

بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی در زنان با حاملگی کم خطر با پرخطر در مراجعه به درمانگاه پریناتولوژی کوثر مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری ارومیه

حمیده محدثی^۱، دکتر فاطمه بهادری^{۲*}، دکتر حمید رضا خلغالی^۳، پریسا باقی^۴

۱- مربی مرکز تحقیقات بهداشت باروری، ارومیه، ایران

۲- دانشیار گروه زنان و مامایی دانشکده پزشکی ارومیه، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، ارومیه، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، ارومیه، ایران

۴- کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

دریافت: ۱۳۹۲/۸/۲۵

پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۴

چکیده:

مقدمه: زنان با حاملگی پرخطر با مشکلاتی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی روبرو می شوند که این تغییرات می تواند بر کیفیت زندگی آنها تاثیر داشته باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین مقایسه ای کیفیت زندگی در حاملگی های پرخطر و کم خطر در مراجعه به درمانگاه پریناتولوژی شهید مطهری ارومیه طراحی و انجام گردید.

روش کار: در این مطالعه مقطعی دو گروه (۵۰ نفر از هر گروه) از زنان با حاملگی کم خطر و پرخطر از بین مراجعه به درمانگاه پریناتولوژی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس انتخاب و با رضایت شخصی پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی (مشخصات فردی، پرسشنامه فرم کوتاه $f-36$) بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون های آماری کای اسکوار χ^2 و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره اغلب ابعاد کیفیت زندگی، در زنان با حاملگی پرخطر در مقایسه با زنان با حاملگی کم خطر، از سطح پایینی برخوردار هستند. هرچند از نظر آماری این اختلاف ها معنی دار نیست ($p > 0/05$).

نتیجه نهایی: برخلاف نتایج اغلب مطالعات که کیفیت زندگی پایین و معنی داری بین زنان با حاملگی پرخطر و کم خطر مشاهده شده است در این مطالعه تفاوت معنی دار نشد. شاید به دلیل ارتقا آگاهی و خود مراقبتی مادران باردار و یا توجه ویژه پزشکان و ماماها درمانگاه پریناتولوژی مرکز آموزشی - درمانی به این مادران باشد.

کلیدواژه ها: حاملگی پرخطر / حاملگی کم خطر / کیفیت زندگی

مقدمه:

زنانی که دارای حاملگی پرخطر هستند به دلیل نگرانی در مورد آینده جنین امکان ابتلا به افسردگی دوبرابر می شود (۳) زنان با حاملگی پرخطر در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی شان با خطراتی روبرو هستند اینوع حاملگی ها نه تنها روی زن اثر می گذارد بلکه باعث ایجاد تغییراتی در عملکرد خانواده می شود (۵).

تغییرات زیادی در دوره حاملگی در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع در کیفیت زندگی

دوران بارداری، یکی از مهم ترین 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 فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می آید (۱). تغییرات ایجاد شده در این دوران فراتر از کنترل زن بوده که زن از نظر جسمی و روحی آسیب پذیر می کنند (۴-۲) علاوه بر تغییرات روحی و روانی ناشی از حاملگی طبیعی، در

* نویسنده مسئول: دکتر فاطمه بهادری؛ دانشیار گروه زنان و مامایی دانشکده پزشکی ارومیه، مرکز تحقیقات چاقی مادر و کودک، ارومیه، ایران

Email: fbahadory27@yahoo.com

پرخطر عبارتند از کسانی که حداقل یکی از معیارهای زیر را داشته باشند. سن کمتر از ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال، وجود سابقه سزارین، وجود سابقه سقط راجعه، نازایی، بارداری چندقلویی، اولیگو هیدرامنیوس، خونریزی در بارداری فعلی، وجود سابقه دیابت، وجود سابقه بیماری قلبی و وجود سابقه بیماری کلیوی. همچنین مادران با حاملگی کم خطر هیچ یک از علل خطر مذکور را ندارند. کلیه مادران باردار مبتلا به بیماری روانی شناخته شده و دچار حادثه ناگوار از جمله فوت بستگان درجه اول و طلاق و... از مطالعه خارج شدند.

برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه *SF-36* استفاده شد، این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال در هشت بعد است که شامل ابعاد عملکرد فیزیکی (۱۰ مورد)، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات فیزیکی (۴ مورد)، درد جسمانی (۳ مورد)، سلامت عمومی (۵ مورد)، احساس نشاط (۴ مورد)، سلامت روانی (۵)، محدودیت عملکرد با توجه به مسایل عاطفی (۳ مورد) و عملکرد اجتماعی (۳ مورد) می باشد. این ۸ حیطه بطور خلاصه دو جزء فیزیکی و ذهنی را تشکیل می دهند که جزء فیزیکی شامل حیطه های عملکرد فیزیکی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات فیزیکی و درد بدن و جزء ذهنی شامل حیطه های احساس خوب بودن عاطفی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی و اجتماعی می باشند و حیطه های انرژی (احساس نشاط) و سلامت عمومی در هر دو جزء فیزیکی و ذهنی مشترک هستند. بنابراین هر یک از اجزای فیزیکی و ذهنی ۵ حیطه را شامل می شوند. به هر حیطه از ۰ تا ۱۰۰ نمره داده می شود که نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتری است.

روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه به عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳).

اطلاعات به دست آمده بعد از کد گذاری وارد *SPSS* نسخه ۱۸ شده و با استفاده از آمار توصیفی و تست های تی مستقل، مجذور کای و در سطح معنادار آماری ۵ در صد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها:

در مطالعه حاضر بر اساس برآورد آماری حدود ۱۰۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه پرینا تولوژی

زنان باردار در سنین مختلف حاملگی رخ می دهد (۶). کیفیت زندگی در دوران حاملگی قابل سنجش است (۷). این سنجش در برنامه ریزی برای مراقبت های مادران و نوزادان و درک ضرورت وجود این مراقبت ها برای سیاست گذاران حکومتی و سازمان های مراقبت از سلامتی اهمیت دارد (۸).

بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امید واری و آداب و معاشرت و سلامت روانی می باشد (۹). ابعاد عمده کیفیت زندگی شامل رفاه جسمی، عاطفی، اجتماعی و روانی می باشد، این حیطه ها می توانند بطور مستقل مورد بحث قرار گیرند، ولی ارتباط متقابل بین آنها وجود دارد. اختلال در وضعیت جسمانی و وجود علائم جسمی می تواند اثر مستقیم بر تمام جنبه های کیفیت زندگی داشته باشد (۱۰).

محققان معتقدند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش برای ارتقای آن نقش مهمی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد خواهد داشت (۱۱).

یکی از شیوه های مناسب برای بررسی کیفیت زندگی استفاده از پرسشنامه کوتاه ۳۶ سوالی (*SF-36*) است، این روش امکان مقایسه سریع حیطه های مختلف کیفیت زندگی را بین گروه های مختلف ممکن می سازد (۱۲).

در یکی دو دهه اخیر علم پزشکی برای مادران و جنینهای پرخطر، مامایی سالم و بی خطری را به ارمغان آورده است، علی رغم اینکه کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان باردار ایفا می کند، مطالعات تحقیقی اندکی در مورد کیفیت زندگی و مسایل مرتبط با بارداری انجام گرفته است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در حاملگی های پرخطر در مقایسه با کیفیت زندگی در حاملگی های کم خطر طراحی و انجام شد.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی دو گروه (۵۰ نفر از هر گروه) از زنان با حاملگی کم خطر و پرخطر از بین مراجعین به درمانگاه پریناتولوژی مرکز آموزشی درمانی شهید مطهری در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه گیری غیراحتمالی در دسترس انتخاب و با رضایت شخصی پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. مادران باردار با حاملگی های

اکثر مادران با حاملگی کم خطر (۵۰٪) بین ۲۰ تا ۳۵ سال داشته اند همچنین بیشتر این زنان (۳۲٪) دارای سن حاملگی ۲۸-۳۶ هفته بودند.

تمامی خانم های باردار مراقبت های دوران بارداری را دریافت نموده بودند. توزیع سطح تحصیلات در مادران با حاملگی پرخطر و کم خطر به ترتیب ۲۶٪ و ۲۶٪ بیسواد، ۳۴٪ و ۲۶٪ ابتدایی، ۲۲٪ و ۲۸٪ راهنمایی، ۱۴٪ و ۱۰٪ و دبیرستان ۴٪ و ۱۰٪ تحصیلات آکادمیک داشتند که از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارند ($P=0/642$) ۵۴٪ مادران با حاملگی پرخطر و ۶۲٪ از مادران با حاملگی کم خطر ساکن روستا که از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارند ($P=0/418$).

جدول ۲ حاکی از آن است که بیشترین میانگین کیفیت زندگی در حاملگی پرخطر مربوط به عملکرد فیزیکی (20.71 ± 78.9) و کمترین میانگین مربوط به حیطه انرژی و سر زندگی ($49/5 \pm 17/4$) و در حاملگی های نرمال بیشترین میانگین مربوط به نقش اجتماعی ($59/3 \pm 39/43$) و کمترین میانگین مربوط به نشاط و انرژی ($50 \pm 18/3$) بود.

جدول ۲: میانگین واحراف معیار نمرات کسب شده از کیفیت زندگی به تفکیک بارداری نرمال و پرخطر

P-value	بارداری پرخطر (N=50)	بارداری نرمال (N=50)	گروه حیطه
0/416	78/9 ± 20/71	75/5 ± 20/93	عملکرد فیزیکی
0/199	57 ± 39/14	46/5 ± 41/95	محدودیت ایفای نقش فیزیکی
0/585	61/2 ± 19/98	63/4 ± 20/85	احساس خوب بودن عاطفی
0/889	49/5 ± 17/4	50 ± 18/32	انرژی و نشاط محدودیت
0/680	56 ± 41/21	59/33 ± 39/43	عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی
0/739	74/45 ± 23/51	72/9 ± 22/89	عملکرد اجتماعی
0/256	66/5 ± 28/3	60 ± 28/57	درد بدن
0/886	57/2 ± 16/97	57/70 ± 17/70	سلامت عمومی
0/768	60/3 ± 18/91	61/42 ± 19/40	چیز ذهنی
0/201	64/9 ± 16/99	59/92 ± 21/43	جزء فیزیکی نمره کل

میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی در مادران با حاملگی پرخطر در حیطه سلامت فیزیکی ($60/28 \pm 18/9$) و در حاملگی نرمال ($59/92 \pm 21$) بود

شهید مطهری ارومیه در دو گروه حاملگی کم خطر (۵۰ نفر) و حاملگی پرخطر (۵۰ نفر) مورد مطالعه قرار گرفته و ابعاد مختلف کیفیت زندگی براساس پرسشنامه استاندارد SF-36 در این دو گروه مقایسه شدند.

نتایج توصیفی معیارهای بارداری با حاملگی های پرخطر در مادران بدین ترتیب است که ۱۳ (۲۶٪) زیر ۲۰ سال و ۹ (۱۸٪) بالای ۳۵ سال دارند. ۱۷ (۳۴٪) سابقه سزارین، ۴ نفر (۸٪) سقط راجعه، ۳ نفر (۶٪) نازایی، ۳ نفر (۶٪) چندقلویی، ۱ نفر (۲٪) اولیگوهایدر آمنیوس، ۲ نفر (۴٪) خونریزی، ۸ نفر (۱۶٪) سابقه دیابت، ۱ نفر (۲٪) بیماری قلبی و عروقی و ۳ نفر (۶٪) بیماری کلیوی اند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی مطلق و نسبی عوامل خطر در مادران باردار با حاملگی های پرخطر

متغیر	تعداد(٪)
سن(سال)	
زیر ۲۰	۱۳(۲۶)
۲۰-۳۵	۲۸(۵۶)
بالای ۳۵	۹(۱۸)
سابقه سزارین	
بله	۱۷(۳۴)
خیر	۳۳(۶۶)
سقط راجعه	
بله	۴(۸)
خیر	۴۶(۹۲)
نازایی	
بله	۳(۶)
خیر	۴۷(۹۴)
چندقلویی	
بله	۳(۶)
خیر	۴۷(۹۴)
اولیگوهایدر آمنیوس	
بله	۱(۲)
خیر	۴۹(۹۸)
خونریزی	
بله	۲(۴)
خیر	۴۸(۹۶)
دیابت	
بله	۸(۱۶)
خیر	۴۲(۸۴)
بیماری قلبی	
بله	۱(۲)
خیر	۴۹(۹۸)
بیماری کلیوی	
بله	۳(۶)
خیر	۴۷(۹۴)

مطالعات بسکو وهمکاران نشان داد که سن و نوع زایمان در کیفیت زندگی تاثیر ندارد (۲۰). در مطالعه موسوی و همکاران بین حیطة های مختلف کیفیت زندگی در دو گروه زنان با زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معنی دار آماری دیده نشد (۲۱).

مطالعه فابریز و همکاران مقایسه کیفیت زندگی زنان با سزارین تکراری و زایمان طبیعی انجام شده نشان دهنده کیفیت زندگی بالای زنان با سزارین نسبت به زایمان طبیعی بود (۲۲). مطالعه اسدزاده و همکاران نیز نشان داد که میانگین نمره حیطة جسمی و روانی کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی بالاتر از میانگین نمره گروه زایمان سزارین بود (۲۳).

مطالعات نشان داده اند که در زنان مبتلا به فرم شدید بیماری (مخصوصا پره اکلامپسی) کیفیت زندگی پائینی دارند (۲۴).

در مطالعه حاضر میانگین امتیاز کیفیت زندگی بعد سلامت روانی در حاملگی پرخطر ($60/28 \pm 11/9$) و در حاملگی نرمال ($61/42 \pm 19/4$) بود ولی در حیطة سلامت فیزیکی میانگین و انحراف معیار در حاملگی پرخطر ($64/9 \pm 16/99$) و در حاملگی نرمال ($59/9 \pm 21$) بود و آزمون آماری ارتباط معنی داری را نشان نداد.

در نتایج مطالعه میرمحمد علی و همکاران، مطالعه *pesavento* و همکاران، *forger* و همکاران کیفیت زندگی در زنان با بارداری نرمال بالاتر از کیفیت زندگی در زنان با بارداری پرخطر بود و ارتباط معنی داری در این خصوص دیده شده بود (۲۶، ۲۵، ۶). ولی در مطالعه نیک پور و همکاران هم تفاوت معنی داری بین دو گروه در حیطة اجتماعی مشاهده نشد (۲۷).

نتایج مطالعه پیمانی و همکاران نشان داد که میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی زنان با حاملگی پرخطر ($25/79 \pm 14/67$) و حاملگی نرمال ($56/31 \pm 15/44$) بود که آزمون آماری تی اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان داد. در این مطالعه برخی از ابعاد کیفیت زندگی با برخی از عوامل خطر مانند عملکرد جسمانی با سن کمتر از ۱۸ سال و دوقلوپی و دیابت ارتباط معنی داری داشت و 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 (۲۸).

در مطالعه کرمی و همکاران آزمون من ویتنی نشان داد

که آزمون آماری ارتباط معنی داری را نشان نداد ($P=0/201$). میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی درمادران با حاملگی پرخطر در حیطة سلامت روانی ($60/28 \pm 11/9$) در حاملگی نرمال ($61/42 \pm 19/4$) بود که علیرغم بالابودن میانگین و انحراف معیار در حاملگی نرمال اختلاف معنی دار آماری دیده نشد ($P=0/79$). (جدول ۲)

بحث:

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت زندگی در برخی از ابعاد ابزار سنجش کیفیت زندگی (*SF-36*) در مادران باردار نرمال بالاتر از کیفیت زندگی مادران با حاملگی پرخطر است، ولی آزمون آماری در این خصوص معنی دار را نشان نداد.

مطالعات نشان داده اند که کیفیت زندگی در زنان باردار نرمال نسبت به جامعه عادی زنان پائین تر می باشد و وجود عوامل خطر و قرار گرفتن مادر در تعریف حاملگی پر خطر باعث می شود که کیفیت زندگی پائین تری نسبت به مادران با حاملگی نرمال داشته باشند (۸، ۱۴).

بررسی انجام شده توسط اتکت و همکاران نشان داد که زنان حامله در مقایسه با جمعیت عمومی در ابعاد درد بدن، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط، محدودیت عملکرد فیزیکی ناشی از مشکلات، سلامت فیزیکی دارای میزان عملکرد وابسته به سلامت پائینی می باشند (۸).

در مطالعه عباس زاده و همکاران میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در زنان باردار ($61/18 \pm 2/13$) بود که در مقایسه با جمعیت زنان ایرانی پائین تر بود، که ابعاد سلامت عمومی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد و احساس نشاط کاش بیشتری داشته است (۱).

نتایج مطالعه هانگ وهمکاران، رولندوز و همکاران حاکی از بالا بودن میانگین نمرات حیطة جسمی کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی نسبت به سزارین بوده است ولی ارتباط معنی داری بین آنها دیده نشده بود (۱۶-۱۵).

نتایج مطالعه *Lee* و همکاران نشان داد که زنان با زایمان طبیعی سلامت عمومی بهتری نسبت به زنان با سزارین داشتند (۱۷). مطالعات دیگر نیز نشان داده اند که بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در دوره بعد از زایمان در گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین می باشد (۱۸، ۱۹).

آگاهی و خود مراقبتی مادران باردار و یا توجه ویژه پزشکان و ماماهاى درمانگاه پریناتولوژی مرکز آموزشی-درمانی به این مادران باشد.

سپاسگزاری:

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ و با کد ۷۵۹ می باشد. بدین وسیله پژوهشگران کمال تشکر و قدردانی از مادران باردار شرکت کننده در مطالعه و حمایت ها و همکاریهای ارزنده معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و زحمات همکاران پرتلاش درمانگاه مامایی کوثر را دارند.

منابع:

1. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. [Quality of life in pregnant women]. *Payesh*, 2010; 9(1):69-75. (Persian).
2. 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. *Obstet Gynecol*. 2001; 97(6): 988-993.
3. Cunningham FG, Kenneth KJ, Hauth JC, et al. *Williams obstetrics*, 22 th, edition. New York: McGraw-Hill; 2005.
4. Bennett R, Brown L. *Myles text book for midwives*. 13th edition. Churchill Livingstone; 2005.
5. Sittner B, Defrain J, HuSDon D. Effects of high-risk pregnancy on families. *Am J Matern Child Nurs*. 2005; 30(2): 121-126.
6. 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]. *Hayat*. 2007; 13(1):35-42. (Persian)
7. 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): 732-738.
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. Croog SH, Levine S. Quality of life and health care evaluations. In: Freeman HE, Levine S, Englewood Cliffs NJ. *Handbook of Medical Sociology*, 4th ed. Prentice Hall. 1989: 508-528.

که میانگین نمرات حیطة جسمی کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری نشان داد که حیطة محیط اجتماعی و کل تفاوت معنی داری دیده نشد. میانگین نمرات حیطة جسمی کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی بطور معنی داری بالاتر از گروه سزارین بوده است (۲۹).

مطالعه *pesavento* و همکاران نشان داد که میانگین امتیاز کیفیت زندگی مادران با حاملگی پرخطر کمتر از میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مادران با حاملگی طبیعی است (۲۵).

زنان با حاملگی پرخطر با مشکلاتی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی روبرو می شوند که تغییرات دوران بارداری می تواند بر کیفیت زندگی آنها تاثیر داشته باشد. در پژوهش عباس زاده و همکاران بین کیفیت زندگی با سن ($p < 0/002$)، سن حاملگی ($p < 0/017$)، تعداد بارداری ($p = 0/001$) و تعداد زایمان ($p < 0/001$) ارتباط معکوس وجود داشت (۲۳) که در مطالعه ما هم اختلاف معنی داری بین بارداری پرخطر و نرمال در زمینه سن ($p = 0/001$) و سابقه سزارین ($p = 0/001$) وجود داشت.

مطالعه حاضر بر روی زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه پریناتولوژی شهید مطهری که بزرگترین مرکز ارجاعی در سطح استان آذربایجان غربی می باشد، انجام گرفته است، به نظر می رسد جامعه ای که برای این مطالعه انتخاب شده است تاحدودی جامعه ای همگن بوده است، لذا پیشنهاد می شود در مطالعات مشابه مقایسه در تعداد نمونه بیشتر و مراکز متفاوت و به تصادفی بودن نمونه بیشتر شود.

اقدامات انجام گرفته در جهت ارتقا آگاهی و خود مراقبتی مادران باردار پرخطر و توجه و مراقبت ویژه پزشکان و ماماهاى درمانگاه پریناتولوژی مرکز آموزشی-درمانی به این مادران در نتایج بی تاثیر نبوده است.

نتیجه نهایی:

برخلاف نتایج سایر مطالعات که بین میانگین و انحراف معیار حیطة های مختلف کیفیت زندگی در حاملگی های کم خطر و پرخطر ارتباط معنی داری وجود دارد و کیفیت زندگی در زنان با حاملگی پرخطر پایین تر از بارداری کم خطر می باشد ولی در مطالعه حاضر علیرغم پائین بودن گویه های مربوط به کیفیت زندگی در بارداریهای پرخطر ارتباط معنی دار آماری دیده نشد که شاید به دلیل ارتقا

10. Mingardi G, Cornalba L, Cortinovis E, Ruggiata R, Mosconi P, Apolone G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. DIA-QOL Group. *Nephrol Dial Transplant*. 1999; 14:1503-1510.
11. 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.
12. Zeraati A.A, Naghibi M, ojahedi M.j, Zadeh S. A, Zamani B.H. [Comparison of Quality of Life between Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients in Imam Reza and Ghaem Hospital Dialysis Centers in Mashhad]. *Medical Journal of Mashhad University* 2010; 53(3): 169- 175. (Persian)
13. 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): 875-882.
14. 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):275-281.
15. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? *Journal of Clinical Nursing*. 2012; 21(11-12): 1534-1543.
16. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12: 138.
17. Lee SY, Lee KA. Early postpartum sleep and fatigue for mothers after cesarean delivery compared with vaginal delivery: an exploratory study. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2007; 21(2): 109-113.
18. Khajehei M, Ziyadlou S, Safari RM, Tabatabaee HR, Kashefi F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and cesarean births. *Indian Journal of Community Medicine*. 2009; 34(2): 126-130 .
19. Williams A, Herronmarx S, Knib R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16(3): 549-561.
20. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*. 2007; 18(4): 401-406.
21. Mousavi SA, Mortazavi F, Chaman R, Khosravi A. *Quality of Life after Cesarean and Vaginal Delivery*. *Oman Medical Journal*. 2013; 28(4): 70-73.
22. Fabris LK. Persistent post-partum pain after vaginal birth and cesarean section. *Periodicum Biologorum*. 2011; 113(2): 239-241.
23. Asadzadeh F, Mostafazadeh F, Rostamneshad M, Azemi F, Soltanii R. [Comparison of Quality of Life in Women after Normal Vaginal Delivery and Cesarean Section]. *Iranian Journal of Health & Care Vol. 14, No. 4, winter 2013: 69-75. (Persian)*
24. Hoedje M, Berks D, Vogel I, Franx A, Duvekot J.J, Steegers E.A.P, Raat H. Poor health-related quality of life after severe preeclampsia. *Birth*. 2011; 38(3):246-55
25. 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.
26. Forger F, Ostensen M, Schumacher A, et al. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64(10): 1494-99.
27. Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzadeh S, Khani S. [Comparison of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2011; 13(1): 41-51. (Persian)
28. Payamani F, Foroghi S, Kamali M, Goudarzi F, Miri M, Beiat M, Seyed Emami. [Comparison of quality of life among women with normal and high risk pregnancy]. *Aflak*, 2009; 8 (14,15): 59-62. (Persian)
29. Karami K, Bakhtiar K, Hasanvand B, Safary S, Hasanvand S. [A comparison of life quality and public health after natural and cesarean delivery in women referred to khorramabad health centers in]. *Yafteh*. 2012; 14 (4):59-69. (Persian)

*Original Article***Comparison of quality of life in low risk pregnant with high risk pregnant women in perinatology clinic of kowsar ward Shahid Motahari hospital in Urmia 2013**

H. Mohaddesi, M.Sc.¹; F. Bahadori, Ph.D.^{2*}; H. R. Khalkhali, Ph.D.³; P. baghii, B.Sc.⁴

1-Instructor Reproductive Health Research Center, Urmia University of Medical sciences, Urmia, Iran.

2-Associate Professor Obesity Research Center, Urmia, Iran.

3-Assistant Professor Center of Research in Nephrology and Transplantation, Public Health, Urmia, Iran.

4-B.Sc. of Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Received: 16.11.2013

Accepted: 15.12.2013

Abstract

Background: Women with high-risk pregnancies with problems in their personal life, family and social encounter that changes of pregnancy can have an impact on their quality of life, this study aimed to determine and compare the quality of life in patients at high and low risk pregnancies.

Methods: In this study two groups (50 patients in each group) of pregnant women as high-risk and low-risk pregnancies were selected non-random sampling method from patients, who were referred to Perinatology clinic of Motahhari Hospital in 2013. Personal satisfaction, quality of life questionnaires were completed for them in two-part (demographic and the short form sf-36). The data was analyzed with SPSS/win 18, and χ^2 test and t-test used with significant at $p \leq 0.05$.

Result: The mean score for most domains of quality of life in high risk pregnant women between low risk pregnancies is low. Albeit not statistically significant ($p > 0.05$).

Conclusion: In contrast to other studies of low risk and high risk pregnancies that quality of life is significantly associated with lower score in high risk pregnancies, however, such a relationship was not observed in our study, perhaps because of their awareness of maternal care or special attention of midwives, doctors in perinatology center for education and the treatment of the mothers.

Keywords: High Risk Pregnancy / Low Risk Pregnancy / Quality of Life

*corresponding Author: F. Bahadori, Ph.D.; Associate Professor Obesity Research Center, Urmia, Iran.
Email: fbahadory27@yahoo.com