

# شدت دردهای حاد پس از زایمان، بدون توجه به نوع زایمان، تداوم دردهای

## مزمین و افسردگی را پیش بینی می کند

الهام آزموده<sup>۱</sup>، سکینه عزیزی<sup>۱</sup>

نسرین فاضل<sup>۲</sup>

**زمینه و هدف:** تعداد زایمان سزارین در حال افزایش است و جراحی با دردهای مزمن، اغلب با افسردگی همراه است. همچنین درد حاد در روزهای پس از عمل جراحی به طور قوی، درد مزمن را پیش بینی می کند. در این پژوهش نقش نوع زایمان یا درد حاد را در دردهای مستمر و افسردگی پس از زایمان بررسی شده است.

**مواد و روش ها:** در مراکز متعدد و با انجام مطالعات طولی کوهورت به صورت آینده نگر، از ۱۲۸۸ زن که برای سزارین یا زایمان واژینال بستری شده بودند ثبت نام شد. اطلاعات از بیماران به طریق مصاحبه و پرونده‌ی بیمار در طی ۳۶ ساعت پس از زایمان و سپس از آن از طریق مصاحبه‌ی تلفنی در ۸ هفته بعد به منظور ارزیابی دردهای مداوم و نشانه‌های افسردگی بدست آمد. تاثیر نوع زایمان در دردهای حاد بعد از زایمان، دردهای بی وقفه، نشانه‌های افسردگی و رابطه‌ی بین آنها با استفاده از آنالیز رگرسیون، مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته ها:** شیوع درد شدید در ۳۶ ساعت پس از زایمان ۱۰/۹٪، در حالیکه دردهای بی وقفه و افسردگی در ۸ هفته پس از زایمان به ترتیب ۹/۸٪ و ۱۱/۲٪ بود. شدت درد حاد پس از زایمان بدون تاثیر از روش آن (سزارین یا طبیعی)، به طور مستقلی در خطر دردهای بی وقفه و افسردگی پس از زایمان موثر است. خانم‌هایی که دارای درد حاد بودند پس از زایمان ۲/۵ برابر افزایش خطر دردهای مستمر و ۳ برابر افزایش خطر افسردگی پس از زایمان را در مقایسه با افرادی که دارای درد کم پس از زایمان بودند، داشتند.

**بحث و نتیجه گیری:** زایمان سزارین خطر دردهای مستمر و افسردگی پس از زایمان را افزایش نمی دهد. در مقایسه، شدت درد حاد حاصل از تولد فرزند که پیش بینی کننده‌ی موربیدیت‌های مزمن است، نیاز محتاطانه‌تری را به درمان درد در روزهای پس از زایمان مطرح می کند.

**کلمات کلیدی:** زایمان، افسردگی، درد زایمان

۱- دانشجوی کارشناسی مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

۲- عضو هیئت علمی گروه مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

## مقدمه

زایمان سزارین حداقل در ۷۰ سال گذشته ۱۰٪ افزایش یافته و هم اکنون به ۳۹٪ رسیده است. پیامد دراز مدت این افزایش در زنان جوان به طور کامل کشف نشده است. بافت آسیب دیده ناشی از عمل جراحی دلیل شایع دردهای مزمن و ناتوانی است و زنان در مقایسه با مردان خطر بیشتری برای دردهای مزمن پس از اعمال جراحی دارند، همچنین دردهای مزمن بیشتری در آنها بروز کرده است. همانگونه که، سزارین می تواند منجر به درد مزمن شود.

یک برآورد کوچک، در یک جمعیت غیر آمریکایی شیوع درد مستمر روزانه در یک سال پس از سزارین ۶٪، تخمین زده شده است، اما مطالعه ی آینده نگرانی که شیوع درد مستمر در زایمان سزارین را با زایمان واژینال مقایسه کند صورت نگرفته است. بیش از ۴ میلیون زایمان سالانه فقط در آمریکا انجام می شود، ولی کمتر به شیوع درد مستمر در سلامت عمومی توجه شده است.

هدف اولیه این مطالعه این بود که آیا سزارین خطر دردهای مستمر پس از تولد را افزایش می دهد یا نه. نظارت های پزشکی و مداخلات در طی لیبر و زایمان زیاد است و پس از زایمان کاهش می یابد و یا قطع می شود، یعنی هنگامیکه انتقال سریع به محیط شبیه خانه در بیمارستان وجود دارد.

پیامد این قطع ناگهانی روی درمان درد به خوبی بررسی نشده است. کنترل کم، درد حاد پس از زایمان ممکن است منجر به پیامد های فیزیولوژیک و روانی شامل: بستری شدن طولانی مدت، تاخیر در برگشت به فعالیت های نرمال شود که اغلب با خطر افزایش دردهای مزمن همراه است. شیوع دردهای حاد پس از عمل جراحی در دو دهه ی اخیر کاهش پیدا نکرده است.

درمان درد بعد از زایمان ممکن است حتی نسبت به اقدامات پس از عمل جراحی کمتر باشد که به دلیل تعداد کم پرستاران در بخش پست پارتوم یا اکراه در استفاده از NSAID (داروهای ضد درد و التهاب غیراستروئیدی) یا دوز کافی اپیوئیدها (مخدرها) به دلیل نگرانی استفاده از این داروها در دوران شیردهی است. هدف ثانویه ی این مطالعه، اندازه گیری میزان دردهای حاد پس از سزارین و زایمان واژینال، همچنین تعیین اینکه آیا شدت درد حاد وجود دردهای مستمر را پیش گویی می کند، از اهداف ثانویه این مطالعه بود.

درد مزمن و افسردگی اغلب همراه هستند، و افسردگی پس از زایمان یک مساله ی پیچیده است که ۸ تا ۱۵ درصد زنان پس از زایمان را تحت تاثیر قرار می دهد، هم چنین در سلامت مادر و نوزاد تاثیر می گذارد. سزارین چه الکتیو (انتخابی) باشد و چه اورژانسی، نسبت به زایمان واژینال خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش نمی دهد.

در مقایسه در یک مطالعه ی کوچک، حضور دردهای مستمر پس از تولد فرزند، خطر افسردگی پس از زایمان را ۳ برابر زیاد می کند.

از آنجایی که درد حاد وجود درد های مداوم پس از عمل جراحی را پیش بینی می کند، هدف نهایی این مطالعه تعیین خطر انتقال شدت دردهای حاد پس از تولد به پیشرفت افسردگی پس از زایمان بود. نتیجه ی این مطالعه نشان داد درد در ساعات اولیه پس از تولد خطر مهمی برای دردهای مداوم و افسردگی است که هدف جدیدی را برای کاهش موربیدیت ایجاد می کند.

## روش کار:

یک مطالعه کوهورت طولی آینده نگر از مراکز پزشکی FORSYT، دانشگاه WAKE WINSTON-SAL FOREST نیویورک، NC،

زایمان با امتیاز بیشتر از ۱۲ در معیار افسردگی EDINBURGH تعریف شد. متغیرهای اولیه شامل درد حاد پس از زایمان، وجود درد بی وقفه و افسردگی ۸ هفته پس از زایمان بود.

### روش‌های آماری

عضویت بیماران براساس هدف تعیین شیوع درد در ۸ هفته پس از زایمان بود. در ارزیابی‌های قبلی در ۸ تا ۱۲ هفته شیوع درد پس از زایمان ۸ تا ۲۳ درصد در یک نمونه ی ۱۰۰۰ نفری با دقت  $1/9 \pm$  نشان داده شد. به منظور اندازه‌گیری تاثیر نوع زایمان روی نتیجه‌ی اولیه، ما از معیار *propensity adjustment* استفاده کردیم که برای ۱۶ بیمار گوناگون، به عنوان مقدمه ای برای کمک به تعیین احتمال اینکه یک شخص سزارین شود، تعریف و کنترل شد.

استفاده از معیار *propensity adjustment* به منظور تاثیر نوع زایمان روی نتیجه استفاده شد. در حالیکه به طور همزمان بسیاری از عوامل غیر وابسته دیگری که با زایمان همراه بودند کنترل شدند. میزان رغبت با استفاده از مدل آماری *non-parsimonious logistic* که در آن ۱۶ عامل پیش‌گویی کننده اعمال شده بود، انجام گرفت. قدرت تشخیص معیار رغبت با استفاده از ناحیه ی زیرمنحنی *receiver-operating-characteristic* به دست آمد. قبل از آنالیز اولیه، آنالیز داده های از دست رفته انجام شد و میزانهای از دست رفته ی متغیرهای پیوسته، به طور منحصر به فردی با استفاده از الگوریتم *EM* تقسیم شد. نتایج آنالیز اولیه با نسبت داده‌های از دست رفته مقایسه شد.

نتایج اولیه با استفاده از مدل *generalized linear* آنالیز شدند. در همه نتایج تاثیر روش زایمان بر مدل *propensity* اعمال شد. نتایج ۸ هفته پس از زایمان ( حضور دردها و میزان افسردگی ) با استفاده از دردهای حاد پس از زایمان

USA و مرکز پزشکی دانشگاه کلمبیا، USA، NY، REVIEW وجود دارد. و به دنبال تایید سازمان BOARD و گرفتن رضایت، خانم های بستری شده برای سزارین و یا زایمان واژینال از سپتامبر ۲۰۰۴ تا دسامبر ۲۰۰۵ (جز در پایان هفته یا تعطیلات که مصاحبه کننده هادر دسترس نبودند) در پژوهش شرکت کردند.

۳۶ ساعت پس از زایمان خانمها با استفاده از یک فرم مصاحبه برای ارزیابی درد حاد پس از زایمان و تعیین دردی که از قبل وجود داشته، درمان دردهای قبل یا در طی حاملگی، متغیرهای دموگرافیک درجه‌ی سوماتاسیون، تاریخچه‌ی اجتماعی و پزشکی قبلی، وزن و قد در پایان حاملگی مورد سوال قرار گرفتند.

خانم ها به منظور اندازه گیری کمیت درد در زمان مصاحبه و زایمان با استفاده از یک معیار ۱۱ نمره ای از ۰ تا ۱۰ مورد سوال قرار گرفتند در حالیکه ۰ بر عدم درد و ۱۰ بر بیشترین درد ممکن دلالت می‌کرد. دردهای خفیف امتیاز ۰ تا ۳، دردهای متوسط امتیاز ۴ تا ۶ و دردهای شدید امتیاز ۷ تا ۱۰ گرفتند. همچنین اطلاعات مربوط به فاکتورهای مادری و نوزادی در طی لیبر و زایمان جمع آوری شد.

۸ هفته پس از زایمان مرکز برآورد های تحقیقاتی دانشگاه WAKE FOREST با بیماران از طریق مصاحبه تلفنی، به منظور تعیین وجود درد مداوم پس از زایمان اعم از تعیین شدت آن، تکرار، محل درمان، تاثیر روی فعالیت های روزانه، افسردگی پس از زایمان ( با استفاده از معیار افسردگی EDINBURGH ) و دیگر تغییرات سلامتی از زمان زایمان تماس گرفته شد. در مداوم به عنوان دردهایی با امتیاز بیشتر از ۰ تعبیر می شد، که یا بلافاصله پس از زایمان شروع می شدند یا به صورت دردهای شدید یا معمولی در طی هفته های مصاحبه ی تلفنی وجود داشتند. افسردگی پس از

قلوژیایی بالاتری دارند، یا سزارین قبلی و یا پرزانتاسیون بریچ دارند و همچنین یکی از این جنین ها در دوره‌ی نوزادی در واحد مراقبت های نوزادی پذیرش می‌شود. ویژگی های منحصر به فرد هر نوع زایمان در جدول ۲ نشان داده شده است. مدل propensity قادر است بین روش‌های زایمان و ویژگی‌های زائو تمایز ایجاد کند.

با استفاده از تمام متغیرهای جدول ۱، مدل propensity، C-Index. معادل ۰/۸۴ دارد. بعد از بررسی‌های انجام شده در خصوصیات، همه‌ی بیماران بانمایش بریچ از نظر آماری موازنه شدند. -درد حاد در ۲۴ ساعت پس از زایمان توزیع امتیاز درد حاد در میان سزارین و واژینال متفاوت بود. (Fig 2) ۶۶٪ بیماران گزارش کردند که درد ( سزارین = ۸۵٪ و واژینال = ۵۷٪) در فعالیت های روزانه مثل راه رفتن، خوابیدن، ارتباط با دیگران و یا تمرکز شان، مداخله می کرد. (جدول ۲، پیوست A ۴) مدل زایمان به طور معنی داری با درد پس از زایمان ارتباط دارد. در خانم های زائو با نمره‌ی مشابه در سزارین ۳۲/۵٪ افزایش همراه با درد حاد داشت.  $P < 0.0001, B = 1/3$  در بین افرادی که زایمان واژینال کرده بودند، زایمان با استفاده از فورسپس و همچنین پارگی با درجه‌ی بالای پرینه با میزان درد حاد ارتباط داشت. (جدول ۲)

- درد مستمر در ۸ هفته پس از زایمان

شیوع درد در ۸ هفته پس از زایمان واژینال ۱۰٪ و پس از سزارین ۹/۲٪ بود. در بین افراد با درد مستمر تقریباً نیمی از آنها تاثیر درد را بر یک یا تعداد بیشتری از فعالیتهای روزانه یشان گزارش کردند، بنابر این ۶۰٪ از زنان پس از زایمان واژینال و ۴۰٪ پس از سزارین، دردهای مداوم و روزانه داشتند. شایع ترین محل های درد، اسکار محل جراحی، پشت بعد از سزارین، درد لگن، پشت و کانال زایمان پس از زایمان واژینال بود.

پیش بینی شدند. به دلیل اینکه میزان افسردگی خیلی منحرف شده بود ما از مدل log-normal استفاده کردیم. حضور دردها ۸ هفته پس از زایمان با استفاده از توزیع دو جمله- ای با یک عملکرد لجستیک و دردهای حاد با استفاده از توزیع نرمال انجام گرفت. (همه آنالیز ها با استفاده از نرم افزار آماری ۱۳/۰ spss انجام شد.)

## یافته ها

از سپتامبر ۲۰۰۴ تا دسامبر ۲۰۰۵، ۱۲۸۸ بیمار شرکت کردند، ۸۷۷ بیمار از شمال کارولینا و ۳۵۰ بیمار از نیویورک بودند. به منظور بررسی تاثیر بالقوه ی داده های از دست رفته ی ۸ هفته روی تخمین نتیجه، از یک مدل رگرسیون لجستیک با استفاده از پیش بینی‌های انجام شده در مدل میزان رغبت استفاده شد.

خانم های باردار نیویورکی (۲۸/۹٪) در مقابل ۲۶/۶٪ بیشتر احتمال از دست دادن پیگیری را داشتند و جواتر بودند که هر دهه از زندگی با کاهش ۴۷٪ در احتمال از دست دادن مراقبت‌ها همراه است. بعلاوه مراجعه‌ی منظم به پزشک و استفاده به موقع از داروها برای بررسی های قبل از حاملگی ها، سبب کاهش ۳۵٪ پیگیری ها شده بود. تجربه‌ی دردهای مزمن قبلی و شدت دردهای حاد پس از زایمان به دلیل احتمال از دست دادن پیگیری مربوط نمی باشد.

جدول ۱ ویژگی های معمول هر دو بیمار سزارین و زایمان واژینال که ما در مدل propensity استفاده کردیم نشان می‌دهد. ۹۶/۷٪ از کل بیماران (۱۱۸۸ نفر) برای آنالیز در دسترس بودند، به دلیل اینکه ۳/۳٪ اطلاعات ناقص، یا از دست رفته بود و ۹۳۹ بیمار برای ارزیابی نهایی ۸ هفته بعد در دسترس بودند. در مقایسه زایمان واژینال، در زایمان سزارین افراد مسن تر، با وزن بیشتر و زمان حاملگی کوتاهتر هستند، احتمال چند

از میان ۷۶۳ زن در ۸۳ نفر از آنها بعد از زایمان دردهای مستمر وجود داشت، بدون در نظر گرفتن درد مزمن پیشین با اسیدانس ۰/۹/۸٪. از میان ۸۴ زن با دردهای مزمن پیشین فقط ۸ زن دردهای دائمی داشتند، انسیدانس ۰/۸/۷٪. بنابراین دردهای پیشین فاکتور خطری، برای درد مستمر جدید محسوب نمی‌شود.  $p=0/73$

تجربه‌ی درد مستمر ایجاد شده‌ی ۸ هفته پس از زایمان به شیوه‌ی زایمان بستگی نداشت. روش زایمان به طور مستقیم روی خطر دردهای ۸ هفته پس از زایمان تأثیری ندارد. پس بدیهی است برای هر دو قبل از استفاده معیار رغبت تعدیل شده  $B=0/21$  و  $P=0/40$  است و بعد از استفاده این معیار  $B=0/26$  و  $P=0/34$  بود. شدت دردهای حاد پس از زایمان با خطر تجربه درد مستمر بعد از زایمان همراه است. در زائو با روش‌های زایمان و امتیاز مشابه افزایش میزان درد حاد همراه با  $0/12/5$ ٪ افزایش احتمال وجود تجربه درد در ۸ هفته پس از زایمان بود،  $B=0/127$  و  $P=0/018$ . وجود درد مستمر یک رابطه‌ی دو سویه مهم با نشانه‌های افسردگی پس از زایمان داشت،  $B=0/07$  و  $P=0/001$ .

ارتباط مهم میان نوع زایمان، درد حاد پس از زایمان، درد مستمر و افسردگی پس از زایمان در نمودار ۳ نشان داده شده است. این نمودار نقش مرکزی و شایع درد حاد پس از زایمان را نسبت به روش‌های زایمان در همراهی با درد مستمر و افسردگی پس از زایمان نشان می‌دهد.

### بحث

درست است که تولد بچه یک فرآیند طبیعی است، اما می‌تواند باعث حالت ناخوشی مادر شود، علاوه بر این سزارین یک عمل جراحی بزرگ است که با ضایعات جراحی همراه است. این مطالعه مطرح کننده‌ی این است که دردی که در طی دوران بلافاصله پس از زایمان به وجود می‌آید (زمانی که به طور معمول به مراقبت بیمار کمتر توجه می‌شود) عامل مهمی در درد مداوم و افسردگی پس از تولد است. اطلاعات مطرح می‌کند که بیمارزایی به طور عمده به درجه‌ی ترومای فیزیکی که در سزارین در مقایسه با زایمان واژینال سنجیده می‌شود، مربوط نمی‌شود بلکه بیشتر به واکنش‌های فردی درد که در پاسخ به جراحی داده می‌شود، بستگی دارد. اگر چه بعضی از متغیرها با درد مستمر بعد از جراحی مثل اضطراب همراه هستند، که در این مطالعه مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرند ولی پیشنهاد می‌شود که در نمونه‌ی بزرگتر در نظر گرفته شود،

از میان ۷۶۳ زن در ۸۳ نفر از آنها بعد از زایمان دردهای مستمر وجود داشت، بدون در نظر گرفتن درد مزمن پیشین با اسیدانس ۰/۹/۸٪. از میان ۸۴ زن با دردهای مزمن پیشین فقط ۸ زن دردهای دائمی داشتند، انسیدانس ۰/۸/۷٪. بنابراین دردهای پیشین فاکتور خطری، برای درد مستمر جدید محسوب نمی‌شود.  $p=0/73$

تجربه‌ی درد مستمر ایجاد شده‌ی ۸ هفته پس از زایمان به شیوه‌ی زایمان بستگی نداشت. روش زایمان به طور مستقیم روی خطر دردهای ۸ هفته پس از زایمان تأثیری ندارد. پس بدیهی است برای هر دو قبل از استفاده معیار رغبت تعدیل شده  $B=0/21$  و  $P=0/40$  است و بعد از استفاده این معیار  $B=0/26$  و  $P=0/34$  بود. شدت دردهای حاد پس از زایمان با خطر تجربه درد مستمر بعد از زایمان همراه است. در زائو با روش‌های زایمان و امتیاز مشابه افزایش میزان درد حاد همراه با  $0/12/5$ ٪ افزایش احتمال وجود تجربه درد در ۸ هفته پس از زایمان بود،  $B=0/127$  و  $P=0/018$ . وجود درد مستمر یک رابطه‌ی دو سویه مهم با نشانه‌های افسردگی پس از زایمان داشت،  $B=0/07$  و  $P=0/001$ .

ارزش درد حاد، در پیش بینی وجود درد ۸ هفته پس از زایمان، هنگامی کاسته شد که به طور همزمان نشانه‌های افسردگی EDINBURGH وارد مدل شدند. اما افزایش در درد حاد هنوز می‌توانست افزایش احتمال درد ۸ هفته پس از زایمان را به طور غیر معنی داری ۹٪ پیش بینی کند.

### افسردگی پس از زایمان

به طور کلی شیوع افسردگی ۸ هفته پس از زایمان  $0/11/2$ ٪ بود،  $0/11/4$ ٪ برای زایمان واژینال و  $0/10/5$ ٪ برای زایمان سزارین. روش زایمان به طور مستقل روی افسردگی ۸ هفته پس از زایمان تأثیر ندارد. امتیاز قبل و بعد گواه این مطلب است)

خلق و خو و توانایی خوابیدن اثر منفی گذاشته بودند.

دردهای مستمر توانایی مادر را برای انجام وظایفش، با ایجاد استرس های بسیار که در مدت کوتاهی پس از زایمان با آن مواجه می شود، کاهش می دهد.

در این گزارش تاثیر درد، ناچیز در نظر گرفته شد، زیرا مادران به طور مکرر این چنین مشکلاتی را به دلیل خجالت و یا عدم توانایی بیان آن، فاش نمی - کردند، حتی با وجود آنکه آنها مایل به نصیحت و کمک بیشتری بودند.

اگر چه درد مستمر و افسردگی به طور واضحی با هم در ارتباطند، مدل های ناشی از این مطالعه خطر مستقلی را برای موربیدیت ها از شدت دردهای حاد نشان داد. (شکل ۳)

مطالعه در حیوانات مطرح می کند مداخلات حاد در زمان آسیب به بافت منجر به کاهش پیشرفت دردهای مزمن می شود. چندین کار آزمایشی بالینی مداخله ای، در بیماران جراحی، برای امتحان کردن این فرضیه صورت گرفت که درد حاد فقط یک علامت برای پیشرفت درد مزمن نیست بلکه به طور فعالی در پاتوفیزیولوژی گذر از درد حاد به سمت درد مزمن مشارکت دارد. علاوه بر این، این مطالعه اضافه می کند که زنان پس از تولد فرزند از آزمایش این فرضیه سودی می بردند.

در این مطالعه تغییر در بافت آسیب دیده، بی - شک بر تغییرات بزرگ درون فردی در درد حاد پس از زایمان اثر می گذارد. اگر چه به طور مشابه گوناگونی زیادی در میان زنانی با فرایندهای استناددار مشابه مثل هیستروکتومی شکمی یا سزارین انتخابی وجود دارد، فاکتور های دیگری به جز درجه ی آسیب بافتی در این تغییرپذیری اثر می گذارد.

ومطرح کننده ی این است که بعید است که روش زایمان به عنوان فاکتور خطر مهم روی نتیجه تاثیر گذاشته باشد. این فرضیه نه تنها با این مطالعه، بلکه با بررسی متون درباره ی تفاوت های فردی در دردهای ناشی از ترومای جراحی تایید می شود. چندین مطالعه ی دیگر مشاهدات ما را تایید می کند.

ما ارزیابی هایمان را در طی ۲ ماه پس از زایمان متمرکز کردیم از آنجایی که این زمان، اوج شیوع افسردگی پس از زایمان است، و به دلیل اینکه درد در این زمان بعد از عمل جراحی، به درد مزمن مربوط است. علاوه بر این درد افسردگی ۲ ماه پس از زایمان نتایج مهم سلامتی و اهمیت سلامت عمومی و پیامدهای فشارهای تحمیل شده را آشکار می کند. افسردگی پس از زایمان خطر کاهش وابستگی شیر خوار و مشکلات رفتاری و روانشناختی در فرزند را دارد و خودکشی مادر در ارتباط با افسردگی پس از زایمان دلیل ۱۷٪ مرگ مرتبط با حاملگی است. ما تعیین نکردیم آیا افسردگی در زنان قبل از زایمان وجود داشته پانه، آیا این امکان وجود دارد که بعضی از زنان که در نمونه ی ما به عنوان افسردگی پس از زایمان طبقه بندی شدند، افسردگی مزمن داشته اند. اگر چه شیوع افسردگی پس از زایمان شبیه جمعیت مونث آمریکا است هنگامیکه در آغاز و خصوصاً در ۶ هفته ی اول پس از زایمان تشخیص داده می شود، افسردگی قبلی خطر افسردگی پس از زایمان را تقریباً ۲ برابری کند. در یک جمعیت کوچک که در نمونه ی ما با افسردگی پس از زایمان شناسایی شدند افسردگی قبل از زایمان هم داشتند.

بیماران در این مطالعه با درد مستمر ۸ هفته پس از زایمان، ۳۶٪ پس از سزارین و ۶۰٪ پس از زایمان واژینال، دردهای ثابت و روزمره را گزارش کردند، در حالیکه نیمی از آنها برای انجام فعالیت های نرمال روزانه مشکل داشتند و ۳۳ تا ۵۰ درصد آنها در

اگر چه افزایش اضطراب و درجه‌ی سوماتاسیون (تبدیل وضعیتهای و تجربیات ذهنی به علائم بدنی) با افزایش ارزیابی‌های فردی درد پس از عمل جراحی همراه است، قوی‌ترین و استوارترین مشاهدات پیش بینی‌کننده، حساسیت به یک محرک آزمایشگاهی می‌باشد.

کنترل فاکتورهای طبیعی یا تلفیق کردن این پاسخها به محرک‌های دردناک شامل فاکتورهای ژنتیکی احتمالا به طور مهمی در این گوناگونی‌ها مشارکت می‌کند. این مطالعات نشان دهنده‌ی نیاز به مدل‌های پیش‌رفته‌ی بیشتری برای پیش‌بینی اینکه چه افرادی در حداد چشمگیر یا مستمر پس از زایمان خواهند داشت، بود.

ما شیوع زیادی از درد شدید حاد پس از تولد را مشاهده کردیم، که تایید می‌کرد بسیاری از بیماران بستری شده، دردهای شدید یا متوسط بعد از عمل جراحی یا بعد از زایمان را تجربه کرده‌اند.

براساس این مطالعه، سالانه شاید نزدیک به ۵۰۰ هزار زن آمریکایی درد حاد پس از تولد فرزند را تجربه می‌کنند. دیگر موضوع مهم بحث برانگیز دیگر، دریافت کافی درمان است که برای مادران جدید نسبت به سایر بیماران، فرآیندهای درمانی بیشتر است که این به علت تقاضا برای برگشت سریع به فعالیت و مواظبت از نوزاد در این افراد است. اگر چه بحثهای کمی بر علیه کنترل خوب دردها برای مادران وجود دارد، حوادث اخیر مانعی را علاوه بر شرایط عادی، در درمان سایر اشکال درد پس از ترومای حاد ایجاد می‌کند. برای اپیوئیدها و NSAID ها که درمان اصلی دردهای شدید و متوسط هستند، هشدار در استفاده برای خانم‌های شیرده وجود دارد.

علاوه بر این، نکته‌ی مهم این است که توجه کمی به روشهای غیر دارویی که سبب بی‌حسی پس از زایمان می‌شود، وجود دارد. این مطالعه به طور قوی توجه زیادی روی بهبود و افزایش سهم کنترل درد پس از تولد فرزند، علاوه بر کنترل هنگام تولد دارد.

در نتیجه، از هر ۵ زن پس از سزارین ۱ نفر و از هر ۱۳ زن پس از زایمان واژینال ۱ زن در سومین مرکز مراقبت‌های آمریکا، از درد شدید حاد پس از زایمان رنج می‌بردند. شدت دردهای حاد پس از زایمان بدون توجه به روش زایمان یک خطر مستقل و بزرگی را برای درد مستمر و افسردگی با تاثیرات منفی روی فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی و خواب بیان می‌کند.

این مشاهدات مطرح‌کننده‌ی نیاز به تمرکز بیشتر روی مدیریت دردهای حاد در روزهای آغازین بعد از تولد برای جلوگیری بیشتر از شیوع بیماری‌های طولانی مدت و بهبود نتایج آن، نه تنها پس از سزارین حتی پس از زایمان واژینال است.

این چنین تحقیقاتی نیاز به تعریف فاکتورهای پیش‌گویی‌کننده برای درد شدید حاد پس از زایمان و بررسی مداخلات درمانی در زیر گروه‌های پرخطر به منظور کاهش درد مستمر و افسردگی در ماه‌های آسیب‌پذیر اولیه پس از زایمان را مطرح می‌کند.

**منابع:**

1. FDA Public Health Advisory. Use of codeine by some breastfeeding mothers may lead to life-threatening side effects in nursing babies. <<http://www.fda.gov/CDER/Drug/advisory/codeine.htm>>; 2008
2. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain Experience : results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* 2003;97:534-40.
3. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990;24:323-34.
4. Brandsborg B, Nikolajsen L, Hansen CT, Kehlet H, Jensen TS. Risk factors for chronic pain after hysterectomy: a nationwide questionnaire and database study. *Anesthesiology* 2007;106:1003-12.
5. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:156-61.
6. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ* 1998;316:1884-6.
7. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6.
8. Fillingim RB, Doleys DM, Edwards RR, Lowery D. Clinical characteristics of chronic back pain as a function of gender and oral opioid use. *Spine* 2003;28:143-50.