

کیفیت زندگی در زنان باردار

فاطمه عباسزاده* اعظم باقری* ناهید مهران**

چکیده

زمینه و هدف: اگر چه حاملگی، یک رویداد متعارف در بین زنان در سنین تولیدمثل است، اما اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی به حساب می‌آید و این تغییرات می‌تواند توانایی زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهد. مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار صورت گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی در مورد ۶۰۰ نفر از زنان بارداری که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۱۳۸۵ به مراکز بهداشتی، درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه کرده بودند، انجام گرفته است. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام یافت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه فرم کوتاه (sf-36) بود. یافته‌ها با کمک آزمون‌های آماری کای دو، تی تست، آنالیز واریانس، نسبت شانس و ضریب اطمینان و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان باردار $61/18 \pm 13/21$ است و بین میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار به جز بعد عملکرد اجتماعی با جمعیت زنان ایران تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/005$) همچنین بین کیفیت زندگی با سن ($p = 0/002$)، سن حاملگی ($p = 0/017$)، تعداد حاملگی ($p < 0/001$)، تعداد زایمان ($p < 0/001$) ارتباط معکوس و با میزان درآمد ماهیانه ($p < 0/001$) حمایت‌های همسر ($p = 0/017$)، خواسته بودن حاملگی ($p = 0/006$) و رضایتمندی از زندگی ($p = 0/011$) ارتباط مستقیم وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بیانگر پایین بودن کیفیت زندگی زنان باردار است، لذا آگاهی مراقبان بهداشتی از تغییرات وضعیت سلامتی زنان باردار و همچنین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی آنان، جهت برنامه‌ریزی و اقدامات مراقبتی مناسب برای ارتقای کیفیت زندگی دوران بارداری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار می‌باشد.

نویسنده مسؤول: فاطمه عباسزاده؛ دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
e-mail: abbaszadehs@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، زنان باردار، عوامل مرتبط

- دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۸۷ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۸

مقدمه

در دوران بارداری شایع است، مانند تهوع و استفراغ، خستگی، درد (پشت، پا، کشاله و ران)، کرامپ و واریس پا، درد ناگهانی زیر دنده، ادم، افزایش ترشحات واژینال، گیجی و ... (۲). این تغییرات می‌تواند اثر قابل ملاحظه‌ای بر فعالیت‌های روزانه زنان باردار داشته باشد (۳). حتی در یک بارداری طبیعی، این تغییرات

دوران بارداری، یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است. این دوره، گرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت بخش است؛ اما، اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید (۱). به علاوه بروز یک رشته ناراحتی‌ها و مشکلات

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان
** مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم

توانایی زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر می‌دهد (۴).

بنابراین تغییرات زیادی در دوره حاملگی در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع در کیفیت زندگی زنان باردار در سنین مختلف حاملگی رخ می‌دهد (۵). کیفیت زندگی ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد را در بر می‌گیرد. هر یک از ابعاد کیفیت زندگی دارای دو جنبه ذهنی و عینی قابل اندازه‌گیری است. اگر چه جنبه عینی در توصیف میزان سلامت فرد مهم است، اما انتظارات و دریافت‌های ذهنی فرد است که بیانگر کیفیت زندگی واقعی تجربه شده توسط اوست (۶). کیفیت زندگی در دوران حاملگی قابل سنجش است. این سنجش در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان و درک ضرورت وجود این مراقبت‌ها برای سیاست‌گذاران حکومتی و سازمان‌های مراقبت از سلامتی اهمیت دارد (۷).

به طور کلی سه عامل فیزیکی، شخصی و اجتماعی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی محسوب می‌شوند که از عوامل فیزیکی به نیازهای اولیه از قبیل مسکن، لباس، آب و از عوامل شخصی به ثروت، خانواده، دوستان، دسترسی به کالاهای اساسی، حمایت افراد نزدیک و از عوامل اجتماعی به وضعیت مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی می‌توان اشاره کرد (۸).

بر اساس نتایج مطالعه Hueston و Kasik-Miller در مورد زنان باردار، در دوران حاملگی، درد بدن بیشتر، عملکرد فیزیکی ضعیف‌تر و محدودیت‌های عملکردی به دلیل

مشکلات فیزیکی بیشتر مشاهده می‌شود ولی در جنبه روانی کیفیت زندگی که توسط مقیاس SF-36 بررسی شده بود، تغییری مشاهده نشد. این مطالعه همچنین نشان داد که عوامل اجتماعی - جمعیت‌شناختی مثل: شغل، میزان درآمد و حمایت‌های همسر یا والدین اثر اندکی روی کیفیت زندگی دارد و همچنین وضعیت سلامت فیزیکی با سن حاملگی ارتباط معکوسی دارد (۹). اما تحقیقی دیگر نشان داد که حاملگی و دوره نفاس با تغییرات قابل ملاحظه‌ای هم در وضعیت سلامت روانی و هم در سلامت فیزیکی همراه می‌باشد همچنین عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن در زنان حامله طبیعی کمتر از بقیه افراد جامعه است (۷).

از آن جا که تاکنون در ایران تحقیقی در مورد کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار انجام نشده، مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار انجام گرفته است. با امید به این که نتایج آن بتواند سبب افزایش حمایت از زنان در دوران بارداری گردد که این خود می‌تواند گامی در جهت تحقق شعار «فرزند سالم از مادری سالم» باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی - تحلیلی است که در مورد ۶۰۰ نفر از زنان بارداری که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند، انجام گرفته است. زنانی در پژوهش شرکت کردند که ایرانی بودند (با توجه

به فراوانی زنان افغانستانی در کاشان این شرط گذاشته شد) و حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و هیچ مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه که آن‌ها را تحت عنوان حاملگی پرخطر معرفی کند، نداشتند.

نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای انجام گرفت. بدین ترتیب که کلیه مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان به ۵ منطقه تقسیم شد (شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز) سپس به طور تصادفی از هر منطقه دو مرکز انتخاب شد و در این مراکز کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده جهت انجام مراقبت‌های بارداری که دارای مشخصات یاد شده بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که با توجه به اهداف در دو قسمت عمده تدوین گردید؛ قسمت اول مشخصات فردی، قسمت دوم پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36). پرسشنامه SF-36 یک وسیله اندازه‌گیری سلامت است که می‌تواند به خوبی کیفیت زندگی را اندازه‌گیری کند. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال در هشت بعد است که شامل ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت عملکرد با توجه به مسایل عاطفی و عملکرد اجتماعی می‌باشد. به مجموع نمرات ابعاد هشتگانه سلامت نمرات صفر تا صد تعلق می‌گیرد، که نمرات بالاتر وضعیت سلامت بهتر را نشان می‌دهد.

روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه فرم کوتاه به عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد

دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهشکده از آزمون «روایی همگرایی» (Convergent Validity) برای تعیین روایی استفاده شده که تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده (۰/۴) به دست آمده است (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). برای تعیین پایایی از پایایی «همسانی درونی» (Internal Consistency) استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است (۱۰).

پس از ارایه توضیحات لازم به زنان واجد شرایط و اعلام آمادگی آنان برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه توسط خود زنان باردار تکمیل شد.

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی) و استنباطی (کای دو، تی تست، آزمون آنالیز واریانس، نسبت شانس و ضریب اطمینان) استفاده شد. از آمار توصیفی جهت تعیین همچنین از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰۰ زن باردار با میانگین سنی $25/40 \pm 4/52$ و میانگین سن حاملگی $25/64 \pm 9/13$ هفته مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثریت زنان باردار (۵۸/۵٪)، بارداری نخست خود را تجربه می‌نمودند و دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی (۴۸/۸٪)، خانه‌دار (۹۴٪) و دارای حاملگی خواسته (۸۶/۱٪) بودند.

نقش عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد نسبت شانس (OR) کیفیت پایین زندگی برای حاملگی ناخواسته برابر با ۲/۰۵ می‌باشد و این میزان در جامعه با اعتماد ۹۵٪ و حدود اطمینان (CI) ۳/۳۶ و ۱/۲۶ است که به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. در افرادی که عدم رضایتمندی از زندگی دارند ۲/۱۵ برابر شانس بیشتری جهت داشتن کیفیت زندگی پایین دارند و این اختلاف در جامعه ۴/۰۲ و ۱/۱۴ است که به لحاظ آماری معنادار می‌باشد.

جهت تعیین میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جمعیت زنان ایران از مطالعه منتظری و همکاران استفاده شده است (۱۰).

میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در زنان باردار $61/18 \pm 13/21$ به دست آمد. مقایسه میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار با جمعیت زنان ایران نشان داد که بین میانگین تمامی ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار به جز بعد عملکرد اجتماعی با جمعیت زنان ایران تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/005$) و میانگین نمرات ابعاد سلامت عمومی ($62/24 \pm 14/94$ در مقابل $82/9 \pm 22/1$)، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی ($56/23 \pm 18/77$ در مقابل $76/4 \pm 26/2$)، درد ($58/66 \pm 24/89$ در مقابل $74/2 \pm 25/1$)، احساس نشاط ($56/20 \pm 18/07$ در مقابل $65/0 \pm 18/6$) میان زنان باردار کاهش چشمگیری یافته و در مقابل ابعاد عملکرد اجتماعی و سلامت روانی افزایش پیدا کرده است (جدول شماره ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار و جمعیت زنان ایران در سال

۱۳۸۵

نتیجه آزمون دو گروه	زنان باردار		جمعیت زنان ایران		میانگین کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
$p < 0/005$	۱۴/۹۴	۶۲/۲۴	۲۲/۱	۸۲/۹	سلامت عمومی
$p < 0/005$	۲۱/۷۷	۶۲/۱۳	۳۹/۱	۶۶/۵	عملکرد جسمانی
$p < 0/005$	۱۸/۷۷	۵۶/۲۳	۲۶/۲	۷۶/۴	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی
$p < 0/005$	۲۱/۹۱	۶۳/۲۷	۲۰/۸	۶۵/۰	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی
$p < 0/005$	۲۲/۵۱	۶۴/۲۶	۱۷/۸	۶۲/۹	عملکرد اجتماعی
$p < 0/005$	۲۴/۸۹	۵۸/۶۶	۲۵/۱	۷۴/۲	درد
$p < 0/005$	۱۷/۹۳	۶۶/۷۵	۴۲/۴	۶۱/۴	سلامت روانی
$p < 0/005$	۱۸/۰۷	۵۶/۲۰	۱۸/۶	۶۵/۰	احساس نشاط

جدول ۲- توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات کلی کیفیت زندگی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان در سال ۱۳۸۵ به تفکیک برخی از ویژگی‌های آنان

نتیجه آزمون ANOVA	انحراف معیار	میانگین	کیفیت زندگی	
			ویژگی‌های زنان باردار	
$p=0/002$	۱۲/۸۵	۶۳/۸۶	۱۸-۲۳	سن
	۱۳/۶۴	۶۰/۹۰	۲۳-۲۸	
	۱۲/۴۶	۵۷/۹۲	۲۸-۳۳	
	۱۱/۸۹	۵۸/۸۳	بالای ۳۳	
$p=0/017$	۱۳/۹۷	۶۳/۹۲	سه ماهه اول	سن حاملگی
	۱۲/۹۹	۶۱/۹۳	سه ماهه دوم	
	۱۲/۷۵	۵۹/۵۷	سه ماهه سوم	
$p<0/001$	۱۲/۷۸	۶۲/۹۷	اول	تعداد حاملگی
	۱۳/۸۴	۵۹/۹۸	دوم	
	۱۱/۳۶	۵۶/۷۴	سوم	
	۱۴/۲۵	۵۱/۲۲	چهارم و پنجم	
$p=0/396$	۱۳/۳۱	۶۰/۸۱	ابتدایی	میزان تحصیلات
	۱۳/۴۷	۵۹/۴۰	راهنمایی	
	۱۲/۶۶	۶۲/۴۴	دبیرستان	
	۱۳/۹۸	۶۱/۵۷	دانشگاهی	
$p=0/353$	۱۳/۲۷	۶۱/۰۹	خانه‌دار	وضعیت اشتغال
	۱۲/۲۹	۶۳/۲۰	شاغل	
$p<0/001$	۱۳/۰۰	۶۳/۶۷	مطلوب	میزان درآمد
	۱۲/۹۲	۶۰/۳۱	تاحدی مطلوب	
	۱۱/۳۶	۵۲/۳۴	نامطلوب	
$p=0/017$	۱۲/۱۵	۵۲/۷۹	ضعیف	حمایت‌های همسر
	۱۰/۸۷	۵۷/۸۷	متوسط	
	۱۳/۴۸	۶۱/۶۹	خوب	
$p=0/006$	۱۳/۶۴	۵۷/۴۹	ناخواسته	خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی
	۱۳/۰۸	۶۱/۷۶	خواسته	
$p=0/011$	۱۳/۱۵	۶۱/۳۶	وجود دارد	رضایتمندی از زندگی
	۱۳/۵۱	۵۲/۲۹	وجود ندارد	

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد بیشتر ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار در مقایسه با جمعیت زنان ایران کاهش یافته و ابعاد سلامت عمومی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد و احساس نشاط کاهش بیشتری داشته است. بررسی انجام شده توسط Otchet

و همکاران نیز نشان داد زنان حامله در مقایسه با جمعیت عمومی در ابعاد درد بدن (میانگین ۲۱/۸۶ در مقابل ۷۹/۶۱)، عملکرد فیزیکی (میانگین ۶۲/۹۱ در مقابل ۸۹/۱۲)، عملکرد اجتماعی (میانگین ۷۴ در مقابل ۸۴/۰۶)، احساس نشاط (میانگین ۵۸/۰۴ در ۸۷/۲۴) محدودیت عملکرد فیزیکی ناشی از مشکلات

کاهش می‌یابد به طوری که بالاترین میانگین کیفیت زندگی ($12/78 \pm 62/97$) در حاملگی اول و پایین‌ترین میانگین ($51/22 \pm 14/25$) در حاملگی‌های چهارم و پنجم دیده می‌شود. به نظر می‌رسد هر بار حاملگی توان جسمی و روانی زنان را کاهش می‌دهد که می‌تواند باعث کاهش کیفیت زندگی شود.

در مورد میزان تحصیلات آزمون آماری بین سطوح مختلف تحصیلی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری نشان نداد، ولی عمدتاً زنان باردار در سطوح تحصیلی دیپلم و بالاتر نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی از میانگین امتیاز بالاتری ($12/66 \pm 62/44$) برخوردار بودند. اثر تحصیلات بر کیفیت زندگی در مطالعات مختلف در زمان غیر بارداری نیز به اثبات رسیده است و حتی تحقیقات اثر آن را بیشتر از سن نشان داده است (۱۱) این یافته نشان‌دهنده آن است که تحصیلات به عنوان عامل مثبتی در برخورداری از یک زندگی سالم در طی دوران بارداری نیز مؤثر است و به احساس سلامتی بهتر و رضایت از دوران بارداری کمک می‌کند.

میانگین کیفیت زندگی زنان شاغل ($12/29 \pm 63/20$) بیشتر از زنان خانه دار ($13/27 \pm 61/09$) می‌باشد. ولی آزمون آماری بین کیفیت زندگی زنان باردار و وضعیت اشتغال آنان ارتباط معناداری نشان نداد که به نظر می‌رسد به دلیل محدود بودن تعداد زنان باردار شاغل (۶٪) در این پژوهش باشد. در مطالعه Hueston و Kasik- Miller که کیفیت زندگی در زنان باردار مورد مطالعه کاهش است به طوری که بالاترین میانگین کیفیت زندگی ($13/97 \pm 63/92$) در سه ماهه اول و پایین‌ترین میانگین ($59/57 \pm 12/75$) در سه ماهه سوم مشاهده شد. Hueston و Kasik- Miller نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با پیشرفت حاملگی میانگین کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (۹).

سلامت فیزیکی (میانگین ۴۵ در $86/73$) دارای میزان عملکرد وابسته به سلامت پایینی می‌باشند (۷). تغییرات دوران بارداری و بروز ناراحتی‌ها و مشکلاتی مانند تهوع و استفراغ، خستگی، درد (پشت، پا، کشاله و ران)، کرامپ و واریس پا، درد ناگهانی زیر دنده، ادم، گیجی و... می‌تواند عامل مهمی در جهت کاهش ابعاد کیفیت زندگی و توانایی زنان جهت انجام فعالیت‌های روزانه باشد و حتی این تغییرات می‌تواند توانایی زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر می‌دهد.

در مورد عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در زنان باردار، نتایج پژوهش ما نشان داد بین کیفیت زندگی و سن ارتباط معناداری وجود دارد. به طوری که با افزایش سن مادر کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. بالاترین میانگین نمرات کیفیت زندگی ($12/85 \pm 63/86$) در گروه سنی ۱۸-۲۳ سال بوده است. همچنان که مطالعات در مورد زنان غیر باردار تأثیر سن بر کیفیت زندگی را نشان داده است (۱۱)، در زنان باردار نیز با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش سن حاملگی، کیفیت زندگی در زنان باردار مورد مطالعه کاهش است به طوری که بالاترین میانگین کیفیت زندگی ($13/97 \pm 63/92$) در سه ماهه اول و پایین‌ترین میانگین ($59/57 \pm 12/75$) در سه ماهه سوم مشاهده شد. Hueston و Kasik- Miller نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که با پیشرفت حاملگی میانگین کیفیت زندگی کاهش می‌یابد (۹).

نتایج پژوهش ما نشان می‌دهد با افزایش تعداد حاملگی، کیفیت زندگی در زنان باردار

یافته‌ها بین کیفیت زندگی و میزان درآمد ارتباط معناداری نشان داد ($p < 0.001$). به طوری که با بهبود وضعیت درآمد کیفیت زندگی افزایش می‌یابد، این نتیجه مشابه مطالعات انجام شده توسط Mckee و همکاران و Hueston و Kasik-Miller می‌باشد (۹۱). همچنین مطالعه Haas و همکاران که با هدف تعیین تغییرات در وضعیت سلامتی زنان در طی و بعد از حاملگی در سال ۲۰۰۵ در سان فرانسیسکو انجام شد، نشان داد که وضعیت پولی ناکافی جهت تهیه غذا و مسکن با وضعیت سلامتی ضعیف قبل، در طی و بعد از حاملگی ارتباط معناداری دارد (۱۲). علاوه بر این نتایج پژوهشی با عنوان «اثرات وضعیت اجتماعی و اقتصادی بر وضعیت سلامتی بررسی شده توسط پرسشنامه فرم کوتاه SF-36» در انگلستان انجام گرفت، نیز نشان داد که وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین با عملکرد سلامتی ضعیف همراه است (۱۱).

در مطالعه حاضر ارتباط معنادار بین کیفیت زندگی و حمایت‌های همسر ($p = 0.017$) بیانگر آن است کمک شوهر در کارهای منزل و نیز برآورده شدن نیاز عاطفی توسط همسر، می‌تواند در بالا بردن کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری مؤثر باشد. نتایج مطالعه Hueston و Kasik-Miller نیز نشان می‌دهد حضور حمایت‌های همسر می‌تواند بر کیفیت زندگی اثر داشته باشد (۹). همچنین مطالعه دیگری نشان داد عوامل اجتماعی همچون حمایت‌های والدین بر وضعیت عملکردی در حاملگی اثر دارد (۱).

در بررسی رابطه خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی فعلی نیز، یافته‌های پژوهش نشان داد، افرادی که دارای حاملگی ناخواسته می‌باشند ۲/۰۵ برابر شانس بیشتری جهت داشتن کیفیت زندگی پایین دارند. با توجه به شواهد موجود در بین مادرانی که بارداری ناخواسته دارند بروز اختلالات روانی زیاده‌تر است (۱۳) که این امر می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت روانی و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی همراه باشد. همچنین افرادی که عدم رضایتمندی از زندگی دارند ۲/۱۵ برابر شانس بیشتری جهت داشتن کیفیت زندگی پایین دارند. ارتباط معنادار بین کیفیت زندگی و رضایتمندی از زندگی بیانگر آن است نگرش مثبت نسبت به زندگی می‌تواند در بالا بردن کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری مؤثر باشد.

به طور کلی از آن جا که نتایج پژوهش حاضر بیانگر پایین بودن کیفیت زندگی زنان باردار است، بنابراین در طی مراقبت‌های دوران بارداری باید با برنامه‌ریزی مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها بخصوص برای برطرف کردن مشکلات جسمانی شایع در این دوره تلاش شود. همچنین جهت بهبود ابعاد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی و درد می‌توان به درمان و پیشگیری به موقع عوارض جسمی مانند تهوع و استفراغ پرداخت و با آموزش حالت مناسب قرارگیری مادر در موقع انجام فعالیت‌های معمول، جهت کاهش درد ناشی از کمر درد و کرامپ پا به او کمک کرد. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند توجه و آگاهی مسئولان و مردم را علاوه بر کمیت

است، لذا پیشنهاد می‌گردد پژوهشی در این مورد انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان به شماره قرارداد ۸۵۱۰ مورخ ۸۵/۵/۱۰ می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌ها و همکاری‌های ارزنده معاونت پژوهشی دانشگاه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. همچنین از کلیه زنان باردار که با حوصله به سؤالات این پژوهش پاسخ دادند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مراقبت‌ها به کیفیت و محتوای مراقبت‌های بهداشتی ارایه شده جلب کند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مسؤولان برنامه‌ریزی بهداشتی و در مانی کشور با برگزاری دوره‌های باز آموزی برای کارکنان بهداشتی کیفیت مراقبت‌ها را در جامعه بالا ببرند.

یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش‌های آینده و پایه‌ای برای تحقیق در سایر جنبه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی زنان باردار باشد. از آن جا که هیچ تحقیقی در مورد تأثیر کاهش کیفیت زندگی بر سیر حاملگی و وضعیت نوزاد انجام نشده

منابع

- 1 - Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001 Jun; 97(6): 988-93.
- 2 - Framarzy M. [Translation of high risk pregnancy]. Danakas J (Authors). Tehran: Boshra Publications; 2002. P. 16. (Persian)
- 3 - Attard CL, Kohli MA, Coleman S, Bradley C, Hux M, Atanackovic G, Torrance GW. The burden of illness of severe nausea and vomiting of pregnancy in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 May; 186(5 Suppl Understanding): S220-7.
- 4 - Gjerdingen DK, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Fam Med.* 1991 Jul; 23(5): 370-5.
- 5 - Mirmohammadali M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abbaszadeh F. [Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies]. "Hayat" Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2007; 13(1): 35-42. (Persian)
- 6 - Torkan B, Parsay S. [Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section]. Ph.D Thesis, Tarbeat Modares University, 2004. (Persian)
- 7 - Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal?. *Obstet Gynecol.* 1999 Dec; 94(6): 935-41.
- 8 - Reza Soltan P. [Quality of life and its Related Factors]. *Nashreh of Quality of life Tarbeat Modares University.* 2003; 2(1): 14. (Persian)
- 9 - Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract.* 1998 Sep; 47(3): 209-12.
- 10 - Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005 Apr; 14(3): 875-82.
- 11 - Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health.* 1997 Sep; 87(9): 1484-90.
- 12 - Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, Escobar GJ. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med.* 2005 Jan; 20(1): 45-51.
- 13 - Park JE, Park K. Text Book of Preventive and Social Medicine, Treatise on Community Health. 7th edition. Jabalpur, India: Banarsidas Bhanot Publisher; 2002.

Quality of Life among Pregnant Women

Abbaszadeh* F (MSc.) - Baghery* A (MSc.) - Mehran** N (MSc.).

Abstract

Received: Jan. 2009
Accepted: May. 2009

Corresponding author:
Abbaszadeh F
e-mail:
abbaszadehs@yahoo.com

Background & Objective: However, pregnancy is a common event among reproductive-age women, it is often stressful. Physical and emotional changes can alter the ability of women to carry out their usual roles. The aim of this study was to assess quality of life in pregnant women and its related factors.

Methods & Materials: In this cross-sectional study, 600 pregnant women referred to the prenatal clinics of Kashan University of Medical Sciences were selected randomly. Then they were asked to complete the Short Form 36 Health Survey (SF-36) to assess the quality of life. The results were analyzed using t-test, χ^2 , and ANOVA in SPSS.

Results: Results showed that the mean of quality of life in pregnant women was 61.18 ± 13.21 (27.96-92.62). A higher score represented a better health status. Statistically significant differences were found in all of the quality of life dimensions in pregnant women except for social functioning ($P < 0.005$). Quality of life was correlated with age ($P = 0.002$), gestational age ($P = 0.017$), gravidity ($P < 0.001$), number of deliveries ($P < 0.001$), income ($P < 0.001$), husband's support ($P = 0.017$) and life satisfaction ($P = 0.011$).

Conclusion: Results of this study showed that the quality of life in pregnant women was low. Thus, it is important for primary care providers to be aware of the changes in health status of pregnant woman to help them to promote their quality of lives.

Key words: quality of life, pregnancy, correlation factors

* MSc. in Midwifery, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

** MSc. in Midwifery, Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ghom University of Medical Sciences, Ghom, Iran.