



Assessment of Psychological Birth Trauma and Related Factors in Primiparous Women in Hospitals of Mashhad University of Medical Sciences

Golnaz Sadat Ahmadinejad¹ , Seyedeh Fatemeh Nosrati Hadiabad¹, Seyed Majid Sadrzadeh², Fatemeh Zahra Karimi^{3*} 

1. School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2. Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical sciences, Mashhad, Iran

3. Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Abstract

Article history:

Received: 19 July 2023

Revised: 11 December 2023

Accepted: 08 March 2024

ePublished: 19 June 2024

*Corresponding author: Fatemeh Zahra Karimi, Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Email: karimifz@mums.ac.ir



Background and Objective: Psychological childbirth trauma occurs as a result of physical or psychological traumatic experiences during labor and delivery, and the mother shows a response in the form of fear, despair, loss of control, helplessness, and panic. It can also cause complications in the postpartum period, such as disrupting the relationship between mother and child and communication with her husband in the future. The present study was conducted to investigate the level of psychological childbirth trauma and the related factors in primiparous women in the teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences in 2022.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted on 484 primiparous women in the Midwifery Department of educational hospitals of Mashhad University of Medical Sciences in 2022. The data collection tool included a demographic profile form and the Psychological Childbirth Trauma Questionnaire. Data analysis was done using SPSS version 21 software, and descriptive statistical tests (mean, standard deviation, number, and percentage) and regression were used. A p-value of less than 0.05 was considered significant.

Results: The average score for the total psychological childbirth trauma was obtained at 45.52 ± 18.51 , and the average score for anxiety and hotness of childbirth, psychological manifestations, helplessness, collapse, sense of death, and physical manifestations was 16.31 ± 7.44 , 11.20 ± 4.97 , 9.73 ± 4.80 , 3.82 ± 1.67 , 4.46 ± 2.06 , and 4.46 ± 2.06 , respectively. There was a significant relationship between psychological childbirth trauma and family income level ($P=0.030$), unwanted pregnancy ($P<0.001$), primiparous birth ($P<0.001$), and newborn APCAR score ($P=0.001$).

Conclusion: Considering the incidence of postpartum psychological trauma and the existence of a relationship between first birth, family income level, unwanted pregnancy, and the APCAR score of the newborn, healthcare workers should identify women at risk of postpartum psychological trauma as soon as possible and prevent the occurrence of resulting injuries by performing preventive measures and early interventions.

Keywords: Delivery, Post-traumatic stress disorder, Psychological birth trauma, Traumatic delivery

Extended Abstract

Background and Objective

Emotional, psychological, and social problems during pregnancy and childbirth can affect mothers' feelings, abilities, and experiences and lead to their dissatisfaction, insecurity, and psychological trauma. Psychological childbirth trauma can stem from both physical and psychological traumatic experiences during the labor and delivery process, leading to feelings of fear, hopelessness, loss of control, helplessness, and panic in new mothers. Psychological childbirth trauma can lead the mother to post-traumatic stress disorder or other mental disorders, such as depression and anxiety. It can also cause complications in the postpartum period, such as disrupting the mother-child relationship and communication with a spouse in the future.

Materials and Methods

The current cross-sectional study was conducted on 484 postpartum women in the teaching hospitals of Mashhad University of Medical Sciences. The inclusion criteria were being Iranian residents of Mashhad and being literate. On the other hand, participants who did not complete the survey were not included in the study. The data collection tool included a form consisting of demographic and midwifery information (e.g., age, occupation, family income level, housing ownership status, gestational age, type of delivery, time of delivery, neonate's gender) and the Psychological Childbirth Trauma Questionnaire. This questionnaire was designed by Taghizadeh et al. (2013) in Isfahan who also confirmed its construct validity and reliability. The questionnaires were completed by the research samples in the postpartum stage. Data analysis

was done in SPSS version 21 software using descriptive statistical tests (mean and standard deviation, number, and percentage) and regression. A p-value of less than 0.05 was considered significant.

Results

The average score of the total psychological childbirth trauma was 45.52 ± 18.51 , and the average score of the constructs of anxiety and hotness of childbirth, psychological manifestations, helplessness, collapse, a sense of death, and physical manifestations were 16.31 ± 7.44 , 11.20 ± 4.97 , 9.73 ± 4.80 , 3.82 ± 1.67 , 4.46 ± 2.06 , and 4.46 ± 2.06 , respectively. To investigate factors related to psychological childbirth trauma, multiple linear regression with the backward elimination method was used, and the multiple correlation coefficient in this regression model was 0.11. Based on this, there was a significant statistical relationship between psychological childbirth trauma and family income level ($P=0.03$), unwanted pregnancy ($P<0.001$), primiparous birth ($P<0.001$), and newborn APCAR score ($P<0.001$).

Conclusion

Considering the findings of the present study, psychological childbirth trauma had a significant relationship with primiparous birth, family income level, unwanted pregnancy, and newborn APCAR score. This relationship can be attributed to how services are provided to pregnant mothers in pregnancy care centers, previous childbirth experience, lack of self-confidence in childbirth, fear of the unknown, and unrealistic expectations of natural childbirth. Therefore, healthcare providers should identify women at risk of postpartum psychological trauma as early as possible and prevent the resulting injuries by taking preventive measures and early interventions.

بررسی میزان ترومای روانی زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

گلناز سادات احمدی نژاد^۱ ID، سیده فاطمه نصرتی هادی آباد^۱، سید مجید صدرزاده^۲، فاطمه زهرا کریمی^۳ * ID

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۳. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

سابقه و هدف: ترومای روانی زایمان در نتیجه‌ی تجرب تروماتیک فیزیکی یا روانی در طی لیبر و زایمان رخ می‌دهد و می‌تواند پس از زایمان، باعث بروز اختلال استرس پس از تروما (PTSD)، افسردگی و اضطراب در مادر و همچنین، اختلال در روابط مادر و کودک و ارتباط با همسر در آینده شود. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان ترومای روانی زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی مقطعی درباره‌ی ۴۸۴ نفر از زنان پس از زایمان انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی ترومای روانی زایمان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار و تعداد و درصد) و رگرسیون انجام شد. مقدار P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان برابر با $18/51 \pm 45/52$ و میانگین نمره‌ی سازه‌های تشویش و داغ زایمان، تظاهرات روان‌شناختی، درماندگی، فروپاشی، حس مرگ و تظاهرات جسمی به ترتیب برابر با $7/44 \pm 4/97$ ، $16/31 \pm 4/80$ ، $11/20 \pm 4/80$ ، $9/73 \pm 1/67$ ، $3/82 \pm 2/06$ و $4/46 \pm 2/06$ بود. رابطه‌ی معناداری بین ترومای روانی زایمان و سطح درآمد خانواده ($P=0/030$)، ناخواسته بودن حاملگی ($P<0/001$)، نخست‌زایی ($P<0/001$) و نمره‌ی آپگار نوزاد ($P=0/001$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به میزان بروز ترومای روانی زایمان و وجود رابطه بین نخست‌زایی، سطح درآمد خانواده، ناخواسته بودن حاملگی و نمره‌ی آپگار نوزاد با آن، مراقبان سلامت باید زنان در معرض خطر ترومای روانی زایمان را هر چه زودتر شناسایی کنند و با انجام اقدامات پیشگیرانه و مداخلات زودهنگام، از بروز آسیب‌های ناشی از آن جلوگیری کنند.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۲۸
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۱۸
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۳/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: فاطمه زهرا کریمی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

ایمیل: karimifz@mums.ac.ir

واژگان کلیدی: اختلال استرس پس از تروما، ترومای روانی زایمان، زایمان، زایمان تروماتیک

استناد: احمدی نژاد، گلناز سادات، نصرتی هادی آباد، سیده فاطمه؛ صدرزاده، سید مجید؛ کریمی، فاطمه زهرا. بررسی میزان ترومای روانی زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، بهار ۱۴۰۳؛ ۳۲(۲): ۸۷-۸۰.

مقدمه

زایمان امری فیزیولوژیک در زندگی زنان است که با تأثیرات عمیق فیزیکی، ذهنی، احساسی و اجتماعی توأم است [۱، ۲]. یکی از موضوعات مهم شایسته‌ی توجه در زایمان تأثیرات روان‌شناختی آن بر زنان است [۳]. وجود مشکلات عاطفی و روانی مانند ترس، اضطراب و نگرانی از زایمان و تأثیر این احساسات بر تصمیم‌گیری‌ها و نگرش زنان درباره‌ی بارداری و زایمان [۴] و همچنین، بروز حوادث مختلف در طول بارداری، لیبر، زایمان و تجربیات ذهنی ناشی از آن [۵] می‌تواند باعث درک منفی و ناراضی‌تانی زنان و در نهایت، ترومای روانی زایمان شوند [۶، ۷]. انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۳) تروما

زایمان امری فیزیولوژیک در زندگی زنان است که با تأثیرات عمیق فیزیکی، ذهنی، احساسی و اجتماعی توأم است [۱، ۲]. یکی از موضوعات مهم شایسته‌ی توجه در زایمان تأثیرات روان‌شناختی آن بر زنان است [۳]. وجود مشکلات عاطفی و روانی مانند ترس، اضطراب و نگرانی از زایمان و تأثیر این احساسات بر تصمیم‌گیری‌ها و نگرش زنان درباره‌ی بارداری و زایمان [۴] و همچنین، بروز حوادث مختلف در طول بارداری، لیبر، زایمان و تجربیات ذهنی ناشی از آن [۵] می‌تواند باعث درک منفی و ناراضی‌تانی زنان و در نهایت، ترومای روانی زایمان شوند [۶، ۷]. انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۱۳) تروما

نوشتن بود. معیار خروج کامل نکردن پرسش‌نامه بود. برای تعیین حجم نمونه، از مطالعه‌ی کریدی (Creedy) و همکاران (۲۰۰۰) و فرمول برآورد یک میزان استفاده شد [۱۶]. با در نظر گرفتن خطای مطلق برابر با ۰/۰۵ و میزان شیوع برابر با ۳۳ درصد، حجم نمونه برابر با ۵۰۴ نفر برآورد شد.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p \cdot r}{d^2}$$

نمونه‌گیری با استفاده از روش غیراحتمالی دردسترس انجام شد؛ بدین صورت که پژوهشگر در بخش مامایی و جراحی زنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد حضور یافت و بر اساس چک‌لیست انتخاب واحد پژوهش، زنان واجد شرایط ورود به مطالعه را به‌صورت دردسترس، انتخاب کرد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌ی مربوط به فرم مشخصات دموگرافیک و مامایی (مانند سن، شغل، سطح درآمد خانواده، وضعیت مسکن، سن حاملگی، نوع زایمان، زمان زایمان، جنس نوزاد و...) و پرسش‌نامه‌ی ترومای روانی زایمان بود. پرسش‌نامه‌ی ترومای روانی زایمان را تقی‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) در اصفهان طراحی و رویای سازه و پایایی آن را تأیید کرده‌اند. این پرسش‌نامه که در مرحله‌ی پس از زایمان، واحدهای پژوهش آن را تکمیل کردند، دارای ۳۰ گویه و ۵ سازه است (۱. تشویش و داغ زایمان، ۲. تظاهرات روانی، ۳. درماندگی، ۴. فروپاشی و حس مرگ، ۵. تظاهرات جسمی). سازه‌ی تشویش و داغ زایمان دارای ۱۰ سؤال، سازه‌ی تظاهرات روانی دارای ۸ سؤال، سازه‌ی درماندگی دارای ۶ سؤال، سازه‌ی فروپاشی و حس مرگ دارای ۳ سؤال و سازه‌ی تظاهرات جسمی دارای ۳ سؤال است و هر سؤال دارای ۵ گزینه است که از ۱ تا ۵ امتیاز را به خود اختصاص می‌دهد و امتیازی که شخص کسب می‌کند، از حاصل جمع امتیازات ۳۰ سؤال به دست می‌آید که بین ۳۰ تا ۱۵۰ قرار دارد. نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی بیشتر بودن میزان ترومای روانی زایمان است. رویای این پرسش‌نامه پس از بررسی اعتبار صوری و محتوایی و تحلیل عاملی اکتشافی پرسش‌نامه، تأیید شده است و ضریب آلفای کرونباخ مورد پذیرش برای هم‌بستگی درونی برابر با بالاتر از ۷۰ درصد گزارش شده است [۲۱]. در این مطالعه، برای این پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و برای سازه‌های تشویش و داغ زایمان برابر با ۰/۸۹، تظاهرات روانی برابر با ۰/۸۶، درماندگی برابر با ۰/۸۵، فروپاشی و حس مرگ برابر با ۰/۶۲ و تظاهرات جسمی برابر با ۰/۶۲ به دست آمد و پایایی کل پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به تأیید رسید.

برای جمع‌آوری داده‌ها، پژوهشگر پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اقدام به نمونه‌گیری کرد؛ بدین ترتیب که پژوهشگر در بخش مامایی و جراحی زنان بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد حضور یافت و زنانی را که ۲ ساعت از زایمان آن‌ها گذشته بود، با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب کرد. در صورت تمایل و مساعد بودن شرایط مادر، پرسش‌نامه‌ی فرم مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی ترومای روانی زایمان در اختیار او قرار گرفت و به‌صورت خودگزارشی تکمیل شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ انجام شد. برای توصیف مشخصات واحد پژوهش، از آمار توصیفی شامل شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و توزیع فراوانی استفاده شد. برای بررسی رابطه‌ی بین ترومای روانی زایمان و عوامل مرتبط، از رگرسیون خطی به روش حذف پس‌رو استفاده شد. در تمام آزمون‌ها، سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

را پاسخی هیجانی و عاطفی به رویداد تروماتیک توصیف کرده است و رویداد تروماتیک را نیز چنین تعریف می‌کند: «مرگ، جراحی جدی، تجاوز جنسی یا تهدید جدی به تجربه کردن این رویدادها، یعنی فرد تا آستانه‌ی تجربه‌ی واقعی پیش می‌رود؛ ولی جان سالم به در می‌برد» [۸]. تروما در طی فرایند فرزندآوری، زمانی ایجاد می‌شود که مادر احساس کند شأن و منزلت وی از بین رفته یا خطری جدی و تهدیدکننده‌ی حیات برای خود یا فرزندش وجود دارد [۹، ۱۰]. با درک و تصور مادر از تروماتیک بودن زایمان، وی از نظر روانی دچار ترس شدید، بی‌نظمی، ناامیدی، از دست دادن کنترل و وحشت می‌شود [۱۱]. در واقع، ترومای روانی زایمان (Psychological Birth Trauma) در نتیجه‌ی تجرب تروماتیک فیزیکی یا روانی در طی لیبر و زایمان رخ می‌دهد [۷] و در مادر، پاسخی به شکل ترس، ناامیدی، از دست دادن کنترل، احساس درماندگی و وحشت از خود نشان می‌دهد [۹]. ترومای روانی زایمان می‌تواند مادر را به‌سمت اختلال استرس بعد از تروما (PTSD) یا سایر اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب سوق دهد [۱۲، ۱۳] و همچنین، می‌تواند در دوران پس از زایمان، عوارضی مانند اختلال در روابط مادر و کودک و ارتباط با همسر در آینده ایجاد کند [۱۴، ۱۵]. کریدی (Creedy) و همکاران شیوع ترومای زایمانی را در زنان برابر با ۳۳ درصد گزارش کردند. بر اساس گزارش آن‌ها، از هر سه زایمان، یک زایمان به ترومای روانی منجر می‌شود [۱۶]. همچنین، بر اساس مطالعه‌ی که کلونین (McKelvin) و همکاران (۲۰۲۱) در انگلیس انجام دادند، شیوع ترومای روانی زایمان در زنان برابر با ۳۴ درصد گزارش شده است [۱۷].

شیوع ترومای روانی ممکن است تحت تأثیر تفاوت‌های فرهنگی و جغرافیایی کشورها باشد [۱۷]؛ زیرا عامل اصلی در ایجاد ترومای روانی زایمان تجربه‌ی ذهنی زنان از زایمان و درک آنان از تجرب شخصی خود است [۲]. بر این اساس، در مطالعات مختلف، شیوع ترومای روانی زایمان با توجه به اختلاف فرهنگ، موقعیت جغرافیایی و همچنین، ابزار سنجش ترومای روانی زایمان، روش مطالعه و جمعیت مورد مطالعه متفاوت گزارش شده است [۱۸]. همچنین، برخی از زنان که تحمل کمتری در برابر استرس و اضطراب دارند و زایمان را استرسی عظیم می‌پندارند یا دارای مشکلات خانوادگی هستند و انگیزه‌های برای بارداری ندارند، درجات بالاتری از ترومای روانی را گزارش می‌کنند [۱۹، ۲۰]. به‌دلیل آنکه ترومای روانی زایمان می‌تواند به ایجاد اختلال در عملکرد روانی و تطابق با دوران پس از زایمان در مادر منجر شود [۱۷]، بررسی این اختلال در زنان به دنبال زایمان ضروری به نظر می‌رسد؛ زیرا مراقبان بهداشتی‌درمانی را از وجود این اختلال آگاه می‌سازد تا بتوانند اقدامات حمایتی و درمانی مناسب را برای کمک به زنان مبتلا به این اختلال انجام دهند. در نهایت، با توجه به پیامدهای ناگوار ترومای روانی زایمان و همچنین، نبود اطلاعات کافی درباره‌ی وضعیت آن در زنان در دوره‌ی پس از زایمان و از آنجاکه در ایران، تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه گزارش نشده است، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی میزان ترومای روانی زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر از نوع مقطعی است که به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است. جامعه‌ی پژوهش شامل تمام زنان زایمان‌کرده در سال ۱۴۰۱ در شهر مشهد و محیط پژوهش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل ایرانی و ساکن مشهد بودن و داشتن سواد خواندن و

نتایج

چندگانه در این مدل رگرسیونی، برابر با ۰/۱۱ بود. میزان ترومای روانی زایمان در گروه با درآمد در حد کفاف و بیشتر از آن، کمتر از گروه با درآمد کمتر از حد کفاف بود ($P=0/030$). میزان ترومای روانی زایمان در زنان نخست‌زاده، بیشتر از زنان چندزاده ($P=0/018$) و زنان با حاملگی خواسته، کمتر از زنان با حاملگی ناخواسته ($P<0/001$) بود. همچنین، در زنانی که سابقه‌ی حادثه‌ی استرس‌زا در بارداری را گزارش کرده بودند، این میزان بیشتر از زنان بدون سابقه‌ی حادثه‌ی استرس‌زا ($P<0/001$) بود. در رابطه با نوبت زایمان، نتایج نشان داد که نمره‌ی تروما در زنانی که در نوبت شب زایمان کرده بودند، نسبت به زنانی که زمان زایمان آن‌ها در نوبت صبح بود، بیشتر و این تفاوت از نظر آماری، معنادار بود ($P=0/015$). همچنین، با افزایش یک‌واحدی نمره‌ی آپگار نوزاد، میانگین نمره‌ی ترومای روانی زایمان به اندازه‌ی ۱/۸۸ کاهش می‌یافت ($P=0/001$).

همچنین، میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان در زنان نخست‌زاده برابر با $20/38 \pm 46/73$ و در زنان چندزاده برابر با $17/08 \pm 44/68$ بود. همچنین، میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان در زنان با زایمان طبیعی برابر با $18/77 \pm 46/1045$ ، در زنان با سزارین اورژانسی برابر با $20/03 \pm 46/19$ و در زنان با سزارین انتخابی برابر با $16/99 \pm 43/80$ بود و تفاوت آماری معناداری بین آن‌ها وجود نداشت.

در این مطالعه، ۴۸۴ نفر شرکت کردند. میانگین سن مادران برابر با $6/53 \pm 27/94$ سال، میانگین سن همسران برابر با $6/32 \pm 32/75$ سال، مدت‌زمان ازدواج برابر با $5/75 \pm 7/82$ سال، سن حاملگی برابر با $2/73 \pm 38/37$ هفته و وزن نوزادان برابر با $699/25 \pm 3141/71$ گرم بود. اکثر افراد شرکت‌کننده در مطالعه (۹۰ درصد، ۴۳۳ نفر) خانه‌دار بودند. درآمد اکثر شرکت‌کنندگان (۶۶ درصد، ۳۲۱ نفر) در حد کفاف یا بیشتر از حد کفاف بود. اطلاعات دموگرافیک مادران شرکت‌کننده در مطالعه در جدول ۱ گزارش شده است. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان برابر با $18/51 \pm 45/52$ و میانگین نمره‌ی سازه‌های تشویش و داغ زایمان، تظاهرات روان‌شناختی، درماندگی، فروپاشی، حس مرگ و تظاهرات جسمی به ترتیب، برابر با $7/44 \pm 16/31$ ، $4/97 \pm 11/20$ ، $4/80 \pm 9/73$ ، $1/67 \pm 3/82$ و $2/06 \pm 4/46$ بود. میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان و سازه‌های آن در جدول ۲ توصیف شده است. برای بررسی عوامل مرتبط با ترومای روانی زایمان، از رگرسیون خطی چندگانه به روش حذف پس‌رو استفاده شد (جدول ۳). ضریب هم‌بستگی

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
شغل	خانه‌دار (۹۰) ۴۳۳
	شاغل (۱۰) ۵۱
سطح درآمد خانواده	کمتر از حد کفاف (۳۴) ۱۶۳
	در حد کفاف یا بیشتر (۶۶) ۳۲۱
وضعیت مسکن	استیجاری (۵۳) ۲۵۷
	شخصی (۴۷) ۲۲۷
سابقه‌ی سقط	بلی (۲۶) ۱۲۴
	خیر (۷۴) ۳۶۰
شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان	بلی (۱۵) ۷۴
	خیر (۸۵) ۴۱۰
رضایت از جنس نوزاد	بلی (۵۹) ۲۸۴
	خیر (۷) ۳۵
خواسته بودن حاملگی	فرقی نمی‌کند (۳۴) ۱۶۵
	خواسته (۶۸) ۳۲۹
	بدون برنامه‌ریزی (۱۱) ۵۴
نوع زایمان	ناخواسته (۲۱) ۱۰۱
	طبیعی (۵۹) ۲۸۷
	سزارین انتخابی (۲۶) ۱۲۶
زمان زایمان	سزارین اورژانسی (۱۵) ۷۱
	صبح (۳۳) ۱۵۸
	عصر (۲۷) ۱۳۲
جنس نوزاد	شب (۴۰) ۱۹۴
	دختر (۵۲) ۲۵۲
	پسر (۴۸) ۲۳۲

جدول ۲: میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان و سازه‌های آن

متغیر	انحراف معیار \pm میانگین
تشویش و داغ زایمان	۱۶/۳۱ \pm ۷/۴۴
تظاهرات روان‌شناختی	۱۱/۲۰ \pm ۴/۹۷
درماندگی	۹/۷۳ \pm ۴/۸۰
فروپاشی و حس مرگ	۳/۸۲ \pm ۱/۶۷
تظاهرات جسمی	۴/۴۶ \pm ۲/۰۶
نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان	۴۵/۵۲ \pm ۱۸/۵۱

جدول ۳: عوامل مرتبط با تروما با استفاده از مدل رگرسیون خطی چندگانه

	CI	P	Beta	B	
آپگار دقیقه‌ی اول	-۰/۴۵	-۲/۶۶	۰/۱۰	-۱۲	۱/۵۵
سطح درآمد خانواده	-	-	-	-	-
زایمان اول	-	-	-	-	-
خواسته بودن حاملگی	-	-	-	-	-
سابقه‌ی حادثه‌ی استرس‌زا در بارداری	-	-	-	-	-
زمان زایمان	-	-	-	-	-
	۳۷	۷/۲۴	۰/۰۳	-۰/۹۹۷	۳/۸۰
	۷/۵۲	۷۱	۰/۱۸	۰/۱۱	۴/۱۲
	۵/۰۹	۱۶/۸۹	<۰/۰۰۱	۱۹	۱۰/۹۹
	۵/۰۱	۱۳/۴۵	<۰/۰۰۱	۲۳	۹/۲۳
	۱۴/۳۶	۴/۱۵	<۰/۰۰۱	۱۶	۹/۲۶
	۸/۱۸	۸۸	۰/۱۵	۱۱	۴/۵۳

خانواده با بروز ترومای زایمانی ارتباط معناداری داشت؛ بنابراین، میزان درآمد پایین و عدم رضایت از درآمد یکی از عوامل مؤثر در بروز ترومای روانی پس از زایمان است. کوهن (Cohen) و همکاران در مطالعه‌ی خود، نشان دادند که میزان درآمد با نمره‌ی ترومای روانی ارتباط معناداری دارد [۲۴]. همچنین، آپریس و همکاران در مطالعه‌ی خود، به این نتیجه رسیدند که میزان درآمد پایین می‌تواند عامل مؤثری در پیش‌گویی ابتلای مادران باردار به ترومای روانی زایمان باشد [۲۵]. در مطالعه‌ی حاضر، شانس بروز ترومای روانی زایمان در زنان با سابقه‌ی حادثه‌ی استرس‌زا، بیشتر از زنان بدون سابقه‌ی حادثه‌ی استرس‌زا گزارش شد که این با نتایج مطالعه‌ی کوهن و همکاران همخوانی دارد [۲۴].

همچنین، در این مطالعه، نمره‌ی آپگار نوزاد با نمره‌ی ترومای روانی مادر رابطه‌ی معکوس داشت؛ بدین صورت که با هر واحد افزایش نمره‌ی آپگار نوزاد، نمره‌ی ترومای روانی مادر ۱/۸۸ واحد کاهش می‌یافت. مولی (Molloy) و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، ارتباط معناداری بین سلامت نوزاد و بهبود وضعیت روانی مادر نشان دادند که با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد [۲۶]. این امر احتمالاً به دلیل اطمینان خاطر مادر از سلامت نوزاد است و به بهبود روابط مادر و نوزاد منجر می‌شود. نوزاد بیمار باعث بروز علائم اختلال استرس پس از حادثه، همچون مشکلات خواب، استرس و اضطراب در مادران می‌شود و آن‌ها را دچار احساس ترس از دست دادن نوزاد یا ابتلای نوزاد به بیماری‌های تهدیدکننده‌ی حیات می‌کند.

به‌خلاف یافته‌های پژوهش حاضر که ارتباط آماری معناداری بین جنسیت نوزاد و بروز ترومای روانی زایمان نشان نداد، ناکیک (Nakić) و همکاران در مطالعه‌ی خود، ارتباط معناداری بین جنسیت نوزاد و بروز

بحث

در مطالعه‌ی حاضر که با هدف بررسی میزان ترومای روانی زایمان و عوامل مرتبط با آن در زنان انجام شده است، میانگین نمره‌ی کل ترومای روانی زایمان در زنان برابر با ۴۵/۵۲ بود و این تروما در زنان نخست‌زا در مقایسه با زنان چندزاد، از شیوع بالاتری برخوردار بود. اما گارتوس (Garthus-Niegel) و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه‌ی خود، رابطه‌ی معناداری را بین نوبت زایمان و نمره‌ی ترومای روانی نیافتند [۲۲]. دلیل بالاتر بودن شیوع ترومای روانی زایمان در زنان نخست‌زا در مطالعه‌ی حاضر، احتمالاً مربوط به تفاوت در ساختار جمعیت‌های مورد مطالعه از نظر آسیب‌پذیری، محرومیت منطقه‌ی جغرافیایی مورد مطالعه و همچنین، چگونگی ارائه‌ی خدمات به مادران باردار در مراکز مراقبت‌های بارداری است. بالاتر بودن میزان ترومای روانی زایمان در زنان نخست‌زا می‌تواند به دلیل نداشتن تجربه‌ی زایمان، عدم اعتمادبه‌نفس در امر زایمان، ترس از ناشناخته‌ها و انتظارات غیرواقعی‌گرایانه از زایمان طبیعی باشد.

طبق نتایج این مطالعه، میزان بروز ترومای روانی در زنان با حاملگی ناخواسته بیشتر از زنان با حاملگی خواسته است. سیمپسون (Simpson) و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود، به این نتیجه رسیدند که میزان بروز اختلالات روانی در زنان با حاملگی خواسته و از پیش برنامه‌ریزی‌شده، کمتر از زنان با حاملگی ناخواسته است [۲۳]. به نظر می‌رسد که کاهش میزان ترومای روانی زایمان در حاملگی‌های خواسته و برنامه‌ریزی‌شده به دلیل آمادگی و هماهنگی مادر برای بارداری و زایمان و حمایت عاطفی و روانی همسر و خانواده‌ی وی باشد. طبق یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، میزان درآمد کمتر از حد کفاف

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، مطالعات مداخله‌ای برای کاهش بروز ترومای روانی زایمان طراحی شود. همچنین، هریک از عوامل مؤثر در بروز ترومای روانی زایمان جداگانه بررسی شود و راهکارهایی برای کاهش ترومای روانی زایمان و عوارض ناشی از آن ارائه شود.

نتیجه‌گیری

زایمان و سازگاری مادر با نوزاد تازه متولدشده را می‌توان جزو مراحل حساس زندگی زنان دانست. تجربه‌ی ترومای روانی در این دوران، اثرهای زیان‌باری بر سلامت مادر و نوزاد خواهد گذاشت؛ لذا، پیشنهاد می‌شود غربالگری ترومای روانی در مادران زایمان‌کرده با برنامه‌های مراقبتی و بهداشتی مادران در دوره‌ی پس از زایمان ادغام شود تا اقدامات لازم برای پیشگیری و در صورت نیاز، ارجاع به‌منظور درمان صورت گیرد و در نهایت، سلامت مادر، نوزاد و خانواده ارتقا یابد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرحی تحقیقاتی است که دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد: ۴۰۰۰۶۴۵) آن را تصویب کرده است. بدین‌وسیله، از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مطالعه‌ی حاضر به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.NURSE.REC.1400.048 رسیده و از مشارکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه‌ی کتبی اخذ شده است.

سهم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهمیه بودند.

حمایت مالی

مطالعه‌ی حاضر منتج از طرح پژوهشی به شماره‌ی ۴۰۰۰۶۴۵ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد است.

ترومای زایمان یافتند [۲۷]، به‌طوری که عدم رضایت از جنسیت نوزاد با نمره‌ی ترومای روانی رابطه‌ی مستقیم داشت. با توجه به اینکه بروز ناراضی‌ت از جنسیت نوزاد تحت تأثیر مسائل فرهنگی و اجتماعی قرار دارد، چگونگی برخورد با آن در جوامع مختلف متفاوت است و انتظار نتایج متفاوت منطقی خواهد بود.

در مطالعه‌ی حاضر، ارتباطی بین سن و ترومای روانی زایمان وجود نداشت که این یافته با مطالعه‌ی آندرسون (Anderson) و همکاران همخوانی دارد [۲۸]. در واقع، با توجه به اینکه تمام زنان مورد مطالعه در سنین باروری بودند و احتمالاً چون از لحاظ هورمونی، دارای شرایط مشابه بودند، رابطه‌ی بین سن و ترومای روانی دیده نشد.

هرچند زایمان در بسیاری از زنان، امری طبیعی و تجربه‌ای خوشایند به حساب می‌آید، در بعضی دیگر، تجربه‌ای تروماتیک و ناخوشایند تلقی می‌شود. زایمانی که از لحاظ روانی مادر را دچار تروما کند، می‌تواند به اختلال در سلامت روان مادر منجر شود [۲۹، ۳۰]. در مطالعه‌ی کیفی جوهانسون (Johansson M) و همکاران (۲۰۲۰) نیز گزارش شده است که ترومای روانی زایمان می‌تواند به بروز اختلالات روانی، همچون افسردگی، در مادر منجر شود و تعاملات و روابط عاطفی مادر و کودک را دچار آسیب کند [۳۱].

بنابراین، توصیه می‌شود که ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت مادران را از نظر احتمال بروز آسیب‌های روانی بلافاصله پس از زایمان، به‌دقت بررسی کنند تا علاوه بر دادن آگاهی لازم، فرصتی برای تشخیص مادران در معرض خطر ایجاد شود.

استفاده از روش خودگزارشی برای جمع‌آوری داده‌ها و اعتماد به صحت پاسخ‌های داده‌شده توسط واحدهای پژوهش از محدودیت‌های این مطالعه است که سعی شد با ارائه‌ی توضیحات و جلب اطمینان واحدهای پژوهش، از صادق بودن واحدهای پژوهش در پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها و انعکاس واقعیت‌ها اطمینان حاصل شود. اما به‌علت اینکه واحدهای پژوهش پرسش‌نامه‌ها را به‌صورت خودگزارشی تکمیل کردند، ممکن است علی‌رغم این تدابیر، واحدهای پژوهش در پاسخ‌های خود پنهان‌کاری کرده باشند که مانع از پاسخ‌دهی صحیح می‌شود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه میزان دقت واحدهای پژوهش در زمان پاسخ‌گویی به سؤالات با توجه به حساسیت موضوع مورد مطالعه بود که می‌تواند بر نحوه‌ی پاسخ‌گویی آن‌ها مؤثر باشد. برای کاهش این محدودیت و کنترل نسبی آن، سعی شد پرسش‌نامه‌ها در زمان و محیط مناسب و آرام تکمیل شود.

REFERENCES

- Mousazadeh R, Dehdilani M. Management of pregnant trauma patients in emergency department: a narrative review to provide the most recent evidence. *Front Emerg Med.* 2022;**6**(4):e55. DOI: 10.18502/fem.v6i4.10442
- Pop-Jordanova N. Childbirth-related psychological trauma. *Prilozi.* 2022;**43**(1):17-27. PMID: 35451296 DOI: 10.2478/prilozi-2022-0002
- Greenfield M, Jomeen J, Glover L. What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *British Journal of Midwifery.* 2016;**24**(4):254-67. DOI: 10.12968/bjom.2016.24.4.254
- Çapik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of post-traumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2018;**15**(6):455-63. PMID: 30281197 DOI: 10.1111/wvn.12326
- Ayers S, Radoš SN, Balouch S. Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2015;**7**(3):234. DOI: 10.1037/a0039044
- Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth induced post-traumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology.* 2017;**8**:560. PMID: 28443054 DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00560
- Bahari S, Nourizadeh R, Esmailpour K, Hakimi S. The Effect of Supportive Counseling on Mother Psychological Reactions and Mother-Infant Bonding Following Traumatic Childbirth. *Issues in mental health nursing.* 2022;**43**(5):447-54. PMID: 34731062 DOI: 10.1080/01612840.2021.1993388
- American Psychological Association Officers. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition DSM-5Tm. American Psychaitric Publishing, Washington

- DC. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. *Am Psychiatric Assoc.* 2013;**21**(21):591-643.
9. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC pregnancy and childbirth.* 2015;**15**(1):1-8. [PMID: 26518597](#) [DOI: 10.1186/s12884-015-0721-y](#)
 10. Beck CT. Middle range theory of traumatic childbirth: The ever-widening ripple effect. *Glob Qual Nurs Res.* 2015;**2**:2333393615575313. [PMID: 28462301](#) [DOI: 10.1177/2333393615575313](#)
 11. Watson K, White C, Hall H, Hewitt A. Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth.* 2021;**34**(5):417-24. [PMID: 33020046](#) [DOI: 10.1016/j.wombi.2020.09.016](#)
 12. Taghizadeh Z, Irajpour A, Nedjat S, Arbabi M, Lopez V. Iranian mothers' perception of the psychological birth trauma: A qualitative study. *Iranian Journal of Psychiatry.* 2014;**9**(1):31-6. [PMID: 25561946](#)
 13. Khodakarami B, soltani F, gotalizadeh G, soltani A, mohagheghi H. The Effect of spiritual counseling on depression, anxiety and stress of pregnant Women: a randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2015;**23**(4):39-53
 14. Schobinger E, Stuijzand S, Horsch A. Acute and post-traumatic stress disorder symptoms in mothers and fathers following childbirth: A prospective cohort study. *Frontiers in psychiatry.* 2020;**11**:562054. [PMID: 33414729](#) [DOI: 10.3389/fpsyt.2020.562054](#)
 15. Prins-Engelsman S, Cwikel J. Postpartum Depression Symptoms in Various Sects of Ultra-Orthodox Society in Israel. *Journal of Religion and Health.* 2023:1-20. [PMID: 36715878](#) [DOI: 10.1007/s10943-023-01745-3](#)
 16. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth (Berkeley, Calif).* 2000;**27**(2):104-11. [PMID: 11251488](#) [DOI: 10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x](#)
 17. McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth.* 2021;**34**(5):407-16. [PMID: 33039281](#) [DOI: 10.1016/j.wombi.2020.09.021](#)
 18. Anderson CA. The trauma of birth. *Health care for women international.* 2017;**38**(10):999-1010. [PMID: 28799887](#) [DOI: 10.1080/07399332.2017.1363208](#)
 19. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery.* 2015;**31**(1):239-46. [PMID: 25440298](#) [DOI: 10.1016/j.midw.2014.09.003](#)
 20. Vaziri F, Khademian Z, Behbahani BM. Qualitative investigation of experiences and perception of primiparous women regarding childbirth in women referring to educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. 2012:226-36.
 21. Taqizadeh Z AM, Irajpour A, Kazemnejad A, Nejat S. Explaining the concept of psychological birth trauma and designing a diagnostic questionnaire: A Combined Approach. [PMID: 25561946](#)
 22. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychological medicine.* 2017;**47**(1):161-70. [PMID: 27682188](#) [DOI: 10.1017/S003329171600235X](#)
 23. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth.* 2016;**29**(3):203-7. [PMID: 26563636](#) [DOI: 10.1016/j.wombi.2015.10.009](#)
 24. Cohen MM, Ansara D, Schei B, Stuckless N, Stewart DE. Post-traumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;**13**(3):315-24. [PMID: 15130260](#) [DOI: 10.1089/154099904323016473](#)
 25. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: the city birth trauma scale. *Frontiers in psychiatry.* 2018;**9**:409. [PMID: 30279664](#) [DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00409](#)
 26. Molloy E, Biggerstaff DL, Sidebotham P. A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth.* 2021;**34**(3):278-87. [PMID: 32303461](#) [DOI: 10.1016/j.wombi.2020.03.004](#)
 27. Nakić Radoš S, Matijaš M, Kuhar L, Andelinović M, Ayers S. Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2020;**12**(2):147. [DOI: 10.1037/tra0000501](#)
 28. Anderson C, Perez C. Adolescent Psychological Birth Trauma Following Cesarean Birth. *Pediatric nursing.* 2015;**41**(2):78-83. [PMID: 26292455](#)
 29. Soltani N, Abedian Z, Mokhber N, Esmaily H. The association of family support after childbirth with post-traumatic stress disorder in women with preeclampsia. *Iranian Red Crescent Medical Journal.* 2015;**17**(10). [PMID: 26568844](#) [DOI: 10.5812/tra0000501.17865](#)
 30. Shobeiri F, Ahang Poor P, Parsa P, Yazdi-Ravandi S. Comparing Health Condition Between Wanted and Unwanted Pregnancy of Women in Hamadan City. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2019;**27**(2):82-8. [DOI: 10.30699/sjhnmf.27.2.82](#)
 31. Johansson M, Benderix Y, Svensson I. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International journal of qualitative studies on health and well-being.* 2020;**15**(1):1722564. [PMID: 31990637](#) [DOI: 10.1080/17482631.2020.1722564.](#)