

## تأثیر مشاوره بر اختلال استرس پس از تروما، در زایمان تروماتیک

زیبا تقی‌زاده\*، مریم جعفری‌گلکو\*\*، دکتر محمد اربابی\*\*\*، دکتر سقراط فقیه‌زاده\*\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** تجارب بد زایمانی به عنوان یک تروما می‌تواند در بعضی از زنان موجب ترس و اختلال استرس بعد از تروما شود. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر مشاوره بر اختلال استرس ناشی از ترومای بعد از زایمان تروماتیک انجام یافته است.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است که در بیمارستان کمالی شهرستان کرج انجام گرفته است. تعداد ۳۰۰ زن که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۱۵۰ نفر) و مداخله (۱۵۰ نفر) تقسیم شدند. گروه مداخله طی ۷۲ ساعت اول بعد از زایمان به مدت ۶۰-۴۰ دقیقه مورد مشاوره رو در روی انفرادی قرار گرفتند. گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول بعد از زایمان را دریافت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که به طریق مصاحبه تکمیل شد. متغیرهای مورد بررسی خصوصیات جمعیت‌شناختی، سوابق مامایی، حمایت اجتماعی، و اختلال استرس بعد از تروما بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون  $\chi^2$ ، آزمون دقیق فیشر و آزمون تعمیم یافته فیشر) و نرم‌افزار SPSS-13 استفاده شد.

**یافته‌ها:** در پیگیری ۶-۴ هفته بعد از زایمان در سطوح مختلف اختلال استرس بعد از تروما بین دو گروه تفاوت آماری معناداری دیده نشد ( $p=0/295$ ). در پیگیری ماه سوم بعد از زایمان، زنان گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به اختلال استرس بعد از ترومای کمتری مبتلا بودند ( $p=0/001$ ).  
**نتیجه‌گیری:** مشاوره ارزیابی شده توسط ماما به زنانی که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده‌اند در کاهش اختلال استرس بعد از تروما در درازمدت مؤثر است.

نویسنده مسئول: زیبا تقی‌زاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: zibataghizadeh@yahoo.com

**واژه‌های کلیدی:** مشاوره، زایمان تروماتیک، اختلال استرس بعد از تروما

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: بهمن ماه ۱۳۸۶

### مقدمه

زایمان یک واقعه مهم و بالقوه تروماتیک در زندگی زنان است (۱). زایمان موجب برانگیختن قدرتمند احساسات و هیجانات به گونه‌ای می‌شود که ممکن است در بعضی از زنان علایم روانی ناشی از تروما را ایجاد نماید (۲). ترومای زایمانی، شامل تجارب تروماتیکی

می‌باشد که طی هر مرحله‌ای از زایمان احتمال رخ دادن آن وجود دارد. ترومای زایمانی می‌تواند به علل مختلفی مانند یک نتیجه منفی (مرده‌زایی)، یک عارضه مامایی (سزارین اورژانسی) و یا یک آشفتگی روانی (ترس از انجام بی‌حسی اپیدورال) ایجاد شود (۳). بدین ترتیب یکی از شادترین روزهای زندگی یک زن می‌تواند سریعاً به آشفتگی و غصه تبدیل گردد. درد شدید، مداخلات پزشکی، مراقبت خشک و بی‌روح و یا توهین‌آمیز موجب آشفتگی و ترس

\* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* کارشناس ارشد مامایی  
\*\*\* استادیار گروه آموزشی روان‌پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\*\* استاد گروه آموزشی آمار زیستی دانشکده تربیت مدرس

فراوان می‌شود. بسیاری از زنان در نهایت بر درد، ترس و اضطراب ناتوان‌کننده لیبر (مرحله قبل از زایمان) و زایمان غلبه می‌کنند، در حالی که 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). در افرادی که تحمل کمتری نسبت به استرس دارند و زایمان را به عنوان یک استرس عظیم می‌پندارند و یا انگیزه‌ای برای حاملگی ندارند و یا درگیر مشکلات خانوادگی هستند، زایمان به عنوان یک استرس عظیم درک شده و فرد پس از زایمان دچار اختلال استرس بعد از تروما می‌شود و نشانه‌های این اختلال به صورت احساس گناه و طرد شدن، حملات هراس، توهم و اختلال درک به صورت درک حسی بدون وجود محرک حسی، توهم یا تعبیر غلط از محرک‌های حسی، پرخاشگری، خشونت، تکرار حادثه استرس‌زا به صورت رویا و یا کابوس در خواب ظاهر می‌گردد (۵). اختلال استرس بعد از تروما اصطلاحی است که روان‌پزشکان از آن برای توصیف آشفتگی روانی در فرد به دنبال مواجهه با وقایع تروماتیک استفاده می‌کنند (۶). از نظر انجمن روان‌پزشکان آمریکا (American Psychiatric Association=APA)، یک واقعه تروماتیک دارای چند ویژگی می‌باشد: به طرز ناگهانی و غیر منتظره اتفاق می‌افتد و احساس کنترل، ارزش‌ها، اعتقادات و تصورات اساسی فرد در مورد دنیا و دیگران را مختل می‌کند. عامل ایجاد استرس، معمولاً در نهایت ترس و درماندگی تجربه می‌شود. در این میان فرد ممکن است تصور خطر جانی همراه با علایم فیزیکی و

هیجانی داشته باشد. بلافاصله بعد از حادثه، فرد ممکن است احساس کرحتی، تخلیه هیجانی، آسودگی، خشم، حس فقدان و نگرانی، تحریک بیش از حد یا حس تجاوز از سوی عامل محرک تروما بنماید. گر چه زایمان به عنوان یک عامل بی‌نهایت استرس‌زای خاص در این دسته‌بندی قرار نمی‌گیرد ولی می‌تواند واجد شرایط یک حادثه تروماتیک باشد (۳).

این اختلال بعد از زایمان می‌تواند منجر به کابوس‌های شبانه و بازگشت خاطرات شده و در صورت مواجهه مجدد مادر با شرایط واقعی درد قبل از زایمان موجبات ترس و آشفتگی شدیدی را فراهم آورد (۴). اما نکته‌ای که در این جا باید مورد تأکید قرار گیرد آن است که تجربه تروما طی زایمان بدون توجه به این که به اختلال استرس بعد از تروما منجر شود یا نه، می‌تواند بر عملکرد روانی مادر و تطابق وی در دوران بعد از زایمان تأثیرات منفی بر جای گذارد (۷).

از راه‌کارهایی که به منظور پیشگیری یا کاهش آشفتگی هیجانی بعد از زایمان استفاده می‌شود می‌توان به حمایت اجتماعی، مشاوره غیر مستقیم و دبریفینگ (Debriefing) اشاره نمود (۸). دبریفینگ به معنی یک مداخله سازمان‌دهی شده روان‌شناسی می‌باشد که به منظور پیشگیری اولیه در تسکین یا حداقل فرونشاندن واکنش‌های استرسی حاد، ۲۴ تا ۷۲ ساعت بعد از حادثه و طی یک جلسه به صورت مشاوره غیر مستقیم انجام می‌شود (۲).

از آن جا که حمایت، مشاوره، درک احساسات و توضیحاتی که توسط ماماها در بخش بعد از زایمان ارائه می‌شود در سلامت

سؤال قرار گرفته است و از طرفی وجود نتایج ضد و نقیض در مطالعات گذشته، به نظر می‌رسید ضرورت دارد پژوهشی دیگر، تأثیر مشاوره را بر اختلال استرس پس از ترومای زایمان تروماتیک مورد بررسی قرار دهد. بدین ترتیب مطالعه حاضر طراحی و اجرا شد تا بدین وسیله گامی در جهت ارتقای بهداشت روانی زنان در دوران بعد از زایمان برداشته شود.

### روش بررسی

این مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است که در آن تأثیر مشاوره بر اختلال استرس بعد از تروما متعاقب یک زایمان تروماتیک در بیمارستان کمالی شهرستان کرج در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفته است. جمعیت مورد مطالعه، کلیه زنان زایمان کرده اعم از نخست‌زا و چندزا بودند که در بخش پس از زایمان بیمارستان کمالی کرج بستری و یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند و ۷۲ ساعت اول بعد از زایمان را سپری می‌کردند. شرایط ورود به مطالعه شامل به دنیا آوردن نوزاد رسیده و به ظاهر سالم، توانایی گفتگو و درک زبان فارسی، نداشتن سابقه بیماری‌های شناخته شده روانی یا مصرف داروهای اعصاب و روان، نداشتن سابقه نازایی و سقط علی‌رغم تمایل به حفظ جنین می‌شد. شرایط حذف از مطالعه نیز شامل موارد زیر می‌شد: مادرانی که خود یا نوزادشان نیازمند مراقبت ویژه بودند و مادرانی که طی مطالعه از خدمات مشاوره‌ای خارج از پژوهش استفاده کرده و یا طی یک‌سال قبل از زایمان و تا پایان مطالعه متحمل حوادث استرس‌آور در زندگی شده بودند.

روانی بسیار مفید است لذا، بخش‌های زنان و زایمان بیمارستان‌ها باید دارای خدماتی باشد که فرصت شرکت در جلسات بحث پیرامون زایمان را برای مادران فراهم نماید. در صورت پذیرفتن تأثیر تجربه زایمانی در سلامت عاطفی فرد، ضروری است که تأثیر یک مداخله اجتماعی دوطرفه در حرفه مامایی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد (۹).

مطالعات اندکی، تأثیر مشاوره را در کاهش آسیب‌های روانی و علایم ترومای بعد از زایمان بررسی کرده است. در یک مطالعه که مشاوره توسط متخصص زنان صورت گرفت، مشاوره ارایه شده دارای خصوصیات کامل روان درمانی بوده و تأثیر مثبت در کاهش علایم روحی داشت (۱۰). در این مطالعه مشاوره با این که تأثیر مثبت داشت ولی نیازمند آموزش‌های بسیار تخصصی روان‌شناسی بود. اما یک مطالعه مروری در این زمینه نشان داد که در دو کار آزمایی بالینی با حجم نمونه بالا مشاوره در کاهش عوارض روانی بعد از زایمان بی‌تأثیر بوده است. همین مطالعه مروری پیشنهاد می‌کند که تحقیقات بیشتری در این زمینه انجام گیرد (۲). در جدیدترین مطالعه که در این زمینه به بررسی تأثیر مشاوره پرداخت، مشاوره توسط ماما بدون مهارت روان درمانی برای زنانی که در معرض ایجاد علایم روانی تروما بودند، انجام گرفت چرا که این مشاوره با هدف درمان صورت نمی‌گرفت بلکه در جهت پیشگیری از ایجاد علایم در آینده بود. نتایج نشان داد که این مشاوره در کاهش علایم اختلال استرس پس از تروما و افسردگی مؤثر بوده است (۱). با توجه به تأثیر عوامل فرهنگی که در مطالعه اخیر مورد

زایمان تروماتیک بر اساس معیار A تشخیص اختلال استرس پس از تروما بر مبنای DSM-IV-TR تعیین شد این معیار خصوصیات یک واقعه تروماتیک را در حیطه روان‌شناسی تعریف می‌کند. بر اساس این معیار برای وقوع یک واقعه تروماتیک دو شرط اساسی تهدید و پاسخ هیجانی ضروری می‌باشد. بر این مبنای جهت تعیین زایمان تروماتیک چهار سؤال طراحی شد که دو سؤال اول جنبه تهدید و دو سؤال بعدی پاسخ هیجانی مادر را بررسی می‌کرد. در صورت پاسخ مثبت به یک مورد از دو سؤال اول و همچنین به یک سؤال از دو سؤال بعدی زایمان تروماتیک در نظر گرفته می‌شد. جهت تعیین اعتبار علمی این سؤالات از نظرات چند روان‌پزشک و جمعی از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی استفاده شد. در مجموع ۳۰۰ نفر (۱۵۰ نفر در هر گروه) به عنوان نمونه انتخاب شدند. انتخاب نمونه‌ها به صورت نمونه‌گیری آسان یا در دسترس انجام گرفت، بدین ترتیب که هر روز صبح به بیمارستان کمالی مراجعه می‌شد و از کسانی که یک زایمان تروماتیک را تجربه کرده بودند و شرایط ورود به مطالعه را داشتند برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل می‌آمد و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، افراد به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم می‌شدند. تخصیص افراد به گروه کنترل و مداخله به این صورت بود که به طور متناوب یک هفته، کسانی که در ۳ روز اول هفته وارد مطالعه می‌شدند، در گروه کنترل و افرادی که در ۴ روز دوم هفته وارد مطالعه می‌شدند در گروه مداخله قرار می‌گرفتند و در هفته بعد

عکس این ترتیب اعمال می‌شد. این تناوب تا پایان نمونه‌گیری ادامه یافت. در هر دو گروه طی ۷۲ ساعت اول پس از زایمان پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات جمعیت‌شناختی، سوابق مامایی و مقیاس حمایت اجتماعی مادری (Maternity Social Support Scale=MSSS) جهت سنجش میزان حمایت اجتماعی تکمیل می‌شد. روایی این ابزار (بعد از ترجمه) توسط چند روان‌پزشک و جمعی از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی از جهت اعتبار محتوا تأیید گردید و پایایی آن نیز با روش آزمون مجدد (۰/۸۹) محاسبه شد. گروه مداخله مورد مشاوره قرار گرفتند. گروه کنترل فقط مراقبت‌های معمول بعد از زایمان را دریافت نمودند. نوع مداخله در این پژوهش مشاوره رو در روی انفرادی بود که به مدت ۶۰-۴۰ دقیقه، در بخش بعد از زایمان و طی ۷۲ ساعت اول بعد از زایمان توسط مامای پژوهشگر به گروه مداخله ارائه شد. این مشاوره نیازمند مهارت‌های خبره روان‌شناسی نبود و محتوای آن بر اساس مشاوره ارائه شده در مطالعه مشابه (۱) انتخاب شد. در مطالعه یاد شده مداخله مشاوره‌ای بر اساس یک دورنمای فرضی و از بحث‌های هدفمند با زنان زائو و ماماها و مروری بر مطالعات گذشته انتخاب گردیده بود. استراتژی‌های مشاوره شامل ایجاد ارتباط بین ماما و زن زائو، پذیرش تصورات، اجازه ابراز احساسات، اطلاع‌رسانی، ایجاد ارتباط بین رفتارها و هیجانات و زایمان، مرور لیبر، تقویت حمایت اجتماعی، کمک به تطابق و کشف راه حل می‌شد. این مشاوره یک مشاوره روان‌درمانی

## یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که واحدهای مورد مطالعه در هر دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و اقتصادی، تعداد زایمان، نوع زایمان، رضایت از جنسیت نوزاد، عوارض دوران بارداری، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان، حاملگی ناخواسته، دفعات مراجعه برای مراقبت بارداری و میزان حمایت اجتماعی بر اساس آزمون مجذور کای، آزمون فیشر همگن هستند.

یافته‌های پژوهش نشان داد طی ۶-۴ هفته بعد از زایمان ۴۳/۸٪ کل مادران حالات خفیف اختلال استرس بعد از تروما را تجربه می‌کردند که این میزان در گروه مداخله ۴۸٪ و در گروه کنترل ۳۹/۶٪ بود. از سوی دیگر مجموعاً ۲/۷٪ مادران در این زمان به حالات شدید اختلال استرس بعد از تروما مبتلا بودند که این نسبت در گروه مداخله ۱/۴٪ و در گروه کنترل ۴٪ بود. در مجموع تفاوت آماری معناداری از این جهت در دو گروه مشاهده نشد ( $\chi^2=3/79$  exact test و  $p=0/295$ ). در ماه سوم بعد از زایمان مجموعاً ۲۲/۱٪ مادران دچار حالات متوسط اختلال استرس بعد از تروما بودند که این میزان در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۱۶/۹٪ و ۲۲/۸٪ بود، در حالی که هیچ یک از مادران حالات شدید اختلال استرس بعد از تروما را تجربه نمی‌کردند. تفاوت مشاهده شده در دو گروه در این زمان از جهت آماری معنادار بود و گروه کنترل واکنش‌های استرسی بیشتری داشتند ( $\chi^2=13/128$  و  $p<0/001$ ).

نبوده بلکه جنبه پیشگیری دارد، چون زمانی ارایه می‌شود که مادران هنوز دچار مشکل روانی نشده‌اند بلکه انتظار می‌رود که در آینده نسبت به مادران دیگر خطر ابتلا به مشکلات روحی و روانی در بین آنان بیشتر باشد.

شماره تماس با پژوهشگر در اختیار گروه مداخله قرار گرفت تا در صورت نیاز با وی تماس بگیرند. سپس در هر دو گروه، ۶-۴ هفته و ۳ ماه بعد از زایمان پرسشنامه‌ای که حاوی سؤالات مقیاس تأثیر بار حوادث (Impact of Event Scale=IES) جهت بررسی علائم اختلال استرس بعد از تروما، از طریق تماس تلفنی تکمیل شد. این مقیاس یک مقیاس استاندارد است که روایی و پایایی آن در مطالعات بسیاری به اثبات رسیده (۱۱) و نسخه فارسی آن نیز قبلاً در جمعیت ایرانی استفاده شده است (۱۲). جهت کور کردن مطالعه پیگیری‌ها و تکمیل پرسشنامه‌های هفته ۶-۴ و ماه سوم توسط پرسشگر آموزش دیده که از گروه‌بندی افراد آگاه نبود انجام گرفت. در پیگیری ۶-۴ هفته بعد از زایمان، دو نفر از گروه مداخله (یک نفر به علت خون‌ریزی مادر و یک نفر به علت مشکل انسداد مادرزادی روده نوزاد و عمل جراحی بعد از آن) و یک نفر از گروه کنترل (به علت مشکل مادرزادی در غدد بناگوشی نوزاد) از مطالعه حذف شدند. در پیگیری ماه سوم بعد از زایمان نیز تماس با چهار نفر در گروه کنترل به علت جابه جایی و نقل مکان امکان‌پذیر نبود. به این ترتیب ۷ نفر از مطالعه خارج شدند.

پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون مجذور کای، آزمون دقیق فیشر و آزمون تعمیم یافته فیشر) و نرم‌افزار SPSS v.13 جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد.

**جدول ۱- مقایسه زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان کمالی کرج در گروه مداخله و کنترل بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی و سوابق مامایی در سال ۱۳۸۵**

| مشخصات جمعیت‌شناختی و سوابق مامایی | سطح معناداری* |
|------------------------------------|---------------|
| گروه‌های سنی                       | $p=0/081$     |
| سطح تحصیلات                        | $p=0/605$     |
| شغل                                | $**p=0/684$   |
| وضعیت اقتصادی                      | $p=0/075$     |
| دریافت حمایت اجتماعی               | $p=0/466$     |
| تعداد زایمان                       | $p=0/106$     |
| نوع زایمان                         | $**p=0/135$   |
| وجود عارضه در دوران بارداری        | $p=0/083$     |
| نوع عوارض                          | $**p=0/309$   |
| تعداد مراجعات کنترل بارداری        | $**p=0/776$   |
| شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان     | $**p=0/99$    |
| تمایل به حاملگی اخیر               | $p=0/192$     |
| رضایت مادر از جنسیت نوزاد          | $p=0/331$     |
| رضایت همسر از جنسیت نوزاد          | $p=0/658$     |

\*آزمون  $\chi^2$ 

\*\*fisher's exact test

**جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان کمالی کرج در گروه مداخله و کنترل بر حسب سطوح مختلف اختلال استرس بعد از تروما، ۶-۴ هفته بعد از زایمان در سال ۱۳۸۵**

| سطح معناداری* | جمع  |       | کنترل |       | مداخله |       | گروه فراوانی              |
|---------------|------|-------|-------|-------|--------|-------|---------------------------|
|               | درصد | تعداد | درصد  | تعداد | درصد   | تعداد |                           |
| $p=0/295$     |      |       |       |       |        |       | اختلال استرس بعد از تروما |
|               |      |       |       |       |        |       | فقدان علامت (طبیعی)       |
|               |      |       |       |       |        |       | اختلال خفیف               |
|               |      |       |       |       |        |       | اختلال متوسط              |
|               |      |       |       |       |        |       | اختلال شدید               |
|               | ۱۰۰  | ۲۹۷   | ۱۰۰   | ۱۴۹   | ۱۰۰    | ۱۴۸   | جمع                       |

\*fisher's exact test

**جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان کمالی کرج در گروه مداخله و کنترل بر حسب سطوح مختلف اختلال استرس بعد از تروما، ۳ ماه بعد از زایمان در سال ۱۳۸۵**

| سطح معناداری* | جمع  |       | کنترل |       | مداخله |       | گروه فراوانی              |
|---------------|------|-------|-------|-------|--------|-------|---------------------------|
|               | درصد | تعداد | درصد  | تعداد | درصد   | تعداد |                           |
| $p<0/001$     |      |       |       |       |        |       | اختلال استرس بعد از تروما |
|               |      |       |       |       |        |       | فقدان علامت (طبیعی)       |
|               |      |       |       |       |        |       | اختلال خفیف               |
|               |      |       |       |       |        |       | اختلال متوسط              |
|               |      |       |       |       |        |       | اختلال شدید               |
|               | ۱۰۰  | ۲۹۴   | ۱۰۰   | ۱۴۶   | ۱۰۰    | ۱۴۸   | جمع                       |

\*آزمون  $\chi^2$

## بحث و نتیجه‌گیری

در حالی که زایمان در بسیاری از زنان امری عادی و طبیعی تلقی می‌شود، در بعضی دیگر تجربه‌ای تروماتیک در زندگی به شمار می‌آید. زایمانی که از لحاظ روانی مادر را دچار تروما نماید، می‌تواند منجر به مشکلات روحی در وی شود. یکی از مهم‌ترین اغتشاشات روانی تجربه‌ی استرس‌های هیجانی در طول زایمان و تجربه‌ی مشکلات روحی حاصل از آن در دوران بعد از زایمان می‌باشد. مشکلاتی که می‌تواند روابط خانوادگی فرد را با همسر و فرزند خویش مختل کرده و در صورت برطرف نشدن، به مشکلات پیچیده‌تری تبدیل گردد طرق درمان و پیشگیری از اختلالات خلقی بعد از زایمان شامل ایجاد یک محیط حمایتی برای مادر، تشکیل و استفاده از گروه‌های حمایتی، مشاوره، روان‌درمانی و دارو درمانی می‌باشد. در میان کارکنان بخش بهداشت، ماما وظیفه‌ی مهمی در امر مشاوره بعد از زایمان دارد، چرا که نسبت به سایرین تماس بیشتری با مادر در زمان زایمان و روزهای اولیه بعد از آن دارد. ماما به واسطه نقش مهمی که در امر کمک به مادران دارد در پیگیری‌های بعدی نیز بایستی موضوع سلامت روان مادر را در نظر داشته و فقط به سلامت جسمی و فیزیکی وی بسنده ننماید.

Ryding و همکاران در یک مطالعه دیگر بعد از ارایه دو جلسه مشاوره گروهی به مادرانی که به روش سزارین اورژانسی زایمان کرده بودند، کاهش علائم اختلال استرس بعد از تروما و بهبود ارزیابی شناختی زنان را از زایمان خویش گزارش نموده‌اند. با این حال در

مطالعه آن‌ها زنانی که به شدت دچار اختلال شده بودند، بهبودی قابل توجهی نشان ندادند. در مطالعه دیگری که Priest و همکاران در استرالیا انجام دادند نیز به نتایج متفاوتی دست یافتند، آن‌ها پس از برگزاری یک جلسه منفرد دبریفینگ، طی ۷۲ ساعت اول بعد از زایمان به این نتیجه رسیدند که علائم اختلال استرس بعد از تروما در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بدتر یا بهتر نشده است.

از سوی دیگر Gamble و همکاران در یک مطالعه مروری به این نتیجه رسیدند که یک جلسه مشاوره تنها در کاهش علائم تروما و افسردگی بی‌تأثیر بوده است. نتایج حاصل از پژوهش فعلی بیانگر تأثیر مشاوره در کاهش اختلال استرس بعد از تروما بعد از یک زایمان تروماتیک بود. نتایج مثبتی که در این مطالعه حاصل شد می‌تواند به چند علت باشد. اولاً در این پژوهش پس از یک جلسه مشاوره مادران به حال خود رها نشده و قادر بودند با پژوهشگر در تماس بوده و در صورت نیاز از خدمات مشاوره‌ای وی استفاده نمایند. ثانیاً محتوای مشاوره به ویژه فرآیند زایمان را مرور می‌نمود و بر اساس مشاوره Gamble طراحی شده بود که با مشاوره در مطالعات دیگر تفاوت داشت (۱).

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت مشاوره در کاهش اختلال استرس بعد از تروما مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش بر نقش مثبت ماماها در فراهم نمودن مراقبت‌های عاطفی بعد از زایمان تأکید می‌نماید و مشاوره ارایه شده در آن به خوبی در حوزه عملکرد مامایی قابل اجرا می‌باشد. اما با وجود تأثیرات مثبتی که از این

را در جهت انجام مشاوره بعد از زایمان افزایش دهند. با توجه به این که یک زایمان تروماتیک از لحاظ روانی مادران را در خطر بالقوه ایجاد مشکلات روانی در دوران بعد از زایمان قرار می‌دهد، این موضوع بایستی توجه کارکنان بهداشتی، به خصوص ماماها را به خود جلب نماید تا تمامی زنان را بلافاصله بعد از زایمان از جهت عوامل مستعد کننده و در دوران بعد از زایمان از جهت مشکلات روحی مورد غربالگری قرار داده و اقدامات لازم در جهت پیشگیری و درمان را به عمل آورده و در صورت نیاز ارجاع به مراکز تخصصی روان‌پزشکی را مد نظر قرار دهند. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند برای تمامی ماماها شاغل در زایشگاه‌ها رهنمودی باشد تا به مشکلات روحی مادران توجه بیشتری کرده و با ترتیب دادن تماس‌های فردی و جلسات مشاوره به ارتقای سطح سلامت روانی مادران کمک نمایند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی، مسئولین و کارکنان بیمارستان کمالی کرج و کلیه همکاران و مادران عزیزی که در این طرح شرکت داشته و ما را یاری رساندند تشکر به عمل می‌آید.

مشاوره حاصل شد، تغییرات جزئی در محتوای مشاوره ارائه شده به نحوی که با فرهنگ ایرانی تطابق بیشتری داشته باشد مفید به نظر می‌رسد. با توجه به تأثیر مثبت مشاوره در کاهش اختلالات خلقی بعد از زایمان، پیشنهاد می‌شود که در کلیه زایشگاه‌ها واحدی تحت عنوان مشاوره بعد از زایمان جهت ارائه مشاوره به مادران ایجاد شود. همچنین با تقویت سیستم‌های پیگیری و ارجاع بایستی افراد مشکوک به اختلالات روانی به خصوص اختلالات خلقی پس از زایمان شناسایی شده و به مراکز درمانی تخصصی ارجاع شوند. این موضوع می‌تواند مورد توجه مسئولین امر در برنامه‌ریزی آموزش مامایی قرار گیرد تا در حیطه آموزش مامایی و در تمام سطوح تحصیلی آن واحدهای آموزش تخصصی‌تر مشاوره به خصوص در زمینه بهداشت روانی بعد از زایمان را در نظر بگیرند تا دانشجویان مامایی قبل از ورود به عرصه مراقبت‌های بهداشتی با این مهارت‌ها آشنا شده و در دوران تحصیل به فراگیری و تمرین آن بپردازند. مدیران خدمات مامایی، با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توانند با تشکیل کلاس‌های بازآموزی و آموزش ضمن خدمت و برگزاری سمینارها، دانش و مهارت‌های مشاوره‌ای ماماها شاغل

### منابع

- 1 - Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005 Mar; 32(1): 11-9.
- 2 - Gamble JA, Creedy DK, Webster J, Moyle W. A review of the literature on debriefing or non-directive counselling to prevent postpartum emotional distress. *Midwifery*. 2002 Mar; 18(1): 72-9.
- 3 - Beck CT, Driscoll J, Driscoll JW. *Postpartum mood and anxiety disorders: a clinician's guide*. USA: Jones and Bartlett; 2006.
- 4 - Raynor MD, Oates M. The psychology and psychopathology of pregnancy/childbirth. In: Fraser DM, Cooper MA, editors. *Myles textbook for midwives*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003. P. 653-671.



- ۵- نصیری محمود. بهداشت روانی بارداری و زایمان، تهران: نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۹: ۷۲-۷۱.
- 6 - Joseph S, Bailham D. Traumatic childbirth: what we know and what we can do. RCM Midwives. 2004 Jun; 7(6): 258-61.
- 7 - Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003 Mar; 30(1): 36-46.
- 8 - Small R, Lumley J, Donohue L, Potter A, Waldenström U. Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression after operative childbirth. BMJ. 2000 Oct 28; 321(7268): 1043-7.
- 9 - Lavender T, Walkinshaw SA. Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomised trial. Birth. 1998; 25(4): 215-219.
- 10 - Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Postpartum counseling after an emergency cesarean section. Clin Psychol Psychother. 1998; 5: 231-7.
- 11 - Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. Br J Psychiatry. 2002 Mar; 180: 205-9.
- 12 - Saedi K. Science and Arts Foundation (SAF) Final report psychosocial intervention in schools psychological rehabilitation programme for bam teachers. 2005 February; Available from: <http://www.mind.schoolnet.ir/final-report.pdf>.

