

بررسی ارتباط نوع زایمان با الگوی قاعدگی دردناک اولیه

محبوبه فیروزی^۱، طاهره زاهدی فرد^{۲*}، پروین سالاری^۱، دکتر سیدرضا مظلوم^۳

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. مربی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران.

۳. دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۷/۲۰

خلاصه

مقدمه: قاعدگی دردناک اولیه، یکی از شایعترین شکایات زنان، توأم با عوارض اقتصادی، اجتماعی، جسمی و روحی می باشد. در زمینه تأثیر زایمان بر کاهش درد قاعدگی، مدارکی موجود است، اما ارتباط نوع زایمان با الگوی قاعدگی دردناک اولیه روشن نیست، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط نوع زایمان با الگوی قاعدگی دردناک اولیه انجام شد.

روش کار: این مطالعه هم گروهی در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۱۲۴ مادر نخست زا انجام شد. افراد در دو گروه زایمان طبیعی (۶۱ نفر) و سزارین (۶۳ نفر) قرار گرفتند. نمونه گیری به روش چند مرحله ای (طبقه ای - خوشه ای) از مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. ابزار پژوهش، فرم پرسشنامه مشخصات فردی، اطلاعات قاعدگی های قبل از بارداری و پس از زایمان و جدول چند بُعدی گفتاری درد قاعدگی بود. اطلاعات پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های کای اسکوئر و تی زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: دو گروه از نظر شدت قاعدگی دردناک اولیه تفاوت معناداری داشتند؛ به گونه ای که گروه زایمان طبیعی نسبت به سزارین، بهبودی بیشتری را نشان دادند ($p < ۰/۰۰۰$). دو گروه از نظر محل درد قاعدگی نیز تفاوت معناداری داشتند ($p < ۰/۰۴$). مدت درد قاعدگی در گروه زایمان طبیعی، کاهش بیشتری نسبت به گروه سزارین نشان داد اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود ($p < ۰/۵۹$). تفاوت کیفیت درد ($p < ۰/۳۹$) و علائم همراه با قاعدگی ($p < ۰/۸۲$) بین دو گروه معنادار نبود.

نتیجه گیری: زایمان طبیعی نسبت به سزارین، بهبود بیشتری در شدت درد قاعدگی به همراه خواهد داشت.

کلمات کلیدی: زایمان، سزارین، قاعدگی دردناک

* نویسنده مسئول مکاتبات: طاهره زاهدی فرد، دانشگاه آزاد اسلامی قوچان، قوچان، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۳۱۹۶۰۱۵؛ پست الکترونیک: ta2002zahedifard@yahoo.com

مقدمه

قاعدگی دردناک اولیه، به عنوان درد تجربه شده بلافاصله قبل یا حین قاعدگی تعریف می شود و با شیوع ۴۳ تا ۹۰ درصدی، یکی از شایع ترین شکایات زنان می باشد که ۱۰ تا ۱۵ درصد این زنان، علائم شدیدی را تجربه می کنند که فعالیت های روزانه آنها را تحت تأثیر قرار می دهد (۱-۴). از طرفی، بعد زمانی این عارضه نیز اهمیت دارد؛ به گونه ای که قاعدگی دردناک اولیه، گاهی تا دهه پنجم زندگی نیز باقی می ماند (۵-۷). در بررسی قاعدگی دردناک اولیه به عنوان یک درد جسمی، توجه به خصوصیات و ویژگی های درد فیزیکی مطابق با الگوی ابزار ارزیابی درد (OLDCART)^۲ از جمله شدت درد، مدت درد، زمان شروع درد، کیفیت درد، محل درد، عواملی که باعث تخفیف درد و عواملی که باعث تشدید درد می شوند، مورد توجه قرار گرفته است (۸). مطالعات متعددی به بررسی جنبه های مختلف درد قاعدگی پرداخته اند، اما تنها به مؤلفه شدت درد توجه داشته و سایر مؤلفه های الگوی درد را مورد بررسی قرار نداده اند. از طرفی در بررسی عوامل مرتبط با درد قاعدگی، زایمان به عنوان یک عامل تعدیل کننده درد در اکثر منابع مورد توجه قرار گرفته است (۱، ۸-۱۱)، اگرچه تناقض هایی نیز به چشم می خورد. از جمله اسپیروف به نقل از مطالعه اندرش و میلسام در سوئد آورده که زنان زایمان کرده نسبت به زنانی که هرگز باردار نشده اند یا سابقه سقط خودبخودی یا قانونی داشته اند، به طور معناداری قاعدگی دردناک اولیه کمتری را تجربه می کنند (۱۰). سیموندز (۲۰۱۰) نیز بیان می کند که قاعدگی دردناک اولیه، پس از تولد اولین فرزند از بین می رود (۱۲). اما در مطالعه تیرگر طبری (۱۹۹۶) با مقایسه دانشجویان دختر تربیت بدنی با دانشجویان دختر تربیت معلم، ارتباطی بین سابقه زایمان با شیوع و شدت درد قاعدگی مشاهده نشد (۱۳). مطالعه هاریسون نیز نشان داد که به نظر نمی رسد سابقه بارداری و عوامل تغذیه ای ارتباطی با قاعدگی دردناک داشته باشند (۱۴).

آمار بالای سزارین خصوصاً در ایران، این سؤال را در ذهن ایجاد می کند که آیا زایمان طبیعی نسبت به سزارین، تأثیر متفاوتی بر قاعدگی دردناک دارد؟ در این رابطه تنها مطالعه در دسترس، مطالعه جوانگ و همکاران (۲۰۰۶) بود که در بررسی تأثیر نوع زایمان بر دیسمنوره اولیه در تایوان به این نتیجه رسیدند که درد قاعدگی در زنان با زایمان ترم نسبت به پره ترم، کاهش بیشتری نشان می دهد. همچنین زنان با سابقه زایمان طبیعی نسبت به زایمان سزارین، بهبودی بیشتری در میزان دیسمنوره نشان دادند (۱۵). البته در مطالعه حاضر تنها به شدت درد قاعدگی توجه شد و به سایر مؤلفه های الگوی قاعدگی دردناک، توجهی نشد و بر اساس جستجوهای به عمل آمده در این رابطه، مطالعه ای در این زمینه یافت نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان با الگوی قاعدگی دردناک اولیه در مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد در سال ۹۰-۱۳۸۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه هم گروهی در سال ۹۰-۱۳۸۹ بر روی ۱۲۴ مادر نخست زایمان شد. این مطالعه به مقایسه ارتباط نوع زایمان با الگوی قاعدگی دردناک اولیه پرداخت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۱۸-۳۵ سال، سابقه تنها یک زایمان، سن کودک حداقل ۹ ماهه و حداکثر ۳۰ ماهه، شروع قاعدگی پس از زایمان حداقل به مدت ۶ سیکل قاعدگی، سابقه قاعدگی دردناک اولیه قبل از بارداری (بر اساس معیار چند بُعدی گفتاری شدت درد قاعدگی)، عدم استفاده از روش های هورمونی پیشگیری از بارداری و IUD قبل و پس از زایمان و عدم ابتلاء به قاعدگی دردناک ثانویه پس از زایمان بود. معیارهای خروج حین مطالعه شامل: بارداری، تغییر روش پیشگیری از زایمان و عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه بود. نمونه گیری به روش چند مرحله ای، از مراکز بهداشتی درمانی شهری شماره ۱ و ۲ و ۳ شهر مشهد، از هر کدام چند مرکز و در هر مرکز به روش مبتنی بر هدف انجام شد؛ به این صورت که ابتدا بر اساس دفاتر مراقبت مادران، اسامی و شماره تماس

2 Onset, Location, Duration, Characteristics, Aggravating Factors, Relieving Factors, Treatment

افرادی که تنها سابقه یک زایمان داشته، کودک آنان حداکثر ۳۰ ماهه بود و روش پیشگیری منقطع یا کاندوم داشتند، استخراج و در زمان مناسب طی تماس تلفنی از آنان در مورد ابتلاء به دیسمنوره قبل از زایمان سؤال می شد. در صورتی که پاسخ افراد مثبت بود و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و پس از زایمان از روش های هورمونی و IUD استفاده نکرده بودند و در زمان مصاحبه، واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. سپس طی ملاقات حضوری در مرکز بهداشتی درمانی و پس از کسب رضایت نامه کتبی از آنان، ابزار پژوهش که پرسشنامه ای مشتمل بر مشخصات فردی مادر، اطلاعات مربوط به زایمان، شیردهی و اطلاعات مربوط به قاعدگی های قبل از زایمان و اطلاعات مربوط به قاعدگی های پس از زایمان در سه ماه متوالی پس از ورود به مطالعه و جدول چند بُعدی گفتاری شدت درد قاعدگی بود، تکمیل می شد. الگوی قاعدگی دردناک اولیه با طرح ۵ سؤال از جمله مدت درد، شدت درد، کیفیت درد، محل درد و علائم همراه با درد، در بخش مربوط به اطلاعات قاعدگی بررسی شد. همچنین شدت درد بر اساس جدول چند بُعدی گفتاری شدت درد قاعدگی تعیین شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها، مادران بر اساس نوع زایمان در دو گروه زایمان طبیعی و زایمان سزارین قرار گرفتند. روایی پرسشنامه اطلاعات فردی، زایمانی، شیردهی و اطلاعات مربوط به قاعدگی ها به روش روایی محتوی و پایایی آن به روش پایایی درونی با فرمول آلفا کرانباخ ($\alpha=0/79$) تعیین شد. فرم چند بُعدی گفتاری دیسمنوره که جهت تعیین شدت درد قاعدگی دردناک اولیه استفاده شد، ابزاری استاندارد بوده و روایی آن توسط آندریش و میلوسوم (۱۹۸۲) تأیید شده است (۱۶)، پایایی آن نیز به

روش هم ارز ($r=0/92$) تأیید شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول نسبت ها استفاده شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری کای اسکوتر، تی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه اطلاعات حاصل از ۱۲۴ فرد مورد مطالعه به تفکیک دو گروه زایمان طبیعی (۶۱ نفر) و زایمان سزارین (۶۳ نفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج مطالعه، دو گروه از نظر سن، تحصیلات، اشتغال، سن منارک، سن ازدواج، سن فرزند، سن بارداری در زمان زایمان، زمان شروع اولین قاعدگی پس از زایمان، وضعیت شیردهی، شدت درد قاعدگی قبل از زایمان، مدت درد، کیفیت درد، محل درد و نشانه های همراه با درد قاعدگی، میزان خونریزی قاعدگی قبل از زایمان همسان بودند.

نتایج مطالعه نشان داد که اکثر افراد در گروه زایمان طبیعی، قبل از زایمان دیسمنوره درجه ۲ داشتند در حالی که پس از زایمان، در اکثر افراد به درجه صفر تقلیل پیدا کرده بود. در گروه زایمان سزارین، اکثر افراد قبل از زایمان، دیسمنوره درجه ۳ داشتند که پس از زایمان اکثر افراد به درجه یک تقلیل پیدا کرده بودند. بر اساس آزمون کای اسکوتر، اگر چه قبل از زایمان، درجه دیسمنوره بین گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معناداری نداشت، اما پس از زایمان این تفاوت در سه ماه متوالی ($p_1 < 0/000$ ، $p_2 < 0/000$ ، $p_3 < 0/000$) از نظر آماری معنی دار بود؛ به گونه ای که گروه زایمان طبیعی نسبت به سزارین، بهبودی بیشتری در شدت درد قاعدگی نشان دادند (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه شدت درد قاعدگی بر اساس جدول چند بعدی گفتاری درد در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

شدت درد قاعدگی	زایمان طبیعی				زایمان سزارین			
	قبل زایمان	اولین گزارش	دومین گزارش	سومین گزارش	قبل زایمان	اولین گزارش	دومین گزارش	سومین گزارش
درجه صفر	۰ (۰)	۳۳ (۵۳/۷)	۳۳ (۵۴/۹)	۴۲ (۶۶/۷)	۰ (۰)	۱۵ (۲۳/۸)	۱۱ (۱۷/۹)	۱۱ (۱۷/۹)
درجه یک	۱۲ (۲۰/۴)	۲۵ (۴۰/۷)	۲۳ (۳۷/۳)	۹ (۱۵/۷)	۱۲ (۱۹)	۲۵ (۳۹/۷)	۲۹ (۴۶/۴)	۲۷ (۴۲/۹)
درجه دو	۲۷ (۴۴/۴)	۲ (۳/۷)	۴ (۵/۹)	۹ (۱۵/۷)	۲۵ (۳۹/۷)	۱۷ (۲۷)	۱۸ (۲۸/۶)	۱۹ (۳۰/۴)
درجه سه	۲۲ (۳۵/۲)	۱ (۱/۹)	۱ (۲)	۱ (۲)	۲۶ (۴۱/۳)	۶ (۹/۵)	۵ (۷/۱)	۶ (۸/۹)
کل	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)

قبل از زایمان $x^2=1/44, df=3, p<0/694$
 گزارش اول $x^2=19/48, df=2, p<0/000$
 گزارش دوم $x^2=20/12, df=3, p<0/000$
 گزارش سوم $x^2=26/82, df=3, p<0/000$

تفاوت دو گروه در سه گزارش از نظر آماری معنی دار نبود ($p_1<0/27, p_2<0/75, p_3<0/59$). کیفیت درد قاعدگی قبل از زایمان بیشتر به صورت قلنجی بود و بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، دو گروه از این نظر همسان بودند. پس از زایمان، کیفیت درد در گروه زایمان طبیعی بیشتر به صورت مبهم و قلنجی و در گروه سزارین، به صورت مبهم و تیر کشنده بود اما دو گروه از این نظر تفاوت معناداری نداشتند ($p_1<0/724, p_2<0/850, p_3<0/390$) (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون تی، اگرچه مدت درد قاعدگی در گروه زایمان طبیعی از ۲۰/۱۶ ساعت (قبل از بارداری) به ۱۴/۰۳ ساعت در گزارش اول پس از زایمان، ۱۵/۲۱ ساعت در گزارش دوم و ۱۴/۵۲ ساعت در گزارش سوم کاهش یافته بود و در گروه سزارین نیز از ۲۵/۲۰ ساعت (قبل از بارداری) به ۱۵/۴۶ ساعت در گزارش اول پس از زایمان، ۱۴/۰۹ ساعت در گزارش دوم و ۱۵/۳۱ ساعت در گزارش سوم کاهش یافته بود، اما

جدول ۲- مقایسه کیفیت درد قاعدگی در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

کیفیت درد	زایمان طبیعی				زایمان سزارین			
	قبل از بارداری	اولین گزارش	دومین گزارش	سومین گزارش	قبل از بارداری	اولین گزارش	دومین گزارش	سومین گزارش
قلنجی	۱۷ (۲۷/۸)	۱۵ (۲۵)	۲۰ (۳۲/۶)	۱۷ (۲۸/۶)	۱۸ (۲۸/۶)	۱۴ (۲۲/۶)	۱۷ (۲۷/۱)	۱۹ (۳۰/۶)
تیر کشنده	۸ (۱۳)	۷ (۱۱/۴)	۱۳ (۲۰/۹)	۱۲ (۱۹)	۱۲ (۱۹)	۱۲ (۱۸/۹)	۱۸ (۲۹/۳)	۱۰ (۱۶/۳)
درد مبهم	۹ (۱۴/۸)	۱۷ (۲۷/۳)	۱۳ (۲۰/۹)	۱۲ (۱۹)	۱۳ (۲۰/۶)	۱۹ (۳۰/۲)	۱۶ (۲۵)	۲۲ (۳۴/۷)
فشارنده	۷ (۱۱/۱)	۸ (۱۳/۶)	۷ (۱۱/۶)	۴ (۷/۱)	۵ (۷/۹)	۵ (۷/۵)	۴ (۶/۳)	۴ (۶/۱)
سوزشی	۳ (۵/۶)	۳ (۴/۵)	۱ (۲/۳)	۴ (۷/۱)	۲ (۳/۲)	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
پیچشی	۳ (۵/۶)	۴ (۶/۸)	۴ (۷)	۹ (۱۴/۳)	۳ (۴/۸)	۲ (۳/۸)	۴ (۶/۳)	۵ (۸/۲)
سایر موارد	۱۴ (۲۲/۲)	۷ (۱۱/۴)	۳ (۴/۷)	۳ (۴/۸)	۱۰ (۱۵/۸)	۱۱ (۱۷)	۴ (۶/۳)	۳ (۴/۱)
کل	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۶۱ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)	۶۳ (۱۰۰)

قبل از زایمان $x^2=2/52, df=6, p<0/77$
 اولین گزارش $x^2=9/23, df=6, p<0/72$
 دومین گزارش $x^2=2/98, df=6, p<0/85$
 سومین گزارش $x^2=6/47, df=6, p<0/39$

گزارش شد که بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، دو گروه از این نظر همسان بودند. پس از زایمان، در گروه

محل درد قاعدگی در دو گروه قبل از زایمان، بیشتر به صورت درد زیردل با انتشار به سمت کمر یا ران ها

زایمان طبیعی، باز هم بیشتر الگوی درد منتشر غالب بود اما در گروه سزارین، درد متمرکز در زیردل بود که تفاوت به جز در گزارش اول، بین دو گروه از نظر آماری معنادار نبود ($p < 0/04$) (جدول ۳).

جدول ۳- مقایسه محل درد قاعدگی در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین

محل درد	زایمان طبیعی				زایمان سزارین			
	تعداد (درصد)	اولین گزارش	دومین گزارش	سومین گزارش	تعداد (درصد)	اولین گزارش	دومین گزارش	سومین گزارش
زیردل	۱۳/۸	۳۲/۶	۲۵/۱۵	۲۳/۶	۳۰/۶	۲۸/۶	۲۷/۲	۲۳/۶
کمر	۴/۳	۶/۵	۴/۵	۵/۵	۱۴/۳	۱۰/۳	۲۰/۱	۵/۵
زیردل با انتشار به کمر	۱۰/۹	۱۳/۸	۱۸/۲	۱۴/۵	۲۶/۵	۲۴/۵	۱۴/۵	۱۴/۵
زیردل با انتشار به ران ها	۲۳/۹	۱۰/۹	۲۰/۵	۲۱/۸	۱۲/۳	۱۶/۳	۱۲/۷	۱۴/۵
سایرموارد	۴۷/۸	۳۷	۳۱/۸	۳۴/۵	۱۶/۳	۲۰/۴	۲۴/۵	۳۴/۵
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

قبل از زایمان $x_2=2/88, df=4, p<0/58$
 اولین گزارش $x_2=14/10, df=4, p<0/046$
 دومین گزارش $x_2=2/91, df=4, p<0/595$
 سومین گزارش $x_2=4/08, df=4, p<0/416$

در مطالعه حاضر به دنبال زایمان طبیعی، شدت دیسمنوره بر اساس جدول چند بُعدی گفتاری درد قاعدگی، بهبودی بیشتری نسبت به زایمان سزارین نشان داد که با نتایج مطالعه جوآنگ و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی داشت (۱۵). در مطالعه جوآنگ، تنها مشخصه مورد بررسی، شدت درد قاعدگی بود که در اوایل بارداری از میزان درد قاعدگی، در قاعدگی های قبل از زایمان سؤال می شد و ۶ ماه پس از زایمان نیز در صورت آغاز قاعدگی ها، میزان درد سؤال می شد، اما توجهی به تعداد دوره های قاعدگی پس از زایمان نمی شد و چه بسا در سیکل های فاقد تخمک گذاری، پرسشنامه تکمیل می شد. در مطالعه حاضر جهت حذف سیکل های فاقد تخمک گذاری، حداقل ۶ سیکل قاعدگی، معیار برگشت سیکل های با تخمک گذاری محسوب می شد. به علاوه در مطالعه جوآنگ، اطلاعات مربوط به قاعدگی سؤال می شد و هر زمان که بارداری اتفاق افتاد، افراد وارد مطالعه می شدند، در نتیجه فاصله ای که از زمان بررسی قاعدگی قبل از زایمان تا قاعدگی های بعد از زایمان می گذشت، کنترل نمی شد، در حالی که بر اساس منابع، درد قاعدگی با گذشت زمان و بالا رفتن سن زن، کمتر می شود. در مطالعه حاضر سن مادران برای ورود به مطالعه، محدود به بازه ۱۸-۳۵ سال شده

نتایج مطالعه در ارتباط با علائم همراه با قاعدگی از جمله تهوع، استفراغ و بی حوصلگی نشان داد که در گروه زایمان طبیعی، افراد فاقد علامت از ۷/۴ درصد قبل از بارداری به ۳۱ درصد پس از زایمان افزایش و افراد با بیش از یک علامت همراه با قاعدگی از ۷۹/۶ درصد قبل از بارداری به ۳۶/۶ درصد پس از زایمان کاهش نشان دادند. در گروه زایمان سزارین، افراد فاقد علامت از ۳/۲ درصد قبل از بارداری به ۳۴ درصد پس از زایمان افزایش و افراد با بیش از یک علامت از ۷۴/۶ درصد قبل از بارداری به ۵۰ درصد پس از زایمان کاهش نشان دادند. بر اساس آزمون کای اسکوئر، اگرچه بعد از زایمان، تعدد علائم همراه با درد قاعدگی در گروه زایمان طبیعی نسبت به گروه سزارین، کاهش بیشتری نشان داد، اما تفاوت بین دو گروه در سه گزارش معنادار نبود ($p_1 < 0/449, p_2 < 0/966, p_3 < 0/329$).

بحث

محققین در این مطالعه با استفاده از الگوی OLD CART هدف مطالعه را پاسخ گویی به این سؤال بنا نهادند که آیا به جز شدت درد قاعدگی، سایر مؤلفه های درد از جمله محل درد، مدت، کیفیت و علائم همراه با درد نیز در ارتباط با نوع زایمان تحت تأثیر قرار می گیرند؟ (۱۷).

قبل از زایمان بود. به علاوه در طراحی مطالعه، کوتاه کردن فاصله بررسی الگوی قاعدگی قبل و پس از زایمان مورد توجه قرار گرفت؛ به این صورت که حداقل سن کودک ۹ ماه (۳ ماه برای متوسط زمان برگشت قاعدگی و ۶ سیکل قاعدگی برای اطمینان از تخمک گذاری بودن سیکل ها) و حداکثر ۳۰ ماه (۲ سال برای این که بعضی مادران شیرده تا ۲ سال پررود نمی شوند و ۶ سیکل قاعدگی برای اطمینان از تخمک گذاری بودن سیکل ها) از معیارهای ورود به مطالعه بود.

استفاده از نتایج این مطالعه در مادران مبتلا به دیسمنوره، هنگام مشاوره درباره انتخاب نوع زایمان می تواند راهکاری برای کمک به تسکین درد قاعدگی زنان سنین باروری و ترویجی برای زایمان طبیعی و بهره مندی از فواید بسیار آن باشد. با توجه به شیوع بالای دیسمنوره در سنین باروری و اثرات منفی آن بر کیفیت زندگی زنان و از طرفی آمار بالای سزارین در کشور ما، محققین مطالعات مشابهی را در این زمینه پیشنهاد می کنند.

نتیجه گیری

زایمان طبیعی نسبت به سزارین، بهبود بیشتری در شدت درد قاعدگی به همراه خواهد داشت. همچنین نوع زایمان با شدت درد قاعدگی دردناک اولیه، ارتباط دارد. در ارتباط با مؤلفه های دیگر درد، اگرچه نتایج مطالعه بیانگر تفاوت هایی در ارتباط با نوع زایمان می باشد، اما حصول نتایج قطعی، منوط به انجام مطالعات مشابه در این رابطه است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی کد ۸۸۰۴۹ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدین وسیله از مساعدت و همکاری آن معاونت محترم، مسئولین مراکز بهداشتی درمانی و پرسنل آنان و تمامی مادران شرکت کننده در طرح، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

بود که این شرط، هم تأثیر سن بر قاعدگی دردناک و هم شیوع سزارین را تعدیل می کند.

در مطالعه بولتی و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف بررسی نقش زایمان در عود آندومتريوز انجام شد، دیسمنوره و عود آندومتريوز پس از درمان، در گروهی که زایمان واژینال داشتند نسبت به گروه سزارین و کسانی که بارداری نداشتند، به طور معناداری کمتر بود. این محققین مطرح کردند که در زایمان واژینال با بزرگ تر شدن سوراخ داخلی رحم، دیسمنوره و عود آندومتريوز نسبت به گروه سزارین و نیز کسانی که پس از درمان آندومتريوز زایمان نکرده اند، کمتر می باشد (۱۸). در مطالعه بولتی، نمونه ها از بین مبتلایان به دیسمنوره ثانویه انتخاب شدند، در حالی که در مطالعه حاضر، مبتلایان به دیسمنوره اولیه برگزیده شدند.

در مطالعه تحلیلی گذشته نگر ناهیدی (۲۰۰۷) که بر روی ۱۶۰ زن در محدوده سنی ۳۶-۴۴ سال انجام شد، فراوانی دیسمنوره در این گروه سنی (۲۰ نفر) ۱۲/۵ درصد و میزان سزارین در زنان دارای دیسمنوره، بیشتر از زایمان طبیعی بود (به ترتیب ۶۵٪ و ۳۵٪) (۱۹). در مطالعه ناهیدی، فراوانی نوع زایمان در افرادی که در اواخر سنین باروری مبتلا به دیسمنوره اولیه بودند، تعیین شد که البته به جهت تعداد پایین نمونه و عدم بررسی معنادار بودن تفاوت بین دو گروه، استناد به نتایج آن مشروط می باشد.

در زمینه استناد به نتایج مطالعات موجود به جز مطالعه جوانگ، این محدودیت وجود دارد که این مطالعات (آندرش ۱۹۸۲، تیرگرطبری ۱۹۹۶، ساندل ۱۹۹۰ و ناهیدی ۲۰۰۷) (۳، ۱۳، ۱۶، ۱۹) برای بررسی ارتباط نوع زایمان با قاعدگی دردناک، طراحی نشده اند بلکه زایمان یا نوع آن به عنوان یک متغیر مورد بررسی قرار گرفته و در نتیجه نیاز به مطالعه مستقیم در این زمینه همچنان توسط اکثر محققین توصیه می شود.

محدودیت مطالعه حاضر این بود که برای بررسی الگوی قاعدگی دردناک اولیه قبل از زایمان، مطالعه به ناچار به شیوه گذشته نگر و با اعتماد به حافظه مادر انجام شد. برای تعدیل این محدودیت، یکی از ابتدایی ترین شرایط ورود به مطالعه، به خاطر آوردن الگوی قاعدگی دردناک

1. Al-Kindi R, Al-Bulushi A. Prevalence and Impact of Dysmenorrhoea among Omani High School Students. Sultan Qaboos Univ Med J 2011 Nov;11(4):485-91.
2. Cakir M, Mungan I, Karakas T, Giriskan I, Okten A. Menstrual pattern & common menstrual disorders among university students in Turkey. *Pediatr Int* 2007;Dec 49(6):938-42.
3. Sundell G, Milsom I, Andresch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. *Br J Obstet Gynecol* 1990 Jul 97(7):588-94.
4. Torshizi M, Golmakani N, Saadatjoo SA, Rakhshandeh H. Zintoma (Ginger) in the treatment of primary dysmenorrheal. *J Birjand Univ Med Sci* 2005;2(3,4):5-8.
5. Osuga Y, Hayashi K, Kobayashi Y, Tokyokawa S, Momoeda M, Koga K, et al. Dysmenorrhea in Japanese women. *Inter J of Gynecol Obstet* 2005 Jan;88(1):82-3.
6. Coco AS. Primary dysmenorrhea. *Am Fam Physician* 1999 Aug;60(2):489-96.
7. Calis KA. Dysmenorrhea differential diagnoses. . Update 2009 Jan;28:
8. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL. Varney's midwifery. 4th ed. Sudbury:Jones and Bartlett Publishers;2004..
9. Abedian Z, KHalajinia Z, Hasanabadi H, Esmaili H. [The comparison of personality characteristics of medical university students with and without primary dysmenorrheal] [Article in Persian]. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2007;14(3):185-91.
10. Speroff L, Fritz MA. Clinical gynecology endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia:Lippincott, Williams and Wilkins;2005..
11. Fletcher HM, Dawkins J, Rattray C, Wharfe G, Reid M, Gordon-Strachan G. Morinda citrifolia (Noni) as an Anti-Inflammatory Treatment in Women with Primary Dysmenorrhoea: A Randomised Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Obstet Gynecol Int* 2013;2013:195454.
12. Symonds EM, Symonds IM. Essential obstetrics and gynecology. 4th ed. Edinburgh:Churchill Livingstone;2004.
13. Tabari SH. [Investigation and comparison of the effects of physical activity on dysmenorrhea in two hundred fifty female students of physical education and two hundred fifty female students of teacher training] [Thesis in Persian]. Kerman:Kerman University of Medical Sciences;1996.
14. Paulman PM, Paulman AA, Harrison JD, Taylor RB. Taylor's 10-minute diagnosis manual: symptoms and signs in the time-limited encounter. 2nd ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2007.
15. Juang CM, Yen MS, Twu NF, Horng HC, Yu HC, Chen CY. Impact of pregnancy on primary dysmenorrhea, *Int J Gynecol Obstet* 2006 Mar;92(3):221-7.
16. Andresch B, Milsom I. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. *Am J Obstet Gynecol* 1982 Nov 15;144(6):655-60.
17. Durain D. Primary dysmenorrhea: assessment and managment update. *J Midwifery Womens Health* 2004Nov-Dec;49(6):520-8. Review.
18. Bulletti C, Montini A, Setti PL, Palagiano A, Ubaldi F, Borini A. Vaginal parturition decreases recurrence of endometriosis. *Fertil Steril* 2010 Aug;94(3):850-5.
19. Nahidi F. [Investigation of relationship between type of delivery and dysmenorrheal] [Article in Persian], *J Shahid Beheshti Univ Med Sci* 2007 Fall;58:40-44.