

بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار در شهر فرخ شهر در سال ۱۳۹۱

مریم زاهدی، فاطمه دریس*

دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران

تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۲۴ تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۵

چکیده:

زمینه و هدف: در دوران بارداری تغییرات زیادی در زنان رخ می دهد و آن ها را هم از نظر روحی و هم از نظر جسمی آسیب پذیر می کند. این تغییرات می تواند کیفیت زندگی زنان را دچار تغییرات زیادی کند و بر جنین ایشان نیز تأثیر بگذارد. این پژوهش با هدف تعیین کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان باردار شهر فرخ شهر طراحی و اجرا شده است تا بتواند به بخش های مورد نیاز بهبود بخشد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی که از نوع مقطعی است کیفیت زندگی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر فرخ شهر در سال ۱۳۹۱ مورد ارزیابی قرار گرفت. برای این منظور ۱۷۰ نفر زن باردار به عنوان نمونه به روش سیستماتیک انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابعاد مختلف وضعیت سلامتی نمونه ها با استفاده از نسخه ترجمه شده پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) اندازه گیری و وضعیت کیفیت زندگی محاسبه شد.

یافته ها: میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد مختلف وضعیت سلامتی از حد متوسط به بالا بود و نمره کل کیفیت زندگی برابر $66/48 \pm 15/07$ به دست آمد. بین متغیر سن با عملکرد جسمانی ($P < 0/283$)، محدودیت جسمانی ($P < 0/156$)، درد ($P < 0/240$) و نمره کل کیفیت زندگی ($P < 0/226$) ارتباط معکوس و معنی داری وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین بین سن بارداری با عملکرد اجتماعی ($P < 0/173$)، عملکرد جسمانی ($P < 0/299$)، درد ($P < 0/182$) و نمره کل کیفیت زندگی ($P < 0/193$) ارتباط معکوس و معنی داری مشاهده شد ($P < 0/05$). میانگین نمره کیفیت زندگی در دوران بارداری در مادران با تعداد ۲ بارداری و نیز دارای حاملگی ناخواسته کمتر از مادران با ۱ بار حاملگی و حاملگی خواسته بوده است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به کیفیت زندگی متوسط زنان باردار به دست آمده در این مطالعه، شایسته است متولیان امر بهداشت اقداماتی جهت ارتقاء کیفیت زندگی در این گروه مهم داشته باشند.

واژه های کلیدی: کیفیت زندگی، بارداری، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی.

مقدمه:

که موجب سطحی از فعالیت کلی می شود و به فرد اجازه می دهد اهداف ارزشمند زندگی اش را بیان کند، می پردازد. در علوم پزشکی به طور خاص اندازه گیری کیفیت زندگی کاربردهای زیادی را داراست؛ به عنوان مثال در تعیین کارآیی درمان های مختلف، ارزیابی خدمات بهداشتی و اولویت بندی آن ها، سیاست گذاری و تخصیص منابع، بهبود روابط پزشک و بیمار با افزایش درک متقابل و پژوهش، کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است و به صورت پیچیده با سلامت جسمانی،

کیفیت زندگی، ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی فرد را در بر می گیرد. این ابعاد در دوران بارداری قابل سنجش هستند و سنجش کیفیت زندگی در برنامه ریزی برای مراقبت مادران، نوزادان و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت ها برای سیاست گذاران و انجمن های مراقبت از سلامت اهمیت دارد (۱). در واقع کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی اش، مراقبت های بهداشتی و فعالیت های ارتقاء دهنده سلامتی

جسمی و روحی مادر در سلامت و آینده فرزند این اهمیت روز افزون می گردد؛ لذا این پژوهش با هدف دستیابی به کاستی های کیفیت زندگی در زنان باردار منطقه انجام شده و به تعیین کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار پرداخته است.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به صورت مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ بر روی زنان بارداری که جهت مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی و درمانی شهر فرخشهر از توابع استان چهارمحال و بختیاری مراجعه نموده بودند، انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بارداری، تمایل به شرکت در مطالعه پس از شنیدن اهداف و برنامه های پژوهشی، عدم مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه از قبل یا حین بارداری، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. همچنین معیارهای خروج شامل عدم تکمیل همه بندهای پرسشنامه یا عدم تمایل به پاسخدهی پس از شرکت در پژوهش تعیین شد.

در مباحث مربوط به تعیین حجم نمونه، برای سنجش روایی و پایایی پرسشنامه های مورد بررسی کیفیت زندگی طبق نظر فایر و همکاران تعداد حداقل ۱۰۰ مورد مناسب تشخیص داده شده است (۶). با این حال با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه، Z برابر ۱/۹۶، p برابر ۰/۵، q برابر ۰/۵، N برابر ۳۰۰ و d برابر ۰/۰۵، حجم نمونه ۱۷۰ نفر به دست آمد. نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا میانگین تعداد زنان باردار مراجعه کننده به هر یک از مراکز بهداشتی درمانی شهر فرخشهر که شامل ۳ مرکز بهداشتی درمانی می باشند، در زمان اجرای پژوهش محاسبه شد. به طور متوسط ماهیانه تعداد ۹۵ تا ۱۰۰ زن باردار به هر یک از مراکز بهداشتی مراجعه داشتند. سپس با تهیه لیست مادران باردار هر مرکز و متناسب با تعداد مادر باردار

وضعیت روان شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی فرد و عوامل محیطی در ارتباط است و مورد استفاده قرار می گیرد (۲). با این حال نظرات متفاوتی درباره کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی محققین اعتقاد دارند که فقط در صورتی که چند بعد از سلامتی سنجش شود می توان آن را کیفیت زندگی نام نهاد؛ اما گروهی دیگر بر این اعتقادند که یک تعریف واحد که در همه مراحل یک بیماری و یا در جاهای مختلف کاربرد داشته باشد برای مفهوم کیفیت زندگی وجود ندارد (۳).

در دوران بارداری تغییرات زیستی، شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک زیادی در بدن زنان رخ می دهد (۱). خستگی، تهوع، استفراغ، سردرد، بی اشتها، سوزش سر دل، هموروئید و تنگی نفس از جمله عوارضی هستند که زنان باردار را درگیر می کنند و می توانند توانایی یک زن را برای انجام نقش های معمول زندگی تغییر دهند و کیفیت زندگی او را تحت تأثیر قرار دهند (۴). این تغییرات فراتر از کنترل مادران است و اولین تغییراتی محسوب می شود که آن ها را هم از نظر روحی و هم از نظر جسمی آسیب پذیر می کند. حتی در بارداری های طبیعی نیز این تغییرات می توانند توانایی هر زن را برای انجام دادن نقش های معمول زندگی تغییر دهند. به عبارت دیگر در دوره بارداری سلامت جسمی روحی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی می شود (۵).

به رغم اینکه کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان باردار بازی می کند، با این حال مطالعات اندکی در مورد کیفیت زندگی در بارداری در منطقه صورت گرفته است. از سویی دانستن شرایط کیفیت زندگی افراد و پی بردن به مواردی که کیفیت زندگی آن ها را کاهش می دهد و سعی در برطرف نمودن آن ها می تواند راهکارهایی موثر در جهت افزایش کیفیت ارائه خدمات و ارتقاء کیفیت زندگی در جامعه باشد. همچنین با قبول این نکته که درک افراد از کیفیت زندگی از باورها و فرهنگ های آنان متأثر است ضرورت تحقیق در این زمینه بسیار حساس می شود و به خصوص به دلیل نقش شرایط

محدوده ۷۷٪ تا ۹۰٪ برخوردارند (۹). همچنین مقایسه گروه های شناخته شده نشان داده است که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیرگروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن می باشد؛ به این نحو که افراد مسن تر و زنان، در تمامی مقیاس ها امتیازهای پایین تری به دست می آورند. در مجموع نشان داده شده است که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از روایی و پایایی لازم برخوردار است (۷).

در این مطالعه برای تجزیه و تحلیل داده ها با ساختن پایگاه داده ها و وارد کردن اجزاء پرسشنامه در نرم افزار SPSS، تحلیل داده ها انجام و از میانگین و انحراف معیار (آمار توصیفی) و آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسن برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها:

میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش (۱۷۰ نفر) ۲۸/۱۴ سال با انحراف معیار ۵/۵۷ بود که بالاترین سن ۴۳ سال و کمترین سن ۱۷ سال بود. همچنین میانگین سن بارداری در این گروه ۲۴/۶۴ هفته با انحراف معیار ۱۰/۰۹ بود که حداقل هفته بارداری شش هفته و حداکثر آن ۳۹ هفته بود. شش درصد افراد دارای تحصیلات ابتدایی، ۱۱/۹ درصد راهنمایی، ۴۰/۵ درصد دیپلم و ۴۱/۶ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۸۵ درصد غیرشاغل و ۱۵ درصد شاغل بودند و همسران ایشان ۱۷/۳ درصد غیرشاغل و ۸۲/۷ درصد شاغل بودند.

۴۹/۴ درصد افراد مورد پژوهش بارداری اول را تجربه می کردند؛ ۲۹/۸ درصد دومین بارداری و ۲۰/۸ درصد سه بارداری یا بیشتر داشتند. ۸۹/۷ درصد افراد سطح درآمد کمتر از یک میلیون در ماه و ۱۰/۳ درصد افراد سطح درآمد بالای یک میلیون تومان در ماه داشتند. ۷۶/۸ درصد افراد بارداری با میل و

در هر مرکز و با نمونه گیری سیستماتیک از هر مرکز تعداد ۵۷ مادر پرسشنامه را تکمیل کردند.

در این مطالعه علاوه بر تکمیل مشخصات فردی شرکت کنندگان از نسخه ترجمه شده پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (SF-36) استفاده گردید. گویه های این پرسشنامه از رایجترین و جامعترین ابزارهای استاندارد عمومی موجود در این زمینه است که به عنوان یک ابزار استاندارد اندازه گیری پیامد سلامتی در سطح بین المللی کار برد دارد (۷). این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط Ware و همکارش طراحی شده است و شامل ۳۶ سوال می باشد که وضعیت سلامتی را در هشت بعد عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی اندازه گیری می کند و به پاسخ های داده شده براساس دستورالعمل پرسشنامه امتیاز داده می شود. سوالات این پرسشنامه هم جنبه های مثبت و هم جنبه های منفی سلامت را مشخص می کنند (۸). همچنین از مقیاس های درجه بندی مختلفی از قبیل مقیاس پنج درجه ای لیکرت از عالی تا ضعیف و بلی و خیر برای پاسخدهی به سؤالات متفاوت این ابزار استفاده می شود. روش نمره بندی فرم ۳۶ سؤالی به صورت نمره مجزا برای هر یک از خرده مقیاس ها و نمره ای برای دو بخش کلی جسمی و روحی- روانی و بر اساس راهنمای ویژه آن صورت می پذیرد. حداکثر امتیاز کسب شده برای هر بخش یا خرده مقیاس ۱۰۰ و حداقل امتیاز صفر می باشد که نمرات بالا دلالت بر وضعیت سلامت بهتر و نمرات پایین دلالت بر وضعیت سلامت ضعیف تر دارند. نمره کل کیفیت زندگی نیز از متوسط گیری ابعاد مختلف وضعیت سلامتی به دست می آید (۹).

در برخی مطالعات پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی با استفاده از تحلیل آماری همخوانی داخلی و روایی با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روایی همگرایی مورد ارزیابی قرار گرفته است. تحلیل همخوانی داخلی نشان داده است که مقیاس های گونه فارسی پرسشنامه SF-36 از حداقل ضریب استاندارد پایایی در

خواست قبلی و ۲۳/۲ درصد افراد بارداری ناخواسته داشتند.

در ابعاد مختلف وضعیت سلامتی میانگین نمره هر کدام از ابعاد، از حد متوسط به بالا بود. در مجموع نمره کل کیفیت زندگی بر اساس ابعاد مختلف وضعیت سلامتی برابر ۶۶/۴۸±۱۵/۵۷ به دست آمد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: میانگین نمره ابعاد مختلف وضعیت

سلامتی در زنان باردار مورد پژوهش

ابعاد مختلف وضعیت سلامتی	میانگین ± انحراف معیار
عملکرد جسمانی	۶۰/۶۳±۲۳/۵۳
محدودیت جسمانی	۷۴/۱۰±۳۲/۳۵
محدودیت عاطفی	۸۲/۷۳±۲۹/۴۰
نشاط	۵۷/۰۱±۱۹/۸۹
سلامت عاطفی	۷۰/۶۴±۱۸/۹۰
عملکرد اجتماعی	۷۲/۵۴±۳۲/۲۳
درد	۶۶/۸۵±۲۱/۵۴
سلامت	۶۲/۸۰±۱۶/۵۱
نمره کل کیفیت زندگی	۶۶/۴۸±۱۵/۵۷

آزمون پیرسون نشان داد که بین سن و سن بارداری با کیفیت زندگی مادران باردار رابطه معنی دار معکوسی وجود دارد (به ترتیب ۰/۲۲۶- و ۰/۱۹۳- $P < ۰/۰۵$). به

این معنی که با افزایش سن افراد و سن بارداری میانگین نمرات در ابعاد کیفیت زندگی کاهش می یابد. بین متغیر سن با عملکرد جسمانی (۰/۲۸۳-)، محدودیت جسمانی (۰/۱۵۶-)، درد (۰/۲۴۰-) ارتباط معکوس و معنی داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵$). همچنین بین سن بارداری با عملکرد اجتماعی (۰/۱۷۳-)، عملکرد جسمانی (۰/۲۹۹-)، درد (۰/۱۸۲-) ارتباط معکوس و معنی داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵$). کیفیت زندگی با تحصیلات مادر باردار و با تحصیلات همسر باردار رابطه معنی داری نداشت ($P > ۰/۰۵$). میانگین نمره کیفیت زندگی در مادران شاغل پایین تر (۴۹/۷۷±۲۴/۶۶) و اختلاف معنی داری با کیفیت زندگی مادران غیر شاغل (۶۱/۷۶±۲۳/۱۲) داشت ($P < ۰/۰۵$). بین شغل همسر و کیفیت زندگی مادر باردار رابطه معنی داری یافت نشد ($P > ۰/۰۵$). همچنین در سطوح مختلف درآمد، نمره های کیفیت زندگی اختلاف معنی داری با هم نداشتند ($P > ۰/۰۵$); بین حمایت همسر و ابعاد کیفیت زندگی رابطه ای یافت نشد ($P > ۰/۰۵$).

در این مطالعه مادران بارداری که تعداد دو بارداری داشتند نسبت به افراد با تعداد یک بارداری و نیز دارای بارداری ناخواسته بودند به طور معنی داری ($P < ۰/۰۵$) کیفیت زندگی پایین تری را نشان دادند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: بررسی ارتباط بین تعداد بارداری و خواسته بودن یا نبودن بارداری با ابعاد مختلف کیفیت زندگی

P**	خواسته بودن یا نبودن بارداری		P*	تعداد بارداری			ابعاد مختلف وضعیت سلامتی
	ناخواسته	خواسته		یک	دو	سه و بیشتر	
۰/۱	۵۸/۰۶±۲۴/۴۸	۶۱/۲۸±۲۳/۲۸	۰/۰۶۲	۵۷/۹۹±۲۳/۶۲	۵۵/۹۴±۲۲/۱۱	۶۴/۴۰±۲۳/۹۲	عملکرد جسمانی
۰/۲۵	۷۱/۷۹±۳۴/۴۹	۷۴/۸۰±۳۱/۷۹	۰/۴۶	۷۴/۱۹±۳۵/۰۴	۶۸/۵۰±۳۵/۶۴	۷۸/۰۱±۲۸/۲۶	محدودیت جسمانی
۰/۱	۷۳/۵۰±۳۷/۰۱	۸۵/۵۲±۲۶/۶۲	<۰/۰۵	۷۷/۴۱±۳۸/۸۶	۷۸/۶۶±۳۱/۴۱	۸۷/۹۵±۲۳/۰۴	محدودیت عاطفی
۰/۱۵	۴۹/۷۴±۲۱/۱۴	۵۹/۲۳±۱۹/۰۳	<۰/۰۵	۵۱/۸۳±۱۹/۹۷	۵۷/۰۰±۲۰/۷۲	۵۹/۸۳±۱۸/۷۳	نشاط
۰/۰۵	۶۱/۶۴±۲۰/۳۴	۷۳/۳۸±۱۷/۶۲	۰/۰۵	۶۶/۸۰±۱۸/۸۵	۶۸/۰۸±۱۹/۴۵	۷۳/۸۹±۱۸/۰۱	سلامت هیجانی
۰/۱۱	۶۶/۳۴±۲۵/۸۳	۷۴/۴۱±۲۰/۷۷	۰/۰۵	۶۶/۱۲±۲۵/۲۴	۷۲/۰۰±۲۴/۵۵	۷۵/۷۵±۱۹/۴۵	عملکرد اجتماعی
<۰/۰۵	۶۴/۱۰±۲۲/۹۸	۶۷/۶۹±۲۰/۹۹	۰/۳۸	۵۹/۵۰±۲۵/۵۷	۶۳/۷۰±۱۸/۵۳	۷۰/۶۴±۲۰/۸۲	درد
۰/۲۷	۵۴±۶۱±۱۵/۴۹	۶۵/۲۸±۱۶/۰۶	<۰/۰۰۱	۶۴±۰۳±۱۵/۰۲	۵۹/۴۰±۱۶/۲۱	۶۳/۸۷±۱۷/۱۹	سلامت عمومی
<۰/۰۵	۶۰/۸۵±۱۵/۶۹	۶۸/۱۹±۱۵/۱۹	<۰/۰۵	۶۳/۸۶±۱۷/۳۱	۶۳/۰۲±۱۴/۴۷	۶۹/۷۹±۱۵/۰۷	نمره کل کیفیت زندگی

داده ها به صورت میانگین ± انحراف معیار ارائه شده اند؛ * بر اساس آزمون تی مستقل؛ ** بر اساس آزمون آنالیز واریانس.

بحث:

حاملگی یعنی خواسته یا ناخواسته بودن آن، با کیفیت زندگی بررسی و نتایج مشابهی گزارش شده است (۹، ۱۱). در مطالعه حاضر همچنین تفاوت معنی داری بین کیفیت زندگی مادرانی که تحصیلات دانشگاهی داشتند با کیفیت زندگی افرادی که تحصیلات پایین تری داشتند یافت نشد. احتمالاً در تحصیلات دانشگاهی اکثر رشته های دانشگاهی، آموزش جامع در ارتباط با بهداشت باروری برای دختران در نظر گرفته نشده است و به نظر نویسندگان لازم است تمام دختران که به دانشگاه راه می یابند (به عنوان قشر تحصیل کرده این مرز و بوم) از بهداشت باروری اطلاعات جامعتری داشته باشند و آموزش کاملتری را فرا گیرند؛ چرا که نقش آموزش، در ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی بر کسی پوشیده نیست.

نتایج این مطالعه حاضر همچنین نشان داد که مادرانی که ۳ بارداری یا بیشتر داشته اند، میانگین نمره بعد درد و همچنین نمره کامل کیفیت زندگی در آنان کمتر از مادرانی بوده که کمتر از ۳ بارداری داشته اند و حتی میانگین نمره کیفیت زندگی در کسانی که دو بارداری داشتند، کمتر از افرادی بود که بارداری اول خود را تجربه می کردند. در واقع کاهش توانایی و ذخایر بدنی مادر می تواند توجیه کننده این یافته باشد.

نتیجه گیری:

بر اساس نتایج این مطالعه مهمترین مولفه های موثر بر کیفیت زندگی زنان باردار، سن مادر باردار، سن بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، شغل مادر باردار و تعداد بارداری بودند. به نظر می رسد مشغله کاری زیاد مادران، کیفیت زندگی آن ها را تهدید نموده است؛ لذا توصیه های لازم برای کاهش مشغله کاری در زنان باردار ضروری به نظر می رسد؛ همچنین ترغیب و تشویق پرسنل جهت برقراری ارتباط بهتر با مادران بارداری که حاملگی آن ها ناخواسته بوده و انجام مشاوره های دوره ای در مراکز بهداشت برای

در این مطالعه که با هدف تعیین کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان باردار شهر فرخ شهر انجام شد، نتایج نشان دادند که کیفیت زندگی زنان باردار در حد متوسط قرار دارد. همچنین ارتباط بین سن (سن مادران باردار و سن بارداری) با عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد و نمره کل کیفیت زندگی معکوس و معنی دار است. در همین راستا مطالعه Hueston و همکارش نشان داده است که بین سن بارداری مادر با کیفیت زندگی ارتباط معکوسی وجود دارد و در دوران بارداری درد بدن بیشتر و عملکرد جسمانی ضعیف تر و محدودیت عملکردی به دلیل مشکلات جسمانی بیشتر می شود و عوامل اجتماعی جمعیتی مانند میزان درآمد و حمایت های همسر تأثیر اندکی بر روی کیفیت زندگی می گذارند (۱۰). در مطالعه مکوندی نیز که به بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار پرداخته، کمترین امتیاز کسب شده در ابعاد نشاط و عملکرد جسمانی بوده و مواردی مانند بارداری ناخواسته، سن مادران و سن بارداری به عنوان عوامل تأثیرگذار بر روی کیفیت زندگی معرفی شده اند (۱۱). همچنین در مطالعه عباس زاده و همکاران کمترین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در ابعاد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی و احساس نشاط گزارش شده است (۵) که با نتایج کسب شده در مطالعه حاضر همخوانی دارد.

میزان بروز حاملگی ناخواسته یکی از شاخص های مهم ارزیابی کیفی خدمات بهداشت خانواده است که سلامت باروری را در تمام ابعاد جسمی- روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می دهد. طبق شواهد موجود نیز در مادرانی که بارداری ناخواسته داشته اند بروز اختلالات روانی و مشکلات اجتماعی شایعتر بوده است (۱۲). در مطالعه حاضر نیز بین بارداری ناخواسته و کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنی داری به دست آمده است. در برخی دیگر از مطالعات نیز نقش نوع

تشکر و قدردانی:

این مطالعه با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در قالب طرح تحقیقاتی با شماره طرح ۱۱۴۷ مورد تصویب قرار گرفت و اجرا شد که بدینوسیله مراتب قدردانی خود را اعلام می داریم. از سرکار خانم دکتر معصومه معزی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و همه همکارانی که در اجرای این طرح همکاری نمودند سپاسگزاری می نمایم.

مادران باردار پیشنهاد می گردد و از برنامه ریزان پژوهشگران و کارکنان بخش بهداشت درخواست می گردد در حیطه کاری خود به عوامل مذکور اهمیت بیشتری دهند.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

ارائه نتایج این مطالعه به مسئولین و بیان پیشنهاداتی جهت افزایش کیفیت زندگی مادران باردار و انجام اقدامات لازم جهت آموزش و افزایش آگاهی مادران می تواند از وقوع حاملگی های ناخواسته پیشگیری نموده و سبب ارتقاء کیفیت زندگی در دوران بارداری شود.

منابع:

1. Mirmohammadalei M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abbaszade F. Comparison of quality of life and depression in women womeb with normal and high risk pregnancies. *Hayat*. 2007; 13(1): 35-42.
2. Donald A. Quality of life assessment: key issues in the 1990s. Springer Verlag, 2nd Ed. USA: New York; 1999.
3. Nejat S. Quality of life and its measurement. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Healthresearch*. 2008; 2(4): 57-62.
4. Gordon MC. Maternal physiology. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 5th Ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2007: chap 3.
5. Abbaszade F, bagheri A, mehraban N. Quality of life in pregnant women. *Payesh*. 2010; 9(1): 69-75.
6. Alavi NM, Ghofranipour F, Ahmadi F, Emami A. Developing a culturally valid and reliable quality of life questionnaire for diabetes mellitus. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2007; 13(1): 177-85.
7. Motamed N, Ayatollahi AR, Zare N, Sadeghi-Hassanabadi A. Validity and reliability of the Persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2005; 11(3): 349-57.
8. Ware JE, Jr., Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51(11):903-12.
9. Azizi A, Amirian F, pashaei T, Amirian M. Prevalence of unwanted pregnancy and its relationship with health-related quality of life for pregnant women's in Salas city, Kermanshah, Iran. *Iranian Journal of Obstetrics, Gyneocology and Infertility*. 2007; 14(5): 24-29.
10. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice*. 1998; 47(3): 209-12.
11. Macvandi S. Quality of life in pregnant women. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 16: 37-42.
12. Beydoun H, Saftlas AF, Harland K, Triche E. Combining conditional and unconditional recruitment incentives could facilitate telephone tracing in surveys of postpartum women. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2006 Jul; 59(7): 732-8

The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012

Zahedi M, Deris F*

Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

Received: 13/April/2014 Accepted: 15/June/2014

Background and aims: Many changes happen in women during pregnancy. It can damage them emotionally and physically. This can change the quality of life for women, and affects their fetus. Therefore, this research was aimed to design and perform the quality of life and its dimensions in pregnant women to improve necessary parts in Farokhshahr.

Methods: This research was a cross-sectional descriptive analytic study, and evaluated the quality of life in pregnant women referred to health centers in Farokhshahr. 170 pregnant women were selected with systematic way. The different dimensions of health situation for samples measured and calculated using a translated version questionnaire about quality of life related to health.

Results: The mean score of quality of life in the different dimensions of health situation was higher than moderate rate, and the total score of quality of life calculated (66.48 ± 15.57). Between age and physical function (-0.283), physical limitation (-0.156), pain (-0.240) and the total score of quality of life (-0.226) was a significant and inversely relationship ($P < 0.05$). Also, there was a significant and inversely relationship between pregnant age with social function (-0.173), physical function (-0.299), pain (-0.182) and the total score of quality of life (-0.193) was ($P < 0.05$). The mean score for quality of life during pregnancy with two times and unwanted pregnancy was less than once pregnancies and wanted pregnancy ($P < 0.05$).

Conclusions: Regard to the moderate obtained quality of life in pregnant women in this study, It is Vulnerable to perform some procedures to promote the quality of life in this group.

Keywords: Quality of life, Pregnancy, Questionnaire SF-36

Cite this article as: Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3(3): 63-69.

***Corresponding author:**

*Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran. Tel: 00983813333710,
E-mail: f_drees2003@skums.ac.ir*