

## مقایسه کیفیت زندگی در زنان با حاملگی طبیعی و پرفطر

فیروزه پیامنی<sup>۱</sup>، سعید فروغی<sup>۱</sup>، مریم کمالی<sup>۲</sup>، فاطمه گودرزی<sup>۱</sup>، مجید میری<sup>۱</sup>، محبوبه بیات<sup>۱</sup>، رفعت سید امامی<sup>۱</sup>

۱. مربی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، دانشکده پرستاری الیگودرز

۲. کارشناس مامایی، مرکز بهداشتی شماره ۴ الیگودرز

افلاک / سال پنجم / شماره ۱۵۰۱۴ / بهار و تابستان ۱۳۸۸

### چکیده

**مقدمه و هدف:** دوران بارداری، یکی از مهمترین مراحل زندگی یک زن است که با تغییرات وسیع فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی همراه می باشد، که این تغییرات بر کیفیت زندگی فرد تأثیر گذار هستند. این مطالعه با هدف تعیین و مقایسه کیفیت زندگی زنان در دو گروه حاملگی پر خطر و طبیعی انجام شده است.

**مواد و روش ها:** این پژوهش یک مطالعه تحلیلی از نوع مورد شاهدهی است که روی ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر با حاملگی پر خطر، ۶۰ نفر با حاملگی طبیعی) از زنان بارداری که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی- درمانی الیگودرز در سال ۱۳۸۸ مراجعه کرده بودند انجام شد. نمونه ها به روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی شامل مشخصات فردی و پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36) بود که اعتبار آن به روش اعتبار محتوی و همسانی درونی آن با روش آلفا کرونباخ و دو نیمه سازی سنجیده شد.

**یافته ها:** نتایج این مطالعه نشان می دهد که میانگین امتیاز کلی کسب شده کیفیت زندگی در مادران باردار با حاملگی پر خطر (۳۵/۷۹±۱۴/۶۷) به نحو معنی داری پایین تر از مادران باردار با حاملگی طبیعی (۵۶/۳۱±۱۵/۴۴) بوده است ( $p < 0/001$ ). همچنین میانگین امتیازات دو گروه پر خطر و کم خطر در ابعاد سلامت روان، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و احساس نشاط از زندگی نیز با برخی از عوامل خطر رابطه معنی دار داشت.

**نتیجه گیری:** کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر در مقایسه با زنان باردار با حاملگی طبیعی پایین تر است، بنابراین شناسایی زنان حامله در معرض خطر در هنگام اولین مراجعه جهت مراقبت های دوران بارداری و تلاش جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

**واژه های کلیدی:** کیفیت زندگی، حاملگی، پرخطر

## مقدمه

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 فیزیولوژیک و روانی به حساب می آید (۱).

بارداری تغییرات مختلفی را در تمام اعضاء و دستگاه های مختلف بدن مادر بوجود می آورد. در بعضی از زنان این تغییرات حالت غیر طبیعی پیدا می کند و در صورت عدم مراقبت صحیح ممکن است باعث عوارض وخیم و در نهایت مرگ مادر و جنین گردد (۲).

اکثریت موارد مرگ و میر مادران به علت آمبولی، فشار خون بالا، خونریزی و عفونت رخ می دهد. هرگاه میزان مرگ و میر مادر و جنین قبل و بعد از زایمان بیشتر باشد حاملگی پر خطر محسوب می شود (۳).

گروه های مهمی از لحاظ میزان افزایش خطر وجود دارند که باید قبل از زایمان و یا حتی گاه قبل از حاملگی آنها را شناسایی کرد و توجه خاصی به آنها نمود. این گروه ها عبارتند از: کسانی که سابقه بیماری های مزمن همانند دیابت، فشارخون، بیماری قلبی و ... دارند، کسانی که در حاملگی های قبلی سابقه مشکلاتی مثل مرگ و میر جنین یا نوزاد، زایمان پیش از موعد، عقب ماندگی رشد جنین، ناهنجاری ها و حوادث جفت و بند ناف داشته اند (۴). همچنین کسانی که در بارداری فعلی دچار مشکلاتی همانند خونریزی، پارگی زودرس و پیش از موعد کیسه آب، نمای غیر طبیعی جنین، عدم افزایش وزن و یا افزایش وزن بیش از حد طبیعی هستند و کسانی که شواهدی دال بر سوء تغذیه دارند، حاملگی در سنین بالای ۳۵ سال و زیر ۱۸ سال و عدم ایمنی نسبت به سرخجه از موارد دیگری می باشند که می توانند حاملگی را در گروه پرخطر قرار دهند (۵). زنان با حاملگی پر خطر در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی با خطراتی روبرو می

شوند که باعث تغییرات زیادی در ابعاد سلامت جسمی، روانی،

اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی آنان می شود (۶).

کیفیت زندگی مفهوم چند بعدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را چنین تعریف نموده: "درک فرد از وضعیت زندگی با توجه به فرهنگ و نظام های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی" این مفهوم ابعاد مختلفی دارد که بر وضعیت سلامت جسمی، وضعیت روحی روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی و عقاید شخصی فرد تاثیر می گذارد (۷).

مطالعه ای در ایتالیا نشان داد میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مادران با حاملگی پرخطر از میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مادران با حاملگی طبیعی کمتر است (۸).

با وجود این که کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان حامله بازی می کند، مطالعات کمی در مورد کیفیت زندگی مرتبط با حاملگی انجام شده است؛ لذا این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی در زنان با حاملگی طبیعی و پر خطر انجام شده است؛ که نتایج آن می تواند سبب افزایش حمایت زنان در دوران بارداری و ارتقاء مراقبت های دوران بارداری گردد.

## مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مورد شاهدهی است که روی ۱۲۰ نفر (۶۰ نفر با حاملگی پر خطر و ۶۰ نفر با حاملگی طبیعی) از زنان بارداری که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری به مراکز بهداشتی-درمانی الیگودرز در سال ۱۳۸۸ مراجعه کردند، انجام شد. معیار های ورود به مطالعه شامل زنان باردار، با سن (۱۵الی ۵۰ سال) و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. حجم نمونه با توجه به مطالعه قبلی میرمحمد علی ئی و همکاران (۱۳۸۵) بود که با همین ابزار پژوهش، مطالعه را انجام داده بودند. مقادیر واریانس ها و میانگین های بدست آمده در فرمول قرار داده شد و بر اساس



فراوانی مطلق و نسبی) و استنباطی (آزمون کای دو، تست تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون و ضریب همبستگی اسپیرمن) استفاده شد. در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ۱۶ استفاده گردید.

### یافته ها

یافته ها نشان داد ۲۱/۳ درصد از زنان در گروه پرخطر سن کمتر از ۱۸ سال و ۱۶/۷ سن بیشتر از ۳۵ سال داشتند. اکثریت زنان باردار در هر دو گروه حاملگی طبیعی (۴۳/۳ درصد) و حاملگی پرخطر (۳۱/۷ درصد) ۲۰-۲۵ سال داشتند. میانگین سنی زنان با حاملگی طبیعی  $25/3 \pm 4/39$  و با حاملگی پرخطر  $27/68 \pm 6/88$  بود. میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در مادران با حاملگی پرخطر ( $14/67 \pm 35/79$ ) و در زنان با حاملگی طبیعی ( $15/44 \pm 56/31$ ) بود. آزمون آماری تی اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان داد ( $p < 0/001$ ).

جدول شماره ۱ نشان می دهد بین سلامت روان، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و احساس نشاط در هر دو گروه واحد های مورد پژوهش ارتباط معنی داری وجود دارد.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز ابعاد کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر در سال ۱۳۸۸

ابعاد کیفیت زندگی	گروه ها	انحراف معیار $\pm$ میانگین	سطح معنی دار (P)
سلامت روان	طبیعی	$13/83 \pm 3/36$	* 0/001
	پرخطر	$7/33 \pm 5/07$	
عملکرد جسمانی	طبیعی	$6/63 \pm 4/78$	0/36
	پرخطر	$5/83 \pm 4/71$	
محدودیت عملکرد ناشی از جسمانی	طبیعی	$6/75 \pm 4/19$	0/24
	پرخطر	$5/91 \pm 3/58$	
محدودیت عملکرد ناشی از عملکرد عاطفی	طبیعی	$4/18 \pm 2/58$	0/59
	پرخطر	$3/91 \pm 2/90$	
عملکرد اجتماعی	طبیعی	$3/66 \pm 1/81$	* 0/03
	پرخطر	$2/3 \pm 4/18$	
درد	طبیعی	$4/01 \pm 2/36$	0/36
	پرخطر	$4/55 \pm 3/89$	
سلامت عمومی	طبیعی	$9/35 \pm 4/25$	* 0/001
	پرخطر	$4/43 \pm 5/58$	
احساس نشاط	طبیعی	$7/88 \pm 3/69$	* 0/001
	پرخطر	$1/13 \pm 2/34$	

( $\alpha = 0/05$ ) حجم نمونه در هر گروه ۵۱ نفر محاسبه شد که به علت احتمال ریزش نمونه ها تعداد ۶۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. نمونه ها به روش خوشه ای مرحله ای انتخاب شدند. بدین ترتیب که با توجه به مشابهت سطح اقتصادی اجتماعی جمعیت تحت پوشش هر مرکز ابتدا از ۶ مرکز بهداشتی درمانی موجود در سطح شهر ۳ مرکز انتخاب گردید و به این مراکز مراجعه شد. در مرحله بعد در هر مرکز با مشاهده دفتر مراقبت های ویژه دوران بارداری از بین زنان باردار با حاملگی پرخطر ۶۰ نفر به عنوان گروه مورد و از بین زنان باردار با حاملگی طبیعی ۶۰ نفر به عنوان گروه شاهد به روش تصادفی انتخاب شدند.

ویژگی هایی که زنان باردار را در گروه هدف یعنی جزء بارداری های پرخطر قرار می داد عبارت بودند از: سن کمتر از ۱۸ سال یا بیشتر از ۳۵ سال، فاصله کوتاه بین دو حاملگی، وزن مادر کمتر از ۴۵ کیلوگرم، قد کمتر از ۱۴۵ سانتی متر، سابقه داشتن نوزاد پره ترم یا نوزاد با وزن پایین هنگام تولد، سابقه نوزاد دارای فلج مغزی، عقب ماندگی ذهنی، ترومای زایمانی، سابقه سزارین، سابقه ناباروری، حاملگی با کمک تکنولوژی باروری، حاملگی چند قلوبی، سقط جنین و بیماری هایی همانند دیابت، فشارخون و بیماری قلبی بود. گروه شاهد مادرانی بودند که هیچ یک از عوامل خطر مذکور را نداشتند.

گروه شاهد بر اساس مشخصات سن حاملگی، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال و میزان در آمد خانوار با گروه مورد همگن شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی شامل مشخصات فردی و پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36) بود. این پرسشنامه یک وسیله اندازه گیری عمومی است که می تواند به خوبی کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار دهد و دارای ۳۶ سوال می باشد. نمرات بالاتر، وضعیت بهتر زندگی را نشان می دهد. اعتبار پرسشنامه به روش اعتبار محتوی و پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ بررسی شد. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع



## منابع

1. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, et al. Health – related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi- ethnic population. *Obstetric Gynecol* 2001, 97 (6): 983.
2. AskariNejad M, Bakhshi H. Knowledge, attitude and practice of prenatal care among women in Rafsanjan (2000). *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2002; 1 (3) :193-199
3. Burrow and Duffy. *Obstetrics management of the high risk patients: Medical complications during pregnancy*. 5th edition. Saunders: USA 1999.
4. Cunningham FG, Kenneth KJ, Haut JC, et al. *Williams obstetrics*, 22 th New York: McGraw-Hill (2005).
5. خطر دوست صغری، قنبری زینب، برنا صدیقه، حنطوش زاده صدیقه. میزان آگاهی مادران باردار از عوامل مساعد کننده حاملگی پر خطر. فصلنامه پایش، ۱۳۸۴؛ ۴(۲): ۱۲۱-۱۲۵
6. Mirmohammadali M., Khakbazan Z., Kazemnejad A, Abbaszadeh F. Comparison of Quality of Life and Depression among Women with Normal and High Risk Pregnancies, *Hayat* 2008; 1: 35- 42
7. Cadena J, Vinaccia S, Perez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. 2003 Jun; 9(3): 142-50
8. Pesavento F, Marcocini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high risk pregnancy. *Minerva Ginecol* 2005; 57 (4): 451-60.

بعضی از ابعاد کیفیت زندگی با برخی از عوامل خطر مانند عملکرد جسمانی با سن کمتر از ۱۸ سال ( $p=0/01$ ) و دو قلوبی ( $p=0/04$ ) و دیابت ( $p=0/01$ ) ارتباط معنی داری داشت و همینطور بعد محدودیت عملکرد جسمانی با عوامل خطر زا مانند کم کاری تیروئید، آنمی، شیردهی، بارداری به روش مصنوعی و سابقه نازایی ارتباط معنی داری داشت ( $p=0/006$ ).

## بحث

یافته ها نشان داد کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر پایین تر از کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی است. که با نتایج محمد میر علی ئی و همکاران همخوانی دارد (۶). همچنین این مطالعه با یافته های

Pasavento و همکارانش همخوانی دارد (۸). بنابراین شناسایی زنان حامله در معرض خطر در طی اولین مراجعه جهت مراقبت های دوران بارداری و تلاش در جهت ارتقاء کیفیت زندگی آنها از اهمیت ویژه ای برخوردار است. شناخت این عوامل به کادر بهداشتی و درمانی کمک می کند تا فعالیت های خود را در جهت ارتقاء سلامتی و بهبود کیفیت زندگی سازمان دهی نمایند.

## تشکر و قدردانی

مراتب قدر دانی و سپاس خود را از حمایت همه کسانی که به نحوی در انجام مطالعه ما را یاری کردند اعلام می نمایم.



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.