

وضعیت ناخوشی‌های پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن، گناباد - ۱۳۹۵

دکتر نرجس بحری^۱، آرزو داوری نیا مطلق قوچان^{۲*}، فریده عطار^۳،
فاطمه هادیزاده طلاسا^۴، نسرین بحری^۴

۱. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۲. کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۳. کارشناس مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران.
۴. کارشناس ارشد مامایی، مرکز بهداشت شماره سه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۱/۰۵

خلاصه

مقدمه: ناخوشی‌های پس از زایمان به‌عنوان یکی از مشکلات بهداشتی در سطح جهان مطرح هستند که اطلاعات اندکی در مورد فراوانی و نوع آنها در جوامع مختلف وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت ناخوشی‌های پس از زایمان و عوامل مرتبط با آن در شهر گناباد انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال‌های ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۱۵۸ نفر از زنانی که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز سلامت جامعه شهر گناباد مراجعه کرده بودند، انجام شد. پرسشنامه مشخصات فردی و باروری مقیاس سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ28) در طی دوران بارداری و پرسشنامه سنجش ناخوشی‌های پس از زایمان جهت سنجش عوارض دو ماه پس از زایمان تکمیل شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف و کای اسکوتر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: شایع‌ترین مشکلات پس از زایمان به ترتیب درد محل برش سزارین (۶۹٪)، خستگی (۵۰٪)، کمردرد (۴۶/۵٪)، درد محل اپی‌زیاتومی (۴۶/۵٪) و اختلالات خواب (۴۴/۴٪) بودند. بین شیوع سردرد با روش تغذیه نوزاد ($p=0/038$)، یبوست با سن پایین‌تر ($p=0/027$)، نفخ و روش زایمان ($p=0/018$)، سن بالاتر و درد محل برش سزارین ($p=0/017$)، سن کمتر و درد محل اپی‌زیاتومی ($p=0/008$)، تکرر ادرار و شغل مادر ($p=0/029$)، زخم نیپل و سن کمتر ($p=0/013$)، زخم نیپل و شیردهی انحصاری ($p=0/040$) و سوزش ادرار و وزن نوزاد ($p<0/0001$) ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: درد محل سزارین، خستگی، کمردرد، درد محل اپی‌زیاتومی و اختلالات خواب، شایع‌ترین ناخوشی‌های پس از زایمان هستند. با توجه به شیوع نسبتاً بالای این مشکلات توصیه می‌شود که ارزیابی و مراقبت‌های دقیق پس از زایمان با تمرکز بر تشخیص و درمان این ناخوشی‌ها انجام شود.

کلمات کلیدی: دوره پس از زایمان، زایمان طبیعی، سزارین

* نویسنده مسئول مکاتبات: آرزو داوری نیا مطلق قوچان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران. تلفن: ۰۵۳۳-۷۲۲۳۰۲۸
پست الکترونیک: a.davarinia@yahoo.com

مقدمه

ارتقای سلامت مادران و کاهش مرگومیر مادری، پنجمین هدف از اهداف هشتگانه توسعه هزاره می‌باشد و برای دستیابی به این هدف، توجه به علل شایع افزایش مورتالیتی و موربیدیتی مادران طی دوران باردای و پس از زایمان بسیار مهم است (۱). سازمان جهانی بهداشت، ناخوشی‌های پس از زایمان را عوارضی تعریف کرده است که در طی ۶ هفته اول پس از زایمان روی می‌دهند و بر این نکته تأکید کرده است که اگرچه این عوارض بسیار شایع هستند، اما اطلاعات اندکی در مورد شیوع و نوع آنها وجود دارد (۲).

برخی محققین ناخوشی‌های پس از زایمان را به یک کوه یخ تشبیه کرده‌اند که مرگومیر مادری پس از زایمان تنها نوک این کوه یخ را نشان می‌دهد و تخمین زده می‌شود که به ازای هر یک مورد مرگ مادری، حدود ۲۰-۳۰ زن از عوارض پس از زایمان رنج می‌برند (۲). برخی گزارشات دیگر نیز حاکی از ابتلای سالانه ۱۵-۲۰ میلیون زن به ناخوشی‌های پس از زایمان و عوارض و معلولیت‌های طولانی مدت ناشی از آن در سرتاسر جهان می‌باشد (۳).

ناخوشی‌های پس از زایمان شامل عوارضی مانند عفونت، آمی، پارگی‌های پرینه، عفونت دستگاه ادراری و افسردگی می‌باشند. برخی دیگر از ناخوشی‌های پس از زایمان، مشکلات و عوارض طولانی‌مدت نظیر بی‌اختیاری ادراری، فیستول‌ها، بیماری التهابی لگن، پرولاپس لگن، هیپرتانسیون، هموروئید، آسیب‌های عصبی و نازایی هستند (۴) و همچنین ارتباط ناخوشی‌های پس از زایمان با پیامدهای نامطلوب نوزادی نیز گزارش شده است (۵).

ناخوشی‌های پس از زایمان، یکی از مشکلات پیچیده بهداشتی در برخی از جوامع می‌باشد. در مطالعه سینک و همکار (۲۰۱۴)، ۳۹/۸٪ از زنان به مدت حداقل یک هفته طی دوره پس از زایمان از مشکلاتی نظیر دردهای شکمی، تب بالا، ترشحات واژینال، خونریزی شدید، سردردهای شدید یا تشنج رنج می‌بردند (۶). در مطالعه فردوس (۲۰۱۲) در داکا، بیشتر از سه چهارم زنان، بیماری‌های خفیف طی دوره نقاهت پس از زایمان را

گزارش کردند (۳). ویاس و همکاران (۲۰۱۶) شیوع ناخوشی‌های پس از زایمان در یک منطقه روستایی هندوستان را در حدود ۴۸/۹٪ گزارش کردند که شایع‌ترین این ناخوشی‌ها، کمردرد و درد پرینه بود. آنها گزارش کردند که عواملی نظیر شغل، محل زایمان و روش زایمان با انواع ناخوشی‌های پس از زایمان مرتبط است (۲). رادمهر و همکاران (۲۰۱۳) شیوع مشکلات سلامتی زنان ایرانی در شهر دزفول را ۵۴/۵٪ گزارش کردند (۷). روحی و همکاران (۲۰۱۲) نیز در بررسی زنان مهابادی مشکلاتی نظیر کمردرد، سردرد، خستگی و مشکلات خواب را پس از زایمان گزارش کردند (۸).

از آنجایی که میزان فراوانی و نوع عوارض پس از زایمان در جمعیت‌های مختلف متفاوت می‌باشد و با توجه به اهمیت آگاهی از میزان فراوانی انواع ناخوشی‌های پس از زایمان جهت طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیری از این عوارض؛ مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت ناخوشی‌های پس از زایمان و شناسایی عوامل مرتبط با آن در شهر گناباد انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال‌های ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۱۵۸ نفر از زنانی که جهت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز سلامت جامعه شهر گناباد مراجعه کرده بودند، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای برآورد نسبت در جامعه با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵٪ و خطای نمونه‌گیری ۵٪ و با توجه به نتایج مطالعه روحی و همکاران (۸) که در مطالعه آنها ۹۰/۳٪ از زنان حداقل یکی از ناخوشی‌های پس از زایمان را داشتند و با در نظر گرفتن ۱۵٪ احتمال ریزش نمونه، ۱۵۸ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار تک قلو، سن بارداری بین ۳۶-۴۰ هفته، فاقد مشکلات طبی و روانی و نداشتن نمرات بالاتر از ۲۳ در مقیاس GHQ28 بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: وقوع عوارض بارداری از جمله پره‌اکلامپسی، عفونت‌های ادراری، پره‌ترم لیبر و یا خونریزی در طی دوران بارداری، زایمان سخت و طولانی، وقوع واقعه تنش‌زا پس از زایمان، بستری شدن در

بیمارستان به دلایلی غیر از عوارض معمول دوران نقاهت پس از زایمان و وجود ناهنجاری یا عارضه جدی در نوزاد و یا مرگ نوزاد بود.

در این مطالعه نمونه‌گیری در سه مرکز از مراکز سلامت جامعه سطح شهر گناباد انجام شد. این مراکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. در داخل مراکز سلامت جامعه نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان انجام شد و هر یک از زنان بارداری که جهت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه می‌نمودند، در صورت دارا بودن معیارهای ورود برای شرکت در مطالعه دعوت می‌شدند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه مشتعل بر سه فرم پرسشنامه مشخصات فردی و باروری، مقیاس سلامت عمومی ۲۸ سؤال (GHQ28) و پرسشنامه سنجش ناخوشی‌های پس از زایمان بود. پرسشنامه مشخصات فردی و باروری مشتعل بر سؤالاتی در مورد مشخصات فردی، خصوصیات باروری و روش زایمان واحدهای پژوهش بود.

مقیاس سلامت عمومی ۲۸ سؤالی جهت تعیین وضعیت سلامت روانی واحدهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس که برای اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ معرفی شده است، دارای ۲۸ سؤال است که شامل ۴ مقیاس ۷ سؤالی به ترتیب در مورد نشانه‌های جسمانی، علائم اضطرابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد. در این مطالعه از روش لیکرت برای نمره‌گذاری این پرسشنامه استفاده شد. بر اساس این شیوه، نمره‌گذاری هر یک از سؤالات به صورت ۰، ۱، ۲ و ۳ بوده و در نتیجه نمره کل یک فرد از ۰-۸۴ متغیر خواهد بود. در مطالعات انجام گرفته در کشورهای مختلف و در ایران با روش نمره‌گذاری لیکرت نمره برش ۲۳ در نظر گرفته شده است، یعنی افرادی که نمره‌ای بیش از ۲۳ گرفته باشند، مشکوک به اختلال روانی می‌باشند (۹). این پرسشنامه استاندارد می‌باشد و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است. از جمله در مطالعه تقوی آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹ گزارش شده است (۱۰).

پرسشنامه سنجش وضعیت ناخوشی‌های پس از زایمان یک ابزار پژوهشگر ساخته بود که نسخه اولیه آن پس از

مطالعه کتاب‌ها و مقالات معتبر توسط پژوهشگران طراحی شد. این پرسشنامه مشتعل بر سنجش تعدادی از علائم مرتبط با ناخوشی‌های پس از زایمان از جمله مشکلات عمومی (خستگی، سردرد، اختلال در خواب، داشتن مشکل در انجام فعالیت‌های روزانه)، مشکلات اسکلتی عضلانی (درد گردن و شانه، درد کمر)، مشکلات پستان (زخم نوک پستان، درد یا گرمی پستان، عفونت و خروج چرک از پستان)، مشکلات گوارشی (هموروئید، یبوست، بی‌اختیاری مدفوع، درد و سوزش معده، بی‌اشتهایی، تهوع، نفخ)، مشکلات تنفسی (سرفه، تنگی نفس)، مشکلات اداری تناسلی (درد پرینه، وجود درد در محل برش سزارین، وجود درد در محل برش اپی‌زیاتومی، بی‌اختیاری ادرار، تکرر ادرار، سوزش ادرار، وجود خون در ادرار، خروج ترشحات بدبو یا پد رنگ از واژن، خونریزی غیر طبیعی از واژن) و مشکلات جنسی (مانند درد در هنگام نزدیکی، خونریزی پس از نزدیکی، کاهش میل جنسی و ...) بود. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش روایی محتوی و پس از اعمال نظر ۱۰ تن از اساتید و متخصصین و پایایی آن با استفاده از روش آزمون بازآزمون و با ضریب همبستگی $r=0/97$ تأیید شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگران ضمن مراجعه به مراکز سلامت جامعه و بررسی دفاتر مراقبت ممتد مادران باردار، تعداد زنان باردار تحت پوشش هر مرکز را مشخص کرده و بر اساس آن سهمیه‌ای به هر مرکز اختصاص دادند. سپس در مراجعه روزانه به مراکز بهداشتی، زنان بارداری که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند را انتخاب و پس از توضیح اهداف مطالعه برای آنها و در صورت تمایل ایشان جهت شرکت در مطالعه، رضایت کتبی و آگاهانه از آنها اخذ می‌گردید. سپس واحدهای پژوهش فرم مشخصات فردی و مقیاس سلامت روانی GHQ-28 را تکمیل نمودند. واحدهای پژوهش دو ماه پس از زایمان مجدداً ویزیت شدند و در صورتی که فاقد معیارهای خروج از مطالعه بودند، قسمت سوم پرسشنامه مشخصات فردی و باروری و پرسشنامه سنجش ناخوشی‌های پس از زایمان را تکمیل می‌کردند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۶ نفر از مشارکت کنندگان به دلیل عدم دسترسی برای تکمیل پرسشنامه‌ها پس از زایمان و یا مخدوش بودن پرسشنامه‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها بر روی ۱۳۲ نفر انجام شد. میانگین سن واحدهای پژوهش $26/45 \pm 4/81$ سال، میانگین سن ازدواج آنها $20/50 \pm 3/65$ سال و میانگین وزن نوزادان $3436/01 \pm 225/13$ گرم بود. روش زایمان در اکثر واحدهای پژوهش ($55/6\%$) به روش زایمان واژینال بود. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش از نظر برخی مشخصات فردی و باروری در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد. اصول اخلاقی این مطالعه در کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد تصویب و مجوز GMU.REC.1393.45 برای آن صادر شده است. همچنین تمام موازین و مقررات اخلاق در پژوهش در این مطالعه رعایت شده است که از جمله آن‌ها می‌توان به رعایت اصل محرمانگی اطلاعات، حق انصراف از ادامه مطالعه و اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از مشارکت کنندگان اشاره کرد.

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی و مطلق برخی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
ابتدایی	۸ (۶/۲)	کمتر از حد کفای مخارج	۸ (۶/۲)
راهنمایی	۹ (۷/۰)	در حد کفای مخارج	۹۶ (۷۳/۸)
دیپلم	۵۱ (۳۹/۵)	بیشتر از حد کفای مخارج	۲۶ (۲۰/۰)
بالاتر از دیپلم	۶۱ (۴۷/۸)	خواسته	۱۰۸ (۸۳/۱)
خانه‌دار	۷۹ (۶۱/۲)	ناخواسته	۲۲ (۱۶/۹)
شاغل	۲۸ (۱۷/۱)	واژینال	۶۹ (۵۵/۶)
محصل	۲۲ (۱۷/۱)	روش زایمان	۵۵ (۴۴/۴)
کارگر	۳۰ (۲۳/۱)	رضایت از	۱۲۳ (۹۵/۳)
کارمند	۵۳ (۴۰/۸)	جنسیت نوزاد	۶ (۴/۷)
آزاد	۴۷ (۳۶/۲)	منقطع	۵۴ (۴۰/۹)
ابتدایی	۷ (۵/۵)	کاندوم	۴۵ (۳۴/۱)
راهنمایی	۱۴ (۱۰/۹)	روش‌های هورمونی	۱۳ (۹/۸)
دیپلم	۵۱ (۳۹/۸)	بدون پیشگیری	۲۰ (۱۵/۲)
بالاتر از دیپلم	۵۶ (۴۳/۸)		

و هماچوری را گزارش ندادند و مشکلاتی دیگری نظیر ماستیت ($1/4\%$) و بی اختیاری مدفوع ($1/4\%$) از کمترین میزان شیوع برخوردار بودند. جزئیات دقیق‌تری از فراوانی مطلق و نسبی ناخوشی‌های پس از زایمان در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

در بررسی واحدهای پژوهش از نظر وضعیت ناخوشی‌های پس از زایمان، ۱۱۳ نفر ($85/7\%$) از آنها حداقل یکی از ناخوشی‌های پس از زایمان را گزارش کردند. شایع‌ترین مشکلات پس از زایمان، درد محل برش سزارین (69%) و درد در محل اپی‌زیاتومی ($46/5\%$) بود. هیچ‌یک از واحدهای پژوهش تنگی نفس

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ناخوشی‌های جسمی دو ماه پس از زایمان

تعداد (درصد)	ناخوشی‌های جسمی دو ماه پس از زایمان	تعداد (درصد)	ناخوشی‌های جسمی دو ماه پس از زایمان
۶ (۴/۲)	سرفه‌های مکرر	۶۶ (۵۰/۰)	خستگی
۰ (۰/۰)	تنگی نفس	۲۸ (۲۱/۴)	سردرد
۳۸ (۶۹/۰)	درد برش سزارین	۵۸ (۴۴/۴)	اختلال در خواب
۳۲ (۴۶/۵)	درد اپی‌زیاتومی	۳۶ (۲۷/۴)	مشکل در فعالیت‌های روزمره
۹ (۶/۸)	بی‌اختیاری ادرار	۲۲ (۱۶/۹)	درد گردن و شانه
۷ (۵/۵)	تکرر ادرار	۶۱ (۴۶/۵)	کمردرد
۷ (۵/۵)	سوزش ادرار	۳۵ (۲۶/۸)	دردهای عضلانی
۰ (۰/۰)	هماچوری	۴ (۲/۷)	هموروئید
۱۱ (۸/۲)	واژینیت	۳۸ (۲۸/۸)	یبوست
۵ (۴/۱)	خونریزی غیر طبیعی	۲ (۱/۴)	بی‌اختیاری مدفوع
۴۰ (۳۰/۳)	دیسپارونی	۱۸ (۱۳/۷)	بی‌اشتهایی
۲۷ (۲۰/۸)	زخم نیپل	۷ (۵/۵)	تهوع
۳۰ (۲۲/۲)	احتقان پستان	۳۴ (۲۶/۰)	نفخ
۲ (۱/۴)	ماستیت	۱۱ (۱۵/۱)	سوزش و درد معده

سن زنانی که دچار درد در محل اپی‌زیاتومی بودند، کمتر از زنان فاقد این مشکل بود ($24/37 \pm 3/62$) در مقابل $27/88 \pm 3/83$) که بر اساس نتایج آزمون تی دانشجویی، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/008$).

همچنین بر اساس نتایج آماری، فراوانی تکرر ادرار در بین مشاغل مختلف زنان اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p=0/029$). بیشترین فراوانی تکرر ادرار را زنانی گزارش کردند که محصل یا دانشجو بودند (75%)، در حالی که هیچ یک از زنان کارمند، دو ماه پس از زایمان تکرر ادرار نداشتند.

همچنین میانگین سن زنانی که دچار زخم نیپل بودند، کمتر از زنان فاقد این مشکل بود ($23/73 \pm 3/43$) در مقابل $27/33 \pm 5/05$) که بر اساس نتایج آزمون تی دانشجویی، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود

($p=0/013$). همچنین فراوانی زخم نیپل در بین زنانی که نوزاد خود را با شیر مادر تغذیه می‌کردند، بیشتر از زنانی بود که از تغذیه کمکی نیز برای تغذیه نوزاد خود استفاده کرده بودند (100% در مقابل صفر درصد) و بر اساس آزمون کای اسکوتر، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه از این نظر وجود داشت ($p=0/040$).

همچنین بر اساس نتایج مطالعه، میانگین وزن نوزاد زنانی که دو ماه پس از زایمان دچار سوزش ادرار بودند، کمتر از زنان فاقد این مشکل بود ($23/50 \pm 119/54$) در مقابل $27/33 \pm 5/05$) که بر اساس نتایج آزمون تی

در بررسی ارتباط ناخوشی‌های پس از زایمان با متغیرهای فردی و باروری، فراوانی سردرد در بین زنانی که نوزاد خود را با شیر مادر تغذیه می‌کردند، بیشتر از زنانی بود که از تغذیه کمکی نیز برای تغذیه نوزاد خود استفاده کرده بودند (100% در مقابل صفر درصد) و بر اساس آزمون کای اسکوتر، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه از این نظر وجود داشت ($p=0/038$).

در بررسی عوامل مرتبط با یبوست دو ماه پس از زایمان، میانگین سن زنانی که دو ماه پس از زایمان دچار یبوست بودند کمتر از زنان فاقد مشکل یبوست بود ($24/42 \pm 4/10$) در مقابل $27/37 \pm 4/98$) که بر اساس نتایج آزمون تی مستقل این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/027$).

همچنین بر اساس نتایج آزمون کای اسکوتر، فراوانی میزان گزارش نفخ در بین زنانی که زایمان طبیعی کرده بودند با زنانی که سزارین داشتند، اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p=0/018$) و فراوانی میزان نفخ در موارد زایمان طبیعی کمتر از سزارین بود ($41/2\%$ در مقابل $58/8\%$).

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین سن در زنانی که دچار درد در محل برش سزارین بودند، بیشتر از زنان فاقد این مشکل بود ($27/35 \pm 6/85$) در مقابل $24/25 \pm 2/76$) که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p=0/017$). همچنین بر اساس نتایج مطالعه، میانگین

مختلف انجام شد، هیچ‌گونه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج برخی از آزمون‌های مذکور در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

دانشجویی، این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0.001$). در دیگر آزمون‌های آماری که به‌صورت تک به تک در مورد ارتباط ناخوشی‌های پس از زایمان با متغیرهای

جدول ۳- ارتباط برخی از متغیرهای فردی و باروری با ناخوشی‌های پس از زایمان

ناخوشی‌های پس از زایمان	سن*	تحصیلات**	شغل**	تحصیلات**	شغل**	درآمد خانوار**	روش زایمان**	روش تغذیه نوزاد**	وزن نوزاد*
خستگی	۰/۱۵۰	۰/۹۲۷	۰/۴۸۰	۰/۳۲۴	۰/۲۹۱	۰/۴۴۰	۰/۶۳۲	۰/۴۸۷	۰/۴۵۷
سردرد	۰/۵۶۲	۰/۸۲۹	۰/۳۳۱	۰/۱۸۵	۰/۴۱۵	۰/۱۴۴	۰/۶۳۰	۰/۰۳۸	۰/۲۰۶
اختلال در خواب	۰/۳۲۱	۰/۲۷۹	۰/۸۷۳	۰/۳۳۳	۰/۲۶۸	۰/۳۵۸	۰/۳۲۱	۰/۳۲۱	۰/۲۵۷
مشکل در فعالیت‌های روزمره	۰/۷۲۷	۰/۵۵۱	۰/۳۸۳	۰/۳۰۵	۰/۶۲۲	۰/۵۱۶	۰/۲۲۸	۰/۷۵۸	۰/۲۰۲
درد گردن و شانه	۰/۲۲۸	۰/۸۵۴	۰/۱۸۳	۰/۹۶۶	۰/۱۷۹	۰/۴۲۴	۰/۶۲۳	۰/۷۷۱	۰/۵۹۳
دردهای عضلانی	۰/۴۹۲	۰/۸۱۳	۰/۲۹۷	۰/۲۶۸	۰/۹۹۹	۰/۶۷۶	۰/۷۲۵	۰/۷۴۹	۰/۲۶۱
هموروئید	۰/۳۶۲	۰/۴۰۶	۰/۴۶۵	۰/۴۰۶	۰/۵۸۲	۰/۸۵۴	۰/۶۶۹	۰/۴۸۵	۰/۹۵۳
یبوست	۰/۰۲۷	۰/۳۴۷	۰/۹۵۲	۰/۸۱۲	۰/۹۲۷	۰/۶۰۹	۰/۱۲۶	۰/۵۷۷	۰/۱۸۰
بی‌اختیاری مدفوع	۰/۶۱۵	۰/۶۹۸	۰/۷۴۱	۰/۶۹۸	۰/۳۲۳	۰/۹۲۰	۰/۴۵۳	۰/۶۲۴	۰/۷۵۴
بی‌اشتهایی	۰/۵۰۸	۰/۵۷۷	۰/۸۱۶	۰/۶۷۹	۰/۱۵۶	۰/۸۳۲	۰/۷۶۰	۰/۴۲۷	۰/۱۹۹
تهوع	۰/۶۹۲	۰/۹۱۹	۰/۸۶۱	۰/۸۳۱	۰/۳۲۸	۰/۷۰۶	۰/۱۲۸	۰/۳۱۶	۰/۶۱۸
نفخ	۰/۴۱۷	۰/۳۵۵	۰/۱۸۵	۰/۲۰۹	۰/۴۸۹	۰/۴۵۳	۰/۰۱۸	۰/۷۵۸	۰/۱۹۵
سرفه‌های مکرر	۰/۱۷۸	۰/۸۲۳	۰/۰۹۰	۰/۲۲۸	۰/۲۶۵	۰/۷۹۴	۰/۹۱۵	۰/۵۳۵	۰/۸۳۱
درد برش سزارین	۰/۰۱۷	۰/۴۳۹	۰/۲۵۵	۰/۸۶۱	۰/۹۰۶	۰/۳۱۲	-	۰/۴۸۴	۰/۴۵۶
درد اپی‌زیاتومی	۰/۰۰۸	۰/۹۷۵	۰/۲۸۲	۰/۴۵۰	۰/۴۶۷	۰/۵۲۹	-	۰/۵۲۷	۰/۳۲۷
بی‌اختیاری ادرار	۰/۰۹۹	۰/۷۵۸	۰/۵۳۳	۰/۴۱۹	۰/۳۳۶	۰/۶۴۳	۰/۰۸۴	۰/۲۵۹	۰/۷۶۳
تکرر ادرار	۰/۰۷۵	۰/۹۱۹	۰/۰۲۹	۰/۸۳۱	۰/۴۳۰	۰/۷۰۶	۰/۵۳۹	۰/۷۵۸	۰/۶۷۳
سوزش ادرار	۰/۵۴۰	۰/۵۵۹	۰/۲۸۶	۰/۸۳۱	۰/۹۴۵	۰/۶۴۲	۰/۱۷۸	۰/۱۰۵	۰/۰۶۵
واژینیت	۰/۴۳۱	۰/۷۸۵	۰/۵۳۳	۰/۷۱۲	۰/۷۵۳	۰/۶۴۳	۰/۴۴۷	۰/۹۵۸	۰/۶۵۹
خونریزی غیر طبیعی	۰/۳۲۱	۰/۰۹۷	۰/۳۹۶	۰/۲۹۴	۰/۲۶۴	۰/۷۷۴	۰/۱۸۷	۰/۴۸۵	۰/۴۱۷
دیسپارونی	۰/۶۱۳	۰/۴۵۰	۰/۵۱۰	۰/۴۶۱	۰/۴۸۴	۰/۳۵۶	۰/۲۲۲	۰/۸۵۷	۰/۱۹۸
زخم نیپل	۰/۰۱۳	۰/۷۸۷	۰/۳۳۵	۰/۵۵۰	۰/۲۷۵	۰/۶۸۵	۰/۲۳۰	۰/۰۴۰	۰/۰۹۲
احتقان پستان	۰/۷۶۷	۰/۸۰۹	۰/۴۹۰	۰/۳۶۴	۰/۵۶۵	۰/۲۱۷	۰/۳۴۲	۰/۵۱۸	۰/۱۹۲
ماستیت	۰/۴۹۷	۰/۸۰۷	۰/۲۹۲	۰/۸۰۷	۰/۲۷۸	۰/۹۹۰	۰/۳۱۱	۰/۷۹۹	۰/۸۳۶

* آزمون تی دانشجویی، ** آزمون کای اسکوئر

بحث

در مطالعه حاضر خستگی، دومین ناخوشی شایع پس از زایمان بود و ۵۰٪ از زنان مورد مطالعه از این مشکل رنج می‌بردند. تسوجیا و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود، خستگی را یکی از مشکلات شایع پس از زایمان در تمامی گروه‌های سنی زنان گزارش کردند (۹). در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲) خستگی، دومین ناخوشی پس از زایمان بود و شیوع آن در هفته اول ۶۳٪ و در هفته هشتم ۶۰٪ بود (۸).

در مطالعه حاضر شایع‌ترین مشکلات پس از زایمان به‌ترتیب درد محل برش سزارین، خستگی، کم‌درد، درد در محل اپی‌زیاتومی و اختلالات خواب بودند. در بررسی مطالعات مشابه، شیوع ناخوشی‌های پس از زایمان در مطالعات مشابه بسیار متفاوت گزارش شده است. اگرچه ترتیب شایع‌ترین ناخوشی‌های پس از زایمان در مطالعات قبلی تقریباً مشابه مطالعه حاضر می‌باشد.

در مطالعه حاضر کمردرد، سومین ناخوشی پس از زایمان بود که ۴۶/۵٪ از زنان این عارضه را گزارش کردند. در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲) نیز کمردرد، شایع‌ترین مشکل پس از زایمان در هفته‌های اول (۶۴٪) و هفته هشتم پس از زایمان (۶۰٪) بود (۸). رادمهر و همکاران (۲۰۱۳) کمردرد را به‌عنوان دومین ناخوشی شایع پس از زایمان در زنان دزفولی گزارش کردند (۷). در مطالعه ویاس و همکاران (۲۰۱۶)، ۲۳/۶٪ از زنان هندی از درد کمر پس از زایمان رنج می‌بردند (۲).

در مطالعه حاضر درد در محل برش اپی‌زیاتومی، سومین مشکل شایع پس از زایمان بود که به میزان ۴۶/۵٪ گزارش شد. ویاس و همکاران (۲۰۱۶) نیز درد پینه را دومین مشکل شایع پس از زایمان در بین زنان هندی گزارش کردند (۲). اما در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲) عفونت محل بخیه‌ها در هفته هشتم پس از زایمان به میزان ۴/۵٪ گزارش شد (۸).

در مطالعه حاضر چهارمین ناخوشی شایع پس از زایمان، اختلالات خواب بود و ۴۴/۴٪ از زنان از این عارضه رنج می‌بردند. در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲) مشکلات خواب، چهارمین ناخوشی پس از زایمان بود و به ترتیب ۳۲٪ و ۴۶٪ از زنان در هفته‌های اول و هشتم این مشکل را گزارش کردند (۸).

ناخوشی شایع دیگری که زنان در مطالعه حاضر از آن شکایت داشتند، دیسپارونی بود که ۳۰/۳٪ زنان به آن مبتلا بودند. دیسپارونی و اختلالات عملکرد جنسی در مطالعات قبلی نیز شیوع بالایی داشته است. از جمله در مطالعه برومندفر و همکاران (۲۰۱۲)، دیسپارونی شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی پس از زایمان بود (۱۰). احمد شیروانی و همکاران (۲۰۱۱) نیز مطالعه‌ای را بر روی زنان قائمشهر انجام داده و به ارزیابی اختلالات جنسی زنان در فواصل ۲ تا ۱۲ ماه پس از زایمان پرداختند. در مطالعه آنها ۴۱/۴٪ از زنان، درجاتی از اختلال عملکرد جنسی در طی یک سال پس از زایمان داشتند. اختلال عملکرد شدید در طی سه ماه اول پس از زایمان شایع‌تر و در حدود ۷۱/۴٪ بود (۱۱). در مطالعه حاضر ارتباط آماری معنی‌داری بین دیسپارونی با متغیرهای فردی و باروری مشاهده نشد، اما مطالعات

مشابه نتایج متناقضی را گزارش کرده‌اند، از جمله در مطالعه برومندفر و همکاران (۲۰۱۲) بین وضعیت عملکرد جنسی با برخی متغیرها از جمله سن، تحصیلات و شغل، ارتباط معناداری مشاهده نشد، ولی بین وضعیت عملکرد جنسی پس از زایمان با وضعیت اقتصادی، ارتباط آماری معنی‌داری گزارش شد (۱۰). در مطالعه سادات و همکاران (۲۰۱۳) نمرات کسب شده در بُعد احساس مادر به روابط جنسی بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین اختلاف آماری معنی‌داری داشت (۱۲). ازگلی و همکاران (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود تفاوت آماری معنی‌داری را در عملکرد جنسی پس از زایمان طبیعی و سزارین در بین زنان تهرانی گزارش نکردند (۱۳). در مطالعه احمد شیروانی و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین متغیرهای سن بیشتر، تحصیلات کمتر و خستگی مادر با اختلال عملکرد جنسی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (۱۱). همچنین در مطالعه خواجوی شجاعی و همکاران (۲۰۱۵) الگوی مقاربت جنسی پس از زایمان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف تحصیلی یکسان بود (۱۴).

در مطالعه حاضر بیبوست، یکی دیگر از ناخوشی‌های شایع پس از زایمان بود که در ۲۸/۸٪ موارد گزارش شد. رادمهر و همکاران (۲۰۱۳) شیوع این عارضه را ۲۰/۲٪ گزارش کردند (۷) که تقریباً مشابه مطالعه حاضر بود، اما در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲) شیوع بیبوست در هفته هشتم پس از زایمان، ۱۲/۳٪ بود (۸).

در مطالعه حاضر مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره که در ۲۷/۴٪ زنان گزارش شد، یکی دیگر از ناخوشی‌های شایع در ۲ ماه پس از زایمان بود و هیچ ارتباط آماری معنی‌داری بین مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره و متغیرهای فردی و باروری مورد بررسی از جمله روش زایمان مشاهده نشد. مطالعات مشابه، نتایج متفاوتی را در مورد مفاهیم مشابه مشکل در انجام فعالیت‌های روزمره و ارتباط آن با سایر متغیرها از جمله روش زایمان گزارش کرده‌اند. از جمله در مطالعه فرج‌زادگان و همکاران (۲۰۱۵) که به مقایسه احساس خوب بودن پس از زایمان طبیعی و سزارین پرداختند، تفاوت آماری معنی‌داری در احساس خوب بودن بین دو گروه زنان

مشاهده نشد و فقط ناخوشی تکرار ادرار با شغل زنان ارتباط آماری معنی داری داشت. مطالعات متعددی که به بررسی بی‌اختیاری استرسی ادرار پس از زایمان پرداخته‌اند، اغلب ارتباط این عارضه با نوع زایمان را مورد بررسی قرار داده‌اند. از جمله در مطالعه کشاورزی و همکاران (۲۰۱۵) شیوع بی‌اختیاری استرسی پس از زایمان واژینال به‌طور معنی داری بیشتر از سزارین انتخابی بود (۱۹). در مطالعه وکیلی و همکاران (۲۰۱۵) نیز شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار پس از زایمان واژینال به‌طور معنی داری بیشتر از موارد سزارین بود (۲۱). در مطالعه علیپور و همکاران (۲۰۱۴) شیوع بی‌اختیاری ادراری ۴ ماه پس از زایمان بین زایمان واژینال و سزارین اختلاف آماری معنی داری نداشت (۲۴). در مطالعه موحدی و همکاران (۲۰۱۳) نیز اگرچه شیوع بی‌اختیاری استرسی در زایمان واژینال بیشتر از سزارین الکتیو بود، اما تفاوت آماری معنی داری بین زایمان واژینال و سزارین در این مورد وجود نداشت (۲۳). همچنین در برخی مطالعات ارتباط سایر متغیرها با بی‌اختیاری استرسی ادرار پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته است (۲۵). از جمله در مطالعه بصیرت و همکاران (۲۰۰۸) زنان دچار بی‌اختیاری استرسی ادراری به‌طور معنی داری سن بالاتری نسبت به زنان بدون بی‌اختیاری استرسی ادراری داشتند. همچنین وقوع بی‌اختیاری در زنانی که اپی‌زیاتومی داشتند نیز کمتر بود. در این مطالعه روش زایمان تأثیری بر بی‌اختیاری استرسی زنان نداشت و وزن نوزاد نیز تفاوتی در دو گروه نداشت (۲۰). در مطالعه باکویی و همکار (۲۰۰۶) شیوع بی‌اختیاری ادراری پس از زایمان با سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع زایمان و وزن نوزاد ارتباط آماری معنی داری نداشت (۲۲). اما وکیلی و همکاران (۲۰۱۵) اختلاف آماری معنی داری در شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار در سطوح مختلف تحصیلات گزارش کردند، به این ترتیب که با افزایش سطح تحصیلات، شیوع بی‌اختیاری ادرار در مطالعه آنها سیر کاهشی داشت (۲۱). همچنین در مطالعه وکیلی و همکاران (۲۰۱۵) شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار در زنان خانه‌دار به‌طور معنی داری بیشتر از زنان شاغل بود (۲۱).

زایمان طبیعی و سزارین وجود داشت. در مطالعه مذکور احساس خوب بودن با سایر متغیرها از جمله سن مادر ارتباط آماری معنی داری نداشت (۱۵). در مطالعه سادات و همکاران (۲۰۱۲) که به بررسی کیفیت زندگی ۲ و ۴ ماه پس از زایمان در بین زنان شهر کاشان پرداختند، کیفیت زندگی در حیطه‌های عملکرد جسمی و محدودیت در ایفای نقش دو ماه پس از زایمان در بین زنانی که زایمان طبیعی داشتند، بهتر بود (۱۶). عابدیان و همکاران (۲۰۱۰) نیز نتایج مشابهی را گزارش کردند. در مطالعه آنها کیفیت زندگی در حیطه عملکرد جسمی ۲ هفته پس از زایمان در موارد زایمان طبیعی بالاتر از سزارین بود (۱۷). در مطالعه کامروامنش و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی کیفیت زندگی زنان شهر کرمانشاه انجام شد، نمرات کسب شده کیفیت زندگی در سه حیطه عملکرد جسمانی، ایفای نقش عاطفی و نشاط و سرزندگی در زنان با زایمان طبیعی بیشتر از زنان سزارین شده بود (۱۸).

در مطالعه حاضر شیوع سردرد به‌عنوان یکی از ناخوشی‌های پس از زایمان توسط ۲۱/۴٪ از زنان گزارش شد. در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲) سردرد، سومین ناخوشی هفته اول و هشتم پس از زایمان در زنان شهر مهاباد بود و فراوانی آن در هفته اول ۴۷٪ و در هفته هشتم ۳۴٪ گزارش شد (۸). شیوع سردرد پس از زایمان در زنان شهر دزفول بسیار پایین‌تر و در حدود ۵/۵٪ بود (۷).

در مطالعه حاضر شیوع بی‌اختیاری ادرار ۶/۸٪ گزارش شد. مطالعات مشابه، آمارهای بسیار متغیری را گزارش داده‌اند. از جمله کشاورزی و همکاران (۲۰۱۵) شیوع بی‌اختیاری استرسی را در ۴ ماه پس از زایمان ۳٪ (۱۹)، بصیرت و همکاران ۱۸٪ (۲۰)، وکیلی و همکاران ۳۲/۴٪ (۲۱)، باکویی و همکار شیوع بی‌اختیاری ادرار پس از زایمان را ۱۹/۴٪ (۲۲) و موحدی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های سطح شهر اصفهان انجام دادند، شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار را در ۶ ماه پس از زایمان ۵/۶٪ گزارش دادند (۲۳). در مطالعه حاضر در بررسی ارتباط شیوع بی‌اختیاری استرسی ادرار با متغیرهای فردی و باروری، هیچ ارتباط آماری معنی داری

در مطالعه حاضر خونریزی غیر طبیعی پس از زایمان، یکی از ناخوشی‌هایی بود که شیوع کمتری داشت و ۴/۱٪ از زنان مورد مطالعه این مشکل را گزارش کردند. در مطالعات مشابه این عارضه با شیوع بالاتری همراه بود، از جمله در مطالعه رادمهر و همکاران (۲۰۱۳) خونریزی غیر طبیعی، سومین ناخوشی شایع پس از زایمان در زنان شهر دزفول بود (۷).

در مطالعه حاضر شیوع مشکل هموروئید به‌عنوان یکی دیگر از ناخوشی‌های پس از زایمان، ۲/۷٪ گزارش شد. مطالعات مشابه شیوع بالاتری را گزارش کرده‌اند، از جمله در مطالعه روحی و همکاران (۲۰۱۲)، هموروئید در هفته هشتم پس از زایمان به میزان ۴/۲٪ (۸)، و رادمهر و همکاران (۲۰۱۳) هموروئید را پنجمین ناخوشی شایع پس از زایمان در زنان دزفولی و به میزان ۹/۲٪ گزارش کردند (۷).

در مطالعه حاضر یکی دیگر از ناخوشی‌های پس از زایمان که مورد بررسی قرار گرفت، بی‌اختیاری مدفوع بود و شیوع آن در جمعیت مورد مطالعه ۱/۴٪ بود و هیچ ارتباط آماری معنی‌داری با متغیرهای فردی و باروری مورد بررسی از جمله روش زایمان نداشت. در مطالعه علیپور و همکاران (۲۰۱۴) نیز شیوع بی‌اختیاری دفع گازهای روده‌ای ۴ ماه پس از زایمان بین زایمان واژینال و سزارین اختلاف آماری معنی‌داری نداشت (۲۴).

به‌طور کلی در مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه، فراوانی ناخوشی‌های پس از زایمان و همچنین ارتباطات گزارش شده در مورد ارتباط این ناخوشی‌ها با متغیرهای فردی در مطالعات بسیار متفاوت بود. در

توجیه علت این تفاوت‌ها و تناقضات می‌توان به این موضوع اشاره کرد که جمعیت مورد مطالعه و نیز زمان بررسی این ناخوشی‌ها متفاوت بوده است و همین مسئله منجر به بروز این نتایج متناقض شده است.

پژوهشگران در این مطالعه با محدودیت‌هایی مواجه بودند که مهم‌ترین آنها این بود که ناخوشی‌های پس از زایمان صرفاً با روش خودگزارش‌دهی واحدهای پژوهش ارزیابی شدند، در حالی که انجام معاینه دقیق فیزیکی می‌توانست نتایج دقیق‌تری را به دنبال داشته باشد. جهت مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود ناخوشی‌های پس از زایمان با ارزیابی‌های دقیق‌تر و انجام معاینه فیزیکی توسط متخصصین مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

شایع‌ترین مشکلات پس از زایمان به‌ترتیب درد محل برش سزارین، خستگی، کم‌ردرد، درد در محل اپی‌زیاتومی و اختلالات خواب بودند. شیوع بالای این ناخوشی‌های پس از زایمان لزوم توجه بیشتر و مراقبت‌های دقیق‌تر پس از زایمان را می‌طلبد. به‌ویژه در مراقبت‌های پس از زایمان شهر گناباد، لزوم توجه به این چند مشکل شایع‌تر ضروری می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گناباد (۹۳/۲) می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Vanderkruik RC, Tunçalp Ö, Chou D, Say L. Framing maternal morbidity: WHO scoping exercise. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13:213.
2. Vyas N, Kamath R, Pattanshetty S, Binu VS. Postpartum related morbidities among women visiting government health facilities in Udupi Taluk, Karnataka, India. *J Family Med Prim Care* 2016; 5(2):320-5.
3. Ferdous J, Ahmed A, Dasgupta SK, Jahan M, Huda FA, Ronsmans C, et al. Occurrence and determinants of postpartum maternal morbidities and disabilities among women in Matlab, Bangladesh. *J Health Popul Nutr* 2012; 30(2):143-58.
4. Valley L, Ahmed Y, Murray SF. Postpartum maternal morbidity requiring hospital admission in Lusaka, Zambia-a descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2005; 5(1):1.
5. Duysburgh E, Ye M, Williams A, Massawe S, Sié A, Williams J, et al. Counselling on and women's awareness of pregnancy danger signs in selected rural health facilities in Burkina Faso, Ghana and Tanzania. *Trop Med Int Health* 2013; 18:1498-509.

6. Singh A, Kumar A. Factors associated with seeking treatment for postpartum morbidities in rural India. *Epidemiol Health* 2014; 36:e2014026.
7. Radmehr M, Alizadeh S, Basikhasteh M. Survey of maternal health's problems and their help behavioral after delivery in women referring to health centers. *Mandish* 2013, 3(4-5):93-9. (Persian).
8. Rouhi M, Heravi-karimooi M, Usefi H, Salehi K, Habibzadeh S, Shojaee M. Prevalence and persistence of health problems after child birth and maternal correlations with parity. *J Health Promot Manag* 2012; 1(4):51-60.
9. Mori E, Tsuchiya M, Maehara K, Iwata H, Sakajo A, Tamakoshi K. Fatigue, depression, maternal confidence, and maternal satisfaction during the first month postpartum: a comparison of Japanese mothers by age and parity. *Int J Nurs Pract* 2017; 23(1):e12508.
10. Broumandfar K, Farajzadegan Z, Hoseini H, Ghaedrahmati M. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the demographic marital satisfaction factors. *Alborz Univ Med J* 2012; 1(2):93-9.
11. Ahmad SM, Bagheri NM. Sexual dysfunction and related factors among breast feeding women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(5):36-42.
12. Sadat Z, Abedzadeh M, Saberi F, Taebi M, Frouzanfard M. Type of delivery and quality of life: a follow-up study. *Payesh* 2013; 12(3):275-82. (Persian).
13. Ozgoli G, Dolatian M, Sheykhani Z, Valaei N. Study of sexual function and satisfaction in women with vaginal delivery and cesarean referring to Health Center of Shahid Beheshti Medical University-2008. *Pajooohandeh J* 2011; 15(6):257-63. (Persian).
14. Khajavi SK, Davati A, Moayed MS, Sarlaki F. Pattern of coitus in primiparous women during 2 month after delivery. *Daneshvar Med* 2015; 22(118):19-26. (Persian).
15. Farajzadegan Z, Saeedi P, Motamedi N. Comparative study on well-being (Feel-Good) in natural childbirth and cesarean section. *J Isfahan Med Sch* 2015, 33(330):495-504. (Persian).
16. Sadat Z, Saberi F, Taebi M, Abedzadeh M. Comparative study of the postnatal quality of life subscales after normal vaginal delivery and caesarean section. *Payesh* 2012, 11(3):377-83. (Persian).
17. 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(3):47-53.
18. 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):135-43. (Persian).
19. Keshavarzi F, Nankali A, Fakheri T, Jalilian N, Rezaie M, Mohammadi N, et al. Comparison of stress urinary incontinence four months after normal vaginal delivery and elective cesarean section. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(148):1-7. (Persian).
20. Basirat Z, Bakhtiari A, Payandeh P. Postpartum stress urinary incontinence and some related factors. *J Babol Univ Med Sci* 2008; 10(5):41-7. (Persian).
21. Vakili M, Amoqadiri M, Mohammadi MA, Modaressi M. Prevalence and factors associated with stress urinary incontinence after childbirth in Yazd in 2015. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2016; 24(9):716-23.
22. Bakouei F, Bakouei S. Study of thr prevalance and some of the risk factors of pospartum urinary incontinence in women admitted to health-treatment centers in Babol, Iran in 2005. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2006; 13(3):152-7. (Persian).
23. Movahedi M, Saidi M, Akbari M, Ghasemi M. Effects of type of delivery on development of stress urinary incontinence in primiparous mothers. *J Isfahan Med Sch* 2013; 31(227):218-23. (Persian).
24. Alipour Z, Eskandari N, Ebrahimi Z, Bagheri A. Prevalence of urinary and intestinal incontinence in postpartum period and its related factors. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(86):9-15. (Persian).
25. Zarea K, Nikbakht-Nasrabadi A, Abbaszadeh A, Mohammadpour A. Psychiatric nursing as 'different' care: experience of Iranian mental health nurses in inpatient psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2013, 20 (2): 124-133.