

بررسی اختلال استرس پس از ضربه در مبتلایان به پره اکلامپسی به تفکیک نوع زایمان

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

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲

خلاصه

مقدمه: بروز بیماری های روانی از جمله اضطراب، اختلالات وسواسی و خلقی در دوره بارداری و دوره پس از زایمان بیشتر است. یکی از اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از ضربه می باشد. شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال پره اکلامپسی در مطالعات مختلف ۲۸٪ گزارش شده است. از آنجایی که در افراد مبتلا به پره اکلامپسی در اغلب موارد، لزوم ختم بارداری زودرس توسط سزارین وجود دارد و با توجه به نتایج متناقض در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال استرس پس از ضربه در مبتلایان به پره اکلامپسی به تفکیک نوع زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۰۰ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی بستری در زایشگاه های بیمارستان های دولتی مشهد انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و در سه گروه زایمان واژینال، سزارین انتخابی و سزارین اورژانس قرار گرفتند و از نظر اختلال استرس پس از ضربه زایمان با هم مقایسه شدند. اختلال استرس پس از ضربه توسط پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه حول و حوش تولد و در هفته ۶ پس از زایمان سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری کای اسکور و ANOVA انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: فراوانی اختلال استرس پس از ضربه در سه گروه معنادار بود (زایمان طبیعی ۳۵/۷ درصد، سزارین انتخابی صفر درصد، سزارین اورژانس ۱۵/۸ درصد). فراوانی اختلال در گروهی که زایمان واژینال داشتند از همه بیشتر و در گروهی که سزارین انتخابی داشتند وجود نداشت (p=۰/۰۳۲). ولی میانگین نمره اختلال در سه گروه معنی دار نبود (زایمان طبیعی ۵/۰±۲/۳، سزارین انتخابی ۴/۱±۰/۴، سزارین اورژانس ۴/۶±۲/۸).

نتیجه گیری: میانگین و شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال زایمان واژینال نسبت به سزارین انتخابی و اورژانس بیشتر بود، لذا پیشنهاد می شود علل احتمالی شناسایی و جهت رفع آن اقدام شود.

کلمات کلیدی: پره اکلامپسی، فشار ناشی از ضربه های روانی، نوع زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا عابدیان؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۵۰۳۰۳۳۷؛ پست الکترونیک:

Abedianz@mums.ac.ir

مقدمه

استرس در تمام تاریخ، آشناترین همراه بشر بوده و گویی زندگی بدون استرس، ماهیتی بی مفهوم به نظر می رسد. استرس، واکنشی انطباقی متأثر از ویژگی های شخصی یا فرآیندهای روان شناختی می باشد که در نتیجه هر فعالیت خارجی، شرایط ویژه و یا حادثه ای فعال شده و بازتاب های فیزیکی یا روانی خاصی را بر فرد تحمیل می کند. زنان علاوه بر استرس های معمول، استرس پس از زایمان را نیز تجربه می کنند و بارداری را نیز می توان یک دوره بحرانی از زندگی زنان به شمار آورد و آن را یک استرس محسوب کرد، زیرا در این دوره تغییرات مهم تشریحی، فیزیولوژیکی و روانی در مادر ایجاد شده و تطابق با آن ها مشکل است، لذا امکان بروز بیماری های روانی از جمله اضطراب، ترس مرضی، اختلالات وسواسی و خلقی در این دوره و دوره پس از زایمان بیشتر است (۱-۲).

یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از ضربه^۱ می باشد که اختلال استرس پس از ضربه زایمان اولین بار توسط بیدلوسکی و راثول دووال توصیف شد (۳-۴) و شامل علائمی است که بعد از حادثه ای خاص اتفاق می افتد و در آن حادثه خطر آسیب شدید، مرگ یا صدمه فیزیکی برای شخص وجود داشته باشد (۵-۷). در این شرایط، شخص با علائمی نظیر ترس شدید، عجز و ناتوانی، کرحتی، بی تفاوتی، تحریک پذیری و اختلالات خواب و تمرکز واکنش نشان می دهد. فرد واقعه را به طور دائم در ذهن خود مجسم می کند و در عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (۶، ۸). اگر این علائم بیش از ۴ هفته طول کشید، اصطلاح اختلال استرس پس از ضربه به آن اطلاق می شود. علائم اصلی این اختلال شامل تجربه مجدد شرایط تنش زا (به عنوان مثال یادآوری خاطرات استرس زا و مزاحم، بازگشت به گذشته و کابوس)، اجتناب از افکار و موقعیت هایی که برای فرد یادآوری کننده است و علائم برانگیختگی (مانند مشکلات خواب، تحریک پذیری و اشکال در تمرکز) می باشد (۷، ۹-۱۰).

¹ Posttraumatic stress disorder

شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال زایمان ۶-۱/۵ درصد (۶-۷، ۱۱) و به دنبال پره اکلامپسی ۲۸ درصد گزارش شده است (۱۲). در مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلال شیوع بالایی داشته است. از جمله در مطالعه مدرس و همکاران (۲۰۱۰)، شیوع آن به دنبال زایمان ۲۰ درصد و به دنبال زایمان تروماتیک ۳۷/۷ درصد بود (۶). اختلال استرس پس از ضربه، دلایل مختلفی دارد که یکی از این عوامل احتمالی، نوع زایمان می باشد. رابطه نوع زایمان با اختلال استرس پس از ضربه در مطالعات متناقض است. در مطالعه لسانیگز (۲۰۰۴)، ارتباطی بین نوع زایمان با اختلال استرس گزارش نشد (۱۳)، در حالی که در مطالعه آدوویا و همکاران (۲۰۰۶) این رابطه معنادار بود (۳). در مطالعه فورده و همکاران (۲۰۱۰) نیز نشانه های اختلال استرس پس از ضربه با نوع زایمان مرتبط بود (۱۴). امروزه میزان جراحی های مامایی و به ویژه سزارین در حال افزایش است. میزان مرگ و میر مادران پس از سزارین ۲ تا ۴ برابر و عوارض جسمی پس از آن نیز نسبت به زایمان طبیعی شایع تر و شدیدتر است. تاکنون مطالعات محدودی در مورد عوارض روحی سزارین و دیگر جراحی های مامایی انجام شده است. در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۷) میزان افسردگی پس از زایمان در زایمان سزارین دو برابر زایمان طبیعی بود (۱۵). از آنجایی که در افراد مبتلا به پره اکلامپسی در اغلب موارد لزوم ختم بارداری زودرس توسط سزارین وجود دارد (۷) و با توجه به نتایج متناقض، مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلال استرس پس از ضربه در مبتلایان به پره اکلامپسی به تفکیک نوع زایمان انجام شد، به امید اینکه نتایج این پژوهش گامی در جهت سلامت مادران در دوره پس از زایمان باشد.

روش کار

این مطالعه توصیفی از ۱۳ خرداد تا پایان شهریور ماه سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۰۰ زن باردار مبتلا به پره اکلامپسی بستری شده در زایشگاه های بیمارستان های دولتی مشهد (بیمارستان امام رضا (ع)، بیمارستان قائم (عج)، بیمارستان ام البنین (س) و بیمارستان هاشمی نژاد)

انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه لسائیکز و همکاران با احتساب ۲۷ درصد ریزش نمونه در مطالعه وی، ۱۰۰ نفر تعیین شد. نمونه گیری به روش در دسترس و پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و ارائه معرفی نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد به مسئولین محیط پژوهش انجام شد. چون امکان این که پژوهشگر در یک روز به هر ۴ بیمارستان نام برده مراجعه کند، وجود نداشت و از آنجایی که اکثر افراد مبتلا به پره اکلامپسی در بیمارستان های قائم (عج) و امام رضا (ع) بستری بودند، پژوهشگر هر روز به بیمارستان های قائم و امام رضا (ع) مراجعه می کرد و از طریق تماس تلفنی نیز از افراد بستری شده مبتلا به پره اکلامپسی در بیمارستان هاشمی نژاد و ام البنین (س) مطلع می شد، سپس با مراجعه به این بیمارستان ها، از بین مادران واجد شرایط که در زایشگاه و بخش زنان بستری بودند، نمونه گیری می کرد. در مرحله بعد، پژوهشگر به بخش زنان و جراحی زنان مراجعه می کرد تا "فرم اطلاعات مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس زایمان" را در کسانی که زایمان کرده بودند، تکمیل کند. برای مراجعه بعدی نیز هماهنگی لازم به عمل می آمد و از واحدهای پژوهش خواسته می شد 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 می شد و افراد از نظر معیارهای خروج حین مطالعه نیز بررسی می شدند. اگر مادر در زمان موعد مراجعه نمی کرد، پژوهشگر با هماهنگی قبلی به درب منزل وی مراجعه و پرسشنامه ها را تکمیل می کرد.

واحدهای پژوهش، مادران بالای ۱۸ سال با بارداری ترم و تک قلو بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زانی بود که 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. ابزار پژوهش در این مطالعه فرم مشخصات فردی- بارداری، فرم اطلاعات مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان، فرم اطلاعات مادر و نوزاد در هفته ۲ پس از

زایمان، پرسشنامه حمایت اجتماعی پس از زایمان و پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه بود. پرسشنامه مشخصات فردی- بارداری شامل سؤالاتی در مورد مشخصات فردی، اطلاعات مربوط به بارداری و فرم اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول حاوی سؤالاتی شامل نوع زایمان، نمره درد زمان بستری و انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه نوزادان بود. فرم اطلاعات مربوط به مادر و نوزاد در هفته ۲ پس از زایمان حاوی سؤالاتی شامل روش تغذیه نوزاد، رضایت از جنس نوزاد و جنس نوزاد بود. ابزار حمایت اجتماعی پس از زایمان نیز یک ابزار پژوهشگر ساخته و خلاصه شده ابزار هاپکینز (۲۰۰۸) مشتمل بر ۲۰ سؤال بود که سؤالات به شکل لیکرت ۵ نقطه ای: هرگز (۰)، به ندرت (۱)، معمولاً (۲)، بیشتر اوقات (۳) و همیشه (۴) طبقه بندی می شود. پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه (PPQ)^۱ نیز شامل ۱۴ سؤال است که به صورت بلی و خیر تکمیل می شود، افرادی که نمره بالای ۶ از ابزار اختلال استرس پس از ضربه کسب کردند، مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه در نظر گرفته شدند و جهت درمان به روانپزشک ارجاع داده شدند. روایی فرم ها به روش روایی محتوا تعیین شد. بدین ترتیب که این فرم ها جهت ارزیابی در اختیار ۱۰ نفر از صاحب نظران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد (۴ روانپزشک و ۶ هیئت علمی گروه مامایی) قرار گرفتند و پس از اعمال اصلاحات لازم، در مطالعه استفاده شدند. فرم مشخصات فردی- بارداری، فرم اطلاعات مادر و نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان و فرم اطلاعات مادر و نوزاد در هفته ۲ پس از زایمان، عینی بوده و به کرات در مطالعات متعدد تعیین پایایی شده اند، لذا نیازی به بررسی پایایی مجدد نداشت. پایایی پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه توسط فیلی در کانادا به روش بازآزمایی مجدد با $r=0/92$ و در مطالعه حاضر نیز توسط بازآزمایی با فاصله ۳ روز بر روی ۱۰ نفر با $r=0/95$ تأیید شد. پایایی پرسشنامه های حمایت اجتماعی از طریق آلفای کرونباخ بر روی ۱۰ نفر با آلفای کرونباخ $0/90$ تعیین شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای

² Prenatal posttraumatic stress questionnaire

($p=0/461$ ، $p=0/470$ ، $p=0/209$ ، $p=0/988$ ، $p=0/251$) ولی بین تمایل مادر به بارداری و انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه نوزادان در سه گروه تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (به ترتیب $p=0/027$ ، $p=0/001$). مادران اکثر نوزادانی که به بخش مراقبت های ویژه نوزادان منتقل شده بودند، سزارین اورژانس (۱۷ نفر) و مادران نوزادانی که به بخش مراقبت های ویژه نوزادان منتقل نشده بودند، زایمان طبیعی داشتند (۴۹ نفر)، همچنین بارداری ناخواسته در گروه سزارین انتخابی بیشتر از سایر گروه ها بود (۳ نفر) (جدول ۱).

مقایسه عوامل مرتبط با اختلال استرس به تفکیک نوع زایمان از آزمون آماری کای دو، تی مستقل و ANOVA و با کمک نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مطالعه حاضر، افراد سه گروه از نظر جنس نوزاد، روش تغذیه نوزاد، رضایت از جنس نوزاد، سطح تحصیلات، شغل مادر و محل کنترل بارداری تفاوت آماری معنی داری نداشتند (به ترتیب $p=0/638$ ،

جدول ۱- توزیع فراوانی مادران مورد مطالعه بر حسب جنس، رضایت از جنس نوزاد، انتقال نوزاد به بخش مراقبت های ویژه نوزادان و روش تغذیه نوزاد، میزان تحصیلات، شغل، محل مراقبت و تمایل به بارداری به تفکیک نوع زایمان

نتیجه آزمون کای اسکوتر	سزارین اورژانس		سزارین انتخابی		طبیعی		متغیرها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
Df=2 P=0/638	۴۷/۴	۱۸	۶۶/۷	۴	۴۶/۴	۲۶	دختر
	۵۲/۶	۲۰	۳۳/۳	۲	۵۳/۶	۳۰	پسر
Df=4 p=0/988	۴۲/۱	۱۶	۵۰/۰	۳	۴۴/۶	۲۵	بلی
	۵۵/۳	۲۱	۵۰/۰	۳	۵۳/۶	۳۰	فرقی ندارد
	۲/۶	۱	۰	۰	۱/۸	۱	خیر
Df=2 *p=0/001	۴۴/۷	۱۷	۰	۰	۱۲/۵	۷	بلی
	۵۵/۳	۲۱	۱۰۰	۶	۸۷/۵	۴۹	خیر
Df=4 p=0/251	۷۶/۳	۲۹	۶۶/۷	۴	۷۸/۶	۴۴	شیرمادر
	۲/۶	۱	۰	۰	۱۰/۷	۶	شیر مصنوعی
	۲۱/۱	۸	۳۳/۳	۲	۱۰/۷	۶	هر دو
Df=8 P=0/209	۱۳/۲	۵	۳۳/۳	۲	۵/۴	۳	سواد خواندن و نوشتن
	۲۳/۷	۹	۱۶/۷	۱	۱۷/۹	۱۰	ابتدایی
	۱۵/۸	۶	۳۳/۳	۲	۳۳/۹	۱۹	راهنمایی
	۳۶/۸	۱۴	۰	۰	۲۸/۶	۱۶	دیپلم
Df=4 P=0/470	۱۰/۵	۴	۱۶/۷	۱	۱۴/۳	۸	دانشگاهی
	۶۸/۴	۲۶	۸۳/۳	۵	۸۲/۱	۴۶	خانه دار
	۱۸/۴	۷	۰	۰	۱۰/۷	۶	محصل یا دانشجو
df =2 *P=0/027	۱۳/۲	۵	۱۶/۷	۱	۷/۱	۴	شاغل
	۹۲/۱	۳۵	۵۰/۰	۳	۷۸/۶	۴۴	خواسته
	۷/۹	۳	۵۰/۰	۳	۲۱/۴	۱۲	ناخواسته
Df=8 p=0/461	۳۹/۵	۱۵	۸۳/۳	۵	۵۰/۰	۲۸	مراکز بهداشتی درمانی
	۱۰/۵	۴	۱۶/۷	۱	۱۲/۵	۷	پزشک
	۲/۶	۱	۰	۰	۷/۱	۴	ماما
	۴۲/۱	۱۶	۰	۰	۲۶/۸	۱۵	۲و۱
	۵/۳	۲	۰	۰	۳/۶	۲	۳و۱

افراد ۳ گروه از نظر سن مادر، وزن نوزاد، پاریته مادر و نمره حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ تفاوت آماری معنی داری نداشتند (به ترتیب $p=0/050$ ، $p=0/190$ ، $p=0/143$ ، $p=0/070$ ، $p=0/225$) (جدول ۲).

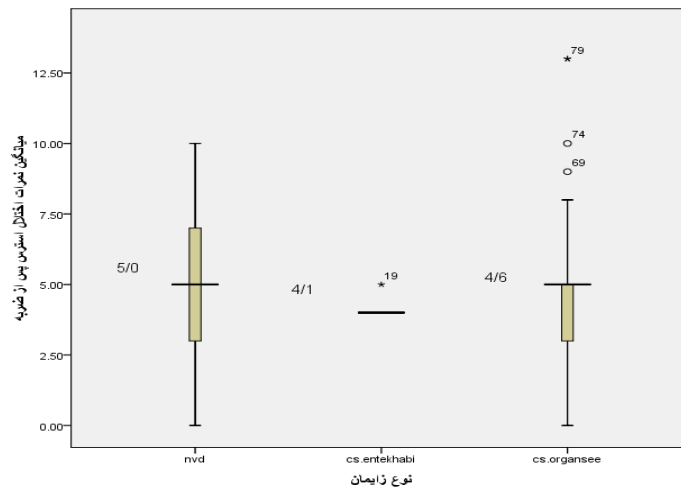
جدول ۲- میانگین وزن نوزادان، پاریته و سن مادر و نمره حمایت اجتماعی در هفته ۲ و ۶ به تفکیک نوع زایمان

نتیجه آزمون ANOVA	گروه								
	کل		سزارین اورژانس		سزارین انتخابی		طبیعی		
	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	تعداد	انحراف معیار ± میانگین	
df=2 P=0/190	100	2924/1±490/8	38	2810/8±537/1	6	2945/0±382/2	56	2998/8±460/0	وزن نوزاد (گرم)
df=2 P=0/143	100	0/86±1/2	38	0/71±1/0	6	1/8±1/3	56	0/85±1/3	پاریته
df=2 P=0/050	100	27/1±5/7	38	26/5±5/9	6	32/6±6/5	56	27/0±5/3	سن (سال)
df=2 P=0/070	100	33/8±12/4	38	37/7±14/6	6	29/8±15/7	56	31/6±11/8	حمایت اجتماعی هفته ۲
df=2 P=0/225	100	23/0±9/8	38	25/0±10/6	6	19/1±9/4	56	22/1±9/2	حمایت اجتماعی هفته ۶

افراد ۳ گروه از نظر اختلال استرس پس از ضربه نیز تفاوت معنی داری داشتند، به گونه ای که اکثر افراد دارای اختلال، زایمان واژینال داشتند (۲۰ نفر) ولی بر اساس آزمون ANOVA، بین نمره اختلال در سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p=0/655$) (جدول ۳) (نمودار ۱).

جدول ۳- توزیع فراوانی اختلال استرس پس از ضربه به تفکیک نوع زایمان

نتیجه آزمون کای اسکوئر	کل		سزارین اورژانس		سزارین انتخابی		طبیعی		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
Df=2 *p=0/032	26	26	15/8	6	0	0	35/7	20	اختلال دارد
	74	74	84/2	32	100/0	6	64/3	36	اختلال ندارد
	100	100	100	38	100	6	100	56	کل



نمودار ۱- میانگین نمره اختلال استرس پس از ضربه به تفکیک نوع زایمان

شدیدتری از اختلال را همانند مطالعه حاضر داشتند که از لحاظ آماری نیز معنی دار بود. در مطالعه ایل و همکاران (۲۰۱۱) و لسائیکز و همکاران (۲۰۰۴)، اختلال استرس پس از ضربه با نوع زایمان مرتبط نبود (۱۳)، از بین مطالعات ذکر شده، فقط مطالعه لسائیکز و همکاران (۲۰۰۴) به صورت مستقیم اختلال استرس پس از ضربه را به تفکیک نوع زایمان مقایسه کرده است که همانند مطالعه حاضر ارتباط بین این متغیرها معنی دار نشد. البته در مطالعه لسائیکز و همکاران (۲۰۰۴) بالاترین نمره مربوط به سزارین انتخابی و کمترین نمره مربوط به زایمان واژینال بود (۱۳) در حالی که در مطالعه حاضر بالاترین نمره مربوط به زایمان واژینال و کمترین نمره مربوط به سزارین انتخابی بود. لسائیکز و همکاران (۲۰۰۴)، انتظار داشتند که بالاترین نمره مربوط به سزارین اورژانس باشد. به نظر محقق علت بالاتر بودن نمره اختلال به دنبال زایمان واژینال در مطالعه حاضر، عدم استفاده از بی دودی های مؤثر باشد. زیرا در مطالعه حاضر بیشترین درد را زمان بستری، افرادی که زایمان واژینال داشتند و کمترین درد را نیز افرادی که سزارین انتخابی شدند، کسب کرده بودند، که از لحاظ آماری نیز معنی دار شد. در سزارین اورژانس نیز به دلیل این که فرد آمادگی لازم و کافی را از قبل ندارد، انتظار نمرات بالاتری از اختلال را نسبت به سزارین انتخابی داریم. همچنین میانگین نمرات اختلال استرس پس از ضربه در هر سه گروه نسبت به مطالعه لسائیکز بالاتر بوده و با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. دلیل این تفاوت ها نیز می تواند ناشی از تفاوت جامعه مورد مطالعه باشد، زیرا در مطالعه حاضر اختلال استرس پس از ضربه در زنان مبتلا به پره اکلامپسی بررسی شده است که علاوه بر زایمان، استرس اضافی دیگری را نیز دارند. بیماری مادر و انتظار حول و حوش زایمان و داشتن نوزاد پره ترم، در مجموع باعث صدمه جسمی و روانی به مادر می شود، بنابراین انتظار بالاتر بودن میانگین اختلال استرس در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه لسائیکز قابل توجیه است.

از نقاط قوت این مطالعه می توان به آینده نگر بودن آن و کنترل عواملی مانند حمایت اجتماعی پس از زایمان

متغیرهایی که در سه گروه تفاوت معنی داری داشتند، رابطه آنها با اختلال استرس پس از ضربه و میانگین نمره اختلال سنجیده شد. بین تمایل به بارداری و بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان با اختلال استرس پس از ضربه و میانگین نمره اختلال، ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت (به ترتیب $p=0/849$ ، $p=0/898$)، البته میانگین نمره اختلال در مادرانی که نوزادشان در بخش مراقبت های ویژه نوزادان بستری شده بودند و در مادرانی که بارداری برنامه ریزی نشده داشتند، بیشتر بود. بین سن مادر و اختلال استرس پس از ضربه اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($p=0/556$).

بحث

در مطالعه حاضر بین تمایل به بارداری و بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت های ویژه نوزادان با اختلال استرس پس از ضربه رابطه آماری معنی داری وجود نداشت. در حالی که در مطالعه آدووپا و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه مدرس و همکاران، ارتباط بین تمایل به بارداری و اختلال استرس پس از ضربه معنی دار بود (۳). البته در مطالعه حاضر میانگین نمره اختلال در کسانی که بارداری ناخواسته داشتند، بیشتر بود. در مطالعه حاضر همانطور که قبلاً نیز اشاره شد، بین وجود یا عدم وجود اختلال استرس پس از ضربه در سه گروه، تفاوت آماری معنی داری یافت شد، به گونه ای که فراوانی اختلال در گروهی که زایمان واژینال داشتند، بیشتر از سایر گروه ها و در گروهی که زایمان سزارین انتخابی داشتند، وجود نداشت. البته میانگین نمره اختلال در سه گروه معنی دار نبود ولی میانگین نمره اختلال در گروه زایمان واژینال بیشترین و در سزارین انتخابی، کمترین بود. در مطالعه آدووپا و همکاران (۲۰۰۵) و مطالعه سودورکوئیست و همکاران (۲۰۰۹) بر خلاف مطالعه حاضر بین نمره اختلال استرس پس از ضربه و نوع زایمان رابطه معنی دار بود (۱۶). در مطالعه سودورکوئیست و همکاران (۲۰۰۹)، بالاترین نمره اختلال مربوط به سزارین اورژانس و کمترین نمره مربوط به سزارین انتخابی بود (۱۶). در مطالعه فورد و همکاران (۲۰۱۰)، افرادی که زایمان واژینال داشتند، نشانه های

دست آمده در رابطه نوع زایمان و اختلال استرس پس از ضربه، نشان می دهد این موضوع نیاز به بررسی های بیشتر در جامعه های آماری مختلف دارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه دانشجویی به شماره قرارداد ۹۰۰۹۵۵ و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه است و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. بدینوسیله از کلیه مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی مشهد کمال تشکر و قدردانی را دارم.

در هفته ۲ و ۶ اشاره کرد. از جمله محدودیت های این مطالعه نیز حجم نمونه پایین و نمونه گیری در دسترس بود، به همین دلیل تعداد نمونه ها در سه گروه برابر نبودند. همچنین با توجه به پیگیری تا ۶ هفته پس از زایمان و معیارهای سختگیرانه ورود و خروج نمونه، قابلیت تعمیم یافته ها تا حد زیادی کاهش می یابد.

نتیجه گیری

میانگین و شیوع اختلال استرس پس از ضربه به دنبال زایمان واژینال نسبت به سزارین انتخابی و اورژانس بیشتر بود، لذا پیشنهاد می شود علل احتمالی شناسایی و جهت رفع آن اقدام شود. همچنین نتایج متفاوت به

منابع

1. Aziz-Zadeh FM, Mohammad Alizadeh S, Sultan Ahmedi Z, Ghazanfari Z. [Stressor factors of the mothers after delivery] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2009 Winter;12(4):39-45.
2. Nasiri M. [Mental health of prenatal and delivery period]. Tehran:Boshra Publishers;2000:4-5. [in Persian].
3. 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.
4. Bydlowski M, Raoul-Duval A. A psychological avatar disregarded the puerperium: the post-traumatic obstetric nervrose. Perspect Psychiatr 1978; 4:321-8.
5. Copeland LJ, Landon MB. Malignant diseases and pregnancy. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics: normal and problem pregnancies. New York:Churchill Livingstone;2002:1255-81.
6. Modares M, Molayee SM, Keyan FR, Afraseyabi S. [Prevalence of traumatic stress disorder after childbirth and related factors] [Article in Persian]. Hayat; J Nurs Midwifery, Tehran Univ Med Sci 2010;16(3,4):66-76.
7. Engelhard IM, van Rij M, Boullart I, Ekhart THA, Spaanderman MEA, 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.
8. 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.
9. van Pampus MG, Wolf H, 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. Alekseeva N, Horton R, Geller F, McGee J, Minagar A. Psychiatric disorders and pregnancy. In: Minagar A. Neurological disorders and pregnancy. Amsterdam:Elsevier;2011:135-58.
11. Doombos B. Hormones, monoamines and peripartum affective symptoms. Groningen:University of Groningen; .2009.
12. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. Nurs Res 2004 Jul-Aug;53(4):216-24.
13. Lesanics D. Posttraumatic stress symptomatology following emergency Cesarean delivery. St. Louis:John Willy;2004.
14. 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.
15. Dolatian M, Maziar P, Alavi Majd H, Yazdjerdi M. [The relationship between mode of delivery with postpartum depression] [Article in Persian]. J Reprod Fertil 2006 Oct-Dec;7(3):260-8.
16. 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):672-80.
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 Disorders 2011 May;25(4):520-30.