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 ۹۰-۱۳۸۸

کبری کرمی[۱]، کتایون بختیار[۱]، بهمن حسنوند[۲]، شیرزاد صفری[۳]، شیرین حسنوند[۴]
۱-گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
۲-گروه تربیت بدنی، دانشکده ادبیات، دانشگاه آزاد اسلامی،واحد خرم آباد، ایران.
۳-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، پلدختر ، ایران.
۴-گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره چهاردهم / شماره ۴ / پاییز ۹۱ / مسلسل ۵۳

چکیده

دریافت مقاله: ۹۰/۹/۲۰ ، پذیرش مقاله: ۹۱/۴/۱۸

* **مقدمه:** این مطالعه با هدف مقایسه کیفیت زندگی و سلامت عمومی بعد از زایمان سزارین و طبیعی در زنان انجام شده است.

* **مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضرمقایسه ای همگروهی است. جامعه پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم آباد که با نمونه گیری هدفمند ۳۸۰ نفر از آنان با داشتن شرایط ورود در مطالعه شرکت کردند. جمع آوری اطلاعات در طی ۱۸ ماه در مرحله (ماه آخر بارداری و هشت هفته پس از زایمان) انجام شد. فرم‌های مصاحبه شامل اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28 و پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. داده ها با آمار توصیفی و آزمون t آنالیز واریانس یک طرفه و تحلیل رگرسیون لجستیک، آزمون مجذور کای، من ویتنی در سطح معنی داری ۵٪ بررسی شدند.

* **یافته‌ها:** ۲۵۰ نفر (۱۴۶ نفر زایمان طبیعی و ۱۰۴ نفر سزارین انتخابی) فرم‌های مصاحبه و پرسش نامه های پژوهشی را تکمیل کردند.. میانگین نمرات حیطه جسمی (P=۰/۰۰۱) و روانی (P=۰/۰۲) کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری نشان می‌دهد؛ و در حیطه محیط و اجتماعی و کل تفاوت معنی دار آماری دیده نمی‌شود. شانس ایجاد علائم مرضی در زنان با زایمان سزارین ۳/۲۶ برابر زنان زایمان طبیعی بوده است. شانس ایجاد علائم مرضی در مقیاس شکایت جسمانی در زنان با زایمان سزارین ۳/۰۹ برابر (P=۰/۰۰۱) افسردگی ۱/۷۵ برابر (P=۰/۰۲) و اختلال کنش اجتماعی ۱/۶۸ برابر (P=۰/۰۴) زنان زایمان طبیعی است .

* **بحث و نتیجه‌گیری:** کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن و همچنین سلامت عمومی در مادران با زایمان طبیعی نمرات بهتر و مطلوب‌تری را نشان می‌دهد

* **واژه‌های کلیدی:** زنان، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، زایمان سزارین، زایمان طبیعی.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، گلدشت غربی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده بهداشت و تغذیه
پست الکترونیک: k_bakhteyar@yahoo.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

زایمان همواره تفکر زنان را نسبت به خود مشغول کرده و تأثیر فوق‌العاده ای بر بهداشت روانی و اجتماعی مادران و اعضای خانواده آنان دارد. در یکی دو دهه اخیر علم پزشکی برای مادران و جنین‌های پرخطر، مامایی سالم و بی خطری را به ارمغان آورده است ولی این سئوال نیز مطرح می‌شود که آیا مداخله های معمول در موقعیت‌های پرخطر، در بارداری‌های کم خطر هم ضرورت دارد یا خیر(۱)؟

عمل سزارین به زایمان جنین از طریق برش دیواره شکمی و دیواره رحمی گفته می‌شود (۲). اندیکاسیون های انجام این عمل متفاوت بوده و شامل سزارین‌های قبلی، زایمان سخت، زجر جنینی و نمایش بریچ است (۳). انجام سزارین یکی از حساس‌ترین و مهم‌ترین خدمات نظام بهداشتی درمانی تمام جوامع است و مانند هر خدمتی باید به شکل مناسب، کم هزینه و همراه با حداقل عوارض جسمی روانی صورت گیرد. از طرفی سازمان بهداشت جهانی اعلام داشته است در هر منطقه ای از دنیا حدود ۱۵٪ زایمان‌ها را به روش سزارین با اندیکاسیون صحیح می‌توان انجام داد. علی رغم این مسئله آمار سزارین در نقاط مختلف دنیا متفاوت است و به صورت روزافزونی در حال افزایش است. به طوری که میزان آن در طی بیست سال اخیر از ۱۵٪ به ۲۵٪ افزایش داشته است (۴).

تفاوت‌های بسیار زیادی در سطح ملی و بین‌المللی در میزان انجام سزارین وجود دارد (۵). نتایج مطالعه ای که در انگلستان صورت گرفته نشان می‌دهد که شیوع زایمان سزارین از ۱۲/۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۱۸/۳ درصد در سال ۱۹۹۹ رسیده است؛ و همچنین زایمان طبیعی بعد از سزارین قبلی در دهه اخیر کاهش یافته است (۶). طبق آمارهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شیوع سزارین در ایران در حال حاضر ۴۰٪ می‌باشد. بر اساس آمار موجود در بیمارستان‌های خصوصی ۵۰- ۶۰ درصد تولدها از طریق سزارین انجام می‌شود و در بیمارستان‌های دانشگاهی ایران ۳۰-۴۰ درصد زایمان‌ها به روش سزارین انجام می‌شود. شیوع سزارین در شهرستان شاهرود ۵۰/۲ درصد در استان قم ۴۴/۴ درصد در شهر اصفهان ۵۳/۴ درصد در شهر کرمان ۳۷/۶ درصد در شهر تهران ۳۶/۴ درصد گزارش شده است (۷).

هرچند سزارین انتخابی مزایایی از قبیل کاهش مرده زایی، کاهش فلج مغزی، کاهش شکستگی‌های استخوانی، برنامه‌ریزی زمان زایمان و کم بودن طول زایمان دارد ولی سزارین نیز مانند هر عمل جراحی دارای عوارضی نظیر عفونت محل عمل، عفونت لگن، عفونت ریوی، عفونت مجرای ادراری، آمبولی ریه، ترومبوز وریدی عوارض بیهوشی و ... بوده و میرایی و بیماری زایی مادر و نوزاد در این روش زایمان بیشتر از زایمان طبیعی است (۸). افزایش مرگ و میر در سزارین ۴-۵ برابر زایمان طبیعی است (۹). همچنین مطالعات نشان می‌دهند هزینه های مالی دوره عمل و بستری شدن در بیمارستان، داروهای مصرفی، عوارض احتمالی داروها در اعمال سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی به طور قابل توجهی بیشتر است (۱۰).

از طرف دیگر مطالعات نشان داده است که سزارین بر کاهش باروری، کاهش وزن نوزاد، آسیب زودرس نوزادی و ایجاد افسردگی پس از زایمان تأثیر می‌گذارد (۱۱). ترس از درد زایمان یکی از دلایل عمده امتناع زنان از زایمان طبیعی است (۱۲). همچنین آگاهی زنان از شیوه های کمکی زایمان نیز بسیار اندک است. متأسفانه امروزه از زایمان سزارین تنها در مواقع ضروری و صرفاً به منظور نجات جان مادر و نوزاد استفاده نمی‌شود، حتی در برخی جوامع رفته رفته حالت تجملی نیز به خود گرفته است (۱۳).

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

در مطالعه‌ای که توسط شهناز آرام و همکاران به منظور بررسی فراوانی نسبی روش انتخابی زایمان در شهر اصفهان صورت گرفته ۵۰۰ زن باردار مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ۵۷٪ زنان باردار روش زایمان طبیعی، ۴۳٪ روش سزارین را انتخاب کرده‌اند. روش سزارین با افزایش سن کاهش و با افزایش سطح تحصیلات افزایش می‌یابد؛ و مهم‌ترین علت روش انتخاب زایمان طبیعی ترس از عوارض سزارین و مهم‌ترین علت انتخاب روش سزارین نگرانی و ترس از درد زایمان می‌باشد (۱۴).

هم چنین نتایج مطالعه ای که در سال ۱۳۸۳ در شهر سمنان صورت گرفته است نشان می‌دهد که ۳۸٪ زنان باردار تمایل دارند زایمانشان به صورت سزارین باشد و شایع‌ترین علت تمایل به سزارین را ترس از درد زایمان ذکر کرده‌اند (۱۵). امروزه برخی زنان زایمان سزارین را بر زایمان طبیعی ترجیح می‌دهند تا از آسیب کف لگن و عملکرد جنسی و بی اختیاری ادراری پیشگیری شود که این یکی از عوامل افزایش شیوع سزارین در سراسر دنیا است (۱۶).

اداره سلامت مادران معتقد است دو دسته عوامل مربوط به مادر و پزشک در ازدیاد سزارین انتخابی در ایران دخیل هستند. عوامل مربوط به مادر شامل ترس زیاد از درد زایمان طبیعی، باورهای غلط نسبت به سلامت جنین و مادر، ترس از مشکلات آناتومیک در ناحیه مهبل که روابط جنسی را تحت شعاع قرار می‌دهد. برخوردهای نامناسب زایشگاه و علل مربوط به پزشک شامل تشخیص احتمال خطر برای مادر و جنین، صرف وقت کمتر و درآمد بیشتر، تجربه شخصی دردناک زایمان طبیعی، ترس از برخوردهای قانونی در صورت بروز مخاطره برای مادر و جنین و سابقه سزارین قبلی می‌باشد (۱۷).

تحقیقات اخیر در انگلستان نشان داده ۵/۴۵ درصد متخصصان زنان سزارین انتخابی را به عنوان روشی که عملکرد جنسی و نقش حفاظتی دارد را برای خود انتخاب می‌کنند (۱۸). سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را احساس فرد در قالب نظام ارزشی و فرهنگی و بر پایه آرمان‌ها، انتظارات و استانداردها و علایق فرد تعریف کرده است که دارای ایده های مختلف جسمی و روانی، سطح استقلال، ارتباطات اجتماعی و محیطی و عقاید شخصی می‌باشد (۱۹). اندازه گیری کیفیت زندگی و لحاظ کردن شرایط زندگی، عوامل محیطی، اجتماعی، دیدگاه‌ها، علایق، اهداف و ارزش‌های جامعه و برنامه ریزی ارتقاء سلامت اهمیت بسزایی دارد (۲۰).

کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله در دوران حاملگی و پس از زایمان قابل ارزیابی است (۲۱،۲۲). تغییرات زیادی در دوران حاملگی و پس از زایمان در ابعاد سلامت جسمی، روحی، اجتماعی و در مجموع کیفیت زندگی زنان رخ می‌دهد (۲۳). در حقیقت 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 ندارد (۲۴). از آنجائیکه زنان هر جامعه ارکان اصلی خانواده محسوب می‌شوند بررسی سلامت آنان نیز از اهمیت خاصی برخوردار است. سلامت زنان و خصوصاً سلامت مادران از مفاهیم اساسی توسعه و رفاه اقتصادی اجتماعی است (۲۵).

با توجه به افزایش میزان سزارین در ایران و افزایش موربیدیتی و مورتالیتی پس از آن و نگرش مثبت زنان به اثر آن در ارتقاء کیفیت زندگی و کمبود مطالعه در زمینه بررسی کیفیت زندگی زنان به عنوان یک گروه آسیب پذیر در کشورمان، نویسندگان این مقاله سعی نمودند تا با دلایل مستند رابطه نوع زایمان باکیفیت زندگی و سلامت عمومی

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

زنان را بررسی نمایند تا پاسخگوی این سئوال باشند که کدام روش زایمان بهتر است، زایمان سزارین یا زایمان طبیعی؟

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر توصیفی و از نوع مقایسه ای همگروهی است. جامعه پژوهش کلیه زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم آباد است. مراکز بهداشتی درمانی به روش خوشه ای از شمال، جنوب، شرق و غرب شهر انتخاب شدند. با نمونه گیری هدفمند ۳۸۰ نفر در مطالعه شرکت کردند. جمع آوری اطلاعات در ۱۸ ماه انجام شد. شرط ورود به مطالعه سن ۱۶- ۴۰ سال، عدم سوء مصرف مواد، عدم استعمال سیگار، عدم مشکلات روانی، طبی و مامایی، بیماری‌های مزمن در مادر، سابقه بیماری‌های دوران بارداری (دیابت حاملگی، اکلامپسی و...)، رویداد استرس زای شدید در ۹ ماه گذشته بود.

افراد با زایمان زودرس، زایمان سخت و پرخطر، مرگ فرزند، بستری شدن نوزاد در بیمارستان، انجام سزارین اورژانسی، عدم دسترسی و عدم تکمیل پرسشنامه و عدم وجود معیارهای ورود از مطالعه حذف شدند. پس از توضیح و اخذ رضایت کتبی به افراد نحوه تکمیل فرم‌ها آموزش داده شد. جمع آوری اطلاعات در مرحله الف: ماه آخر بارداری و ب: هشت هفته پس از زایمان انجام شد. فرم‌های مصاحبه شامل اطلاعات فردی و خانوادگی، مامایی و زایمان و مشکلات پس از زایمان به همراه پرسشنامه سلامت عمومی GHQ28 و پرسشنامه خلاصه شده کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود.

پرسشنامه سلامت عمومی[1] بر اساس پاسخ‌های زنان که به صورت هیچ کدام تا بیش از حد معمول است به ترتیب از صفر تا ۳ نمره گذاری شده است (۲۶) در صورتی که مجموع امتیاز مرتبط بیشتر یا مساوی ۱۴ باشد نشان دهنده ایجاد اختلال در سلامت عمومی فرد می‌باشد. بر اساس دستورالعمل پرسشنامه GHQ نمره بیشتر از ۲۲ به عنوان علائم مرضی و نمره کمتر از ۲۲ به عنوان سالم در نظر گرفته می‌شود. افراد با نمره کمتر از ۲۲ وارد مطالعه شدند. این ابزار توسط دکتر گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ طراحی شده است و دارای ۲۸ سئوال در چهار مقیاس مشکلات جسمی، اضطراب، اختلال در کنش اجتماعی و افسردگی می باشد و توانایی سنجش مقیاس‌های منفی سلامت عمومی را نیز دارد.

بر اساس دستورالعمل این ابزار در هر مقیاس به نمرات بیش از ۶ علائم مرضی و نمرات کمتر و یا برابر ۶ اصطلاح سالم نظیر می‌شود. پایایی این پرسشنامه در مطالعات مختلف بالاتر از ۸۵٪ گزارش شده است (۲۷). پرسشنامه دوم شامل ۲۶ سئوال در حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی، محیطی و کلی می‌باشد که در پنج حیطه جداگانه و بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره گذاری شده است. بر اساس نمره گذاری سازمان جهانی بهداشت نمرات حداقل هر حیطه صفر و حداکثر ۱۰۰ تنظیم شده است.

نمره بالاتر نشانگر وضعیت بهتر فرد می‌باشد. روایی پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان جهانی بهداشت تأیید شده است (۲۹ ، ۲۸)؛ و ترجمه فارسی آن توسط تعدادی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان روایی محتوا شده است. پایایی از روش سنجش ثبات درونی (آلفای کرون باخ) ۸۷٪ درصد تأیید شده است. معیارهای ورود در هشت هفته پس از زایمان شامل نوزاد سالم در اول تولد، تجربه یک روش زایمان (سزارین انتخابی یا طبیعی) تمایل مادر به سزارین، توصیه متخصص زنان، نمای غیر طبیعی جنین، سزارین تکراری و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر بود. هشت هفته پس از زایمان

1. General Health questionare

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

پرسشنامه سلامت عمومی و کیفیت زندگی پس از زایمان در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت.

پس از توضیحات کافی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات رضایت نامه کتبی و آگاهانه از کلیه آزمودنی‌ها گرفته شده و داده های مورد نیاز جمع آوری شدند. آزمودنی‌ها جهت شرکت در مطالعه آزاد بوده و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آنان قرار خواهد گرفت. داده های جمع آوری شده توسط روش‌های آمار توصیفی و آزمون t آنالیز واریانس یک طرفه و تحلیل رگرسیون لجستیک، آزمون مجذور کای من ویتنی در سطح معنی داری ۵٪ با نرم افزار spss ورژن ۱۶ مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

۳۸۰ نفر با داشتن شرایط ورود به مطالعه جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پرسشنامه سلامت عمومی در ماه آخر بارداری به همراه مشخصات دموگرافیک زنان تکمیل گردید. میانگین کلی نمره سلامت عمومی ۷/۲۱±۱۶/۲۴ بود. افرادی که نمره آن‌ها بالاتر از ۲۳ بود نشانه نامناسب بودن سلامت عمومی و مشکوک بودن به اختلال روانی بوده و به یک روان پزشک ارجاع داده شدند. از بین افراد شرکت کننده در مطالعه ۳۶ نفر به دلیل عدم دسترسی، ۱۸ نفر به علت عدم تکمیل پرسشنامه، ۴۶ نفر به دلیل بستری شدن نوزاد، ۳۰ نفر به دلیل نداشتن معیارهای ورود در هشت هفته پس از زایمان از مطالعه حذف شدند. هشت هفته پس از زایمان ۲۵۰ نفر (۱۴۶ نفر در گروه زایمان طبیعی و ۱۰۴ نفر در گروه سزارین انتخابی) فرم‌های مصاحبه و پرسش نامه‌های پژوهشی را تکمیل کردند.

بین دو گروه از نظر میزان تحصیلات و شغل، 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، مکان و زمان زایمان، رتبه تولد نوزاد و طول مدت ازدواج تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد. میانگین سنی در گروه زایمان طبیعی (۴/۴۳ ± ۲۶/۲۱) کم‌تر از گروه سزارین ۴/۷۳ ± ۲۸/۲۳ بود (P= ۰/۰۱). در هشت هفته پس از زایمان ۶۵٪ افراد تحت مطالعه حداقل یک مشکل جسمی را ذکر کردند. در حدود نیمی از مادران از خستگی و اختلال خواب شکایت داشتند. مشکلات عمومی، گوارشی، ادراری، تناسلی در گروه زایمان سزارین بالاتر بود و این اختلاف در مشکلات گوارشی معنی دار بوده است (P= ۰/۰۳) .جدول شماره ۱ مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های کیفیت زندگی در ۸ هفته پس از زایمان را نشان می‌دهد.

آزمون آماری من ویتنی نشان داد میانگین نمرات حیطه جسمی (P=(۰/۰۰۱ و روانی : (P= ۰/۰۲)کیفیت زندگی تفاوت معنی دار آماری نشان می‌دهد؛ و در حیطه محیط: (۰/۴۱ =P)و اجتماعی : (P= ۰/۶۹) و کل(P= ۰/۳۸) تفاوت معنی دار آماری دیده نمی‌شود. در صورتی که در هر مقیاس به نمرات بیشتر از ۶ علائم مرضی و نمرات کمتر یا برابر ۶ اصطلاح سالم را لحاظ کنیم (بر اساس دستورالعمل پرسشنامه) و برای نمره سلامت عمومی کل نیز نمره بیشتر از ۲۲ به عنوان علائم مرضی و نمره کمتر یا برابر ۲۲ عنوان سالم را لحاظ کنیم، در هشت هفته پس از زایمان میانگین نمره سلامت عمومی در زنان با زایمان طبیعی ۹/۷۲±۱۹/۱۴ و در زایمان سزارین ۱۰/۷۱± ۲۸/۰۶ بدست آمده و آزمون آماری تی[1] تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه را نشان می‌دهد (P= ۰/۰۳).

1.t-test

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه های کیفیت زندگی در ۸ هفته پس از زایمان در دو گروه

حیطه	گروه طبیعی	سزارین	کل	p-value
جسمی	۶۵/۳۶±۱۲/۸۵	۵۳/۲۶±۱۳/۰۱	۶۱/۷۸±۱۳/۵۹	۰/۰۰۱
روانی	۶۹/۹۹±۱۳/۱۲	۶۵/۵۷±۱۴/۰۳	۶۷/۷۹±۱۴/۳۲	۰/۰۲
محیط	۷۱±۱۳/۲۱	۷۰/۲۴±۱۵/۲۵	۷۰/۶۱±۱۵/۱۵	۰/۶۹
اجتماعی	۴۲/۹۷±۱۱/۰۱	۴۳/۹۹±۱۲/۹۰	۴۲/۵۸±۱۲/۰۱	۰/۴۱
کل	۷۶/۷۳±۱۳/۳۶	۷۵/۵۶±۱۴/۰۶	۷۶/۲۱±۱۴/۲۱	۰/۳۸

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات سطوح مقیاس‌های سلامت عمومی در ۸ هفته پس از زایمان در دو گروه

مقیاس‌ها		زایمان طبیعی		زایمان سزارین		P
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
سطوح مقیاس‌های سلامت عمومی	شکایات جسمانی	۴/۴۱	۳/۴۶	۷/۱۸	۳/۲۷	۰/۰۰۱<
	اضطراب	۶/۳۵	۴/۲۳	۷/۹۴	۳/۶۶	۰/۰۰۱<
	اختلال کنش اجتماعی	۴/۸۵	۳/۸۰	۷/۷۱	۲/۸۴	۰/۰۰۱<
	افسردگی	۳/۵۷	۳/۹۹	۵/۱۶	۳/۶۲	۰/۰۰۱<
کل	سلامت عمومی	۱۹/۱۴	۹/۷۲	۲۸/۰۶	۱۰/۷۱	۰/۰۳

با استفاده از روش رگرسیون لجستیک با وابسته در نظر گرفتن متغیر سلامت عمومی (سالم، دارای علائم مرضی)، شانس ایجاد علائم مرضی در زنان با زایمان سزارین ۳/۲۶ برابر زنان زایمان طبیعی بوده است (P=۰ /۰۰۱). شانس ایجاد علائم مرضی در مقیاس شکایت جسمانی در زنان با زایمان سزارین ۳/۰۹ برابر (P= ۰ /۰۰۱) افسردگی ۱/۷۵ برابر(P= ۰/۰۲) و اختلال کنش اجتماعی ۱/۶۸ برابر (P= ۰/۰۴) زنان زایمان طبیعی است که همگی در سطح خطای آماری ۵ درصد معنی‌دار می‌باشند.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر متغیرهای سن، سطوح تحصیلات، طول مدت ازدواج، وضعیت شغل و سطوح درآمد و ... در هر دو گروه زایمان سزارین و طبیعی یکسان و همگن بوده است، بنابراین نقش این متغیرها به عنوان مخدوش کننده ثابت در نظر گرفته شده است. میانگین سن در گروه زایمان سزارین بالاتر بوده و اختلاف معنی دار آماری را نشان می‌دهد.

میانگین نمرات حیطه جسمی کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه زایمان سزارین بوده است. نتایج مطالعه روکلا[1] و همکاران نشان داد میانگین نمره حیطه های عملکرد جسمانی و درد جسمانی و انجام فعالیت‌های روزانه به طور معنی داری نسبت به گروه سزارین بالاتر بود (۳۰) که با مطالعه ما هم خوانی دارد. ولی در مطالعه جیسن[2] و همکاران بین میانگین نمره حیطه جسمی در شش هفته بعد از زایمان در گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌دار یافت نشد. هشت هفته پس از زایمان میانگین نمرات خستگی، کمردرد، درد معده، درد محل بخیه‌زنی، یبوست و سوزش ادرار در گروه زایمان سزارین بالاتر از زایمان طبیعی بود. هرچند این اختلاف معنی دار نبود اما خستگی و درد موجب کاهش تمرکز حواس و ضعف می‌شد (۳).

1. Rokla
2. Jasen

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

مقایسه دو گروه در حیطه جسمی نشان داد سطح انرژی و توانایی انجام فعالیت‌های روزانه در گروه زایمان سزارین پایین‌تر از گروه زایمان طبیعی بود. معمولاً در شش هفته بعد از زایمان احتمال بازیافت سطح انرژی طبیعی در زنانی که زایمان طبیعی داشته‌اند دو برابر بیشتر از زنانی است که تحت زایمان سزارین قرار گرفته‌اند (۳۱). نتایج حاصل از پژوهش کلانژ[1] 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 در گروه زایمان سزارین بالاتر از زایمان طبیعی است (۳۲). تجربه در دو خستگی در افراد می‌توان از عوامل موثر بر محیط‌های کیفی زندگی باشد (۳۳).وجود درد جسمانی و نیاز به مراقبت‌های پزشکی بالاتر و اختلال خواب بیشتر می‌تواند به کاهش سطح انرژی و توانایی‌های مادر برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی گردد که احتمالاً مجموع این عوامل می‌تواند از عوامل کاهش میانگین نمرات حیطه جسمی در گروه زایمان سزارین در مقایسه با گروه زایمان طبیعی را در پی داشته باشد (۳۴).

حیطه روانی کیفیت زندگی گروه زایمان طبیعی به طور معنی داری بالاتر از گروه با زایمان سزارین بوده است. در مطالعات دیگری نیز حیطه روانی به طور معنی داری بالاتر از زایمان سزارین بوده است (۳۰،۳۵،۳۶). ولی در مطالعه جیسن و همکاران بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر حیطه روانی کیفیت زندگی شش هفته پس از زایمان اختلاف معنی دار آماری یافت نشد (۳). در مطالعه نیک پور در آمل هم شش هفته پس از زایمان کیفیت زندگی در گروه زایمان سزارین به طور معنی داری بالاتر بود (۳۴). اوسیس[2] و همکاران در یک متاآنالیز از ۱۹ مطالعه نشان دادند که به طور متوسط رضایت از تجربه زایمان و تولد نوزاد در زنان بعد از جراحی سزارین کمتر از زنان با زایمان طبیعی می‌باشد (۳۷).

حیطه اجتماعی در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد که در مطالعه ترکان و همکاران هم تفاوت معنی دار نبود (۳۶). اما در مطالعه روکلا در زنان با زایمان طبیعی نمره بالاتر بود (۳۰). در مطالعه نیک پور همکاران هم تفاوت معنی دار نداشت (۳۴). به نظر می‌رسد تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و روابط جنسی علت این تفاوت باشد. در حیطه محیط هم تفاوت معنی دار آماری بین دو گروه وجود نداشت در مطالعه تم و همکاران نیز تفاوت معنی دار آماری دیده نشد (۳۷).

در حیطه کلی نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌دار دیده نشد. حیطه کلی در این پرسشنامه مجموع چهار حیطه قبلی نیست بلکه جداگانه و با دو سئوال رضایت از سلامت و ارزیابی کلی کیفیت زندگی سنجیده شد. علیرغم وجود مشکلات در هشت هفته بعد از زایمان از سلامت و کیفیت زندگی خود تقریباً راضی بودند که با نتایج مطالعه سیمون و همکارانش هم خوانی دارد (۲۲). در بررسی ابعاد سلامت عمومی در هر چهار حیطه شکایات جسمانی، اضطراب، اختلال کنش اجتماعی، افسردگی، سلامت عمومی در گروه زایمان طبیعی نمرات بهتری را نشان داده و علائم مرضی در گروه زایمان سزارین بیشتر دیده می‌شود.

در مطالعه ای که توسط لوپز[3] و همکاران در اسپانیا با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی GHQ جهت بررسی سلامت عمومی زنان بعد از زایمان سزارین و طبیعی انجام شد تفاوت معنی دار آماری در بین دو گروه دیده نشد و نتیجه گرفتند که سلامت عمومی مادران با نوع زایمان آنان ارتباطی ندارد(۳۸) . در مطالعه رابرتز[4] ۲۰۱۲ جهت بررسی سلامت مادران شرکت کننده در طرح مراقبت پایه ای از پرسشنامه

1. Kolanj
2. Osis
3. Lopez
4. Roberts

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

سلامت عمومی GHQ استفاده شد و مادران شرکت کننده در طرح نمرات بهتری در تمامی زیرشاخه‌ها نشان دادند (۳۹).

هدف از انجام این مطالعه پاسخ به این سئوال بود که کدام نوع زایمان بهتر است زایمان سزارین یا زایمان طبیعی؟ و بررسی مادران در هشت هفته پس از زایمان نشان داد که کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن و همچنین سلامت عمومی در مادران با زایمان طبیعی نمرات بهتر و مطلوب‌تری را نشان می‌دهد؛ و توصیه می‌شود علیرغم تبلیغات موجود با توجه به نتایج مطلوب‌تر زایمان‌های طبیعی بجز در موارد خاص و مورد نظر پزشکان زایمان طبیعی در اولویت قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در این رابطه مطالعاتی با طول مدت بیشتر جهت بررسی مادران انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری و حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، مراکز بهداشتی درمانی شهر خرم آباد، سرکار خانم لیلا بیرانوند، مادران شرکت کننده در پژوهش و کلیه عزیزانی که در تمامی مراحل ما را یاری رساندند تقدیر و تشکر می نماییم.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

References

1. Jamshidi F, Khakbazan Z, Babai Gh, Seyed noori T. Investigation the reseons to choose cesarean section in pregnant women in rasht, hayat nursing presearch .2008;10(22) , 51-60.(In Persian)
2. Farr Sl, Jamieson DJ, Rivera HV, Ahmed Y, Heiling CM. Risk factors for cesarean delivery among Puetro Rican women. Obstet Gynecol .2007; 109(6):1351-1357.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloome SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD,Williams Obstetrics, New York: MC Graw-Hill,22nd ed;2011:865-866.
4. Shariat M, Majlesi F, Azar S,Mahmodi M.Cesarean Section in maternity hospital in Tehran Iran. Payesh Journal of the Iranian institute for health science research. 2002;3(1) :5-10.(In Persian)
5. Cnattingius R, Cnattingius S, Notzon FC. Obstacles to reducing cesarean rates in low cesarean setting: the effect of maternal rate hight and weight.Obstet Gynecol.1998; 92(4):501-506.
6. Black C, Kayoe JA, Jitck H. Cesarean delivery in the united kingdom time trends in the general practice research database. Obstet Gynecol. 2005; 106(1):151-5
7. Khosrovi M, Arnat M, Khadom N, The Assessment of prevalence of cesarean and related factors. Shahid beheshti nursing and midwifery Journal 2006; 58(16):21-27. (In Persian)
8. Amu O. Rajendran S. Boloji I. Maternal Choice alone should not determine method of delivery. Br Med J.1998; 317:466-470.
9. London MB, Hauthj C, Levono KJ, Varne MW, Maternal and paternal outcomes associated with the trial of labor after prior cesarean delivery. Engl Med. 2004:351:2581-2589.
10. Hadizadeh F, Bahri N, Tavakolizadeh J. Postpartom depression after vaginal delivery and emergency cesarean section in primigravidia women. Behbood. 2004; 4(23):21-30. (In Persian)
11. Nimen K, Stephansson O, Ryding E. 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):1-7
12. Dastjerdi M. A survey of indications outcome and complications of cesarean section. Tehran university medical journal of obstetrics gynecology and infertility. 2002; 7(4):74-79. (In Persian)
13. Aram S. Allame Z, Zamani M, Yadegar N. The relative frequency of delivery method in the pregnant women referring to medical centers of Isfahan in 2002. Iranian journal of obstetrics gynecology and infertility 2002:7,8(4) 74-9 .(In Persian)
14. Morradan S.Evaluation of selection of route of delivery and its causes in patients referring to medical centers of semnan from aprill till September 2004. Iranian journal of obstetric gynecology and infertility 2004; 7(2):44-49. (In Persian)
15. Baytur Y. B, Deveci a, Zcakir HT, Kizilkaya S. Mode of delivery and pelvic floor muscle strengh and sexual function after child birth, International journal of

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

gynecology and obstetrics. 2005; 88: 276-277
16. Vazirian A. Cesarean culture. Daed. 2000; 2:54-55 . (In Persian)
17. Mirmohammad A, Khakbazan M, Kazemnejad A, Abbaszadeh F. Comparisone quality of life and depression in women with normal vaginal and highrisk delivery. Hayat Journal of nursing and midwifery. 2006; 13(1): 36-41. (In Persian)
18. Peterson S, Bredow TS, Middle rangetheories. Philadelphia: Lippincott wilkins, 2004; 275.
19. Aghamohammadi T, Eftekhar Ardebili H. Principle of health services 1st ed, Tehran. Andishe rafie, 2005; 66-67. (In Persian)
20. Pesavento F,Marconcini E, Drago D. Quality of life and depression in normal and high risk pregnancy. Analysis of a sample of 100 women. Minerva Gynecol. 2005; 5 (4): 451-460
21. Symon A, Mackay A, Ruta D. Postnatal quality of life: A pilot study using the mother generated index. J Adv Nur. 2003; 42 :(1) 21-29.
22. Rayan KJ, Berkwitz R, Barbien R, Dunaif A. Kisteners Gynecology & women's health 7th ed,Boston Mosby: 1999: 524-530
23. Murray SS. Mckinney ES, Gorrie TM. Foundation of maternal newborn nursing, 3th ed. Philadelphia: sunders company 2002: 463-468.
24. Mackian Sc. What the papers say: Reading therapeutic landscapes of women's health and empowerments in Uganda. Health place Journal. 2008; 14(1):106-1150.
25. Kilic C, Rezaki M, Kaplan I, Ozgan G, Sagduyu A. General health questionnaire (GHQ12 , 28) ,psychometric properties and factor structures of the scales in a Turkish primary care sample. Soc psychiatry psychiatric epidemiol.1997; 32(6):327-331
26. Noorbala AA, baghery Yazdi SA, mohammad K. The validation of general health questionnaire 28 as psychiatric screening tool. Hakim research Lournal.2009; 11(4):47-53. (In Persian)
27. Mental health group of WHO, WHO QOL 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.
28. 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.
29. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparaus women,pediatr print epidemol. 2001; 151(3):232-240.
30. Jansen AY, Duvecot JJ, Hop WC. New insight in to fatigue and health related quality of life after delivery. Acta obstet gynecol scand. 2007; 86(5):579-584.
31. Border N. After the after birth: a critical review post partum general health relative to method of delivery. J Midwifery women health. 2006;51:242-248.
32. Scolt JR, Gibbs RS, Karlan B, Hakay AF.Danforth obstetrics and gynecology. 1st

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]

ed. Philadelphia, Lippincott Williams and wilkins; 2005:446-449.
33. Nikpoor M, Abedian Z, Mokhber N, Ebrahimzadeh S, Khamisi S. Comparision of quality of life in women after vaginal delivery and cesarean section. J Babol univ Med Sci.2011; 3(1): 35-45.
34. Bahrami N.The influence of mode delivery to postpartum quality of life. 8th international congress on obstetrics and gynecology. Tehran, Iran. 2009; 2(3): 5-9.
35. Torkan B, Passay S, lamyan M, Kazemnejad A, Montazery A, Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and cesarean section. BMC pregnancy childbirth. 2009; 9:4-9.
36. Osis MJ, Padua KS, Duart GA, Souza TR, Foundess A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. In J Gynecol obstet. 2001; 75(1):59-66.
37. Tam WH, Lee DT, Chiu HF, Ma Kc, Lee A, Chung Th. A randomized controlled trial of education counseling on the management of women Who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy. BJOG 2003; 110(9): 853-859.
38. Gómez López ME, Morales Carmona F, Aldana Calva E, Gaviño Gaviño F. Delivery or cesarean section and women's emotional condition. Ginecol Obstet Mex. 2008; 76(7):365-372.
39. Roberts D. An evaluation of a community-based basic parenting programme: a two-year follow-up.Community Practitioner. 2012; 85: 27-33

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-04]