

تأثیر آشناسازی زنان اول زا با کارکنان و محیط اتاق زایمان بر اضطراب قبل از زایمان

دکتر معصومه دل آرام^{۱*}، اکرم کرمی دهکردی^۲

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۹/۱۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۱۲/۱۵

خلاصه

مقدمه: اضطراب به عنوان یک عامل بازدارنده و مؤثر بر روند زایمان شناخته شده است. با توجه به اینکه تأثیر آشناسازی زنان با اتاق زایمان بر میزان اضطراب آنان تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آشناسازی زنان اول زا با محیط اتاق زایمان، کارکنان و تجهیزات آن بر اضطراب قبل از زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۶۸ زن نخست زا در مراکز بهداشتی-درمانی شهرکرد انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند و میزان اضطراب آن ها در هفته ۳۴ بارداری با تست اضطراب هامیلتون سنجیده شد. افراد در گروه آزمون در هفته ۳۶ و ۳۸ بارداری طی دو جلسه دو ساعته با فضای اتاق زایمان، کارکنان و تجهیزات آن آشنا شدند و گروه شاهد مراقبت های معمول را دریافت کردند. افراد دو گروه در هنگام پذیرش جهت زایمان، مجدداً مورد سنجش اضطراب قرار گرفتند. جهت تحلیل داده ها از آزمون های من ویتنی و ویلکاکسون استفاده شد و میزان $p < 0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها: میانگین نمره اضطراب در گروه آزمون در هفته ۳۴ بارداری $26/5 \pm 7/6$ و در زمان زایمان $11/82 \pm 8/3$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). این میزان در گروه کنترل در هفته ۳۴ بارداری $25/9 \pm 6/9$ و در زمان زایمان $23/52 \pm 5/8$ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($p = 0/25$).

نتیجه گیری: آشناسازی زنان اول زا با فضای اتاق زایمان، کارکنان و تجهیزات آن باعث کاهش میزان اضطراب آن ها می شود.

کلمات کلیدی: آمادگی، اتاق زایمان، اضطراب، زنان اول زا

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر معصومه دل آرام؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران. تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۴۸
پست الکترونیک: masoumehdelaram@yahoo.com



مقدمه

اضطراب یک حالت ناخوشایند و اغلب مبهم است که با یک یا چند علامت جسمی مانند احساس خالی شدن سر دل و تنگی نفس همراه می باشد و به عنوان مختل کننده روند درمانی بیماران در رشته های مختلف علوم پزشکی و یک عامل بازدارنده و مؤثر در مقاومت بیماران برای انجام اعمال جراحی مورد نیاز، کاملاً شناخته شده است (۱،۲). اضطراب در بارداری و زایمان اثرات زیان آوری به همراه داشته و در اضطراب طولانی مدت، سیستم عصبی خودکار تحریک شده و منجر به افزایش انقباض عضلات صاف سیستم شریانی شده که این مسئله منجر به کاهش جریان خون رحمی- جفتی و کاهش اکسیژن رسانی به رحم و افزایش الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین و زایمان زودرس می شود (۳-۵).

هورمون هایی که در حین زایمان در پاسخ به تنش و اضطراب ترشح می شوند مانند کاتکولامین ها، کورتیزول، اپی نفرین و بتآندورفین ها، از طرفی باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانه رحم شده و از طرف دیگر بر عضلات صاف رحم اثر کرده و باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کاهش کارایی آن در روند زایمان و در نهایت باعث طولانی شدن زایمان، افزایش درد و در نهایت ایجاد اضطراب می شوند (۶). بیش از ۹۰ درصد اضطراب و تنش دوران بارداری مربوط به فرآیند زایمان است. انجمن ماماهاى آمریکایی، تأثیر مثبت آموزش های دوران بارداری را چنین توجیه می کند که برای ورود به یک محیط ناآشنا و ترسناک، وجود یک همراه آشنا و مورد اعتماد و آگاهی قبلی نسبت به محیط مورد نظر، ضروری است. مطابق این نظریه آموزش به مادران موجب ایجاد نگرش مثبت در آن ها نسبت به زایمان و پرسنل اتاق زایمان شده و اعتماد به نفس و اطمینان آن ها را افزایش می دهد. این مادران ترس و اضطراب کمتری را احساس کرده و با آگاهی قبلی که پیدا کرده اند، خود را ملزم می دانند که در اداره روند زایمان به طور فعالانه شرکت کنند (۷). جهت کاهش اضطراب قبل از اعمال جراحی، روش های متفاوتی از جمله جلسات مشاوره درمانی، نمایش فیلم های آموزشی، عیادت بیماران از افرادی که قبلاً تحت عمل جراحی مشابه قرار گرفته اند

و پخش موسیقی قبل از اعمال جراحی، به کار گرفته شده اند (۸). بر اساس مطالعه حسینی نسب و همکاران مشخص شده است که گفتگو با بیمار قبل از عمل جراحی تأثیر بارزی در کاهش اضطراب قبل از عمل دارد (۹). موریتا و همکاران طی مطالعه ای میزان تأثیر دو روش انتقال بیمار به اتاق عمل را بر میزان اضطراب قبل از عمل، مورد مقایسه قرار داده و تفاوت معنی داری را بین دو روش گزارش نکرده اند (۱۰). مطالعه حسینی نسب و همکار نشان داد که دادن اطلاعات به والدین از طریق نمایش فیلم ویدیویی قبل از عمل جراحی، میزان اضطراب آن ها را در هنگام جراحی فرزندشان کاهش می دهد (۷). در زمینه آشناسازی بیماران با محیط و کارکنان بیمارستان و تأثیر این آشنایی بر اضطراب بیماران، تنها مطالعه انجام شده در ایران توسط طلائی و همکاران انجام شده که تأثیر آشناسازی بیماران با کارکنان و محیط اتاق عمل را قبل از عمل جراحی بستن لوله های رحمی بر میزان اضطراب آنان بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که بازدید از اتاق عمل و آشنایی با کارکنان در روز قبل از عمل، تأثیری بر اضطراب بیماران در روز عمل ندارد (۱۱). از آنجایی که با جستجوی سایت های مختلف اینترنتی، مطالعه ای که تأثیر آشنا نمودن زنان اول زا با اتاق زایمان را بر میزان اضطراب آنان بررسی کرده باشد، یافت نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آشناسازی زنان نخست زا با اتاق زایمان، کارکنان و وسایل و تجهیزات آن بر اضطراب آنان در شروع زایمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۸ بر روی کلیه زنان نخست زای تحت پوشش ۳ مرکز بهداشتی- درمانی شهرکرد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: نخست زا بودن، نداشتن سابقه سقط و بستری شدن در بیمارستان و بیماری روانی بود. روش گردآوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه از طریق خود گزارش دهی صورت گرفت. حجم نمونه ۶۸ نفر از این افراد بودند که همگی خانه دار بوده و تحصیلات آن ها در حد دیپلم بود و این افراد از هر مرکز بر اساس جمعیت تحت پوشش به طور تصادفی انتخاب شده و به دو گروه ۳۴ نفره آزمون و

(نسخه ۱۶) انجام شد و جهت مقایسه اضطراب قبل و بعد از آشنایی با فضای اتاق زایمان در هر گروه از آزمون ویلکاکسون و برای مقایسه اضطراب دو گروه آزمون و کنترل از آزمون آماری من ویتنی استفاده شده و میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

میانگین سنی افراد در گروه آشنا شده با فضای اتاق زایمان و پرسنل آن $24/58 \pm 5/4$ سال و در گروه بدون آشنایی $24/62 \pm 3/9$ سال بود که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/22$). افراد دو گروه از نظر شغل و میزان تحصیلات و همچنین از نظر متغیرهای تأثیرگذار بر اضطراب مانند رضایت زناشویی، نگرانی از درد زایمان و داشتن یا نداشتن اپیزیوتومی همسان بودند. سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی در زمان مراجعه به بیمارستان جهت ختم بارداری در گروه اول $39/3 \pm 1/6$ و در گروه دوم $39/6 \pm 0/9$ هفته بود. این میزان بر اساس یافته های سونوگرافی در گروه اول $39/9 \pm 1/3$ و در گروه دوم $39/7 \pm 1/2$ هفته بود که در هر دو حالت تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p < 0/05$). از نظر سابقه بیماری، عوارض دوران بارداری و تمایل به انجام زایمان طبیعی نیز دو گروه وضعیت مشابهی داشتند. میزان اضطراب زنان نخست زا در دو گروه آزمون و کنترل در هفته ۳۴ بارداری و در زمان بستری شدن جهت زایمان در جدول ۱ ارائه شده و نشان می دهد که میانگین نمره اضطراب در گروه آزمون پس از آشنایی با اتاق زایمان، کاهش قابل توجهی داشته ($p < 0/001$) در حالی که در گروه کنترل کاهش زیادی مشاهده نشد ($p=0/25$).

شاهد تقسیم شدند. افراد دو گروه پس از تکمیل فرم رضایت نامه آگاهانه و اعلام آمادگی برای ورود به مطالعه و همچنین تکمیل فرم ثبت اطلاعات فردی، در هفته ۳۴ بارداری با استفاده از پرسشنامه روانشناختی اضطراب هامیلتون مورد بررسی قرار گرفتند و میزان اضطراب آنان تعیین شد. این پرسشنامه با ۱۳ آیتم در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت تنظیم شد که در آن صفر به معنای عدم وجود اضطراب، یک (اضطراب خفیف)، دو (اضطراب متوسط)، سه (اضطراب شدید) و چهار به معنای اضطراب خیلی شدید می باشد. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد برابر ۰/۸۶ تعیین شد. سپس افراد گروه آزمون در هفته ۳۶ و ۳۸ بارداری در چهار گروه ۷ نفره و یک گروه ۶ نفره طی دو جلسه ۲ ساعته با فضای اتاق لیبر و زایمان، کارکنان، وسایل و تجهیزات و بخش مراقبت های بعد از زایمان آشنا شده و به تمامی سؤالات آن ها پاسخ داده شد. چنین اقدامی برای گروه کنترل انجام نشد و این افراد تنها از مراقبت های معمول دوران بارداری برخوردار شدند. شماره تماسی در اختیار افراد دو گروه قرار گرفت و از آن ها درخواست شد که زمان مراجعه خود را به بیمارستان جهت ختم بارداری به پژوهشگر اطلاع دهند. با تماس تلفنی آن ها، پژوهشگر در بیمارستان حاضر شده و قبل از بستری شدن افراد، مجدداً میزان اضطراب آن ها با استفاده از همان پرسشنامه سنجیده شد و میانگین نمرات آنان با میانگین نمرات اضطراب قبل از مداخله یعنی اضطراب هفته ۳۴ بارداری مورد مقایسه قرار گرفت. ۵ نفر از گروه آزمون و ۳ نفر از گروه کنترل به دلیل عدم اطلاع دادن زمان بستری خود، از مطالعه خارج شده و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۲۹ نفر از گروه آزمون و ۳۱ نفر از گروه شاهد انجام شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS

جدول ۱- میزان اضطراب افراد در هفته ۳۴ بارداری و در زمان بستری شدن جهت زایمان

میزان اضطراب	هفته ۳۴ بارداری (انحراف معیار \pm میانگین)	زمان بستری شدن جهت زایمان (انحراف معیار \pm میانگین)	سطح معنی داری*
گروه آزمون	$26/4 \pm 7/6$	$11/8 \pm 8/3$	$< 0/001$
گروه کنترل	$25/9 \pm 6/9$	$23/5 \pm 5/8$	۰/۲۵

*آزمون تی زوجی

آزمون و کنترل در جدول ۲ ارائه شده و نشان می دهد که میانگین تفاوت نمرات اضطراب در گروه آزمون

میانگین تفاوت نمرات اضطراب در هفته ۳۴ بارداری و اضطراب در زمان بستری شدن جهت زایمان در گروه

معنی دار می باشد ($p < 0.001$). سن واحدهای مورد پژوهش ارتباط معنی داری با میزان اضطراب آن ها در هفته ۳۴ بارداری و زمان شروع زایمان نداشت.

۱۴/۶- و در گروه کنترل ۲/۴+ است. یعنی میانگین نمرات اضطراب در گروه آشنا شده با فضای اتاق زایمان، پرسنل و تجهیزات آن نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری داشته که تفاوت مشاهده شده از نظر آماری

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار تغییر نمرات اضطراب زنان نخست زا در گروه آزمون و کنترل

تغییر نمرات اضطراب	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری*
گروه آزمون	۲۹	۱۴/۶	۳/۷	$p < 0.001$
گروه کنترل	۳۱	۲/۴	۰/۷	

*آزمون تی مستقل

بحث

در بررسی های انجام شده مطالعه مشابهی که بتوان یافته های مطالعه حاضر را با آن مقایسه کرد، یافت نشد، اما مطالعه طلایی و همکاران که تأثیر آشناسازی بیمار را با کارکنان و محیط اتاق عمل در روز قبل از عمل جراحی بستن لوله های رحمی بر اضطراب قبل از عمل بررسی کردند، نشان داد که دو گروه مورد مطالعه تفاوت بارزی با یکدیگر نداشته و آشنایی بیماران با محیط اتاق عمل و کارکنان آن، تأثیری در کاهش اضطراب آنان ندارد (۱۱). که در این مورد با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. علت این تفاوت احتمالاً می تواند آشنایی قبلی زنان با عمل توبکتومی توسط سیستم های بهداشتی- درمانی و در نتیجه بی تأثیر بودن مسئله آشنایی با اتاق عمل بر میزان اضطراب آنان باشد. مطالعه یوساف اف و همکاران نشان داد که گفتگو با بیمار قبل از عمل جراحی تأثیر بارزی در کاهش اضطراب قبل از عمل دارد (۸). سیستم و همکار در مطالعه خود میزان تأثیر دو روش انتقال بیمار به اتاق عمل را بر میزان اضطراب قبل از عمل، مورد مقایسه قرار داده و تفاوت معنی داری را بین دو روش گزارش نکردند (۱۳). تأثیر مثبت پخش موسیقی در کاهش اضطراب قبل از اعمال جراحی (۱۶) و پخش فیلم ویدیویی در مورد عمل جراحی مشابه (۸) روش هایی جهت کاهش اضطراب بیماران بوده اند. مطالعه حاضر در مورد اضطراب زایمان انجام شد و افراد مورد مطالعه سالم بودند، در نتیجه یافته های این مطالعه قابل تعمیم به سایر اعمال جراحی که در آن ها افراد داوطلب در شرایط بیماری قرار دارند، نمی باشد. همچنین نتایج

در طول بارداری و زایمان عوامل متعددی منجر به بروز حالات اضطرابی در مادر می شود که شایع ترین آن ها عدم اعتماد مادر به عامل زایمان و ترس از درد زایمان می باشد که این عوامل تا حدود زیادی با دادن آموزش های مناسب کاهش می یابند (۱۲). نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که آشنایی زنان نخست زا با فضای اتاق لیبر و زایمان، کارکنان و وسایل و تجهیزات آن باعث کاهش معنی داری در میزان اضطراب آنان می شود و مادران آشنا شده، اضطراب کمتری را در مقایسه با گروه کنترل تجربه کردند. مطالعه سیستو و همکاران نشان می دهد که شیوه های روانشناختی تأثیری مثبت بر کاهش اضطراب زایمان دارد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. این مطالعه نشان می دهد که آموزش کافی و صحیح باعث افزایش میزان آگاهی مادر نسبت به مسئله بارداری و زایمان شده و او را قادر می سازد تا در این زمینه از راهبردهای صحیح حل مسئله بهره گیرد (۱۳). در مطالعه پیند آل و همکاران گزارش شده است که مادران در این آموزش ها، شیوه حل مسئله را می آموزند و با زایمان به عنوان یک مسئله قابل حل برخورد می کنند. همچنین روابط اجتماعی سالم نیز در این کلاس ها افزایش می یابد (۱۴). در مطالعه پورافشار و همکاران، طی ۳ جلسه دو ساعته، تغییرات فیزیولوژیک دوران بارداری، مراحل زایمانی و تکنیک های تنفسی را به مادران نخست زا آموزش داده و در پایان جلسات یک پمفلت آموزشی در اختیار آن ها قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که این جلسات آموزشی می تواند اضطراب را در طی بارداری و زایمان کاهش دهد (۱۵).

قابل تعمیم با زنان چند زا که تجربه زایمان و اقامت در اتاق زایمان را داشته اند، نمی باشد.

تمامی زنان اول زا در سه ماهه سوم بارداری با محیط اتاق زایمان، پرسنل، وسایل و تجهیزات آن آشنا شوند.

نتیجه گیری

آشنایی زنان نخست زا در سه ماهه سوم بارداری با فضای اتاق زایمان و زایمان، کارکنان، وسایل و تجهیزات باعث کاهش میزان اضطراب آنان می شود. با توجه به سادگی، ارزانی و غیر تهاجمی بودن این روش، پیشنهاد می شود در برنامه مراقبت های دوران بارداری،

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی شماره ۶۹۸ مصوب ۸۶/۱۲/۲۶ می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، پرسنل مراکز بهداشتی-درمانی، کارکنان بخش زایمان مرکز آموزشی-درمانی هاجر شهرکرد و کلیه مادرانی که در این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TTs, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* 2010 Oct 29;7:28.
2. Weisberg RB, Paquette JA. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Womens Health Issues* 2002 Jan-Feb;12(1):32-6.
3. Arai YC, Ueda W, Ushida T, Kandatsu N, Ito H, Komatsu T. Increased heart rate variability correlation between mother and child immediately pre-operation. *Acta Anaesthesiol Scand* 2009 May;53(5):607-10.
4. Arai YC, Ueda W, Ito H, Wakao Y, Matura M, Komatsu T. Maternal heart rate variability just before surgery significantly correlated with emergence behavior of children undergoing general anesthesia. *Paediatr Anaesth* 2008 Feb;18(2):167-71.
5. Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG* 2010 Jul;117(8):921-8.
6. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009 Sep-Oct;38(5):567-76
7. Hosseinasab SD, Taghavi S. [The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety] [Article in Persian]. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv* 2010;31(4):24-30.
8. McEwen A, Moorthy C, Quantock C, Rose H, Kavanagh R. The effect of videotaped preoperative information on parental anxiety during anesthesia induction for elective pediatric procedures. *Paediatr Anaesth* 2007 Jun;17(6):534-9.
9. Yousaf F, Seet E, Venkatraghavan L, Abrishami A, Chung F. Efficacy and safety of melatonin as an anxiolytic and analgesic in the perioperative period: a qualitative systematic review of randomized trials. *Anesthesiology* 2010 Oct;113(4):968-76. Review.
10. Morita Y, Sanuli M, Fujii K, Kajiyama S, Nakanuno R. [Assessment of preoperative anxiety in patients entering the operating room on foot using state-trait anxiety inventory] [Article in Japanese]. *Masui* 2002 Apr;51(4):382-6.
11. Talaie A, Toufani H. t, Hojjat SK, Alahmadi ZJ. [Effect of familiarizing the patient with the personnerl and operating room on the day before surgery for preoperative anxiety] [Article in Persian]. *Q J Fundam Mental Health* 2004;6(21-22): 57-61.
12. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009 Sep-Oct;38(5):567-76
13. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(9):1148-9; author reply 1149-50.
14. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res* 2010 May-Jun;59(3):194-202.
15. Malek Pour Afshar F, Salari P, Azar Pejough H, Ismaeili H. [Evaluation of the effect of the education module (preparing for childbirth) on the level of anxiety during pregnancy and labor in primigravida women] [Article in Persian]. *J Shahid Sadoghi Univ Med Sci* 2005;13(3):44-39.
16. Wang SM, Kulkarni L, Dolev J, Kain ZN. Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study. *Anesth Analg* 2002 Jun;94(6):1489-94.