

شیوع اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان در شهرهای جنوب استان آذربایجان غربی و بررسی عوامل مستعدکننده آن

مریم ویژه^۱، دکتر انوشیروان کاظم‌نژاد^۲، صدیقه افراسیابی^۳، مریم روحی^۱، معصومه حسن^۱، دکتر سعید حبیب‌زاده^۴
^۱ مربی گروه مامایی، ^۲ استادیار گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مهاباد، ^۳ استاد گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، ^۴ مربی گروه آموزش مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

مجله پزشکی هرمزگان سال شانزدهم شماره چهارم مهر و آبان ۹۱ صفحات ۳۱۶-۳۰۹

چکیده

مقدمه: زایمان یکی از فاکتورهای استرس‌زا و بی‌نهایت تروماتیک است که می‌تواند منجر به اختلال استرس پس از تروما شود. این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع اختلال استرس پس از تروما ۶-۸ هفته پس از زایمان و عوامل مستعدکننده آن انجام پذیرفته است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۵۷۲ زن بین هفته‌های ۶ تا ۸ پس از زایمان از ۵ شهر استان آذربایجان غربی مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری در دو مرحله ابتدا به صورت تصادفی جهت انتخاب مرکز بهداشتی هر شهر و سپس به صورت در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، عوامل مستعدکننده مامایی، عوامل مستعدکننده نوزادی و عوامل مستعدکننده روانی، پرسشنامه حمایت اجتماعی وینفیلد و تایگمن، پرسشنامه حوادث استرس‌آور زندگی پیکل و مقیاس علائم اختلال استرس پس از تروما می‌باشد. داده‌ها با استفاده از روش‌های توصیفی و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: در این مطالعه میزان شیوع اختلال استرس پس از تروما متعاقب زایمان ۳۹٪ گزارش شد. تعداد حاملگی، طول مدت زایمان، نوع زایمان، دلخواه بودن جنس نوزاد از نظر مادر و همسر، میزان شیرخوردن نوزاد کمتر از حد انتظار، استفاده از داروی اعصاب و روان توسط مادر و تحت نظر روانپزشک بودن همسر، قوی‌ترین پیشگویی کننده‌های احتمال بروز اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان بودند ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: شیوع اختلال استرس پس از تروما در ایران به طور قابل‌تأملی بالاتر از کشورهای دیگر است. این امر لزوم مداخلات هدفمند در جهت کاهش این اختلال را مشخص می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: اختلال استرس پس از تروما - پس از زایمان - زایمان

نویسنده مسئول:

مریم ویژه

دانشکده مامایی دانشگاه آزاد اسلامی

واحد مهاباد

مهاباد - ایران

تلفن: +۹۸ ۴۴۲ ۲۳۳۶۵۴۴

پست الکترونیکی:

maryamvizheh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۹۰/۶/۵ اصلاح نهایی: ۹۰/۱۰/۲۱ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۱۳

مقدمه:

مانده‌های رویداد و واکنش‌های انگیزشی (تحریک پذیری، خشم، اشکال در تمرکز و خواب، گوش به زنگی شدید)، می‌باشند. این علائم حداقل باید یک ماه طول کشیده باشند (۱). زایمان موجب برانگیختن قدرتمند احساسات و هیجانات به گونه‌ای می‌شود که ممکن است در بعضی از زنان علائم روانی ناشی از تروما را ایجاد نماید (۲). در مطالعات مختلف زایمان به عنوان یک حادثه تروماتیک شناخته شده است و حدود ۱/۵ تا ۶ درصد از زنان را

اختلال استرس پس از تروما (PTSD) شامل تجربه فرد از یک رویداد آسیب‌رسان می‌باشد که با احساس خطر مرگ یا صدمه جدی همراه بوده است و یا تهدیدی برای تمامیت جسمی خود یا دیگران محسوب می‌شده است. نشانه‌های آن گسترده‌ای از پاسخ‌ها شامل تجربه مجدد رویداد در ذهن (افکار مزاحم، کابوس‌ها و احساس وقوع مجدد حادثه)، اجتناب از بر جای

ناکافی بودن مراقبتها در طول لیبر و زایمان از دید مادران، به طرز قابل توجهی با نشانه‌های استرس حاد همراه بودند (۷). همچنین آیرز در بررسی شیوع اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان، در بین ۲۱۸ زن انگلیسی در طول ۶ هفته تا ۶ ماه پس از زایمان، ۲/۸٪ زنان مبتلا به PTSD بودند، این رقم ۶ ماه پس از زایمان به ۱/۵٪ کاهش یافت (۸). در برخی دیگر از مطالعات عوامل خطر اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان مورد بررسی قرار گرفته است. ویژگیهای شخصیتی فرد، میزان مداخلات مامایی، واکنشهای عاطفی شدید در حوالی زایمان، برخوردهای منفی با پرسنل بیمارستان، فقدان حمایت اجتماعی، تاریخچه مشکلات روانی، اضطراب، احساس فقدان یا کنترل و عدم حمایت همسر (۹) دیسترس قبل از زایمان و احساس تهدید زندگی (۱۰) از جمله این فاکتورها بودند.

مطالعات انجام شده در این زمینه محدود بوده و عمدتاً در کشورهای پیشرفته که زایمان نسبتاً سالم انجام می‌شود، گزارش شده است. ممکن است تفاوتی فرهنگی در پاسخ زنان ایرانی به زایمان در مقایسه با زنان کشورهای غربی وجود داشته باشد. لذا این مطالعه با اهداف تعیین میزان شیوع اختلال استرس پس از تروما ۶-۸ هفته پس از زایمان و همچنین عوامل مستعدکننده این اختلال صورت پذیرفته است.

روش کار:

این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی می‌باشد. تمام زنان زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری منتخب ۵ شهر جنوبی استان آذربایجان غربی شامل: بوکان، تکاب، شاهین دژ، میاندوآب و مهاباد در سال ۱۳۸۹ جامعه پژوهش را تشکیل می‌داند. با توجه به اینکه پژوهشگر تمایل داشت این مطالعه به صورت وسیع انجام پذیرد و از طرفی انجام پژوهش در تمام شهرهای استان امکان‌پذیر نبود لذا پژوهشگر تصمیم به انجام مطالعه در شهرهای جنوب استان که به شهر مهاباد نزدیکتر هستند، نمود. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد. ابتدا لیستی از مراکز بهداشتی درمانی شهرهای مذکور انتخاب سپس به هرکدام از آنها شماره مشخصی داده و به صورت تصادفی یک مرکز بهداشت انتخاب شد. سپس با مراجعه به مراکز بهداشتی منتخب، نمونه‌گیری به

به PTSD بعد از زایمان دچار می‌کند. ترومای زایمانی شامل تجارب تروماتیکی می‌باشد که طی هر مرحله‌ای از زایمان احتمال رخ دادن آن وجود دارد (۳). در بعضی از زنان وقایع تروماتیک زایمانی، در اعماق روان باقی می‌ماند و ممکن است بر زندگی و روابط آنها با فرزند و همسرشان تأثیر بگذارد (۴). یکی از عوارض مهم PTSD پس از زایمان، افسردگی بعد از زایمان می‌باشد، که این اختلال باعث افزایش آسیب پذیری مادر و کودک می‌شود (۳). در جای دیگر عنوان شده است که افسردگی متعاقب این اختلال بر روی تکامل شناختی شیرخواران این مادران اثرات زیان‌بار خواهد گذاشت و مطالعات نشان داده است که آسیب‌های شناختی نوزاد به طور معنی‌داری با کیفیت ارتباط مادر با شیرخوارش در هفته‌های اول بعد از زایمان مرتبط می‌باشند. افسردگی زودرس مادر پس از زایمان ممکن است تکامل روانی کودک و به طور مشخص تر ضریب هوشی وی را تحت تأثیر قرار دهد. دیگر پیامدهای کودک شامل سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار و دفعات بیشتر مراجعه و پذیرش در بیمارستان می‌باشد (۵). آدویا و همکاران در تحقیقی که در نیجریه انجام دادند، شیوع PTSD بعد از زایمان را ۹/۵ درصد گزارش کردند و در واقع شیوع این اختلال در زنان نیجریه‌ای اندکی بیشتر از زنان غربی بود. نتایج حاصل از این مطالعه گویای این مسئله بود که متغیرهای مامایی اکثراً با ظهور اختلال استرس بعد از زایمان همراه می‌شوند و دیده شد که بین یکسری عوامل شامل پاریتی، سابقه بستری در بیمارستان به خاطر عوارض بارداری، مداخلات برنامه‌ریزی نشده طی زایمان، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، زایمان سزارین اورژانسی، زایمان با وسیله، طول مدت لیبر، استفاده از بی‌دردی طی زایمان و خروج دستی جفت با اختلال استرس پس از ترومای متعاقب زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. ولی در این مطالعه ارتباطی بین فاکتورهای اجتماعی و دموگرافیک با اختلال استرس پس از ترومای متعاقب زایمان دیده نشد و همچنین ارتباط معنی‌داری بین اختلال استرس پس از تروما و سن حاملگی هنگام زایمان، جنس نوزاد، وزن هنگام تولد نوزاد و حوادث استرس‌آور طی ۱۲ ماه اخیر دیده نشد (۶). در استرالیا شیوع ۵/۶ درصدی PTSD بعد از زایمان را در هفته‌های ۴ تا ۶ پس از زایمان گزارش شد. در این مطالعه بالا بودن مداخلات مامایی در طول زایمان و

از ۴ پرسشنامه در این پژوهش استفاده شد: پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، عوامل مستعدکننده مامایی، عوامل مستعدکننده نوزادی و عوامل مستعدکننده روانی در مجموع شامل ۵۰ سوال، پرسشنامه حمایت اجتماعی وینفیلد و تایگن حاوی ۱۶ سوال، پرسشنامه حوادث استرس آور زندگی پیکل که دارای ۵۱ مورد از حوادث ناگوار طی ۱۲ ماه اخیر می باشد. پرسشنامه چهارم شامل مقیاس علائم اختلال استرس پس از تروما (PSS-I) می باشد. این مقیاس حاوی ۱۷ سوال است که دقیقاً تمامی ملاکهای چهارمین کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی (DSM) برای تشخیص PTSD را، پوشش می دهد و با استفاده از مقیاس لیکرت، شدت علائم هر ملاک را درجه بندی می کند. علائم این اختلال شامل علائم مربوط به تجربه مجدد (۴ سوال)، علائم مربوط به پرهیز (۷ سوال)، علائم مربوط به واکنش های انگیزشی (۶ سوال) می باشد. در صورت داشتن ۱ مورد یا بیشتر از علائم تجربه مجدد، ۳ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به پرهیز، ۲ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به واکنش های انگیزشی، اختلال استرس پس از تروما تشخیص داده می شود.

در این تحقیق برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه ها از روش اعتبار محتوی و برای تعیین اعتماد علمی آنها از روش آزمون مجدد استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای توصیفی، کای دو و رگرسیون لجستیک استفاده گردید. SPSS نسخه ۱۷ جهت انجام آنالیزها مورد استفاده قرار گرفت. در تمام آزمون ها حداکثر خطای ۵٪ مورد پذیرش قرار گرفت.

نتایج:

میانگین و انحراف معیار سن زنان شرکت کننده در پژوهش $26/99 \pm 7/09$ سال با حداقل سن ۱۶ و حداکثر سن ۴۶ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن همسران واحدهای پژوهش $31/67 \pm 7/43$ سال با حداقل و حداکثر سن ۲۰ و ۵۲ سال بود. برخی از خصوصیات دموگرافیک واحدهای پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

شکل در دسترس انجام شد. به این ترتیب که از زنان واجد شرایط بین هفته های ۶-۸ پس از زایمان که جهت دریافت مراقبتهای پس از زایمان مراجعه نموده بودند، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمده و در صورت رضایت، رضایت نامه کتبی از آنان اخذ گردید. معیار ورود به مطالعه این بود که از زایمان آنان ۸-۶ هفته گذشته باشد و زایمان مادر منجر به تولد نوزاد زنده شده باشد. از آنجایی که بر اساس مطالعات انجام شده، ۲۰٪ زنان در طول زندگیشان دچار اختلال استرس پس از تروما می شوند (۱۱). بنابراین این امکان وجود داشت که اختلال استرس پس از تروما نه در اثر زایمان بلکه در اثر سایر مشکلات مادر ایجاد شود. به همین دلیل ابتدا لازم بود تروماتیک بودن زایمان از دیدگاه مادر مشخص شود. در این مطالعه زایمان تروماتیک بر اساس معیار A: تشخیص اختلال استرس پس از تروما بر مبنای دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی - نسخه چهارم - متن بازبینی شده، تعیین شد. این معیار خصوصیت یک واقعه تروماتیک را در حیطه روانشناسی تعریف می کند. بر اساس این معیار برای یک واقعه تروماتیک دو شرط اساسی (تهدید و پاسخ هیجانی) ضروری می باشد. بر این مبنای جهت تعیین زایمان تروماتیک چهار سوال طراحی می شود که دو سوال اول جنبه تهدید و دو سوال بعدی پاسخ هیجانی مادر را بررسی می کردند. سوالات به قرار ذیل می باشند:

۱- آیا فکر می کنید هنگام درد یا زایمان نگران زندگی خود یا فرزند خود بوده اید؟

۲- آیا فکر می کنید هنگام درد یا زایمان از یک آسیب جدی به خود یا فرزند خود در هراس بوده اید؟

۳- آیا فکر می کنید زایمان برای شما تجربه سخت و ناراحت کننده ای بوده است؟

۴- آیا هنگام درد یا زایمان دچار احساس ترس شدید، درماندگی و وحشت شده اید؟

اعتبار علمی این سوالات در مطالعه جعفر بیگلو ۱۳۸۶ صورت گرفته است (۱۲). در صورت پاسخ مثبت به یک مورد از دو سوال اول و همچنین به یک سوال از دو سوال بعدی زایمان تروماتیک در نظر گرفته می شد و بنابراین ۴ پرسشنامه بعدی از طریق مصاحبه تکمیل گردیده و نمونه گیری تا زمان اتمام حجم نمونه یعنی ۵۷۲ نفر ادامه یافت.

جدول شماره ۱- خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
زیر دیپلم	۳۵۵	۶۲
دیپلم	۱۵۲	۲۶/۶
دانشگاهی	۶۵	۱۱/۴
شاغل	۶۹	۱۲/۱
خانه‌دار	۵۰۳	۸۷/۹
زیر دیپلم	۳۰۳	۵۲/۹
دیپلم	۱۴۰	۲۴/۵
دانشگاهی	۱۲۹	۲۲/۶
بیکار	۱۷	۳
کارگر	۶۵	۱۱/۴
آزاد	۳۶۹	۶۴/۵
کارمند	۱۲۱	۲۱/۱
کافی نیست	۱۴۰	۲۴/۵
تا حدودی کافی است	۲۹۶	۵۱/۷
کافی است	۱۲۵	۲۱/۹
بیشتر از هزینه‌های زندگی است	۱۱	۱/۹
حاملگی اول	۲۶۷	۴۶/۷
حاملگی دوم و سوم	۲۸۰	۴۹
حاملگی چهارم و بالاتر	۲۵	۴/۳
زایمان طبیعی	۴۱۷	۷۲/۹
زایمان سزارین	۱۵۵	۲۷/۱

بیماری در دوران بارداری، هزینه زایمان، بی‌قراری نوزاد، بیماری اعصاب و روان مادر و بروز حوادث استرس‌آور در طول ۱۲ ماه گذشته نیز از عوامل بازدارنده جهت اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان می‌باشد. به این ترتیب که افزایش سن و تعداد حاملگی، خواسته بودن حاملگی، کمتر بودن تعداد مراقبتهای دوران بارداری، عدم وجود بیماری در دوران بارداری، مناسب بودن هزینه‌های زایمان از نظر مادر، بی‌قراری نوزاد در حد انتظار مادر، عدم وجود بیماری اعصاب و روان در مادر و کمتر بودن تعداد حوادث استرس‌آور زندگی در طول یک سال قبل از زایمان باعث کاهش احتمال بروز PTSD بعد از زایمان می‌شوند.

جدول شماره ۲- نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک عوامل

پیشگویی‌کننده بروز PTSD بعد از زایمان

متغیر	ضریب	سطح معنی‌داری	برآورد خطر نسبی	فاصله اطمینان نسبت برتری
سن مادر	-۱/۰۵	۰/۰۰۵	۰/۹۰۰	(۰/۸۳۶، ۰/۹۶۹)
شاغل بودن مادر	۱/۰۰۷	۰/۰۱۳	۲/۸۳۶	(۱/۲۴۰، ۰/۰۳۵)
درآمد خانواده	۱/۹۰۲	۰/۰۰۰	۶/۱۹۶	(۳/۴۳۷، ۱۳/۰۴۵)
تعداد حاملگی	-۳/۱۱	۰/۰۱۰	۰/۸۳۲	(۰/۵۷۸، ۰/۹۲۹)
خواسته بودن بارداری	-۱/۰۰۲	۰/۰۰۷	۰/۳۶۷	(۰/۱۷۶، ۰/۸۳۲)
تعداد مراقبتهای دوران بارداری	-۱/۱۹۶	۰/۰۱۸	۰/۳۰۲	(۰/۱۱۲، ۰/۸۱۸)
بیماری در دوران بارداری	-۰/۸۶۷	۰/۰۱۷	۰/۴۶۴	(۰/۲۴۷، ۰/۸۷۴)
طول مدت زایمان	۱/۳۶۱	۰/۰۰۰	۳/۹۰۲	(۱/۹۹۵، ۷/۳۳۲)
مشکلات بعد از زایمان	۱/۰۰۸	۰/۰۰۰	۲/۸۴۱	(۱/۶۳۶، ۴/۶۲۰)
هزینه زایمان	-۱/۴۱۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۴	(۰/۱۲۰، ۰/۴۹۴)
دلخواه نبودن جنس نوزاد از نظر مادر	۱/۲۴۳	۰/۰۰۰	۲۵/۶۱۹	(۸/۴۶۳، ۷۷/۵۴۱)
بیقراری و گریه‌های نوزاد	-۲/۳۶۹	۰/۰۰۰	۰/۸۰۳	(۰/۰۴۰، ۰/۳۶۴)
میزان شیرخوردن نوزاد کمتر از حد انتظار	۱/۸۱۷	۰/۰۰۰	۶/۱۵۵	(۳/۳۵۱، ۱۶/۱۱۸)
بیماری اعصاب و روان مادر	-۱/۳۶۳	۰/۰۰۲	۰/۱۲۵	(۰/۰۲۴، ۰/۴۶۰)
حوادث استرس‌آور زندگی	-۰/۷۴۰	۰/۰۰۵	۰/۴۷۷	(۰/۲۸۴، ۰/۸۰۱)

بر اساس نتایج به دست آمده بین عوامل دموگرافیک مانند تحصیلات زنان، سن و شغل همسر، میزان تحصیلات همسر؛ عوامل مامایی مانند نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)، طول مدت زایمان؛ عوامل نوزادی مانند خواسته بودن بارداری و دلخواه بودن جنسیت جنین از نظر همسر فرد؛ عوامل روانی مانند بیماریهای اعصاب و روان همسر و حمایت اجتماعی از مادر؛ با

نتایج نشان دهنده آن بود که شیوع PTSD بعد از زایمان، در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی ۵ شهر جنوب استان آذربایجان غربی ۳۹٪ می‌باشد. برآورد خطر نسبی odds و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن در ارتباط با عوامل مستعدکننده بروز اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان در جدول شماره ۲ آورده شده است.

همانطور که جدول نشان می‌دهد عواملی همچون شغل مادر، درآمد، طول مدت زایمان، مشکلات بعد از زایمان، دلخواه نبودن جنس نوزاد از نظر مادر و شیرخوردن کمتر از حد انتظار باعث افزایش احتمال بروز PTSD بعد از زایمان می‌شوند. به این ترتیب که خانه‌دار بودن مادر، پایین بودن درآمد خانواده، افزایش طول مدت زایمان، وجود مشکلات بعد از زایمان، دلخواه نبودن جنس نوزاد از نظر مادر، شیرخوردن نوزاد کمتر از حد انتظار مادر و تحت نظر روانپزشک بودن مادر از عوامل مستعدکننده بروز PTSD بعد از زایمان می‌باشند. همچنین سن مادر، تعداد حاملگی، خواسته بودن حاملگی، تعداد مراقبتهای بارداری، وجود

فاکتورهای خطر بروز PTSD در دوران بارداری را نژاد آفریقایی - آمریکایی، نوجوان بودن مادر، فقر، تحصیلات دبیرستانی یا کمتر و زندگی در مناطق پر جرم و جنایت گزارش شده است (۲۲).

مهمترین عوامل مامایی تأثیرگذار در مطالعه فعلی: بارداری اول، ناخواسته بودن بارداری، افزایش تعداد مراقبتهای بارداری، وجود بیماری در دوران بارداری، افزایش طول مدت زایمان، وجود مشکلات پس از زایمان و بالا بودن هزینه‌های زایمان از نظر مادر بود. این نتایج با یافته‌های مطالعات دیگری مشابه می‌باشد. مطالعه‌ای توسط ویجما نشان داد زنانی که معیارهای PTSD را داشتند، بیشتر پرایمی پار بودند (۱۴). آدویا و همکاران بیان نمودند که متغیرهای مامایی همچون پاریتی می‌تواند با ظهور اختلال استرس بعد از زایمان همراه باشد، به طوری که ابتلا به اختلال استرس بعد از تروما در زنان نولی پار بیشتر از زنان مولتی پار گزارش شد (۶). علت این امر می‌تواند بی‌تجربگی مادران باشد. بی‌خبری و ناآگاهی در هر امری موجب وحشت و دلهره می‌شود و زایمان نیز از این قاعده مستثنی نیست (۲۳). فاتوی و همکاران تصور فقدان کنترل طی لیبر و عدم آگاهی از آنچه در حال وقوع است (۲۴) را زمینه ساز این امر می‌دانند (۲۵).

در مطالعه‌ای که به بررسی عوامل پیش‌گویی کننده افسردگی پس از زایمان پرداخته بود نیز، قویترین فاکتورهای خطر، بیماریهای دوران بارداری و تعداد ویزیت‌های بالا در مراقبتهای قبل از زایمان گزارش شد (۵). همچنین در مطالعه‌ای دیگر مشکلات قبل و بعد از زایمان به عنوان مهمترین عوامل پیش‌گویی‌کننده اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان ذکر شده‌اند (۱).

سپاسگزاری:

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد می‌باشد. بدینوسیله نهایت تشکر خود را از دانشگاه آزاد اسلامی واحد مهاباد و تمام شرکت‌کنندگانی که در انجام این طرح ما را یاری رساندند، اعلام می‌نماییم.

بروز اختلال استرس پس از تروما رابطه معنی‌داری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری:

این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع و عوامل مستعد کننده اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان ۶-۸ بعد از زایمان انجام پذیرفته است. در این مطالعه اطلاعات بر اساس طیف وسیعی از فاکتورهای خطر بالقوه بروز PTSD پس از زایمان جمع‌آوری شد.

میزان شیوع در بین زنان شرکت‌کننده در این پژوهش ۳۹٪ گزارش شده است که نشان‌دهنده میزان بسیار بالای شیوع اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان است. مطالعات انجام شده در آمریکا (۱۳)، سوئد (۱۴)، آلمان (۱۵)، انگلستان (۱۶)، استرالیا (۷) و کانادا (۱۷): شیوعی بین ۰/۹ تا ۵/۶٪ را گزارش کرده‌اند. مطالعه دیگری نشان داد که حدود ۲/۴ درصد زنان به اختلال استرس بعد از تروما متعاقب زایمان دچار شدند. ۳/۶٪ این زنان علائم پرهیز، ۱۵/۵٪ علائم تجربه مجدد و ۲۵٪ دارای علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی بودند (۱۸). نتایج پژوهشی دیگر در شهر میلان ایتالیا حاکی از آن بود که حدود ۱/۲۵ درصد از این زنان مبتلا به اختلال استرس بعد از تروما بودند. ۲۸/۷۵٪ از لحاظ بالینی علائم واضحی را برای حداقل یکی از زیر مقیاس‌ها داشتند (۱۹). مطالعه‌ای دیگر شیوع اختلال استرس بعد از تروما در مقاطع مختلف زمانی پس از زایمان را بین ۰/۹ تا ۱/۷٪ گزارش نموده است (۲۰). این اختلاف شاید به دلیل تفاوت در ساختار جمعیت‌های مورد مطالعه، مناطق جغرافیایی و ابزارهای مورد استفاده باشد. بروز اختلال استرس پس از تروما بعد از زایمان تحت تأثیر فرهنگ قرار می‌گیرد (۱). همچنین در کشورهایی پیشرفته که زایمان به صورت سالم انجام می‌شود، میزان شیوع تروما در دوران بارداری، هنگام لیبر و زایمان کمتر و در نتیجه اختلال استرس متعاقب آن کمتر می‌باشد.

شناسایی فاکتورهایی که بر واکنش‌های عاطفی زنان پس از زایمان تأثیرگذار است، با اهمیت می‌باشد (۲۱).

خانه‌دار و کم سن بودن مادر و ناکافی بودن درآمد خانواده از متغیرهای دموگرافیک تأثیرگذار بر احتمال بروز PTSD در این مطالعه بود. همسو با این نتایج در مطالعه سنگ و همکاران،

References

منابع

1. Tanya A, Paul BS. Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms After Childbirth: Does Ethnicity Have an Impact? *J of Perinat Educ.* 2008;17:17-26.
2. Gamble J, Greedy D, Moyle W, Webster J, Mc Allister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling, intervention after a traumatic childbirth: randomized controlled trial. *Birth.* 2005;32:11-19.
3. Beck CT, Driscoll J, Driscoll JW. Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide. New York: Jones and Bartlett Press; 2006:323-340.
4. Raynor MD, Oates M. The psychology and psychopathology of pregnancy/childbirth. Myles textbook for midwives. Edinburgh: Churchill Livingstone Press; 2003:653-671.
5. Josefsson A, Angelsiö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstet and Gynecol.* 2002;99:223-228.
6. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in nigerian woman: prevalence and risk factors. *BJOG.* 2006;113:284-288.
7. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the Development Of Acute Trauma Symptoms: Incidence And Contributing Factors. *Birth.* 2000;27:104-110.
8. Ayers S, Pickering AD. Do women get post traumatic stress disorder as a result of childbirth? a prospective study of incidence. *Birth.* 2001;28:111-118.
9. Olde E, Van der Hart O, Kleber Rj, Van Son MJ, Wijnen HA, Pop VJ. Peritraumatic Dissociation and Emotions as Predictors of PTSD Symptoms Following Childbirth. *J Trauma & Dissociation.* 2005;6:125-142.
10. Boudou M, Sejourne N, Chabrol H. Childbirth pain, perinatal dissociation and perinatal distress as predictors of posttraumatic stress symptoms. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007;35:1136-1142.
11. Seng JS, Low LK, Sperlich M, Ronis DL, Liberzon I. Prevalence, Trauma History, and Risk for Post traumatic Stress Disorder Among Nulliparous Women in Maternity Care. *Obstetrics & Gynecol.* 2009;114:839-847.
12. Taghizadeh Z, Jafarbegloo M, Arbabi M, Faghihzadeh S. The effect of counseling on post traumatic stress disorder after a traumatic childbirth. *Hayat.* 2008;13:23-31. [Persian]
13. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's Experience of psychological trauma during childbirth. *Birth.* 2003;30:36-46.
14. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder After childbirth: A cross sectional study. *J Anxiety Disord.* 1997;11:587-597.
15. Pantlen A, Rohde A. Psychologic effects of traumatic live deliveries. *Zentralbl Gynakol.* 2001;123:42-47.
16. Czarnoka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress Symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol.* 2000;39:35-51.
17. Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Steward DE. Posttraumatic Stress disorder after pregnancy, labour and delivery. *J Women Health.* 2004;13:315-324.
18. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations Among woman having a baby: A two-wave longitudinal study. *J psychosom obstet Gynecol.* 2006;27:81-90.
19. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2006;27:91-97.
20. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychol Obstet Gynecol.* 2006;27:113-119.

21. Ford E, Ayers S. Stressful events and support during birth: the effect on anxiety, mood and perceived control. *J Anxiety Disord.* 2009;23:260-268.
22. Seng JS, Oakley DJ, Sampelle CM, Killion C, Bermann SG, Liberzon I. Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstet Gynecol.* 2001;97:17-22.
23. Pazande F, Toomians J, Afshar F, Valaei N. Prevalence of depression in parturients referring university hospitals in Tehran in 1999. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences.* 2002;6:66-70. [Persian]
24. Fatoye FO, Oladimeji BY, Adeyemi AB. Difficult delivery and some selected factors as predictors of early postpartum psychological symptoms among Nigerian women. *J Psychosom Res.* 2006;60:299-301.
25. Pernoll ML. *Current obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment.* 6th ed. London: Appleton & lange Press; 1991.

Prevalence of post traumatic stress disorder after childbirth and its precipitating factors

M. Vizeh, MSc¹ A. Kazemnejaz, PhD² S. Afrasiabi, MSc³ M. Hassan, MSc¹ M. Rouyhi, MSc¹
S. Habibzadeh, PhD⁴

Instructor Faculty of Midwifery¹, Assistant Professor Department of Nursing⁴, Azad University, Mahabad Branch, Mahabad, Iran. Professor Department of Biostatistics², Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Instructor Department of Midwifery Education³, Busher University of Medical Sciences, Busher, Iran.

(Received 27 Aug, 2011 Accepted 3 Mar, 2012)

ABSTRACT

Introduction: Childbirth qualifies as an extreme traumatic stressor that can result in post-traumatic stress disorders. The current study aimed to determine the prevalence and precipitating factors of post traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth.

Methods: In this is cross sectional study, 572 women who were in 6-8 weeks after childbirth, were selected by convenience sampling method. The study was carried out in medical centers in 5 cities in west Azerbaijan province, Iran. Demographic, obstetrical, neonatal and mental variables, social support survey, life events scale and post traumatic symptoms scale-I (PSS-I) were collected. Data were analyzed by SPSS using Chi-Square and logistic regression methods.

Results: Result of this study showed that 39% women reported PTSD after childbirth. The strongest risk factors were: parity, duration of lab our in hours, mode of delivery, sex of baby, income sufficiency and low social support ($P < 0/05$).

Conclusion: The prevalence of PTSD after childbirth in this research is higher than those found in other countries. So, interventions aimed at reducing the incidence of PTSD after childbirth are necessary.

Correspondence:

M. Vizehe, MSc.

Faculty of Midwifery, Azad University Branch.

Mahabad, Iran

Tel: +98 442 2336544

Email:

maryamvizeh@yahoo.com

Key words: Post Traumatic Stress Disorder - Postpartum – Child Birth