

کیفیت زندگی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان ایذه (سال ۱۳۸۹)

سمیه مکوندی^{۱*}؛ عالیه اعتمادی کرمانی^۲

چکیده

زمینه: دوره بارداری اغلب یک دوره پرسترس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی برای زنان به حساب می آید. این تغییرات در بسیاری از زنان می تواند باعث کاهش کیفیت زندگی شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان ایذه انجام شد.

روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که بر روی ۳۰۰ نفر از زنان بارداری که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری در سال ۱۳۸۹ به مراکز بهداشت شهرستان ایذه مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات، پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی و فرم کوتاه (sf-36) بودند که به شیوه مصاحبه تکمیل گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ و آمار توصیفی و تست های تی، کای اسکور و آنووا در سطح معنادار ۵ درصد آنالیز شد.

یافته ها: میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان باردار $62/9 \pm 17/3$ بود. بیشترین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در بعد عملکرد اجتماعی ($82/2 \pm 21/8$) و کمترین امتیازها مربوط به ابعاد احساس نشاط ($50/6 \pm 18/7$) و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی ($51/4 \pm 42/7$) بود. بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی و سن زنان، سن بارداری، تعداد بارداری، میزان تحصیلات و محل سکونت رابطه معناداری یافت نشد. امتیاز کیفیت زندگی در بارداری های خواسته با اختلاف معناداری بیش از بارداری های ناخواسته بود ($P=0/002$).

نتیجه گیری: برنامه ریزی برای ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دوران بارداری به خصوص در بعد احساس نشاط و عوامل تأثیرگذار بر آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، بارداری، پرسشنامه sf-36

«دریافت: ۱۳۹۰/۲/۵ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۶/۲۹»

۱. گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز

۲. گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایذه

* عهده دار مکاتبات: اهواز، اتوبان گلستان، فلکه فرهنگشهر، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن ۰۹۱۶۶۰۴۲۲۴۷

نمابر: ۰۶۱۱-۳۳۴۸۳۵۱ کد پستی: ۶۱۳۴۹-۶۸۸۷۵ صندوق پستی: ۱۹۱۵

Email: somayemakvandi@gmail.com

مقدمه

مراحل یک بیماری یا در جوامع مختلف کاربرد داشته باشد

برای این مفهوم وجود ندارد (۲).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان است. پس موضوعی کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی استوار

کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می آید که توجه به آن در مواردی مانند ارزیابی مداخلات بهداشتی و اندازه گیری آن ضروری است (۱). نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد. بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که توأماً چندین بعد از سلامتی سنجیده شود می توان آن را کیفیت زندگی نامید. عده ای نیز بر این باورند که یک تعریف واحد که در تمام

پژوهش شامل کلیه زنان بارداری بود که جهت انجام مراقبت‌های پره‌ناتال به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان ایذه مراجعه می‌کردند. جهت محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران (Cocran) استفاده شد که با احتساب حجم جامعه بالغ بر ۱۵۰۰ زن باردار مراجعه کننده و سطح معنادار آماري ۹۵ درصد و مقدار خطای ۰/۰۵، حجم نمونه‌ای شامل ۳۰۶ نفر برای شرکت در مطالعه به دست آمد. نمونه‌گیری به روش خوشه‌ای و به صورت تصادفی در سطح ۶ مرکز بهداشتی اصلی شهرستان ایذه انجام شد و در نهایت، ۳۰۰ زن باردار وارد مطالعه شدند.

اطلاعات به کمک پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و SF-36 گردآوری شدند. پرسشنامه فرم کوتاه 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 سؤالات ابعاد هشت‌گانه سلامت، نمرات ۱۰۰-۰ تعلق می‌گیرد که نمرات بالاتر، وضعیت سلامت بهتر را نشان می‌دهد (۱۱).

روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه به عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط پژوهشگر علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۲).

روش کار به این صورت بود که بعد از ارایه توضیحات لازم به واحدهای پژوهش و اخذ رضایت‌نامه از آنان، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر به روش مصاحبه تکمیل می‌شدند. افرادی که سابقه مشکلات روانی و زمینه‌ای را ذکر می‌کردند، از مطالعه حذف شدند.

است (۳). محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (۴).

کیفیت زندگی در دوران‌های مختلف از جمله دوران بارداری قابل اندازه‌گیری است (۵). دوران بارداری، یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است. این دوره، گرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت‌بخش است؛ اما اغلب، یک دوره پراسترس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید (۶). خستگی، تهوع، استفراغ، سردرد، بی‌اشتهایی، سوزش سر دل، هموروئید و تنگی نفس از جمله علائمی هستند که زنان باردار طبیعی با آن روبه‌رو هستند. این عوامل می‌توانند توانایی زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر داده و کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار دهند (۷). شواهد نشان می‌دهد که بارداری علاوه بر ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان، می‌تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن آن‌ها نیز شود (۸). به این دلیل انتظار می‌رود که کیفیت زندگی در زنان باردار نسبت به زنان هم‌سن و سال غیرباردار، کم‌تر باشد (۹). نتایج پژوهشی نشان داد زنان حامله در مقایسه با جمعیت عمومی در ابعاد درد بدن، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط و محدودیت عملکرد فیزیکی ناشی از مشکلات سلامت فیزیکی، دارای عملکرد وابسته به سلامت پایین‌تر می‌باشند (۸).

از آن‌جا که سنجش کیفیت زندگی زنان باردار در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان اهمیت دارد (۱۰) و این مطالعات در ایران کم‌تر انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی و بررسی ابعاد مختلف آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهرستان ایذه انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی است که در نیمه دوم سال ۱۳۸۹ انجام شد. جامعه

بیشترین امتیاز مربوط به بعد عملکرد اجتماعی (۸۲/۲±۲۱/۸) و کمترین امتیازها مربوط به ابعاد احساس نشاط (۵۰/۶±۱۸/۷) و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی (۵۱/۴±۴۲/۷) بود (جدول ۲).

بین خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و نمره کیفیت زندگی، ارتباط آماری معناداری وجود داشت (P=۰/۰۰۲). سایر متغیرها مانند سن مادر، سن بارداری، تعداد بارداری، میزان تحصیلات مادر و محل سکونت، ارتباط معناداری با امتیاز کلی کیفیت زندگی نداشتند (جدول ۳).

افرادی که بارداری ایشان خواسته بود در چهار بعد کیفیت زندگی شامل ابعاد عملکرد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی، با اختلاف معنادار، امتیاز بیشتری نسبت به سایرین (بارداری‌های خواسته) کسب کرده بودند (جدول ۴).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در جمعیت مورد مطالعه

انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
۲۰/۲	۷۳/۱	عملکرد جسمانی
۴۲/۷	۵۱/۴	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی
۲۳/۱	۷۴	درد جسمانی
۱۵/۱	۵۳/۱	سلامت عمومی
۱۸/۷	۵۰/۶	احساس نشاط
۱۸/۴	۵۵/۷	سلامت روانی
۴۴/۵	۵۹/۷	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی
۲۱/۸	۸۲/۲	عملکرد اجتماعی

اطلاعات به دست آمده بعد از کدگذاری وارد SPSS نسخه ۱۷ شده و با استفاده از آمار توصیفی و تست‌های تی مستقل، مجذور کای و آنالیز واریانس در سطح معنادار آماری ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان باردار ۶۲/۹±۱۷/۳ بود. در میان ابعاد مختلف کیفیت زندگی،

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی جمعیت مورد مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)	۶۴	۲۱/۳
	۹۴	۳۱/۳
	۷۰	۲۳/۳
	۷۲	۲۴/۱
سه ماهه اول	۸۹	۲۶/۴
سه ماهه دوم	۹۰	۳۰
سه ماهه سوم	۱۳۱	۴۳/۶
تعداد بارداری	۱۸۴	۶۱/۳
	۸۶	۲۸/۶
	۳۰	۱۰/۱
خواسته	۲۶۲	۸۷/۳
ناخواسته	۳۸	۱۲/۷
شهر	۲۷۱	۹۰/۳
محل سکونت روستا	۲۹	۹/۷
ابتدایی	۳۴	۱۱/۳
راهنمایی	۴۸	۱۶
میزان تحصیلات متوسطه	۱۴۸	۴۹/۳
دانشگاهی	۷۰	۲۳/۳
کل	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت به تفکیک برخی از ویژگی های واحدهای پژوهش

P-Value	انحراف معیار	میانگین	ویژگی های افراد
	۲۰	۶۱/۶	۱۷-۲۲
۰/۶۴	۱۸/۹	۶۱/۲	سن ۲۳-۲۷
	۱۶/۱	۶۵	(سال) ۲۸-۳۲
	۱۳/۱	۶۲/۷	۳۳-۳۷
	۱۵/۶	۶۳/۹	سه ماهه اول
۰/۷۷	۱۶/۵	۶۱/۶	سن بارداری سه ماهه دوم
	۱۸/۹	۶۳/۸	سه ماهه سوم
	۱۹/۱	۶۳/۱	۱-۲
۰/۴۱	۱۴/۴	۶۶/۶	تعداد بارداری ۳-۴
	۱۲/۳	۶۸/۳	۵≤
۰/۰۰۲*	۱۷/۳	۶۴/۸	پذیرش خواستہ
	۱۳/۴	۵۱/۸	بارداری ناخواستہ
۰/۵۷	۱۷/۶	۶۳/۱	محل سکونت شهر
	۱۴/۱	۶۰/۲	روستا
	۱۶/۳	۶۸/۴	ابتدایی
۰/۱۶	۱۴/۱	۶۰/۲	میزان راهنمایی
	۱۵/۲	۶۴/۸	تحصیلات متوسطه
	۲۳/۱	۵۷/۴	دانشگاهی

* اختلاف آماری معنادار وجود دارد

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی به تفکیک پذیرش بارداری در واحدهای پژوهش

P-value	کل نمونه ها (۳۰۰ نفر)	بارداری ناخواستہ (۳۸ نفر)	بارداری خواستہ (۲۶۲ نفر)	ابعاد کیفیت زندگی
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۱*	(۲۰/۲)۷۳/۱	(۱۸/۳)۶۲/۷	(۲۰/۳)۷۵	عملکرد جسمانی
۰/۰۷	(۴۲/۷)۵۱/۴	(۳۵)۴۲/۴	(۴۲/۶)۵۳/۴	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی
۰/۰۸	(۲۳/۱)۷۴	(۲۳/۸)۶۵	(۲۳/۱)۷۵/۳	درد جسمانی
۰/۰۱*	(۱۵/۱)۵۳/۱	(۱۱/۳)۴۵/۶	(۱۵/۴)۵۴/۴	سلامت عمومی
۰/۰۴*	(۱۸/۷)۵۰/۶	(۱۴/۹)۴۲/۷	(۱۹/۵)۵۱/۹	احساس نشاط
۰/۰۶	(۱۸/۴)۵۵/۷	(۲۰/۶)۴۸/۶	(۱۸/۲)۵۷/۱	سلامت روانی
۰/۰۰۲*	(۴۴/۵)۵۹/۷	(۴۳/۸)۳۱/۶	(۴۳/۴)۶۵	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی
۰/۷۱	(۲۱/۸)۸۲/۲	(۱۶/۲)۸۱/۷	(۲۲/۸)۸۳/۷	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۲*	(۱۷/۳)۶۲/۹	(۱۳/۴)۵۱/۸	(۱۷/۳)۶۴/۸	مجموع

* اختلاف آماری معنی دار وجود دارد

بحث

در مطالعه حاضر، امتیاز کلی کیفیت زندگی زنان باردار $62/9 \pm 17/3$ بود. در بررسی انجام شده توسط عباس زاده و همکاران، امتیاز کیفیت زندگی زنان باردار طبیعی $61/1 \pm 13/2$ و در پژوهش دیگری در کاشان $62/8 \pm 12/4$ بود که مشابه با نتایج مطالعه حاضر است (۱۳ و ۱۴).

یافته‌های پژوهش بیانگر آن است که کم‌ترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به ابعاد احساس نشاط و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی می‌باشد. بررسی انجام شده توسط Otchet و همکاران نیز نشان داد که زنان باردار در ابعاد درد بدن، احساس نشاط و محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی، سلامت اندکی نسبت به جمعیت سالم دارند (۸). تغییرات دوران بارداری و بروز یک سلسله ناراحتی‌ها و مشکلات در این دوران، مانند تهوع و استفراغ، خستگی، درد پشت، پا، کشاله و ران، کرامپ پاها و غیره می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی فعالیت‌های روزانه زنان باردار داشته باشد و توانایی آن‌ها را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهد (۱۳).

در مطالعه حاضر، متغیرهای سن مادر، سن بارداری و تعداد بارداری بر روی کیفیت زندگی زنان باردار تأثیر معناداری نشان ندادند که بر خلاف نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران است (۱۳). در مطالعه مذکور، حجم نمونه‌ای بالغ بر ۶۰۰ زن باردار، مورد بررسی قرار گرفته بود. این مسأله بیانگر آن است که احتمالاً در حجم نمونه‌های بالاتر ما تأثیر برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی بر روی کیفیت زندگی زنان باردار بارزتر شود؛ چنانچه Tasdemir نیز پس از مطالعه بر روی کیفیت زندگی ۳۰۱ زن باردار، کم بودن حجم نمونه را عاملی مخدوش‌کننده برای تعیین تأثیر عوامل مختلف بر روی کیفیت زندگی

زنان باردار می‌داند (۹).

در مطالعه حاضر، افرادی که بارداری ناخواسته داشتند به خصوص در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی، کیفیت زندگی پایین‌تر داشتند. هرچند که برای تعیین تأثیر دقیق این متغیر بر امتیاز کیفیت زندگی در ابعاد متفاوت آن، نیاز به حجم نمونه‌های بیشتری است که دارای تعداد کافی حاملگی خواسته و ناخواسته باشد. یافته‌های مطالعه‌ای نشان می‌دهد که افرادی که بارداری ناخواسته دارند، ۲۰/۵ برابر شانس بیشتری برای داشتن زندگی با کیفیت پایین دارند که با مطالعه ما همخوانی دارد (۱۳). میزان بروز بارداری‌های ناخواسته، یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی کیفی خدمات تنظیم خانواده است که سلامت باروری را در تمامی ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنانچه بر طبق شواهد موجود، در بین مادرانی که بارداری ناخواسته دارند بروز اختلالات روانی و مسایل بعد اجتماعی شایع‌تر است (۱۵) که این خود می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت روانی و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی همراه باشد (۱۳). از این رو برنامه‌ریزی‌های دقیق بهداشتی برای کاهش اثر این متغیر در ارتقای سطح کیفیت زندگی در دوران بارداری ضروری است.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد در جهت تحقق آرمان سلامت مادران که تضمین‌کننده سلامت جامعه می‌باشد، باید در طی مراقبت‌های دوران بارداری به کیفیت زندگی آنان به خصوص در ابعاد با امتیاز پایین‌تر، توجه بیشتری معطوف شود. همچنین انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، امری ضروری به نظر می‌رسد.

References

1. Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, Analysis, and Interpretation. New York: Wiley publishers. 2000; 25-30.
2. Nejat S. [Quality of Life and its measurement (Persian)]. Journal of School of public Health & Institute of Public Health Research. 2008; 2(4): 57-62.
3. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. J Clin Epidemiol. 2000; 53(1): 19-23.
4. Cynthia RK. Overview of quality of life controversial, issues. In: Cynthia RK, Hindless. Quality of life from nursing and patient perspectives. Sudbury: Jones and Bartlett. Press. 1998; 23-30.
5. Beydoun H, Saftlas AF, Harland K, Triche E. Combining conditional and unconditional recruitment incentives could facilitate telephone tracing in surveys of postpartum women. J Clin Epidemiol. 2006; 59(7): 732-8.
6. 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.
7. Gordon MC. Maternal physiology. In: Gabbe SG, Niebly JR, Simpson SG, editors. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 5th ed. Philadelphia: Elsevier. 2007; 56-84.
8. 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.
9. Taşdemir S, Balci E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. Ups J Med Sci. 2010;115(4):275-81
10. Otchet F, Carey M, Lorraine A. General health and psychological symptom status in pregnancy and the purperium: what is normal of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. J Clin Psychiatry. 1998; 59(2): 29-33.
11. Bowling A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. 2nd ed. Berkshire, England: Open University Press. 2005.
12. 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;14(3):875-82.
13. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. [Quality of life in pregnant women (Persian)]. Payesh. 2010; 9(1):69-75.
14. Mir Mohammad Aliei M, Khak Bazan Z, Kazemnejad A, Abbaszadeh F. [Comparison of quality of life and depression among women with normal and high risk pregnancies (Persian)]. Hayat. 2007; 13(1):35-42.
15. Forrest JD. Epidemiology of unintended pregnancy and contraceptives. Am J Obstet Gynecol. 1994; 170(5): 1485-9.