

Correlation between postpartum stress and social support in nulliparous women

Navidian A¹, *Kermansaravi F², Navabirigi SH³, Saber S⁴, Saeedinegad F⁵

1- Associate Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

2- Assistant Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
(Corresponding author)

E-mail: f_kermansaravi@yahoo.com

3- Lecture, Department of Midwifery, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

4- Lecture, Department of Nursing School of Nursing and Midwifery, Iranshahr University of Medical Science, Iranshahr, Iran.

5- MSc Student, School of Nursing and Midwifery, Department of Nursing, Zabol University of Medical Science, Zabol, Iran.

Abstract

Introduction: Social support is very important in women to cope with postpartum stress, to accept the new role, provide a better baby care and maintain the physical and mental health of mothers. The aim of this study was to determine the correlation between postpartum stress and social support in nulliparous women who referred to health centers in Zahedan in 2014.

Materials & Methods: In this descriptive-correlational study, 160 nulliparous women who referred to health center in Zahedan to receive postpartum care were selected through convenience sampling in 2014. Data was collected using the demographic questionnaire, "Postpartum Stress Scale" (PSS) and "Postpartum Social Support". Content validity and reliability of the questionnaire were measured by Cronbach's alpha. Data was analyzed by SPSS/18.

Findings: There was a significant inverse relationship between social support of mothers and postpartum stress score ($P=0.0001$, $r=-0.62$). According to regression analysis, the score of social support, duration of marriage, newborn gender and ethnicity in total show a 55 percent variation in postpartum stress score.

Conclusion: Social support, duration of marriage, newborn gender and ethnicity have an important role in predicting postpartum stress. Therefore, enhancement of social support in postpartum care programs is suggested.

Keywords: Social support, postpartum stress, Nulliparous women.

Received: 22 June 2015

Accepted: 6 September 2015

همبستگی تنیدگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی در زنان نخست زای

علی نویدیان^۱، *فتحیه کرمان ساروی^۲، شهین دخت نوابی ریگی^۳، سامان صابر^۴، فرشید سعیدی نژاد^۵

- ۱-دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۲-استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیکی: f_kermansaravi@yahoo.com
- ۳-مربی، کارشناس ارشد، گروه مامایی، مرکز تحقیقات سلامت بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۴-مربی، کارشناس ارشد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.
- ۵-دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۵ شماره ۱ زمستان ۱۳۹۴، ۴۹-۴۰

چکیده

مقدمه: حمایت اجتماعی در سازگاری زنان با تنیدگی های پس از زایمان برای قبول نقش جدید و ارائه مراقبت بهتر به نوزاد و حفظ سلامت مادران بسیار اهمیت دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی تنیدگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی در زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی است که بر روی ۱۶۰ نفر از زنان نخست زایی که برای دریافت مراقبت های پس از زایمان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده اند، به روش نمونه گیری در دسترس انجام شد. پرسشنامه های داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس تنیدگی پس از زایمان" (Postpartum Stress Scale -PSS)، و "پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان" (Questionnaire Postpartum Social Support) بود. روایی محتوا و پایایی به روش آلفای کرونباخ اندازه گیری و تأیید شد. داده ها با نرم افزار اسپس اس نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بین حمایت اجتماعی و تنش های پس از زایمان رابطه معکوس و معناداری وجود داشت ($r = -0.62, P = 0.001$). بر اساس آزمون آنالیز رگرسیون نمره حمایت اجتماعی، طول مدت ازدواج، جنسیت نوزاد، قومیت مجموعاً ۵۵ درصد تغییرات نمره تنیدگی پس از زایمان را تبیین می کنند.

نتیجه گیری: حمایت های اجتماعی، جنسیت نوزاد، طول مدت ازدواج و قومیت در پیش بینی تنیدگی پس از زایمان نقش مهمی داشتند. لذا افزایش حمایت های اجتماعی در برنامه های مراقبتی پس از زایمان پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: حمایت اجتماعی، تنیدگی پس از زایمان، زنان نخست زای.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۱

مقدمه

مادر بودن یک هدف رشدی است و یک پیشرفت شخصی محسوب می شود (۱). گذار به مرحله مادری اغلب همراه با تنش همراه بوده و ممکن است یک تجربه منحصر به فرد در زندگی زنان باشد (۲). دوران پس از زایمان، موقعیتی تنش زا بویژه برای آنانی است که برای نخستین بار مادری را تجربه می کنند. همپنین دوران پس از زایمان به دوره آسیب پذیری زنان نسبت به تنش معروف است (۳) و تنیدگی پس از زایمان به عنوان شاخص تعیین کننده سلامت جسمانی و روانی مادران شناخته شده است. تغییرات شدید و ناگهانی در زندگی مادر پس از تولد کودک، نیازمند سازگاری مادر است که این به نوبه خود مادر را با مشکلات و نگرانی هایی جدیدی روبرو می سازد (۴).

در دوران پس از زایمان مادر در مورد سلامت خود و کودک نگران است و تغییراتی در سیستم بدنی، روان شناختی، اقتصادی، روابط جنسی و اجتماعی تجربه می کند. این تغییرات به همراه محدودیت های ساختاری می تواند منجر به تنیدگی پس از زایمان شود و کارایی مؤثر زنان را در نقش جدید به عنوان مادر مختل نماید (۵). همه مادران به سازگاری با تغییرات بدنی، یادگیری مراقبت از کودک و دریافت کمک از جانب همسر و اطرافیان نیاز دارند (۴).

تغذیه و مراقبت جسمی از نوزاد، توجه به رشد و تکامل نوزاد، تفسیر رفتارهای نوزاد (۶)، مشکلات سلامتی نوزاد مانند مشکلات مکیدن و شیرخوردن، زردی، اختلال خواب، افزایش ناکافی وزن، نفخ شکم، عفونت های چشمی و بند ناف (۷) از جمله رایج ترین فشارهای مراقبتی به مادر هستند. نوزاد به توجه مداوم نیاز دارد و مادر باید مهارت های لازم، حساسیت نسبت به رفتارهای نوزاد و پاسخ مناسب به آن را یاد بگیرد (۸،۹). تنیدگی پس از زایمان می تواند به دلیل مشکل مادر در درک گریه کردن، خواب و الگوهای تغذیه و دیگر رفتارهای خاص نوزاد ایجاد شود (۹،۴).

درد و خستگی ناشی از زایمان، درد و زخم های ناشی از اپیزیاتومی بر روابط جنسی، درد و حساسیت سینه ها، تراوش اندک شیر (۶)، محرومیت از خواب، تغییرات هورمونی، هموروئید، یبوست، سردرد، کمر درد، بی اختیاری ادرار، احساس فرسودگی جسمی و تغییرات منفی بدنی (۲) از جمله تنیدگی های جسمانی است که زنان ممکن است در دوران پس از زایمان تجربه کنند. مطالعه Webb و همکاران نشان داد که ۶۹ درصد زنان پس از تولد فرزند حداقل یک شکایت جسمانی دارند (۱۰). این در حالی است که مطالعات نشان می دهد زنان در دوران پس از زایمان آموزش های مناسبی را در

مورد مراقبت از خود و از نوزاد، شیردادن و تغذیه، از سرگیری فعالیت جنسی، مقابله با مشکلات جسمی دریافت نمی کنند (۱۱، ۱۲، ۱۳). زنان در دوران پس از زایمان نه تنها باید از مشکلات ناشی از فرآیند زایمان خلاصی یابند و از نوزادشان که به شدت نیازمند است، مراقبت کنند بلکه نیاز به حمایت اجتماعی دارند تا آنها را در سازگاری با این تنش زها کمک کند (۲). عدم صمیمیت و یا روابط منفی می تواند تنش پس از زایمان ایجاد کند و این به نوبه خود بر وضعیت سلامت جسمی و روانی مادر تأثیر منفی می گذارد. فقدان حمایت اجتماعی یکی از تنش های پس از زایمان است. فقدان حمایت اجتماعی بر نگرش زنان نسبت به توانایی و کفایت آنان و انجام مسئولیت های مادری تأثیر گذاشته و این موضوع باعث افزایش سطح تنش های بعد از زایمان خواهد شد (۴). همسر و مادر زنان تازه زایمان کرده در دسترس ترین منابع حمایت اجتماعی به شمار می آیند. بطوری که دریافت حمایت اجتماعی با سطح تنش کمتر و اعتماد و اطمینان بیشتر به خود در ایفای نقش مراقبتی و مادری همراه است. در واقع حمایت اجتماعی به عنوان سپری مقاوم در برابر تنش زها شناخته شده و عامل مهمی در پیش بینی رفاه هیجانی و جسمانی است (۲). همسر، خانواده و دوستان منبع عمده ارائه بازخورد در مورد نحوه انجام نقش مادری است. نتایج مطالعات نشان می دهد دریافت حمایت از جانب اطرافیان، با خود ارزشیابی مثبت در رفتار والدینی و تنش کمتر رابطه دارد (۴). زیرا حمایت کافی باعث کاهش تنش، ارتقای رفتارهای بهداشتی و افزایش احساسات مثبت می گردد (۱۴).

تنش پس از زایمان بخصوص در زنان نخست زاء، با کاهش سطح سلامت و کیفیت زندگی آنان همراه است. بعلاوه، تنش های پس از زایمان بطور مستقیم با اختلالات روانی پس از زایمان مانند اضطراب و افسردگی رابطه دارد (۱۵). مشکلات هیجانی و روانی مادر به دلیل تنش های زیاد، رابطه وی با کودک را دچار اختلال می کند و ممکن است که بر میزان دلبستگی مادر و نوزاد و رشد شناختی، هیجانی، اجتماعی و رفتاری نوزاد تأثیر گذاشته و تهدیدی برای سلامت و امنیت مادر، نوزاد و حتی سایر اعضای خانواده باشد. حمایت اجتماعی دریافتی زنان تابعی از عوامل فرهنگی، قومیتی و اجتماعی است. مسائلی همچون تحصیلات مادران، سن حاملگی، زایمان در منزل و متعاقب آن عدم دریافت حمایت از کارکنان حرفه ای، اعتقادات و باورهای خاص قومی می باشد. در اغلب موارد خانواده، همسر، اطرافیان و حتی برخی کارکنان بهداشتی درمانی بیشتر نگران دوران بارداری و فرآیند زایمان بوده و به دوران پس از زایمان، نگرانی های مادر در مورد سلامت خود و تردید وی

منفی را می‌سنجد. این مقیاس ۶۵ گویه دارد که بر روی پیوستاری ۵ درجه ای از به هیچ وجه (۱) تا همیشه (۵) پاسخ داده می‌شوند. دامنه نمرات بین ۶۵ تا ۳۲۵ است که نمره بالاتر نشان دهنده میزان تنیدگی پس از زایمان بیشتر است. روایی نسخه انگلیسی پرسشنامه به وسیله ۱۷ کارشناس بهداشت باروری، مامایی و روانشناس بالینی بررسی و نمره هماهنگی بین آنها با شاخص روایی محتوی (Content Validity Index- CVI Beck) ۰/۹۲/۰۸ درصد بدست آمد. روایی همگرا از طریق همبستگی با "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory- BDI General Health) و روایی واگرا از طریق همبستگی با "پرسشنامه سلامت عمومی" (Questionnaire-GHQ) و همچنین به شیوه تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸). آلفای کرونباخ خرده مقیاس های تکالیف مادری، تغییرات منفی بدنی و مشکلات اجتماعی و بین فردی بترتیب ۰/۹۴، ۰/۹۲ و ۰/۸۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ بدست آمد (۱۸). در ایران نیز روایی نسخه فارسی پرسشنامه توسط رجیبی و همکاران (۱۹) به روش تحلیل عاملی و روایی همگرا با "سیاهه افسردگی بک" و واگرا با "مقیاس عزت نفس روزنبرگ" (Rosenberg Self-Esteem Scale -RSES) مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی آن در مطالعه رجیبی و نادری (۱۹) از طریق آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۹۵ برای خرده مقیاس ها و ۰/۹۷ برای کل پرسشنامه بدست آمد. در مطالعه حاضر، پایایی بر روی ۳۵ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام شد و مقادیر آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۶ و ۰/۸۱ برای خرده مقیاس ها و ۰/۸۵ برای کل پرسشنامه بدست آمد.

"پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان" (postpartum Social Support Questionnaire) که این ابزار خلاصه شده ابزار Hopkins & Campbell است (۲۰) و توسط عابدیان و همکاران در ایران طراحی و ساخته شده است (۲۱). پرسشنامه ۲۰ عبارت دارد که بر اساس مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت به صورت هرگز (صفر)، به ندرت (۱)، معمولاً (۲)، بیشتر اوقات (۳) و همیشه (۴) طبقه بندی می‌شود. کل نمره بین ۰ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشان دهنده حمایت اجتماعی بالاتر است. روایی و پایایی این ابزار توسط عابدیان و همکاران به روش روایی محتوا و ثبات درونی آن با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ مورد تأیید قرار گرفت (۲۱). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه به کمک آلفای کرونباخ بر روی ۳۵ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی زاهدان انجام شد و مقدار ۰/۸۸ بدست آمد.

نسبت به کیفیت مراقبت از نوزاد توجهی ندارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی تنیدگی پس از زایمان و حمایت اجتماعی در زنان نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر زاهدان انجام شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر، یک مطالعه توصیفی-همبستگی است و کلیه زنان نخست زایی که برای دریافت مراقبت های پس از زایمان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سطح شهر زاهدان در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده اند، جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل می‌دهد. مراجعه مادر در دوره پس از زایمان یعنی ۶ هفته اول بعد از زایمان، عدم سابقه بیماری جسمانی (از جمله بستری شدن) و روانی (بخصوص اختلالات روانی پس از زایمان)، تغذیه نوزاد با شیر مادر، سن بالای ۱۸ سال مادر، نوزاد ترم، سالم و تک قلو از معیارهای ورود و حاملگی ناخواسته، چند همسری و عدم زندگی با همسر در زمان انجام مطالعه از جمله معیارهای خروج بوده است.

با توجه به این که در مطالعات همبستگی و رگرسیون حداقل تعداد نمونه ۱۰۰ نفر و یا به ازای هر متغیری که در تحلیل رگرسیون وارد می‌شود، اندازه نمونه را باید به میزان ۱۰ تا ۱۵ نفر افزایش داد. برای اطمینان بیشتر تعداد ۱۶۰ نفر از بین زنان نخست زای با توجه به مراجعه تدریجی مادران برای دریافت مراقبت های پس از زایمان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری چند مرحله ای بود. برای دستیابی به تعداد نمونه ای متنوع ابتدا شهر زاهدان بر اساس موقعیت جغرافیایی، به ۵ ناحیه شمال شرق، جنوب شرق، مرکزی، شمال غرب و جنوب غربی تقسیم و از هر منطقه ۲ مرکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و مجموعاً ۱۰ مرکز بطور تصادفی انتخاب شد. سپس از هر مرکز تعداد ۱۶ نمونه به شیوه در دسترس یا آسان از بین مراجعین روزانه به درمانگاه و مجموعاً ۱۶۰ نفر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه ای متشکل از سه بخش بود. اطلاعات جمعیت شناختی مواردی مانند سن، قومیت، تحصیلات و شغل مادر، جنسیت نوزاد، نوع زایمان و طول مدت ازدواج را در بر داشت. "مقیاس تنیدگی پس از زایمان" (Postpartum Stress Scale -PSS) برای نخستین بار توسط Hung در سال ۲۰۰۱ تدوین شد (۱۷). "مقیاس تنیدگی پس از زایمان" مربوط به عوامل سه گانه تکالیف و مسئولیتهای مادری، مشکلات اجتماعی و بین فردی و تغییرات بدنی

معناداری بیش از گروه سزارین ($21/12 \pm 132/16$) نشان داده شده است ($P=0/0001$). از نظر قومیتی میانگین تنش های پس از زایمان در گروه فارس ($187/44 \pm 8/82$) به طور معناداری بیش از قوم بلوچ ($111/30 \pm 116/24$) بود و آزمون تی مستقل میزان این تفاوت را معنادار نشان داد ($P=0/0001$). میزان تنش های پس از زایمان در مادران با نوزاد پسر ($194/63 \pm 15/11$) و دختر ($148/51 \pm 13/63$) تفاوت معنادار آماری داشت ($P=0/0001$). تنش های پس از زایمان در زنان شاغل ($139/27 \pm 18/42$) و خانه دار ($142/33 \pm 16/20$) نیز تفاوت محسوسی از نظر آماری نداشت ($P>0/05$). آزمون آماری آنالیزواریانس و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که میزان تنش های پس از زایمان در گروه مادران با تحصیلات عالی ($208/86 \pm 18/60$) به طور معناداری بیش از گروه مادران با تحصیلات دیپلم و پایین تر ($171/54 \pm 11/66$) و مادران بی سواد ($159/20 \pm 13/81$) است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن مادران و تنش های پس از زایمان ($P=0/01$, $r=-0/21$) و نیز بین طول مدت ازدواج و تنش های پس از زایمان ($P=0/0001$, $r=-0/46$) همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد و با افزایش سن و طول مدت ازدواج از شدت تنش های پس از زایمان کاسته می شود. بعلاوه، بین نمره حمایت اجتماعی مادران و نمره تنش های پس از زایمان همبستگی معکوس، معناداری و نسبتاً بالایی وجود دارد. با افزایش میزان نمره حمایت های اجتماعی، نمره تنش های پس از زایمان کاهش قابل ملاحظه ای می یابد ($P=0/0001$, $r=-0/62$). به منظور قابلیت پیش بینی نمره تنش های پس از زایمان از روی نمرات حمایت اجتماعی و برخی مشخصات فردی مادر و نوزاد، از مدل رگرسیون به شیوه گام به گام استفاده گردید. نتایج این مدل نشان داد که همبستگی معناداری بین نمره تنش های پس از زایمان و برخی از این متغیرها وجود دارد ($P=0/04$, $F=4/28$). در مدل نهایی متغیرهای حمایت اجتماعی ($P=0/001$)، طول مدت ازدواج ($P=0/0001$)، جنسیت نوزاد ($P=0/002$) و قومیت ($P=0/01$) به عنوان عوامل پیش بینی کننده تنیدگی پس از زایمان در معادله باقی ماندند. متغیر اول براساس R^2 خام و متغیر دوم به بعد براساس R^2 تصحیح شده گزارش شد (جدول ۲). حمایت اجتماعی (۲۸ درصد)، طول مدت ازدواج (۱۶ درصد)، جنسیت نوزاد (۷ درصد)، قومیت (۴ درصد) قادرند مجموعاً ۵۵ درصد تغییرات نمره تنیدگی پس از زایمان را تبیین کنند. متغیرهای تحصیلات، نوع زایمان و سن گرچه طبق جدول ۱ تفاوت معناداری را در تنیدگی پس از زایمان ایجاد می کنند ولی قدرت پیش بینی کنندگی نداشته و وارد مدل رگرسیون نشدند.

پس از اخذ مجوز های رسمی و آموزش و توجیه همکاران طرح، بتدریج و بر اساس جدول زمان بندی شده ای هفته ای سه روز دو همکار طرح به مراکز بهداشتی درمانی منتخب در هر یک از منطقه شهری پنجگانه مراجعه می کردند. پس از شناسایی مادران واجد شرایطی که روزانه برای دریافت مراقبت های پس از زایمان مراجعه می کردند و جلب رضایت آنان برای شرکت در مطالعه، پرسشنامه ها تا رسیدن به تعداد مورد نظر در هر درمانگاه یعنی ۱۶ نفر و در کل ۱۶۰ نفر (۵ منطقه و ۱۰ درمانگاه) کار نمونه گیری و تکمیل پرسشنامه ادامه یافت. برای آن دسته از مادران بیسواد یا کم سواد با توجه به سطح تحصیلات پایین در برخی نقاط شهر آزمون گران ضمن توضیح و خواندن سوالات، اطلاعات را از طریق مصاحبه جمع آوری کرده اند.

اخذ رضایت شفاهی برای شرکت در مطالعه، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح مراحل کار و هدف پژوهش، عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی به عنوان ملاحظات اخلاقی در این مطالعه مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است.

داده با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه میانگین نمره تنش پس از زایمان در گروه های دو گانه مانند نوع زایمان، جنس کودک، قومیت و شغل از آزمون تی مستقل و برای مقایسه میانگین های بیش از دو گروه مانند تحصیلات از آزمون آنالیزواریانس استفاده شد. برای بررسی رابطه نمره حمایت اجتماعی، سن و طول مدت ازدواج با نمره تنیدگی پس از زایمان از ضریب همبستگی پیرسون و برای پیش بینی تنیدگی پس از زایمان از روی نمره حمایت اجتماعی و برخی مشخصات فردی از رگرسیون استفاده شد. $P<0/05$ در نظر گرفته شد. داده ها با نرم افزار اس اس اس نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج در مورد مشخصات فردی واحدهای مورد بررسی نشان داد حداقل سن ۱۸ سال و حداکثر سن ۳۹ سال با میانگین $24/30 \pm 3/4$ سال بود. از نظر تحصیلات ۲۴/۴ درصد بی سواد، ۴۸/۷ درصد دیپلم و کمتر و فقط ۲۶/۹ درصد تحصیلات عالی داشتند. ۱۰/۶ درصد سابقه سقط داشته و حاملگی ۹۲/۵ درصد خواسته بود. از نظر قومیتی ۵۷/۵ درصد فارس و ۴۲/۵ درصد بلوچ بوده و شغل اکثریت آنان یعنی ۶۲/۵ درصد خانه دار بود. ۶۳/۱ درصد زایمان طبیعی و ۳۶/۹ درصد سزارین شده بودند و در ۵۴/۳ درصد موارد جنسیت نوزاد دختر بوده است (جدول ۱).

بر اساس جدول ۱، میانگین نمره تنش های پس از زایمان در گروه زایمان طبیعی ($144/3 \pm 190/69$) در آزمون تی مستقل به طور

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره تنیدگی پس از زایمان بر حسب مشخصات فردی زنان

متغیر	درصد (تعداد)	میانگین \pm انحراف معیار
نوع زایمان	سزارین	۱۳۲/۱۶ \pm ۲۱/۱۲
	طبیعی	۱۹۰/۶۹ \pm ۲۱/۱۲
P=۰/۰۰۲		
قومیت	فارس	۱۸۷/۴۴ \pm ۸/۸۲
	بلوچ	۱۱۶/۲۴ \pm ۱۱/۳۱
P=۰/۰۳۳		
جنس نوزاد	پسر	۱۹۴/۶۳ \pm ۱۵/۱۱
	دختر	۱۴۸/۵۱ \pm ۱۳/۶۳
P=۰/۰۰۱		
شغل	شاغل	۱۳۹/۲۷ \pm ۱۸/۴۲
	خانه دار	۱۴۲/۳۳ \pm ۱۶/۲۰
P=۰/۰۸۴		
تحصیلات	بی سواد	۱۵۹/۲۰ \pm ۱۳/۸۱
	دیپلم و پایین تر	۱۷۱/۵۴ \pm ۱۱/۶۶
	تحصیلات دانشگاهی	۲۰۸/۸۶ \pm ۱۸/۶۰
P=۰/۰۰۱		

جدول ۲: نتایج آنالیز رگرسیون به منظور تعیین پیش بینی نمره تنیدگی پس از زایمان از روی نمره حمایت اجتماعی، طول مدت ازدواج، جنسیت و قومیت

متغیرهای پیش بینی کننده	B	Std. Erroe	T	P value	R	R ²
حمایت اجتماعی	۰/۱۷	۱/۶۴	-۶/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۲۸
طول مدت ازدواج	-۰/۱۳	۰/۷۲	۱۱/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۰/۴۴
جنسیت نوزاد	۰/۳۳	۰/۵۳	-۸/۸۰	۰/۰۰۲	۰/۷۲	۰/۵۱
قومیت	-۰/۶۱	۱/۰۱	-۴/۵۱	۰/۰۱	۰/۷۴	۰/۵۵

همچنین نتیجه مطالعه حاضر همبستگی منفی و معناداری را میان تنیدگی پس از زایمان و میزان حمایت اجتماعی نشان داد. مادرانی که نمره حمایت اجتماعی بالاتری کسب کرده بودند، کمتر از سایرین تنیدگی پس از زایمان نشان دادند و مهمترین شاخص پیش بینی تنیدگی پس از زایمان بود. مطالعه Hung و همکاران با عنوان شاخص های پیش بینی کننده تنیدگی پس از زایمان نشان داده است که سطح حمایت اجتماعی مهمترین شاخص پیش بینی کننده تنش پس از زایمان زنان مورد بررسی بوده است (۲). نتایج مطالعه Warren نیز نشان داد مادران نخست زایی که مورد حمایت بودند، در امر مراقبت از نوزاد اطمینات بالایی به خود داشتند (۲۳). مطالعه Reece نشان داد که حمایت اجتماعی از جانب همسر و خانواده هم با خودارزشیابی مثبت والدینی و هم با سطح پایین تنیدگی پس از زایمان رابطه دارد (۲۴). Hung نیز اعتقاد دارد که حمایت اجتماعی با کاهش تنش و ارتقای وضعیت سلامتی در دوران حاملگی و پس از زایمان رابطه دارد (۴). مطالعه عابدیان و همکاران نیز نشان داد که اختلال تنش پس از ضربه و افسردگی پس از زایمان با

بحث

اغلب مطالعات انجام شده در دوران پس از زایمان بر روی متغیر افسردگی پس از زایمان انجام شده است و مطالعاتی که تنیدگی پس از زایمان به ویژه در ایران را مورد بررسی قرار داشته باشد، بسیار اندک است. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی حمایت اجتماعی و تنیدگی پس از زایمان انجام شده است. نتیجه مطالعه نشان داد بطور کلی میانگین نمره تنیدگی پس از زایمان مادران تقریباً بالا و میانگین نمره حمایت اجتماعی نسبتاً پایین بود. این مقادیر نشان دهنده این واقعیت است که مادران مورد مطالعه از سطح تنیدگی پس از زایمان نسبتاً بالا و سطح حمایت اجتماعی پایینی برخوردار بودند. در حالی که در مطالعه Hung و همکاران میانگین نمره تنیدگی پس از زایمان $۱۳۷/۵۰ \pm ۳۴/۰۶$ از حداکثر ۳۱۵ نمره پرسشنامه بود (۲). مطالعه Modarres و همکاران نشان می دهد که ۸۰ نفر از ۴۰۰ زن مورد بررسی در ایران از اختلال فشار روانی به دنبال زایمان رنج می برند (۲۲).

ازدواج بیشتر سطح تنیدگی پس از زایمان کمتری را تجربه کرده بودند (۲). Krieg (۳۱) و Knauth & Vessey (۳۲) معتقدند تجربیات مثبت طی زندگی مشترک طولانی باعث رضایت از نقش مادری شده و این حس رضایتمندی مادر را در برابر تنیدگی حاصل از انتقال به نقش والدینی در دوره پس از زایمان، حفاظت می کند.

در مطالعه حاضر، تنش های پس از زایمان در زنان شاغل و خانه دار تفاوت معناداری نداشت که با نتیجه مطالعات دیگران از جمله مطالعه Hung و همکاران (۲) و Nichols & Roux (۳۴) همخوان نیست. مرخصی های طولانی مدت بعد از زایمان در زنان شاغل مورد بررسی شاید یکی از علل کاهش تنیدگی های پس از زایمان زنان شاغل در دوره پس از زایمان باشد. Grice و همکاران معتقدند تعارض کار - خانواده به طور منفی بر سلامتی مادر به دنبال زایمان تأثیر می گذارد (۳۳).

نتیجه این مطالعه نشان داد با افزایش سن، میزان تنیدگی مادران افزایش می یابد. در مطالعه عابدیان و همکاران (۲۱)، Modarres و همکاران (۲۲) و Soderquist و همکاران (۳۵) ارتباطی بین سن و تنیدگی پس از زایمان مشاهده نشد. ولی در مطالعه Iles و همکاران (۳۰) همانند مطالعه حاضر سن با نشانه های تنیدگی بعد از زایمان همبستگی منفی داشت (۳۰). نتیجه مطالعه ویژه و همکاران نیز نشان داد تنیدگی پس از ترومای زایمان در زنان با سن پایین، بیشتر است (۳۶) که می تواند به دلیل عدم تجربه زندگی مشترک به طور طولانی مدت، آگاهی و تحصیلات پایین تر و عدم توانایی مؤثر در مقابله با تنش ها باشد.

در مطالعه حاضر، میزان تنش های پس از زایمان در گروه مادران با تحصیلات عالی به طور معناداری بیش از گروه مادران با تحصیلات دیپلم و پایین تر و مادران بی سواد بود که با نتیجه مطالعه عابدیان و همکاران (۲۱) همخوان نیست. در مطالعه حاضر میزان تنش های پس از زایمان در گروه مادران با تحصیلات عالی به طور معناداری بیش از گروه مادران با تحصیلات دیپلم و پایین تر و مادران بی سواد بود. در همین راستا نتیجه مطالعه Hung نیز نشان داد سطح تحصیلات به طور مستقیم با میزان تنیدگی پس از زایمان رابطه دارد (۴). علت افزایش تنیدگی با افزایش تحصیلات، آگاهی و اطلاعات بیشتر در مراقبت از خود و نوزاد در زنان با تحصیلات بالاست. مادران با تحصیلات بالا همچنان که نسبت به مسائل تربیتی فرزندان خود در سنین بعدی بیشتر نگران هستند، در دوران پس از تولد نیز نگرانی و تردید بیشتری در خصوص سازگاری با تغییرات جسمی، جنسی، تناسب بدنی و مراقبت بهینه از نوزاد دارند.

کاهش حمایت های اجتماعی در هفته های دوم و ششم بعد از زایمان رابطه دارد (۲۱). همچنین مطالعاتی در ایران و جهان مانند مسعود نیا (۱۴)، Logsdon و همکاران (۲۵) و Reid & Meadows، Oliver (۲۶)، Cigoli و همکاران (۲۷) که به بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی مادران و اختلال افسردگی پس از زایمان پرداخته اند نیز موید این نکته است که افزایش میزان حمایت های اجتماعی در طی حاملگی و پس از تولد با کاهش افسردگی پس از زایمان همراه است.

در خصوص رابطه حمایت اجتماعی و نقش آن در کاهش تنش و افسردگی پس از زایمان، نتیجه بررسی ها نشان می دهد که حمایت اجتماعی سبب کاهش تنیدگی پس از زایمان می شود (۲۸). زیرا منافع سلامت روانی حاصل از حمایت های اجتماعی معمولاً در شرایط تنش زا آشکار می شود (۲۹). حمایت اجتماعی مادر در دوران پس از زایمان عاملی است که اثرات تنیدگی را کاهش می دهد و مادر را قادر می سازد با شرایط تنش زا مقابله موثری انجام دهد (۲۹). گرچه در برخی از مطالعات از جمله Modarres و همکاران (۲۲)، Iles و همکاران (۳۰) و عابدیان و همکاران (۲۱) بین تنش پس از زایمان با نوع زایمان ارتباطی وجود نداشت، ولی در مطالعه حاضر میانگین نمره تنیدگی پس از زایمان در گروه زنان با زایمان طبیعی به طور معناداری بیش از گروه سزارین بود. احتمالاً بالاتر بودن نمره تنیدگی در زایمان طبیعی مربوط به درد، اپی زیاتومی و مشکلات جسمی ناشی از آن می باشد.

نارضایتی از جنسیت کودک بویژه وقتی دختر باشد، در بروز اختلالات روانی پس از زایمان نقش دارد. مطالعه مسعودنیا (۱۴) و نیز عابدیان و همکاران (۲۱) نشان داد که جنسیت دختر یک عامل پیش بینی کننده قوی در افسردگی بعد از زایمان است. در مطالعه حاضر مانند مطالعه Hung تنیدگی پس از زایمان در زنان با نوزاد پسر بیش از مادران با نوزاد دختر بود (۲). ترجیح دادن پسر بر دختر بویژه در فرهنگ سنتی منطقه جنوب شرق ایران و برخی کشورهای دیگر مانند هند و چین یکی از علل احتمالی افزایش حساسیت مادر در مراقبت از نوزاد پسر و تجربه تنش بیشتر باشد. ترس از مرگ نوزاد پسر، صدمه و آسیب وی و ترس از پاسخگویی به همسر و خانواده پسردوست و متعصب جامعه مورد بررسی شاید یکی از علل دیگر تنیدگی بیشتر مادران با نوزاد پسر باشد.

در مطالعه حاضر، بین طول مدت ازدواج و تنش های پس از زایمان همبستگی معکوس و معناداری وجود داشت. مطابق با این یافته بررسی Hung و همکاران نیز نشان داد که زنان با طول مدت

این امر منجر به تنش بیشتر در این گروه از زنان می شود. تفاوت در میزان تنیدگی کمتر در قومیت بلوچ نسبت به فارس را شاید بتوان به عوامل احتمالی همچون ازدواج و زایمان در سن پایین تر نسبت به قوم فارس، تحصیلات پایین تر، مشارکت بیشتر خانواده اصلی در امر مراقبت و نگهداری نوزاد، زندگی در بستر خانواده های گسترده تر و سنتی تر و ساختار فرهنگی متفاوت آنان نسبت داد. پیش از این مطالعه ای در مورد تنیدگی پس از زایمان و موضوع قومیت در ایران و این منطقه انجام نشده تا در نتایج مطالعه حاضر مورد استناد قرار گیرد.

نتیجه گیری نهایی

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد تنیدگی پس از زایمان در جامعه مورد بررسی بالا است. عواملی همچون حمایت اجتماعی پایین، قومیت بلوچ، جنسیت پسر و زندگی مشترک طولانی تر می تواند پیش بینی کننده تنیدگی پس از زایمان بیشتر باشد. بنابراین، لازم است در برنامه های مراقبتی پس از زایمان به این عوامل توجه شود. با توجه به سطح بالای تنیدگی پس از زایمان در این مطالعه و شناسایی عوامل مؤثر در پیش بینی آن به ویژه حمایت اجتماعی، ضرورت دارد مراقبت های بهداشتی درمانی جامعه محوری طراحی و در برنامه مراقبت های پس از زایمان وارد شود تا نیازهای زنان تازه زایمان کرده نخست را از طریق ارائه حمایت های اجتماعی از جانب همسر، خانواده اصلی، دوستان و کارکنان بهداشتی درمانی برآورده سازد. نظر به این که سطح تنیدگی های پس از زایمان و همچنین

میزان حمایت اجتماعی دریافتی در طی زمان بعد از زایمان ممکن است تغییر کند (۲،۴،۲۱)، سنجش تنیدگی پس از زایمان در یک نوبت زمانی در این مطالعه یک محدودیت است و نیاز است در مطالعات بعدی تنیدگی در چندین نوبت و در هفته های متوالی مورد بررسی قرار گیرد. همه عوامل تأثیرگذار احتمالی بر تنیدگی های پس از زایمان از جمله ویژگی های شخصیتی زنان، متغیرهای مربوط به دوره حاملگی در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفته است که از محدودیت های پژوهش حاضر بشمار می رود.

پیشنهاد می گردد مراقبین بهداشتی با عوامل دخیل در افزایش تنیدگی پس از زایمان بر اساس یافته های این مطالعه آشنا شده و در ویزیت های پس از زایمان، زنان را از نظر این عوامل خطر بررسی کنند. این امر سبب کمک به سلامت جسمانی و روانی مادر، افزایش کیفیت مراقبت از کودک و بهبود رابطه والد فرزندی می شود. همچنین طراحی و اجرای مطالعه به منظور تأثیر مداخله های آموزشی - حمایتی بر تنیدگی پس از زایمان نیز توصیه می گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی شماره ۶۷۴۹ - ۹۳/۳/۱۷ مرکز تحقیقات سلامت بارداری دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است که با حمایت مالی و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه به انجام رسیده است. از همکاران حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه و کلیه مادرانی که با صبر و دقت به سؤالات پرسشنامه پاسخ داده اند، صمیمانه سپاسگزاری می شود.

References

- 1- Cheng CY, Pickler RH. Effects of stress and social support on postpartum health of Chinese mothers in the United States. *Research in Nursing & Health*. 2009;32(6):582-91.
- 2- Hung CH, Lin CJ, Stocker J, Yu CY. Predictors of postpartum stress. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(5-6):666-74.
- 3- George L. Lack of preparedness: experience of first-time mothers. *The American Journal of Maternal Child Nursing*. 2005;30(4):251-5.
- 4-Hung CH. Postpartum stress as a predictor of womens minor psychiatric morbidity. *Community Mental Health Journal*. 2007;43(1):1-11.
- 5- Hutton G. The effect of maternal-newborn ill-health on households: Economic vulnerability and social implications. Moving towards universal coverage, issues in maternal newborn health and poverty. 2011; Accessible at http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43515/1/9241594489_eng.pdf.

- 6- Smith MP. Postnatal concerns of mothers: An update. *Midwifery Womens Health*. 1998;5(4):182-8.
- 7-Baser M. The determination of mother and fathers newborn care needs in postpartum period. *Journal of Health Sciences*. 2005;14:54-8.
- 8- Hung CH. Revalidating of the postpartum stress scale. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(6): 718-25.
- 9- Hung CH. Correlates of first-time mothers' postpartum stress. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2006;22(10):500-7.
- 10- Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennett IM, Culhane JF. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth: Issues in Perinatal Care*. 2008;35(3):179-87.
- 11- Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*. 2005;51(10):1366-7.
- 12- Mohamadirizi S, Fahami F, Bahadoran P. [The Effect of E-learning Education on Primipar Women's Knowledge about Neonatal Care]. *Iranian Journal of Neonatology*. 2013;4(1):24-7 (Persian).
- 13- Kanotra SD, Angelo D, Phares TM, Morrow B, Barfield W, Lansky A. Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). *Maternal and Child Health Journal*. 2007;11:549-58.
- 14- Masoudnia E. [Relationship between Perceived Social Support and Risk of Postpartum Depression Disorder]. *Iran Journal of Nursing*. 2011;27(70):8-18(Persian).
- 15- Osman H, Saliba M, Chaaya M, Naasan G. Interventions to reduce postpartum stress in first-time mothers: a randomized-controlled trial. *BMC Women's Health*. 2014;14:125-31.
- 16- Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Ismaeli H. [The correlational between social support and postpartum depression in women with preeclampsia]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* . 2015;17(136):10-8(Persian).
- 17- Hung CH. The construct of postpartum stress: A concept analysis. *Journal of Nursing*. 2001; 48:69-76.
- 18- Hung Ch. Measuring postpartum stress. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(4):417-24.
- 19- Rajabi GH, Naderi Z. [Psychometric Properties for the Persian version of the Postpartum Stress Scale]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013;19(1):65-72(Persian).
- 20- Hopkins J, Campbell SB. Development and validation of a scale to assess social support in the postpartum period. *Archives of Womens Mental Health*. 2008;11(1):57-65.
- 21- Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Ismaeli H. [Prevalence of posttraumatic stress disorder (PTSD) after childbirth and related factors]. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2013;16(78):16-24 (Persian).

- 22- Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12(88):1-6.
- 23- Warren PL. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):479-88.
- 24- Reece SM. Social support and the early maternal experience of primiparas over 35. *Maternal-Child Nursing Journal*. 1993;21(3):91-8.
- 25- Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2005;34(1):46-54.
- 26- Reid V, Meadows-Oliver M. Postpartum depression in adolescent mothers: an integrative review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care*. 2007;21(5):289-98.
- 27- Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2006;27(2):91-7.
- 28- Mercer RT, Ferketich SL. Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. *Advances in Nursing Science*. 1998;10(2):26-39.
- 29- Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC. Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(8):1550-60.
- 30- Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couple after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal Anxiety Disorders*. 2011;25(4):520-30.
- 31- Krieg DB. Does motherhood get easier the Second-Time around? Examining parenting stress and marital quality among mothers having their first or second child. *Parenting: Science and Practice*. 2007;7(2):149-75.
- 32- Knauth DG, Vessey J. Primary Care approaches. Maternal change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*. 2001;27:169-72.
33. Grice MM, Feda D, McGovern P, Alexander BH, McCaffrey D, Ukested I. Giving birth and returning to work: the impact of work-family conflict on women health after childbirth. *Annals of Epidemiology*. 2007;17(10):791-8.
- 34- Nichols MR, Roux GM. Maternal perspectives on postpartum return to the workplace. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*. 2004;33(4):463-71.
- 35- Soderquist J, Wijma B, Thorert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for posttraumatic stress and depression after childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2009;116(5):672-80.
- 36- Vizeh M, Kazemnejaz A, Afrasiabi SM, Hassan M, Rouyhi M, Habibzadeh S. [Prevalence of posttraumatic stress disorder after childbirth and its precipitating factors]. *Hormozgan Medical Journal*. 2012;16(4):309-16 (Persian).