

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

دوره ترمین

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

دوره ترمین

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

دوره ترمین

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

بررسی همبستگی اضطراب هنگام بستری در اتاق زایمان با طول مدت و سرانجام زایمان

فاطمه رجبی^۱، صدیقه امیر علی اکبری^{۲*}، دکتر جمال شمس^۳، دکتر حمید علوی مجد^۴

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی شعبه بین الملل؛ تهران، ایران

۲. مربی هیئت علمی، گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دانشیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی؛ تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه آمار زیستی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی؛ تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: زایمان واقعه پر استرسی است و به نظر می رسد در صورت اضطراب و هیجان دهانه رحم به سهولت باز نمی گردد. به علت وجود نتایج ضدونقیض در مورد اثر اضطراب بر پیامد زایمان، این پژوهش به منظور مطالعه همبستگی اضطراب هنگام بستری در اتاق زایمان و طول مدت و سرانجام زایمان انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی - همبستگی در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران انجام شد. نمونه گیری به روش چند مرحله ای و بر اساس سهمیه هر بیمارستان به صورت مبتنی بر هدف انجام گردید. تعداد نمونه ها ۲۰۰ نفر زن باردار بستری در اتاق زایمان بودند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک - اطلاعات مامائی، پرسشنامه اسپیل برگرو چک لیست مشاهدات مربوط به وضعیت زائوهنگام بستری و روند طول مدت لیبرو زایمان و آپگار نوزاد بود. اطلاعات مورد نظر با نرم افزار اس پی اس اس ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: اکثر نمونه ها (۵۳/۵ درصد) دارای سطح اضطراب متوسط بودند که در نخست زا ها بیشتر بود (۵۰ درصد). میانگین طول مدت زایمان $150/34 \pm 250/87$ دقیقه بود. ۹۴/۵ درصد زایمانها طبیعی بود. میانگین نمره آپگار دقیقه اول ۹ و دقیقه پنجم ۱۰ بود. یافته ها نشان داد بین اضطراب هنگام بستری در اتاق زایمان با طول مدت (طول مدت مرحله اول، دوم، و سوم) و سرانجام زایمان (نوع زایمان و نمره آپگار) همبستگی معنی داری وجود نداشت.

نتیجه گیری: توجه به ابعاد روان شناختی مادر در اتاق زایمان و تلاش برای هر چه خوشایند ساختن زایمان با حمایت های روحی و ایجاد محیط مناسبتر برای زانو و لزوم آموزش های آمادگی زایمان در دوران بارداری یک ضرورت مهم بهداشتی می باشد.

کلید واژه ها: اضطراب، مراحل زایمان، سرانجام زایمان

مقدمه

بصورت عضلانی (لرزش، گرفتگی وضعف عضلانی) و سیستم خودکار (تعریق، پرتپشی قلب، سرخ شدن، گرگرفتگی، نفس تنگی، خشکی دهان، گرفتگی سینه، دل پیچه، تهوع و نیاز شدید به دفع ادرار و مدفوع) رخ می دهد که دو مورد اخیر در شرایط اضطراب شدید دیده می شود. تظاهرات روانی از جمله نشانه های شناختی را در بر می گیرند. احساس تنش و ترس، درمادگی در رویارویی با موقعیت، عدم قطعیت در باره آینده، نگران اندیشی، انتظار وقوع مصیبت و بلا بیش بر انگیزختگی، گستره ای از رفتارها، از هشیاری بسیار تا حالت گوش به زنگ بودن شدید و تحریک زیاده از حد را در بر می گیرد در حالت

اضطراب احساس ناخوشایندی است که در افراد تحت شرایط استرسزا ایجاد می شود، این شرایط می تواند فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و روانی باشد (World Health Organization, 2001). اضطراب نشانه های جسمی و روانی و بیش بر انگیزختگی را در بر می گیرد. نشانه های جسمی

نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه امیر علی اکبری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران آدرس پست الکترونیک: asa_akbari@yahoo.com

دردوناراحتی بیشتر زائو را موجب می شود (Gagnon و همکاران، ۱۹۹۹).

طولانی شدن زایمان و تشدید دردها علت انجام ۶۸ درصد از زایمان های سزارین برنامه ریزی نشده است، همچنین لیبرطولانی موجب ایجاد حلقه انقباضی پاتولوژیک، عفونت هنگام زایمان، تشکیل فیستول، آسیب دیدگی کف لگن و اعصاب اندام های تحتانی و نیز صدمه به جنین گردد. (Cunningham و همکاران، ۲۰۱۰)

Decherni&Nathan بیان می کنند که اضطراب درحین زایمان رابطه مثبتی با اپی نفرین پلازما دارد که این مسئله به نوبه خود، به نظر می رسد باعث وضعیت غیر طبیعی در ضربان قلب و آپگار پایین نوزاد گردد (۲۰۰۳). ولی در بعضی از مطالعات این نتیجه حاصل نشده و همبستگی معنی داری بین اضطراب با طولانی شدن لیبر و کاهش آپگار نوزاد دیده نشد (Johnson، ۲۰۰۳) و (Littleton، ۲۰۰۷)

با وجود نتایج ضد و نقیض درمورد اثر اضطراب بر پیامد زایمان و از آنجایی که به نظر می رسد در ایران مطالعه ای در این خصوص انجام نشده پژوهشگر بر آن شد که به منظور بررسی همبستگی اضطراب هنگام بستری در اتاق زایمان با طول مدت و سرانجام زایمان، این پژوهش را انجام دهد، تادر صورت وجود این رابطه با هر چه خوشایند ساختن زایمان با تکیه بر حمایت های روانی و ایجاد محیط مناسبتر برای زائو قدم مثبتی برداشته شود.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- همبستگی بود که با تعداد نمونه ۲۰۰ مادر باردار مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران انجام شد. افرادی وارد پژوهش شدند که ملیت ایرانی، حداقل سواد پنجم ابتدایی، گروه سنی ۳۵- ۱۸ سال، حاملگی تک قلو، حاملگی ترم، عضو نمایشی سر، دیلاتاسیون کمتر از ۴ سانتی متر داشتند. همچنین فاقد سابقه حاملگی پر خطر، سابقه نازایی، هر نوع ممنوعیتی برای زایمان طبیعی، هر نوع بیماری طبی و روانی تشخیص داده شده، سابقه مصرف داروهای دسته بنزودیازپین هادر فاصله کمتر از یک هفته به زایمان بودند. نمونه گیری به روش چند مرحله ای و بر اساس سهمیه هر بیمارستان به صورت در دسترس مبتنی بر هدف، از ۲۰ مرداد تا ۲۰ آذر سال ۸۸ انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه دموگرافیک - اطلاعات ماما، چک

اضطراب شدید، بیش بر انگیزختگی باعث می شود فرد دچار حواس پرتی (شکندگی حواس) و ناتوانی در توجه و تمرکز شود (کاوایانی و همکاران ۱۳۸۱). در مجموع علائمی که هنگام اضطراب وجود دارد بین افراد متفاوت است و محدوده آن از یک حالت تشویش و نگرانی خفیف تا نگرانی و وحشت شدید، در تغییر می باشد (Sadock و همکاران، ۲۰۰۰). اضطراب محرکی بسیار قوی است که این محرک ممکن است مفید یا مضر باشد (پورافکاری و شاملو ۱۳۸۴؛ Carson ۲۰۰۰).

شیوع اختلالات اضطرابی در جمعیت عمومی ۳۰- ۱۵ درصد در نوسان است، زنان با شیوع ۳۰/۵ درصد در طول عمر احتمال بیشتری نسبت به مردان با شیوع ۱۹/۲ درصد را دارند (کاوایانی و همکاران ۱۳۸۱). علت آن وجود استرس های منحصربه فردی است که به زنان وارد می شود مانند بارداری و زایمان (ملک پور و همکاران، ۱۳۸۴). بارداری علی رغم لذت بخش بودن برای زنان، اضطراب زا می باشد اختلالات اضطرابی در اوایل و اواخر بارداری افزایش می یابد این اختلالات در سه ماهه سوم از سه ماهه دوم شایعتر است. (Cunningham و همکاران، ۲۰۱۰) شیوع اضطراب در نیمه اول حاملگی ۱۵/۵ درصد در ایران گزارش شده است. در سه ماه سوم ترس در مورد عوامل تهدید کننده و یا شک در مورد طبیعی بودن جنین وجود دارد با نزدیک شدن به زایمان این اضطراب افزایش می یابد (صداقت ۱۳۷۸).

زایمان رویدادی روان شناختی طبیعی است که امکان ایجاد تجربه با طیف مثبت تا منفی را دارد (Keogh و همکاران، ۲۰۰۶). ۸۰ درصد زنان نگرانی های معمول در مورد تجربه زایمان دارند و بیشتر از ۲۰ درصد آنها یک نگرانی خاص و ترس شدید از زایمان را که مختل کننده و ناتوان کننده است تجربه می کنند (Wijma و همکاران، ۲۰۰۳)

زنی که در زمان لیبر مضطرب و هیجان زده است، دهانه رحمش به سهولت باز نمی گردد. در واقع ترس تاثیر منفی بر انقباضات رحمی و اتساع دهانه رحم می گذارد ترس و اضطراب موجب انقباض بدن و افزایش دردهای زایمان گشته و چرخه معیوب ترس، انقباض عضلانی و درد را ایجاد می کند و متعاقب آن تولید و ترشح آدرنالین در خون افزایش می یابد و این امر علاوه بر تشدید درد ها مانع انقباض رحم شده و در نهایت طول مدت زایمان افزایش یافته و پیشرفت آن مختل می شود (Lang و همکاران، ۲۰۰۶). زایمان طولانی و سخت یک وضعیت بحرانی می باشد که معمولا با معاینات واژینال متعدد و مداخلات تهاجمی دیگر همراه می شود، این امر خستگی،

۴۰/۵ درصد از همسران آنان با تحصیلات در سطح دبیرستان، ۹۹/۵ درصد از همسران آنان شاغل بودند. سن بارداری ۵۲ درصد بین ۴۰-۳۸ هفته و میانگین تعداد بارداری $0.73 \pm$ ۱/۵۲ بود. ۸۵/۵ درصد بارداری خواسته بوده و ۳/۵ درصد از مادران دارای یک فرزند معلول و ۱ درصد دارای سابقه حضور در کلاس های آمادگی برای زایمان بودند. در بیشتر نمونه ها (۴۵/۵ درصد) علت بستری شروع درد بوده، ۶۹ درصد نخست زایمان ۳۱ درصد چند زایمان بودند.

میانگین نمره اضطراب حالتی مادران باردار $43/07 \pm 52/91$ بود. میانگین طول مدت کل مراحل زایمان $250/87 \pm 150/34$ دقیقه محاسبه گردید (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع نمونه ها بر حسب میانگین و انحراف معیار مدت زمان مراحل زایمان در زنان باردار بستری شده در اتاق زایمان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران ۱۳۸۸

میانگین و انحراف معیار	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	میانگین طول مدت مراحل زایمانی
$211/36 \pm 146/15$	$231/74$ و $190/98$	طول مدت مرحله اول (دقیقه) ($n=200$)
$38/14 \pm 29/35$	$33/65$ و $42/07$	طول مدت مرحله دوم (دقیقه) ($n=189$)
$6/20 \pm 4/78$	$5/49$ و $6/83$	طول مدت مرحله سوم (دقیقه) ($n=189$)
$250/87 \pm 150/34$	$272/61$ و $228/20$	طول مدت کل مراحل (دقیقه) ($n=189$)

۳۷/۵ درصد از واحدهای پژوهش دارای اضطراب صفتی خفیف، ۵۷ درصد اضطراب صفتی متوسط و ۵/۵ درصد اضطراب صفتی شدید بودند؛ میانگین نمره اضطراب صفتی در نمونه ها $43/07 \pm 9/10$ بود. بر اساس آزمون همبستگی میان اضطراب حالتی و صفتی همبستگی معنی داری وجود داشت ($P < 0.001$ و $r = 0.258$).

۵۳/۹۷ درصد از مادران باردار که به روش طبیعی زایمان داشتند دارای اضطراب متوسط بودند (جدول ۲).

لیست مشاهدات مربوط به وضعیت زائودر هنگام بستری، روند طول مدت لیبر، زایمان و آپگار نوزاد و پرسشنامه اسپیل برگر جهت تعیین اضطراب بود. دامنه امتیاز پرسشنامه اسپیل برگر بین بیست تا هشتاد تعیین شد و امتیاز ۳۹-۲۰، ۵۹-۴۰ و ۸۰-۶۰ به ترتیب معادل میزان اضطراب خفیف، متوسط و شدید در نظر گرفته شد. جهت تعیین اعتبار پرسشنامه دموگرافیک - اطلاعات مامائی و چک لیست مشاهدات از اعتبار محتوا استفاده شد. پایایی پرسشنامه دموگرافیک - اطلاعات مامائی، با استفاده از آزمون مجدد، $I = 1$ بود. برای تعیین پایایی چک لیست مشاهدات نیز به روش مشاهده همزمان ۱۰ نفر زائو توسط ۲ مشاهده گر پایا یی ۰/۹۵ تعیین گردید. پرسشنامه اسپیل برگر، پرسشنامه پایا بوده و در مطالعات مختلف از جمله: (می نور لمیعیان و همکاران؛ ۱۳۸۷)، (جانسون و همکاران؛ ۲۰۰۲)، (لانگ و همکاران؛ ۲۰۰۵)، (شماعیان رضوی و همکاران؛ ۱۳۸۵) بکاربرده شده است. امیری و همکاران، ۱۳۸۸. پایایی مقیاس را مذکور برای اضطراب آشکار ۰/۹۱ و برای اضطراب پنهان ۰/۹۰ گزارش کردند. این پرسشنامه دارای دویبخش سنجش اضطراب حالتی و اضطراب صفتی می باشد در این مطالعه هر دو قسمت پرسشنامه تکمیل گردید. به منظور بررسی همبستگی اضطراب هنگام بستری در اتاق زایمان با طول مدت و سرانجام زایمان که همان اضطراب حالتی می باشد نمرات این قسمت جهت تجزیه و تحلیل اماری در نظر گرفته شد.

از ۲۲۰ زائویی که وارد مطالعه شدند ۱۹ زائو به سبب لزوم انتقال به اتاق عمل در ساعت نخست مرحله اول زایمان به دلایل (جدا شدن جفت، دفع مکنونیوم، اریتمی ضربان قلب جنین) و ۱ زائو به دلیل مرگ جنین در اتاق لیبراز مطالعه خارج شدند. پرسشنامه اضطراب توسط زنان زائو در اتاق لیبرهنگام بستری تکمیل شد. چک لیست مشاهدات در اتاق لیبر، اتاق زایمان و اتاق عمل توسط پژوهشگر تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از برنامه اس پی اس نسخه ۱۶ انجام شد. از آمار توصیفی، آزمون همبستگی و کای دو و من ویتنی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سنی ۲۰۰ زن باردار $23/30 \pm 4/12$ بود. ۵۷ درصد با تحصیلات سطح دبیرستان، ۹۵/۵ درصد خانه دار،

جدول ۲: توزیع فراوانی نمونه هابرسبب شدت اضطراب و نوع زایمان در زنان باردار بستری شده در اتاق زایمان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران ۱۳۸۸

حالتی فراوانی	اضطراب			متوسط (۴۰-۵۹)			شدید (۶۰-۸۰)		جمع (۲۰-۸۰)		نتیجه آزمون من ویتنی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
نوع زایمان											$P = 0/316$
طبیعی	۲۶	۱۳/۷۶	۱۰۲	۵۳/۹۷	۶۱	۳۲/۲۷	۱۸۹	۱۰۰			
سزارین	۱	۹/۱۰	۵	۴۵/۴۵	۵	۴۵/۴۵	۱۱	۱۰۰			
جمع	۲۷	۱۳/۵	۱۰۷	۵۳/۵	۶۶	۳۳	۲۰۰	۱۰۰			

نمره آپگار دقیقه اول ۷۴/۵ درصد نوزادان ۹ و نمره آپگار دقیقه پنجم ۹۵ درصد نوزادان ۱۰ بود. با آزمون های آماری میان طول مدت مراحل زایمانی (مرحله اول، دوم، سوم) و اضطراب حالتی همبستگی معنی داری دیده نشد. همچنین میان سرانجام زایمان (نوع زایمان، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم) و اضطراب حالتی نیز همبستگی معنی داری دیده نشد.

بحث و نتیجه گیری

یافته ها نشان داد بین اضطراب هنگام بستری در اتاق زایمان با طول مدت (طول مدت مرحله اول، دوم و سوم) و سرانجام زایمان (نوع زایمان و نمره آپگار) همبستگی معنی داری وجود ندارد.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد ۱۳/۵ درصد از واحدهای پژوهش هنگام بستری در اتاق زایمان دارای اضطراب خفیف، ۵۳/۵ درصد اضطراب متوسط و ۳۳ درصد اضطراب شدید بودند. میانگین نمره اضطراب واحدهای پژوهش $43/07 \pm 52/91$ بدست آمد. در مطالعه میرزایی و همکاران (۱۳۸۸) میانگین نمره اضطراب مادران نخست حامله در بدو ورود به اتاق زایمان با دیلاتاسیون ۳-۴ سانتیمتری $55/38 \pm 6/39$ بدست آمد. که با مطالعه کمی متفاوت است. در مطالعه میرزایی و همکاران واحدهای پژوهش همگی نخست زا بوده و در زمان سنجش اضطراب زائو ها همگی دارای دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی متر بودند اما در این مطالعه ۶۹ درصد نخست زا بوده و بیشتر واحدهای پژوهش (۴۷ درصد) دارای دیلاتاسیون ۲ سانتی متر بودند. تحقیقات نشان می دهد بین درد و اضطراب ارتباط وجود دارد و درد زایمان درد دیلاتاسیون ۳-۴ سانتیمتر بیشتر است و همچنین به نظر می رسد اضطراب

در نخست زا به دلیل ترس از عوامل ناشناخته بیشتر باشد. در مطالعه متولی و همکاران (۱۳۸۲) در سنجش اضطراب در ۳۷-۳۹ مادران نخست زا انجام شد در سنجش اضطراب در ۳۷-۳۹ هفته بارداری، میانگین نمره اضطراب $43/65 \pm 0/2$ بود که ۹/۷ درصد اضطراب خفیف (۲۰-۳۹)، ۸۳/۸ درصد اضطراب متوسط (۴۰-۵۹) و ۶/۵ درصد اضطراب شدید (۶۰-۸۰) بدست آمد. نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت می باشد بنظر می رسد تفاوت در زمان سنجش این مطالعه با پژوهش حاضر سبب تفاوت در نتایج شده است. در مطالعه انجام شده توسط Langer و همکاران (۱۹۹۸) در مکزیکوسیتی بر روی مادران نخست زا، نشان داد که ۲۶/۳ درصد اضطراب خفیف (۲۷-۴۶)، ۳۷/۴ درصد اضطراب متوسط (۴۶-۵۰) و ۳۶/۳ درصد اضطراب شدید (۶۷-۵۱) در بدو ورود به اتاق زایمان با دیلاتاسیون ۶ سانتیمتر داشتند. به نظر می رسد یکی از دلایل تفاوت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر، تفاوت در تعیین سطوح اضطراب در مقیاس سنجش می باشد. Chang و همکاران (۲۰۰۲) در مطالعه ای در تایوان اضطراب بالایی را در حین زایمان در مقایسه با حین بارداری به دست آوردند با توجه به اینکه اضطراب در طول دوران بارداری ثابت نیست بلکه در سه ماه اول افزایش داشته، در سه ماه دوم کمتر شده و مجدداً در شروع سه ماه سوم افزایش می یابد و در هنگام زایمان به حداکثر می رسد. به نظر می رسد یکی از دلایل تفاوت نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر، تفاوت در زمان سنجش اضطراب می باشد. در اواخر بارداری تفکرات منفی بارداری نسبت به زایمان و عوارض مربوط به آن، ذهن فرد را مشغول می دارد و نگرانی مادران بویژه نخست حامله ها از دیررسیدن به بیمارستان و شدت دردهای زایمانی ویی اطلاعاتی از زمان شروع دردها سبب

وجود داشته باشد. نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر همخوانی دارد. استرس و اضطراب زن در طول زایمان ممکن توسط فاکتورهای محیطی مانند سرو صدا، محیط نا آشنا، درجه حرارت و روشنایی اتاق زایمان، احساس در معرض دید بودن بیشتر شود (پیردل و پیردل، ۱۳۸۸).

به نظر می رسد کاهش برخی عوامل استرسزا مانند ارائه حمایت عاطفی، دادن اطلاعات و افزایش آگاهی زائو و رعایت آسایش فیزیکی با انجام اقداماتی که به کاهش ناراحتی جسمی او (درد، گرسنگی و نشنگی) کمک می کند از عواملی بوده که سبب کاهش اضطراب گردیده و شاید در این مطالعه عدم همبستگی بین اضطراب هنگام بستری و طول مدت زایمان به دلیل وجود فاکتورهای مداخله گر بر روی طول مدت زایمان مانند استفاده از اکسی توسین و یا فاکتورهای محیطی موثر بوده که در این قابل کنترل نبوده اند. محیط فیزیکی خوشایند می تواند به مادر آرامش بدهد مخصوصاً هنگامی که لیبر مادر طولانی می باشد. باید در نظر داشت که برخی تفاوت ها در نتایج مطالعات اخیر و دیگر مطالعات می تواند ناشی از تاثیر تفاوت های فرهنگی در درک از درد، تفاوت خصوصیات نگرشی منحصر به فرد نسبت به درد، عامل فرهنگی - تربیتی و نوع امکانات قابل دسترس در اتاق زایمان در کشورهای مختلف می باشند.

یافته های پژوهش نشان داد، بیشتر واحدهای پژوهش که به روش طبیعی زایمان کرده بودند (۵۳/۹۷ درصد) اضطراب متوسط و بیشتر افرادی که به روش سزارین زایمان کرده بودند (۴۵/۵ درصد) مشترکاً در گروه اضطراب متوسط و شدید قرار داشتند. همچنین بیشتر واحدهای پژوهش که به طور طبیعی زایمان کرده اند (۵۱/۳۲ درصد) در گروه اضطراب حالتی پایین و بیشتر واحدهای پژوهش که زایمان سزارین داشتند (۵۴/۵۴ درصد) در گروه اضطراب حالتی بالا قرار داشتند.

آپگار دقیقه اول در بیشتر نمونه های دارای اضطراب حالتی خفیف (۸۱/۴۹ درصد)، اضطراب متوسط (۷۶/۶۳ درصد) و اضطراب شدید (۶۸/۱۸ درصد) نمره ۹ بود. آپگار دقیقه پنجم در بیشتر نمونه های دارای اضطراب حالتی خفیف (۹۲/۵۹ درصد)، اضطراب متوسط (۹۶/۲۶ درصد) و اضطراب شدید (۹۳/۹۴ درصد) نمره ۱۰ بدست آمد. بین نوع زایمان و آپگار نوزاد با اضطراب همبستگی معنی داری وجود نداشت.

در مطالعه Anderson و همکاران (۲۰۰۴) در سوئد که به صورت کوهورت انجام شد در گروه مادرانی که دارای اختلالات

افزایش اضطراب آنان می شود. بنابراین باتوجه به اینکه بی خبری و ناآگاهی در هرامری موجب ترس و اضطراب می گردد، بطور قطع زایمان نیز از این قاعده مستثنی نخواهد بود (نصیری ۱۳۷۹). در این پژوهش میانگین اضطراب (اضطراب درهنگام بستری) در مادران نخستزا $11/45 \pm 54/76$ و در مادران چندزا $9/90 \pm 48/67$ محاسبه شد. به نظر می رسد اضطراب در نخست زها به دلیل ترس از عوامل ناشناخته بیشتر باشد.

یافته های پژوهش نشان داد میانگین طول مدت کل مراحل زایمان با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۲۷۲/۶۱ و ۲۲۸/۲۰) معادل $34/150 \pm 87/250$ دقیقه، تقریباً حدود $4/2$ ساعت بدست آمد. مدت مرحله اول حدود $3/52$ ساعت، میانگین مدت مرحله دوم معادل $35/38 \pm 29/14$ دقیقه و میانگین مدت مرحله سوم معادل $4/78 \pm 6/20$ دقیقه بود. در مطالعه Langer و همکاران (۱۹۹۸) میانگین طول مدت کل مراحل زایمان مادران نخست زار $4/56$ ساعت بدست آورد. نتیجه این مطالعه با مطالعه حاضر تقریباً همخوانی دارد. ولی در مطالعه Chang و همکاران (۲۰۰۲) که بر روی مادران نخست زا انجام گردیده است، در گروه مورد میانگین طول مدت کل مراحل زایمان با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۲۸/۰۸ و ۴/۴۵) معادل $4/81 \pm 10/96$ ساعت بود و در گروه شاهد میانگین طول مدت کل مراحل زایمان با فاصله اطمینان ۹۵ درصد (۲۰/۹۶ و ۴/۴۰) معادل $4/24 \pm 9/61$ ساعت ثبت شده است. نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت می باشد. به نظر می رسد استفاده روتین اکسی توسین در بخش زایمان (در پژوهش حاضر برای بیش از ۹۰ درصد واحدهای پژوهش تجویز شد) یکی از دلایل این تفاوت باشد و همچنین در این مطالعه طول مدت مراحل زایمان از دیلاتاسیون ۳-۴ سانتیمتر حساب شده است. اما در مطالعه حاضر طول مدت مراحل زایمان از دیلاتاسیون ۴ برای واحدهای پژوهش محاسبه شد.

یافته های پژوهش نشان داد بین طول مدت لیبر (طول مرحله اول، دوم و سوم) و اضطراب همبستگی معنی داری وجود ندارد.

Littleton و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهش خود بر عدم همبستگی معنی دار بین اضطراب حاملگی و طول لیبر اشاره دارند. همچنین SLADE & Johnson (۲۰۰۳) در مطالعه خود، می نویسند: بین اضطراب عمومی و مشکلات زایمانی رابطه ای وجود ندارد. اما در مورد اضطراب اختصاصی حاملگی مثل استرس روانی، عملکرد خانوادگی یا ترس از زایمان ممکن است با مشکلات اختصاصی زایمان مثل لیبر طولانی رابطه

روانی، عملکرد خانوادگی یا ترس از زایمان ممکن است با مشکلات اختصاصی زایمان سزارین رابطه وجود داشته باشد. Decherney & Nathan (۲۰۰۳) می‌نویسند اضطراب در حین زایمان رابطه مثبتی با اپی نفرین پلاسما دارد که این مسئله به نوبه خود می‌تواند باعث وضعیت غیر طبیعی در ضربان قلب و آپگار پایین نوزاد گردد. ولی در بعضی از مطالعات این نتیجه حاصل نشده و همبستگی معنی داری بین اضطراب با طولانی شدن لیبر و کاهش آپگار نوزاد دیده نشد. نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر هم خوانی دارد (Littleton و همکاران، ۲۰۰۷) و (SLADE & Johnson، ۲۰۰۳). در این مطالعه بنظر می‌رسد با توجه به کوتاه بودن طول مدت مرحله دوم زایمان وانرژی دخیره شده زائو ناشی از مرحله اول تا حدودی به دلیل حمایت فیزیکی زائو، انرژی کافی برای سپری کردن مرحله دوم زایمان را داشته است و سبب شده همبستگی معنی داری بین نمره آپگار و اضطراب هنگام بستری نداشته باشد.

تشکر و قدر دانی

بدین وسیله از معاونین محترم درمان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و ایران؛ روسای بیمارستان های مهدیه، امام حسین، طالقانی، شهید اکبر آبادی؛ مسئولین محترم بخش زایمان و کلیه کسانی که در طی پژوهش پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر می‌شود.

اضطراب آپگار دقیقه اول ۹۸/۵ درصد نوزادان ≥ 4 و ۱/۵ درصد نوزادان < 4 بوده، آپگار دقیقه پنجم ۱۰۰ درصد نوزادان ≥ 4 است. در گروه مادران عدم اختلالات اضطراب نمره آپگار دقیقه اول ۹۸/۸ درصد نوزادان ≥ 4 و ۱/۲ درصد نوزادان < 4 بوده، نمره آپگار دقیقه پنجم ۹۹/۷ درصد نوزادان ≥ 4 و ۰/۳ درصد نوزادان < 4 است. رابطه معنی داری بین اختلالات اضطراب با نمره آپگار دقیقه اول و نمره آپگار دقیقه پنجم وجود نداشت.

افزایش بیشتر سطح کورتیزول اثر پیشگویی در جهت نتایج مثبت حاملگی از جمله نبود مکونیوم در لیبر می‌باشد و این نشان می‌دهد برخی سطوح خاص از کورتیزول مادری و سطوح اضطراب برای نتایج مثبت حاملگی ضروری می‌باشد. در زمان لیبر استرس مادر موجب افزایش سطح آدرنالین می‌شود که می‌تواند برای جنین مفید باشد. اسید خفیف سازگاری جنین را در خارج از رحم تسهیل می‌نماید ولی افزایش ترشح کاتکول آمین ها موجب بالا رفتن متابولیسم بدن جنین و اتلاف انرژی در او می‌شود (Coad & Dunstal 2001). در مطالعه ای Anderson و همکاران (۲۰۰۴)، بین اضطراب قبل زایمان با طرح ریزی برای زایمان سزارین و بی حسی اپی دورال ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین نویسندگان اشاره دارد به اضطراب قبل زایمان، سبب افزایش نیاز به مراقبت بهداشتی بیشتر برای زنان می‌شود از جمله، طرح ریزی زایمان سزارین و بی حسی اپی دورال می‌باشد. همچنین Johnson & SLADE (۲۰۰۲) در انگلستان اشاره می‌کنند هیچ رابطه معنی داری بین ترس از زایمان و نوع زایمان وجود ندارد و نیز بین اضطراب عمومی و مشکلات زایمانی رابطه ای وجود ندارد اما در مورد اضطراب اختصاصی حاملگی مثل استرس

REFERENCES

- Anderson L Poromaa IS Wulff M Astrom M Bixo M (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*. 104 (3) 467-476.
- Carson VB (2000). *Mental Health Nursing*. 2nd edition, Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chang MY Wang SY Chen C H (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (1) 68- 73.
- Coad J Dunstal M (2001). *Anatomy and Physiology for Midwives*. Edinburgh, New York: Mosby.
- Cunningham FG Williams JW (2010). *Williams Obstetrics*. 23rd edition New York: Mc Graw- Hill Company.
- Decherney HA Nathan L (2003) *Current Obstetric & Gynecologic*, 9th edition, New York, Mc Graw- Hill.
- Gagnon A Waghorn K (1999). One to one nurse labor support of nuliparous women stimulated with oxytocin. *Journal of Obstetric. Gynecologic&Neonatal Nursing*. 28 (4) 371- 376.
- Johnson RC SLADE P (2003). Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecologic*. 24 (1) 1-14.

- Johnson C R Slade P (2002). Does fear of childbirth during pregnancy predicts emergency caesarean section. *An International Journal of Obstetrics' and Gynecology*. 109 (11) 1213- 1221.
- Kaviany H Ahmady Abhary A etal (2002). Prevalance of anxiety disorder in Tehran city. *Thinking and Behavior Journal*. 8 (31) 4-11
- Keogh E Hughes S Ellery D Daniel C Psy C Holdcroft A (2006). Psychosocial influences on women's experience of planned elective cesarean section. *Psychomatic Medicine*. 68 (1) 167-174.
- Lang AJ Sorrell JT Rodgers CS Lebeck M (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10 (3) 263-270.
- Langer A Campero L Garcia C Reynoso S (1998). Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mother's wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 105 (10) 1056 – 1063
- Littleton HL Breikopf CR Berenson AB (2007). Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta – analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 196 (5) 424- 432.
- Motevally E Feizy Z Gangy T Haganny H (2003). [Does viewing of videotape effect on childbirth anxiety level of primigravida mothers?]. *Iran Journal of Nursing*. 16 (33) 100-104 (Persian).
- Moslemabadi Farahani A Malekzadegan R Mohammadi F Hosseini (2005). [Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery Iran journal of nursing]. 18 (43) 71-82 (Persian).
- Mallekpour Afshary F Salary P etal (2005). [Effect of childbiirth preparation of training on anxiety during pregnancy and parturition in primiparous women reffered to health centers in Mashhad city 2000] . *Journal of Shaheed Sadoghy University of Medical Sciences*. 13 (2) 39-44(Persian).
- Nasiri Amiri F. Salmalian H, Hajiahmadi M (2009). [Association between Prenatal Anxiety and Spontaneous Preterm Birth]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 11 (4) 42-48. (Persian)
- Nasiry, M. (2000). [Psychological Health During Pregnancy and Parturition]. Tehran Boshra Publication. (Persian).
- Mirzaei F, Keshtgar S Kaviani M etal (2009). The Effect of Lavender essence smelling during labor on cortisol and serotonin plasma levels and anxiety reduction in nulliparous woman. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 16 (3) 245-254 (Persian).
- Masoomi R Lamiyan M Ghaedi S (2008). [Role of oxytocin in anxiety in the normal Parturition]. *Journal of Zahedan university of Medcial sciences*. 10 (1) 53-58(Persian)
- Pirdel M Pirdel L (2009). Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *Journal of Reproduction and Infertility*. 10 (3) 224-217.
- Sadock J Sadock VA Kaplan HI (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shamaeian Razavi N Bahri Binabaj N Hoseiny Shahidy L PourHeidar M (2006). [The effect of maternal position on labor pain]. *Journal of Ofogh-E-Danesh*. 12 (2) 16-21 (Persian)
- Sadok B Sadok V (2005). [Abstract of Psychiatry] translated by .Pourafkary NVol (1,2). 2nd Edition .Tehran. Shahrab pub. (Persian)
- Sedaghat S (1999). [Factors causing anxiety before and after delivery in primiparous women reffered to health centers and hospitals of Tehran and Shaheed Beheshty University of Medical Sciences in 1999]. Tesis for MS degree in Shaheed Beheshty University of Medical Sciences. (Persian)
- Shamloo S (1994). [Mental Health]. Tehran .Chehr pub. (Persian)
- Wijma k (2003). Why focus" on fear of childbirth". *Journal of Psychoso Obstetrics and Gynecology*. 24 (3) 141-143.
- World Health organization (2001). [http://www.emro.int/mnh/PublicInformation Part 6. htm](http://www.emro.int/mnh/PublicInformation%20Part%206.%20htm).

Correlation between anxiety in labor and duration as well as outcome of delivery in women attended to hospitals affiliated to Shahid Beheshti Medical University and Shahid Akbar Abadi Hospital

Rajabi, F¹; Amir Ali Akbari, S^{*2}; Shams, J³; Alavi Majd, H.⁴

1. Alumnus, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Lecturer, Dept. of Midwifery and reproductive health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences International Branch, Tehran, Iran.
3. Psychologist, Faculty of Medicine Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Dept. of Biostatistics, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Background and aim: Delivery is a stressful event. It seems that the cervix of an anxious woman does not dilate easily. The purpose of this study was determine the correlation between anxiety during labor and duration as well as outcome of delivery in women referring to hospitals affiliated to Shahid Behshti Medical University and Shahid Akbar Abadi Hospital .

Materials and Methods: A descriptive correlational design was used. 200 women were selected via a multistage quota sampling in each hospital. A demographic and obstetrical questionnaire, Spielberg's State Trait Anxiety Inventory, and a checklist regarding the condition of the parturient women during hospitalization, duration of labor as well as delivery and Apgar score of the neonate were used for data collection. Data were analysed using SPSS 16 statistical software.

Findings: Most women experienced moderate anxiety (%53/5). Mean of total time of delivery was 250/87±150/34 minutes, %94/5 was normal delivery and the mean of apgar score in first minute was 9 and in 5 minute was 10.

No significant correlation was found between anxiety in labor room and duration (first, second and third stage) as well as outcome (type and Apgar score) of delivery.

Conclusion: Since most women experienced moderate anxiety, midwives and other healthcare workers should consider psychological aspects of mothers in labor rooms and make the atmosphere of these placed favorable addition, preparative educational courses during pregnancy is needed .

Keywords: Anxiety, labor, delivery

***Corresponding Author:** Sedigheh, Amir Ali Akbari. Lecturer, Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: asa_akbari@yahoo.com

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

توجه: بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

PROPOSAL
پروپوزال

توجه: پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

ISI
Scopus

توجه: آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو