

بررسی رابطه نوع زایمان با دیسمنوره

*فاطمه ناهیدی^۱ لیلا باقری^۲ شراره جاثاری^۳

چکیده

مقدمه: قاعدگی دردناک از مشکلات شایعی است که حدود ۵۰ درصد زنان سنین باروری را تحت تاثیر قرار می دهد. مکانیسم اصلی دیسمنوره بدرستی شناخته نشده است. به نظر می رسد که زایمان، درد قاعدگی را کاهش می دهد. اما تاثیر نوع زایمان بر کاهش دیسمنوره نا شناخته باقی مانده است. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه نوع زایمان در زنان دارای دیسمنوره و همچنین مقایسه دیسمنوره در اوایل و اواخر سنین باروری در مراجعین به بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

مواد و روشها: در این پژوهش تحلیلی گذشته نگر تعداد ۱۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب که در محدوده سنی ۳۶-۴۴ سال قرار داشتند و مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری فرم اطلاعات بود که جهت تعیین اعتبار ابزار از روش اعتبار محتوی استفاده شد و برای پایایی ابزار از روش آزمون مجدد استفاده شد.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دیسمنوره در زمان ورود به مطالعه نسبت به اوایل سنین باروری، قبل از اولین زایمان، به صورت قابل ملاحظه ای کاهش یافته بود. در زنان دارای دیسمنوره، سابقه سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود و ۴۶/۲ درصد زنان دارای دیسمنوره، سابقه سزارین انتخابی داشتند.

بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته های حاصل از این پژوهش زایمان، دیسمنوره را کاهش می دهد. همچنین دیسمنوره در زنان با سابقه سزارین بیشتر از زایمان طبیعی بود. لذا به نظر می رسد می بایست به مسأله زایمان طبیعی تاکید و توجه بیشتری شود.

کلید واژه ها: دیسمنوره، زایمان، سزارین.

تایید مقاله: ۱۳۸۶/۸/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۲۰

^۱ - *مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسئول مکاتبات).

آدرس الکترونیکی: nahidifateme@yahoo.com

^۲ - دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی.

^۳ - مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی.

مشکلات مربوط به قاعدگی یکی از مسائل مهم مرتبط با سلامت زنان است. دیسمنوره^۱ یکی از مشکلات شایعی است که حدود ۵۰ درصد زنان سنین باروری را تحت تاثیر قرار میدهد (رایان و همکاران^۲ ۱۹۹۹).

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک عبارت از درد در طی خونریزی قاعدگی است که معمولاً ماهیت کرامپی دارد و اغلب در قسمت پایین شکم متمرکز می شود. دیسمنوره اولیه وقوع خونریزی قاعدگی دردناک در غیاب بیماری قابل اثبات لگنی است. اما دیسمنوره ثانویه معمولاً در اثر مسائل پاتولوژیکی لگن ایجاد می شود (اسپیرف و همکاران^۳ ۲۰۰۵، برک^۴ ۲۰۰۲).

درد قاعدگی باعث کاهش کارایی حرفه ای و اجتماعی زنان می شود، به طوری که برخی پژوهشگران بیان می کنند که سالانه حدود ۱۴۰ میلیون ساعت کاری به علت درد قاعدگی هدر می رود (یلیکوکالا و دوود^۵ ۱۹۷۸). مکانیسم اصلی دیسمنوره به درستی شناخته نشده است. اما به نظر می رسد سطوح بالای پروستاگلاندین ها در بافت اندومتر در ایجاد آن نقش داشته باشد (ابو و کونچی^۶ ۲۰۰۰). علاوه بر این در برخی مطالعات همبستگی مثبتی بین سطوح بالای پروستا گلاندین ها و افزایش شدت دیسمنوره نشان داده شده است (هارلو و پارک^۷ ۱۹۹۶، اسپروف و همکاران^۸ ۱۹۹۵).

زایمان فرایندی است که بوسیله آن نوزاد متولد می گردد و به دو شکل طبیعی و سزارین انجام می پذیرد. پژوهش ها نشان داده است که زایمان طبیعی تاثیر قابل ملاحظه ای در کاهش دیسمنوره دارد (ساندل و همکاران^۹ ۱۹۹۰، جوانگ و همکاران^{۱۰} ۲۰۰۶). ابنهیم و هارلو^{۱۱} (۲۰۰۶) نیز در مطالعه خود در مورد رابطه نوع زایمان و اختلالات قاعدگی به این نتیجه رسیدند که دیسمنوره در زنانی که سابقه زایمان طبیعی داشتند، بیشتر کاهش یافته بود، در حالی که شدت دیسمنوره در

زنانی که سابقه سزارین داشتند کمتر کاهش یافته بود. بررسی های انجام شده، نشان داد که مطالعات بسیار اندکی در زمینه رابطه سزارین با دیسمنوره انجام شده است و پژوهشگران تاکید زیادی بر انجام مطالعات بیشتر دارند. به همین منظور در این پژوهش رابطه زایمان با دیسمنوره مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روشها

پژوهش حاضر به روش تحلیلی گذشته نگر انجام شد. بدین منظور تعداد ۱۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران که مشخصات واحدهای پژوهش را داشتند، به روش نمونه گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان در گروه سنی ۴۴-۳۶ سال بودند، سابقه عمل جراحی به غیر از سزارین بر روی رحم نداشتند و سابقه توام هر دو نوع زایمان را نداشتند. از وسایل پیشگیری هورمونی و وسایل داخل رحمی در زمان ورود به مطالعه استفاده نمی کردند، بیماری شناخته شده تاثیرگذار بر سیکل قاعدگی نظیر اختلالات ساختمانی رحمی، بیماریهای التهابی لگنی و سابقه ناباروری نداشتند.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش فرم اطلاعاتی بود که حاوی مشخصات دموگرافیک، اطلاعات مربوط به نوع زایمان و وضعیت سیکل قاعدگی در اوایل سنین باروری و در زمان ورود به مطالعه بود. اعتبار فرم اطلاعاتی به شیوه اعتبار محتوی تعیین گردید و پایایی فرم مذکور به شیوه آزمون مجدد ($I=0.80$) را نشان داد. فرم اطلاعاتی از طریق مصاحبه و با بررسی اسناد و مدارک پزشکی بیماران تکمیل می شد. در این پژوهش جهت تعیین شدت دیسمنوره از معیار چند بعدی گفتار^{۱۱} استفاده شد. بر اساس معیار فوق شدت درد بصورت بدون درد (درجه ۰)، درد خفیف (درجه ۱)، درد متوسط (درجه ۲) و درد شدید (درجه ۳) می باشد که براساس فعالیتهای روزانه، نشانه های سیستمیک و نیاز به مصرف داروهای مسکن تعیین می شد. بعد از اتمام نمونه گیری با استفاده از تجزیه و تحلیل آماری مقایسه دیسمنوره در اوایل و اواخر سنین باروری در مراجعین به

¹ -Dysmenorrhea

² -Reyan et al

³ -Spiroff et al

⁴ -Berek

⁵ -Ylikorkala & Dawood

⁶ -Abu & Konje

⁷ -Harlow & Park

⁸ -Sundell et al

⁹ -Juang et al

¹⁰ -Abnham&Harlow

¹¹ - Verbal Multidimensional Scoring System (VMSS)

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران برحسب دیسمنوره در اوایل سنین باروری و در زمان ورود به مطالعه

دیسمنوره	اوایل سنین باروری		در زمان ورود به مطالعه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۱۴۹	۹۳/۱	۲۰	۱۲/۵
خیر	۱۱	۶/۹	۱۴۰	۸۷/۵
جمع	۱۶۰	۱۰۰	۱۶۰	۱۰۰

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران برحسب نوع زایمان و دیسمنوره

دیسمنوره	دارند		ندارند	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نوع زایمان				
سزارین	۱۳	۶۵	۵۲	۳۷/۱
زایمان طبیعی	۷	۳۵	۸۸	۶۲/۹
جمع	۲۰	۱۰۰	۱۴۰	۱۰۰

در این پژوهش علل سزارین در زنان دارای دیسمنوره و سابقه سزارین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که علت سزارین در ۴۶/۲ درصد زنانی که دیسمنوره داشتند، سزارین انتخابی بود (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی دیسمنوره در زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران برحسب علل سزارین

علل سزارین	فراوانی		درصد
	تعداد	درصد	
زایمان سخت	۶	۴۶/۲	
سزارین انتخابی	۶	۴۶/۲	
سایر علل	۱	۷/۶	
جمع	۱۳	۱۰۰	

بیمارستانهای منتخب وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران انجام گرفت و همچنین نوع زایمان در زنان دارای دیسمنوره مورد بررسی قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار ۱۰ SPSS استفاده شد و ضریب اطمینان در نظر گرفته شده ۹۵ درصد بود. میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف ویژگیهای واحدهای پژوهش استفاده شد. جهت بررسی تفاوتها از آزمون مک نمار استفاده شد.

یافته ها

یافته های این پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای پژوهش (۶۷/۵ درصد) از قومیت فارس، ۹۲/۵ درصد متاهل و ۵۳/۱ درصد دارای تحصیلات مقطع راهنمایی و دبیرستان بودند. میانگین سنی ۳۹/۷ سال با انحراف معیار ۱/۴ و میانگین تعداد زایمان ۲/۵ با انحراف معیار ۰/۹۴ داشتند.

از تعداد ۱۶۰ نفر از زنان مراجعه کننده به بیمارستانهای منتخب ۱۲/۵ درصد در زمان ورود به مطالعه دیسمنوره داشتند. براساس معیار چند بعدی گفتار اکثریت واحدهای پژوهش (۸۰ درصد) در زمان ورود به مطالعه دیسمنوره خفیف (درجه ۱) و حدود ۲۰ درصد نمونه های پژوهش دیسمنوره متوسط (درجه ۲) داشتند و هیچ یک از نمونه های پژوهش دیسمنوره شدید (درجه ۳) نداشتند.

فراوانی دیسمنوره در اوایل سنین باروری ۹۳/۱ درصد بود. مقایسه وضعیت دیسمنوره در اوایل سنین باروری و در زمان ورود به مطالعه بر اساس آزمون آماری مک نمار تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/009$) (جدول شماره ۱). یافته های بدست آمده از این پژوهش نشان داد که درصد سزارین در زنان دارای دیسمنوره در زمان ورود به مطالعه بیشتر از زایمان طبیعی بود (به ترتیب ۶۵ درصد و ۳۵ درصد) (جدول شماره ۲).

بحث و نتیجه گیری

یافته های این پژوهش نشان داد که دیسمنوره بعد از زایمان به صورت قابل ملاحظه ای کاهش می یابد. بنابراین، به نظر می رسد این پژوهش فرضیه قدیمی تاثیر زایمان بر کاهش دیسمنوره را تایید نمود. در مطالعه جوانگ و همکاران (۲۰۰۶) نیز دیسمنوره بعد از زایمان بصورت قابل ملاحظه ای کاهش یافته بود.

همچنین یافته های پژوهش حاضر نشان داد که در زنانیکه دیسمنوره داشتند، فراوانی زایمان سزارین بیشتر از زایمان طبیعی است. در مطالعه جوانگ و همکاران (۲۰۰۶) و ابنهیم و هارلو (۲۰۰۶) نیز دیسمنوره در زنان با سابقه سزارین در مقایسه با زنان با سابقه زایمان طبیعی کمتر کاهش یافته بود.

باتوجه به نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر چنین به نظر می رسد هرچند زایمان دیسمنوره را کاهش میدهد، در زنان با سابقه سزارین دیسمنوره کمتر کاهش می یابد.

برخی پژوهشگران بیان می کنند که در طی زایمان طبیعی به علت انقباضات دردناک و شدید رحمی به خصوص در طی مراحل پایانی زایمان، حساسیت اعصاب رحمی کاهش می یابد. در نتیجه بعد از زایمان طبیعی، در طی خونریزی طبیعی سیکل قاعدگی، سگمان تحتانی رحم کمتر تحریکات عصبی را دریافت می کند و ممکن است باعث کاهش دیسمنوره شود. لیکن در زنان با سابقه زایمان سزارین به خصوص سزارین انتخابی به علت عدم تجربه انقباضات دردناک و شدید رحمی، حساسیت اعصاب رحمی کاهش نمی یابد. در نتیجه ممکن است دیسمنوره کاهش پیدا نکند.

به نظر می رسد نتایج این مطالعه دارای پیام مهمی است که اگر درد قاعدگی بعد از زایمان کاهش پیدا نکند، نیاز به ارزیابی بیشتری جهت رد اختلالات لگنی وجود دارد.

با توجه به اینکه میزان سزارین در سالهای اخیر به صورت نگران کننده ای افزایش یافته است. متأسفانه در جوامع امروزی با تقاضای زنان جهت سزارین انتخابی افزایش بی رویه پیدا کرده (کری بلک و هرشل^۱ ۲۰۰۴) و از سوی دیگر، با توجه به اینکه در این مطالعه دیسمنوره

در زنان با سابقه سزارین بیشتر بود، باید به اهمیت مساله زایمان طبیعی توجه و تاکید بیشتری شود و با اطلاع رسانی در این راستا، مشاوره در رابطه با انتخاب نوع زایمان و افزایش آگاهی زنان نسبت به عوارض ناشی از این نوع زایمان قطعاً تصمیم گیری بهتر صوت گرفته و باطبع مشکلات زنان در اواخر سنین باروری کاهش می یابد. علاوه بر این بدین صورت شاید بتوان میزان سزارین های غیرضروری را کاهش داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه لیلا باقری و به راهنمایی خانم فاطمه ناهیدی می باشد. از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می شود.

¹ Corry et al

منابع

- Abenham H A Harlow B L (2006). Cesarean section and the development of menstrual abnormalities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 92 (2) 111-116.
- Abu J I Konje (2000). Leukotrienes in gynecology: The hypothetical value of anti- leukotriene therapy in dymenorrhea and endometriosis. *Human Reproductive Update*. 6 (2) 200-205.
- Berek J (2002). *Novak's Gynecology*. 13th edition. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins.
- Corry B, James A et al (2005). Cesarean delivery in the United Kingdom. *American College of Obstetricians & Gynecologists*. 106 (1) 151- 155.
- Harlow S D Park M (1996). A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women. *British Journal Obstetricians & Gynecologists*. 104 (3) 1134-1142.
- Juang CM et al (2006) Impact of pregnancy on primary dysmenorrhea. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 92 (3) 221-227.
- Klein J R Liff I F (1981). Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 68 (5) 661-664.
- Reyan K et al (1999). *Kistner Gynecology and Women Health*. 7th edition. Mckinney London Mosby Co.
- Spiroff L Mark A et al (2005). *Clinical Gynecology Endocrinology and Infertility*. 7th edition Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins.
- Sundell G Milson L et al (1990). Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 97 (7) 588-594.
- Ylikorkala O Dawood MY (1978). New concepts in dysmenorrhea. *American Journal of Obstetricians & Gynecologists*. 130 (7) 833-47.