

دانشور

پزشکی

بررسی و مقایسه ارتباط میان زایمان طبیعی و سزارین با اختلال تنیدگی (استرس) متعاقب ترومای زایمان

نویسندگان: مریم مدرس^۱، صدیقه افراسیابی^۲، علی منتظری^۳، پروین رهنما^{۴*}

۱- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

۲- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، تهران، ایران

۳- استاد پژوهش، گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات بهداشت مادر و کودک، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

Email: prahnama@shahed.ac.ir

*نویسنده مسئول: دکتر پروین رهنما

چکیده

مقدمه و هدف: تجارب ایجادشده در طی زایمان به عنوان تروما می‌تواند در بعضی از زنان، اختلال تنیدگی بعد از زایمان را سبب‌شود. این مطالعه با هدف بررسی و مقایسه ارتباط میان زایمان طبیعی و سزارین با اختلال تنیدگی (استرس) متعاقب ترومای زایمان در شهرستان بوشهر انجام‌شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی بود. در این مطالعه، نمونه‌گیری در میان ۴۰۰ نفر از زنانی که ۶-۸ هفته از زایمان آنها گذشته‌بود، به‌صورت تصادفی انجام‌شد. در مرحله اول، زنان با زایمان تروماتیک، تعیین و سپس متغیرهای مورد بررسی، شامل اختلال تنیدگی پس از تروما، مشخصات جمعیت‌شناختی و سوابق باروری آنها تکمیل‌شد. به‌منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل رگرسیون یک و چندمتغیره استفاده‌شد.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان‌داد که خطر ابتلا به وقوع اختلال تنیدگی متعاقب زایمان در افرادی که سزارین اورژانسی داشته‌اند، $\frac{3}{5}$ برابر بیش از زایمان طبیعی است (CI 95% = ۱/۶۹-۸/۰۷)، Odds ratio = ۳/۵۵). یافته‌ها بیانگر آن بود که اگر مدت انجام زایمان طبیعی، کمتر از ۳ ساعت باشد، خطر ابتلا به وقوع اختلال تنیدگی متعاقب زایمان کاهش می‌یابد (CI 95% = ۰/۰۴-۰/۵۵)، Odds ratio = ۰/۱۵). در میان متغیرهای جمعیتی، درآمد ناکافی، احتمال خطر ابتلا به اختلال مذکور را تا $\frac{4}{5}$ برابر افزایش می‌داد (CI 95% = ۱/۷۱-۱۱/۸۴، Odds ratio = ۴/۵۰) و بالای‌بودن سطح سواد، احتمال خطر ابتلا به اختلال مذکور را کم می‌کرد (CI 95% = ۰/۰۴-۰/۵۸)، Odds ratio = ۰/۱۶).

نتیجه‌گیری: از آنجاکه انجام سزارین می‌تواند به اختلال تنیدگی بعد از زایمان تروماتیک منجر-شود، لذا انجام مشاوره در مواردی که سزارین صورت‌گرفته‌است، می‌تواند در کاهش اختلال تنیدگی بعد از تروما به زنان مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: اختلال تنیدگی پس از تروما، عوامل خطر، سزارین اورژانسی، زایمان

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال هیجدهم - شماره ۹۴
شهریور ۱۳۹۰

دریافت: ۱۳۹۰/۴/۳۱
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۰/۵/۲۳
پذیرش: ۱۳۹۰/۷/۳

مقدمه

اختلال تنیدگی بعد از تروما اصطلاحی است که روان‌پزشکان از آن برای توصیف آشفتگی روانی در فرد به دنبال مواجهه با وقایع تروماتیک استفاده می‌کنند. از نظر انجمن روان‌پزشکان آمریکا (American Psychiatric Association=APA)، یک واقعه تروماتیک، چند ویژگی دارد: به طرز ناگهانی و غیرمنتظره اتفاق می‌افتد و احساس کنترل، ارزش‌ها، اعتقادات و تصورات اساسی فرد درباره دنیا و دیگران را مختل می‌کند؛ عامل ایجاد تنیدگی، اغلب در نهایت ترس و درماندگی تجربه می‌شود؛ در این میان، فرد ممکن است تصور خطر جانی همراه با علائم فیزیکی و هیجانی را تصور کند؛ بی‌درنگ، بعد از حادثه، فرد ممکن است احساس کمرختی، تخلیه هیجانی، آسودگی، خشم، حس فقدان و نگرانی، تحریک بیش از حد یا حس تجاوز از سوی عامل محرک تروما را داشته باشد. گرچه زایمان در مقام عاملی بی‌نهایت تنش‌زا در این دسته‌بندی قرار نمی‌گیرد، ولی می‌تواند واجد شرایط یک حادثه تروماتیک باشد (۱) و می‌تواند به گونه‌ای، سبب برانگیختن شدید احساسات و هیجان‌ها شود که در بعضی از زنان علائم اضطرابی را ایجاد کند (۲). از سال ۱۹۹۴ زایمان، علتی برای اختلال تنیدگی بعد از تروما مطرح شده است و موضوعی به نسبت جدید بوده و تحقیقات مکتوب در این زمینه بسیار محدودند (۳). نتایج مطالعات، بیانگر آن است که تجربه زایمان تروماتیک میان ۲۰ تا ۳۰ درصد متفاوت بوده است در حالی که میزان اختلال تنیدگی بعد از ترومای متعاقب زایمان، شیوعی در حدود ۲ تا ۳ درصد دارد (۴). از عوامل زمینه‌ساز ایجاد اختلال تنیدگی بعد از تروما، متعاقب زایمان می‌توان نوع زایمان را مطرح کرد؛ نتایج مطالعات بیانگر آن است که اعمال تهاجمی نظیر سزارین اورژانسی، آشفتگی روانی (ترس از انجام بی‌حسی اپیدورال) (۵) یا استفاده از واکيوم و فورسپس تروماتیک به نظر می‌رسند (۶). در طی ۲۰ سال گذشته، عمل جراحی سزارین به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. سزارین بنا به دلایل متعدد کلینیکی، شامل

سزارین قبلی، نمایش جنین باپا، دیستوشی، دیسترس جنین و سایر موارد انجام می‌شود (۷). میزان سزارین در کل دنیا افزایش یافته و در بسیاری از کشورها در حال رشد است (۸). افزایش سزارین، موضوعی است که به‌طور مدام درباره آن بحث می‌شود (۹) چراکه افزایش تعداد سزارین لزوماً به بهبود نتایج نوزادی و کاهش مرگ و میر مادری منجر نمی‌شود (۱۰ و ۱۱) و صدمات مادری را افزایش می‌دهد (۱۲). انجام سزارین منجر به افزایش ۲ تا ۴ برابر مرگ و میر مادری و ۵ تا ۱۰ برابر صدمات مادری نسبت به زایمان طبیعی می‌شود (۱۳) سزارین علاوه بر آنکه خطرهای سلامت را برای مادر و نوزاد افزایش می‌دهد، هزینه‌ای بیشتر از زایمان طبیعی دارد. با توجه به اینکه یک تجربه زایمانی همراه با تنیدگی، همانند سزارین یا سزارین اورژانسی می‌تواند علائم ناتوان‌کننده روانی ناشی از تروما را ایجاد کند و از آنجاکه یک زایمان تروماتیک، از لحاظ روانی می‌تواند مادران را در خطر بالقوه ایجاد مشکلات روانی بعد از زایمان قرار دهد، لذا با تأیید ارتباط نوع زایمان با وقوع عارضه ایجاد شده در مادر می‌توان پیشگیری یا مداخله در سطوح متفاوت از قبیل پیشگیری اولیه (جلوگیری از شروع آن) پیشگیری ثانویه (تشخیص اولیه و درمان) و پیشگیری نوع سوم (توانمندسازی) را در آنها ایجاد کرد (۱۴). با توجه به شیوع بالای میزان سزارین در کشور ما و عدم انجام مطالعه مشابه در ایران، مطالعه حاضر به منظور بررسی ارتباط میان زایمان طبیعی و سزارین با اختلال تنیدگی بعد از ترومای ناشی از تولد در شهرستان بوشهر انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع مقطعی و تحلیلی، به منظور بررسی ارتباط میان زایمان طبیعی و سزارین با اختلال تنیدگی بعد از ترومای تولد انجام شد. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان زایمان کرده، اعم از نخست‌زا و چندزا بودند که به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بوشهر مراجعه کرده بودند. معیار ورود به مطالعه، زنانی را شامل می‌شد که ۶ تا ۸ هفته از

(۱۹). در رابطه با علائم این اختلال، علائم مربوط به تجربه مجدد (۴ پرسش)، علائم مربوط به پرهیز (۷ پرسش)، علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی (۶ پرسش) بودند؛ در صورت داشتن ۱ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به تجربه مجدد، ۳ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به پرهیز و ۲ مورد یا بیشتر واکنش‌های انگیزشی در طی یک ماه اخیر، اختلال تنیدگی بعد از تروما تشخیص داده می‌شود.

در نهایت، دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال تنیدگی بعد از تروما، پس از استخراج داده‌ها مشخص شده، این دو گروه از لحاظ عوامل مرتبط با اختلال تنیدگی مورد بررسی قرار می‌گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

به منظور تحلیل داده‌ها از روش تحلیل رگرسیون یک و چندمتغیره استفاده شده، نسبت برتری (Odds ratio) برای هر متغیر محاسبه شد. در این مطالعه، نرم‌افزار کامپیوتری (SPSS v.۱۶) مورد استفاده قرار گرفت و در همه آزمون‌ها حداکثر خطای آزمون ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج، بیانگر آن بود که از میان ۴۰۰ زن مورد مطالعه تعداد ۲۱۸ (۵۴/۵ درصد) مورد از آنها زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند. از میان افراد مذکور، ۳۶/۷ درصد آنها مبتلا به اختلال تنیدگی بعد از تروما شده بودند (جدول شماره ۱). میانگین سنی در گروهی که اختلال تنیدگی بعد از تروما را تجربه کرده بودند، ۲۶/۴ (۵/۰۶ SD) و در گروه غیرمبتلا به اختلال تنیدگی ۲۷/۰۸ (SD= ۴/۵۶) بود و اختلافی میان دو گروه مشاهده نشد. جدول شماره ۲ نسبت خطر برای هریک از متغیرهای دموگرافیک و باروری مورد مطالعه حاصل از آزمون رگرسیون یک‌متغیره را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میان سطح تحصیلات و خطر ابتلا به اختلال تنیدگی بعد از زایمان تروماتیک، رابطه‌ای معنی‌دار وجود دارد و با افزایش سطح تحصیلات، خطر ابتلا

زایمان آنها گذشته‌باشد؛ به‌منظور دریافت مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به واحدهای بهداشت مادر و کودک و اکسیناسیون مراجعه کرده بودند و زایمان مادر به تولد نوزاد زنده منجر شده بود. نمونه‌گیری به صورت مستمر و به مدت ۲/۵ ماه به طول انجامید. در این بخش از مطالعه زایمان تروماتیک بر اساس معیار A، تشخیص اختلال تنیدگی بعد از تروما بر مبنای دستنامه تشخیصی و آماری اختلال‌های ذهنی - نسخه چهارم - متن بازبینی شده تعیین شد (۱۴). بگلو و همکاران اعتبار و پایایی ابزار مذکور را صورت-دادند (۱۵). بر اساس این معیار برای یک واقعه تروماتیک، دو شرط اساسی (تهدید و پاسخ هیجانی) ضروری است. درباره افرادی که معیار A در آنها مثبت بود، پرسش‌نامه‌های مقیاس علائم اختلال تنیدگی بعد از تروما (Post-traumatic Stress Symptoms Scale: PSS-I)، پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و باروری و روش زایمان تکمیل شد.

تشخیص اختلال تنیدگی پس از تروما، به کمک مقیاس PSS-I (Post traumatic stress symptom scale one) است که این مقیاس را در سال ۱۹۹۳ Foa تدوین کرده (۱۶: ۷۸) درصد افراد واجد ملاک‌های اختلال تنیدگی روانی حاد شدت بیماری‌شان با استفاده از DSM-IV تشخیص داده می‌شود (۱۷). در ایران، میرزمانی و همکاران مطالعه‌ای در رابطه با استفاده از مقیاس مذکور انجام داده‌اند که ارتباط میان PSS-I و مصاحبه‌های روان-پزشکی معنی دارد بود و پایایی مقیاس مذکور بر اساس آزمون مجدد ۷۴ درصد و با روش آزمون آلفا کرونباخ ۸۸ درصد به دست آمد (۱۸). این پرسش‌نامه حاوی ۱۷ سؤال است که درست، تمامی ملاک‌های DSM را برای تشخیص پوشش می‌دهد و با استفاده از مقیاس لیکرت، شدت علائم هر ملاک را درجه‌بندی می‌کند. هر مورد، حاوی یک پرسش کوتاه است و مصاحبه‌گر، پاسخ‌های فرد را از ۰ (به هیچ وجه) تا ۳ (۵ بار در هفته یا بیشتر) یعنی خیلی زیاد، درجه‌بندی می‌کند؛ در این مقیاس، فراوانی و شدت علائم در هم ادغام شده‌اند؛ این زمان؛ بدین دلیل که برخی از علائم احتمال تنیدگی پس از تروما را می‌توان بر مبنای فراوانی وقوعشان ارزیابی کرد

کاهش می‌یابد (Odds = ۱۶؛ CI=۰/۰۵ - ۰/۵۰)؛ همچنین میان خطر ابتلا به وقوع اختلال تنیدگی (ratio) متعاقب زایمان تروماتیک و کفایت درآمد، رابطه‌ای معنی‌دار مشاهده شد؛ در واقع، مادرانی که سطح درآمد خود را ناکافی در نظر می‌گرفتند، ۴/۳۵ برابر بیشتر از

مادرانی که درآمد خود را کافی می‌دانستند در معرض خطر ابتلا به اختلال مذکور قرار داشتند (۱۰/۲۲ - Odds ratio=۴/۳۵؛ CI 95%=۱۰/۸۵).

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابتلاء زنان به زایمان تروماتیک و ابتلاء زنان به اختلال تنیدگی بعد از زایمان

درصد	تعداد	
		زایمان (تعداد=۴۰۰)
۵۴/۵	۲۱۸	زایمان تروماتیک
۴۵/۵	۱۸۲	زایمان غیر تروماتیک
		زایمان تروماتیک (تعداد=۲۱۸)
۳۶/۷	۸۰	ابتلاء زنان به اختلال تنیدگی بعد از زایمان تروماتیک
۶۳/۳	۱۳۸	عدم ابتلاء زنان به اختلال تنیدگی بعد از زایمان تروماتیک

جدول شماره ۲. خصوصیات جمعیت‌شناختی و باروری در واحدهای مورد پژوهش به تفکیک وضعیت اختلال تنیدگی پس از تروما بر اساس آنالیز رگرسیون یک‌متغیره (تعداد=۲۱۸)

۹۵ درصد فاصله اطمینان	خطر نسبی*	عدم ابتلا به اختلال تنیدگی بعد از تروما (تعداد=۱۳۸) تعداد (درصد)	ابتلا به اختلال تنیدگی بعد از تروما (تعداد=۸۰) تعداد (درصد)	سن (سال)
(۰/۳۴-۵/۴۶)	۱/۳۷	(۹۴/۹)۱۳۱	(۹۶/۲)۷۷	≥۳۵
	۱/۰ (ref.)**	(۵/۱)۷	(۳/۸)۳	< ۳۵
				سن ازدواج
	۱/۰ (ref.)	(۸۴/۴)۱۲۲	(۹۲/۵)۷۴	≥۳۵
(۰/۲۳-۱/۶۵)	۰/۶۱	(۱۱/۶)۱۶	(۷/۵)۶	< ۳۵
				سطح تحصیلات
	۱/۰ (ref.)	(۳۴/۱)۴۷	(۴۷/۵)۳۸	ابتدایی
(۰/۴۲-۱/۳۸)	۰/۷۷	(۴۴/۲)۶۱	(۴۷/۵)۳۸	متوسطه
(۰/۰۵-۰/۵۰)	۰/۱۶	(۲۱/۷)۳۰	(۵/۰)۴	دانشگاهی
				تعداد حاملگی
	۱/۰ (ref.)	(۴۶/۴)۶۴	(۴۳/۸)۳۵	یک‌بار
(۰/۷۲-۲/۳۱)	۱/۲۹	(۵۳/۶)۷۴	(۵۶/۲)۴۵	< ۱
				تعداد زایمان
	۱/۰ (ref.)	(۳۸/۴)۵۳	(۳۳/۵)۲۶	یک‌بار
(۰/۶۳-۱/۹۳)	۱/۱۱	(۶۱/۶)۵	(۶۷/۵)۵۴	< ۱
				کفایت درآمد
(۱/۸۵-۱۰/۲۲)	۴/۳۵	(۳۹/۱)۵۴	(۵۸/۸)۴۷	ناکافی
(۷/۰۱-۱/۱۵)	۲/۸۴	(۳۱/۹)۴۴	(۳۱/۲)۲۵	ناحدهی کافی
	۱/۰ (ref.)	(۲۹)۴۰	(۱۰)۸	کافی
				شغل مادر
(۰/۷۴-۵/۹۵)	۲/۱۰	(۸۷/۷)۱۲۱	(۹۳/۸)۷۵	خانه‌دار
	۱/۰ (ref.)	(۱۲/۳)۱۷	(۶/۳)۵	شاغل

reference ***

reference **

Odds ratio *

جدول شماره ۳: ارتباط میان اختلال تنیدگی بعد از تروما و متغیرهای مربوط به روش زایمان در نمونه مورد مطالعه بر اساس آنالیز رگرسیون یک-متغیره

متغیرهای مربوط به روش زایمان	ابتلا به اختلال تنیدگی بعد از زایمان (تعداد=۸۰)	عدم ابتلا به اختلال تنیدگی بعد از زایمان (تعداد=۱۳۸)	خطر نسبی	فاصله اطمینان ۹۵ درصد
نوع زایمان (تعداد=۲۱۸)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
سزارین اورژانسی	۳۵ (۴۳/۸)	۳۲ (۲۳/۲)	۲/۷۳	(۱/۴۱-۵/۲۹)
سزارین انتخابی	۱۹ (۲۳/۸)	۴۱ (۲۹/۷)	۱/۱۵	(۰/۵۷-۲/۳۵)
طبیعی	۲۶ (۳۲/۵)	۶۵ (۴۷/۱)	۱/۰ (ref.)	
برش اپیزوتومی (تعداد=۹۱)*				
دارد	۳۴ (۹۲/۳)	۵۲ (۸۰/۵)	۰/۳۳	(۰/۰۷-۱/۵۹)
ندارد	۲ (۷/۷)	۱۳ (۲۰/۱)	۱/۰ (ref.)	
نوع بیهوشی**				
عمومی	۳۷ (۶۸/۵)	۵۱ (۶۹/۹)	۰/۹۳	(۰/۴۳-۲/۹۱)
نخاعی	۲۷ (۱۷)	۵ (۲۲/۳۱)	۱/۰ (ref.)	
نوع سزارین				
انتخابی	۱۹ (۳۵/۲)	۴۱ (۵۶/۲)	۱/۰ (ref.)	
اورژانسی	۳۵ (۶۴/۸)	۳۲ (۴۳/۸)	۲/۳۶	(۱/۱۴-۴/۸۷)
طول مدت لیبر (ساعت) (تعداد=۹۱)**				
>۳	۴ (۱۵/۴)	۲۸ (۴۳/۱)	۱/۰ (ref.)	
۳-۹	۱۲ (۴۶/۱)	۲۷ (۴۱/۵)	۳/۱۱	(۰/۸۹-۱۰/۸۴)
۹<	۱۰ (۱۵/۴)	۱۰ (۳۸/۵)	۷/۰	(۱/۷۸-۲۷/۴۳)

*افراد با زایمان طبیعی

**طول لیبر از زمان بستری شدن تا زمان انجام زایمان طبیعی

جدول شماره ۴: نتایج رگرسیون لجستیک چندمتغیره در مورد بروز اختلال تنیدگی بعد از تروما در نمونه مورد مطالعه (۲۱۸)

متغیرها	خطر نسبی	۹۵ درصد فاصله اطمینان	P
سطح سواد مادر ابتدایی	۱/۰ (ref.)		
دیبرستان	۰/۸۰	(۰/۴۱-۱/۵۷)	۰/۵۰
دانشگاهی	۰/۱۶	(۰/۰۴-۰/۵۸)	۰/۰۰۵
روش زایمان طبیعی	۱/۰ (ref.)		
سزارین انتخابی	۰/۸۸	(۰/۳۹-۱/۹۹)	۰/۷۸
سزارین اورژانسی	۳/۵۵	(۱/۶۹-۸/۰۷)	۰/۰۰۱
طول مدت زایمان (ساعت)			
سزارین	۱/۰ (ref.)		
کمتر از ۳	۰/۱۵	(۰/۰۴-۰/۵۵)	۰/۰۰۴
۳-۹	۰/۴۵	(۰/۱۷-۱/۲۵)	۰/۱۱
بیشتر از ۹	۱/۳۰	(۰/۳۹-۴/۲۴)	۰/۶۰
کفایت درآمد کافی	۱/۰ (ref.)		
ناحدودی کافی	۲/۵۹	(۰/۹۸-۷/۴۰)	۰/۰۵
ناکافی	۴/۵۰	(۱/۷۱-۱۱/۸۴)	۰/۰۰۲

پژوهش ما نیز کفایت درآمد و میزان درآمد با اختلال تنیدگی متعاقب ترومای زایمان رابطه‌ای معنی‌دار داشت. بنابراین یکی از عوامل مؤثر در اختلال تنیدگی پس از زایمان می‌تواند کافی نبودن درآمد یا عدم رضایت از درآمد باشد.

آنچه مسلم است، توصیه‌ها و تلاش‌های کنونی برای کاستن از شیوع سزارین در جهت کاهش عوارضی مانند خون‌ریزی، عفونت، آتلکتازی، ترمبوآمبولی و مرگ و میر مادری و نوزادی ناشی از سزارین‌های غیرضروری است که در مقایسه با زایمان واژینال بسیار بیشتر است (۲۰)؛ علاوه بر عوارض گفته‌شده سزارین‌های انتخابی نه تنها با بهبود پیامدهای مادری و نوزادی برخلاف تصور عمومی در مقایسه با زایمان واژینال همراه نیستند، بلکه به افزایش هزینه‌های هنگفت برای خانواده‌ها و نظام سلامت هر کشور منجر خواهد شد (۲۱). طی چند سال اخیر، مقالات بسیاری درباره موضوع اختلال تنیدگی متعاقب ترومای زایمان منتشر شده‌است اکنون دیگر تردیدی وجود ندارد که زایمان نیز می‌تواند به این اختلال منجر شود (۶). نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که انجام زایمان اورژانسی می‌تواند خطر ابتلا به اختلال تنیدگی متعاقب زایمان را ۳/۵ برابر نسبت به زایمان طبیعی افزایش دهد. نتایج مطالعات مشابه انجام‌شده نیز بیانگر آن است که سزارین اورژانسی و زایمان با فورسپس با وقوع اختلال تنیدگی متعاقب ترومای زایمان همراه بوده‌است (۱۷، ۲۲ و ۲۳). وقوع این عارضه به دنبال زایمان اورژانسی می‌تواند بیانگر آن باشد که مداخلات برنامه‌ریزی‌نشده طی لیبر و زایمان می‌تواند به اختلال تنیدگی بعد از تروما بینجامد. بیشتر افراد مورد مطالعه مبتلا (۹۲/۳ درصد) و غیرمبتلا (۸۰ درصد) به اختلال تنیدگی بعد از تروما که زایمان آنها به طریق واژینال انجام شده بود، دارای برش اپی زیوتومی بوده‌اند و ارتباطی میان انجام اپی زیوتومی و اختلال مذکور مشاهده‌نشده. نتایج مطالعه کوهن و همکاران نیز بیانگر آن بود که اپی زیوتومی و تروماهای پرینه طی زایمان

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که در سزارین اورژانسی، خطر ابتلا به اختلال تنیدگی متعاقب زایمان، ۲/۷۳ برابر نسبت به زایمان طبیعی و ۲/۳۶ برابر نسبت به زایمان طبیعی افزایش می‌یابد (به ترتیب ۲۹/۵ - ۴۱/۱ Odds ratio=۲/۷۳؛ CI 95%=۱/۱۴-۴/۸۷) در مواردی که طول مدت زایمان طبیعی، بیش از ۹ ساعت به طول بینجامد، خطر ایجاد اختلال تنیدگی متعاقب زایمان طبیعی، ۷ برابر بیش از زمانی است که طول مدت زایمان، کمتر از ۳ ساعت طول کشیده باشد (۴۳/۲ - ۷۸/۱ Odds ratio=۰/۷؛ CI 95%=۱/۷۸-۲/۴۳)؛ سپس متغیرهای معنی‌دار بالا، تحت آزمون رگرسیون چندمتغیره قرار گرفتند؛ پس از انجام این آزمون، روش زایمان، طول مدت زایمان، سطح تحصیلات و کفایت درآمد معنی‌دار بودند (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر در ارتباط با متغیرهای دموگرافیک بیانگر آن است که بین عامل سن مادر با اختلال تنیدگی متعاقب زایمان تروماتیک متعاقب زایمان رابطه‌ای وجود ندارد. مطالعه‌ای که توسط آدویا و همکاران (۲۰۰۵) انجام شد نتایج مشابهی را گزارش کرده‌اند (۱۷). همچنین آدویا و همکاران ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات زنان و اختلال تنیدگی متعاقب ترومای زایمان را نشان ندادند، درحالی‌که در مطالعه کنونی ارتباط معنی‌دار بود و در واقع تحصیلات در سطوح بالاتر می‌تواند وقوع اختلال تنیدگی متعاقب زایمان را کاهش دهد.

در مطالعه دیگری که توسط کوهن و همکاران در سال ۲۰۰۴ انجام شده از بین عوامل دموگرافیک بین میزان درآمد اختلال تنیدگی متعاقب ترومای زایمان ارتباطی معنی‌دار بود (۱۹). سوئت و همکاران در سال ۲۰۰۳ نیز به این مطلب پی بردند که درآمد پایین می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قوی برای ابتلا به اختلال تنیدگی متعاقب ترومای زایمان باشد (۴). بر طبق یافته‌های

کودک و واکسیناسیون انجام شد، مادرانی که به مراکز مذکور مراجعه نکرده بودند یا فرزندانشان را توسط بستگان خود به مراکز واکسیناسیون آورده بودند، به مطالعه وارد نشدند. از نقاط قوت مطالعه می توان به تعداد بالای نمونه و گستردگی متغیرهای مورد بررسی اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله، بدین وسیله از اعضای محترم شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به دلیل حمایت و پشتیبانی از اجرای این پژوهش و همچنین از کلیه مسئولین و ارائه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بوشهر به دلیل همکاری در انجام پژوهش حاضر، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می کنند.

طبیعی با عارضه مذکور ارتباط ندارد (۱۶)؛ از عوامل دیگری که ارتباط آن با عارضه مورد مطالعه تأیید شد، طول مدت لیبر بود و نتیجه مطالعه نشان داد اگرچه انجام زایمان به روش سزارین، خطر ابتلا به اختلال تنیدگی متعاقب زایمان را افزایش می دهد نتایج آزمون رگرسیون لجستیک چندمتغیره نشان داد در افرادی که زایمان طبیعی انجام داده و طول مدت لیبر آنها کمتر از ۳ ساعت طول کشیده است، خطر ابتلا به اختلال مذکور کاهش می یابد. نتایج سایر مطالعات مشابه انجام شده نیز نشان دادند که میان طول مدت لیبر و ابتلا به اختلال تنیدگی بعد از تروما، رابطه ای معنی دار وجود دارد و لیبر طولانی از عوامل خطر بالقوه برای پیشرفت اختلال تنیدگی بعد از ترومای متعاقب زایمان مطرح شده است (۱۷، ۱۹).

زایمان، واقعه ای مهم و بالقوه تروماتیک در زندگی زنان است و می تواند به گونه ای سبب برانگیختن شدید احساسات و هیجانها شود که در بعضی از زنان، علائم اضطرابی ایجاد کند. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه مذکور به نظر می رسد مداخلات مامایی ممکن است نقشی مهم در درک افراد از زایمان به عنوان یک تروما حتی پیش از عوامل فردی یا ذهنی داشته باشند عوامل یاد شده به نظر می رسد که در جایگاه واسطه برای ایجاد اختلال تنیدگی متعاقب زایمان عمل کنند (۴)؛ بنابراین، کارکنان مراکز بهداشتی باید این آگاهی را داشته باشند که به دنبال زایمان، احتمال وقوع عارضه مذکور وجود دارد و به پیشگیری اولیه و ثانویه در این موارد نیاز است (۲۴). از اقدامهایی که می توان برای پیشگیری اولیه انجام داد، ارائه اطلاعات به همه خانمهای باردار درباره احتمال انجام مداخلات مامایی و مطرح کردن منافع و مضرات آنها قابل اشاره است؛ همچنین باید این مهم را متذکر شد که قبل از تولد، انجام این گونه اقدامها قابل پیش بینی نیست؛ به منظور انجام پیشگیری ثانویه می توان با استفاده از ابزارهای موجود، غربالگری را درباره خانمها انجام داد و در صورت نیاز از اشکال متفاوت مداخلاتی که بعد از تروما به کار برده می شود استفاده کرد (۲۵). از آنجا که نمونه گیری در مراکز بهداشت مادر و

منابع

- Gamble J, Creedy DK, Webster J, Moyle W. A review of literature on debriefing or non-directive counseling to prevent post- partum emotional distress. *J Midwifery* 2002, 18:72-79.
- Gamble J, Greedy DK, Moyle W, Webster J, Slister M., Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: randomized controlled trial: *Birth* 2005, 32: 11-19.
- Mckenzie_ McHarg K. Traumatic birth: understanding predictors, triggers, and counseling process is essential to treatment. *Birth* 2004; 31: 219-221.
- Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma. *Birth* 2003; 30: 36-46.
- Beck CT, Dristol JW. Postpartum mood and anxiety disorders. London: Jones and Bartlett; 2006. P. 54, 182.
- Bailham D, Joseph S. Post traumatic stress following childbirth: review of the emerging literature and directions for research and practice. *J psycho health med* 2003; 8: 159-168.
- Rut Kow IM: Surgical operations in the United States 1379 to 1984- Surgery 1987; 101:192-200.
- Shearer E, Cesarens: Medical benefits and Costs soc sci 1993; 37: 122 3-31.
- National Institute of Child health and human development, Cesarean Childbirth Report of a Concersus Development Conference. Bethesda MD: NIH, 1981.
- Pettiti OB, Cefalo RC, Shapiro S, In hospital maternal mortality in United states: time trends in relation to delivery. *Obstet Gynecol* 1982; 59-6-12.
- Rubin GL, Peterson HB, RoCHAT RW. Maternal death after C/S in Georgia. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 681-5.
- Bottoms S, Rosen M, Sokol R. The increase in the cesarean birth rate. *N Engl J Med* 1980; 302 :559-624.
- Sonia N.Molina – Jem . Too many sections *Am. J of obst & Gynecol* 2000; 185; 1144-1151.
- Ayers S, Alan D, Pickering AD. Do women get post traumatic stress disorder as result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 28: 111-118.
- JafarBeglo M, Taghizadeh Z. Effect of counseling on depression, anxiety and PTSD after traumatic birth in Karaj:323-350
- Foa E, Tolin D. Comparison of the PTSD symptom scale-Interview version and the clinician - Administer PTSD scale. *Journal of Traumatic stress* 2000; 13:181-189.
- Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG.* 2006; 113: 284-288.
- Mirzamani M, Mohammady MR, Besharat MA. Application PTSD scale in Iranian women. *J Med Council of Islamic Republic of IRAN.* 2006: 345-348.
- Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health* 2004; 13: 315-24.
- Davidson GC, Kring AM, Neale JM, Johnson SL. *Abnormal Psychology.* (10th ed.). John Wiley & Sons Inc; 2006.
- Morrison J Mackenzie IZ (2003). Cesarean section on demand. *Seminars in Perinatology.* 27 (1): 20-33.
- Wigma K, Soderquist J, Wigma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynecology* 2002; 23: 31-39.
- Soderquist, J., Wijma, K., Wijma, B.. Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *J Psycho Obstet and Gynaecol* 2002, 23: 31–39.
- Creedy D. K., Shochet I. M., Horsfall, J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* 2000, 27: 104–111.
- Van Emmerik A.A, Kamphuis, J. H, HulsboschA. M., Emmelkamp P. M (). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet* 2002, 360:766–771.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.94
August, September
2011*

Received: 21/7/2011

Last revised: 12/8/2011

Accepted: 24/9/2011

Relationship between cesarean section and vaginal delivery with post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth in Bushehr

Maryam Modarres¹, Sedigheh Afrasiabi², Ali Montazeri³, Parvin Rahnama⁴

1. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

3. Department of Mental Health, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Mother and Child Health Research Center, Tehran, Iran.

4. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

Abstract

Background and Objective: Recent research suggests that a proportion of women may develop post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. This study aimed to test relationship between cesarean section and vaginal delivery with PTSD after childbirth in Bushehr.

Materials and Methods: This study was an analytic cross-sectional one. Participants were recruited from post-partum women who attended health medical centers in Bushehr (n = 400) and for women with traumatic delivery completed posttraumatic symptoms scale-I (PSS-I) and reproductive questionnaire. Data were analyzed by univariate and multivariate logistic regression.

Results: Women with PTSD had higher odds ratio for emergency cesarean section (Odds ratio = 3.55, CI=1.69-8.07) and insufficiency income (Odds ratio=4.50, CI=1.71-11.84). Duration of labor lower than 3 hours (Odds ratio=0.15, CI=0.04-0.55) and higher education level (Odds ratio=0.15, CI=0.04-8.58) were associated with significantly decreased risk for PTSD.

Conclusion: Interventions aimed at reducing the incidence of PTSD after childbirth needs further research but it seems that consultation about decreased cesarean section during prenatal care is useful.

Key words: Post traumatic stress disorder, Risk factors, Emergency cesarean section, Delivery