ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار

فاطمه عباس زاده: * مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
اعظم باقری: مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
ناهید مهران: مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فصلنامه پایش
سال نهم شماره اول زمستان ۱۳۸۸ صص ۷۵-۶۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۶ اسفند ۱۳۸۸]

چکیده

دوران بارداری، با تغییرات جسمانی و روانی زیادی در زنان همراه است. حتی در بارداری طبیعی نیز توانایی انجام نقش‌های معمول زندگی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. این تغییرات، در بسیاری از زنان، باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود.

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که بر روی ۶۰۰ نفر از زنان بارداری که برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی ـ درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. نمونه‌ها به طور خوشه‌ای انتخاب شدند و آنها پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36) را برای بررسی کیفیت زندگی تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های پژوهش نشان دادند که کم‌ترین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در ابعاد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی ۱۸/۷۷ ±۵۶/۲۳ و احساس نشاط ۱۸/۰۷ ±۵۶/۴۰ بود. در بررسی رابطه بین سن، سن بارداری، تعداد بارداری، میزان تحصیلات،کفایت درآمد، وضعیت بارداری از نظر خواسته یا ناخواسته بودن بارداری و رضایت‌مندی از زندگی با میانگین امتیازهای کیفیت زندگی، در برخی ابعاد، ارتباط آماری مشاهده شد.

توجه به متغیرهای مؤثر بر کاهش ابعاد کیفیت زندگی در بارداری و برنامه‌ریزی برای کاهش اثر این متغیرها می‌تواند باعث ارتقای سطح کیفیت زندگی در دوران بارداری شود.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، بارداری، عوامل مرتبط

* نویسنده پاسخگو: کاشان،کیلومتر۵ جاده راوند، دانشکده پرستاری و مامایی،گروه مامایی
تلفن: ۵-۵۵۵۰۰۲۱-۳۶۱، داخلی۲۱۵
E-mail: abbaszadehs@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]

مقدمه

در دوران بارداری، تغییرات زیستی ـ شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک (کالبدی) زیادی در بدن زنان رخ می‌دهد[۱]. این تغییرات فراتر از کنترل آنان است و اولین تغییراتی محسوب می‌شوند که آنها را، هم از نظر جسمی و از هم از نظر روحی، آسیب پذیر می‌کند [۲]. حتی در بارداری طبیعی نیز این تغییرات می‌توانند توانایی هر زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهند [۳]. به عبارت دیگر، در دوره بارداری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع، کیفیت زندگی زنان باردار، دچار تغییرات زیادی می‌شود.

کیفیت زندگی، ابعاد متفاوت سلامت و آسایش جسمی، روانی و اجتماعی افراد را در بر می‌گیرد. این ابعاد، در دوران بارداری قابل سنجش هستند و سنجش کیفیت زندگی، در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت‌ها، برای سیاست‌گذاران و انجمن‌های مراقبت از سلامت اهمیت دارد [۴].

سه عامل جسمانی، شخصی و اجتماعی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی محسوب می‌شوند که از جمله عوامل جسمانی می‌توان 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 نیز می‌توان به وضعیت مشارکت افراد در فعالیت‌های اجتماعی، اشاره کرد[۵].

تحقیقات نشان داده‌اند که عملکرد جسمانی بدن، به عنوان یکی از ابعاد کیفیت زندگی در طول دوره بارداری طبیعی، کاهش می‌یابد [۶]. هاوستن (Hueston) و همکاران در یک مطالعه دسته‌ای (کوهورت) بر روی زنان سفید پوست با بارداری طبیعی، دریافتند که در دوران بارداری، درد بدن بیشتر، عملکرد جسمانی ضعیف‌تر و محدودیت‌های عملکردی، به دلیل مشکلات جسمانی، بیشتر مشاهده می‌شود؛ ولی در جنبه روانی کیفیت زندگی، که به وسیله مقیاس SF-36 بررسی شده بود، تغییری مشاهده نشد. این مطالعه همچنین نشان داد که عوامل اجتماعی ـ جمعیتی مانند شغل، میزان درآمد و حضور حمایت‌های همسر یا والدین، تأثیر اندکی روی کیفیت زندگی می‌گذارد و وضعیت سلامت جسمانی با سن بارداری ارتباط معکوس دارد [۷]. اما تحقیقی دیگر نشان داد که بارداری و دوره نفاس با تغییرات قابل ملاحظه‌ای، هم در وضعیت سلامت روانی و هم در سلامت جسمانی، همراه هستند و همچنین عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن، در زنان باردار طبیعی، کمتر از بقیه افراد جامعه است [۶].

به رغم این که کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان باردار بازی می‌کند، مطالعات تحقیقی اندکی در دنیا در مورد کیفیت زندگی در بارداری صورت گرفته و در ایران نیز تاکنون تحقیقی در این زمینه انجام نشده است. با قبول این نکته که درک افراد از کیفیت زندگی از باورها و فرهنگ‌های آنان متأثر است، ضرورت تحقیق در این زمینه بسیار احساس می‌شود؛ به همین دلیل پژوهشگران بر آن شدند که در این مطالعه به بررسی کیفیت زندگی در مادران باردار بپردازند. با این امید که نتایج آن بتوانند سبب افزایش حمایت از زنان در دوران بارداری شوند و این خود می‌تواند گامی در جهت تحقق شعار «فرزندی سالم از مادری سالم» باشد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی بود که بر روی ۶۰۰ نفر از زنان بارداری که برای انجام مراقبت‌های دوران بارداری، به مراکز بهداشتی ـ درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه کرده بودند، انجام گرفت. زنانی در پژوهش شرکت کردند که ایرانی بودند (این شرط با توجه به فراوانی زنان افغانی در کاشان گذاشته شد) و حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و دچار هیچ مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه که بارداری پرخطر تلقی گردد، نبودند.

روش نمونه گیری، خوشه‌ای بود و تمامی زنان بارداری که از شهریورماه تا آذر ماه ۱۳۸۵ برای انجام مراقبت‌های بارداری به مراکز بهداشتی ـ درمانی منتخب مراجعه کرده و دارای مشخصات واحد پژوهش بودند، در پژوهش شرکت کردند.

روش جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بود؛ به این صورت که پس از ارائه توضیحات لازم به واحدهای مورد پژوهش و اعلام آمادگی آنان برای پاسخگویی، پرسشنامه توسط خود واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید. این پرسشنامه، با توجه به اهداف، در دو قسمت عمده تدوین گردید: قسمت اول مشخصات فردی و قسمت دوم پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36).

پرسشنامه فرم کوتاه SF-36 یک وسیله اندازه‌گیری عمومی سلامت است که می‌تواند به خوبی، کیفیت زندگی را اندازه بگیرد. این پرسشنامه حاوی ۳۶ سؤال در هشت بعد است که شامل ابعاد عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]

درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی و عملکرد اجتماعی است. به مجموع نمرات ابعاد هشتگانه سلامت، نمرات صفر تا صد تعلق گرفت که نمرات بالاتر، وضعیت سلامت بهتر را نشان می‌دهند.

در این پژوهش، به منظور کسب روایی قسمت اول، پرسشنامه «مشخصات فردی»، از روش روایی محتوی استفاده شد و قسمت دوم، «پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36)» یک پرسشنامه استاندارد است که روایی و پایایی نسخه فارسی آن، مورد تأیید قرار گرفته است. [۸، ۹].

داده‌ها با کمک آزمون‌های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۶۰۰ زن باردار با میانگین سنی ۴/۵۲ ± ۲۵/۴۰ و میانگین سن بارداری ۹/۱۳ ± ۲۵/۶۴ هفته مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثر زنان باردار (۵۸/۵ درصد) بارداری نخست خود را تجربه می‌کردند، برخوردار از تحصیلات ابتدایی یا راهنمایی (۴۸/۸ درصد)، خانه دار (۹۴ درصد) بودند و بارداری خواسته (۸۶/۱ درصد) داشتند. میانگین کسب شده هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، در واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. کم‌ترین امتیاز کسب شده در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی ۱۸/۷۷ ±۵۶/۲۳ و احساس نشاط ۱۸/۰۷ ±۵۶/۴۰ به دست آمد. در بررسی تحلیلی ارتباط بین متغیرهای سن، سن بارداری و تعداد بارداری با میانگین کسب شده هر یک از ابعاد کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفت(آزمون تی).

متغیر سن بر میانگین ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی تأثیر داشت و بیشترین تغییرات در میانگین بعد عملکرد جسمانی (۲۲/۳۳± ۶۴/۷۱ در زنان با سن کمتر و مساوی ۲۵ سال در مقابل ۲۰/۶۰± ۵۸/۶۰ در زنان بالای ۲۵ سال) مشاهده شد. در بررسی ارتباط بین سن بارداری با میانگین ابعاد کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌داری در ابعاد نقش جسمانی و درد مشاهده گردید، به طوری که متوسط نمرات این دو بعد در ۲۰ هفته دوم بارداری نسبت به ۲۰ هفته اول کمتر بود (جدول شماره ۲).

در بررسی ارتباط بین تعداد بارداری با میانگین ابعاد کیفیت زندگی، در مورد بیشتر ابعاد، تفاوت معنی‌داری از نظر آماری مشاهده شد (جدول شماره ۳).

در مورد میزان تحصیلات بین سطوح مختلف تحصیلی نیز، در مورد بیشترین ابعاد کیفیت زندگی، تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد (P<۰/۰۵)؛ بدین معنی که عمدتاً زنان باردار در سطوح تحصیلی دیپلم و بالاتر، نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی، از میانگین امتیاز بیشتری برخوردار بودند. ارتباط بین میانگین امتیازهای مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی با کفایت درآمد (آزمون ANOVA) در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

همچنین آزمون‌های آماری بین میانگین امتیازهای مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی با خواسته یا ناخواسته بودن بارداری فعلی، در ابعاد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت روانی، ارتباط معنی‌داری نشان دادند و میان ابعاد کیفیت زندگی با رضایت‌مندی از زندگی در ابعاد عملکرد اجتماعی و سلامت روانی، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد(P<۰/۰۵).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار

	میانگین	انحراف معیار
سلامت عمومی	۶۲/۲۴	۱۴/۹۴
عملکرد جسمانی	۶۲/۱۳	۲۱/۷۷
محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی	۵۶/۲۳	۱۸/۷۷
محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۶۳/۲۷	۲۱/۹۱
عملکرد اجتماعی	۶۴/۲۶	۲۲/۵۱
درد	۵۸/۶۶	۲۴/۸۹
سلامت روانی	۶۶/۷۵	۱۷/۹۳
احساس نشاط	۵۶/۴۰	۱۸/۰۷

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]

جدول شماره۲- ارتباط سن بارداری با میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار

	بیشتر از ۲۰ هفته (n=۴۰۱)		کمتر و مساوی ۲۰ هفته (n=۱۸۷)		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت عمومی	۶۳/۱۴	۱۳/۲۰	۶۱/۷۲	۱۵/۵۱	۰/۲۷۹
عملکرد جسمانی	۶۵/۵۱	۲۱/۳۱	۶۰/۷۲	۲۱/۹۹	۰/۰۱۳
محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی	۵۶/۴۹	۱۸/۷۷	۵۶/۰۴	۱۸/۷۰	۰/۷۸۷
محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۶۴/۰۲	۲۲/۵۸	۶۲/۷۴	۲۱/۴۹	۰/۵۰۸
عملکرد اجتماعی	۶۵/۱۵	۲۲/۶۸	۶۳/۷۴	۲۲/۴۷	۰/۴۸۳
درد	۶۲/۳۰	۲۵/۵۰	۵۷/۲۲	۲۴/۶۰	۰/۰۲۲
سلامت روانی	۶۸/۹۳	۱۶/۹۴	۶۶/۰۳	۱۸/۰۱	۰/۰۹۸
احساس نشاط	۵۶/۸۹	۱۷/۸۹	۵۶/۰۸	۱۷/۸۸	۰/۶۱۱

جدول شماره ۳- ارتباط تعداد بارداری با میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار

	بارداری اول (n=۵۲۳)		بیش از یک بارداری (n=۷۶)		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت عمومی	۶۳/۲۳	۱۴/۷۹	۵۵/۴۲	۱۴/۳۷	<۰/۰۰۰۱
عملکرد جسمانی	۶۲/۹۳	۲۱/۷۵	۵۶/۱۶	۲۰/۸۷	۰/۰۱۱
محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی	۵۶/۸۶	۱۸/۹۹	۵۲/۰۹	۱۶/۷۹	۰/۰۳۸
محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۶۳/۴۶	۲۱/۷۹	۶۲/۱۶	۲۳/۱۰	۰/۶۳۵
عملکرد اجتماعی	۶۵/۳۵	۲۲/۳۳	۵۶/۵۲	۲۲/۵۴	۰/۰۰۲
درد	۵۹/۲۷	۲۴/۸۵	۵۳/۸۴	۲۵/۰۴	۰/۰۷۸
سلامت روانی	۶۷/۷۳	۱۷/۲۳	۶۰/۰۹	۲۱/۱۸	۰/۰۰۰
احساس نشاط	۵۶/۹۷	۱۷/۷۶	۵۲/۵۶	۱۹/۹۳	۰/۰۴۸

جدول شماره ۴- ارتباط کفایت درآمد با میانگین ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار

	مطلوب (n=۲۲۷)		تا حدی مطلوب (n=۳۴۳)		نامطلوب (n=۲۶)		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سلامت عمومی	۶۴/۱۵	۱۴/۷۲	۶۱/۸۳	۱۴/۴۵	۵۳/۲۸	۱۷/۷۰	۰/۰۰۱
عملکرد جسمانی	۶۵/۱۶	۲۱/۴۹	۶۰/۸۳	۲۱/۷۵	۵۴/۶۲	۱۹/۷۵	۰/۰۱۲
محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی	۵۶/۵۶	۱۹/۵۰	۵۶/۱۲	۱۸/۳۰	۵۵/۵۳	۱۶/۹۹	۰/۹۴۳
محدودیت نقش ناشی از مشکلات عاطفی	۶۴/۶۳	۲۲/۳۵	۶۲/۸۱	۲۱/۷۰	۵۷/۰۵	۲۰/۳۷	۰/۲۱۲
عملکرد اجتماعی	۶۷/۰۳	۲۲/۱۴	۶۳/۶۱	۲۲/۴۳	۴۵/۹۶	۱۶/۹۹	<۰/۰۰۰۱
درد	۶۴/۰۳	۲۴/۴۲	۵۶/۳۶	۲۴/۱۸	۴۶/۵۴	۲۳/۸۰	<۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۷۰/۰۲	۱۶/۷۱	۶۵/۷۴	۱۷/۹۷	۵۴/۰۰	۱۸/۷۷	<۰/۰۰۰۱
احساس نشاط	۵۷/۸۱	۱۷/۷۵	۵۵/۹۹	۱۸/۲۹	۵۱/۷۳	۱۶/۹۱	۰/۱۹۴

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد که کم‌ترین امتیاز در ابعاد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، ۱۸/۷۷ ± ۵۶/۲۳ و احساس نشاط، ۱۸/۰۷ ± ۵۶/۴۰ و بعد درد، ۲۴/۸۹ ± ۵۸/۶۶ وجود دارد. بررسی انجام شده توسط اُتچیت و همکاران نیز نشان داد که زنان باردار در ابعاد درد بدن (۲۱/۸۶ در مقابل ۷۹/۶۱) ، احساس نشاط (۵۸/۰۴ در مقابل ۸۷/۲۴)، محدودیت نقش ناشی از مشکلات جسمانی (۴۵ در مقابل ۸۶/۷۳) و دارای میزان عملکرد وابسته به سلامت اندکی نسبت به جمعیت سالم هستند[۶].

تغییرات دوران بارداری و بروز یک سلسله ناراحتی‌ها و مشکلات در دوران بارداری، مانند تهوع و استفراغ، خستگی، درد (پشت، پا، کشاله و ران)، کرامپ پاها و غیره می‌توانند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی فعالیت‌های روزانه زنان باردار داشته باشند و توانایی آنها را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهند.

در بررسی تأثیر متغیر سن، بیشترین تفاوت در میانگین امتیازها در ابعاد عملکرد جسمانی مشاهده شد و زنان باردار سنین بالاتر از ۲۵ سال از امتیاز کم‌تری برخوردار بودند. همچنان که مطالعات، تأثیر سن بر عملکرد جسمانی در زمان غیربارداری را نشان داده‌اند [۱۰]، در زنان باردار نیز، با افزایش سن، بعد عملکرد جسمانی کاهش می‌یابد. همچنین، در بررسی متغیر سن بارداری، زنان باردار در نیمه دوم بارداری، در ابعاد عملکرد جسمانی و درد، میانگین امتیاز کمتری داشتند و ارتباط آماری معنی‌داری نیز بین دو گروه در این ابعاد مشاهده شد.

هاوستن و همکاران، در مطالعه‌ای با عنوان «تغییرات در وضعیت سلامت عملکردی در طی بارداری»، نتیجه گرفتند که بعدهای عملکرد جسمی (P< ۰/۰۰۱)، محدودیت‌های ناشی از مشکلات جسمی (P<۰/۰۰۱) و درد بدن (P<۰/۰۰۱) با پیشرفت بارداری کاهش می‌یابند [۷].

مطالعه اُتچیت و همکاران نیز نشان داد که زنان باردار طبیعی، در سه ماهه سوم، میزان عملکرد وابسته به سلامت ضعیف‌تری (P<۰/۰۱) در مقایسه با جمعیت کنترل، دارند. این زنان، در ابعاد زیر، نمرات کم‌تری کسب کردند: درد بدن (۲۱/۸۶ در مقابل ۷۹/۶۱)، عملکرد جسمانی (۶۲/۹۱ در مقابل ۸۹/۱۲) محدودیت عملکرد فیزیکی ناشی از مشکلات سلامت جسمانی (۴۵ در مقابل ۸۶/۷۳) [۶]. در بررسی رابطه متغیر تعداد بارداری، میانگین امتیازهای اکثر ابعاد کیفیت زندگی در زنان بارداری که اولین بارداری خود را تجربه می‌کردند، بیش از زنان بارداری بود که در حال سپری کردن دوره بارداری دوم یا بیش از آن بودند. در بررسی رابطه متغیر میزان تحصیلات، زنان باردار با تحصیلات بالاتر نسبت به سطوح پایین‌تر تحصیلی، از میانگین امتیاز بالاتری برخوردار بودند.

تأثیر تحصیلات بر کیفیت زندگی، در زمان غیربارداری، به اثبات رسیده است و حتی بسیاری از تحقیقات، این تأثیر را بیشتر از سن نشان داده‌اند [۱۰]. این یافته نشان دهنده آن است که تحصیلات، به عنوان امتیازی مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم، طی دوران بارداری نیز مؤثر است و این امر به احساس سلامتی بهتر و رضایت از دوران بارداری منجر می‌شود.

در بررسی متغیر کفایت درآمد، میانگین امتیازهای کیفیت زندگی در زنان بارداری که از کفایت درآمد مطلوبی برخوردار بودند، بیشتر به دست آمد که این مشابه نتایج مطالعاتی است که هاوستن و مکی انجام داده‌اند [۷، ۱۱].

مطالعه هاس و همکاران نیز که با هدف تعیین تغییرات در وضعیت سلامتی زنان در زمان بارداری و پس از آن در سال ۲۰۰۴ در سان انجام شد، نشان داد که وضعیت پولی ناکافی برای تهیه غذا و مسکن با وضعیت سلامتی ضعیف قبل، در زمان بارداری و بعد از بارداری ارتباط معنی‌داری دارد [۱۲].

همچنین نتایج پژوهشی که با عنوان «اثرات وضعیت اجتماعی و اقتصادی بر روی وضعیت سلامتی بررسی شده با استفاده از پرسشنامه فرم کوتاه SF-۳۶» توسط همینگوی و همکاران در سال ۱۹۹۸ در انگلستان انجام شد نشان دادند که سطح اجتماعی و اقتصادی پایین با عملکرد سلامتی ضعیف همراه است [۱۳].

در مورد متغیر شغل و اثر آن بر ابعاد کیفیت زندگی در زنان باردار، آزمون آماری تی ارتباط معنی‌داری بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار و وضعیت اشتغال آنان نشان نداد.

به رغم نتیجه به دست آمده در تحقیق حاضر، هاوسن و همکاران در مطالعه خود که برای بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار از نوع طبیعی انجام دادند، دریافتند که نوع شغل تأثیر اندکی روی کیفیت زندگی دارد.

به نظر می‌رسد علت مغایرت نتایج ما محدود بودن تعداد زنان باردار شاغل (۶ درصد) باشد. در بررسی رابطه خواسته یا ناخواسته بودن بارداری فعلی نیز فقط در ابعاد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی و سلامت روانی، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. همچنین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]

یافته‌های پژوهش ما نشان دادند که افرادی کـه بـارداری ناخواسـته دارند، ۲/۰۵ برابر، شانس بیشتری برای داشـتن زنـدگی بـا کیفیـت زندگی کم دارند. میزان این اختلاف در جامعه ۳/۳۶ و۱/۲۶ بود کـه به لحاظ آماری، معنی‌دار است.

با توجه به شواهد موجود، در بـین مـادرانی کـه بـارداری ناخواسـته دارند، بروز اختلالات روانی زیادتر است [۱۴] که این خود می‌توانـد با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت روانی و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی همراه باشد.

بین ابعاد کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی، در ابعاد عملکـرد اجتماعی و سلامت روانی، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد؛ به طوری که افرادی که از زندگی خـود رضـایت ندارنـد، ۲/۱۵ برابـر، شـانس بیشتر برای داشتن زندگی با کیفیت کم دارند. میزان ایـن اخـتلاف در جامعه، ۴/۰۲ و ۱/۱۴ بود که به لحـاظ آمـاری، معنـی‌دار اسـت. ارتباط معنی‌دار بین کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی، بیانگر آن است که نگرش مثبت به زندگی مـی‌توانـد در بـالا بـردن سـطح کیفیت زندگی زنان در دوران بارداری موثر باشد. یافته‌های مطالعـه حاضر نشان‌دهنده تأثیر برخی از متغیرهای مـؤثر بـر کـاهش ابعـاد کیفیـت زنـدگی در بـارداری هـستند. توجـه بـه ایـن متغیرهـا و برنامه‌ریزی برای کاهش اثر این متغیرها در ارتقـای سـطح کیفیـت زندگی در دوران بارداری، می‌تواند مؤثر باشد.

تاکنون هیچ تحقیقی در مورد اثـر کـاهش ابعـاد کیفیـت زنـدگی و وضعیت عملکردی وابسته به سـلامتی و درک خـوب بـودن توسـط خود فرد بر روی سیر بارداری و وضعیت نوزاد انجام نـشده اسـت؛ از این رو، پیشنهاد می‌گردد پژوهشی برای بررسی تأثیر کـاهش ابعـاد کیفیت زندگی ناشی از بارداری بر روی بارداری و نوزاد انجام شود.

سهم نویسندگان

فاطمه عباس زاده: مدیریت طرح پژوهشی، تجزیه و تحلیـل داده‌هـا، تهیه گزارش نهایی و مقاله

اعظم باقری: جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه

ناهید مهران: جمع‌آوری و ورود داده‌ها به رایانه

تشکر و قدردانی

از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشـان و تمامی همکارانی که در این طرح ما را یاری دادند، تشکر و قـدردانی می‌شود.

منابع

1- Cunningham F, Kenneth J, Steven L, Bloom J, Hauth L, Wenstrom K, et al *Williams Obstetrics*. 22th Edition, Mc Graw-Hill: UK, 2000

2- Bennett R, Brown L. *Myles text book for midwives*. 13th Edition, Churchill Livingston: USA, 2005

3- Gjerdingen D, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health, during pregnancy, labor and delivery and the postpartam period. *Family Medicine* 1991: 23: 370-5

۴- میرمحمدعلی‌ئی ماندانا، خاکبازان زهره، کاظم نـژاد انوشـیروان، عباس زاده فاطمه. مقایسه کیفیت زنـدگی و افـسردگی در زنـان بـا بارداری طبیعـی و پـر خطـر. *مجلـه دانـشکده پرسـتاری و مامـایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)* ۱۳۸۶، ۱۳، ۴۲-۳۵

۵- رضا سلطان پروانه. عوامل تعیین کننده کیفیت زندگی. *کیفیـت زندگی* ۱۳۸۲، ۲، ۱۴

6- Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the purperium: what is normal? *Obstetrics and Gynecology* 1999; 94: 935-41

7- Hueston W, Kasik-miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *The Journal of Family Practice* 1998; 46: 209-12

8- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* 2005: 14: 875-82

۹- منتظری علی، گشتاسبی آزیتا، وحدانی نیا مریم سادات. ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه SF-36. *پایش* ۱۳۸۴، ۵، ۵۶-۴۹

10- Hemingway H, Nicholson A, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF36 Questionnaire: The Whitehall II study. *American Journal of Public Health* 1997; 87: 1484-14

11- Mckee MD, Cunningham M, Katherin RB, JankowskiI MA, Zayas L. Health-related functional status in a multi-ethnic population. *Obstetrics and Gynecology* 2001; 97: 988-993

12- Haas JS, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Stewart AL, Dena M, Brawarsky PH. Changes in the health

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]

statue of the women during and after pregnancy. *Journal of General Internal Medicine* 2004; 20; 45-51

13- 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. *American Journal of Public Health* 1997; 87: 1484-90

۱۴- شجاعی، حسین. *درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی؛ اصول و روش‌های اپیدمیولوژی جمعیت‌شناسی*. چاپ اول، سماط، ۱۳۸۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.9.1.8.2]