

بررسی ارتباط کیفیت زندگی با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد در سال 1398

سیده محبوبه رضائیان¹، حدیثه شهیدی*²، آرزو ذاکری استاد³، محبوبه سعادت⁴، زهره عباسی⁵ معصومه

طاهر پور⁶، فاطمه رضایی⁷، اشرف صابر⁸

1. مربی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
2. کارشناس مامایی، گروه مامایی، بیمارستان بنت الهدی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
3. کارشناس مامایی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
4. کارشناس مامایی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد خراسان شمالی، بجنورد، ایران
5. استادیار، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
6. مربی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
7. مربی، گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد زاهدان، زاهدان، ایران.
8. مربی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران.

shahidi.hadise1418@gmail.com

(تاریخ دریافت: 00/4/30 تاریخ پذیرش نهایی: 00/6/30)

زمینه و هدف: در دوران بارداری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییراتی می شود. سنجش کیفیت زندگی در برنامه ریزی مراقبتی مادران و نوزادان اهمیت دارد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط کیفیت زندگی با نتایج بارداری انجام گرفت.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال 1398 بر روی 150 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل فرم مشخصات فردی و مامایی، فرم نتایج بارداری، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF36- بود. با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی، زنان دارای معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و با کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه ها بین آنها توزیع و جمع آوری گردید. پیگیری تا زمان زایمان انجام و سپس پیامدهای تولد بر اساس پرونده نوزاد تکمیل گردید. تجزیه تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS23 و آزمونهای ناپارامتریک من ویتنی یو و همبستگی اسپیرمن استفاده شد. میزان p کمتر از 0/05 معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش ($32/40 \pm 15/22$) بود. بین کیفیت زندگی زنان باردار و سن حاملگی در زمان تولد نوزاد ($p=0/000$)، نوع زایمان ($p=0/006$)، آپگار دقیقه اول ($p=0/000$)، پنجم ($p=0/000$) و فرجام نوزادی ($p=0/000$)، ارتباط معنی دار و مستقیم وجود داشت.

نتیجه گیری: باتوجه به اهمیت کیفیت زندگی در بارداری و تاثیر آن بر روند رشد و تکامل نوزاد و سلامت وی در آینده، لذا برنامه ریزی و اقدامات آموزشی مناسب جهت افزایش سطح کیفیت زندگی در دوران بارداری و ارتقای سطح سلامت و بهبود نتایج بارداری ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، نتایج بارداری، وزن هنگام تولد، زایمان پره ترم، نمره آپگ

مقدمه :

احساس خوشایند، اغلب یک دوره استرس زای جسمی و روانی به شمار می آید. بنابراین امکان بروز حالت های روان رنجوری مثل افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و اختلال وسواس زیاد است که سلامت روان مادران را به خطر می اندازند (6). از طرفی استرس و افسردگی در بارداری، رابطه معکوس و معناداری با سطح خودمراقبتی در بارداری دارد (7). کاهش سطح خودمراقبتی نیز می تواند منجر به پیامد نامطلوب بارداری از جمله زایمان زودرس شود (8). تعدادی از مطالعات دیگر نیز نشان دادند، استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری با پیامدهای منفی بارداری مثل زایمان زودرس، وزن، قد و دور سر کم هنگام تولد، آپگار پایین دقیقه اول و پنجم و بستری طولانی مدت نوزاد در بیمارستان همراه باشد. (9-11)

با این حال، Keenan K و همکاران گزارش کردند که وزن هنگام تولد و نمره آپگار با افسردگی مادران ارتباطی ندارد. (12). همچنین در مطالعه وارا و همکاران (2015) هیچ ارتباط آماری معنی داری بین علائم افسردگی و اضطراب و پیامدهای نوزادان (وزن هنگام تولد، نمره آپگار و بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نوزادان) یافت نشد (13).

همچنین در مطالعه ویلیامسون و همکاران (2013)، بین نبود یا کمبود حمایت اجتماعی که از جمله ابعاد دیگر کیفیت زندگی است با پیامدهای ضعیف بارداری از جمله کم وزنی نوزاد در هنگام زایمان، سقط و عقب ماندگی رشد درون رحمی رابطه ای را گزارش کردند. شواهد اپیدمیولوژیک نشان میدهد که استرس های روانی اجتماعی، فعالیت های فیزیکی استرس آور و مشاغل اضطراب آور عوامل مستقلاً برای زایمان زودرس و وزن کم موقع تولد می باشند (14). از طرفی در مطالعه دیگری نتایج نشان داد که افزایش حمایت اجتماعی تأثیری بر سن

بارداری یکی از وقایع طبیعی در سنین باروری هر زن به شمار می رود (1) در دوران بارداری، تغییرات زیستی شیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک (کالبدی) زیادی در بدن زنان رخ میدهد. این تغییرات فراتر از کنترل آنان است، به عبارت دیگر، در دوره بارداری، سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع، کیفیت زندگی زنان باردار، دچار تغییرات زیادی می شود (2). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی فرد می باشد (3). به طور کلی سه عامل فیزیکی، شخصی و اجتماعی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی محسوب میشوند که از عوامل فیزیکی 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 به وضعیت مشارکت افراد در فعالیتهای اجتماعی میتوان اشاره کرد (4). این ابعاد در دوران بارداری قابل سنجش هستند و سنجش کیفیت زندگی در برنامه ریزی برای مراقبت مادران، نوزادان و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت ها برای سیاست گذاران و انجمن های مراقبت از سلامت اهمیت دارد. کیفیت زندگی یک مفهوم گسترده است و به صورت پیچیده با سلامت جسمانی وضعیت روان شناختی، میزان استقلال، روابط اجتماعی، باورهای شخصی فرد و عوامل محیطی در ارتباط است و مورد استفاده قرار می گیرد (5).

سلامت روانی یکی از ابعاد است که در سنجش کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می گیرد. بارداری علی رغم ایجاد



که در بخش های شمال، جنوب، شرق و غرب بجنورد هستند- به عنوان خوشه ها در نظر گرفته شدند. سپس از هر بخش ذکر شده یک مرکز بصورت تصادفی ساده انتخاب، سپس از لیست پرونده های مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی 25 پرونده از هر مرکز را به روش تصادفی ساده انتخاب شده و در روزهای مراجعه به مرکز بهداشت، پس از کسب رضایت پرسشنامه های مشخصات فردی و مامایی و پرسشنامه SF-36 بین آنها توزیع می گردد. سپس این مادران تا زمان زایمان به صورت تلفنی پیگیری شده و پس از زایمان، پیامدهای تولد بر اساس پرونده نوزاد تکمیل می گردد.

جهت رسیدن به اهداف اصلی این مطالعه بیشترین حجم نمونه مورد نیاز با اطمینان 95 درصد و دقت برآورد 5 درصدی

$$(\alpha=0/05 \quad Z_1 - \alpha/2 = 1/96)$$

150 نفر برآورد شده است. d حداکثر خطای قابل قبول و از مطالعات قبلی $0/1$ ؛ و S از مطالعات مشابه $0/5$ جایگذاری شده است. فرمول مورد استفاده در این مطالعه:

$$n = (Z_1 - \alpha/2S)^2 / d^2$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ملیت ایرانی، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن جهت درک و پاسخ گویی به سؤالات، توانایی صحبت کردن به زبان فارسی، تمایل به شرکت و همکاری در پژوهش، سن بین 18 تا 35 سال، نداشتن بیماری های روحی روانی تشخیص داده شده، نداشتن حاملگی پرخطر (از جمله بیماری های زمینه ای مثل فشارخون بالا و دیابت، اختلالات جفتی- رحمی و سابقه تشنج مادر باردار و کبد چرب و چند قلوبی در بارداری فعلی، سرطان، بیماری های کلیوی، ایدز، هیپاتیت C, D, A، بیماری های عفونی و BMI کمتر از 18,5 و بیشتر از 30) و بارداری در سه ماهه سوم بر اساس LMP معتبر یا

حاملگی که یکی از پیامدهای بارداری می باشد، نداشته است(4)

همان طور که ذکر شد سلامت جسمانی از ابعاد دیگر کیفیت زندگی است. بسیاری از مطالعات تایید کرده اند که در مشاغل همراه با فعالیت های جسمانی احتمال زایمان زودرس و محدودیت رشد جنین 20٪ افزایش می یابد (15). اما در مطالعه دیگری نتایج نشان داد کار کردن زنان در دوران بارداری تاثیری بر خطر وزن کم هنگام تولد نوزاد ندارد(16).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن (ابعاد سلامت جسمی، روحی و اجتماعی) در زنان باردار و اهمیت نتایج بارداری (سن بارداری هنگام تولد (ترم یا پره ترم شدن نوزاد)، نوع زایمان، آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد، فرجام نوزادی زایمان) و تاثیر آن بر روند رشد و تکامل نوزاد و سلامت وی در آینده و عدم وجود مطالعات کافی در زمینه ارتباط کیفیت زندگی با نتایج؛ لذا پژوهشگر بر آن شد مطالعه ای با هدف تعیین وضعیت کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن و ارتباط آن با نتایج بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد انجام دهد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال 1398 بر روی 150 نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد انجام شد. روش نمونه گیری در این پژوهش، نمونه گیری خوشه ای از مراکز و پایگاه های بهداشتی درمانی شهر بجنورد بود. شهر بجنورد دارای 6 مرکز بهداشت شهید مدنی (دارای 4 پایگاه بهداشت)، فیاض بخش (دارای 3 پایگاه)، بوعلی (دارای 3 پایگاه)، کامیاب (دارای 4 پایگاه)، حر (دارای 2 پایگاه) و مرکز حصارگرمخان (دارای یک پایگاه) بوده و این 6 مرکز بهداشتی درمانی -



روایی فرم مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش و پرسشنامه کیفیت زندگی مورد ارزیابی محتوا قرار گرفت؛ بدین ترتیب که این فرمها در اختیار 10 تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی قرار گرفت و پس از کسب نظرات ایشان و لحاظ نمودن پیشنهادات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. فرم مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش شامل عبارتهای واضح میباشد که با توجه به مطالعات مشابه، مشاوره با اساتید راهنما و مشاور و استفاده در تحقیقات مختلف، پایایی آن تأیید شده است. پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مجدداً با آلفای کرونباخ 74/5٪ مورد تأیید قرار گرفت.

نتایج بارداری هر یک بر اساس ابزار مورد تأیید در کتب مرجع زایمان و نوزادان سنجیده شد؛ بدین صورت که سن حاملگی هنگام تولد بر اساس اولین روز آخرین عادت ماهیانه یا سونوگرافی زیر 12 هفته سنجیده شد. همچنین نوع زایمان، نمرات آپگار و سرانجام نوزادی (هم اتافی نوزاد با مادر یا بستری نوزاد در بخش نوزادان یا بخش مراقبت ویژه نوزادان) بر اساس پرونده مادر و نوزاد مورد ارزیابی قرار گرفت و ثبت گردید.

روش انجام کار به این صورت بود که پس از کسب مجوز رسمی از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، پژوهشگر روزانه به مراکز بهداشتی درمانی مربوطه مراجعه و بعد از کسب اجازه از سوی مسئولین مراکز بهداشتی درمانی، اقدام به نمونه گیری کرد. ابتدا اهداف، روش مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات به واحدهای پژوهش توضیح داده شد. در صورت رضایت زنان باردار، افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند پرسشنامه های مشخصات فردی و مامایی و پرسشنامه SF-36 بین آنها توزیع گردید سپس با اهدای هدیه از آنان تشکر و قدردانی شد. این مادران تا زمان زایمان پیگیری شدند بدین

سونوگرافی زیر 12 هفته بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل مادر باردار به شرکت در پژوهش یا ادامه آن بود.

ابزار گردآوری داده ها شامل فرم مشخصات فردی و مامایی، فرم نتایج بارداری، پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی SF36- می باشد. فرم مشخصات فردی و مامایی و نتایج بارداری واحد پژوهش شامل سه بخش مشخصات فردی و مشخصات مامایی بوده که بخش اول شامل 10 سؤال در قسمت مشخصات فردی و بخش دوم نیز شامل 20 سؤال در قسمت مشخصات مامایی می باشد. فرم نتایج بارداری شامل 5 سوال می باشد که شامل آیتم های نمره آپگار دقیقه 1 و 5، نوع زایمان، سن حاملگی، فرجام نوزادی می باشد.

پرسشنامه SF36 پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً کیفیت زندگی و سلامت را بررسی می کند 36 عبارت دارد و 8 قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را ارزیابی می کند. نمره آزمودنی در هر یک از قلمروها بین 0 تا 100 متغیر است و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. در سوال های 1، 2، 20، 21، 22، 23، 26، 27، 30، 34، 36 نمره دهی به صورت معکوس است نمره آزمودنی در هریک از این قلمروها بین 0 تا 100 متغیر و نمره بالاتر به معنی کیفیت زندگی بهتر است (17).

روایی و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید، ضرایب همسانی درونی خرده مقیاسهای 8 گانه آن بین 0/70 تا 0/85 و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین 0/43 تا 0/79 گزارش شده است. همچنین این پرسشنامه در همه شاخصها افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک می کند (18)



توزیع نرمال ندارد. بنابراین برای آزمون فرضیه ها از آزمون های ناپارامتریک استفاده شد.

بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بین نمره کیفیت زندگی با آپگار دقیقه اول ($r=0/423$ ، $p=0/000$) و آپگار دقیقه پنجم ($r=0/300$ ، $p=0/000$) ارتباط خطی مستقیم و معنی داری مشاهده شد.

بر اساس نتایج آزمون من ویتنی میانگین نمره کیفیت زندگی بین گروهی که دچار زایمان زودرس شدند با گروهی که زایمان ترم داشتند اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد ($p=0/000$). به طوریکه میانگین نمره کیفیت زندگی در گروهی که زایمان ترم داشتند به طور معنی داری بیشتر از گروهی بود که دچار زایمان زودرس شده بودند. بر اساس نتایج آزمون من ویتنی میانگین نمره کیفیت زندگی بین گروهی که به صورت طبیعی زایمان کردند با گروهی که به صورت سزارین زایمان کردند، اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($p=0/006$). به طوریکه میانگین نمره کیفیت زندگی در گروهی که زایمان طبیعی داشتند به طور معنی داری بیشتر از گروهی بود که سزارین شدند. همچنین بر اساس نتایج آزمون من ویتنی میانگین نمره کیفیت زندگی بین گروهی که نوزاد آنها پس از تولد نزد مادر و در اتاق وی بستری بود با گروهی که نوزادشان در بخش نوزادان و گروهی که در بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شدند، اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($p=0/000$). به طوریکه میانگین نمره کیفیت زندگی در گروهی که نوزادشان نزد مادر بود به طور معنی داری بیشتر از گروهی بود که نوزادشان در بخش نوزادان و بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شدند (جدول شماره 3).

صورت که هفته در میان با آنها تماس گرفته می شد تا پژوهشگرا زایمان یا عدم زایمان آنها مطلع گردد همچنین از آنها خواسته شد در صورت مراجعه به زایشگاه جهت زایمان به شماره تماسی که پژوهشگر در اختیار آنها قرار داده است تماس گرفته و وی را از زایمان خود مطلع کنند. پس از زایمان، پیامدهای تولد بر اساس پرونده نوزاد تکمیل گردید.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه 18) انجام شد. برای توصیف داده ها از آمار توصیفی شامل شاخصهای آماری (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و جهت بررسی نتایج اصلی مطالعه از آزمون همبستگی اسپیرمن و آزمون من ویتنی استفاده شد. در تمام آزمونها، ضریب اطمینان 95٪ و میزان p کمتر از 0/05 معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

توصیف مشخصات فردی واحدهای پژوهش شامل تحصیلات، شغل، شغل همسر، درآمد و وضعیت مسکن در جدول 1 گزارش شده است. (جدول شماره 1)

از نظر مشخصات مامایی اکثر واحدهای پژوهش دارای سابقه یک بار بارداری (2/46)٪، عدم وجود زایمان (4/52)٪، عدم وجود سقط (1/74)٪، عدم وجود زایمان (0/100)٪، عدم وجود مرگ نوزاد (5/96)٪، عدم وجود فرزند زنده (2/55)٪، 79 نفر را ذکر نمودند. میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش $(22/15 \pm 32/40)$ بود.

وضعیت نتایج بارداری واحدهای پژوهش در جدول شماره 2 گزارش شده است. جهت ارتباط نمره کیفیت زندگی و وضعیت نتایج بارداری ابتدا با انجام آزمون کولموگروف اسمیرنوف تشخیص داده شد که متغیر نمره کیفیت زندگی ،



جدول 1: مشخصات فردی زنان یاردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد

| متغیر | فراوانی (درصد) |
|------------|---------------------------------|
| تحصیلات | ابتدایی 13 (9/0٪) |
| | سیکل 28 (19/6٪) |
| | دیپلم 61 (42/7٪) |
| | فوق دیپلم و لیسانس 37 (25/9٪) |
| | فوق لیسانس و بالاتر 4 (2/8٪) |
| شغل | خانه دار 120 (83/9٪) |
| | محصل 8 (5/6٪) |
| | کارمند 15 (10/5٪) |
| شغل همسر | بی کار 7 (4/9٪) |
| | آزاد 92 (64/3٪) |
| | دولتی 28 (19/6٪) |
| | کارگر 16 (11/2٪) |
| درآمد | کمتر از حد کفاف 69 (48/3٪) |
| | در حد کفاف 71 (49/7٪) |
| | بیشتر از حد کفاف 2 (1/4٪) |
| وضعیت مسکن | شخصی 38 (26/6٪) |
| | اجاره 69 (48/3٪) |
| | رهن 2 (1/4٪) |
| | همراه با والدین خود 10 (7/0٪) |
| | همراه با والدین همسر 24 (16/8٪) |



جدول شماره 2: وضعیت نتایج بارداری زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی در مانی شهر بجنورد

| متغیر | تعداد(درصد) |
|-----------------------|---------------------------------|
| سن حاملگی موقع زایمان | ترم 15(10/5) |
| | پره ترم(زایمان زودرس) 128(89/5) |
| نوع زایمان | طبیعی 99(69/2) |
| | سزارین 44(30/8) |
| فرجام نوزادی | هم اتاق با مادر 116(81/1) |
| | بخش نوزادان 17(11/9) |
| آپگار دقیقه اول | بخش مراقبت ویژه نوزادان 10(7/0) |
| | 1 1(0/7) |
| | 5 1(0/7) |
| | 7 4(2/8) |
| | 8 17(11/9) |
| | 9 108(75/5) |
| | 10 12(8/4) |
| | 2 1(0/7) |
| | 8 3(2/1) |
| | 9 10(7/0) |
| 10 129(90/2) | |
| آپگار دقیقه پنجم | 2 1(0/7) |
| | 8 3(2/1) |
| | 9 10(7/0) |
| | 10 129(90/2) |

جدول شماره 3: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بجنورد به تفکیک نتایج بارداری مورد نظر

| متغیر | تعداد | میانگین نمره کیفیت زندگی | ±انحراف معیار | آزمون من ویتنی سطح معنی داری |
|------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------|------------------------------|
| سن حاملگی هنگام زایمان | زایمان ترم | 125 | 34/03±15/07 | p=0/000 |
| | زایمان پره ترم(زودرس) | 14 | 17/85±6/32 | |
| نوع زایمان | کل | 139 | 32/40±15/22 | p=0/006 |
| | طبیعی | 97 | 34/65±15/18 | |
| | سزارین | 42 | 27/19±14/14 | |
| | کل | 139 | 32/40±15/22 | |
| فرجام نوزادی | هم اتاقی با مادر | 113 | 35/78±14/20 | p=0/000 |
| | بستری در بخش نوزادان | 17 | 19/35±10/61 | |
| | بستری در بخش مراقب ویژه نوزادان | 9 | 14/55±8/01 | |

بحث و نتیجه گیری

یکی از متغیرهایی که نقش مهمی در سلامت عمومی زنان باردار دارد، کیفیت زندگی است (۱۹). در دوره بارداری سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان باردار دچار تغییرات زیادی میشود (۲۰). تاکنون مطالعه ای ارتباط کیفیت زندگی را با نتایج بارداری بررسی نکرده است و تمام مقالات مرتبط به صورت ابعاد جداگانه ارتباط کیفیت زندگی (ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی).

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی با سن حاملگی در هنگام تولد (ترم یا پره ترم شدن نوزاد) و فرجام نوزادی ارتباط معنی دار و مستقیم دارد. بدین معنا که نمره کیفیت زندگی در گروهی که زایمان ترم داشتند به طور معنی داری بیشتر از گروهی بود که دچار زایمان زودرس شده بودند. همچنین کیفیت زندگی در گروهی که نوزادشان نزد مادر بود به طور معنی داری بیشتر از گروهی بود که نوزادشان در بخش نوزادان و بخش مراقبت ویژه نوزادان بستری شدند. نتایج مطالعه حاضر از این جهات با نتایج مطالعات ایرانی فرد و همکاران (۲۰۱۹) (۱) همسو میباشد. در مطالعه ایرانی فرد و همکاران (۲۰۱۹) نتایج نشان داد بین متغیر حمایت اجتماعی با سن حاملگی در زمان تولد نوزاد ارتباط مستقیم و معنی دار وجود داشت، همچنین نمره کلی حمایت اجتماعی درک شده با بستری نشدن نوزاد در بخش مراقبتهای ویژه ارتباط مستقیم داشت (۱). تجربه ی بارداری و زایمان خود به تنهایی نوعی بحران موقعیتی با تغییرات جسمی، روحی، روانی و اجتماعی است لذا زنان باردار برای رفع این تغییرات و تطبیق با آنها به حمایت اجتماعی نیاز دارند و فقدان حمایت اجتماعی به صورت بالقوه میتواند آثار زیان باری بر پیامدهای بارداری داشته باشد (۲۱) همانطور که قبلا اشاره شد، یکی از ابعاد کیفیت زندگی بعد حمایت اجتماعی می باشد. در مطالعه شیشه گر و همکاران (۲۰۱۳) نیز یافته ها ارتباط معنی داری را بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی نشان دادند)

($p < 0/001$) (۲۲). در نتیجه بهبود حمایت اجتماعی زنان باردار در دوران بارداری می تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها و به تبع آن بهبود نتایج بارداری از جمله افزایش سن حاملگی در زمان تولد و کاهش احتمال بستری شدن نوزاد در بخش نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان شود.

میراب زاده و همکاران (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که استرس، اضطراب و افسردگی (بعد روحی کیفیت زندگی) به صورت مستقیم و حوادث استرس زای زندگی به صورت غیر مستقیم روی سن حاملگی در زمان تولد نوزاد اثر می گذارد. همچنین دریافت حمایت اجتماعی، مستقیماً از طریق وضعیت اقتصادی اجتماعی و به طور غیر مستقیم از طریق استرس، افسردگی و اضطراب بر سن حاملگی در هنگام تولد اثر گذار است (۳). دباغی و همکاران (۲۰۰۱) نیز به این نتیجه رسیدند که وضعیت روانی-اجتماعی مادران با زایمان زودرس ارتباط آماری معنی داری دارد (۲) که از این جهات هم راستا با مطالعه حاضر می باشد

در مطالعه رضائیان و همکاران (۲۰۲۰) نتایج نشان داد زایمان زودرس در گروهی که تحت آموزش خودمراقبتی اورم نبودند، نسبت به گروهی که در طی بارداری آموزش خودمراقبتی را دریافت کردند، ۳ برابر بیشتر بود (۸). الگوی خودمراقبتی اورم شامل نیازهای مراقبت از خود همگانی، تکاملی و انحراف از سلامت میباشد. یکی از آیتم های اصلی مراقبت از خود همگانی، تعامل اجتماعی می باشد (۲۳ و ۷). از طرفی حمایت از خودمراقبتی نیز بهبود سلامتی و کیفیت زندگی را در بردارد (۲۴). در نتیجه ارتقای تعامل اجتماعی در راستای ارتقای خودمراقبتی در بارداری می تواند باعث ارتقای کیفیت زندگی و به دنبال آن کاهش بروز زایمان زودرس شود.

از طرفی در مطالعه مروری انجام گرفته توسط هادنت و همکارانش (۲۰۱۰) (۴) بر روی ۱۷ کارآزمایی بالینی، نتایج نشان داد که افزایش حمایت اجتماعی تاثیری بر سن



نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان در مادران افسرده بیشتر از سایر مادران می باشد. در مطالعه رضائیان و همکاران (2017) نیز نتایج نشان داد خودمراقبتی اورم با افسردگی و استرس دوران بارداری رابطه معکوس و معناداری دارد و هرچه افسردگی و استرس در دوران بارداری بیشتر باشد میزان خودمراقبتی کاهش می یابد (7). از طرفی کاهش سطح خودمراقبتی با بروز زایمان زودرس در ارتباط است (8). که از این جهت با مطالعه حاضر همراستا می باشد.

اما در مطالعه وارا و همکاران (2015) هیچ ارتباط آماری معنی داری بین علائم افسردگی و اضطراب و پیامدهای نوزادان (وزن هنگام تولد، نمره آپگار و بستری شدن در بخش مراقبت های ویژه نوزادان) یافت نشد (13). از دلایل تفاوت این مطالعه با مطالعه حاضر می توان به تفاوت ویژگی های جامعه پژوهش، ابزار گردآوری داده ها و تفاوت در نحوه اجرای پژوهش ها اشاره کرد. در مطالعه وارا جامعه پژوهش را زنان با میانگین سنی 32 سال تشکیل می داد. اکثر این افراد دارای تحصیلات آکادمیک و شاغل بودند. همچنین از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی در سطح پایینی نبودند، در صورتیکه در مطالعه حاضر اکثر افراد دارای تحصیلات دیپلم و خانه دار بودند. همچنین اکثر افراد از نظر وضعیت درآمد در حد کفاف و کمتر از حد کفاف بودند. همچنین در مطالعه وارا از پرسشنامه افسردگی بک (BDI) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) استفاده شد. در صورتیکه در مطالعه حاضر از پرسشنامه کیفیت زندگی SF36-استفاده شد.

در مطالعه رحیمی (2016) و همکاران نیز که با هدف بررسی تاثیر آموزش تن آرامی پیش رونده عضلانی به مادران باردار گروه پرخطر، بر پیامد نوزادی آن ها از جمله ضریب آپگار بعد از تولد انجام شد، نتایج نشان داد بین ضریب آپگار دقیقه اول و پنجم بعد از تولد بین دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشده است ($p > 0/05$) (28). در مطالعه طوسی و همکاران (2013) نیز نتایج نشان داد نوع زایمان و آپگار دقیقه اول و پنجم بین گروهی که آموزش های تن آرامی را دریافت نمودند با گروهی که این آموزش ها را دریافت نکردند اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$)

حاملگی نداشته است. این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در سطح بهداشت و سلامت و مراقبت های بارداری در جوامع مختلف باشد. در مطالعه مروری که توسط ایست و همکارانش (5) بر 21 کارآزمایی بالینی در سال 2019 انجام شده است، نتایج حاکی از آن بود که بهبود حمایت اجتماعی منجر به کاهش اندک در میزان زایمان های زودرس و وزن کم هنگام تولد می شود. با این حال نتایج چندین مطالعه، حاکی از آن است که حمایت اجتماعی درک شده به طور مستقیم بر پیامدهای نوزادی تاثیر نداشته، بلکه با واسطه افسردگی مادر و یا تنش در بارداری تاثیر غیرمستقیم داشته است (5). تفاوت نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر می تواند ناشی از تفاوت در سطح بهداشت، سلامت، مراقبت های بارداری، تفاوت های فرهنگی-ارزشی و ساختار شبکه اجتماعی در جوامع مختلف باشد. درک زنان از حمایت اجتماعی از فرهنگ و ارزشهای آنان مشتق شده و ریشه در محیطی دارد که آنها زندگی میکنند و تأثیر آنها غیر قابل اجتناب است (25) از طرفی تفاوت در نوع و نحوه انجام مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده، می تواند از دلایل غیر همسو بودن نتایج این مطالعات باشد

یکی دیگر از ابعاد کیفیت زندگی بعد روحی می باشد. در مطالعه لیلیکریتز و همکاران (2016)، نتایج نشان داد استرس مادر در دوران بارداری در بین زنانی که زایمان زودرس داشتند در مقایسه با زنانی که زایمان ترم داشتند، بیشتر بود ($p = 0/000$) (9). در مطالعه حسن جان زاده و همکاران (2017) نتایج نشان داد بین متغیرهای افسردگی، استرس و اضطراب با وزن هنگام تولد، قد هنگام تولد، دور سر و نمره آپگار نوزادان ارتباط آماری معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$) (10). در مطالعه داوس و همکاران (2020) نیز نتایج نشان داد نوزادان متولد شده از زنان مضطرب، دارای عوارض زایمانی بیشتری از جمله نمره آپگار پایین و مدت بیشتر بستری در بیمارستان بودند. همچنین نوزادان متولد شده از زنان افسرده دارای وزن کمتر، سن حاملگی کمتر هنگام تولد و آپگار پایین تر بودند (11). نتایج مطالعات لاتندرس و همکارانش (2015) (26)، مک دونالد و همکارانش (2015) (27) نیز نشان داده است که پذیرش



یکی دیگر از ابعاد کیفیت زندگی بعد جسمی آن می باشد. طی پژوهش های مختلف عدم تعادل بین فعالیت و استراحت مانند ایستادن طولانی مدت و راه رفتن (۳۳)، فعالیت بدنی شدید و کار شبانه (۳۴)، خستگی شغلی (۳۵)، خطرات برای زنان باردار در دوران بارداری مانند ضربه خوردن (۳۶)، بیماری هایی از جمله واژینوز باکتریایی (۳۷)، کم خونی (۳۸)، طول سرویکس کوتاه (۳۹)، پیلونفریت، پره اکلامپسی، الیگوهیدرامنیوس، پلی هیدرامنیوس، جفت سرراهی، خونریزی سه ماهه سوم، ناهنجاری آناتومیک رحم، دیابت، اختلال عملکرد تیروئید و بیماری قلبی مادران (۳۶) می تواند با زایمان زودرس در ارتباط باشد. همچنین نتایج مطالعات هال و همکارانش (۲۰۱۲) (۴۰)، مک دونالد و همکارانش (۲۰۱۵) (۲۷) نشان می دهد عواملی همچون خستگی، اختلالات خواب و نیز مادران دارای اضافه وزن یا چاقی با بستری شدن نوزاد در بخش NICU همراه بود.

در مجموع بر اساس مطالعه حاضر می توان اظهار داشت میانگین نمره کیفیت زندگی در مادرانی که دچار زایمان زودرس شده بودند نسبت به مادرانی که زایمان ترم داشتند، کمتر بود. از طرفی زایمان زودرس علت اصلی عوارض و مرگ و میر پری ناتال می باشد (۴۱) در نتیجه این نوزادان با احتمال بیشتر نسبت به نوزادان ترم نمره آپگار پایین تری در لحظه تولد خواهند داشت و به علت در معرض بودن این نوزادان با مشکلات جدی، معمولاً آنها نیاز به مراقبت ویژه خواهند داشت (۴۲). در مطالعه علی جوادی (۲۰۲۰) و همکاران نیز نتایج نشان داد زایمان زودرس و عوارض ناشی از آن مسئول بیش از یک سوم (۳۶/۶٪) بستری نوزادان در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان می باشد (۴۳). در نتیجه پایین بودن کیفیت زندگی مادران باردار می تواند با بروز زایمان زودرس و پیامدهای ناشی از آن از جمله نمره آپگار پایین دقیقه اول و پنجم و بستری شدن این نوزادان در بخش نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان در ارتباط باشد. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر تفاوت های فردی، وضعیت روحی و روانی و شرایط زمانی پاسخگویی واحدهای پژوهش بود که می تواند بر نحوه پاسخگویی

(۲۹). در صورتیکه در مطالعه حاضر کیفیت زندگی با آپگار دقیقه اول و پنجم ارتباط آماری معناداری داشت. همچنین کیفیت زندگی در افرادی که زایمان طبیعی کردند نسبت به گروهی که سزارین شدند به طور معنی داری بیشتر بود. بنابراین از این جهت با مطالعه حاضر همخوانی نداشتند. از دلایل آن می توان به تفاوت در جامعه پژوهش، نحوه اجرای پژوهش و ابزار گردآوری داده ها اشاره کرد. به عنوان مثال مطالعه رحیمی به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل بر روی زنان باردار پرخطر انجام گرفت. در این مطالعه گروه مداخله مراقبت های معمول دوران بارداری را به همراه آموزش تن آرامی به روش پیش رونده عضلاتی (جاکوبسن) دریافت کردند اما مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود که بر روی زنان باردار کم خطر انجام گرفت.

امروزه آمار سزارین در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران بالاست و این درحالی است که سزارین از جمله اعمال جراحی بزرگ محسوب شده و مانند سایر اعمال جراحی بزرگ، گاهی با عوارض بسیار خطرناک و کشنده همراه است (۳۰). یکی از علل تمایل مادران باردار به سزارین، عدم آموزش کافی مادران باردار می باشد (۳۱). در مطالعه خونودی زاده اقدم و همکاران (۲۰۱۹) یافته ها نشان داد آموزش های دوران بارداری به طور معنی داری آمار زایمان سزارین را کاهش داده است (p=0/023) (۳۲). استفاده از کلاس های آموزشی شاید بتواند زایمان را به یک فرایند خوشایند و لذت بخش برای مادر تبدیل کرده و با کاستن از شدت ترس و اضطراب آنها (ابعاد روحی کیفیت زندگی)، تمایل مادران به سزارین انتخابی را کاهش دهد (۳۰). در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان داد میانگین کیفیت زندگی در مادرانی که زایمان طبیعی داشتند نسبت به مادرانی که سزارین کردند به طور معنی داری بیشتر بود. بنابراین برگزاری کلاس های آموزشی در مورد ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دوران بارداری (ابعاد جسمی، روحی، اجتماعی) شاید بتواند باعث ارتقای سلامت جسمی، روحی و اجتماعی افراد شده و همین امر منجر به تمایل مادر باردار به زایمان طبیعی به جای زایمان سزارین شود.



آنان تاثیر داشته باشد به عنوان مثال فرد در اواسط مطالعه شغل خود ازدست داده باشد یا فوت نزدیکان رخ دهد از محدودیت های مطالعه بشمار میرود. لذا پژوهشگران سعی بر آن داشتند شرایط راحتی را برای پاسخگویی آنان فراهم آورد. همچنین از آن جهت که شهر بجنورد شامل قومیت های مختلف می باشد و بسیاری از زنان باردار دارای حداقل سواد هستند و لهجه و گویش های مختلفی دارند امکان برقراری ارتباط بسیار دشوار بود.

باتوجه به اهمیت کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان باردار و اهمیت نتایج بارداری و تاثیر آن بر روند رشد و تکامل نوزاد و سلامت وی در آینده، لذا برنامه ریزی و اقدامات آموزشی مناسب جهت افزایش سطح کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در دوران بارداری و به تبع آن ارتقای سطح سلامت و بهبود نتایج بارداری ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مصوب دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی با کد شناسایی 980142 و کد مصوب کمیته اخلاق کشوری IR.NKUMS.REC.1398.070 می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از همکاری صمیمانه مسئولین مراکز بهداشتی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بجنورد و واحدهای پژوهش تشکر و قدردانی میشود.

تعارض منافع

همچنین نویسندگان این مقاله اظهار می دارند، هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.



References

1. Iranifard E, Akbari N, Montazeri A. Perceived social support and pregnancy outcomes in vulnerable women. *Payesh Journal* 2019; 18(5): 517- 524.
2. Dabbaghi, F, Sadeghi H, Jahaanfar SH, Haghani H. Relationship Between Maternal Psychosocial status and pregnancy outcomes. *Iranian Quarterly Journal of Nursing and Midwifery*.2001;14(28).
3. Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mahmoodi Z. Path Analysis Associations Between Perceived Social Support, Stressful Life Events And Other Psychosocial Risk Factors During Pregnancy And Preterm Delivery. *Iran Red Crescent Med J*. 2013 Jun;15(6):507-14
4. Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Support During Pregnancy For Women At Increased Risk Of Low Birthweight Babies. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;16(6):
5. East CE, Biro MA, Fredericks S, Lau R. Support During Pregnancy For Women At Increased Risk Of Low Birthweight Babies. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*.2019; 4.
6. Hossein Khanzadeh A, Rostampour A, Khosrojauid M, Nedae N. Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Education On Anxiety During Pregnancy And Delivery Method In Primiparous Women. *JNE*. 2017;5(6):24-32.
7. Rezaeean SM, Abedian Z, Latifnejad Roudsari R, Mazloom SR, Dadgar S. The relationship of prenatal self-care behaviors with stress, anxiety and depression in women at risk of preterm delivery. *IJOGL*. 2017; 20:68-76
8. Rezaeean SM, Abedian Z, Latifnejad-Roudsari R, Mazloum SR, Abbasi Z. The effect of prenatal self-care based on Orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. *Iranian J Nursing Midwifery Res*. 2020; 25:242-
9. Lilliecreutz C ,Larén J, Sydsjö G ,Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16(5):1-8.
10. Hasanjanzadeh P, P faramarzi M. Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2017 ; 11(4): VC04-VC07.
11. Dowse E, Chan S, Ebert L, Wynne O, Thomas S, Jones D, Fealy Sh, Evans T, Oldmeadow Ch. Impact of Perinatal Depression and Anxiety on Birth Outcomes: A Retrospective Data Analysis. *Maternal and Child Health Journal* volume.2020; 24: 718–726
12. Keenan K, Sheffield R, Boeldt D. Are prenatal psychological or physical stressors associated with suboptimal outcomes in neonates born to adolescent mothers? *Early Hum Dev*. 2007;83:623–27.
13. Varela P, Spyropoulou A, Kalogerakis Z, Moraitou M, Zervas I. Limited Depressive and Anxiety Symptoms Late in Pregnancy Are Not Related to Neonatal Outcomes. *Nurs Midwifery Stud*. 2015; 4(3): e29308



14. Rezaeean Langeroodi R., Asl Towghiri M. The Mental Health Of The Pregnant Women And The Post-Operative Outcomes Among The Women Referred To Hamadan Fatemeh Hospital In 2013; 6(20), 28-34
15. Mehraban Z, Alizadeh L, Narimani M. Maternal Prenatal Pregnancy-Related Anxiety And Spontaneous Preterm Birth In Ardebil Health Centers In 2011. *Studies In Medical Sciences*. 2013 Mar 10;23(6):670-5.
16. Snijder CA, Brand T, Jaddoe V, Hofman A, Mackenbach JP, Steegers EA, et al. Physically demanding work, fetal growth and the risk of adverse birth outcomes. The Generation R Study. *Occup Environ Med*. 2012;69(8):543–50. doi: 10.1136/oemed-2011-100615.
17. Lacson E, Xu J, Lin SF, Dean SG, Lazarus JM, Hakim RM. A comparison of SF36 and SF12 composite scores and subsequent hospitalization and mortality risks in long-term dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*. 2010;5(2):252-560.
18. Haghpanah S, Nasirabadi S, Ghaffarpasand F, Karami R, Mahmoodi M, Parand S, Karimi M. Quality of life among Iranian patients with beta-thalassemia major using the SF36 questionnaire. *Sao Paulo Medical Journal*. 2013;131(3):166-172.
19. Fathi A, Golakeh Khibari S. The relationship between prenatal concerns, depression and quality of life with general health of pregnant women. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018; 15(12):939-949.
20. Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. *J Clin Nurs Midwifery* 2014; 3 (3): 63-9. (Persian)
21. Javid F.M, et al. Comparison of lifestyles of women with gestational diabetes and healthy pregnant women. *Global Journal of Health Science* 2015; 7: 162 -169
22. Shishehgar S, Dolatian M, Bakhtiari M, Alavi Majd H. A survey of relationship between social support with quality of life as well as stress among pregnant women referred to Shahryar hospital affiliated to social security organization in 1391. *Scientific Research Journal of the School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*. 2013;23(81):27-32.
23. Rezaeean SM, Abedian Z, Latifnejad Roudsari R, Mazloom SR, Dadgar S. Application of Orem's theory for promotion of self-care behaviors of pregnant women at risk for preterm delivery: A clinical trial. *IJOGI* 2017; 20:68-77
24. Rafieefar S, Attarzadeh M, Ahmadzadeh Asl M. Comprehensive system of empowering people to take care of their health. 1st ed. Tehran: Mehrravash; 2005; 30-40, 57-84
25. Sadeghi aval shahr H, et al. Relationship between Perceived Social Support in First Pregnancy with Birth Satisfaction in Primigravid Women Referred to Shahid Akbar Abadi Hospital. *Preventive Care In Nursing and Midwifery Journal* 2014; 4: 54 -64 [in Persian]
26. Latendresse G, Wong B, Dyer J, Wilson B, Baksh L, Hogue C. Duration of Maternal Stress and Depression: Predictors of Newborn Admission to Neonatal Intensive Care Unit and Postpartum Depression. *Nurs Res*. 2015;64(5):331-41.



27. McDonald SD, McKinney B, Foster G, Taylor V, Lutsiv O, Pullenayegum E. The combined effects of maternal depression and excess weight on neonatal outcomes. *Int J Obes (Lond)*. 2015;39(7):1033-40.
28. Rahimi F, Ahmadi M, Rosta F, Alavimajd H, Valiani M, Kahangi M. Investigating the Effect of Progressive Muscle Relaxation Training on Infants outcome in High Risk Pregnant Women. *Scientific Ilam Journal of Medical Sciences*. 2016;25(6):10-20.
29. Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The role of relaxation training in health index of infants in pregnant mothers. *Pars Journal of Medical Sciences*. 2013;11(1):15-21.
30. Najafpour S, Salehi N, Khavandzade Aghdam S. The effect of prenatal education classes on choosing natural childbirth outcomes and reduce caesarean statistics in nulliparous women referred to hospital Sabalan Ardabil province in 2017. [Master Thesis]. Ardabil, Iran: Islamic Azad university Ardabil Branch faculty of Medicine; 2017; 11. (Persian).
31. Khorsandi M, Ghofranipour F, Hiadarnia A, Fghihzadeh S. Effects of childbirth education classes on self-efficacy of nulliparous women in coping with labour pain. *Bio Info Bank Library* 2008; 5(4):56-65.
32. Khavandzadeh Aghdam S, Mahfoozi Y, Kazemzadeh R. The effect of prenatal preparation classes on the duration and type of delivery in nulliparous women. *IJOGI*. 2019;21(11):37-43.
33. Mivane F, Entezari A, Khadem N, Shojaee T. Modeling the seasonal pattern of preterm labors. *IJOGI* 2016; 18:12-20.
34. Dalili M, Karimzadeh Meybodi MA, Ghaforzadeh M, Farajkhoda T, Molavi-E Vardanjani H. Screening of preterm labor in Yazd city: Transvaginal ultrasound assessment of the length of cervix in the second trimester. *Iran J Reprod Med* 2013; 11:279-84.
35. Kamali Fard M, Alizadeh R, Sehati Shafaei F, Gojazadeh M. The effect of lifestyle on the rate of preterm birth. *J Ardabil Univ Med Sci* 2010; 10:55-63.
36. Nabavizadeh SH, Ghaffarian Shirazi HR, Ghaffari P, Karshenas N, Zoladi M. Retrospective study of factors related to preterm labor in Yasuj, Iran. *IJGM* 2012; 5:1013-7.
37. Tavana Z, Zolghadri Zh, Hadaegh MJ, Pourdast T. The effect of treatment of bacterial vaginosis on pregnancy outcome. *IJOGI* 2010; 13:1-7. 25.
38. Seifi M, Farshbaf Khalili A, Aghayi H, Poorzinali S. The relationship of iron deficiency anemia with preterm delivery in pregnant women referred to health centers of Tabriz. *IJOGI* 2015; 18:8-17.
39. Di Renzo GC, Roura LC, Facchinetti F, Antsaklis A, Breborowicz G, Gratacos E, et al. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor: Identification of spontaneous preterm labor, diagnosis of preterm premature rupture of membranes, and preventive tools for preterm birth. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:659-67
40. Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Aug 3; 12:78



41. Wu W, Witherspoon DJ, Fraser A, Clark EA, Rogers A, Stoddard GJ, et al. The heritability of gestational age in a two-million member cohort: Implications for spontaneous preterm birth. *Hum Genet* 2015; 134:803-8.
42. Howson C, Kinney M, Lawn J. Preterm birth matters. In: March of Dimes, The Partnership for Maternal Newborn & Child Health, Save the Children, WHO, editors. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization; 2012; 8-15.
43. Aljawadi HF, Ali EA, Kareem SH. Preterm Incidence with Analytical Assessment of Causes and Risk Factors of Mortality. *J Babol Univ Med Sci*. 2020; 22:101-109.



Investigating The Relationship Between Quality Of Life And Pregnancy Outcomes In Women Referring To Health Centers In Bojnurd

Seyedeh Mahboobeh Rezaeean(M.Sc)¹, Hadise Shahidi(B.Sc)^{*2}, Arezoo Zakeri Ostad(B.Sc)³, Mahboobeh saadat(B.Sc)⁴, Zohre Abasi(Ph.D)⁵, Masoomeh Taherpour(M.Sc)⁶, Fatemeh Rezaei(M.Sc)⁷, Ashraf Saber(M.Sc)⁸

1. Instructor, dept. of Midwifery, Faculty of Medicine, Nourth Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran.
2. B.Sc, dept. of Midwifery, Faculty of Medicine, Nourth Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran.
3. B.Sc, dept. of Midwifery, Faculty of Medicine, Nourth Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran
4. B.Sc, dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Nourth Khorasan Islamic azad University, Bojnourd, Iran.
5. Assistant Professor, dept. of Midwifery, Faculty of Medicine. North Khorasan University of Medical Sciences. Bojnord, Iran.
6. Instructor ,dept.of Biostatistics, Faculty of Health, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnord, Iran.
7. Instructor ,dept. of Midwifery, Faculty of Medical sciences, zahedan Branch, Islamic azad University, Zahedan, Iran .
8. Instructor ,dept. of Nursing, Esfarayen School of Medical Sciences, Esfarayen, Iran.

shahidi.hadise1418@gmail.com

(Received: July 21, 2021 Accepted: September 21, 2021)

Abstract

Background and Objectives: During pregnancy, physical, mental, social health and quality of life was changed. Measuring quality of life is important in planning for the care of mothers and infants. The aim of this study was to determine Investigating The Relationship Between Quality Of Life And Pregnancy Outcomes.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was performed in 2016 on 150 pregnant women referring to health centers in Bojnourd. Data collection tools included demographic and midwifery profile form, pregnancy results form, quality of life questionnaire SF - 36. By referring to health centers, women with inclusion criteria were selected by cluster sampling method and with informed consent, questionnaires were distributed and collected among them. Follow-up was performed by telephone until delivery and then the birth outcomes were completed based on the infant and mother records. Data analysis was performed using SPSS 23 statistical software and non-parametric Mann-Whitney and Spearman correlation tests. A p value of less than 0.05 was considered significant

Results: The mean score of quality of life of the research units was $(22/15 \pm 40/32)$. There was a significant direct relationship between quality of life of pregnant women and first minute Apgar score ($p = 0.000$, $r = 0.423$) and fifth minute Apgar score ($p = 0.000$, $r = 0.300$). The group that had a term delivery compared to the group that had a preterm delivery ($p = 0.000$), the group that had a normal

delivery compared to the group that had a cesarean section ($p = 0.006$) and the group whose baby was with the mother compared to the group whose baby Neonates were admitted to the neonatal ward and neonatal intensive care unit ($p = 0.000$).

Conclusion: Considering the importance of quality of life in pregnant women and its impact on the growth of infant and his health in the future, so planning and appropriate educational measures to increase quality of life and its various dimensions During pregnancy and consequently, improving the level of health and improving the results of pregnancy seems necessary.

Keywords: Quality of Life, Pregnancy Outcome, Birth Weight, Preterm Birth , Apgar Score