

# عوامل تنش زای پس از زایمان از دیدگاه مادران

منصوره عزیززاده فروزی<sup>۱\*</sup>، سکینه محمدعلیزاده<sup>۲</sup>، ژیلا سلطان احمدی<sup>۳</sup>، زهرا غضنفری<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. مربی، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴. مربی گروه پرستاری، مرکز تحقیقات فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۹/۲

## خلاصه

**مقدمه:** دوره پس از زایمان به عنوان یک دوران آسیب پذیر و تنش زا در زنان با فرهنگ های متفاوت متصور شده است و با تغییرات اجتماعی و فردی چشم گیری برای مادر توأم می باشد. مادران در این دوران با بسیاری از مشکلات و نگرانی های جدید روبرو می شوند.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی مقطعی، عوامل تنش زای پس از زایمان از دیدگاه مادران مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش مطالعه حاضر مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان بوده و حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی ۴۰۰ نفر برآورد گردید. نمونه گیری به صورت غیر احتمالی از مراکز بهداشتی درمانی انجام پذیرفت. در این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه ای که شامل دو بخش بوده و روایی و پایایی مناسب را کسب کرده بود، استفاده شد. داده ها با استفاده از شاخص های مرکزی، پراکندگی، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون های t و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج نشان داد ۴۷/۵٪ مادران در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال قرار داشتند و بیش ترین میانگین نمره استرسورهای مربوط به مادر (۳/۱۱) به موارد بزرگی پستان ها پس از زایمان و خون ریزی پس از زایمان و در مورد استرسورهای مربوط به کودک بیش ترین میانگین نمره (۳/۳۰) به مورد عوض کردن کهنه و پوشک، و در مورد استرسورهای مربوط به حمایت اجتماعی بیش ترین میانگین نمره به مورد عقاید متفاوت فامیل در مورد مراقبت نوزاد تعلق گرفت (۳/۲۰). ارتباط معنی داری در مقایسه نمره کل استرسورها و سه حیطه آن و برحسب ویژگی های فردی مشاهده نگردید.

**نتیجه گیری:** نظر به این که عوامل تنش زای مشخص شده از سوی مادران به سادگی از طریق آموزش های قبل از زایمان برطرف می گردد، لازم است که مراقبین بهداشتی با اقدام به برگزاری کلاس های آموزشی و یا آموزش هنگام ترخیص از بیمارستان از نگرانی های مادران کاسته و در نتیجه از عوامل تنش زای پس از زایمان بکاهند.

**کلمات کلیدی:** عوامل تنش زا؛ دوره پس از زایمان؛ وضعیت روحی؛ وضعیت روانی

\* نویسنده مسؤوول مکاتبات: منصوره عزیززاده فروزی؛ کرمان، ابتدای بلوار هفت باغ پردیزه دانشگاه علوم پزشکی کرمان دانشکده پرستاری و مامایی رازی؛ تلفن: ۰۹۱۳۱۴۱۷۱۲۰؛ پست الکترونیک: forozy@gmail.com

## مقدمه

استرس در تمامی تاریخ‌آشناترین همزیست بشر بوده و گویی زندگی بدون استرس ماهیتی بی مفهوم به نظر می رسد (۱). استرس واکنشی انطباقی متأثر از ویژگی های شخصی یا فرآیند های روان شناختی است که در نتیجه هر فعالیت خارجی، شرایط ویژه و یا حادثه ای فعال شده و بازتاب های فیزیکی یا روانی خاصی را بر فرد تحمیل می کند (۲). زنان علاوه بر استرس های معمول، استرس پس از زایمان را نیز تجربه می کنند و حاملگی را نیز می توان یک دوره بحرانی از زندگی زنان به شمار آورد و آن را یک استرس محسوب کرد. زیرا در این دوره تغییرات مهم تشریحی، فیزیولوژیکی و روانی در مادر ایجاد می شود که تطابق با آن ها مشکل است و لذا امکان بروز بیماری های روانی از جمله اضطراب، ترس مرضی، اختلالات وسواسی و خلقی در این دوره و دروه پس از زایمان بیش تر است (۳). هیونگ بیان می کند که بسیاری از زنان طی روزهای اول پس از زایمان درجاتی از تغییرات روحی را تجربه می کنند. حدود یک سوم آنان دوره گذرایی از غم، اضطراب و تحریک پذیری را می گذرانند که اصطلاحاً غم مادری نامیده می شود. دوره پس از زایمان دوره ای انتقالی و بالقوه پراسترسی است که در طی آن زن باید نقش مادری و تغییرات بدنی خود را بپذیرد و جهت نیل به این هدف باید تحت انواع حمایت های اجتماعی قرار گیرد (۴). این حالت ممکن است چند روز طول بکشد و به تغییرات سریع هورمونی در مادر، استرس زایمان و آگاهی مادر از مسؤولیت مادر شدن نسبت داده می شود (۵). گاهی مادر، استرس پس از زایمان را تحمل نکرده و دچار علائم بیماری روان پریشی مانند اختلال خلقی دو قطبی و اسکیزوفرنیا می گردد. نوزادان این گونه مادران نیز تحریک پذیر، نا آرام و پر جنب و جوش خواهند شد که این خود سبب مشکلات تغذیه ای، تهوع، استفراغ، گریه بیش از حد و کم خوابی می گردد (۱). استرس پس از زایمان فشار بازدارنده ای است که به وسیله عوامل استرس زای پس از زایمان ایجاد می شود. این عوامل توسط هیونگ در سه گروه دسته بندی شده اند؛

نگرانی در مورد نقش مادری، نگرانی در مورد تغییرات بدنی منفی و نگرانی در مورد فقدان حمایت اجتماعی (۴). پسوین و همکاران تحقیقی تحت عنوان تداوم استرس مادری از دوران بارداری تا پس از زایمان بر روی ۳۱۹ مادر انجام دادند و نتیجه گرفتند که ایشان نوزادان دارای استرس بیش تری داشتند، نوزادان آنان واکنش پذیرتر و تحریک پذیرتر بودند (۶). آفنسو و می پری (۷) در بررسی استرس های شایع زنان آمریکایی که میزان استرس آن ها را در سه نوبت ارزیابی کرده بود، به این نتیجه رسید که بیش ترین استرسورها مربوط به نشانه های فیزیکی، تصویر ذهنی، رفاه و آسایش کودک، تغییر در الگوی زندگی و اختلال عاطفی می باشد. حمایت اجتماعی نقش مهمی در کاهش استرس پس از زایمان ایفا می کند. در این راستا مراقبین بهداشتی باید از راه کارهای کلینکی برای مداخلات حرفه ای استفاده کنند (۸). مشاوره کوتاه غیر مستقیم به عنوان یک مداخله زود هنگام می تواند شیوع افسردگی و استرس پس از زایمان را کاهش دهد. در تحقیقی که کمبل و همکاران (۹) تحت عنوان مشاوره کوتاه و غیر مستقیم به منظور پیشگیری از دیسترس روحی پس از زایمان انجام گردید زنان مورد مطالعه عقیده داشتند که صحبت در مورد زایمان در برگشت سریع آن ها به وضعیت قبل از باردار شدن مفید بوده است. این محققان اعلام کردند که باید مطالعات بیش تری در مورد زمان یا مکان مداخله در زنانی که در معرض استرس پس از زایمان هستند انجام گردد.

علی رغم اثر بالقوه تنش بر وضعیت سلامت دوران پس از زایمان، این مشکل کم تر مورد توجه قرار گرفته. لذا تعیین عوامل تنش زای پس از زایمان می تواند راهی برای کاهش استرس فراهم آورد و از مشکلات مربوط به سلامتی پس از زایمان پیشگیری کند (۸). هیونگ معتقد است دوره پس از زایمان بر وضعیت سلامت زنان می گذارد ولی بررسی عوامل تنش زای پس از زایمان توجهات علمی کمی را به خود جلب کرده است (۴)، به طوری که هیونگ نیز در این مورد می نویسد بیش تر تحقیقات، عوامل تنش زای مربوط به اتفاقات معمول دوران زندگی را مورد بررسی

(۸ مورد) تنظیم گردید. پاسخگویان بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای (از ۱ تا ۵) به این سؤالات پاسخ دادند. پایایی ثبات درونی کل سؤالات پر سشنامه و سه حیطه مذکور بعد از جمع‌آوری داده‌ها با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 11.5 و با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون‌های t و ANOVA صورت گرفت و  $p < 0.05$  به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

### نتایج

بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) سن مادران مورد مطالعه  $26.01 \pm 5.1$  با حداقل ۱۶ و حداکثر ۵۷ سال بود. بیش تر مادران در گروه سنی ۲۵-۲۱ سال (۴۷/۵٪) قرار داشتند. تحصیلات ۵۱ درصد مادران در حد دیپلم بود که بیش ترین گروه را تشکیل می داد. اکثر مادران خانه دار (۸۳/۳٪) و بقیه شاغل بودند. از نظر شغل همسر، ۳۴/۶ درصد کارمند و بقیه دارای شغل آزاد بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار سن تعداد زایمان مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر کرمان در مورد استرس‌های پس از زایمان در سال ۱۳۸۵

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)		
< ۲۰	۳۲	۸/۸
۲۱-۲۵	۱۷۳	۴۷/۵
۲۶-۳۰	۹۹	۲۷/۲
۳۱-۳۵	۳۶	۹/۹
> ۳۵	۲۴	۶/۶
تحصیلات		
ابتدایی	۳۵	۹/۶
سیکل	۶۰	۱۶/۴
دیپلم	۱۸۶	۵۱
بالتر	۸۴	۲۳
شغل مادر		
خانه دار	۳۰۴	۸۳/۳
شاغل	۶۱	۲۳/۹
شغل پدر		
کارمند	۱۲۶	۳۴/۶
آزاد	۲۳۹	۶۵/۴

بیش تر مادران مورد مطالعه، یک زایمان (۵۹/۹٪) و بقیه بیش از یک زایمان داشتند و ۶۰/۴

قرار می دهند در حالی که عوامل تنش زای بعد از زایمان کم تر مورد توجه قرار گرفته است (۱۰٪). با توجه به اهمیت این موضوع پژوهشگر بر آن شد تا عوامل استرس زای پس از زایمان را از نظر مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر کرمان مورد بررسی قرار داده تا شاید با مشخص شدن آن ها بتوان با برنامه ریزی های مدون و پیش بینی های لازم گامی در جهت کاهش یا تعدیل عوامل استرس زا برداشت.

### روش کار

در این مطالعه توصیفی مقطعی عوامل تنش زای پس از زایمان از دیدگاه مادران مورد ارزیابی قرار گرفت. جامعه پژوهش این بررسی را مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهر کرمان در سال ۱۳۸۵ تشکیل می داد. حجم نمونه بعد از انجام مطالعه مقدماتی بر روی ۳۷ نفر، ۴۰۰ نفر تعیین گردید. نمونه گیری به صورت غیر احتمالی از مراکز بهداشتی که مراجعه کنندگان بیش تری داشتند صورت گرفت، بدین صورت که ابتدا مراکزی که تعداد بیش تری مراجعه کننده داشتند و از نظر پراکندگی در سطح شهر بودند مورد شناسایی قرار گرفت. مادرانی در این مطالعه وارد شدند که دارای شیرخوار ۱-۲ ماهه و مایل به شرکت در مطالعه بودند. پرسشنامه ها توسط پژوهشگران در اختیار مادران گذاشته شد و اطلاعات لازم در مورد نحوه تکمیل نمودن آن داده شد. در مواردی که مادر قادر به تکمیل نمودن پرسشنامه نبود پرسشنامه ها با کمک پژوهشگر تکمیل می گردید. جهت تهیه ابزار جمع آوری داده ها از پرسشنامه ای که در مطالعه Hung به کار گرفته شده بود، استفاده شد. تعدادی از سؤالات پرسشنامه مذکور انتخاب شده و جهت تعیین شاخص روایی محتوای آن ها (content validity index) در اختیار افراد صاحب نظر قرار داده شد و نهایتاً با حذف و اضافه نمودن تعداد معدودی از عبارات پرسشنامه، روایی محتوای آن مورد تأیید قرار گرفت و پرسشنامه در سه بخش شامل استرس‌ورهای مربوط به شیرخوار (۱۵ مورد)، مادر (۷ مورد) و نیز حمایت های اجتماعی

درصد دارای یک فرزند و بقیه بیش از یک فرزند داشتند. میانگین ( $\pm$  انحراف معیار) تعداد فرزند  $1/56 \pm 0/85$  با دامنه حداقل ۱ و حداکثر ۶ فرزند بود. ۱۵/۵ درصد مادران سابقه حاملگی ناموفق (سقط) داشتند. نزدیک به نیمی ( $0/48/8$ )، به طور طبیعی و  $5/2$  درصد به روش سزارین زایمان کرده بودند.  $17/7$  درصد حاملگی خود را ناخواسته ذکر نمودند. از نظر علاقه به بچه داری،  $3/3$  درصد علاقه کم،  $26/6$  درصد متوسط، و  $70/1$  درصد علاقه زیاد داشتند. از نظر شدت استرس‌سورهای مربوط به کودک، بیشترین میانگین مربوط به عوض کردن کهنه و پوشک و ( $3/30$ ) و حمام کردن و حمام بردن شیرخوار ( $3/24$ ) و کمترین آن مربوط به واکسیناسیون ( $2/83$ ) و بیمار شدن ناگهانی شیرخوار ( $2/86$ ) بود (جدول ۲).

حداقل و حداکثر شدت استرس‌سورهای مربوط به مادر به ترتیب به کمبود وقت برای مراقبت از سایر کودکان ( $2/97$ ) و بزرگی پستان‌ها و خون‌ریزی پس از زایمان (هر دو مورد  $3/11$ ) مربوط می‌شد (جدول ۳).

به کلیه موارد مربوط به استرس‌سورهای حمایت اجتماعی میانگین نمره بالای ۳ تعلق گرفت. تفاوت میانگین بیشترین و کمترین مورد  $0/17$  بود (جدول ۴). بین میانگین نمره کل استرس‌سورهای مربوط به مادر، کودک و حمایت اجتماعی و کل استرسورها با سن مادران مورد مطالعه رابطه معنی‌داری وجود نداشت. اما ارتباط نمره کل استرسورها و سه حیطة مورد بررسی با تعداد فرزند، تنها در مورد استرس‌سورهای مربوط به مادر ارتباط معنی‌دار، منفی و ضعیفی را نشان داد ( $p=0/36$ ،  $r=0/11$ ).

مقایسه میانگین نمره کل استرسورها و ۳ حیطة آن باتوجه به ویژگی‌های فردی مادران (از جمله سن، میزان علاقه به بچه داری، میزان تحصیلات، نوع زایمان و غیره) در هیچ موردی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد. هم‌چنین مقایسه میانگین نمره‌ی سه حیطة استرسورها نیز تفاوت معنی‌داری را نشان نداد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار شدت استرس‌سورهای مربوط به کودک پس از زایمان

استرسور	میانگین $\pm$ انحراف معیار
گریه کردن بیش از حد نوزاد	$13/6 \pm 2/93$
قابل پیش‌بینی نبودن وضعیت نوزاد	$16/7 \pm 2/99$
مشکلات تغذیه‌ای کودک	$23/5 \pm 2/94$
مراقبت از بند ناف	$16/2 \pm 3/13$
تعویض کهنه یا پوشک بچه	$16/5 \pm 3/30$
حمام کردن شیرخوار	$17/1 \pm 2/24$
تعویض لباس شیرخوار	$20/5 \pm 3/13$
بیمار شدن ناگهانی کودک	$21/3 \pm 2/86$
واکسیناسیون کودک	$21/3 \pm 2/83$
حالت خفگی نوزاد هنگام شیر خوردن	$21/9 \pm 2/98$
استفراغ شیرخوار	$3/08 \pm 1/4$
انتخاب اسم	$3/01 \pm 1/5$
زردی نوزاد	$2/93 \pm 1/6$
تغییرات ناگهانی وزن کودک	$3 \pm 1/5$
حرکات نوزاد حین خواب	$3/10 \pm 1/4$
کل	$3/03 \pm 0/72$

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار شدت استرس‌سورهای مربوط به مادر پس از زایمان

استرسور	میانگین $\pm$ انحراف معیار
خواب ناکافی و منقطع به دلیل انجام کارهای کودک	$3/04 \pm 1/4$
کمبود وقت برای مراقبت از سایر کودکان	$2/97 \pm 1/4$
اوقات فراغت کم	$3/05 \pm 1/3$
بزرگی پستان‌ها پس از زایمان	$3/11 \pm 1/4$
ترشح زیاد از پستان‌ها	$3 \pm 1/5$
زخم ناشی از زایمان (طبیعی سزارین)	$3/04 \pm 1/4$
خون‌ریزی پس از زایمان	$3/11 \pm 1/4$

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار شدت استرس‌سورهای حمایت اجتماعی پس از زایمان

استرسور	میانگین $\pm$ انحراف معیار
فشارهای عاطفی ناشی از مشغله زیاد	$3/14 \pm 1/4$
رقابت خواهر برادری به دلیل وجود کودک جدید	$3/05 \pm 1/5$
حمایت ناکافی از سوی خانواده	$3/10 \pm 1/5$
روابط زناشویی ضعیف	$3/11 \pm 1/5$
کم‌توجهی از سوی همسر	$3/08 \pm 1/6$
نداشتن کمک در مراقبت از نوزاد	$3/11 \pm 1/5$
عدم مشارکت همسر در مراقبت از نوزاد	$3/13 \pm 1/4$
عقاید متفاوت فامیل در مورد مراقبت از نوزاد	$3/22 \pm 1/5$

## بحث

دوره نوزادی یکی از حساس ترین مراحل زندگی است که نیاز به شناخت صحیح و ارائه ی مراقبت های دقیق دارد (۱۱). تولد نوزاد واقعه مهمی در زندگی هر زن محسوب می شود. گروه پزشکی و اعضای خانواده انتظار دارند که این رخداد با شادی و نشاط همراه باشد ولی این دوره می تواند با پیامدهای ناخوشایندی برای مادر و نوزاد همراه باشد (۱۲). هیونگ دوره پس از زایمان دوره ای انتقالی و تنش زا است که زنان را با مسؤولیت های جدید، نقش مادری و تغییرات بدن روبرو می سازد (۴). نتایج این پژوهش نشان داد که بیش ترین میانگین نمره مربوط به استرسورهای کودک در دوران پس از زایمان به عوض کردن کهنه و پوشک بچه با میانگین  $3/30$  و انحراف معیار  $16/5$  و پس از آن به حمام کردن شیر خوار با میانگین  $3/24$  و انحراف معیار  $17/1$  تعلق گرفت. دوار (۱۳) در نتایج پژوهش خود تحت عنوان بررسی استرسورهای پس از زایمان به نتیجه ای مشابه دست یافت. به طوری که می نویسد کارهای مربوط به تعویض کهنه از جمله استرسورهای مهم است و می تواند بر کاهش زمان استراحت مادر تأثیر بگذارد. در مورد استرسور دوم این حیطة یعنی حمام کردن شیر خوار، این نتیجه دور از انتظار نیست. زیرا که حمام کردن نوزاد به دلیل کوچک بودن او و ترس مادر از افتادن یا وارد شدن آب در گوش یا بینی شیرخوار می باشد که مراقبین بهداشتی باید با ایفای نقش خود در دوران قبل از زایمان، نحوه حمام دادن کودک را به مادر آموزش داده و در نتیجه مادر آمادگی کامل برای این امر پیدا کرده و از حمام کردن نوزاد لذت ببرد.

در میان استرسورهای مربوط به حیطة مادری نتایج نشان داد که بزرگی پستان پس از زایمان و خون ریزی پس از زایمان هر دو با میانگین  $3/11$  و انحراف معیار  $1/4$  بیش ترین میانگین را به خود اختصاص دادند. دوار می نویسد درد پستان ها ناشی از بزرگی آن ها از استرسور های مهم پس از زایمان است. هیونگ نیز معتقد است زنان در دوران بارداری دچار تغییرات فیزیکی و روانی اجتماعی چشم گیری

می شوند که به سبب آن ها نیاز به کمک دیگران خواهند داشت (۱۰). احتمالاً زنان به برگشت به وضعیت طبیعی قبل از زایمان اهمییت زیادی می دهند و داشتن پستان های بزرگ در شکل ظاهری آن ها تغییرات زیادی ایجاد می کند. بنابراین آن را به عنوان مهم ترین استرسورهای خود انتخاب نموده اند. از طرفی خون ریزی پس از زایمان علاوه بر کاهش قوای جسمی وقت مادر را نیز می گیرد. بهتر است سیستم های مراقبت بهداشتی منابع اطلاعاتی را جهت مراقبت پس از زایمان به مادران باردار معرفی نمایند تا از یک سو آن ها را نسبت به مشکلات فیزیکی پس از زایمان آشنا ساخته و آمادگی برخورد با آن مشکلات را به آن ها بیاموزند و از سوی دیگر با اندیشیدن تمهیداتی نسبت به کاهش یا تعدیل هریک بکوشند. جردین جن (۱۴) می نویسد که حمایت اطلاعاتی از قبیل برگزاری کلاس های قبل از زایمان می تواند بر کاهش عوارض مربوط به دوران حاملگی و زایمان تأثیر گذاشته و مشکلات و عوارض فیزیکی پس از زایمان را بهبود بخشد. نتایج مربوط به استرسورهای حمایت اجتماعی نشان می دهد که بیش ترین میانگین نمره به استرسورهای عقاید متفاوت فامیل در مورد مراقبت از نوزاد یا میانگین  $3/33$  و فشار های عاطفی ناشی از مشغله زیاد با میانگین  $3/14$  تعلق گرفت. در مرور ادبیات موجود هیچ یک از مطالعات عقاید متفاوت فامیل در مورد مراقبت از نوزاد را به عنوان استرسور مهم تلقی نکرده بودند. گان (۱۵) معتقد است که در جامعه امروزی بسیاری از والدین حمایت خانوادگی و دوستی کمی دارند. لازم به ذکر است که این مطالعه در سوئد که یک کشور غربی است صورت گرفته است. در جامعه ایران به طور سنتی افراد فامیل از ابتدای زایمان یا حتی از ابتدای دوران بارداری مادر را همراهی می نمایند و در مراقبت از نوزاد به مادر کمک می کنند. احتمالاً حضور آنان منجر به ابزار عقایدی در نحوه مراقبت از مادر گشته و گاهاً منجر به اختلافات خانوادگی می گردد. هیونگ می نویسد افراد فامیل نقش مهمی را در تعامل اجتماعی ایفا می نمایند و به طور سنتی در تایوان مادر شوهر فرد کمک کننده

کلیدی بوده و امروزه تایوان به دلیل تغییرات فرهنگی این نقش به مادر زن منتقل گشته و کم کم به خود مادر منتقل خواهد شد (۱۰). بنابراین این مسأله می تواند ریشه در فرهنگ جامعه مورد مطالعه داشته باشد. فشار های عاطفی ناشی از مشغله زیاد دومیین عامل استرس زا از دیدگاه مادران مورد مطالعه در این پژوهش بوده است. میستری و همکاران (۱۶) نیز در گزارش پژوهش خود به همین نتیجه دست یافته اند. قابل توجه این که فقدان حمایت های عاطفی با  $OR = ۳/۴$  و  $CI = ۰/۹۵$ ، از استرسورهای این مطالعه بودند (۱۶).

نتایج مربوط به مقایسه سه حیطة ارتباط معنی داری را نشان نداد، ولی حیطة استرسورهای حمایت اجتماعی میانگین نمره بالای ۳ را داشتند. هیونگ در گزارش نتایج پژوهش خود می نویسد که کمبود حمایت اجتماعی می تواند نقش مادری را مختل نماید و وی را با تجارب استرس زا و غیر قابل پیش بینی بعد از ترخیص از بیمارستان روبرو سازد که ممکن است به دلیل عدم آگاهی از حمایت های اجتماعی باشد (۴ و ۱۰). لاگسدون (۱۷) در نتایج پژوهش خود تحت

عنوان حمایت اجتماعی و افسردگی پس از زایمان می نویسد حمایت پس از زایمان به عنوان راهی است که بر بروز افسردگی پس از زایمان تأثیر بگذارد (۱۷). با توجه به نتایج پژوهش و نظر به این که استرسورهای که از سوی مادران به عنوان استرسورهای با شدت زیاد انتخاب شدند، از جمله استرسورهای هستند که به راحتی می توان از طریق آشنا ساختن مادران قبل از زایمان با چگونگی برخورد با آن ها تعدیلشان نمود، با آموزش در این زمینه می توان آگاهی مادران را در روبرویی با این دوره افزایش داد و در نتیجه مادران این درک را پیدا خواهند کرد که هریک از این موارد می تواند با برنامه ریزی دقیق از وضعیت استرسور خارج شده و به عنوان یک مسؤولیت لذت بخش مورد توجه مادر قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان که هزینه های این طرح را تأمین نموده اند تشکر و قدردانی می گردد.

### منابع

1. Farhadi Y. Stress. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Science; 2004. p.49. [Text in Persian]
2. Blanchard K. Stress management. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Ohadi Publication; 2006. p.11. [Text in Persian]
3. Nasiri M. Mental health of prenatal and delivery period. Tehran: Boshra Publisher; 2000. p.4-5. [Text in Persian]
4. Hung C H. Measuring Postpartum Stress. J Adv Nurs 2004;50(4):417-24.
5. Kapelan H, Sadok B. Brief of Psychology. Tehran: Salami Publisher; 1998. p.55. [Text in Persian]
6. Pesonen AK, Raikkonen K, Strandberg TE, Jarvenpaa AL. Continuity of maternal stress from the pre- to the postnatal period: associations with infant's positive, negative and overall temperamental reactivity. Infant Behav Dev 2005;28(1):36-47.
7. Affonso DD, Mayberry LJ. Common stressors reported by a group of childbearing American women. Health Care Women Int 1990;11(3):331-45.
8. Logsdon MC, Koniak-Griffin D. Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and intervention. J Obstet Gynecol Neonatal Nurse 2005;34(6):761-8.
9. Gamble A, Creedy K, Webster J, Moyle W. A review of the literature on debriefing or non-directive counseling to prevent postpartum emotional distress. Midwifery 2002;18(1):72-9.
10. Hung CH. Revalidation of the postpartum stress scale. J Clin Nurs 2006;15:718-25.
11. Mozafari Kermani R, Zoljalali S, Azari A, Kouhpayezadeh J. Role of training workshops of newborn cares in promotion of mothers' knowledge. Iranian J Pediatr 2007;Suppl.1(17):41-6.
12. Asgharnia M, Hydarzadeh A, Zahiri Z, Syhani A, Pormehryabandeh L, Odi M. Study of knowledge of mothers towards problems and cares of postpartum. J Gilan Med Univ 2005;4(55):56-62. [Article in Persian]
13. Dewar G. Postpartum stress: A guide for science – minded parent. [online] 2007 Dec [cited 2008 Nov]; [1 screen]. Available from: <http://www.parentingscience.com/postpartum-stress.html>

14. Gjerdingen DK, Froberg DG, Fontaine P. The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Fam Med* 1991;23(5):370-5.
15. Fredriksson GE, Högberg U, Lundman BM. Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'. *Midwifery* 2003;19(4):267-76.
16. Mistry R, Stevens GD, Sareen H, De Vogli R, Halfon N Parenting-related stressors and self-reported mental health of mothers with young children. *Am J Public Health* 2007;97(7):1261-8.
17. Logsdon MC, McBride AB, Birkimer JC. Social support and postpartum depression. *Res Nurs Health* 2007;17(6):449-57.