

Research Paper

Investigating the Effects of Prenatal Education on the Quality of Life (QoL) of Nulliparous Women

*Leila Hajipour¹ , Moniolsadat Hosseini Tabaghdehi²

1. Department of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
2. Department of Midwifery, Health Reproductive Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.



Citation Hajipour L & Hosseini Tabaghdehi M. [Investigating the Effects of Prenatal Education on the Quality of Life (QoL) of Nulliparous Women (Persian)]. *Current Psychosomatic Research*. 2023; 1(2):244-261. <https://doi.org/10.32598/cpr.1.2.91.1>

<https://doi.org/10.32598/cpr.1.2.91.1>



ABSTRACT

Background and Objective Prenatal education provides information about pregnancy, the birth process, and the promotion of parenthood and is a positive approach to preparing the mother for childbirth. This study aims to determine the effect of prenatal education on the quality of life (QoL) of nulliparous women referred to Amini Langroudi Hospital.

Materials & Methods This quasi-experimental study was conducted on 93 pregnant women who were referred to Amini Langroudi Hospital from 2013 to 2015. The samples were selected via the convenience sampling method and then divided into an intervention group (n=48) and a control group (n=45). The data was collected by a two-part questionnaire, including personal and obstetrics information, along with the QoL questionnaire (36-item short-form survey). The questionnaires were completed by mothers in their 20th week of pregnancy and at the end of care. Pregnant women in the intervention group were trained in 8 sessions by midwives. The data were analyzed using the independent t-test, the paired t-test, and the Chi-square test.

Results The results of the independent t-test showed no significant difference between the dimensions of life quality before the intervention in nulliparous women in both groups. A significant difference was observed in the functional limitation due to physical problems between the scores of dimensions of QoL after intervention in nulliparous women in the intervention group (P=0.00) and the control group (P=0.04). Meanwhile, no statistically significant difference was detected in other dimensions in the intervention group (independent t-test).

Conclusion This study showed that after training classes, the participants' mental health was better in the intervention group compared to the control group, although there was no significant difference.

Keywords Prenatal education, QoL, Nulliparous

Received: 19 Dec 2022

Accepted: 25 Dec 2022

Available Online: 01 Jan 2023

English Version

Introduction

Pregnancy is associated with significant changes in the mental and physical health of women. The social performance of preg-

nant women is lower than other people in society. Even in natural pregnancy, these changes can disrupt the abilities of women. Most pregnant women, especially nulliparous mothers, have many fears and concerns. They are anxious about how to adapt themselves to their new circumstances. Accordingly, the quality of life (QoL) in pregnant women is lower compared to non-pregnant women [1, 2].

* Corresponding Author:

Leila Hajipour

Address: Department of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Tel: +98 (911) 2427011

E-Mail: lmidhajipour@yahoo.com

The QoL involves different dimensions of physical, mental, and social health. Measuring the QoL is important in planning for taking care of pregnant mothers and understanding their need for such care in the healthcare community [3, 4]. Knowing the QoL of individuals, identifying factors that reduce their QoL, and efforts to eliminate these barriers can improve the quality of services along with the QoL throughout the country [4]. Women, especially nulliparous, require special care to manage pregnancy and have a pleasant and safe birth experience as they are not familiar with pregnancy and the physiological problems associated with their condition. Preparing for pregnancy, midwifery, and family support during pregnancy and childbirth play an important role in having a satisfying experience for mothers. Today, routine maternity care is not enough for mothers. The lack of knowledge and fear of unknowns lead to medical interventions and wrong decisions about the delivery method. Such healthcare methods mostly emphasize the physical problems of pregnant women and are less concerned with mental health issues and women's QoL [5, 6]. Therefore, pre-pregnancy and physiological delivery classes are currently being held in most hospitals in the country to provide such services to pregnant mothers. In these classes, parents receive information about physical and psychological changes during pregnancy, childbirth, parenting, neuropsychological, muscular, and breathing exercises, and supportive methods in labor [6, 7]. Holding classes and providing training is an effective way to protect a pregnant mother. Confidence, satisfaction with pregnancy, active participation of family members, ability to adapt and deal with problems and acceptance of life responsibilities can improve the QoL [7]. Hence, mothers learn how to solve their problems and deal with childbirth as a solvable issue [8]. In Iran, no research has been conducted on the effect of pregnancy preparation classes on the QoL of pregnant women, and given that measuring the QoL of pregnant women is important in planning for the care of mothers and babies, the results can increase the QoL, independence, self-confidence, safe pregnancy, pleasant natural childbirth, and finally improve reproductive health. This study aims to compare the QoL in nulliparous women in two groups of pregnant women participating in childbirth classes or taking routine healthcare.

Materials and Methods

This quasi-experimental study was conducted on 93 pregnant women who were referred to Amini Langroudi Hospital from 2013 to 2015. The samples were selected using the convenience sampling method and then divided into intervention and control groups. The study of Ab-

baszadeh was used to estimate the sample size and given the least standard deviation in this study in terms of the general health of the QoL (94.14), the sample size was estimated at 35 cases in each group. However, this number was increased to 50 cases for both groups [6]. Of the study population, two cases were excluded from the intervention group because of preterm rupture of the membranes and placental abruption, and 5 cases were excluded from the control group as a result of preterm delivery and withdrawal from continuing with the study. Eventually, 48 cases in the intervention group and 45 cases in the control group were analyzed. Among the pregnant mothers who were referred to the hospital, 50 individuals who were interested in participating in the training classes, as well as 50 individuals who were not willing to attend the class and only wanted to receive the usual pregnancy care were invited to participate in the study (Figure 1).

Initially, written consent to participate in the study was obtained from all the participants. Then, the questionnaires were completed by mothers in their 20th week of pregnancy. The inclusion criteria were 1) being in the age range of 18 to 35 years, 2) having a gestational age of about 20 weeks, 3) having no significant medical or obstetric problem or high-risk pregnancy, and 4) having enough literacy to complete the questionnaire. The exclusion criteria were having a high-risk pregnancy during the study and not being willing to participate in the research.

Study instruments

The research tools were the personal and obstetrics information form along with the QoL questionnaire (36-item short-form survey). The questionnaires were completed by the participants of both groups in the research.

Personal and obstetric form

The personal and obstetric form collects information on the participants' age, school education, job, and gestational age.

The QoL questionnaire

This questionnaire contains 36 questions in 8 dimensions, including physical functioning, functional limitations because of physical problems, body pain, general health, mental health, the feeling of vitality, functional limitation because of psychological problems, and social function. The total score of the 8 dimensions ranges from 0 to 100 while higher scores indicate a better situation [4, 7, 9].

The validity and reliability of the Persian version of the QoL questionnaire were approved by the Iranian Institute for Health Sciences Research [10].

Pregnant women who willingly participated in the study received pregnancy classes (intervention group) and the rest of the participants (control group) received the usual prenatal care (limited to regular examinations, routine tests, and ultrasound). The pregnant women in the intervention group were trained in 8 sessions by midwives who had previously completed the courses. Each session was formed in 3 parts within 90 min.

Part 1

The first part included training on the anatomic and physiologic changes during pregnancy, health, and nutrition during pregnancy, various stages of delivery, maternal and neonatal health, encouragement for breastfeeding, and family planning (theoretical training using audiovisual equipment).

Part 2

The second part included consultation in the form of questions and answers.

Part 3

The third part included nervous and muscular exercises, proper conditions during labor and delivery, correct breathing during pregnancy, labor, and delivery, and relaxation. Meanwhile, in the last session, mothers got familiar with the delivery room, labor room, childbirth, tools, and personnel [11, 12].

The data were analyzed via SPSS software, version 19. We used the independent t-test, the paired t-test, and the Chi-square test. The normality of the data was determined via the Kolmogorov-Smirnov test; accordingly, the data had a normal distribution.

Results

A total of 100 pregnant women were enrolled in the study. However, eventually, the statistical analysis was performed on 93 samples (48 cases in the intervention and 45 cases in the control group). The majority of the samples in the intervention group were in the age range of 25 to 30 years (50%). The age range in the control group was from 20 to 25 years (55%). A total of 66% in both groups had a high school education, 95% were housewives in the intervention group while 91% were house-

wives in the control group (Table 1). No significant difference was observed between the two groups regarding the mentioned cases when entering the study (based on the Chi-square test).

The results of the independent t-test showed no significant difference between the dimensions of life quality before the intervention in nulliparous women in both groups. In the intervention group, the dimension of social function and in the control group the dimension of body pain obtained the highest scores. The functional limitation because of physical problems had the lowest scores (Table 2).

The only significant difference was observed in the functional limitation because of physical problems between the scores of dimensions of QoL after the intervention in nulliparous women in the intervention and control groups ($P=0.004$). However, no statistically significant difference was observed in other dimensions (based on the independent t-test). Also, in both groups after the intervention, the mental health dimension had the highest score, and the dimension of functional limitation because of physical problems had the lowest score. The dimensions of physical function and mental health had the same health-related score. In other dimensions, except for pain, the intervention group had higher health-related performance compared to the control group (Table 2).

The comparison of Mean \pm SD of different dimensions of QoL in nulliparous women before and after intervention in the intervention group indicated no significant difference in 8 dimensions, except for physical function ($P=0.00$; paired t-test). Also, the comparison of the mean life quality dimensions in the intervention group showed that the dimensions of general health, physical function, functional limitation because of physical problems, functional limitation because of emotional problems, and social performance decreased after the intervention; however, the difference was not statistically significant. The dimensions of mental health, the feeling of vitality, and pain after the intervention had a higher health-related score compared to before the intervention, although the difference was not statistically significant (Table 3).

The comparison of Mean \pm SD of different dimensions of life quality in nulliparous women before and after class in the control group in the dimensions of physical function ($P=0.002$), functional limitation because of physical problems ($P=0.004$), and pain ($P=0.003$) indicated a significant difference (based on the paired t-test). The dimension of mental health had equal scores before and after the intervention. Other dimensions had lower scores after the intervention (Table 3).

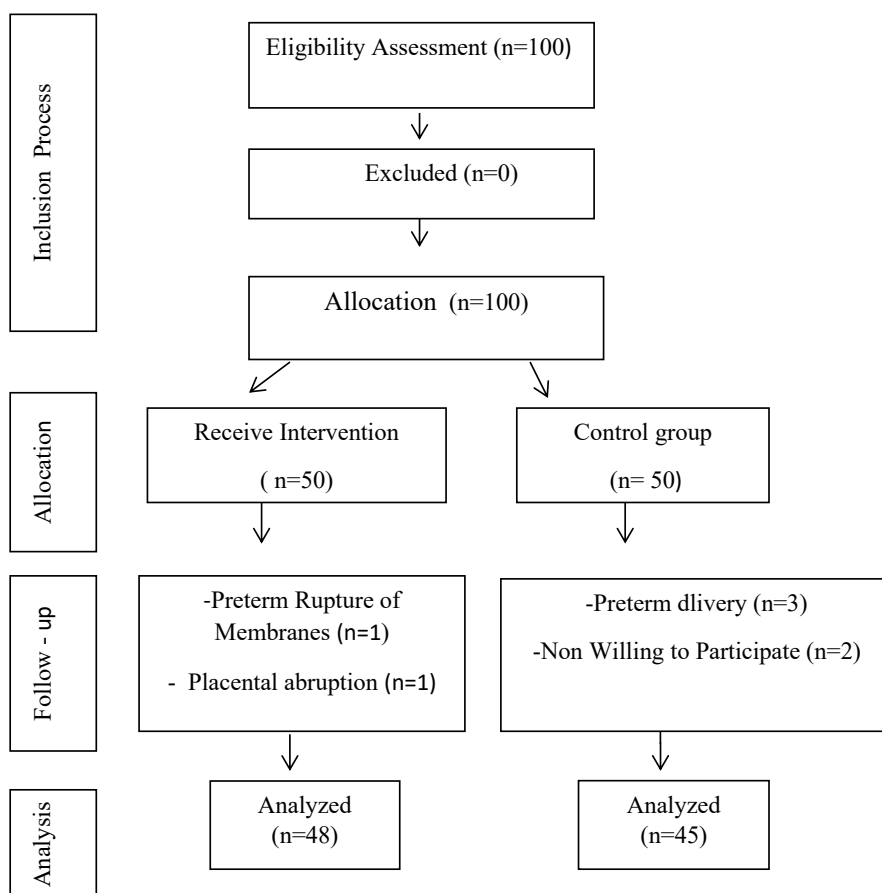


Figure 1. The study flowchart

Discussion

The results of this study showed no significant difference between the mean scores of the dimensions of QoL among the nulliparous women in the intervention and control groups before and after the intervention. Before and after the intervention in both groups, functional limitation because of physical problems had the lowest score, which was consistent with the studies of Abbas Zadeh and Makvandi [13, 14]. In the intervention group before the intervention, social function and the dimension of pain after the intervention had the highest scores. After intervention in both groups, mental health equally obtained the highest health-related scores. In Abbaszadeh’s study, social performance and mental health also increased [1].

Our findings showed that after training classes, mental health was better in the intervention group compared to the control group, although no significant difference was observed. In examining the differences in the dimensions of QoL in the intervention group after the intervention, a significant difference in the level of physical function, mental health, vitality, and the pain was

detected which was not statistically significant. Given the hormonal and physical changes and the body’s compliance with the process of pregnancy, the pain is increased, physical and social functions are weakened, and functional limitation because of physical problems is increased [3]. The findings of the study by Karami showed that pregnancy has a negative effect on physical and social functions. Karami posited that since pregnant women have physical dysfunction, this will result in the feeling of a lack of physical health and this negatively affects their mental health. The results of Karami’s study showed a need for paying more attention to the dimension of mental health during pregnancy [1].

Changes and the incidence of problems during pregnancy such as nausea, vomiting, fatigue, and pain can have a significant effect on the daily activity of pregnant women, which can be important factors in reducing the dimensions of life quality and the woman’s ability in daily duties. The study of Makvandy showed that the lowest score is related to the feeling of vitality and functional limitation because of physical problems [14].

Table 1. Demographic and obstetric characteristics in both groups

Variables	Group	No. (%)		P
		Intervention	Control	
Age (y)	20-25	20(42)	25(55.5)	0.27
	26-30	24(50)	13(28.8)	
	31-35	4(8)	7(15.7)	
Occupation	Housewife	46(95.8)	41(91.1)	0.55
	Employed	2(4.2)	4(8.9)	
Education	High school education	32(66.6)	30(66.6)	0.91
	College education	16(33.4)	15(33.4)	
Gestational age	1 st trimester	0(0)	0(0)	0.31
	2 nd trimester	48(100)	45(100)	

Current Psychosomatic Research

Table 2. Mean scores of quality of life domains before and after intervention in the intervention and control group

Domains	Group	Mean±SD		P
		Intervention	Control	
General health	Before	74.58±15.7	70.77±16	0.25
	After	73.43±13.8	67.66±16.7	0.07
Physical functioning	Before	66.77±19.3	64.88±18.9	0.63
	After	53.54±18.9	53.77±19.1	0.95
Physical role functioning	Before	48.43±36.2	43.33±32.5	0.47
	After	44.27±35	30±32.6	0.04
Emotional role functioning	Before	56.94±42.9	62.96±37.7	0.47
	After	57.63±40.5	50.37±37.5	0.37
Social functioning	Before	76.82±21.4	76.94±18.6	0.97
	After	74.47±18.2	71.38±19.6	0.43
Pain	Before	75.46±20.2	78.51±18.1	0.44
	After	73.14±19.2	68.14±21	0.23
Mental health	Before	73.91±20.3	75.91±12.9	0.44
	After	75.58±14.6	75.28±16.7	0.92
Vitality	Before	60.93±19.3	63.77±15.4	0.43
	After	65.1±15.8	59.33±17.2	0.09

Current Psychosomatic Research

Table 3. Mean scores of quality of life domains before and after intervention in the intervention and control group

Domains	Group	Mean±SD		P
		Before Intervention	After Intervention	Paired t-test
General health	Intervention	74.58±15.7	73.43±13.8	0.53
	Control	70.77±16	67.66±16.7	0.129
Physical functioning	Intervention	66.77±19.3	53.54±18.9	0.00
	Control	64.88±18.9	53.77±19.3	0.002
Physical role functioning	Intervention	48.43±36.2	44.27±35	0.27
	Control	43.33±32.5	30±32.6	0.004
Emotional role functioning	Intervention	59.94±42.9	57.63±40.5	0.87
	Control	62.96±37.7	50.37±37.3	0.08
Social functioning	Intervention	76.82±21.4	74.47±18.2	0.23
	Control	76.94±18.6	71.38±19.6	0.084
Pain	Intervention	75.46±20.2	73.14±19.2	0.37
	Control	78.51±18.1	68.14±21	0.003
Mental health	Intervention	73.16±20.3	75.58±40.5	0.4
	Control	75.91±12.9	75.28±16.7	0.77
Vitality	Intervention	60.93±19.3	65.1±15.8	0.11
	Control	63.77±15.4	59.33±17.2	0.085

Current Psychosomatic Research

In the study of Abbaszadeh, conducted on 600 pregnant women, the lowest score was also attributed to the dimensions of functional limitation because of physical problems, feelings of vitality, and pain. Abbaszadeh found that the physical problems of pregnant women were higher compared to non-pregnant women and they have a lower QoL, given that they had no training course [6, 13]. In examining the differences in the dimensions of QoL in the control group, when comparing the result before and after the intervention, a significant statistical difference was observed in the physical function, functional limitations because of physical problems, and pain. Pain had decreased more significantly and the dimension of mental health had the same score before and after the intervention. Comparing the means showed a decrease in scores and a lower level of health-related function in others compared to the pre-intervention stage. Our results showed that although the dimensions of general health, physical functioning, functional limitations because of physical problems, functional limitations because of emotional problems, and social function in both groups had a down-

ward health trend after the intervention, the intervention group, in the dimensions of mental health, pain, and feeling of vitality a higher health-related score was detected compared to before the intervention; however, the difference was not significant. Research showed that maternal support is beneficial for the mother during pregnancy to help them adapt their feelings, and also plays an important role in improving their emotional and adaptive status with motherhood roles. Pregnancy training reduces the incidence of mental disorders and depression [15, 16].

Conclusion

In the present study, the main reasons for the decreased physical function and functional limitations because of physical and emotional problems, and social function in both groups were the physiological changes during pregnancy and their progression, and perhaps the lack of good education to improve the physical condition. The psychological dimensions were better in the intervention group due to relaxing exercises and close relationships with the

pregnant mother and the teacher in the classes. Therefore, healthcare providers should focus more on the symptoms and changes of pregnancy. Mothers should deal with pregnancy and childbirth as solvable and natural issues and try to improve healthy social relationships in the training classes. The results of Abbaszadeh's study also showed that the average QoL, especially the physical and pain dimensions, decreases with the progression of pregnancy. Meanwhile, the number of pregnancies also decreases the QoL in women. In Abbaszadeh's study, the highest mean of life quality was observed in the first pregnancy, since more pregnancies reduce the physical and mental power of women, which can negatively impact the QoL [13].

Studies showed that counseling with nulliparous women can reduce anxiety and proper education improves mothers' awareness and enables them to use correct strategies to solve pregnancy problems [8]. Improvement in the dimensions of mental health and emotional problems following the training classes can be due to stress reduction resulting from proper training; however, with better training and increasing the sample size, better results can be obtained. The study of Pinedo also showed that pregnancy education does not have beneficial effects on pregnancy and childbirth [17]. Bahrami's study also showed that pregnancy training classes lead to a higher life quality and a higher sense of vitality in the postpartum period. Bahrami posits that educational interventions are effective in promoting self-efficacy for delivery and lead to a reduction in pain and anxiety in labor [18].

The results of our research along with other studies indicated that the QoL of pregnant women is low; however, the low level of physical dimensions and the role limitation resulting from physical problems and even mental health can be improved by proper training and accurate healthcare during pregnancy care. Studies also showed that mothers' support in pregnancy is beneficial in helping women to adapt to motherhood emotions and to improve their emotional state. The results of the present study indicated the role of education during pregnancy as a key element in increasing mental health [19]. In our study, the reason for the decrease in physical performance was the limitation of performance caused by physical problems and pain in both groups. Pregnancy can progress due to the increase in physical problems and pain caused by physiological changes following pregnancy and maybe the weakness in training to improve the physical condition, especially in the pregnancy preparation class in the intervention group.

Although, it is possible that mental health was better in the intervention group due to physical exercises and the close relationship between the pregnant mother and the teacher. The results of Abbaszadeh's study show that with the progress of pregnancy, the average QoL, especially the physical dimension, and pain, decreases [6]. The results of Jakubiec's study also showed that classes can improve mental health by reducing mental problems during pregnancy. It can even improve the QoL's physical and social dimensions [20].

The improvement in mental health and emotional problems after preparation classes can be attributed to the relaxation and reduction of stress, along with proper training of the instructor; however, with more detailed training and increasing sample size, better results can be obtained.

The positive effects of relaxation in these classes can make the mother feel better and have a better QoL. Finally, delivery is a completely physiological process, and the physical and mental support of the mother is necessary to avoid any complications [15, 16].

To promote the health status of mothers who play the main role in a healthy society, more attention should be paid to the QoL during pregnancy care [19]. Also, it is necessary to conduct more studies in this field and to investigate the effect of pregnancy education on the QoL of multiparous women and maternal and neonatal health. This was a small study; thus, the results should be cautiously generalized. It is unlikely to reach a general conclusion from such a small study. The existence of cultural and social issues causes impatience and unwillingness in mothers to participate in research.

Since only the mothers who were willing to participate in the study were enrolled, the lack of random assignment is considered a research limitation. It is suggested that more studies should be carried out with a larger sample size to obtain better results and higher generalizability.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Samples' information was obtained after receiving written informed consent, explaining the design and its objectives, and ensuring confidentiality. A license was received from [Azad University of Tonkabon](#) branch with number 24331/1 and IRCT code 2017012732228N1.

Funding

This article is the result of a research project approved by the [Islamic Azad University of Tonekabon](#) under Contract No.: 23397 in 2012.

Authors' contributions

Conception and Supervision: leila hajipour; Collection and analysis: leila hajipour; Financial sources: [Islamic Azad University of Tonekabon](#); Methodology and Writing and review: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

Hereby, the support of the Vice-Chancellor of Research in [Islamic Azad University of Tonekabon](#) is highly appreciated. The authors would like to thank the [Guilan University of Medical Sciences](#), the head of Amini Langroud Hospital, and especially the cooperation of Nasrin Rahimian, who provided the opportunity to conduct this research, and all the mothers who participated in this study are sincerely appreciated.

This Page Intentionally Left Blank

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش دوران بارداری بر کیفیت زندگی زنان نخست‌زا

لیلا حاجی‌پور^۱، منیرالسادات حسینی طبنگدهی^۲

۱. گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.
 ۲. گروه مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.



Citation Hajipour L & Hosseini Tabaghdehi M. [Investigating the Effects of Prenatal Education on the Quality of Life (QoL) of Nulliparous Women (Persian)]. *Current Psychosomatic Research*. 2023; 1(2):244-261. <https://doi.org/10.32598/cpr.1.2.91.1>

doi <https://doi.org/10.32598/cpr.1.2.91.1>



زمینه و هدف آموزش دوران بارداری اطلاعاتی درباره بارداری، فرایند زایمان و ارتقای والدگری ارائه می‌دهد و روشی مثبت در جهت آماده‌سازی مادر برای زایمان فرزند است. هدف این مطالعه مشخص کردن آثار آموزش دوران بارداری بر کیفیت زندگی زنان نخست‌زایی است که به بیمارستان امینی لنگرودی مراجعه کردند.

مواد و روش این مطالعه شبه‌تجربی بر روی ۹۳ زن باردار انجام شد که به بیمارستان امینی لنگرودی در طول سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ مراجعه کردند. نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به ۲ گروه آزمایش (n=۴۸) و گروه کنترل (n=۴۵) تقسیم شدند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌ای متشکل بر ۲ قسمت اطلاعات شخصی و زایمان و همچنین پرسش‌نامه کیفیت زندگی جمع‌آوری شدند. پرسش‌نامه‌ها در بیستمین هفته بارداری و در انتهای مراقبت تکمیل شدند. زنان باردار در گروه آزمایش در ۸ جلسه توسط ماماها آموزش دیدند. داده‌های مطالعه با استفاده از آزمون تی مستقل، آزمون تی جفتی و آزمون مربع کای ارزیابی و بررسی شدند.

یافته‌ها یافته‌های آزمون تی مستقل نشان داد هیچ‌گونه تفاوت معناداری میان ابعاد کیفیت زندگی پیش از مداخله در زنان نخست‌زا در هر ۲ گروه وجود ندارد. تفاوت معناداری در محدودیت عملکردی به دلیل مشکلات جسمانی میان امتیازهای ابعاد کیفیت زندگی پس از مداخله در زنان نخست‌زا در گروه آزمایش (P=۰/۰۰۱) و گروه کنترل (P=۰/۰۰۴) مشاهده شد. هیچ‌گونه تفاوت آماری معناداری در ابعاد دیگر در گروه آزمایش مشاهده نشد (آزمون تی مستقل).

نتیجه‌گیری این مطالعه نشان داد پس از کلاس‌های آموزشی، سلامت روان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بهبود یافته بود، گرچه هیچ‌گونه تغییر معناداری مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها آموزش دوران بارداری، کیفیت زندگی، زنان نخست‌زا

تاریخ دریافت: ۲۸ آذر ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۰۴ دی ۱۴۰۱

تاریخ انتشار: ۰۹ مهر ۱۴۰۱

مقدمه

نگران چگونگی انطباق خود با شرایط جدید هستند. از این‌رو، انتظار می‌رود کیفیت زندگی در زنان باردار در سطح پایین‌تری نسبت به زنان غیرباردار باشد [۱، ۲].

کیفیت زندگی شامل ابعاد مختلفی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است. اندازه‌گیری کیفیت زندگی در برنامه‌ریزی برای مراقبت از مادران باردار و درک نیاز آن‌ها در این مراقبت در

بارداری با تغییرات چشمگیری در سلامت جسمی و روانی زنان همراه است و عملکرد اجتماعی آن‌ها را در مقایسه با دیگر افراد در جامعه کاهش می‌دهد، حتی در زایمان طبیعی، این تغییرات می‌تواند توانایی زنان را مختل کند. اغلب زنان باردار، به‌ویژه زنان نخست‌زا، نگرانی و ترس‌های بسیاری دارند. آن‌ها

* نویسنده مسئول:

لیلا حاجی‌پور

نشانی: تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، دانشکده علوم پزشکی، گروه مامایی.

تلفن: ۰۱۱ ۲۴۲۷۰۹۱۱ (۹۱۱) +۹۸

رایانامه: Imidhajipour@yahoo.com

زودرس و عدم مشارکت حذف شدند. در نهایت، ۴۸ مورد در گروه آزمایش و ۴۵ مورد در گروه کنترل مورد ارزیابی قرار گرفتند. در میان مادران بارداری که به بیمارستان مراجعه کردند، ۵۰ نفری که مشتاق شرکت در کلاس‌های آموزشی بودند و همچنین ۵۰ نفری که مشتاق شرکت در کلاس‌ها نبودند و خواهان دریافت مراقبت‌های روتین بارداری بودند، دعوت به شرکت در مطالعه شدند (تصویر شماره ۱).

در ابتدا، رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه از تمامی شرکت‌کنندگان گرفته شد. سپس پرسش‌نامه‌ها توسط مادران در بیستمین هفته بارداری تکمیل شد. معیارهای ورود: بودن در بازه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال؛ داشتن سن حاملگی حداقل ۲۰ هفته؛ نداشتن هر گونه مشکل جدی درمانی یا زایمانی یا بارداری پرخطر و داشتن سواد کافی جهت تکمیل پرسش‌نامه‌ها.

معیارهای خروج: داشتن بارداری پرخطر حین مطالعه و عدم اشتیاق به شرکت در مطالعه بود.

ابزار مطالعه

ابزار مطالعه شامل فرم اطلاعات شخصی و زایمانی همراه با پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. پرسش‌نامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان در هر ۲ گروه مطالعه تکمیل شد.

پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی

این فرم دربرگیرنده اطلاعات شرکت‌کنندگان درباره سن، تحصیلات، شغل و سن حاملگی بود.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)

این پرسش‌نامه شامل ۳۶ سؤال در ۸ بُعد است: عملکرد جسمی، محدودیت‌های عملکردی به دلیل مشکلات جسمی، درد بدن، سلامت کلی، سلامت روانی، نشاط، محدودیت عملکردی به دلیل مشکلات فیزیولوژیکی و عملکرد اجتماعی. امتیاز کلی ۸ بُعد در طیف صفر تا ۱۰۰ قرار دارد و امتیاز بالاتر بیانگر شرایط بهتر است [۴، ۷، ۹]. روایی و پایایی نسخه فارسی این پرسش‌نامه به‌عنوان یک پرسش‌نامه استاندارد توسط مؤسسه ایرانی برای تحقیقات علوم سلامت تأیید شده است [۱۰].

زنان باردار که مشتاقانه در مطالعه شرکت کردند، کلاس‌های بارداری دریافت کردند (گروه آزمایش) و مابقی شرکت‌کنندگان (گروه کنترل) تنها مراقبت‌های زایمان معمول را دریافت کردند (که این آموزش‌ها محدود به آزمایش‌های معمول، تست‌های روتین و فراصوتی بود). زنان باردار در گروه آزمایش ۸ جلسه توسط ماماهاپی که پیش‌تر کلاس‌های آموزشی را گذرانده بودند، آموزش دیدند. هر جلسه در ۳ قسمت در ۹۰ دقیقه برگزار شد.

جامعه مراقبت‌های سلامت مهم و ضروری است [۳، ۴]. دانستن کیفیت زندگی افراد، شناخت عواملی که موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود و تلاش‌ها برای حذف این موانع می‌تواند نقش مهمی در بهبود کیفیت خدمات و کیفیت زندگی در کشور داشته باشد [۴]. زنان، به‌ویژه زنان نخست‌زا، نیازمند مراقبت‌های خاصی برای مدیریت بارداری هستند و می‌بایست تجربه زایمان خوشایند و ایمن داشته باشند. از آنجاکه آن‌ها اطلاعات چندانی درباره بارداری و مشکلات فیزیولوژیکی مرتبط با آن ندارند، آماده شدن برای بارداری، مامایی و حمایت خانواده حین بارداری و زایمان نقش مهمی در داشتن تجربه‌ای خوشایند برای مادرها دارد. امروزه، مراقبت‌های زایمان روتین برای مادرها کافی نیست. کمبود دانش و ترس از نادانسته‌ها به مداخلات درمانی و تصمیمات اشتباه درخصوص روش زایش منجر می‌شود. این روش‌های مراقبت سلامت اغلب بر مشکلات جسمی زنان متمرکز است و کمتر درخصوص مشکلات سلامت روان و کیفیت زندگی این گروه از جامعه است [۵، ۶].

درکل برگزاری کلاس‌ها و ارائه آموزش، روشی مؤثر در حفاظت از مادران باردار است. اعتماد، رضایت از بارداری، مشارکت فعالانه اعضای خانواده، قابلیت سازگاری و برخورد با مشکلات و پذیرش مسئولیت‌های زندگی می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد [۷]. از این‌رو، مادران می‌آموزند تا چگونه مشکلات را حل کنند و مشکلات زایمان را قابل حل ببینند [۸]. در ایران، تحقیقی بر تأثیر آموزش‌های آمادگی بارداری بر کیفیت زندگی زنان باردار انجام نشده است. از آنجاکه اندازه‌گیری کیفیت زندگی زنان باردار در برنامه‌ریزی برای مادران و کودکان مهم است، امید است که نتایج این تحقیق به افزایش کیفیت زندگی، استقلال، اعتماد به نفس، زایمان ایمن، زایمان طبیعی ایمن و در نهایت بهبود سلامت زایش منجر شود. این مطالعه بر آن است تا کیفیت زندگی زنان نخست‌زا را در ۲ گروه زنانی که در کلاس‌های زایمان شرکت کردند یا مراقبت‌های سلامت روتین را دریافت کردند، مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه شبه‌تجربی بر روی ۹۳ زن بارداری که در طول سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ به بیمارستان امینی لنگرودی مراجعه کردند، انجام شده است. نمونه‌ها از طریق روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به ۲ گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. از مطالعه عباس‌زاده استفاده شد تا اندازه نمونه تخمین زده شود و باتوجه به کمترین میزان انحراف از معیار در این مطالعه درخصوص سلامت کلی کیفیت زندگی (۹۴/۱۴)، اندازه نمونه معادل ۳۵ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد که سپس به ۵۰ مورد در هر ۲ گروه افزایش یافت [۶]. باوجود این، ۲ مورد از گروه آزمایش به دلیل پارگی زودرس پرده‌ها و جدا شدن جفت حذف شدند. همچنین ۵ مورد از گروه کنترل به دلیل زایمان

قسمت اول

آموزش درباره تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک حین بارداری، سلامت و تغذیه در طول دوره بارداری، مراحل مختلف زایمان، سلامت مادر و نوزاد، تشویق برای شیر دادن طبیعی و برنامه‌ریزی خانوادگی (آموزش نظری با استفاده از دستگاه‌های سمعی بصری).

قسمت دوم

مشاوره به‌صورت پرسش و پاسخ،

قسمت سوم

تمرین‌های نورونی و ماهیچه‌ای، شرایط مناسب برای زایمان، تنفس صحیح حین بارداری، زایمان و وضع حمل و تن آرام. در جلسه آخر، مادران با اتاق وضع حمل، اتاق زایمان، ابزار و پرسنل آشنا شدند [۱۲، ۱۱].

داده‌ها با نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS، آزمون تی مستقل^۱، تی جفتی^۲ و مربع کای^۳ ارزیابی شدند. نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۴ بررسی شد که داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کردند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۰۰ زن باردار شرکت کردند، اما در نهایت، تحلیل آماری بر روی ۹۳ نمونه (۴۸ نفر در گروه آزمایش و ۴۵ نفر در گروه کنترل) انجام شد. اغلب نمونه‌ها در گروه آزمایش در بازه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال بودند (۵۰ درصد) و در گروه کنترل بازه سنی معادل ۲۰ تا ۲۵ سال بود (۵۵ درصد). در این میان، ۶۶ درصد در هر ۲ گروه تحصیلات در حد دبیرستان داشتند و ۹۵ درصد در گروه آزمایش خانه‌دار بودند، در حالی که در گروه کنترل ۹۱ درصد خانه‌دار بودند (جدول شماره ۱). هیچ‌گونه تغییر چشمگیری میان ۲ گروه در خصوص موردهای اشاره‌شده در زمان ورود به مطالعه مشاهده نشد (آزمون مربع کای).

نتایج آزمون تی مستقل نشان داد هیچ‌گونه تفاوت معناداری میان ابعاد کیفیت زندگی پیش از مداخله در زنان نخست‌زا در هر ۲ گروه وجود ندارد. در گروه آزمایش، بُعد عملکرد اجتماعی و در گروه کنترل، بُعد درد بدنی بالاترین نمرات را کسب کردند؛ محدودیت عملکردی به‌دلیل مشکلات جسمی پایین‌ترین نمره را کسب کرد (جدول شماره ۲).

تنها تفاوت معنادار در محدودیت‌های عملکردی به‌دلیل

1. Independent t-test
2. Paired t-test
3. Chi Square
4. Kolmogorov-Smirnov

مشکلات جسمی میان امتیازهای ابعاد کیفیت زندگی پس از مداخله در زنان نخست‌زا در گروه‌های آزمایش و کنترل مشاهده شد ($P=0/004$). باوجود این، هیچ‌گونه تفاوت آماری معناداری در ابعاد دیگر وجود نداشت (آزمون تی مستقل). همچنین، در هر ۲ گروه پس از مداخله، بُعد سلامت روان بالاترین نمره را داشت و بُعد محدودیت‌های عملکردی به‌دلیل مشکلات جسمی پایین‌ترین نمره را کسب کرد. ابعاد عملکرد جسمی و سلامت روان نمرات مشابهی در امتیازهای مربوط به سلامت کسب کردند. در دیگر ابعاد به‌جز درد، گروه آزمایش عملکرد سلامت بالاتری نسبت به گروه کنترل داشت (جدول شماره ۲).

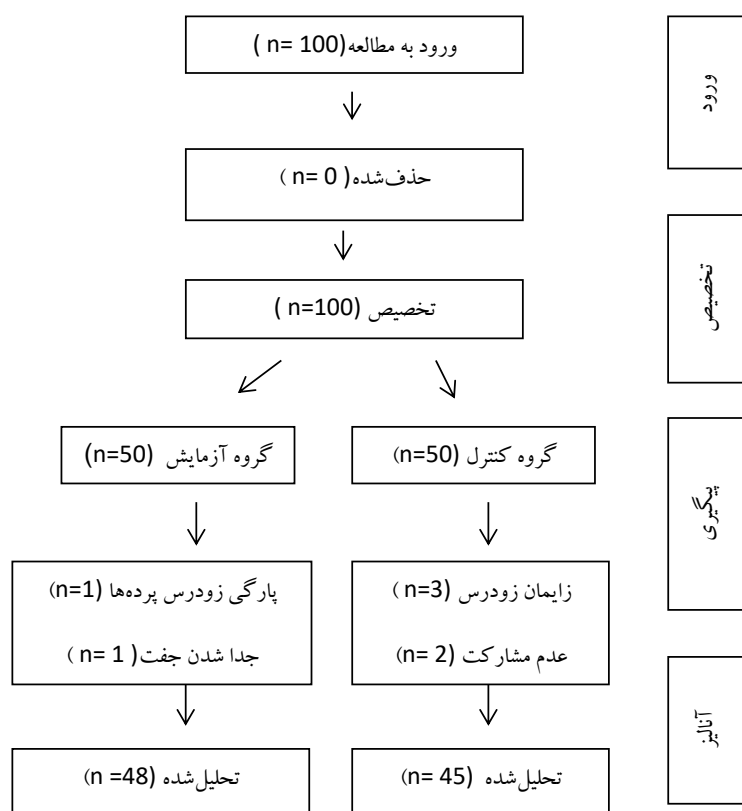
مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان نخست‌زا پیش و پس از مداخله در گروه آزمایش هیچ‌گونه تفاوت معناداری در ۸ بُعد به‌غیر از عملکرد جسمی نشان نداد ($P=0/001$) (آزمون تی جفتی). همچنین مقایسه میان میانگین ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نشان داد ابعاد سلامت کلی، عملکرد جسمی، محدودیت عملکردی به‌دلیل مشکلات جسمی، محدودیت اجتماعی پس از مداخله کاهش یافتند، اما از نظری آماری چشمگیر نبودند. ابعاد سلامت روان، احساس سرزندگی و درد پس از مداخله دارای امتیاز سلامت بالاتری نسبت به پیش از مداخله بودند، گرچه این تفاوت از نظر آماری چشمگیر نبود (جدول شماره ۳).

مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان نخست‌زا پیش و پس از کلاس آموزشی در گروه کنترل در ابعاد عملکرد جسمی ($P=0/002$)، محدودیت عملکردی به‌دلیل مشکلات جسمی ($P=0/004$) و درد ($P=0/003$) نشان‌دهنده تفاوت معناداری بود (آزمون تی جفتی). ابعاد سلامت روان نمراتی برابر با پیش از مداخله و پس از مداخله داشتند. دیگر ابعاد دارای نمرات پایین‌تری پس از مداخله بودند (جدول شماره ۳).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد هیچ‌گونه تفاوت معناداری میان میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی در بین زنان نخست‌زا در گروه‌های کنترل و آزمایش پیش و پس از مداخله وجود ندارد. پیش و پس از مداخله در هر ۲ گروه، محدودیت‌های عملکردی به‌دلیل مشکلات جسمی پایین‌ترین نمره را داشت که با نتایج مطالعات عباس‌زاده و ماکوندی در یک راستاست [۱۳، ۱۴]. در گروه آزمایش پیش از مداخله، عملکرد اجتماعی و بُعد درد پس از مداخله بالاترین نمرات را داشت. پس از مداخله در هر ۲ گروه، بعد سلامت روان همراه با بیشترین امتیاز مربوط به سلامتی بود؛ در مطالعه عباس‌زاده، عملکرد اجتماعی و سلامت روان نیز افزایش یافتند [۱].

یافته‌های ما نشان داد پس از کلاس‌های آموزشی، سلامت



تصویر ۱. فلوجارت مطالعه

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

محدودیت عملکردی به دلیل مشکلات جسمی است [۱۴].

در مطالعه عباس‌زاده که بر روی ۶۰۰ زن باردار انجام شد، پایین‌ترین نمره نیز به ابعاد محدودیت عملکردی به دلیل مشکلات جسمی، احساس سرزندگی و درد تعلق داشت. عباس‌زاده دریافت که مشکلات جسمی زنان باردار بیشتر از زنان غیرباردار است و آن‌ها کیفیت زندگی پایین‌تر داشتند و البته آموزشی دریافت نمی‌کردند [۶، ۱۳]. در بررسی تفاوت‌های میان ابعاد کیفیت زندگی در گروه کنترل در مقایسه نتایج پیش و پس از مداخله، تغییر آماری چشمگیری در عملکرد جسمی، محدودیت‌های عملکردی به دلیل مشکلات جسمی و درد وجود داشت. احساس درد دارای کاهش بیشتر و چشمگیری بود. بعد سلامت روان دارای امتیاز مشابه پیش و پس از مداخله بود. مقایسه میانگین‌ها نشان‌دهنده کاهش در امتیازها و سطوح پایین‌تر عملکرد مرتبط با سلامت در دیگران در مقایسه دوره پیش از مداخله بود.

نتایج ما نشان داد گرچه ابعاد کلی سلامت، عملکرد جسمی، محدودیت‌های عملکردی به دلیل مشکلات جسمی، محدودیت‌های عملکردی به دلیل مشکلات احساسی و عملکرد اجتماعی هر ۲ گروه دارای روند کاهشی سلامت پس از مداخله بود، اما در گروه آزمایش، ابعاد سلامت روان، درد و احساس

روان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بهتر بود، گرچه هیچ نوع تغییر چشمگیری یافت نشد. در بررسی تغییرات در ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش پس از مداخله، تفاوت چشمگیری در سطح عملکرد جسمی، سلامت روان و احساس سرزندگی و درد یافت شد که از نظری آماری چشمگیر نبود. به دلیل تغییرات هورمونی و جسمی و پیروی بدن از فرایند بارداری، میزان درد افزایش می‌یابد، عملکردهای اجتماعی و جسمی تضعیف می‌شوند و محدودیت عملکردی به دلیل مشکلات جسمی افزایش می‌یابد [۳]. یافته‌های مطالعه کرمی نشان داده است که بارداری تأثیر منفی بر عملکردهای اجتماعی و جسمی دارد. کرمی همچنین بر این عقیده است که از آنجاکه زنان باردار توانایی‌های جسمی ندارند، این امر به ایجاد احساس عدم سلامت جسمی منجر شده و تأثیر منفی بر سلامت روان دارد. نتایج مطالعه کرمی همچنین نشان‌دهنده نیاز برای توجه بیشتر به ابعاد سلامت روان در طول دوره بارداری است [۱].

تغییرات و مشکلات در بارداری مانند حالت تهوع، خستگی و درد می‌تواند تأثیر چشمگیری بر فعالیت‌های روزمره زنان باردار داشته باشد که می‌تواند عاملی مهم در تضعیف ابعاد کیفیت زندگی و قابلیت زنان در وظایف روزمره باشد. مطالعه ماکوندی نشان داد پایین‌ترین امتیاز مربوط به احساس سرزندگی و

جدول ۱. ویژگی‌های زایمانی و جمعیت‌شناختی در هر دو گروه آزمایش و کنترل

P	تعداد (درصد)		گروه	متغیر
	کنترل	آزمایش		
۰/۲۷	۲۵(۵۵/۵)	۲۰(۴۲)	۲۰ تا ۲۵ سال	سن
	۱۳(۲۸/۸)	۲۴(۵۰)	۲۶ تا ۳۰ سال	
	۷(۱۵/۷)	۴(۸)	۳۱ تا ۳۵ سال	
۰/۵۵	۴۱(۹۱/۱)	۴۶(۹۵/۸)	خانه‌دار	شغل
	۴(۸/۹)	۲(۴/۲)	شاغل	
۰/۹۱	۳۰(۶۶/۶)	۳۲(۶۶/۶)	دیبرستان	تحصیلات
	۱۵(۳۳/۴)	۱۶(۳۳/۴)	دانشگاه	
۰/۳۱	۰	۰	۳ ماهه اول	سن حاملگی
	۴۵(۱۰۰)	۴۸(۱۰۰)	۳ ماهه دوم	

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

جدول ۲. میانگین امتیاز ابعاد کیفیت زندگی پیش و پس از مداخله در هر دو گروه آزمایش و کنترل

P	میانگین \pm انحراف معیار		گروه	ابعاد
	کنترل	آزمایش		
۰/۲۵	۷۰/۷۷ \pm ۱۶	۷۴/۵۸ \pm ۱۵/۷	پیش‌آزمون	وضعیت کلی سلامت
۰/۰۷	۶۷/۶۶ \pm ۱۶/۷	۷۳/۴۳ \pm ۱۳/۸	پس‌آزمون	
۰/۶۳	۶۴/۸۸ \pm ۱۸/۹	۶۶/۷۷ \pm ۱۹/۳	پیش‌آزمون	جسمی
۰/۹۵	۵۳/۷۷ \pm ۱۹/۱	۵۲/۵۴ \pm ۱۸/۹	پس‌آزمون	
۰/۴۷	۴۳/۳۳ \pm ۳۲/۵	۴۸/۴۳ \pm ۳۶/۲	پیش‌آزمون	نقش جسمی
۰/۰۴	۳۰ \pm ۳۲/۶	۴۴/۲۷ \pm ۳۵	پس‌آزمون	
۰/۴۷	۶۲/۹۶ \pm ۳۷/۷	۵۶/۹۴ \pm ۳۲/۹	پیش‌آزمون	احساسی
۰/۲۷	۵۰/۳۷ \pm ۳۷/۵	۵۷/۶۳ \pm ۴۰/۵	پس‌آزمون	
۰/۹۷	۷۶/۹۴ \pm ۱۸/۶	۷۶/۸۲ \pm ۲۱/۴	پیش‌آزمون	اجتماعی
۰/۳۳	۷۱/۳۸ \pm ۱۹/۶	۷۴/۴۷ \pm ۱۸/۲	پس‌آزمون	
۰/۴۴	۷۸/۵۱ \pm ۱۸/۱	۷۵/۴۶ \pm ۲۰/۲	پیش‌آزمون	درد
۰/۲۳	۶۸/۱۴ \pm ۲۱	۷۳/۱۴ \pm ۱۹/۲	پس‌آزمون	
۰/۴۴	۷۵/۹۱ \pm ۱۲/۹	۷۳/۹۱ \pm ۲۰/۳	پیش‌آزمون	سلامت روان
۰/۹۲	۷۵/۲۸ \pm ۱۶/۷	۷۵/۵۸ \pm ۱۴/۶	پس‌آزمون	
۰/۴۳	۶۳/۷۷ \pm ۱۵/۴	۶۰/۹۳ \pm ۱۹/۳	پیش‌آزمون	نشاط
۰/۰۹	۵۹/۳۳ \pm ۱۷/۲	۶۵/۱۱ \pm ۱۵/۸	پس‌آزمون	

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

جدول ۳. نمرات میانگین ابعاد کیفیت زندگی پیش و پس از مداخله در گروه آزمایش و گروه کنترل

P	میانگین \pm انحراف از معیار		گروه	ابعاد
	پس از مداخله	پیش از مداخله		
	آزمون تی جفتی			
				وضعیت کلی سلامت
			آزمایش	
			کنترل	
			آزمایش	جسمی
			کنترل	
			آزمایش	نقش جسمی
			کنترل	
			آزمایش	عملکرد
			کنترل	
			آزمایش	احساسی
			کنترل	
			آزمایش	اجتماعی
			کنترل	
			آزمایش	درد
			کنترل	
			آزمایش	سلامت روان
			کنترل	
			آزمایش	نشاط
			کنترل	

تازه‌های پژوهشی روان‌تنی

اجتماعی خود را در کلاس‌های آموزشی بهبود بخشیدند. همچنین نتایج مطالعه عباس‌زاده نشان داد کیفیت زندگی میانگین به‌ویژه ابعاد جسمی و درد، با پیشروی بارداری کاهش می‌یابد. تعداد دفعات بارداری نیز موجب کاهش کیفیت زندگی زنان می‌شود. در مطالعه عباس‌زاده، بالاترین میانگین کیفیت زندگی در بارداری نخست مشاهده شد. از آنجا که تعداد دفعات بارداری بیشتر موجب کاهش قدرت جسمی و ذهنی مادر می‌شود، می‌تواند به‌صورت منفی بر کیفیت زندگی تأثیر بگذارد [۱۳].

مطالعات نشان داد مشاوره با زنان نخست‌زا می‌تواند اضطراب آن‌ها را کاهش دهد و تحصیلات مناسب موجب بهبود آگاهی مادر می‌شود و آن‌ها را قادر می‌سازد تا از راهبردهای صحیح جهت حل مشکلات بارداری استفاده کنند [۸]. بهبود در ابعاد سلامت روان و مشکلات احساسی پس از کلاس‌های آموزشی می‌تواند به‌دلیل کاهش استرس در نتیجه آموزش‌های مناسب باشد، اما با آموزش‌های بهتر و افزایش تعداد نمونه‌ها نتایج بهتری را می‌توان دریافت. مطالعه پیندو همچنین نشان داد آموزش‌های بارداری آثار مثبتی بر بارداری و زایمان دارد [۱۷]. مطالعه بهرامی نشان داد کلاس‌های آموزشی بارداری می‌تواند

سرزندگی دارای امتیاز مربوط به سلامت بالاتری نسبت به گروه آزمایش بودند؛ با وجود این، تفاوت چشمگیر نبود. تحقیقات همچنین نشان داد حمایت مادرانه برای مادر حین بارداری مفید است تا به آن‌ها کمک کند تا احساسات خود را انطباق دهند و این امر نقش مهمی در بهبود وضعیت احساسی و انطباقی فرد با نقش‌های مادرانه بازی می‌کند. آموزش‌های بارداری اتفاقات اختلالات روانی و افسردگی را نیز کاهش می‌دهد [۱۵، ۱۶].

در مطالعه حاضر، دلیل اصلی برای کاهش عملکرد جسمی و محدودیت‌های عملکردی، مشکلات احساسی و جسمی و عملکرد اجتماعی در هر ۲ گروه، ناشی از تغییرات فیزیولوژیک به دنبال بارداری، پیشرفت بارداری و شاید ضعف در آموزش جهت بهبود وضعیت جسمی دانست. ابعاد فیزیولوژیک در گروه آزمایش به‌دلیل تمرین‌های تن‌آرامی بهتر بوده و موجب رابطه‌ای نزدیک با مادر باردار و مربی در کلاس‌ها شده است. بنابراین شاغلان حوزه سلامت می‌بایست بیشتر بر نشانه‌ها و تغییرات بارداری متمرکز باشند. مادران نیز باید با بارداری و زایمان به‌عنوان مسائلی طبیعی و قابل حل دست‌وپنجه نرم کنند و بر آن باشند که روابط سالم

نخست‌زا و سلامت مادر و نوزاد بپردازند. این مطالعه دارای نمونه‌های محدودی بود و بنابراین نتایج را نمی‌توان بسط داد. همچنین، دست‌یابی به یک نتیجه کلی از چنین مطالعه کوچکی غیرمحتمل است. وجود مشکلات اجتماعی و فرهنگی موجب بی‌صبری و عدم اشتیاق مادران به شرکت در مطالعه می‌شد.

از آنجاکه تنها مادرانی که خواهان شرکت در این مطالعه بودند در این تحقیق حضور دارند، عدم وجود تخصیص تصادفی به‌عنوان محدودیت تحقیق است. پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری با اندازه نمونه بزرگ‌تری برای دست‌یابی به نتایج بهتر و جامعیت‌پذیری بالاتر انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اطلاعات نمونه‌ها پس از دریافت رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، توضیح طرح و اهداف آن و اطمینان از محرمانه بودن از نمونه‌ها دریافت شد. از **دانشگاه آزاد واحد تنکابن** مجوز با شماره ۱/۲۴۳۳۱ و کد IRCT2017012732228N1 دریافت شد.

حامی مالی

این تحقیق نتیجه پروژه تحقیقاتی تأییدشده توسط **دانشگاه آزاد تنکابن** تحت شماره قرارداد ۲۳۳۹۷ در سال ۱۳۹۱ است. تمامی هزینه‌های این مطالعه توسط **دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن** فراهم شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی و نظارت: لیلا حاجی‌پور؛ جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: لیلا حاجی‌پور؛ تأمین مالی: دانشگاه آزاد تنکابن؛ روش‌شناسی، نگارش و ویراستاری: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از حمایت قائم‌مقام تحقیقات در **دانشگاه آزاد تنکابن** قدردانی می‌شود. از **دانشگاه علوم پزشکی گیلان**، مدیر بیمارستان امینی لنگرودی و به‌ویژه همکاری خانم رحیمیان، تقدیر و تشکر می‌شود.

به افزایش کیفیت زندگی و افزایش احساس سرزندگی در دوره پس از زایمان منجر شود. بهرامی به این امر اشاره می‌کند که مداخلات آموزشی در بهبود کارآمدی برای زایمان مؤثر است و به کاهش درد و اضطراب در زایمان منجر می‌شود [۱۸].

به‌طور کلی، نتایج تحقیق ما و دیگر محققان نشان داد کیفیت زندگی زنان باردار پایین است، اما سطح پایین ابعاد جسمی و محدودیت‌های نقشی ناشی از مشکلات جسمی و حتی سلامت روان می‌تواند از طریق آموزش‌های مناسب و اقدامات سلامت دقیق حین مراقبت دوره بارداری بهبود یابد. تحقیقات نشان داد حمایت مادر در دوره بارداری در کمک به زنان برای انطباق با احساسات مادرانه مفید است و موجب بهبود حالت احساسی آن‌ها می‌شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد نقش آموزش در طول بارداری عاملی کلیدی در افزایش سلامت روان است [۱۹]. در مطالعه ما، دلیل کاهش عملکرد جسمی محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمی و درد در هر ۲ گروه بود. بارداری می‌تواند موجب پیشرفت مشکلات جسمی و درد ناشی از تغییرات فیزیولوژیک پس از باروری شود و ممکن است موجب تضعیف در آموزش‌ها برای بهبود شرایط جسمی به‌خصوص در کلاس‌های آموزشی بارداری در گروه آزمایش شود.

گرچه ممکن است سلامت روان در گروه آزمایش به‌دلیل تمرین‌های جسمی و رابطه نزدیک میان مادر باردار و مربی بهتر باشد. نتایج مطالعه عباس‌زاده نیز نشان داد با پیشرفت شرایط بارداری، میانگین کیفیت زندگی، به‌خصوص بُعد جسمی و درد کاهش می‌یابد [۶]. نتایج مطالعه جاکوبیک نیز نشان داد کلاس‌های آموزشی می‌تواند موجب بهبود سلامت روان از طریق کاهش مشکلات ذهنی در دوره بارداری شود. این امر حتی می‌تواند موجب بهبود ابعاد اجتماعی و جسمی کیفیت زندگی شود [۲۰].

بهبودهای سلامت روان و مشکلات احساسی پس از کلاس‌های آمادگی می‌تواند به تن‌آرامی و کاهش استرس و آموزش مناسب مربی مرتبط باشد. باوجود این، با آموزش‌های جزئی‌تر و افزایش نمونه‌های آزمایش، نتایج بهتری می‌توان به دست آورد.

آثار مثبت تن‌آرامی در این کلاس‌ها می‌تواند به بهبود حال مادر و کیفیت زندگی منجر شود. درنهایت، زایمان یک فرایند کاملاً فیزیولوژیک است و حمایت جسمی و روانی از مادر برای جلوگیری از هرگونه پیچیدگی ضروری است [۱۵، ۱۶].

نتیجه‌گیری

چنین به نظر می‌رسد که برای بهبود وضعیت سلامت مادرانی که نقش اصلی در یک جامعه سالم دارند، توجه بیشتری می‌بایست به کیفیت زندگی در طول دوره مراقبت‌های بارداری شود [۱۹]. همچنین، تحقیقات بیشتری در این زمینه نیاز است تا به بررسی تأثیر آموزش‌های بارداری بر کیفیت زندگی زنان

References

- [1] Karami Kh, Mardani A. [Relationship between mental health and quality of life in pregnant women (Persian)]. *Q J Health Breeze*. 2014; 2(1):10-7. [\[Link\]](#)
- [2] Kasemi F, Nahidi F, Kariman N. Assessment scale, associated factors and quality of life score in pregnant women in Iran. *Glob J Health Sci*. 2016; 8(11). [\[DOI:10.5539/gjhs.v8n11p127\]](#)
- [3] Zahedi M, Deris F. [Quality of life in pregnant women in farokhsar city, 2012 (Persian)]. *J Clin Nur Midwifery*. 2014; 3(3):63-9. [\[DOI:10.17795/nmsjournal17987\]](#)
- [4] Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9:4. [\[DOI:10.1186/1471-2393-9-4\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [5] Jafari E, Mohebi P, Sedaghatpishah T, Mazloomzadeh S. [Comparison of personal Control and its related factors pain and labor outcoms in physiological and and routine childbirth groups (Persian)]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2016; 14(12):1033-48. [\[Link\]](#)
- [6] Abbaszadh F, Bagheri A, Mehran NA. [Quality of life in pregnant women (Persian)]. *J Hayat*. 2009; 15(1):41-8. [\[Link\]](#)
- [7] Hajipour L, Mohtasham Amiri Z, Montazeri A, Torkan B, Hosseini Tabaghdehi M. The effects of prenatal classes on the quality of life in pregnant women. *J Holistic Nurs Midwifery*. 2017; 27(1):45-51. [\[DOI:10.18869/acadpub.hnmj.27.1.45\]](#)
- [8] Delaram M, Soltanpour F. [The effect of counseling in third trimester on anxiety of nuliparous women at the time of admission for labor (Persian)]. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 14(2):e93584. [\[Link\]](#)
- [9] Bahrami N, Bahrami S. [The survey of quality of life in first-time women in postpartum period (Persian)]. *Iran J Nurs Res*. 2011; 6(23):59-64. [\[Link\]](#)
- [10] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. [Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version (Persian)]. *Payesh*. 2005; 5(1):49-56. [\[Link\]](#)
- [11] Firuzbakhat M, Nikpour M, Asadi S. [The effect of prenatal education classes on the process of delivery (Persian)]. *J Health Breeze*. 2014; 2(1):45-52. [\[Link\]](#)
- [12] Mehdizadeh A, Roosta F, kamali Z, Khoshgoo N. [Evaluation of the Antenatal preparation for Childbirth courses on the health of mother & the newborn (Persian)]. *Journal of Iran University of Medical Science*. 2002; 10(35):455-62. [\[Link\]](#)
- [13] Abbaszadh F, Bagheri A, Mehran N. [Quality of life in pregnant women (Persian)]. *Payesh*. 2010; 9(1):69-75. [\[Link\]](#)
- [14] Makvandi S, Etemadi kermani A. [Quality of life of pregnant women referred to health centers in Izeh (2010) (Persian)]. *Kermanshah Univ Med Sci*. 2012; 16(1):e78880. [\[Link\]](#)
- [15] Akbarzadeh M, Toosi M, Zare N, Sharif F. [The effect of relaxation education on Mother ,s quality of life and intensity of worry after delivery (Persian)]. *Danesh and Tandurusty*. 2012; 7(2):83-8. [\[Link\]](#)
- [16] Mehrabadi M, Mortazavi F, Rakhshani MH. Examining the effect of attending childbirth preparation classes on prepartum and postpartum maternal mental well-being index. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 2022; 4(2):69-74. [\[DOI:10.30699/jogcr.4.2.69\]](#)
- [17] Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010; 59(3):194-202. [\[DOI:10.1097/NNR.0b013e3181dbbb4e\]](#) [\[PMID\]](#)
- [18] Bahrami N, Simbar M, Bahrami S. The effect of prenatal education on mother's quality of life during first year postpartum among Iranian women: A randomized controlled trial. *Int J Fertil Steril*. 2013; 7(3):169-74. [\[PMID\]](#)
- [19] Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018; 18(1):455. [\[DOI:10.1186/s12884-018-2087-4\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [20] Jakubiec D, Jagielska K, Karmowski M, Kubicka K, Karmowski A, Sobiech KA. Effect of attending childbirth education classes on psychological distress in pregnant women measured by means of the General Health Questionnaire. *Adv Clin Exp Med*. 2014; 23(6):953-7. [\[PMID\]](#)

This Page Intentionally Left Blank