

## Comparison of Quality of Life between Mothers with Cesarean or Vaginal Delivery

Nahid Radnia <sup>1</sup>, Marziyeh Otagara <sup>2</sup>, Shahla Shahnavaizian <sup>3</sup>, Fatemeh Jafarian <sup>3</sup>, Marziyeh Khalednoori <sup>4</sup>, Zahra Yoosefi <sup>3</sup>, Maryam Khodabandeloo <sup>3</sup>, Arezoo Shayan <sup>5,\*</sup>

<sup>1</sup> Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Department of Health Promotion and Health Education, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Department of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>4</sup> Department of Accounting, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>5</sup> Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

\* **Corresponding author:** Arezoo Shayan, Instructor, Department of Midwifery, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, Tel: 09302202116, E-mail: [arezoo.shayan2012@yahoo.com](mailto:arezoo.shayan2012@yahoo.com)

Received: 2017/03/8

Accepted: 2017/06/26

Online published: 2017/07/8

### Abstract

**Introduction:** One of the factors affecting the quality of life after pregnancy is mode of delivery. Many studies should be done about the relationship between mode of delivery and related physical and psychological problems and also satisfaction after delivery. So the present study was conducted to evaluate the quality of life of mothers with cesarean and vaginal delivery.

**Materials and Methods:** This descriptive study was conducted on 330 pregnant women who were admitted to an educational hospital for vaginal delivery or cesarean in 2015. Selection of subjects was done via simple random sampling. Data collection tools were demographic questionnaire and also short form of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using SPSS-21 software through descriptive statistics, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney tests.

**Results:** The mean value of quality of life scores of women were 57.81 and 57.40 for vaginal and Cesarean delivery groups respectively, there was no significant difference between these two groups ( $P = 0.353$ ). The mean value of quality of life of all women was 57.61. Social dimension has highest value among other dimensions in all women. There was no significant correlation between the scores of quality of life dimensions and total quality of life score with the mode of delivery. In the normal labor group, significant difference were observed about between the age group of 20-30 years with  $20 >$  years and  $< 30$  years ( $P < 0.01$ ). Also the mean value of social life quality in the cesarean group with first birthday was higher than mothers of second or more caesarean ( $P = 0.044$ ).

**Conclusions:** Although there was no significant relationship between quality of life and mode of delivery, but because of the higher complications and higher costs of delivery, the rates of caesarean can be reduced by giving more advice and raising awareness of pregnant mothers.

**Keywords:** Cesarean, Quality of Life, Vaginal Delivery

## بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی بین مادران با زایمان طبیعی و سزارین

ناهید رادنیا<sup>۱</sup>، مرضیه اتوگرا<sup>۲</sup>، شهلا شهناویان<sup>۳</sup>، فاطمه جعفریان<sup>۲</sup>، مرضیه خالدنوری<sup>۴</sup>، زهرا یوسفی<sup>۲</sup>، مریم خدابنده لو<sup>۳</sup>، آرزو شایان<sup>۵\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۲</sup> گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۳</sup> گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۴</sup> گروه کتابداری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۵</sup> گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

\* نویسنده مسئول: آرزو شایان، مربی، گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم

پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۹۳۰۲۲۰۲۱۱۶، ایمیل: [arezoo.shayan2012@yahoo.com](mailto:arezoo.shayan2012@yahoo.com)

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۴/۱۷

پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۵

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۱۸

### چکیده

**مقدمه:** یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در دوران بارداری، نوع زایمان می‌باشد. در مورد ارتباط نوع زایمان با مشکلات جسمی، روانی و میزان رضایتمندی بعد از زایمان مطالعات زیادی باید صورت گیرد، بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران در زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان آموزشی درمانی فاطمیه شهر همدان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر بصورت توصیفی و به شیوه تصادفی ساده، بروی ۳۳۰ نفر از زنان بارداری که در سال ۱۳۹۴ برای زایمان طبیعی یا سزارین مراجعه نموده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه خصوصیات دموگرافیک و کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی بود. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم افزار SPSS ویرایش ۲۱ و آمار توصیفی و آزمونهای ناپارامتریک کروسکال-والیس و من-ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین نمره کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی ۵۷/۸۱ و بعد از سزارین ۵۷/۴۰ بود که این دو گروه از نظر آماری تفاوت معنی داری نداشتند ( $P = ۰/۳۵۳$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی کل زنان مورد مطالعه ۵۷/۶۱ بود. بعد اجتماعی کیفیت زندگی در زنان با میانگین ۶۴/۶۷ به طور متوسط بیشتر از سایر ابعاد بود. به طور متوسط کیفیت زندگی زنان مورد مطالعه در هر چهار بعد بیشتر از متوسط بود ( $P < ۰/۰۵$ ). بین نمره ابعاد کیفیت زندگی و کیفیت زندگی کل و نوع زایمان ارتباط آماری معناداری دیده نشد. در گروه زایمان طبیعی تفاوت آماری معناداری بین نمره کیفیت زندگی محیطی در گروه سنی ۲۰-۳۰ با دو گروه سنی کمتر از ۲۰ و بیشتر از ۳۰ سال دیده شد ( $P = ۰/۰۴۴$ ). میانگین نمره کیفیت زندگی اجتماعی در گروه زایمان سزارین و رتبه اول (تولد اول) به طور معنی داری بیشتر از رتبه تولد بیشتر از دو بود ( $P = ۰/۰۴۷$ ).

**نتیجه‌گیری:** گرچه بین ابعاد کیفیت زندگی و نوع زایمان ارتباط آماری معناداری دیده نشد، ولی بدلیل عوارض بالاتر و هزینه‌های سنگین‌تر عمل سزارین، می‌توان با مشاوره و افزایش آگاهی مادران از آمار سزارین کاست.

**کلمات کلیدی:** سزارین، کیفیت زندگی، زایمان طبیعی

تمامی حقوق نشر برای معاونت پژوهش بیمارستان بقیه الله محفوظ است.

## مقدمه

کیفیت زندگی، مفهوم وسیعی دارد که همه ابعاد زندگی، از جمله سلامت را در برمی گیرد. این اصطلاح که در زمینه‌های گوناگون سیاسی، اجتماعی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و دارای ابعاد مختلف جسمی - روانی - اجتماعی و معنوی می‌باشد [۱، ۲]. تغییرات زیادی در دوران حاملگی و پس از زایمان، در ابعاد سلامت و در مجموع کیفیت زنان رخ می‌دهد [۳]. یکی از عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در دوران بارداری، نوع زایمان می‌باشد در مورد ارتباط نوع زایمان با مشکلات جسمی، روانی و میزان رضایتمندی بعد از زایمان مطالعات زیادی باید صورت گیرد. کیفیت زندگی نیروی قدرتمندی در راستای راهنمایی، حفظ و پیشبرد سلامت و تندرستی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف می‌باشد [۴]. کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله دوران حاملگی و پس از زایمان قابل ارزیابی است [۵]. مطالعه کیفیت زندگی در بررسی و ارزیابی سیستم ارائه خدمات بهداشتی نقش مهمی داشته که موجب ارتباط نزدیک‌تر بیمار با پزشک و نیز ارائه دهندگان خدمات بهداشتی می‌گردد که خود عاملی در جهت آگاهی بیمار از نوع بیماری و شرایط سلامتی‌اش، مزایا و معایب درمان‌های مختلف و پررنگ‌تر شدن نقش بیمار در انتخاب روش‌های درمانی می‌شود [۶] در هر منطقه‌ای از دنیا حدود ۱۵ درصد زایمان‌ها را به روش سزارین با اندیکاسیون صحیح می‌توان انجام داد [۷] و علی‌رغم این مسئله آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و به صورت روز افزونی در حال افزایش است، بطوری که میزان آن در طی بیست سال اخیر از ۵٪ به ۲۵٪ افزایش یافته است [۸]. تفاوت‌های بسیار زیادی در سطح ملی و بین‌المللی در میزان انجام سزارین وجود دارد. امروزه در کانادا میزان سزارین حدود ۲۵-۲۰ درصد [۹] در هند ۳۲/۶۲ درصد، در انگلستان حدود ۲۱ درصد از زایمان‌ها را سزارین شامل می‌شود [۱۰]. در این میان، ایران نیز آمار بالایی از سزارین را به خود اختصاص داده است. مطابق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۴، عمل سزارین در ایران ۳۵ درصد از کل زایمان‌ها را شامل شده است [۱۱]. در سال ۱۳۸۵ میزان سزارین در ایران به ۴۲/۳ درصد رسیده [۱۲]، در سال ۱۳۸۸ در ایران ۶۵-۵۰ درصد از زایمان‌ها به صورت سزارین بوده که ۹۰ درصد آن در شهرها و بیمارستان‌های خصوصی انجام می‌پذیرد [۱۳] به عبارتی دیگر تقریباً از هر دو مورد زایمان در ایران یک مورد به شیوه سزارین انجام می‌شود [۷] درحالی که در ایالات متحده آمریکا این نسبت ۱ مورد در هر ۵ مورد است [۱۴] هرچند سزارین انتخابی مزایایی از قبیل کاهش مرده زایی، کاهش فلج مغزی، کاهش شکستگی‌های استخوانی، برنامه ریزی زمان زایمان و کم

بودن طول زایمان دارد [۱۴] ولی سزارین نیز مانند هر عمل جراحی، دارای عوارضی نظیر عفونت محل عمل، عفونت لگن، عفونت ریوی، عفونت مجرای ادراری، امبولی ریه، ترومبوز وریدی، عوارض بیهوشی و ... بوده و میرایی و بیماری زایی مادر و نوزاد در این روش زایمان، بیشتر از زایمان طبیعی است [۱۵]. افزایش مرگ و میر در سزارین ۵-۴ برابر زایمان طبیعی است [۱۶] همچنین مطالعات نشان می‌دهد که هزینه‌های مالی دوره عمل و بستری شدن در بیمارستان، داروهای مصرفی، عوارض احتمالی داروها در اعمال سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی بطور قابل توجهی بیشتر است [۱۷]. از طرف دیگر مطالعات نشان داده است که سزارین بر کاهش باروری، کاهش وزن نوزاد، آسیب‌های زودرس نوزادی و ایجاد افسردگی پس از زایمان تأثیر می‌گذارد [۱۸]. دیماتو مر در یک متا آنالیز بر روی ۴۳ پژوهشی که پیامدهای روانی سزارین در دوره پس از زایمان را بررسی کرده بودند به این نتیجه رسیدند که مادرانی که سزارین شده‌اند نسبت به آنهایی که زایمان طبیعی انجام داده‌اند رضایت کمتری از تجربه زایمان دارند [۱۹]. کارتر و همکارانش در مطالعه‌ای با عنوان زایمان سزارین و افسردگی پس از زایمان، ارتباط معناداری را بین دو عامل ذکر شده یافتند [۲۰] و نتایج حاصل از پژوهش کلانژ و همکارانش نشان داد که در دوره بعد از زایمان، مشکلات جسمی چون خستگی، سردرد و مشکلات شیر دهی، آنمی، عفونت دستگاه ادراری، دردهای شکمی، در گروه زایمان سزارین، نیاز به درمان بالاتر از زایمان طبیعی است [۲۱]. نتایج مطالعات ترکان نیز نشان داد که بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در دوره پس از زایمان، در گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بوده است [۱]. عواملی مانند، افزایش سن ازدواج، افزایش سن تولد، اولین فرزند و افزایش میزان اشتغال زنان و دسترسی به خدمات بهداشتی و تکنولوژی پیشرفته‌تر، زنان را در سیکل معیوبی قرار داده و منجر به افزایش سزارین می‌شوند. برگزاری کلاسهای آمادگی زایمان، کلاس مشاوره جهت از بین بردن ترس و اضطراب در زمینه زایمان واژینال، آگاه کردن مادران از امکانات زایمان طبیعی و انجام زایمان بی درد یا کاهش درد در طی فرایند زایمان، حذف تعرفه زایمان سزارین و از بین بردن نگرشهای غلط افراد نسبت به زایمان طبیعی، از جمله عوامل مؤثر و مناسبی در جهت هدایت مادران به زایمان طبیعی می‌باشد. با توجه به افزایش زایمان سزارین بدون اندیکاسیون پزشکی و اثرات آن بر کیفیت زندگی زنان و خانواده و افزایش مورتالیتی و موربیدیتی و عوارض پس از آن و تلاش برای کاهش این اثرات، و لزوم مطالعه در زمینه بررسی کیفیت زندگی زنان به عنوان یک گروه آسیب پذیر در کشورمان، و با توجه به اینکه نتایج مطالعات

افزار SPSS ویرایش ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی اطلاعات مربوط به متغیرهای پژوهش به صورت تعداد، میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی ارائه شده‌اند. در بخش آمار استنباطی از آزمونهای ناپارامتریک کروسکال والیس و من-ویتنی استفاده شد. لازم بذکر است پژوهش حاضر با رعایت کلیه اصول اخلاقی و اخذ رضایت نامه آگاهانه از تمامی شرکت کنندگان در طرح، انجام شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۳۳۰ زن مورد بررسی قرار گرفتند که ۱۷۰ نفر (۵۱/۵٪) در گروه زایمان طبیعی و ۱۶۰ نفر (۴۸/۵٪) در گروه سزارین بودند. بیشتر زنان در دو گروه در محدوده سنی ۲۰-۳۰ (۷۰٪)، تحصیلات زیر دیپلم (۵۲/۹٪) و خانه‌دار (۸۷/۹٪) بودند (جدول ۱).

**جدول ۱:** توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک زنان زایمان کرده مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۴

متغیر	تعداد (درصد)
<b>سن</b>	
< ۲۰	۱۲ (۳/۶)
۲۰-۳۰	۲۳۱ (۷۰)
> ۳۰	۸۷ (۲۶/۴)
جمع	۳۳۰ (۱۰۰)
<b>تحصیلات</b>	
زیر دیپلم	۱۷۳ (۵۲/۹)
تحصیلات دانشگاهی	۱۵۴ (۴۷/۱)
جمع	۳۲۷ (۱۰۰)
<b>شغل</b>	
شاغل	۳۹ (۱۲/۱)
خانه دار	۲۸۳ (۸۷/۹)
جمع	۳۲۲ (۱۰۰)

**جدول ۲:** کیفیت زندگی کلی و ابعاد جسمی، اجتماعی، روانشناختی و محیطی آن در زنان مورد پژوهش را توصیف می‌کند. از بین ابعاد کیفیت زندگی، بعد اجتماعی دارای بیشترین نمره (۶۴/۶۷) و بعد محیطی کمترین نمره (۵۴/۸۶) را دارا بود. از نظر چهار بعد جسمانی، روانشناسی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی، نمرات افراد در محدوده ۲۵-۷۵ قرار

مختلف در زمینه ارتباط کیفیت زندگی و نوع زایمان متفاوت و متناقض است [۲۲، ۲۳]. برآن شدیم تا مطالعه‌ای باهدف تعیین کیفیت زندگی مادران (زنان باردار) در زایمان طبیعی و سزارین در شهر همدان انجام دهیم.

### روش کار

پژوهش حاضر بصورت توصیفی، به روش تصادفی ساده، بروی زنان بارداری که در سال ۱۳۹۴ برای زایمان طبیعی یا سزارین به بیمارستان فاطمیه شهر همدان مراجعه نموده‌اند، انجام شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

حجم نمونه

تعداد ۳۳۰ نفر که ۱۶۵ نفر از مادران بارداری که زایمان طبیعی انجام داده و ۱۶۵ نفر از مادران بارداری که سزارین نموده‌اند، تعیین شد؛ معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان زایمان کرده، بعد از ۳۷ هفته حاملگی (ترم) و معیارهای خروج شامل افرادی بود که شماره پرونده آنها خوانا نبود و باعث عدم دسترسی به آنان گردید. پس از اجازه از معاونت پژوهشی و اخذ کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان و ارائه توضیح و اهداف پژوهش، یادآوری در محرمانه نگه داشتن اطلاعات، اختیاری بودن شرکت افراد در مطالعه، و پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی از افراد، پرسشنامه کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی در حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و کلی، داده‌ها توسط افراد تکمیل گردید. در بعد جسمی، پرسش‌های مربوط به ابعاد جسمانی انسان شامل، قدرت، انرژی و توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و خودمراقبتی و همچنین علائم بیماری مانند درد، مورد تفسیر و سنجش قرار می‌گیرند. بعد اجتماعی، احساس بهتر بودن و کیفیت ارتباطات افراد با خانواده، دوستان، همکاران و اجتماع تبیین می‌شود. این در صورتی است که در بعد روان شناختی بیشتر نشانه‌های روانی شامل اضطراب، افسردگی، ترس و میزان محرومیت نسبی سنجیده می‌شود. در بعد محیطی، کیفیت محیط پیرامون زندگی بشر برای زیست مورد واکاوی قرار می‌گیرد و نمره هر کلی براساس امتیاز دهی >۲۵ (کیفیت زندگی پایین)، ۲۵-۷۵ (کیفیت زندگی متوسط)، <۷۵ (کیفیت زندگی بالا) طبقه بندی شده است [۲۳].

روایی پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی تأیید شده [۲۴، ۲۵] و در مطالعه عابدی پایایی آن از طریق ثبات درونی مورد بررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس چهارگانه و کل مقیاس ۰/۷۳ و ۰/۸۹ گزارش شد [۲۶]. همچنین پایایی آن با استفاده از سه روش بازآزمایی با فاصله سه هفته، دومینه کردن، و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۶۷، ۰/۸۷، ۰/۸۸ محاسبه گردید. در این پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسشنامه با استفاده از نرم

ویتنی، این تفاوت در بعد جسمی ( $P = ۰/۹۳۵$ )، روانشناختی ( $P = ۰/۳۳۴$ )، اجتماعی ( $P = ۰/۸۲۴$ )، محیطی ( $P = ۰/۳۱۲$ ) و نیز در کیفیت زندگی کل ( $P = ۰/۲۵۳$ )، بین دو گروه از نظر آماری معنا دار نبود (جدول ۴).

داشت، و از کیفیت زندگی رو به متوسط برخوردار بودند (جدول ۳).  
با توجه به جدول ۴ میانگین نمره کیفیت زندگی در زایمان سزارین در ابعاد جسمی، روانشناختی، محیطی کمتر، و در بعد اجتماعی بیشتر از زایمان طبیعی بود. با استفاده از آزمون من

جدول ۲: آمار توصیفی نمره ابعاد کیفیت زندگی زنان زایمان کرده مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۴

بعد	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪
کل (۰-۱۰۰)	۲۱/۸۸	۸۰/۲۱	۵۷/۶۱	(۵۶/۶۹، ۵۸/۵۲)
جسمی (۰-۱۰۰)	۱۷/۸۶	۸۵/۷۱	۵۵/۳۶	(۵۴/۰۲، ۵۶/۶۹)
روانشناختی (۰-۱۰۰)	۸/۳۳	۸۷/۵۰	۶۰/۳۹	(۵۹/۲۴، ۶۱/۵۴)
اجتماعی (۰-۱۰۰)	۸/۳۳	۱۰۰	۶۴/۶۷	(۶۳/۲۴، ۶۶/۱۰)
محیطی (۰-۱۰۰)	۹/۳۸	۷۸/۱۲	۵۴/۸۶	(۵۳/۸۰، ۵۵/۹۲)

جدول ۳: توزیع فراوانی زنان چارک‌های نمره ابعاد کیفیت زندگی زنان زایمان کرده مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۴

نمره کیفیت (۰-۱۰۰)	<۲۵ (کیفیت زندگی پایین)	۲۵-۷۵ (کیفیت زندگی متوسط)	>۷۵ (کیفیت زندگی بالا)	جمع
جسمانی	۷ (۲/۱)	۳۰۶ (۹۲/۷)	۱۷ (۵/۲)	۳۳۰ (۱۰۰)
روانشناسی	۳ (۰/۹)	۳۱۱ (۹۴/۲)	۱۶ (۴/۸)	۳۳۰ (۱۰۰)
اجتماعی	۸ (۲/۴)	۳۲۰ (۹۷)	۲ (۰/۶)	۳۳۰ (۱۰۰)
محیطی	۳ (۰/۹)	۳۲۴ (۹۸/۲)	۳ (۰/۹)	۳۳۰ (۱۰۰)
کل	۲ (۰/۶)	۳۲۰ (۹۷)	۸ (۲/۴)	۳۳۰ (۱۰۰)

اطلاعات در جدول به صورت تعداد (درصد) بیان شده اند.

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی زنان زایمان کرده مراجعه کننده به بیمارستان آموزشی درمانی فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۴

ابعاد کیفیت زندگی	زایمان طبیعی (n = ۱۷۰)	زایمان سزارین (n = ۱۶۰)	آماره من-ویتنی	مقدار احتمال
جسمی (۰-۱۰۰)	(۱۲/۵۴)۵۵/۳۱	(۱۱/۷۱)۵۵/۴۰	-۰/۰۸	۰/۹۳۵
روانشناختی (۰-۱۰۰)	(۱۱/۳۲)۶۰/۷۶	(۹/۴۸)۶۰/۰۰	-۰/۹۷	۰/۳۳۴
اجتماعی (۰-۱۰۰)	(۱۴/۱۴)۶۴/۳۱	(۱۱/۷۳)۶۵/۰۵	-۰/۲۲	۰/۸۲۴
محیطی (۰-۱۰۰)	(۹/۷۵)۵۵/۳۵	(۹/۴۷)۵۴/۳۴	-۱/۰۱	۰/۳۱۲
کل (۰-۱۰۰)	(۸/۷۳)۵۷/۸۱	(۷/۷۹)۵۷/۴۰	-۰/۹۳	۰/۳۵۳

آماره من ویتنی

اطلاعات در جدول به صورت میانگین (انحراف استاندارد) آمده است.

( $P = ۰/۰۴۴$ ) به طوری که بیشترین کیفیت زندگی محیطی در زنان با زایمان طبیعی در سن ۲۰-۳۰ سال دیده شد. در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین زنان دارای رتبه تولد اول دارای بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی اجتماعی بودند که این تفاوت با استفاده از آزمون آماری من ویتنی، در گروه زایمان سزارین معنادار بود ( $P = ۰/۰۴۷$ )، بطوریکه بیشترین کیفیت زندگی اجتماعی و ارتباط با محیط پیرامون در گروه زایمان

در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین بین میانگین نمرات کیفیت زندگی کل و ابعاد اجتماعی، روانشناختی و جسمی گروه‌های سنی تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد ( $P > ۰/۰۵۰$ ).  
بیشترین نمره کیفیت زندگی محیطی در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین به ترتیب مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ بود که با استفاده از آزمون آماری ناپارامتری کروسکال والیس، در گروه زایمان طبیعی این تفاوت از نظر آماری معنادار بود

همکارانش در تحقیقی با عنوان بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران در دو روش زایمان طبیعی و سزارین، از پرسشنامه‌ای اختصاصی که در ۸ بعد شامل ۳۰ سؤال در مقیاس لیکرت طراحی شده بود استفاده کردند. مطالعه نشان داد کیفیت زندگی مادران گروه زایمان طبیعی در بعضی از ابعاد بهتر و در بعضی ابعاد مشابه گروه سزارین بود که با نتایج حاضر تفاوت دارد. دولتیان [۲۳] و همکارانش، در بررسی رابطه نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان، به این نتیجه رسیدند که افسردگی پس از زایمان به دنبال سزارین دوبرابر زایمان طبیعی بوده و بین نحوه زایمان و افسردگی پس از زایمان رابطه معنی داری وجود داشت. ابزار پژوهش در این تحقیق پرسشنامه‌های ادینبرگ، مشخصات دموگرافیک، عوامل مادری-نوزادی قبل از زایمان، عوامل مادری-نوزادی پس از زایمان، رضایت از ازدواج اینریچ و حمایت اجتماعی وین فیلد و تایگمن بود، که متفاوت بودن ابزار و جامعه پژوهش می‌تواند از دلایل تفاوت نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر باشد. اسدزاده منیر [۲۲] و همکارانش در تحقیقی با عنوان مقایسه کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی و این نتیجه دست یافتند که نمرات حیطه‌های جسمی و روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بود. روش کار، استفاده از ابزار کیفیت زندگی خلاصه شده سازمان بهداشت جهانی در حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی بود. کرمی و همکارانش [۲۴] در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه کیفیت زندگی و سلامت عمومی بعد از زایمان سزارین و طبیعی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر خرم آباد در سال ۹۰-۸۸ دریافتند که میانگین نمرات حیطه جسمی، تفاوت معناداری در دو گروه از نظر کیفیت زندگی نشان داده و در حیطه محیطی و اجتماعی و کیفیت زندگی کل، تفاوت معنادار آماری دیده نشد مطالعه فوق توصیفی و از نوع مقایسه‌ای همگروهی بود. سادات و همکارانش [۲۵] در بررسی رابطه نوع زایمان با تغییر نمرات ابعاد کیفیت زندگی، دو تا چهار ماه پس از زایمان، که از تکمیل پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی، دو و چهار ماه پس از زایمان توسط مادران استفاده شده بود به این نتیجه دست یافتند که تعداد افراد مستعد و یا مبتلا به افسردگی در گروه سزارین بطور معناداری بیش از گروه زایمان طبیعی بوده و نمره گروه سزارین در ابعاد احساس مادر نسبت به خودش و همس، بالاتر از گروه زایمان طبیعی و در سایر ابعاد نمرات گروه زایمان طبیعی بیشتر از سزارین بود و این اختلاف در ابعاد سلامت جسمی و ارتباط زایمان با وضعیت اقتصادی و رضایت مادر از زایمان معنی دار بود

در پژوهش حاضر با استفاده از آماره آزمون کروسکال والیس و من ویتنی بین، بیشترین نمره کیفیت زندگی محیطی در گروه

سزارین و با بارداری اول دیده شد. با استفاده از آزمون آماری من ویتنی، در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین کیفیت زندگی و ابعاد آن با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و جنسیت نوزاد ارتباط معناداری نداشتند ( $P > 0/05$ ).

## بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران در زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان آموزشی درمانی فاطمیه شهر همدان انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، بین نوع زایمان (طبیعی و سزارین) و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود ندارد. یافته‌های تحقیق همسو با یافته پژوهش حاضر ترکان و همکاران و نیک پورو همکارانش [۲۷]، می‌باشد که نشان دادند که رابطه معناداری بین دو گروه سزارین و زایمان طبیعی و کیفیت زندگی وجود ندارد. نتایج حاصل از پژوهش Jansen و همکاران [۲۸] نشان داد در اوایل بعد از زایمان مشکلات جسمی چون خستگی، سردرد، مشکلات شیر دهی، آنمی، عفونت دستگاه ادراری، دردهای شکمی و نیاز به درمان در گروه زایمان سزارین بالاتر از زایمان طبیعی است. در مطالعه ای نشان داده شد که بطور متوسط رضایت از زایمان طبیعی، تجربه زایمان و تولد نوزاد در زنان بعد از جراحی سزارین کمتر از زنان با زایمان طبیعی می‌باشد [۲۹]، یافته‌های مطالعات فوق می‌تواند مؤید این مطلب باشد که افزایش عوارض پس از عمل سزارین می‌تواند کیفیت زندگی افراد را کاهش دهد. در پژوهش حاضر اگرچه ارتباط معناداری بین کیفیت زندگی و نوع زایمان دیده نشد ولی علت آن می‌تواند عدم دقت و صراحت در پاسخگویی افراد باشد. در پژوهش حاضر، حیطه اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی دار آماری نشان نداد که در مطالعه ترکان و همکاران (۱) هم تفاوت معنی داری دیده نشد. در مطالعه نیک پور [۲۷] و همکارانش، هم تفاوت معنی دار وجود نداشت، به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روابط جنسی علت این تفاوت باشد. در حیطه محیطی هم تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه وجود نداشت.

شفائی و شیبائی [۲۲] در بررسی سبک زندگی و ارتباط آن با نتایج حاملگی در زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستانهای آموزشی شهر تبریز، به این نتیجه رسید که ارتباط معناداری بین ورزش، سن حاملگی و تغذیه با وزن نوزاد وجود دارد که با نتایج حاضر مغایرت دارد. در مطالعه ایشان، گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش مشخصات فردی - اجتماعی، سبک زندگی و نتایج بارداری انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری و آزمون‌های آماری آنوا، همبستگی پیرسون و تی تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، تفاوت در ابزار نمونه گیری، تعداد حجم نمونه‌ها، متفاوت بودن جامعه و فرهنگ افراد، می‌تواند از دلایل این مغایرت باشد. ترکان (۱) و



پژوهش حاضر بود که پیشنهاد می‌شود نمونه گیری در مراکز گسترده‌تر و با حجم بیشتر، و همچنین با پیگیری‌های طولانی‌تر انجام شود. استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که ابزار معتبری می‌باشد از نقاط قوت این مطالعه است ولی چون کیفیت زندگی مفهوم ذهنی است عدم صراحت و دقت در پاسخگویی افراد، از نقاط ضعف تحقیق حاضر بود.

### نتیجه گیری

با توجه به عدم وجود ارتباط معنادار نوع زایمان و ابعاد کیفیت زندگی افراد، و با توجه به عوارض بیشتر زایمان سزارین نسبت و زایمان طبیعی و هزینه‌های سنگین ناشی از آن، می‌توان با مشاوره‌های دقیق قبل از زایمان و آموزش‌های لازم در دوران بارداری، مادر را در انتخاب روش صحیح زایمان یاری نمود و از عوارض سزارین و صرف هزینه‌های سنگین آن جلوگیری کرد. در راستای نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر، می‌توان با افزایش آگاهی و اطلاعات جامعه نسبت به عوارض و تأثیر زایمان طبیعی و سزارین بر کیفیت و ابعاد زندگی افراد، در جهت کاهش میزان سزارین گام برداشت.

### سپاس‌گزاری

این طرح توسط واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه همدان مورخه ۹۴/۷/۱۴ با شماره طرح ۹۴۰۷۱۴۳۷۶۸ تصویب گردید. بدین وسیله از ریاست محترم واحد توسعه تحقیقات بالینی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و پرسنل و معاونت پژوهشی بیمارستان فاطمیه که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، کمال تشکر و سپاس‌گزاری را داریم.

### References

- Shah D, Parikh H, Verma M, Tyagi R. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and cesarean section with and without physiotherapy care. *J Clin Experim Res.* 2014;1(2):89-94. DOI: 10.5455/jcer.201414
- Shayan A, Masoumi SZ, Shobeiri F, Tohidi S, Khalili A. Comparing the Effects of Agnugol and Metformin on Oligomenorrhea in Patients with Polycystic Ovary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Diagn Res.* 2016;10(12):QC13-QC6. DOI: 10.7860/JCDR/2016/22584.9040 PMID: 28208942
- Kamravamesh M, Bakhteh A, Rezaei M. Postpartum quality of life in women after deferent modes of delivery in kermanshah motazedi hospital 2011-2012. *J Clin Res Paramed Sci.* 2014;3(3):135-43.
- Benson T. Principles of Health Interoperability: Springer; 2016.
- Weis F, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Lamm P, Schmidt M, et al. Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress symptoms and improve health-related quality of life in high-risk patients after cardiac surgery: a randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;131(2):277-82. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2005.07.063 PMID: 16434254
- Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008;87(6):662-8. DOI: 10.1080/00016340802108763 PMID: 18568466
- Tavassoli M. Effect of reduced training in elective cesarean section in pregnant women. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001.
- Shariat M. [Rate of cesarean and factors related to that in Maternity of Tehran]. *Payesh J.* 2002;3:1.
- Liu S, Heaman M, Kramer MS, Demissie K, Wen SW, Marcoux S, et al. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: a population-based cohort study. *Am J*

زایمان طبیعی به ترتیب مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ و ۲۰ < بود و تفاوت آماری معناداری دیده شد ( $P < 0/05$ ). با افزایش سن نمره کیفیت زندگی محیطی در زایمان طبیعی افزایش یافته بود. شاید توجه این مسئله این باشد که با افزایش سن توانایی و درک افراد جهت سازگاری و رویارویی با مشکلات بعد زایمان بیشتر است و از این رو کیفیت زندگی افراد بالاتر است. در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین زنان دارای رتبه تولد اول دارای بیشترین میانگین نمره کیفیت زندگی اجتماعی بودند که این تفاوت در گروه زایمان سزارین معنادار بود ( $P < 0/05$ ). شاید یکی از دلایل این تفاوت، تغییر در فرهنگ جامعه و تمایل به داشتن فرزند کمتر باشد که در روابط فرد با دیگران تأثیر می‌گذارد. بیشترین نمره کیفیت زندگی روانشناختی در گروه سزارین به ترتیب مربوط به گروه سنی ۲۰-۳۰ و  $30 >$  بود و تفاوت آماری معناداری دیده شد ( $P < 0/05$ ). از آنجا که بعد روانشناختی میزان سلامت روانی و افسردگی و حالات روانی فرد را می‌سنجد با بالا رفتن سن آمادگی افراد برای زایمان و مادر شدن افزایش می‌یابد و می‌تواند روی کیفیت زندگی روانی افراد مؤثر باشد. نمره کیفیت زندگی جسمی با جنسیت نوزاد در زایمان سزارین ارتباط معناداری داشت و در جنس دختر این نمره افزایش یافته بود. زاهدی و دریس [۲۶] در بررسی کیفیت زندگی در زنان باردار در شهر فرخ‌شهر در سال ۱۳۹۱ به این نتیجه رسیدند که بین سن با عملکرد جسمانی، محدودیت جسمانی، درد و نمره کل کیفیت زندگی ارتباط معکوس و معناداری مشاهده می‌شود در این مطالعه علاوه بر تکمیل مشخصات فردی شرکت کنندگان از نسخه ترجمه شده پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، استفاده گردید. محدود شدن نمونه گیری در بیمارستان فاطمیه و عدم انجام نمونه گیری در سایر بیمارستان‌های سطح شهر همدان، و زیاد نبودن حجم نمونه‌ها از محدودیت‌های

- Obstet Gynecol. 2002;187(3):681-7. DOI: [10.1067/mob.2002.125765](https://doi.org/10.1067/mob.2002.125765) PMID: [12237648](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12237648/)
10. Arjmandi B, Farzinmoqadam S. Study of knowledge pregnant women toward vaginal delivery and cesarean in Tehran. Iran Univ Med Sci J. 2007;14(55):1.
  11. Ehiri J. Maternal and Child Health: Springer; 2014.
  12. Tabande A, Kashani E. The prevalence of CS in women educated in University of Medical Sciences of Gorgan. Sci J Gorgan Univ Med Sci. 2006;2(9):67-70.
  13. Ganji F, Raeisi R, Khosravi S, Soltani P, Kasiry K, Jafarzadeh L, et al. Effect of a participatory intervention to reduce the number of unnecessary cesarean sections performed in Shahrekord, Iran. Shahrekord Univ Med Sci J. 2006;8(1):14-8.
  14. Alimohamadian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh F. The survey of impact of pregnant women's request in selected cesarean. J Iranian Instit Health Sci Res. 2003;2:133-9.
  15. Gass CW. It is the right of every anaesthetist to refuse to participate in a maternal-request caesarean section. Int J Obstet Anesth. 2006;15(1):33-5. DOI: [10.1016/j.ijoa.2005.09.005](https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2005.09.005) PMID: [16325392](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16325392/)
  16. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004;351(25):2581-9. DOI: [10.1056/NEJMoa040405](https://doi.org/10.1056/NEJMoa040405) PMID: [15598960](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15598960/)
  17. Hadizadeh F, Bahri N, Tavakolizadeh J. Postpartum depression after vaginal delivery and emergency cesarean section (CS) in primigravida women. J Kermanshah Univ Med Sci. 2005;8(4).
  18. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section - a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta Obstet Gynecol Scand. 2009;88(7):807-13. DOI: [10.1080/00016340902998436](https://doi.org/10.1080/00016340902998436) PMID: [19488882](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19488882/)
  19. DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, Damush TM, Carney MF, Pearson M, et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. American Psychological Association; 1996.
  20. Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. Psychosom Med. 2006;68(2):321-30. DOI: [10.1097/01.psy.0000204787.83768.0c](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204787.83768.0c) PMID: [16554400](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16554400/)
  21. Danforth DN, Gibbs RS. Danforth's obstetrics and gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
  22. Sehati Shafae F, Sheibani F. Lifestyle and its relation with pregnancy outcomes in pregnant women referred to Tabriz Teaching hospitals. J Women Nurs Midwifery. 2015;17(131):13-9.
  23. Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H, Yazdgerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. Journal of Reproduction & Infertility. 2006;7(3).
  24. Karami K, Bakhtiar K, Hasanvand B, Safary S, Hasanvand S. A comparison of life quality and public health after natural and cesarean delivery in women referred to khorramabad health centers in 2009-2011. Yafteh. 2012;14(4):59-69.
  25. Sadat Z, Abedzadeh M, Saberi F, Taebi M, Foroozanfard F. Type of delivery and quality of life: A follow-up study. Payesh J. 2013;12(3):275-82.
  26. Zahedi M, Deris F. The quality of life in pregnant women in Farokhshahr city, 2012. J Clin Nurs Midwifery. 2014;3(3):63-9.
  27. Nikpour M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzadeh S, Khani S. Comparison of Quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. J Babol Univ Med Sci. 2011;13(1):44-50.
  28. 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):579-84. DOI: [10.1080/00016340701275424](https://doi.org/10.1080/00016340701275424) PMID: [17464587](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17464587/)
  29. Pallasmaa N. Cesarean section-short term maternal complications related to the mode of delivery. Turkey: Annales Universitatis Turkuensis; 2014.