

## مقایسه‌ی همبستگی اختلال استرسی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین با حمایت اجتماعی و خصوصیات باروری مادران

فاطمه رجنی<sup>۱</sup>، نسرين شریفی<sup>۲</sup>، نعيمة طيبي<sup>۳</sup>، مرضيه اکبرزاده<sup>۴\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۱/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۲/۰۹

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** شیوع اختلال استرسی پس از زایمان در زنان دو برابر بیشتر از مردان است که ممکن است تحت تأثیر تجربیات زایمان، اختلالات هورمونی، رویدادهای استرس‌زای زندگی باشند. این مطالعه باهدف مقایسه‌ی همبستگی اختلال استرسی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین با حمایت اجتماعی و خصوصیات باروری مادران انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه از نوع مقطعی بود که مجموعاً تعداد ۷۲۰ زن نخست‌زا و چند‌زا در سال ۱۳۹۹ که ۸-۶ هفته از زایمان آن‌ها سپری شده بود، به روش تصادفی ساده وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و باروری، مقیاس علائم اختلال استرس پس از ترومای زایمان و سطح حمایت اجتماعی مادران که از طریق مصاحبه ساختارمند حضوری تکمیل گردیدند.

**یافته‌ها:** مادران در هر دو گروه از حمایت اجتماعی بالای ۸۰ درصد برخوردار بودند. در هر دو گروه بین اختلال استرسی پس از زایمان و حمایت اجتماعی ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شد ( $P < 0.0001$ ). در گروه با زایمان طبیعی بین استرس با سابقه بستری در بیمارستان ( $P < 0.01$ ) و وضعیت بارداری از نظر همسر ( $P = 0.012$ ) ارتباط معنی‌دار دیده شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** اگرچه اکثر مادران دو گروه از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردار بودند، اما در هر دو گروه بین اختلال استرسی پس از زایمان و حمایت اجتماعی ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شد، هرچند که ارتباط استرس با حمایت اجتماعی در گروه با زایمان طبیعی نسبت به گروه سزارینی قویتر بود. این مطالعه زمینه درک بهتری از اختلال استرسی پس از زایمان جهت تشخیص و مداخله‌ی زودهنگام را می‌دهد.

**کلیدواژه‌ها:** سزارین، خصوصیات باروری، زایمان طبیعی، اختلال استرس پس از زایمان، حمایت اجتماعی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره دهم، پی‌درپی ۱۵۹، دی ۱۴۰۱، ص ۸۵۲-۸۴۲

آدرس مکاتبه: شیراز، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مادر-جنین، تلفن: ۰۷۱-۶۴۷۴۲۵۴

Email: akbarzadm@sums.ac.ir

### مقدمه

در یادآوری تجربه‌ی زایمانی خود، تولد کودک را فرآیندی همراه با غصه، اندوه، درد و خشم به خاطر می‌آورند و دچار عوارضی مانند افسردگی بعد از زایمان، ترس از زایمان، ترجیح برای سزارین انتخابی بعدی، شیردهی ناموفق و افزایش احتمال سقط در بارداری‌های بعدی می‌شوند. همچنین ارتباط بین مادر، کودک، همسر و برنامه ریزی برای آینده‌ی خانواده نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳، ۴) و سبب کاهش تعداد زایمان‌ها یا ایجاد فواصل طولانی بین تولدها شده که خود با افزایش سن مادر، کاهش قدرت

تجربیات زنان در دوران بارداری، زایمان و تولد چندبعدی است و می‌تواند انواع احساسات، از خوشحالی و تکامل گرفته تا اضطراب و وحشت را شامل شود. تولد فرزند یکی از مهم‌ترین رویدادهای مهم در زندگی یک مادر است (۱). لذا این تجربه در سلامت و مشارکت مادران در مراقبت از خود و رویارویی با رویدادهای آسیب‌پذیر زندگی نقش مهمی ایفا می‌کند (۲). این درحالی است که حدود ۳۵-۷ درصد زنان، تجربه‌ی منفی از زایمان را ذکر کرده‌اند (۳). این زنان

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۲. استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران

۴. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مادر-جنین، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

باروری، مشکلات ثانویه و اختلال استرسی پس از زایمان<sup>۱</sup> (PTSD) همراه خواهد بود (۴، ۵). شیوع PTSD در زنان دو برابر بیشتر از مردان است که نشان می‌دهد چگونه تحت تأثیر تجربیات زایمان، اختلالات هورمونی، رویدادهای استرس‌زای زندگی و خشونت خانگی قرار دارد (۶).

تجربه‌ی مادر از سزارین انتخابی در مقابل اورژانسی می‌تواند در ایجاد اختلال استرس پس از سانحه نقش داشته باشد. در بین زنان مبتلا به PTSD، ۶۵٪ افسردگی پس از زایمان (PPD) نیز دارند (۷). پژوهش‌های مختلفی نشان داد زایمان سزارین ممکن است بر سازگاری زنان در طول دوره‌ی پس از زایمان تأثیر بگذارد و به افزایش خطر PTSD و علائم افسردگی پس از زایمان کمک کند که با افزایش مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌ی بیشتر مواجه خواهند بود (۷، ۸). در مطالعه‌ی دیگری PTSD ۴ تا ۱۷ درصد از مادران را تحت تأثیر قرار داده و مانند افسردگی پس از زایمان، کودکان را در معرض خطر تغییر تعامل مادر و کودک و رشد ضعیف اجتماعی-عاطفی قرار می‌دهد (۹، ۱۰). مداخلات اورژانسی مامایی در حین لیبر و زایمان می‌تواند محرکی برای PTSD باشد. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۱ منتشر شد، مشخص کرد که سزارین اورژانسی علائم استرس پس از سانحه را بیشتر از سزارین انتخابی پیش‌بینی می‌کند (۱۱). از آنجایی که PTSD بعد از زایمان، با ایجاد درک منفی در زنان رابطه دارد، بنابراین مداخلات اورژانسی مامایی نیز می‌تواند ارتباط مشاهده شده بین سزارین و علائم افسردگی پس از زایمان را توضیح دهد (۹). مادران مبتلا به PTSD ناشی از زایمان، کابوس‌های شبانه را تجربه می‌کنند. خشم و اضطراب علی‌رغم نقش جدید مادری خود قادر به مقابله با آن نیستند، حمایت اجتماعی می‌تواند به‌عنوان راهبردی برای پیشگیری یا کاهش اختلالات عاطفی پس از زایمان در نظر گرفته شود (۱۲). حمایت اجتماعی درک شده بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد (۱۳، ۱۴) و به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی شناخته شده است (۱۵).

حمایت اجتماعی پس از زایمان، یک سبک زندگی سالم با اثرات خنثی‌کننده بر استرس، تغذیه سالم‌تر برای زنان، بهبود کیفیت زندگی و میزان بالاتر شیردهی را ترویج می‌کند (۱۶، ۱۷). بر این اساس حمایت اجتماعی برای سلامت جسمی و روانی-عاطفی زنان، نوزادان و خانواده آن‌ها ضروری است و متعاقباً موجب ارتقای جامعه و هنجارهای اجتماعی می‌شود (۱۸، ۱۹). بنابراین نیاز مبرمی به معمول شدن ارزیابی حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی از زنان در

دوران پس از زایمان برای ارتقای سلامت روان آن‌ها و آشنایی کارکنان بهداشتی با این مفهوم احساس می‌شود (۲۰، ۲۱). درک ارتباط بین انواع مختلف زایمان (زایمان طبیعی و سزارین) و افسردگی پس از زایمان ممکن است به مداخلات کمک کند تا هم تأثیر روانی اجتماعی بر خانواده‌ها و هم تأثیرات اقتصادی بر مراقبت‌های بهداشتی را برطرف کنند. اگر زنانی که زایمان سخت را تجربه می‌کنند در معرض افزایش خطر سلامت روانی ضعیف تشخیص داده شوند، غربالگری هدفمند در اوایل دوره‌ی پس از زایمان می‌تواند منجر به ارجاع به موقع و شروع درمان شود. بنابراین پژوهش حاضر باهدف تعیین مقایسه‌ی همبستگی اختلال استرسی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین با حمایت اجتماعی و خصوصیات باروری مادران انجام شده است.

### مواد و روش کار

این مطالعه از نمونه مطالعات توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که در سال ۱۳۹۷ انجام شد. حجم نمونه با توجه به اهداف و نوع مطالعه و با استناد به مطالعات قبل در این زمینه (۹)، با در نظر گرفتن مفروضات:

خطای نوع اول ۰/۰۵ و دقت ۰/۰۵ و شیوع ۰/۲۸ این اختلال در گروه زایمان واژینال و شیوع ۰/۴۰ در گروه زایمان سزارین و با استفاده از فرمول دانیل<sup>۳</sup>، تعداد نمونه در گروه زایمان واژینال ۳۳۱ نفر و تعداد نمونه در گروه زایمان سزارین ۳۸۹ نفر محاسبه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سواد خواندن و نوشتن، زایمان با سن حاملگی بیش از ۲۸ هفته، عدم سابقه هر گونه بیماری روانی مانند اضطراب، افسردگی و اسکیزوفرنی، عدم مصرف داروهای روان گردان، عدم وقوع حوادث استرس‌زای زندگی در شش ماه گذشته (فوت اطرافیان، بیماری شدید اعضای خانواده، مشکلات مالی، تصادف، اخراج یا بیکار شدن خود یا همسر، اختلافات خانوادگی) و معیارهای خروج از مطالعه شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه بود. زنان واجد معیارهای ورود پژوهش که برای مراقبت پس از زایمان خود به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند، برای شرکت در پژوهش به روش نمونه‌گیری غیر احتمالی آسان وارد مطالعه شدند.

بدین ترتیب، پژوهشگر پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و بیان اهداف مطالعه، از واحدهای پژوهش درخواست کرد، در مدت‌زمانی که جهت مراقبت پس از زایمان در مراکز بهداشتی حضور دارد، پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و باروری، مقیاس علائم اختلال استرس پس از ترومای زایمان و سطح حمایت اجتماعی مادران را تکمیل کنند.

<sup>3</sup> - Danial sample size formula

<sup>1</sup> - postpartum stress disorder

<sup>2</sup> - postpartum depression

حمایت دوستان، خانواده، کمک از سوی همسر و عشق ورزیدن وی را می‌سنجد می‌توانند با مقیاس لیکرت نمرات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ را دریافت کنند. دو سؤالی که اختلاف با همسر را می‌سنجد، به‌طور معکوس نمره گذاری می‌شود. این ابزار یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای با حداکثر نمره ۳۰ است. بر این اساس، حمایت اجتماعی به سه دسته تقسیم شد: حمایت اجتماعی بالا (۲۴-۳۰)، حمایت اجتماعی متوسط (۱۸-۲۳)، و حمایت اجتماعی ضعیف (زیر ۱۹) (۲۴). این پرسشنامه در ایران دارای اعتبار علمی بوده و تقی زاده و همکاران در سال ۱۳۸۵ پایایی آن را با روش آزمون مجدد ۸۹ درصد محاسبه کردند (۲۵). سپس پرسشنامه‌ها و فرم رضایت آگاهانه توسط پژوهشگر و با مراجعه حضوری مکرر به مراکز بهداشتی در زمان مناسب توزیع گردید. پژوهشگر تا تکمیل نهایی پرسشنامه در کنار مادران حضور داشت.

برای مقایسه وضعیت سطوح حمایت اجتماعی در دو گروه، از تست ناپارامتریک من ویتنی استفاده شد. به‌منظور بررسی ارتباطات بین متغیرهای کمی از آزمون پیروسون و متغیرهای کیفی از آزمون اسپیرمن استفاده شد. برای آنالیز داده‌ها از نرم‌افزار spss نسخه‌ی ۲۳ استفاده گردید. همچنین سطح معناداری را  $p < 0.05$  در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

براساس پرسشنامه‌ی بررسی سطح حمایت اجتماعی، نتایج نشان داد اگرچه اکثر افراد دو گروه از حمایت اجتماعی بالا برخوردار بودند، اما دو گروه از این نظر با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p = 0.186$ ) (جدول ۱).

پرسشنامه اطلاعات فردی و باروری شامل سؤالاتی در زمینه خصوصیات فردی و اطلاعات زنان و باروری و سوابق بیماری واحدهای پژوهش بود و توسط واحد پژوهش تکمیل گردید. مطالعه حاضر پس از کسب اجازه از مسئولین معاونت محترم پژوهشی، تأیید کمیته اخلاقی، هماهنگی با معاونت بهداشتی، اخذ معرفی‌نامه از حراست، ارائه آن به مراکز بهداشتی و هماهنگی جهت زمان توزیع ابزار مورد مطالعه انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل: بخش اول پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک، شامل مشخصات فردی، اطلاعات پزشکی، اجتماعی و بارداری می‌باشد. بخش دوم شامل پرسشنامه ۱۷ سؤالی مقیاس علائم اختلال استرس پس از تروما (PSS-I)<sup>۱</sup> (۶). هر سؤال داری پنج گزینه می‌باشد و براساس مقیاس لیکرت از اصلاً (نمره ۰) تا خیلی زیاد (نمره ۴) رتبه بندی شده است. نمره کل پرسشنامه از ۰ تا ۶۸ می‌باشد. علائم این اختلال شامل علائم مربوط به تجربه مجدد (۴ سؤال)، علائم مربوط به اجتناب (۷ سؤال) و علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی (۶ سؤال) می‌باشد. در صورت داشتن ۱ مورد یا بیشتر از علائم تجربه مجدد، ۳ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به اجتناب، ۲ مورد یا بیشتر از علائم مربوط به واکنش‌های انگیزشی، اختلال استرس پس از تروما تشخیص داده می‌شود. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۳ توسط فوآ<sup>۲</sup> و همکاران تدوین و ارزشیابی شد (۲۲). در ایران میرزمانی و همکاران مطالعه‌ای در رابطه با استفاده از مقیاس مذکور انجام داده‌اند و پایایی مقیاس مذکور بر اساس آزمون مجدد ۷۴ درصد و با روش آزمون آلفا کرونباخ ۸۸ درصد به دست آمد (۲۳). بخش سوم شامل پرسشنامه ۶ سؤالی سطح حمایت اجتماعی مادران است. پرسشنامه مورد استفاده برای اندازه‌گیری در دسترس بودن حمایت اجتماعی و تعداد حمایت اجتماعی بوده است. چهار سؤالی که

جدول (۱): دسته بندی افراد مورد مطالعه از نظر وضعیت حمایت اجتماعی

پارامتر	طبیعی	سزارین
ضعیف	۱۷ (٪ ۵/۱)	۱۸ (٪ ۴/۶)
متوسط	۴۴ (٪ ۱۳/۳)	۳۹ (٪ ۱۰)
کافی	۲۷۰ (٪ ۸۱/۶)	۳۳۲ (٪ ۸۵/۳)
P-value	۰/۱۸۶	

اجتماعی ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شد ( $p < 0.001$ ) (جدول ۲).

بررسی ارتباطات بین متغیرهای مورد بررسی در دو گروه زایمان سزارین و واژینال نشان داد که در هر دو گروه بین استرس و حمایت

2- Foa

1 - Post traumatic stress symptom scale I

**جدول (۲):** ارتباط بین استرس پس از زایمان با حمایت

اجتماعی		
حمایت اجتماعی	گروه‌های مورد بررسی	
R=-0.195 P<0.0001	زایمان واژینال	سزارین
R=-0.398 P<0.0001		

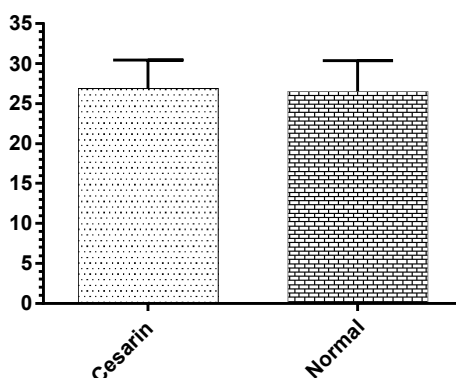
بررسی ارتباط بین استرس و فاکتورهای مرتبط با بارداری در دو گروه نشان داد که در گروه با زایمان طبیعی بین استرس با سابقه بستری در بیمارستان ( $p < 0.01$ ) و وضعیت بارداری از نظر مادر ( $p = 0.017$ ) و همسر ( $p = 0.012$ ) ارتباط معنی‌دار دیده شد. از طرفی بین گروه زایمان به روش سزارین بین استرس و فاکتورهای مرتبط با بارداری هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری دیده نشد (جدول ۳).

**جدول (۳):** ارتباط بین استرس و فاکتورهای مرتبط با بارداری زنان مورد مطالعه

متغیر	سزارین	طبیعی
تعداد زایمان	R=0.001 P=0.999	R=0.093 P=0.092
وضعیت بارداری از نظر فرد	R=0.014 P=0.778	R=0.131 P=0.017
وضعیت بارداری از نظر همسر	R=0.009 P=0.874	R=0.113 P=0.012
سابقه نازایی	R=-0.059 P=0.248	R=-0.009 P=0.846
مدت زمان نازایی	R=0.058 P=0.257	R=0.014 P=0.763
سابقه بستری در بیمارستان	R=-0.050 P=0.326	R=-0.143 P=0.010
شرکت در کلاس زایمان	R=0.033 P=0.521	R=0.062 P=0.259
القای زایمان	R=-0.061 P=0.229	R=-0.095 P=0.085
عوارض پس از زایمان	R=0.011 P=0.826	R=0.098 P=0.076
شیوه تغذیه نوزاد	R=0.026 P=0.611	R=0.021 P=0.707
سابقه بستری نوزاد	R=-0.031 P=0.540	R=0.052 P=0.343

میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی بر اساس آزمون تی تست مستقل در گروه با زایمان طبیعی  $26/49 \pm 3/55$  و گروه سزارین  $26/48 \pm 3/86$  بود، تفاوت بین میانگین حمایت اجتماعی گروه طبیعی با گروه سزارینی معنی‌داری نبود ( $p = 0.184$ ) (نمودار ۱).

میانگین نمره‌ی حمایت اجتماعی بر اساس آزمون تی تست مستقل در گروه با زایمان طبیعی  $26/49 \pm 3/55$  و گروه سزارین  $26/48 \pm 3/86$  بود، تفاوت بین میانگین حمایت اجتماعی گروه طبیعی با گروه سزارینی معنی‌داری نبود ( $p = 0.184$ ) (نمودار ۱).



نمودار (۱): مقایسه دو گروه با زایمان طبیعی و سزارین از وضعیت حمایت اجتماعی

### بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه به منظور مقایسه‌ی همبستگی اختلال استرسی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین با حمایت اجتماعی و خصوصیات باروری مادران در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. نتایج نشان داد که اگرچه درصد افراد دارای استرس پس از زایمان در گروه با زایمان واژینال ۰/۰۱ نسبت به گروه با زایمان سزارین بالاتر بود (نمودار ۱). اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود.

مطالعه آینده نگر محمودی و همکاران (۲۰۱۶) ۲۴۰ زن ایرانی ساکن تهران را در سه ماهه سوم بارداری و ۶ تا ۸ هفته پس از زایمان مورد بررسی قرار داد. شیوع PTSD در جمعیت مورد مطالعه ۶/۲ درصد بود. بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، PTSD بعد از سزارین (نسبت به زایمان واژینال) شایع‌تر بود اما ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان و بروز PTSD پس از زایمان وجود نداشت (۰/۴۸ = P(۲۶)). که با مطالعه ما هم‌خوانی داشت

در مقایسه با سزارین انتخابی و زایمان طبیعی، سزارین اورژانسی با تجارب نامطلوب پس از زایمان و زایمان همراه است که به‌عنوان عوامل خطر برای بروز اختلال استرس پس از زایمان محسوب می‌شود. همچنان که در مطالعه مدرس و همکاران در سال ۲۰۱۲ به بررسی و مقایسه ارتباط میان زایمان طبیعی و سزارین با اختلال استرس متعاقب زایمان بر روی ۴۰۰ زن پرداختند. نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که خطر وقوع اختلال استرس پس از سانحه متعاقب زایمان در افرادی که زایمان سزارین اورژانسی داشته‌اند، ۳/۵ برابر بیش از زایمان طبیعی بود. (۲۷). در سزارین اورژانسی نیز به

دلیل این که فرد آمادگی لازم و کافی را از قبل ندارد، انتظار نمرات بالاتری از اختلال را نسبت به سزارین انتخابی داریم، بنابراین ناهمگون بودن گروه‌های سزارین در دو مطالعه می‌تواند علت مهمی در اختلاف در نتایج باشد.

شواهد نشان می‌دهد که زنانی که تحت عمل سزارین اورژانسی قرار گرفته‌اند، درک و احساس منفی‌تری نسبت به زایمان دارند (۲۶) سودرکوئیست<sup>۱</sup> و همکاران نیز دریافتند که اکثر زنانی که علائم PTSD را نشان می‌دهند، زایمان طبیعی داشته‌اند. آن‌ها استدلال کردند که همانطور که سزارین اورژانسی لزوماً آسیب‌زا نیست و زایمان طبیعی نیز می‌تواند یک تجربه آسیب‌زا برای مادر باشد (۲۸). طول مدت زایمان، تجربه درد شدید هنگام زایمان، درمان ضعیف پرسنل و مداخلات پزشکی از جمله عوامل مرتبط با بروز این اختلال هستند (۲۹-۳۱).

با توجه به نتایج مختلف مطالعات فوق، ورولت<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۲ نشان داد که میزان شیوع این اختلال، با توجه به زمان اندازه‌گیری (در چه فاصله‌ای بعد از زایمان شخص وارد مطالعه شده باشد) و ابزار مورد استفاده متفاوت می‌باشد (۹).

در مطالعه حاضر، بین میانگین نمره حمایت اجتماعی گروه زایمان طبیعی با زایمان سزارین تفاوت معنی‌داری وجود نداشت که با مطالعه هرگانر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) مطابقت دارد (۳۲). در این مطالعه ارتباط نوع زایمان با افسردگی پس از زایمان، حمایت اجتماعی ادراک شده و دلبستگی مادر را در ۴۰ زن با زایمان طبیعی و ۴۰ زن با زایمان سزارین مورد بررسی قرار داد. تفاوت معناداری در افسردگی پس از زایمان و نمرات حمایت اجتماعی درک شده بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین نمرات مقیاس دلبستگی مادر

<sup>3</sup> Herguner

<sup>1</sup> Söderquist  
<sup>2</sup> Verreault

این امر باعث می‌شود تا توجه به مداخلات باهدف افزایش حمایت‌های اجتماعی در زنان باردار مورد توجه قرار گیرد (۳۳).  
 علی‌رغم ادعای کلی که تجربه‌ی درد با ایجاد PTSD بعدی همراه است، شواهد متضادی در مورد ارتباط آن با درد شدید زایمان وجود دارد (۳۷). این ممکن است تا حدی به این دلیل باشد که برخی از زنان به درد زایمان به‌عنوان یک تجربه‌ی مثبت نگاه می‌کنند، علیرغم این واقعیت که بسیاری زایمان را بدترین درد قابل تصور می‌دانند (۳۸). بنابراین می‌توان چنین استدلال کرد که، هنگام بررسی نقش درد در ایجاد PTSD مرتبط با زایمان، ارزیابی تجربیات ذهنی و معنای افراد از درد آن‌ها و همچنین اندازه‌گیری استاندارد شدت درد مهم است. مدت‌زمان زایمان، تجربه‌ی درد شدید در هنگام زایمان، درمان ضعیف توسط پرسنل و مداخلات پزشکی از جمله عوامل مرتبط با بروز این اختلال است (۳۸).

در مطالعه‌ی حاضر بین سطح حمایت اجتماعی و PTSD تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و خطر بروز این اختلال در زنان با حمایت اجتماعی ضعیف در مقایسه با زنان با حمایت اجتماعی کافی بیشتر بود که با یافته‌های کانتینز<sup>۲</sup> و همکاران مطابقت دارد که بیان کردند زنانی که از حمایت‌های اجتماعی و دریافت مراقبت در دوران بارداری برخوردار هستند، نگرش واقع‌بینانه و قوی‌تری نسبت به روند زایمان، از جمله: چگونگی کنار آمدن با درد زایمان، پذیرش درد، سازگاری و قوی بودن در هنگام زایمان دارند. در نتیجه این یافته‌ها، همچنین بر اهمیت ارتباط با ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی در حین زایمان و چگونگی تأثیر آن بر ایجاد علائم PTSD تأکید شد (۳۷).  
 بررسی‌های کنونی آسیب‌های ناشی از تولد یا PTSD را با کیفیت پایین تعامل و ارتباط ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی مرتبط می‌دانند (۳۹، ۴۰). برعکس، مطالعات گزارش می‌دهند که حتی در طول تجارب بالقوه تهدید کننده زندگی، که می‌تواند در هنگام تولد نیز رخ دهد، مراقبت دلسوزانه و ارتباط خوب ممکن است بروز PTSD بعدی را کاهش دهد (۴۱، ۴۲). این تفاوت در PTSD در زنان ممکن است به دلیل عناصر منحصر به فرد دوره پس از زایمان باشد، مانند مواجهه با نوزاد و کم شدن ساعات خواب مادر، که ممکن است علائم را به تأخیر بیندازد یا تغییر دهد.

بر اساس یک مطالعه بزرگ که در نروژ انجام شد، حمایت اجتماعی ضعیف و رویدادهای منفی در زندگی در طول ۸ هفته اول پس از زایمان با تداوم علائم PTSD تا ۲ سال پس از زایمان مرتبط است (۴۳). علاوه بر این، ترومای تجربه‌ی زایمان ممکن است رویدادهای آسیب‌زای قبلی را دوباره بیدار کند، بنابراین خطر ابتلا به PTSD را در دوره‌های بعدی افزایش می‌دهد (۴۳).

در زنان سزارینی کمتر از زایمان طبیعی بود. اگرچه اکثر افراد دو گروه از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردار بودند، اما دو گروه از این نظر با هم تفاوت معنی‌داری را نشان ندادند. از طرفی در هر دو گروه بین استرس و حمایت اجتماعی ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شد. محمودی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که بین سطح حمایت اجتماعی پس از زایمان و PTSD پس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت و خطر بروز اختلال استرس متعاقب زایمان در زنان (با زایمان واژینال و سزارین) با حمایت اجتماعی ضعیف در مقایسه با زنانی که حمایت اجتماعی خوبی داشتند، ۰/۰۶ بیشتر بود. این نتایج با مطالعه ما همخوانی داشت (۲۶). وان هیمن<sup>۱</sup> همکاران (۲۰۱۸) در هلند به بررسی علل روانی-اجتماعی PTSD پس از زایمان پرداختند، آن‌ها بیان کردند که ویژگیهای روانی اجتماعی مانند حمایت اجتماعی پیش‌بینی کننده قوی‌تری نسبت به روش زایمان یا مراقبت حین زایمان در وقوع PTSD پس از زایمان هستند (۳۳).  
 مطالعات نشان می‌دهد رابطه معناداری بین حمایت اجتماعی و سلامت وجود دارد. افرادی که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی دارند از سلامتی بهتری برخوردار هستند (۲۶). مطالعات همچنین نشان می‌دهد که پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس بسته به سطح حمایت اجتماعی تغییر می‌کند. بدین معنی که، شدت واکنش فرد، همراهم نزدیک و دوستان کمتر از مواجهه با استرس است (۳۴).  
 اورووو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در یونان به بررسی شیوع PTSD در زنان با انواع مختلف زایمان سزارین پرداختند، نتایج آن‌ها نشان داد. بین شیوع PTSD و حمایت پری‌ناتال از همسر تفاوت معنی‌داری وجود داشت. در مطالعه آن‌ها، شیوع PTSD در زنان با حمایت ضعیف از همسران خود، در مقایسه با زنانی که حمایت خوبی از همسر خود داشتند حدود سه برابر گزارش شد (۶).

نتایج مطالعات فوق با مطالعه‌ی ما که نشان داد بین زایمان واژینال و سزارین از نظر حمایت اجتماعی تفاوتی وجود ندارد و حمایت اجتماعی با بروز PTSD پس از زایمان در ارتباط می‌باشد، همخوانی داشتند. مطالعات زیادی درباره‌ی رابطه‌ی اجتماعی و حمایت از سلامتی نشان می‌دهد که واکنش روانی به استرس تحت تأثیر سطح حمایت از خانواده و همسر است. افرادی که سطح بالاتری از حمایت اجتماعی دارند از سلامتی بهتری برخوردار هستند (۶).  
 مطالعات همچنین نشان می‌دهد که پاسخ‌های فیزیولوژیکی به استرس بسته به سطح حمایت اجتماعی متغیر است؛ بدین معنی که، شدت واکنش فرد در مواجهه با استرس در حضور خانواده و دوستان کمتر می‌گردد (۳۴، ۳۵) حمایت اجتماعی با از بین بردن عوارض بیماری و مدیریت پیامدهای استرس‌زا، به فرد کمک می‌کند (۳۶).

<sup>3</sup> Kountanis

<sup>1</sup> van Heumen

<sup>2</sup> Orovou

کم هنگام تولد، زایمان زودرس، بستری در NICU و تشخیص هیپریبیلی روبینمی هیچ ارتباطی با PTSD در مطالعه حاضر نشان ندادند که با مطالعه گارتوس-نیگل<sup>۱</sup> در اسپانیا که بر روی ۱۵۳۱ زن انجام شد (۴۳) که با PTSD ارزیابی شدند نیز، مطابقت داشت.

مطالعه ما دارای محدودیت‌هایی می‌باشد اینکه طرح مقطعی است و تعمیم پذیری آن پایین هست. همچنین این مطالعه متکی به گزارش فرد از زایمان و سلامت روان است. لذا مطالعات آینده نگر با ادغام اطلاعات عینی و بالینی برای ارزیابی خطر اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با زایمان (CB-PTSD) و استفاده از مدل‌های پیش‌بینی یادگیری پیشنهاد می‌گردد. علیرغم شیوع آن، علائم PTSD پس از تولد هنوز توسط مدیران به خوبی به خوبی درک نشده است. تحقیقات بیشتر در مورد تأثیر عوامل مراقبت از تیم مامایی در اصلاح و کم شدن PTSD مربوط به زایمان توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

این مطالعه به تفاوت‌های بین PTSD در زایمان طبیعی و سزارین در مقاله پرداخته و درک بهتری از PTSD را ارائه کرده که ممکن است به تشخیص و مداخله زود هنگام کمک کند. افزایش در دسترس بودن حمایت مستمر فردی در طول زایمان و توسعه جوامع حرفه‌ای ماما ممکن است یک راه بالقوه برای رسیدگی به این مشکلات باشد. بنابراین غربالگری زنان باردار از نظر اختلال استرسی پس از زایمان و ارائه خدمات بهداشت روانی لازم برای کاهش پیامدهای نامطلوب سلامتی این مشکل توصیه می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه خانم فاطمه رجنی (شماره پروژه: IR.SUMS.REC.1397.359. کد اخلاق: 1396-01-08-16557) است که توسط دانشگاه علوم پزشکی شیراز تأیید و حمایت مالی شده است. نویسندگان از دانشگاه علوم پزشکی شیراز به جهت تأمین منابع مالی تشکر می‌کنند.

### References:

- Dehestani H, Tayebi N, Moshfeghy Z and Akbarzadeh M, The Role of Spiritual Health Experience with Intensity and Duration of Labor Pain While

به عبارت دیگر، شدت واکنش فرد در حضور خانواده و دوستان کمتر از زمانی است که به تنهایی با استرس مواجه می‌شود (۳۴). حمایت اجتماعی به‌عنوان یک محافظ در برابر استرس عمل می‌کند و به حذف و مدیریت پیامدهای عوامل استرس‌زا، عوارض بیماری کمک می‌کند (۳۶). مطالعات دیگری هم نقش مؤثر حمایت همسر یا شریک جنسی در کاهش این اختلال را تأیید کرد (۳۴، ۴۴، ۴۵، ۴۶).

از طرفی ارتباط بین استرس و فاکتورهای مرتبط با بارداری در دو گروه نشان داد که در گروه با زایمان طبیعی فقط بین استرس با سابقه بستری در بیمارستان و وضعیت بارداری از نظر همسر ارتباط معنی‌دار دیده شد و در گروه زایمان به روش سزارین بین استرس و فاکتورهای مرتبط با بارداری هیچگونه ارتباط معنی‌داری دیده نشد. عوامل متعددی مانند عوارض حاملگی (۲۹)، تجربه ناخوشایند دردهای زایمان (۲۹)، نخست زایی (۴۶) و سابقه سزارین (۴۷، ۴۸) در برخی از مطالعات گزارش شده است که با PTSD مرتبط است اما در مطالعه حاضر ارتباطی وجود نداشت، دلیل این اختلاف ممکن است تفاوت بین جمعیت‌های مورد مطالعه، مناطق، محیط‌های مطالعه و ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده باشد و همچنین می‌تواند ناشی از اختلافات فرهنگی و آموزشی در جوامع مختلف باشد. این تفاوتها در رشد مهارت‌های اجتماعی و همچنین در نحوه برخورد افراد با مسائل زندگی و مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا بسیار مهم است. بر خلاف مطالعات قبلی (۴۷، ۴۸)، عابدیان و همکاران (۴۹) گزارش کردند که مولتی پارها نسبت به نولی پارها دارای میزان و میانگین امتیاز PTSD بالاتری هستند.

این یافته ممکن است به حمایت اجتماعی کمتر پس از زایمان در بین مولتی پارها و میزان بالاتر بارداری برنامه ریزی نشده نسبت به نولی پارها نسبت داده شود (۴۹). تحقیقات کمی بیشتر برای ارزیابی بیشتر این ارتباطات مورد نیاز است.

علاوه بر این، در مطالعه‌ای در چین (۵۰) در بررسی عوامل مرتبط با نوزاد، تنها بستری شدن نوزاد در انکوباتور ارتباط با علائم PTSD زنان در این مطالعه تأیید شده بود، سایر عوامل مانند وزن

Childbearing and Postpartum. Curr Womens Health Rev 2022;18(2): e241221192205

- Badakhsh M, Hastings-Tolsma M, Firouzkhohi M, Amirshahi M, Hashemi ZS. The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A

<sup>2</sup> Childbirth-related post-traumatic stress disorder

<sup>1</sup> Garthus-Niegel

- phenomenology investigation. *Midwifery* 2020;82: 102625.
3. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women Birth* 2017;30(6): 450-9.
  4. Mukamurigo JU, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1): 181.
  5. Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Schytt E. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age - a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;27;13: 53.
  6. Orovou E, Dagla M, Iatrakis G, Lykeridou A, Tzavara C, Antoniou E. Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5): 1592.
  7. Grisbrook MA, Dewey D, Cuthbert C, McDonald S, Ntanda H, Giesbrecht GF, Letourneau N. Associations among Cesarean Section Birth, Post-Traumatic Stress, and Postpartum Depression Symptoms. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(8): 4900.
  8. Balbierz A, Bodnar-Deren S, Wang JJ, Howell EA. Maternal depressive symptoms and parenting practices 3-months postpartum. *Matern Child Health J* 2015;19(6): 1212-9.
  9. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, Ireland K, Banack H, Dritsa M, Khalifé S. PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res* 2012;73(4): 257-63.
  10. 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. *Psychol Med* 2017;47(1): 161-70.
  11. Tomsis Y, Perez E, Sharabi L, Shaked M, Haze S, Hadid S. Postpartum Post-Traumatic Stress Symptoms Following Cesarean Section-the Mediating Effect of Sense of Control. *Psychiatr Q* 2021;92(4): 1839-53.
  12. Soltani N, Abedian Z, Mokhber N, Esmaily H. The Association of Family Support After Childbirth With Posttraumatic Stress Disorder in Women With Preeclampsia. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17(10): e17865.
  13. Gholipour S, Memari E, Shojaedin S. Effects of 14 Weeks Yoga Training on Labor Pain and Pregnancy Outcomes in Primiparous Women. *Sarem J Med Res* 2019; 4 (2): 93-8. URL: <http://saremjrm.com/article-1-117-en.html>.
  14. Evin A, Khojasteh F, Ansari H. The Effect of Yoga on Self-Efficacy of Primiparous Women with regard to Labor. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2020;17. URL: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1254-en.html>.
  15. Wadhwa, Yogyata et al. "Effect of Antenatal Exercises, Including Yoga, on the Course of Labor, Delivery and Pregnancy: A Retrospective Study." *International journal of environmental research and public health* vol. 17,15 5274. 22 Jul. 2020, doi: 10.3390/ijerph17155274.
  16. Faleschini S, Millar L, Rifas-Shiman SL, Skouteris H, Hivert MF, Oken E. Women's perceived social support: associations with postpartum weight retention, health behaviors and depressive symptoms. *BMC Womens Health* 2019;19(1): 143.
  17. Maleki-Saghooni N, Amel Barez M, Karimi FZ. Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2020;33(18): 3097-102.
  18. De Sousa Machado T, Chur-Hansen A, Due C. First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health Psychol Open* 2020;7(1): 2055102919898611.



19. Racine N, Plamondon A, Hentges R, Tough S, Madigan S. Dynamic and bidirectional associations between maternal stress, anxiety, and social support: The critical role of partner and family support. *J Affect Disord* 2019;252: 19-24.
20. Cho H, Lee K, Choi E, Cho HN, Park B, Suh M, Rhee Y, Choi KS. Association between social support and postpartum depression. *Sci Rep* 2022;12(1): 3128.
21. Takács L, Štipl J, Gartstein M, Putnam SP, Monk C. Social support buffers the effects of maternal prenatal stress on infants' unpredictability. *Early Hum Dev* 2021;157: 105352.
22. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Traum Stress* 1993;6(4): 459-73.
23. Mirzamani M, Mohammadi M R, Besharat M A. Application Of The Ptsd Symptoms Scale (Pss) For Iranian Ptsd Patients. *Med J Islam Repub Iran*. 2006;19(4): 345-8.
24. Tesfaye Y, Agenagnew L. Antenatal Depression and Associated Factors among Pregnant Women Attending Antenatal Care Service in Kochi Health Center, Jimma Town, Ethiopia. *J Pregnancy* 2021;2021: 5047432.
25. Taghizadeh Z, Jafarbegloo M, Arbabi M, Faghihzadeh S. The effect of counseling on post traumatic stress disorder after a traumatic childbirth. *Hayat* 2008;13(4): 23-31.
26. Mahmoodi Z, Dolatian M, Shaban Z, Shams J, Alavi-Majd H, Mirabzadeh A. Correlation between Kind of Delivery and Posttraumatic Stress Disorder. *Ann Med Health Sci Res* 2016;6(6): 356-61.
27. Modaress M, Montazeri A, Rahnama P. study and comparison of the relationship between normal delivery and cesarean delivery with stress disorder following labor trauma. *Biomed J Daneshvar Med Univ* 2011;18(94): 9-16.
28. Söderquist, J et al. "Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables." *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* vol. 23,1 (2002): 31-9. doi: 10.3109/01674820209093413.
29. Shaban Z, Dolatian M, Shams J, Alavi-Majd H, Mahmoodi Z, Sajjadi H. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Childbirth: Prevalence and Contributing Factors. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15(3): 177-82.
30. Xie RH, Lei J, Wang S, Xie H, Walker M, Wen SW. Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *J Women Health* 2011;20(12): 1881-6. doi: 10.1089/jwh.2011.2842.
31. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014;34(5): 389-401. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.003.
32. Herguner, S., Herguner, A., Cicek, E., Annagur, A., Ors, R. Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *Düşünen Adam - Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2014;27(1): 15-20.
33. van Heumen MA, Hollander MH, van Pampus MG, van Dillen J, Stramrood CAI. Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women with a Traumatic Childbirth Experience. *Front Psychiatry* 2018;9: 348.
34. Bovier PA, Chamot E, Perneger TV. Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Qual Life Res* 2004;13(1): 161-70.
35. Webster J, Nicholas C, Velacott C, Cridland N, Fawcett L. Quality of life and depression following childbirth: impact of social support. *Midwifery* 2011;27(5): 745-9.
36. Spiegel D, Butler LD, Giese-Davis J, Koopman C, Miller E, DiMiceli S, Classen CC, Fobair P, Carlson RW, Kraemer HC. Effects of supportive-expressive group therapy on survival of patients with metastatic breast cancer: a randomized prospective trial. *Cancer* 2007;110(5): 1130-8.

37. Kountanis JA, Kirk R, Handelzalts JE, Jester JM, Kirk R, Muzik M. The associations of subjective appraisal of birth pain and provider-patient communication with postpartum-onset PTSD. *Arch Womens Ment Health* 2022;25(1): 171-80.
38. Karlsdottir SI, Sveinsdottir H, Kristjansdottir H, Aspelund T, Olafsdottir OA. Predictors of women's positive childbirth pain experience: Findings from an Icelandic national study. *Women Birth* 2018;31(3): e178-e184.
39. Patterson J, Hollins Martin C, Karatzias T. PTSD post-childbirth: a systematic review of women's and midwives' subjective experiences of care provider interaction. *J Reprod Infant Psychol* 2019;37(1): 56-83.
40. Watson K, White C, Hall H, Hewitt A. Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women Birth* 2021;34(5): 417-24.
41. Chang BP, Sumner JA, Haerizadeh M, Carter E, Edmondson D. Perceived clinician-patient communication in the emergency department and subsequent post-traumatic stress symptoms in patients evaluated for acute coronary syndrome. *Emerg Med J* 2016;33(9): 626-31.
42. Moss J, Roberts MB, Shea L, Jones CW, Kilgannon H, Edmondson DE, Trzeciak S, Roberts BW. Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2019;45(6): 815-22.
43. Garthus-Niegel S, Ayers S, von Soest T, Torgersen L, Eberhard-Gran M. Maintaining factors of posttraumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, two-year follow-up study. *J Affect Disord* 2015; 72: 146-52.
44. Ayers S, Jessop D, Pike A, Parfitt Y, Ford E. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *J Affect Disord* 2014;155: 295-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.10.022
45. Beck CT, Gable RK, Sakala C, Declercq ER. Posttraumatic stress disorder in new mothers: Results from a two-stage US national survey. *Birth* 2011;38(3): 216-27. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00475.x.
46. Wikman A, Axfors C, Iliadis SI, Cox J, Fransson E, Skalkidou A. Characteristics of women with different perinatal depression trajectories. *J Neurosci Res* 2020;98(7): 1268-82.
47. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Rubio-Álvarez A, Martínez-Galiano JM. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1-5 years following birth. *Women Birth* 2020;33(2): e129-e135.
48. Chen Y, Yang X, Guo C, Liao Y, Guo L, Chen W, Chen I, Krewski D, Wen SW, Xie RH. Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder Following Caesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Womens Health (Larchmt)* 2020;29(2): 200-9.
49. Abedian, Z., Soltani, N., Mokhber, N., Esmacily, H. Comparing Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Primiparous and Multiparous Women with Preeclampsia. *J Midwifery Reproduct Health* 2013;1(1): 13-8.
50. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatr* 2021;21(1): 487.

## COMPARISON OF THE CORRELATION OF POSTPARTUM STRESS DISORDER IN VAGINAL AND CESAREAN DELIVERY WITH SOCIAL SUPPORT AND FERTILITY CHARACTERISTICS OF MOTHERS

Fatemeh Rajani<sup>1</sup>, Nasrin Sharifi<sup>2</sup>, Naeimeh Tayebi<sup>3</sup>, Marzieh Akbarzadeh<sup>3,4</sup>

Received: 11 April, 2022; Accepted: 28 February, 2023

### Abstract

**Background & Aims:** The prevalence of postpartum stress disorder in women is twice as high as in men, which may be influenced by childbirth experiences, hormonal disorders, and stressful life events. The aim is to comparing the correlation of postpartum stress disorder in vaginal and cesarean delivery with social support and mother's fertility characteristic of mothers in 2018.

**Materials and Methods:** The study was a cross-sectional study in which a total of 720 primiparous and multiparous women who were 6-8 weeks past their delivery were selected by simple random method and included in this study. The data collection tools were personal and fertility information questionnaires, PTSD symptoms scale after birth trauma, and the level of social support of mothers, which were completed through face to face structured.

**Results:** Mothers in both groups had more than 80% social support. In both groups, there was a negative and significant relationship between stress and social support ( $P < 0.0001$ ). In the group with normal delivery, there was a significant relationship between stress and history of hospitalization ( $P < 0.01$ ) and with pregnancy status from the wife's point of view ( $P = 0.012$ ).

**Conclusion:** Although most of the mothers in the two groups had adequate social support, a negative and significant relationship was seen between postpartum stress and social support in both groups, although the relationship between stress and social support was stronger in the natural delivery group than in the cesarean group. This study provides a better understanding of postpartum stress disorder for early diagnosis and intervention.

**Keywords:** Cesarean Section, Fertility Characteristics, Natural Delivery, Postpartum Stress Disorder, Social Support

**Address:** Maternal-fetal medicine research center, Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of medical sciences, shiraz, Iran

**Tel:** +98711-6474250

**E-mail:** akbarzadm@sums.ac.ir

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>3</sup> NCD Research Center, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Midwifery Department, Maternal-Fetal Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Corresponding Author)