

بررسی تأثیر نوع زایمان بر کیفیت زندگی زنان (مطالعه موردی: شهر دماوند)

فیروزه مهدیانی^۱، کیانوش هاشمیان^۲، خدیجه ابوالمعالی الحسینی^۳

^۱ کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

^{۲و۳} گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ایران

چکیده

تحولات ایجاد شده پس از زایمان می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان تأثیرگذار باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر نوع زایمان بر کیفیت زندگی زنان بود. در این پژوهش علی - مقایسه‌ای کیفیت زندگی ۹۱ زن پس از زایمان طبیعی (۳۰ نفر) و زایمان سزارین (۶۱ نفر) در شهر دماوند در دو مرحله ۷-۵ هفته و ۱۶-۱۴ هفته پس از زایمان ارزیابی و مقایسه گردید. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی که تلفیقی از پرسشنامه SF-36 و WHO QOL بود، بررسی شد. پایایی پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ (۰/۹۵) و روایی آن به روش آزمون - باز آزمون (ضریب همبستگی ۰/۵۴) تأیید گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد گروه زایمان طبیعی (میانگین نمره ۱۵۱/۲۰) در مقایسه با گروه سزارین (میانگین نمره ۱۴۶/۷۰) کیفیت زندگی بالاتری داشت ($P=0/042$). بعد عملکرد اجتماعی - اقتصادی کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی در مقایسه با گروه سزارین بهتر بود ($P=0/014$ ، $32/70$)، اما در ابعاد عملکرد جسمی، روانی و سلامت عمومی تفاوت معناداری بین دو گروه یافت نشد ($P>0/05$). همچنین کیفیت زندگی در گروه زایمان طبیعی در مرحله اول و دوم پس از زایمان تفاوت معناداری نداشت ($P=0/571$) ولی در گروه سزارین کیفیت زندگی بعد از گذشت ۱۶-۱۴ هفته از زایمان به‌طور معناداری افزایش یافت ($P=0/046$).

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، زایمان سزارین، زایمان طبیعی.

۱- مقدمه

کیفیت زندگی احساس و ادراک فرد از موقعیت خود و زندگی تعریف شده است که در فرهنگ و نظام‌های ارزشی فرد مرتبط با اهداف، انتظارات و ارتباطات و نیازهای او می‌باشد (۱). سازمان بهداشت جهانی از مفهوم کیفیت زندگی به‌عنوان شاخصی برای ارزیابی موفقیت برنامه‌های بهداشتی - رفاهی و اندازه‌گیری وضعیت سلامت، سودمندی درمان و توصیف نتایج کلی تشخیص و درمان استفاده می‌کنند (۲). کیفیت زندگی مربوط به سلامت، در برگیرنده سلامت و توانایی عملکرد فردی می‌باشد و نشان دهنده تأثیرات بیماری و درمان در زندگی و ادراک فرد از آن است و اشاره به ادراک یک شخص یا گروه از سلامت جسمی و روانی خویش در هر زمان دارد. هفت حیطه شامل عملکرد جسمی، ایفای نقش، درد، راهبرد مقابله، وضعیت خواب، وضعیت خانوادگی و درک کلی از سلامت را برای بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مطرح شده است (۳).

بارداری یک دوره گذار با تغییرات فیزیکی و عاطفی مهم است (۱). حتی در بارداری‌های بدون عارضه، این تغییرات می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان باردار، سلامت مادر و نوزاد تأثیر بگذارد (۴-۱۱). تجربیات مادران از مشکلات پس از زایمان بر کیفیت زندگی او و فرزندش تأثیرگذار است (۱۲). متخصصان بهداشت در زمینه سلامت مادر و کودک قبل از تولد سعی می‌کنند رضایت بیماران خود را با توجه به تجربه آن‌ها در دوران قبل از بارداری جلب کنند (۷). ارزیابی معیارهای پیامد حاملگی مانند میزان عوارض و مرگ و میر که به‌طور سنتی مورد بررسی قرار می‌گرفتند، ضروری هستند اما به خودی خود کافی نیستند زیرا سلامت جمعیت باید نه تنها بر اساس نجات جان افراد، بلکه از نظر بهبود کیفیت زندگی ارزیابی شود (۱۳ و ۱۴). زنان پس از زایمان با اختلالات جسمی و روانی متعددی روبرو هستند. تقریباً ۴۰ درصد از زنان باردار در سراسر جهان هر ساله از مشکلات سلامتی در دوران بارداری یا پس از زایمان رنج می‌برند و ۱۱ درصد از عوارض طولانی مدت یا شدید رنج می‌برند که گاهی تا پایان عمر ادامه می‌یابد (۱۵).

بر اساس تجربیات محققان، بسیاری از مادران و در واقع پزشکان، زایمان سزارین را به زایمان طبیعی ترجیح می‌دهند، زیرا معتقدند این زایمان راحت‌تر است و مادران پس از زایمان احساس سلامتی بیشتری داشته و کیفیت زندگی بهتری را تجربه خواهند کرد (۱۶). از سوی دیگر سزارین نسبت به زایمان طبیعی با میزان مرگ و میر و عوارض مادری بالاتری همراه و هزینه بالاتری را به خانواده بیمار تحمیل می‌کند؛ بنابراین انجام تحقیقاتی که بتواند جنبه‌های مختلف این مسئله را بررسی نماید ضروری به نظر می‌رسد. از جمله این تحقیقات می‌تواند بررسی کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان طبیعی و سزارین باشد که در این مطالعه به آن پرداخته شده است.

روش کار

پژوهش حاضر علی-مقایسه‌ای یا پس رویدادی است که در بیمارستان سوم شعبان دماوند انجام شد. جامعه آماری کلیه زنانی بودند که در بیمارستان سوم شعبان دماوند زایمان کردند و بعد از کسب مجوز از شبکه بهداشت و درمان بیمارستان دماوند و هماهنگی با مسئول بیمارستان وارد مطالعه شدند. در این پژوهش نوع زایمان، زایمان طبیعی بدون استفاده از ابزار کمکی تعریف شد و زایمان سزارین شامل موارد سزارین اورژانس و انتخابی بود. با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۹۱ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و از آنجا که در جامعه آماری توزیع دو گروه یکسان نبود با استفاده از روش درصدگیری تعداد ۳۰ نفر با زایمان سزارین و ۶۱ نفر با زایمان طبیعی در پژوهش وارد شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال در زمان زایمان، تجربه فقط یک نوع زایمان و داشتن حداکثر یک سقط، دریافت مراقبت‌های بارداری قبل از زایمان، اعلام موافقت برای همکاری در پژوهش و ارائه تلفن تماس جهت پیگیری آنان بود. افراد با داشتن سابقه زایمان مشکل یا زایمان ابزاری، سابقه به دنیا آوردن جنین مرده، بچه عقب افتاده یا بیمار، سابقه بیماری عمومی، ناتوانی، مصرف دارو، مشکلات عمده روان‌پزشکی، داشتن استرس ناشی از تجربه از دست دادن یکی از اعضای خانواده، طلاق و مشکلات خانوادگی از مطالعه خارج شدند.

کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان در چهار عملکرد جسمی، عملکرد روانی، عملکرد اجتماعی-اقتصادی و مقوله سلامت عمومی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی در دو مرحله بعد از زایمان ارزیابی شد. مرحله اول در ۷-۵ هفته بعد از زایمان یعنی زمانی که تغییرات فیزیولوژیکی و هورمونی بدن زنان تا حدود زیادی پسرقت نموده و مرحله دوم در ۱۶-۱۴ هفته بعد از زایمان که زنان از لحاظ تغییرات جسمی و روانی به وضعیت پایدار قبل از زایمان بسیار نزدیک شده‌اند، انجام شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی بود. این پرسشنامه تلفیقی از پرسشنامه SF-36 و WHO QOL می‌باشد که کیفیت زندگی را در ۴ بعد عملکرد جسمی، عملکرد روانی، عملکرد اجتماعی-اقتصادی و سلامت عمومی می‌سنجد.

پرسشنامه SF-36 یا فرم کوتاه ارزیابی سلامتی یک ابزار کاملاً شناخته شده عمومی برای ارزیابی کیفیت زندگی خصوصاً کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی است. پرسشنامه WHO QOL نیز با همکاری سازمان بهداشت جهانی و ۱۵ مرکز بین‌المللی تهیه شده است و در واقع یک معیار سنجش بین‌المللی است و در حال حاضر برای تحقیقات کیفیت زندگی در بین فرهنگ‌ها و ملل مختلف استفاده می‌شود (۱۷).

پرسشنامه SF-36 و WHO QOL حاوی ۴۰ سؤال است که ۱۳ سؤال آن مربوط به کیفیت زندگی از بعد عملکرد جسمی، ۱۴ سؤال آن مربوط به کیفیت زندگی از بعد روانی، ۹ سؤال آن مربوط به کیفیت زندگی از بعد اقتصادی-اجتماعی و ۴ سؤال آن مربوط به کیفیت زندگی از بعد سلامت عمومی است و برحسب مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از خیلی زیاد (امتیاز پنج) تا به هیچ وجه (امتیاز یک) نمره‌گذاری شده است. نمره کلی فرد از مجموع پاسخ‌ها به دست می‌آید و نمرات بیشتر به معنای کیفیت زندگی بهتر هستند. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۴ توسط حاتمی پور مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار صوری و محتوی آن توسط متخصصین تعریف و تأیید شده است. (۱۸). در پژوهش حاضر نیز برای ارزیابی پایایی و روایی پرسشنامه از روش آزمون-باز آزمون توسط ۳۰ نفر مشابه با جامعه آماری مورد نظر استفاده شد و با تعیین مقدار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب همبستگی ۰/۵۴ روایی و پایایی پرسشنامه تأیید شد.

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید و سطح معناداری ۵ درصد در نظر گرفته شد. در راستای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مانوا (MANOVA) و آزمون تی تست (t test) استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۶۱ بیمار با زایمان طبیعی و ۳۰ بیمار با زایمان سزارین انتخاب شدند. نتایج ارزیابی کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه در جدول ۱ نشان داده شده است. مشاهده گردید گروه زنان پس از زایمان طبیعی نسبت به گروه زنان پس از سزارین کیفیت زندگی بالاتری دارند (۱۵۱/۲۰ در برابر ۱۴۶/۷۰، $P=۰/۰۴۲$).

بین کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان و سزارین از بعد جسمی ($P=۰/۰۵۳$)، بعد روانی ($P=۰/۰۹۴$) و سلامت عمومی ($P=۰/۰۵۹$) تفاوت معنادار وجود نداشت؛ اما کیفیت زندگی زنان در بعد اجتماعی-اقتصادی با توجه به نوع زایمان تفاوت معنادار داشت ($P=۰/۰۱۴$) و زنان در گروه زایمان طبیعی (میانگین نمره ۳۴/۱۸) نسبت به گروه سزارین (میانگین نمره ۳۲/۷۰) از نظر بعد اجتماعی-اقتصادی کیفیت زندگی بالاتری دارند.

جدول ۱- مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان با زایمان طبیعی و سزارین

سطح معنی داری	گروه زایمان طبیعی		گروه زایمان سزارین		متغیر
	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۰۴۲	۲۳/۹۱	۱۵۱/۲۰	۱۸/۴۳	۱۴۶/۷۰	کیفیت زندگی
۰/۰۵۳	۸/۳۶	۴۸/۷۲	۶/۵۵	۴۸/۱۳	عملکرد جسمی
۰/۰۹۴	۹/۷۹	۵۳/۷۷	۷/۶۳	۵۰/۷۷	عملکرد روانی
۰/۰۱۴	۶/۰۳	۳۴/۱۸	۵/۳۵	۳۲/۷۰	عملکرد اجتماعی - اقتصادی
۰/۰۵۹	۳/۶۶	۱۴/۵۲	۲/۹۶	۱۵/۱۰	سلامت عمومی

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین کیفیت زندگی زنان با زایمان طبیعی در دو مرحله سنجش (بعد از ۷-۵ هفته و بعد از ۱۶-۱۴ هفته از زایمان) تفاوت معنادار وجود ندارد ($P=۰/۵۷۱$) اما کیفیت زندگی در مرحله دوم سنجش در زنان با زایمان سزارین نسبت به مرحله اول سنجش بالاتر بود ($P=۰/۰۴۶$) و این زنان بعد از گذشت ۱۶-۱۴ هفته (میانگین نمره ۱۵۵/۷۰) نسبت به ۷-۵ هفته (میانگین نمره ۱۴۶/۷۰) از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند.

جدول ۲- مقایسه کیفیت زندگی در زنان با زایمان طبیعی و زایمان سزارین در دو مرحله سنجش

سطح معنی داری	گروه زایمان طبیعی		سطح معنی داری	گروه زایمان سزارین		مرحله سنجش
	انحراف استاندارد	میانگین		انحراف استاندارد	میانگین	
۰/۵۷۱	۲۳/۹۱	۱۵۱/۲۰	۰/۰۴۶	۱۸/۴۳	۱۴۶/۷۰	اول
	۲۱/۹۴	۱۵۰/۲۳		۲۲/۰۲	۱۵۵/۷۰	دوم

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که به‌طور کلی کیفیت زندگی زنان پس از زایمان طبیعی به‌طور معنی‌داری بالاتر از زایمان سزارین می‌باشد. مشابه مطالعه حاضر، مقایسه کیفیت زندگی توسط ترکان و همکاران (۱۳۸۴) در زایمان طبیعی و سزارین و جانسون و همکاران (۲۰۰۷) در زایمان طبیعی، سزارین انتخابی و سزارین اورژانسی نتایج یکسانی گزارش شده است (۱۹ و ۲۰). باروز و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند در مقایسه با زایمان طبیعی، در زایمان سزارین عوارض مادری افزایش چشمگیری پیدا می‌کند که این عوارض به علت عفونت‌های تنفسی، خونریزی و لخته شدن خون در رگ‌ها رخ می‌دهد (۲۱). همچنین سزارین عوارض دیررسی نیز دارد که انسداد روده ناشی از چسبندگی‌ها و باز شدن محل برش جراحی در حاملگی‌های بعدی و افزایش احتمالی رحم برداری از جمله این عوارض است (۲۲). این عوامل کیفیت زندگی پس از زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در بعد عملکرد جسمی و روانی بین کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان و سزارین تفاوت معناداری مشاهده نشد. این یافته همسو با نتایج مطالعه مک آرتور و همکارانش (۲۰۰۲) در بررسی کیفیت زندگی زنان در ابعاد جسمانی و روانی ۴ ماه بعد از زایمان می‌باشد (۲۳) اما با نتایج پژوهش ترکان (۱۳۸۴) و جانسون (۲۰۰۷) در بعد عملکرد جسمانی کیفیت زندگی همخوانی ندارد (۱۹ و ۲۰).

به‌طور کلی دوره پس از زایمان برای یک زن خصوصاً در هفته‌ها و ماه‌های بعد از زایمان می‌تواند زمان مناسبی برای آسیب‌پذیری جسمانی و عاطفی باشد. به هم خوردن چرخه‌های خواب، مراقبت از نوزاد و به‌ویژه عوارض ناشی از زایمان دشوار یا جراحی سزارین، استراحت ناکافی و خستگی در این دوران وجود دارد اما این مسائل الزاماً مشکل محسوب نمی‌شوند. اکثر مادرانی که از تولد کودک بسیار خوشحال می‌شوند ممکن است از اینکه فرزندى به دنیا آورده‌اند و می‌توانند او را تربیت کنند، احساس افتخار کنند. ورود یک فرد جدید به خانواده در شیوه زندگی عادت‌ها و روابط مادران تغییراتی ایجاد می‌کند اما این شرایط الزاماً بدتر از شرایط قبلی نیست (۲۲).

بین کیفیت زندگی زنان در بعد عملکرد اجتماعی - اقتصادی با توجه به نوع زایمان تفاوت معنادار مشاهده گردید به‌طوری‌که کیفیت زندگی زنان در بعد عملکرد اجتماعی - اقتصادی پس از زایمان طبیعی نسبت به زنانی که سزارین شدند بالاتر گزارش شد. نتیجه مشابه توسط ترکان و همکاران (۱۳۸۴) نیز گزارش شده است (۱۹). سزارین عوارض زودرس و دیررس بیشتری نسبت به زایمان طبیعی دارد. حتی خطر مرگ و میر بعد از سزارین در مطالعات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است. مطالعه هارپت و همکارانش در سال ۲۰۰۳ خطر مرگ به دنبال سزارین را ۴ برابر گزارش کرده است (۱). در مطالعه هال و بیولی در سال ۱۹۹۹ خطر مرگ و میر مادر حتی به دنبال سزارین انتخابی سه برابر بود (۲). همچنین عوارض مادری در سزارین نسبت به زایمان در مطالعات متعددی بالاتر گزارش شده است (۲۱ و ۲۴). به دلیل تمام این عوارض و نیز افزایش زمان بهبودی، هزینه سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی، دو برابر افزایش پیدا می‌کند (۲۵)؛ بنابراین با توجه به دلایل ذکر شده می‌توان انتظار داشت که بعد عملکرد اجتماعی-اقتصادی کیفیت زندگی در زنانی که سزارین شده‌اند نسبت به زنانی که زایمان طبیعی کرده‌اند پایین‌تر گزارش شود. بعد عملکرد اجتماعی - اقتصادی کیفیت زندگی زنان بعد از تولد نوزادشان از آن جهت حائز اهمیت است که می‌تواند بر عملکرد اجتماعی، اقتصادی خانواده و نیز جامعه تأثیرگذار باشد؛

بنابراین در مواردی که روش‌های درمانی و دارویی متفاوت نتایج یکسانی را از لحاظ درمان بیماری به دنبال دارند، بهتر است روشی برگزیده شود که هزینه کمتری را به بیمار و خانواده وی و همچنین جامعه تحمیل نماید. کیفیت زندگی زنان در بعد سلامت عمومی با توجه به نوع زایمان تفاوت معنادار نداشت. از دید پژوهشگران علت این امر می‌تواند پیشرفت قابل توجهی در تکنیک‌های جراحی و بی‌هوشی نسبت به سال‌های گذشته باشد. این پیشرفت‌ها باعث شده است که عوارض ناشی از جراحی و بیهوشی به دنبال سزارین تا حد زیادی کاهش یابد. از سوی دیگر در این مطالعه زنانی وارد شدند که سابقه بیماری‌های جسمی و روانی قبلی نداشتند، تعداد حاملگی‌ها محدود (۱ یا ۲ بارداری) بود و در طی بارداری مشکلاتی را تجربه نکردند که این عوامل در زایمان سزارین و تکرار مکرر آن‌ها می‌تواند بر سطح سلامت عمومی مؤثر باشد. دلیل سوم در تعریف واژه کیفیت زندگی نهفته است. کیفیت زندگی احساس و ادراکی است که شخص با توجه به زمینه فرهنگی، نیازها و انتظاراتش از وضعیت و شرایط خود دارد. چه بسا که یک عامل ویژه مانند نوع زایمان برای یک شخص با توجه به شرایط زندگی و نیازها و انتظاراتش به معنای ارتقاء کیفیت زندگی در ابعاد مختلف آن و برای شخص دیگر با شرایط زندگی و نیازها و انتظارات متفاوت به معنای کاهش کیفیت زندگی وی تلقی شود. بنابراین در بررسی شاخص کیفیت زندگی در تمام ابعاد باید این مطلب در نظر گرفته شود که ملاک ارزیابی، احساسی است که خود شخص نسبت به شرایط فعلی خود دارد.

یافته دیگر مطالعه حاضر عدم تفاوت معنادار در کیفیت زندگی زنانی که زایمان طبیعی داشته‌اند در دو مرحله سنجش بود. در این زنان کیفیت زندگی در دو مرحله تفاوت چشمگیری نداشت. نتایج همسو با مطالعه حاضر توسط آقامحمدی و همکاران (۱۳۸۵) گزارش شده است (۲۶) اما در پژوهش ترکان و همکاران (۱۳۸۴) کیفیت زندگی در مرحله دوم سنجش در بعضی ابعاد کیفیت زندگی بالاتر گزارش گردید (۱۹). از سوی دیگر در زنان با زایمان سزارین در مرحله اول میانگین کیفیت زندگی به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از مرحله دوم ارزیابی بود. این یافته در مطالعه ترکان و همکاران (۱۳۸۴) نیز گزارش شده است (۱۹). افزایش کیفیت زندگی زنان بعد از زایمان سزارین شاید به این دلیل باشد که زنان بعد از سزارین از مراقبت‌های بیشتر و حمایت بیشتر خانواده و اطرافیان برخوردار می‌شوند که این خود می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی آنان در مرحله دوم سنجش نقش داشته باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر و با در نظر گرفتن کیفیت زندگی زنان پس از زایمان، زایمان طبیعی به‌عنوان اولین انتخاب جهت تولد نوزاد پیشنهاد می‌شود؛ اما از آنجاکه شاخص کیفیت زندگی به احساس و ادراک شخص توجه دارد و افراد در موقعیت‌ها و شرایط مختلف با توجه به فرهنگ ارزشی خود و انتظارات و نیازهایشان در مورد کیفیت زندگی خود اظهار نظر می‌کنند، می‌توان به حق زنان در انتخاب آگاهانه نوع زایمان احترام گذارد. در راستای این پژوهش پیشنهاد می‌شود که در جلسات مشاوره قبل از زایمان در جهت تصمیم‌گیری برای انتخاب نوع زایمان بر این نکته تأکید گردد که شاخص کیفیت زندگی در زنان زایمان طبیعی نسبت به زایمان سزارین بالاتر است و در جلسات مشاوره و معاینه قبل از زایمان بر افزایش آگاهی، ارائه تکنیک‌های قبل از زایمان و اصلاح باورهای غلط از زایمان و عوارض آن تلاش گردد.

منابع

۱. رحیمی م. بررسی رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و کیفیت زندگی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز. ۱۳۸۶.
2. Thatcher N, Girling DJ, Hopwood P, Sambrook RJ, Qian W, Stephens RJ, Medical Research Council Lung Cancer Working Party. Improving survival without reducing quality of life in small-cell lung cancer patients by increasing the dose-intensity of chemotherapy with granulocyte colony-stimulating factor support: results of a British Medical Research Council Multicenter Randomized Trial. *Journal of clinical oncology*. 2000 Jan 1;18(2):395-.
3. Fletcher A, Gore S, Jones D, Fitzpatrick R, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. II: Design, analysis, and interpretation. *BMJ: British Medical Journal*. 1992 Nov 7;305(6862):1145.
4. Bourgoin E, Callahan S, Séjourné N, Denis A. Image du corps et grossesse : vécu subjectif de 12 femmes selon une approche mixte et exploratoire. *Psychol Fr*. 2012;57:205-13.
5. Da Costa D, Dritsa M, Larouche J, Brender W. Psychosocial predictors of labor/delivery complications and infant birth weight: a prospective multivariate study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21:137-48.
6. Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Cullen C, Schanberg S, Kuhn C. Prepartum, postpartum, and chronic depression effects on newborns. *Psychiatry*. 2004;67:63-80.
7. Ibanez G, Blondel B, Prunet C, Kaminski M, Saurel-Cubizolles M-J. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: findings from the 2010 French National Perinatal Survey. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015;63:85-95.
8. Graignic-Philippe R, Tordjman S. Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant. *Arch Pédiatrie*. 2009;16:1355-63.
9. Chang S-R, Kenney NJ, Chao Y-MY. Transformation in self-identity amongst Taiwanese women in late pregnancy: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47:60-6.
10. Symon A, MacDonald A, Ruta D. Postnatal quality of life assessment: introducing the Mother-Generated Index. *Birth*. 2002 Mar;29(1):40-6.
11. Dolatian M, Maziar P, Majd HA, Yazdgerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2006 Oct 1;7(3).
12. Cheng CY, Li Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Women's Health Issues*. 2008 Jul 1;18(4):267-80.
13. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HMA. Systematic review of quality of life measures in pregnant and postpartum mothers. *Appl Res Qual Life*. 2013;8:219-50.
14. World Bank. *World Dev Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press. © World Bank; 1993. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>
15. Rezaei N, Tavalaei Z, Sayehmiri K, Sharifi N, Daliri S. The relationship between quality of life and methods of delivery: a systematic review and meta-analysis. *Electronic physician*. 2018 Apr;10(4):6596.

16. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of relationship between delivery mode and postpartum quality of life. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010;13(3):47-53.
۱۷. پیغمبر دوست ر. بررسی تاثیر مشاوره تلفنی پس از زایمان بر کیفیت زندگی زنان با زایمان طبیعی در بیمارستان رازی شهرستان مرند در سال ۱۳۸۶، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه تهران. ۱۳۸۶.
۱۸. رضایی لویه ح. بررسی تاثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجایی تهران ۸۶-۱۳۸۵، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. ۱۳۸۶.
۱۹. ترکان ب. بررسی مقایسه ای کیفیت زندگی مادران در دو روش زایمان طبیعی و سزارین، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۴.
20. Jansen AG, Essink-Bot ML, Duvekot JJ, van Rhenen DJ. Psychometric evaluation of health-related quality of life measures in women after different types of delivery. *Journal of psychosomatic research*. 2007 Sep 1;63(3):275-81.
21. Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2004 May 1;103(5):907-12.
22. Karlan BY, Haney F. *Danforth's Obstetrics & Gynecology tenth ed*. 27: 492-493
23. MacArthur C, Winter HR, Bick DE, Knowles H, Lilford R, Henderson C, Lancashire RJ, Braunholtz DA, Gee H. Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *The lancet*. 2002 Feb 2;359(9304):378-85.
24. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *Jama*. 2000 May 10;283(18):2411-6.
25. Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2001 Feb 1;108(2):149-57.
۲۶. آقا محمدی ل. بررسی کیفیت زندگی در دو گروه مادران شش تا هشت هفته و شش تا هشت ماه پس از زایمان در مراکز بهداشتی منطقه غرب تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۱۳۸۵.