ درصد در سینه (۲۵۱ نفر)، ۴۵ درصد در باسن (۱۵۶ نفر)، ۳۳/۸ درصد در سینه (۱۱۷ نفر) ایجاد شده بود.

میانگین سن زنان $4/52 \pm 22/92$ سال بود. اکثر شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۲۰ تا ۲۵ سال (۵۱/۸ درصد)، دارای تحصیلات زیر دیپلم، دارای سابقه خانوادگی استریا، وضعیت اقتصادی متوسط، بر اساس مقیاس Fitzpatrick نوع پوست ۳، خانه‌دار، فاقد سابقه مصرف لوسیون یا کرم و فاقد فعالیت ورزشی بودند.

در این مطالعه بین ایجاد استریا و سابقه خانوادگی استریا، افزایش وزن دوران بارداری، افزایش اندازه دور شکم و ران ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. همین‌طور ارتباط معکوس معنی‌دار بین ایجاد استریا با وضعیت اقتصادی-اجتماعی و سن زنان نخست‌زا نشان داده شد. هیچ‌یک از واحدهای موردپژوهش مصرف الکل، سیگار و انجام ورزش را مطرح نکردند.

اطلاعات موردنیاز بدون درج نام و نام خانوادگی بیماران و پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان جمع‌آوری گردید.

یافته‌ها

از بین ۴۰۰ زن پرایمی‌پار که در مطالعه شرکت کردند ۸۶/۵ درصد استریای گراویداروم داشتند. میانگین مقیاس Atwal در پستان، شکم، ران و باسن به ترتیب $1/78 \pm 1/19$ ، $1/77 \pm 2/97$ ، $2/01 \pm 2/86$ و $1/88 \pm 1/55$ بود. بر اساس همین مقیاس ۸/۷ درصد از زنان (۳۰ نفر از ۳۴۶ نفر) فاقد استریای قابل توجه، ۴۵/۴ درصد (۱۵۷ نفر از ۳۴۶ نفر) دارای استریای خفیف، ۳۲/۱ درصد (۱۱۱ نفر از ۳۴۶ نفر) دارای استریای متوسط و ۱۳/۹ درصد (۴۸ نفر از ۳۴۶ نفر) دارای استریای شدید بودند. ۱۷/۱ درصد از شرکت‌کنندگان در چهار ناحیه (۷۰ نفر از ۳۴۶)، ۳۲ درصد در سه ناحیه از بدن (۱۱۱ نفر از ۳۴۶)، ۲۵/۲ درصد در دو ناحیه (۸۷ نفر از ۳۴۶)، ۲۶/۴ درصد فقط در یک ناحیه (۱۲۰ نفر از ۳۴۶) استریا داشتند. در این مطالعه استریای حاملگی ۹۶/۸ درصد در شکم

جدول (۱): توزیع استریای گراویداروم بر اساس مشخصات مادری و نوزادی

آزمون آماری	جمع	استریای حاملگی			
		ندارد (درصد) تعداد	دارد (درصد) تعداد		
$P \leq 0.001^*$	۲۹۳ (۷۳/۲)	۲۴ (۴۲/۶)	۲۶۹ (۷۸)	دارد	سابقه خانوادگی
	۱۰۷ (۲۶/۸)	۳۱ (۵۷/۴)	۷۶ (۲۲)	ندارد	
$p = 0.22^*$	۱۱۷ (۲۹/۲)	۱۲ (۲۲/۲)	۱۰۵ (۳۰/۳)	بله	استفاده از کرم یا لوسیون
	۲۸۳ (۷۰/۸)	۴۲ (۷۷/۸)	۲۴۱ (۶۹/۷)	خیر	
$p = 0.17^{**}$	۲۲۵ (۵۶/۲)	۳۴ (۶۳)	۱۹۱ (۵۵/۲)	پسر	جنسیت نوزاد
	۱۷۵ (۴۳/۸)	۲۰ (۳۷)	۱۵۵ (۴۴/۸)	دختر	
$p = 0.04^*$	۳۴ (۸/۵)	۹ (۱۶/۷)	۲۵ (۷/۲)	ضعیف	وضعیت اقتصادی اجتماعی
	۲۵۳ (۶۳/۲)	۲۸ (۵۱/۹)	۲۲۵ (۶۵)	متوسط	
	۱۱۳ (۲۸/۲)	۱۷ (۳۱/۵)	۹۶ (۲۷/۷)	خوب	
$p = 0.16^{**}$	۲۲ (۵/۵)	۵ (۹/۳)	۱۷ (۴/۹)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۳۷۸ (۹۴/۵)	۴۹ (۹۰/۷)	۳۲۹ (۹۵/۱)	خانه‌دار	
$p = 0.31^*$	۳۰ (۷/۵)	۱ (۱/۹)	۲۹ (۸/۴)	ندارد	مصرف میوه در روز
	۱۱۶ (۲۹)	۱۸ (۳۳/۳)	۹۸ (۲۸/۳)	یک سهم	
	۱۵۴ (۳۸/۵)	۲۳ (۴۲/۶)	۱۳۱ (۳۷/۹)	دو سهم	
	۱۰۰ (۲۵)	۱۲ (۲۲/۲)	۸۸ (۲۵/۴)	سه سهم	
$p = 0.78^*$	۳ (۰/۸)	۰ (۰)	۳ (۰/۹)	۱	نوع پوست
	۳۲ (۸)	۵ (۹/۳)	۲۷ (۷/۸)	۲	
	۲۲۲ (۵۵/۵)	۳۲ (۵۹/۳)	۱۹۰ (۵۴/۹)	۳	
	۱۴۳ (۳۵/۸)	۱۷ (۳۱/۵)	۱۲۶ (۳۶/۴)	۴	
$p = 0.001^*$	$22/9 \pm 4/5$	$25/3 \pm 5/1$	$22/5 \pm 4/3$		میانگین سن (سال)

میانگین قد (سانتی‌متر)	۱۶۰/۷ ± ۵/۵	۱۶۰/۴ ± ۶/۱	۱۶۰/۷ ± ۵/۵	p = ۰/۶*
ادامه جدول (۱)				
میانگین وزن قبل از زایمان	۵۸/۸ ± ۱۰/۶	۵۹/۴ ± ۱۰/۲	۵۸/۷ ± ۱۰/۷	p = ۰/۶*
میانگین وزن در زمان زایمان	۷۲/۹ ± ۱۰/۷	۷۱/۷ ± ۱۲/۴	۷۳/۱ ± ۱۰/۴	p = ۰/۳*
میانگین افزایش وزن دوران حاملگی	۱۴/۰۲ ± ۵/۴	۱۲/۲ ± ۶/۱	۱۴/۳ ± ۵/۳	p = ۰/۰۰۸*
میانگین شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مترمربع)	۲۲/۸ ± ۳/۹	۲۳/۰۸ ± ۳/۷	۲۲/۷ ± ۳/۹	p = ۰/۵*
میانگین اندازه دور شکم	۱۰۵/۲ ± ۱۰/۳	۱۰۶/۸ ± ۱۰/۵	۱۰۵/۸ ± ۱۰/۲	p = ۰/۰۱*
میانگین اندازه دور هیپ	۱۰۳/۵ ± ۸/۲	۱۰۰/۷ ± ۷/۶	۱۰۳/۹ ± ۸/۲	p = ۰/۰۰۵*
میانگین وزن نوزاد	۳۲۵۱/۵ ± ۳۷۱	۳۲۴۸/۱ ± ۴۳۷	۳۲۵۲/۰۲ ± ۳۶۰	p = ۰/۹*
میانگین قد نوزاد	۴۹/۱ ± ۱/۷	۴۹/۴ ± ۱/۶	۴۹/۱ ± ۱/۷	p = ۰/۲*
میانگین دور سر نوزاد	۳۴/۷ ± ۱/۳	۳۴/۷ ± ۱/۴	۳۴/۷ ± ۱/۳	p = ۰/۹*
جمع	۴۰۰ (۱۰۰)	۵۴ (۱۳/۵)	۳۴۶ (۸۶/۵)	

* آزمون آماری کای دو ** تست دقیق فیشر * آزمون آماری تی مستقل

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه باهدف شناسایی برخی عوامل مؤثر در ایجاد استریای حاملگی انجام شد و نتایج نشان داد، شیوع استریای حاملگی ۸۶/۵ درصد بود. از میان فاکتورهای بررسی‌شده، سابقه خانوادگی استریا و سن مادر بیشترین رابطه معنی‌داری را با استریای حاملگی داشتند.

در این مطالعه بین سن و وجود استریای ارتباط معکوس معنی‌داری وجود داشت. میانگین سنی مادران دارای استریا ۲۲/۵ و میانگین سنی مادران فاقد استریا ۲۵/۳ سال بود. در مطالعه Ratree و همکاران مطالعه‌ای تحت عنوان شیوع و عوامل مرتبط با استریای گراویداروم، میانگین سنی زنان دارای استریا ۲۲/۸۲ و در زنان فاقد استریا ۲۶/۶۱ سال بود. سن کم مادر با تشکیل استریا ارتباط داشته است (۳). همچنین Osman و همکاران (۲۰۰۷) نیز گزارش کردند که میانگین سنی در زنانی که استریای حاملگی داشته‌اند کمتر از زنانی است که فاقد استریای حاملگی بودند. این ارتباط را می‌توان چنین مطرح کرد که بافت همبند زنان جوان دارای محتوی کلاژن بیشتر، با اتصالات عرضی کمتری است. از این‌رو چنین بافتی شکننده بوده و احتمال پارگی و از هم‌گسیختگی جزئی آن در پاسخ به کشیدگی پوست وجود دارد که موجب تشکیل استریا می‌شود (۸، ۱۲). علاوه بر این پوست جوان‌تر فیبریلین کمتری دارد و این کمبود فیبریلین در تشکیل استریا نقش دارد (۱۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین میانگین قد و تشکیل استریای حاملگی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. هرچند تعداد مطالعاتی که به بررسی ارتباط این متغیر و استریا پرداخته‌اند

محدود است، نتایج مطالعه Ghasemit و همکاران و Keisha Buchana و همکاران بیان کردند که بین قد و استریای حاملگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۱۵، ۱۴).

نتایج مطالعه ما نشان داد بین شیوع استریای حاملگی و سابقه فامیلی از نظر آماری ارتباط معنی‌داری وجود دارد. Atwal و همکاران گزارش کردند شیوع استریای حاملگی در زنانی که سابقه فامیلی داشتند بیشتر از زنانی بود که سابقه فامیلی استریای حاملگی نداشتند (۵). می‌توان چنین توضیح داد که مقدار کلاژن پوست هر فردی جزء ویژگی‌هایی است که به نقاط مختلف پوست و ژنتیک وی بستگی دارد (۸).

در مطالعه حاضر بین شیوع استریا و وضعیت اقتصادی - اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود داشت. نتایج مطالعه Lerdpienpitayakul و همکاران نشان داد بین شیوع استریا و وضعیت اقتصادی شرکت‌کنندگان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به طوری که شیوع استریا در زنانی که درآمد کمتری داشتند بیشتر از افرادی بود که درآمد بیشتری داشتند (۱۶). Atwal و همکاران نیز نشان دادند بین استریای حاملگی و وضعیت اجتماعی یک ارتباط معکوس وجود دارد. نویسندگان نتیجه گرفتند زنانی که وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتری دارند وضعیت سلامت عمومی آن‌ها نیز بهتر بوده است. علاوه بر این در زنانی که وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین‌تری دارند، احتمال حاملگی به دلیل پایین بودن سن ازدواج، افزایش می‌یابد که خود این مسئله نیز با افزایش استریای حاملگی ارتباط دارد (۵).

نتایج مطالعه ما نشان داد بین شیوع استریای حاملگی و نوع پوست ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. نتایج مطالعه Atwal و

Osman نیز نشان داد که بین نوع پوست و استریای حاملگی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۴، ۵). در مطالعه حاضر به دلیل موقعیت خاص کشور ایران نوع ۱، ۵ و ۶ مشاهده نشد.

در مطالعه ما ارتباط معنی‌داری بین میزان مصرف میوه و سبزی، شغل، محیط کاری و زمان کار با شیوع استریای حاملگی یافت نشد؛ که با نتایج مطالعه Ratreه و همکاران همخوانی دارد (۳). هرچند در مطالعه ما میانگین شدت استریای حاملگی شکم ($p = 0/01$) و ران ($p = 0/03$) در زنانی که شاغل بودند به‌طور معنی‌داری کمتر از زنانی بود که خانه‌دار بودند. البته این مطالعه محدودیت زمانی و نیز محدودیت حجم نمونه در مورد برخی فاکتورها مانند شغل و عوامل مربوط به آن (تعداد کم زنان شاغل موجود در مطالعه) وجود داشتند. به نظر می‌رسد با انجام مطالعات مشاهده‌ای نتایج بهتری حاصل گردد.

در مطالعه Lerdpienpitayakul و همکاران ۶۹/۹ درصد زنان از نوعی فرآورده آرایشی مانند لوسیون، کرم یا روغن برای پیشگیری از استریای حاملگی استفاده کرده بودند. نویسندگان بیان کردند میانگین شروع استفاده از این فرآورده‌ها هفته $12/4 \pm 7/7$ حاملگی بوده است. ۶۸/۴ درصد زنان گزارش کردند که از این فرآورده‌ها به‌صورت منظم استفاده می‌کردند. بین استفاده از کرم یا لوسیون و شیوع استریای ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۶). نتایج مطالعه Ratreه و همکاران نیز نشان داد بین استفاده از کرم یا لوسیون در قبل از حاملگی ($p = 0/89$) و در طول حاملگی ($p = 0/61$) با شیوع استریای حاملگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۳). متأسفانه تاکنون هیچ‌گونه مداخله پیشگیرانه موفقیت‌آمیزی در این زمینه شناسایی نشده است. در مطالعه ما ۲۹/۲ درصد از شرکت‌کنندگان حداقل سابقه استفاده از یک ماده را به‌عنوان پیشگیری‌کننده از ایجاد استریا ذکر می‌کردند نتایج مطالعه نیز نشان داد که بین شیوع و شدت استریای حاملگی و استفاده یا عدم استفاده از کرم و لوسیون ارتباطی وجود نداشت.

بر اساس یافته‌های این بررسی بین شیوع استریای حاملگی و میانگین وزن قبل و بعد از زایمان و همچنین میانگین شاخص توده بدنی قبل از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. درحالی‌که شیوع استریا با میانگین افزایش وزن دوران بارداری مرتبط بود. Lerdpienpitayakul و همکاران عنوان کردند بین میزان وزن مادران در قبل از حاملگی و شیوع استریای ارتباط معنی‌داری وجود داشت؛ اما بین افزایش شاخص توده بدنی در دوران حاملگی و شیوع استریای ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۶) محققین بیان می‌کنند که افزایش سریع وزن در طی حاملگی عامل مهم‌تری برای ایجاد کشش، پارگی یا ایجاد استریای حاملگی در پوست است (۹). بر اساس نتایج حاصله از این مطالعه، بین

اندازه دور شکم با شیوع و شدت استریا در نواحی سینه، شکم و ران بر اساس Atwal Score ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۵)؛ که با نتایج حاصل از مطالعه Ghasemi و همکاران ($p = 0/02$) مشابهت دارد (۱۳). همچنین در مطالعه ایشان اندازه دور هیپ نیز با شیوع استریا ($p = 0/03$) ارتباط معنی‌داری داشته است. یافته‌های تحقیق حاضر نیز نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار اندازه دور هیپ با شیوع و شدت استریا در ناحیه شکم است. به نظر می‌رسد دیواره شکم زنان در هنگام افزایش وزن تا حدودی بیشتر تحت کشش قرار می‌گیرد و احتمال ایجاد استریا به دلیل تحت کشش قرار گرفتن پوست افزایش می‌یابد.

Lerdpienpitayakul و همکاران نیز عنوان کردند با افزایش وزن هنگام تولد شیوع استریا نیز افزایش یافته بود اما بین سن حاملگی و جنسیت نوزاد با شیوع استریا ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۱۶). در مطالعه Ghasemi و همکاران بین اندازه دور سر، قد و وزن هنگام تولد و شیوع استریای ارتباط معنی‌دار وجود داشت درحالی‌که شیوع استریا با جنس نوزاد و سن حاملگی ارتباط نداشت (۱۴). نتایج مطالعه حاضر در مورد ارتباط شیوع استریا با اندازه دور سر، قد و وزن هنگام تولد با تحقیقات ذکرشده همخوانی ندارد در تحقیق حاضر نیز ارتباطی بین جنسیت نوزاد با استریا یافت نشد.

اکثر مادران جوان و نخست‌زا در ویزیت‌های دوران بارداری، خواستار توضیحاتی در مورد علل ایجاد استریای حاملگی هستند. نتایج این مطالعه می‌تواند در پاسخگویی پزشکان و ماماها به این دسته از مادران مفید واقع شود. علیرغم غیرقابل تعدیل بودن تعدادی از فاکتورهای مرتبط با استریا نظیر سابقه خانوادگی، وضعیت اقتصادی اجتماعی بعضی از عوامل قابل تعدیل مانند افزایش وزن دوران بارداری و اندازه دور شکم و هیپ را می‌توان اصلاح نمود. بر پایه نتایج مطالعه حاضر، تحقیقات آتی باید بیشتر روی روش‌های پیشگیری‌کننده از ایجاد استریا و یا درمان آن متمرکز گردد. زیرا علیرغم بی‌خطر بودن این ضایعات، ممکن است وجود آن‌ها برای بسیاری از مادران جوان موجبات نارضایتی از شکل ظاهری و ایجاد نگرانی در مورد از دست دادن جذابیت برای همسرانشان را ایجاد نماید. و درنهایت می‌تواند سلامتی روانی مادران جوان را بخصوص در طی بارداری تحت تأثیر قرار دهد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه که در تأمین هزینه‌های اجرای طرح ما را یاری نمودند، همچنین کادر بیمارستان امام رضا (ع) و تمام مادران عزیز شرکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References:

1. Salter SA, Kimball AB. Striae gravidarum. *Clin Dermatol* 2006;24(2):97-100.
2. Salter SA, Batra RS, Rohrer TE, Kohli N, Kimball AB. Striae and pelvic relaxation: two disorders of connective tissue with a strong association. *J Invest Dermatol* 2006;126(8):1745-8.
3. Ratre JO, Titapant V, Chuenwattana P, Tontisirin P. Prevalence and associate factors for striae gravidarum. *J Med Assoc Thai* 2008;91(4):445-51.
4. Osman H, Rubeiz N, Tamim H, Nassar AH. Risk factors for the development of striae gravidarum. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(1):62 e1-5.
5. Atwal GS ML, Griffiths CE, Polson DW. Striae gravidarum in primipae. *Br J Dermatol* 2006;155:965-9.
6. Wong RC, Ellis CN. Physiologic skin changes in pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 1984;10(6):929-40.
7. Thomas RGR, Liston WA. Clinical associations of striae gravidarum. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(3):270-1.
8. Shuster S. The cause of striae distensae. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)* 1979;59(85):161-9.
9. Jomeen J, Martin CR. Self-esteem and mental health during early pregnancy. *Clin Eff Nurs* 2005;9(1-2):92-5.
10. Selda Pelin Kartal, Eskio lu F. Striae Gravidarum: Associated Factors in Turkish Primiparae. *J Turk Acad Dermatology* 2009;3(4):93401a.
11. Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol* 1988;124(6):869-71.
12. Cunningham FG, Bloom SL, Leveno KJ. Williams obstetrics 23 ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
13. Watson R, Parry E, Humphries J, Jones C, Polson D, Kieley C, et al. Fibrillin microfibrils are reduced in skin exhibiting striae distensae. *Br J Dermatol* 1998;138(6):931-7.
14. Ghasemi A, Gorouhi F, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian S, Firooz A. Striae gravidarum: associated factors. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007;21(6):743-6.
15. Buchanan K, Fletcher HM, Reid M. Prevention of striae gravidarum with cocoa butter cream. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;108(1):65-8.
16. Lerdpienpitayakul R, Manusirivithaya S, Wiriyasirivaj B, Lorwathanasirikul J. Prevalence and Risk Factors of Striae Gravidarum in Primiparae. *Thai J Obstet Gynaecol* 2009;17:70-9.

STRIAE GRAVIDARUM RISK FACTORS IN PRIMIPARAE PREGNANT WOMEN

Moloody M¹, Mohammad Rezaei ZH^{2*}, Bahrami N³, Soleimani MA⁴

Received: 18 Feb , 2014; Accepted: 20 Apr , 2014

Abstract

Background & aims: Striae gravidarum (SG) is the most common change in connective tissue among pregnant women which seems undesirable to many of them. The aim of this study was to determine the possible risk factors for the development of SG among women who had first pregnancy.

Materials & Methods: A descriptive-cross sectional study was conducted on 400 primiparous women delivering at Emam Reza hospital of Urmia city. All of them were assessed during the labor period for presence of SG by questionnaire. The data were collected via questionnaire and physical examination. The dependent variables in study group were the presence and absence of striae and the severity of striae which was evaluated by Atwal's score. The collected data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, t- test and Fisher exact test by using SPSS 20.

Results: Out of the 400 women, 346(86.5%) women had SG, while 30(8.7%), 157(45.4%), 111(32.1%), and 48 (13.9%) had very mild, mild, moderate and severe stria respectively. The most common site of SG was abdomen. Family history of SG in mother, big abdominal and hip girths, maternal age, family income , mean weight gain during pregnancy were associated with SG.

Conclusion: This study has shown that both genetic and physical factors may play an important role in development of SG.

Keywords: Striae gravidarum, primiparous, Risk factors

Address: Department of midwifery, Islamic Azad University of Urmia Branch, Urmia, Iran

Tel: (+98) 4412719900

Email: j.mrezayi@yahoo.com

¹ Department of Midwifery, Islamic Azad University of Urmia Branch, Urmia, Iran

² Department of Midwifery, Islamic Azad University of Urmia Branch, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran and PhD Candidate of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Paramedics, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran