

تأثیر مشاوره بر میزان اضطراب پس از زایمان تروماتیک در خانم‌های نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک‌سوکور

مهناز عزیزی¹؛ می‌نور لمیعیان^{2*}؛ سقراط فقیه‌زاده³؛ مریم نعمت‌اله‌زاده¹

چکیده

زمینه: تجربه زایمانی تروماتیک می‌تواند مادر را در خطر ایجاد اختلالات پس از زایمان، از جمله اضطراب قرار دهد. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر مشاوره برنامه‌ای بر میزان اضطراب پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زا است.

روش‌ها: در یک کارآزمایی بالینی تصادفی، 180 مادری که برحسب معیار DSM-IV، زایمان تروماتیک را تجربه کردند، به‌روش تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه 90 نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله توسط ماما، مشاوره تحت برنامه دریافت نمود اما گروه کنترل تنها تحت مراقبت‌های معمول بود. هر دو گروه 6-4 هفته و سه ماه بعد، مورد پیگیری قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید.

یافته‌ها: واحدهای پژوهش در هر دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، عوارض بارداری و سطح حمایت اجتماعی همگن بودند. به لحاظ میانگین نمره اضطراب، افسردگی و استرس قبل از مداخله، تفاوت آماری معناداری با هم نداشتند ($P > 0/05$). پس از مداخله و در پیگیری دونوبته، بین میانگین نمرات اضطراب 6-4 هفته پس از زایمان ($P < 0/001$) و 3 ماه پس از زایمان ($P < 0/001$) دو گروه مورد بررسی، تفاوت آماری معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: اجرای مشاوره برنامه‌ای توسط ماما می‌تواند اثرات قابل توجهی بر کاهش میزان اضطراب زنان پس از زایمان تروماتیک داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: زایمان تروماتیک، اضطراب، مشاوره مامایی

«دریافت: 1388/8/4 پذیرش: 1389/1/31»

1. گروه مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

2. گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، مسوول مکاتبه

3. گروه آمار حیاتی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران

*عهده‌دار مکاتبات: تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، تلفن: 021-82883809

Email: Lamyianm@modares.ac.ir

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه تربیت مدرس سال 1388 با عنوان "بررسی تأثیر برنامه مشاوره مامایی بر میزان اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زا" می‌باشد.

مقدمه

متعاقب زایمان شود (2). اضطراب پس از زایمان که 20-5 درصد مادران جوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد اختلالی است که کم‌تر تشخیص داده می‌شود و ممکن است به‌تنهایی یا همراه با افسردگی رخ دهد (3). تجربه تروما حین زایمان می‌تواند بر عملکرد روانی مادر و تطابق وی در دوران پس از زایمان تأثیرات منفی به‌جای

بارداری و زایمان از موارد منحصر به فرد اضطراب‌زا برای زنان است (1). تجارب بد زایمانی مربوط به مداخلات غیرمنتظره پزشکی، درد شدید یا ترس از مرگ، گاهی در مادران ترس و اضطراب شدیدی ایجاد می‌کند که می‌تواند منجر به اختلالات اضطرابی پس از تروما

مادر و کودک، ارایه مراقبت با کیفیت بالا و دادن اطلاعات صحیح به مادر است (9).

در خصوص نقش مشاوره به‌عنوان راهکاری برای پیشگیری از اضطراب پس از زایمان، یافته‌های متناقضی وجود دارد. در مطالعه لاوندر، مادرانی که پس از زایمان، اقدام‌های مداخله‌ای نظیر مشاوره، حمایت، درک و توجه از جانب ماما دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل به‌میزان کم‌تری به اضطراب مبتلا شده بودند (10).

طبق تعریف کنفدراسیون بین‌المللی مامایی (International Confederation of Midwives) (2005)،

ماما به‌عنوان فردی مسئول، نقشی مهم در ارایه مشاوره، حمایت، مراقبت و توصیه‌های لازم در طول بارداری، لیبر و دوران پس از زایمان دارد (9). یکی از چهار اصل مدل مراقبت مامایی (Midwifery Model of Care)، ارایه مشاوره و آموزش فردی به مادران در سنین باروری به‌ویژه دوران بارداری، لیبر، زایمان و پس از زایمان است. این اصل برای کاهش میزان بروز زایمان‌های تروماتیک و سزارین و عوارض آن از جمله اضطراب، مورد آزمایش و ارزیابی قرار گرفته است (9). در جدیدترین مطالعه‌ای که سال 1386 در ایران صورت گرفته، مشاوره ارایه‌شده طی 72 ساعت اول پس از زایمان توسط ماما به زنانی که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند در کاهش اختلال استرس پس از تروما در پیگیری سه ماه پس از زایمان مؤثر بوده است (11).

گمبل و همکاران در سال 2005 پژوهشی انجام دادند و در آن به بررسی تأثیر مشاوره توسط ماما بر اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک پرداختند. نتایج حاکی از تأثیر مشاوره در کاهش علائم اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک بود ولی در مورد میزان اضطراب، تأثیر معناداری مشاهده نشد و گرچه زنان کم‌تری در گروه مشاوره‌شده از سطوح اضطراب پایین‌تری برخوردار بودند ولی این تفاوت معنادار نبود (2). در مطالعه رایدینگ و همکاران (1998) نیز مشاوره با خصوصیات کامل

بگذارد (4). طبق نظر انجمن روانپزشکی آمریکا (American Psychiatric Association= APA) (1994) یک واقعه تروماتیک ناگهانی اتفاق می‌افتد، حس کنترل فرد را مختل می‌کند و عقاید و تصورات اساسی از جهان و افراد پیرامون وی را درهم می‌ریزد (5). ترومای زایمانی می‌تواند به‌علل مختلفی مانند یک نتیجه منفی (مرده‌زایی)، یک عارضه مامایی (سزارین اورژانسی)، یک آشفتگی روانی (ترس از بی‌حسی اپیدورال)، دیستوشی و استفاده از وسایل مکانیکی حین زایمان (زایمان با واکيوم یا فورسپس) ایجاد شود (1). اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و هراسی مبهم و ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و با علایمی مانند احساس خستگی، بیقراری، تپش قلب و سرگیجه همراه می‌گردد. وقوع مجدد موقعیت‌هایی که قبلاً استرس‌زا بوده‌اند یا طی آن‌ها به فرد آسیب رسیده است باعث اضطراب در افراد می‌شود (6). در سبب‌شناسی اضطراب پس از زایمان تروماتیک، عوامل ژنتیکی و ارثی، عوامل محیطی، عوامل روانی، عوامل اجتماعی و عوامل بیولوژیکی مطرح هستند (7). محیط اتاق زایمان شامل نور، دما، سر و صدا و همچنین اقداماتی که در اتاق زایمان انجام می‌شود از قبیل تزریقات وریدی، عضلانی، اپی‌زیاتومی، قرار دادن مادر در وضعیت نامناسب و غیره می‌تواند برای مادران و به‌خصوص مادران نخست‌زا که هیچ تجربه قبلی از زایمان ندارند اضطراب‌آور باشد (8). نکته قابل‌اهمیت این است که تجربه ترومای زایمان، بدون توجه به اضطراب‌زا بودن آن بر سلامت روانی مادر، نوزاد و همسر در دوران پس از زایمان تأثیرات منفی برجا می‌گذارد (4).

مشاوره توسط کادر زایمانی از ملاحظات است که به‌عنوان پیشگیری از اضطراب پس از زایمان مطرح شده است (3). در میان کارکنان بخش بهداشت، ماما وظیفه مهمی در امر مشاوره و آموزش بهداشت برای زنان، خانواده و جامعه دارد و مسئول حفظ و ارتقای سلامت

همراه پرسشنامه جمعیت‌شناختی و سوابق مامایی، مقیاس‌های استاندارد ادینبورگ (Edinburgh Postnatal Depression = EPDS)، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس بعد از زایمان 21 (Depression = EPDS Depression Anxiety and Stress = DASS21) و مقیاس حمایت اجتماعی مادری (Maternity Social Support Scale = MSSS) انجام گرفت. مقیاس EPDS دارای 10 پرسش است که بر جنبه‌های ذهنی افسردگی به‌ویژه ناتوانی در لذت بردن تأکید دارد. سؤالات 1، 2 و 4 به ترتیب 1، 0، 2 و 3 امتیاز می‌گیرند و به بقیه سؤالات به ترتیب 3، 2، 1 و 0 امتیاز تعلق می‌گیرد. مدت پاسخ دادن به این مقیاس نزدیک به 5 دقیقه است. دامنه نمره‌های به‌دست‌آمده از 0-30 نوسان دارد. امتیاز کم‌تر از 10 زنان فاقد بیماری افسردگی، 12-10 زنان در خطر ابتلا به افسردگی و امتیاز 12 و بالاتر یا پاسخ مثبت به سؤال 10 (وجود افکار خودکشی) زنان افسرده را نشان می‌دهد. پرسشنامه EPDS در ایران مورد مطالعه و تأیید قرار گرفته و اعتبار آن 0/58 گزارش شده است (15). مقیاس DASS-21 دارای 21 پرسش شامل 7 پرسش مربوط به استرس، 7 پرسش مربوط به اضطراب و 7 پرسش در ارتباط با افسردگی می‌باشد که برای هر سؤال، چهار گزینه در نظر گرفته شده است. در هر بخش مربوط به استرس، اضطراب یا افسردگی، امتیاز 1-7 نشان‌دهنده سطح خفیف استرس، اضطراب یا افسردگی، 8-14 استرس، اضطراب یا افسردگی در حد متوسط و 15-21 نشانه سطح شدید استرس، اضطراب یا افسردگی می‌باشد. پایایی پرسشنامه DASS-21 در بخش اضطراب 0/95، بخش افسردگی 0/85 و بخش استرس 0/82 در مطالعه‌ای از ایران مورد تأیید گزارش شده است (14). مقیاس MSSS به‌صورت شش سؤال پنج‌گزینه‌ای طراحی شده است. چهار سؤالی که حمایت دوستان، خانواده، کمک از سوی همسر و عشق ورزیدن وی را می‌سنجد به ترتیب 5، 4، 3، 2 و 1 امتیاز می‌گیرند و دو سؤالی که اختلاف با همسر و کنترل شدن از طرف وی را ارزیابی می‌کند عکس ترتیب مذکور امتیاز می‌گیرند. در این

روان‌درمانی و توسط کادر زایمانی به زنانی که یک سزارین اورژانسی را تجربه کرده بودند ارائه شد. این مشاوره تأثیر مثبتی در کاهش علائم ترومای روانی پس از زایمان به‌ویژه اضطراب داشت. در این مطالعه، مشاوره با این‌که تأثیر مثبتی داشت ولی نیازمند مهارت‌های تخصصی روانشناسی بود (12). درحالی‌که برخی مطالعات دیگر، نقش مشاوره در پیشگیری یا کاهش اضطراب پس از زایمان را رد کرده‌اند. یک مطالعه مروری در این زمینه نشان داد که در دو مطالعه کارآزمایی بالینی، مشاوره در کاهش عوارض روانی پس از زایمان بی‌تأثیر بوده است (5). نتایج حاصل از مطالعه رایدینگ و همکاران (2004) نیز حاکی از عدم تفاوت معنادار در بهبود علائم روانی بین دو گروه مداخله و کنترل شش‌ماه پس از زایمان بود (13).

با توجه به نتایج متفاوت در مطالعات گذشته و ارزش پیشگیری از بیماری‌های روانی مادران در دوران پس از زایمان، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه مشاوره مامایی بر میزان اضطراب پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی یک‌سوکور است که در آن تأثیر مشاوره برنامه‌ای مامایی بر میزان اضطراب پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به سه کلینیک مراقبت دوران بارداری و بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان آباءه در سال 1387 مورد مطالعه قرار گرفته است. نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام پذیرفت. جمعیت مورد مطالعه را کلیه زنان نخست‌زای سه‌ماهه سوم بارداری تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل فاصله سنی 18-35 سال، در انتظار تولد نوزاد زنده بودن و توانایی تکمیل پرسشنامه و گفتگو به زبان فارسی بود. گردآوری داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز در این مطالعه به‌وسیله چک لیست ضوابط ورود و خروج از مطالعه به

اطلاعاتی پیرامون درک یک واقعه تروماتیک و شروع پاسخ عاطفی به آن است. بر این اساس، از فرم 4 سؤالی طراحی شده (کادر شماره 1) استفاده شد. دو سؤال اول این فرم 4 سؤالی، جنبه تهدید و دو سؤال دوم، پاسخ هیجانی مادر را بررسی می‌کند. تعیین اعتبار علمی این فرم چهار سؤالی در مطالعات متعدد صورت گرفته است (11 و 16). در صورت پاسخ مثبت به حداقل یک مورد از دو سؤال اول و همچنین حداقل یک مورد از دو سؤال بعدی، زایمان تروماتیک در نظر گرفته می‌شود. در مجموع از 324 نفری که اواخر سه‌ماهه سوم بارداری، معیار ورود به مطالعه را داشتند طی 72 ساعت اول پس از زایمان، 180 نفر طبق پاسخ به سؤالات معیار DSM-IV، زایمان تروماتیک را تجربه نمودند. مادرانی که روزهای فرد هفته برای انجام زایمان به بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده بودند در گروه مداخله (90 نفر) و مادرانی که روزهای زوج هفته برای انجام زایمان مراجعه نموده بودند در گروه کنترل (90 نفر) گمارده شدند.

گروه مداخله تحت برنامه مشاوره مامایی (Midwifery Counseling Program) قرار گرفتند و گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول پس از زایمان را دریافت نمودند. برنامه مشاوره مامایی طی دو جلسه انجام شد. ابتدا یک جلسه مشاوره انفرادی (Face-To-Face) به مدت 60-40 دقیقه در 72 ساعت اول پس از زایمان در بخش مراقبت‌های پس از زایمان برگزار شد. جلسه دوم پس از تکمیل پرسشنامه‌های DASS-21 و MSSS از طریق تماس تلفنی 6-4 هفته پس از زایمان به گروه مداخله ارائه شد. هر دو جلسه مشاوره حضوری و تلفنی توسط مامای پژوهشگر انجام می‌شد. این برنامه در چارچوب

مقیاس، امتیاز بیشتر از 24 نشان‌دهنده حمایت اجتماعی کافی، 24-19 حمایت اجتماعی متوسط و امتیاز کم‌تر از 19 نشانه حمایت اجتماعی ضعیف می‌باشد. پرسشنامه MSSS در مطالعه‌ای در داخل کشور دارای اعتبار علمی گزارش شده است (11).

حجم نمونه با توجه به مطالعه گمبل (2005) 90 نفر در گروه مداخله و 90 نفر در گروه کنترل در نظر گرفته شد. در مرحله اول طبق ضوابط ورود و خروج از مطالعه 324 نفر انتخاب شدند. معیارهای خروج از مطالعه شامل کسب نمره 10 یا بیشتر از آزمون استاندارد EPDS، سابقه افسردگی طی بارداری، سابقه افسردگی پس از زایمان در فامیل درجه یک، مصرف داروهایی که علائم افسردگی ایجاد می‌کنند (نظیر داروهای ضد صرع، ضد فشار خون، کورتون‌دار، دیگوکسین، مدر، آرام‌بخش‌های قوی، دارو ضد پارکینسون)، ابتلا به بیماری‌های مزمن، ابتلا به بیماری‌هایی که خود باعث افسردگی می‌شوند (مانند صرع، مولتیپل اسکلروسیس، میگرن) و بروز حوادث اضطراب و استرس‌آور طی یک سال قبل از زایمان (مانند مرگ نزدیکان، همسر، نوزاد، مشکلات مالی ناگهانی، مشکلات زناشویی و طلاق، اعتیاد به مواد مخدر) بود. از زنانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی گرفته شد. با مقیاس EPDS واحدهای پژوهشی از نظر نداشتن افسردگی در مرحله اول نمونه‌گیری همگن شدند.

سپس طی 72 ساعت اول پس از زایمان، برای تعیین زایمان تروماتیک از معیار A تشخیص اختلال اضطراب و استرس پس از تروما بر مبنای راهنمای تشخیصی آماری ویرایش چهارم استفاده شد. این معیار در جستجوی

1- آیا فکر می‌کنید هنگام درد یا زایمان، جان شما یا نوزادتان در خطر بود؟

2- آیا فکر می‌کنید هنگام درد یا زایمان، امکان آسیب جسمی به شما یا نوزادتان وجود داشت؟

3- آیا فکر می‌کنید این زایمان برای شما تجربه سخت و ناراحت‌کننده‌ای بوده است؟

4- آیا هنگام درد یا زایمان، دچار احساس وحشت شدید، نگرانی یا بی‌پناهی شدید؟

کادر شماره 1- فرم 4 سؤالی بر اساس معیار DSM-IV تشخیص اختلال استرس پس از تروما

وضعیت شغلی، عوارض دوران بارداری، سطح حمایت اجتماعی مادری، سطوح اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس آزمون مجذور کای همگن بوده و تفاوت آماری معناداری بین دو گروه از نظر موارد یاد شده وجود نداشت ($p > 0/05$) (جدول 1).

در اواخر سه ماهه سوم بارداری، میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب گروه مداخله $7/80 \pm 3/65$ و گروه کنترل $7/96 \pm 3/86$ بود. میانگین نمرات اضطراب 4-6 هفته پس از زایمان در گروه مداخله $4/90 \pm 2/71$ و در دو گروه کنترل $7/03 \pm 3/37$ بود. میانگین نمرات اضطراب 3 ماه پس از زایمان در گروه مداخله $3/97 \pm 2/61$ و در گروه کنترل $7/03 \pm 3/18$ بود. با آزمون آنوا هم در گروه مداخله و هم در گروه کنترل در هر سه دوره تفاوت آماری معناداری مشاهده گردید ($P < 0/001$). آزمون ANOVA تفاوت آماری معناداری بین نمرات اضطراب گروه مداخله و کنترل نشان داد ($P < 0/001$). چنانچه ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات اضطراب گروه کنترل نسبت به گروه مداخله بالاتر است (جدول 2).

نتایج حاصل از آزمون پس‌آزمون در گروه مداخله، حاکی از وجود اختلاف آماری معنادار بین نمرات اضطراب اواخر سه ماهه سوم بارداری و 4-6 هفته پس از زایمان ($P < 0/001$)، اواخر سه ماهه سوم بارداری و سه ماه پس از زایمان ($P < 0/001$) و 4-6 هفته پس از زایمان و سه ماه پس از زایمان است ($P < 0/001$). در گروه کنترل، اختلاف آماری معنادار بین نمرات اضطراب اواخر سه ماهه سوم بارداری و 4-6 هفته پس از زایمان ($P < 0/06$) و بین نمرات اضطراب 4-6 هفته پس از زایمان و سه ماه پس از زایمان ($P = 1$) مشاهده نگردید، اما بین نمرات اضطراب اواخر سه ماهه سوم بارداری و سه ماه پس از زایمان، اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($P < 0/04$) (جدول 3).

مدل مراقبت مامایی و بر اساس محتوای مشاوره در مطالعه گمبل (2005) توسط پژوهشگر طراحی و از طریق پانل خبرگان اعضای هیأت علمی مامایی و متخصص روانپزشکی و روانشناس بالینی مورد تأیید قرار گرفت. طبق نظر متخصصین و مقالات منتشره، این برنامه نیازمند مهارت‌های خبره روانشناسی نیست (2 و 11). استراتژی‌های مشاوره شامل ارتباط درمانی بین ماما و مادر، پذیرش ادراکات مادر، حمایت مادر در ابراز احساسات، برطرف ساختن ابهامات، برقراری ارتباط بین ترومای زایمانی و احساسات و رفتارهای مادر، مرور لیبر، تقویت و ارتقاء حمایت اجتماعی، تقویت افکار مثبت و کمک به مادر برای کشف راه حل بود.

تکمیل مجدد مقیاس DASS21 و MSSS توسط هر دو گروه مداخله و کنترل در دو نوبت 4-6 هفته پس از زایمان و سه ماه پس از زایمان صورت پذیرفت. پیگیری و تکمیل پرسشنامه‌های ماه سوم پس از زایمان هر دو گروه مداخله و کنترل به صورت حضوری توسط پرسشگر آموزش دیده که از گروه‌بندی افراد آگاه نبود (یک سوکور) انجام گرفت. از بین 324 نفری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند 3 نفر پس از زایمان (یک نفر به علت مرگ نوزاد به دلیل دیسترس تنفسی، یک نفر به دلیل مرگ نوزاد ناشی از پلورال افیوژن و یک نفر به علت مرگ جنین داخل رحمی در هفته 39 بارداری) از مطالعه خارج شدند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون مجذور کای، آزمون تکرار اندازه Repeated Measure (ANOVA) و پس‌آزمون Post Hock (Bonferroni) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نتایج نشان داد واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی،

جدول 1- مقایسه واحدهای پژوهش در دو گروه مورد بررسی بر حسب خصوصیات جمعیت‌شناختی و عوارض دوران بارداری

سطح معناداری (P Value)	گروه کنترل (n=90)		گروه مداخله (n=90)		خصوصیات جمعیت شناختی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
0/78	6/7	6	7/8	7	کم‌تر از 20 سال
	54/4	49	35/3	48	20 - 25 سال
	34/4	31	31/1	28	25 - 30 سال
	4/4	4	8/7	7	30 - 35 سال
0/84	2/2	2	2/2	2	بیسواد
	18/9	17	22/2	20	ابتدایی و راهنمایی
	22/2	20	25/6	23	دبیرستان
	56/7	51	50	45	دیپلم و بالاتر
0/44	13/3	12	14/4	13	مطلوب
	68/9	62	74/4	67	تاحدی مطلوب
	17/8	16	11/1	10	نامطلوب
0/82	87/8	79	86/7	78	خانه‌دار
	12/2	11	13/3	12	شاغل
0/19	7/8	7	3/3	3	سابقه فشار خون بالا
0/56	2/2	2	1/1	1	سابقه دیابت حاملگی
0/26	15/6	14	10	9	سابقه لکه‌بینی یا خونریزی
0/07	21/1	19	11/1	10	سابقه بستری در بیمارستان

جدول 2- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب بین دو گروه مداخله و کنترل، اواخر سه ماهه سوم بارداری، 6-4 هفته پس از زایمان و

سه ماه پس از زایمان در سال 1387

نمره اضطراب				گروه مورد مطالعه
P-Value2	P-Value1	انحراف معیار	میانگین	
		3/65	7/8	اواخر سه‌ماهه سوم بارداری
	P<0/001	2/71	4/9	6-4 هفته پس از زایمان
P<0/001		2/61	3/97	3 ماه پس از زایمان
		3/86	7/97	اواخر سه‌ماهه سوم بارداری
	P<0/001	3/37	7/03	6-4 هفته پس از زایمان
		3/18	7/03	3 ماه پس از زایمان

P-Value2: مقایسه گروه‌های مداخله و کنترل

P-Value1: مقایسه زیرگروه‌ها

جدول 3- مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب درون دو گروه مداخله و کنترل، اواخر سه ماهه سوم بارداری، 4-6 هفته پس از زایمان و سه ماه پس از زایمان در سال 1387

P-Value	نمره اضطراب		گروه مورد مطالعه
	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف معیار	
<0/001	2/97	0/35	اواخر سه ماهه سوم بارداری 4-6 هفته پس از زایمان
<0/001	3/83	0/34	اواخر سه ماهه سوم بارداری 3 ماه پس از زایمان
<0/001	0/87	0/25	4-6 هفته پس از زایمان 3 ماه پس از زایمان
0/06	0/93	0/39	اواخر سه ماهه سوم بارداری 4-6 هفته پس از زایمان
0/04	0/93	0/36	اواخر سه ماهه سوم بارداری 3 ماه پس از زایمان
1	0	0/28	4-6 هفته پس از زایمان 3 ماه پس از زایمان

بحث

کم‌تری در گروه مشاوره‌شده از سطوح اضطراب پایین‌تری برخوردار بودند ولی این تفاوت معنادار نبود ($RR=0/18$) (2). شاید بتوان گفت تفاوت نتایج پژوهش حاضر نسبت به مطالعه گمبل به علت حجم نمونه بالاتر و نحوه پیگیری سه ماه پس از زایمان گروه مداخله و کنترل باشد. در پژوهش دیگری که توسط رای‌دینگ و همکاران (2004) انجام گرفت نتایج متفاوتی به دست آمد. نتایج، تفاوت معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل در بهبود علائم روانی شش‌ماه پس از زایمان نشان نداد ($P=0/125$) (13). تفاوت در نتایج پژوهش حاضر و مطالعه رای‌دینگ و همکاران احتمالاً می‌تواند مربوط به تفاوت تعداد نمونه در دو مطالعه، متفاوت بودن شیوه مشاوره و زمان پیگیری دو گروه باشد. نتایج پژوهش جعفر بگلو و همکاران (1386)، تفاوت آماری معناداری را در بروز واکنش‌های اختلال استرس پس از تروما در دو گروه مداخله و کنترل طی 4-6 هفته پس از زایمان

نتایج حاصل از پژوهش حاضر، بیانگر تأثیر برنامه مشاوره مامایی در کاهش میزان اضطراب پس از زایمان تروماتیک بود.

در مطالعه‌ای لاوندر و همکاران (1998) بعد از ارایه یک جلسه مشاوره توسط ماما به مادران در روز دوم پس از زایمان، کاهش اضطراب و افسردگی زنان گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل سه هفته پس از زایمان گزارش نمودند ($P<0/0001$) (10) که با یافته‌های پژوهش اخیر هماهنگ است. مانتر نیز در سال 1997 در مطالعه خود گزارش کرد که حمایت عاطفی ماما در دوران پس از زایمان از بروز مشکلات عاطفی مادران جلوگیری می‌نماید (17). در تحقیقی که گمبل و همکاران (2005) انجام دادند بین میزان استرس گروه مداخله و گروه کنترل در سه ماه پس از زایمان، ارتباط آماری معناداری دیده شد ($P=0/02$). ولی در مورد میزان اضطراب، گرچه زنان

در غیاب کلاس‌های آمادگی زایمانی از ویژگی‌های دیگر این پژوهش بود.

نتیجه‌گیری

ارایه برنامه مشاوره مامایی به مادران در ساعات اولیه پس از زایمان بر میزان اضطراب و حمایت اجتماعی مادری پس از زایمان تروماتیک در زنان نخست‌زا مؤثر است. توصیه می‌گردد در مراکز زایمانی از شیوه نوین مراقبت مامایی مبتنی بر مشاوره استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس و دانشکده علوم پزشکی در تصویب اعتبار این پژوهش و از همکاری صمیمانه اعضای پانل خبرگان علمی و کارکنان محترم مراکز بهداشتی-درمانی شهر آباءه و واحدهای پژوهش که در انجام این پژوهش ما را یاری داده‌اند، قدردانی می‌نماییم.

نشان نداد ($P=0/295$) اما تفاوت مشاهده شده در دو گروه سه ماه پس از زایمان معنادار بود ($P<0/001$) (11). تفاوت در معیارهای ورود به مطالعه، نحوه مشاوره و کم‌تر بودن تعداد جلسات مشاوره نسبت به پژوهش حاضر را می‌توان از علل تفاوت در نتایج پژوهش حاضر با این مطالعه ذکر کرد. نتایج مثبتی که در پژوهش حاضر حاصل شد می‌تواند به چند علت باشد. در پژوهش حاضر واحدهای پژوهش از نظر عوامل متعدد در اواخر سه ماهه بارداری و مرحله اول نمونه‌گیری همگن شده بودند. خروج افراد افسرده از مطالعه طبق مقیاس EPDS در مرحله اول نمونه‌گیری صورت گرفت. همچنین محتوای مشاوره در چارچوب مدل مراقبت مامایی، طراحی و مراحل اعتبارسازی آن طی گردید. از نقاط قوت دیگر پژوهش حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که پیگیری ماه سوم پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل به روش یک‌سوکور انجام گرفت که در مطالعات خارجی این روش اعمال نشده بود. تأکید مطالعه بر زنان باردار نخست‌زا با توجه به مشکلات عدیده در این گروه

References

1. Beck CT, Driscoll JW. Post Partum Mood and Anxiety Disorders: A Clinician's Guide. 1ed. USA: Johns and Bartlett 2006; 177-209
2. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, and Dickson P. Effectiveness of a Counseling Intervention after Ttraumatic Childbirth: a Randomized Controlled Trial. J Birth 2005; 32(1): 9-11.
3. No authors' listed. Postpartum Mental Health. [Cited Dec 11 2008]. Available at: URL: <http://www.arhp.org/guide>.
4. Soet, Johanna E, Brack, Gregory A, DiIorio, Colleen. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. Birth 2003; 30(1): 36-46.
5. Gamble JA, Creedy DK, Webster J, Moyle S. A Rreview of the literature on Debriefing or Nondirective Counseling to Prevent Postpartum Emotional Distress. J Midwifery 2002; 18(2):72-9.
6. Malek Poorafshar F, Salari P, Azarpajoo H, Esmaili H. [The Effect of education of Preparing for Delivery on anxiety in pregnancy and delivery of primiparous women that refers to Mashhad City Social Welfare Clinics] [(Persian)]. Yazd University of Medical Sciences & Health Services J 2005; 13(3): 39-44.
7. [No authors listed] Online Family Consult. [Cited Aug 22 2008]. Available at: URL: http://www.ofc.ir/fa/article/psychology/anxiety_200610236.html /.
8. Delaram M, Aien F. [Assessment of stressful factors of delivery room and stressful from view of degree women that refer to delivery ward of Hajar Hospital of Shahrekord (Persian)]. J of Shahrekod University of Medical Sciences & Health Services 2000; 2(2): 28-33
9. [No authors listed]. International Definition of a Midwife. [Cited Oct 18 2008]. Available at: URL: <http://cfmidwifery.org/mmoc/define.aspx>
10. Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A Randomized Trial. Birth 1998; 25(4): 215-19.

11. Taghizadeh Z, Jafarbeygloo M, Arbabi M, Faghihzadeh S. [The Effect of counseling on post traumatic stress disorder after traumatic childbirth (Persian)]. *J Tehran University of Medical Sciences & Health Services* 1386; 13(4):23-31.
12. Rynding EL, Wijma K, Wijma B. Postpartum counseling after an emergency cesarean. *J Psychol Psychother* 1998; 5(2): 231-37.
13. Rynding EL, Wiren E, Johansson G, Ceder B, Dahlstrom AM. Group counseling for mother after emergency cesarean section. *J Birth* 2004; 31(4): 247-53.
14. Sabalooie Hasanzadeh M, Valiyanpoor Z. [The Relationship between religion and depression, anxiety and stress in Iranian students (Persian)]. *Articles Abstract: Kashmar Spirit and youth Health Conference. 2007*
15. Montazeri A, Torkan B, Omidvari S. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry* 2007; 7:11.
16. Rynding EL, Wijma K, Wijma B. Post traumatic stress reactions After emergency cesarean. *J Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76(4): 856-61.
17. Mauthner N. Postnatal depression: How can midwives help? *J Midwifery* 1997; 13(4): 163-71.