

مقایسه خشنودی زناشویی در زنان با و بدون غم پس از زایمان

صدیقه عابدینی^۱، ناهید گلکانی^۲، دکتر فاطمه بهدانی^۳، دکتر حبیب‌الله اسماعیلی^۴، دکتر امید صفا^۵
^۱ مربی گروه مامایی، ^۲ دانشیار گروه ایمنولوژی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان ^۳ مربی گروه مامایی، ^۴ استادیار گروه روانپزشکی، ^۵ استادیار گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مجله پزشکی هرمزگان سال دهم شماره سوم پاییز ۸۵ صفحات ۲۵۶ - ۲۵۱

چکیده

مقدمه: دوره پس از زایمان می‌تواند زمان خطر برای اختلالات خلقی در زنان باشد، بطوری که ۵۰ تا ۸۰ درصد مادران طی هفته اول پس از زایمان غم پس از زایمان را تجربه می‌نمایند. هدف از این مطالعه، مقایسه خشنودی زناشویی در زنان سزارین شده با و بدون غم پس از زایمان بوده است.

روش کار: این پژوهش به روش توصیفی - تحلیلی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه زنان سزارین شده در بیمارستانهای دکتر علی شریعتی و املیلا شهر بندرعباس بود. ۱۵۰ زن سزارین شده واجد شرایط به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان، مقیاس دیداری درد، مقیاس عزت نفس آیزنگ، مقیاس افسردگی بک و مقیاس خشنودی زناشویی انرین ناتان اچ بوده است. پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان، پس از سزارین تکمیل و بر اساس حداکثر نمره کسب شده از مقیاس افسردگی بک در روزهای سوم یا هفتم پس از سزارین، واحدهای پژوهش به دو گروه بدون غم و گروه با غم پس از زایمان تقسیم شدند و در نهایت مقیاس خشنودی زناشویی انرین ناتان اچ در هفتمین روز پس از زایمان تکمیل و در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و آزمونهای آماری t محذور کای آزمون دقیق فیشر و ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

نتایج: خشنودی زناشویی در زنان بدون غم $71 \pm 6/3$ و در زنان با غم $68/5 \pm 8/2$ بود که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < .05$) و توافق زنان مورد مطالعه با همسرانشان نسبت به امور جنسی، رضایت آنها از معاشرت با خانواده همسر، رضایت همسر از معاشرت با خانواده زن و تأثیر بدنی آمدن این نوزاد بر وضعیت شغلی مادر با غم پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری داشتند ($P < .05$).

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که به تمام افراد حرفه‌ای درگیر با مراقبت از مادر تازه زایمان کرده بخصوص ماماها در زمینه زمان بروز، علائم و روشهایی که می‌توانند احتمال غم پس از زایمان را کاهش دهند، آموزشهای لازم داده شود.

کلیدواژه‌ها: وضعیت تأهل - روابط جنسی - بعد از زایمان

نویسنده مسئول:

صدیقه عابدینی

دانشگاه بهداشت - دانشگاه

علوم پزشکی هرمزگان

بندرعباس - ایران

تلفن: ۰۸۳ ۳۳۳۸۰۸۳ ۹۸۷۶۱

پست الکترونیکی:

Sabedini45@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۴/۶/۲۱ اصلاح نهایی: ۸۴/۱۲/۱۷ پذیرش مقاله: ۸۵/۴/۴

مقدمه:

احساس جدیدی از خود ارائه دهد، گردد (۱). لذا دوره پس از زایمان می‌تواند زمان مناسبی برای آسیب‌پذیری جسمانی و عاطفی باشد (۲).

بطور کلی سه نوع افسردگی پس از زایمان مورد بحث قرار می‌گیرد که شامل غم مادری (افسردگی خفیف پس از زایمان)، افسردگی پس از زایمان و روان‌پریشی

حاملگی، زایمان و سازگاری با نوزاد را شاید بتوان حساس‌ترین مرحله رشد در زندگی یک زن دانست. در این مقطع زمانی، یک بحران فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی به وقوع می‌پیوندد که می‌تواند باعث ایجاد تغییر در هویت فرد و سردرگمی وی درباره اینکه چگونه

زناشویی با غم پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری ندارد (۲۱).

از آنجایی که غم پس از زایمان عارضه شایعی بوده و مطالعات متعددی ارتباط بین غم پس از زایمان و افسردگی پس از زایمان را بیان داشته‌اند (۱۳، ۱۹، ۲۲). ضروری است که پرسنل بهداشتی درمانی با درک عوامل مرتبط با غم پس از زایمان، سرنخهایی جهت مداخلات زود هنگام بدست آورند که نتیجه آن سلامت مادر و نوزاد می‌باشد (۲۳). با توجه به اینکه در مورد خشنودی زناشویی با غم پس از زایمان مطالعات متناقضی وجود دارد، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه میانگین خشنودی زناشویی در زنان با و بدون غم پس از زایمان در شهر بندرعباس انجام شد.

روش کار:

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی است که جامعه پژوهش آن را زنان سزارین شده بیمارستان‌های دکتر علی شریعتی و ام‌لیلا شهر بندرعباس تشکیل می‌دادند. در این پژوهش ۱۵۰ زن سزارین شده انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی، مسلمان، ساکن شهر بندرعباس، سن بین ۳۵-۱۸ سال، داشتن سواد حداقل تا پنجم ابتدایی، سن حاملگی بیشتر از ۳۷ و کمتر از ۴۲ هفته کامل و تک‌قلو، زندگی نمودن با همسر، ازدواج اول، همسر نیز زن دیگری نداشته باشد و معیارهای خروج سابقه مرده‌زایی، نازایی، سابقه دو سقط یا بیشتر، وزن موقع تولد نوزاد کمتر از ۲ کیلوگرم و ابتلا به عوارض پس از زایمان (پره اکلامپسی، اکلامپسی، خونریزی پس از زایمان، عفونت، مشکلات پستانی) بوده است. نمونه‌گیری به صورت آسان انجام گردید، بدین نحوه که از اول تیرماه لغایت ۱۵ مهرماه ۱۳۸۳ کلیه زنان سزارین شده در دو بیمارستان ذکر شده که واجد مشخصات لازم جهت شرکت در پژوهش بودند تا زمان دست یافتن به حجم نمونه تعیین شده انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به

پس از زایمان می‌باشد که شدیدترین آنها روان‌پریشی پس از زایمان است (۳-۵).

اگر افسردگی طی سه تا شش ماه اول پس از زایمان رخ دهد، بعنوان افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می‌شود (۶). در انتهای دیگر طیف اختلالات روحی-روانی پس از زایمان، افسردگی خفیفی قرار دارد که ۸۰-۵۰ درصد از مادران آن را طی هفته اول پس از زایمان تجربه می‌کنند و تحت عناوین مختلفی از جمله غم پس از زایمان، غم مادری، غم کودک مشخص شده و برخی نیز آن را افسردگی موقتی پس از زایمان و افسردگی روز سوم، چهارم یا دهم نامیده‌اند (۷-۱۱).

خصوصیات اصلی آن، افسردگی؛ بی‌خوابی، گریه، تمرکز ضعیف، تحریک‌پذیری و ناپایداری عاطفی می‌باشد (۶). علت اصلی این اختلال ناشناخته است و در تحقیقات مختلف، عوامل متعددی را با آن مرتبط دانسته‌اند (۱۲). بطوری که گروهی این اختلال را بعنوان پاسخی به نوسانات هورمونی پس از زایمان دانسته و عمدتاً آن را ناشی از افت استروژن، استرادیول، تریپتوفان، اندروفین و افزایش پرولاکتین و کورتیزول ذکر می‌کنند (۱۳-۱۶).

گیل و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که اختلال خواب در اواخر حاملگی، زایمان در شب، داشتن چند زایمان، فاصله کم بین حاملگی‌ها و زایمان نوزادی با نقایص مادرزادی یا دیگر مشکلات فیزیکی عوامل خطری جهت غم پس از زایمان می‌باشند (۱۷). در حالی که تحقیقات دیگر قویترین عوامل خطر برای افسردگی پس از زایمان را، فاصله کم بین حاملگی‌ها، تعداد زیاد زایمان، سطح پایین سواد مادر، تهوع و استفراغ شدید دوران حاملگی، بیماری زمینه‌ای، داشتن خلق تنگ در حاملگی، مشکلات مالی، داشتن سابقه دو سقط و بیشتر، عدم رضایت همسر از جنس نوزاد و سازگاری زناشویی بیان داشته‌اند (۱۸، ۱۹). همچنین پیکل و همکاران نیز نشان دادند که افسردگی پس از زایمان با ارتباط زناشویی ضعیف و حمایت اجتماعی ناکافی در ارتباط می‌باشد (۲۰). در حالی که برگانت و همکاران بیان نمودند که مهمترین عامل خطر برای غم پس از زایمان، تعداد زیاد زایمان می‌باشد و سازگاری

اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمونهای آماری t مستقل من ویتنی، مجذور کای، فیشر و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

نتایج:

میانگین سن در گروه بدون غم پس از زایمان $27/2 \pm 4/6$ و در گروه با غم پس از زایمان $26/1 \pm 4/9$ بود که تفاوت معنی‌دار نیست.

دو گروه از نظر تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، شغل مادر، شغل همسر و میزان درآمد خانواده اختلاف آماری معنی‌داری با هم نداشتند.

۹۸/۷ درصد در گروه بدون غم و ۹۳/۰ درصد در گروه با غم پس از زایمان، سندرم قبل از قاعدگی نداشتند. میانگین مدت ازدواج در گروه بدون غم $6/2 \pm 5/4$ سال و در گروه با غم پس از زایمان $5/4 \pm 4/7$ سال بود که تفاوتها معنی‌دار نیستند.

۸۹/۹ درصد در گروه بدون غم و ۷۸/۹ درصد در گروه با غم پس از زایمان جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری مراجعه منظم داشته‌اند.

۵۱/۹ درصد در گروه بدون غم و ۶۷/۷ درصد در گروه با غم پس از زایمان دارای نوزاد پسر بودند که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند.

دو گروه از نظر سطوح عزت نفس نیز با یکدیگر اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۱).

بارداری و زایمان، مقیاس دیداری درد، مقیاس افسردگی بک، مقیاس عزت‌نفس آیزنگ و مقیاس خشنودی زناشویی آزرین ناتان آچ بوده است.

مقیاس دیداری درد، خط عمودی به طول ۱۰ سانتیمتر است که توسط واحد پژوهش برای بیان درد پس از زایمان بکار رفته، مقیاس عزت‌نفس آیزنگ مشتمل بر ۷ عبارت است که واحد پژوهش به هر عبارت می‌تواند نمره‌ای بین صفر تا ۲۰ بدهد. نمره بین ۷۰-۰ عزت‌نفس ضعیف، ۱۱۰-۷۱ عزت‌نفس متوسط و ۱۴۰-۱۱۱ عزت‌نفس بالا را نشان می‌دهد. مقیاس افسردگی بک شامل ۲۱ سوال ۴ قسمتی است که بین صفر تا ۲ نمره گذاری می‌گردد و مقیاس خشنودی زناشویی آزرین ناتان آچ دارای ۸ سوال با نمره‌بندی لیکرت است که نمره ۱ بیانگر کاملاً ناخشنود و نمره ۱۰ کاملاً خشنود می‌باشد.

پرسشنامه مشخصات فردی و اطلاعات مربوط به بارداری و زایمان، مقیاس دیداری درد، مقیاس عزت‌نفس آیزنگ در سومین روز پس از زایمان و مقیاس افسردگی بک در روزهای سوم و هفتم پس از زایمان، تکمیل و بر اساس حداکثر نمره کسب شده از مقیاس بک در روزهای سوم یا هفتم، واحدهای پژوهش به دو گروه فاقد غم (نمره کسب شده از مقیاس بک ۰-۱۰) و گروه دارای غم (نمره کسب شده از مقیاس بک ۱۱ و بالاتر) تقسیم شدند (۱۸) و در نهایت مقیاس خشنودی زناشویی در هفتمین روز پس از زایمان برای آنها تعیین و در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفتند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی سطوح عزت نفس واحدهای پژوهش به تفکیک در دو گروه با و بدون غم پس از زایمان

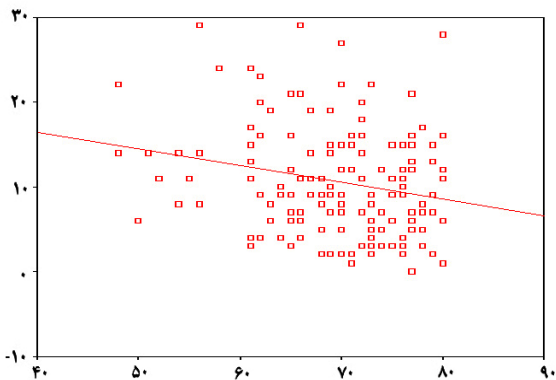
آزمون من ویتنی	کل		با غم پس از زایمان		بدون غم پس از زایمان		گروه فراوانی سطوح عزت نفس
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$Z = 1/8$ $P = 0/07$	۱۰/۶	۱۶	۱۵/۵	۱۱	۶/۳	۵	متوسط (۷۱ - ۱۱۰)
	۸۹/۴	۱۳۴	۸۴/۵	۶۰	۹۳/۷	۷۴	خوب (۱۱۱ - ۱۴۰)
	۱۰۰	۱۵۰	۱۰۰	۷۱	۱۰۰	۷۹	کل

توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب اختلال خواب و سابقه بستری شدن در بیمارستان طی حاملگی فعلی در دو گروه، اختلاف معنی‌داری را نشان نداد. میانگین تعداد حاملگی و زایمان واحدهای پژوهش به تفکیک گروه در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. تفاوتها بین دو گروه معنی‌دار نیست.

جدول شماره ۲- میانگین تعداد حاملگی و زایمان واحدهای پژوهش به تفکیک گروه

با غم پس از زایمان		بدون غم پس از زایمان		گروه شاخص آماری
انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	
$2 \pm 1/1$	۷۱	2 ± 1	۷۹	تعداد حاملگی
$1/9 \pm 1/1$	۷۱	2 ± 1	۷۹	تعداد زایمان

آزمون آماری من ویتنی، ارتباط آماری معنی‌داری را با غم پس از زایمان دارد



نمودار شماره ۱- همبستگی بین نمره خشنودی زناشویی و حداکثر نمره بک در روز سوم یا هفتم

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف از این مطالعه تعیین میانگین نمره خشنودی زناشویی در دو گروه با و بدون غم پس از زایمان بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین نمره خشنودی زناشویی در گروه بدون غم پس از زایمان نسبت به گروه با غم پس از زایمان بالاتر بوده است. بک و همکاران نیز در تحقیق خود خشنودی زناشویی را جزو فاکتورهایی بیان نمودند که می‌تواند افسردگی پس از زایمان را پیشگویی نماید (۲۴).

میانگین نمره دیداری درد واحدهای پژوهش در گروه بدون غم پس از زایمان برابر با $4/6$ و در گروه با غم پس از زایمان برابر با $4/9$ بود که دو گروه اختلاف آماری معناداری از این نظر با هم نداشتند ($t = -0/62$ $p = 0/49$).

توزیع فراوانی واحدهای پژوهش از نظر نوع سزارین (اورژانس، انتخابی) حاکی از آن است که دو گروه با و بدون غم پس از زایمان با یکدیگر اختلاف آماری معنی‌داری ندارند.

در رابطه با اهداف پژوهش، میانگین خشنودی زناشویی در گروه بدون غم $71 \pm 6/3$ و در گروه با غم $68/5 \pm 8/2$ بوده و مقایسه میانگین خشنودی زناشویی در دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($P = 0/028$).

آزمون همبستگی پیرسون، بین نمره خشنودی زناشویی و حداکثر نمره کسب شده از مقایسه بک در روز سوم یا هفتم پس از سزارین همبستگی معکوس و معنی‌داری را نشان داد ($P = 0/33$ و $r = 0/004$).

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن است که توافق واحدهای پژوهش با همسرشان نسبت به امور جنسی ($P = 0/01$)، رضایت واحدهای پژوهش از معاشرت با خانواده همسر ($P = 0/002$)، رضایت همسر از معاشرت با خانواده زن ($P = 0/039$) و تأثیر به دنیا آمدن این نوزاد بر وضعیت شغلی مادر ($P = 0/016$) بر اساس

کسانی که با زنان پس از زایمان سرو کار دارند، در روزهای اول پس از زایمان با تأکید بر تغییراتی که در این زمان در اکثر خانواده‌ها رخ می‌دهد، والدین را یاری نمایند. این مطالعه فقط روی زنان سزارین شده انجام گردیده بنابراین پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری جهت مقایسه تأثیر نوع زایمان بر غم پس از زایمان انجام شود.

سپاسگزاری:

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند که از زحمات و همکاری آقایان حسام‌الدین کمال‌زاده، دکتر تیمور آقاملایی، خانم زهرا خادمی، مهین رزاق‌پور و کلیه پرسنل محترم بیمارستانهای دکتر علی شریعتی و ام‌لیلا شهر بندرعباس در طول تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

پیکل و همکاران نیز در این راستا نشان دادند که افسردگی پس از زایمان با ارتباط زناشویی ضعیف و حمایت اجتماعی ناکافی در ارتباط می‌باشد (۲۰).

در حالی که برگانت و همکاران بیان نمودند که مهمترین عوامل خطر برای غم پس از زایمان، تعداد زیاد زایمان می‌باشد و سازگاری زناشویی با غم پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری ندارد (۲۱).

همچنین نتایج پژوهش حاکی از آن است که توافق واحدهای پژوهش با همسرانشان نسبت به امور جنسی ($P=0/01$)، رضایت واحد پژوهش از معاشرت با خانواده همسر ($P=0/002$)، رضایت همسر از معاشرت با خانواده زن ($P=0/03$) با غم پس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری دارند.

صالحی فدری نیز در این مورد بیان می‌دارد که رضایتمندی از روابط زناشویی و خانوادگی در مقادیر استرس و فشاری که یک فرد احساس می‌کند، نقش بسزایی دارد (۲۵).

با توجه به اینکه افسردگی مادر ممکن است بطور زودرس در زندگی شیرخوار تأثیر گذاشته، رشد روحی - روانی او را تحت تأثیر قرار دهد و بطور معنی‌داری موجب کاهش بهره هوشی وی گردد، لذا توصیه می‌شود تمامی

References

منابع

- نگاهبان بنایی، طیبه، صیادی اناری، احمدرضا، انصاری جابری، علی. بررسی میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در شهرستان رفسنجان. همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نوتوانی. دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۱۹-۱۸ آبان ۱۳۷۹: ۱۷۷-۱۷۰.
- ابوالمعالی، خدیجه. صابری، هائیده. لطیفی، ژینوس. محی‌الدین بناب، مهدی. در ترجمه بهداشت روانی زنان. کارلسون، کارن جی، ایزنستات، استفانی. تهران: ساوالان، ۱۳۷۹، ص ۱۹۰.
- Ugarriza DN. Postpartum affective disorders: Incidence and treatment. *J Psychodoc Nurs Ment Health Serv.* 1992;30(5):29-32.
- Richer-Rosler A. [Psychiatric disorders and illnesses after child birth]. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1997;65(3):97-107.
- Rivlin ME, Martin RW. Manual of clinical problems in obstetrics and gynecol. 15th ed. Lippincott Williams and Wilkins;1999.
- قاضی جهانی، بهرام. در ترجمه بارداری و زایمان ویلیامز. کانتینگهام، اف و دیگران. تهران، گلبان، ۱۳۸۱. ص ۱۴۱۹-۱۴۱۵.
- Kaplan HI. Sadocks BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Lipincott Williams & Wilkins. 1999.

8. Gabbe SG, Nieby JR, Simpson JL. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 14th ed. Churchill Livingstone;2002.716.
9. Hapgood CC, Elkind GS, Wright JJ. Maternity blues: phenomena and relationship to later postpartum depression. *Aust N Z J Psychiatry*. 1988;22(3):299-306.
10. Fraser D, Copper MA. Myles textbook for midwives. 14th ed. Churchill Livingstone; 2003.621-660.
11. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium. *Arch Women Ment Health*. 2003;6 suppl 2:33-42.
12. Glangeaud-Freudenthal N, Crost M, Kaminski M. Severe Post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health*. 1999;2:37-44.
13. Bloch M, Rottenberg N, Zohar A, Klien E. Risk factors for Postpartum blues in Israeli women. *Biol Psychiatry*. 2000;47:S 80.
14. Evans AT, Niswander KR. Manual of obstetrics. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins;2000.
15. Fraser D, Copper MA. Myles textbook for midwives. 14th ed. Churchill Livingstone; 2003.
16. Kalantaridou SN, Makrigiannakis A, Mastorakos G, Chrousos GP. Roles of reproductive corticotopin-releasing hormone. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;997:129-135.
17. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom obstet Gynaecol*. 2003;24(4):257-266.
18. Atar Gurel S, Gurel H. The evaluation of determinants of early postpartum low mood: The importance of parity and inter-pregnancy interval. *Eur J Obstet and Gynecol*. 2000;91:21-24.
19. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obsteric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol*. 2002;99(2):223-228.
20. Paykel ES, Emms EM, Fletcher J, Rassaby ES. Life events and social support in puerperal depression. *Br J Psychiatry*. 1980;136:339-346.
21. Bergant A, Heim K, Ulmer H, Illmensee K. Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res*. 1999;46(4):391-394.
22. Sutter AL, Leroy V, Dallay D, Verdoux H, Bourgeois M. Postpartum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery- A French Cross Sectional Study. *J Affect Disord*. 1997;44:1-4.
23. Nagata M, Nagai Y, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(3):209-217.
24. Beck CT. Predictors of Postpartum depression: an update. *Nurs Res*. 2001;50(5):275-282.

صالحی فردی، جواد. رضامندی زناشویی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. ۱۳۸۵، ش ۱۳ و ۱۴، ص ۹۱-۹۰.