

مقایسه عوامل استرس‌زا و تنش ماه اول و دوم پس از زایمان در مادران نخست و چندزا

سکینه نظری^۱، پروین سالاری^{۲*}، سیدرضا مظلوم^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۱۱/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۲/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: در دوره پس از زایمان، مادران با مسئولیت‌های جدید استرس‌زا مواجه می‌شوند که می‌تواند با عوارضی همچون اختلالات شیردهی و افسردگی همراه باشد. عوامل استرس‌زا در بین زنان نخست‌زا و چندزا متفاوت می‌باشد. بر این اساس پژوهشی باهدف تعیین عوامل تنش‌زا و استرس پس از زایمان ماه اول و دوم مادران نخست‌زا و چندزا طراحی گردید.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بود که بر روی ۴۰۰ مادر نخست‌زا و چندزا بدون مشکل طبی و روانی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر مشهد سال ۱۳۹۰، با نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها، سوابق بارداری، زایمان و وضعیت نوزاد، عوامل استرس‌زای پس از زایمان تغییر یافته هیونگ و هلن با حداکثر نمره ۹۱۰ برای مادران نخست‌زا و ۹۴۰ برای چندزها بود که در ماه اول و دوم پس از زایمان، در زمان مراجعه برای مراقبت‌های بهداشتی توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. یافته‌ها با آمار توصیفی و استنباطی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و نرم‌افزار spss آنالیز شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره شدت استرس در مادران نخست‌زا به ترتیب در ماه اول و دوم $242/5 \pm 157$ و $228/7 \pm 179/8$ و در مادران چندزا $223/8 \pm 135/7$ و $208/9 \pm 163/5$ بود ($P=0/011$) و ($P=0/000$). مقایسه شدت استرس در دو گروه در ماه اول و دوم نشان داد که مادران نخست‌زا در هر دو نوبت نمرات بالاتری داشتند. در هر دو نوبت، اولین رتبه عوامل استرس‌زا در مادران نخست‌زا حمام کودک و در مادران چندزا کمردرد بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به شدت استرس و استرس‌سورهای متفاوت، دو گروه مادران نخست‌زا و چندزا نیازمند آموزش‌های متفاوت مبتنی بر نیازهایشان قبل از زایمان می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: استرس، دوره پس از زایمان، نخست‌زا، چندزا، عوامل تنش‌زا، استرسور، حمام کودک، کمردرد

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره سوم، پی‌درپی ۸۰، خرداد ۱۳۹۵، ص ۲۲۳-۲۱۳

آدرس مکاتبه: مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۵۸۱۴۳۱۲۴

Email: s4.nazari@gmail.com

مقدمه

حمایت اجتماعی، مشکلات مربوط به شیردهی از پستان، آموزش ناکافی در مورد مراقبت از نوزاد، کمک در زمینه افسردگی بعد از زایمان، احساس نیاز به اقامت بیشتر در بیمارستان و نیاز به پوشش بیمه زایمانی دانسته‌اند(۶). عزیز زاده فروزی (۱۳۸۸)، عوامل استرس‌زا را حمام کردن شیرخوار، عوض کردن کهنه و پوشک بچه، تعویض لباس شیرخوار، مراقبت از بندناف، بزرگی پستان‌ها و خون‌ریزی بعد از زایمان گزارش کرد (۳). هیونگ^۱ و چان^۲، در

دوره پس از زایمان^۱، دوره‌ای منحصر به فرد(۱)، انتقالی و بالقوه پراسترس است(۲، ۳) که می‌تواند سرشار از شادی و رضایت بوده یا توأم با آسیب‌پذیری و بحران باشد (۱). این دوره، مادران را با مسئولیت‌ها و نقش‌های جدیدی مواجه می‌سازد(۴، ۵). سیستم پایش بررسی خطرهای دوره بارداری نگرانی‌های مطرح‌شده توسط زنان در ۹-۲ ماه اول بعد از زایمان را، نیاز به

^۱ مری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

^۲ مری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد (نویسنده مسئول)

^۳ مری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

¹Postpartum period

²Hung CH

³Chan, S.W

مطالعات خود نشان دادند که بزرگ‌ترین استرس پس از زایمان نگرانی درباره تغییرات بدن است (۷، ۸).

عوامل استرس‌زا در بین زنان نخست‌زا و چندزا متفاوت می‌باشد. اگرچه زنان نخست‌زا در مواجهه با مسئولیت‌های جدید از جمله مسئولیت مراقبت و نگهداری از فرزند و شیردهی، به دلیل نداشتن تجربه قبلی در این زمینه، دچار مشکلات بیشتری می‌گردند (۹) و استرس ناشی از تولد اولین فرزند، جزء استرس‌های شدید طبقه‌بندی می‌شود (۱۰)، اما زایمان اول به‌عنوان رخداد جدید زندگی توجه اطرافیان را به خود جلب نموده و باعث حمایت و توجه به مادر و نوزاد می‌شود (۴) و زنان چندزا به دلیل تصور عموم به داشتن تجربه قبلی از مسائل بعد از زایمان، بچه‌داری و عادی شدن مشکلات از حمایت کمتری برخوردار می‌شوند و این نکته موردتوجه قرار نمی‌گیرد که زایمان‌های متعدد خود به‌عنوان یک عامل استرس‌زا، آسیب‌پذیری مادر را بالا برده (۱۱) و با تشدید مشکلات فیزیکی، از جمله کمردرد و خستگی که در مادران چندزا شایع‌تر است، همراه می‌شود (۱۲). مطالعات در دسترس نشان می‌دهد، پژوهشگران به چالش‌های منحصربه‌فردی که زنان چندزا با آن روبرو هستند توجه کافی ننموده‌اند (۴)، از جمله این عوامل استرس‌زا مراقبت هم‌زمان از چند کودک (۱۲) و دارا نبودن کودک با جنسیت دلخواه می‌باشد (۱۳).

هیونگ (۲۰۰۶)، در تایوان ده عامل استرس‌زای اول را در مادران نخست‌زا، بیماری ناگهانی کودک، شل شدن عضلات شکم مادر، غیرقابل‌پیش‌بینی بودن کودک، خواب ناکافی مادر، نحوه قرارگیری سر کودک هنگام خواب، خواب ناکافی نوزاد، کمبود اطلاعات در مورد رشد و نمو کودک، گریه کودک، محدود شدن آزادی مادر و خفگی نوزاد در طول تغذیه بیان نمود (۱۴).

نگهداری از نوزاد برای مادرانی که قبلاً فرزند دیگری بزرگ کرده‌اند، مشکل نیست، اما این مادران با مشکلات جدیدی مواجه می‌شوند، که از آن جمله می‌توان به ایجاد توازن بین نیازهای افراد خانواده اشاره کرد (۱۵). تولد نوزاد جدید ممکن است برای سایر کودکان خانواده ایجاد استرس کند این استرس به‌ویژه برای کودکان خیلی کم سن، دو یا سه‌ساله که نمی‌خواهند پدر و مادر خود را با کس دیگری شریک شوند بسیار شدید است (۱۶).

شدت استرس مادران چندزا در دوران بارداری افزایش و بعد از زایمان کاهش می‌یابد، اما در زنان نخست‌زا به‌صورت تدریجی در بارداری و پس از زایمان افزایش می‌یابد (۲۲). هیونگ (۲۰۰۷) نشان داد که مادران نخست‌زا سطح استرس بیشتری نسبت به چندزها درک می‌کنند (۴).

هلن (۱۹۹۴) مشخص نمود که درصد نگرانی‌های مادران نخست‌زا بیشتر از مادران چندزا است (۲۳). هیونگ (۲۰۰۷) در مقایسه دو گروه گزارش کرد، مادران نخست‌زا نمرات استرس بالاتری نسبت به مادران چندزا دریافت می‌کنند که تفاوت معنی‌دار بود (۴). استرس در دوره پس از زایمان، می‌تواند با عوارضی از جمله افت عملکرد روزانه مادر (۱۷) کاهش میل جنسی (۱۸، ۱۹)، اختلال خواب و اختلالات وسواسی (۳) همراه باشد. برخی از مادران به علت تمرکز و توجه بیشتری که بر روی نوزاد صورت می‌گیرد، احساس انزوا می‌کنند و در نتیجه ممکن است با اضطراب شدیدی مواجه شوند (۶). دوره پس از زایمان گاهی به حدی پراسترس است که سبب تحریک اختلالات روانی می‌شود (۲۰) و مادر ممکن است دچار افسردگی پس از زایمان (۲۱). اختلال خلقی دوقطبی و اسکیزوفرنیا گردد (۴، ۲۱).

هیونگ (۲۰۰۷) گزارش کرد، شدت استرس پس از زایمان در هر دو گروه از هفته اول تا پنجم کاهش، معنی‌داری داشته است (۲۶). اما پژوهش وی در (۲۰۱۱) نشان داد تغییرات استرس در شش هفته اول بعد از زایمان در مادران با و بدون تجربه مادری سیر نزولی داشته که البته تفاوت آن معنی‌دار نبود (۲۷). "تغییرات روانی - اجتماعی در بین مادران با و بدون تجربه مادری" هلن (۲۰۰۱) گزارش نمود شدت نگرانی‌های مادران نخست‌زا از هفته اول به ششم کاهش یافته است اما تفاوت آن معنی‌دار نبوده است (۲۸).

دوره بعد از زایمان از دیرباز موردتوجه بوده و در کشورهای مختلف توجهات خاص و مراقبت‌های ویژه‌ای برای این دوران در نظر گرفته شده است مراقبت‌های مناسب مادران در دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان از راهکارهای کاهش مرگ‌ومیر آن‌ها محسوب می‌شود که طی سال‌های متمادی در بسیاری از کشورها برای تأمین سلامت مادر و نوزاد به‌کاررفته است تا آن‌ها بتوانند به نحو مطلوب با مشکلات دوران نفاس برخورد کنند و از بار پیامدهای آن بکاهند (۲۴) در مراکز بهداشتی کشور مراقبت‌های پس از زایمان در سه نوبت در روزهای ۱ تا ۳، ۸ تا ۲۸ و ۲۹ تا ۶۰ به شکل روتین و یکسان برای کلیه مادران (۲۵) نخست‌زا و چندزا بدون توجه به نوع و شدت استرس متفاوتی که تجربه می‌کنند، انجام می‌شود.

بر طبق اهداف جدید مراقبت‌های بعد از زایمان علاوه بر ارتقاء سلامت جسمی مادران و نوزادشان، تأمین نیازهای روانی و عاطفی نیز لازم است مدنظر قرار گیرد، در حال حاضر مراقبت‌های پس از زایمان بر کنترل روتین وضعیت جسمی، فیزیکی و عوارض مادری و نوزادی تأکید دارد (۲۹)، با توجه به این نکته و عدم دسترسی به مطالعه‌ای در این زمینه در کشور ایران، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی باهدف "تعیین عوامل تنش‌زا و استرس پس از زایمان ماه اول و دوم مادران نخست‌زا و چندزا" انجام دهد.

مواد و روش کار

یک ماه که مادر برای مراقبت سوم به مرکز بهداشت مراجعه می‌نمود پرسشنامه عوامل استرس‌زای پس از زایمان دوباره تکمیل می‌گردید. در صورت عدم مراجعه مادر به مرکز بهداشت پژوهشگر با مادر تماس گرفته و به درب منزل برای تکمیل پرسشنامه مراجعه می‌نمود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار محاسبه شد و مقایسه بین گروهی با تی مستقل و من ویتنی انجام شد. در آزمون‌های انجام‌شده، درجه اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری $p < 0.05$ مدنظر بود.

با توجه به اینکه متغیر اصلی پژوهش "شدت استرس" در نوبت اول و دوم در هر دو گروه از توزیع نرمال برخوردار نبود، برای تسهیل انجام آزمون‌های آماری و فراهم شدن امکان استفاده از آمار پارامتری، تبدیل متغیر به روش تبدیل توانی^۴ انجام شد. شدت استرس پس از زایمان در مراقبت دوم با ریشه دوم، و استرس پس از زایمان در مراقبت سوم با روش ریشه دوم Z نرمال شدند. برای آنالیز متغیرهای نرمال از آمار پارامتری استفاده شد اما جداول توصیفی آن‌ها با داده‌های اصلی ارائه شد. میانگین نمره شدت استرس در مورد هر یک از عوامل استرس‌زای مورد مطالعه (۹۱ مورد در مادران نخست‌زا و ۹۴ مورد در مادران چندزا) در هر گروه بر مبنای صفر تا ۱۰ محاسبه شد. به علت طولانی شدن جداول، فقط پنج عامل استرس‌زایی که بیشترین میانگین نمره را داشتند گزارش شد.

هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه عوامل استرس و تنش‌زای ماه اول و دوم پس از زایمان در مادران نخست‌زا و چندزا بود. فرضیه این پژوهش نیز این بود که "تنش و عوامل تنش‌زا در این دو گروه متفاوت است".

یافته‌ها

میانگین سن دو گروه نخست‌زا و چندزا به ترتیب $24/2 \pm 4/2$ و $30/3 \pm 4/9$ سال و مدت ازدواج $3/1 \pm 1/5$ و $10/9 \pm 4/7$ سال بود که دو گروه همگن نبودند ($P = 0/000$). میانگین تعداد زایمان در مادران چندزا $2/4 \pm 0/7$ زایمان بود.

متغیرهای تحت نظر به‌جز سن، مدت ازدواج، تعداد زایمان، تحصیلات، نوع زایمان، برنامه‌ریزی برای حاملگی ($P = 0/000$)، سابقه سقط ($P = 0/001$) و رضایت جنس از نظر مادر ($P = 0/021$) در دو گروه همگن بودند (جدول ۱). به‌جز تحصیلات، بقیه متغیرها به‌طور طبیعی به تفاوت‌های مابین دو گروه مرتبط می‌شود.

این پژوهش از نوع توصیفی مقایسه‌ای بر روی ۲۰۰ مادر نخست‌زا و ۲۰۰ مادر چندزا با نمونه‌گیری چندمرحله‌ای طبقه‌ای، خوشه‌ای، سهمیه‌ای و در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت شهر مشهد که برای انجام مراقبت بهداشتی نوبت دوم و سوم پس از زایمان در روزهای ۸ تا ۲۸ و ۲۹ تا ۶۰ مراجعه کرده بودند انجام شده است. پنج مرکز بهداشت سطح شهر مشهد به پنج طبقه کلی تقسیم شد و به‌صورت تصادفی سه مرکز انتخاب شد و از مراکز انتخاب‌شده در هر طبقه، سه خوشه به‌طور تصادفی انتخاب گردید و در هر خوشه به‌صورت سهمیه‌ای نمونه‌گیری انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه سواد خواندن و نوشتن، ازدواج اول، دین اسلام، ملیت ایرانی، زایمان ترم و تک قلو با نوزاد سالم در سن ۲۸-۸ روزگی بود. معیارهای خروج شامل بیماری و مشکلات مامایی، طبی و روانی، استرس عمده در شش ماه اخیر، سابقه نازایی و جنین یا کودک مرده بود. ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش پرسشنامه مشخصات واحد پژوهش مشتمل بر مشخصات فردی با ۱۶ سؤال، بارداری و زایمان با ۸ سؤال، نوزاد با ۷ سؤال، پرسشنامه عوامل استرس‌زای پس از زایمان که با استفاده از پرسشنامه استرس پس از زایمان هیونگ (۲۹، ۲۸) و نگرانی‌های هلن (۲۰۰۱) (۳۰) و مصاحبه با ۲۰ زائوی ایرانی با توجه به عوامل استرس‌زای پس از زایمان در جامعه ایران تنظیم شد. این ابزار شامل دو خرده‌مقیاس نگرانی‌های کودک و نگرانی‌های مادر می‌باشد که مادر بر اساس خط کش درجه‌بندی شده ۱۰-۰ سانتی‌متر در زیر هر سؤال به‌شدت هر عامل استرس‌زا پاسخ می‌داد. تعداد سؤالات برای مادران نخست‌زا ۹۱، با دامنه نمره ۰-۹۱۰ و در چندزایان ۹۴ سؤال با دامنه نمره ۰-۹۴۰ بود.

روایی پرسشنامه مشخصات فردی، بارداری، زایمان و نوزاد با روایی محتوی و پرسشنامه عوامل استرس‌زای پس از زایمان، با روش روایی محتوا و پایایی با آزمون مجدد با فاصله سه روز با $r = 0/90$ تأیید شد.

با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه (کد طرح ۲۱۸-۹۰۰) از بین مادران واجد شرایط که برای مراقبت پس از زایمان در روز ۲۸-۸ بعد از زایمان مراجعه کرده بودند و برای شرکت در پژوهش رضایت کتبی داشتند به پرسشنامه‌ها، در طی دو مرحله که در فاصله آن استراحت نموده و پذیرایی می‌شدند پاسخ می‌دادند. سپس با فاصله

4. Power transformation

جدول (۱): توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک، بارداری و زایمان در دو گروه مادران نخست‌زا و چندزای مورد مطالعه

متغیرها	مادران نخست‌زا		مادران چندزا		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
تحصیلات زن						
ابتدایی	۲۰	۱۰/۱	۵۰	۲۰/۰	۷۰	۱۷/۵
راهنمایی	۳۵	۱۷/۶	۴۵	۲۲/۵	۸۰	۲۰/۱
دیپلم	۱۰۲	۵۱/۳	۸۱	۴۰/۵	۱۸۳	۴۵/۹
کاردانی	۲۱	۱۰/۶	۸	۴/۰	۲۹	۷/۳
کارشناسی و بالاتر	۲۱	۱۰/۵	۱۶	۸/۰	۳۷	۹/۳
کل	۱۹۹	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۳۹۹	۱۰۰
شغل زن						
خانه‌دار	۱۷۲	۸۶/۰	۱۸۱	۹۰/۵	۳۵۳	۸۸/۳
محصل یا دانشجو	۱۷	۸/۵	۵	۲/۵	۲۲	۵/۵
شاغل با مرخصی زایمان	۷	۳/۵	۱۱	۵/۵	۱۸	۴/۵
شاغل بدون مرخصی زایمان	۴	۲	۳	۱/۵	۷	۱/۸
کل	۲۰۰	۱۰۰/۰	۲۰۰	۱۰۰/۰	۴۰۰	۱۰۰/۰
درآمد						
کمتر از کفاف	۳۹	۱۹/۸	۴۶	۲۳/۱	۸۵	۲۱/۵
در حد کفاف	۱۵۸	۸۰/۲	۱۵۱	۷۵/۹	۳۰۹	۷۸/۰
بیشتر از کفاف	۰	۰	۲	۱/۰	۲	۰/۵
کل	۱۹۷	۱۰۰	۱۹۹	۱۰۰	۳۹۶	۱۰۰
سابقه سقط						
بدون سابقه سقط	۱۸۵	۹۲/۵	۱۵۷	۷۸/۵	۳۴۲	۸۵/۵
باسابقه یک سقط	۱۲	۶/۰	۳۳	۱۶/۵	۴۵	۱۱/۳
بیشتر از یک سقط	۳	۱/۵	۱۰	۵	۱۳	۳/۳
کل	۲۰۰	۱۰۰	۱۹۷	۱۰۰	۳۹۷	۱۰۰
برنامه‌ریزی برای حاملگی						
برنامه‌ریزی شده	۱۶۳	۸۱/۵	۱۲۸	۶۵/۰	۲۹۱	۷۳/۷
برنامه‌ریزی نشده	۳۷	۱۸/۵	۶۹	۳۵/۰	۱۰۶	۲۶/۷
کل	۲۰۰	۱۰۰	۱۹۷	۱۰۰	۳۹۷	۱۰۰
نوع زایمان						
طبیعی	۸۷	۴۳/۵	۱۰۸	۵۴/۰	۱۹۵	۴۸/۸
سزارین	۱۱۳	۵۶/۵	۹۲	۴۶/۰	۲۰۵	۵۱/۳
کل	۲۰۰	۱۰۰	۲۰۰	۱۰۰	۴۰۰	۱۰۰
رضایت از جنس نوزاد از نظر مادر						
بله	۱۸۸	۹۴/۰	۱۷۴	۸۷/۴	۳۶۲	۹۰/۷
خیر	۱۲	۶/۰	۴	۲/۰	۴	۱/۰
فرقی نمی‌کند	۰	۰	۲۱	۱۰/۶	۳۳	۸/۳

۱ مواردی که جمع کل هر گروه به ۲۰۰ نمی‌رسد، مربوط به مواردی است که واحد پژوهش به آن سؤال پاسخ نداده است.

	۱۰۰	۳۹۹	۱۰۰	۱۹۹	۱۰۰	۲۰۰	کل
Fisher exact Chi-square	۹۴/۷	۳۷۸	۹۴/۵	۱۸۸	۹۵/۰	۱۹۰	تغذیه کودک
P=۰/۹۳۷	۱/۳	۵	۱/۵	۳	۱/۰	۲	شیر مادر
	۴/۰	۱۶	۴/۰	۸	۴/۰	۸	شیر خشک
							هر دو
	۱۰۰	۳۹۹	۱۰۰	۱۹۹	۱۰۰	۲۰۰	کل

میانگین و انحراف معیار نمره شدت استرس در مادران نخست‌زا به ترتیب در ماه اول و دوم $242/5 \pm 157/1$ و $228/7 \pm 179/8$ و در مادران چندزا $223/8 \pm 135/7$ و $208/9 \pm 163/5$ بود. آزمون تی زوجی این کاهش را در هر دو گروه معنی‌دار نشان داد ($P=0/011$) (جدول ۲).

میانگین شدت استرس پس از زایمان در مادران نخست‌زا و چندزا در ماه اول و دوم پس از زایمان (جدول ۲):

جدول (۲): میانگین شدت استرس پس از زایمان در مادران نخست‌زا و چندزا در ماه اول و دوم پس از زایمان

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه						متغیر
	کل		مادران چندزا		مادران نخست‌زا		
	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	
$t=0/9$ $df=398$ $P=0/351$	۴۰۰	$146/9 \pm 233/1$	۲۰۰	$135/7 \pm 233/8$	۲۰۰	$157/1 \pm 242/5$	ماه اول
$t=0/8$ $df=398$ $P=0/401$	۴۰۰	$172/3 \pm 219/1$	۲۰۰	$163/5 \pm 208/9$	۲۰۰	$179/8 \pm 228/7$	ماه دوم
			$t=3/5, df=199, P=0/000$		$t=3/2, df=199, P=0/011$		نتایج آزمون تی زوجی

آزمون من ویتنی این تفاوت را معنی‌دار نشان نداد. اولین عامل استرس‌زا در هر دو ماه اول و دوم در مادران نخست‌زا، حمام کردن کودک و دومین عامل در ماه اول و دوم به ترتیب شل شدن عضلات شکم و خستگی بود (جدول ۳).

میانگین و انحراف از معیار اختلاف نمرات استرس پس از زایمان در ماه اول و دوم نیز به ترتیب در مادران نخست‌زا و چندزا $120/4 \pm 13/3$ و $115/5 \pm 14/8$ بود. روند تغییرات در هر دو گروه سیر نزولی داشته که این سیر نزولی در مادران نخست‌زا کمتر بود. نتایج

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار پنج عامل اول استرس‌زا مادران نخست‌زا در ماه اول و دوم

آزمون ویلکاکسون	مادران نخست‌زا			عوامل استرس‌زا
	تعداد	رتبه	انحراف معیار \pm میانگین	
$Z=1/7$ $P=0/084$	۲۰۰	۱	$5/6 \pm 4/3$	ماه اول حمام کردن کودک
	۲۰۰	۱	$5/0 \pm 4/2$	ماه دوم
$Z=2/9$ $P=0/003$	۱۹۸	۲	$5/0 \pm 3/9$	ماه اول شل شدن عضلات شکم
	۲۰۰	۳	$4/3 \pm 4/0$	ماه دوم
$Z=2/6$	۱۹۹	۳	$4/9 \pm 4/1$	ماه اول کمردرد

آزمون ویلکاکسون	مادران نخست‌زا			عوامل استرس‌زا
	تعداد	رتبه	انحراف معیار \pm میانگین	
$P=0/007$	۱۹۹	۷	$4/0 \pm 3/7$	ماه دوم
$Z=3/6$	۱۹۹	۴	$4/8 \pm 4/2$	ماه اول
$P=0/000$	۲۰۰	۱۰	$4/3 \pm 4/0$	ماه دوم
$Z=2/4$	۱۹۸	۵	$4/7 \pm 4/3$	ماه اول
$P=0/013$	۲۰۰	۶	$4/1 \pm 4/1$	ماه دوم
$Z=1/1$	۱۹۹	۱۲	$4/5 \pm 3/9$	ماه اول
$P=0/241$	۲۰۰	۲	$4/7 \pm 3/8$	ماه دوم
$Z=1/6$	۱۹۹	۶	$4/6 \pm 4/2$	ماه اول
$P=0/090$	۱۹۹	۴	$4/3 \pm 4/1$	ماه دوم
$Z=1/4$	۲۰۰	۱۴	$4/4 \pm 4/3$	ماه اول
$P=0/886$	۲۰۰	۵	$4/3 \pm 4/2$	ماه دوم

اولین عامل استرس‌زا در ماه اول و دوم در مادران چندزا کم‌درد بود و دومین عامل استرس‌زا در این گروه به ترتیب در ماه اول و دوم درد و التهاب بخیه‌های محل سزارین در مادران با زایمان سزارین و خستگی بود (جدول ۴).

جدول (۴): میانگین و انحراف معیار پنج عامل اول استرس‌زا مادران چندزا در ماه اول و دوم عوامل استرس‌زا

نتیجه آزمون ویلکاکسون	مادران چندزا			عوامل استرس‌زا
	تعداد	رتبه	انحراف معیار \pm میانگین	
$Z=2/5$	۲۰۰	۱	$5/2 \pm 4/0$	ماه اول
$P=0/012$	۲۰۰	۱	$4/6 \pm 4/0$	ماه دوم
$Z=2/1$	۹۲	۲	$4/8 \pm 3/9$	ماه اول
$P=0/034$	۹۲	۷	$3/0 \pm 3/5$	ماه دوم
$Z=2/8$	۲۰۰	۳	$4/7 \pm 4/1$	ماه اول
$P=0/005$	۲۰۰	۶	$4/0 \pm 4/1$	ماه دوم
$Z=1/9$	۱۹۸	۴	$4/6 \pm 3/7$	ماه اول
$P=0/054$	۱۹۷	۳	$4/1 \pm 3/6$	ماه دوم
$Z=2/1$	۱۹۸	۵	$4/3 \pm 3/5$	ماه اول
$P=0/030$	۱۹۷	۸	$3/8 \pm 3/2$	ماه دوم
$Z=1/0$	۱۹۹	۸	$4/1 \pm 3/7$	ماه اول
$P=0/294$	۲۰۰	۲	$4/4 \pm 3/8$	ماه دوم
$Z=0/3$	۱۹۹	۱۰	$4/1 \pm 4/2$	ماه اول
$P=0/737$	۲۰۰	۴	$4/0 \pm 4/2$	ماه دوم
$Z=0/2$	۱۹۹	۱۴	$4/1 \pm 4/2$	ماه اول
$P=0/768$	۲۰۰	۵	$4/2 \pm 4/2$	ماه دوم

بحث

نتایج پژوهش نشان داد میانگین نمره استرس پس از زایمان از ماه اول به دوم در مادران نخست‌زا و چندزا کاهش معنی‌داری دارد. نمرات استرس مادران نخست‌زا در هر دو نوبت در ماه اول و دوم پس از زایمان بالاتر از مادران چندزا بود، که البته تفاوت آن معنی‌دار نبود.

همچنین اختلاف میانگین تغییرات استرس از ماه اول به دوم در هر دو گروه کاهش داشت که البته این تفاوت هم معنی‌دار نبود. هلن (۱۹۹۴) مشخص نمود که درصد نگرانی‌های مادران نخست‌زا بیشتر از مادران چندزا است (۲۳) همچنین او (۲۰۰۴) گزارش کرد مادران چندزا به دلیل اعتماد به نفس بیشتری که دارند، شدت نگرانی کمتری را نسبت به نخست‌زاهای تجربه می‌کنند (۳۰). هیونگ (۲۰۰۷) در مقایسه دو گروه گزارش کرد، مادران نخست‌زا نمرات استرس بالاتری نسبت به مادران چندزا دریافت می‌کنند که تفاوت آن معنی‌دار است (۴) همچنین او (۲۰۱۱) گزارش کرد که تغییرات استرس در شش هفته اول بعد از زایمان در مادران با و بدون تجربه مادری سیر نزولی داشته که البته تفاوت آن معنی‌دار نبوده است (۲۷) هلن (۲۰۰۱) گزارش کرد نمره نگرانی‌های مادران نخست‌زا از هفته اول به ششم کاهش یافته است اما تفاوت آن معنی‌دار نبوده است (۲۸). "هیونگ (۲۰۰۷) در مطالعه خود با عنوان استرس پس از زایمان به عنوان پیشگویی‌کننده اختلالات روانی گزارش کرد، روند تغییرات نمرات استرس پس از زایمان از هفته اول تا پنجم کاهش، معنی‌داری داشته است (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه هلن و هیونگ (۲۰۰۷) که پیشگویی‌کننده‌های اختلالات روانی را گزارش کرده بود) همخوانی دارد ولی با مطالعه هیونگ (۲۰۰۷)، که دو گروه نخست‌زا و چندزا را مقایسه نموده بود) و همین‌طور مقاله منتشرشده از همین نویسندگان در سال ۲۰۱۱ و هلن (۲۰۰۱) از نظر بالاتر بودن شدت استرس مادران نخست‌زا همخوانی اما از نظر معنی‌داری همخوانی ندارد.

شدت استرس پس از زایمان در مادران نخست‌زا و در مادران چندزا سیر نزولی داشت. مواجه شدن با زایمان و تغییرات جدید استرس‌زا می‌باشد. در مراحل اولیه مواجه با عامل استرس‌زا، شدت استرس بالا است اما با گذشت زمان و تطابق با نقش جدید میزان استرس کاهش می‌یابد.

مادران نخست‌زا به دلیل اینکه دوره پس از زایمان را برای اولین بار تجربه می‌کنند، شدت استرس بالاتری را نسبت به مادران چندزا درک می‌کنند که تمام مطالعات در دسترس به نتیجه مشابه دست‌یافته بودند اما در مورد اینکه این تفاوت در مطالعه ما معنی‌دار نبود می‌توان به این نکته اشاره نمود که شاید در برخی کشورها بر

مبنای استرس‌های مادران نخست‌زا آموزش‌های لازم پیش‌بینی می‌شود یا اینکه مادر با توجه به تجاربی که از زایمان اول کسب می‌کند در زایمان بعدی کارآیی مناسب‌تری دارد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بالاترین رتبه در مراقبت دوم و سوم مادران اول‌زا به حمام کردن کودک تعلق دارد.

هیونگ (۲۰۰۶)، در تایوان، ده عامل استرس‌زای اول را در مادران نخست‌زا، بیماری ناگهانی کودک، شل شدن عضلات شکم مادر، غیرقابل‌پیش‌بینی بودن کودک، خواب ناکافی مادر، نحوه قرارگیری سر کودک هنگام خواب، خواب ناکافی کودک، کمبود اطلاعات در مورد رشد و نمو کودک، گریه کودک، محدود شدن آزادی مادر و احتمال خفگی کودک در طول تغذیه، گزارش کرد (۱۴).

هلن (۲۰۰۱) در تانزانیا، در مطالعه خود بر روی تغییرات نگرانی‌های مادران نخست‌زا، نگرانی‌های مربوط به کودک را در هفته اول مربوط به چشم، تنفس، خلق و گریه کودک و در هفته ششم فقط گریه کودک گزارش کرد. در مورد نگرانی‌های مربوط به مادر را در هفته اول، آدم پرینه، احساس خستگی، عصبی بودن بود و در هفته ششم نگرانی از نحوه ارتباط با همسر و کودک را مطرح نمود (۲۸).

در مطالعه حاضر اولین عامل استرس‌زا در هر دو مراقبت حمام کردن کودک بود ولی در مطالعه هیونگ و هلن این عامل گزارش نشده بود. در این مطالعه در مراقبت دوم، شل شدن عضلات شکم عامل استرس‌زای دوم بود که با مطالعه هیونگ همخوانی داشت. اما بقیه عوامل استرس‌زای مطالعه حاضر با مطالعه هیونگ مغایرت دارد. در مطالعه هیونگ بیشتر عوامل استرس‌زا مربوط به کودک می‌باشد که بیانگر توجه مادران تایوانی به کودکان خود می‌باشد ولی عوامل استرس‌زای مربوط به کودک در مادران ایرانی استرس کمتری ایجاد کرده بود که می‌تواند ناشی از به عهده گرفتن مسئولیت مستقیم کودک توسط حمایت‌کننده زانو در ایران در اوایل دوره پس از زایمان باشد.

خستگی در مطالعه هلن در هفته اول جز عوامل استرس‌زا بود اما در مطالعه فعلی در مراقبت سوم که مطابق با هفته ششم مطالعه هلن داشت، جز عوامل استرس‌زا محسوب می‌شد، که علت آن می‌تواند به فرهنگ متفاوت مراقبت دو کشور ایران و تانزانیا مربوط شود. در ایران مادر زانو در دو تا چهار هفته اول بعد از زایمان از وی مراقبت کرده و همسر و مادر همسر وی نیز در هفته‌های اول بعد از زایمان به مادر توجه و کمک بیشتری می‌کنند.

مادران نخست‌زا برای اولین بار با مسئولیت مراقبت و نگهداری از فرزند و شیردهی مواجه می‌شوند (۳۱) و چون آموزشی در این

چندزا نمره بالایی به خود اختصاص داد، وجود کودک یا کودکان دیگر در منزل و نداشتن وقت کافی برای برآورده کردن نیازهای آنان بوده که این عامل نیز باعث خستگی مادر می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به شدت استرس و استرسورهای متفاوت دو گروه، به نظر می‌رسد مادران نخست‌زا و چندزا نیازمند آموزشی‌های متفاوت مبتنی بر نیازهایشان قبل از زایمان می‌باشند همچنین می‌توان با تهیه و تدوین برنامه‌های مشاوره‌ای یا آموزشی به کارمندان بهداشتی درمانی در مراکز بهداشتی درمانی به کار در بر طرف کردن نیازهای بعد از زایمان در مادران نخست‌زا و چندزا کمک کرد. پیشنهاد می‌شود اثر آموزش‌ها بر تنش و عوامل تنش‌زا در مطالعات آینده بررسی شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مامایی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است. از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی درمانی موردپژوهش در شهر مشهد، واحدهای پژوهش و خانواده آنان قدردانی می‌شود.

References:

1. Hung CH. Revalidation of the postpartum stress scale. *J Clin Nurs* 2006;15(6): 718-25.
2. Abedini S. A comparison of social support and marital satisfaction between women with and without postpartum blues. (Dissertation). Mashhad: School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences; 2005. P.1. (Persian)
3. Azizzadeh Forouzi M, Mohamadalizadeh, S, Soltanahmadi Zh, Gazanfari Z. Postpartum Stressors from Mothers Point of View. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010;12(4): 39. (Persian)
4. Hung, CH. The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23(7):352-60.
5. Bahadoran, P, Mohseni, M, & Abedi, H. Mothers experiences of postpartum period: phenomenological study. *IJNMR* 2008;13(3): 11. (Persian)
6. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: Mc Graw Hill Medical; 2010. P. 194,642-7. (Persian)
7. Chan SW, Levy V, Chung TK, Lee D. A qualitative study of the experience of a group of Hong Kong Chinese women diagnosed with postnatal depression. *J Adv Nurs* 2002, 39(6), 571-9.
8. Hung CH, Yu CY, Ou CC, Liang WW. Taiwanese maternal health in the postpartum nursing centre. *J Clin Nurs* 2010;19(7-8): 1094-101.

¹Iowa

9. Dorothea CC, Laurie NR, Katryn GD, BO L. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J C Lin Nutr* 1998; 68(2): 335.
10. Forouzandeh N, Delaram M, Deris F. The quality of mental health status in pregnancy and its contributing factors on women visiting the health care centers of Shahrekord,(2001-2002). *J Reproduc Infertil* 2003;4(2):147-53. (Persian)
11. Behdanei F, Hebranei P, Afzal Aghaee M, Naserniya SH, Karbaschei Z. Psychological and obstetric risk factors for postnatal depression. *J Gorgan Uni Med Sci* 2005; 7(2): 46-51. (Persian)
12. Moss JR. Concerns of multiparas on the third postpartum day. *JOGN Nurs* 1981;10(6):421-4.
13. Affonso DD, Mayberry LJ, Sheptak S. Multiparity and stressful events. *J Perinatol* 1988;8(4):312-7.
14. Hung CH. correlates of first-time mothers' postpartum stress. *Kaohsiung J Med Sci* 2006;22(10), 500-7.
15. Karen G, Carlson A, Stephanie A. Women 's mental health. Translation Abolmali K, Saberi H, Latifi M, Terman M. Tehran: Savalan; 1990.P.191-5, 230. (Persian)
16. Edward P, Sarafyno T. Health psychology. Abhari A, Ahmadi E, Jazayeri A, Shafii F. Qvamyany P, Garmaroudi G,et al. Tehran: Roshd;2005.
17. Rohi M, Mohhammad Alizade S. Maternal morbidity within 45 days after delivery. *Iran J Nurs* 2005; 18(41): 145-52. (Persian)
18. Rondo PH, & Souza, MR. Maternal distress and intended breastfeeding duration. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007;28(1): 55.
19. Bastani F, Rahmat Nejad L. Jahdi, F, Haghani, H. Breastfeeding Self Efficacy and Perceived Stress in Primipars Mothers. *IJN* 2008; 21(54), 23-9. (Persian)
20. Khodadadi N. Mahmodi H, Mirhaghjo N. Relationship Between postpartum depression and psychosocial complications associated with maternal. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009: 82(28): 142-8. (Persian)
21. Gao L-L, Chan SW, Mao Q. Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Res Nurs Health* 2009;32(1):50-8.
22. Dipietro JA, Costigan KA, Sipsma HL. Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008;29(2): 115-24.
23. Lugina HI, Sommerfeld DM. Postpartum concerns: a study of Tanzanian mothers. *Health Care Women Int* 1994;15(3):225-33.
24. Asgharnia M, Heidarzadeh A, Zahir Z, Sobhani AR. Pmhrhyabndh L. Odi M. Awareness of the problems of women after childbirth and puerperium care. *J Med Faculty Guilan Univ Med Sci* 2005;8(55): 56-62. (Persian)
25. Valafr Sh. Integrated national program for safe motherhood and maternal health care (hospital outside the service guide) Special midwife – doctor. 6th ed. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, Office of Population and Family Health, Maternal Health Administration; 2009. (Persian)
26. Hung CH. Postpartum stress as a predictor of women's minor psychiatric morbidity. *Community Ment Health J* 2007;43(1): 1-12.
27. Hung Ch, Chang Sh. Postpartum Psychosocial Changes Among Experienced and Inexperienced Mothers in Taiwan. *J Transcult Nurs* 2011; 22(3), 217-24.
28. Lugina HI, Christensson K, Massawe S, Nystrom L, Lindmark G. Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: a study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania. *J Midwifery Womens Health* 2001;46(4):248-57.

29. Mohseni M, Bahadoran P, Abedi H. Quality of care from the perspective of mothers postpartum. *Hakim Res J* 2009; 12 (1). 27-34. (Persian)
30. Helen I, Lennarth N, Kyllike Ch & Gunilla, L. Assessing mothers' concerns in the postpartum period. *J Adv Nurs* 2004; 48(3), 279-90.
31. Noroozi M, Bashar Doost N, Farmahini Farahani M. Postpartum physico-sexual problems and related factors. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2005;7(3): 28-32. (Persian)

COMPARISON OF FIRST AND SECOND MONTH POSTPARTUM STRESS AND STRESSORS IN PRIMIPAROUS AND MULTIPAROUS WOMEN

Sakineh Nazari¹, Parvin Salari^{*2}, Syd Reza mazloom³

Received: 9 Feb, 2016; Accepted: 22 Apr, 2016

Abstract:

Background & aim: In the postpartum period, Mothers encounter with new responsibility stressors such as breastfeeding and depression that can be associated with other complications. Based on such factors this study was designed to clarify the stressors in the first and second months of postpartum in primiparous and multiparous.

Materials & methods: This descriptive comparative study was conducted on 400 primiparous and multiparous mothers referring to Mashhad health care centers in 1390. They were selected by multistage sampling method. Data collection was done by a questionnaire based on Hung and Helen. Postpartum stressors were modified with maximum 910 for nulliparous women and 940 for multiparous in the first and second month after delivery. The questionnaires were completed when they were referring to the health care centers. The data were analyzed by using descriptive and analytic statistics.

Results: Mean deviation scores stress rates in nulliparous women were 242.5 ± 157 and 228.7 ± 179.8 in the first and second months, respectively. They were 223.8 ± 135.7 and 208.9 ± 163.5 , in the first and second months of multiparous women, respectively. Comparison of stress intensity in the first and second month in two groups showed that nulliparous women had higher scores on the two times separately. On both months, the first baby shower stress for primiparous and lower back pain stress for multiparous mothers had got the highest score.

Conclusion: According to the different stressors among both groups of nulliparous and multiparous women, their educational needs are totally different.

Keywords: Stress, Postpartum Period, Nulliparous, Primiparous, Multiparous, Stressor, Baby Shower, Back Pain

Address: Mashhad, Mashhad University of Medical Sciences,

Tel: +98 9158143124

Email: s4.nazari@gmail.com

¹ Instructor, University of Medical Sciences North Khorasan

² Instructor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran (Corresponding Author)

³ Instructor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran