

بررسی وضعیت کیفیت زندگی پس از زایمان به روش های مختلف در مراجعین به

مرکز آموزشی درمانی معتضدی شهر کرمانشاه در سال ۹۱-۱۳۹۰

چکیده

زمینه: یکی از عوامل موثر بر سلامتی و کیفیت زندگی زنان در دوران پس از زایمان، نوع زایمان می باشد. از آنجا که نتایج ضد و نقیضی در زمینه ارتباط بین کیفیت زندگی و نوع زایمان گزارش شده است، لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین وضعیت کیفیت زندگی پس از زایمان به روش های مختلف در مراجعین به مرکز آموزشی درمانی معتضدی شهر کرمانشاه در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام شد.

روش ها: این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۶۸ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتضدی که براساس روش زایمانی به ۴ گروه (زایمان واژینال خود به خودی، زایمان واژینال همراه با مداخله، سزارین برنامه ریزی شده، سزارین اورژانسی) تقسیم شدند، انجام شد. ابزار مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS استفاده شد.

یافته ها: بررسی نمره کلی کیفیت زندگی در ۴ گروه مادران با زایمان فیزیولوژیک، غیر فیزیولوژیک، سزارین اورژانسی و برنامه ریزی شده نشان داد اکثریت نمونه های مورد بررسی دارای نمره کیفیت زندگی بالاتر از ۵۰ بوده که در بررسی مقایسه ای ۴ گروه، نمره کلی اختلاف آماری معناداری نداشت. نمره مربوط به ابعاد عملکرد جسمانی ($P=0/00$)، ایفای نقش عاطفی ($P=0/021$) و نشاط و سرزندگی ($P=0/032$) در زنان با زایمان طبیعی بیشتر از زنان با سزارین بود. برخی از متغیرهای دموگرافیک از جمله شغل افراد ($P=0/003$)، محل زندگی نمونه ها ($P=0/022$)، خونریزی پس از زایمان ($P=0/015$) و پذیرش حاملگی ($P=0/001$) با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشتند.

نتیجه گیری: اگر چه تفاوت آماری معنی داری در ارتباط با نمره کلی کیفیت زندگی زنان و روشهای مختلف زایمان مشاهده نگردید، اما با توجه به بهتر بودن وضعیت زنان با زایمان طبیعی پیشنهاد می گردد دوره های آموزشی آمادگی برای زایمان طبیعی جهت آشنایی مادران باردار و کاهش سزارین برگزار گردد.

کلیدواژه ها: کیفیت زندگی، زایمان طبیعی، سزارین، دوره پس از زایمان.

مستانه کامروامنش^۱، اعظم باخته^{۲*}

منصور رضائی^۲

۱. گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

***عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه - دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه مامائی.

Email: bakhteh_a@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 علایق فرد تعریف کرده است، که دارای حیطه های مختلف جسمی، روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیطی و عقاید شخصی می باشد^{۱،۲}. کیفیت زندگی یک درک منحصر به فرد است، که شخص از وضعیت سلامتی و یا سایر جنبه های زندگی دارد که بایستی به وسیله ابزارهای استاندارد مثل پرسشنامه ها میزان آن را مورد سنجش قرارداد^۳. کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله دوران

حاملگی و بعد از زایمان 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^۱. زنان در دوران پس از زایمان (نفاس) با اختلالات جسمی و روانی متعددی مواجه می شوند. تقریباً ۴۰٪ از زنان باردار (هرسال پنجاه میلیون نفر) مشکلات سلامتی را در طول بارداری یا در دوره نفاس تجربه می کنند و ۱۵٪ از عوارض طولانی مدت یا جدی که گاه تا آخر عمر آنها را همراهی می کند، رنج می برند. تغییرات چشمگیری که در سلامت جسمی و روانی زنان در دوره نفاس رخ می دهد، با کاهش کیفیت زندگی آنان در این دوره بحرانی

همراه است.^۴ عوارض و موربیدیتی بدنبال زایمان طبیعی و سزارین در طی سالهای اخیر شناسایی شده اند و تاکید بر روی موربیدیتی واضح نظیر کم خونی، عفونت ها، خونریزی و همچنین عملکرد جنسی، کمردرد، پرینه دردناک، یبوست و افسردگی پس از زایمان بخوبی ثابت شده است، با این حال بحث بر روی بهترین شیوه زایمان (زایمان طبیعی در مقابل سزارین) به منظور به حداقل رساندن عوارض بعد از زایمان هنوز یک موضوع بحث برانگیز از دیدگاه متخصصین زنان می باشد.^۵ بسیاری از مادران بنا به دلایل متعددی از جمله ترس از درد زایمان تمایل به انجام زایمان واژینال ندارند^۶ و از طرف دیگر حتی می توان نگرش مثبت نسبت به انجام عمل سزارین در مقایسه با زایمان واژینال را علاوه بر مادران در بین برخی از پزشکان دید و شاید دلیل آن را راحتی و احساس سلامت بیشتر و به عبارتی بهتر شدن کیفیت زندگی بدانند^۷، در این زمینه، تناقض در نتایج تحقیقات انجام شده مشاهده می شود بطوریکه برخی از مطالعات کیفیت زندگی بهتر را در بعضی از ابعاد در زایمان طبیعی نسبت به سزارین نشان داده اند^{۸،۹}. مطالعات دیگر تفاوتی از نظر عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در دو روش زایمان طبیعی و سزارین نشان نداده و برخی تحقیقات نیز کیفیت زندگی بهتر را در سزارین بیان کرده اند^۹.

در واقع انجام زایمان یک تجربه حساس و حیاتی در زندگی زنان می باشد و بخصوص اینکه از لحاظ داشتن اثرات روحی، روانی، احساسی و فیزیکی دارای اهمیت زیادی می باشد و داشتن تجربه مثبت از زایمان می تواند بر روی سلامت مادر، نوزاد و ارتباط مادر و نوزاد و کلا کیفیت زندگی زنان تاثیر مهمی داشته باشد^{۱۰} و با در نظر گرفتن اینکه پیامدهای مادری و نوزادی به عنوان یکی از شاخص های کیفیت سلامت و زندگی جامعه انسانی استفاده می شود لذا اهمیت روش مناسب زایمانی که با حداقل عوارض همراه باشد بیش از پیش آشکار می گردد^{۱۱}، از آنجا که در طی چند سال اخیر دفتر سلامت مادران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اقدام به تربیت نیروهای متخصص از جمله پرسنل مامایی در زمینه انجام زایمان فیزیولوژیک، زایمان های بدون درد با هدف ترویج زایمان فیزیولوژیک (زایمان بدون مداخله)، کاهش میزان سزارین و

کاهش عوارض به دنبال زایمان های طبیعی با انجام مداخلات و سزارین نموده است با عنایت به این مهم که میزان سزارین انتخابی در کشور ما به دلایلی بالاست و نیز اینکه بهبود کیفیت زندگی مادران در دوران پس از زایمان ضامن سلامت و بهبود کیفیت زندگی کودک، افراد خانواده و جامعه است از این رو سنجش کیفیت زندگی از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و شناخت عوامل موثر بر کیفیت زندگی مادران از جمله نوع زایمان مورد نیاز است لذا این مطالعه با هدف تعیین کیفیت زندگی پس از زایمان به روش های مختلف در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان معتضدی شهر کرمانشاه که یکی از مراکز اصلی انجام زایمان فیزیولوژیک، زایمان در آب، زایمان های بدون درد و مرکز تشکیل کلاس های آمادگی زایمان فیزیولوژیک می باشد در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام شده است.

مواد و روش ها:

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی می باشد که بر روی ۲۶۸ نفر از زنان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی معتضدی شهر کرمانشاه صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل نخست زا بودن، بومی و ساکن شهرستان کرمانشاه، سن بین ۴۰-۱۶ سال، نداشتن سابقه بیماری طبی - جراحی و مامایی، بارداری تک قلو، نوزاد زنده سالم، ترم و بدون اندیکاسیونهای پزشکی بستری و نیز نداشتن تجربه رویداد استرس زای شدید در طی ۹ ماه گذشته و عدم مصرف سیگار و مواد مخدر. زنان واجد شرایط با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و بر اساس روش زایمان به ۴ گروه تقسیم شدند، در گروه A (افراد با زایمان واژینال خود به خودی بدون مداخله، در گروه B (زایمان واژینال همراه با مداخله مانند زایمان واژینال ابزاری، واکيوم، فورسپس، اینداکشن، آماده سازی سرویکس و اپی زیاتومی) در گروه C (زایمان سزارین برنامه ریزی شده) و در گروه D (زایمان سزارین اورژانسی) قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده جهت جمع آوری داده ها فرم اطلاعاتی و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) بود. فرم اطلاعاتی دارای دو بخش مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به روشهای زایمانی و مامایی بود که بر اساس آن افراد در ۴ گروه تقسیم بندی شدند. پرسشنامه فرم کوتاه SF-36 سازمان

تقسیم بندی شده و در طی ۸-۶ هفته پس از زایمان پیگیری و در مراکز بهداشتی درمانی که واحدهای پژوهش جهت دریافت مراقبت های پس از زایمان مراجعه می کردند کیفیت زندگی آنها با استفاده از ابزار کیفیت زندگی SF-36 مورد ارزیابی قرار گرفت. مادران جهت تکمیل پرسشنامه در مورد نحوه پاسخ گویی به سوالات راهنمایی شدند. پس از استخراج اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS از روش های آماری توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد، از آمار توصیفی جهت خلاصه و دسته بندی کردن داده ها مثل جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. از آمار استنباطی مانند آنالیز واریانس و کروسکال والیس برای مقایسه نمره کیفیت زندگی و روشهای مختلف زایمانی استفاده شد. سطح معناداری مطالعه ($P=0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته ها:

پس از انتخاب ۲۶۸ زن که شرایط ورود به مطالعه را داشتند یافته های پژوهش نشان داد میانگین سنی واحدهای پژوهش در مجموع $4/6 \pm 24/06$ سال بوده که در گروه زنان با زایمان طبیعی کمتر از زنان گروه سزارین است (زایمان طبیعی $3/4 \pm 23/17$ و سزارین $4/6 \pm 24/94$). اکثریت نمونه های مورد بررسی دارای تحصیلات دبیرستانی ($33/2\%$) و خانه دار ($92/2\%$) بوده و همسرانی با شغل آزاد ($64/2\%$) و تحصیلات دبیرستانی ($43/2\%$) داشتند. وضعیت اقتصادی با استفاده از فاکتور عامل و بررسی متغیرهای محل زندگی، اندازه مسکن، بعد خانوار و درآمد خانواده بررسی گردید و مشخص شد اکثریت واحدهای پژوهش دارای وضعیت اقتصادی متوسط بودند ($74/8\%$). از نظر پذیرش حاملگی و برنامه ریزی قبلی مشخص گردید اکثریت نمونه ها ($86/2\%$) دارای بارداری خواسته و ($60/4\%$) با برنامه ریزی قبلی جهت حاملگی بودند بطور کلی در گروههای مورد بررسی متغیرهای مربوط به مشخصات دموگرافیک افراد مشابه بودند.

در بررسی نمره کلی کیفیت زندگی معلوم گردید که اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای نمره کیفیت زندگی بالاتر

جهانی بهداشت جهت بررسی کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفت، که دارای ۳۶ سوال در ۸ بعد شامل عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمانی، سلامت عمومی (ابعاد مولفه های سلامت روانی) است. در این پرسشنامه سوالات ابعاد و نیز تعداد گزینه های آنان با یکدیگر متفاوت است، اما برای همه سوالات نمره صفر تا ۱۰۰ در نظر گرفته شده است، برای مثال سوالات مربوط به عملکرد جسمانی سه گزینه ای است که برای گزینه های ۱ تا ۳ به ترتیب نمرات ۵۰ و ۱۰۰ در نظر گرفته شده است و سپس در هر بعد میانگین از امتیازات سوالات به دست آمده که به تبع تبدیل به مقیاسی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) می شود، لازم به ذکر است روایی پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت تأیید شده^۶ و روایی نسخه فارسی آن با استفاده از روایی مقارن توسط پژوهشگران علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی مورد تأیید قرار گرفته است، جهت تعیین پایایی آن از روش همسانی درونی استفاده شده که ضریب آلفای کرونباخ بین $0/90-0/77$ بدست آمده است.^{۱۲} در این مطالعه از روش اعتبار محتوا و شاخص محتوا جهت بررسی روایی فرم های اطلاعاتی استفاده شد بدین ترتیب پس از تهیه و تنظیم سئوالات براساس اهداف پژوهش پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه مورد بررسی و ارزشیابی قرار گرفته و با توجه به شاخص اعتبار محتوای ۸۵٪ اصلاحات لازم در مورد هر پرسش به عمل آمد. جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شده که نتیجه آن ضریب آلفای $0/89$ بود. پایایی فرم اطلاعاتی با استفاده از آزمون مجدد بررسی شد که پس از آزمون ۱۵ نفر از مادران در ۲ نوبت و فاصله ۱۰ روز و مقایسه پاسخ در دو مرحله ضریب همبستگی $0/91$ بدست آمد. پس از اخذ رضایت آگاهانه از نمونه ها اطلاعات لازم در محدوده زمانی طرح در طی دو مرحله جمع آوری گردید. در مرحله نخست در فاصله یک روز پس از زایمان برای تمام مادران زایمان کرده با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده ها و مصاحبه فرم اطلاعاتی توسط پژوهشگر تکمیل و سپس نمونه ها بر اساس چهار گروه

در ارتباط سنجی کیفیت زندگی با ویژگیهای دموگرافیک با استفاده از آزمون آماری کای دو مشخص گردید بین نمره کلی کیفیت زندگی با شغل افراد ($P=0/03$)، محل زندگی نمونه ها ($P=0/022$) و پذیرش بارداری ($P=0/001$) رابطه آماری معناداری وجود داشت (جدول شماره ۳). همچنین در گروه زایمان طبیعی (فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک) میزان خونریزی پس از زایمان ($P=0/015$) با کیفیت زندگی ارتباط آماری معناداری داشت بطوری که در ۲ گروه زنان با خونریزی بیشتر کیفیت زندگی پایین تری داشتند.

از ۵۰ بودند (۶۷/۱٪) و در بین ۴ گروه میانگین نمره کلی کیفیت زندگی اختلاف آماری معناداری نداشت (جدول ۱).

میانگین کسب شده در هر یک از ابعاد کیفیت زندگی در واحدهای پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است در مجموع کلی نمونه های مورد بررسی، میانگین نمره کیفیت زندگی در ابعاد سلامت عمومی، ایفای نقش جسمانی، عملکرد جسمانی، نشاط و سرزندگی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی در گروه های مربوط به زایمان طبیعی نسبت به سزارین بیشتر بود ولی تنها این اختلاف از نظر آماری با استفاده از آزمون یو من ویتنی در بعد عملکرد جسمانی ($P=0/000$)، نشاط و سرزندگی ($P=0/032$) و ایفای نقش عاطفی ($P=0/021$) معنادار بود.

جدول ۱. میانگین نمره کیفیت زندگی در گروه های مورد بررسی

روشای زایمانی	نمره کلی کیفیت زندگی	نتیجه آزمون	نتیجه آزمون کلی
زایمان فیزیولوژیک	$60/43 \pm 13/64$	$P=0/838$	$P=0/206$
زایمان غیر فیزیولوژیک	$59/91 \pm 15/65$		
سزارین اورژانسی	$57/68 \pm 13/74$	$P=0/830$	
سزارین برنامه ریزی شده	$58/20 \pm 14/72$		

جدول ۲. میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی در زنان مورد بررسی

شاخص آماری				نمره کیفیت زندگی در ابعاد هشت گانه
فراوانی				
سزارین برنامه ریزی شده	سزارین اورژانسی	غیر فیزیولوژیک	فیزیولوژیک	
$50/37 \pm 18/3$	$51/86 \pm 16/9$	$51/03 \pm 21/2$	$55/04 \pm 16/3$	سلامت عمومی
$35/37 \pm 9/5$	$35/56 \pm 11/0$	$38/84 \pm 10/4$	$36/49 \pm 12/2$	عملکرد جسمانی
$74/44 \pm 24/6$	$73/41 \pm 22/5$	$75/65 \pm 27/8$	$74/44 \pm 25/5$	ایفای نقش جسمی
$79/97 \pm 24/6$	$74/37 \pm 27/7$	$82/46 \pm 24/9$	$84/07 \pm 25/6$	ایفای نقش عاطفی
$56/90 \pm 26/1$	$62/50 \pm 27/0$	$60/26 \pm 28/9$	$65/48 \pm 24/7$	درد جسمی
$61/15 \pm 23/8$	$58/00 \pm 22/2$	$61/52 \pm 24/8$	$64/26 \pm 22/0$	سلامت روانی
$73/50 \pm 23/4$	$74/62 \pm 21/3$	$75/65 \pm 22/5$	$76/21 \pm 22/9$	نشاط و سرزندگی
$72/57 \pm 29/4$	$72/39 \pm 16/3$	$69/59 \pm 33/2$	$68/23 \pm 32/6$	عملکرد اجتماعی
$58/20 \pm 14/7$	$57/68 \pm 13/7$	$59/92 \pm 15/6$	$60/43 \pm 13/6$	کیفیت زندگی کلی

جدول ۳. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک زنان به تفکیک گروه‌های مورد بررسی و ارتباط آن با کیفیت زندگی.

نتیجه آزمون ارتباط با کیفیت زندگی	سزارین برنامه ریزی شده تعداد (درصد)	سزارین اورژانسی تعداد (درصد)	غیر فیزیولوژیک تعداد (درصد)	فیزیولوژیک تعداد (درصد)	نوع زایمان	
					متغیر مورد بررسی	
NS	۳۰ (۴۴/۷)	۳۵ (۵۲/۲)	۳۵ (۵۲/۲)	۳۰ (۴۴/۷)	کمتر از دیلم	تحصیلات
	۳۷ (۵۵/۲)	۳۲ (۴۷/۸)	۳۲ (۴۷/۸)	۳۷ (۵۵/۲)	دیلم و بالاتر	
P=۰/۰۳	۶۳ (۹۴/۱)	۶۵ (۹۷)	۶۴ (۹۵/۵)	۶۵ (۹۷)	خانه دار	شغل
	۴ (۵/۹)	۲ (۳)	۳ (۴/۵)	۲ (۳)	شاغل	
P=۰/۰۲۲	۱۳ (۱۹/۴)	۱۹ (۲۸/۴)	۱۶ (۲۳/۹)	۱۸ (۲۶/۹)	برخوردار	محل
	۵۴ (۸۰/۶)	۴۸ (۷۱/۶)	۴۹ (۷۳/۱)	۴۷ (۷۰/۱)	نیمه برخوردار	زندگی
NS	-	-	۲ (۳)	۲ (۳)	محروم	
	۳۰ (۴۹/۸)	۳۹ (۵۸/۲)	۳۸ (۵۶/۷)	۳۲ (۴۷/۸)	دختر	جنس
P=۰/۰۰۱	۳۷ (۵۵/۲)	۲۸ (۴۱/۸)	۲۹ (۴۳/۳)	۳۵ (۵۲/۵)	پسر	نوزاد
	۵۸ (۸۶/۶)	۵۶ (۸۳/۶)	۵۸ (۸۶/۶)	۵۹ (۸۸/۱)	خواسته	پذیرش
	۹ (۱۳/۴)	۱۱ (۱۶/۴)	۹ (۱۳/۴)	۸ (۱۱/۹)	ناخواسته	حامگی

بحث:

مورد مطالعه با مادران در پژوهش ما باشد. بررسی ابعاد کیفیت زندگی در پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات مربوط به عملکرد جسمانی و ایفای نقش عاطفی در گروه زنان با زایمان طبیعی (فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک) از لحاظ آماری بطور معناداری بالاتر از گروه‌های سزارین بود، که این یافته با نتایج مطالعه نیک پور و همکاران (۱۳۸۹) همخوانی دارد.^۶ همچنین کرمی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه خود در بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی در زنان با زایمان طبیعی و سزارین به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات حیطه جسمی کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی بالاتر بوده است که با مطالعه ما همخوانی دارد.^{۱۶} ولی در مطالعه Jansen و همکاران (۲۰۰۷) بین میانگین نمره حیطه جسمی در ۶ هفته پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معناداری یافت نشد.^۷ بهرامی (۱۳۹۰) نیز در مطالعه خود در بررسی کیفیت زندگی مادران نخست زایمان داشته که نمره میانگین بعد عملکرد جسمانی زنان در ۸-۶ هفته پس از زایمان ۸۲/۲ بوده که نشانگر کیفیت عملکرد جسمانی در حد بسیار خوب و دارای بیشترین امتیاز در بین ابعاد پرسشنامه بررسی سلامت SF-36 بوده است.^{۱۱} مقایسه دو گروه زایمان طبیعی و سزارین در حیطه عملکرد جسمانی نشان داده که سطح

نتایج پژوهش حاضر بیانگر این موضوع است که کیفیت زندگی در دو نوع زایمان طبیعی و سزارین با هم تفاوتی ندارند، و نیز در انواع روشهای زایمان (فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک) و سزارین (اورژانسی و غیر اورژانسی) تفاوت آماری معناداری مشاهده نگردید. این یافته‌ها با نتایج مطالعه سادات و همکاران (۱۳۸۷) مشابهت دارد.^{۱۳} همچنین Tschudin و همکاران (۲۰۰۹) نیز به نتایج مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر دست یافتند.^{۱۴} مطالعه Jansen و همکاران (۲۰۰۷) بر روی ۱۴۱ مادر با سه روش زایمان طبیعی، سزارین انتخابی و سزارین اورژانسی نشان داد که نمره کلی کیفیت زندگی ۶ هفته پس از زایمان در زایمان طبیعی بطور معناداری بهتر از سزارین بود.^۷ صفری نژاد و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه خود بر روی ۳۶۸ نفر مادر نخست زایمان به این نتیجه رسیدند که در اکثر ابعاد کیفیت زندگی، مادران در گروه سزارین انتخابی بطور معناداری دارای نمرات بالاتری بودند.^{۱۵} که با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد و می‌تواند بدلیل انجام مطالعه بر روی گروهی از زنان با سابقه عدم سزارین تکراری و با تمایل مادر یا پزشک جهت انجام سزارین باشد همچنین یکی دیگر از دلایل، یکسان نبودن وضعیت اجتماعی اقتصادی جامعه

زایمان اختلاف آماری معنی داری یافت نشد^۷، با توجه به نتایج مطالعه حاضر که میانگین نمرات ایفای نقش جسمانی، و ایفای نقش عاطفی در گروه زایمان طبیعی بالاتر از سزارین بوده است، شاید بتوان گفت در ۸ هفته پس از زایمان مادری که از عهده دردها در طی مراحل زایمان طبیعی بر آمده، احساس غرور و موفقیت بیشتری کرده و رضایت بیشتری از تجربه زایمان و تولد نوزاد در مقایسه با زنان با زایمان به روش سزارین دارد، ممکن است تاثیرات مثبت تجربه زایمان و تولد نوزاد باعث شود مادر احساس بهتری نسبت به خود داشته و بخوبی از عهده انجام وظایف مادری بر آید.

در ارتباط سنجی کیفیت زندگی با ویژگیهای دموگرافیک تنها متغیرهایی مانند شغل افراد، محل زندگی نمونه ها، میزان خونریزی پس از زایمان و پذیرش بارداری با کیفیت زندگی کلی ارتباط آماری معنادار داشته اند، مشابه با این پژوهش سادات و همکاران (۱۳۹۰) و Huang و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که سن افراد، تعداد زایمان و نوع زایمان بر کیفیت زندگی پس از زایمان بی تاثیر است^{۸،۱۳}، عباس زاده و همکاران در بررسی ابعاد کیفیت زندگی در زنان باردار اظهار داشته اند بین تعداد بارداری و میزان تحصیلات و میانگین ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی داری مشاهده شده که با یافته های مربوط به مطالعه حاضر مغایرت دارد^{۱۹}. در مورد متغیر شغل و اثر آن بر کیفیت زندگی آزمون های آماری نشان داد که علی الخصوص در گروه سزارین ارتباط معنا داری بین ابعاد کیفیت زندگی و وضعیت اشتغال افراد وجود دارد که مغایر با یافته پژوهش عباس زاده و همکاران^{۱۹} می باشد هرچند در پژوهش ذکر شده یکی از دلایل این عدم ارتباط محدود بودن تعداد زنان شاغل در آن مطالعه (۶٪) بیان گردیده است. پذیرش بارداری و وضعیت محل زندگی نمونه ها متغیرهایی بودند که در پژوهش حاضر با کیفیت زندگی ارتباط داشتند به طوری که افرادی که بارداری ناخواسته داشتند شانس بیشتری برای داشتن زندگی با کیفیت پائین تری داشته و این موضوع به لحاظ آماری معنادار بود. مشابه این یافته عباس زاده و همکاران اظهار داشته اند در افراد با بارداری ناخواسته بدلیل مشکلات روانی بیشتر سطح کیفیت

انرژی و توانایی انجام فعالیت های روزانه در گروه زایمان سزارین پایین تر از گروه زایمان طبیعی می باشد، معمولاً در ۶ هفته پس از زایمان احتمال باز یافت سطح انرژی طبیعی در زنانی که زایمان طبیعی دارند دو برابر بیشتر از زنانی است که تحت عمل سزارین قرار گرفتند^{۱۷}. مقایسه نمرات ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی نشان داد که نمرات مربوط به بعد احساس نشاط و سرزندگی در گروه زنان با زایمان طبیعی بیش از سزارین بوده و دارای اختلاف معنادار می باشد، این یافته که با نتایج مطالعه ترکان و همکاران (۱۳۸۲) و سادات و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی داشته مغایر با یافته مطالعه بهرامی (۱۳۹۰) می باشد که میانگین نمره بعد شادابی و نشاط زنان در ۶-۸ هفته پس از زایمان را در حد بسیار ضعیف اعلام کرده است^{۱۱،۱۳،۱۵}، و همچنین مطالعه انجام شده توسط Rowlands در استرالیا نیز بیانگر کاهش شادابی و نشاط پس از زایمان طبیعی می باشد^{۱۸} بطوری که در دوره پس زایمان در مقایسه با گروه سزارین شده احساس سلامتی کمتری در گروه زایمان با انجام مداخله گزارش شده و توصیه گردیده در صورت پیش بینی زایمان سخت برای مادران از روش جایگزین (سزارین) استفاده گردد. شاید دلیل این تفاوت حضور زنان باردار نخست زایمان، انجام ورزش در دوران بارداری و پس از زایمان، شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان فیزیولوژیک و تفاوت های فرهنگی در مطالعه ما در مقایسه با نتایج تحقیقات قبلی باشد. در بررسی سایر ابعاد کیفیت زندگی از جمله سلامت عمومی، ایفای نقش جسمانی، ایفای نقش عاطفی و سلامت روانی در مطالعه حاضر نمرات کسب شده در زنان گروه های زایمان طبیعی نسبت به سزارین بیشتر بود، هرچند که در بعد ایفای نقش عاطفی تفاوت از نظر آماری معنادار بود. در مطالعه نیکپور و همکاران (۱۳۸۹) نمره مربوط به حیثه روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معناداری بالاتر از گروه زایمان با سزارین بوده است که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد^۵، همچنین در تحقیقات کرمی و همکاران (۱۳۹۰) حیثه روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معناداری بالاتر از گروه با زایمان سزارین بوده است^{۱۶}، ولی در مطالعه Jansen و همکاران (۲۰۰۷) بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر حیثه روانی کیفیت زندگی در ۶ هفته پس از

جسمانی، نشاط و سرزندگی و حیطة ایفای نقش عاطفی قابل توجه می باشد و این خود نشان می دهد در هر شرایطی طی نمودن روند طبیعی و بدون مداخله زایمان می تواند منجر به پیامدهای مطلوبتری در مادر، نوزاد و در نهایت در خانواده گردد، البته این موضوع را بایستی در نظر داشت که کیفیت زندگی یک مفهوم کاملا ذهنی می باشد و به نگرشها و باورهای و ادراک افراد بستگی دارد و طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی باید میزان سزارین به حد استاندارد نزدیک شود و تلاش هر چه بیشتر در جهت برگزاری کلاسهای آمادگی زایمان فیزیولوژیک به منظور ایجاد نگرش مثبت به زایمان طبیعی و کاهش سزارین و محدود شدن انجام آن به دلایل پزشکی ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی:

این تحقیق برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه به شماره ۹۱۰۲۶ می باشد. لذا تیم تحقیقی از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که پشتیبانی مالی این طرح را عهده دار بود و همچنین همکاران و کارکنان مرکز آموزشی درمانی معتمدی و مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمانشاه کمال قدردانی و تشکر را دارد.

References:

1. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of Relationship between delivery mode and postpartum quality of life. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2010; 13: 47-52 [Persian].
2. Hatami H, Razavi SM, Eftekhari AH, Majlesi F, Sayed Nozadi M, Parizadeh SMJ. Public Health. Tehran University of Medical Sciences. Second Edition 2008:56 [Persian].
3. Taghadosi M, Gilasy HR. The general and specific quality of life in patients with Ischemia in Kashan. Iran J Nurs Res 2008; 3(8-9): 39-46 [Persian].
4. Khakbazan Z, Golyan Tehrani S, Payghambari R, Kazemnejad A. Effect of Telephone Counseling during Post-Partum Period on Women's Quality of Life. Hayat 2010; 15(4):5-12 [Persian].
5. Torkan Bz, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. Biological Medical Center Pregnancy Childbirth 2009; 9: 4-9.

زندگی پائین تر بوده و نیز یکی از متغیرهای تاثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد را وضعیت اجتماعی اقتصادی پائین عنوان کرده اند^{۱۹}. میزان خونریزی پس از زایمان در دو گروه با زایمان طبیعی (فیزیولوژیک و غیر فیزیولوژیک) ارتباط معناداری با وضعیت کیفیت زندگی افراد داشت خصوصا در زنان با زایمان غیر فیزیولوژیک که دیده شده افرادی که میزان خونریزی بالاتری داشته نمره کیفیت زندگی پائین تری را در دوره پس از زایمان گزارش کردند که می توان علت عدم ارتباط معنادار آنرا در گروه زایمان فیزیولوژیک بدلیل تعداد بسیار پائین تر (۱/۵٪) زنان مبتلا به خونریزی غیر طبیعی در این گروه دانست که می تواند از نتایج و مزایای زایمان فیزیولوژیک باشد که در آن، موارد خونریزی غیر طبیعی پس از زایمان و بالطبع کیفیت زندگی پائین کمتر دیده می شود.

نتیجه گیری:

اگر چه بین انواع مختلف روشهای زایمانی و کیفیت زندگی پس از زایمان از لحاظ آماری ارتباط معناداری مشاهده نشد اما در بسیاری از جنبه های کیفیت زندگی پس از زایمان طبیعی دارای میانگین نمره بالاتری بود و این موضوع در ارتباط با عملکرد

6. 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 [Persian].
7. 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 Obstet Gynecol Scand 2007; 86: 579-84
8. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? J Clin Nurs 2012; 21(11-12):1534-43.
9. 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? Int Urogynecol J 2007; 18: 133-39.
10. Gary CF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams's obstetrics 24^{ed}. New York: McGraw-Hill 2014:1852-1867.
11. Bahrami N, Bahrami S. The survey of quality of life in first-time women in postpartum period. Iran J Nurs Res 2012; 6(23):59-64 [Persian].

12. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF – 36): Translation and validation study of the Iranian version. *Quality Life Res* 2005; 14: 875- 882.
13. Sadat Z, Saberi F, Taebi M, Abedzadeh M. Comparison of quality of life aspects in NVD and Caesarian Section delivery. *Payesh* 2010; 11(3):377-383 [Persian].
14. Tschudin S, Alder J, Hendriksen S, Bitzer J, Popp KA, Zanetti R, et al. Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009; 30(3):175-80.
15. 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. *J Sexual Med* 2009; 6: 1645-67.
16. 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. *Yakhteh* 2012; 14 (4):59-69 [Persian].
17. Larsson C, Saltvedt S, Wiklund I, Andolf E. Planned vaginal delivery versus planned caesarean section: short-term medical outcome analyzed according to intended mode of delivery. *J Obstet Gynaecol Can* 2011; 33(8):796-802.
18. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:138.
19. Abas Zadeh F, Bagheri A, Mehran N. Deferent aspects of quality of life in pregnant women. *Payesh* 2009; 11(1):69-75 [Persian].

Archive of SID

Postpartum quality of life in women after deferent modes of delivery in Kermanshah Motazedi hospital 2011-2012

Mastaneh Kamravamanesh¹,
Azam Bakhteh^{1*}, Mansour
Rezaei²

1. Department of Midwifery,
School of Nursing and Midwifery,
Kermanshah University of Medical
Science, Kermanshah, Iran.

2. Department of Biostatistics and
Epidemiology School of Health
Kermanshah University of Medical
Sciences, Kermanshah, Iran.

***Corresponding Author:**
Kermanshah, Kermanshah
University of Medical Sciences,
School of Nursing and Midwifery,
Department of Midwifery.

Email: bakhteh_a@yahoo.com

Abstract

Background: Mode of delivery is one of the effective factors on health and quality of life during postpartum. Because of conflicting results regarding the relationship between quality of life and the mode of delivery has been reported, therefore this study carried out with aim of determining postpartum quality of life after deferent modes of delivery in Kermanshah Motazedi hospital 2011-2012.

Methods: Present study was carried out as a descriptive – analytic study on 268 primiparous women that refereed to Motazedi hospital. Based on delivery modes these women divided to four groups (spontaneous vaginal delivery, vaginal delivery with manipulation, planning and emergency caesarian section). Quality of Life Questionnaire (SF-36) was the tool for assessment. For data analysis SPSS software was used.

Results: Evaluation of quality of life scores in the four groups of mothers with postpartum physiological, non-physiological, emergency and planned cesarean section showed that the majority of samples had higher QOL score of 50 and in overall the differences were not statistically significant. Scores of physical functioning ($P=0.00$), role emotional ($P=0.021$) and vitality ($P=0.032$) in women with vaginal delivery were more than women by C-section. There were significant relationship between some variables such as occupation ($P=0.03$), location of samples ($P=0.022$), postpartum hemorrhage ($P=0.015$) and acceptance of pregnancy ($P=0.001$) and quality of life.

Conclusion: Although there were not observed no significant difference in overall women's quality of life scores and delivery different ways, but according to the betterment of the situation of women with vaginal delivery it is necessary proper planning to reduce caesarean section should be done through education.

Key words: quality of life, vaginal delivery, caesarean section, postpartum.

How to cite this article

Kamravamanesh 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):135-143.