

Research Paper

Quality of Life in Adolescent Pregnant Women Referred to Healthcare Centers in Arak

Maryam Amini¹ , *Maryam Gharacheh² , Syedeh Batool Hasanpoor-Azghady¹ , Shima Haghani² 

Citation Amini M, Gharacheh M, Hasanpoor-Azghady SB, Haghani SH. [Quality of Life in Adolescent Pregnant Women Referred to Healthcare Centers in Arak (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138):406-421. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3118>

<https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3118>



ABSTRACT

Background & Aims Pregnancy is associated with physiological and psychological changes. Pregnancy in adolescence may affect the quality of life (QoL) of young women. This study aims to investigate the QoL of adolescent pregnant women in Arak, Iran.

Materials & Methods This cross-sectional study was conducted on 217 adolescent pregnant women referred to comprehensive health centers in urban areas of Arak city in 2020 who were selected by a multi-stage sampling method. A demographic form and the QoL gravidarum questionnaire (QoL-GRAV) were used to collect information. Descriptive statistics were used to describe the data and independent t-test, analysis of variance, and Pearson correlation test were used to examine the relationship between the study variables in SPSS software, version 22. Significance level was set at 0.05.

Results The mean age of participants was 17.86 ± 1.42 years. Their mean total score of QoL was 1.83 ± 0.56 , which was higher than average. They had the highest score in the psychological health domain (Mean=2.01) and the lowest score in the social functioning domain (Mean=1.5). Mother's educational level, husband's educational level, economic status, and pregnancy status (unplanned/planned) according to women and their husbands had a statistically significant relationship with the QoL.

Conclusion The QoL of adolescent pregnant women in Arak is higher than the average. Those with higher educational level, those with husbands having higher educational level, those with better economic status, and those with planned pregnancy have better QoL.

Received: 13 Jun 2022

Accepted: 23 Jul 2022

Available Online: 01 Nov 2022

Keywords:

Quality of life,
Pregnancy,
Adolescence

1. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Maryam Gharacheh, Assistant professor.

Address: Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 88671613

E-Mail: gharacheh.m@gmail.com

Extended Abstract

Introduction

Pregnancy is a physiological condition that is associated with many physical and psychological changes. Pregnancy in adolescence is a serious public health concern that affects the health of the mother and the child and affect the quality of life (QoL) of mother. In developed countries, 1 in 3,800 adolescent girls dies from pregnancy, while in developing countries it is 1 in 150 adolescent girls. Each year, about 3.9 million adolescents aged 15-19 have an unsafe abortion. The risk of mortality due to pregnancy in adolescents aged 15-19 years is twice the risk in the age group >20 years and in the group of 10-14 years, the risk is 5 times higher than in adults. This increases the risk of maternal mortality and health problems and has negative emotional effects on adolescents. Therefore, this study aims to determine the QoL in adolescent pregnant women referring in Arak, Iran.

Method

This cross-sectional study was conducted on 217 adolescent pregnant women referred to comprehensive health centers in urban areas of Arak city in 2020 who were selected by a multi-stage sampling method. Demographic form and quality of the quality of life gravidarum questionnaire (QoL-GRAV) were used to collect information where the lower score shows the higher QoL. Descriptive statistics were used to describe the data and independent t-test, analysis of variance, and Pearson correlation test in SPSS v.22 software were used to examine the relationship between the study variable and demographic/obstetric factors. Significance level was set at 0.05.

Results

The mean age of participants was 17.86 ± 1.42 . The mean total QoL score was 1.83, which was lower than the median score of 3. They had the highest score in psychological health domain (Mean=2.01). Participants had the lowest average score in the social functioning domain (Mean=1.5), which was lower than the median score. Women's educational level, husband's educational level, economic status, and pregnancy status (unplanned/planned) according to women and their husbands had a significant relationship with the QoL. The mean score of QoL in women with primary education was significantly higher than in those with middle school and high school education, indicating their poor QoL.

Discussion

The results of this study showed that the QoL of adolescent pregnant women in Arak is higher than the average. Among the domains of QoL, psychological health showed the highest score, while social functioning had the lowest score, which indicates that the QoL of pregnant adolescents was higher in social functioning than other domains. The pregnant women with higher educational level, those with husbands with higher educational level, those with better economic status, and those with planned pregnancy had better QoL. It seems that the childbirth preparation programs and the emphasis of health centers on the participation of pregnant mothers in these courses in recent years and the teaching of relaxation techniques have played an effective role in reducing the problems of mothers, especially adolescent pregnant women, and have thus increased their QoL. In addition, family support and education of husbands to support their pregnant wives, have played an important role in reducing the stress and depression of pregnant mothers and have thus improved the QoL in the social functioning domain.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1399.521).

Funding

The paper was extracted from the MSc. Dissertation of Maryam Amini, Department of Reproductive Health and Midwifery, [Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences](#). This research was supported by the research project (No. 18330), Funded by [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization, Methodology and Supervision: Maryam Gharacheh and Maryam Amini; Data collection: Maryam Amini; Data analysis: Shima Haghani and Batool Hasanpoor-Azghadi; Funding acquisition and Resources: Maryam Gharacheh; Investigation, Writing – original draft, and Writing – review & editing: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors acknowledged the vice chancellor for research of [Iran University of Medical Sciences](#) and [school of Nursing and Midwifery](#), and all the women participated in this study.

مقاله پژوهشی

کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت اراک

مریم امینی^۱، *مریم قراچه^۲، سیده بتول حسن پور ازغدی^۱، شیما حقانی^۲

Use your device to scan and read the article online



Citation Amini M, Gharacheh M, Hasanpoor-Azghady SB, Haghani SH. [Quality of Life in Adolescent Pregnant Women Referred to Healthcare Centers in Arak (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(138):406-421. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3118>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.138.3118>

چیکید

تاریخ دریافت: ۲۳ خرداد ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۱ مرداد ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۱۰ شهریور ۱۴۰۱

زمینه و هدف: بارداری یک حالت فیزیولوژیک است که با تغییرات جسمی و روانی فراوانی همراه است. هم‌زمان شدن بارداری با دوران نوجوانی که یک دوره بحرانی در زندگی فرد محسوب می‌شود، ممکن است کیفیت زندگی زنان را تحت تأثیر قرار دهد. از این جهت، این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت اراک در سال ۱۳۹۹ انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه یک پژوهش مقطعی بود که بر روی ۲۱۷ نفر از زنان باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهری اراک در سال ۱۳۹۹ انجام شد. روش نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای بود. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی در دوران بارداری استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس و آزمون همبستگی پیرسون در نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین سنی زنان باردار مورد مطالعه $17/86 \pm 1/42$ سال بود. میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی $1/83 \pm 0/56$ بود که بالاتر از حد متوسط است. زنان باردار نوجوان مورد پژوهش در حیطه عملکرد روانی کیفیت زندگی، بالاترین نمره (با میانگین ۲/۰) و در حیطه عملکرد اجتماعی، پایین‌ترین میانگین نمره (با میانگین ۱/۵۰) را کسب کردند. از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، تحصیلات مادر نوجوان باردار، تحصیلات همسر و وضعیت اقتصادی و از میان مشخصات باروری، برنامه‌ریزی شده و بدون برنامه‌ریزی بودن بارداری از نظر مادر و همسرش با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی و هریک از حیطه‌های آن در زنان باردار نوجوان بالاتر از حد متوسط است. همچنین کیفیت زندگی در نوجوانان بارداری که خود و همسرشان تحصیلات بالاتری داشتند، از وضعیت اقتصادی مطلوب‌تری برخوردار بودند و تجربه بارداری خواسته از طرف خود و همسرشان داشتند، بالاتر بود.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، بارداری، نوجوان

- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

مریم قراچه

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی.

تلفن: ۸۸۶۷۱۶۱۳ (۲۱) ۰۹۸+

رایانامه: gharacheh.m@gmail.com

مقدمه

کیفیت زندگی زنان ممکن است به‌طور منفی تحت تأثیر تغییرات دوران بارداری قرار گیرد. علائم جسمی مرتبط با بارداری نظیر خستگی، تهوع، استفراغ و تنگی نفس ممکن است به‌طور بالقوه بر زندگی زنان طی بارداری اثر منفی داشته باشند. بروز این مشکلات، توانایی زن باردار را در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نهایت بر سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی و در مجموع بر کیفیت زندگی وی در مراحل مختلف بارداری اثر می‌گذارد. به همین دلیل پیش‌بینی می‌شود که سطح کیفیت زندگی زنان باردار پایین‌تر از زنان غیرباردار هم‌سن باشد [۱۱]. از طرف دیگر، زنان باردار نوجوان علاوه بر چالش‌های سایر زنان باردار، با مشکلات بیشتری مواجه هستند. نیازهای روانی و اجتماعی نوجوانان باردار نسبت به نیازهای نوجوانان غیرباردار در همان سن افزایش می‌یابد [۱۲]. بنابراین ممکن است کیفیت زندگی در نوجوانان باردار با بالغین متفاوت باشد. یک مرور نظام‌مند نشان داد نوجوانان بیشتر در معرض خطر عواقب بارداری و زایمان هستند [۱۳].

بارداری زود هنگام برای نوجوانی که هنوز از نظر جسمی و جنسی تکامل نیافته، به‌شدت می‌تواند عوامل تهدیدکننده سلامتی همراه داشته باشد، بنابراین زنان نوجوان با خطرات جسمی، تکاملی و مسائل جدی روانی، اجتماعی روبه‌رو می‌شوند [۱۴]. از طرفی، مادری به‌دلیل بار مسئولیت‌های اقتصادی، اجتماعی و روانی، یک روند تکاملی را بر نوجوان تحمیل می‌کند که برای آن هنوز آماده نشده است و ممکن است مستقیماً کیفیت زندگی وی را متأثر سازد [۱۵، ۱۶].

نتایج مطالعات درباره پرخطر بودن بارداری در نوجوان متناقض و گاهی در جهت تأیید بارداری در این سنین بوده است و در صورت وجود مراقبت‌های پره‌ناتال مناسب، بارداری در این گروه سنی را بی‌خطر می‌دانند [۱۷]. مطالعات کیفی پاسخ‌های مثبت و منفی نسبت به حاملگی را گزارش می‌کنند. بعضی از نوجوانان کاهش اعتماد به نفس و تصور منفی از خود طی بارداری را تجربه کردند. برخی دیگر بارداری را به‌صورت یک واقعه مثبت می‌دیدند که باعث انتقال آن‌ها به دوران بزرگسالی و فراهم کردن فرصتی برای رشد می‌شود [۱۸]. در تحقیق آجولات و همکاران، بسیاری از نوجوانان از مادر شدن خود خوشحال بودند و احساس غرور می‌کردند. حتی بعضی از نوجوانان اصرار داشتند که آن‌ها مانند بزرگسالان در نظر گرفته می‌شوند و به‌عنوان یک بزرگسال تصدیق می‌شوند [۱۴]. مطالعات دیگر فقدان دانش لازم جهت مراقبت از کودک را در مادران نوجوان بیان می‌کنند [۱۸]. از آنجاکه در ارتقای سلامت نوجوانان باید عوامل مؤثر بر عملکرد و بهزیستی آن‌ها را مدنظر قرار داد، ارزیابی کیفیت زندگی در همه نوجوانان با هرگونه تفاوت فردی، اجتماعی و فرهنگی الزامی است [۱۹]. نظر به اینکه نوجوانان نقش مهمی در سلامت جامعه به عهده دارند و سرمایه‌گذاری بر روی این گروه سنی و ارتقای سطح سلامت و

یکی از مهم‌ترین تجارب در زندگی یک زن، وقوع بارداری است. بررسی‌ها نشان داده است که بهترین سنین برای وقوع بارداری بین ۲۰ تا ۳۰ سال است و بروز حاملگی خارج از این سنین با عوارض جدی همراه است [۱]. بارداری و زایمان به‌عنوان یک رویداد طبیعی در چرخه زندگی زنان مطرح است. با این حال گرچه بارداری یک عملکرد طبیعی برای زنان به حساب می‌آید، اما در عین حال تجربه‌ای پراسترس تلقی می‌شود که می‌تواند در مادر ایجاد بیماری کند، یا او را مستعد ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات مختلف کند. این تجربه ممکن است با تغییرات گسترده روانی و جسمی در مادران باردار همراه باشد [۲]. حاملگی می‌تواند در سنین مختلفی اتفاق بیفتد، یعنی می‌تواند قبل از موعد فیزیولوژیک و نرمال یا اینکه در زمان مناسب باشد. بارداری خارج از محدوده نرمال زمانی و فیزیولوژیک ممکن است عوارض بیشتری به همراه داشته باشد [۳]. یکی از موارد خارج از محدوده نرمال فیزیولوژیک، بارداری در نوجوانان است [۴].

به‌طور متوسط حاملگی در نوجوانان ۱۱ درصد از کل بارداری‌ها را در جهان شامل می‌شود و ۹۵ درصد از این موارد در کشورهای با درآمد متوسط و پایین روی می‌دهند. بارداری در نوجوانان یک نگرانی جدی سلامت عمومی است که سلامت مادر، کودک و جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. از طرفی نوجوانی مرحله‌ای متمایز و منحصر به فرد از نظر رشد و نمو در زندگی یک زن است. در نتیجه تشخیص و اداره حاملگی در این زمان، مستلزم شناخت خطرات ذاتی و ارائه مراقبت‌های مورد نیاز برای پیامدهای موفقیت‌آمیز مادر و نوزاد است [۶]. بررسی‌های سازمان بهداشت جهانی^۱ حاکی از آن است که جمعیت جهانی نوجوانان در حال رشد است [۷]. بر اساس آمار به‌دست‌آمده در کشورهای توسعه‌یافته، از هر ۳۸۰۰ دختر نوجوان ۱ نفر بر اثر حاملگی می‌میرد، در حالی که در کشورهای در حال توسعه این میزان ۲۴ برابر است و از هر ۱۵۰ دختر نوجوان ۱ نفر به خاطر بارداری در سن پایین جان خود را از دست می‌دهد [۸].

سالانه تقریباً ۳/۹ میلیون نوجوان ۱۵ تا ۱۹ ساله، تحت سقط جنین ناایمن قرار می‌گیرند. این مسئله خطر مرگ‌ومیر مادر و مشکلات سلامتی را افزایش می‌دهد [۷]. خطر مرگ‌ومیر در اثر بارداری در نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله ۲ برابر گروه سنی بالای ۲۰ سال و در گروه ۱۰ تا ۱۴ ساله نیز ۵ برابر بیشتر از گروه بالغین است [۹]. در ایران نرخ تولدها در نوجوانان پایین‌تر از سطح جهانی و در حدود ۷ درصد است، اما ممکن است در سال‌های بعد به‌دلیل تغییرات اخیر در سیاست‌های کنترل جمعیت در کشور و به منظور سیاست‌های ارتقای جمعیت در راستای تشویق زنان برای داشتن ۳ فرزند تا ۳۰ سالگی، این نرخ در ایران نیز افزایش یابد [۱۰].

1. World Health Organization (WHO)

بخش اول

بخش اول مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی بود که شامل سن زن، سن همسر، تحصیلات زن و همسر، شغل زن، شغل همسر، طول مدت ازدواج و وضعیت اقتصادی بود. اطلاعات باروری نیز شامل سن بارداری، تعداد بارداری، سقط، وضعیت بارداری (با برنامه‌ریزی و بدون برنامه‌ریزی) و جنسیت فرزند بود. در این پژوهش جهت تعیین اعتبار علمی پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و باروری، از روایی محتوا استفاده شد. به این ترتیب که پژوهشگر باتوجه به اهداف پژوهش و مطالعه کتب و پایان‌نامه‌های مرتبط، مقالات معتبر، مجلات و سایت‌های اینترنتی معتبر و پژوهش‌های انجام‌شده درباره موضوع پژوهش، پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی را تهیه کرد. سپس برای تعیین روایی، پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی در اختیار ۳ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران قرار گرفت و بعد از به‌کارگیری نظرات و پیشنهادات، اصلاحات نهایی انجام شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی نیز توسط ۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران روایی محتوا شد و نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال شد.

بخش دوم

بخش دوم ابزار، پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بارداری^۲ بود. این پرسش‌نامه که برگرفته از پرسش‌نامه کوتاه‌شده کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی است توسط واجکووا و همکاران در سال ۲۰۱۳ برای بررسی کیفیت زندگی در بارداری طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۹ سؤال است که ۳ حیطه عملکرد فیزیکی (۳ سؤال شامل سؤالات ۱، ۳، ۶)، روانی (۴ سؤال شامل سؤالات ۲، ۴، ۵، ۹) و اجتماعی (۲ سؤال شامل سؤالات ۷ و ۸) را بررسی می‌کند. نحوه نمره‌دهی به هر گویه براساس طیف لیکرت ۵ گزینهای از به هیچ وجه (نمره ۱) تا کاملاً (نمره ۵) است. در این پرسش‌نامه ۳ گویه آخر به‌صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. محدوده نمره این پرسش‌نامه ۹ تا ۴۵ است. هرچه نمره کمتر باشد، کیفیت زندگی بهتر خواهد بود [۲۰]. روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار کیفیت زندگی توسط میرغفوروند و همکاران انجام شده است که ضریب آلفای کرونباخ^۳ ابزار ۰/۷۹ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای^۴ آن ۰/۸۶ به دست آمد [۲۱]. برای تعیین پایایی ابزار در مطالعه حاضر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و میزان آن ۰/۸۶ به دست آمد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف‌معیار و جداول

کیفیت زندگی آن‌ها یکی از مهم‌ترین راهکارها برای تحقق اهداف سازمان‌های بهداشتی به شمار می‌آید، بنابراین با انجام تحقیقات در حیطه‌هایی که کیفیت زندگی زنان را طی بارداری تحت تأثیر قرار می‌دهند، می‌توان به طراحی راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت مادران به‌ویژه مادران باردار نوجوان کمک کرد.

بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر اراک انجام شد تا راهکاری برای ارتقای ارائه خدمات و سلامت مادران باردار نوجوان باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش مقطعی با هدف تعیین کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهری اراک در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهری اراک و نمونه پژوهش را زنان باردار ۱۳ تا ۱۹ ساله با بارداری تک‌قلو و فاقد عوامل خطر بارداری و اختلالات شدید روان‌شناختی تشکیل دادند. پژوهشگر بعد از تصویب پروپوزال و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه و کسب مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و ارائه آن به مراکز منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک و رضایت مسئولین مراکز جامع سلامت، مطالعه را شروع کرد. نمونه‌گیری به روش چندمرحله‌ای از مراکز جامع سلامت صورت گرفت. به این ترتیب که شهر اراک به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم‌بندی شد. سپس از هر منطقه ۳ مرکز بهداشتی درمانی به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شد که در مجموع ۱۵ مرکز شدند. سپس با استفاده از اطلاعات سامانه یکپارچه بهداشتی سیب لیست زنان باردار نوجوان استخراج شد که از هر مرکز تقریباً ۱۵ زن باردار نوجوان واجد معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و در مجموع ۲۱۷ نوجوان باردار پس از ارائه توضیحات در مورد اهداف، اهمیت، ضرورت و نحوه انجام پژوهش و اطمینان یافتن از محرمانه بودن اطلاعات، دعوت به همکاری شدند.

شرکت‌کنندگان در پژوهش پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، اقدام به تکمیل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی در دوران بارداری کردند. مدت زمان نمونه‌گیری از آبان سال ۱۳۹۹ تا تیرماه سال ۱۴۰۰ بود. نمونه‌گیری در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ انجام شد. به‌دلیل مراجعات کمتر مادران در این دوران، همچنین انجام نمونه‌گیری در ۱۵ مرکز برای کوتاه کردن مدت نمونه‌گیری در بعضی از مراکز، از کارکنان بهداشتی همان مرکز به‌عنوان پرسشگر کمک گرفته شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه بود که باتوجه به اهداف در ۲ بخش عمده تدوین شد؛

2. Quality of Life Gravidarum (QoL-GRAV)
3. Cronbach's alpha
4. Intra-class correlation coefficient (ICC)

معنادار نبود ($P > 0/05$)، تحصیلات همسر نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت ($P < 0/001$)؛ به طوری که میانگین نمره کسب شده در زنانی که همسر آن‌ها تحصیلات ابتدایی داشت، به طور معناداری بالاتر از دبیرستان ($P = 0/005$) و دانشگاهی ($P < 0/001$) بود که به معنای کیفیت زندگی بدتر است. شغل همسر نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت ($P < 0/001$) و مقایسه دوه‌دوی توکی نشان‌دهنده آن بود که میانگین نمره کسب شده در زنانی که همسرشان بیکار بود، به طور معناداری بالاتر از شغل آزاد ($P < 0/001$) و دولتی ($P = 0/002$) بوده که به معنای کیفیت زندگی بدتر است و در سایر سطوح این اختلاف معنادار نبود ($P > 0/05$).

وضعیت اقتصادی، متغیر دیگری بود که با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت ($P < 0/001$)، به طوری که میانگین نمره کسب شده در زنان با وضعیت اقتصادی در سطح ضعیف به طور معناداری بالاتر از متوسط ($P < 0/001$) و خوب ($P = 0/012$) بود که به معنای کیفیت زندگی بدتر است و در سایر سطوح این اختلاف معنادار نبود ($P > 0/05$).

وضعیت محل سکونت نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت ($P = 0/028$) و میانگین نمره کسب شده در زنانی که در منزل اقوام سکونت داشتند، به طور معناداری بالاتر از منزل استیجاری ($P = 0/021$) بود که به معنای کیفیت زندگی بدتر است. سن زن و همسر نیز با کیفیت زندگی همبستگی معنادار آماری منفی داشت، یعنی با افزایش سن زن ($P < 0/001$) و همسر وی ($P = 0/03$) میانگین نمره کیفیت زندگی کاهش می‌یابد که به معنای بهبود کیفیت زندگی است.

وضعیت بارداری از نظر مادر ($P < 0/001$) و همسر ($P < 0/001$) در بین مشخصات باروری با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت، به طوری که میانگین نمره کسب شده در زنان با بارداری بدون برنامه‌ریزی به طور معناداری بالاتر بود که به معنای کیفیت زندگی بدتر است (جدول شماره ۲).

بحث

هدف از این مطالعه، تعیین کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهری اراک بود. نتایج نشان داد کیفیت زندگی در حیطة عملکرد جسمی (با نمره ۱/۸۲) در حد بالاتر از متوسط است. به نظر می‌رسد سن، نقش مهمی در رابطه با کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان مورد مطالعه داشته باشد. نوجوانان به دلیل سن پایین‌تر، احتمالاً از سلامت جسمی بالاتری نسبت به بزرگسالان برخوردارند. نتایج مطالعه حاضر با نتیجه مطالعه کرمی و مردانی که رابطه بین سلامت روانی با کیفیت زندگی در زنان باردار غیرنوجوان در شاهین‌شهر اصفهان را بررسی کردند، همسو نیست.

توزیع فراوانی و برای بررسی ارتباط متغیرهای اصلی با متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون‌های تی مستقل^۵، تحلیل واریانس^۶ و ضریب همبستگی پیرسون^۷ استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد میانگین سنی زنان باردار نوجوان مورد پژوهش $17/86 \pm 1/42$ سال بود و ۶۰/۸ درصد از آن‌ها با تحصیلات دبیرستانی و ۲۵/۸ درصد با تحصیلات ابتدایی ازدواج کردند و باردار شده‌اند. بیشتر زنان مورد پژوهش یعنی ۹۴ درصد خانه‌دار بودند و وضعیت اقتصادی ۷۹/۸ درصد در سطح متوسط بود و ۷۱ درصد منزل استیجاری داشتند. محل سکونت ۸۰/۶ درصد آن‌ها در شهر بوده است. ۸۵/۳ درصد از واحدهای مورد پژوهش نیز کمتر از ۲ سال از ازدواجشان می‌گذشت. میانگین سنی همسر زنان باردار نوجوان مورد پژوهش $24/02 \pm 2/22$ سال بود و ۶۴/۱ درصد تحصیلات دبیرستانی داشتند و ۸۷/۶ درصد شغل آزاد داشتند (جدول شماره ۱).

بر اساس جدول شماره ۲، سن بارداری ۳۵/۵ درصد از زنان مورد پژوهش بین ۱۳ تا ۲۶ هفته بود. حدود ۹۴ درصد از آن‌ها سابقه سقط نداشتند و ۹۱/۷ درصد بارداری اولشان بود. حدود ۹۶/۳ درصد از زنان مورد پژوهش سابقه زایمان نداشتند. بیشتر شرکت‌کنندگان یعنی ۹۷/۲ درصد فرزند زنده نداشتند و بارداری ۸۲ درصد از نظر خود افراد مورد پژوهش و ۷۸/۳ درصد از نظر همسرشان به صورت برنامه‌ریزی شده بود. نتایج نشان‌دهنده این بود که جنسیت ۴۵/۶ درصد از نوزادان دختر بود و ترجیح جنسیت نوزاد در ۵۲/۵ درصد از مادران دختر و در ۵۵/۸ درصد از همسران آن‌ها پسر بوده است. ۳۵ درصد از زنان مورد پژوهش تعداد دفعات مراقبت‌های دوران بارداری را ۳ تا ۴ مرتبه گزارش کرده بودند.

میانگین نمره کل امتیاز کیفیت زندگی ۱/۸۳ بود که کمتر از میانه (۳) ابزار بر مبنای لیکرت ۱ تا ۵ بود. در میان حیطة‌ها، حیطة عملکرد روانی کیفیت زندگی، بالاترین میانگین نمره (۲/۰۰) و حیطة عملکرد اجتماعی، کمترین میانگین نمره (۱/۵۰) را کسب کردند که هر ۲ کمتر از میانه حیطة مربوطه بودند (جدول شماره ۳).

در بین مشخصات جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی با تحصیلات ارتباط معنادار آماری داشت ($P < 0/001$). مقایسه دوه‌دوی توکی نشان‌دهنده آن بود که میانگین نمره کسب شده در زنان با تحصیلات ابتدایی به طور معناداری بالاتر از راهنمایی ($P = 0/005$) و دبیرستان ($P < 0/001$) بوده که به معنای کیفیت زندگی بدتر است و در سایر سطوح این اختلاف

5. Independent Samples T-Test
6. Analysis of variance (ANOVA)
7. Pearson correlation coefficient

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی و کیفیت زندگی زنان و همسران زنان باردار نوجوان مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهری

نوع آزمون	نتیجه آزمون	کیفیت زندگی (میانگین \pm انحراف معیار)	تعداد (درصد)	مشخصات	
تحلیل واریانس	F=۹/۵۹۴ P<۰/۰۰۱	۱۹/۴۲ \pm ۵/۱۹	۵۶(۲۵/۸)	ابتدایی	میزان تحصیلات مادر
		۱۵/۳۳ \pm ۴/۲۷	۲۱(۹/۷)	راهنمایی	
		۱۵/۴۳ \pm ۴/۷۶	۱۳۲(۶۰/۸)	دیپلستان	
		۱۶/۵ \pm ۳/۳۹	۸(۳/۷)	دانشگاهی	
تحلیل واریانس	F=۹/۲۲۸ P<۰/۰۰۱	۲۰/۷ \pm ۵/۱۸	۲۷(۱۲/۳)	ابتدایی	میزان تحصیلات همسر
		۱۷/۹۲ \pm ۵/۰۴	۱۴(۶/۵)	راهنمایی	
		۱۵/۹۴ \pm ۴/۹۸	۱۳۹(۶۴/۱)	دیپلستان	
		۱۴/۹۷ \pm ۳/۴۵	۳۷(۱۷/۱)	دانشگاهی	
تی مستقل	t=۱/۵۰۴ df=۲۰/۹۱۶ p=۰/۱۴۷	۱۵/۴۶ \pm ۲/۲۹	۱۳(۶/۰)	شاغل	وضعیت اشتغال مادر
		۱۶/۵۶ \pm ۵/۱۷	۲۰۴(۹۴/۰)	خانهدار	
تحلیل واریانس	F=۹/۲۲۸ P<۰/۰۰۱	۲۲/۷۶ \pm ۵/۴۳	۱۳(۶/۰)	بیکار	وضعیت اشتغال همسر
		۱۶/۰۸ \pm ۴/۷۷	۱۹۰(۸۷/۶)	آزاد	
		۱۶/۲۸ \pm ۴/۹۶	۱۴(۶/۵)	دولتی	
تحلیل واریانس	F=۱۲/۱۵۹ P<۰/۰۰۱	۲۱/۱۸ \pm ۵/۲۹	۲۲(۱۰/۱)	ضعیف	وضعیت اقتصادی خانوار
		۱۵/۸۳ \pm ۴/۸۵	۱۷۳(۷۹/۸)	متوسط	
		۱۷ \pm ۳/۸۹	۲۲(۱۰/۱)	خوب	
تحلیل واریانس	F=۳/۶۲۸ P=۰/۰۲۸	۱۶/۵۲ \pm ۴/۵۷	۴۶(۲/۲۱)	منزل شخصی	وضعیت محل سکونت
		۱۶/۱۴ \pm ۵/۰۸	۱۵۴(۷۱/۰)	منزل استیجاری	
		۱۹/۵۸ \pm ۵/۲۳	۱۷(۸/۷)	منزل اقوام	
تی مستقل	t=۴/۸۷۳ df=۵۶/۰۳۳ P<۰/۰۰۱	۱۵/۶۴ \pm ۴/۵۹	۱۷۵(۸۰/۶)	شهر	محل سکونت
		۲۰/۰۴ \pm ۵/۴	۴۲(۱۹/۴)	حاشیه شهر	
تی مستقل	t=۰/۸۳۵ df=۲۱۵ P=۰/۴۰۵	۱۶/۳۷ \pm ۴/۸۷	۱۸۵(۸۵/۳)	کمتر از ۲	مدت ازدواج (سال)
		۱۷/۱۸ \pm ۶/۰۳	۳۲(۱۴/۷)	۲ تا ۵	
همبستگی پیرسون	r=-۰/۲۸۴ P<۰/۰۰۱		۳۰(۱۳/۸)	۱۳ تا ۱۶	سن مادر (سال)
			۱۸۷(۸۶/۲)	۱۷ تا ۱۹	
همبستگی پیرسون	r=-۰/۱۴۷ P=۰/۰۳		۱۷/۸۶ \pm ۱/۴۲	میانگین \pm انحراف معیار	سن همسر (سال)
			۱۹ تا ۱۳	کمینه بیشینه	
همبستگی پیرسون	r=-۰/۱۴۷ P=۰/۰۳		۱۳۱(۶۰/۴)	کمتر از ۲۵ سال	سن همسر (سال)
			۸۶(۳۹/۶)	۲۵ سال و بالاتر	
همبستگی پیرسون	r=-۰/۱۴۷ P=۰/۰۳		۲۱۷(۱۰۰)	جمع	سن همسر (سال)
			۲۴/۰۲ \pm ۲/۲۲	میانگین \pm انحراف معیار	
			۳۲ تا ۱۹	کمینه بیشینه	

جدول ۲. مشخصات باروری و کیفیت زندگی زنان باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهری

نوع آزمون	نتیجه آزمون	کیفیت زندگی (میانگین \pm انحراف معیار)	تعداد (درصد)	مشخصات باروری
تحلیل واریانس	F=۰/۸۵۴ P=۰/۴۲۷	۱۵/۸۶ \pm ۵/۲	۷۲(۳۲/۲)	۱۲-۶
		۱۶/۸۳ \pm ۵/۰۱	۷۷(۳۳/۵)	۲۶-۱۳
		۱۶/۷۹ \pm ۴/۹۴	۶۸(۳۱/۲)	۴۰-۲۷
تی مستقل	t=۰/۵۲۸ df=۲۱۵ P=۰/۵۹۱	۱۶/۴۵ \pm ۵/۰۳	۲۰۴(۹۴/۰)	ندارد
		۱۷/۲۳ \pm ۵/۵۹	۱۳(۶/۰)	دارد
تی مستقل	t=۰/۷۸ df=۲۱۵ P=۰/۴۳۶	۱۶/۴۱ \pm ۵/۰۵	۱۹۹(۹۱/۷)	بارداری اول
		۱۷/۳۸ \pm ۵/۱۵	۱۸(۸/۳)	دوم یا بیشتر
تی مستقل	t=۰/۹۹۹ df=۲۱۵ P=۰/۳۱۹	۱۶/۴۳ \pm ۵/۰۴	۲۰۹(۹۶/۳)	ندارد
		۱۸/۲۵ \pm ۵/۳۹	۸(۳/۷)	یک بار یا بیشتر
تی مستقل	t=۰/۸۱۹ df=۲۱۵ P=۰/۴۱۴	۱۶/۴۵ \pm ۵/۰۵	۲۱۱(۹۷/۲)	ندارد
		۱۸/۱۶ \pm ۵/۳۴	۶(۲/۸)	یک فرزند
تی مستقل	t=۷/۶۰۹ df=۲۱۵ P<۰/۰۰۱	۱۵/۴۱ \pm ۴/۱۸	۱۷۸(۸۲/۰)	خواسته
		۲۱/۴۶ \pm ۵/۷۳	۳۹(۱۸/۰)	ناخواسته
تی مستقل	t=۶/۵۳۷ df=۲۱۵ P<۰/۰۰۱	۱۵/۴۱ \pm ۴/۲۱	۱۷۰(۷۸/۳)	خواسته
		۲۰/۴۵ \pm ۵/۹	۴۷(۲۱/۷)	ناخواسته
تحلیل واریانس	F=۰/۵۰۸ P=۰/۶۰۳	۱۶/۵۳ \pm ۵/۱۹	۹۹(۴۵/۶)	دختر
		۱۶/۲۱ \pm ۴/۶۶	۹۲(۴۲/۴)	پسر
		۱۷/۳۴ \pm ۵/۹۱	۲۶(۱۲/۰)	نامشخص
تی مستقل	t=۰/۱۶۸ df=۲۱۵ P=۰/۸۶۷	۱۶/۵۵ \pm ۵/۴۸	۱۱۴(۵۲/۵)	دختر
		۱۶/۴۳ \pm ۴/۵۵	۱۰۳(۴۷/۵)	پسر
تی مستقل	t=۰/۲۷۶ df=۲۱۵ P=۰/۷۸۳	۱۶/۶ \pm ۵/۶۳	۹۶(۴۴/۲)	دختر
		۱۶/۴۱ \pm ۴/۵۷	۱۲۱(۵۵/۸)	پسر
تحلیل واریانس	F=۱/۹۱۸ P=۰/۱۴۹	۱۵/۵۵ \pm ۵/۳۲	۶۷(۳۰/۹)	۱ تا ۲ بار
			۷۶(۳۵/۵)	۳ تا ۴ بار
			۷۴(۳۴/۱)	۵ بار و بیشتر

* ۳ نفر از مادران باردار نوجوان، بارداری بار سوم داشتند.

از آنجایی که زنان باردار اختلال عملکرد جسمی را تجربه کرده‌اند، این امر بر احساس سلامت جسمی و کیفیت زندگی آنان سایه افکنده است و موجب اثر متقابل بر سلامت روان آنان شده است.

در مطالعه فوق، سن زنان باردار شرکت کننده در مطالعه ۱۸ سال و بالاتر بود. در بررسی تأثیر متغیر سن، بیشترین تفاوت در

برخلاف نتایج مطالعه حاضر، گرمی و مردانی نشان دادند بارداری اثر منفی بر عملکرد جسمی و عملکرد اجتماعی زنان باردار غیرنوجوان داشته است. همچنین نتایج مطالعه فوق نشان داد حیطه عملکرد اجتماعی از کیفیت زندگی با حیطه عملکرد اجتماعی سلامت روان و حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علائم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس دارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار نوجوان مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت شهری اراک

کیفیت زندگی و حیطه های آن	کمینه	بیشینه	میانگین ± انحراف معیار	بر مبنای لیکرت ۱ تا ۵	
				کمینه	بیشینه
عملکرد جسمی (۱۵-۳)	۳	۱۳	۵/۴۷±۲	۱	۴/۳۳
عملکرد روانی (۲۰-۴)	۴	۱۸	۸/۰۲±۲/۶۱	۱	۴/۵۰
عملکرد اجتماعی (۱۰-۲)	۲	۸	۳±۱/۳۳	۱	۴
نمره کل کیفیت زندگی (۴۵-۹)	۹	۳۷	۱۶/۴۹±۵/۰۵	۱	۴۰/۱

نشریه پرستاری ایران

وسيله‌ای برای ورود به دنیای بزرگسالی و قبول مسئولیت می‌دانند. گرچه بعد از زایمان درصد زیادی از نوجوانان به دلیل فشار روانی ناشی از مسئولیت‌های مادری و فقدان توانایی در مراقبت از نوزاد ممکن است دچار افسردگی پس از زایمان شوند، در دوران بارداری به دلیل اینکه تصور می‌کنند به وسیله باردار شدن در دنیای بزرگسالان پذیرفته می‌شوند، احساس خوبی نسبت به بارداری خود دارند [۱۴].

در مورد حیطه عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی، نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در حیطه عملکرد اجتماعی ۱/۵۰ بود که در حد متوسط است. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران که بر روی ۱۱۲ مادر باردار با علائم افسردگی و ۳۵۳ مادر باردار بدون علائم افسردگی در کاشان انجام شد، بین ابعاد کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی، در ابعاد عملکرد اجتماعی و سلامت روانی، ارتباط معناداری مشاهده شد، به طوری که در افراد با سطح پایین رضایت از زندگی، شانس کیفیت زندگی پایین تقریباً ۲ برابر بیشتر بود. همچنین نتایج نشان داد حیطه عملکرد اجتماعی سلامت روان و حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی با علائم شبه جسمی سلامت روان همبستگی معکوس دارد. در واقع نتایج مطالعه نشان‌دهنده این مسئله است که عملکرد اجتماعی و سرزنده بودن در زنان باردار طبیعی کمتر از بقیه افراد جامعه است.

نتایج مطالعه وانگ و همکاران در مورد بررسی تجربیات نوجوانان باردار و فرزندپروری در اوایل دوران نوجوانی در جامعه نیمه‌روستایی کیپ‌تاون نشان داد زنان باردار ممکن است احساس کنند کنترل آن‌ها برای حل مشکلات کاهش یافته است و در نتیجه احساس انزوا و کاهش فعالیت‌های اجتماعی همراه با کاهش تماس‌های روزانه، ممکن است توان اجتماعی آن‌ها را به طور کلی کاهش دهد و زمینه مشکلات روانی در حیطه عملکرد اجتماعی در دوران بارداری را فراهم کند [۲۳]. در مطالعه رضایی نیارکی و همکاران بر روی زنان باردار شهر قزوین، ارتباط مستقیم و معناداری بین حیطه‌های اجتماعی، جسمی و سلامت روان کیفیت زندگی مشاهده شد [۲۴]. در واقع عملکرد اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه

میانگین امتیازها در ابعاد عملکرد جسمانی مشاهده شد و زنان باردار سنین بالاتر از ۲۵ سال از امتیاز کمتری برخوردار بودند. همچنان که مطالعات، تأثیر سن بر عملکرد جسمانی در زمان غیربارداری را نشان داده‌اند، در زنان باردار نیز با افزایش سن، کیفیت زندگی در بعد عملکرد جسمانی کاهش می‌یابد [۲۲]. در مطالعه دیگری که واجکووا و همکاران در کشور چک و با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی در بارداری انجام دادند، نتایج نشان داد فعالیت جسمی در ۳ ماه دوم و سوم نسبت به ۳ ماهه اول شیب کاهشی ملایمی داشته است. همچنین نتایج مطالعه نشان داد در دوران بارداری، ارزیابی از کیفیت زندگی و رضایت از وضعیت سلامتی تغییری نمی‌کند. بیشتر زنان باردار، بارداری را به‌عنوان یک وضعیت طبیعی می‌بینند. کیفیت زندگی در دوران بارداری در بیشتر زنان (۵۵/۶ درصد) در سطح عالی و خوب گزارش شد و نیز میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان نسبت به سایر گروه‌های سنی بهتر بود [۲۰] که همسو با نتایج مطالعه حاضر است که نمره کیفیت زندگی زنان باردار نوجوان را در سطح متوسط و خوب گزارش کرد. به نظر می‌رسد در گروه نوجوانان به دلیل اینکه از قدرت عضلانی بالاتری برخوردارند و از طرف دیگر مشکلات ناشی از افزایش سن نظیر دفورمیتی‌های اسکلتی و عضلانی کمتر دیده می‌شود، سطح کیفیت زندگی در حیطه درد بدنی بهتر از بالغین باردار باشد.

در حیطه عملکرد روانی، میانگین نمره کیفیت زندگی ۲ بود که پایین‌تر از میانه حیطه مربوطه ابزار است. بنابراین شاید بتوان گفت که کیفیت زندگی در این حیطه بالاتر از متوسط است. در جامعه مورد مطالعه به نظر می‌رسد نقش حمایتی خانواده به‌ویژه مادر و همسر زنان باردار نوجوان در ارتقای حیطه سلامت روانی کیفیت زندگی بسیار تأثیرگذار است. از آنجایی که نوجوانان از نشاط اجتماعی بالاتری نسبت به زنان باردار بالغ برخوردارند، در صورتی که در دوران بارداری از حمایت اطرافیان و جامعه برخوردار باشند، احساس بهتری نسبت به بارداری خود دارند و در نتیجه از کیفیت زندگی بالاتری در حیطه روانی برخوردار خواهند بود. به نظر می‌رسد نوجوانان، از دواج و بارداری را به‌عنوان

کیفیت زندگی دارند [۲۹]. همچنین نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه زاهدی و همکاران همسو نیست که نشان داد بین شغل همسر و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود ندارد [۲۸].

وضعیت اقتصادی متغیر دیگری بود که با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت، به طوری که کیفیت زندگی زنان با وضعیت اقتصادی ضعیف بدتر بود. براساس مطالعات، مادرانی که در سن نوجوانی اقدام به بارداری می‌کنند، طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب اقتصادی و اجتماعی را در طول این دوران و بعد از آن در زندگی خود خواهند داشت. نوجوانان باردار اغلب از ادامه تحصیل محروم می‌شوند و امکان داشتن یک شغل مناسب در اجتماع را کمتر پیدا می‌کنند یا اصلاً به آن دست نمی‌یابند [۳]. همسر نوجوان باردار نیز عموماً سطح تحصیلات پایین‌تر و موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری دارد [۳۰]. مطالعه تاسدمیر و همکاران در ترکیه نیز نشان داد مشکلات اقتصادی در میان نوجوانان شدت بیشتری دارد. موقعیت اقتصادی پایین ممکن است به ازدواج‌های زودهنگام در میان خانواده‌های با سطوح اقتصادی-اجتماعی پایین منجر شود که این مسئله خود به بارداری‌های زودهنگام منجر می‌شود [۸].

برخلاف مطالعه اخیر، در مطالعه عباس‌زاده و همکاران سن زنان باردار، سن بارداری و تعداد بارداری‌های زنان ارتباط معکوسی با کیفیت زندگی آن‌ها نشان داد؛ به این معنی که با افزایش سن مادر باردار و سن بارداری کیفیت زندگی نیز کاهش می‌یابد [۲۶]. تفاوت در یافته‌ها می‌تواند به دلیل بالاتر بودن سن زنان باردار مورد مطالعه باشد که در گروه سنی بالاتر از ۲۰ سال قرار داشتند. براساس نتایج مطالعه زاهدی و همکاران، مهم‌ترین مؤلفه‌های مؤثر بر کیفیت زندگی زنان باردار، سن مادر، سن بارداری، برنامه‌ریزی شده یا بدون برنامه بودن بارداری، شغل مادر باردار و تعداد بارداری بودند [۲۸]. در مطالعه مکوندی و کرمانی که بر روی ۳۰۰ زن باردار در ایذه انجام شده بود، بین میانگین امتیاز کیفیت زندگی، سن زنان و سن بارداری، تعداد بارداری، میزان تحصیلات و محل سکونت رابطه معناداری یافت نشد [۳۱] که با مطالعه حاضر همسو نیست. علت همسو نبودن نتایج با مطالعه حاضر می‌تواند تفاوت در ابزار مورد استفاده و سن زنان باردار مورد مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر تعدادی از زنان مورد مطالعه، سن کمتر از ۱۶ سال داشتند. برخی از محققان معتقدند سن مادر به تنهایی نمی‌تواند تأثیر نامطلوبی بر پیامد بارداری داشته باشد، بلکه رفتارهای بهداشتی مادران از قبیل چگونگی دریافت مراقبت پره‌ناتال می‌تواند در بروز عوارض مؤثر باشد

عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد. نتایج همچنین نشان داد زنان تغییرات جسمانی و روانی را طی بارداری تحمل می‌کنند، اما حمایت اجتماعی می‌تواند اثر مثبتی بر کیفیت زندگی زنان باردار داشته باشد [۲۵].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد کیفیت زندگی با تحصیلات ارتباط معنادار آماری داشت و سطح کیفیت زندگی در زنان با تحصیلات پایین‌تر بدتر بود. به نظر می‌رسد پایین بودن میزان تحصیلات مادر، دریافت خدمات و مراقبت‌های دوران بارداری را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. میزان مشارکت کمتر مادر جهت دریافت مراقبت‌ها و تعامل کمتر با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در دوران بارداری شود. تأثیر تحصیلات بر کیفیت زندگی، در زمان غیربارداری، به اثبات رسیده است و حتی بسیاری از تحقیقات، این تأثیر را بیشتر از سن نشان داده‌اند.

همسو با نتایج مطالعه حاضر، مطالعه عباس‌زاده و همکاران بر روی زنان باردار با علائم افسردگی و بدون علائم افسردگی در کاشان نشان داد زنان با سطوح تحصیلی دیپلم و بالاتر نسبت به سطوح تحصیلی پایین‌تر از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند [۲۶]. تکمیل نکردن تحصیلات دبیرستان می‌تواند نوجوان باردار را از نظر مالی وارد چرخه جدیدی از فقر کند. همسر نوجوان باردار نیز عموماً سطح تحصیلات پایین‌تر و موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین‌تری دارد. بیکاری، تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر، شرکای جنسی هم‌زمان، تفاوت سنی بالاتر با نوجوان باردار و رفتارهای خشن در میان همسران مادران باردار نوجوان بیشتر دیده می‌شود [۲۷]. بالاتر بودن سطح تحصیلات در میان همسران می‌تواند موجب افزایش میزان مطالعه و در نتیجه آگاهی بیشتر نسبت به تغییرات دوران بارداری شود. از طرف دیگر با افزایش میزان تحصیلات، احتمال دستیابی به مشاغل با درآمد بیشتر و ارتقای موقعیت اجتماعی و اقتصادی نیز بیشتر می‌شود. این ۲ عامل می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی در دوران بارداری منجر شود. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه زاهدی و همکاران در فرخ‌شهر بین کیفیت زندگی و تحصیلات مادر باردار و تحصیلات همسر ارتباط معناداری دیده نشد [۲۸]. تفاوت در ابزار مورد استفاده، تفاوت‌های فرهنگی، موقعیت جغرافیایی و سن افراد مورد پژوهش ممکن است دلایل تفاوت میان نتایج دو مطالعه باشند.

شغل همسر نیز با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشت و کیفیت زندگی در زنانی که همسرشان بیکار بود، بدتر بود. به نظر می‌رسد احساس امنیت و رفاه اقتصادی در همسران دارای مشاغل دولتی یا آزاد می‌تواند تأثیر مثبتی بر روابط زوجین داشته باشد و باعث بهبود کیفیت زندگی در دوران بارداری شود. باین حال مطالعه هوستون و همکاران نشان داد عوامل اجتماعی نظیر میزان درآمد، حمایت‌های همسر و همچنین نوع شغل تأثیر اندکی بر

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی در زنان باردار نوجوان، بالاتر از حد متوسط است. در میان حیطه‌های کیفیت زندگی، حیطه عملکرد روانی کیفیت زندگی، بالاترین میانگین نمره و حیطه عملکرد اجتماعی، پایین‌ترین میانگین نمره را کسب کردند که نشان می‌دهد سطح کیفیت زندگی نوجوانان باردار در حیطه عملکرد اجتماعی نسبت به سایر حیطه‌ها بالاتر بوده است. همچنین نوجوانان باردار که خود و همسرشان تحصیلات بالاتری داشتند، از وضعیت اقتصادی مطلوب‌تری برخوردار بودند و بارداری از نظر خود و همسرشان خواسته بود، دارای کیفیت زندگی بهتری بودند.

به نظر می‌رسد در سالیان اخیر برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان و تأکید مراکز بهداشتی درمانی بر شرکت مادران باردار در این کلاس‌ها و آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی نقش مؤثری در کاهش مشکلات مادران به‌ویژه مادران باردار نوجوان و در نتیجه افزایش سطح کیفیت زندگی آنان داشته است. همچنین حمایت‌های اجتماعی خانواده و آموزش همسران در این کلاس‌ها جهت حمایت مادران باردار، نقش بسزایی در کاهش میزان استرس و افسردگی مادران باردار و در بهبود کیفیت زندگی در حیطه عملکرد اجتماعی ایفا کرده است.

از آنجاکه نتایج این مطالعه نشان داد سطح کیفیت زندگی در حیطه عملکرد روانی نسبت به دیگر حیطه‌ها پایین‌تر است، بنابراین استفاده از نتایج این پژوهش می‌تواند به برنامه‌ریزی در جهت آموزش خانواده‌ها به‌ویژه همسران در راستای حمایت عاطفی-روانی بیشتر طی دوران بارداری به منظور ارتقای کیفیت زندگی مادران باردار به‌خصوص مادران باردار نوجوان منجر شود. نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز انجام پژوهش‌های آتی در خصوص شناسایی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی نوجوانان باردار و همچنین طراحی مطالعات مداخله‌ای در حیطه‌هایی از ابعاد کیفیت زندگی باشد که کیفیت زندگی نوجوانان باردار نیاز به بهبود دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه پس از دریافت تأییدیه کمیته اخلاق با کد IR.IUMS.REC.1399.521 از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران و دریافت رضایت‌نامه کتبی از مشارکت‌کنندگان انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد در بین مشخصات باروری، وضعیت برنامه‌ریزی شده بودن بارداری از نظر مادر و همسر با کیفیت زندگی ارتباط معنادار آماری داشته است، به طوری که کیفیت زندگی در زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده بدتر بود. نتایج مطالعه تاسدمیر و همکاران نیز نشان داد نمرات کیفیت زندگی در بارداری‌های برنامه‌ریزی شده در هر ۲ گروه جوانان و نوجوانان به‌طور معناداری بالاتر از بارداری‌های برنامه‌ریزی نشده است که همسو با نتایج پژوهش حاضر است [۸]. مطالعات نشان داده‌اند مادران با بارداری برنامه‌ریزی نشده کیفیت زندگی پایین‌تری را نسبت به دیگر مادران باردار تجربه می‌کنند. بارداری برنامه‌ریزی نشده نه تنها باعث افزایش بعد خانوار و کاهش فاصله‌گذاری بین تولدها می‌شود بلکه زمینه‌ساز خطر مرگ‌ومیر مادران و کودکان نیز است؛ زیرا حاملگی ناخواسته در صورت ادامه بارداری باعث افزایش فشار روانی بر مادر می‌شود. این امر به دریافت مراقبت ناکافی در دوران بارداری منجر می‌شود و کودک پس از زایمان به دلیل ناخواسته بودن کمتر مورد توجه و مراقبت قرار می‌گیرد. بنابراین بارداری ناخواسته علاوه بر تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان باردار، بر ۲ شاخص مهم بهداشتی مرگ‌ومیر مادران و کودکان نیز مؤثر است [۲۷]. با این حال نتایج مطالعه ساری و همکاران بر کیفیت زندگی زنان با بارداری برنامه‌ریزی نشده در ترکیه نشان داد به نظر نمی‌رسد بارداری برنامه‌ریزی نشده اثر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی زنان باردار داشته باشد [۳۲].

در خصوص کیفیت زندگی در ۳ ماهه‌های مختلف بارداری، میانگین نمرات کیفیت زندگی در هر ۳ ماهه بارداری اختلاف معناداری نداشت. به نظر می‌رسد در گروه سنی مورد مطالعه به دلایل گفته شده از جمله عملکرد جسمانی بهتر، رضایت زناشویی بیشتر، سرزندگی و شادابی بالاتر و حمایت اجتماعی بیشتر نسبت به سایر گروه‌های سنی و در نهایت احساس رضایت از موقعیت اخیر، کیفیت زندگی در هر ۳ سه‌ماهه بارداری، خوب ارزیابی می‌شود. همسو با نتایج مطالعه اخیر، در مطالعه مکوندی و کرمانی نیز میانگین نمرات کیفیت زندگی در ۳ ماهه‌های مختلف بارداری اختلاف معناداری نداشت [۳۱]. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران با افزایش سن حاملگی، کیفیت زندگی در زنان باردار مورد مطالعه کاهش یافته است، به طوری که بالاترین میانگین کیفیت زندگی در ۳ ماهه اول و پایین‌ترین میانگین در ۳ ماهه سوم مشاهده شد [۲۶]. همسو نبودن نتایج مطالعه عباس‌زاده با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در ابزار مورد استفاده و تفاوت در گروه سنی مورد مطالعه باشد.

نظر به اینکه این تحقیق براساس پرسش‌نامه کیفیت زندگی در زنان باردار انجام شد، همچون همه مطالعات پرسش‌نامه‌ای، احتمال سوگیری در یافته‌ها وجود دارد که از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. برای مثال ممکن است زنان باردار نوجوان سطح ناراضی‌تی از کیفیت زندگی خود را واقعی گزارش نکرده باشند.

حامی مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مریم امینی، گروه بهداشت باروری و مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است. این پژوهش با حمایت پروژه تحقیقاتی (شماره ۱۸۳۳۰) تأمین مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران انجام شد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، روش‌شناسی و نظارت: مریم قره‌آچه، مریم امینی؛ گردآوری اطلاعات: مریم امینی؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: شیما حقانی و بتول حسن‌پور ازغدی؛ تأمین مالی و منابع: مریم قره‌آچه. بررسی، نگارش-پیش‌نویس اصلی، بررسی و ویرایش: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و دانشکده پرستاری و مامایی و تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Jantacumma N, Powwattana A, Lagampan S, Chansatitporn N. Predictive model of quality of life among Thai pregnant teenagers. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2018; 22(1):30-42. [Link]
- [2] Komatsu H, Tsukimori K, Hata K, Satoh S, Nakano H. The characterization of superoxide production of human neonatal neutrophil. *Early Hum Dev*. 2001; 65(1):11-9. [DOI:10.1016/S0378-3782(01)00188-8] [PMID]
- [3] Rowlands S. Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focussed strategies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2010; 24(5):605-16. [DOI:10.1016/j.bpobgyn.2010.02.016] [PMID]
- [4] Cotton S, Kudel I, Roberts YH, Pallerla H, Tsevat J, Succop P, et al. Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *J Adolesc Health*. 2009; 44(5):485-92. [DOI:10.1016/j.jado-health.2008.09.013] [PMID] [PMCID]
- [5] Ferreira FM, Haas VJ, Pedrosa LAK. Quality of life of adolescents after maternity. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2013; 26(3):245-9. [DOI:10.1590/S0103-21002013000300007]
- [6] World Health Organization. Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Geneva: World Health Organization; 2007. [Link]
- [7] Cahyaningtyasa DK, Astutib AW, Hanic U. Parents involvement and barriers of programme interventions to reduce adolescent pregnancy. *J Health Technol Assess Midwifery*. 2020; 3(2):73-86. [DOI:10.31101/jhtam.1312]
- [8] Taşdemir S, Balci E, Günay O. Comparison of life quality of pregnant adolescents with that of pregnant adults in Turkey. *Ups J Med Sci*. 2010; 115(4):275-81. [DOI:10.3109/03009731003628724] [PMID] [PMCID]
- [9] Blanco-Molina Á, Rota L, Di Micco P, Brenner B, Trujillo-Santos J, Ruiz-Gamietea A, et al. Venous thromboembolism during pregnancy, postpartum or during contraceptive use. *Thromb Haemost*. 2010; 103(2):306-11. [DOI:10.1160/TH09-08-0559] [PMID]
- [10] Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran's shift in family planning policies: Concerns and challenges. *Int J Health Policy Manag*. 2014; 3(5):231-3. [DOI:10.15171/ijhpm.2014.81] [PMID] [PMCID]
- [11] Cioffi J, Schmied V, Dahlen H, Mills A, Thornton C, Duff M, et al. Physical activity in pregnancy: Women's perceptions, practices, and influencing factors. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55(5):455-61. [DOI:10.1016/j.jmwh.2009.12.003] [PMID]
- [12] Güner A, Kalçık M, Gürsoy MO, Gündüz S, Astarcioglu MA, Bayam E, et al. Comparison of different anticoagulation regimens regarding maternal and fetal outcomes in pregnant patients with mechanical prosthetic heart valves (from the multicenter ANATOLIA-PREG registry). *Am J Cardiol*. 2020; 127:113-9. [DOI:10.1016/j.amjcard.2020.04.010] [PMID]
- [13] Hadian T, Mousavi S, Meedya S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mohammadi E, Mirghafourvand M. Adolescent pregnant women's health practices and their impact on maternal, fetal and neonatal outcomes: A mixed method study protocol. *Reprod Health*. 2019; 16(1):45. [DOI:10.1186/s12978-019-0719-4] [PMID] [PMCID]
- [14] Aujoulat I, Libion F, Berrewaerts J, Noirhomme-Renard F, Decache A. Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium. *Patient Educ Couns*. 2010; 81(3):448-53. [DOI:10.1016/j.pec.2010.10.028] [PMID]
- [15] Nichele CdST, Ferreira AP. Risk behaviors associated with adolescent pregnancy: Contemporary challenges related to the substance use. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2021; 54(2):e-173941. [DOI:10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.173941]
- [16] Pitiphat W, Joshipura KJ, Gillman MW, Williams PL, Douglass CW, Rich-Edwards JW. Maternal periodontitis and adverse pregnancy outcomes. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(1):3-11. [doi:10.1111/j.1600-0528.2006.00363.x]
- [17] Panagopoulos P, Salakos N, Bakalianou K, Davou E, Iavazzo C, Paltoglou G, et al. Adolescent pregnancy in a Greek public hospital during a six-year period (2000-2005)-a retrospective study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008; 21(5):265-8. [DOI:10.1016/j.jpog.2008.05.003] [PMID]
- [18] Letourneau NL, Kozyrskyj AL, Cosic N, Ntanda HN, Anis L, Hart MJ, et al. Maternal sensitivity and social support protect against childhood atopic dermatitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2017; 13:26. [DOI:10.1186/s13223-017-0199-4] [PMID] [PMCID]
- [19] Arsanjani Shirazi A, Javadifar N, Javadnoori M, Haghghi Zadeh M. [A study of health-related quality of life among female high schools adolescents in Ahvaz in 2014 (Persian)]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015; 14(8):643-54. [Link]
- [20] Vachkova E, Jezek S, Mares J, Moravcova M. The evaluation of the psychometric properties of a specific quality of life questionnaire for physiological pregnancy. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11:21. [DOI:10.1186/1477-7525-11-214] [PMID] [PMCID]
- [21] Mirghaforvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Zarei S, Effati-Daryani F, Shiri Sarand F. The relationship between depression and sleep quality in Iranian pregnant women. *Int J Women's Health Reprod Sci*. 2017; 5(2):147-52. [DOI:10.15296/ijwhr.2017.27]
- [22] Karami K, Mardani A. [Relationship between mental health and quality of life in pregnant women (Persian)]. *J Health Breeze*. 2014; 2(1):10-7. [Link]
- [23] Wang YL, Pan YS, Zhao XQ, Wang D, Johnston SC, Liu LP, et al. Recurrent stroke was associated with poor quality of life in patients with transient ischemic attack or minor stroke: Finding from the CHANCE trial. *CNS Neurosci Ther*. 2014; 20(12):1029-35. [DOI:10.1111/cns.12329] [PMID] [PMCID]
- [24] Rezaei Niaraki M, Roosta S, Alimoradi Z, Allen K-A, Pakpour AH. The association between social capital and quality of life among a sample of Iranian pregnant women. *BMC Public Health*. 2019; 19(1):1497. [DOI:10.1186/s12889-019-7848-0] [PMID] [PMCID]
- [25] Hyppä MT. Emergent social capital. *Healthy ties*. 1st ed. Dordrecht: Springer; 2010. [DOI:10.1007/978-90-481-9606-7_14]
- [26] Abbaszadeh F, Atrian MK, Alavi NM, Bagheri A, Sadat Z, Karimian Z. Relationship between quality of life and depression in pregnant women. *Nurs Midwifery Stud*. 2013; 2(2):193-7. [DOI:10.5812/nms.8518] [PMID] [PMCID]

- [27] Javanmardi M, Noroozi M, Mostafavi F, Ashrafi-Rizi H. Internet usage among pregnant women for seeking health information: A review article. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2018; 23(2):79-86. [doi:10.4103/ijnmr.ijnmr_82_17]
- [28] Zahedi M, Deris F. [The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012 (Persian)]. *J Cin Nurs midwifery.* 2014; 4(3):63-9. [Link]
- [29] Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health status during normal pregnancy. *J Fam Pract.* 1998; 47(3):209-12. [PMID]
- [30] Black KI, Stephens C, Haber PS, Lintzeris N. Unplanned pregnancy and contraceptive use in women attending drug treatment services. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2012; 52(2):146-50. [DOI:10.1111/j.1479-828X.2012.01413.x] [PMID]
- [31] Makvandi S, Etemadi Kermani A. [Quality of life of pregnant women referred to health centers in Izeh (2010) (Persian)]. *J Kermanshah Univ Med Sci.* 2012; 16(1):e78880. [Link]
- [32] Sari O, Dağcıoğlu BF, Akpak YK, Yerebatmaz N, İleri A. Planned and unplanned pregnancy and its association with coping styles and life quality. *Health Care Women Int.* 2021:1-11. [DOI:10.1080/07399332.2021.1932895] [PMID]

This Page Intentionally Left Blank
