

بررسی شیوع اختلال استرس پس از ضربه زایمان به دنبال پره اکلامپسی و عوامل مرتبط با آن

زهرا عابدیان^۱، نرگس سلطانی^{۲*}، دکتر نغمه مخبر^۳، دکتر حبیب الله اسماعیلی^۴

۱. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۳. دانشیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۴. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۰

خلاصه

مقدمه: بارداری و دوره بعد از زایمان، به عنوان یک زمان استرس زا در زندگی زنان در نظر گرفته می شود. بیماری مادر و شکایات غیر قابل انتظار حول و حوش زایمان، منجر به افزایش خطر اختلال استرس پس از ضربه می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال استرس پس از ضربه زایمان به دنبال پره اکلامپسی و عوامل مرتبط با آن انجام شد. **روش کار:** این مطالعه تحلیلی مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۷ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی بستری در زایشگاه بیمارستان های دولتی مشهد انجام شد. شیوع اختلال استرس پس از ضربه توسط پرسشنامه PPG تعیین و توسط مصاحبه روانپزشکی تأیید شد. عوامل جمعیت شناختی، مامایی، حمایتی و روانشناختی مرتبط با آن نیز بررسی گردید. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های همبستگی اسپیرمن، کای دو، من ویتنی یو و تی مستقل مورد و سطح تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. **یافته ها:** ۳۳ نفر (۲۶٪) از زنان مبتلا به پره اکلامپسی، دچار اختلال استرس پس از ضربه متعاقب زایمان شدند که وجود اختلال در ۲۰ نفر (۶۰/۱۶٪) آنها توسط مصاحبه روانپزشکی نیز تأیید شد. نوع زایمان، افسردگی هفته ۶ و حمایت اجتماعی هفته ۲ و ۶ پس از زایمان با اختلال استرس پس از ضربه ارتباط معنی داری داشت ($p < ۰/۰۵$). **نتیجه گیری:** شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال پره اکلامپسی بالا است. زایمان سزارین، کاهش حمایت اجتماعی در دوره بعد از زایمان و افسردگی بعد از زایمان، زنان مبتلا به پره اکلامپسی را مستعد ابتلاء به اختلال پس از ضربه می کند.

کلمات کلیدی: اختلال استرس پس از ضربه، پره اکلامپسی، عوامل خطر

* نویسنده مسئول مکاتبات: نرگس سلطانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۹۰۸۵۴۸۸، پست الکترونیک: Soltanin891@yahoo.com

مقدمه

تجاری که یک شخص را با مرگ واقعی یا قریب الوقوع و یا حوادث تهدید کننده زندگی مواجهه می کند، باعث می شود که فرد، دائماً حوادث را جلوی چشمانش ببیند و دچار شوک روحی و روانی شود؛ که از آن به عنوان استرس پس از ضربه یاد می شود. در صورتی که این واکنش های استرس زاء، مداوم و ناتوان کننده باشند، دیگر طبیعی نیستند و اختلال استرس پس از ضربه نامیده می شوند (۱) و شامل علائمی است که پس از حادثه ای خاص اتفاق می افتد و در آن حادثه، خطر آسیب شدید، مرگ و یا صدمه فیزیکی برای شخص وجود داشته باشد (۲-۴). فرد به این تجربه، به صورت ترس و درماندگی پاسخ می دهد، واقعه را دائماً در ذهن خود مجسم می کند و در عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (۵، ۶).

استرس بیش از حد و موقعیت های تهدید کننده حیات، می توانند باعث بروز اضطراب شدید و بروز اختلال استرس پس از ضربه شوند (۳، ۷). پره اکلامپسی یکی از مشکلات طبی در طول بارداری با میزان شیوع ۶ تا ۸ درصد است که در ۱۵ درصد موارد باعث مرگ و میر مادران می شود (۸). بیماری مادر و شکایات غیر قابل انتظار حول و حوش زایمان و داشتن نوزاد پره ترم، در مجموع باعث صدمه جسمی و روانی به مادر شده و از این طریق منجر به افزایش خطر اختلال استرس پس از ضربه می شود (۹). شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال پره اکلامپسی در مطالعات مختلف ۲۸ درصد گزارش شده است (۱۰).

ترومای زایمانی، شامل تجارب تروماتیکی است که احتمال رخ دادن آن، طی بارداری و بعد از زایمان وجود دارد. مادران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از زایمان، دچار کابوس، عصبانیت و اضطراب شده، همچنین نمی توانند خود را با نقش جدید مادریشان تطابق دهند (۴).

آگاهی از علل بیماری و عواملی که در ایجاد و تشدید بیماری مؤثر است، ما را به چگونگی پیشگیری و درمان بیماری راهنمایی می کند. عوامل مرتبط با اختلال استرس پس از ترومای زایمان متعدد است. بارداری

ناخواسته، نولی پاریتی، تهوع و استفراغ شدید بارداری، انقباضات زودرس زایمانی، سابقه سقط، نوع زایمان، ناهنجاری های نوزاد، سابقه بستری نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان، استرس مراقبت از نوزاد، عدم رضایت از جنسیت نوزاد در برخی فرهنگ ها (۲)، سابقه زایمان تروماتیک (۲، ۱۱)، سابقه اختلالات روانی در فرد، اضطراب زیاد، احساس فقدان کنترل (۳، ۴)، وجود دیسترس عاطفی (۴) و مشکلات طبی دوران بارداری (۲) با اختلال استرس پس از ضربه زایمان مرتبط می باشند.

با توجه به این که بارداری و مادر شدن، به عنوان دوره ای همراه با هیجانات و احساسات فراگیر است و سلامت روان مادران را تحت تأثیر قرار می دهد و اختلال در سلامت روانی مادر در دوران پس از زایمان، ارتباط مناسب مادر با کودک و اطرافیان را تحت تأثیر قرار داده و واکنش های منفی نشان می دهد، لذا پرداختن به موضوع سلامت روان مادران اهمیت دارد (۱۲). مطالعه حاضر با هدف بررسی شیوع اختلال استرس پس از ضربه زایمان به دنبال پره اکلامپسی و عوامل مرتبط با آن انجام شد، به امید اینکه نتایج آن، گامی مؤثر در جهت سلامت روان مادران در دوره پس از زایمان باشد.

روش کار

این مطالعه مقطعی تحلیلی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۲۷ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی خفیف و شدید که جهت ختم بارداری به یکی از بیمارستان های دولتی و تأمین اجتماعی مشهد از ۱۳ خرداد تا پایان شهریور سال ۱۳۹۱ و تیر ماه تا مهر ماه ۱۳۹۲ مراجعه کرده بودند، انجام شد. حجم نمونه با توجه به مقاله اینگل هارد و همکاران (۲۰۰۲) و همکاران (۳) که در آن میزان شیوع برابر ۰/۲۸ بود، با اطمینان ۹۵ درصد و دقت ۱۰ درصد، حداقل ۷۸ نفر به دست آمد، لذا به منظور دقت بیشتر، ۲۵ درصد به حجم نمونه افزوده شد و ۹۸ نفر در نظر گرفته شد و نهایتاً ۱۲۷ نفر وارد مطالعه شدند. واحدهای پژوهش، مادران بالای ۱۸ سال با بارداری ترم و تک قلو بودند که حداقل یک هفته از تشخیص پره اکلامپسی آنها گذشته بود و سابقه بیماری های روانی، سابقه نازایی،

سابقه اختلال استرس پس از ضربه، سابقه بستری در بیمارستان در زمان بارداری، سابقه بیماری به جز پره اکلامپسی نداشته و نوزادان آنها نیز سالم و زنده بودند. در صورت مرگ نوزاد در دوران پری ناتال، بستری نوزاد در NICU بیش از ۲۴ ساعت، وجود حادثه استرس آور در طول مطالعه، تولد نوزاد ناسالم، افسردگی شدید و اضطراب خیلی بالا، واحدها از مطالعه خارج شدند.

نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی و در دسترس انجام شد؛ بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه به بیمارستان های دولتی شهر مشهد، از بین مادران واجد شرایط که در زایشگاه و بخش زنان بستری بودند، نمونه‌گیری کرد و پرسشنامه اطلاعات فردی، افسردگی بک II، اضطراب اشیپیل برگر، حمایت در بارداری، حمایت در لیبر و زایمان را تکمیل می‌کرد و افراد از نظر علائم ضربه نیز توسط پرسشنامه غربالگری تاریخچه ضربه^۱ ارزیابی می‌شدند و در صورت پاسخ بلی به هر یک از سؤالات، از مطالعه خارج می‌شدند. در زنان مولتی پار جهت اختلال استرس پس از ضربه ناشی از حوادث حول و حوش زایمان های قبلی، از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PPQ)^۲ نیز استفاده شد و افراد در صورت کسب نمره بالای ۶، از مطالعه خارج می‌شدند. در مرحله بعد، پژوهشگر به بخش زنان و جراحی زنان مراجعه می‌کرد تا "فرم اطلاعات مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس زایمان" را برای کسانی که زایمان کرده بودند، تکمیل کند. برای مراجعه بعدی نیز هماهنگی لازم به عمل می‌آمد و از واحدهای پژوهش خواسته می‌شد که در هفته ۲ و ۶ پس از زایمان جهت کنترل فشار خون به درمانگاه مامایی بیمارستان های مذکور مراجعه کنند. البته طی تماس تلفنی نیز تاریخ مراجعه بعدی یادآوری می‌شد و افراد از نظر معیارهای خروج حین مطالعه نیز بررسی می‌شدند. در صورتی که مادر در زمان موعد مراجعه نمی‌کرد، پژوهشگر با هماهنگی قبلی به درب منزل وی مراجعه و پرسشنامه ها را تکمیل می‌کرد. در هفته دوم پس از زایمان نیز فرم اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد، پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان و در هفته

ششم پس از زایمان، پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان، افسردگی بک II، اضطراب اشیپیل برگر و پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه تکمیل می‌شد. مشخصات فردی- بارداری شامل سؤالاتی در مورد ویژگی های فردی و اطلاعات مربوط به بارداری بود و فرم اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول بعد از زایمان حاوی سؤالاتی در مورد نوع زایمان، نمره درد مادر در زمان بستری در زایشگاه و انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه نوزادان بود. فرم اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد در هفته ۲ پس از زایمان شامل سؤالاتی در مورد روش تغذیه نوزاد، رضایت از جنس نوزاد و جنس نوزاد بود. ابزار حمایت اجتماعی پس از زایمان، یک ابزار پژوهشگر ساخته و خلاصه شده ابزار هاپکینز (۲۰۰۸) و شامل ۲۰ سؤال است که سؤالات بر اساس مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت به صورت: هرگز (۰)، به ندرت (۱)، معمولاً (۲)، بیشتر اوقات (۳) و همیشه (۴) طبقه بندی می‌شود. پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه نیز شامل ۱۴ سؤال است که به صورت بلی و خیر تکمیل می‌شود؛ افرادی که از ابزار اختلال استرس پس از ضربه، نمره بیشتر از ۶ کسب کردند، مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه در نظر گرفته شدند. سپس این افراد توسط روانپزشک مورد مصاحبه قرار گرفتند. روایی فرم ها به روش روایی محتوا تعیین شد. پایایی پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه و پرسشنامه حمایت اجتماعی به روش ثبات درونی و با ضریب آلفای کرونباخ ۸۲ درصد و ۹۰ درصد تعیین شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش های آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. جهت بررسی همبستگی داده های کمی در صورت توزیع غیر نرمال، از ضریب همبستگی اسپیرمن و در صورت توزیع نرمال از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. رابطه داده های کیفی با اختلال استرس پس از ضربه توسط آزمون های آماری غیرپارامتریک ارزیابی شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

فراوانی اختلال استرس پس از ضربه بر اساس پرسشنامه PPQ، ۲۶ درصد و بر اساس مصاحبه روانپزشکی، ۱۵/۷

¹ Trauma History Screen

² Prenatal Posttraumatic Stress Questionnaire

داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). بر اساس پرسشنامه PPQ، بین حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ پس از زایمان در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0.001$)؛ به این معنا که زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، نمرات کمتری از حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ کسب کرده بودند. همچنین بر اساس مصاحبه روانپزشکی، بین حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ پس از زایمان در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد ($p < 0.001$). زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بر اساس مصاحبه روانپزشکی از حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ پس از زایمان کسب کرده بودند (جدول ۱).

درصد به دست آمد که ۲۰ نفر (60.6%) از افراد مبتلا به اختلال بر اساس پرسشنامه PPQ، بر اساس مصاحبه روانپزشکی نیز مبتلا به اختلال تشخیص داده شدند. میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بر اساس پرسشنامه PPQ و مصاحبه روانپزشکی، بالاتر از گروه مبتلا بود ولی این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود (به ترتیب $p = 0.129$ ، $p = 0.751$). سایر مشخصات فردی افراد شامل: تحصیلات مادر، تحصیلات همسر، شغل مادر، شغل همسر و میزان درآمد خانواده نیز ارتباط معنی داری با اختلال استرس پس از ضربه نداشتند ($p > 0.05$). بین میزان نمره حمایت در بارداری، حمایت در لیبر و زایمان با اختلال استرس پس از ضربه در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به استرس پس از ضربه تفاوت آماری معنی

جدول ۱- میانگین حمایت در بارداری، حمایت در لیبر و زایمان، حمایت اجتماعی هفته ۲ و ۶ پس از زایمان در گروه های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه (PPQ)		سطح معنی داری*	اختلال استرس پس از ضربه (مصاحبه روانپزشکی)		سطح معنی داری*
	دارند (۳۳ نفر)	ندارند (۹۴ نفر)		دارند (۲۰ نفر)	ندارند (۱۰۷ نفر)	
حمایت در بارداری	۴۲/۲±۱۸/۲	۴۴/۱±۱۴/۸	$p = 0.21$	۴۳/۶±۱۹/۲۷	۴۳/۶±۱۵/۰۷	$p = 0.248$
حمایت در لیبر و زایمان	۲۷/۳±۱۰/۹	۲۴/۸±۸/۷	$p = 0.325$	۲۷/۹±۱۳/۴	۲۵/۰۸±۸/۷	$p = 0.196$
حمایت اجتماعی (هفته ۲ پس از زایمان)	۲۸/۱±۸/۹	۳۶/۰±۱۴/۸	$p = 0.002$	۳۰/۸±۸/۲	۳۴/۵±۱۴/۷	$p = 0.004$
حمایت اجتماعی (هفته ۶ پس از زایمان)	۱۸/۶±۵/۶	۲۴/۷±۱۱/۲	$p < 0.001$	۱۹/۳±۴/۱	۲۳/۸±۱۱/۰	$p < 0.001$

* آزمون تی مستقل

ارائه دهنده مراقبت های بارداری، نحوه مراجعه جهت کنترل مراقبت های بارداری، شرکت در کلاس های آمادگی زایمان، نوع زایمان، نظر واحد پژوهش در مورد زایمان، زمان زایمان، تعداد بارداری، تعداد زایمان و مدت لیبر، فقط بین نوع زایمان با اختلال استرس پس از ضربه بر اساس پرسشنامه PPQ ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p = 0.042$) (جدول ۲).

هیچ یک از عوامل نوزادی نظیر جنس نوزاد، رضایت مادر و همسر از جنس نوزاد، روش تغذیه نوزاد، رضایت از شیردهی، انتقال نوزاد به NICU و مدت بستری، وزن نوزاد و نمرات آپگار دقیقه اول و پنجم با اختلال استرس پس از ضربه ارتباط آماری معنی داری نداشتند ($p > 0.05$). از بین عوامل مستعد کننده بارداری و زایمان (شامل سابقه سقط، تمایل به بارداری، مرکز

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس نوع لیبر در گروه های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه (PPQ)		اختلال استرس پس از ضربه (مصاحبه روانپزشکی)		سطح معنی داری*
	دارند (تعداد)	ندارند (تعداد)	دارند (تعداد)	ندارند (تعداد)	
طبیعی	۲۵	۴۸	۱۲	۶۱	
سزارین انتخابی	۱	۱۰	۱	۱۰	p=۰/۰۴۲
سزارین اورژانس	۷	۳۶	۷	۳۶	p=۰/۰۸۱۸

*آزمون کای دو

بر اساس پرسشنامه PPQ و مصاحبه روانپزشکی، از بین عوامل روانی، بین افسردگی در هفته ۶ پس از زایمان و اختلال استرس پس از ضربه، در دو گروه مبتلا و غیر

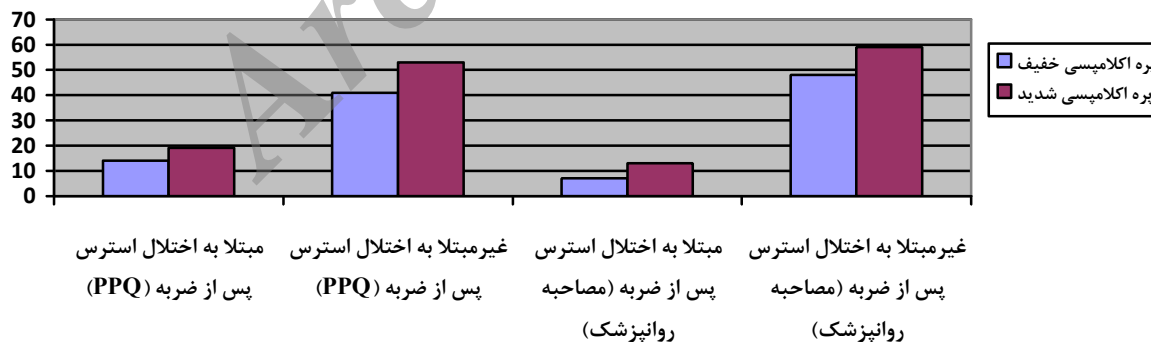
جدول ۳- میانگین اضطراب پنهان، اضطراب آشکار و افسردگی زمان بستری و هفته ۶ پس از زایمان در گروه های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

متغیر	اختلال استرس پس از ضربه (PPQ)		اختلال استرس پس از ضربه (مصاحبه روانپزشکی)		سطح معنی داری
	دارند (۳۳ نفر)	ندارند (۹۴ نفر)	دارند (۲۰ نفر)	ندارند (۱۰۷ نفر)	
اضطراب پنهان زمان بستری	۴۴/۰±۹/۰	۴۲/۴±۹/۶	۴۴/۴±۹/۷	۴۲/۶±۹/۴	p=۰/۰۸۲۰
اضطراب آشکار زمان بستری	۴۳/۲±۱۰/۹	۴۲/۲±۱۰/۳	۴۴/۶±۱۰/۹	۴۲/۰±۱۰/۳	p=۰/۰۳۶۴
اضطراب پنهان هفته ۶ پس از زایمان	۳۲/۳±۵/۲	۳۱/۸±۶/۱	۳۲/۳±۴/۷	۳۱/۹±۶/۱	p=۰/۰۲۹۲
اضطراب آشکار هفته ۶ پس از زایمان	۳۲/۰±۷/۳	۳۱/۹±۶/۲	۳۳/۶±۷/۶	۳۱/۶±۶/۲	p=۰/۰۳۹۷
افسردگی زمان بستری	۵/۴±۴/۷	۴/۵±۳/۷	۶/۸±۵/۴	۴/۳±۳/۶	p=۰/۰۰۶۱
افسردگی هفته ۶ پس از زایمان	۱۴/۱±۶/۸	۹/۹±۴/۵	۱۷/۶±۶/۴	۹/۸±۴/۴	p=۰/۰۰۴

*آزمون تی مستقل، **آزمون من ویتنی

ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (به ترتیب p=۰/۰۴۱۴, p=۰/۰۹۰۵) (نمودار ۱).

بر اساس آزمون کای دو، بین شدت پره اکلامپسی در دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه بر اساس پرسشنامه PPQ و مصاحبه روانپزشکی،



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس شدت پره اکلامپسی در گروه های مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه

بحث

مادران، حالات شدید اختلال استرس بعد از تروما را تجربه نکردند (۱۴). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه مدرس و تقی زاده همخوانی نداشت. البته در این دو مطالعه، واحدهای پژوهش از بین کسانی که زایمان را تروماتیک (تشخیص زایمان تروماتیک بر اساس معیار A که شامل دو سؤال می باشد صورت گرفت، کسانی که به این دو سؤال پاسخ مثبت داده بودند، زایمان در آنها تروماتیک در نظر گرفته شد) تجربه کرده بودند، انتخاب و بعد شیوع در این افراد محاسبه شد. در حالی که در مطالعه حاضر واحدهای پژوهشی که سابقه حوادث تروماتیک داشتند، وارد مطالعه نشده و تنها مشکل آنان، پره اکلامپسی تشخیص داده شده در یک هفته اخیر بود و احتمال اینکه واحد پژوهش مشکلات ناشی از پره اکلامپسی را تروماتیک در نظر بگیرد یا نه، وجود داشت. از نظر جمعیت شناختی در مطالعه مدرس و همکاران مانند مطالعه حاضر، ارتباطی بین سن مادر و اختلال استرس پس از تروما مشاهده نشد. در مطالعه آدوویا و همکاران (۲۰۰۶) و مطالعه سودورکوئیست و همکاران (۲۰۰۹) نیز ارتباطی بین سن مادر و اختلال استرس پس از ضربه مشاهده نشد (۱۱، ۱۵). ولی در مطالعه فورد و همکاران (۲۰۱۰) این ارتباط معنی دار گزارش شد (۱۶). در مطالعه ایل و همکاران (۲۰۱۱) نیز سن، ارتباطی منفی با نشانه های استرس داشت (۱۷). البته در مطالعه حاضر میانگین سن زنان ۲۷/۲۹ سال بود در حالی که در دو مطالعه فوق، میانگین سن زنان به ترتیب ۳۱/۷ و ۳۲/۱۲ بود. شاید دلیل معنی دار شدن سن با اختلال در این دو مطالعه، پراکندگی بیشتر سن نسبت به مطالعه حاضر باشد.

در مطالعه نظری و هیونگ (۲۰۰۷) سطح تحصیلات بر میزان تنش در دوره پس از زایمان تأثیر داشت؛ به گونه ای که افراد با تحصیلات ابتدایی، کمترین تنش را تجربه کردند، سپس با افزایش تحصیلات تا کاردانی، میزان تنش افزایش یافت و با تحصیلات کارشناسی و بالاتر، کاهش یافت. در مطالعه هیونگ (۲۰۰۷)، مادران با تحصیلات سال آخر دبیرستان و پایین تر، کمترین تنش را تجربه کرده بودند، سپس در مادران با تحصیلات کاردانی، میزان تنش افزایش یافت و با تحصیلات

از آنجایی که مطالعاتی که شیوع اختلال استرس پس از ضربه را بر اساس مصاحبه روانپزشکی نیز تعیین کرده باشد، یافت نشد، در بحث مطالعه حاضر فقط به شیوع اختلال استرس پس از ضربه بر اساس پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه و عوامل مرتبط با آن پرداخته شد. در مطالعه حاضر شیوع اختلال استرس پس از ضربه، ۲۶ درصد بود که ۶۰/۶ درصد از افراد مبتلا به اختلال، بر اساس مصاحبه روانپزشکی نیز مبتلا به اختلال تشخیص داده شدند (یعنی ۱۵/۷٪ واحدهای پژوهش). در مطالعه بنارد و همکاران (۲۰۰۹)، شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال پره اکلامپسی ۱۱ درصد گزارش شد که می تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه، ابزار سنجش، معیارهای خروج و ورود و تفاوت در ساختار جمعیت باشد (۱۰). اینگل هارد و همکاران (۲۰۰۲) شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال پره اکلامپسی را ۲۸ درصد گزارش کردند که نزدیک به مطالعه حاضر است. البته آنان اختلال استرس پس از ضربه را گذشته نگر و در هفته ۱۴ اندازه گیری کرده بودند (۳). همچنین نتایج مطالعه حاضر با مطالعه آدوویا و همکاران (۲۰۰۶) و مجیونی و همکاران (۲۰۰۶) همخوانی نداشت (۱۱)، (۱۳). در مطالعه آدوویا، شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال زایمان ۵/۹ درصد و در مطالعه مجیونی ۲/۴ درصد بود که این تفاوت مشاهده شده، ناشی از تفاوت جامعه در مورد پژوهش است. در مطالعه حاضر اختلال در زنان مبتلا به پره اکلامپسی که متحمل استرس بیشتری نسبت به زایمان طبیعی در مورد وضعیت خود و نوزادشان هستند، اندازه گیری شد. مدرس و همکاران (۲۰۱۰) نیز شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال زایمان تروماتیک را ۳۷/۷ درصد گزارش کردند (۲). در مطالعه تقی زاده و همکاران (۲۰۰۷) نیز ۴-۶ هفته بعد از زایمان، ۴۳/۸ درصد کل مادران حالات خفیف اختلال استرس بعد از تروما را تجربه کرده بودند و ۲/۷ درصد مادران در این زمان به حالات شدید اختلال استرس بعد از تروما مبتلا بودند. در ماه سوم پس از زایمان، ۲۲/۱ درصد مادران دچار حالات متوسط اختلال استرس پس از تروما بودند و هیچ یک از

کارشناسی و بالاتر، میزان تنش کاهش یافت. علت افزایش تنش با افزایش تحصیلات، احتمالاً ارتباط مستقیمی با میزان آگاهی دارد که این آگاهی ناقص می تواند تنش را باشد، اما علت اینکه در افراد با تحصیلات کارشناسی و بالاتر، تنش، روند نزولی طی می کند، ممکن است ناشی از افزایش آگاهی به میزان کافی بوده؛ به طوری که میزان تنش را کاهش دهد. به علاوه احتمال دارد این افراد از توانایی های بیشتری برای اداره کردن مشکلاتشان در دوره پس از زایمان برخوردار باشند (۱۹-۱۸). در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و اختلال استرس پس از ضربه، ارتباط معنی داری وجود نداشت که با مطالعه آدوویا و تقی زاده همخوانی داشت ولی با مطالعه مدرس همخوانی نداشت.

از آنجایی که مادران نخست زاء، دوره پس از زایمان را برای اولین بار تجربه می کنند، شدت تنش بالاتری را نسبت به مادران چندزا تجربه می کنند. در مطالعه نظری (۲۰۱۲) نیز نمرات تنش مادران نخست زاء در ماه اول و دوم پس از زایمان بالاتر از مادران چندزا بود (۱۸). در مطالعه حاضر نیز اختلال استرس پس از ضربه در مادران نخست زاء و چندزا مقایسه شد و میانگین نمره اختلال استرس پس از ضربه در زنان چندزا بیشتر از زنان نخست زاء بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود. در مطالعه سودورکوئیست و همکاران (۲۰۰۹) نیز میزان اختلال استرس پس از ضربه در چندزاهای بیشتر از نخست زاهای گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

سزارین اورژانس به دلیل غیر قابل پیش بینی بودن و عدم آمادگی روحی فرد می تواند بر اختلال استرس پس از ضربه مؤثر باشد. در مطالعه حاضر، نوع زایمان با اختلال استرس پس از ضربه ارتباط معنی داری نداشت، ولی بیشترین میزان میانگین نمره اختلال، در گروه زایمان واژینال و کمترین آن در گروه سزارین انتخابی بود. در مطالعه فورد و همکاران (۲۰۱۰)، افرادی که زایمان واژینال داشتند، مانند مطالعه حاضر نشانه های شدیدتری از اختلال را داشتند که از نظر آماری معنی دار بود (۱). در مطالعه مدرس و همکاران (۲۰۱۰) جان ایل و همکاران (۲۰۱۱) و لسائیکز و همکاران (۲۰۰۴) نیز مانند مطالعه حاضر، اختلال استرس پس از ضربه با

نوع زایمان ارتباطی نداشت (۲، ۱۷، ۲۰). در مطالعه لسائیکز (۲۰۰۴)، بالاترین نمره اختلال پس از ضربه مربوط به گروه سزارین انتخابی و کمترین نمره آن، مربوط به گروه زایمان واژینال بود (۲۰). احتمالاً دلیل بالاتر بودن نمره اختلال به دنبال زایمان واژینال در مطالعه حاضر، عدم استفاده از بی دردی های مؤثر باشد، زیرا در مطالعه حاضر بیشترین درد را در هنگام بستری، افرادی که زایمان واژینال داشتند و کمترین درد را افرادی که سزارین انتخابی شدند، کسب کردند که از نظر آماری معنی دار بود. در سزارین اورژانس همانطور که قبلاً اشاره شد، به دلیل اینکه فرد، آمادگی لازم و کافی را از قبل ندارد، احتمال نمرات بالاتری از اختلال نسبت به سزارین انتخابی وجود دارد.

نارضایتی از جنس نوزاد، به خصوص زمانی که دختر باشد، در ایجاد اختلالات روانی پس از زایمان نقش مؤثری دارد (۲۱). در مطالعه حاضر ارتباطی بین جنس نوزاد و رضایت از جنس نوزاد با اختلال استرس پس از ضربه وجود نداشت. در مطالعه مدرس و همکاران نیز ارتباط معنی داری بین جنس نوزاد و استرس پس از ضربه وجود نداشت، ولی رضایت مادر و همسر از جنس نوزاد، ارتباط معنی داری با اختلال استرس پس از ضربه داشت (۲). در مطالعه حاضر اکثر واحدهای پژوهش نخست زاء بودند لذا جنسیت نوزاد، چندان تفاوتی برایشان نداشت.

در مطالعه حاضر نمره حمایت دریافتی مادر در بارداری و نمره حمایت در لیبر و زایمان ارتباط معنی داری با اختلال استرس پس از زایمان نداشتند و از آنجایی که در هیچ مطالعه ای، ارتباط این موارد با اختلال استرس پس از ضربه سنجیده نشده بود، بنابراین نتایج آنان قابل مقایسه با مطالعه حاضر نبود. در مطالعه حاضر میانگین نمره حمایت در بارداری $15/7 \pm 43/6$ و میانگین نمره حمایت لیبر و زایمان $9/4 \pm 25/5$ بود. در مطالعه جان استون - رولدو (۱۹۹۷)، میانگین نمره حمایت در بارداری $9/5 \pm 59/1$ و میانگین نمره حمایت در لیبر و زایمان $5/8 \pm 12/5$ بود (۲۲) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. همانطور که ملاحظه می شود در مطالعه حاضر، حمایت در بارداری، پایین تر و نمره

میزان حمایت اجتماعی در ماه ۱، ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماه بعد از زایمان به تدریج کاهش می یابد (۲۷). در مطالعه هیونگ و همکاران (۲۰۱۱)، حمایت اجتماعی مادران از هفته اول تا ششم بعد از زایمان کاهش داشت اما تفاوت آن از نظر آماری معنی دار نبود (۲۸). نتایج مطالعه حاضر با مطالعه هیونگ (۲۰۱۱) همخوانی نداشت که علت آن تفاوت در روش نمونه گیری می باشد.

نتیجه گیری

از بین تمام عوامل روانشناختی، حمایتی، جمعیت شناختی و مامایی، دو عامل حمایت اجتماعی پس از زایمان و افسردگی پس از زایمان، با استرس پس از ضربه رابطه معنی داری داشتند، لذا بهتر است مراقبین بهداشتی با عوامل خطر اختلال استرس پس از ضربه آشنا بوده و در ویزیت های پس از زایمان زنان را از نظر این عوامل خطر بررسی کنند تا از پیشرفت این مشکلات به سمت اختلال استرس پس از زایمان کاسته شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد ۹۲۱۰۸۵ و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه می باشد و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشت. بدینوسیله از تمام مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و بیمارستان های دولتی و تأمین اجتماعی مشهد، تشکر و قدردانی می شود.

حمایت لیبر و زایمان، بالاتر از مطالعه جان استون-روبلدو بود.

در مطالعه حاضر بر اساس پرسشنامه PPQ و مصاحبه روانپزشک، حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ پس از زایمان ارتباط معنی داری با اختلال استرس پس از ضربه داشت. تقی زاده، سودور کوئیست و آدوویا ارتباطی بین حمایت اجتماعی و اختلال استرس پس از ضربه نیافتند که این تفاوت می تواند مربوط به تفاوت در ساختار جمعیت، معیارهای ورود به مطالعه، زمان و ابزار و زمان سنجش باشد. در مطالعه مدرس و همکاران (۲۰۱۰)، کریدی و همکاران (۲۰۰۰) و سی گلی و همکاران (۲۰۰۶)، بین حمایت اجتماعی با اختلال پس از ضربه ارتباط معناداری وجود داشت (۲، ۲۳، ۲۴) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در جامعه ایران، حمایت در هفته های اول پس از زایمان از سوی اطرافیان بسیار بالاست اما با دور شدن از زمان زایمان، این حمایت ها به تدریج کاهش می یابد. در مطالعه حاضر نیز میانگین نمره حمایت اجتماعی از هفته ۲ تا ۶ پس از زایمان، سیر نزولی داشت که از نظر آماری معنی دار بود. در مطالعه نظری و همکاران (۲۰۱۲) نیز حمایت اجتماعی پس از زایمان از ماه اول به دوم کاهش معنی داری نشان داد (۱۸). در مطالعه هیونگ و همکاران (۲۰۰۱، ۲۰۰۷)، نمرات حمایت اجتماعی پس از زایمان از هفته اول به سوم و سپس تا هفته پنجم سیر نزولی داشت که تفاوت از نظر آماری معنی دار بود (۲۶-۲۵). مطالعه گاردین جن و همکار (۱۹۹۴) نشان داد که

منابع

1. Ford JD. Understanding psychological trauma and posttraumatic stress disorder (PTSD): posttraumatic stress disorder. San Diego:Academic Press;2009:1-30.
2. Modares M, Molayee SM, Keyan FR, Afraseyabi S. [Prevalence of traumatic stress disorder after childbirth and related factors] [Article in Persian]. Hayat 2010;16(3-4):66-76.
3. Engelhard IM, van Rij M, Boullart I, Ekhardt TH, Spaanderman ME, van den Hout MA, et al. Posttraumatic stress disorder after pre-eclampsia: an exploratory study. Gen Hosp Psychiatry 2002 Jul-Aug;24(4):260-4.
4. Wisner K. L., Sit D. K.y, Reynolds S, Altemus M, Bogen D. L., et. al. Psychiatric disorders . In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics: normal and problem Pregnancies. 5th ed. York:Churchil Livingston. 2007:1261-2.
5. Alekseeva N, Horton R, Geller F, McGee J, Minagar A. Psychiatric disorders and pregnancy. In: Minagar A. Neurological disorders and pregnancy. London:Elsevier;2011:135-58.
6. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Baltimore:Williams & Wilkins;2005.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC:American Psychiatric Association;1994:424-9.

8. Nasrollahi S, Gafarnezhad Z, Yousefi Z, Esmaeili H. [Relationship between unprotected coitus and preeclampsia] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2005.
9. Van Pampus MG, Wolf H, Weijmar Schultz WC, Neeleman J, Aarnoudse JG. Posttraumatic stress disorder following preeclampsia and HELLP syndrome. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004 Sep-Dec;25(3-4):183-7.
10. Bennard D, Ineke W, Claire AIS, Willibrord CM, Maria G, van P. Posttraumatic stress disorder following complicated and uncomplicated pregnancies; prospective identification of incidence and risk factors. In: Bennard D. Hormones, monoamines and peripartum affective symptoms. Printed by Iskamp printpartners BV Enschede, The Netherlands; 2009:117-126.
11. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006 Mar;113(3):284-8.
12. Logsdon MC, Koniak-Griffin D. Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and interventions. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005 Nov-Dec;34(6):761-8.
13. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006 Jun;27(2):81-90.
14. Taghizadeh Z, Jafarigloo M, Arbabi M, Faghihzadeh S. [The effects counseling on post traumatic stress disorder, after traumatic childbirth] [Article in Persian]. *Hayat* 2007;13(4):23-31.
15. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009 Apr;116(5):672-680.
16. Ford E, Ayers S, Bradley R. Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *J Anxiety Disord* 2010 Apr;24(3):353-9.
17. Iles J, Slade P, Spiby H. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *J Anxiety Disord* 2011 May;25(4):520-30.
18. Nazari S, Salari P, Mazlom RS, Ghanbari B, Mahram B. [A comparative study of stressors, social support and mental health in postpartum in primiparous and multiparaous] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University Medical Sciences; 2012.
19. Hung CH. Postpartum stress as a predictor of women's minor psychiatric morbidity community. *Community Ment Health J* 2007 Feb;43(1):1-12.
20. Lesanics D. Posttraumatic stress symptomatology following emergency Cesarean delivery [Dissertation]. New York: St. John's University; 2004.
21. Goyal D, Murphy SO, Cohen J. Immigrant Asian Indian women and postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006 Jan-Feb;35(1):98-104.
22. Johnston-Robledo I. The impact of childbirth preparation and support on labor and birth outcomes [Dissertation]. ProQuest: University of Rhode Island; 1997.
23. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000 Jun;27(2):104-11.
24. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006 Jun;27(2):91-7.
25. Hung CH, Chung HH. The effects of postpartum stress and social support on postpartum women's health status. *J Adv Nurs* 2001 Dec;36(5):676-84.
26. Hung CH. The psychosocial consequences for primiparas and multiparas. *Kaohsiung J Med Sci* 2007 Jul;23(7):352-60.
27. Gjerdingen DK, Chaloner K. Mothers' experience with household roles and social support during the first postpartum year. *Women Health* 1994;21(4):57-74.
28. Hung CH, Yu CY, Chang SJ, Stocker J. Postpartum psychosocial changes among experienced and inexperienced mothers in Taiwan. *J Transcult Nurs* 2011 Jul;22(3):217-24.