مقاله تحقیقاتی

مقایسه کیفیت زندگی مادران تازه زا در زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان‌های منتخب نظامی شهر تهران

یزدان احمدی[1]، *سیمین تاج شریفی‌فر[2]، سید امیرحسین پیشگویی[3]، فاطمه تیموری[4]، مهسا سادات حسینی[5]، مریم یاری[5]

چکیده

مقدمه: یکی از مؤلفه‌های مهم در سلامت و زندگی شاداب، برخورداری مادران از کیفیت بالای زندگی، در فرایند زایمان است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه کیفیت زندگی مادران تازه زا در زایمان طبیعی و سزارین انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۱۱۳ مادر با روش سزارین و زایمان طبیعی در سال ۱۳۹۴ در بیمارستان‌های منتخب نظامی شهر تهران از نظر کیفیت زندگی با هم مقایسه شدند. تعداد ۱۱۳ زن تازه زا و نوزادان آن‌ها که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به روش در دسترس، مورد مطالعه قرار گرفتند. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و با روش آماری تی مستقل انجام شد.

یافته‌ها: میزان کیفیت زندگی در زنان زایمان کرده به روش سزارین (۸/۱۸±۱۰۴/۶۴) بود که به طور معنی‌داری از کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش طبیعی (۸/۰۶±۱۰۷/۸۸) پایین‌تر بود (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که در زایمان طبیعی نسبت به سزارین، کیفیت زندگی بهتر است.

کلمات کلیدی: سزارین، زایمان طبیعی، کیفیت زندگی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال سوم ■ شماره ۴ ■ زمستان ۱۳۹۵ ■ شماره مسلسل ۱۰ ■ صفحات ۲۴۲-۲۴۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۲۰
تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۲۱
تاریخ انتشار: ۹۵/۱۲/۱۵

مقدمه

تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادران و نوزادان به عنوان دو گروه آسیب‌پذیر جامعه اهمیت ویژه‌ای دارد. از این رو ترویج زایمان طبیعی در تمام سطوح نظام بهداشتی و درمانی کشور به عنوان سیاستی اساسی همواره مورد توجه قرار گرفته است (۱). طبق تحقیقات انجام شده در ایران بیش از ۷۰٪ 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 می‌باشد (۲)، در حالی که برخلاف عقاید مادران در غیاب مشکلات خاص، زایمان طبیعی ایمن‌تر از سزارین است. همچنین درد، ضعف، ناتوانی، طول دوره بهبودی (۲) و مشکلات جسمی پس از سزارین نسبت به زایمان طبیعی بیش‌تر است (۳). 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. تفاوت‌های بسیار زیادی در سطح ملی و بین‌المللی در میزان انجام سزارین وجود دارد (۴). نظام پایش و ارزشیابی خدمات باروری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳، آمار مربوط به سزارین را در بیمارستان‌های دانشگاهی در کل کشور ۴۱/۲٪ اعلام کرده و بر اساس آن، سیستان و بلوچستان با ۱۳/۶٪ کمترین و گیلان با ۶۴/۳٪، بیشترین میزان سزارین را

۱ـ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه داخلی و جراحی.
۲ـ کارشناسی ارشد مامایی، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه بهداشت جامعه (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: s_sharififar@yahoo.com
۳ـ دکترای تخصصی پرستاری، استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه داخلی- جراحی.
۴ـ کارشناس ارشد پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه کودکان.
۵ـ دانشجوی کارشناسی پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

داشتند و آمار غیررسمی، این میزان را در بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران، بالاتر از ۸۰ ٪ ذکر می‌کند. این مرکز در سال ۱۳۸۹ میزان سزارین را ۴۸٪ در کل کشور اعلام کرده است که این آمار بر اساس اطلاعات ثبت شده در بیمارستان‌های دانشگاهی بوده و آمار مربوط به بیمارستان‌های خصوصی بالای ۹۰٪ کل زایمان‌ها و حتی در برخی بیمارستان‌ها ۱۰۰٪ گزارش شده است (۵).

افزایش بی رویه و غیرقابل توجیه شیوع سزارین سبب افزایش بار مالی بر نظام‌های سلامت جوامع شده است (۶). به همین دلیل، هم اکنون در کشورهایی با شیوع ۲۰ تا ۳۰ درصدی سزارین، تلاش‌های بسیاری جهت کاهش آن به کار گرفته می‌شود. این در حالی است که شیوع سزارین‌های این کشورها حداکثر یک چهارم شیوع آن در ایران می‌باشد (۷).

عارضه‌ای که ممکن است مادران پس از زایمان به وسیله روش سزارین به آن دچار شوند، افت کیفیت زندگی می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را احساس فرد از وضعیت زندگی خود تعریف کرده است که شامل حیطه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد (۸). اندازه‌گیری کیفیت زندگی و توجه به شرایط زندگی، عوامل محیطی- اجتماعی، دیدگاه‌ها، علایق، اهداف افراد و ارزش‌های جامعه در برنامه‌ریزی ارتقاء سلامت اهمیت به سزایی دارد (۹). مطالعات حاکی از آن است که دوران حاملگی و پس از زایمان سبب ایجاد تغییرات در ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، روحی، اجتماعی می‌شود (۱۰). برخی از مادران در دوره پس از زایمان از خستگی، بی‌حالی، مشکلات خواب، حساسیت در پستان، درد جسمانی، یبوست، مشکلات جنسی و اندوه پس از زایمان رنج می‌برند (۱۱). نتایج مطالعه‌ای که با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان و سلامت عمومی زنان نخست زا در ۷ هفته‌ی اول بعد از زایمان انجام شد، نشان داد زنان با زایمان طبیعی، سلامت عمومی بهتری نسبت زنان با سزارین داشتند(۱۲). نتایج مطالعات دیگر نیز نشان داد که بعضی از ابعاد کیفیت زندگی در دوره‌ی بعد از زایمان در گروه زایمان طبیعی بهتر از سزارین بوده است(۱۳). از آنجایی که بهبود کیفیت زندگی مادران در دوره پس از زایمان ضامن سلامت و بهبود کیفیت زندگی کودک، افراد خانواده و جامعه است؛ سنجش کیفیت زندگی در دوره پس از زایمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و نیاز به شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی مادران از جمله نوع زایمان دارد. لذا پژوهشگر در این مطالعه بر آن است تا به بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی مادران تازه زا در زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان‌های منتخب نظامی شهر تهران بپردازد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی (توصیفی - تحلیلی) است. محیط پژوهش بخش‌های زنان و زایمان بیمارستان‌های منتخب نظامی (خانواده، هاجر، بعثت، چمران و نجمیه) در سال ۱۳۹۴ بود. جامعه هدف پژوهش را کلیه زنان تازه زا در بیمارستان‌های یاد شده تشکیل می‌دادند که معیارهای ورود به مطالعه شامل نخست زا بودن، بومی و ساکن شهر تهران، سن بین ۲۰-۴۰ سال، نداشتن سابقه بیماری طبی- جراحی و مامایی، بارداری تک قلو، نوزاد زنده سالم، ترم و بدون اندیکاسیونهای پزشکی بستری، عدم تجربه رویداد استرس‌زای شدید در طی ۱ ماه گذشته و عدم مصرف سیگار و مواد مخدر را داشتند. پژوهشگر پس از اخذ مجوز از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی ارتش به مراکز تعیین شده مراجعه نموده و با ارائه معرفی نامه از افراد واجد شرایط پژوهش نمونه‌گیری نمود. نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت غیراحتمالی و از نوع آسان در دسترس بود. در این پژوهش نمونه‌گیری در یک بازه زمانی ۴ ماهه (از شهریور تا آذرماه ۹۴) انجام شد و در این مدت مادرانی که به مراکز درمانی فوق جهت زایمان مراجعه کردند، بسته به نوع زایمان تفکیک شدند.

جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت از فرم کوتاه پرسشنامه بررسی سلامت (Short-Form Health Survey questionnaire sf-) استفاده شد. این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود، توسط ویر و شربورن (Wear & Sherbon) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت و ۸ بعد است (هر بعد ۱۰۰ نمره دارد) که عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۴). گذشته از این، SF-۳۶ دو سنجش کلی را نیز از عملکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مؤلفه فیزیکی که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مؤلفه روانی که این مورد

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌نماید. نمره آزمودنی در هر یک از این ابعاد بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تائید قرار گرفته است (۱۱، ۱۲) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است(۱۲). تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحقیق حاضر شامل دو بخش به شرح زیر می‌باشد به منظور توصیف یافته‌ها، از جداول و نمودارهای فراوانی استفاده شد. ضمن اینکه به منظور توصیف بهتر داده‌ها از شاخص‌های مرکزی (میانگین،) و همچنین شاخص‌های پراکندگی (واریانس، انحراف معیار و دامنه تغییرات) بهره گرفته شد. جهت بررسی سؤالات تحقیق از آزمون t مستقل و استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ بر حسب نوع داده‌ها از شاخص‌های آماری آزمون اسمیرنوف کولموگروف برای مشاهده‌ی همگنی نمرات گروه‌های زنان دارای زایمان طبیعی و زنان دارای زایمان سزارین و همچنین آزمون تی وابسته برای مقایسه نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها، توضیح ماهیت، روش و هدف از انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات به دست آمده و اختیار آزمودنی‌ها در ترک مطالعه ازجمله اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بودند.

یافته‌ها

شاخص‌های مرکزی و پراکندگی آزمودنی‌ها در متغیرهای جمعیت شناختی

همان گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید برای گروه زایمان طبیعی، بیشترین فراوانی تحصیلات برای افراد دیپلم ۲۶ (۶۴) و کمترین فراوانی برای تحصیلات زیر دیپلم ۷ (۱۲) می‌باشد. برای گروه با زایمان سزارین بیشترین میزان تحصیلات برای مدارک دانشگاهی و کمترین برای مدرک زیر دیپلم بوده است. در میان زنان خانه‌دار، نسبت به زنان شاغل میزان بیشتری از زایمان سزارین را داشته‌اند؛ و در نهایت میانگین کیفیت زندگی برای زنان دارای زایمان طبیعی (۱۰۷/۸۸) بیشتر از زنان دارای زایمان سزارین (۱۰۴/۶۴) بود.

سنجش نرمال بودن توزیع نمره‌ها

با توجه به اینکه مقدار (z) کالموگروف - اسمیرنوف بین (۱/۹۶+)

جدول ۲- جدول آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	مقدار Z	p
کیفیت زندگی	۱۱۳	۱/۲۱	۰/۰۰۱

جدول ۱- جدول مشخصات جمعیت شناختی زنان زایمان کرده به دو روش سزارین و طبیعی

متغیر		زایمان طبیعی تعداد (تعداد)	زایمان سزارین تعداد (تعداد)	
تحصیلات	زیر دیپلم	۷ (۱۲)	۴ (۷)	X^2=۶ df=۲
	دیپلم	۲۶ (۶۴)	۲۴ (۴۳)	
	دانشگاهی	۲۴ (۴۲)	۲۴ (۴۳)	
شغل مادر	خانه‌دار	۵۳ (۹۳)	۴۷ (۸۴)	X^2=۱ df=۱
	شاغل	۴ (۷)	۹ (۱۶)	
وضع اقتصادی	خوب	۱۹ (۳۳)	۳۸ (۶۷)	X^2=۲ df=۱
	متوسط	۹ (۱۶)	۴۷ (۸۴)	
سن	میانگین	۲۸/۸۴	۲۸/۶۴	Ttest=۰/۲۴۱ df=۱۱۱
	انحراف استاندارد	۴/۱۶	۴/۶۲	
کیفیت زندگی	میانگین	۱۰۷/۸۸	۱۰۴/۶۴	

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

تا (۱/۹۶-) قرار دارند لذا، این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرهاست.

همان گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده (t=۲/۱۱) با درجه آزادی (d.f=۱۱۱) و سطح معناداری (۰/۰۳۷= سطح معناداری) و با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده از (۰/۰۵) کوچک‌تر می‌باشد (P<۰/۰۵) درنتیجه تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار می‌باشد و می‌توان فرض صفر را رد نموده و فرض پژوهش « بین کیفیت زندگی زنان با زایمان طبیعی و زنان زایمان کرده به روش سزارین تفاوت وجود دارد» را با ۹۵ درصد اطمینان مورد تائید قرار دهیم.

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده (t=۲,۷۶۷) با درجه آزادی (df=۱۱۱) و سطح معناداری (۰/۰۰۷ = سطح معناداری) و با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده از (۰/۰۱) کوچک‌تر می‌باشد (P<۰/۰۱) درنتیجه تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار می‌باشد و می‌توان فرض صفر را رد نموده و فرض پژوهش « بین مؤلفه سلامتی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی تفاوت وجود دارد» را با ۹۹ درصد اطمینان مورد تائید قرار دهیم.

همان گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده (t=۱/۵۱۰) با درجه آزادی (d.f=۱۱۱) و سطح معناداری (۰/۱۳۴ = سطح معناداری) و با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده از (۰/۰۵) بزرگ‌تر می‌باشد (P<۰/۰۵) درنتیجه تفاوت از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد و می‌توان فرض صفر را تائید نموده و فرض پژوهش « بین مؤلفه جسمی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی تفاوت وجود دارد» را رد کنیم.

همان گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده (t= -۳/۰۶) با درجه آزادی (df=۱۱۱) و سطح معناداری (۰/۰۰۳=سطح معناداری) و با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده از (۰/۰۱) کوچک‌تر می‌باشد (P<۰/۰۱) درنتیجه تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۹۹ درصد اطمینان معنادار می‌باشد و می‌توان فرض صفر را رد نموده و فرض پژوهش «بین مؤلفه روانی هیجانی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی تفاوت وجود دارد» را با ۹۹ درصد اطمینان مورد تائید قرار دهیم.

همان‌گونه که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌شود مقدار t محاسبه شده (t= ۱/۰۳۶) با درجه آزادی (df=۱۱۱) و سطح معناداری (۰/۳۰۲= سطح معناداری) و با توجه به اینکه سطح معناداری محاسبه شده از (۰/۰۵) بزرگ‌تر می‌باشد (P>۰/۰۵) درنتیجه

جدول ۳- جدول مقایسه کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
زایمان طبیعی	۵۷	۱۰۷/۸۸	۸/۰۶	۲/۱۱	۱۱۱	۰/۰۳۷
زایمان سزارین	۵۶	۱۰۴/۶۴	۸/۱۸			

جدول ۴- جدول مقایسه مؤلفه سلامتی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی

	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامتی	زایمان طبیعی	۵۷	۵,۷۵۴۴	۱,۹۱۱۲۵	۲,۷۶۷	۱۱۱	۰/۰۰۷
	زایمان سزارین	۵۶	۴,۸۹۲۹	۱,۳۴۴۰۶			

جدول ۵- جدول مقایسه مؤلفه جسمی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی

	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
جسمی	زایمان طبیعی	۵۷	۳۱/۵۶۱۴	۷/۵۱۴۳۱	۱/۵۱۰	۱۱۱	۰/۱۳۴
	زایمان سزارین	۵۶	۲۹/۵۱۷۹	۶/۸۴۶۳۴			

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

جدول ۶- جدول مقایسه مؤلفه روانی هیجانی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی

	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
روانی هیجانی	زایمان طبیعی	۵۷	۱۲/۲۱۰۵	۲/۵۳۳۶۱	-۳/۰۶	۱۱۱	۰/۰۰۳
	زایمان سزارین	۵۶	۱۳/۷۴۰۷	۲/۷۳۴۷۲			

جدول ۷- جدول مقایسه مؤلفه سلامت روحی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی

	شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
سلامت روحی	زایمان طبیعی	۵۷	۴۰/۳۱۵۸	۲/۲۲۱۳۱	۱/۰۳۶	۱۱۱	۰/۳۰۲
	زایمان سزارین	۵۶	۳۹/۶۲۵۰	۴/۵۰۶۸۱			

تفاوت از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد و می‌توان فرض صفر را تائید نموده و فرض پژوهش «بین مؤلفه سلامت روحی کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی تفاوت وجود دارد» را رد کنیم.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف تعیین سطح کیفیت زندگی مادران تازه زا در زایمان طبیعی و سزارین در بیمارستان‌های منتخب نظامی شهر تهران انجام شد کیفیت زندگی در تمام مراحل زندگی از جمله دوران حاملگی و پس از زایمان قابل سنجش است و دوره بعد از زایمان زمان انتقالی برای مادر و خانواده او محسوب می‌شود و نیازمند تطابق فیزیکی، روانی و اجتماعی فرد با این دوره می‌باشد (۱۴). در حال حاضر بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی، مورد توجه و خواست مردم و دولت‌ها بوده و اندازه‌گیری آن در برنامه‌ریزی ارتقاء سلامت بسیار اهمیت دارد (۱۴، ۱۵). مطالعه دولتیان و همکاران نشان داد خطر ابتلا به افسردگی در گروه سزارین نسبت به گروه زایمان طبیعی دو برابر است (۱۶). نتایج حاصل از بررسی فرضیه پژوهش حاضر نشان داد که بین سطح کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین و زایمان طبیعی تفاوت وجود دارد و میانگین سطح کیفیت زندگی زنان زایمان طبیعی ۴ تا ۶ هفته بعد از زایمان طبیعی بیشتر از کیفیت زندگی زنان زایمان کرده به روش سزارین می‌باشد. سادات و همکاران در مطالعه‌ای تحلیلی آینده‌نگر گزارش کردند، اگر چه تفاوت معناداری بین مؤلفه‌های کیفیت زندگی دو گروه از زنان با زایمان طبیعی با زایمان سزارین پس از دو ماه وجود نداشت، اما نمره گروه زایمان طبیعی در بعضی از ابعاد به طور معنی دار افزایش یافت (۱۳). همچنین نتایج مطالعه جانسون (Jonson) و همکاران نشان داد که گروه با زایمان طبیعی نمرات کیفیت زندگی بالاتری داشتند. علاوه بر این، مدت زمان متوسط برای رسیدن به بهبود جسمی کامل در گروه زایمان طبیعی ۳ هفته و در گروه سزارین انتخابی ۶ هفته و در گروه سزارین اورژانس بیش از ۶ هفته بود (۴).

خاواجا (Khawaja)، چویری (Choueiry)، ژوردی (Jurdi) هم در مطالعه خود گزارش کردند که با افزایش سن ازدواج، شیوع زایمان سزارین افزایش می‌یابد. هم چنین زنانی که زایمان سزارین داشتند، نسبت به زنان با زایمان طبیعی دارای سلامت عمومی پایین‌تری بودند (۱۷). این تحقیق نشان می‌دهد که توجه دقیق‌تر به سلامت عمومی پس از زایمان و عملکرد جنسی زنانی که تحت سزارین قرار می‌گیرند مورد نیاز است (۱۸)؛ بنابراین با توجه به یافته‌های این پژوهش و همچنین هم‌خوانی داشتن با نتایج سایر مطالعات انجام شده، می‌توان گفت زایمان طبیعی بهترین و کم عارضه‌ترین روش زایمان برای مادر می‌باشد. لذا، جهت افزایش آگاهی مادران و خانواده‌ها باید اقدامات لازم صورت بگیرد.

محدودیت‌های این مطالعه شامل طولانی بودن پرسشنامه‌ها، محدود بودن به شهر تهران و عدم آمادگی مادران تازه زایمان کرده برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود. در همین راستا، نویسندگان این مقاله پیشنهاد می‌نمایند که پژوهش در سطح کشوری و نمونه‌گیری از استان‌های متفاوت انجام شود. با توجه به اینکه امکان تغییراتی در کیفیت زندگی در بازه‌های زمانی متفاوت بعد از زایمان وجود دارد، توصیه می‌شود مطالعاتی با پیگیری طولانی‌تر طراحی و اجرا شود.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از یک طرح تحقیقاتی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی آجا به شماره ثبت ۵۹۳۱۸۷ در تاریخ ۹۴/۰۵/۳۰ به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات کلیه نویسندگان مقاله، مسئولین وقت مراکز درمانی نیروهای مسلح و مادران عزیز که نهایت همکاری را در به ثمر رسیدن این پژوهش داشتند، قدردانی و تشکر می‌نمایم.

References

1- Mosadegh R, Malekiha Z. The survey of normal vaginal and cesarean delivery frequency and reasons for its conduction cesarean associated reasons at isfahan medical university hospitals (2002). J Med Counceil IRI. 2005;20(2):216-20.
2- Ali Mohamadian M, Shariat M, Mahmoudi M, Ramazanzadeh F. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate in maternity hospitals in Tehran, Iran. PAYESH. 2003;159(2):186-91.
3- Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. BMC pregnancy and childbirth. 2009;9(1):4.
4- 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 PMID: 17464587
5- Ministry of Health and Medical Education. The Fertility Assessment Program Family Health Section T-.
6- Garmaroudi G, Eftekhar H, Batebi A. Cesarean section and related factors in Tehran, Iran. Payesh. 2002;159(2):186-91.
7- Khaleghnezhad A, Karimi I. Considering the cost of medical treatment for the insured people of (MSIO) in non-contracted hospitals in the country of iran. Hakim Res J. 2000;3(1):37-27.
8- Peterson S, Bredow T. Middle range theories. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. 643-9 p.
9- Aghamolai T, Eftekhar Ardbili H. Principle of health services. 1 st ed. Tehran: Andish rafie; 2005. 66-77 p.
10- Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2004;103(5 Pt 1):907-12. DOI: 10.1097/01.AOG.0000124568.71597.ce PMID: 15121564
11- Mosadegh R, Malekiha Z. The survey of normal vaginal and cesarean delivery frequency and reasons for its conduction cesarean associated reasons at isfahan medical university hospitals (2002). J Med Counceil IRI. 2005;16(1):85-91.
12- Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of relationship between delivery mode and postpartum quality of life. Iranian J Obstet Gynecol Infertil. 2010;13(3):47-53.
13- Kramer M, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review). Cochrane database system rev. 2002;1:11-2.
14- 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. PMID: 12641808
15- Nissen E, Uvnäs-Moberg K, Svensson K, Stock S, Widström A-M, Winberg J. Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. Early Human Development. 1996;45(1-2):103-18. DOI: 10.1016/0378-3782(96)01725-2
16- Ghasemi S, Azari G, Rahchamani M. [Investigating rate of physical activities and its associated factors in breastfeeding mothers referred to health center]. Payesh. 2010;11:643-9.
17- Khawaja M, Kabakian-Khasholian T, Jurdi R. Determinants of caesarean section in Egypt: evidence from the demographic and health survey. Health Policy. 2004;69(3):273-81. DOI: 10.1016/j.healthpol.2004.05.006 PMID: 15276307
18- Dolatian M, Maziar P, Majd H, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. J Reprod Infertility. 2006;7(3).

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

Comparison of Quality of life in Postpartum Mothers Undergone Cesarean and Vaginal Delivery in Selected Hospitals of Tehran in 2015

Ahmadi.Y[1],*Sharififar. S[2], Pishgooie. SAH[3], Teymori. F[4], Hoseyni. MS[5], Yari. M[5]

Abstract

Introduction: One of the important components of a healthy and comfortable living is high quality of life of mothers in childbirth as well as the assessment of their health, in order to provide guidelines for improving it.

Objective: This study aimed to evaluate and compare the quality of life of mothers in postpartum vaginal delivery and cesarean section.

Materials and Methods: In this causal-comparative study, 113 mothers of newborns undergone cesarean section and normal delivery were compared in terms of quality of life in hospitals of Tehran in 2015. They were chosen from postpartum women and their newborns in hospitals including Family, Mission, Najmieh and Chamran and Hahr, who met the inclusion criteria, using the available sampling method. Statistical analysis was conducted using SPSS version 22 and independent t-test.

Results: The mean quality of life in women who had undergone vaginal and cesarean delivery was 104.64 ± 8.18 and 107.88 ± 8.06, respectively, which had a significant difference (P< 0.05).

Discussion and Conclusion: This study showed that vaginal delivery compared with caesarean creates better quality of life.

Keywords: Cesarean section, Quality of life, Vaginal delivery.

[Downloaded from mcs.ajaums.ac.ir on 2024-03-29]

[DOI: 10.18869/acadpub.mcs.3.4.242]

Ahmadi Y,Sharififar S, Pishgooie SAH, Teymori F, Hoseyni MS, Yari M. Comparison of Quality of life in Postpartum Mothers Undergone Cesarean and Vaginal Delivery in Selected Hospitals of Tehran in 2015. Military Caring Sciences. 2017; 3 (4). 242-248.
Submission: 9/6/2016 Accepted: 11/12/2016 Published: 5/3/2017

1- MSc Student in Nursing, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing.
2- (*Corresponding author) MSc in Midwifery, Instructor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Community Health Department. Email: s_sharififar@yahoo.com
3- PhD in Nursing, Assistant Professor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Medical-Surgical Department.
4- MSc in Nursing, Instructor, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Pediatric Department.
5- BSc in Nursing, Iran, Tehran, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing.