

## بررسی ارتباط بین شکایات شایع در دوران بارداری با کیفیت زندگی در زنان باردار

دکتر فاطمه زهرا کریمی<sup>۱</sup>، دکتر سلمه دادگر<sup>۲</sup>، دکتر محبوبه عبدالهی<sup>۳</sup>، سمیه یوسفی<sup>۴</sup>، مریم تولیت<sup>۵</sup>، زهرا خسروی عنبران<sup>۶\*</sup>

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

۴. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۵. دانشجوی دکترای پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۶. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۰۱

### خلاصه

**مقدمه:** تغییرات جسمانی و روان‌شناختی دوران بارداری بر کیفیت زندگی زنان باردار تاثیر می‌گذارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و شکایات شایع دوران بارداری انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۹۹ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام گرفت. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه شکایات شایع دوران بارداری و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چندگانه انجام شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه میانگین نمره رضایت‌مندی کلی از زندگی  $68/84 \pm 16/75$  و میانگین نمره شکایات‌های شایع مادران باردار  $38/12 \pm 9/1$  بود. بر اساس نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون بین نمره شکایات شایع دوران بارداری با نمره رضایت‌مندی کلی از زندگی ( $r = -0/34$ ) و نمره حیطه‌های جسمی ( $r = -0/425$ )، روحی ( $r = -0/239$ )، اجتماعی ( $r = -0/228$ )، محیطی ( $r = -0/161$ ) و محیطی ( $r = -0/161$ ) همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت. همچنین بر اساس نتایج رگرسیون خطی، حمایت اطرافیان اثر مثبت بر کیفیت زندگی داشت؛ به‌طوری‌که میانگین نمره کیفیت زندگی در گروهی با حمایت متوسط حدود ۸ واحد و در گروهی با حمایت بالا حدود ۱۱ واحد بیشتر از گروه با حمایت پایین بود ( $p < 0/001$ ). همچنین با افزایش شکایات شایع دوران بارداری میانگین نمره کیفیت زندگی  $0/57$  کاهش یافت که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** شکایات دوران بارداری اثر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی زنان باردار دارد، لذا توجه مراقبین بهداشتی به این شکایات و برنامه‌ریزی در جهت اقدامات مراقبتی برای کنترل آن و حمایت اطرافیان می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان باردار، تأثیر بسزایی داشته باشد.

**کلمات کلیدی:** زنان باردار، شکایات شایع دوران بارداری، کیفیت زندگی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا خسروی عنبران؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست

الکترونیک: mscmidwife@yahoo.com



## مقدمه

بارداری، یکی از حساس‌ترین مراحل زندگی یک زن است. در واقع در طول حیات هر زن مرحله‌ای وجود دارد که تأثیرات عمیقی بر زندگی او برجای می‌گذارد، از جمله این مراحل، دوران بارداری است که با تغییرات جسمی و روانی بسیاری همراه است (۱-۳). گاه این تغییرات منجر به بروز مشکلاتی می‌گردد که برخی از آنها شامل: تهوع و استفراغ، خستگی، درد (در ناحیه کمر، پشت پا و کشاله ران)، کرامپ و واریس پا، درد ناگهانی زیر دنده، ادم، افزایش ترشحات واژینال و گیجی می‌باشد (۳-۵). بروز این مشکلات، توانایی زن باردار را در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی تحت تأثیر قرار داده و در نهایت بر سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی وی در مراحل مختلف بارداری اثر می‌گذارد (۵-۸). تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد جسمانی بدن، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی در طول دوره بارداری طبیعی، کاهش می‌یابد (۷). برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که محدودیت در عملکرد فیزیکی و دیگر مشکلات جسمانی مرتبط با دوران بارداری بر وضعیت روانشناختی زنان باردار مؤثر است (۹، ۱۰).

کیفیت زندگی، احساس فرد از سلامت و موقعیت خود در زندگی در قالب نظام ارزشی و فرهنگی و بر پایه آرمان‌ها، انتظارات، استانداردها و علایق فرد است (۱۱). کیفیت زندگی دارای حیطه‌های مختلف جسمی، روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیطی و عقاید شخصی می‌باشد. اندازه‌گیری کیفیت زندگی و لحاظ کردن شرایط زندگی، عوامل محیطی و اجتماعی، دیدگاه‌ها، علایق، اهداف افراد و ارزش‌های جامعه، در برنامه‌ریزی جهت ارتقاء سلامت، اهمیت بسزایی دارد (۱۱-۱۴). کیفیت زندگی در مراحل مختلف زندگی، از جمله در دوران بارداری قابل اندازه‌گیری است (۶). این سنجش جهت برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان و درک نیازها و ضرورت‌های موجود، برای سیاست‌گذاران بهداشتی و سازمان‌های مراقبت سلامتی اهمیت دارد. به عبارت دیگر از آنجا که تغییرات دوران بارداری می‌تواند عمده‌ترین تأثیر را بر روی کیفیت

زندگی زنان داشته و باعث مختل شدن رفاه جسمی، روانی و اجتماعی در آنان شود، لذا ارزیابی کیفیت زندگی اطلاعات ذی‌قیمتی را در اختیار ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی قرار می‌دهد و موجب غنای مداخلات بهداشتی-درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد شد، همچنین دستیابی به اطلاعات در این زمینه می‌تواند راهگشای مداخلات درمانی مؤثرتر باشد و به ارتقاء کیفیت زندگی این زنان منجر شود. از این رو در سال‌های اخیر بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار گرفته است (۱۵).

قابل ذکر است که پژوهش‌های خارجی و داخلی در خصوص رابطه شکایات دوران بارداری با ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار انجام گرفته است. به‌علاوه در اندک مطالعات انجام شده در این زمینه، تنها به بررسی ارتباط یکی از شکایات‌های شایع دوران بارداری و کیفیت زندگی در دوران بارداری پرداخته شده است، در حالی که در مطالعه حاضر طیف وسیعی از شکایات‌های شایع دوران بارداری مورد مطالعه قرار گرفته است. به‌علاوه تاکنون مطالعه مشابهی در ارتباط با شکایات‌های شایع دوران بارداری و کیفیت زندگی گزارش نشده است. در مجموع با توجه به این که کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان باردار دارد و نیز با در نظر گرفتن این واقعیت که درک افراد از کیفیت زندگی از فرهنگ و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، متأثر است و همچنین با توجه به عدم انجام مطالعه در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین شکایات شایع دوران بارداری و کیفیت زندگی زنان باردار طراحی و اجرا شد.

## روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۹۹ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، ملیت ایرانی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن حاملگی پرخطر، عدم مصرف داروی‌های روان‌درمانی و مخدر و نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای و مزمن

(به دلیل داشتن اثرات مخدوش کنندگی بر روی نتایج مطالعه) بود.

نمونه‌گیری با استفاده از روش چند مرحله‌ای طبقه‌ای، خوشه‌ای و در دسترس انجام شد؛ بدین‌صورت که ابتدا شهر بیرجند بر اساس وضعیت جغرافیایی، به ۴ منطقه تقسیم شد و مراکز بهداشتی شهر بیرجند در داخل این طبقات قرار گرفتند، سپس از هر طبقه، یک مرکز بهداشتی به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. پژوهشگر به مدت ۶ روز در هر یک از این مراکز حضور یافته و بر اساس چک لیست انتخاب واحد پژوهش، زنان واجد شرایط ورود به مطالعه را به صورت در دسترس انتخاب کرد. حجم نمونه با استفاده از فرمول برآورد نسبت در یک جامعه با ضریب اطمینان ۰/۹۵، ۱۸۰ نفر برآورد گردید که در نهایت با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش نمونه، حجم نمونه نهایی ۲۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه پژوهشگر ساخته حاوی سؤالات مرتبط با اطلاعات فردی و مامایی، پرسشنامه شکایات شایع دوران بارداری و پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (SF-۲۶) بود. پرسشنامه شکایات شایع دوران بارداری حاوی ۲۰ سؤال در ارتباط با مشکلات شایع این دوران از جمله: دردناک و حساس شدن پستان‌ها، تکرر ادرار، خستگی، تهوع، استفراغ، افزایش بزاق دهان، سوزش سردل، ویار، خواب آلودگی، پررنگ شدن پوست بدن، کمردرد، نفخ، ورم اندام تحتانی و یبوست بود. عبارات پرسشنامه بر اساس مقیاس چهار نقطه‌ای لیکرت از گزینه اصلاً تا شدید و بین ۱ تا ۴ نمره‌گذاری شده بود. نمره کل پرسشنامه بین ۸۰-۲۰ بود.

روایی پرسشنامه شکایات‌های شایع دوران بارداری با استفاده از روایی محتوا و صوری به روش کیفی توسط تیم تحقیق و چند تن از صاحب‌نظران و متخصصان مربوط و دانشجویان تأیید گردید. برای تعیین روایی صوری به روش کیفی، نسخه فارسی مقیاس در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان مرتبط با موضوع پژوهش و ۸ نفر از دانشجویان واجد شرایط پژوهش قرار گرفت و نظرات آن‌ها در خصوص سطح دشواری، میزان عدم تناسب و ابهام گردآوری شد و بر اساس آن اصلاحات لازم انجام

یافت. همچنین برای تعیین روایی محتوا به روش کیفی، ابزار بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، فرارگیری آیتم‌ها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب توسط متخصصان بررسی و اصلاحات لازم انجام شد. پایایی پرسشنامه نیز با ضریب آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/84$ ) مورد تأیید قرار گرفت.

پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت شامل ۲۶ سؤال بود. دسته‌بندی سؤالات بدین شرح بود که حیطه جسمی (۷ سؤال)، روحی (۶ سؤال)، اجتماعی (۳ سؤال)، محیطی (۸ سؤال) و دو سؤال دیگر نیز به صورت مجزا در زمینه رضایت‌مندی کلی از زندگی بود. در این پرسشنامه هر سؤال در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شد. نمره هر حیطه بر اساس رتبه‌بندی سازمان جهانی بهداشت از صفر تا ۱۰۰ می‌باشد که نمره بالاتر، نشان‌دهنده وضعیت بهتر در آن حیطه است. پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ابزاری روا می‌باشد که در سال ۱۹۹۶ برای اجرا در ۲۲ کشور جهان آماده شده و روایی آن در مطالعه نیک‌پور و همکاران و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/90$ ) تأیید شده است (۱۴).

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و دریافت معرفی‌نامه از آن معاونت و ارائه آن به معاونت بهداشتی و با هماهنگی مسئولین مراکز بهداشتی درمانی شهری بیرجند، اقدام به نمونه‌گیری کرد؛ بدین ترتیب که پژوهشگر در مراکز بهداشتی مورد نظر حضور یافته و تمامی زنان بارداری را که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به این مراکز مراجعه کردند، با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب کرد. سپس پرسشنامه مشخصات فردی و خانوادگی و اطلاعات مربوط به سابقه مامایی برای افراد نمونه، تکمیل گردید. در گام بعد، پرسشنامه شکایات شایع دوران بارداری و پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در اختیار زنان باردار قرار گرفته و تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶)، ضریب همبستگی پیرسون و مدل رگرسیون خطی چندگانه انجام شد. در

تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت.

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۹۹ مادر باردار مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سن زنان باردار  $24/45 \pm 5/34$  سال بود. میانگین شاخص توده بدنی در زنان باردار مورد مطالعه

در ابتدای بارداری  $24/20 \pm 4/35$  بود. جدول ۱، ویژگی‌های فردی زنان باردار مورد مطالعه را نشان می‌دهد. میانگین نمره شکایت‌های شایع مادران باردار  $38/12 \pm 9/1$  بود. شایع‌ترین شکایت مربوط به خستگی ( $82/3$ ٪) بود.

جدول ۱- مشخصات فردی زنان باردار مورد مطالعه

متغیر	تعداد	(درصد)
سن مادر	زیر ۱۸ سال	۱۰ (۵/۰۲)
	۱۸-۲۵ سال	۱۰۶ (۵۲/۲۰)
	۲۶-۳۵ سال	۷۲ (۳۵/۵۰)
	بیشتر از ۳۵ سال	۱۱ (۵/۲۸)
پارितه	نخست‌زا	۱۰۲ (۵۱/۲۵)
	چندزا	۹۷ (۴۸/۷۵)
شغل مادر	خانه‌دار	۱۷۷ (۸۸/۹۴)
	شاغل	۲۲ (۱۱/۰۶)
سطح درآمد	کمتر از حد کفاف	۴۸ (۲۴/۱)
	در حد کفاف و بیشتر	۱۵۱ (۷۵/۹)
حمایت اطرافیان	پایین	۴۰ (۲۰/۱)
	متوسط	۷۶ (۳۸/۲)
	بالا	۸۳ (۴۱/۷)
تحصیلات	پایین‌تر از متوسط	۷۱ (۳۵/۷)
	متوسطه و بالاتر	۱۲۸ (۶۴/۳)
تحصیلات همسر	پایین‌تر از متوسطه	۶۶ (۳۳/۲)
	متوسطه و بالاتر	۱۳۳ (۶۶/۸)
شغل	خانه‌دار	۲۲ (۱۰/۹)
	شاغل	۱۸۰ (۸۹/۱)
تعداد بارداری	۱-۲	۱۵۷ (۸۱)
	۳-۴	۳۲ (۱۶/۴)
	۵-۶	۵ (۲/۶)

بر اساس نتایج مطالعه کمترین نمره در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، مربوط به بُعد جسمانی و بیشترین نمره مربوط به بُعد اجتماعی بود. میانگین نمره کیفیت زندگی

زنان در حیطه‌های جسمی، روحی، اجتماعی، محیطی و رضایت‌مندی کلی از زندگی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- میانگین نمره کیفیت زندگی زنان باردار مورد مطالعه در حیطه‌های مختلف

حیطه‌های کیفیت زندگی	انحراف معیار $\pm$ میانگین
رضایت‌مندی کلی از زندگی	$68/84 \pm 16/75$
سلامت جسمی	$58/78 \pm 15/36$
سلامت روان	$59/29 \pm 16/91$
سلامت اجتماعی	$64/92 \pm 19/85$
سلامت محیط	$62/16 \pm 13/89$

$t = -0/239$ ،  $p < 0/001$ ، اجتماعی ( $t = -0/228$ )  
 $p < 0/002$  و محیطی ( $t = -0/161$ )  $p < 0/04$  همچنین  
 همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت. همچنین  
 بر اساس نتایج حاصل از برازش مدل رگرسیون خطی  
 چندگانه که در آن عوامل مؤثر بر نمره رضایت‌مندی کلی  
 از زندگی بررسی شد، حمایت اطرافیان اثر مثبت و  
 شکایت‌های شایع دوران بارداری، اثر منفی بر کیفیت  
 زندگی داشت ( $p < 0/05$ )؛ به طوری که میانگین نمره  
 رضایت‌مندی کلی از زندگی در سطح متوسط حمایت  
 اطرافیان نسبت به سطح پایین حمایت ۷/۸ واحد افزایش  
 و در سطح بالای حمایت اطرافیان نسبت به سطح پایین،  
 ۱۰/۸ واحد افزایش یافت. همچنین به ازای یک واحد  
 افزایش در نمره شکایت‌های شایع دوران بارداری،  
 میانگین رضایت‌مندی کلی از زندگی ۰/۵۷ واحد کاهش  
 یافت. به علاوه ارتباط معنی‌داری بین عوامل سطح  
 درآمد، سن، تحصیلات فرد، تحصیلات همسر، شغل و  
 تعداد بارداری با نمره رضایت‌مندی کلی از زندگی به  
 دست نیامد (جدول ۳). با استفاده از این مدل، ۲۲٪ از  
 تغییرات رضایت‌مندی کلی از زندگی تبیین شد  
 $(R^2 = 0/22)$ .

بر اساس نتایج مطالعه، بیشترین میانگین کیفیت  
 زندگی در گروه‌های سنی مختلف، مربوط به گروه سنی  
 زیر ۱۸ سال بود ( $19/90 \pm 73/30$ ). همچنین بیشترین  
 میانگین کیفیت زندگی مربوط به افراد با سطح  
 تحصیلات دانشگاهی ( $20/41 \pm 70/83$ )، زنان نخست‌زا  
 $(15/26 \pm 70/25)$  و مربوط به مادران شاغل بود  
 $(16/03 \pm 73/07)$  بود. کمترین میانگین کیفیت زندگی  
 مربوط به گروه سنی ۳۵-۲۵ سال ( $16/79 \pm 66/02$ )،  
 سطح تحصیلات ابتدایی ( $23/06 \pm 59/13$ )، زنان چندزا  
 $(23/75 \pm 61/11)$  و مادران خانه‌دار ( $17/02 \pm 68/75$ )  
 بود. همچنین میانگین کیفیت زندگی در گروه با سطح  
 درآمد کمتر از حد کفاف  $19/19 \pm 63/28$  و در گروه با  
 درآمد در حد کفاف و بیشتر  $15/63 \pm 70/72$  بود.  
 به منظور بررسی اثر عوامل فردی، تعداد بارداری و نمره  
 شکایت‌های شایع دوران بارداری بر نمره رضایت‌مندی  
 کلی از زندگی، از ضریب همبستگی پیرسون و مدل  
 رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. بر اساس نتایج  
 ضریب همبستگی پیرسون، بین نمره رضایت‌مندی کلی  
 از زندگی و نمره شکایت شایع ( $t = -0/34$ ،  $p < 0/001$ ) و  
 نمره حیطة‌های جسمی ( $t = -0/425$ ،  $p < 0/001$ )، روحی

جدول ۳- بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای استاندارد	ضریب رگرسیونی استاندارد شده	فاصله اطمینان ۹۵٪
سطح درآمد	کمتر از حد کفاف	-	-	-
	در حد کفاف و بیشتر	۴/۱۲	۳/۲۳	(-۲/۲۷، ۱۰/۵۰)
حمایت اطرافیان	سطح پایین حمایت	-	-	-
	سطح متوسط حمایت	۷/۸۹	۳/۲۹	(۱/۳۹، ۱۴/۴۰)
	سطح بالای حمایت	۱۰/۸۲	۳/۵۴	(۳/۸۴، ۱۷/۸۱)
تحصیلات	پایین‌تر از متوسط	-	-	-
	متوسطه و بالاتر	-۳/۸۱	۳/۱۰	(-۹/۹۴، ۲/۳۲)
تحصیلات همسر	پایین‌تر از متوسطه	-	-	-
	متوسطه و بالاتر	۳/۵۹	۲/۹۹	(-۲/۳۱، ۹/۴۹)
شغل	خانه‌دار	-	-	-
	شاغل	۱/۳۶	۴/۱۱	(-۶/۷۵، ۹/۴۶)
سن	-۰/۱۲	۰/۳۰	-۰/۰۴	(-۰/۷۱، ۰/۴۸)
تعداد بارداری	-۲/۵۹	۱/۴۹	-۰/۱۷	(-۵/۵۵، ۰/۳۶)
نمره شکایت‌های شایع دوران بارداری	-۰/۵۷	۰/۱۳	-۰/۳۱	(-۰/۸۴، -۰/۳۱)

## بحث

در مطالعه حاضر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی، کمترین میانگین مربوط به بُعد جسمانی و بیشترین میانگین مربوط به بُعد اجتماعی بود. در این راستا در مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۲۰۰۹) نیز کمترین نمره کیفیت زندگی مربوط به مشکلات جسمانی بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۶). همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که با افزایش نمره شکایات شایع دوران بارداری، کیفیت زندگی زنان باردار کاهش می‌یابد. در مطالعه جویباری و همکاران (۲۰۱۲) نیز ارتباط معنی‌داری بین کیفیت زندگی و شدت تهوع و استفراغ به عنوان یکی از شکایات‌های شایع دوران بارداری مشاهده شد (۱۷). محققان دیگر نیز بیان داشته‌اند که مشکلات شایع دوران بارداری به‌ویژه مسائل جسمی زنان باردار بر کیفیت زندگی آنها تأثیر دارد. به‌طور مثال اولسن (۲۰۰۴) نشان داد که کم‌درد دوران بارداری تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی زنان باردار دارد (۱۸). یافته‌های مطالعه یوبان و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که کم‌درد دوران بارداری می‌تواند منجر به محدودیت حرکت در زنان باردار شود و با افزایش شدت کم‌درد، شدت محدودیت حرکتی نیز افزایش می‌یابد (۱۹). نتایج مطالعه سالاری (۲۰۰۳) نیز نشان داد که ۱۱/۳٪ زنان در دوران بارداری دچار مشکلات جسمانی می‌شوند (۲۰). می‌توان گفت دوران بارداری منجر به بروز تغییراتی می‌شود که بر عملکرد جسمانی زنان باردار تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر عملکرد جسمانی ضعیف‌تر و محدودیت‌های عملکردی به دلیل مشکلات جسمانی بیشتر مشاهده می‌شود (۲۱). در واقع بروز ناراحتی‌ها و مشکلات دوران بارداری هر یک به نوبه خود می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر بگذارد؛ چراکه این تغییرات می‌تواند اثر قابل ملاحظه‌ای بر فعالیت‌های روزانه زنان باردار داشته باشد و توانایی زنان باردار را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهد (۱۶).

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد با وضعیت اقتصادی کمتر از حد کفاف، پایین بود. در مطالعه هاس و همکاران (۲۰۰۵) نیز، وضعیت سلامتی زنان بارداری که وضعیت مالی نامناسبی داشتند، ضعیف

گزارش شده بود (۲۰). نتایج مطالعه مکی و همکاران (۲۰۰۱) و هاستون و همکار (۱۹۹۸) نیز بیانگر این موضوع بود که با بهبود وضعیت درآمد، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۴، ۲۳). همچنین مطالعه دی اولووریا و همکار (۲۰۰۶) در زنان باردار با درآمد پایین نشان داد که در این زنان مسائل بهداشتی کمتر رعایت می‌شود و این موضوع بر کیفیت زندگی آنها مؤثر خواهد بود (۲۴). در این رابطه می‌توان گفت افرادی که سطح درآمد پایینی دارند، به‌طور معمول از غذا و مسکن مناسبی برخوردار نیستند، در نتیجه وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی مناسبی نیز نخواهند داشت.

در مطالعه حاضر بین نمره کیفیت زندگی و سطح تحصیلات در زنان باردار مورد مطالعه ارتباط معناداری وجود نداشت، اما در مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۲۰۰۹)، زنان باردار با تحصیلات بالاتر نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی، از میانگین امتیاز کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند (۱۶). همچنین مطالعه همبستگی و همکاران (۱۹۹۷) تأثیر تحصیلات را بر کیفیت زندگی تأیید می‌نماید (۲۳). دلیل این عدم همخوانی با نتایج مطالعه حاضر ممکن است این باشد که اکثر زنان باردار مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر و همسران آنها از تحصیلات دانشگاهی برخوردار نبودند.

همچنین در مطالعه حاضر شایع‌ترین شکایت در دوران بارداری خستگی بود که با افزایش شدت آن، کیفیت زندگی کاهش می‌یافت. در مطالعه چاو و همکاران (۲۰۰۳) ۷۳/۵٪ از زنان در دوران بارداری، احساس خستگی در حد متوسط تا شدید داشتند (۲۶). مطالعه کوتو و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که خستگی به عنوان یکی از شکایات‌های شایع دوران بارداری، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد (۲۷).

همچنین مطالعه حاضر بیانگر رابطه مستقیم و معنادار بین حمایت اطرافیان با کیفیت زندگی بود؛ به‌طوری‌که میانگین نمره رضایت‌مندی کلی از زندگی در سطح متوسط حمایت اطرافیان نسبت به سطح پایین حمایت ۷/۸ واحد افزایش و در سطح بالای حمایت اطرافیان نسبت به سطح پایین، ۱۰/۸ واحد افزایش یافت. مطالعه

السنبرچ و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان داد که بر خورداری از حمایت در دوران بارداری، باعث احساس خوب بودن بیشتر و نیز نتیجه بهتر بارداری در زنان می‌شود (۲۸) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. این نتایج نشان می‌دهند که حمایت‌های اطرافیان و برآورده شدن نیازهای جسمانی و روانی زنان توسط آنها می‌تواند در بالا بردن کیفیت زندگی زنان باردار مؤثر باشد.

به‌طور کلی کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید که توجه به آن در مواردی مانند ارزیابی مداخلات بهداشتی و اندازه‌گیری آن ضروری است. به‌علاوه بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت. در دوران بارداری نیز به دلیل بروز تغییرات فیزیولوژیکی و روانی، کیفیت زندگی زنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در واقع دوران بارداری می‌تواند با تغییرات بسیاری در وضعیت سلامت روانی، جسمی و همچنین عملکرد اجتماعی همراه باشد. به‌علاوه کاهش کیفیت زندگی در دوران بارداری می‌تواند بر سلامت جنین و ارتباط زنان با کودکان خود در آینده اثر منفی بگذارد و سلامت روانی آنان را در دوران‌های تکاملی بعدی متأثر نماید، تا آن‌جا که این کودکان را با مشکلات سلامت روانی در بزرگسالی مواجه خواهد نمود که این امر تأثیر عمق مقوله سلامت روان را بر کل زندگی آنان نشان می‌دهد (۲۹،۳۰)؛ چراکه سال‌های اولیه زندگی، یکی از بحرانی‌ترین مراحل رشد و تحول انسان به شمار می‌رود و هرگونه فشار روانی در این دوران، تأثیرات پایداری را بر سایر مراحل رشد انسان بر جای می‌گذارد (۳۲،۳۱). لذا در جهت تأمین سلامت زنان باردار، باید در طی مراقبت‌های دوران بارداری به کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر کاهش کیفیت زندگی زنان باردار توجه بیشتری معطوف شود. در این راستا پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی بر روی کیفیت زندگی زنان باردار در سه ماهه‌های مختلف بارداری انجام شود. به‌علاوه پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای برای کاهش و بهبود

شکایت‌های شایع دوران بارداری صورت گیرد تا بتواند به ارتقای کیفیت زندگی زنان باردار بینجامد.

از جمله نقاط قوت مهم مطالعه حاضر این بود که اولین مطالعه‌ای بود که به طور جامع به بررسی ارتباط بین شکایت‌های شایع دوران بارداری با کیفیت زندگی پرداخت. همچنین اعتماد به صحت پاسخ‌های داده شده توسط واحدهای پژوهش یکی از محدودیت‌های این مطالعه بود که در این مطالعه سعی شد با ارائه توضیحات و جلب اطمینان زنان، از صادقانه بودن واحدهای پژوهش در پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و انعکاس واقعیت‌ها اطمینان حاصل شود.

### نتیجه‌گیری

بروز مشکلات جسمی و روان‌شناختی در دوران بارداری می‌تواند اثر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی زنان باردار داشته باشد، لذا آگاهی مراقبین بهداشتی از این موضوع، جهت برنامه‌ریزی اقدامات مراقبتی در دوران بارداری می‌تواند اهمیت بسزایی در بهبود کیفیت زندگی زنان باردار که تضمین‌کننده سلامت جامعه می‌باشند، داشته باشد. در این راستا می‌توان با برنامه‌ریزی مناسب در طی مراقبت‌های دوران بارداری در جهت ارتقای کیفیت زندگی زنان باردار و برطرف کردن شکایت‌های شایع دوران بارداری گام برداشت. همچنین نتایج این مطالعه در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت‌ها برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت اهمیت بسزایی دارد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی با کد ۶۹۴ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و تمامی همکارانی که در این اجرای این پژوهش ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Roberts RM, Muller T, Sweeney A, Bratkovic D, Gannoni A. Promoting psychological well-being in women with phenylketonuria: pregnancy-related stresses, coping strategies and supports. *Mol Genet Metab Rep* 2014; 1:148-57.
2. Tafazoli M, bagheri M, Boskabadi H, Setayesh Y. The comparative study of the impact of antenatal training care infants to fathers and couple on the fathers' participations after birth. *Int J Pediatr* 2013; 1(1): 31-38.
3. Skouteris H. Pregnancy: physical and body image changes. *Encyclopedia of body image and human appearance*. London, England: Elsevier; 2012. P. 664-8.
4. 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; 97(6):988-93.
5. Cioffi J, Schmied V, Dahlen H, Mills A, Thornton C, Duff M, et al. Physical activity in pregnancy: women's perceptions, practices, and influencing factors. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55(5):455-61.
6. Mirmohammadaliei M, Khakbazan Z, Kazemnejad AN, Abbaszadeh F. Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies. *J Hayat* 2007; 13(1):35-42. (Persian).
7. Lark R. physical activity in pregnancy: women's perceptions, practices, and influencing factors. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2011.
8. Saeidi R, Tafazoli M, Gholami Robatsangi M. Kangaroo mother care for infantile colic: a randomized clinical trial. *Tehran Univ Med J*. 2010; 67 (12):870-875.
9. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? *Obstet Gynecol* 1999; 94(6):935-41.
10. Poudevigne MS, O'Connor PJ. A review of physical activity patterns in pregnant women and their relationship to psychological health. *Sports Med* 2006; 36(1):19-38.
11. Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil* 1995; 16(1):51-74.
12. Andrist LC, Nicholas PK, Wolf K. A history of nursing ideas. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2006.
13. King CR, Hinds PS. Quality of life: from nursing and patient perspectives. Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers; 2011.
14. Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzadeh S, Khani S. Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. *J Babol Univ Med Sci* 2011; 13(1):44-50. (Persian).
15. Murray SS, McKinney ES. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. Philadelphia: WB Saunders Company; 2006.
16. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran NA. Quality of life among pregnant women. *J Hayat* 2009; 15(1):41-8. (Persian).
17. Jouybari L, Sanagu A, Chehregosha M. The quality of pregnant women life with nausea and vomiting. *Qom Univ Med Sci J* 2012; 6(2):88-94. (Persian).
18. Olsson C, Nilsson-Wikmar L. Health related quality of life and physical ability among pregnant women with and without back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(4):351-7.
19. Coban A, Arslan GG, İolakfakioglu A, Sirlan A. Impact on quality of life and physical ability of pregnancy-related back pain in the third trimester of pregnancy. *J Pak Med Assoc* 2011; 61(11):1122-4.
20. Salari H, Basiri K. The survey of young and middle age women health status of Gonabad city center. *Ofoqe-e-Danesh* 2003; 16:104-10. (Persian).
21. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life in pregnant women. *Payesh* 2010; 9(1):69-75. (Persian).
22. Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dean ML, Brawarsky P, et al. Changes in the health status of women during and after pregnancy. *J Gen Intern Med* 2005; 20(1):45-51.
23. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47(3):209-12.
24. de Oliveira BH, Nadanovsky P. The impact of oral pain on quality of life during pregnancy in low-income Brazilian women. *J Orofac Pain* 2006; 20(4):297-305.
25. 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; 87(9):1484-90.
26. Chou FH, Lin LL, Cooney AT, Walker LO, Riggs MW. Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *J Nurs Scholarsh* 2003; 35(2):119-25.
27. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregório Z Nomura ML, Zaccaria R, et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Med J* 2009; 127(4):185-9.
28. Elsenbruch S, Benson S, Rütcke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK, et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* 2007; 22(3):869-77.
29. Khosravi Anbaran Z, Baghdari N, Sadeghi Sahebzad E, Moradi M, Karimi FZ. Comparing Infant Nutrition in Wanted and Unwanted Pregnancies. *Int J Pediatr* 2016; 4(12): 4043-50.



30. Karami K, Mardani A. Relationship between mental health and quality of life in pregnant women. *J Health Breeze* 2014; 2(1):10-7. (Persian).
31. Karimi FZ, Khadivzadeh T, Saeidi M, Bagheri S. The Effect of Kangaroo Mother Care Immediately after Delivery on Mother-infant Attachment and on Maternal Anxiety about the Baby 3- Months after Delivery: a Randomized Controlled Trial. *Int J Pediatr* 2016; 4(9): 3561-70.
32. Karimi A, Tara F, Khadivzadeh T, Aghamohammadian Sharbaf HR. The effect of skin to skin contact immediately after delivery on the maternal attachment and anxiety regarding infant. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(67):7-15. (Persian).