# مقایسه کیفیت زندگی در سه ماهه‌های مختلف زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گنبدکاووس در سال ۱۳۹۵

**احمد نورالدینی[۱]، اکرم ثناگو[۲]، لیلا جویباری[۳]**

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، بیمارستان برزویه، گنبدکاووس، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
۳. دانشیار، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

**توسعه پرستاری در سلامت/ دوره هفتم/ شماره ۲/ پائیز و زمستان ۱۳۹۵**

## چکیده

**زمینه و هدف:** کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید و توجه به آن ضروری است. با توجه به پر استرس بودن دوران بارداری، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی در سه ماه‌های مختلف دوران بارداری زنان باردار صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی است که در سال ۱۳۹۵ در شهرستان گنبد انجام شد. نمونه‌ها ۳۰۶ نفر بصورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه‌ای است که قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و قسمت دوم مربوط به سنجش کیفیت زندگی *SF-36* است و ۸ بعد از جزئیات کیفیت زندگی را می‌سنجد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری تی تست و *ANOVA* انجام گرفت و اطلاعات بوسیله نرم افزار *SPSS* ۱۸ بررسی گردید.

**یافته‌ها:** با توجه به نمرات کسب شده، در سه ماهه اول میانگین نمره کل کیفیت زندگی (۲۹/۳±۵۴) و در سه ماهه دوم و سوم نیز به ترتیب (۳۶/۳±۶۸) و (۴۱/۷±۶۰) بود. کمترین امتیاز کسب شده در تریمستر ۱ در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی (۴۲/۳±۳۶/۹) و بیشترین امتیاز مربوط به عملکرد اجتماعی (۶۹/۶±۳۹) بود. در تریمستر ۲ کمترین و بیشترین امتیاز مربوط به احساس نشاط (۵۰/۶±۱۸/۷) و عملکرد اجتماعی (۸۲/۲±۲۱/۸) بود. در سه ماهه ۳ هم کمترین و بیشترین امتیاز مربوط به احساس نشاط (۴۶/۷±۲۶/۷) و عملکرد اجتماعی (۷۳/۶±۳۲/۴) بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه بالاترین نمره کیفیت زندگی مربوط به سه ماهه دوم بارداری و بعد از آن مربوط به سه ماهه سوم و سه ماهه اول می‌باشد. بنابراین مراقبین بهداشتی باید تمرکز بیشتری روی علائم و نشانه‌های اختلالات در سه ماهه‌ها داشته باشند.

**واژه‌های کلیدی:** کیفیت زندگی، بارداری، سه ماهه اول و دوم و سوم

آدرس مکاتبه: گرگان، جاده شصتکلا، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان
پست الکترونیکی: *sanagoo@goums.ac.ir*

[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

**مقدمه**

کیفیت زندگی یکی از پیامدهای مهم سلامتی به شمار می‌آید و توجه به آن در مواردی مانند ارزیابی مداخلات بهداشتی و اندازه گیری آن ضروری می باشد. نظریات متفاوتی در مورد کیفیت زندگی وجود دارد (۱). بعضی از محققین معتقدند تنها در صورتی که تواما چندین بعد از سلامتی سنجیده شود می‌توان آن را کیفیت زندگی نامید. عده‌ای نیز بر این باورند که یک تعریف واحد که در تمام مراحل یک بیماری یا در جوامع مختلف کاربرد داشته باشد برای این مفهوم وجود ندارد. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهدف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است. پس موضوعی فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۲).

کیفیت زندگی در دوره‌های مختلف از جمله دوران بارداری قابل اندازه‌گیری است. دوران بارداری یکی از مهمترین 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 زیستی، آناتومیک، شیمیایی، فیزیولوژیکی و روانی نیز به حساب می‌آید (۳). خستگی، تهوع، استفراغ، سردرد، بی‌اشتهایی، سوزش سردل، هموروئید و تنگی نفس از جمله علایمی هستند که زنان باردار طبیعی با آن روبرو هستند. این عوامل می‌توانند توانایی زن را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر داده و کیفیت زندگی وی را تحت تأثیر قرار دهند. همچنین بارداری علاوه بر ایجاد تغییرات قابل ملاحظه در وضعیت سلامت جسمی و روانی زنان، می‌تواند باعث کاهش عملکرد اجتماعی و سر زنده بودن آنها نیز شود. به این دلیل انتظار می‌رود که کیفیت زندگی در زنان باردار نسبت به زنان هم سن و سال غیر باردار، کمتر باشد (۴).

در سه ماهه اول دوران بارداری مهمترین عارضه نگران کننده و کاهنده کیفیت زندگی تهوع و استفراغ است که در ۸۰ درصد موارد در سه ماهه اول رخ می دهد. ۴-۷ درصد موارد بستری در دوران حاملگی قبل از هفته دوم مربوط به تهوع و استفراغ است. در ۲۸ درصد زنان حامله این علائم منجر به تغییر در فعالیت آنها می‌شود. اطلاعات بدست آمده از تمدن‌های ۲۰۰۰ سل قبل از میلاد مسیح نیز گویای تهوع و استفراغ در مادران باردار بوده است. تهوع و استفراغ بارداری شامل طیف وسیعی از اختلالات خفیف تا شدید گوارشی است که در اکثر موارد خفیف می‌باشد. نوع شدید آن که با استفراغ‌های مداوم، کاهش وزن بیش از ۵ درصد، کم آبی، کتونوری، اختلالات الکترولیتی و عدم تعادل در $PH$ خون همراه است تنها در ۱-۳ درصد موارد رخ داده و استفراغ بدخیم حاملگی نام دارد. زمانی که تهوع و استفراغ شدت پیدا کند زنان حامله ممکن کاهش شدت عملکرد اجتماعی، فیزیکی و محدودیت عاطفی را تجربه نمایند. نتایج یک تحقیق در رابطه با کیفیت زندگی یک گروه از زنان با حاملگی ناخواسته، حاکی از آن بود که ۳ بعد از ۸ بعد سلامتی شامل محدودیت فیزیکی، محدودیت عملکردی و درد جسمی با سن حاملگی مادران ارتباط معناداری دارد درحالی که سر زندگی و عملکرد اجتماعی، تغییر اساسی با روند سن حاملگی نداشته است. بررسی‌های به عمل آمده در استرالیا و آمریکا نیز نشان داد که زنان حامله مبتلا به تهوع و استفراغ در مقایسه با جمعیت عموم در تمام ابعاد سلامتی، کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند (۳). با ورود به سه ماهۀ دوم بارداری، حاملگی خانم‌ها مشخص‌تر می‌شود چون جنین رشد کرده و شکم برجسته می‌شود. از آنجایی که از این زمان دندان‌های شیری و دائمی جنین شروع به ساخته شدن و کلسیفیه شدن (جمع شدن کلسیم در آنها و سفت شدن آنها) می‌کنند و استخوان‌ها نیز آهکی می‌شوند، مادران با خطر استخوان درد و نیز پوکی استخوان همراه می‌باشند با بزرگ شدن رحم، مرکز ثقل بدن زنان باردار به طرف جلو متمایل شده بنابراین ممکن است با افزایش انحنای کمر، از کمر درد شکایت داشته باشند. برخی خانم‌های باردار از گرفتگی ماهیچه‌ی ساق پا مخصوصاً در شب شکایت دارند. قبلاً گرفتگی پا را فقط به کمبود کلسیم نسبت می‌دادند ولی تحقیقات جدید کمبود منیزیم را نیز مؤثر می‌دانند. مجموعه این عوامل منجر به کاهش عملکرد فیزیکی و اجتماعی و محدودیت عملکرد جسمانی گردد که به نوبه خود کیفیت



[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). در سه ماهه سوم بارداری بسیاری از مشکلاتی که قبلاً در زنان باردار وجود داشت دوباره ظاهر می‌شوند. دوباره شدیداً احساس خستگی، تحریک پذیری و ناراحتی می‌کنند. فشار رحم بر روی مثانه باعث تکرر ادرار می‌شود و از طرف دیگر فشار رحم به قفسهٔ سینه، تنفس را مشکل می‌سازد و کمی سخت‌تر به این طرف و آن طرف حرکت می‌کنند. ممکن است دچار یبوست، سوزش سر دل و سوء هاضمه شوند، پاها ممکن است متورم شده و رگ‌های واریسی روی ساق و ران پاها مشخص شود و احتمال دارد از بواسیر (هموروئید) رنج ببرند. بنابراین مجموعه علائم و اتفاقات فوق بیانگر این است که کیفیت زندگی در زنان باردار نسبت به زنان هم سن و سال غیر باردار کمتر باشد. نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داد که زنان حامله در مقایسه با جمعیت عمومی در ابعاد درد بدن، عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی، احساس نشاط و محدودیت عملکرد فیزیکی، دارای عملکرد وابسته به سلامت پائین‌تر می‌باشند (۶-۷).

از آنجا که سنجش کیفیت زندگی زنان باردار در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان اهمیت دارد و این مطالعات در ایران کمتر انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی در سه ماه‌های مختلف دوران بارداری زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهرستان گنبد کاووس انجام خواهد شد.

## روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۵ در مراکز بهداشتی درمانی شهرستان گنبد کاووس انجام شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران با مقدار خطای ۰/۰۵، حجم نمونه بالغ بر ۱۵۰۰ زن باردار و حدود اطمینان ۹۵ درصد استفاده شد که بر این اساس تعداد اعضای نمونه ۳۰۶ نفر برآورد شد. روش نمونه‌گیری بصورت تصادفی خوشه‌ای بود که در آن نمونه‌گیری احتمالی بوده و هر واحد نمونه‌گیری مجموعه‌ای یا گروهی از اعضا است که به خوشه معروف می‌باشد. بنابراین زنان بارداری که در دوران بارداری خود به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه کرده بودند و دارای پرونده بهداشتی بودند به صورت خوشه‌ای بعنوان نمونه انتخاب شدند. معیارهای ورود، تمایل به شرکت در مطالعه، سن ۲۰ تا۴۰ سال، توانایی برقراری ارتباط چشمی و کلامی، قادر به صحبت کردن به زبان فارسی باشد، عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد که مانع همکاری فرد می‌شود، عدم ابتلا به مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه قبل یا حین بارداری، عدم تجربه رویدادهای استرس‌زا در ۳ ماه اخیر (مانند از دست دادن همسر و یا سایر عزیزان و یا دوست بسیار صمیمی)، سطح تحصیلات حداقل تا کلاس پنجم ابتدایی می‌باشد. معیارهای خروج هم عبارتند از: سن ۲۰ کمتر از و یا بالای ۴۰ سال- عدم توانایی برقراری ارتباط چشمی وکلامی، ابتلا به اختلالات روانی حاد که مانع همکاری فرد می‌شود، ابتلا به مشکل پزشکی یا مامایی قابل توجه قبل یا حین بارداری، تجربه رویدادهای استرس‌زا در ۳ ماه اخیر (مانند از دست دادن همسر و یا سایر عزیزان و یا دوست بسیار صمیمی). روش جمع آوری داده‌ها به این صورت بود که اطلاعات دموگرافیک (سن، سن بارداری، تعداد بارداری، پذیرش بارداری، محل سکونت و میزان تحصیلات) در فرمی مستقل توسط مصاحبه‌گر تکمیل شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی *SF-36* است که ۸ آیتم عملکرد جسمانی، درد جسمانی، سلامت روانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی را در افراد می‌سنجد. سوالات این پرسشنامه هم جنبه‌های مثبت دارد و هم جنبه‌های منفی سلامت را می‌سنجد. همچنین از مقیاس‌های درجه بندی لیکرت از تمام اوقات تا هیچ وقت و بلی و خیر برای پاسخ دهی به سوالات متفاوت استفاده می‌شود. حداکثر امتیاز کسب شده برای همه ابعاد ۱۰۰ و حداقل امتیاز صفر می باشد و میانگین استاندارد ابعاد کیفیت زندگی ۵۰ می‌باشد (۲) که نمرات بالاتر دال بر وضعیت سلامتی بهتر و نمرات پائین‌تر نشانگر وضعیت سلامتی ضعیف‌تر هستند (۹-۱۰). روش کار به این صورت بود که بعد از ارائه توضیحات لازم به واحد های پژوهش و اخذ رضایت‌نامه از آنان، پرسشنامه توسط پژوهشگر به روش مصاحبه تکمیل



[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

می‌گردید. به این صورت که سوالات برای تمامی مادران قرائت می‌شد و از آنها خواسته می‌شد تا بر اساس میزان کیفیت زندگی که ۸ بعد از کیفیت زندگی را در بردارد به سوالات پاسخ دهند. هر بعدی متناسب با سوال، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سوال از دو مورد بله و خیر الی ۶ مورد در تمام اوقات- بیشتر اوقات- اغلب اوقات – گاهی اوقات – بعضی وقت‌ها - هیچ وقت را شامل می‌شود. تجزیه وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، نمودارها و شاخص‌های عددی از جمله میانگین و انحراف معیار، به توصیف متغیرهای مورد مطالعه پرداخته شد. سپس با بکارگیری آزمون‌های آماری تی مستقل و تی زوجی و *ANOVA*، نمرات مورد نظر مقایسه شدند. جهت بررسی ملاحظات اخلاقی پژوهش، پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه کتبی از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی وارائه به مسئولین بیمارستان های دولتی شهرستان گنبد کاووس و سپس پس از توضیح اهداف پژوهش برای مسئولین و واحدهای پژوهش، رضایت آنها جلب شد. رضایت نامه آگاهانه کتبی از واحدهای پژوهش اخذ شد و همچنین به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات بدست آمده کاملا محرمانه می‌باشد. همچنین به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند.

## یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰۶ زن با میانگین سنی ۴/۷۴±۲۴/۶ و میانگین سن بارداری ۹±۲۵/۶۴ مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثر زنان باردار (۶۱/۳ درصد) بارداری نخست خود را تجربه می‌کردند. ۸۶ درصد بارداری خواسته داشتند و ۱۴درصد بصورت ناخواسته باردار شده بودند. نزدیک به ۹۰ درصد ساکن شهر و مابقی ساکن روستا بودند. نزدیک به ۶۷ درصد تحصیلات متوسطه و دانشگاهی داشتند و مابقی در مقطع راهنمایی و ابتدایی تحصیل کرده بودند.

**جدول شماره ۱- اطلاعات جمعیت شناختی جمعیت مورد مطالعه**

| متغیر | | درصد |
|---|---|---|
| سن (سال) | ۲۲-۱۸ | ۲۷ |
| | ۲۶-۲۳ | ۲۴ |
| | ۳۰-۲۷ | ۲۹ |
| | بیشتر از ۳۰ | ۲۰ |
| سن بارداری | تریمستر۱ | ۳۰ |
| | تریمستر۲ | ۳۵/۴ |
| | تریمستر۳ | ۳۴/۶ |
| تعداد بارداری | ۲-۱ | ۶۱ |
| | ۴-۳ | ۳۱ |
| | ۵≤ | ۸ |
| پذیرش بارداری | خواسته | ۸۶ |
| | ناخواسته | ۱۴ |
| محل سکونت | شهر | ۸۸/۵ |
| | روستا | ۱۱/۵ |
| میزان تحصیلات | ابتدایی | ۱۷/۶ |
| | راهنمایی | ۱۵ |
| | متوسطه | ۳۹/۲ |
| | دانشگاهی | ۲۸/۲ |
| کل | ۳۰۶ نفر | ۱۰۰ |



[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

میانگین نمرات کسب شده هر یک از ابعاد کیفیت زندگی، در واحدهای مورد پژوهش در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. کمترین امتیاز کسب شده در تریمستر ۱ در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی ۴۲/۳±۳۶/۹ و بیشترین امتیاز مربوط به عملکرد اجتماعی (۶۹/۶±۳۹) بود. در تریمستر ۲ کمترین و بیشترین امتیاز به ترتیب مربوط به احساس نشاط (۵۰/۶±۱۸/۷) و عملکرد اجتماعی (۸۲/۲±۲۱/۸) بود. در تریمستر ۳ نیز همانند تریمستر ۲ کمترین و بیشترین امتیاز به ترتیب مربوط به احساس نشاط (۴۶/۷±۲۶/۷) و عملکرد اجتماعی (۷۳/۶±۳۲/۴) بود (جدول شماره ۲).

**جدول شماره ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد مختلف وضعیت سلامتی در تریمستر۱-۲و۳ زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت**

| ابعاد مختلف وضعیت سلامتی | میانگین و انحراف معیار در تریمستر۱ | میانگین و انحراف معیار در تریمستر۲ | میانگین و انحراف معیار در تریمستر۳ |
|---|---|---|---|
| عملکرد جسمانی | ۴۶/۲± ۶۲/۵ | ۲۰/۲±۷۳/۱ | ۲۴/۹±۶۸/۶ |
| محدودیت جسمانی | ۳۶/۹±۴۲/۳ | ۴۲/۷±۵۱/۴ | ۳۲/۴±۴۸/۵ |
| محدودیت عاطفی | ۴۱/۴± ۴۸/۳ | ۴۴/۵±۵۹/۷ | ۳۰/۱±۵۵/۵ |
| نشاط | ۲۸/۹± ۴۲/۹ | ۱۸/۷±۵۰/۶ | ۲۶/۷±۴۶/۷ |
| سلامت هیجانی | ۳۶/۴± ۴۴/۱ | ۱۸/۴±۵۵/۷ | ۲۹/۹±۵۱/۲ |
| عملکرد اجتماعی | ۳۹± ۶۹/۶ | ۲۱/۸±۸۲/۲ | ۳۲/۴±۷۳/۶ |
| درد | ۲۸/۸ ±۶۱/۴ | ۲۳/۱±۷۴ | ۲۶/۷±۶۹/۹ |
| سلامت عمومی | ۳۲/۳±۴۲/۷ | ۱۵/۱±۵۳/۱ | ۲۰/۸±۴۹/۸ |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۲۹/۳ ±۵۴ | ۳۶/۳±۶۸ | ۴۱/۷±۶۰ |

آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه در این مطالعه بیانگر این مطلب بود که بین میانگین امتیازهای مربوط به ابعاد مختلف کیفیت زندگی با خواسته و ناخواسته بودن بارداری فعلی در تریمستر اول در ابعاد عملکرد جسمانی و محدودیت عاطفی، در تریمستر ۲ در ابعاد محدودیت عاطفی و عملکرد اجتماعی و در تریمستر ۳ در ابعاد عملکرد اجتماعی و احساس درد ارتباط معناداری مشاهده گردید ($P<۰/۰۱$).

**جدول شماره ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد ۸ گانه کیفیت زندگی به تفکیک پذیرش بارداری در تریمستر ۱-۲ و ۳ زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت**

| ابعاد مختلف وضعیت سلامتی | میانگین و انحراف معیار در تریمستر۱ بارداری خواسته / بارداری ناخواسته | | میانگین و انحراف معیار در تریمستر۲ بارداری خواسته / بارداری ناخواسته | | میانگین و انحراف معیار در تریمستر۳ بارداری خواسته / بارداری ناخواسته | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عملکرد جسمانی | ۵۷/۹۹±۲۳/۶۲ | ۵۵/۹۴±۲۲/۱۱ | ۶۱/۲۸±۲۳/۲۸ | ۵۸/۰۶±۲۴/۴۸ | ۵۵±۲۰/۳۰ | ۵۲/۷±۱۸/۳ |
| محدودیت جسمانی | ۵۴/۱۹±۳۵/۰۴ | ۶۸/۵۰±۳۵/۶۴ | ۷۴/۸۰±۳۱/۷۹ | ۷۱/۷۹±۳۴/۴۹ | ۵۳/۴±۴۲/۶ | ۴۲/۴±۳۵ |
| محدودیت عاطفی | ۵۷/۴۱±۳۸/۸۶ | ۷۸/۶۶±۳۱/۴۱ | ۸۲/۵۲±۲۶/۶۲ | ۷۳/۵۰±۳۶/۰۱ | ۴۵±۴۳/۴ | ۳۱/۴±۴۳/۸ |
| نشاط | ۵۱/۸۳±۱۹/۹۷ | ۵۷/۰۰±۲۰/۷۲ | ۵۹/۲۳±۱۹/۰۳ | ۴۹/۷۴±۲۱/۱۴ | ۵۱/۹±۱۹/۵ | ۴۲/۷±۱۴/۹ |
| سلامت هیجانی | ۵۶/۸۰±۱۸/۸۵ | ۶۸/۰۸±۱۹/۴۵ | ۷۳/۳۸±۱۷/۶۲ | ۶۱/۶۴±۲۰/۳۴ | ۵۷/۱±۱۸/۲ | ۴۸/۶±۲۰/۶ |
| عملکرد اجتماعی | ۵۶/۱۲±۲۵/۲۴ | ۷۲/۰۰±۲۴/۵۵ | ۷۴/۴۱±۲۰/۷۷ | ۶۶/۳۴±۲۵/۸۳ | ۶۳/۷±۲۲/۸ | ۵۱/۷±۱۶/۲ |
| درد | ۴۹/۵۰±۲۵/۵۷ | ۶۳/۷۰±۱۸/۵۳ | ۶۷/۶۹±۲۰/۹۹ | ۶۴/۱۰±۲۲/۹۸ | ۶۵/۳±۲۳/۷ | ۵۵±۲۳/۸ |
| سلامت عمومی | ۵۴/۰۳±۱۵/۰۲ | ۵۹/۴۰±۱۶/۲۱ | ۶۵/۲۸±۱۶/۶۰ | ۵۴/۶۱±۱۵/۴۹ | ۵۴/۴±۱۵/۴ | ۴۵/۶±۱۱/۳ |
| نمره کل کیفیت زندگی | ۵۵/۷۵±۲۲/۱۸ | ۶۵/۸۰±۳۲/۴۵ | ۶۹/۸۲±۴۵/۷۸ | ۶۰/۴۵±۷۴/۶۵ | ۵۸/۵۵±۲۹/۱۲ | ۴۷/۴۲±۲۵/۳۴ |



[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

در بررسی تحلیلی ارتباط بین متغیرهای سن، سن بارداری، تعداد بارداری، پذیرش بارداری، محل سکونت و میزان تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت و میانگین کل نمرات کیفیت زندگی در سه ماهه‌های مختلف در سایر متغیرها با هم مقایسه شد (آزمون تی). بدین ترتیب بیشترین نمره مربوط به کیفیت زندگی در بازه سنی ۲۳-۲۶ با میانگین و انحراف معیار ۶۵/۱۵±۲۲/۶۸ و کمترین نمره در بازه‌ی سنی بیشتر از ۳۰ سال با میانگین و انحراف معیار ۵۹/۲۷±۲۴/۵۸ بود ($P$=۰/۴۸۳). در متغیر سن بادار بیشترین میزان کیفیت زندگی در تریمستر ۲ با میانگین و انحراف معیار ۶۷/۷۳±۱۷/۲۳ و کمترین میزان آن در تریمستر ۱ با میانگین ۶۳/۴۶±۲۱/۷۹ بود. افرادی که شکم اول و دوم بودند با میانگین و انحراف معیار ۶۷/۰۳±۲۲/۱۴ بیشترین میزان کیفیت زندگی را داشتند و به همین ترتیب زنان بارداری که بارداری خواسته داشتند، تحصیلات دانشگاهی داشته و محل سکونت‌شان در شهر بوده از بالاترین امتیاز کیفیت زندگی برخوردار بودند ($P$<۰/۰۰۱).

جدول شماره ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی به تفکیک ویژگی‌های واحدهای پژوهش

| ویژگی های افراد | | میانگین | انحراف معیار | *p-Value* |
|---|---|---|---|---|
| سن (سال) | ۲۲-۱۸ | ۶۸/۹۳ | ۱۶/۹۴ | ۰/۰۹۸ |
| | ۲۶-۲۳ | ۶۵/۱۵ | ۲۲/۶۸ | ۰/۴۸۳ |
| | ۳۰-۲۷ | ۶۴/۰۲ | ۲۲/۵۸ | ۰/۵۰۸ |
| | بیشتر از ۳۰ | ۵۹/۲۷ | ۲۴/۵۸ | ۰/۶۷۸ |
| سن بارداری | تریمستر۱ | ۶۳/۴۶ | ۲۱/۷۹ | ۰/۶۳۵ |
| | تریمستر۲ | ۶۳/۷۳ | ۱۷/۲۳ | ۰/۰۰۰ |
| | تریمستر۳ | ۶۵/۱۶ | ۲۱/۴۹ | ۰/۰۱۲ |
| تعداد بارداری | ۲-۱ | ۶۷/۰۳ | ۲۲/۱۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | ۴-۳ | ۶۴/۱۵ | ۱۴/۷۲ | ۰/۰۰۱ |
| | ۵≤ | ۵۷/۸۱ | ۱/۷۵ | ۰/۱۹۴ |
| پذیرش بارداری | خواسته | ۷۰/۰۲ | ۱۶/۷۱ | ۰<۰/۰۰۰۱ |
| | ناخواسته | ۵۶/۹۷ | ۱۷/۷۶ | ۰/۰۴۸ |
| محل سکونت | شهر | ۶۴/۱۵ | ۲/۶۸ | ۰/۴۸۳ |
| | روستا | ۵۶/۴۹ | ۱/۷۷ | ۰/۷۸۷ |
| میزان تحصیلات | ابتدایی | ۵۰/۹ | ۲/۰۶ | ۰/۶۷ |
| | راهنمایی | ۵۷/۷ | ۲/۶ | ۰/۰۲۷ |
| | متوسطه | ۶۶/۷ | ۱۷/۳۴ | ۰/۰۶۶ |
| | دانشگاهی | ۷۴/۳ | ۱۴/۳۶ | ۰<۰/۰۰۰۱ |

[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

**بحث و نتیجه‌گیری**

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره کل کیفیت زندگی کسب شده درسه ماهه اول ۲۹/۳±۵۴ و در سه ماهه دوم و سوم نیز به ترتیب ۳۶/۳±۶۸ و ۴۱/۷±۶۰ بود. با توجه به آیتم‌های کیفیت زندگی در سه ماهه اول کمترین نمره مربوط به بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی با امتیاز ۳۶/۹±۴۲/۳ و بیشترین نمره مربوط به عملکرد اجتماعی ۳۹±۶۹/۶ می‌باشد. در سه ماهه ۲ کمترین نمره مربوط به بعد احساس نشاط با امتیاز ۱۸/۷±۵۰/۶ و بیشترین نمره مربوط به عملکرد اجتماعی با امتیاز ۲۱/۸±۸۲/۲ می‌باشد. در سه ماهه سوم نیز کمترین نمره مربوط به بعد احساس نشاط با امتیاز ۲۶/۷±۴۶/۷ و بیشترین نمره هم مربوط به بعد عملکرد اجتماعی با امتیاز ۳۲/۴±۷۳/۶ می‌باشد.

تغییرات دوران بارداری و بروز یک سلسله ناراحتی‌ها و مشکلات در هر ۳ دوره که مشکل هر سه ماهه خاص خود آن بوده و وابسته به شرایط جسمانی و روانی زنان باردار است، می‌تواند تاثیر قابل ملاحظه‌ای در تمام ابعاد کیفیت زندگی بگذارد و توانایی زنان باردار را برای انجام نقش‌های معمول زندگی تغییر دهند.

در مطالعه *Johnsen* و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی کیفیت زندگی و خستگی در حین دوران بارداری پرداخته در سه ماهه دوم در مقایسه با سه ماهه اول و سوم، میانگین نمرات حیطه جسمی بطور معناداری بالاتر بود که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۲۸). در این پژوهش در سه ماهه اول مشکلاتی همچون تهوع و استفراغ بارداری، خستگی، ضعف و بیحالی، نمرات کیفیت زندگی را کاهش داد. همچنین نیاز به درمان و مراقبت‌های بارداری در سه ماهه اول بیشتر و مرتفع‌تر بود. نتایج حاصل از پژوهش *Dalfra* و همکاران نشان داد که در سه ماهه دوم بارداری مشکلاتی همچون تهوع و استفراغ و کاهش وزن و افت کیفیت زندگی را داریم که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد. بالطبع تجربه ی خستگی و بیحالی و مشکلات روحی و روانی در دوران بارداری کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وجود این اختلالات باعث کاهش سطح انرژی و توانایی‌های زن باردار شده و انجام فعالیت های روزمره در سه ماهه اول برایش دشوار خواهد بود که احتمالاً مجموع این عوامل می‌تواند کاهش میانگین نمرات کیفیت زندگی را منجر شود(۲۶). از نظر سلامت روانی طبق مطالعه *Johnson* و همکاران مادران باردار سه ماهه دوم و سوم نمره کیفیت زندگی بالاتری دارند و علتش این است که حمایت‌های روحی و روانی و عزت نفس بالایی که با به پایان رسیدن بارداری بصورت زایمان موفق و شرکت در کلاس های بارداری و تصمیم گیری برای نوع زایمان، همراه می‌باشد در این برهه زمانی وجود دارد (۲۸). همچنین در این مطالعه تغییرات کیفیت زندگی در سه ماهه مختلف در بارداری خواسته و ناخواسته مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج نشان داد که ۲ گروه در دوره های ۳ ماهه خود از نظر کیفیت زندگی با هم تفاوت چندانی ندارند. از آنجا که این مقایسه در ۳ ماهه‌های مختلف انجام شد احتمال دارد که شرایط کیفیت زندگی در آن سه ماهه باعث شود زنان باردار در آن مقطع زمانی بارداری ناخواسته را پذیرفته و کیفیت زندگی خوب را نشان دهند. نتایج مطالعه ای در چین نشان داد که حاملگی ناخواسته از ریسک فاکتورهای افسردگی و استرس شدید در سه ماهه ۲ می باشد(۲۰).همچنین نتایج مطالعه ای نشان داد که افراد دارای بارداری ناخواسته در سه ماهه ۳، کیفیت زندگی پائین‌تری را نشان می‌دهند و بچه را موجود ناخواسته و مزاحم تلقی کرده و مانع فعالیت‌هایشان می‌دانند، بنابراین نمره‌ی کیفیت زندگی درآنها پائین است (۲۱). اگرچه در دو گروه در دوره قبل از زایمان، از بعد وضعیت جسمانی تفاوت اندکی در زنان با بارداری خواسته نداشتیم، مشخص شد که گروه بارداری خواسته از بعد وضعیت جسمانی، از بارداری به شیردهی تغییر مثبت کرده‌اند در حالی که زنان با باردری ناخواسته هیچ بهبودی در وضعیت جسمانی، رونی و اجتماعی نداشتند. همچنین در مطالعه کاراکام زنان با بارداری ناخواسته از مشکلات جسمانی بیشتری در دوره ی بعد از زایمان شکایت داشتند که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۱۸). نتایج مطالعه‌ی عزیزی در سلاس کرمانشاه (۲۰۰۷) نشان داد که زنان با باردری ناخواسته در مقایسه با بارداری خواسته در سه ماهه ۲ و ۳، نمره کیفیت زندگی پائین‌تری در ۲ حیطه جسمانی و روانی کسب نموده اند (۲۱). مطالعه حاضر نشان



[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

داد که کمترین امتیاز مربوط به احساس نشاط در سه ماهه دوم و محدودیت عملکرد ناشی از مشکل جسمانی در سه ماهه یک و سه وجود دارد. بررسی انجام شده در مطالعه *Otchet* و همکاران نشان دادکه زنان باردار در ابعاد سلامت عمومی و احساس نشاط دارای سلامت اندکی نسبت به جمعیت سالم هستند (۲۲). تغییرات دوران بارداری و بروز یک سلسله ناراحتی‌ها مشکلات در دوران بارداری مثل تهوع و استفراغ در سه ماهه اول، خستگی، درد (پشت پا، کشاله ران) و کرامپ پاها در سه ماهه دوم و تنگی نفس و بروز عفونت‌های ادراری ناشی از افزایش ترشحات واژن و کمردرد در سه ماهه سوم و غیره می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر روی فعالیت‌های روزانه زنان باردار داشته باشند و توانایی آنها را برای انجام دادن نقش‌های معمول زندگی تغییر دهند. در بررسی متغیر سن، بیشترین تفاوت در میانگین امتیازها در ابعاد عملکرد جسمانی مشاهده شد و زنان باردار در سنین بالاتر از ۳۰ سال از امتیاز کمتری برخوردار بودند، همچنان که مطالعات، تأثیر سن بر عملکرد جسمانی در زمان غیر بارداری را نشان داده‌اند (۲۵و۲۶). در رابطه با بعد جسمانی در سه ماهه اول این نمره بالا نیست ولی در سه ماهه دوم و سوم بالاست همچنین با افزایش سن مادران باردار این نمره به نسبت کاهش یافته و در سنین بالا کیفیت زندگی به علت خستگی زیاد کاهش می‌یابد. *Hueston* و همکاران، در مطالعه‌ای با عنوان تغییرات وضعیت سلامت عملکرد در طی بارداری نتیجه گرفتند که بعدهای عملکرد جسمانی ($P<۰/۰۰۱$)، محدودیت ناشی از مشکلات جسمانی ($P<۰/۰۰۱$) و درد بدن ($P<۰/۰۰۱$) با پیشرفت بارداری کاهش می یابد (۲۴). مطالعه *Otchet* و همکاران نیز نشان داد که زنان باردار طبیعی در ۳ ماهه سوم، میزان عملکرد وابسته به سلامت ضعیف‌تری ($P< ۰/۰۰۱$) در مقایسه با جمعیت کنترل دارند. این زنان در ابعاد زیر نمرات کمتری را کسب کرده‌اند: درد بدن (۲۱/۸۶ در مقابل ۷۹/۶۱)، عملکرد جسمانی(۶۲/۹۱ در مقابل ۸۹/۱۲)، محدودیت عملکرد فیزیکی ناشی از مشکلات سلامت جسمانی (۴۵ در مقابل ۸۶/۷۳) (۲۲). در بررسی رابطه متغیر تعداد بارداری، میانگین امتیازهای اکثر ابعاد کیفیت زندگی در زنان بارداری که اولین بارداری خود را تجربه کرده‌اند در سه ماهه دوم نسبت به سه ماهه اول و سوم، بیش از زنان بارداری بوده که در حال سپری کردن دوره دوم بارداری یا بیش از آن بوده اند. در بررسی رابطه متغیر میزان تحصیلات، زنان تحصیل کرده در مقایسه با زنان با تحصیلات پائین، از میانگین امتیازات بالاتری بخصوص در بعد روانی و بعد عملکرد جسمانی برخوردار بودند. یافته های مختلف نشان داده است که تحصیلات به عنوان امتیازی مثبت در برخورداری از یک زندگی سالم، طی دوران بارداری بوده و این امر به احساس سلامتی بهتر و رضایت از دوران بارداری منجر می‌گردد (۲۷).

با توجه به شواهد موجود، در بین مادرانی که بارداری ناخواسته دارند، بروز اختلالات روانی زیادتر است که این خود می‌تواند با کاهش کیفیت زندگی در ابعاد سلامت روانی و محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی همراه باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بیشترین تأثیر منفی در حیطه‌های سلامت روانی زنان باردار بویژه در حیطه عملکرد اجتماعی آنان بوده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بارداری اثری منفی بر عملکرد فیزیکی و اجتماعی زنان داشته است. در واقع، از آنجا که زنان باردار اختلال عملکرد فیزیکی داشته‌اند، این امر بر احساس سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده و موجب اثر متقابل بر سلامت روان این گروه شده است. در اینجا ذکر این نکته لازم است که سلامت روان زنان در دوران بارداری تحت تأثیر اثر عواملی مثل: احساس در مورد هویت زنانگی، زندگی زناشویی، ارتباط با خانواده همسر و احساس زن در مورد توافقات و تضادها، ارتباط جنسی و خواستن و نخواستن کودک قرار می‌گیرد. همچنین بارداری و زایمان همچون حلقه‌های زنجیر بهم پیوسته است و جسم و روان زن را بطور اجتناب ناپذیری تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۶)، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعه‌ای نشان داد که ۲-۶ درصد زنان باردار دچار علائم حاد تا شدید در سلامت روان خود می شوند، بطوریکه یک زن در خون بارداری و بعد از زایمان نسبت به دو سال قبل از بارداری حدود ۲۰ برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن به دلیل اختلالات روانی پیدا می‌کند (۲۷). در دوران بارداری زن شروع به صحبت کردن با جنین نموده و نگران رشد و تکامل جنین خود است. لذا زن



[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

باردار ممکن است حس کند کنترل شخصی وی جهت حل مشکلات کاهش یافته است در نتیجه حس انزوا و کاهش فعالیت‌های اجتماعی همراه با کاهش تماس‌های روزانه، توان اجتماعی زن را بطور کلی کاهش می دهد و زمینه مشکلات روانی در حیطه‌ی عملکرد اجتماعی را در دوران بارداری برای او فراهم می نماید (۲۸). یافته‌های مطالعه‌ای به این صورت بود که اضطراب بارداری در سه ماهه سوم شیوع بیشتری دارد و عمده‌ترین مورد روانشناختی مرتبط با آن نگرانی در مورد نقش مادری، نگرانی در خصوص تغییرات بدنی و نگرانی در مورد فقدان حمایت‌های اجتماعی بوده‌اند. گروهی از محققان اظهار داشته‌اند که اضطراب بارداری سبب حالات کم خوابی و بد خوابی در نوزادان شده است (۲۹). نتایج مطالعه دیگری بیانگر شیوع بالای افسردگی در سه ماهه اول بارداری بوده است و عوامل مهم دخیل در آن را سابقه قبلی افسردگی، مشکلات زناشویی، مرگ عزیزان و تفکر مداوم در مورد اختلال در توانایی زن جهت اقدامات خود مراقبتی در طول بارداری دانسته‌اند (۳۰). در مطالعه حاضر، افردی که بارداری ناخواسته داشته‌اند بخصوص در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی، کیفیت زندگی پائین‌تری داشته‌اند. هرچند که برای تعیین تأثیر دقیق این متغیر بر امتیاز کیفیت زندگی، نیاز به حجم نمونه‌های بیشتری است که دارای تعداد کافی نمونه های حاملگی خواسته و ناخواسته باشد. یافته های مطالعه اکبر زاده و همکاران (۱۳۹۲) نشان می‌دهد که افرادی که بارداری ناخواسته دارند، ۲۰/۵ برابر شانس بیشتری برای داشتن زندگی با کیفیت پائین دارند که با مطالعه ما همخوانی دارد (۱۳). میزان بروز بارداری ناخواسته، یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی کیفی خدمات تنظیم خانواده است که سلامتی بارزی را در تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۹) از آنجا که در این مطالعه کیفیت زندگی زنان باردار در سه ماهه‌های مختلف با هم مقایسه شده‌اند، بنابراین بر اساس نتایج کل بدست آمده کیفیت زندگی زنان باردار در سه ماهه‌ی دوم بالاتر از همه و در سه ماهه اول کمتر از سایر دوره های بارداری می‌باشد.

این مطالعه نیز مانند سایر مطالعات عاری از محدودیت نبوده و می‌توان به اجرای طرح در شهرستان گنبد کاووس اشاره کرد که نتایج آن قابل تعمیم به سایر شهرها و سایر افراد جامعه نبوده و همچنین غیرهم زبان بودن افراد و استفاده از افراد هم زبان از محدودیت های دیگر مطالعه است. در نتیجه پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده در سطح وسیع تری در سایر نقاط شهری و روستایی و در سایر گروه‌های جامعه و انتخاب افراد هم زبان به عنوان جمع آورنده اطلاعات در مطالعه انجام گردد. بر اساس نتایج این مطالعه بالاترین نمره کیفیت زندگی مربوط به سه ماهه دوم بارداری و بعد از آن مربوط به سه ماهه سوم و سه ماهه اول می باشد. بنابراین مراقبین بهداشتی باید تمرکز بیشتری روی علائم و نشانه های اختلالات در سه ماهه‌ها داشته باشند. به عنوان نمونه تهوع و استفراغ در سه ماهه اول، درد دندان و استخوان درد در سه ماهه دوم و کمر درد و افزایش وزن و سوزش و عفونت های ادراری در سه ماهه سوم بارزترین علائم بوده و بخاطر اینکه این علائم بسیار ملموس هستند و براحتی قابل ارزیابی اند، توجهات لازم می‌تواند در امر افزایش کیفیت زندگی این مادران موثر باشد.

## تشکر و قدردانی

این پژوهش تحت حمایت و مصوب مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و مسئولین محترم سایر مراکز بهداشتی درمانی تحت نظارت شبکه بهداشت شهرستان گنبد کاووس، تقدیر به‌عمل می‌آید.

[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

## *References*

*1. Makvandi S, Etemadi A. pregnant women QOL that referral to Ize City at 2011. Kermanshah UMS Jornal2013 ;16(1): 37-42. [In Persian]*

*2. Zahedi M, Deris F. the quality of life in pregnant women in farokhshahr city,2012. Jornal of nursing and Midwifery. 2014; 3(3): 63-69. [In Persian]*

*3. Jouibari L, Sanagu A, CHehregosha M. QOL in pregnant women that have vomiting. Qom UMS J 2013 ; 6(2): 88-94. [In Persian]*

*4. Karami Kh ,Mardani A. Mental health and QOL relationship in pregnant women. NTJ 2014 ; 2(1) : 12-17. [In Persian]*

*5. payamani F, Foroghi S, Kamali M, Godarzi F, Miri M, Bayat M, SeyedEmami R. QOL comparison in normal and highrisk pregnant women. Lorestan UMS J 2010; 5(14,15) : 1-4. [In Persian]*

*6. Shishegar S, Dolatian M, Bakhtiari M, AlaviMajd F. assessment of social support and QOL and stress level in pregnant women.Beheshti UMS J 2014; 23(81): 27-32. [In Persian]*

*7. Abaszade F, Bagheri A, Mehran N. Different Dimension of QOL in pregnant women.Payesh J 2010; 9(1): 69-75.*

*8. Kuleshova Kseniya V. the influence of a pregnant women's social well being on the quality of her life. Psychology in Russia 2012;1: 219-228*

*9. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber M, EbrahimZade S, Khani S. assessment of model of delivery and QOL after delivery. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS). 2 010: 47-53. [In Persian]*

*10. Mortazavi F, Mosavi S, Khosravi A, Davarzani M. maternal QOL in women with wanted and unwanted pregnancy.Sabzevar UMS J 2015; 19(3):1-12. [In Persian]*

*11. Mohammadi J, Begian M, Mousavi S. assessment of relation the social support emotion and QOL in women. SCJ 2013; 31: 143-156. [In Persian]*

*12. abaszadeh F, KafaeiAtrian M, MasoudiAlavi N, Bagheri A, Sadat Z, Karimian Z. relationship Between QOL and Depression in pregnant women. . Kashan uneivr med sci J. 2013; 2(2): 193-197. [In Persian]*

*13. Akbar zadeh M, Toosi M, Zare N, Farkhoundeh Sh. Effect of relaxation training to pregnant mothers on QOL and post partum blues. Knowledge & health 2012 ;7(2): 34-39. (in Persian)*

*14. Bayat M. assessment of QOL in pregnant women. . Jornal of nursing and Midwifery 2 010 : 575-587. [In Persian]*

*15. Safarzadeh A, Boryri T, Khojaste F, Navvabirigi SD. Evaluation of QOL and pregnancy outcome in overweight pregnant women in zahedan. J pain relief 2013; 2(3): 1-4. (in Persian)*

*16.GoldenBerg RL, Golhane JF (2005) pre pregnancy health status and the risk of preterm delivery. APM; 159: 85-91.*

*17. Amador N, Jose M, Benigmol k .Quality of life in secondary trimester pregnant women. Am J Obstet Gynecol. 2010;23: 198-203.*

*18. Karacam Z, Onel K, Gercek E. effect of unplanned pregnancy on maternal health in turkey midwifery 2011;27(2): 288-293*

*19. Lau y, yin L. maternal obstetric variable perceived stress and HRQOL among pregnant women in macao, china, . Journal of Midwifery & Women's Health 2 011; 27(5): 668-673.*

*20-Li J, Mao J, DU Y, Morris JL, Gong G, Xiong X. HRQOL among pregnant women with & without depression in Hubei, china. MCHJ 2012 oct; 16(7): 1355-1363.*

[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

*21. Azizi A, Amirian F, pashaei T, Amirian M. Prevalence of unwanted pregnancy and its relationship with HRQOL for pregnant women in salas city, Kermanshah iran 2007. Iranian journal of OGI 2011; 14(5): 25-29.(in Persian)*

*22. Otchet F, Careys MS, Adam L. General health & psychological symptom status in pregnancy and the purperium: what is normal ?obstetrics and gynecology 1999; 94(935-941).*

*23.Hemingway H, Nicholson A, Marmot M. the impact of socioeconomic ststus on health functioning as assessed by the SF 36 questionnaire: the Whitehall 2 study. AJPH 1997; 87: 1484-1500.*

*24. Hueston W, Kasic-miler S. changes in functional health status during normal pregnancy. The journal of family practice 1998; 46: 209-212.*

*25. Nakamura Y, Takeishi Y, Atogami F, Yoshizawa T.assessment of QOL in pregnant Japanese women: comparison of hospitalized , outpatient and non-pregnant women. Nurse health sci 2012; 14(2): 182-188.*

*26. Dalfra MG, Nicolucci A, Bisson T, Bonsembiante B, Lapolla A. QOL in pregnant & post partum : a study in diabetic patient . Quality of life research 2012; 21(2): 291-298.*

*27. Wang P,Liou SR, Cheng CY. Prediction of maternal QOL on Preterm birth and low birth weight : a longitudinal study. BMC pregnancy childbirth 2013;13: 124.*

*28. Johnsen Rd ,Oconnor TG, Caprariello P, blackmore ER, Gregory AM, glover V, Fleming P. prenatal mood disturbance predicts sleep problems in infancy and Toddlerhood. Early Hum Dev 2007; 83(7):451-458.*

*29.Mirmohammadli M, Khakbazan Z, Kazemnejad A, Abaszadeh F. Comparison of QOL & Depression among Women with normal and high risk pregnancy. Hayat 2007;13(1):35-42. [In Persian]*

*30. Montazery A, Goshtasabi A, Vahdaninia M. The translation and short form health Survey SF-36 : validation study of the Iranian version. Payesh 2006; 1:49-56. [In Persian]*

[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]

# *The comparisional assessment quality of life in different trimasters of pregnant women referral to the Sanitarian & clinical centers of Gonbade Qaboos City at the year of 2016*

***Noureddini A[1], Sanaqoo A[2], Jouybari L[3]***

*1. Msc of Nursing, Borzooye Hspital, Gonbade kavoos, iran.*
*2 Associate Professor, Nursing Research Center, Goletsan University of Medical Sciences, Golestan, Iran*
*3. Associate Professor, Education development center, Goletsan University of Medical Sciences, Golestan, Iran*

***Abstract***

***Background & Aim:*** *one of the important result of the health, is the quality of life and attention to that is the necessary. In attention to more panic of pregnancy period, present research done by goal of comparisson the QOL at different trimasters of pregnancy period*
***Materials & Methods:*** *present study is descriptive analytical and was done at the year of 2016 in the Gonbad city. Samples was 306 person that selection by cluster randomized method. Study tool is the questionaire thet first part related to demographic data and second part related to QOL assessment SF-36 , and 8 dimension of QOL details. Analysis of data done by statistical method such as T-test and ANOVA, and all data checking by SPSS- 18 software.*
***Results:*** *By attention to getting Scores at the first trimasters mean of Whole QOL 54±29/5 and at the second and third trimasters sequence 68±36/3 and 60±41/7. Minimum scores that getting at the first trimaster functional limitation result from physical problem was 42/3±36/9 and maximum Score related to social function 69/6±39. At the second trimaster minimum and maximum scores related to esprite sense 50/6±8/7 and social function 82/2±21/8. At the third trimaster minimum and maximum score related to sprite sense 46/7±26/7 and social function 73/6±32/4.*
***Conclusion:*** *In attention to this study results, maximum of QOL score related to twoist trimaster and after this related third trimaster then. Thus health assessors most focuses do to the sign & symptoms in all trimasres.*

***Key Words:*** *quality of life, pregnancy, First-second and third trimaster*

[ Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-30 ]