



بررسی ارتباط نوع زایمان با دیسمنوره در زنان ۴۵-۱۵ ساله شهر اهواز

پروین شهری*^۱، مریم سلیمانی^۲، مجتبی سپندی^۳

- ۱- کارشناسی ارشد مامایی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران
- ۲- کارشناس بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور، اهواز، ایران
- ۳- دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۳/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱

چکیده

مقدمه: دیسمنوره یک اختلال ژنیکولوژیک شایع است که حدود ۵۰٪ زنان سنین باروری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد زایمان، درد قاعدگی را کاهش می‌دهد. اما تأثیر نوع زایمان بر کاهش دیسمنوره ناشناخته باقیمانده است. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط نوع زایمان با شیوع و شدت دیسمنوره است.

روش بررسی: در این پژوهش مقطعی - تحلیلی از ۹ مرکز بهداشتی شهری غرب اهواز ۳۸۴ نمونه از میان زنان واجد شرایط به صورت تصادفی انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه دو قسمتی، شامل مشخصات جمعیت‌شناختی و تاریخچه باروری بود. شدت دیسمنوره با استفاده از معیار چندبعدی گفتار (VMSS: Verbal Multidimensional Scoring System) به ۴ دسته بدون درد، خفیف، متوسط و شدید تقسیم شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو و مک نمار انجام گردید.

نتایج: فراوانی سزارین در نمونه‌ها ۴۱/۴٪ و شیوع دیسمنوره در زمان مطالعه ۵۱/۴٪ بود. در حالی که دیسمنوره در اوایل سن باروری و قبل از زایمان ۷۹/۴٪ گزارش شد. شایع‌ترین درجات دیسمنوره قبل و بعد از زایمان به ترتیب خفیف و بدون درد بود. بین فراوانی دیسمنوره و زایمان ارتباط معنی‌داری یافت شد ($p=0/001$)، اما شیوع و شدت دیسمنوره با نوع زایمان فاقد ارتباط آماری بود. شیوع دیسمنوره با تحصیلات، قومیت و شغل ارتباط مستقیم داشت ($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: به طور کلی زایمان، دیسمنوره را کاهش می‌دهد، اگر چه اختلاف زیادی میان زایمان طبیعی و سزارین در کاهش دیسمنوره مشاهده نشده است و نیاز به مطالعات بیشتر در این زمینه وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: دیسمنوره، زایمان طبیعی، سزارین

مقدمه

دیسمنوره یا قاعدگی دردناک، دردی است که در قسمت تحتانی شکم یا لگن احساس می‌شود و احتمالاً با علایمی از جمله سردرد، تهوع، استفراغ و اسهال همراه می‌باشد (۱). دیسمنوره به دو شکل اولیه و ثانویه تعریف می‌شود. منظور از دیسمنوره اولیه وجود درد بدون بیماری قابل اثبات لگنی است، در حالی که نوع ثانویه معمولاً به دنبال وجود مسائل پاتولوژیک روی می‌دهد (۲،۳). مکانیسم اصلی دیسمنوره به درستی شناخته نشده است. اما به نظر می‌رسد که علت دیسمنوره اولیه افزایش تولید پروستاگلاندین‌های آندومتر به ویژه سطوح بالای پروستاگلاندین $F2\alpha$ است که منجر به انقباض عروق رحمی و در نتیجه انقباض عضله صاف رحم می‌شود (۴،۵).

تقریباً نیمی از زنان واقع در سن باروری دیسمنوره را تجربه می‌کنند. قاعدگی دردناک یک مشکل شایع بهداشتی است که سلامت فرد، عملکرد شغلی و خانوادگی وی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. این مسئله هم بر کیفیت زندگی زنان و هم بر اقتصاد ملی اثرگذار است. چرا که باعث غیبت‌های مکرر و کوتاه مدت از مدرسه و محیط کار می‌شود (۶). تقریباً در هر ماه ۱۰٪ زنان بالغ به علت دیسمنوره بیش از ۳ روز مفید کاری را از دست می‌دهند (۳).

اعتقاد بر این است که زایمان می‌تواند شدت دیسمنوره را کاهش دهد و برخی تحقیقات نیز تأثیر مشخص زایمان بر کاهش شدت دیسمنوره را نشان داده‌اند و نتایج این تحقیقات حاکی از آن است که زنان زایمان کرده دردهای قاعدگی کمتری را تجربه می‌کنند (۸-۹). زایمان به معنی به دنیا آوردن بچه است و به دو شکل زایمان طبیعی و سزارین انجام می‌پذیرد. این نوع زایمان خروج جنین را از طریق مجرای زایمانی در نتیجه انقباضات منظم رحمی میسر می‌سازد. در مقابل سزارین به معنی به دنیا آوردن جنین از طریق لاپاراتومی است.

در رابطه با نوع زایمان و چگونگی ارتباط آن با دیسمنوره پژوهش‌های بسیار اندکی انجام شده است که نتایج آنها حاکی از کاهش بیشتر دیسمنوره در زایمان طبیعی است. در حالی که در زنانی با سابقه سزارین، شدت درد کمتر کاهش می‌یابد (۱۰،۱۱).

این در حالی است که در برخی مطالعات انجام شده ارتباطی بین نوع زایمان و دیسمنوره مشاهده نشده است (۱۲،۱۳).

بنابر توضیحات فوق مبنی بر کافی نبودن مطالعات قبلی و از طرفی نتایج متفاوتی که در این تحقیقات به دست آمده است، به نظر می‌رسد که این ارتباط هنوز کاملاً شناخته نشده است و این سؤال هنوز مطرح است که آیا بین نوع زایمان و کاهش دیسمنوره ارتباطی وجود دارد؟ و یا به عبارتی دیگر آیا زنان با سابقه زایمان طبیعی با شدت متفاوتی نسبت به زنان با سابقه سزارین دچار دردهای قاعدگی می‌شوند؟ با وجود سؤالات مطرح شده فوق و با توجه به درصد بالای (۵۰٪) زنانی که به طور ماهانه با دیسمنوره مواجه و از آن رنج می‌برند، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط نوع زایمان با دیسمنوره در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی غرب شهر اهواز طراحی شده است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مقطعی - تحلیلی است و در سال ۱۳۸۸ در شهر اهواز انجام گرفته است. جامعه پژوهش را زنان ۱۵-۴۵ ساله تحت پوشش مراکز بهداشتی - درمانی غرب شهر اهواز تشکیل می‌دادند با شرایط زیر وارد مطالعه شدند: سابقه حداقل یک و حداکثر چهار زایمان؛ فقط دارای سابقه یک نوع زایمان واژینال و یا سزارین؛ سابقه عمل جراحی به غیر از سزارین بر روی رحم؛ عدم استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری هورمونی و وسایل داخل رحمی از ۶ ماه قبل از ورود به مطالعه؛ و فاقد سابقه بیماری‌های مؤثر بر سیکل قاعدگی، التهاب لگنی و ناباروری.

بر اساس مقادیر $\alpha = 0.05$ ، $d = 0.5$ و $P = 0.05$ حجم نمونه ۳۸۴ نفر تعیین شد. از میان مراکز بهداشتی غرب شهر اهواز، ۹ مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. از هر مرکز ۴۲ زن واجد شرایط از تاریخ اردیبهشت تا مهرماه ۱۳۸۸ وارد مطالعه شدند و پرسشنامه تکمیل نمودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه‌ای دو قسمتی حاوی مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، قومیت، شغل، میزان تحصیلات) و

و مک نمار استفاده گردید. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن نمونه‌های مورد پژوهش $27/98 \pm 6/19$ سال بود و اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش ($85/7\%$) در گروه سنی ۱۸-۳۵ سال قرار داشتند. در رابطه با متغیر سطح تحصیلات، داده‌ها بیانگر آن بود که بیشترین فراوانی ($59/6\%$) مربوط به مقطع راهنمایی و دبیرستان، اغلب آنها ($61/2\%$) دارای قومیت عرب و اکثریت (93%) خانه‌دار بودند. میانگین سن منارک در نمونه‌ها $12/53 \pm 1/35$ سال و در اکثریت واحدهای پژوهش ($31/3\%$) رخداد منارک در سن ۱۳ سالگی ذکر شده است (جدول ۱). شایع‌ترین روش پیشگیری مورد استفاده را کاندوم ($56/8\%$) تشکیل می‌داد و در ۸۸ نفر ($22/9\%$) سابقه سقط جنین وجود داشت.

اطلاعات مربوط به سن منارک، وضعیت سیکل قاعدگی در اوایل سنین باروری و در زمان ورود به مطالعه، نوع زایمان، پاریتی و سایر متغیرهای مؤثر بود. جهت تعیین شدت دیسمنوره از معیار چند بعدی گفتار (Verbal Multidimensional Scoring System) استفاده گردید که از ابزارهای استاندارد اندازه‌گیری شدت درد در قاعدگی می‌باشد (۱۴). بر اساس معیار فوق، شدت درد به ۴ گروه: بدون درد (درجه ۰)، درد خفیف (درجه ۱)، درد متوسط (۲) و درد شدید (درجه ۳) تقسیم می‌شود و بر اساس فعالیت‌های روزانه، نشانه‌های سیستمیک و نیاز به مصرف داروهای مسکن تعیین می‌شود. جهت رعایت موازین اخلاقی پس از توضیح در مورد اهداف مطالعه و کسب رضایت فرد، از پرسشنامه‌های بدون نام برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. پرسشنامه از طریق مصاحبه با نمونه‌ها تکمیل شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین ارتباط میان متغیرها از آزمون‌های کای دو

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی در نمونه‌های مورد پژوهش

متغیر	تعداد	(درصد)
سن مادر (سال)	زیر ۱۸	۹ (۲/۳)
	۱۸-۳۵	۳۲۹ (۸۵/۷)
	> ۳۵	۴۶ (۱۲)
تحصیلات	خواندن و نوشتن ابتدایی	۳۷ (۹/۶)
	راهنمایی و دبیرستان	۶۷ (۱۷/۴)
	دانشگاهی	۲۲۹ (۵۹/۶)
		۵۱ (۱۳/۳)
قومیت	فارس	۱۰۹ (۲۸/۴)
	عرب	۲۳۵ (۶۱/۲)
	سایر	۴۰ (۱۰/۴)
شغل	خانه دار	۳۵۷ (۹۳)
	شاغل	۲۷ (۷)
سن منارک (سال)	۹-۱۱	۷۶ (۱۹/۸)
	۱۲	۱۱۲ (۲۹/۲)
	۱۳	۱۲۰ (۳۱/۳)
	$14 \geq$	۷۶ (۱۹/۸)

همان گونه که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد بر اساس معیار چندبعدی گفتار شدت درد قبل از زایمان در اکثریت نمونه‌های مورد بررسی (۵۸/۱٪) درجه ۱ (خفیف) بوده است، در حالی که شدت آن بعد از زایمان توسط اغلب زنان (۴۸/۴٪) درجه صفر (بدون درد) توصیف شده است. با انجام آزمون کای دو بین شدت درد قاعدگی و زایمان ارتباط معنی‌داری یافت شد ($p=0/001$).

یافته‌های پژوهش در رابطه با نوع زایمان و تداوم درد قاعدگی بیانگر آن است که در گروه زایمان سزارین تعداد افراد دچار دیسمنوره کمی بیش از زایمان واژینال می‌باشد (جدول ۳). اگرچه به علت کم بودن اختلاف، با کاربرد آزمون مک نمار تفاوت معنی‌داری در گروه‌ها از لحاظ دیسمنوره مشاهده نشد ($p>0/05$).

میانگین تعداد زایمان در زنان مورد پژوهش $1/74 \pm 0/87$ بود که میانگین زایمان طبیعی و سزارین در افراد به ترتیب $1/12 \pm 0/6$ و $0/83 \pm 0/6$ ذکر شد و ۴۹/۵ درصد سابقه یک زایمان را داشتند. در ۵۸/۶٪ نمونه‌ها زایمان به صورت واژینال و در سایرین (۴۱/۴٪) سزارین بوده است. دلیل انجام سزارین در ۱۸/۸٪ موارد به صورت انتخابی و در ۸۱/۲٪ موارد علل پزشکی مانند عدم پیشرفت زایمان، نمای غیرطبیعی جنین، زجر جنینی و غیره ذکر شده است.

بر اساس جدول ۲ فراوانی دیسمنوره قبل از اولین زایمان ۷۹/۴٪ و در زمان ورود به مطالعه ۵۱/۶٪ گزارش شده است. طول مدت دیسمنوره قبل از زایمان به طور متوسط $2/27 \pm 1/46$ روز و بعد از زایمان $1/25 \pm 0/94$ بوده است. آزمون مک نمار نشان‌دهنده اختلاف آماری معنی‌دار در فراوانی دیسمنوره قبل و بعد از زایمان می‌باشد ($p<0/001$).

جدول ۲: توزیع فراوانی و شدت دیسمنوره قبل و بعد از زایمان

P-value	بعد از زایمان		قبل از زایمان		متغیر
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
$<0/001$	۱۹۸	(۵۱/۶)	۳۰۵	(۷۹/۴)	دارد
	۱۸۶	(۴۸/۴)	۷۹	(۲۰/۶)	ندارد
$<0/001$	۱۸۶	(۴۸/۴)	۷۹	(۲۰/۶)	درجه ۰
	۱۴۵	(۳۷/۸)	۲۲۳	(۵۸/۱)	درجه ۱
	۵۲	(۱۳/۵)	۷۹	(۲۰/۶)	درجه ۲
	۱	(۰/۳)	۳	(۰/۸)	درجه ۳

* آزمون مک نمار

**آزمون کای دو

جدول ۳: توزیع فراوانی دیسمنوره بر حسب نوع زایمان

سزارین		واژینال		نوع زایمان
تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
۸۷	(۵۴/۷)	۱۱۱	(۴۹/۳)	دارد
۷۲	(۴۵/۳)	۱۱۴	(۵۰/۷)	ندارد
۱۵۹	(۱۰۰)	۲۲۵	(۱۰۰)	جمع

بیانگر آن است که ابتدا بیشترین قاعدگی‌ها در هر دو گروه واژینال و سزارین (۵۷/۳٪ و ۵۹/۱٪) همراه با درد خفیف

نتایج تعیین شدت درد بر حسب زمان و نوع زایمان درد و نوع زایمان طبیعی و سزارین در جدول ۴ منعکس شده است و

مکنمار بین فراوانی دیسمنوره در دو گروه مادران شاغل و غیرشاغل تفاوت معنی‌داری دیده شد ($p=0/001$). همچنین ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات با فراوانی و شدت درد قاعدگی قبل از زایمان یافت شد ($p=0/013$).

(درجه ۱) بوده که بعد از زایمان هم به شیوه طبیعی و هم سزارین، شدت درد به طور مشخصی کاهش یافته است. اگر چه با انجام آزمون کای دو این متغیر با نوع زایمان فاقد ارتباط آماری بود ($p>0/05$). بین شدت دیسمنوره با سن فرد، سن منارک و پاریتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. با آزمون

جدول ۴: توزیع فراوانی شدت درد، قبل و بعد از زایمان بر حسب نوع زایمان

شدت درد	نوع زایمان	واژینال		سزارین		p.value*
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
قبل از زایمان	درجه ۰	۴۷ (۲۰/۹)	۳۲ (۲۰/۱)	۰/۹۴۰		
	درجه ۱	۱۲۹ (۵۷/۳)	۹۴ (۵۹/۱)			
	درجه ۲ و ۳	۴۹ (۲۱/۸)	۳۳ (۲۰/۷)			
بعد از زایمان	جمع	۲۲۵ (۱۰۰)	۱۵۹ (۱۰۰)	۰/۷۰۷		
	درجه ۰	۱۱۴ (۵۰/۷)	۷۲ (۴۵/۱)			
	درجه ۱	۸۲ (۳۶/۵)	۶۳ (۳۹/۶)			
	درجه ۲ و ۳	۲۹ (۱۲/۸)	۲۴ (۱۵/۳)			
	جمع	۳۰۵ (۱۰۰)	۱۵۹ (۱۰۰)			

* آزمون کای دو

بحث

رحمی نسبت به آنها و در نتیجه کاهش دیسمنوره می‌شود (۷). در زنانی که پس از شروع دردهای زایمان، سزارین صورت می‌گیرد، به علت افزایش پروستاگلاندین‌ها تفاوت چندانی با زایمان طبیعی دیده نمی‌شود، لذا با توجه به این موضوع که در پژوهش حاضر اکثریت سزارین (۸۱/۲٪) اورژانسی و به علل مشکلات زایمانی از قبیل تنگی لگن، بریج بودن، زایمان مشکل و طولانی و زجر جنینی و پس از شروع دردها انجام شده است، به نظر می‌رسد که همین عامل باعث شده است در این مطالعه بین شیوع و شدت دیسمنوره در سزارین و زایمان واژینال تفاوتی مشاهده نشود.

به طور کلی در رابطه با تأثیر نوع زایمان بر دیسمنوره مطالعات محدودی در جهان انجام شده است (۷) و همه آنها بر کاهش دیسمنوره پس از زایمان دلالت نموده‌اند و حاکی از کاهش شیوع و تخفیف دیسمنوره در زنان زایمان کرده در مقابل زنان نولی پار می‌باشد. البته به نظر می‌رسد که از لحاظ

این مطالعه به منظور پاسخ به سؤال مطرح در مورد ارتباط بین نوع زایمان و دیسمنوره انجام گرفت. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، اگر چه فراوانی دیسمنوره پس از زایمان در خانم‌های سزارین شده نسبت به زایمان طبیعی بیشتر می‌باشد ولی برخلاف یافته‌های مطالعه Abenhaim و همکارش و Juang، این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (۷، ۱۱). البته Nahidi و همکاران نیز یافته‌های مشابهی را مبتنی بر رد ارتباط بین نوع زایمان با دیسمنوره به دست آورده‌اند (۱۰).

در رابطه با شدت درد بر حسب نوع زایمان، بیشترین شدت درد ذکر شده در هر دو گروه زایمان طبیعی و سزارین درد خفیف بود و بین دو گروه اختلاف ناچیزی وجود داشت و ارتباط آماری معنی‌داری میان کاهش شیوع و شدت دیسمنوره در افراد زایمان طبیعی و سزارین مشاهده نشد و با توجه به اینکه در حین زایمان و شروع دردها میزان پروستاگلاندین‌ها افزایش می‌یابد، این امر منجر به افزایش مقاومت رسپتورهای

Weissman و همکاران، Juang در تایوان و Nahidi و همکاران در تهران همخوانی داشت (۸،۱۰،۱۷،۱۸). اما به طور کلی فراوانی درد قاعدگی پس از زایمان در مطالعه کنونی بالاتر از مطالعه Nahidi و همکاران می‌باشد که می‌توان آن را به بالاتر بودن سن نمونه‌ها در پژوهش مذکور نسبت داد. چرا که برخی مطالعات بر نقش سن در کاهش دیسمنوره مستقل از پاریتی تأکید دارند (۱۷).

سابقه سزارین در نمونه‌های مورد بررسی ۴۱/۴٪ بود که با مطالعه Mohammadpoorasi و همکاران در تبریز همخوانی داشته (۱۹) اما با پژوهش Black و همکاران در انگلستان که میزان سزارین را ۱۴/۷٪ گزارش کردند مغایرت داشت (۲۰). البته این یافته با توجه به بالا بودن روند کلی سزارین در ایران در مقایسه با کشورهای توسعه یافته قابل توجیه است.

در مطالعه حاضر متغیرهای پاریتی و دیسمنوره فاقد ارتباط معنی‌دار بودند و در واقع بیشترین کاهش درد بعد از زایمان اول دیده شده است که نتایج سایر تحقیقات را تأیید می‌کند (۸،۲۱،۱۸،۱۳).

این بررسی از نوع مطالعات مقطعی می‌باشد که محدودیت‌های خاص خود را دارد و از آنجا که سابقه دیسمنوره قبل از زایمان بر اساس پرسش از فرد می‌باشد. لذا احتمال خطا در یادآوری و اشتباه در پاسخگویی وجود دارد. در این مطالعه مقطعی متغیرهای دیسمنوره و نوع زایمان همزمان با هم سنجیده و مقایسه شد که نتایج آن تنها به بررسی ارتباط دو متغیر فوق می‌پردازد (نه تأثیر یکی بر دیگری). البته پیشنهاد می‌شود مطالعات طولی مانند کوهورت نیز در این مورد انجام شود و تأثیر متغیر نوع زایمان بر دیسمنوره سنجیده شود.

نتیجه‌گیری

مطالعات محدودی پیرامون چگونگی تأثیر مکانیسم‌های زمینه‌ای نوع زایمان و سابقه دیسمنوره صورت گرفته است و سؤالات مهمی در این زمینه وجود دارد که تاکنون بی‌پاسخ مانده است. با توجه به یافته‌های متناقض در بررسی‌های انجام شده، توصیه می‌شود که تحقیقات بیشتری به ویژه از نوع مطالعات طولی در این زمینه اجرا گردد. شاید بتوان به

تئوری مکانیسم کاهش بیشتر دیسمنوره در زایمان واژینال نسبت به سزارین صدمات بیشتر وارده به کف لگن است که بالقوه می‌تواند منجر به کم کردن انتقال حسی عصبی پیام‌های درد از رحم به مرکز درد در ساقه مغزی شود، اگر چه در این مطالعه چنین ارتباطی مشاهده نشد (۷).

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که فراوانی دیسمنوره در اوایل سن باروری ۷۹/۴٪ بوده که در بررسی انجام شده در سال ۲۰۱۰ میلادی در دختران مقطع پیش دانشگاهی هند این میزان ۷۹/۶٪ گزارش شده است (۱۵) که تقریباً مشابه یافته مطالعه حاضر می‌باشد. در سایر تحقیقات نیز فراوانی دیسمنوره از ۶۲/۴ تا ۸۹/۵٪ متفاوت اعلام شده است (۱۶، ۱). از جمله دلایل این تفاوت احتمالاً اختلاف سنی نمونه‌های مورد مطالعه بوده است. در مطالعه انجام گرفته در شهر تهران توسط Nahidi و همکاران فراوانی قاعدگی دردناک ۹۳/۱٪ بود (۱۰) که بالاتر از مطالعه کنونی و سایرین می‌باشد و احتمالاً می‌توان آن را به بالا بودن میانگین سن نمونه‌های مورد بررسی (۳۹/۷ سال) در مقایسه با نمونه‌های تحقیق حاضر (۲۷/۹ سال) نسبت داد که احتمال اشتباه در یادآوری وقایع را افزایش و دقت آن را کاهش می‌دهد. در تحقیق حاضر شدت دیسمنوره در اکثر نمونه‌ها به صورت درد خفیف (درجه ۱) بود و دیسمنوره شدید کمترین موارد (۱٪) را شامل می‌شد که با نتایج Nahidi و همکاران که فراوانی درد خفیف را ۸۰٪ ذکر کرده‌اند مطابقت دارد. در سایر مطالعات نیز دیسمنوره شدید از ۱۰ تا ۳۷/۹ درصد گزارش شده است (۱۶، ۱۵، ۱) که در مقایسه با مطالعه حاضر بالاتر می‌باشد. احتمالاً با توجه به نوع نمونه مورد بررسی آنها که دختران جوان و اغلب نولی پار را در برمی‌گیرد، شانس ابتلا به مشکلات لگنی یا سایر اختلالات پاتولوژیک در آنها بیشتر و در نهایت دیسمنوره شدید نیز شایع‌تر است. اما در مطالعه حاضر صرفاً موارد دیسمنوره اولیه و بدون پاتولوژی به عنوان نمونه انتخاب شده‌اند.

به طور کلی نتایج حاصل از این بررسی حاکی از آن است که شیوع و شدت دیسمنوره بعد از زایمان در اکثریت زنان کاهش می‌یابد که با پژوهش‌های Sundell و همکاران در سوئد،

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور اهواز به شماره قرارداد S.41. ۸7 می‌باشد. به این وسیله از همکاری و مساعدت‌های معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی، معاونت بهداشتی و کارکنان مراکز بهداشتی غرب اهواز تقدیر و تشکر می‌شود.

یافته‌های بیشتر در این زمینه دست یافت و از این طریق گامی در جهت روشن شدن جنبه‌های نامشخص و مبهم آن و راه‌هایی برای غلبه بر آن دست یافت.

سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم

References:

- 1- Cakir M, Mungan I, Karakas T, Giriskan L, Okten A. *Menstrual pattern and common menstrual disorders among university students in Turkey*. *Pediatr Int* 2007; 49(6): 938-42.
- 2- Fritz MA, Speroff L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005. p. 539-40.
- 3- Rapkin AJ, Howe CN. *Pelvic pain and dysmenorrhea*. In: Berek JS. *Berek & Novak's gynecology*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p. 506-34.
- 4- Dawood MY. *Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management*. *Obstet Gynecol* 2006; 108(2): 428-41.
- 5- Reyan JK, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif AE. *Kistner's Gynecology and Women's Health*. 7th edition. Mckinney London Mosby Company. Philadelphia 1999: 78-80.
- 6- Marchini M, Tozzi L, Bakshi R, Pistai R, Fedele L. *Comparative efficacy of diclofenac dispersible 50 mg and ibuprofen 400 mg in patients with primary dysmenorrhea. a randomized, double-blind, within-patient, placebo controlled study*. *Int J Clin Pharmacol Ther* 1995; 33(9): 491-7.
- 7- Juang CM, Yen MS, Twu NF, Horng HC, Yu HC, Chen CY. *Impact of pregnancy on primary dysmenorrheal*. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92(3): 221-7.
- 8- Sundell G, Milsom I, Andersch B. *Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women*. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97(7): 588-94.
- 9- Harlow SD, Park M. *A longitudinal study of risk factors for the occurrence, duration and severity of menstrual cramps in a cohort of college women*. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103(11): 1134-42.
- 10- Nahidi F, Bagheri L, Jannesari sh. *Relationship between kind of delivery and dysmenorrheal*. *J Nursing and Midwifery* 2007; 16(58); 40-4. [Persian]
- 11- Abenhaim HA, Harlow BL. *Live birth, cesarean section and the development of menstrual abnormalities*. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 92(2): 111-16.
- 12- Messing K, Saurel-Cubizolles MJ, Bourguine M, Kaminski M. *Factors associated with dysmenorrhea among workers in French poultry slaughterhouses and canneries*. *J Occup Med* 1993; 35(5): 493-500.

- 13- Pullon S, Reinken J, Sparrow M. *Prevalens of dysmenorrheal in wellington women*. N Z Med J 1988; 101(839): 52-4.
- 14- Biberoglu KO, Behrman SJ. *Dosage aspects of danazol therapy in endometriosis: short-term and long-term effectiveness*. Am J Obstet Gynecol 1981; 139(6): 645-54.
- 15- Ortiz MI. *Primary dysmenorrhea among mexican university students: prevalence, impact and treatment*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 152(1): 73-7.
- 16- Agarwal AK, Agarwal A. *A study of dysmenorrheal during menstruation in adolescent girls*. Indian J Community Med 2010; 35(1): 159-64.
- 17- Weissman AM, Hartz AJ, Hansen MD, Johnson SR. *The natural history of primary dysmenorrheal: a longitudinal study*. BJOG 2004; 111(4): 345-52.
- 18- Juang CM, Yen MS, Horng HC, Cheng CY, Yuan CC, Chang CM. *Natural progression of menstrual pain in nulliparous women at reproductive age: an observational study*. J Chin Med Assoc 2006; 69(10): 484-8.
- 19- MohammadPoorasl A, Rostami F, Torabi Sh. *Prevalence of caesarian section its and demographic correlates in Tabriz*. Med J Tabriz Univ Med Sci 2006; 28(3): 101-5. [Persian]
- 20- Black C, Kaye JA, Jick H. *Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database*. Obstet Gynecol 2005; 106(1): 151-5.
- 21- Harrison A. *Childbirth in Kuwait: the experiences of three groups of Arab mothers*. J Pain Symptom Manage 1991; 6(8): 466-75.

Investigating the Relationship between Mode of Delivery and Dysmenorrhea in 15-49 Year Old Women in Ahvaz

Shahri P(MSc)^{*1}, Soleimani M(BSc)², Sepandi M(PhD Student)³

¹*Department of Midwifery, Social Determinants of Health Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*

²*Department of Public Health, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran*

³*Department of Biostatistics and Epidemiology, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran*

Received: 23 Oct 2011

Accepted: 7 Jun 2012

Abstract

Introduction: Approximately 50% of all women experience dysmenorrhea. It seems that childbirth can decrease menstrual pain; though, significant effect of delivery mode on dysmenorrhea has not been clearly explained. This study was carried out to determine the association between mode of delivery and dysmenorrhea frequency and severity.

Methods: This is a cross-sectional and analytical study in which 384 eligible women were selected randomly from 9 health centers in Ahvaz. A questionnaire was used for data collection including two sections of demographic characteristics as well as obstetric and menstrual history. Severity of dysmenorrhea was investigated through verbal Multidimensional scoring system (VMSS) and rated on a four-point scale: 0= no dysmenorrhea, 1=minimal, 2=moderate, 3=severe dysmenorrhea. The research data was analyzed through chi-square and McNamara.

Results: Frequency of caesarean was 41.4% and frequency of dysmenorrhea was 51.6%, while before the first delivery, it was 79.4%. Before and after delivery most frequent scale in severity of dysmenorrhea involved 1 and 0 respectively. Using McNamara, there was a significant relationship between delivery and frequency of dysmenorrhea ($P<0.001$); though, type of delivery did not reveal any relationship to the frequency and severity of dysmenorrhea. There was a positive association among frequency of dysmenorrhea with education, ethnicity and occupation.

Conclusion: According to the results, overall delivery declines dysmenorrhea, however; there is no difference between vaginal and caesarean delivery. Hence, further researches are required to explore this issue.

Keywords: Dysmenorrhea; Vaginal Delivery; Caesarian

This paper should be cited as:

Shahri P, Soleimani M, Sepandi M. *Investigating the relationship between mode of delivery and dysmenorrhea in 15-49 year old women in Ahvaz*. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2013; 21(2): 118-26.

***Corresponding author: Tel: + 98 9166151320, Email: shahry_2001@yahoo.com**