

مقایسه کیفیت زندگی و افسردگی در زنان با حاملگی طبیعی و پرخطر

ماندانا میرمحمدعلی^{*} زهره خاکبازان^{*} دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد^{**} فاطمه عباس‌زاده^{***}

چکیده

زمینه و هدف: زنان با حاملگی پرخطر با تغییراتی در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی روبرو می‌شوند که این تغییرات می‌تواند بر کیفیت زندگی و افسردگی آنان تأثیر داشته باشد. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر نوع حاملگی (پرخطر و طبیعی) بر کیفیت زندگی و افسردگی در زنان باردار انجام گرفته است.

روش بررسی: این بررسی، یک مطالعه تحلیلی از نوع مورد شاهدهی است که بر روی ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر گروه مورد، ۵۰ نفر گروه شاهد) از زنان بارداری که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه کرده بودند، انجام گرفته است. نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند، سپس با توجه به تعریف حاملگی پرخطر و حاملگی طبیعی، در یکی از دو گروه حاملگی طبیعی (گروه شاهد) و حاملگی پرخطر (گروه مورد) قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه سه قسمتی شامل مشخصات فردی، پرسشنامه فرم کوتاه (SF-36) و پرسشنامه سنجش افسردگی بک بود.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در مادران باردار با حاملگی پرخطر ($53/20 \pm 16/83$) پایین‌تر از مادران باردار با حاملگی طبیعی ($62/82 \pm 12/48$) بوده است و بین میانگین نمرات افسردگی در حاملگی طبیعی ($9/8 \pm 5/44$) با حاملگی پرخطر ($15/34 \pm 9/15$) اختلاف معناداری وجود دارد. همچنین آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی و افسردگی در هر دو گروه مادران با حاملگی پرخطر و حاملگی طبیعی ($r = -0/7$) ارتباط معناداری را نشان داده است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر در مقایسه با زنان باردار با حاملگی طبیعی پایین‌تر است. همچنین میزان افسردگی در این زنان بیشتر از زنان باردار با حاملگی طبیعی است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، حاملگی

نویسنده مسؤول: ماندانا
میرمحمدعلی^{*}؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه علوم
پزشکی تهران
e-mail:
mimohamad1@yahoo.
com

- دریافت مقاله: آبان ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۵

مقدمه

دوران بارداری، یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است، این دوره گرچه برای اکثر زنان یک دوره مسرت‌بخش است اما، اغلب یک دوره پر استرس همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی به حساب می‌آید (۱). در این دوره

تغییرات بیوشیمیایی، فیزیولوژیک و آناتومیک زیادی در بدن زن رخ می‌دهد (۲). در واقع تغییراتی که در بدن رخ می‌دهد، فراتر از کنترل زن می‌باشد و این تغییرات به عنوان اولین تغییراتی هستند که زن را هم از نظر جسمی و از هم از نظر روحی آسیب‌پذیر می‌کنند (۳). حاملگی در بعضی از زنان به حدی استرس‌زا است که سبب برانگیختن بیماری ذهنی می‌شود،

* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
*** مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

روبرو می‌شوند. یک حاملگی پرخطر نه تنها روی زن اثر می‌گذارد بلکه باعث ایجاد تغییراتی در عملکرد خانواده می‌شود (۸). بنابراین تغییرات زیادی در دوره حاملگی در ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و در مجموع، کیفیت زندگی زنان باردار رخ می‌دهد. کیفیت زندگی در دوران حاملگی قابل سنجش است. این سنجش در برنامه‌ریزی برای مراقبت‌های مادران و نوزادان و درک و فهم ضرورت وجود این مراقبت‌ها برای سیاست‌گذاران حکومتی و انجمن‌های مراقبت از سلامتی، اهمیت دارد (۹).

علی‌رغم این که کیفیت زندگی نقش قابل توجهی در سلامت زنان حامله بازی می‌کند، مطالعات تحقیقی اندکی در مورد کیفیت زندگی و مسایل روانی مرتبط با حاملگی انجام یافته است. در ایران نیز تحقیقات محدودی در این زمینه صورت گرفته است و با قبول این نکته که درک افراد از کیفیت زندگی متأثر از باورها و فرهنگ آنان می‌باشد، ضرورت تحقیق در این زمینه آشکارتر می‌شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی و افسردگی در زنان با حاملگی طبیعی و پرخطر انجام گرفته، امید است که نتایج آن بتواند سبب افزایش حمایت از زنان در دوران بارداری گردد، این خود می‌تواند گامی در جهت تحقق شعار «فرزندی سالم از مادری سالم» باشد.

روش بررسی

این مطالعه به روش تحلیلی و از نوع مورد-شاهدی است که بر روی ۱۰۰ نفر از مادران باردار که جهت دریافت مراقبت‌های

این بیماری ممکن است به صورت عود یا تشدید اختلال روانی موجود از قبل بروز کند، یا نشانه شروع یک اختلال جدید باشد (۲). میزان افسردگی در حین بارداری بر اساس معیارهای تشخیصی به کار رفته و جمعیت مورد مطالعه از ۱۰ تا ۳۰٪ تغییر می‌کند (۴). پازنده و همکاران شیوع افسردگی حین بارداری را در سال ۱۳۷۸، ۴۵٪ (۵) و کاربخش در مطالعه خود در ایران این میزان را ۳۰/۶٪ گزارش کرده است. لازم به ذکر است که هیچ یک از زنان مورد مطالعه برای رفع این اختلال تحت درمان و مراقبت قرار نداشتند (۶).

Cunningham به نقل از Bruger و همکاران آورده است که علاوه بر تغییرات روحی و روانی ناشی از حاملگی طبیعی، در زنانی که دارای حاملگی پرخطر هستند به دلیل نگرانی در مورد آینده جنین امکان ابتلا به افسردگی، دو برابر می‌شود (۲). Pesavento و همکاران در مطالعه‌ای که در ایتالیا با هدف بررسی کیفیت زندگی و افسردگی و ارتباط احتمالی بین آن دو در حاملگی طبیعی و پرخطر انجام دادند، دریافتند که: میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مادران با حاملگی پرخطر کمتر از میانگین امتیاز کیفیت زندگی در مادران با حاملگی طبیعی است و ۷٪ مادران با حاملگی طبیعی و ۱۲٪ با حاملگی پرخطر دارای افسردگی خفیف و ۱۲٪ که همگی در گروه حاملگی پرخطر قرار داشتند، دارای افسردگی متوسط هستند. همچنین آزمون آماری t بین کیفیت زندگی و افسردگی در هر دو گروه حاملگی پرخطر و حاملگی طبیعی اختلاف معناداری را نشان داد (۷).

زنان با حاملگی پرخطر در زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی‌شان با خطراتی

پژوهش که امکان تأثیر روی کیفیت زندگی و افسردگی دارند مانند وضعیت اجتماعی و اقتصادی حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، رابطه خویشاوندی با همسر، همکاری و مشارکت در انجام کارهای منزل، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و رضایتمندی از زندگی نیز در دو گروه اختلاف معناداری را نشان دادند.

جهت انتخاب نمونه‌ها کلیه مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان به پنج منطقه تقسیم شد (شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز) سپس به طور تصادفی از هر منطقه دو مرکز انتخاب شد. از میان درمانگاه‌ها در هر روز یک درمانگاه به طریق قرعه‌کشی انتخاب و به آنجا مراجعه می‌شد. سپس در این مراکز کلیه زنان بارداری که در آن روز جهت انجام مراقبت‌های بارداری مراجعه کرده بودند و حداقل یکی از ویژگی‌های حاملگی پرخطر را داشتند، پس از کسب رضایت در مطالعه شرکت داده می‌شدند (گروه مورد). پس از تکمیل نمونه‌های گروه مورد در هر درمانگاه، به همان تعداد نمونه شاهد (با حاملگی طبیعی) به صورت تصادفی انتخاب می‌شد.

یکی از پژوهشگران جهت جمع‌آوری داده‌ها هر روز به مراکز بهداشتی، درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مراجعه نموده پرسشنامه را در اختیار نمونه‌ها قرار می‌داد و پرسشنامه توسط خود واحدهای مورد مطالعه تکمیل می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه بود که با توجه به اهداف در سه قسمت عمده تدوین گردید. قسمت اول مشخصات فردی، قسمت دوم پرسشنامه فرم

دوران بارداری به مراکز بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۸۵ مراجعه کرده بودند، صورت گرفته است. جهت تعیین حجم نمونه یک مطالعه مقدماتی بر روی ۲۶ نمونه انجام شد و با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۹۵٪ تعداد نمونه ۴۱ نفر در هر گروه محاسبه گردید و در عمل ۵۰ نفر به عنوان گروه مورد و ۵۰ نفر به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. ویژگی‌هایی که زنان باردار را در گروه پرخطر قرار می‌داد عبارت بودند از سن کمتر از ۲۰ سال یا بیشتر از ۳۵ سال، بیماری‌هایی مثل دیابت ملیتوس، سنگ کلیه، بیماری قلبی، خونریزی رحمی (دکلان- پرویا)، سابقه ناباروری، سابقه سزارین، حاملگی چندقلویی، سقط عادی، اولیگو هیدرآمینوس و فاصله کوتاه بین دو حاملگی، گروه شاهد مادرانی بودند که هیچ یک از عوامل خطر مذکور را نداشتند.

کلیه واحدهای مورد مطالعه ایرانی بودند و در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند، حداقل سواد خواندن و نوشتن داشتند و به بیماری روانی شناخته شده‌ای مبتلا نبودند و یا در طی یک سال گذشته به دلیل بیماری روانی تحت درمان دارویی قرار نگرفته بودند همچنین در طی یک سال گذشته دچار حادثه ناگوار از قبیل فوت بستگان درجه اول، طلاق، تغییر شغل، جدایی از همسر و ... نشده بودند.

گروه مورد و شاهد از نظر مشخصاتی نظیر سن حاملگی، تعداد فرزندان، وضعیت اشتغال، وضعیت اشتغال همسر، میزان درآمد همگن بودند و آزمون‌های آماری t و χ^2 اختلاف معناداری را بین دو گروه از نظر متغیرهای مذکور نشان نداد. متغیرهای جانبی در این

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۲٪ از زنان در گروه پرخطر، سن کمتر از ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال داشتند، به طوری که ۱۸٪ آن‌ها سن کمتر از ۲۰ سال و ۱۴٪ سن بیشتر از ۳۵ سال داشته‌اند. اکثریت زنان باردار در هر دو گروه حاملگی طبیعی (۶۰٪) و حاملگی پرخطر (۳۰٪) بین سنین ۲۰-۲۵ سال قرار داشتند و میانگین سن زنان با حاملگی طبیعی $24/70 \pm 3/67$ و با حاملگی پرخطر و با حاملگی پرخطر $26/92 \pm 6/67$ بود.

اکثریت زنان باردار در هر دو گروه حاملگی طبیعی (۴۴٪) و حاملگی پرخطر (۴۶٪) دارای سن حاملگی ۳۲-۲۸ هفته بودند و میانگین سن حاملگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی $33/68 \pm 3/58$ و در زنان باردار با حاملگی پرخطر $33/33 \pm 3/86$ بود.

میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی برابر با $62/84 \pm 12/48$ و میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر برابر با $53/20 \pm 16/83$ بود. آزمون آماری t اختلاف معناداری را بین دو گروه نشان داد ($p=0/002$). به طوری که میانگین امتیاز کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر کمتر از مادران باردار با حاملگی طبیعی بود (جدول شماره ۱).

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان داد که بیشترین درصد زنان باردار با حاملگی پرخطر (۳۶٪) دارای افسردگی خفیف (امتیاز ۱۶-۱۰) هستند و افسردگی شدید (امتیاز بالاتر از ۲۴) فقط در زنان باردار با حاملگی پرخطر (۱۶٪)

کوتاه (SF-36) و قسمت سوم پرسشنامه سنجش افسردگی بک.

پرسشنامه فرم کوتاه یک وسیله اندازه‌گیری عمومی است که می‌تواند به خوبی کیفیت زندگی را مورد سنجش قرار دهد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال می‌باشد. نمرات بالاتر وضعیت بهتر کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

در این مطالعه از دو روش نمره‌دهی جهت پرسشنامه سنجش افسردگی بک استفاده شد: جهت تعیین شدت افسردگی واحدها را به چهار گروه تقسیم گردیدند. امتیاز ۹-۰ دامنه طبیعی، ۱۶-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۴-۱۷ افسردگی متوسط و بالاتر از ۲۴ افسردگی شدید تفسیر شده (۱۰) در این مطالعه به منظور کسب روایی قسمت اول پرسشنامه «مشخصات فردی» از روش روایی محتوا استفاده شد. روایی و پایایی نسخه فارسی «پرسشنامه فرم کوتاه» به عنوان یک پرسشنامه استاندارد توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی (دکتر منتظری و همکاران) انجام پذیرفته است (۱۱). «پرسشنامه سنجش افسردگی بک» یک پرسشنامه استاندارد است که روایی و پایایی آن در تحقیقات ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (۶).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی جهت تعیین میانگین و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و از آمار استنباطی، آزمون χ^2 و t و ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی اسپیرمن، من‌ویتنی و آنالیز واریانس استفاده شد. در این مطالعه به منظور تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS استفاده گردید.

بین کیفیت زندگی و افسردگی هم در گروه زنان باردار با حاملگی طبیعی و هم در گروه زنان باردار با حاملگی پرخطر ارتباط معنادار و معکوسی وجود دارد ($p < 0.001$) به عبارت دقیق‌تر با افزایش میزان افسردگی کیفیت زندگی پایین می‌آید (جدول شماره ۳).

دیده می‌شود. حال آن که هیچ یک از مادران باردار با حاملگی طبیعی دچار افسردگی شدید نبودند. آزمون آماری χ^2 اختلاف معناداری را بین میانگین نمرات افسردگی در حاملگی طبیعی ($9/8 \pm 5/44$) و حاملگی پرخطر ($15/34 \pm 9/15$) با $p = 0.006$ نشان داد (جدول شماره ۲).

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار امتیاز کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر در سال ۱۳۸۵

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	حداکثر امتیاز کسب شده	حداقل امتیاز کسب شده	تعداد	کیفیت زندگی گروه‌ها
$t = -3/244$	۱۲/۴۸	۶۲/۸۲	۸۸/۵۶	۴۱/۹۹	۵۰	حاملگی طبیعی
$df = 98$	۱۶/۸۳	۵۳/۲۰	۸۴/۲۷	۸/۸۵	۵۰	حاملگی پرخطر
$p = 0.002$						

جدول ۲: مقایسه فراوانی میزان افسردگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر در سال ۱۳۸۵

نتیجه آزمون	حاملگی پرخطر		حاملگی طبیعی		میزان افسردگی گروه‌ها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2 = 12/53$ $df = 3$ $p = 0.006$	۲۸	۱۴	۴۸	۲۴	بدون افسردگی (۰-۹)
	۳۶	۱۸	۴۲	۲۱	افسردگی خفیف (۱۰-۱۶)
	۲۰	۱۰	۱۰	۵	افسردگی متوسط (۱۷-۲۴)
	۱۶	۸	۰	۰	افسردگی شدید (بالتر از ۲۴)
	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	جمع

جدول ۳: همبستگی کیفیت زندگی با افسردگی در دو گروه مادران باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر در سال ۱۳۸۵

نتیجه آزمون	افسردگی		کیفیت زندگی		متغیر گروه‌ها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$r = -0.712$ $p < 0.001$	۵/۴۴	۹/۸۰	۱۲/۴۸	۶۲/۸۲	حاملگی طبیعی
$r = -0.76$ $p < 0.001$	۹/۱۵	۱۵/۳۴	۱۶/۸۳	۵۳/۲۰	حاملگی پرخطر

است یعنی زنان باردار با حاملگی طبیعی از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند، و این اختلاف به لحاظ آماری معنادار است. مطالعه Pesavento و همکاران با این یافته همخوانی دارد (۷). Forger و همکاران نیز در بررسی کیفیت زندگی زنان حامله مبتلا به اسپاندیلیتیس

بحث

یافته‌های مطالعه در خصوص مقایسه کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر نشان دادند که میانگین امتیاز کسب شده کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی نسبت به زنان باردار با حاملگی پرخطر بالاتر

آنکلوژیس و زنان حامله سالم به این نتیجه رسیدند افراد مبتلا به دلیل بیماری در مقایسه با مادران سالم کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (۱۲). مقایسه میزان افسردگی در دو گروه زنان باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر نشان داد که میانگین نمرات آزمون بک در حاملگی طبیعی کمتر از حاملگی پرخطر می‌باشد و اختلاف بین دو گروه معنادار است ($p=0/006$).

در مطالعه Pesavento و همکاران همه زنان باردار در گروه حاملگی طبیعی و ۷۶٪ در حاملگی پرخطر افسرده نبودند و یا افسردگی خفیف داشتند و ۲۴٪ زنان باردار با حاملگی پرخطر دارای افسردگی متوسط بودند. این در حالی است که در زنان باردار با حاملگی طبیعی هیچ موردی از افسردگی متوسط مشاهده نشد. آزمون آماری t بین میانگین نمرات افسردگی در حاملگی طبیعی و حاملگی پرخطر ارتباط معناداری را با $p<0/001$ نشان داد (۷).

یافته‌ها نشان می‌دهد که در گروه حاملگی پرخطر میزان افسردگی به طور قابل توجهی افزایش یافته است و اختلاف بین نمرات آزمون بک در دو گروه می‌تواند ناشی از شرایط متفاوت حاملگی در گروه زنان باردار با حاملگی پرخطر و طبیعی باشد. در حقیقت دوران حاملگی یک دوره استرس‌زا برای زن می‌باشد و می‌تواند با احساسات نامیدکننده، ناراحتی و افسردگی همراه شود، این موارد با نتایج به دست آمده از مطالعه David و Berthiaume در مورد متغیرهای مربوط به افسردگی در طی حاملگی هماهنگی دارد این محققین اظهار داشتند که عامل خاصی که رشد افسردگی را در طی حاملگی تحت تأثیر قرار می‌دهد میزان نگرانی از عوامل استرس‌زا در

حاملگی است (۱۳) و حاملگی پرخطر میزان استرس‌های حاملگی را افزایش می‌دهد (۱۴). یافته‌های بررسی در خصوص ارتباط بین کیفیت زندگی و افسردگی، نشان داد که بین کیفیت زندگی و افسردگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر ارتباط معکوسی وجود دارد که بر اساس آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون با $r=-0/76$ و $p<0/001$ این ارتباط معنادار است. همچنین آزمون آماری ضریب همبستگی پیرسون با $r=-0/712$ و $p<0/001$ بین کیفیت زندگی و افسردگی در مادران باردار با حاملگی طبیعی نیز ارتباط معکوسی را نشان داد. در مطالعه Pesavento و همکاران که بر روی زنان باردار با حاملگی طبیعی و پرخطر در ایتالیا انجام شد، متوسط امتیاز کسب شده از پرسشنامه کیفیت زندگی در زنان باردار ($11/58 \pm 2/23$) که میزان افسردگی متوسطی داشتند کمتر از کیفیت زندگی زنان باردار غیر افسرده یا دارای افسردگی خفیف ($15/82 \pm 6/02$) بود. فروزنده و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در شهرکرد، تحت عنوان، وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که در افراد افسرده اختلال جسمی و اختلال عملکرد وابسته به سلامتی بیشتر دیده می‌شود (۱۵).

Mckee و همکاران نیز در مطالعه خود نتیجه گرفتند که بین وضعیت سلامتی با افسردگی ارتباط معکوسی وجود دارد و علایم افسردگی قویاً با پایین‌تر بودن نمره عملکرد وابسته به سلامتی و احساس خوب بودن مادر باردار ارتباط دارد (۱). همچنین نتایج مطالعه Nicholson و همکاران در آمریکا، تحت عنوان علایم افسردگی و کیفیت زندگی وابسته به

و تلاش جهت ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

در جامعه ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن کمتر پرداخته شده است. شناخت این عوامل به کادر بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را جهت ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نماید. ماماها به عنوان یکی از دست اندرکاران مراقبت‌های اولیه بهداشتی در رسیدن به هدف بهداشت برای همه به ویژه زنان باردار نقش مهمی دارند.

شکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه همکاران که در این طرح ما را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

سلامتی در حاملگی، مشابه نتایج مطالعه حاضر می‌باشد آن‌ها نیز دریافتند که نمرات زنان با علایم افسردگی به طور قابل توجهی پایین‌تر از زنان بدون علایم افسردگی می‌باشد (۱۶).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی پرخطر پایین‌تر از کیفیت زندگی در زنان باردار با حاملگی طبیعی است و میزان افسردگی نیز در این زنان بیشتر از زنان باردار با حاملگی طبیعی است. همچنین بین افسردگی و کیفیت زندگی در هر دو گروه حاملگی طبیعی و حاملگی پرخطر ارتباط معکوسی وجود دارد. بنابراین شناسایی زنان حامله در معرض خطر در طی اولین معاینه مراقبت‌های دوران بارداری

References

- 1 - Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, et al. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol.* 2001; 97(6): 988-93.
- 2 - Cunningham FG, Kenneth KJ, Hauth JC, et al. *Williams obstetrics*, 22 th, edition. New York: McGraw-Hill; 2005.
- 3 - Bennett R, Brown L. *Myles text book for midwives*. 13th edition. Churchill Livingstone; 2005.
- 4 - Kurki T, Hiilesmaa V, Jankowski KR, et al. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000; 95(4): 487-90.
- ۵ - پازنده فرزانه، طومیانس ژانت، افشار فاطمه، ولایی ناصر. بررسی شیوع افسردگی و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران. فصلنامه علمی پژوهشی فیض. دانشگاه علوم پزشکی کاشان، بهار ۱۳۷۸، ۲۱: صفحات ۶۷ تا ۷۰.
- ۶ - کاربخش مژگان، صداقت مجتبی. افسردگی حین بارداری لزوم ادغام بیماریابی در مراقبت‌های خانم‌های باردار. پایش، فصلنامه پژوهش‌کنده علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، پاییز ۱۳۸۱، ۱ (۴): صفحات ۵۵ تا ۹۴.
- 7 - Pesavento F, Marcocini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high risk pregnancy. *Minerva Ginecol.* 2005; 57 (4): 451-60.
- 8 - Sittner B, Defrain J, HuSDon D. Effects of high-risk pregnancy on families. *Am J Matern Child Nurs.* 2005; 30(2): 121-126.
- 9 - Otchet F, Carey M, Lorraine A. General health and psychological symptom status in pregnancy and the purperium: what is normal? of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59(2): 29-33.
- 10 - Devilly GJ. Assessment devices. Retrieved March: 24. 2004. from Swinburne university, clinical & forensic psychology Web sit <http://www.swinburne.edu.au/victims/resources/assessment/assessment.html>.

- 11 - Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* 2005; 14(3): 875-882.
- 12 - Forger F, Ostensen M, Schumacher A, et al. Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseases by the SF-36 health survey. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64(10): 1494-99.
- 13 - Berthiaume M, David H. Correlates of pre-partum depressive symptomatology: a multivariate analysis. *J Reprod Infant Psychol.* 1998; 16: 45-56.
- 14 - Cunningham FG, Kenneth KJ, Hauth JC, et al. *Williams obstetrics*, 22 th, edition. New York: McGraw-Hill; 2000.
- ۱۵ - فروزنده نسرين، دل آرام معصومه، دريس فاطمه. وضعیت سلامت روان دوران بارداری و عوامل مؤثر بر آن در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرکرد ۱۳۸۱-۱۳۸۰، فصلنامه باروری و ناباروری، بهار ۱۳۸۲، ۱۵۵-۱۶۶.
- 16 - Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs E, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006; 107(4): 798-809.