

بررسی ارتباط نوع زایمان با کیفیت زندگی پس از زایمان

زهرا عابدیان^۱، مریم نیکپور^{۲*}، دکتر نغمه مخبر^۳، سعید ابراهیمزاده^۴، صغری خانی^۵

۱. مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. استادیار گروه روان پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. مربی گروه بهداشت، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۹/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۲/۱۳

خلاصه

مقدمه: در دوران پس از زایمان، تغییرات جسمی، روحی و اجتماعی در مادر به وجود می‌آیند که بر کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد. گرچه در سال‌های اخیر، تعداد زیادی از عوارض پس از زایمان شناخته شده اند لیکن کیفیت زندگی پس از زایمان و ارتباط آن با نوع زایمان بررسی نشده است. با توجه به اهمیت کیفیت زندگی پس از زایمان و عوامل متفاوت مؤثر بر آن (از جمله نوع زایمان)، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان با کیفیت زندگی مادران در دو هفته بعد از زایمان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه تحلیلی آینده نگر، ۴۲۰ خانم مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه گیری غیر احتمالی انتخاب شده و در سه ماه آخر بارداری پرسش نامه‌ی افسردگی ادینبرگ را تکمیل نمودند. زنان با نمره ی بالاتر از ۱۲ از مطالعه خارج شدند. ۳۰۰ مورد (۱۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۴۵ نفر در گروه سزارین) طی دو هفته بعد از زایمان پی گیری و کیفیت زندگی آنان با ابزار کیفیت زندگی خلاصه شده‌ی سازمان جهانی بهداشت ارزیابی شد. تجزیه و تحلیل آماری با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۴ و آزمون‌های مجذور کای، آزمون t، من ویتنی، و مدل خطی عمومی انجام شد.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و اجتماعی و بارداری خواسته و ناخواسته اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. در دو هفته بعد از زایمان در حیطه‌ی جسمی، کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه با زایمان سزارین بود ($P < 0/001$). هم چنین طی این مدت در حیطه‌ی روانی، کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه با زایمان سزارین بود ($P < 0/02$). بین این دو گروه از نظر حیطه‌های اجتماعی، محیطی و کلی اختلاف آماری معنی داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: نظر به این که در تحقیق حاضر حیطه‌های جسمی و روحی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بوده است، مشاوره مراقبین بهداشتی برای انتخاب روش صحیح زایمان می‌تواند در کاهش میزان سزارین انتخابی، هزینه‌های مربوط به آن و نهایتاً بهبود کیفیت زندگی زنان در بعد از زایمان مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی؛ دوره بعد از زایمان؛ زایمان طبیعی؛ سزارین

* نویسنده مسؤول مکاتبات: مریم نیکپور؛ بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پزشکی، گروه مامایی؛ تلفن: ۰۱۲۱-۲۲۶۱۱۴۴؛
پست الکترونیک: marinikpour@yahoo.com

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را احساس فرد از وضعیت زندگی خود در قالب نظام ارزشی و فرهنگی و بر پایه ی آرمان ها، انتظارات، استانداردها و علائق فرد تعریف کرده است، که دارای حیطه های مختلف جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیطی و عقاید شخصی می باشد (۸-۱).

اندازه گیری کیفیت زندگی و لحاظ کردن شرایط زندگی، عوامل محیطی- اجتماعی، دیدگاه ها، علائق، اهداف افراد و ارزش های جامعه در برنامه ریزی ارتقاء سلامت اهمیت بسزایی دارد (۳).

کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله در دوران حاملگی (۹) و پس از زایمان (۱۰) قابل ارزیابی است. تغییرات زیادی در دوران حاملگی و پس از زایمان در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع در کیفیت زندگی زنان رخ می دهد (۱۶-۱۱). درحقیقت هیچ واقعه ای در زندگی انسان همانند زمان تولد نوزاد و ورود فرد جدید به خانواده نیاز به تغییر سریع در شیوه، نقش و عملکرد فرد ندارد (۱۷).

اگر زایمان طبیعی، برای مادر جنین ایمن نباشد سزارین امری ضروری به نظر می رسد. بر طبق تحقیقات انجام شده، در ایران بیش از ۷۰ درصد زنان باردار به دلایل غیر ضروری خواهان انجام سزارین هستند، که ۹۲ درصد این موارد به علت ترس از درد زایمان و عوارض زایمان طبیعی می باشد (۱۸). در حالی که برخلاف عقاید مادران در غیاب مشکلات خاص، زایمان طبیعی ایمن تر از سزارین است. هم چنین درد، ضعف، ناتوانی، طول دوره بهبودی (۱۶) و مشکلات جسمی پس از سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیش تر بوده است (۲۰-۱۸).

براساس تجربه ی پژوهشگر، بسیاری از مادران و حتی پزشکان به ارجحیت سزارین نسبت به زایمان واژینال اعتقاد دارند و دلیل آن را راحتی و احساس سلامت بیش تر و به عبارتی بهتر شدن کیفیت زندگی می دانند. آیا صحت این موضوع را تحقیقات علمی نیز تأیید می کنند؟ لیدون- روکلا و همکاران (۲۰۰۱) مطالعه ای را با هدف ارتباط نوع زایمان با سلامت عمومی زنان

نخست زا در ۷ هفته بعد از زایمان انجام دادند. نتایج، بیان گر آن بود که زنان با زایمان طبیعی در حیطه های مختلف سلامت عمومی بهتری نسبت به زنان با سزارین داشتند (۲۱).

سایمون و همکارانش در مطالعه ای بر روی ۱۳۰ خانم طی ۸-۶ هفته و ۸ ماه بعد از زایمان و با هدف اولویت بندی دیدگاه های زندگی در دو گروه خانم های با کیفیت زندگی پایین و بالا به این نتیجه رسیدند که سن و نوع زایمان در کیفیت زندگی آن ها تأثیر نداشته است (۱۰).

نتایج حاصل از مطالعه گربر و همکاران با هدف مقایسه ی کیفیت زندگی بعد از زایمان زنان با سزارین تکراری و زایمان طبیعی، نشان داد کیفیت زندگی زنانی که سزارین تکراری شده اند در یک و سه ماه بعد از زایمان، بهتر از زنان با زایمان طبیعی بود (۲۲).

یکی از اهداف بهداشت همگانی، ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی در سال ۲۰۱۰ می باشد (۱۹). از طرفی تعداد زیادی از جمعیت جوان جامعه زیر سن ۲۵ سال هستند؛ بنابراین تجربه حاملگی و انتخاب روش زایمان را در زندگی خود خواهند داشت.

دوره ی بعد از زایمان برای مادر و نوزاد دوره ی مهمی است. یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در این مقطع زمانی، نوع زایمان می باشد. در مورد ارتباط نوع زایمان با مشکلات جسمی، روانی و میزان رضایت مندی بعد از زایمان مطالعاتی انجام شده (۲۵-۲۳)، اما در مورد ارتباط نوع زایمان با کیفیت زندگی بعد از زایمان در ایران مطالعات محدود بوده است. به علاوه مطالعات خارج از کشور به علت تفاوت در فرهنگ و مسایل پزشکی در ایران قابلیت تعمیم کم تری دارند.

این تحقیق با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان با حیطه های (جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و کلی) کیفیت زندگی در دوره پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر آمل در سال های ۸۶-۱۳۸۵ انجام شد.

روش کار

این مطالعه ی تحلیلی آینده نگر، در فاصله ی تیرماه

سازمان جهانی بهداشت نمرات حداقل هر حیطة صفر و حداکثر صد تنظیم شده است. نمره ی بالاتر نشان گر وضعیت بهتر فرد می باشد. پرسش نامه ی دوم از ۱۰ سؤال ۴ گزینه ای تشکیل شده است. حداقل نمره صفر و حداکثر ۳۰ می باشد. هر سؤال امتیازی از صفر تا سه براساس شدت علایم به خود اختصاص می دهد. نمره پایین تر نشان دهنده ی وضعیت بهتر فرد و نمره ی بالای ۱۲ وجود احتمالی بیماری افسردگی را نشان می دهد. روایی پرسش نامه ی خلاصه شده ی کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت تأیید شده است (۵/۶) و ترجمه ی فارسی آن توسط تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، روایی محتوا شده است.

روایی پرسش نامه ی افسردگی ادینبرگ در مطالعه ی موفقیت زاده در ایران تأیید شده است (۲۶). پایایی پرسش نامه ی کیفیت زندگی و افسردگی ادینبرگ از روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) به ترتیب $\alpha = 0.90$ و افسردگی ادینبرگ $\alpha = 0.92$ تأیید شد و پایایی سایر فرم های مصاحبه از طریق آزمون مجدد 0.90 به دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری با SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های مجذور کای، آزمون t ، من ویتنی، و مدل خطی عمومی انجام و سطح معنی داری در آزمون ها 0.05 در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، بین دو گروه از نظر میزان تحصیلات و شغل والدین، سطح درآمد خانواده، رضایت از روابط زناشویی و جنس نوزاد، رضایت از حمایت همسر و افراد خانواده، سن، نوع مالکیت منزل، زندگی با افراد دیگر خانواده و مکان و زمان زایمان اختلاف آماری معنی داری یافت نشد. میانگین سنی در گروه زایمان طبیعی ($24/23 \pm 4/34$ سال) کم تر از گروه سزارین ($26/23 \pm 4/73$ سال) بود ($p < 0.001$).

در دو هفته بعد از زایمان، در گروه زایمان سزارین مشکلاتی چون سردرد ($p < 0.001$)، تب ($p < 0.001$)، کمردرد ($p = 0.024$)، درد شانه ($p = 0.037$)، درد گردن

۱۳۸۵ تا فروردین ماه ۱۳۸۶ در مراکز بهداشتی درمانی شهر آمل انجام شد. ۴۲۰ زن باردار، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی به روش نمونه گیری غیر احتمالی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل سنین ۱۶ تا ۴۰ سال، نبود وجود مشکلات روانی، طبی، مامایی و تجربه ی رویداد استرس زای شدید در ۹ ماه گذشته و عدم استفاده ازسیگار و مواد مخدر بود.

پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد واجد شرایط، نحوه تکمیل فرم ها آموزش داده می شد. در ماه آخر بارداری پرسش نامه ی افسردگی ادینبرگ توسط افراد مورد مطالعه تکمیل گردید. در صورتی که نمره ی افسردگی بالاتر از ۱۲ بود، فرد از مطالعه حذف و به یک روان پزشک ارجاع داده می شد. ولی اگر این نمره زیر ۱۲ بود از وی خواسته می شد دو هفته بعد از زایمان به مرکز بهداشتی درمانی موردنظر مراجعه کند.

۵۸ نفر به علت بستری شدن نوزاد در بیمارستان، ۱۲ نفر به علت عدم دسترسی، ۱۴ نفر به دلیل عدم تکمیل پرسش نامه و ۴۰ نفر به علت نداشتن معیارهای ورود در دو هفته بعد از زایمان از مطالعه حذف شدند. معیارهای ورود در دو هفته بعد از زایمان شامل نوزاد سالم در هنگام تولد، تجربه یک روش زایمان (زایمان طبیعی یا سزارین انتخابی)، سزارین مادر (تمایل مادر، توصیه متخصص زنان، نمای غیرطبیعی جنین، سزارین تکراری و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر) بود. دو هفته بعد از زایمان ۳۰۰ نفر (۱۵۵ نفر در گروه زایمان طبیعی، ۱۴۵ نفر در گروه سزارین انتخابی) فرم های مصاحبه و پرسش نامه های پژوهش 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، ادراری و جنسی) بود. پرسش نامه های پژوهش شامل پرسش نامه ی خلاصه شده ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسش نامه ی افسردگی ادینبرگ بعد از زایمان بودند. پرسش نامه ی اول شامل ۲۶ سؤال در حیطة های جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و کلی می باشد که هر حیطة جداگانه و براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری شده است. بر اساس نمره گذاری

($p < 0/001$)، سوزش ادراری ($p = 0/005$)، نفخ شکم ($p = 0/036$)، درد معده ($p = 0/001$) به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان طبیعی بود، ولی درد نشیمنگاه در گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری ($p < 0/003$) بالاتر از گروه زایمان سزارین بود (جدول ۱). نتایج پژوهش مشخص نمود، میانگین نمرات حیطة ی جسمی کیفیت زندگی در زنان با زایمان طبیعی $66/78 \pm 13/41$ و در زنان با زایمان سزارین $58/27 \pm 13/39$ می باشد. بین دو گروه این اختلاف آماری معنی دار بود ($p < 0/001$) (جدول ۲). میانگین نمرات حیطة ی روانی در دو هفته بعد از زایمان در گروه با زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب $71/1 \pm 13/64$ و $66/75 \pm 11/47$ بود که در گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بود ($p = 0/02$) (جدول ۲).

در حیطة ی اجتماعی میانگین نمرات در گروه زایمان طبیعی $44/80 \pm 10/63$ و در گروه زایمان سزارین $44/3 \pm 13/17$ بوده و بین دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی داری یافت نشد (جدول ۲). میانگین نمرات حیطة ی محیطی در گروه زایمان طبیعی $70 \pm 14/62$ و در گروه زایمان سزارین $69/14 \pm 15/25$ بود. بین دو گروه اختلاف آماری دیده نشد (جدول ۲). در حیطة ی کلی، میانگین نمرات در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب $77/83 \pm 14/36$ و $76/56 \pm 14/40$ بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول ۲). با حذف اثر متغیرهایی که در این پژوهش همسان نبودند با آزمون مدل خطی عمومی، هم چنان حیطة ی جسمی و روانی گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بوده است.

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار مشکلات جسمی در ۲ هفته پس از زایمان به تفکیک دو گروه در مطالعه بررسی ارتباط نوع زایمان با کیفیت زندگی پس از زایمان

گروه	زایمان مهلبی	سزارین	کل	نتایج آزمون t-test
متغیر	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)	
سردرد	$41/94 \pm 22/58$	$49/42 \pm 41/38$	$46/6 \pm 31/67$	$T = -3/55, df = 298, P < 0/001$
تب	$19/35 \pm 3/87$	$23/86 \pm 13/10$	$27/68 \pm 8/33$	$T = -2/92, df = 298, P < 0/001$
کمردرد	$54/77 \pm 49/7$	$68/21 \pm 47/46$	$61/33 \pm 48/78$	$T = -1/67, df = 298, P = 0/024$
درد شانه	$45/32 \pm 28/57$	$49/16 \pm 40$	$47/48 \pm 34/11$	$T = -2/09, df = 297, P = 0/037$
درد گردن	$31/35 \pm 10/97$	$45/83 \pm 29/66$	$40/06 \pm 20$	$T = -4/14, df = 298, P < 0/001$
درد نشیمنگاه	$48/86 \pm 38/71$	$41/61 \pm 22/57$	$46/18 \pm 30/67$	$T = -3/16, df = 298, P = 0/002$
نفخ	$33/63 \pm 11/90$	$41/61 \pm 22/07$	$37/91 \pm 17/33$	$T = -0/62, df = 298, P = 0/036$
درد معده	$27/85 \pm 8/30$	$42/07 \pm 22/76$	$36/09 \pm 15/33$	$T = -3/51, df = 298, P = 0/001$

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطة های کیفیت زندگی در ۲ هفته پس از زایمان به تفکیک دو گروه در مطالعه بررسی ارتباط نوع زایمان با کیفیت زندگی پس از زایمان

گروه	زایمان طبیعی	سزارین	کل	نتایج آزمون Mann-Whitney
حیطة های کیفیت زندگی	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)	(میانگین \pm انحراف معیار)	
جسمی	$66/78 \pm 13/41$	$58/27 \pm 13/39$	$62/87 \pm 14/25$	$Z = -5/42, P < 0/001$
روانی	$71/1 \pm 13/64$	$66/75 \pm 14/57$	$68/88 \pm 14/72$	$Z = -2/33, P = 0/02$
اجتماعی	$44/80 \pm 10/63$	$44/3 \pm 13/17$	$44/58 \pm 11/86$	$Z = -0/38, P = 0/7$
محیط	$70 \pm 14/62$	$69/14 \pm 15/25$	$69/62 \pm 15/15$	$Z = -1/01, P = 0/31$
کلی	$77/83 \pm 14/36$	$76/56 \pm 14/04$	$77/21 \pm 14/21$	$Z = -0/67, P = 0/36$

بحث

دو هفته بعد از زایمان، میانگین نمرات حیطة ی جسمی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بود. در مطالعه جانسن و همکاران (۲۰۰۷) که به بررسی خستگی و کیفیت زندگی در دوره بعد از زایمان پرداخته، در ۱ و ۳ هفته بعد از زایمان میانگین نمرات حیطة ی جسمی در گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان سزارین بوده است که با مطالعه حاضر هم خوانی داشت (۱۶). در این پژوهش، در دو هفته بعد از زایمان، در زنان با زایمان طبیعی مشکلات عمومی چون سردرد، تب، مشکلات عضلانی-اسکلتی (مانند کمردرد، درد گردن، درد شانه و مشکلات گوارشی چون نفخ شکم، تهوع و درد معده) به میزان معنی داری بالاتر از زنان با زایمان طبیعی بود (جدول ۱). هم چنین نیاز به درمان و مراقبت های پزشکی نیز، در گروه سزارین بالاتر بود. نتایج حاصل از پژوهش کلانز و همکاران نشان داد در اوایل دوره بعد از زایمان مشکلات جسمی چون خستگی، سردرد، مشکلات شیردهی، آنمی، عفونت دستگاه ادراری، دردهای شکمی و نیاز به درمان این مشکلات در گروه زایمان سزارین بالاتر از گروه زایمان طبیعی می باشد (۲۷). تجربه درد و خستگی در افراد می تواند از عوامل موثر بر حیطة های کیفیت زندگی باشد (۲۸). وجود درد جسمانی و نیاز به مراقبت های پزشکی بالاتر و اختلال خواب بیش تر می تواند به کاهش سطح انرژی و توانایی های مادر برای انجام فعالیت های روزمره زندگی گردد که احتمالاً مجموع این عوامل می تواند کاهش میانگین نمرات حیطة جسمی در گروه زایمان سزارین در مقایسه با گروه زایمان طبیعی را در پی داشته باشد.

حیطة روانی کیفیت زندگی گروه زایمان مهلبلی، به میزان معنی داری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بوده است. نتایج مطالعه جانسن و همکاران نشان داد میانگین نمرات حیطة ی روحی کیفیت زندگی در ۱ و ۳ هفته بعد از زایمان بین گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی داری نشان نداد که با مطالعه ی

حاضر هم خوانی ندارد. ممکن است به علت حجم نمونه کم تر و یا استفاده از ابزار متفاوت^۱ برای ارزیابی کیفیت زندگی باشد.

در حیطة ی روانی پرسش نامه ی کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، اعتماد به نفس، تمرکز حواس، رضایت از ظاهر خود و اضطراب و افسردگی سنجیده شد. 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 بود، شاید بتوان گفت در دو هفته بعد از زایمان مادری که از عهده تحمل دردها در طی مراحل زایمان طبیعی برآمده، احساس غرور و موفقیت بیش تری کرده و رضایت بالاتری از تجربه زایمان و تولد نوزاد در مقایسه با زنان زایمان به روش سزارین دارد. برخی مطالعات دیگر نیز این نتایج را تأیید می کنند. کلمنت (در یک متآنالیز از ۱۹ مطالعه) (۲۹) و اوسیس (۳۰) نشان دادند که به طور متوسط میزان رضایت از تجربه زایمان و تولد نوزاد زنان، بعد از جراحی سزارین کم تر از زنان با زایمان طبیعی می باشد. از آن جا که تجارب دو هفته قبل بر زندگی فعلی مادران تأثیر گذار است، اثرات مثبت تجربه ی زایمانی و تولد نوزاد باعث احساس بهتر نسبت به خود شده و در نتیجه به خوبی از عهده انجام وظایف مادری برمی آید احتمالاً مجموع این موارد، موجب شده بین دو گروه از نظر حیطة روانی، اختلاف آماری معنی داری یافت شود.

از نظر حیطة ی اجتماعی، بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت. ولی طی بررسی به عمل آمده در دو هفته بعد از زایمان، میانگین نمرات در هر دو گروه در مقایسه با حیطة های دیگر پایین بوده است.

با توجه به این که در مطالعه ی حاضر، رضایت از روابط جنسی، رضایت از روابط فردی و رضایت از حمایت اطرافیان در حیطة ی اجتماعی سنجش شده و در این مقطع زمانی، به علت فاصله ی کم از زایمان، اکثریت افراد مورد مطالعه از عملکرد جسمی ناراضی بودند، میانگین نمرات حیطة ی اجتماعی در دو گروه پایین گزارش شد.

این پژوهش بود.

نتیجه گیری

باتوجه به این که زن باردار محور مراقبت های بهداشتی بوده و مسؤولیت های تصمیم گیری، حل مسایل و مراقبت از خود را بر عهده دارد، اکثر 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 کم تر می دانند. آمار بالای میزان سزارین در جامعه ما این موضوع را تأیید می کند. با توجه به نتایج این پژوهش، در دوره بعد از زایمان گروه زایمان طبیعی در حیطه ی جسمی و روانی کیفیت زندگی نمره بهتری نسبت به گروه زایمان سزارین دارند. 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.

تشکر و قدردانی

از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پزشکی مشهد و دانشگاه علوم پزشکی مازندران (طرح مشترک با کد ۸۵۳۹۴) جهت مساعدت های ایشان تشکر می شود.

بین دو گروه از نظر میانگین نمرات حیطه ی محیطی اختلاف آماری معنی داری یافت نشد، احتمالاً به دلیل این که این افراد از نظر سطح اقتصادی (درآمد ماهیانه) با هم همگن بودند و از امکانات حمل و نقل، مراکز بهداشتی درمانی، شرایط محیطی یک شهر استفاده می کردند در دو گروه مطالعه اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد.

در حیطه ی کلی، بین دو گروه اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. حیطه ی کلی در پژوهش حاضر با دو سوال رضایت از سلامت و ارزیابی کلی از کیفیت زندگی سنجیده شد. علی رغم وجود مشکلات در دو هفته ی بعد از زایمان اکثریت افراد مورد مطالعه در هر دو گروه از سلامت و کیفیت زندگی خود راضی بودند. این نتایج با مطالعه ی اسکیت و همکاران هم خوانی داشت (۳۱). احتمالاً علت آن احساس شادمانی به علت وجود فرزند و احساس مادر شدن می باشد.

در مطالعه ی 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 می گردد، بنابراین صحت و دقت پاسخ های داده شده از جانب افراد مورد مطالعه از محدودیت های

منابع

1. Peterson S, Bredow TS. Middle range theories. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p.275.
2. King CR, Hinds PS. Quality of life from nursing and patient perspectives. 2nd ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2003. p.5-7,31,54.
3. Aghamolai T, Eftekhari Ardebili H. Principle of health services. 1st ed. Tehran: Andish rafie; 2005. p.66-77.
4. Tingstrom Pia R, Kamwendo K, bergdahl B. Effect of a problem based learning rehabilitation program on quality of life in patients with coronary artery disease. Eur J Cardiovascul Nurs 2005;4(4):324-30.
5. Mental Health Group of WHO. WHOQOL measuring quality of life Abuse [Online]. 2004 [Cited 1 Aug 2005];[1 Screen]. Available from: URL: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf
6. Division of Mental health and Prevention of Substance Abuse [Online]. 1997 [Cited 1998];[1 Screen]. Available from: URL: <http://www.who.int/en/tity/mental-health/media/68.pdf>.
7. Balducci L, Lyman G, Ershler W, Extermann M. Comprehensive pediatric oncology influence of aging on prevention, diagnosis and treatment of cancer. 2nd ed. London: Taylor and Francis Group; 2003. p.29.
8. Schuiling KD, Likis FE. Women's gynecologic Health. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2006. p.71.
9. 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 Gynecol 2005;57(4):451-60.
10. 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.

11. Ryan KJ, Berkwitz R, Barbien R, Duna if A. Kistner's Gynecology & women's health. 7thed. Boston: Mosby; 1999. p.524-30.
12. Sherwen L, Scoloveno M, Weingarten C. Maternity Nursing. 3rd ed. Stamford: Appleton & Lance; 1999. p.841-2.
13. Varney H, Kriebs J, Geger C. Varney's midwifery. 4th ed. Boston: Jane's and Barlett; 2004. p.1048-65.
14. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal post partum quality of life questionnaire. J Nurs Meas. 2006;14(3):205-20.
15. Fraser DM, Coope MA. Myles textbook for midwifery. 14th ed. Lomdon: Gillian Fletcher; 2003. p: 653-61.
16. Jansen AJ, Duvekot JJ, Hop WC, Essink-Bot ML, Beckers EA, Karsdorp VH, et al. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86(5):579-40.
17. Murray SS, McKinney ES, Gorrie TM. Foundations of maternal-newborn nursing. 3thed. Philadelphia: Saunders Company; 2002. p.463-8.
18. 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 (Journal of Iranian Institute for Health Sciences Research) 2003;2:133-9.
19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SR, Hault J, Gilstrap LC, Wenstrom KO. William obstetrics. 22nded. New York: McGraw Hill; 2005. p.190,592,706,708,590-92.
20. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal re-hospitalization. JAMA 2000;283(18):2411-6.
21. Lyndon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery and self-reported postpartum general health status among primiparous women. Pediatr Perinat Epidemiol 2001;15:232-40.
22. Gerber S, Sharp L, O'toole C. Comparison of postpartum quality of life between patients with repeat cesarean delivery and vaginal birth after cesarean. AMJ Obstet Gynecol 2003;189(6):348.
23. Alizadh M, Charandy S, Nikniaz A. Assessment problem health mothers after 6 week postpartum in tabriz city (dissertation). Tabriz (Iran): Tabriz University of Medical Sciences; 2001.
24. Dolatian M, Mazia P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. J Reprod Inferil 2006;7(3):260-8.
25. Norozi M, Bashardost N, Farmhini M. Assessment of postpartum physico-sexual problems and its related factors. Journal of Kordistan University of Medical Science 2006;8(1):102.
26. Montazeri A, Torkan B,omidvari s. The Edinburgh postnatal depression scale (EDPS): translation and validation study of the Iranian version. BMC Ppsychiatry 2007;7(11):1-6.
27. Border N. After the after birth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. J Midwifery Womens Health 2006;51:242-8.
28. Scolt JR Gibbs RS, karlan B, Hakey AF. Danforth,s obstetrics and gynecology. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. p.47,449.
29. Clement S. psychological aspects of caesarean section best practive & Research clinical. Obstetrics & Gynecology 2001;15:109-29.
30. Osis MJ, Paduaks, Duarte GA, Souza, Faunde SA. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. In J Gynecol Obstet 2001;75(1):59-66.
31. Schytt E, Lindmark G, waldenstrom u. Physical symptoms after child birth: prevalence and associations with self-rated health. BJOJ 2005; 112:210-217.