

Maternal Quality of life in women with wanted and unwanted pregnancy: a longitudinal study

Forough Mortazavi¹, Seyed Abbas Mousavi², Reza Chaman³, ahmad khosravi⁴, maryam davarzani⁵

1. PhD of reproductive health, Department of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
2. Assistant professor of psychiatry, department of Medicine, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. Associate professor, PhD of Epidemiology, department of Medicine, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran
4. PhD candidate of Epidemiology, Center for Health Related Social & Behavioral Sciences Research, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
5. Bsc of Nursing, Educational Affairs, sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Correspondent Author: Forough Mortazavi Faculty of Nursing & Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran (Email: frmortazavi@yahoo.com) mobile: 09151737039

Introduction: Unwanted pregnancy imposes great psychological pressure on women. The aim of this paper is to compare quality of life of in women with wanted and unwanted pregnancy, from 3rd trimester of pregnancy to postpartum.

Methods & materials: This longitudinal study was conducted in 10 urban health centers of Shahroud city, in 2010. There were 43 women with unwanted pregnancy among 358 pregnant women. In order to exclude the selection bias, all pregnant women were included in the study. Inclusion criteria were being in the third trimester of pregnancy and giving birth to a healthy baby. Exclusion criteria were fetal or infant death during the period of the study. WHO-Quality of life questionnaire was filled out in the third trimester of pregnancy and 8 weeks after delivery. Statistical analysis was done by SPSS version 18 using mann witney-u, wilcoxon, chi-square and multiple regression analysis.

Results: Although there was no significant difference between the scores of QOL of women with wanted and unwanted pregnancy in third trimester of pregnancy, women with unwanted pregnancy had lower score in perceived overall health ($p=0.03$) and social domain ($p=0.042$) than wanted pregnancy group in postpartum periods. Also, means of scores of physical and social domains of QOL in women with wanted pregnancy has improved from pregnancy to postpartum while there was no change in unwanted group and even their perceived overall health declined in the postpartum ($p=0.009$). Multiple regression analyses showed that unwanted pregnancy was a predictor of maternal QOL in postpartum.

Conclusion: Designing interventions to improve QOL of women with unwanted pregnancy is recommended

Key words: Quality of Life; Unwanted Pregnancy; Postpartum Period; Women

کیفیت زندگی زنان باردار با حاملگی خواسته و ناخواسته: یک مطالعه طولی

(فروغ السادات مرتضوی* ۱، سید عباس موسوی ۲، رضا چمن ۳، احمد خسروی ۴، مریم داورزنی ۵)

frmortazavi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۳/۰۷/۰۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۳/۰۹/۰۱

مقدمه: زنان با حاملگی ناخواسته تحت فشارهای روانی شدیدی هستند. هدف از انجام این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی زنان با بارداری خواسته و ناخواسته در سه ماهه سوم بارداری و دو ماه بعد از زایمان و نحوه تغییرات آن است.

مواد و روش ها: این مطالعه طولی در سال ۱۳۹۰ در کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر شاهرود و بر روی ۳۵۸ زن باردار انجام شد. معیار ورود به مطالعه داشتن جنین سالم و قرار داشتن در سه ماهه سوم بارداری بود. معیار خروج از مطالعه مرگ جنین یا نوزاد در مدت مطالعه بود. پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در سه ماهه سوم بارداری و ۸ هفته بعد از زایمان تکمیل شد. تجزیه و تحلیل آماری با نسخه ۱۸ SPSS و با آزمون‌های مجذور کای، من ویتنی یو، ویلکاگون و رگرسیون چند گانه انجام شد.

یافته‌ها: ۴۳ مورد بارداری ناخواسته بدست آمد. نمرات کیفیت زندگی زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته در دوره بارداری تفاوت نداشت. در دوره بعد از زایمان زنانی که بارداری ناخواسته داشتند در مقایسه با گروهی که بارداری خواسته داشتند، نمره کمتری در حیطه اجتماعی ($P=0,042$) و ارزیابی ضعیف تری از سلامت خویش داشتند ($P=0,03$). نمرات در حیطه جسمانی ($P<0,001$) و روابط اجتماعی ($P=0,02$) زنان با حاملگی خواسته از دوره بارداری به بعد از زایمان افزایش یافته‌است اما نمرات زنانی که حاملگی ناخواسته داشتند تغییر نکرده است.

نتیجه گیری: طراحی مداخلات به منظور بهبود کیفیت زندگی زنان با بارداری ناخواسته ضروری است.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی، زنان، دوره بعد از زایمان، حاملگی ناخواسته

۱. نویسنده مسئول، استادیار، دکترای بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
۲. استادیار، متخصص روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، گرگان، ایران
۳. دانشیار، دکترای اپیدمیولوژی، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران
۴. دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم اجتماعی و رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران
۵. کارشناس پرستاری، اداره امور آموزشی دانشکده ها، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

مقدمه:

سالهاست تعریف سنتی سلامت جای خود را به تعریف جامع تری که همه ابعاد روانی، جسمی و رفاه اجتماعی را در بردارد، داده است (۱). کاهش مرگ مادران در دهه‌های گذشته موجب افزایش انتظارات دیگری چون بهبود کیفیت زندگی شده است بطوریکه امروزه مراقبت از زنان در کشورهای توسعه یافته علاوه بر پیشگیری، تشخیص و مدیریت عوارض ایجاد شده، گامی فراتر نهاده (۲) و اهداف جامع تری چون "حمایت و ترغیب انطباق روانی با بارداری" که منعکس کننده مفهوم کیفیت زندگی است را شامل می شود (۳).

بارداری واقعه شایعی در زندگی زنان در سنین باروری است و بصورت همه جانبه زنان را تحت تاثیر قرار می دهد اما بطور معمول اغلب تغییرات ایجاد شده در بارداری طبیعی در طی اوایل دوره بعد از زایمان به وضعیت قبل از بارداری بر می گردد (۴، ۵). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵، هر ساله در جهان ۲۱۰ میلیون حاملگی رخ می دهد که بخشی از آن یعنی معادل ۸۷ میلیون حاملگی، ناخواسته بوده و در ۴۱ میلیون آن‌ها حاملگی ادامه یافته و منجر به تولد نوزاد می شود (۶). در کشور ما نیز علی رغم تلاش‌های فراوان مسئولین دستگاه‌های ذیربط و پوشش وسیع تنظیم خانواده، حاملگی ناخواسته یکی از مشکلات شایع می باشد. در مطالعه پورحیدری در سال ۱۳۸۶ در شاهرود شیوع حاملگی ناخواسته ۳۱ درصد گزارش شد که ۵۶ درصد آن ناخواسته و ۴۴ درصد بدون برنامه ریزی بود (۷). اغلب مطالعات در این زمینه به بررسی پیامدهای سقط در زنان با بارداری ناخواسته پرداخته اند و مرگ و میر و صدمات ناشی از بارداری ناخواسته را بررسی نموده اند (۸). اندکی

مطالعات نیز به بررسی اثرات بارداری ناخواسته بر سلامت زنان پرداخته اند. در مطالعه کاراکام^۱ زنان در گروه بارداری ناخواسته از مشکلات جسمانی بیشتری در دوره بارداری شکایت داشتند، سطوح هموگلوبین پایین تری داشتند و در طی لیبر از درد شدیدتری رنج می بردند (۹). تاکنون مطالعات انجام شده در ایران و جهان به بررسی شیوع و عوامل موثر در بروز بارداری ناخواسته و پیامدهای آن برای مادر و کودک پرداخته اند (۶). باید توجه داشت که در کشور ما بدلیل غیر قانونی، غیر شرعی و غیر عرفی بودن سقط جنین، احتمال ادامه بارداری در مقایسه با سایر کشورها بیشتر است. نتایج یک مطالعه کیفی در ایران بر روی زنانی که حاملگی ناخواسته را ادامه دادند، نشان داد که این زنان در اوایل بارداری تحت فشارهای روانی شدید قرار داشته، برای سقط جنین قدم‌های اولیه را برداشته، اما علیرغم یافتن روش‌های مطمئن سقط به دلایل متعددی مانند اعتقادات مذهبی و عدم حمایت افراد مهم در زندگی آنان مانند همسر و مادر نهایتاً حاملگی ناخواسته را پذیرفته اند اما حتی بعد از پذیرش بارداری ناخواسته تحت فشار روانی بوده و نسبت به تفکرات قبلی خود در مورد سقط جنین احساس گناه و شرم می کنند (۱۰). لذا توجه به این بارداری‌ها و شناسایی تاثیرات آن بر کیفیت زندگی زنان اولین قدم در طراحی مداخلات به منظور کمک به زنانی است که تصمیم به ادامه حاملگی ناخواسته می گیرند. علیرغم اهمیت این شاخص، تحقیقات اندکی در مورد تاثیرات بارداری ناخواسته بر کیفیت زندگی زنان در دوره بارداری و بعد از زایمان انجام شده استبا توجه به اینکه بررسی کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف توصیه شده است و تاکنون

¹ Karacam

به تفاوت‌های فرهنگی و نقش مردان در تعیین سرنوشت بارداری در کشور ما در این پژوهش تعریف عملیاتی حاملگی ناخواسته، بارداری بود که از طرف زن باردار، همسرش و یا هر دو ناخواسته تلقی می‌شد به این معنی که حداقل یکی از زوجین مصمم باشد که در آینده نزدیک یا دور تعداد بچه‌های خود را افزایش ندهد.

به منظور بررسی نحوه تغییرات کیفیت زندگی زنان از دوره بارداری به بعد از زایمان، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت یکبار در سه ماهه سوم بارداری و یکبار ۸ هفته بعد از زایمان توسط زنان تکمیل شد. علت انتخاب سه ماهه سوم بارداری وجود تغییرات همه جانبه در دوره بارداری بود که در سه ماهه سوم بارداری به اوج خود می‌رسد و ضرورت داشت تا اثرات آن‌ها بر کیفیت زندگی زنان بررسی شود. از طرف دیگر با زایمان و ورود نوزاد و رویارویی با مسائل مربوط به تغذیه و مراقبت از نوزاد در کنار مشکلات گذرا و متعدد جسمانی ناشی از زایمان، کیفیت زندگی زنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. لذا ۸ هفته بعد از زایمان که با برنامه مراقبت‌های بعد از زایمان مطابقت داشت برای بررسی مجدد کیفیت زندگی انتخاب شد. پرسشنامه کیفیت زندگی شامل ۲۶ سؤال در حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و کلی می‌باشد که هر حیطه جداگانه و براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری شده است. بعد از محاسبه میانگین در هر حیطه، میانگین هر حوزه در عدد ۴ ضرب شد. بر اساس نمره گذاری سازمان جهانی بهداشت نمرات حداقل هر حیطه ۴ و حداکثر ۲۰ تنظیم شده است و می‌توان نمرات را به مقیاس صفر تا ۱۰۰ تبدیل نمود. نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر فرد می‌باشد. نمره فرد در هر حیطه منعکس کننده احساس فرد از کیفیت زندگی خود در آن حیطه است. بعلاوه پرسشنامه دارای دو سوال کلی

چنین بررسی در ایران با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت در زنان با بارداری ناخواسته انجام نشده است، هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه کیفیت زندگی زنان در بارداری، بعد از زایمان و نحوه تغییرات آن در زنان با بارداری ناخواسته و خواسته از بارداری به دوره بعد از زایمان می‌باشد.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه طولی در سال ۱۳۹۰ در ده مرکز بهداشتی درمانی شهر شاهرود به روش نمونه گیری آسان و در دسترس و با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان در بارداری و بعد از زایمان در دو گروه زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته انجام شد. جامعه پژوهش زنان باردار ساکن در شهر شاهرود هستند. معیار ورود به مطالعه قرار داشتن در سه ماهه سوم بارداری و داشتن جنین سالم بود. معیار خروج از مطالعه مرگ جنین یا نوزاد در طی دو ماه اول تولد بود. ۳۵۸ زن باردار که تحت مراقبت‌های دوران بارداری در مراکز بهداشتی شاهرود بودند، در این مطالعه شرکت کردند. ۳۴۰ مورد از واحدهای پژوهش دو ماه بعد از زایمان نیز پیگیری شدند. به منظور کاهش احتمال سوگیری انتخاب، تمام زنان با بارداری خواسته و ۴۳ زن با بارداری ناخواسته بررسی شدند. پس از توضیح و اخذ رضایت آگاهانه از این زنان، نحوه تکمیل پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به آنان آموزش داده شد. فرم مصاحبه شامل اطلاعات فردی، خانوادگی، مامایی و زایمان و عوارض دوران بارداری بود. در مطالعات انجام شده در کشورهای غربی که سقط جنین آزاد است و تنها تمایل مادر به ادامه حاملگی تعیین کننده است، تعاریف مربوط به ناخواستگی و بارداری برنامه ریزی نشده تنها از دید مادر تعریف می‌شود (۱۱). با توجه

تفاوت نداشت. اما در دوره بعد از زایمان نمرات زنان با حاملگی خواسته در حیطه روابط اجتماعی ($P=0,042$) و دریافت زنان از سلامت خویش ($P=0,03$) بیشتر از زنان با حاملگی ناخواسته بود (جدول ۲). آزمون ویلکاگسون نشان داد که نمرات زنان در گروه بارداری خواسته در حیطه جسمانی ($P<0,001$) و اجتماعی ($P=0,02$) کیفیت زندگی از بارداری به بعد از زایمان افزایش یافته است. در گروه بارداری ناخواسته نمرات زنان از بارداری به بعد از زایمان تغییر نکرده است، اما دریافت زنان از سلامت خویش از بارداری به بعد از زایمان کاهش یافته است ($P=0,009$) (جدول ۳). آزمون رگرسیون چندگانه با وارد کردن متغیرهای رتبه بارداری و ناخواسته بودن بارداری به عنوان متغیر مستقل و نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته انجام شد. ناخواسته بودن بارداری در معادله ماند و یک متغیر پیشگویی کننده کیفیت زندگی از بعد جسمانی ($CI(-11,464, -1,333)$)، اجتماعی ($B=-0,134, P=0,013, CI(-12,94, -0,476)$) و علاوه این متغیر نمره کلی کیفیت زندگی را نیز پیشگویی کرد ($B=-0,109, P=0,046, CI(-9,145, -0,089)$).

است. اول در مورد دریافت فرد از کیفیت زندگی خود و دوم در مورد دریافت فرد از سلامت خود است (۱۲). روایی و پایایی پرسشنامه در جمعیت عمومی (۱۳) و زنان در دوره بعد از زایمان تأیید شده است (۱۴). در مطالعه حاضر سازگاری درونی آن در زنان در دوره بارداری و بعد از زایمان با بررسی ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. مقدار آلفا کرونباخ برای حیطه‌های مختلف پرسشنامه در دوره بارداری و بعد از زایمان به ترتیب ۰,۹۲ و ۰,۹۳ محاسبه شد. تجزیه و تحلیل آماری با نسخه ۱۸ SPSS با آزمون‌های آمار توصیفی، مجذور کای، من ویتنی یو^۲ و ویلکاگسون انجام شد. علت استفاده از آزمون‌های نان پارامتریک فقدان توزیع نرمال در متغیر کیفیت زندگی بود. سطح معنی داری در آزمون ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

جدول شماره ۱ مشخصات زنان را در دو گروه نمایش می‌دهد. میانگین سنی زنان $26,1 \pm 4,4$ سال، میانگین درآمد ماهانه خانواده 424 ± 149 هزار تومان و میانگین سالهای تحصیلات زنان $11,4 \pm 3,7$ سال بدست آمد. ۴۳ مورد بارداری ناخواسته از بین ۳۵۸ زن بارداری که در مطالعه شرکت کردند بدست آمد.

بر اساس نتایج هیچ تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته از نظر بستری شدن نوزاد در بیمارستان، بستری شدن مادر در بارداری یا بعد از زایمان، وضعیت سلامت مادر، وجود مشکلات مالی، مشکلات با همسر و روش تغذیه نوزاد وجود نداشت. نمرات زنان با حاملگی خواسته و ناخواسته در سه ماهه آخر بارداری از نظر ابعاد کیفیت زندگی با یکدیگر

² - Man witney-U

جدول ۱- توزیع مشخصات مادران در دو گروه مورد مطالعه

P	بارداری ناخواسته (N=۳۱۴)	بارداری خواسته (N=۴۳)	متغیر
	M(SD)	M(SD)	
۰,۳۷۸	۲۶,۷(۶,۴)	۲۶(۴,۳)	سن
۰,۰۸۱	۱۱(۳,۶)	۱۰,۵ (۴,۳)	سال های تحصیلات
††۰,۲۴۱	۴۲۰(۱۴۵)	۴۵۱(۱۷۶)	درآمد خانواده (هزارتومان)
	n(%)	n(%)	
رتبه بارداری			
***۰,۰۰۲	۱۶(۳۷)	۱۹۳(۶۲)	اول
	۲۷(۶۳)	۱۲۱(۳۸)	دوم یا بیشتر
روش زایمان			
۰,۸۱۲	۲۰(۴۹)	۱۴۱(۴۷)	طبیعی
	۲۱(۵۱)	۱۶۲(۵۳)	سزارین
شغل			
†۰,۰۷۳	۷(۱۶)	۲۵(۸)	شاغل
	۳۶(۸۴)	۲۸۹(۹۲)	خانه دار
جنس نوزاد			
۰,۳۲۴	۲۴(۵۹)	۱۵۲(۵۰)	دختر
	۱۷(۴۱)	۱۵۱(۵۰)	پسر
نوع مسکن			
۰,۷۳۲	۲۱۸(۶۳)	۲۱۶(۷۲)	مالک
	۱۳(۳۲)	۸۶(۲۸)	مستاجر
عوارض دوران بارداری			
۰,۲۴۴	۱۴(۳۵)	۷۹(۲۶)	بلی
	۲۶(۶۵)	۲۲۳(۷۴)	خیر
روش تغذیه نوزاد			
۰,۷۳۷	۱۳(۳۲)	۸۶(۲۹)	انحصاری با شیرمادر
	۲۸(۶۸)	۲۱۶(۷۱)	غالب یا تکمیلی
††† تست من ویتنی یو ، † تست فیشر ، P < ۰,۰۵*			

جدول ۲- توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات زنان در دوره بعد از زایمان و بارداری در حیطه‌های پرسش نامه کیفیت زندگی در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته

متغیر	بارداری		بعد از زایمان		P-value
	خواسته M±SD	ناخواسته M±SD	خواسته M±SD	ناخواسته M±SD	
جسمانی	۱۷±۶۳	۱۹±۶۲	۱۴±۷۲	۲۱±۶۵	۰,۱۱
روانی	۱۶±۶۴	۱۹±۶۰	۶۵±۱۷	۶۰±۱۸	۰,۱۲
اجتماعی	۲۰±۶۷	۲۴±۶۱	۶۹±۱۸	۶۳±۲۱	*۰,۰۴۲
محیط	۶۹±۱۵	۶۸±۱۵	۶۸±۱۵	۶۵±۱۶	۰,۲۵
کیفیت زندگی کلی	۴,۱ (۰,۷)	۳/۹ (۰,۸)	۴ (۰,۷)	۳,۸ (۰,۹۶)	۰,۲
سلامت کلی	۴ (۰,۸۲)	۴ (۰,۷۷)	۴ (۰,۸)	۳,۶ (۱)	*۰,۰۳
نمره کل	۶۶±۱۳	۶۴±۱۵	۶۸±۱۳	۶۴±۱۶	۰,۰۹۲
آزمون: من ویتنی یو					

جدول ۳- توزیع میانگین و انحراف معیار تفاضل نمرات زنان در دوره بعد از زایمان و بارداری در حیطه‌های پرسش نامه کیفیت زندگی بر حسب خواسته یا ناخواسته بودن بارداری

متغیر	تغییرات گروه خواسته		تغییرات گروه ناخواسته		P-value
	خواسته M±SD	P-value	ناخواسته M±SD	P-value	
جسمانی	۱۷±۸,۵	***<۰,۰۰۱	۱۶±۳,۳	۰,۱۵۶	
روانی	۱۶±۰,۶	۰,۳۹۶	۱۳±۰	۰,۸۹۵	
اجتماعی	۱۹±۲,۴	*۰,۰۲۱	۲۶±۱,۲	۰,۷۱۴	
محیط	۱۳±-۰,۷	۰,۲۱۱	۱۴±-۲,۴	۰,۲۰۸	
کیفیت زندگی کلی	۰,۷±-۰,۰۲	۰,۶۶۵	۰,۷±-۰,۰۲	۰,۸۲۷	
سلامت کلی	۱±-۰,۰۶	۰,۱۳۲	۱±-۰,۴۵	**۰,۰۰۹	
نمره کل	۲,۳۵±۱۲	**۰,۰۰۲	۰,۱۷±۱۲	۰,۷۸۰	
آزمون: ویلکاکسون					

بحث

"بارداری ناخواسته و بدون برنامه ریزی" در مطالعات باشد. از طرفی برای برخی از زنان حاملگی بدون برنامه ریزی ناخواسته تلقی نمی‌شود و نکته آخر اینکه باید در نظر داشت که در مطالعه حاضر بارداری‌های منجر به سقط جنین عمدی در اوایل بارداری در صورت و مخرج کسر (۱۲ درصد) لحاظ نشده‌اند.

بر اساس نتایج کیفیت زندگی دو گروه در دوره بارداری با هم تفاوت نداشت. از آنجا که این مقایسه در سه ماهه سوم بارداری انجام شده، احتمال دارد که این زنان در این مقطع زمانی بارداری ناخواسته را پذیرفته باشند. نتایج مطالعه‌ای در چین نشان می‌دهد که حاملگی ناخواسته از ریسک فاکتورهای افسردگی و استرس شدید در سه ماهه دوم بارداری است (۱۹،۱۸). علت تفاوت در نتایج ممکن است مربوط به تفاوت در نمونه بررسی شده در دو مطالعه از لحاظ سن بارداری باشد. نتایج نشان داد که دو گروه در دوره بعد از زایمان در ارزیابی سلامت کلی خود با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. در این جا زنان گروه بارداری ناخواسته نمرات کمتری به سلامت خویش داده بودند. بعلاوه وقتی تغییرات هر گروه بطور مجزا در گذار از دوره بارداری به بعد از زایمان بررسی می‌شود باز هم ارزیابی گروه بارداری ناخواسته از سلامت کلی خویش در دوره بعد از زایمان نسبت به دوره بارداری کاهش می‌یابد اما در گروه دیگر تغییری نمی‌بینیم. این امر تایید کننده عدم تغییر در بعد جسمانی کیفیت زندگی در این گروه نیز است. در واقع این زنان احساس سلامتی کمتری در دوره بعد از زایمان دارند.

نتایج نشان داد که بارداری ناخواسته روابط اجتماعی زنان را در دوره بعد از زایمان تحت تاثیر قرار می‌دهد. به این معنی که بعد از پذیرش بارداری و نوزاد هنوز هم این زنان از بعد اجتماعی تحت فشار هستند. نتایج در این زمینه با

در این مطالعه تغییرات کیفیت زندگی زنان از سه ماهه آخر بارداری تا دو ماه بعد از زایمان، در دو گروه بارداری خواسته و ناخواسته بررسی شد. نتایج نشان داد که دو گروه در دوره بارداری در ابعاد کیفیت زندگی و ارزیابی خویش از سلامت و کیفیت زندگی با هم تفاوت ندارند، همچنین دو گروه از نظر سایر متغیرهای بررسی شده مانند سن، میزان تحصیلات مادر، وضعیت اقتصادی خانواده (نوع مسکن و درآمد خانواده)، روش زایمان و شغل تفاوت آماری معنی داری نداشتند اما از نظر تعداد بارداری تفاوت آماری معنی داری داشتند. در واقع یکی از علل مهم ناخواسته دانستن بارداری از طرف زنان داشتن تعداد کافی بچه است (۱۰). در این مطالعه بارداری ناخواسته در ۱۲ درصد واحدهای پژوهش دیده شد که در مقایسه با سایر مطالعات انجام شده در طی دو دهه گذشته در ایران بسیار کمتر است. نتایج یک متاآنالیز در مورد شیوع بارداری ناخواسته در دو دهه اخیر در ایران نشان داد که این میزان ۲۹٫۷ درصد بوده است (۱۵). اما بر اساس اطلاعات منتشر شده توسط وزارت بهداشت کشور شاخص درصد حاملگی ناخواسته در کشور از ۲۴٫۱ درصد در سال ۱۳۷۹ به ۱۸ درصد در سال ۱۳۸۴ رسیده است و این شاخص برای دانشگاه علوم پزشکی شهروند ۱۱٫۱ درصد تخمین زده شده است (۱۶). علت این کاهش می‌تواند بدلیل کاهش نرخ رشد جمعیت در دو دهه اخیر باشد (۱۷) که مسلماً نتیجه کاهش تعداد بارداری‌های یک زن و نتیجتاً کاهش بارداری‌های ناخواسته نیز است. در مطالعه حاضر ۵۸ درصد واحدهای پژوهش بارداری اول و ۲۷ درصد بارداری دومشان بود. بعلاوه تفاوت ممکنست در بکارگیری دو مفهوم

به وضعیت روانی زنان است. این موضوع نشان می‌دهد که با تولد نوزاد علیرغم بروز تحولات مثبت در زندگی زنان و برطرف شدن نگرانی‌های دوران بارداری در مورد زایمان و سلامت خود و کودک شان، سلامت روانی زنان در دو گروه بهبود نیافته است. نتایج مطالعات انجام شده در مورد وضعیت روانشناختی زنان در دوره بارداری و خصوصاً بعد از زایمان بر افزایش احتمال افسردگی در این دو دوره تاکید کرده اند (۲۲، ۲۱). در مطالعه بنر^۴ در مورد ریسک فاکتورهای افسردگی، اضطراب و استرس در دوره بعد از زایمان، نیمی از زنانی که افسرده بودند درآمد کم یا بارداری ناخواسته داشتند و بارداری ناخواسته مهم‌ترین متغیر مرتبط با افسردگی بعد از زایمان بود (۲۳) در مطالعه بیکر^۵ نیز بارداری ناخواسته از ریسک فاکتورهای اختلالات روانشناختی در دوره بعد از زایمان بود (۲۴).

در این مطالعه کیفیت زندگی مراجعین به مراکز بهداشتی شهر شاهرود بررسی شد. باید در نظر داشت که برخی زنان که از نظر اقتصادی و اجتماعی وضعیت بهتری دارند و ممکن است از کیفیت زندگی بهتری هم برخوردار باشند، برای مراقبت‌های بارداری به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند و احتساب این زنان نتایج پژوهش را ممکن است تغییر دهد. از این رو نتایج پژوهش صرفاً قابل تعمیم به زنان مراجعه کننده به این مراکز است.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که باید در برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت زندگی زنان در دوره بعد از زایمان به زنان با بارداری ناخواسته توجه شود. در این مطالعه کیفیت زندگی زنان در اوایل بارداری بررسی نشده است تا بتوان تغییرات آن را تا پایان بارداری بررسی نمود. توصیه می‌-

مطالعه مرتضوی در مورد بارداری ناخواسته همخوانی دارد. در این مطالعه یکی از علل ناخواسته دانستن بارداری، فشار روانی اعمال شده از طرف اقوام و بستگان و پرسنل بهداشتی درمانی است (۱۰). اگرچه دو گروه در دوره بعد از زایمان، از بعد وضعیت جسمانی تفاوت نداشتند اما وقتی تغییرات دو گروه را مقایسه می‌کنیم، مشخص می‌شود که گروه بارداری خواسته از بعد وضعیت جسمانی، از بارداری به شیردهی تغییر مثبت کرده اند در حالیکه زنان با بارداری ناخواسته هیچ بهبودی در وضعیت جسمانی خود نداشتند. در این مطالعه کیفیت زندگی زنان در سه ماهه سوم بارداری بررسی شده است. در این زمان بدلیل تغییرات شدید ناشی از بارداری، زنان با مشکلات زیادی روبرو هستند. اما بعد از زایمان بتدریج این مشکلات برطرف می‌شود و بهبود این مشکلات بر دریافت زنان از سلامت جسمانی خود تاثیر دارد. این امر را در زنان گروه بارداری خواسته شاهد بودیم اما گروه بارداری ناخواسته از این الگو پیروی نکرد. نتایج در این زمینه با مطالعه کاراکام همخوانی دارد. در مطالعه کاراکام^۳ زنان در گروه بارداری ناخواسته از مشکلات جسمانی بیشتری در دوره بعد از زایمان شکایت داشتند و سطح هموگلوبین پایین تری داشتند (۹). نتایج مطالعه مقطعی عزیزی در سلاس کرمانشاه در سال ۲۰۰۷ نیز نشان داد که در زنان با بارداری ناخواسته میانگین نمره کیفیت زندگی وابسته به سلامت (SF-36) و همچنین نمرات در دو حیطه جسمانی و روانی آن بصورت معنی داری کمتر از گروه بارداری خواسته است (۲۰).

همچنین وضعیت سلامت روانی زنان نیز در دو گروه تغییر نکرده است و تقریباً در هر دو دوره کمترین نمره مربوط

⁴ - Bener

⁵ - Baker

³ - Karacam

بعد از زایمان رخ می دهد و حتی آن‌ها احساس سلامت کمتری می کنند. ممکنست علت این عدم تغییر در کیفیت زندگی آن‌ها بدلیل رویارویی با مشکلات و واقعیت بارداری ناخواسته باشد. پایش کیفیت زندگی زنان با حاملگی ناخواسته و طراحی مداخلات به منظور بهبود کیفیت زندگی آنان ضروری است.

تشکر و قدردانی:

این پژوهش از پایان نامه مصوب در شورای پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد ۹۰۰۴ و تاریخ تصویب ۸۹/۱۱/۳ استخراج شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شده است. محققین مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارند.

شود در پژوهش‌های بعدی به بررسی کیفیت زندگی زنان با بارداری ناخواسته از سه ماهه اول بارداری و در حجم نمونه بالاتری از بارداری ناخواسته پرداخته شود.

نتیجه گیری:

کیفیت زندگی زنان با بارداری خواسته و ناخواسته در دوره سه ماهه سوم بارداری تفاوت نداشت. در دوره بعد از زایمان زنانی که بارداری ناخواسته داشتند، نمره کمتری در حیطه اجتماعی و ارزیابی ضعیفتری از سلامت خویش داشتند. در گروه بارداری خواسته وضعیت جسمانی و روابط اجتماعی از بارداری به بعد از زایمان تغییر مثبت کرده است اما کیفیت زندگی زنان با بارداری ناخواسته بهبود نیافته است؛ اتفاقی که بطور معمول در طی دو ماه

منابع:

1. World Health Organization, WHO definition of Health, Available from: www.who.int/about/definition/en/print.html, (Accessed: 2 Aug 2012]
2. Coppens M, James D, Organisation of prenatal care and identification of risk, In: Steer P WC, Gonik B., Ed, High Risk Pregnancy, second ed, WB Saunders, London, 1999:11-22.
3. Das S, Antenatal care, In: Bennett V, Brown L, eds, Myles Textbook for Midwives, 13th ed, Churchill Livingstone e, Edinburgh, 1999:209-34.
4. Webb D, Bloch J, Coyne J, Chung E, Bennett I, Culhane J, Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being, Birth 2008;35:179-87.
5. Cunnigham F, Leveno K, Bloom S, Hault J, Gilstrap L, Wenstrom K, Williams obstetrics, 23 ed, McGraw Hill, New York, 2010.
6. World Health Organization, Planning Pregnancies Before they Even Happen, Available from: <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/en/index3.html>, (Accessed:31October2005]

7. Pourheidari M, Souzani A, Shamaian N, Prevalence of unwanted pregnancy and their correlates in pregnant women in Shahrood, Iran, Payesh 2007;6(1): 63-70. [Persian]
8. Gessesew A, Unwanted pregnancy and its impact on maternal health and utilization of health services in Tigray Region (Adigrat Hospital), Ethiop Med J 2009 Jan;47(1):1-8 .
9. Karacam Z, Onel K, Gercek E, Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey Midwifery 2011 Apr ;27(2):288-93.
10. Mortazavi F, Damghanian M, Mottaghi Z, Shariati M, Women's experiences of unwanted pregnancy, Behbood 2012; 15(6): ۴۹۲-۵۰۳: [Persian]
11. Plan S. Unintended Pregnancy Prevention. CDC - United States Centers for Disease Control and Prevention; 2013.
12. World health organization: programme on mental health, WHOQOL-BREF- introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, World health organization (Accessed: 25 July2012], Available from: www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
13. 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 2008;8:61.
14. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L, Validation of the WHOQOL-BREF among women following childbirth, Aust N Z J Obstet Gynaecol 2010 Apr;50(2):132-7.
15. Najafi F, Iranfar SH, Rezaii M, Iranfar KH, A meta analysis and systematic review of the unintended pregnancy prevalence in Iran (1995-2008), J of Kermanshah University of Medical Sciences 2012;16(4):280-87. [Persian]
16. Ministry of Health and Education, Health Indices of Islamic Republic of Iran 1388, Available from: http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1041_simayei-salamat.pdf, (Accessed: 2 Jan 2013]
17. The results of census 1390, Available from: www.amar.org.ir, (Accessed: 12 Aug 2012)
18. Lau Y, Yin L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. Midwifery. 2011 10/01;27(5):668-73.
19. Li J, Mao J, Du Y, Morris JL, Gong G, Xiong X. Health-related quality of life among pregnant women with and without depression in Hubei, China. Matern Child Health J. 2012 Oct;16(7):1355-63.
20. Azizi A, Amirian F, pashaei T, Amirian M, Prevalence of unwanted Pregnancy and its Relationship with Health-related quality of Life for Pregnant Women's in Salas city,

- Kermanshah- Iran, 2007, Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2011; 14(5):25-9.
21. 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):452-57.
 22. Nielsen D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby J, Secher NJ, Postpartum depression: identification of women at risk, BJOG 2000;107(10):1210-7.
 23. Bener A, Gerber LM, Sheikh J, Prevalence of psychiatric disorders and associated risk factors in women during their postpartum period: a major public health problem and global comparison, Int J Womens Health.2012 ;4:191-200.
 24. Baker L, Cross S, Greaver L, Wei G, RL, Healthy Start CORPS: Prevalence of postpartum depression in a native American population, Matern Child Health J. 2005;9(1):21-5.
 25. Tehran: Ministry of Health and Education. 2005;219-220