

# مشکلات تجربه شده مادران طی سال اول بعد از زایمان و ارتباط آن با نوع زایمان در شهرستان مهاباد سال ۱۳۸۹

مریم روحی<sup>۱\*</sup>، دکتر سکینه محمد علیزاده چرندابی<sup>۲</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد، مهاباد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۳۰

خلاصه

**مقدمه:** تولد نوزاد در بسیاری از زنان، باعث شروع تغییرات طولانی مدت در زندگی، روابط، کار، فعالیت‌های اجتماعی و مسئولیت‌های خانگی آنان می‌شود. این تغییرات نه تنها عملکرد جسمی و روانی، حتی ممکن است عملکرد بیولوژیک زنان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به وجود مطالعات محدود در زمینه مشکلات سلامتی مادری بعد از زایمان در ایران و حتی در کل دنیا، مطالعه حاضر با هدف تعیین مشکلات تجربه شده توسط زنان طی سال اول بعد از زایمان و ارتباط آن با نوع زایمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۳۱۱ زنی که جهت دریافت مراقبت‌های معمول هفته ۳۶ تا ۳۸ بارداری خود به ۶ مرکز (کلیه مراکز) بهداشتی درمانی شهر مهاباد مراجعه کرده و تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، انجام شد. ۳ نفر از افراد از مطالعه خارج شدند و پرسشنامه اولیه برای ۳۰۸ زن باردار تکمیل شد. سپس با زنان در روز هفتم، هفته هشتم و ماه دوازدهم بعد از زایمان در زمینه مشکلاتی که در طی هفته اخیر تجربه کرده بودند، مصاحبه انجام شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین تفاوت فراوانی مشکلات در هفته اول، هفته هشتم و ماه دوازدهم از آزمون مک نمار و بین زنان با زایمان واژینال و سزارین از آزمون کای دو استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بر اساس گزارش خود زنان، در هفته اول بعد از زایمان، ۲۸۹ نفر (۹۱/۶٪)، هفته هشتم ۲۷۷ نفر (۹۰/۳٪) و در ماه دوازدهم ۲۵۴ نفر (۸۲/۵٪) از زنان حداقل یک مشکل را در طی ۷ روز گذشته تجربه کرده بودند. مشکلات ذکر شده توسط بیش از یک سوم زنان در هفته اول و هشتم بعد از زایمان، کمردرد (به ترتیب ۶۴٪ و ۶۰٪)، خستگی (به ترتیب ۶۳٪ و ۶۰٪)، سردرد (به ترتیب ۴۷٪ و ۳۴٪) و مشکلات خواب (به ترتیب ۳۲٪ و ۴۶٪) و در ماه دوازدهم خستگی (۴۳٪)، مشکلات خواب (۳۶٪) و کمردرد (۳۵٪) بود. فراوانی مشکلات کمردرد، بی اختیاری ادراری، عفونت دستگاه ادراری و غم و اندوه طی هفته اول بعد از زایمان در افراد با زایمان واژینال نسبت به زنان با زایمان سزارین به طور معنی‌داری بیشتر گزارش شد ( $p < 0/05$ ). در حالی که مشکلات خواب در هر سه مقطع زمانی، یبوست، خستگی، عوارض ناشی از بی‌حسی یا بی‌هوشی هم در هفته هشتم و هم در ماه دوازدهم و مشکلات شیردهی در ماه دوازدهم در افراد با زایمان سزارین به طور معنی‌داری بیشتر گزارش شد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** فراوانی مشکلات سلامتی در دوره بعد از زایمان بالا می‌باشد. بنابراین توجه بیشتر به مشکلات مادران در طی دوران بعد از زایمان ضروری می‌باشد.

**کلمات کلیدی:** بعد از زایمان، مشکلات سلامتی، نوع زایمان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: مریم روحی؛ گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد، مهاباد، ایران. تلفن ۰۴۴۲-۲۳۳۶۰۰۰؛ پست الکترونیک: m1\_roohi@yahoo.com

## مقدمه

تولد نوزاد در بسیاری از زنان، باعث شروع تغییرات طولانی مدت در زندگی، روابط، کار، فعالیت های اجتماعی و مسئولیت های خانگی آنان می شود. این تغییرات نه تنها عملکرد جسمی و روانی، حتی ممکن است عملکرد بیولوژیک زنان را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۱). بر اساس متون تخصصی، شش هفته طول می کشد تا این تغییرات به حالت اول برگردند، ولی اغلب مادران، ماه ها بعد از زایمان همچنان این مشکلات را تجربه می کنند (۲). بعد از زایمان توجه از مادر به کودک تغییر وضعیت می دهد. حتی نگرانی عمده اکثر تازه مادران به جای مراقبت از خود، مربوط به تغذیه شیرخوار و مراقبت از کودک می باشد. اکثر این زنان با مراقبین بهداشتی مشاوره نمی کنند و به میزان زیادی به خود درمانی یا جستجوی کمک از سوی دوستان بر می آیند (۳). سالانه حدود ۶۰۰ هزار زن در سراسر جهان در اثر مشکلات ناشی از بارداری می میرند و ۹۹٪ از این مرگ و میرها در کشورهای در حال توسعه به وقوع می پیوندد که بیش از ۵۰٪ از آن، مربوط به دوره بعد از زایمان می باشد (۲). مشکلات مادری به خصوص در کشورهای در حال توسعه بسیار بالا بوده و حدوداً ۲۰-۱۶ برابر بیشتر از مرگ و میر مادری است (۴). در اواخر دهه ۱۹۶۰ مشکلات سلامتی مادری مورد توجه سازمان جهانی بهداشت قرار گرفت (۳). با گذشت زمان، تعیین ماهیت و شدت مشکلات در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته مورد توجه واقع شد و به بررسی طولانی مدت مشکلات مادران تأکید شد (۴). در مندرجات آموزشی (پزشکی، مامایی و پرستاری) مربوط به دوره بعد از زایمان به طور مشخص بر مداخلات اولیه مانند درمان خونریزی، عفونت و اکلامپسی تأکید شده است (۷). اگر چه مشکلاتی نظیر خونریزی، ترومبوز ورید عمقی (وجود لخته های خونی)، آمبولی ریوی، اکلامپسی و عفونت بعد از زایمان توصیف شده اند، ولی اغلب آنها به درمان جوابگو می باشند. به هر حال جنبه های طبی و رفتاری زیادی بعد از زایمان ناشناخته باقی مانده و به همین دلیل به طور ضعیفی اداره می شوند (۳).

با وجود اینکه مطالعات طولانی مدت محدود انجام گرفته نشان می دهند که اغلب مادران چندین مشکل کوچک یا بزرگ مانند خستگی، زخم های پستانی، ناراحتی های ناشی از زخم سزارین یا اپیزیوتومی، یبوست، هموروئید و مشکلات جنسی را هفته ها بعد از زایمان تجربه می کنند (۵)، اما تعریف، تفسیر و اندازه گیری شدت مشکلات سلامتی بعد از زایمان دشوار بوده و شیوع این مشکلات (عمومی یا اختصاصی) به درستی توصیف نشده است (۴). در مجموع، شیوع این مشکلات بالا گزارش شده است. به گونه ای که مطالعه گلزنر و همکاران (۱۹۹۵) در اسکاتلند نشان داد که ۷۹٪ از مادران، حداقل یک یا چند مشکل را در طی ۶ تا ۸ هفته بعد از زایمان تجربه می کنند (۶) و در ایران نیز ۸۹٪ مادران طی ۴۵ روز بعد از زایمان حداقل یک مشکل سلامتی را گزارش کردند (۷). مطالعات انجام شده در زمینه مشکلات سلامتی مادران بعد از زایمان در کل دنیا محدود و ناکافی است، و بر اساس اطلاع محققین، تنها دو مطالعه (۷، ۸) در این زمینه در ایران انجام شده که آنها نیز مقطعی بوده و تنها مشکلات ۶ هفته اول بعد از زایمان را مورد بررسی قرار داده، بنابراین با توجه به اهمیت داشتن اطلاعات دقیق جهت ارائه خدمات با کیفیت بالاتر برای تازه مادران، این مطالعه آینده نگر طولی با هدف تعیین فراوانی مشکلات تجربه شده طی هفت روز گذشته در سه مقطع زمانی طی سال اول (هفته اول، هشتم و ماه دوازدهم) بعد از زایمان مطابق گزارش خود زنان و ارتباط نوع زایمان با فراوانی این مشکلات انجام شد.

## روش کار

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۹ از بین مادران مراجعه کننده، ۳۱۱ نفر که جهت دریافت مراقبت های معمول هفته ۳۶ تا ۳۸ بارداری خود به ۶ مرکز (کلیه مراکز) بهداشتی درمانی شهر مهاباد مراجعه کرده و متمایل به شرکت در مطالعه بودند، انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل نداشتن هر گونه بیماری داخلی یا جراحی شناخته شده و ساکن شهر مهاباد بود. از این تعداد، ۱ مورد به دلیل مرگ مادر و ۲ مورد به دلیل جابه جایی به شهر دیگر، از مطالعه خارج شدند.

حجم نمونه مورد نیاز با توجه به گزارش وجود مشکلات بین ۲۰ تا ۶۰ درصد در مطالعات قبلی (۷) و با استفاده از فرمول برآورد یک نسبت و با در نظر گرفتن  $d=0.5$  و  $\alpha=0.5$  محاسبه شد. نمونه گیری به صورت سهمیه ای از ۶ مرکز بهداشتی درمانی موجود در سطح شهر مهاباد و با توجه به تعداد خانوارهای تحت پوشش هر مرکز انجام گرفت. از مرکز بهداشت فارابی ۱۰۰ نمونه، بذاق سلطان ۴۵ نمونه، شافعی ۲۰ نمونه، صلاح الدین ۷۰ نمونه، امیرالمؤمنین ۳۰ نمونه و مرکز بهداشت شماره ۱، ۴۶ نمونه انتخاب شد. این افراد قبل از دریافت مراقبت های معمول خود، توسط پرسشگران آموزش دیده مورد مصاحبه اولیه قرار گرفتند و قرار شد تا طی ۲-۳ روز اول بعد از زایمان، از طریق تماس تلفنی آن را اطلاع دهند و شماره تلفنی از آنها گرفته شد تا ۷ روز بعد از زایمان با آنها تماس گرفته شده و پرسشنامه مربوط به مرحله اول بعد از زایمان از طریق مصاحبه تلفنی تکمیل شود. پرسشنامه های مربوط به مرحله دوم و سوم، در پرونده بهداشتی مادران قرار داده شد و با ماماها مراکز پس از دادن آموزش های لازم هماهنگی به عمل آمد تا این پرسشنامه ها را از طریق مصاحبه با مادران در دو ماه و یک سال بعد از زایمان که جهت واکسیناسیون معمول کودک خود به مراکز مراجعه می نمایند، تکمیل کنند. به مادران در مورد محرمانه ماندن پاسخ های آنها اطمینان داده شد.

در این مطالعه گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته با عنوان ابزار سنجش مشکلات سلامتی بعد از زایمان<sup>۱</sup> انجام شد. بدین ترتیب که پس از مطالعه منابع علمی، ابزار گردآوری داده ها تنظیم شد. اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از روش اعتبار محتوی سنجیده شد. پس از مطالعه منابع علمی، ابزار گردآوری

داده ها تنظیم شد و سپس محتوای آن توسط اعضاء هیئت علمی دانشکده مامایی علوم پزشکی تبریز و دانشگاه آزاد مهاباد مورد بررسی و ارزشیابی و سپس مورد استفاده قرار گرفت. برای سنجش پایایی ابزار از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد.

پایایی آزمون در رابطه با سؤالات مربوط به ابزار افسردگی ۰/۷۵ و ابزار خستگی ۰/۹۴ بود. ضریب همبستگی بالای ۰/۷۰ قابل قبول محسوب شد (۹-۱۱) اما ضریب بین ۸۵ تا ۹۵ درصد همبستگی بسیار قوی و قابل قبول تری را نشان می داد (۱۱). پایایی پرسشنامه طراحی شده به روش آزمون مجدد نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج به دست آمده از دو بار اجرای آزمون به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسشنامه مذکور را نشان داد. پرسشنامه شامل ۳ بخش بود: بخش اول شامل: ویژگی های فردی و اجتماعی، بخش دوم: تاریخچه بارداری مادر و بخش سوم شامل مشکلات وابسته به سلامتی مادر بعد از زایمان بود.

داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین تفاوت فراوانی مشکلات در هفته اول، هفته هشتم و ماه دوازدهم از آزمون مک نمار و جهت تعیین تفاوت فراوانی مشکلات بین زنان با زایمان واژینال و سزارین از آزمون کای دو استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

مشخصات فردی ۳۰۸ فرد مورد مطالعه در جدول ۱ نشان داده شده است.

<sup>۱</sup> postpartum morbidity scale

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی اجتماعی افراد مورد پژوهش بر حسب نوع زایمان

متغیر	زایمان واژینال (تعداد= ۱۱۸ نفر)	زایمان سزارین (تعداد= ۱۹۰ نفر)	کل (تعداد= ۳۰۸ نفر)
سن مادر (سال)			
<۲۰	۱(۰/۸)	۳۹(۲۰/۵)	۴۷(۱۵/۳)
۲۰-۲۹	۷۳(۶۱/۹)	۱۱۷(۶۱/۶)	۱۹۰(۶۱/۷)
≥۳۰	۴۳(۳۷/۳)	۳۴(۱۷/۹)	۷۱(۲۳/۱)
تحصیلات			
زیر دیپلم	۱۵(۱۲/۷)	۲۲(۱۱/۶)	۳۷(۱۲/۱)
دیپلم	۸۹(۷۵/۴)	۱۱۳(۵۹/۵)	۲۰۲(۶۴/۳)
دانشگاهی	۱۴(۱۱/۹)	۵۵(۲۸/۹)	۶۹(۲۲/۲)
شغل			
خانه‌دار	۱۰۳(۸۷/۳)	۱۴۵(۷۶/۴)	۲۴۸(۸۰/۵)
شاغل	۱۵(۱۲/۷)	۲۲(۱۱/۶)	۳۷(۱۲/۱)
تعداد زایمان			
۱	۳۷(۳۱/۴)	۵۵(۲۸/۹)	۹۲(۲۹/۳)
۲-۵	۲۳(۲۶/۳)	۱۷(۸/۹)	۴۰(۱۳/۱)
≥۶	۶۸(۵۷/۶)	۷۲(۳۷/۹)	۱۴۰(۴۵/۴)
نژاد			
کرد	۸۲(۶۹/۵)	۱۴۰(۷۳/۷)	۲۲۱(۷۱/۸)
ترک	۳۶(۳۰/۵)	۴۳(۲۲/۶)	۷۹(۲۵/۲)
فارس	-	۷(۳/۷)	۷(۲/۳)

زنان حداقل یک مشکل را طی ۷ روز گذشته تجربه کرده بودند. مشکلات ذکر شده بیش از یک سوم زنان در هفته اول و هشتم بعد از زایمان کم‌ترد (به ترتیب ۶۴٪ و ۶۰٪)، خستگی (به ترتیب ۶۳٪ و ۶۰٪)، سردرد (به ترتیب ۴۷٪ و ۳۴٪) و مشکلات خواب (به ترتیب ۳۲٪ و ۴۶٪) و در ماه دوازدهم خستگی (۴۳٪)، مشکلات خواب (۳۶٪) و کم‌ترد (۳۵٪) بود (جدول ۲).

حدود سه چهارم افراد، کرد (۷۲٪) و دارای تحصیلات زیر دیپلم (۷۶٪) بودند. ۲۵۳ نفر (۸۲٪) از افراد زایمان اولشان بود و ۱۹۰ نفر (۶۱٪) زایمان سزارین داشته و اکثر افراد (۹۰٪) در بیمارستان‌های دولتی زایمان کرده بودند. بر اساس گزارش خود زنان، در هفته اول بعد از زایمان ۲۸۹ نفر (۹۱/۶٪)، در هفته هشتم ۲۷۷ نفر (۹۰٪) و در ماه دوازدهم بعد از زایمان، ۲۵۴ نفر (۸۲/۵٪) از

جدول ۲- فراوانی مشکلات تجربه شده طی ۷ روز گذشته در ۳ دوره زمانی بعد از زایمان مطابق گزارش خود زنان

مشکلات	هفته اول	هفته هشتم	ماه دوازدهم	P <sup>1</sup>	P <sup>2</sup>
کم‌ترد	۱۹۶(۶۲/۳)	۱۸۵(۶۰/۱)	۱۰۷(۳۴/۷)	۰/۳۲۴	<۰/۰۰۱
خستگی	۱۹۳(۶۲/۷)	۱۸۴(۵۹/۷)	۱۳۳(۴۲/۷)	۰/۳۹۱	<۰/۰۰۱
مشکلات خواب	۹۷(۳۱/۵)	۱۴۳(۴۶/۴)	۱۱۰(۳۵/۷)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
سردرد	۱۴۵(۴۷/۱)	۱۰۵(۳۴/۱)	۳۸(۱۲/۳)	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
ترشحات غیرطبیعی دستگاه تناسلی	-	۵۳(۱۷/۲)	۳۹(۱۲/۷)	--	<۰/۰۰۱
مشکل در روابط جنسی	-	۴۷(۱۵/۳)	۸۲(۲۶/۶)	--	<۰/۰۰۱
غم و اندوه بیش از حد	۴۶(۱۴/۹)	۴۶(۱۴/۹)	۳۰(۹/۷)	۱/۰۰	<۰/۰۰۱*
مشکلات یستانی	۸۹(۲۸/۹)	۴۵(۱۴/۶)	۳۲(۱۰/۴)	<۰/۰۰۱	۰/۱۳۷
یبوست	۶۶(۲۱/۴)	۳۸(۱۲/۳)	۴۰(۱۳/۰)	۰/۰۰۳	۰/۹۰۲
خونریزی غیر طبیعی	۲۹(۹/۴)	۳۰(۹/۷)	-	۱/۰۰	--
عفونت دستگاه ادراری	۲۵(۸/۱)	۳۰(۹/۷)	۲۳(۷/۵)	۰/۶۵۱	۰/۸۷۱
بی‌اختیاری ادراری	۱۲(۳/۹)	۲۱(۶/۸)	۲۵(۸/۱)	۰/۱۶۴	۰/۳۴۴*
عوارض ناشی از بی‌حسی و بی‌هوشی	۷۵(۲۴/۴)	۱۸(۵/۸)	۱۳(۴/۲)	<۰/۰۰۱	۰/۰۶۳

--	--	-	۱۴(۴/۵)	۲۱(۶/۸)	عفونت محل بخیه‌ها
۱/۰۰*	۰/۰۰۲*	۱۳(۴/۲)	۱۳(۴/۲)	۳(۱/۰)	هموروئید
۰/۴۵۳*	۰/۰۵۹	۸(۲/۶)	۱۱(۳/۶)	۲۳(۷/۵)	مشکلات تخلیه مثانه
--	--	۲۵۴(۸۲/۵)	۲۷۷(۹۰/۳)	۲۸۹(۹۱/۶)	حداقل یکی از مشکلات فوق

داده‌ها بر حسب (درصد) تعداد می‌باشند و مشکلات بترتیب فراوانی مشکل در هفته هشتم بعد از زایمان لیست شده‌اند.  
 $P^1$  مقایسه هفته اول با هشتم،  $P^2$  مقایسه هفته هشتم با ماه دوازدهم با استفاده از آزمون مک نیمار  
 $*$  با استفاده از توزیع Binomial

(۲/۵٪ در مقابل ۴/۲٪) کمتر و کم‌تر (۶۲/۷٪ در مقابل ۵۸/۴٪)، غم و اندوه بیش از حد (۱۸/۶٪ در مقابل ۱۲/۶٪)، خونریزی غیرطبیعی (۱۲/۷٪ در مقابل ۷/۹٪)، عفونت دستگاه ادراری (۱۱/۹٪ در مقابل ۸/۴٪) و هموروئید (۵/۱٪ در مقابل ۳/۷٪) بیشتر بود، ولی دو گروه از نظر این مشکلات تفاوت آماری معنی داری نداشتند. فراوانی سردرد، ترشحات غیر طبیعی، مشکلات پستانی و مشکلات جنسی در دو گروه تقریباً یکسان بود. در ماه دوازده بعد از زایمان، خستگی ( $p=0/039$ )، مشکلات خواب ( $p=0/030$ )، مشکلات پستانی ( $p<0/001$ )، یبوست ( $p=0/019$ )، عوارض ناشی از بی-حسی ( $p=0/015$ ) در مادران با زایمان سزارین به طور معنی داری بیشتر گزارش شد. اگرچه در مادران با زایمان واژینال در مقایسه با مادران با زایمان سزارین درصد گزارش شده مشکلات مربوط به روابط جنسی (۲۲/۰٪ در مقابل ۲۹/۵٪)، بی‌اختیاری ادرار (۵/۹٪ در مقابل ۹/۵٪)، و مشکلات تخلیه مثانه (۰/۸٪ در مقابل ۳/۷٪) کمتر و غم و اندوه (۱۱/۹٪ در مقابل ۸/۴٪) و هموروئید (۵/۱٪ در مقابل ۳/۷٪) بیشتر بود ولی دو گروه از نظر این مشکلات تفاوت آماری معنی داری نداشتند. فراوانی کم‌تر، سردرد، ترشحات غیرعادی دستگاه تناسلی، عفونت دستگاه ادراری و هموروئید در دو گروه تقریباً یکسان بود (جدول ۳).

طی هفته اول بعد از زایمان، در مادران با زایمان واژینال مشکلات کم‌تر ( $p<0/001$ )، غم و اندوه بیش از حد ( $p<0/001$ )، عفونت دستگاه ادراری ( $p=0/006$ ) و بی‌اختیاری ادراری ( $p=0/002$ ) و در مادران با زایمان سزارین، مشکلات خواب ( $p=0/003$ ) به طور معنی داری بیشتر گزارش شد. اگرچه در مادران با زایمان واژینال در مقایسه با مادران با زایمان سزارین درصد گزارش شده مشکلات پستانی (۲۳/۷٪ در مقابل ۳۲/۱٪)، خونریزی غیرعادی (۶/۸٪ در مقابل ۱۱/۱٪)، عفونت محل بخیه‌ها (۴/۲٪ در مقابل ۸/۴٪) کمتر و مشکلات تخلیه مثانه (۹/۳٪ در مقابل ۱۳/۳٪) و هموروئید (۱/۷٪ در مقابل ۵/۵٪) بیشتر بود، ولی تفاوت آماری معنی داری از نظر این مشکلات بین دو گروه وجود نداشت. فراوانی خستگی، سردرد، یبوست و عوارض ناشی از بی‌حسی/بی‌هوشی در دو گروه تقریباً یکسان بود. در هفته هشتم بعد از زایمان، خستگی ( $p=0/004$ )، مشکلات خواب ( $p=0/014$ )، یبوست ( $p=0/000$ ) و عوارض ناشی از بی‌حسی یا بی‌هوشی ( $p=0/002$ ) در مادران با زایمان سزارین به طور معنی داری بیشتر گزارش شد. اگر چه در مادران با زایمان واژینال در مقایسه با مادران با زایمان سزارین درصد گزارش شده مشکلات مربوط به روابط جنسی (۱۱/۹٪ در مقابل ۱۷/۴٪)، بی‌اختیاری ادراری (۵/۹٪ در مقابل ۷/۴٪)، عفونت محل بخیه‌ها (۲/۵٪ در مقابل ۵/۸٪) و مشکلات تخلیه مثانه

جدول ۳- مقایسه درصد مشکلات تجربه شده طی ۷ روز گذشته در ۳ دوره زمانی بعد از زایمان بر اساس گزارش زنان با زایمان واژینال (تعداد = ۱۱۸ نفر) و سزارین (تعداد = ۱۹۰ نفر)

مشکلات	هفته اول			هفته هشتم			ماه دوازدهم		
	واژینال	سزارین	سطح معنی داری	واژینال	سزارین	سطح معنی داری	واژینال	سزارین	سطح معنی داری
کمردرد	۷۵/۴	۵۶/۳	۰/۰۰۰	۶۲/۷	۵۸/۴	۰/۲۹۵	۳۱/۴	۳۶/۸	۰/۱۹۵
خستگی	۶۳/۶	۶۲/۱	۰/۴۴۷	۵۰/۰	۶۵/۸	۰/۰۰۴	۳۶/۴	۴۷/۴	۰/۰۳۹
مشکلات خواب	۲۲/۰	۳۷/۴	۰/۰۰۳	۳۸/۱	۵۱/۶	۰/۰۱۴	۲۸/۸	۴۰/۰	۰/۰۳۰
سردرد	۴۴/۹	۴۸/۴	۰/۳۱۵	۳۲/۲	۳۵/۳	۰/۳۳۶	۱۴/۴	۱۱/۱	۰/۲۴۳
ترشحات غیرطبیعی دستگاه تناسلی	-	-	-	۱۷/۸	۱۶/۸	۰/۴۷۳	۱۴/۴	۱۱/۶	۰/۲۸۹
مشکلات مربوط به روابط جنسی	-	-	-	۱۱/۹	۱۷/۴	۰/۱۲۶	۲۲/۰	۲۹/۵	۰/۰۹۶
غم و اندوه بیش از حد	۲۴/۶	۸/۹	۰/۰۰۰	۱۸/۶	۱۲/۶	۰/۱۰۲	۱۱/۹	۸/۴	۰/۲۱۳
مشکلات پستانی	۲۳/۷	۳۲/۱	۰/۰۷۳	۱۷/۸	۱۲/۶	۰/۱۴۰	۱/۷	۱۵/۸	۰/۰۰۰
یبوست	۲۰/۳	۲۲/۱	۰/۴۱۴	۱/۷	۱۸/۹	۰/۰۰۰	۷/۶	۱۶/۳	۰/۰۱۹
خونریزی غیرطبیعی	۶/۸	۱۱/۱	۰/۱۴۷	۱۲/۷	۷/۹	۰/۱۱۸	-	-	-
عفونت دستگاه ادراری	۱۳/۶	۴/۷	۰/۰۰۶	۱۱/۹	۸/۴	۰/۲۱۳	۸/۵	۶/۸	۰/۳۷۵
بی‌اختیاری ادراری	۸/۵	۱/۱	۰/۰۰۲	۵/۹	۷/۴	۰/۴۰۶	۵/۹	۹/۵	۰/۲۶۹
عوارض ناشی از بی‌حسی و بی‌هوشی	۲۴/۶	۲۴/۲	۰/۵۲۳	۰/۸	۸/۹	۰/۰۰۲	۰/۸	۶/۳	۰/۰۱۵
عفونت محل بخیه‌ها	۴/۲	۸/۴	۰/۱۱۷	۲/۵	۵/۸	۰/۱۴۷	-	-	-
هموروئید	۱/۷	۰/۵	*۰/۳۲۷	۵/۱	۳/۷	۰/۳۷۴	۵/۱	۳/۷	۰/۳۷۴
مشکلات تخلیه مثانه	۹/۳	۶/۳	۰/۲۲۴	۲/۵	۴/۲	۰/۳۳۴	۰/۸	۳/۷	۰/۱۲۲**

\*خطر نسبی (فاصله اطمینان ۹۵٪) مشکلات در مادران با زایمان واژینال در مقایسه با مادران زایمان سزارین  
 \*\*به جز این موارد که از آزمون دقیق فیشر استفاده شد، در بقیه موارد آزمون مورد استفاده کای دو بود.

## بحث

از زایمان تجربه کرده اند (۷، ۸). این نتایج نشان دهنده وجود مشکلات زیاد در زنان بعد از زایمان است. با گذشت زمان بعد از زایمان از میزان مشکلات کاسته می شود. به گونه ای که در مطالعه حاضر ۸۳٪ مادران در ۱۲ ماه بعد از زایمان در مقایسه با ۹۴٪ مادران در روز هفتم بعد از زایمان مشکلاتی را تجربه کردند. اما در مجموع برخی مشکلات مانند خستگی، کمردرد، مشکلات جنسی، سردرد و مشکلات خواب ماندگار و برخی دیگر از این مشکلات مانند خونریزی غیر طبیعی و عفونت محل بخیه‌ها موقتی می باشد (۱۴).

در مطالعه حاضر شایع ترین مشکلات مطرح شده در روز هفتم، هفته هشتم و ماه دوازدهم بعد از زایمان خستگی و کمردرد بود. نتایج این مطالعه با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی داشت. در مطالعات مختلف، خستگی شایع ترین مشکل گزارش شده مادران تازه زایمان کرده بود (۵، ۷، ۸، ۲۴-۱۵). در مطالعه مک گاورن (۲۰۰۶) در مینه سوتا، شایعترین مشکل مادران

نتایج مطالعه حاضر حاکی از شیوع بالا و طولانی مدت مشکلات مادران بعد از زایمان بود. اولین بار مک آرتور و همکاران (۱۹۹۹) مشکلات طولانی مدت بعد از زایمان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که درصد بالایی از مادران (۴۷٪) در طی ۳ ماه بعد از زایمان، حداقل یک مشکل سلامتی جدید را گزارش کردند (۱۲). در مطالعه گلزنر و همکاران (۱۹۹۵)، ۸۵٪ مادران اسکاتلندی در ۱۳ روز اول بعد از زایمان، ۸۷٪ مادران تا ۸ هفته بعد از زایمان و ۷۶٪ مادران تا ۱۸ ماه بعد از زایمان این مشکلات را تجربه کردند (۶) و در مطالعه مک وی (۱۹۹۷) در استرالیا، ۹۴٪ مادران طی ۷-۶ ماه بعد از زایمان دچار مشکل بودند (۱۳). در ایران در مطالعه روحی و همکار (۲۰۰۵) در تبریز ۸۹٪ و در مطالعه رادمهر (۲۰۰۶) در دزفول، ۵۴/۵٪ مادران اظهار داشتند که حداقل یک مشکل سلامتی را در ۴۵ روز بعد

در هفته پنجم و یازدهم بعد از زایمان خستگی و کمردرد بود (۲۴، ۲۳). در مطالعه سائورل-سوبیزولس و همکاران (۲۰۰۷) در ایتالیا و فرانسه نیز خستگی و کمردرد، شایع ترین مشکل زنان در ماه پنجم و دوازدهم بعد از زایمان بود و حتی ۵۰٪ مادران یک سال بعد از زایمان همچنان این دو مشکل را داشتند (۲۵). شیوع خستگی ۸ هفته بعد از زایمان در کانادا ۵۵٪ و در آمریکا ۷۶٪ گزارش شد (۲۶). در اکثر موارد دلیل خستگی مادران طبی نبود و مربوط به تأثیر تطابق با تغییرات در سبک زندگی در حضور نوزاد، شیردهی، حمایت نامناسب خانوادگی، کمبود خواب شبانه (۱۷)، مراقبت از کودک، کم خونی (۲۳، ۲۴)، عدم آگاهی مادران در مورد خستگی بعد از زایمان، روابط تغییر یافته با همسر و بستگان، زمان کم رسیدگی به خود (۲۷) و مهم تر از همه عدم تطابق مادر با نقش جدیدش بود (۲۶).

افزایش فعالیت مادر برای مراقبت از کودک و انجام مسئولیت های روزمره و نیز پوکی استخوان توأم با بارداری ممکن است از عوامل مؤثر بر افزایش شیوع کمردرد در دوره بعد از زایمان باشد (۲۶، ۲۸). در مطالعه مک آرتور و همکاران (۱۹۹۳) که بر روی مادران آسیایی و قفقازی در انگلستان انجام شد، مادران آسیایی در مقایسه با مادران قفقازی کمردرد، سردرد و دردهای عضلانی بیشتری داشتند که یکی از دلایل احتمالی مطرح شده برای آن، امکان کمبود ویتامین D بود (۲۹). بر اساس مطالعه هاشمی پور و همکاران (۲۰۰۴) در ایران، کمبود ویتامین D در ۸۶٪ مادران باردار گزارش شد (۳۰). احتمالاً این مسئله از دلایل اصلی شیوع بالای کمردرد در مطالعه حاضر بود که نیاز به بررسی بیشتر و اقدامات پیشگیرانه در این زمینه دارد.

میزان مشکلات جنسی و هموروئید (بواسیر) در مطالعه حاضر نسبت به سایر مطالعات انجام شده در برخی کشورها پایین تر بود (۶، ۱۸، ۲۶-۲۸). در مجموع، مشکلات ادراری تناسلی در مطالعات مختلف توسط مادران کمتر گزارش شده است. زیرا سنجش مشکلات سلامتی مادران به چند دلیل مشکل است: اولاً تعریف استاندارد از مشکلات سلامتی مادری وجود ندارد و اگر هم تعریفی باشد، بر اساس نظر مؤلفین متفاوت بوده و

معیار تشخیص بیماری ها نیز متفاوت می باشد (۳). از طرف دیگر اغلب اطلاعات موجود از کلینیک ها و بیمارستان ها گرفته شده، بنابراین نمی تواند منعکس کننده واقعی مشکلات عموم مادران باشد زیرا اغلب زنان از دریافت کمک از سرویس های سلامتی در دسترس امتناع می کنند زیرا عقیده دارند که به جنبه محرمانه اهمیت داده نمی شود. این مسئله به ویژه در جوامع کوچک، جایی که روابط شخصی خارج از محیط کلینیک بین بیماران و پرسنل وجود دارد، مشاهده می شود (۲). مسائل فرهنگی و اجتماعی نیز در زمینه مشکلات مادری تأثیرگذار است. عوامل فرهنگی و اجتماعی بر احساسات و پاسخ بیمار تأثیر می گذارد. در جوامعی که پرهیزکاری به عنوان یک ارزش محسوب می شود، زنان ممکن است درد را بپذیرند و آن را تحمل کنند (۳). از سوی دیگر برخی مشکلات مادران مانند مشکلات روده ای، ادراری و جنسی از طرف مادر به خاطر خجالت به ماما یا مراقب بهداشتی گفته نمی شود و زنان ممکن است فرض کنند که این مسائل قسمتی از مشکلات مربوط به زایمان است و بدون هیچ کمکی می توانند بر آن غلبه کنند (۲۲).

میزان سزارین در مطالعه حاضر بالا بود (در مطالعه حاضر ۴۴/۵٪ مادران سزارین انتخابی و ۱۷/۲٪ سزارین اورژانس داشتند). این میزان به طور قابل توجهی بالاتر از میزان مجاز گزارش شده (۱۵٪) توسط سازمان جهانی بهداشت می باشد (۳۲). در ایران حدود ۶۰٪ زنان ترجیح می دهند که برای اجتناب از درد زایمان سزارین شوند (۴۷٪ در مراکز دولتی و ۸۴٪ در مراکز خصوصی) (۳۱)، در حالی که بر اساس نتایج مطالعه حاضر مشکلات طولانی مدت بعد از زایمان در زنان سزارین کرده بیشتر می باشد. افزایش میزان بروز مشکلات در این مادران در مطالعات دیگر نیز اثبات شده است (۳۳). نگرانی عموم مردم و متخصصان درباره آینده مسائل کف لگن (بی اختیاری ادراری، تخریب عضله لواتور آنی (بالا برنده مقعد)، تغییر در عملکرد عصب شرمگاهی و عملکرد جنسی به دلایلی مانند ضربه به پرینه در طی زایمان) و ژینال باعث افزایش میزان سزارین شده است (۳۵). در حالی که بر اساس مطالعه بارت و همکاران (۲۰۰۵)، سزارین نقشی در جلوگیری از بروز مشکلات جنسی

زایمان سزارین مشکلات طولانی مدت بیشتری دارند (۳۸) که با نتایج مطالعه بارت و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۵). مطالعه لیدون و همکاران (۲۰۰۰) نیز که به بررسی بروز مشکلات و نوع زایمان پرداخت، تأیید کرد که مادران با زایمان طبیعی زودتر فعالیت های روزمره را از سر می گیرند و مشکلات کمتری در ارتباط با نوع زایمانشان گزارش می کنند (۳۹). از محدودیت های این مطالعه می توان به این مورد اشاره کرد: با توجه به تعدد مراکز و طولانی بودن تحقیق و عدم امکان گردآوری داده ها توسط خود پژوهشگران و مشغله زیاد کاری پرسشگران، ممکن است به طور کامل نتوانسته باشند مادران را توجه کرده و اطلاعات دقیقی کسب کنند. ممکن است مادران مشکلات دیگری هم داشتند که در پرسشنامه درج نشده و مادران آن را به عنوان یک مشکل فرض نکرده باشند. لازم است تمام کسانی که درگیر ارائه خدمت در حیطه بهداشتی هستند، به مشکلات سلامتی مادران در این دوران توجه بیشتری داشته باشند. به منظور بهبود سریع تر مادر، آموزش مادران و خانواده، شروع زودتر و طولانی تر مراقبت های بعد از زایمان، ارتقاء کیفیت مراقبت های معمول بعد از زایمان، تشویق به حمایت مادر از سوی خانواده و تمرکز به تحقیقات بر روی این دوره پیشنهاد می شود.

### نتیجه گیری

فراوانی مشکلات سلامتی مانند کمردرد، خستگی، بیشتر از بقیه موارد بود و در کل مادران سزارینی مشکلات بیشتری تجربه کردند.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مادران شرکت کننده در این مطالعه که با صبر، حوصله و همچنین اعتمادشان به پژوهشگران ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

نداشت (۳۵). یکی از دلایل ذکر شده برای توجیه علت احتمالی بیشتر بودن مشکلات در مادران با زایمان سزارین این است که مادر باید از جراحی و زایمان نیز بهبودی پیدا کند و بار مسئولیت های خانه و مراقبت از نوزاد باعث بروز بیشتر مشکلات خواهد شد (۳۶) و از طرفی مادران با زایمان طبیعی بیشتر از سرویس های مراقبت های بهداشتی استفاده می کنند (۳۷). این دلایل می تواند در جامعه مورد مطالعه در مطالعه حاضر نیز صادق باشد.

در مطالعه حاضر در هفته هشتم بعد از زایمان مشکلاتی نظیر خستگی، عوارض ناشی از بی حسی، مشکلات خواب و یبوست توسط مادران با زایمان سزارین به طور معنی داری بیشتر گزارش شد. بر اساس مطالعه شیت و همکاران (۲۰۰۵) نیز ۸ هفته بعد از زایمان در مادران سوئدی سزارین شده، کمردرد، سردرد، هموروئید، یبوست و مقاربت دردناک بیشتر از زایمان طبیعی بود (۲۸). در مطالعه چنگ و همکاران (۲۰۰۶) بر روی مادران آمریکایی در ۷ هفته بعد از زایمان زانی که سزارین کرده بودند در مقایسه با زایمان طبیعی درد بدنی بیشتری داشتند (۲۶).

در مطالعه حاضر در ماه دوازدهم بعد از زایمان، یبوست، مشکلات شیردهی، خستگی، عوارض ناشی از بی حسی و مشکلات خواب در مادران با زایمان سزارین به طور معنی داری بیشتر گزارش شد. وول هاوس و همکاران (۲۰۱۲) نیز با بررسی مادران در ۶، ۱۲ و ۱۸ ماه بعد از زایمان دریافتند که مادران سزارینی مشکلات بیشتری دارند (۳۸). در مطالعه گلازتر و همکاران (۱۹۹۵) که بر روی مادران اسکاتلندی انجام شد، کمردرد در مادران با زایمان سزارین بیشتر گزارش شد (۶).

در مطالعات مختلف انجام شده، زنان سزارینی شیوع بالاتری از خستگی، مشکلات پستان، کمردرد، ترشحات واژینال، سردرد و دیگر عفونت ها را گزارش کردند که این موارد به جز در هفته اول بعد از زایمان در دو دوره بعدی با مطالعه حاضر صادق بود. بوردز (۲۰۰۶) در مروری بر مطالعات گذشته مطرح کرد که مادران با زایمان طبیعی، مشکلات کوتاه مدت بیشتر و مادران با



1. Swain A, O'Hara MW, Starr KR, Gorman LL. A prospective study of sleep, mood and cognitive function in postpartum and no postpartum women. *Obstet Gynecol* 1997 Sep; 90(3):381-6.
2. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health; 1998; 3.
3. Maine D, McGinn T. Maternal mortality and morbidity. In: Goldman M, Hatch M. Women & health. London: Academic Press; 2005:395-403.
4. Valley L, Ahmed Y, Murray SF. Postpartum maternal morbidity requiring hospital admission in Lusaka, Zambia - a descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2005 Feb; 5(1):1.
5. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann FAM Med* 2006 Mar-Apr; 4(2):156-67.
6. Glanzener C, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell T. Postnatal maternal morbidity: extent, cause, prevention and treatment. *Br J Obstet Gynecol* 1995 Apr; 102(4):282-7.
7. Rouhi Torbati M, Mohammad Alizadeh Charndabi S. Maternal morbidity within 45 days after delivery. *Iran J Nurs* 2005 ASpring-Summer; 18(41-42):145-52.
8. Radmehr M. Assessment of postpartum morbidity 6 weeks after delivery and help-seeking in Dezful. In: Proceeding of the 1<sup>st</sup> Congress Gender-Specific Medicine. 2006 Italy.
9. Nieswiadomy RM. Foundations of nursing research. Stamford: Appleton & Lange; 1998.
10. Burns N, Grove SK. Understanding nursing research. Philadelphia: Saunders; 1995.
11. Polite DE, Hungler BP. Nursing research. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 1994.
12. MacArthur C. What does postnatal care do for women's health? *Lancet* 1999 Jan 30; 353(9150):343-4. Review.
13. McVeigh CA. An Australian study of function status after childbirth. *Midwifery* 1997 Dec; 13(4):172-8.
14. Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Obstetrician's personal choice and mode of delivery. *Lancet* 1996 Feb 24; 347(9000):544-60.
15. Schytt E, Waldenstorm U, Olsson P. Self-rated health-- what does it capture at 1 year child birth? Investigation of a survey question employing think aloud interviews. *Scand J Caring Sci* 2009 Dec; 23(4):711-20.
16. Davis RE. The postpartum experience for Southeast Asian women in the United States. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2001 Jul-Aug; 26(4):208-13.
17. Gjerdingen DK, Froberg DG, Chaloner KM, McGovern PM. Changes in women's physical health during the first postpartum year. *Arch FAM Med* 1993 Mar; 2(3):277-83.
18. Levy V, Lopez V, Chow A, Wong S. Prevalence of postpartum morbidity in Hong Kong: a pilot study. *Obstet Gynecol Soci Hong Kong* 2000; 1(2):96-100.
19. De Graft-Johnson JE. Maternal morbidity in Ghana. *NCBI* 1994; 2:31. Available at: [www.ncbi.nlm.gov/fcgi](http://www.ncbi.nlm.gov/fcgi). Accessed June 3, 2003.
20. Schytt E, Waldenström U. Risk factors for poor self-rated health in women at 2 months and 1 year after child birth. *J Womens Health (Larchmt)* 2007 Apr; 16(3):390-405.
21. Declercq E, Cunningham DK, and Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: result of a national survey. *Birth* 2008 Mar; 35(1):16-24.
22. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynecol* 1998 Feb; 105(2):156-61.
23. McGovern P, Dowd B, Gjedingen, Dagher R, Ukestad L, McCaffrey D, et al. Mother's health and work-related factors at 11 weeks postpartum. *Ann Fam Med* 2007 Nov-Dec; 5(6):519-27.
24. McGovern P, Dowd B, Gjerdingen D, Gross CR, Kenney S, Ukestad L, et al. Postpartum health of employed mothers 5 weeks after childbirth. *Ann Fam Med* 2006 Mar-Apr; 4(2):159-67.
25. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *BJOG* 2007 Oct; 107(10):1202-9.
26. Cheng CY, Fowles ER, Walker LO. Continuing education module: postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ* 2006 summer; 15(3):34-42.
27. Gjerdingen DK, Center BA. First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *Journal American Board Family Practice* 2003 Jul-Aug; 16(4):304-11.
28. Schytt E, Lindmark G, Waldenstrom U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and association with self-rated health. *BJOG*. 2005 Feb; 112(2):210-7.
29. MacArthur C, Lewis M, Knox EG. Comparison of long-term health problems following childbirth among Asian and Caucasian mothers. *Br J Gen Pract* 1993 Dec; 43(377):519-22.
30. Hashemipour S, Larijani B, Adibi H, Javadi E, Sedaghat M, Pajouhi M, et al. Vitamin D deficiency and causative in the population of Tehran. *BMC Public Health* 2004 Aug 25; 4: 38.
31. Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs* 2007 Mar; 16(3):549-61.
32. Chalmers B. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985 Aug 24; 2(8452):436-7.

33. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007 Jun; 34(2):123-30.
34. Press JZ, Klein MC, Kaczorowski J, Liston RM, von Dadelszen P. Does cesarean section reduce postpartum urinary incontinence? A systemic review. *Birth* 2007 Sep; 34(3):228-37.
35. Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005 Dec; 32(4):306-11.
36. Lee KA, Zaffke ME, McEnany G. Parity and sleep patterns during and pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000 Jan; 95(1):14-8.
37. MCVeigh CA. An Australian study of function status after childbirth. *Midwifery* 1997 Dec; 13(4):172-8.
38. Borders N. After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Health* 2006 Jul-Aug; 51(4):242-8.
39. Lyndon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000 May 10; 283(18):2411-6.