

بررسی میزان شیوع اختلال استرس پس از ترومای زایمان و عوامل مرتبط با آن

مریم مدرس* سیده طاهره میرمولایی* فاطمه رحیمی‌کیان* صدیقه افراسیابی**

چکیده

زمینه و هدف: زایمان واقعه‌ای بالقوه تروماتیک در زندگی زنان است و می‌تواند سبب برانگیختن شدید احساسات و هیجانات به گونه‌ای شود که در بعضی از زنان اختلالات استرسی ایجاد کند. این مطالعه با هدف تعیین شیوع اختلال استرس پس از ترومای زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام یافته است. روش بررسی: این مطالعه مقطعی تحلیلی است. نمونه‌های پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای از بین زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی در ۸-۶ هفته بعد از زایمان به تعداد ۴۰۰ نفر از ۱۵ فروردین تا پایان خرداد ۱۳۸۷ انتخاب گردیدند. در مرحله اول با استفاده از معیار A (DSM-VI) از میان نمونه‌ها زنانی که زایمان تروماتیک داشتند، مشخص شدند. سپس از بین آنان زنان مبتلا به اختلال استرس پس از ترومای زایمان از طریق مقیاس اختلال استرس پس از تروما (PSS-1) شناسایی شدند و عوامل مرتبط در آن‌ها بررسی گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS v.11.5 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان داد که حدود ۵۴/۴٪ از زنان زایمان را به صورت حادثه‌ای تروماتیک تجربه کرده‌اند و یک سوم از آن‌ها (۳۷/۷٪) دچار اختلال استرس پس از ترومای متعاقب زایمان شده‌اند. بین عوامل مامایی شامل نوع تغذیه نوزاد، مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد، وزن هنگام تولد و عوامل روانی شامل حوادث استرس‌آور زندگی و میزان حمایت اجتماعی دریافتی مادر با اختلال استرس پس از ترومای زایمان ارتباط معناداری دیده شد ($p < 0.05$) از عوامل جمعیت‌شناختی نیز دو متغیر تحصیلات و درآمد خانواده با PTSD رابطه معناداری داشتند ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع زیاد اختلال استرس پس از زایمان و وجود ارتباط معنادار بین متغیرهای مامایی، نوزادی، روانی و همچنین میزان حمایت اجتماعی با اختلال استرس پس از ترومای زایمان، توصیه می‌شود مادران مستعد، به موقع شناسایی شوند تا بتوان از پیشرفت این عارضه پیشگیری نمود.

واژه‌های کلیدی: اختلال استرس پس از تروما، عوامل مستعدکننده، اختلال استرس پس از ترومای زایمان

نویسنده مسؤول: مریم مدرس؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: ma_modars@yahoo.com

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۹ - پذیرش مقاله: مهر ماه ۱۳۸۹

مقدمه

اختلال استرس پس از تروما (PTSD: Post traumatic stress disorder) شامل علائمی است که بعد از حادثه‌ای اتفاق می‌افتد که در آن حادثه خطر آسیب شدید، مرگ یا صدمه فیزیکی برای شخص وجود داشته باشد.

در این شرایط شخص با علایمی همچون ترس شدید، عجز و ناتوانی، کمرختی، بی‌تفاوتی، تحریک‌پذیری، اختلالات خواب و تمرکز، واکنش نشان می‌دهد. فرد واقعه را به طور دایم در ذهن خود مجسم می‌کند و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (۱). دوران بارداری و پس از زایمان یک دوران

* مری گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران
** مری گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

در بیمارستان به دلیل عوارض بارداری (۹)، حاملگی عارضه‌دار مانند عوارض و مشکلات طبی طی بارداری، تهوع و استفراغ شدید حاملگی، انقباضات زودرس زایمانی و سابقه سقط (۱۰)، نوع زایمان (۱۱)، ناهنجاری‌های نوزاد و سابقه بستری نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (۱۲)، استرس مراقبت از نوزاد (۱۳)، عدم رضایت از جنسیت نوزاد در بعضی از فرهنگ‌ها (۱۴)، عدم دریافت حمایت اجتماعی کافی از جانب همسر، خانواده یا کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی می‌توانند با اختلالات استرسی پس از زایمان مرتبط باشند (۱۵).

در نهایت می‌توان گفت با توجه به این که یک تجربه زایمانی پر استرس می‌تواند، علایم ناتوان‌کننده روانی تروما را ایجاد کند (۱۶)، و از آن جایی که یک زایمان تروماتیک، از لحاظ روانی می‌تواند مادران را در خطر بالقوه ایجاد مشکلات روانی بعد از زایمان قرار دهد، این پژوهش با هدف تعیین میزان شیوع اختلال استرس پس از ترومای زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی است. جامعه مورد مطالعه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر جهت دریافت مراقبت‌های پس از زایمان و واکسیناسیون از ۱۵ فروردین تا پایان خرداد ۱۳۸۷ بود. حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی ۴۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای صورت گرفت. بدین نحو که از مناطق مختلف شهر

بحرانی از نظر بروز یا تشدید مشکلات روانی می‌باشد (۲). در جهان حدود ۱/۵ تا ۶٪ از زنان به اختلال استرس پس از ترومای زایمان دچار می‌شوند (۳).

تشخیص اختلال استرس پس از تروما، به کمک مقیاس (Post traumatic stress) PSS-1 (symptom scale one) صورت می‌گیرد. این مقیاس طبق مطالعه Foa و Tolin در سال ۱۹۹۳ تدوین شده است (۴). همچنین تقریباً ۷۸٪ افراد واجد ملاک‌های اختلال استرس روانی حاد، شدت بیماریشان با استفاده از DSM-IV تشخیص داده می‌شود (۵). تروما در مفهوم عام به هر گونه آسیب فیزیکی یا روانی اطلاق می‌شود (۶). ترومای زایمانی شامل تجارب تروماتیکی است که طی هر دوره‌ای از زایمان احتمال رخ دادن آن وجود دارد. Gamble و همکاران در مطالعه خود از معیار واقعه که همان معیار A از معیارهای تشخیص اختلال استرس پس از تروما می‌باشد، برای غربالگری زنان و ورود آن‌ها به مطالعه استفاده کردند. آن‌ها از مادران پرسیدند که طی زایمان در مورد جنین خود یا فرزندشان نگران بوده و یا از مشکلی جدی در هراس بوده‌اند؟ زایمان در کسانی که به این سؤال پاسخ مثبت می‌دادند، تروماتیک در نظر گرفته می‌شد (۷).

دانستن علل بیماری و عواملی که در ایجاد و تشدید بیماری مؤثر هستند، ما را در نحوه پیشگیری و درمان بیماری راهنمایی می‌کند. عوامل مرتبط با اختلال استرس پس از ترومای زایمان شامل موارد متعددی است (۸و۵). سابقه اختلالات روانی در فرد (۵)، حاملگی ناخواسته، نولی پاریتی، سابقه بستری

بوشهر تعدادی از مراکز بهداشتی درمانی انتخاب و مراجعان آن مراکز به صورت تصادفی در نمونه قرار گرفتند.

مشخصات نمونه‌ها از این قرار بود: زنانی وارد مطالعه شدند که ۶-۸ هفته از زایمان آنها گذشته بود، زایمان مادر منجر به تولد نوزاد زنده شده بود و همگی قادر به گفتگو به زبان فارسی بودند.

پرسشنامه‌های این پژوهش شامل ۱- پرسشنامه عوامل مرتبط با اختلال استرس پس از تروما شامل ۴ بخش و ۵۰ سؤال بود. بخش اول ۱۰ سؤال مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی، بخش دوم ۱۹ سؤال مربوط به عوامل مرتبط مامایی، بخش سوم ۱۴ سؤال مربوط به عوامل مرتبط نوزادی و بخش چهارم شامل ۷ سؤال مربوط به عوامل مرتبط روانی بود. برای تأمین روایی علمی این پرسشنامه از روش روایی محتوا استفاده شد و برای تعیین پایایی علمی آن از روش آزمون مجدد برای ۱۴ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی به فاصله ۲ هفته استفاده و ضریب همبستگی پیرسون در مورد امتیازات کسب شده در دو بار آزمون ۹۸٪ محاسبه شد.

۲- پرسشنامه حمایت اجتماعی Winnfeild و Tyggman و پرسشنامه حوادث استرس‌آور زندگی Paykel، که طومیانس در سال ۱۳۷۸ در مطالعه خود در ایران پایایی این دو پرسشنامه را از طریق آزمون مجدد در بین ۲۰ نفر از نمونه‌های پژوهشی خود در ۲ نوبت و به فاصله ۲ هفته سنجیده و در مورد هر پرسشنامه همبستگی ۹۸٪ به دست آورده است. پرسشنامه حمایت اجتماعی Winnfeild و

Tyggman شامل ۲ قسمت است. قسمت اول حاوی ۱۰ سؤال است که به هر کدام بر اساس پاسخ صفر تا ۴ نمره تعلق می‌گیرد و در کل از صفر تا ۴۰ امتیاز دارد. نمره صفر تا ۱۳ حمایت اجتماعی ضعیف، نمره ۱۴ تا ۲۷ حمایت اجتماعی نسبتاً خوب و نمره ۲۸ تا ۴۰ حمایت اجتماعی خوب در نظر گرفته می‌شود. قسمت دوم این پرسشنامه نیز شامل ۶ سؤال در مورد حمایت اجتماعی بعد از زایمان از جانب همسر می‌باشد که به هر کدام بر اساس پاسخ منفی یا مثبت نمره صفر یا ۱ تعلق می‌گیرد و در مجموع از صفر تا ۶ امتیاز دارد. در صورت امتیاز ۳ یا بالاتر فرد از حمایت اجتماعی خوبی پس از زایمان برخوردار است و در صورت کسب امتیاز کمتر از ۳ فرد از حمایت اجتماعی خوبی برخوردار نیست. پرسشنامه حوادث استرس‌آور زندگی Paykel نیز دارای ۵۱ مورد از حوادث ناگوار طی ۱۲ ماه اخیر می‌باشد.

۳- پرسشنامه دیگر، مقیاس اختلال استرس پس از تروما (PSS-I) و حاوی ۱۷ سؤال است که دقیقاً تمامی ملاک‌های DSM برای تشخیص را پوشش می‌دهد و با استفاده از مقیاس لیکرت، شدت علائم هر ملاک را درجه‌بندی می‌کند. هر سؤال یک پاسخ کوتاه دارد و پاسخ‌های فرد توسط مصاحبه‌گر از صفر (به هیچ وجه) تا ۳ (۵ بار در هفته یا بیشتر) یعنی خیلی زیاد درجه‌بندی می‌شود. در این مقیاس فراوانی و شدت علائم در هم ادغام شده‌اند. دلیل آن این است که برخی از علائم اختلال استرس پس از تروما را می‌توان بر مبنای فراوانی وقوعشان ارزیابی نمود. علائم این اختلال شامل علائم مربوط به تجربه مجدد

لحاظ عوامل مرتبط با اختلال استرس مورد بررسی قرار گرفتند. مدت زمان مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه‌ها ۳۵ دقیقه بود و نمونه‌گیری به مدت ۲/۵ ماه به طول انجامید. داده‌های حاصل از پژوهش در مجموع از نوع کیفی اسمی و رتبه‌ای و کمی ناپیوسته و پیوسته بود و متغیر مستقل عوامل مرتبط با اختلال استرس پس از زایمان، شامل مشخصات جمعیت‌شناختی، عوامل مامایی، نوزادی، روانی و میزان حمایت اجتماعی دریافتی مادر و متغیر وابسته اختلال استرس بعد از ترومای زایمان بود. متغیرهای کیفی رتبه‌ای شامل اختلال استرس‌آور زندگی طی ۱۲ ماه اخیر بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای مقایسه دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس بعد از تروما از نظر عوامل مرتبط با اختلال استرس از آزمون آماری کای‌دو، آزمون دقیق فیشر و تعیین نسبت شانس و تعیین حدود اطمینان CI به کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS v.11.5 استفاده شد. در کلیه آزمون‌ها حداکثر خطای ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سن اکثر زنان مورد مطالعه در گروه مبتلا (۳/۳۶٪) و غیر مبتلا (۴/۴۶٪) ۲۵-۳۰ سال بود. تحصیلات اکثر زنان مبتلا (۵/۴۷٪) و غیر مبتلا (۲/۴۴٪) دیپلم بود. بیشتر زنان در گروه مبتلا (۸/۹۳٪) و غیر مبتلا (۷/۸۷٪) خانه‌دار بودند. زنان گروه مبتلا در اکثریت موارد (۸/۵۸٪) و (۱/۳۹٪) گروه غیر مبتلا میزان درآمد خانواده خود را ناکافی ذکر کردند. آزمون

(۴ سؤال)، علایم مربوط به پرهیز (۷ سؤال)، علایم مربوط به واکنش‌های انگیزشی (۶ سؤال) می‌باشد. در صورت داشتن ۱ مورد یا بیشتر از علایم تجربه مجدد، ۳ مورد یا بیشتر از علایم مربوط به پرهیز و ۲ مورد یا بیشتر از علایم مربوط به واکنش‌های انگیزشی، اختلال استرس پس از تروما تشخیص داده می‌شود. Slade و Czarnocka با استفاده از روش اعتبار ملاکی، برای این پرسشنامه حساسیت ۱۰۰٪ گزارش کردند، موارد مثبت کاذب وجود نداشته است (۸). در مطالعه میرزمانی و همکاران در ایران نیز ابزار فوق دارای روایی و پایایی قابل قبولی بوده است (۱۷).

تمام نمونه با آگاهی از نحوه انجام پژوهش و اعلام رضایت وارد مطالعه می‌شدند. برای تشخیص زایمان تروماتیک پرسشگران آموزش دیده با نمونه‌ها مصاحبه می‌نمودند. (برای تأمین مشابهت نحوه مصاحبه پرسشگران با یکدیگر، در بررسی مقدماتی، نکات مهم و چگونگی مصاحبه به پرسشگران که ماما بودند آموزش داده شد). این پرسشگران معیار A را که حاصل دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی - نسخه چهارم متن بازبینی شده است، از نمونه‌ها می‌پرسیدند. کسانی که به هر دو سؤال معیار A، پاسخ مثبت می‌دادند، در گروه زایمان تروماتیک قرار می‌گرفتند و پرسشنامه علایم اختلال استرس پس از تروما و عوامل مرتبط را در مورد آنان به کمک مصاحبه تکمیل می‌نمودیم. در نهایت پس از استخراج داده‌ها دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس بعد از تروما تشخیص داده شد و این دو گروه از

آماري کای‌دو ارتباط معناداری را بین سن زنان و اختلال استرس پس از تروما نشان نداد ($p=0/61$). اما بین میزان تحصیلات مادر و وضعیت اختلال استرس بعد از تروما ارتباط معناداری را نشان داد ($p<0/006$). همچنین بین شغل زنان و اختلال استرس پس از تروما ارتباط معناداری مشاهده نشد ($p=0/15$). اما آزمون آماری کای‌دو بین میزان درآمد خانواده و وضعیت اختلال استرس بعد از تروما ارتباط معناداری را نشان داد ($p<0/002$) (جدول شماره ۱).

در بین ۴۰۰ زن بررسی شده ۵۴/۵٪ (۲۱۸ نفر) زایمان تروماتیک داشتند. به میزان ۲۰٪ از زنان بررسی شده، یعنی ۸۰ مادر مبتلا به اختلال استرس پس از ترومای زایمان بودند و ۳۲۰ مادر یا ۸۰٪ غیر مبتلا تشخیص داده شدند. بنابراین عوامل مرتبط، بین ۳۶/۷٪ دارای اختلال استرس پس از تروما و ۶۳/۳ درصدی که با وجود تجربه کردن زایمان تروماتیک، مبتلا به اختلال استرس پس از تروما نبودند، مقایسه گردید.

بین میزان حمایت اجتماعی، اعم از «حمایت اجتماعی کلی» ($p<0/001$) و «حمایت اجتماعی بعد از زایمان توسط همسر» ($p<0/01$) در دو گروه مبتلا و غیرمبتلا تفاوت آماری معناداری مشاهده شد. به این معنی که زنان غیرمبتلا در مقایسه با زنان مبتلا حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کرده بودند (جدول شماره ۲).

اکثر زنان مبتلا (۶۲/۵٪) و غیر مبتلا (۸۸/۴٪) به اختلال استرس پس از تروما نوزاد خود را با شیر مادر تغذیه می‌کردند و آزمون آماری کای‌دو ارتباط معنادار ($p<0/001$) بین

نوع تغذیه نوزاد و وضعیت اختلال پس از تروما نشان داد. همچنین سابقه بروز بیماری در نوزاد فعلی با وضعیت اختلال پس از تروما ارتباط آماری معناداری را نشان داد ($p=0/009$). ۴۰٪ زنان مبتلا و ۲۳/۲٪ غیرمبتلا، سابقه بیماری را در نوزاد خود ذکر کردند. یکی دیگر از عوامل مستعدکننده نوزادی مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد بود که آزمون آماری کای‌دو ارتباط معناداری را بین بروز مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد و وضعیت اختلال استرس پس از تروما نشان داد ($p<0/001$) (جدول شماره ۳).

اکثر افراد مبتلا (۷۳/۸٪) دچار حوادث استرس‌آور زندگی طی یک سال اخیر شده بودند، در حالی که اکثر گروه غیرمبتلا (۵۶/۵٪) چنین تجربه‌ای نداشتند. آزمون آماری کای‌دو ارتباط معناداری را بین بروز حوادث استرس‌آور و اختلال استرس پس از ترومای زایمان نشان داد ($p<0/001$) و $OR=5/25$. با فاصله اطمینان $CI=1/4-19/46$. همچنین ارتباط آماری معناداری بین وجود فاصله کمتر از دو سال در دو حاملگی اخیر و اختلال استرس پس از ترومای زایمان دیده شد ($p<0/001$) و $OR=20/95$. با فاصله اطمینان $CI=2/77-158/19$.

آزمون آماری کای‌دو ارتباط معناداری را بین وجود عارضه در دوران بارداری و وضعیت اختلال استرس پس از تروما نشان داد ($p<0/001$). تمایل مادر به حاملگی از عوامل مستعدکننده دیگر می‌باشد که آزمون آماری کای‌دو ارتباط آماری معناداری را بین تمایل مادر به حاملگی اخیر و همچنین تمایل همسران

به حاملگی و اختلال استرس پس از تروما نشان داد ($p < 0.01$). همچنین بین عوارض بعد از زایمان و اختلال استرس پس از زایمان نیز رابطه آماری معناداری وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول شماره ۴).
اکثر زنان مبتلا (۸۲/۵٪) و غیرمبتلا (۹۳/۵٪) از جنسیت نوزاد خود راضی بودند،

آزمون آماری کای دو ارتباط آماری معناداری را بین رضایت مادر از جنس نوزاد و وضعیت اختلال استرس پس از تروما نشان داد ($p < 0.01$). همچنین بین رضایت همسر از جنسیت نوزاد و اختلال استرس پس از تروما در دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($p < 0.01$).

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۸۷، به تفکیک وضعیت اختلال استرس پس از تروما

| نتیجه آزمون | غیرمبتلا به اختلال استرس پس از زایمان | | مبتلا به اختلال استرس پس از زایمان | | گروه | مشخصات جمعیت‌شناختی |
|-------------|---------------------------------------|------|------------------------------------|------|---------------------|---------------------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | |
| $p = 0.61$ | ۸ | ۱۱ | ۱۰ | ۸ | کمتر از ۲۰ | سن به سال |
| | ۲۶/۱ | ۳۶ | ۳۲/۵ | ۲۶ | ۲۰-۲۵ | |
| | ۴۶/۴ | ۶۴ | ۳۶/۳ | ۲۹ | ۲۵-۳۰ | |
| | ۱۴/۵ | ۲۰ | ۱۷/۵ | ۱۴ | ۳۰-۳۵ | |
| | ۵/۱ | ۷ | ۳/۸ | ۳ | بیشتر از ۳۵ | |
| $p = 0.006$ | ۱/۴ | ۲ | ۲/۵ | ۲ | بی‌سواد | میزان تحصیلات |
| | ۱۱/۶ | ۱۶ | ۱۱/۳ | ۹ | ابتدایی | |
| | ۲۱ | ۲۹ | ۳۲/۸ | ۲۷ | راهنمایی و دبیرستان | |
| | ۴۴/۲ | ۶۱ | ۴۷/۵ | ۳۸ | دیپلم | |
| | ۲۱/۷ | ۳۰ | ۰/۵ | ۴ | دانشگاهی | |
| $p = 0.15$ | ۸۷/۷ | ۱۲.۱ | ۹۳/۸ | ۷۵ | خانه‌دار | وضعیت اشتغال |
| | ۱۲/۳ | ۱۷ | ۶/۳ | ۵ | شاغل | |
| $p = 0.002$ | ۳۹/۱ | ۵۴ | ۵۸/۸ | ۴۷ | ناکافی | میزان درآمد |
| | ۳۱/۹ | ۴۴ | ۳۱/۲ | ۲۵ | تاحدودی کافی | |
| | ۲۹ | ۴۰ | ۱۰ | ۸ | کافی | |

جدول ۲- توزیع فراوانی میزان حمایت اجتماعی دریافتی زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۸۷ به تفکیک وضعیت اختلال استرس پس از تروما

| نتیجه آزمون | غیرمبتلا به PTSD | | مبتلا به PTSD | | وضعیت مبتلا به اختلال استرس | حمایت اجتماعی دریافتی |
|-------------|------------------|------|---------------|------|-----------------------------|---|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | | |
| $p < 0.001$ | ۲۶/۸ | ۳۷ | ۰ | ۰ | خوب | میزان حمایت اجتماعی دریافتی کلی |
| | ۷۰/۳ | ۹۷ | ۵۸/۸ | ۴۷ | نسبتاً خوب | |
| | ۲/۹ | ۴ | ۴۱/۲ | ۳۳ | ضعیف | |
| $p < 0.01$ | ۱۰۰ | ۱۳۸ | ۹۵ | ۷۶ | خوب | میزان حمایت اجتماعی توسط همسر بعد از زایمان |
| | ۰ | ۰ | ۰/۵ | ۴ | ضعیف | |

جدول ۳- توزیع فراوانی عوامل مستعدکننده نوزادی در زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۸۷ به تفکیک وضعیت اختلال استرس پس از ترومای زایمان

| نتیجه آزمون | غیرمبتلا | | مبتلا | | وضعیت اختلال استرس | |
|-------------|----------|-------|-------|-------|--------------------|---------------------------------|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | مستعدکننده نوزادی | |
| $p=0/009$ | ۲۳/۲ | ۳۲ | ۴۰ | ۳۲ | دارد | سابقه بروز بیماری در نوزاد |
| | ۷۶/۸ | ۱۰۶ | ۶۰ | ۴۸ | ندارد | |
| $p<0/001$ | ۸۸/۴ | ۱۲۲ | ۶۲/۵ | ۵۰ | شیر مادر | نوع تغذیه نوزاد |
| | ۵/۱ | ۷ | ۱۳/۸ | ۱۱ | شیر خشک | |
| | ۶/۵ | ۹ | ۲۳/۸ | ۱۹ | تأم | |
| $p<0/001$ | ۵/۸ | ۸ | ۲۳/۸ | ۲۷ | دارد | مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد |
| | ۹۴/۲ | ۱۳۰ | ۶۶/۳ | ۵۳ | ندارد | |
| $p<0/005$ | ۹۶/۴ | ۱۳۳ | ۸۳/۷ | ۶۷ | ترم | وضعیت نوزاد |
| | ۲/۹ | ۴ | ۱۳/۸ | ۱۱ | پره ترم | |
| | ۰/۷ | ۱ | ۲/۵ | ۲ | پست ترم | |

جدول ۴- توزیع فراوانی عوامل مستعدکننده مامایی و حوادث استرس‌آور زندگی در زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر بوشهر در سال ۱۳۸۷ به تفکیک وضعیت اختلال استرس ترومای زایمان

| نتیجه آزمون | غیرمبتلا | | مبتلا | | وضعیت اختلال استرس | |
|-------------|----------|-------|-------|-------|---------------------------------|---|
| | درصد | تعداد | درصد | تعداد | عوامل مستعدکننده مامایی و حوادث | |
| $p<0/001$ | ۴۳/۵ | ۶۰ | ۷۳/۸ | ۵۹ | دارد | حوادث استرس‌آور زندگی طی یک سال اخیر |
| | ۵۶/۵ | ۷۸ | ۲۶/۲ | ۲۱ | ندارد | |
| $p<0/001$ | ۳/۶ | ۵ | ۲۳/۸ | ۱۹ | دارد | فاصله کمتر از دو سال بین دو حاملگی اخیر |
| | ۹۶/۴ | ۱۳۳ | ۷۶/۲ | ۶۱ | ندارد | |
| $p<0/001$ | ۲۷/۵ | ۳۸ | ۵۹/۲ | ۴۱ | دارد | وجود عارضه در دوران بارداری |
| | ۷۲/۵ | ۱۰۰ | ۴۸/۸ | ۳۹ | ندارد | |
| $p<0/007$ | ۸۳/۳ | ۱۱۵ | ۶۷/۵ | ۵۴ | دارد | تمایل مادر به حاملگی اخیر |
| | ۱۶/۷ | ۲۳ | ۳۲/۵ | ۲۶ | ندارد | |
| $p<0/003$ | ۸۴/۸ | ۱۱۷ | ۶۷/۵ | ۵۴ | دارد | تمایل همسر به حاملگی اخیر |
| | ۱۵/۲ | ۲۱ | ۳۲/۵ | ۵۶ | ندارد | |
| $p<0/001$ | ۱۴/۸ | ۱۹ | ۳۹/۲ | ۲۹ | دارد | عوارض پس از زایمان |
| | ۸۶/۲ | ۱۱۹ | ۶۳/۸ | ۵۱ | ندارد | |

بحث و نتیجه‌گیری

درپاره مشخصات جمعیت‌شناختی در مطالعه Adewuya و همکاران همانند مطالعه کنونی ارتباطی بین عامل سن مادر با اختلال استرس پس از ترومای زایمان دیده نشد (۹). البته زنان مورد بررسی همه در سنین باروری قرار دارند و احتمالاً چون از نظر هورمونی

شرایط مشابهی دارند رابطه‌ای با سن نشان داده نشده است. همچنین در مطالعه یاد شده ارتباط معناداری بین میزان تحصیلات و اختلال استرس پس از ترومای زایمان نیافتند، در حالی که در مطالعه حاضر رابطه معنادار بود. در مطالعه Maggioni و همکاران ارتباطی بین هیچ یک از عوامل جمعیت‌شناختی با اختلال

از زایمان دچار بودند (۹). در مطالعه Maggioni و همکاران این میزان حدود ۲/۴٪ بود (۱۰). تفاوت مشاهده شده علاوه بر تفاوت در ساختار جمعیت، معیارهای ورود به مطالعه، زمان و ابزار سنجش، این بوده که در کلیه مطالعات اختلال استرس پس از تروما در جمعیت کلی که شامل جمعیت سالم و بیمار می‌باشد، سنجیده شده در حالی که در مطالعه کنونی پس از تشخیص اولیه و مثبت شدن معیار A (۵/۵۴٪)، زنان مورد مطالعه از میان جمعیت ۲۱۸ نفری دارای زایمان تروماتیک انتخاب و بعد شیوع PTSD در بین آنها محاسبه گردید و به همین دلیل در این مطالعه شیوع اختلال استرس پس از تروما ۲۰٪ محاسبه شد. چون هدف ما محاسبه میزان شیوع در زنانی بوده که زایمان تروماتیک را تجربه نموده‌اند و این در حالی است که کلیه مطالعات اختلال استرس پس از زایمان را به طور کلی بررسی کرده‌اند و مثل مطالعه ما زایمان‌های تروماتیک را جدا نکرده‌اند.

درباره دریافت حمایت اجتماعی پس از زایمان، همانند نتایج حاصل از مطالعه حاضر، نتایج مطالعه Creedy و همکاران نیز حاکی از این است که بین حمایت اجتماعی از جانب همسر و اختلال پس از زایمان ارتباط معناداری وجود دارد (۲۰). Cigoli و همکاران معتقدند که سطوح پایین حمایت اجتماعی از طرف اعضای خانواده و کارکنان پزشکی با تجربه علایم اختلال پس از زایمان مرتبط می‌باشد (۱۵). حمایت اجتماعی به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روانی و روحی افراد اثر می‌گذارد. بنابراین لزوم توجه بیشتر به مادران

استرس پس از تروما مشاهده نشد (۱۰). در مطالعه دیگری که توسط Cohen و همکاران انجام یافته، از میان عوامل جمعیت‌شناختی، بین میزان درآمد با اختلال استرس پس از زایمان ارتباط معناداری مشاهده شده است (۱۸). Soet و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که درآمد پایین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای ابتلا به اختلال استرس پس از ترومای زایمان باشد (۱۹). طبق یافته‌های پژوهش ما نیز میزان درآمد خانواده با اختلال استرس پس از زایمان رابطه معناداری داشت. بنابراین یکی از عوامل مؤثر در بروز اختلال استرس پس از ترومای زایمان می‌تواند کافی نبودن درآمد یا عدم رضایت از درآمد باشد.

Creedy و همکاران گزارش کردند که حدود ۳۳٪ از زنان زایمان را به صورت حادثه‌ای تروماتیک تجربه می‌کنند (۲۰)، این در حالی است که Soet و همکاران میزان شیوع زایمان تروماتیک را ۲۴٪ ذکر کردند (۱۹). میزان زایمان تروماتیک در مطالعه ما ۵/۵۴٪ بود که این افزایش می‌تواند به دلیل تفاوت در ساختار جمعیت‌های مورد مطالعه از نظر آسیب‌پذیری، محرومیت منطقه جغرافیایی مورد مطالعه (بوشهر) و از نظر چگونگی ارائه خدمات به مادران باردار و تفاوت در ابزار اندازه‌گیری باشد. بیش از یک سوم از زنانی که زایمان تروماتیک داشتند (۳۶/۷٪) بین هفته ۸-۶ پس از زایمان به اختلال استرس پس از تروما مبتلا شدند و از کل زنان مراجعه‌کننده ۲۰٪ دچار اختلال استرس پس از تروما بودند. در مطالعه Adewuya و همکاران مجموعاً ۵/۹٪ از زنان در ۶ هفته پس از زایمان به اختلال استرس پس

پس از زایمان به خصوص از جانب همسر و سایر اعضای خانواده ضرورت دارد.

در مورد عوامل نوزادی مرتبط با اختلال استرس پس از تروما علی‌رغم فقدان ارتباط آماری معنادار بین جنس نوزاد و اختلال استرس ترومای زایمان رضایت پدر و مادر از جنسیت نوزاد، هر دو با PTSD رابطه معنادار نشان داد. مطالعات انجام شده در جوامع غربی بین رضایت از جنسیت نوزاد و اختلالات روانی پس از زایمان رابطه‌ای نشان نداده‌اند (۹)، اما نتیجه تحقیقات در جوامع شرقی، مانند هند و چین نشان داده که نارضایتی از جنس نوزاد به خصوص زمانی که نوزاد دختر باشد در ایجاد اختلالات روانی پس از زایمان نقش مؤثری دارد (۱۴). با توجه به فرهنگ جامعه شهرهایی مانند بوشهر که مطالعه در آن جا انجام شده و حساسیت آنان برای تولد پسر احتمالاً تولد دختر با عکس‌العمل‌های شایسته‌ای از سوی اطرافیان همراه نبوده که این خود نیز نیاز به فرهنگ‌سازی بیشتر را می‌طلبد.

Hynan و Callahan نشان دادند که ابتلا به اختلال استرس پس از تروما در مادران نوزادان پر خطر و نارس نسبت به مادران با نوزادان ترم و سالم بیشتر است (۲۱). در مطالعه ما از بین متغیرهای نوزادی، مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد دارای قدرت پیش‌گویی‌کنندگی بالایی برای ابتلا به اختلال استرس پس از تروما بود. Holditch-Davis و همکاران نتیجه گرفتند که مشکلات نوزادان نارس بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌تواند سبب بروز علایم انگیزشی اختلال استرس بعد از تروما همچون مشکلات خواب و

اضطراب منتشر در مادران شود. این مادران دائماً دچار احساس ترس از احتمال مرگ نوزاد و ابتلا او به بیماری می‌شدند (۲۲).

در مطالعه ما نسبت شانس ابتلا به اختلال استرس پس از تروما در کسانی که حوادث استرس‌آور زندگی داشتند نسبت به کسانی که چنین سابقه‌ای نداشتند، حدود پنج برابر بیشتر بود (OR=۵/۲۳ CI=۱/۴۰-۱۹/۴۶) Cohen و همکاران نیز وجود دو مورد یا بیشتر از حوادث استرس‌آور زندگی را یکی از عوامل پیشگویی‌کننده قوی برای ابتلا به اختلال استرس پس از ترومای زایمان نشان دادند (۱۸). اما بر خلاف یافته‌های پژوهش حاضر در مطالعه Adewuya و همکاران ارتباط معنادار آماری بین استرس پس از تروما و حوادث استرس‌آور زندگی طی ۱۲ ماه اخیر دیده نشد (۹). این اختلاف شاید به دلیل تفاوت در ساختار جمعیت‌های مورد مطالعه و مناطق جغرافیایی باشد و با توجه به این که عوارض حوادث استرس‌آور زندگی تحت تأثیر مسایل فرهنگی و اجتماعی قرار دارد، چگونگی برخورد با آن در جوامع مختلف متفاوت بوده و انتظار نتایج متفاوت منطقی خواهد بود.

از بین عوامل مختلف بررسی شده در این مطالعه، فاصله کمتر از ۲ سال بین دو بارداری اخیر (OR=۲۰/۹۶) دارای نسبت شانس بیشتری برای ابتلا به اختلال استرس پس از تروما نسبت به عوامل دیگر مامایی می‌باشد. از بین عوامل نوزادی نیز مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد دارای بیشترین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی برای ابتلا به اختلال استرس پس از تروما بود (OR=۱۴/۳۱). فاصله کم بین

باید رفتارهای مادر با نوزاد را هوشیارانه مورد توجه قرار دهند. همچنین اگر پرسشنامه‌های استاندارد شده در کشور خودمان در همان مراحل اولیه بارداری توسط مشاوران مامایی مراکز خدمات بهداشتی درمانی تکمیل شود، شناسایی زنان در معرض خطر زودتر انجام یافته و با مراقبت‌ها و پیگیری‌های ویژه یا در صورت لزوم ارجاع به مراکز تخصصی، از ابتلا مادران به اختلالات استرسی پیشگیری به عمل می‌آید.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۲۵۰/۲۹۲۶ مورخ ۱۳۸۶/۵/۹ می‌باشد، بدین‌وسیله از کلیه مسئولان و ارایه‌دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی درمانی شهری و شهری- روستایی و مرکز بهداشتی شهر بوشهر که در این راه همکاری نمودند، تشکر نموده از پرسشگران و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سایر مسئولان که به نحوی در راه پیشبرد این طرح همکاری کردند، قدردانی می‌نماید.

زایمان‌ها مادران را از هر نظر از جمله روحی - روانی ضعیف‌تر می‌کند و مشکلات مربوط به مراقبت از نوزاد نیز وقتی به آن اضافه شود انتظار ابتلا به اختلال استرس پس از تروما بیشتر خواهد بود.

از بین عوامل روحی- روانی، حوادث استرس‌آور زندگی طی یک سال اخیر (OR=۵/۲۳) بیشترین شانس ابتلا به اختلال استرس پس از ترومای زایمان را نشان داد. در نهایت می‌توان نتیجه‌گیری نمود که زایمان علی‌رغم این که یک امر طبیعی است، در بعضی از زنان یک تجربه تروماتیک محسوب می‌شود و در این صورت می‌تواند منجر به ابتلا به اختلالات استرسی پس از تروما شود. لذا زایمان و سازگاری با نوزاد تازه متولد شده را شاید بتوان حساس‌ترین مراحل در زندگی یک زن دانست و تجربه استرس‌های هیجانی در این دوران در صورت عدم حمایت و عدم همراهی، اثرات زیانباری برای سلامتی مادر و نوزاد خواهد داشت. بنابراین توصیه می‌شود که مادران از این نظر توسط ارایه‌دهندگان خدمات مامایی به خصوص در پیگیری‌های پس از زایمان مورد بررسی بیشتر قرار گیرند. ماماها

منابع

- 1 - Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth*. 2001 Jun; 28(2): 111-8.
- 2 - Kaplan HL, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. P. 1228.
- 3 - Beck CT, Driscoll JW. *Postpartum mood and anxiety disorders*. London: Jones and Bartlett; 2006. P. 54, 182.
- 4 - Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the Clinician-Administered PTSD scale. *J Trauma Stress*. 2000 Apr; 13(2): 181-91.
- 5 - Kring AM, Davidson GC, Neale JM, Johnson SL. *Abnormal Psychology*. 10th ed. New York: John Wiley & Sons; 2006.
- 6 - Dorland NW. *Dorland's pocket medical dictionary*. 26th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. P. 85.

- 7 - Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005 Mar; 32(1): 11-9.
- 8 - Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol*. 2000 Mar; 39 (Pt 1): 35-51.
- 9 - Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG*. 2006 Mar; 113(3): 284-288.
- 10 - 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.
- 11 - Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*. 2003 May; 8(2): 159-168.
- 12 - Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res*. 2004 Jul-Aug; 53(4): 216-24.
- 13 - Blenning CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. *Am Fam Physician*. 2005 Dec 15; 72(12): 2491-6.
- 14 - 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.
- 15 - Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Jun; 27(2): 91-7.
- 16 - Gamble JA, Creedy DK, Webster J, Moyle W. A review of the literature on debriefing or non-directive counseling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*. 2002 Mar; 18(1): 72-79.
- 17 - Mirzamani M, Mohammadi MR, Besharati MR. [Application of the PTSD Symptoms Scale (PSS) For Iranian PTSD Patients]. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran (MJIRI)*. Winter 2006; 19(4): 345-348. (Persian)
- 18 - Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004 Apr; 13(3): 315-24.
- 19 - Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003 Mar; 30(1): 36-46.
- 20 - Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000 Jun; 27(2): 104-110.
- 21 - Callahan JL, Hynan MT. Identifying mothers at risk for postnatal emotional distress: further evidence for the validity of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire. *J Perinatol*. 2002 Sep; 22(6): 448-54.
- 22 - Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003 Mar-Apr; 32(2): 161-71.