

## مقایسه کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان اولزا و چندزا در دوره بارداری و بعد از زایمان: یک مطالعه کوهورت

سیدعباس موسوی<sup>۱</sup>؛ فروغ‌السادات مرتضوی<sup>۲\*</sup>؛ رضا چمن<sup>۳</sup>؛ محمداسماعیل عجمی<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان اولزا و چندزا در دوره بارداری و بعد از زایمان بود. ۲۷۳ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر شاهرود، پرسشنامه کیفیت زندگی و سلامت عمومی را در دوره بارداری و بعد از زایمان تکمیل کردند. میانگین نمره کیفیت زندگی زنان اولزا در دوران بارداری ( $P=0/003$ ) و بعد از زایمان ( $P=0/026$ ) بیشتر از زنان چندزا بود. میانگین نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی در زنان اولزا در دوره بارداری کم‌تر از چندزایان بود ( $P=0/005$ ). چندزایی بر کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان در دوره بارداری تأثیر نامطلوب دارد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، زنان، دوره بعد از زایمان، بارداری، چندزایی

«دریافت: ۱۳۹۱/۶/۱۹ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴»

۱. مرکز تحقیقات روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

۲. گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

۳. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

۴. گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود

\* عهده‌دار مکاتبات: شاهرود، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، گروه بهداشت باروری، تلفن: ۰۲۷۳۳۳۹۵۰۵۴

Email: firmortazavi@yahoo.com

### مقدمه

بارداری در کانون توجه قرار گرفته است (۳). پیشبرد سیاست‌های تشویق به بارداری، مستلزم اتخاذ برنامه‌هایی برای حمایت از زنان در دوره بارداری و بعد از زایمان است و به این منظور، بررسی اثرات بارداری بر کیفیت زندگی و وضعیت روانی زنان امری ضروری است. چنین مطالعاتی، اطلاعاتی ارزشمند در مورد گروه‌های پرخطر و دوره‌هایی که بیشتر نیازمند توجه هستند در اختیار ما خواهد گذاشت. پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی دو گروه اولزا و چندزا در سه‌ماهه سوم بارداری و دو ماه بعد از زایمان در شاهرود انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه کوهورت در سال ۱۳۹۰ در مراکز بهداشتی درمانی شهر شاهرود انجام شد. از ۲۷۳ زنی که به روش

سیاست‌های جمعیتی در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ موجب کاهش نرخ رشد جمعیت در دو دهه اخیر در کشور شده است. بر اساس نتایج سرشماری سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰، متوسط رشد سالانه جمعیت کشور از ۳/۹ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۱/۲۹ درصد در سال ۱۳۹۰ رسیده است (۱). نگرانی‌ها در مورد این کاهش به مطرح‌شدن راه‌کارهایی برای مقابله با آن انجامیده است. ترغیب زنان به بارداری‌های متعدد، یکی از این راه‌کارهاست. اکنون در کشورهای توسعه‌یافته، مراقبت از زنان در دوران بارداری و بعد از زایمان، علاوه بر اهداف سنتی پیشگیری، تشخیص و مدیریت مشکلات و عوارض بارداری (۲)، شامل اهداف جامع‌تری مانند "ترغیب انطباق روانی با بارداری" است. گزینش چنین اهدافی به معنای آن است که کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان در دوران

هر حیطة جداگانه و براساس مقياس ليكرت از ۳-۰ نمره گذاري شده است. در اين پرسشنامه، نمره بالاتر حاكي از وضعيت نامطلوب تر است. حداقل نمره در هر حيطة صفر و حداكثر آن ۲۱ است. روايي و پايايي اين پرسشنامه در مطالعات قبلي تأييد شده است (۶). سازگاري دروني هر دو ابزار در زنان شيرده و باردار با بررسي ضريب آلفاي كرونباخ بررسي شد. تجزيه و تحليل آماري با نرم افزار SPSS 18 و آزمون هاي آمار توصيفي، مجذوركاي، آزمون تي تست و تي زوجي انجام گرديد.

### يافته ها

ميانگين سني زنان باردار  $26/1 \pm 4/2$  و دامنه آن ۳۸-۱۵ سال، ميانه در آمد ماهانه خانوار ۴۰۰ هزار تومان و ميانه سال هاي تحصيلات زنان ۱۲ سال به دست آمد. رتبه بارداري ۵۹/۷ درصد زنان اول، ۲۷/۱ درصد دوم و ۱۳/۲ درصد سوم و يا بيشتر بود. مقادير ضريب آلفا كرونباخ در دوره هاي بارداري و بعد از زايمان براي كل سؤالات پرسشنامه كيفيت زندگي به ترتيب ۰/۹۲ و ۰/۹۳ و براي GHQ28 برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۲ به دست آمد. در دوران بارداري، نمره كيفيت زندگي زنان در حاملگي اول بيشتر از زنان با حاملگي دوم و بالاتر است (جدول ۱). در دوره بارداري، نمره كل GHQ28 براي

نمونه گيري غيراحتمالي براي انجام اين مطالعه انتخاب شدند. ۲۶۱ نفر طی دو ماه بعد از زايمان براي مراقبت كودك سالم خود به مراكز بهداشتي درمانی شهر شاهرود مراجعه كردند. معيار ورود به مطالعه تنها سن بارداري بيش از ۲۸ هفته و معيار خروج از مطالعه حاملگي ناخواسته، شاغل بودن مادر، بيماري مزمن مادر، تولد نوزاد ناهنجار و يا مرگ جنين يا نوزاد در طی ۸ هفته اول بعد از زايمان بود. پس از اخذ رضاي آگاهانه از اين زنان، نحوه تکميل پرسشنامه كيفيت زندگي سازمان جهاني بهداشت (WHOQOL-BREF) و پرسشنامه سلامت عمومي (GHQ28) به آنان آموزش داده شد. اين دو پرسشنامه يك بار در سه ماهه سوم بارداري و يك بار ۸ هفته بعد از زايمان توسط زنان تکميل شد. پرسشنامه كيفيت زندگي داراي ۲۶ سؤال در حيطة هاي جسمي، رواني، اجتماعي، محيطي و كلي مي باشد (۴). هر حيطة به طور جداگانه و براساس مقياس ليكرت از ۵-۱ نمره گذاري شده است. اين پرسشنامه به فارسي ترجمه و روايي و پايايي آن تأييد شده است (۵). بعد از محاسبه ميانگين در هر حيطة، نمرات به مقياس ۱۰۰-۰ تبديل شدند. نمره بالاتر نشان گر وضعيت بهتر فرد مي باشد. پرسشنامه GHQ28 شامل ۲۸ سؤال در حيطة هاي جسمي، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعي و افسردگي مي باشد.

جدول ۱- مقايسه ميانگين (انحراف معيار  $\pm$ ) نمرات زنان در حيطة هاي پرسش نامه كيفيت زندگي در دوره بارداري و بعد از زايمان بر حسب رتبه بارداري

دوره						حيطة
بعد از زايمان			بارداري			
P value	حاملگي دوم و بيشتر	حاملگي اول	P value	حاملگي دوم و بيشتر	حاملگي اول	
۰/۱۴	۱۶±۶۹	۱۵±۷۲	*۰/۰۲	۱۸±۶۱	۱۵±۶۶	جسماني
*۰/۰۱۵	۱۹±۶۱	۱۶±۶۶	*۰/۰۳۷	۱۸±۶۳	۱۵±۶۷	رواني
۰/۰۸	۲۰±۶۷	۱۷±۷۱	**۰/۰۰۱	۲۲±۶۳	۱۸±۷۱	اجتماعي
*۰/۰۲۴	۱۷±۶۶	۱۴±۷۰	*۰/۰۴۹	۱۵±۶۷	۱۴±۷۱	محيط
۰/۱	۰/۹±۳/۹	۰/۷±۴/۱	۰/۰۹	۰/۷۵±۴	۰/۷±۴/۱۶	كيفيت زندگي درك شده
*۰/۰۱۸	۰/۸±۳/۸	۰/۷±۴/۴	۰/۱۸	۰/۸±۴	۰/۸±۴/۱۴	سلامت درك شده
*۰/۰۲۶	۱۴/۹ ±۶۶/۴	۱۲/۴ ±۶۹/۸	**۰/۰۰۳	۱۴/۹±۶۴	۱۲/۶±۶۸/۳	ميانگين كل سؤالات

$P < 0/01^{**}$

$P < 0/05^*$

آزمون: تي تست

جدول ۲- مقایسه میانگین (انحراف معیار) نمرات حیطه‌های پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28 در زنان باردار و شیرده برحسب رتبه بارداری

دوره						
بعد از زایمان			بارداری			متغیر
P value	حاملگی دوم و بیشتر	حاملگی اول	P value	حاملگی دوم و بیشتر	حاملگی اول	
۲/۰	۸/۳±۵/۵	۳/۳±۵	*۰/۰۰۸	۶/۳±۵/۶	۳±۴/۵	مشکلات جسمانی
۲/۰	۹/۳±۵	۸/۳±۴/۴	*۰/۰۰۸	۶/۴±۸	۸/۳±۶/۶	اضطراب
۸/۰	۳/۳±۵/۷	۸/۲±۴/۷	۰/۴	۴/۳±۷/۸	۲/۹±۸/۴	اختلال عملکرد اجتماعی
۴/۰	۳/۵ ± ۱/۸	۲/۴±۱/۵	*۰/۰۰۳	۳/۷±۲/	۱/۷ ± ۱	افسردگی
۲/۰	۱۲/۳±۲۰	۱۰ ± ۱۸/۲	*۰/۰۰۵	۱۲± ۲۵	۹± ۲۱/۶	نمره کل

آزمون: تی تست  $P < ۰/۰۱*$ 

بودند (۸). اما یافته‌های ما با نتایج وینگ و تمام همخوانی دارد (۹). نتایج حاکی از آن است که هر دو پرسشنامه در دوره بارداری و بعد از زایمان از سازگاری درونی بالایی برخوردارند. در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان در سه‌ماهه سوم بارداری بررسی شده است. در این دوره به‌دلیل تغییرات شدید ناشی از بارداری، زنان با مشکلات زیادی روبرو هستند. اما بعد از زایمان، این مشکلات به تدریج برطرف می‌شود و این فرآیند بهبودی بر دریافت زنان از سلامت جسمانی خویش تأثیر می‌گذارد. در توجیه نتایج بهتر گروه اول‌زا نسبت به گروه چندزا، می‌توان این تفاوت را به حمایت اجتماعی بیشتر از زنان اول‌زا در فرهنگ ما مربوط دانست. نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که زنان اول‌زا، یکی از موانع مشارکت همسران خود را در مراقبت از آنان در دوره بارداری، نگرانی‌ها و توجهات مادرانشان در مورد سلامتی خود ذکر کردند (۱۰).

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن نمونه مورد مطالعه آن به مراجعین به مراکز بهداشت شهری است. باید در نظر داشت که تعدادی از زنان که بعضاً از وضعیت اقتصادی اجتماعی بهتری برخوردارند و احتمالاً کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی بهتری هم دارند، تحت نظر پزشکان متخصص زنان بوده و در

زنان اول‌زا کم‌تر از چندزایان است که نشان‌دهنده وضعیت بهتر آنان است اما در دوره بعد از زایمان، دو گروه با هم از این لحاظ تفاوت معناداری ندارند (جدول ۲).

## بحث

در این مطالعه تغییرات کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان اول‌زا و چندزا از سه‌ماهه آخر بارداری تا دو ماه بعد از زایمان بررسی شد. در دوره بارداری، همه ابعاد کیفیت زندگی زنان اول‌زا بهتر از چندزایان است. در دوره بعد از زایمان، زنان اول‌زا در دو حیطه روانی و محیطی، همچنان کیفیت زندگی بهتری از چندزایان دارند و احساس سلامت بیشتری می‌کنند. نتایج مطالعه عباس‌زاده در کاشان نیز نشان می‌دهد که زنان اول‌زا از کیفیت زندگی بهتری در بارداری برخوردارند (۷). در دوره بارداری، زنان چندزا بیشتر از زنان اول‌زا مشکلات جسمانی، افسردگی و اضطراب دارند اما در دوره بعد از زایمان، وضعیت روانشناختی هر دو گروه بهبود می‌یابد و در نهایت تفاوت مشاهده‌شده بین دو گروه، در دوره بعد از زایمان از بین می‌رود. نتایج ما در این زمینه با نتایج آبیودان همخوانی ندارد. در مطالعه مذکور، زنان در بارداری اول بیشتر در معرض اختلالات روانشناختی

روانی و محیطی با اولزها تفاوت دارد. با توجه به تأکید بر تغییر سیاست‌های جمعیتی، توجه ویژه به وضعیت بهداشت روانی و کیفیت زندگی مادران چندزا توصیه می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

نگارش مقاله حاضر با استفاده از نتایج طرح تحقیقاتی انجام‌شده توسط پژوهشگران به شماره ۹۰۰۴ بوده و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شد. محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

نمونه‌های ما قرار نگرفتند. احتساب این زنان ممکن بود برخی نتایج را تغییر دهد. نتایج این پژوهش به مسئولین بهداشتی کمک می‌کند تا در برنامه‌ریزی برای ترغیب زنان به بارداری، به نیازهای زنان چندزا توجه ویژه نموده و برنامه‌هایی برای حمایت آنان خصوصاً در دوره بارداری ترتیب دهند.

### نتیجه‌گیری

چندزایی بر کیفیت زندگی و وضعیت روانشناختی زنان در دوره بارداری، تأثیری نامطلوب دارد. در دوره بعد از زایمان، وضعیت روانشناختی هر دو گروه بهبود یافته اما هنوز هم کیفیت زندگی زنان چندزا در بعد

### References

1. Statistical Center of Iran. Population estimations. Available at: [www.amar.org.ir](http://www.amar.org.ir)
2. Coppens M, James D. Organization of prenatal care and identification of risk. In: Steer PWC, Gonik B. High Risk Pregnancy. 2<sup>nd</sup> ed. London: W.B. Saunders company. 1999;11-22.
3. Das S. Antenatal care. In: Bennett V, Brown L. Myles Textbook for Midwives. 13<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Churchill Livingstone. 1999;209-34.
4. World health organization: Program on mental health. WHOQOL-BREF- introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. [cited Jan 13 2010]. Available at: [www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
5. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. BMC Health Serv Res. [serial online] 2008 March; 8(61). Available at: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/61>.
6. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghoobi M. [Psychometric Properties and Factor Structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian Psychiatric Patients (Persian)]. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2007;5(1):5-11.
7. Abbaszadeh F, Bagheri A, Mehran N. Quality of life in pregnant women: results of a study from Kashan, Iran. Pak J Med Sci. 2010; 26(3):692-7
8. Abiodun OA, Adetoro OO, Ogunbode OO. Psychiatric morbidity in a pregnant population in Nigeria. Gen Hosp Psychiatry. 1993;15(2):125-8
9. Wingwontham S, Thitadilok W, Singhakant S. Prevalence of mental health problem during first-half pregnancy at Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai. 2008;91(4):452-7
10. Mortazavi F, Mirzaii K. [Concerns and expectations towards husband's involvement in prenatal and intrapartum cares: a qualitative study (Persian)]. Payesh. 2012;11(1):51-63.