

مقایسه کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پاهای بی قرار

رضا قانعی قشلاق^{۱*}، طاهره طلوعی پور لنجوانی^۲، نصیبه لازاری^۳، بختیار مسلمی^۴

^۱دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران؛ ^۲دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین- پیشوا، ورامین، ایران؛

^۳دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران؛ ^۴نیمارستان تأمین اجتماعی سنقر، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۲/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱/۲۴

چکیده:

زمینه و هدف: سندرم پاهای بی قرار نوعی اختلال حرکتی است که با میل شدید به تکان دادن پاها هنگام استراحت مشخص می شود. سندرم پاهای بی قرار در میان زنان باردار شیوع بالایی دارد و ممکن است کیفیت زندگی را کاهش دهد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پاهای بی قرار انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام شد، ۱۵۰ زن باردار (شامل ۷۵ زن دارای سندرم پاهای بی قرار و ۷۵ زن باردار غیر مبتلا) در شهر سنقر از نظر کیفیت زندگی مقایسه شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه غربالگری سندرم پاهای بی قرار و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی استفاده شد.

یافته ها: میانگین نمره کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار در حیطه های محدودیت عملکرد به دلیل مشکلات جسمانی، دردهای جسمانی، سلامت عمومی ($P \leq 0/001$)، سر زندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی ($P \leq 0/05$)، سلامت روانی و محدودیت روانی ناشی از مشکلات روحی ($P \leq 0/01$) به طور معنی داری کمتر از زنان باردار فاقد سندرم پاهای بی قرار بود.

نتیجه گیری: کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار پایین تر از زنان باردار سالم بود؛ لذا توصیه می شود کلاس های آموزشی برای مادران باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار برگزار شود تا ابعاد کیفیت زندگی در این گروه از مادران باردار ارتقاء یابد.

واژه های کلیدی: بارداری، سندرم پاهای بی قرار، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، عملکرد.

مقدمه:

اغلب یا تشخیص داده نمی شود و یا به اشتباه تشخیص داده می شود (۵) و با تمایل شدید به تکان دادن پاها حین استراحت مشخص می شود (۶). این تمایل به تکان دادن با احساس ناخوشایندی در پاها همراه است که بیماران آن را به احساس حرکت کرم روی پوست، احساس وجود حشره در استخوان، آب درون پاها و جریان برق در پاها تشبیه می کنند (۷). این بیماری دارای چهار معیار تشخیصی است که توسط انجمن بین المللی مطالعات سندرم پاهای بی قرار مطرح شده است و شامل میل به تکان دادن پاها برای کاهش احساس ناخوشایند پا، شروع علائم بیماری با نشستن و بی حرکتی، تسکین علائم بیماری با حرکت دادن پاها و

در دوران بارداری آرامش روحی و روانی مادر برای سلامتی مادر و جنین اهمیت زیادی دارد و خواب و استراحت کافی تأمین کننده آن است (۱). عوامل هورمونی، عاطفی، روانی و جسمی در این دوره الگوی خواب مادران باردار را تحت تأثیر قرار می دهند (۲). زنان از هفته ۱۲ بارداری تا ۲ ماه پس از زایمان مشکلات مختلف خواب را تجربه می کنند (۳). تهوع و استفراغ، تکرر ادراری، درد کمر و خستگی در سه ماهه اول بارداری و حرکات جنین، سوزش سر دل، کرامپ پا و تنگی نفس در سه ماهه دوم و سوم بارداری از علل شایع اختلال خواب مادران می باشد (۴). در این بین سندرم پاهای بی قرار یکی از اختلالات شایع خواب است که

شروع یا تشدید علائم در طول شب می باشد (۸). معاینه جسمی این بیماران طبیعی است و به تشخیص کمک نمی کند (۹). بیماران مبتلا برای تسکین علائم ناخوشایند پاهای شان، اغلب در طول شب پیاده روی می کنند و در اوایل بامداد به خواب می روند؛ در نتیجه محرومیت از خواب و خواب آلودگی روزانه را تجربه می کنند که ممکن است عملکرد روزانه شان را مختل کند (۶).

سندرم پاهای بی قرار در ۲ تا ۱۵ درصد جمعیت عمومی دیده می شود و خطر ابتلا در زنان بیش از مردان است (۱۱، ۱۰). ۱۱ تا ۲۷ درصد زنان باردار در زمان بارداری علائم سندرم پاهای بی قرار را تجربه می کنند و به دلیل خطرات بالقوه جنینی اغلب از درمان دارویی آن ها خودداری می شود (۱۲). در مطالعه دهقان نیری و همکاران، ۲۲/۷ درصد زنان باردار ایرانی دارای علائم سندرم پاهای بی قرار بودند (۴). دلیل شیوع بالای سندرم پاهای بی قرار در زنان باردار را به آنمی آهن و تغییرات هورمونی نسبت می دهند (۱۳). از سویی دیگر سندرم پاهای بی قرار با افزایش بروز افسردگی و اضطراب، اختلال خواب، خستگی روزانه، اختلال در عملکرد و انزوای اجتماعی ارتباط دارد (۱۴). سندرم پاهای بی قرار مانع لذت بردن بیماران از زندگی می شود و اثرات منفی روی فعالیت های اجتماعی، زندگی خانوادگی و ادامه اشتغال بیماران می گذارد. برای مثال این بیماران به فعالیت هایی که نیازمند دوره های طولانی نشستن است، تمایلی ندارند چون دوره های طولانی استراحت علائم ناخوشایند پاهای شان را تشدید می کند (۶).

در واقع سندرم پاهای بی قرار به اندازه بیماری های قلبی یا دیابت تهدید کننده زندگی نیست اما سبب بی خوابی مزمن و خواب آلودگی روزانه می شود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا را تحت تأثیر قرار می دهد (۷). Mucsi و همکاران نیز در مطالعه خود بیان می کنند که سندرم پاهای بی قرار به دلیل اختلال در خواب بیماران، کیفیت زندگی آن ها را کاهش

می دهد (۱۵). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که عملکرد فرد در زندگی روزمره را نشان می دهد و به تصور افراد از موقعیت خود در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن به سر می برند، با در نظر گرفتن اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایشان گفته می شود (۱۶، ۱۷). با توجه به اهمیت موضوع و از آنجایی که بر اساس بررسی متون توسط پژوهشگران تاکنون مطالعه داخلی در این زمینه انجام نشده بود و مطالعات خارجی معدودی این مشکل را در مادران باردار بررسی کرده بودند، پژوهشگران بر آن شدند تا به مقایسه کیفیت زندگی در زنان باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار و زنان باردار سالم بپردازند.

روش بررسی:

این مطالعه توصیفی- تحلیلی به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ روی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان سقز با نمونه گیری غیر احتمالی و در دسترس انجام گرفت. جامعه آماری را زنان باردار واجد شرایط و مبتلا به سندرم پاهای بی قرار تشکیل دادند که هر چهار معیار تشخیصی ارائه شده توسط انجمن بین المللی مطالعات سندرم پاهای بی قرار شامل میل به تکان دادن پاها برای کاهش احساس ناخوشایند پا، شروع علائم بیماری با نشستن و بی حرکتی، تسکین علائم بیماری با حرکت دادن پاها و شروع یا تشدید علائم در طول شب را دارا بودند. در این مطالعه بر اساس مطالعه Cho و همکاران (۲۰۰۹) و با توجه به مقادیر $S_1=18/2$ ، $X_1=67/5$ ، $S_2=15/8$ ، $X_2=75/7$ و $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ (۱۸)، حجم نمونه در کل ۱۴۰ نفر برآورد شد که جهت اطمینان بیشتر و احتمال ریزش نمونه، تعداد ۱۵۰ نفر برای مطالعه در نظر گرفته شدند. سپس به ازای هر زن باردار دارای سندرم پاهای بی قرار، یک زن باردار فاقد سندرم پاهای بی قرار انتخاب شد که از نظر سن (± 5 سال) با گروه مورد همسان شده

استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای کمی مورد بررسی در دو گروه زنان دارای سندرم پاهای بی قرار و زنان فاقد این اختلال، از آزمون تی تست مستقل و برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه مورد از آزمون کای اسکوئر استفاده گردید و سطح معنی داری معادل $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

میانگین سنی و انحراف معیار در گروه مبتلا به سندرم پاهای بی قرار $27/3 \pm 5/4$ سال و در گروه فاقد سندرم پاهای بی قرار $26/2 \pm 5/1$ سال بود و دو گروه با هم اختلاف معنی داری نداشتند ($P = 0/6$). ۴۰ نفر (۵۷/۱ درصد) از زنان دارای سندرم پاهای بی قرار و ۴۵ نفر (۶۴/۳ درصد) از زنان فاقد سندرم پاهای بی قرار اولین بارداری خود را تجربه می کردند و دو گروه زنان از نظر تعداد حاملگی و شاخص توده بدنی با هم اختلاف معنی داری نداشتند ($P > 0/05$). ۴۲ نفر (۶۰ درصد) از زنان فاقد سندرم پاهای بی قرار و ۳۰ نفر (۴۲/۹ درصد) از زنان دارای سندرم پاهای بی قرار، تحصیلات راهنمایی داشتند و بر اساس آزمون کای اسکوئر دو گروه زنان باردار از نظر سطح تحصیلات با هم اختلاف معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

بیشترین نمره کسب شده در هر دو گروه زنان مبتلا به سندرم پاهای بی قرار و زنان فاقد سندرم پاهای بی قرار مربوط به حیطه عملکرد اجتماعی بود. همچنین در هر دو گروه نمره کسب شده در بعد جسمی کمتر از بعد روانی بود. نتایج مطالعه نشان داد که نمره کسب شده زنان باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار در حیطه های محدودیت عملکرد به دلیل مشکلات جسمانی ($P = 0/001$)، دردهای جسمانی ($P = 0/001$)، سلامت عمومی ($P = 0/001$)، عملکرد اجتماعی ($P = 0/004$)، سلامت روانی ($P = 0/006$)، سر زندگی و شادابی ($P = 0/03$) و محدودیت روانی ناشی از مشکلات

بودند و دو گروه ۷۰ نفری از نظر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی با هم مقایسه شدند. زنان باردار با سطح تحصیلات راهنمایی و بالاتر، فاقد مشکلات طبی و روانی (بر اساس فرم خود گزارشی) و متمایل به شرکت در مطالعه، وارد پژوهش شدند.

برای انجام مطالعه پژوهشگران پس از کسب معرفی نامه از مرکز بهداشت سقز، آن را به درمانگاه های بهداشتی سطح شهرستان سقز ارائه و موافقت اجرای مطالعه را کسب کردند. سپس برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه غربالگری سندرم پاهای بی قرار و پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی استفاده شد. پایایی پرسشنامه غربالگری سندرم پاهای بی قرار در این مطالعه ۰/۹ بود. برای تعیین کیفیت زندگی هم از پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (فرم ۳۶ عبارتی) استفاده شد که توسط دکتر منتظری و همکاران ترجمه و تطابق فرهنگی، اعتبار و پایایی آن تأیید شد (۱۹). این پرسشنامه دارای ۳۶ سوال است و ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد به دلیل مشکل جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، سر زندگی و شادابی، سلامت روانی، محدودیت عملکرد به دلیل مشکلات روحی و عملکرد اجتماعی را می سنجد و نحوه نمره دهی با توجه به تعداد گزینه های هر گویه تعیین می شود. در بهترین شرایط نمره ۱۰۰ و در بدترین شرایط نمره صفر را به خود اختصاص می یابد. نمره هر بعد با توجه به نمره محورهاش جمع می شود به طوری که کل امتیاز در هر زیر مقیاس جمع و بر تعداد زیر مقیاس ها در هر بعد تقسیم شده و به این ترتیب نمره ابعاد جسمی و روانی محاسبه می شود. برای محاسبه نمره کل پرسشنامه نیز، مجموع نمرات تمام هشت زیر مقیاس جمع و بر عدد ۸ تقسیم می گردد و عدد حاصل باید بین صفر تا ۱۰۰ باشد (۱۹).

برای تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از نرم افزار (Predictive Analytics Soft Ware= PASW)

کیفیت زندگی زنان باردار دارای سندرم پاهای بی قرار به طور معنی داری پایین تر از زنان باردار فاقد سندرم پاهای بی قرار بود ($P=0/0001$).

روحي ($P=0/01$) به طور معنی داری کمتر از زنان باردار فاقد سندرم پاهای بی قرار بود (جدول شماره ۱). دو گروه زنان باردار تنها در حیطه عملکرد جسمانی با هم اختلاف معنی داری نداشتند ($P>0/05$). به طور کلی

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین نمره ابعاد مختلف کیفیت زندگی مادران باردار دارای سندرم پاهای بی قرار و مادران سالم

P	مادران سالم	مادران دارای سندرم پای بی قرار	ابعاد مختلف کیفیت زندگی
Ns	۵۶±۳۰/۳	۵۱/۵±۲۵/۱	عملکرد جسمانی
۰/۰۰۱	۶۱/۸±۱۹/۱	۴۹/۹±۲۰/۲	محدودیت عملکرد به دلیل مشکل جسمی
۰/۰۰۰۱	۶۷±۲۱/۳	۵۲/۳±۲۰/۱	دردهای جسمی
۰/۰۰۰۱	۵۹±۱۴/۴	۴۷/۸±۱۶/۷	سلامت عمومی
۰/۰۰۰۱	۶۰/۹±۱۵/۱	۴۹±۱۷	نمره کل بعد جسمانی
۰/۰۳	۶۶/۶±۲۱/۶	۵۰/۷±۱۳/۵	سرزندگی و شادابی
۰/۰۴	۷۱/۵±۲۳/۵	۶۳/۷±۲۲/۲	عملکرد اجتماعی
۰/۰۰۶	۵۶/۲±۲۳/۷	۴۵/۵±۲۱/۳	سلامت روانی
۰/۰۱	۶۵/۳±۲۳/۷	۵۵/۶±۲۰/۱	محدودیت روانی ناشی از مشکلات روحی
۰/۰۰۲	۶۴/۹±۱۹/۳	۵۵/۸±۱۴/۹	نمره کل بعد روانی
۰/۰۰۰۱	۶۲/۹±۱۵/۳	۵۳/۲±۱۱/۸	نمره کل کیفیت زندگی

داده ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار می باشند.

بحث:

همکاران میانگین نمره کیفیت زندگی افراد دارای سندرم پاهای بی قرار به طور معنی داری پایین تر از افراد فاقد سندرم پاهای بی قرار گزارش شده است (۱۸). Giannaki نیز در مطالعه خود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم پای بی قرار را کمتر از افراد سالم دانسته است (۲۱). همچنین Wesstrom و همکاران در مطالعه ای به کمک ابزار SF-12 کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پاهای بی قرار و زنان فاقد این اختلال را بررسی کردند و نتایج مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سندرم پاهای بی قرار در بعد روانی به طور معنی داری پایین تر از زنان فاقد سندرم پاهای بی قرار بوده است (۲۲). در مطالعه همتی و همکاران نیز کیفیت زندگی بیماران دارای سندرم پاهای بی قرار

در این مطالعه که با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پاهای بی قرار انجام شد. کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار در تمام حیطه های کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمانی به طور معنی داری کمتر از زنان باردار فاقد سندرم پاهای بی قرار بود. همچنین نمره کلی کیفیت زندگی زنان باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار به طور معنی داری پایین تر از زنان فاقد سندرم پاهای بی قرار بود. به نظر می رسد بارداری به یک میزان عملکرد جسمی زنان مبتلا و غیر مبتلا به سندرم پای بی قرار را تحت تأثیر قرار می دهد. Ondo در این زمینه می نویسد سندرم پاهای بی قرار دارای پیامدهای عصبی و روانی بیشتری می باشد (۲۰). در مطالعه Cho و

می دهد. با توجه به تأثیر سوء علائم ناخوشایند سندرم پاهای بی قرار بر کیفیت زندگی زنان باردار و خطرات دارو درمانی در این دوره حساس، آموزش و اجرای اقداماتی از قبیل تکنیک های آرام سازی و شل کردن عضلات، ماساژ، حمام آب گرم، تنظیم بهداشت خواب، پرهیز از مصرف محرک ها و انحراف فکر جهت کنترل و رفع علائم ناخوشایند موجود در پاها و اختلال خواب شبانهگاهی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی توصیه می گردد. همچنین پیشنهاد می شود در مطالعه ای وضعیت کیفیت زندگی زنان دارای سندرم پاهای بی قرار در دوران بارداری با دوران پس از زایمان مقایسه شود.

کابرد یافته های پژوهش در بالین:

از آنجایی که نمره کیفیت زندگی مادران باردار دارای سندرم پاهای بی قرار کمتر از مادران باردار فاقد این اختلال بود، توصیه می شود کلاس های آموزشی برای مادران باردار مبتلا به سندرم پاهای بی قرار برگزار شود تا ابعاد کیفیت زندگی در این گروه از مادران باردار ارتقاء یابد.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از همکاری صمیمانه ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان سقز جناب آقای دکتر گلکار، ریاست محترم مرکز بهداشت شهرستان سقز جناب آقای دکتر فتاحی و خانم و آقای قریشی و تمامی مادران باردار مشارکت کننده در پژوهش، کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

به طور معنی داری پایین تر از بیماران فاقد سندرم پاهای بی قرار بود (۲۳) که نتایج تمامی مطالعات ذکر شده با مطالعه فعلی همخوانی دارد. افراد دارای سندرم پاهای بی قرار به دلیل احساس ناخوشایند پاهایشان، مکرراً پاهای خود را تکان می دهند و به دلیل تشدید علائم بیماری با بی حرکتی و نشستن، از لذت هایی مثل دیدن تئاتر و مسافرت طولانی محروم می باشند (۱۰). یکی دیگر از علل کیفیت پایین زندگی بیماران دارای سندرم پاهای بی قرار، تشدید شبانهگاهی علائم ناخوشایند بیماری است که منجر به اختلال خواب شبانهگاهی و محرومیت مزمن از خواب می شود (۶).

کمترین نمره کسب شده (پایین ترین حیطه کیفیت زندگی) زنان باردار دارای سندرم پاهای بی قرار در بعد روانی مربوط به حیطه سلامت روانی و در بعد جسمانی مربوط به حیطه سلامت عمومی بود. خواب روی سلامت انسان مؤثر است و اختلال خواب (ناشی از سندرم پاهای بی قرار)، علاوه بر کاهش کارایی جسمی فرد، منجر به مشکلات روانی هم می شود و حتی گاهی اختلال خواب را یک نشانه زودرس بیماری های روانی می دانند (۲۵،۲۴). Scholz و همکاران نیز میزان اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سندرم پاهای بی قرار را ۲/۱ تا ۵/۳ برابر سایر افراد جامعه گزارش نموده اند (۲۶).

با توجه به ماهیت پرسشنامه کیفیت زندگی، مطالعه فعلی روی زنان باردار با سطح تحصیلات راهنمایی و بالاتر انجام شد و لذا نتایج به جامعه زنان باردار کم سواد و بی سواد قابل تعمیم نبود که این مورد از محدودیت های مطالعه حاضر می باشد.

نتیجه گیری:

مطالعه حاضر نشان داد که ابتلا به سندرم پاهای بی قرار کیفیت زندگی زنان باردار را تحت تأثیر قرار

منابع:

1. Bondar R, Abedini Z, Hassan Abadi H, Esmaili H. The relationship between sleep pattern and depression in pregnant women in the third trimester. *Behbood*. 2005; 25(9): 41-51.
2. Rezaei E, Behboodi -Moghadam Z, Saraylu Kh. Qulaity of life in pregnant women with sleep disorder. *Journal of Family and Reproductive Health*. 2013; 7(2): 87-93.
3. Malekzadegan A, Moradkhani M, Ashayeri H, Haghani H. Effect of relaxation on insomnia during third trimester among pregnant women. *Iranian Journal of Nursing*. 2010; 23(64): 52-8.
4. Dehghan nayeri N, Ghanei R, Rezaee K. The relationship between Restless legs syndrome and sleep quality disorder in pregnant women. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2012; 15(15):1-7.
5. Spolador T, Allis JC, Ponde MP. Treatment of restless legs syndrome. *Review Brass Pschiatrics*. 2006; 28(4): 308-15.
6. Kushida C, Martin M, Nikam P, Blaisdell B, Wallenstien G, Ferini-Strambi L, et al. Burden of restless legs syndrome on health-related quality of life. *Quality of Life Research*. 2007 May; 16(4): 617-24.
7. Cotter PE, ÓKeeffe ST. Restless leg syndrome: is it a real problem? *Therapeutics Clinical Risk Management*. 2006 December; 2(4): 465-75.
8. Kim JM, Kwon HM, Lim CS. Restless legs syndrome in patients on Hemodialysis: Symptom Severity and Risk Factors. *Journal of Clinical Neurology*. 2008 Dec; 4(4): 153-7.
9. Stiasny-Kolster K, Trenkwalder C, Fogel W. Restless legs syndrome – new insights into clinical characteristics, pathophysiology, and treatment options *Journal of Neurology*. 2004; 251(6): 39-43.
10. Lesage S, Earley CJ. Restless legs syndrome. *Current Treatment Option in Neurology*. 2004; 6 (3): 209-19.
11. Manconi M, Govoni V, Vito A, Economon NT, Cesnik E, Mollica G, et al. Pregnancy as a risk factor for restless legs syndrome. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2004; 5 (3): 305-8.
12. Bartel S, Zallek S. Intravenous magnesium sulfate may relieve restless legs syndrome in pregnancy. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2006; 2(2): 160-5.
13. Fulda S, Stalla GK, Wetter TC. Prevalence of the restless legs syndrome in transsexual patients: the hormonal hypothesis revisited. *Journal of Neurology*. 2007 Dec; 254(12): 1748-9.
14. Winkelmann UH, Prager M, Lieb R, Pfister H, Spiegel B, Wittchen UH, et al. Deopression and anxiety disorders in patients with restless legs syndrome. *Journal of Neurology*. 2005; 252 (1): 67-71.
15. Mucsi I, Molnar MZ, Ambrus C, Szeifert L, Kovacs AZ, Zoller R, et al. Restless legs syndrome, insomnia and quality of life in patients on maintenance dialysis. *Nephrology Dialysis Transplant*. 2005 Mar; 20(3): 571-7.
16. Forouhari S, Safari Rad M, Moattari M, Mohit M, Ghaem H. The effect of education on quality of life in menopausal women referring to Shiraz Motahhari clinic in 2004. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2009; 16(1): 39-44.
17. Hemmati Maslakkpak M. Quality of life in adolescent girls with diabetes. *Journals of Urmia University of Medical Sciences*. 2012; 10(5): 1-8.
18. Cho SJ, Hong JP, Hahm BJ, Jeon HJ, Chang SM, Cho MJ, et al. Restless legs syndrome in community sample of Korean adult: prevalence, impact on quality of life, and association with DSM-4 Psychiatric disorders. *Sleep*. 2009 Aug; 32(8): 1069-76.
19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdani Nia M. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of Iranian version. *Payesh*. 2006; 5 (1): 49-56.

20. Ondo WG. Restless legs syndrome. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2005 Jul; 5(4): 266-74.
21. Giannaki CD, Sakkas GK, Karatzaferi C, Hadjigeorgiou GM, Lavdas E, Liakopoulos V, et al. Quality of life parameters in patients with uremic restless legs syndrome. *Plos One*. 2011; 6 (10): 1-7.
22. Wesstrom J, Nilsson S, Sundstrom-Poromaa I, Ulfberg J. Health related quality of life and restless legs syndrome among women in Sweden. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010 Oct; 64(5): 574-9.
23. Hemmati Z, Alidosti M, Reisi M. The relation between the quality of life and restless legs syndrome in patients undergoing hemodialysis centers in Chahar Mahal and Bakhtiari. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2012; 5 (3): 145-150.
24. Ghanei R, Hemmati Maslakkp M, Rezaei K, Baghi V, Makki B. Nursing students quality of sleep in dormitories of Urmia university of medical sciences . *Bimonthly Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2011; 9 (4): 277-82.
25. Abbasi S, Mehdizadeh S, Payami Bousari M. Relationship between general health level and sleep quality in chemical warfare victim with bronchiolitis obliterans. *Iranian Journal of Military Medicine*. 2012; 14 (1): 15-19.
26. Scholz H, Benes H, Happe S, Bengel J, Kohnen R, Hornyak M. Psychological distress of patients suffering from restless legs syndrome: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011; 9:73.

Archive of SID

Comparison of the quality of life in pregnant women with and without restless legs syndrome

Ghanei-Gheshlagh R^{1*}, Toloeipoor-Lanjavani T², Lazari N³, Moslemi B⁴

¹Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran; ²Varamin-Pishva Branch Islamic Azad University, Varamin, Iran; ³Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, Social Saghez Security Hospital, Sannandaj, Iran.

Received: 7/March/2014 Accepted: 12/April/2014

Background and aims: Restless legs syndrome is a movement disorder that characterized by an intensive desire to shake legs at rest. Restless legs syndrome is highly prevalent among pregnant women; and may reduce quality of life. This study was conducted to compare the quality of life in pregnant women with and without restless legs syndrome.

Methods: In this cross-sectional-comparative study, 150 pregnant women (75 with restless legs syndrome and 75 healthy women) were selected with conceived sampling in Saqqez. Data were collected using restless legs syndrome screening questionnaire and quality of life SF-36 questionnaire.

Results: The results showed that the women with restless legs syndrome in the field of role physical, body pain and general health ($P \leq 0.001$), social function, mental health and vitality ($P \leq 0.05$), and emotional role and emotional disorders ($P \leq 0.01$) were significantly lower than women without restless legs syndrome.

Conclusion: Quality of life in women with restless legs syndrome was lower than in healthy pregnant women. So, it is recommended to organize the training classes for pregnant women suffering from restless syndrome for improving the quality of life in them.

Keywords: Function, General health, Pregnancy, Quality of life, Restless legs syndrome.

Cite this article as: Ghanei-Gheshlagh R, Toloeipoor-Lanjavani T, Lazari N, Moslemi B. Comparison of the quality of life in pregnant women with and without restless legs syndrome. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(1): 54-61.

***Corresponding author:**

Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran. Tel: 00989144050284,
E-mail: rezaghanei30@yahoo.com