مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره سیزدهم، شمارهٔ ۱، دی ۱۳۸۹، صفحه ۵۰-۴۴

بررسی مقایسه کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی با سزارین

مریم نیک پور(MSc)*[۱]، زهرا عابدیان (MSc)[۲]، نغمه مخبر(MD)[۳]، سعید ابراهیم زاده(MSc)[۴]، صغری خانی(MSc)[۵]

۱- گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۲- گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳- گروه اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۴- گروه آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۵- گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه دانشگاه علوم پزشکی مازندران

دریافت: ۸۸/۸/۴ ، اصلاح: ۸۸/۱۲/۱۹، پذیرش: ۸۹/۵/۱۳

خلاصه

سابقه و هدف: دوره بعد از زایمان با تغییرات مهمی در کیفیت زندگی زنان همراه می باشد. این تغییرات می تواند بر سلامت مادر و کودک موثر باشد. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی و دوره بعد از زایمان و عوامل متفاوت موثر بر کیفیت زندگی بعد از زایمان، از جمله نوع زایمان، این مطالعه به منظور مقایسه کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی با سزارین در هشت هفته بعد از زایمان انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه تحلیلی آینده نگر بر روی ۴۲۰ خانم باردار با سن ۳۵-۱۶ سال، بدون سابقه مشکل طبی، روانی، مامایی، عدم تجربه رویداد استرس زای در ۹ ماه گذشته و عدم اعتیاد به مواد مخدر، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که به روش نمونه گیری غیر احتمالی انتخاب شدند و در سه ماه آخر بارداری پرسشنامه افسردگی ادینبرگ را تکمیل نمودند، انجام شد. افراد با نمره بالاتر از ۱۲ از مطالعه خارج شدند. از ۲۹۰ نمونه باقیمانده ۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۲ نفر در گروه زایمان سزارین در هشت هفته بعد از زایمان پیگیری شدند و کیفیت زندگی آنها با ابزار کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان جهانی بهداشت در حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و کلی ارزیابی و مقایسه شد.

یافته ها: در هشت هفته بعد از زایمان میانگین نمره حیطه جسمی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی (۱۱/۷۴±۷۵/۰۱) به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین (۱۰/۴۸±۷۰/۵۴) بوده است (p=۰/۰۰۰). میانگین نمره حیطه روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی (۱۴/۷۱±۷۳/۱۴) به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین (۱۳/۷۱±۶۹/۲۳) بوده است (p=۰/۰۲۴). بین دو گروه از نظر حیطه های اجتماعی، محیط و کلی اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه که نمرات حیطه های جسمی و روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بود، مشاوره مراقبین بهداشتی برای انتخاب روش صحیح زایمان، می تواند در کاهش سزارین انتخابی و در بهبود کیفیت زندگی زنان در بعد از زایمان موثر باشد.

واژه های کلیدی: ***کیفیت زندگی، دوره بعد از زایمان، زایمان طبیعی، سزارین، پرسشنامه کیفیت زندگی، سازمان بهداشت جهانی.***

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را احساس درک فرد از وضعیت زندگی خود در قالب نظام ارزشی، فرهنگی که بر مبنای آرمانها، انتظارات، استانداردها و علایق فرد می‌باشد، تعریف کرده که دارای حیطه های جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیط و عقاید شخصی می باشد (۶-۱). در حال حاضر بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی، مورد توجه و خواست مردم و دولتها بوده و اندازه‌گیری آن در برنامه ریزی ارتقاء سلامت بسیار اهمیت دارد (۷و۳). کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله در دوران حاملگی و پس از زایمان قابل سنجش است (۱۰-۸). دوره بعد از زایمان زمان انتقالی برای مادر و خانواده او محسوب می‌شود و نیازمند تطابق فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد با این دوره می‌باشد (۱۱). زنان در دوره بعد از زایمان با اختلالات جسمی و روانی متعددی

▣ این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۸۵۳۹۴ مشترک دانشگاه علوم پزشکی مازندران و دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه مامایی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۱۹۹۵۹۶
e-mail:marinikpour@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]

مواجه می‌شوند، به طوری که ۸۶ درصد از زنان مشکلات جسمی و ۲۰-۱۰ درصد افسردگی را طی دو ماه اول بعد از زایمان تجربه می کنند (۱۵-۱۲). این مشکلات اثر مهمی بر تجربه مادر شدن، سلامتی و کیفیت زندگی بعد از زایمان داشته و با نوع زایمان نیز ارتباط دارد (۱۶و۱۴). اگر زایمان طبیعی برای مادر و جنین ایمن نباشد سزارین امری ضروری به نظر می رسد. در ایران بیش از ۶۰ درصد زنان باردار به دلایل غیر ضروری به خصوص ترس از درد زایمان و عوارض زایمان طبیعی خواهان انجام سزارین هستند (۱۷). آمار بالای سزارین در کشور ایران به خصوص در مراکز خصوصی تاییدکننده این موضوع می باشد (۱۹و۱۸).

در مطالعه ای که توسط Lydon-Rochlelle و همکاران با هدف ارتباط نوع زایمان با سلامت عمومی زنان نخست زا در ۷ هفته بعد از زایمان انجام شد، مشخص گردید که زنان با زایمان مهبلی در حیطه های مختلف، سلامت عمومی بهتری نسبت به زنان با سزارین داشتند (۲۰). نتایج دیگر مطالعات نیز نشان داد که بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در دوره بعد از زایمان در گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بوده است (۲۲و۲۱). Symon و همکارانش در تحقیقی که بر روی ۱۳۰ خانم در طیَ ۸- ۶ هفته و ۸ ماه بعد از زایمان با هدف اولویت بندی دیدگاههای زندگی در دو گروه خانمهای با کیفیت زندگی پایین و بالا انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که سن و نوع زایمان در کیفیت زندگی آنها تأثیر نداشته است (۲۳). از طرفی مطالعهGerber و همکاران که با هدف مقایسه کیفیت زندگی زنان با سزارین تکراری و زایمان طبیعی انجام شد، نشان داد، کیفیت زندگی زنانی که سزارین تکراری شده اند در یک و سه ماه بعد از زایمان بهتر از زنان با زایمان مهبلی بود (۲۴).

یکی از اهداف بهداشت همگانی، ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی می‌باشد (۱۳). از طرفی تعداد زیادی از جمعیت جوان جامعه زیر ۲۵ سال سن دارند بنابراین تجربه حاملگی و انتخاب روش زایمان را در زندگی خود خواهند داشت. دوره بعد از زایمان برای مادر و نوزاد دوره حساس و بحرانی می باشد. تقریباً۴۰٪ از زنان باردار (هر سال پنجاه میلیون نفر) مشکلات سلامتی را در طول بارداری یا در دوره بعد از زایمان تجربه می‌کنند و ۱۵٪ افراد از عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آنها را همراهی می‌کند، رنج می‌برند (۲۵). یکی از عوامل موثر بر سلامتی و کیفیت زندگی در این مقطع زمانی، نوع زایمان می باشد. از آنجاییکه بسیاری از مادران و حتی پزشکان به ارجحیت سزارین نسبت به زایمان واژینال اعتقاد دارند و دلیل آن را راحتی و احساس سلامتی بیشتر و به عبارتی بهتر شدن کیفیت زندگی می‌دانند و با توجه به محدود بودن مطالعات انجام شده در این زمینه و تناقض در نتایج تحقیقات انجام شده این مطالعه با هدف تعیین مقایسه کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و کلی) در هشت هفته بعد از زایمان طبیعی با سزارین در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر آمل طی یک سال انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه تحلیلی آینده‌نگر، طی یکسال بر روی ۴۲۰ زن باردار، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر آمل که به روش نمونه گیری غیر احتمالی وارد مطالعه شدند، انجام شد. افراد با سن بین ۳۵-۱۶ سال، عدم مشکلات روانی، طبی، مامائی و تجربه رویداد استرس زای شدید در ۹ ماه گذشته و عدم اعتیاد به مواد مخدر، وارد مطالعه شدند. افراد با بستری شدن نوزاد دربیمارستان، انجام سزارین اورژانسی و تجربه دو روش زایمان توسط مادر (زایمان طبیعی یا سزارین انتخابی که علت سزارین انتخابی تمایل مادر، توصیه متخصص زنان، نمای غیرطبیعی جنین، سزارین تکراری و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر) بود، از مطالعه خارج شدند. پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه تکمیل فرمها آموزش داده شد. در ماه آخر بارداری پرسشنامه افسردگی ادینبرگ[1] برای بیماران تکمیل گردید. در صورتی که نمره افسردگی مساوی یا بالاتر از ۱۳ بود از مطالعه حذف شده و به یک روانپزشک ارجاع داده شدند. ولی اگر نمره افسردگی پایین تر از ۱۳ بود توصیه شد هشت هفته بعد از زایمان به مرکز بهداشتی درمانی مورد نظر مراجعه کنند. هشت هفته بعد از زایمان۲۹۰ نفر (۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی، ۱۴۲ نفر در گروه سزارین انتخابی) فرم های مصاحبه و پرسشنامه ها را تکمیل کردند. فرم های مصاحبه شامل اطلاعات فردی، خانوادگی، مامایی و زایمان و مشکلات بعد از زایمان (مشکلات عمومی، عضلانی و اسکلتی، پستانی، گوارشی، تناسلی و ادراری و جنسی) بود. با استفاده از پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت[2] و افسردگی ادینبرگ بعد از زایمان اطلاعات تکمیل گردید. پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت شامل ۲۶ سؤال در حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و حیطه کلی می‌باشد هر حیطه جداگانه براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری شده است و براساس نمره گذاری سازمان جهانی بهداشت حداقل نمره هر حیطه صفر و حداکثر صد می باشد. نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بهتر فرد می‌باشد. پرسشنامه افسردگی ادینبرگ از۱۰ سؤال ۴ گزینه‌ای تشکیل شده که حداقل نمره صفر و حداکثر ۳۰ می باشد. هر سؤال امتیازی بین صفر تا سه براساس شدت علایم به خود اختصاص می‌دهد. نمره پایین تر نشان دهنده وضعیت بهتر فرد و نمره مساوی یا بالاتر از ۱۳ وجود احتمالی بیماری افسردگی را نشان می‌دهد.

روایی پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت تأیید شده است (۲۶) و ترجمه فارسی آن توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد روایی آن تائید شده است. روایی پرسشنامه افسردگی ادینبرگ در مطالعه Montazeri در ایران تأیید شده است (۲۷). پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی و افسردگی ادینبرگ از روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرانباخ) به ترتیب α=۰/۹۰ و افسردگی ادینبرگ α=۰/۹۲ تأیید شد و پایایی سایر فرمهای مصاحبه از طریق آزمون مجدد ۰/۹۰ به دست آمد. اطلاعات بدست آمده با استفاده از آزمونهای X^2، T-Test، Mann-Whitney و مدل خطی عمومی تجزیه و تحلیل و $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه از ۴۲۰ نفر ۵۹ نفر به علت بستری شدن نوزاد در بیمارستان، ۱۶ نفر به علت عدم همکاری و دسترسی، ۱۶ نفر به علت عدم تکمیل پرسشنامه و ۴۰ نفر به علت سزارین اورژانسی از مطالعه حذف شدند. در نهایت

[1] -Edinburgh depression postpartum
[2] -World Health Organization Quality Of Life Brff (WHO-QOL Brff)

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]

۲۹۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۴۸ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۲ نفر در گروه سزارین بودند. بین دو گروه از نظر میزان تحصیلات مادر و پدر، شغل مادر و پدر، سطح درآمد خانواده، رضایت از روابط زناشویی و جنس نوزاد، رضایت حمایت از همسر و افراد خانواده اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. از نظر سن، نوع مالکیت منزل، زندگی با افراد دیگر خانواده و مکان و زمان زایمان بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری یافت شد (p<۰/۰۵). میانگین سنی در گروه زایمان طبیعی ۲۴/۲۳±۴/۳۴ سال و در گروه سزارین ۲۶/۲۳±۴/۷۳ سال بود (p<۰/۰۰۱) (جدول۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی خصوصیات فردی، اجتماعی و مامایی زنان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

گروه خصوصیات	طبیعی تعداد(٪)	سزارین تعداد(٪)	pvalue
تحصیلات مادر			
ابتدایی	(۱۳/۵)۲۰	(۱۲)۱۷	
راهنمایی	(۲۴)۳۶	(۲۴/۴)۲۹	۰/۲۵
دبرستان	(۴۹/۳)۷۳	(۵۱/۴)۷۳	
دانشگاهی	(۱۲/۸)۱۹	(۱۶/۲)۲۳	
شغل مادر			
خانه دار	(۸۷/۲)۱۲۹	(۸۲/۴)۱۱۷	۰/۶
شاغل	(۱۲/۸)۱۹	(۱۷/۶)۲۵	
پذیرش حاملگی			
خواسته	(۸۹/۲)۱۳۲	(۸۵/۲)۱۲۱	۰/۲۴
ناخواسته	(۱۱/۸)۱۶	(۱۴/۸)۲۱	
رضایت از روابط زناشویی			
خیلی راضی	(۲۵)۳۷	(۳۴/۷)۳۵	۰/۴
راضی	(۶۸/۲)۱۰۱	(۷۰/۴)۱۰۰	
ناراضی	(۶/۸)۱۰	(۴/۹)۷	
رضایت از حمایت همسر			
خیلی راضی	(۳۹/۲)۵۸	(۳۴/۵)۴۹	۰/۴
راضی	(۵۷/۴)۸۵	(۵۸/۵) ۸۳	
ناراضی	(۳/۴)۵	(۷)۱۰	
مکان زایمان			
بیمارستان دولتی	(۹۳/۹)۱۳۹	(۸۷/۳)۱۲۵	۰/۰۵
بیمارستان خصوصی	(۶/۱)۹	(۱۲/۷)۱۸	
زمان زایمان			
روز	(۵۵/۱)۸۱	(۷۷/۵)۱۱۰	۰/۰۰۰
شب	(۴۴/۹)۶۶	(۲۲/۵)۳۲	

در هشت هفته بعد از زایمان ۶۰ درصد از افراد تحت مطالعه حداقل یک مشکل جسمی را ذکر کردند و در حدود نیمی از مادران از خستگی و اختلال خواب شکایت داشتند. مشکلات عمومی، مشکلات گوارشی و ادراری و تناسلی در گروه زایمان سزارین بالاتر بود و این اختلاف در مشکلات گوارشی معنی دار بوده است. ۱۳ درصد از افراد دچار افسردگی بعد از زایمان بودند و بین دو گروه از نظر افسردگی بعد از زایمان اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره افسردگی در گروه زایمان طبیعی ۶/۱۴±۴/۶۷ و در گروه سزارین ۶/۶۰±۴/۷۵ بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتایج نشان داد که در هشت هفته بعد از زایمان میانگین نمره حیطه جسمی گروه زایمان طبیعی ۷۵/۰۱±۱۱/۷۴ و در گروه زایمان سزارین ۷۰/۵۴±۱۰/۴۸ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (p=۰/۰۰۰). در ارتباط با حیطه روانی در هشت هفته بعد از زایمان، نتایج نشان داد که میانگین در گروه زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب ۷۳/۱±۱۴/۷۱ و ۶۹/۲۳±۱۳/۷۲ بود (p =۰/۰۲۴). در حیطه اجتماعی میانگین نمرات در زنان با زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب ۷۵/۸۲±۱۵/۷۲.

۷۲/۴۴±۱۵/۴۸ بود و میانگین نمره حیطه محیط گروه زایمان طبیعی ۷۰/۸۷±۱۴/۲۲ و گروه سزارین ۷۰/۳۲±۱۳/۱ بود. در حیطه کلی میانگین نمرات در زنان با زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب ۷۷/۸۴±۱۴/۳۶ و ۷۶/۵±۱۳/۵۸ بود (جدول۲).

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های کیفیت زندگی در ۸ هفته پس از زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

گروه حیطه	طبیعی Mean±SD	سزارین Mean±SD	کل Mean±SD	pvalue
جسمی	۷۵/۰۱±۱۱/۷۴	۷۰/۵۴±۱۰/۴۸	۷۲/۸۲±۱۱/۳۵	۰/۰۰۱
روانی	۷۳/۱۴±۱۴/۷۱	۶۹/۲۳±۱۴/۷۲	۷۱/۲۳±۱۴/۸۲	۰/۰۲۴
اجتماعی	۷۵/۸۲±۱۵/۷۷	۷۲/۴۴±۱۵/۴۸	۷۴/۱۷±۱۵/۷	۰/۱
محیط	۷۰/۸۷±۱۴/۲۲	۷۰/۳۲±۱۳/۱	۷۰/۵۵±۱۴/۱۴	۰/۷۴
کلی	۷۷/۸۴±۱۴/۳۶	۷۶/۵±۱۳/۵۸	۷۷/۱۸±۱۳/۹۷	۰/۳۶

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که هشت هفته بعد از زایمان، میانگین نمرات حیطه جسمی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بوده است. نتایج مطالعه Lydon-Rochla و همکاران ۷ هفته پس از زایمان نشان داد که در گروه زایمان طبیعی به طور معنی‌داری نمره حیطه های عملکرد جسمانی، درد جسمانی و انجام فعالیت های روزانه بالاتر از گروه سزارین بوده است (۲۰) که با مطالعه ما هم خوانی دارد.

ولی در مطالعه Jansen و همکاران بین میانگین نمره حیطه جسمی در شش هفته بعد از زایمان در گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی داری یافت نشد و هشت هفته بعد از زایمان مشکلات بعد از زایمان، میانگین نمرات خستگی، کمر درد، درد معده، درد محل بخیه زایمان، یبوست و سوزش ادرار در گروه زایمان سزارین بالاتر از زایمان طبیعی بود هر چند این اختلاف معنی دار نبود، اما خستگی و درد موجب ضعف و کاهش تمرکز حواس می‌شود (۲۸). مقایسه دو گروه، در حیطه جسمی نشان داد سطح انرژی و توانایی مادر برای

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]

انجام فعالیت های روزانه در گروه سزارین به طور معنی داری پایین تر از گروه زایمان طبیعی بود. معمولا در شش هفته بعد از زایمان، احتمال بازیافت سطح طبیعی انرژی در زنانی که زایمان طبیعی داشته اند دو برابر بیشتر از زنانی است که تحت زایمان سزارین قرار گرفته اند (۱۳).

در این مطالعه حیطه روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی، به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بوده است. محققین دیگر نیز نشان دادند که حیطه روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی، به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بوده است (۲۲-۲۰) که با نتایج این مطالعه هم خوانی دارد. ولی در مطالعه Jansen و همکاران بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر حیطه روانی، کیفیت زندگی در شش هفته بعد از زایمان اختلاف آماری معنی داری یافت نشد (۲۸) که با نتایج حاضر هم خوانی ندارد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر که میانگین نمرات رضایت از زندگی، اعتماد به نفس، تمرکز حواس، رضایت از ظاهر خود در گروه زایمان طبیعی بالاتر از گروه سزارین بوده است، شاید بتوان گفت در هشت هفته بعد از زایمان مادری که از عهده تحمل دردها در طی مراحل زایمان طبیعی برآمده، احساس غرور و موفقیت بیشتری می‌کند و رضایت بیشتری از تجربه زایمان و تولد نوزاد در مقایسه با زنان، زایمان به روش سزارین دارد، O' Connor در یک متاآنالیز از ۱۹ مطالعه و Osis نشان دادند که به طور متوسط میزان رضایت از تجربه زایمان و تولد نوزاد زنان، بعد از جراحی سزارین کمتر از زنان با زایمان طبیعی می باشد (۳۰و۲۹). ممکن است تاثیرات مثبت تجربه زایمانی و تولد نوزاد باعث شود مادر احساس بهتری نسبت به خود داشته و به خوبی از عهده انجام وظایف مادری بر آید. احتمالا مجموع این عوامل، موجب شده میانگین نمره حیطه روانی گروه زایمان طبیعی به طور معنی‌داری بالاتر از گروه زایمان سزارین شود.

از نظر حیطه اجتماعی، بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. در مطالعه Torkan و همکاران هم بین دو گروه در حیطه اجتماعی تفاوت معنی دار نبوده است (۲۲) که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. ولی با مطالعه Lydon-Rochla و همکاران (۲۰) هم خوانی نداشت، چون در مطالعه آنها، نمره حیطه اجتماعی در گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان سزارین بود. به نظر می رسد. تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روابط جنسی علت این تفاوت باشد. وجود حجم نمونه بالا در مطالعه Lydon-Rochla هم ممکن است موثر باشد. در این مطالعه بین دو گروه از نظر میانگین نمرات حیطه محیط اختلاف آماری معنی داری یافت نشد، در مطالعه Tam میانگین نمره محیط در گروه زایمان طبیعی ۱۳±۶۲ و در گروه زایمان سزارین ۱۴±۶۰ بود و بین دو گروه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (۳۱) و با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. در حیطه کلی، بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد. حیطه کلی این مطالعه مجموع حیطه های دیگر نبوده، بلکه جداگانه و با دو سوال، رضایت از سلامت و ارزیابی کلی از کیفیت زندگی سنجیده شد علیرغم وجود مشکلات در هشت هفته بعد از زایمان اکثریت افراد در هر دو گروه از سلامت و کیفیت زندگی خود تقریبا راضی بودند که این نتایج با مطالعه Schytt و همکاران هم خوانی دارد (۳۲). ممکن است علت آن احساس شادمانی با وجود فرزند و احساس مادر شدن باشد. چنین یافته هایی در مطالعه Symon و همکارانش نیز گزارش شد که در هشت هفته بعد از زایمان میانگین نمرات حیطه های کیفیت زندگی (جسمی، روانی، اجتماعی، محیط و کلی) گروه زایمان طبیعی بالاتر از گروه سزارین بوده و این افزایش در حیطه های جسمی و روانی معنی دار بوده است (۲۳).

در مطالعه حاضر از ابزار کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (ابزار معتبر) استفاده شد ولی چون کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی است که توسط خود فرد اظهار می‌شود بنابراین صحت و دقت پاسخهای داده شده از جانب افراد تحت مطالعه از محدودیتهای این تحقیق بود. از آنجاییکه بیشتر زنان جامعه ما تمایل به انجام زایمان به روش سزارین در مقایسه به زایمان طبیعی دارند و آن را به عنوان روش مطلوب با عوارض کمتر می دانند و با توجه به نتایج این تحقیق که هشت هفته بعد از زایمان نمرات حیطه های جسمی و روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بوده است، بنابراین مدیران و برنامه ریزان بهداشتی، می توانند با برنامه های آموزشی مناسب، اقدامات لازم را در جهت تغییر پندارهای شخصی و ایجاد دیدگاه مثبت زنان نسبت به زایمان طبیعی، انجام دهند، تا بدین وسیله بتوان سطح سلامت و کیفیت زندگی را در دوران بعد از زایمان بهبود بخشید.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پزشکی مشهد و دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مسئولین محترم مراکز درمانی منتخب و بیمارستان امام علی (ع) آمل و همه مادرانی که بدون آنان مطالعه حاضر غیر ممکن بود، جهت مساعدت ها تشکر می شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]

Comparison of Quality of Life in Women after Vaginal Delivery and Cesarean Section

M. Nikpour (MSc) [1*], Z. Abedian (MSc) [2], N. Mokhber (MD) [3], S. Ebrahimzadeh (MSc) [4], S. Khani (MSc) [5]

1. Department of Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Department of Psychiatry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Department of Biostatistics, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Department of Midwifery, Faculty of Nasibeh Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

J Babol Univ Med Sci;13(1); Jan 2011

Received: Oct 26th 2009, Revised: Mar 10th 2010, Accepted: Aug 4th 2010.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: The postpartum period is associated with great changes in women's quality of life. These changes can influence mother-baby health. Regarding the importance of quality of life and postpartum, and effective factors on postnatal quality of life including the mode of delivery, this study was conducted to compare quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section at 8 weeks postpartum.

METHODS: In this prospective analytic study 420 pregnant women aged 16-35 years who referred to health center without history of general medical conditions, psychological and pregnancy problems, drug intake, and without experiencing stress at 9 past months were recruited using nonprobability sampling. Subjects completed Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) during the third trimester pregnancy and subjects with EPDS score>12 were excluded from the study. From 290, 148 in normal vaginal delivery group and 142 in cesarean section group were followed up at 8 week postpartum. Quality of life in physical, psychological, social, environmental and overall domains was assessed and compared using WHOQOL BREF questionnaire.

FINDINGS: At 8 weeks postpartum in NVD group the mean score of quality of life was 75.01±11.74 for physical domain that was significantly higher than the mean score of QOL for physical domain in C/S group (70.54±10.48) (p=0.000). In NVD group the mean score of quality of life was 73.14±14.71 for psychological domain that was significantly higher than the mean score of QOL for psychological domain in C/S group (69.23±13.71) (p=0.024). There was no statistically significant difference between two groups in social, environmental and Overall domains.

CONCLUSION: According to the results of this study, the score of quality of life in NVD group was better than C/S group on physical and psychological domains; health care provider for correct choice of mode of delivery can be effective in reducing elective cesarean and improving quality of life after delivery.

KEY WORDS: *Quality of life, Postpartum, Vaginal delivery, Cesarean WHOQOL questionnaire.*

*Corresponding Author;
Address: Department of Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran
Tel: +98 111 2199596
E-mail: marinikpour@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]

References

1. Peterson S, Bredow TS. Middle range theories. 1st ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2004; p: 275.
2. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patient perspectives: Theory, research, practice. 2nd ed. Sudbury Jones and Bartlett 2003; pp: 5-7, 31, 54.
3. Aga Molai T, Eftekhar Ardbili H. Principle of health services.1st ed. Tehran, Andish Rafie Publishing 2005; pp: 66-77.
4. Tingstrom Pia R, Kamwendo k, bergdahl B. Effect of a problem based learning rehabilitation programe on quality of life in patients with coronary artery disease. Eur J Cardiovasc Nurs 2005;4(4):324-30.
5. Balduccl L, lymon G, Ershler WB, Extermann M. Comprehensive geriatric oncology influence of aging on prevention diagnosis, and treatment of cancer. 2nd ed. London, Taylor and Francis Group 2003; p:293.
6. Schuiling KD, Likis FE. Women's gynecologic health. 1st ed. Boston, Jones and Battle 2006; pp:71.
7. Park GE, Park G. Principle of health services. Park's textbook of preventive and social medicine. 1st ed. Translated by: Shojai Tehrani H, Malk Afzali H. Tehran, Basat Publishing 2003; p:43. [in Persian]
8. Pesavento F, Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and in high-risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women. Minerva Ginecol 2005; 57(4):451-60.
9. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal postpartum quality of life questionnaire. J Nurs Meas 2006;14(3):205-20.
10. Hill PD, Aldag JC. Maternal perceived quality of life following childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2007;36(4):328-34.
11. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J; McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. Birth 2006;33(3):210-20.
12. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. BJOG 2000;107(10):1202-9.
13. Cunnigham FG, Leveno KJ, Bloom S l R, Haulth J, Gilstraplc LC, Wenstrom KO. William obstetrics. 22nd ed. New York: MacGraw Hill 2005; pp: 708, 592,706,590-2,190.
14. McKee MD, Cunningham M, Jankowski KR, Zayas L. Health related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. Obstet Gynecol 2001;97(6):987-93.
15. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. Br J Obstet Gynaecol 1995;102(4):282-7.
16. Parse RR. Quality of life: Sciencing and living: the art of human becoming. Nurs Sci Q 1994;7(1):16-21.
17. Alimohamadian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. The influence of maternal request on the elective caesarean section rate in maternity hospitals in Tehran, Iran. Payesh, J Iranian Inst Health Sci Res 2003;2:133-9. [in Persian]
18. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. Caesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran. Payesh, J Iranian Inst Health Sci Res 2002;1(3):5-10. [in Persian]
19. Moini A, Riazi K, Ebrahimi A, Ostovan N. Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003. East Mediterr Health J 2007;13(2):457-60.
20. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. Pediatr Perint Epidemiol 2001;15(3):232-40.
21. Bhrami N. The influence of mode delivery to postpartum quality of life. 8th International Congress on Obstetrics and Gynecology, Tehran, Iran 2009; Nov 5-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]

22. 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.
23. Symon A, Mackay A, Ruta D. Postnatal quality of life: a pilot study using the mother-generated index. J Adv Nurs 2003;42(1):21-9.
24. Gerber S, Sharp L, O'Toole C. Comparison of postpartum quality of life between patients with repeat cesarean delivery and vaginal birth after cesarean. Am J Obstet Gynecol 2003;189(6):348.
25. Khakbazan Z, Golyan Tehrani Sh, Payghambardoost R, Kazemnejad A. Effect of Telephone Counseling during Post-Partum Period on Women's Quality of Life. Hayat, J Tehran Univ Med Sci 2009; 15(4) :5-12. [in Persian]
26. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BRFF 2004; Available from: htm:www.WHO/MSA/MNA/PSF/97.4.
27. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. The Edinburgh postnatal depression scale (EDPS): translation and validation study of the Iranian version. BMC Psychiatry 2007;7(11):1-6.
28. Jansen AY, Duvekot JJ, Hop WC, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86(5):579-84.
29. O'Connor V, Kovacs G. Obstetrics gynecology and women's health. 1st ed. United Kingdom, Cambridge University Press 2003; pp: 378-80.
30. Osis MJ, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faundes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. In J Gynecol Obstet 2001;75(1):59-66.
31. Tam WH, Lee DT, Chiu HF, Ma KC, Lee A, Chung TK. A randomized controlled trial of educational counseling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. BJOG 2003;110(9):853-9.
32. Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. BJOG 2005;112(2):210-17.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1389.13.1.5.0]