مقایسه ابعاد کیفیت زندگی پس از زایمان در زایمان‌های طبیعی و سزارین

زهره سادات[1]، فرزانه صابری[1]، محبوبه تائبی[2]، معصومه عابدزاده کلهرودی[*3]

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان
۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۳. مرکز تحقیقات تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

فصلنامه پایش
سال یازدهم شماره سوم خرداد ـ تیر ۱۳۹۱ صص ۳۸۳-۳۷۷
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۴/۱۴
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۱ فروردین ۹۱]

چکیده

در دوره پس از زایمان برخی تغییرات جسمی، روحی و اجتماعی در مادر بوجود می‌آید که بر کیفیت زندگی مادر تأثیر می‌گذارد. در این تحقیق ابعاد کیفیت زندگی پس از زایمان در دو نوع زایمان طبیعی و سزارین مقایسه شده‌است. این مطالعه تحلیلی کوهورت بر روی دو گروه مادران سزارینی (۱۵۰ نفر) و زایمان طبیعی (۱۵۰نفر) انجام شد. پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 دو و چهار ماه پس از زایمان توسط مادران مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کاشان تکمیل شد. ابعاد پرسشنامه در هر گروه و نیز بین دو گروه مقایسه شد. یافته‌ها نمره بیشتری را در ابعاد عملکرد جسمی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی دو ماه پس از زایمان و در ابعاد عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی چهار ماه پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی نشان داد. میانگین نمره ابعاد سلامت روانی و عملکرد اجتماعی در فاصله دو ماه بطور معنی‌داری در گروه زایمان طبیعی افزایش یافت. کیفیت زندگی در اکثر ابعاد در دو گروه از نظر آماری تفاوتی نداشت، اگرچه کیفیت زندگی بهتر به‌خصوص از نظر سلامت جسمی دو ماه پس از زایمان و از نظر سلامت جسمی و روحی چهار ماه پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی مشاهده شد.

کلیدواژه‌ها: کیفیت زندگی، پس از زایمان، زایمان طبیعی، زایمان سزارین

[*] نویسنده پاسخگو: کاشان، جاده راوند، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، مرکز تحقیقات تروما
تلفن: ۵۵۵۹۹۵۶۰ ۰۳۶۱ نمابر۰۳۶۱۵۵۵۶۶۳۳
پست الکترونیکی: abedzadeh@kaums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]

مقدمه

سزارین شیوع مداخلات جراحی و عوارض ناشی از بستری‌شدن را افزایش داده و این مسئله کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می دهد. عوارض پس از زایمان طبیعی و سزارین شناخته شده‌است اما تصمیم در مورد بهترین نوع زایمان (واژینال در برابر سزارین) هنوز از طرف متخصصین و از نظر تجارب زنان زایمان کرده مورد اختلاف نظر است[۴-۱]. مرگ و میر و عوارض مادری در سزارین چندین برابر زایمان طبیعی بوده، و با افزایش روز افزون آن بهبودی در کاهش مرگ و میر و عوارض مادر پس از زایمان دیده نشده‌است [۶،۵]، همچنین مدت بهبودی و هزینه‌های زایمانی در سزارین بالاتر از زایمان واژینال است[۸]. انجمن زنان و مامایی آمریکا میزان سزارین را ۱۵/۵ درصد برای حاملگی‌های تک قلو و بالای ۳۷ هفته و سفالیک در سال ۲۰۱۰ پیشنهاد نموده‌است[۹]. در بسیاری از کشورها میزان سزارین افزایش پیدا کرده‌است[۱۱-۹]. مطالعات دیگر نیز افزایش سزارین در ایران را نشان داده‌اند[۱۲]. و نیز نتایج یک بررسی نشان داد میزان سزارین در سه بیمارستان دانشگاه تهران از سال ۱۳۷۹تا۱۳۸۳ از ۳۵/۴ به۴۲/۳ در صد رسیده‌است[۱۳]. در مطالعه‌ای زایمان سزارین در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اصفهان۵۳/۴ درصد گزارش گردیده‌است[۱۴]. در بسیاری از موارد دلایل علمی تعیین‌کننده نوع زایمان نیست، و نیز افزایش سزارین به سبب ارتقاء و بهبود وضعیت جراحی و تکنیک بیهوشی نیست، بلکه عواملی نظیر پیشنهاد پزشک، در خواست مادر به دلیل ترس از درد زایمان، ترس از صدمه به لگن، و تجربه بد زایمان قبلی برای آن مطرح است[۳،۲]. در یک متاآنالیز بر روی ۲۰۰ مقاله نشان داده‌شد اکثراً دلیل تمایل زنان به سزارین دلایل روانی، اجتماعی و فرهنگی مثل ترس از درد زایمان، عدم ایمنی آن و ناکافی بودن مراقبت‌ها می‌باشد[۱۵]. انجام سزارین گاهی برای حفظ سلامتی مادر و جنین ضروری است و ناچار به پذیرش عوارض آن هستیم. اما نباید فراموش کنیم که باید انجام آن دلیل طبی داشته‌باشد[۱۶،۱۷]. تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان به عنوان دو گروه آسیب‌پذیر اهمیت ویژه‌ای دارد. از این رو ترویج زایمان طبیعی در تمام سطوح خدمات بهداشتی و درمانی کشور به عنوان سیاستی اساسی، همواره مورد توجه قرار گرفته‌است[۱۴]. مادران در دوره پس از زایمان ممکن است از خستگی، بیحالی، مشکلات خواب، درد پستان، درد جسمانی، هموروئید، یبوست و مشکلات جنسی و افسردگی پس از زایمان احساس ناراحتی کنند، در حالی که به‌دنبال عمل سزارین به لحاظ جراحی و افزایش مدت بستری در بیمارستان ممکن است مشکلات بیشتری ازجمله مشکلات مامایی چون عفونت، خونریزی، ترومبوز، آسیب لگنی، مشکلات زخم سزارین و مشکلات تنفسی در نوزاد وجود داشته‌باشد[۱۸،۱۹]. تجربیات مادر از مشکلات پس از زایمان بر روی سلامت جسمی و روحی و یا در کل کیفیت زندگی خود و کودک او تأثیر می‌گذارد و این در حالی است که تعیین وضعیت سلامت جسمی مادران پس از زایمان هم در تحقیقات و هم در عمل به‌طور نسبی فراموش شده‌است[۲۱،۲۰]. مطالعات متعددی در ارتباط با میزان و علل سزارین انجام شده‌است اما تحقیقات در مورد کیفیت زندگی پس از زایمان و مقایسه آن در دو نوع زایمان واژینال و سزارین محدود است. همچنین در تحقیقات انجام شده بیشتر به مقایسه بعضی از عوامل مرتبط با سلامت جسمی و روانی مادر پرداخته‌شده و نتایج متفاوتی به‌دست آمده‌است، از جمله بعضی از مطالعات کیفیت زندگی بهتر را در بعضی از ابعاد در زایمان طبیعی نسبت به سزارین نشان داده‌اند[۲۵-۲۲]. مطالعات دیگر تفاوتی از نظر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در دو روش زایمان طبیعی و سزارین نشان نداده[۲۶،۲۷]، و برخی تحقیقات نیز کیفیت زندگی بهتر را در سزارین نشان داده‌اند[۲۸،۲۹]. با توجه به تناقضات موجود در مورد نقش سزارین در بهبود کیفیت زندگی و نظر به اینکه میزان سزارین انتخابی در کشور ما به دلایلی بالا است و نیز اینکه بهبود کیفیت زندگی مادران در دوره پس از زایمان ضامن سلامت و بهبود کیفیت زندگی کودک، افراد خانواده و جامعه است، سنجش کیفیت زندگی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار بوده و از این‌رو به شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مادران از جمله نوع زایمان مورد نیاز است. لذا این تحقیق به منظور تعیین رابطه نوع زایمان با کیفیت زندگی در زنان پس از زایمان در مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی کاشان در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶ انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه تحلیلی از نوع کوهورت بوده، و برروی ۱۵۰ مادر با سزارین انتخابی و یا اورژانسی و ۱۵۰ مادر با زایمان طبیعی یا اپی‌زیاتومی و یا بدون آن انجام شد. مشخصات ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، سن ۲۰-۴۰ سال، زایمان اول تا سوم، دارای سواد خواندن و نوشتن، وزن نوزاد ۲۵۰۰ گرم و بالاتر و دریافت مراقبت‌های دوران بارداری و مشخصات خروج از مطالعه شامل:

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]

بیماری شناخته‌شده جسمی و روانی مادر، مرگ نوزاد یا ناهنجاری در نوزاد، بستری‌شدن نوزاد در بیمارستان در یک ماه اخیر، تغذیه با شیرخشک و ترک همسر بود. برای انتخاب نمونه‌های پژوهش کل مراکز بهداشتی ـ درمانی شهر به ۵ منطقه جغرافیایی تقسیم و از هر منطقه ۲ مرکز بطور تصادفی انتخاب شد و بر حسب جمعیت تحت پوشش هر مرکز تعدادی نمونه برای شرکت در مطالعه مدنظر قرار گرفتند. مادرانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند در دو گروه سزارین و زایمان طبیعی با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. در این تحقیق ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی SF-36 پس از زایمان بود. این پرسشنامه شامل ۳۶ سؤال در ۸ بعد شامل: عملکرد جسمی، محدودیت درایفای نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی (ابعاد مؤلفه سلامت جسمی)، شادابی و نشاط، سلامت روانی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، عملکرد اجتماعی (ابعاد مؤلفه سلامت روانی) است. در این پرسشنامه سؤالات ابعاد و نیز تعداد گرینه‌های آنها با یکدیگر متفاوت است اما برای همه سؤالات نمره صفر تا صد در نظر گرفته شده‌است. برای مثال سؤالات مربوط به عملکرد جسمانی سه گزینه‌ای است که برای گزینه‌های ۱ تا ۳ به‌ترتیب نمرات ۵۰ و ۱۰۰ در نظر گرفته شده‌است و سپس در هر بعد میانگینی از امتیازات سؤالات به‌دست آمده که بالطبع تبدیل به مقیاسی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) می‌شوند[۳۰].

شایان ذکر است روایی نسخه فارسی این پرسشنامه در ایران تأیید شده است[۳۱،۳۲]. جهت جمع‌آوری اطلاعات پس از اخذ رضایت آگاهانه از نمونه‌ها، اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک با مصاحبه با مادر و پرسشنامه مربوط به کیفیت زندگی توسط مادر دو و چهار ماه پس از زایمان تکمیل شد، مادران جهت پرکردن پرسشنامه در مورد نحوه جواب دادن به سؤالات راهنمایی شدند. پس از پردازش اطلاعات در نرم‌افزار spss، از آزمون‌های آماری X^2 برای مقایسه متغیرهای کیفی در مشخصات دموگرافیک گروه‌ها، t test برای متغیرهای کمی (در صورت تأیید برابری انحراف معیار متغیرها در دو گروه با استفاده از levent's test) و Mann-Whitey U testدر صورت نابرابری انحراف معیار متغیرها) برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد. سطح معنی‌داری مطالعه (P=۰/۰۵) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد دو گروه به لحاظ سن مادر، تعداد زایمان، وزن نوزاد هنگام تولد، تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال، حاملگی ناخواسته و جنس نوزاد مشابه بودند (جدول شماره ۱). همچنین یافته‌ها نشان داد دو ماه پس از تولد نمره گروه زایمان طبیعی در اکثر ابعاد مؤلفه سلامت جسمی بیشتر از گروه سزارین بود و نمره گروه سزارین نیز در ابعاد مؤلفه سلامت روانی بیشتراز گروه زایمان طبیعی بود اما فقط در ابعاد عملکرد جسمی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، نمره گروه زایمان طبیعی به‌طور معنی‌داری بیشتر بوده اما، بقیه اختلاف‌ها در دو گروه معنی‌دار نبود. در چهار ماه پس از تولد نمره گروه زایمان طبیعی در همه ابعاد بالاتر از گروه سزارین بود که این تفاوت در ابعاد: عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی و سلامت روانی معنی‌دار نشان داد (جدول شماره ۲). در تفاوت میانگین نمرات ابعاد چهار ماه پس از تولد نسبت به دو ماه پس از تولد در هر گروه، یافته‌ها نشان داد؛ نمره گروه زایمان طبیعی در همه ابعاد به‌جز عملکرد جسمی افزایش داشته‌است که در ابعاد سلامت روانی و عملکرد اجتماعی این افزایش معنی‌دار بود و نیز نمره گروه سزارین در ابعاد عملکرد اجتماعی، نشاط و سلامت عمومی کاهش و در بقیه ابعاد افزایش داشت، اما هیچ کدام از این تغییرات معنی‌دار نبود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۱: توزیع افراد مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک دو گروه *

	زایمان طبیعی	سزارین	
	تعداد(درصد)	تعداد (درصد)	P
سن مادر به سال			۰/٤٤
۲۵>	٦۳(٤۲)	٦۹(٤٦)	
۳۰	٦٤(٤۲/۷)	۵۱(۳٤)	
۳۰-۳۵	۱۸(۱۲)	۲۳(۱۵/۳)	
۳۵<	۵(۳/۳)	۷(٤/۷)	
وزن نوزاد هنگام تولد به گرم			۰/۲۱
۳۰۰۰<	٤۰(۲٦/۷)	٤۳(۲۸/۷)	
٤۰۰۰-۳۰۰۰	۱۰٦(۷۰/۷)	۹۷(٦٤/۷)	
٤۰۰۰<	٤(۲/۷)	۱۰(٦/۷)	
تعداد زایمان			۰/۳۹
۱	۷۲(٤۸)	۷۲(٤۸)	
۲	٦۵(٤۳/۳)	۵۸(۳۸/۷)	
۳	۱۳(۸/۷)	۲۰(۱۳/۳)	
تحصیلات مادر			۰/۲٦
ابتدایی	٦۲(٤۱/۳)	۵٤(۳٦)	
راهنمایی ودبیرستان	۷۵(۵۰)	۷۲(٤۸)	
عالی	۱۳(۸/۷)	۲٤(۱٦)	
اشتغال مادر			۱/۰
شاغل	۱۵(۱۰)	۱۵(۱۰)	
خانه دار	۱۳۵(۹۰)	۱۳۵(۹۰)	
حاملگی ناخواسته			۰/۳۸
بلی	۲۱(۱٤)	۱٦(۱۰/۷)	
خیر	۱۲۹(۸٦)	۱۳٤(۸۹/۳)	
جنس فرزند			۰/۸۱
دختر	۷۸(۵۲)	۷٦(۵۰/۷)	
پسر	۷۲(٤۸)	۷٤(٤۹/۳)	

*آزمون آماری کای دو اختلاف معنی داری را در دو گروه بر حسب مشخصات دموگرافیک نشان نداد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]

جدول شماره ۲: شاخص‌های آماری ابعاد کیفیت زندگی در دو نوع زایمان طبیعی و سزارین دو و چهار ماه پس از زایمان*

	دو ماه پس از زایمان			چهارماه پس از زایمان		
	زایمان طبیعی	زایمان سزارین		زایمان طبیعی	زایمان سزارین	
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	P	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	P
عملکرد جسمانی	۶۱/۰۶±۱۹/۸۰	۵۳/۱۳±۲۰/۱۸	۰/۰۰۱	۶۰/۰۶±۲۰/۹۴	۵۳/۷۶±۲۰/۸۷	۰/۰۱
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۵۵/۹۶±۱۸/۱۱	۵۱/۱۲±۱۹/۳۳	۰/۰۲۶	۵۶/۲۸±۱۸/۵۹	۵۲/۵۶±۱۹/۶۰	۰/۰۹۳
درد جسمانی	۵۹/۰۱±۲۳/۳۵	۵۸/۴۵±۲۲/۷۴	۰/۸۳	۶۲/۱۳±۲۱/۸۲	۶۱/۶۳±۲۳/۶۵	۰/۸۴
سلامت عمومی	۶۶/۰۴±۱۷/۲۳	۶۶/۸۰±۱۶/۶۷	۰/۶۹	۶۷/۰۲۰±۱۶/۸۴	۶۵/۵۰±۱۸/۴۰	۰/۴۵
شادابی و نشاط	۵۸/۹±۱۸/۵۵	۵۹/۶۶±۱۸/۸۸	۰/۷۲	۶۰/۰۵±۴/۲۱	۵۸/۸۱±۱۵/۹۴	۰/۵۱
سلامت روانی	۶۴/۳۲±۲۱/۶۲	۶۶/۵۲±۱۸/۵۷	۰/۳۴	۷۱/۳۷±۱۷/۰۱	۶۷/۱۵±۱۸/۱۲	۰/۰۴۲
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۵۷/۲۲±۲۴/۰۹	۵۷/۷۳±۱۲/۰۱	۰/۸۴	۶۰/۱۱±۲۱/۵۳	۵۷/۸۷±۲۱/۶۰	۰/۳۶
عملکرد اجتماعی	۶۰/۷۰±۲۲/۹۰	۶۲/۱۶±۲۱/۷۶	۰/۵۷	۶۸/۴۲±۱۹/۲۴	۶۳/۴۸±۲۱/۷۸	۰/۰۳۶

* آزمون آماری تی جهت مقایسه میانگین نمرات ابعاد در دو گروه استفاده شد.

جدول شماره۳ -تفاوت میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی چهار ماه پس از زایمان نسبت به دو ماه پس از زایمان در هر گروه*

ابعاد مختلف کیفیت زندگی	زایمان طبیعی	زایمان سزارین	
	انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	P
عملکرد جسمانی	-۱/۰۰±۲۰/۶۰	۰/۶۳±۲۰/۹۷	۰/۴۹
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	۰/۳۲±۲۰/۱۲	۱/۴۳±۲۲/۴۸	۰/۶۶
درد جسمانی	۳/۱۲±۲۶/۱۵	۳/۱۸±۲۵/۲۶	۰/۹۸
سلامت عمومی	۰/۹۸±۱۷/۱۹	-۱/۳۰±۱۵/۹۵	۰/۲۳
شادابی و نشاط	۱/۱۵±۱۷/۷۸	-۰/۸۵±۱۸/۸۶	۰/۳۵
سلامت روانی	۷/۰۵±۲۵/۸۵	۰/۶۲±۱۷/۴۲	۰/۰۱۲
محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	۲/۸۸±۲۸/۴۹	۰/۱۳±۲۵/۱۳	۰/۳۷
عملکرد اجتماعی	۷/۷۲±۲۵/۲۳	۱/۳۲±۲۶/۹	۰/۰۳

*آزمون آماری تی جهت مقایسه تفاوت میانگین نمرات چهار ماه پس از زایمان نسبت به دو ماه پس از زایمان در هر گروه استفاده شد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد نمره کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی، در دو ماه پس از زایمان در ابعاد عملکرد جسمی و محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، و در چهار ماه پس از زایمان در ابعاد عملکرد جسمی و سلامت روانی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه سزارین است. در مورد تفاوت نمرات چهار ماه پس از زایمان نسبت به دو ماه پس از زایمان در هر گروه، یافته‌ها نشان داد نمرات گروه زایمان واژینال در ابعاد بیشتری نسبت به گروه سزارین افزایش داشت که در دو بعد از ابعاد مؤلفه سلامت روانی (عملکرد اجتماعی و سلامت روانی) این افزایش معنی‌دار بود. مطالعه ترکان به منظور مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه زایمان سزارین و طبیعی (هر گروه ۵۰ نفر) با استفاده از پرسشنامه SF-36 نشان داد، نمره گروه زایمان طبیعی در ۸-۶ هفته پس از زایمان در همه ابعاد به غیر از سلامت عمومی بالاتر از گروه سزارین است؛ اما این تفاوت در ابعاد شادابی و سلامت روانی معنی‌دار شد. در ۱۴-۱۲ هفته پس از زایمان نیز نمره گروه سزارین افزایش محسوسی در ابعاد شادابی و عملکرد اجتماعی داشت و در سایر ابعاد نمرات گروه زایمان طبیعی افزایش داشت که این اختلاف‌ها فقط در بعد عملکرد جسمی معنی‌دار بود و در مورد تغییرات نمرات در مرحله دوم تحقیق نسبت به مرحله اول یافته‌ها نشان داد گروه زایمان طبیعی در ابعاد مؤلفه سلامت روانی نمره کمتری داشت در حالی که در مطالعه فعلی نمره گروه زایمان طبیعی در مرحله دوم تحقیق نسبت به مرحله اول افزایش یافت که در ابعاد سلامت روانی و عملکرد اجتماعی این تفاوت معنی‌دار نشان داد. شاید علت این اختلاف تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در افراد مورد مطالعه و یا به علت افزایش حجم نمونه نسبت به مطالعه ترکان باشد[۲۲]. مطالعه عابدیان بر روی دو گروه زنان با زایمان واژینال (۱۵۵ نفر) و سزارین (۱۴۵ نفر) با استفاده از پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی طراحی‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان داد: گروه زایمان واژینال در دو و هشت هفته پس از زایمان در حیطه‌های جسمی و روانی به‌طور معنی‌دار نمره بیشتری دریافت کرد اما در ابعاد اجتماعی و کلی دو گروه با هم تفاوتی نداشتند[۲۳]. در مطالعه حاضر نیز در ۸ هفته پس از زایمان در بعد عملکرد جسمی به‌طور معنی‌دار نمره گروه زایمان طبیعی بیشتر بود که با یافته مطالعه عابدیان همخوانی دارد اما در بعد روحی در هشت هفته پس از زایمان این اختلاف دیده نشد.

مطالعه Junsen بر روی ۱۴۰ مادر شامل سه روش زایمان طبیعی (۷۰ نفر)، سزارین انتخابی (۳۶ نفر) و سزارین اورژانسی (۳۴ نفر) به منظور مقایسه کیفیت زندگی با استفاده از فرم SF-36 نشان داد نمره کیفیت زندگی ۶ هفته پس از زایمان در گروه زایمان واژینال

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]

در ابعاد جسمی بیشتر از گروه سزارین است اما در ابعاد روانی با هم تفاوت ندارند[۲۵]. در مطالعه حاضر نیز در ۸ هفته پس از زایمان گروه زایمان طبیعی در دو بعد از ابعاد مؤلفه سلامت جسمی به‌طور معنی‌داری نمره بیشتری دریافت کرد و در ابعاد روانی دو گروه با هم تفاوتی نداشتند. Symon و همکاران در مطالعه بر روی ۶۰ مادر (شامل زایمان طبیعی و سزارین) با استفاده از فرم SF-12 کیفیت زندگی پس از زایمان را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که سن، تعداد زایمان و نوع زایمان بر کیفیت زندگی بی‌تأثیر است[۲۶]. علت عدم تفاوت مطالعه Symon و مطالعه حاضر این است که افراد مورد مطالعه آنها فقط ۶۰ نفر بودند و مطالعه بر روی دو گروه مستقل با کنترل مخدوش کننده‌ها انجام نشده بود. Gerber و همکاران در مقایسه کیفیت زندگی مادرانی که پس از یک بار سزارین در حاملگی بعدی مجدداً سزارین شده یا زایمان طبیعی پس از سزارین قبلی داشتند، به این نتیجه رسیدند که نمره کیفیت زندگی مادرانی که سزارین تکراری داشتند یک و سه ماه پس از زایمان بالاتر از کسانی بود که زایمان طبیعی انجام داده بودند و نیز نمره افسردگی آنها کمتر از گروه زایمان طبیعی بود[۲۸]. نتیجه یافته‌های این مطالعه با تحقیق اخیر مغایرت دارد و علت مغایرت می‌تواند این باشد که در مطالعه آنها گروه زایمان طبیعی افراد معمولی نبودند و زایمان طبیعی پس از سزارین داشتند. مطالعه صفری نژاد و همکاران نشان داد نمره کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 در زنان اول‌زا پس از زایمان سزارین انتخابی در همه ابعاد به‌جز عملکرد جسمی به‌طور معنی‌دار بالاتر از گروه زایمان طبیعی است[۲۹] که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد؛ اما این مطالعه بر روی مادران اول‌زا انجام شده و علت سزارین انتخابی سزارین تکراری نبوده‌است، به نظر می‌رسد عللی چون خواست مادر یا پزشک هم در انجام سزارین دخیل باشد و این مادران ممکن است از نظر وضعیت اجتماعی و اقتصادی مشابه جامعه نبوده و نتایج قابل تعمیم نباشد. از طرفی در این مطالعه گروه سزارین انتخابی با گروه زایمان طبیعی مقایسه شده و شامل سزارین اورژانسی نبوده‌است در حالیکه در مطالعه فعلی زایمان سزارین شامل زایمان سزارین اورژانسی و سزارین انتخابی می‌باشد.

به هرحال نتایج مطالعه حاضر نشان داد کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین است به‌خصوص از نظر سلامت جسمی دو ماه پس از تولد و از نظر سلامت جسمی و روحی چهار ماه پس از تولد. زایمان سزارین همراه با عوارض جراحی و بیهوشی است و از نظر اقتصادی برای خانواده و سیستم بهداشتی و درمانی مقرون به صرفه نیست در حالی که این منابع مالی می‌توانند در جهت ارتقاء بهداشت جامعه استفاده شود. همچنین ممکن است خانواده‌ها اطلاع درستی از مزایا و معایب روش‌های زایمان نداشته باشند و مشاوره کافی در مورد روش‌های کاهش درد زایمان و آمادگی زایمان طبیعی برای آنها انجام نشود و مادران جهت کم کردن درد زایمان تمایل بیشتر به سزارین داشته‌باشند. در ایران اگر چه در تنظیم خانواده و کاهش عوارض زایمان تلاش‌های بسیار انجام شده و موفقیت‌هایی حاصل شده‌است اما طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی باید میزان سزارین به حد استاندارد نزدیک شود، لذا برگزاری کلاس‌های آموزشی برای دست‌اندرکاران بهداشتی و مادران جهت ایجاد نگرش مثبت به زایمان طبیعی و کاهش سزارین و محدود شدن انجام آن به دلایل پزشکی ضروری به نظر می‌رسد.

سهم نویسندگان

زهره سادات: طراحی تحقیق، جمع‌آوری اطلاعات، ورود و تجزیه و تحلیل داده‌ها و تهیه مقاله
فرزانه صابری: طراحی تحقیق، جمع‌آوری اطلاعات و ورود داده‌ها
محبوبه تائبی: طراحی تحقیق، جمع‌آوری اطلاعات و ورود داده‌ها
معصومه عابدزاده: طراحی تحقیق، جمع‌آوری اطلاعات، ورود داده ها

تشکر و قدردانی

این تحقیق برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۸۶۰۳ می‌باشد. لذا تیم تحقیق از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که پشتیبانی مالی این طرح را عهده‌دار بوده‌اند و همچنین همکاران و کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی کاشان کمال قدردانی و تشکر را دارد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]

منابع

1. McCurt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective caesarean section and decision making: a critical review of the literature. Birth 2007; 34: 65-79

2. Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. Journal Obstetetrics Gynaecology Neonatal Nursing 2008; 37: 24-34

3. Turner CE, Young JM, Solomon MJ, Ludlow J, Benness C, Phipps H.Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. British journal Obstetetrics & Gynecology 2008; 15:1494-502

4. Hantoushzadeh S, Rajabzadeh A, Saadati A, Mahdanian A, Ashrafinia N, Khazardoost S, et al. Caesarean or normal vaginal delivery: overview of physicians' self-preference and suggestion to patients. Archive Gynecolology Obstetetrics 2009; 280: 33-7

5. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerrioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study Birth. 2006; 33: 270-277

6. Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. Acta Obstetetrics Gynecolology Scandinavia 2008; 87: 662-8

7. Kor-Anantakul O, Suwanrath C, Lim A, Chongsuviwatwong V. Comparing complications in intended vaginal and caesarean deliveries. Journal Obstetetrics Gynaecology 2008; 28: 64-8

8. Begum B, Zaman RU, Rahman A, Rahaman MS, Uddin MK, Hafiz R, et al. Comparison of risks and benefits of normal vaginal and caesarian section deliveries in a public tertiary hospital in Bangladesh. Mymensingh Medicine Journal 2009; 18: 12-14

9. Ba'aqeel HS. Cesarean delivery rates in Saudi Arabia: a ten-year review. Annals of Saudi Medicine 2009; 29:179-83

10. Anderson G. Making sense of rising caesarean section rates. British Medical Journal 2004; 329: 696-7

11. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, et al. Births: final data for 2005, National Vital Statistics Reports 2007; 56: 1-103

12. Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazemipour S, Mehryar AH, Naghavi M. Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. Eastern Mediterranean Health Journal 2009; 15: 1389-98

13. Moini A, Riazi K, Ebrahimi A, Ostovan N. Caesarean section rates in teaching hospitals of Tehran: 1999-2003. Eastern Mediterranean Health Journal 2007; 13: 457-60

14. Mossadegrad A, Malekiha Z. Cesarean rate and factors in teaching hospitals of Esfahan. Scientific Medical Journal of Military Organization of Islamic Republic 2008; 23: 161-9

15. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerrioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. Birth. 2006; 33: 270-77

16. Pevzner L, Goffman D, Freda MC, Dayal AK. Patients' attitudes associated with cesarean delivery on maternal request in an urban population. American Journal Obstetetrics Gynecology 2008 May; 198: 35-7

17. Williams HO. The ethical debate of maternal choice and autonomy in cesarean delivery. Clinical Perinatology 2008; 35: 455-62

18. Riskin-Mashiah S. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstetetrics Gynecology 2004; 104: 633-37

19. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, Kramer MS; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. Obstetetrics Gynecology. 2005; 105: 836-42

20. Cheng CY, Li Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth womens Health 2008; 18: 267-80

21. Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennett IM, Culhane JF. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. Birth. 2008; 35: 179-87

22. Torkan Bz, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. Bioligical Medical Center Pregnancy Childbirth 2009; 9: 4-9

23. Abedian Z , Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of Relationship between Delivery Mode and Postpartum Quality of Life. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2010; 13: 47-52 [Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]

24. Schytt E ,Hildingsson I. Physical and emotional self-rated health among Swedish women and men during pregnancy and the first year of parenthood. Sex Reprod Healthc 2011; 2:57-64

25. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdrop VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. Acta Obstetetrics Gynecology Scandinavia 2007; 86: 579-84

26. Symon A, MacDonald A, Ruta D.Postnatal quality of life assessment: introducing the mother-generated index .Birth 2002; 29: 40-6

27. van Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz AP, van der Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference? International Urogynecology Journal 2007;18: 133-39

28. S Gerber, L Sharp, CO Toole . Comparison of postpartum quality of life between patients with repeat cesarean delivery and vaginal birth after cesarean. Journal of Obstetetricsrics and Gynecology 2003; 189: 156-7

29. Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The Effect of the Mode of Delivery on the Quality of Life, Sexual Function, and Sexual Satisfaction in Primiparous Women and Their Husbands. Journal Sexual Medicine 2009; 6: 1645-67

30. John E. Ware, Jr. Cathy D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care 1992; 30: 437-83

31. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research 2005;14: 875-882

32. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Payesh 2006; 5: 49-56[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1391.11.3.10.6]