

## تأثیر آموزشهای دوران بارداری بر میزان اضطراب، میزان درد و مدت دردهای زایمانی مادران

سید داود حسینی نسب: گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز  
سیمین تقوی: گروه بیماری های زنان و مامائی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
سهیلا احمدیان: معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: soheila.ahmadian@yahoo.com

دریافت: ۸۷/۳/۱۳، پذیرش: ۸۷/۹/۶

### چکیده

**زمینه و اهداف:** درد زایمان از جمله مسایلی است که بیش از ۹۰ درصد زنان حداقل یکبار در طول زندگی، آن را تجربه می کنند و متأسفانه هنوز تعداد زیادی از آنها درد زایمان را با اصطلاحاتی از قبیل بسیار طاقت فرسا، غیر قابل تحمل و غیره توصیف می کنند. این نوع نگرش به زایمان موجب می شود که آنها در صدد انتخاب آسانترین شیوه باشند بدون آنکه عوارض و عواقب آن روش را در نظر بگیرند، در نتیجه میزان زایمان سزارین و مرگ و میر و معلولیت های ناشی از آن در مادر و جنین نیز افزایش می یابد. هدف از این مطالعه، بررسی تأثیر آموزشهای دوران بارداری بر میزان اضطراب و درد زایمان است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی می باشد که در آن ۷۰ نفر از مادران بعنوان گروه آزمایش و بطور تصادفی در هفته های ۱۶-۲۰ بارداری انتخاب شده و در ۱۲-۱۰ جلسه، آموزشهای نظری و عملی زایمان ایمن (نهضت مادری ایمن) را دریافت کردند. ۷۰ نفر دیگر نیز پس از همتاسازی با گروه آزمایش بعنوان گروه کنترل انتخاب شدند. هر دو گروه به هنگام زایمان (در تمام مراحل) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج نشان می دهند که آموزشهای دوران بارداری تأثیر معنی داری بر میزان اضطراب، میزان درد و مدت دردهای زایمانی دارند، بطوریکه مادران آموزش دیده در مقایسه با گروه کنترل درد و اضطراب کمتری را تجربه می کنند ( $P=0/05$ ).

**نتیجه گیری:** به نظر می رسد که آموزش مطالب تئوری و تکنیکهای عملی به مادران موجب افزایش اعتماد به نفس و کاهش ترس و اضطراب آنان شده و محیط آرام و حمایت کننده ای را در کل دوران بارداری و زایمان ایجاد می نماید. از آنجا که مطابق تحقیقات انجام یافته اضطراب مهمترین عامل در میزان درد و سازگاری مادران با درد است، بنابراین کاهش اضطراب، موجب افزایش همکاری و سازگاری آنها شده و موجب درد کمتر و دوره زایمان کوتاهتر در افراد آموزش دیده می شود.

**کلید واژه ها:** آموزشهای دوران بارداری، میزان اضطراب، میزان درد زایمان، مدت درد زایمان.

### مقدمه

می آورد (۱). بیش از ۹۰ درصد تنش و اضطراب دوران بارداری مربوط به فرآیند زایمان است. درد زایمان بعنوان پدیده ای زیستی، روانی، اجتماعی با بسیاری از ابعاد روانشناختی، زمینه های فرهنگی، نژادی و وضعیت اقتصادی انسان، روابط پیچیده و چندگانه ای دارد، که ارائه راهبردهایی برای کاهش یا حذف آن همواره تقاضای

سالانه بیش از ۱۵۰ میلیون زن در دنیا باردار می شوند که برای تمامی این زنان، حاملگی و زایمان واقعه خوشایندی نیست. حاملگی یک بحران موقعیتی و در نتیجه محدود است و در مواردی که به خوبی مدیریت نشود تبدیل به یک بحران طولانی مدت می شود که استرس زیادی بر مادر و اطرافیان وی وارد

نهضت مادری ایمن، موثرترین و مهمترین عوامل در دردهای زایمان، عوامل ذهنی و هیجانی مثل اضطراب و ترس می باشند، در این تحقیق، از روشهای روانشناختی مقابله با درد و اضطراب استفاده شده است.

## مواد و روشها

در این تحقیق از بین مادران باردار ۳۵-۲۰ ساله (چون حاملگی های زیر ۲۰ و بالای ۳۵ سال، حاملگی های پرخطر محسوب می شوند)، که حاملگی ۱۶ الی ۲۰ هفتگی داشته و سابقه ای از بیماریهای سیستمیک و نازایی و غیره را ارایه نمی کردند، ۱۱۰ نفر بطور تصادفی انتخاب شدند (از آنجا که افت آزمودنی در این مطالعه کاملاً قابل پیش بینی بود، برای در دست داشتن ۷۰ نفر نمونه مورد نیاز تعداد ۱۱۰ از مادران بعنوان نمونه انتخاب شدند). این افراد پس از تکمیل فرم رضایتنامه آگاهانه در جلسات آموزشی شرکت می کردند. لازم به ذکر است که نمونه های مورد مطالعه از مراکز بهداشتی شهیدان ابراهیمی و امامیه تبریز و درمانگاه بیمارستان الزهرا (س) انتخاب شدند که همه این افراد در بخش زایمان بیمارستان الزهرا (س) زایمان کردند. گروه کنترل نیز پس از همتا سازی یک به یک با گروه آزمایش (طرح نیمه تجربی) انتخاب شده و بدون حضور در دوره های آموزشی به هنگام زایمان مورد ارزیابی قرار می گرفتند. بدین معنی که محقق موظف بود به هنگام زایمان هر یک از افراد گروه های آزمایش و کنترل تا پایان فرآیند زایمان بر بالین آنها حضور داشته و با بکارگیری مقیاس ها و پرسشنامه ها آنها را مورد بررسی قرار دهد.

شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پژوهشگر در ابتدای برنامه و قبل از آغاز آموزشها در مورد مادران گروه آزمایش و همچنین قبل از اجرای مقیاسها در مادران گروه کنترل، پرسشنامه هایی در زمینه مشخصات فردی و همچنین پرسشنامه دیگری برای ارزیابی میزان آگاهی و نگرش مادران به آنها ارائه می کرد. هدف از ارائه پرسشنامه اخیر، جلوگیری از ایجاد سوگیری توسط مادرانی بود که از پیش به نحوی (از طریق اینترنت، شبکه های ماهواره ای یا مجلات) با شیوه های زایمانی آسان آشنایی داشتند. از اینرو پس از اخذ پرسشنامه، مادرانی مورد مطالعه قرار می گرفتند که نمرات مشابهی را کسب کرده بودند که در این مطالعه اکثر مادران از هیچگونه دانش و آگاهی نسبت به این برنامه برخوردار نبودند. کلاسهای آموزشی در ۱۰ الی ۱۲ جلسه بصورت هفتگی برگزار می شد. کلاسها بصورت انفرادی و در مواردی حداکثر دو یا سه نفری برگزار می شدند. برنامه آموزشی هر جلسه از مطالعات مندرج در سایتهای اینترنتی و مجله بارداری<sup>۱</sup> موسوم به یادداشتهای هفته به هفته<sup>۲</sup>، نوشته Youngs استخراج شده و مورد تایید اساتید قرار گرفت. در تمام جلسات به غیر از جلسات پنجم و نهم، ابتدا به مدت ۳۰ دقیقه مطالب نظری در مورد بهداشت فردی، بهداشت روان، تغذیه، مراحل مختلف زایمان، انواع روشهای زایمان، مسایل مربوط به مرحله بعد از زایمان، شیردهی و نوزاد ارایه می شد.

اغلب مادران و دست اندرکاران مربوطه بوده است (۲). درد شدید و طولانی مدت و کنترل نشده می تواند موجب عدم تعادل هیجانی طولانی مدت و بهم خوردن سلامت روانی مادر شود. همچنین درد و هیجانهای منفی بر روابط مادر و نوزاد در روزهای اول زندگی که بسیار مهم و حیاتی است، تاثیر منفی می گذارد. از اینرو و با توجه به آخرین آمار ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO)، استفاده از روشهای کاهش دهنده درد برای تسهیل فرآیند زایمان در اغلب کشورهای دنیا متداول شده است. بطور مثال ۸۱٪ زنان آمریکایی از شیوه های موثر دارویی و غیردارویی استفاده می کنند که آن رقم در کشورهای اروپایی به ۹۰٪ می رسد (۳). از میان تمام روشهای مذکور، شیوه هایی برای تسکین یا رفع دردهای زایمانی انتخاب می شوند که کمترین عوارض جانبی را برای مادر و جنین در برداشته باشند، زیرا هدف اصلی در تسکین دردهای زایمانی تسکین درد و رنج مادر از بهترین راه در دسترس و بی دردی ایمن و موثر است و آنچه که در این میان اهمیت بسزایی دارد، آگاهی مادران به مساله مورد نظر، حق انتخاب، تصمیم گیری و درگیری فعال آنها در فرآیند زایمان ایمن است که متأسفانه مشکل اساسی در این زمینه عدم همکاری مادر و همسر وی بعلافت فقدان منابع اطلاعاتی کافی در مورد شیوه های تسکین درد است (۴). با وجود اینکه در کشورهای کاملاً پیشرفته دهها سال است که شیوه های غیر دارویی تسکین و مهار درد زایمان، بعنوان روشهای کاملاً بی خطر و مفید برای مادر و کودک شناخته شده و مورد استفاده قرار می گیرند، ولی متأسفانه در ایران به دلیل عدم شناخت کافی از مزایا و آثار جانبی احتمالی، استفاده از این شیوه ها چندین رایج نیست. مطابق توصیه های سازمان بهداشت جهانی و سیاستهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت کاهش میزان سزارین، مادران تشویق به زایمان طبیعی می شوند ولی چون در این راستا هیچ فعالیت گسترده و منسجمی برای ایجاد شعور و آگاهی مادران در مساله مورد نظر صورت نمی گیرد، موفقیت برنامه ها نیز چندین چشمگیر نمی باشد (۵). همچنین با وجود میزان بالای سزارین و مرگ و میر مادر و جنین و نوزاد، تاکنون هیچ برنامه جامعی برای رفع این مشکل صورت نگرفته است و اکثر تحقیقات انجام یافته نیز تنها قسمتی از این موضوع را بصورت انتخابی اجرا کرده اند. بطور مثال در اکثر تحقیقاتی که در زمینه زایمان آسان انجام یافته است حداکثر کلاسهای آموزشی دو یا سه جلسه بوده و فقط یک یا حداکثر دو روش را مورد بررسی قرار داده اند. از اینرو با توجه به اطلاعات موجود در پژوهشهای خارجی و داخلی، در این تحقیق کلاسهای آموزشی دوران بارداری، مطابق برنامه آموزشهای خانواده محور کشور استرالیا که کاملاً بر برنامه های سازمان بهداشت جهانی منطبق است، و مطابق سطح فرهنگی، اجتماعی و میزان سواد مادران شهر تبریز اجرا شده و تاثیر آن بر میزان و مدت دردهای زایمانی و میزان اضطراب مورد بررسی قرار گرفته است. از آنجا که براساس نتایج تحقیقات و همچنین با توجه به برنامه های

<sup>1</sup>. Moments and Milestones Pregnancy Journal

<sup>2</sup>. A week- by- week notes

پایایی مقیاس مورد نظر در مطالعات فامدانگ ۰/۹۵ برآورد شده است (۶).

مقیاس میزان فعالیت فیزیکی مادر نیز یک مقیاس درجه بندی شده است که میزان فعالیت مثبت مادر را در راستای بهبود و سرعت بخشیدن به روند زایمان مورد مطالعه قرار می دهد (۷). در این مقیاس، هر ده انقباض بعنوان معیاری برای مقایسه است. از این مقیاس در تمام مراحل زایمان می توان استفاده کرد. نحوه تقسیم بندی و نمره گذاری آن بدین صورت است که میزان فعالیت مثبت اگر در کمتر از ۲ انقباض از هر ۱۰ انقباض باشد نمره ۱، بین ۲ تا ۴ انقباض نمره ۲، بین ۵ تا ۷ انقباض نمره ۳، بین ۸ تا ۱۰ انقباض نمره ۴ را به خود اختصاص می دهد.

این مقیاس به همراه مقیاس NRS در تحقیق روبرتز مورد استفاده قرار گرفته است، بطوریکه مجموع نمرات حاصل از دو مقیاس مذکور بعنوان نمره شدت یا میزان درد محسوب شده است (۷).

- جهت بررسی مدت درد نیز از دو مقیاس مدت مرحله اول و مدت مرحله دوم زایمان استفاده شد. این مقیاسها با توجه به متوسط طول مدت مراحل اول و دوم زایمان تهیه شده اند. طول مدت مرحله اول و دوم در زنان چندزایمان کمتر از زنان نخست زایمان است که این تفاوت در تقسیم بندی مقیاسها در نظر گرفته شده است.

با توجه به اینکه طول مدت مرحله اول در زنان نخست زایمان ۱۰-۱۲ ساعت و در زنان چندزایمان ۸-۶ ساعت است نحوه تقسیم بندی و نمره گذاری مقیاس مدت مرحله اول به شرح زیر می باشد (۸):

در زنان نخست زایمان: کمتر از ۱۰ ساعت نمره ۴، بین ۱۰ الی ۱۱ ساعت نمره ۳، بین ۱۱/۱۵ الی ۱۲ ساعت نمره ۲، بیشتر از ۱۲ ساعت نمره ۱.

در زنان چندزایمان: کمتر از ۶ ساعت نمره ۴، بین ۶ تا ۷ ساعت نمره ۳، بین ۷/۱۵ الی ۸ ساعت نمره ۲، بیشتر از ۸ ساعت نمره ۱.

همچنین با توجه به اینکه طول مدت مرحله دوم در زنان نخست زایمان ۱-۲ ساعت و در زنان چندزایمان ۱/۵-۰/۵ ساعت است، نحوه تقسیم بندی و نمره گذاری مقیاس مرحله دوم به شرح زیر است (۸):

در زنان نخست زایمان: کمتر از یکساعت نمره ۴، بین ۱ الی ۱/۳۰ ساعت نمره ۳، بین ۱/۳۵ الی ۲ ساعت نمره ۲، بیشتر از ۲ ساعت نمره ۱.

در زنان چندزایمان: کمتر از ۰/۵ ساعت نمره ۴، بین ۰/۵ الی ۱ ساعت نمره ۳، بین ۱/۰۵ الی ۱/۳۰ ساعت نمره ۲، بیشتر از ۱/۳۰ ساعت نمره ۱.

- به منظور ارزیابی و اندازه گیری میزان اضطراب در طول زایمان از دو تست اضطراب سنج حالتی یا آشکار و خصیصه ای یا پنهان اشپیل برگر استفاده شده است. پرسشنامه اشپیل برگر یک ابزار خودسنجی است و شامل دو مقیاس ۲۰ سوالی می باشد که در

سپس به مدت ۳۰ دقیقه تکنیکهای عملی شامل تکنیکهای تنفسی مربوط به مراحل زایمان، ماساژ، تمرکز و تجسم خلاق، حرکات کششی عصبی-عضلانی، آرامسازی عصبی-عضلانی، حرکات موثر حین لیبر و زایمان، آموزش داده می شد و ۳۰ دقیقه نیز به پرسش و پاسخ و تمرین و تکرار تکنیکها اختصاص می یافت.

در جلسه های پنجم و نهم از تمامی مادرانی که در سن یکسانی از حاملگی قرار داشتند دعوت می شد تا در کلاس حضور داشته باشند و از مادرانی که با این شیوه و پس از تکمیل این کلاسها زایمان کرده بودند درخواست می شد تا در این جلسات حضور داشته و تجارب خود را برای سایر مادران توصیف نمایند که این امر موجب اعتماد هر چه بیشتر مادران به محقق و برنامه آموزشی وی شده و میزان همکاری آنان را افزایش می داد.

لازم به ذکر است که محقق آموزش کلیه مادران را بر عهده داشت که علت این امر نداشتن وقت کافی برای تعلیم مدرسان بیشتر و پیشگیری از سوگیری ناشی از شیوه های مختلف افراد آموزش دهنده بود.

در پایان محقق موظف بود به هنگام زایمان هر یک از مادران بر بالین آنها حاضر شده و ضمن یادآوری و تکرار شیوه های آموزش داده شده، مقیاسهای مربوط به مدت درد، میزان درد و میزان اضطراب را بکارگیرد، که جهت تحقق این امر در جلسه پنجم و پس از تثبیت حضور مادر در کلاسها محقق شماره تلفن همراه خود را در اختیار تمام مادران قرار می داد تا در هر موقعی از شبانه روز قادر به تماس و رفع مشکلات خود بوده و به هنگام زایمان نیز وی را بر بالین خود فرا خواند، تا هم به عنوان همراه مادر و هم جهت تکمیل آموزشها و نیز ارزیابی های لازم در کنار مادر حضور داشته باشد زیرا در زمان انجام این مطالعه هیچ گونه مجوزی برای حضور همراه در کنار مادر وجود نداشت.

لازم به توضیح است که برای ارزیابی مادران در حین زایمان جهت پیشگیری از سوگیری، تمام مادران گروههای آزمایش و کنترل در یک مرحله و بطور یکسان با نحوه اجرای مقیاسها آشنا می شدند.

در زیر مقیاس های مورد استفاده بطور خلاصه توضیح داده شده اند:

- جهت بررسی شدت درد از دو مقیاس استفاده گردید که عبارت بودند از: مقیاس شدت درد و مقیاس میزان فعالیت فیزیکی مادر در مراحل مختلف لیبر و زایمان.

مقیاس درجه بندی یا خط کش اندازه گیری درد یکی از مقیاسهای چشمی عددی می باشد. درجه بندی روی مقیاس از صفر تا ده است. درجه صفر نشان دهنده عدم وجود درد و درجه ده نشان دهنده شدیدترین درد است. بطور قراردادی از درجه صفر تا دو نمره ۴، از سه تا پنج نمره ۳، از شش تا هشت نمره ۲ و درجه های نه و ده نمره ۱ را به خود اختصاص می دهند (۶). از این مقیاس در دیلاتاسیونهای ۴، ۶، ۸ و ۱۰ استفاده شده و میانگین نمرات بدست آمده محاسبه می شد.

تشابه مادران از لحاظ سواد و سطح اقتصادی و محل سکونت غیره مانع از بروز سوگیری های حاصل از یادگیری های قبلی می شود. خصوصیات ظاهری مادران مثل قد و وزن نیز در بین نمونه های مورد مطالعه کنترل شد زیرا کوتاه قدی مفرط و چاقی بیش از حد مشکلاتی را در زمینه پیشرفت زایمان ایجاد می نمایند. بدین ترتیب پس از انتخاب نمونه ها، اجرای تحقیق و جمع آوری داده ها، تجزیه تحلیل آماری انجام گرفته و نتایج حاصل در ادامه به تفکیک ارائه می شوند:

ابتدا میزان اضطراب مادرانی که در دوران بارداری آموزش دیده بودند با گروه کنترل همسان سازی شده، مورد مقایسه قرار گرفت. اطلاعات جدول شماره ۱ نتایج آزمون U من - وایتنی را در این زمینه نشان می دهد. با توجه به مقدار Z و U محاسبه شده و همچنین سطح معنی داری ( $P < 0/001$ ) که از حداکثر مقدار قابل قبول برای تایید فرضیه ( $P = 0/05$ ) بسیار کوچکتر است، می توان گفت که تفاوت بین نمرات دو گروه معنی دار بوده و میزان اضطراب در گروه آزمایش کمتر از کنترل است. این تفاوت به اندازه ای است که حتی با سطح اطمینان ۹۹٪ نیز می توان آن را تایید کرد.

سپس میزان یا شدت درد مادران آموزش دیده در دوران بارداری با گروه کنترل همسان سازی شده، مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۲ نتایج آزمون U من - وایتنی را نشان می دهد. در این مقایسه نیز با توجه به مندرجات جدول بخصوص سطح اعتبار ( $P < 0/001$ ) که از حداکثر مقدار قابل قبول در مطالعه ( $P = 0/05$ ) بسیار کوچکتر است، می توان نتیجه گرفت که بین نمرات میزان درد گروه های آزمایش و کنترل، تفاوت معنی داری وجود داشته و میزان درد در گروه آزمایش کمتر است. این تفاوت نیز حتی در سطح اطمینان ۹۹٪ قابل تایید است.

سومین متغیر وابسته تحقیق مدت دردهای زایمانی بود که در دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده یا کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. جدول ۳، نتایج آزمون U من - وایتنی را نشان می دهد. با توجه به مقدار Z و U مندرج در جدول و سطح معنی داری ( $P < 0/001$ ) که از حداکثر مقدار قابل قبول در مطالعه ( $P = 0/05$ ) بسیار کوچکتر است، می توان گفت تفاوت میان نمرات مدت درد دو گروه معنی دار بوده و مدت درد در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است. در مورد این تغییر نیز، تفاوت به اندازه ای است که در سطح اطمینان ۹۹٪ نیز تایید می شود.

مجموع حاوی ۴۰ سوال یا ماده است. ۲۰ ماده اول برای سنجش اضطراب حالتی یا احساس نگرانی و تنش حاصل از استرس موقعیتی که اغلب متغیر است بکار می رود و ۲۰ ماده دوم نیز برای سنجش اضطراب خصیصه ای مورد استفاده قرار می گیرد که عبارت از تفاوت های فردی در گرایش به ادراک یا ارزیابی موقعیت بصورت تهدید کننده یا خطرناک است (۹). در هر دو مقیاس چهار گزینه برای هر سوال وجود دارد که به شرح زیر است:

۱- خیلی کم ۲- کم ۳- زیاد ۴- خیلی زیاد

ارزش گزینه ها در برخی سوالات از ۱ تا ۴ و در برخی دیگر از ۴ به ۱ است. لذا نمرات هر مقیاس می تواند بین ۸۰-۲۰ را دارا باشد.

در این تحقیق مطابق تحقیق ویسبرگ (۱۰) بر روی اختلالات اضطرابی و دوران بارداری و پس از زایمان و تحقیق سایستو (۱۱) بر روی میزان اضطراب زنان آموزش دیده در زمان زایمان و تحقیق عظیمی (۱۲) بر روی زوج های ناباور، نمرات مربوط به هر کدام از مقیاس های ۲۰ سوالی اشپیل برگر به شرح زیر تقسیم بندی می شود:

نمرات ۶۵ تا ۸۰ نمره ۴، نمرات ۵۰ تا ۶۴ نمره ۳، نمرات ۳۵ تا ۴۹ نمره ۲ و نمرات ۲۰ تا ۳۴ نمره ۱. ضریب پایایی این مقیاس در ایران توسط پناهی شهری و با روش باز آزمایی برای اضطراب خصیصه ای ۰/۸۴ و برای اضطراب حالتی ۰/۷۶ گزارش شده است (۹). در تحقیق دیگری بر روی دانشجویان دانشگاه های شهید چمران و پیام نور اهواز پایایی مقیاس در مجموع ۹۰٪ محاسبه شد (۱۳).

از آنجا که در این مطالعه، مقیاس های بکار رفته رتبه ای بوده و توزیع نمرات هیچیک از گروه های مورد مطالعه نرمال نبودند از روش های آماری غیر پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. بنابراین برای مقایسه میزان اضطراب، میزان درد و مدت درد دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون U من - ویتنی (Mann - Whitney U) استفاده شده است و نتایج حاصله با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در این مطالعه، ( $P \leq 0/05$ ) معنی دار تلقی می شود.

## یافته ها

در بین ۱۴۰ نفر (۷۰ نفر آزمایش، ۷۰ نفر کنترل)، کمترین سن ۲۱ و بیشترین سن ۳۵ سال بود. میزان تحصیلات آنها نیز در محدوده اول راهنمایی تا سوم دبیرستان قرار داشت. در هر دو گروه نیمی از موارد نخست زا و نیم دیگر چندزا بودند. منظور از زنان چندزا نیز فقط مادرانی بودند که برای دومین یا سومین بار حامله بودند. کلیه آنها ساکن تبریز بوده از لحاظ اقتصادی و محل سکونت نیز در سطح مشابهی قرار داشتند. علت این امر محدودیت انتخاب نمونه از مراکز بهداشتی - درمانی دولتی بود که امکان انجام برخی از مقایسه ها را از بین می برد ولی به نظر مشاورین آماری،

جدول ۱: مقایسه میزان اضطراب گروههای آزمایش و کنترل

گروهها	تعداد (N)	میانگین رتبه ها (MR)	مجموع رتبه ها (SR)	مقدار U	سطح اعتبار
آزمایش	۷۰	۱۰۴/۴۹	۷۳۱۴	۷۱	$P < ۰/۰۰۱$
کنترل	۷۰	۳۶/۵۱	۲۵۵۶		

جدول ۲: مقایسه میزان درد گروههای آزمایش و کنترل

گروهها	تعداد (N)	میانگین رتبه ها (MR)	مجموع رتبه ها (SR)	مقدار U	سطح اعتبار
آزمایش	۷۰	۱۰۵/۱۳	۷۳۵۹	۲۶	$P < ۰/۰۰۱$
کنترل	۷۰	۳۵/۸۷	۲۵۱۱		

جدول ۳: مقایسه طول مدت دردهای زایمان گروههای آزمایش و کنترل

گروهها	تعداد (N)	میانگین رتبه ها (MR)	مجموع رتبه ها (SR)	مقدار U	سطح اعتبار
آزمایش	۷۰	۱۰۴/۴۳	۷۳۱۰	۷۵	$P < ۰/۰۰۱$
کنترل	۷۰	۳۶/۵۷	۲۵۶۰		

## بحث

براساس نتایج حاصل از این مطالعه، آموزشهای دوران بارداری موجب کاهش معنی داری در میزان اضطراب، میزان درد و مدت دردهای زایمانی می شود. بطوریکه اختلاف معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه هر سه متغیر مورد نظر وجود دارد و مادران آموزش دیده میزان اضطراب، میزان یا شدت درد و مدت زایمان کمتری را در مقایسه با گروه کنترل تجربه می کنند. انجمن ماماهاى خانگی در آمریکا (۱۴) تاثیر مثبت آموزشهای 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 آنها نسبت به زایمان و پرسنل زایمانی شده، اعتماد به نفس و اطمینان آنها را افزایش می دهد. این مادران در مقایسه با گروه کنترل، ترس و اضطرابهای جانبی مثل ترس از محیط ناآشنا و افراد غریبه را ندارند، همچنین آنها با آگاهی قبلی به چگونگی و طول مدت دردها و فراگیری تکنیکها و شیوه های مختلف، خود را ملزم می دانند که در اداره این دوره بطور فعال شرکت کنند.

نتایج حاصل از پژوهشهای بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی که در سال ۱۹۸۸ بر روی حدود ۴۰۰۰ زن آمریکایی انجام گرفت، نشان داد که استفاده از تکنیکهای تنفسی و ماساژ موجب ترس و درد مادران می شود که در نتیجه آن، میزان عمل سزارین و سایر عوارض مربوط به مادر و کودک نیز کاهش می یابد. آنها در گزارش نهایی خود علت اصلی موفقیت را آموزش جامع و منسجم شیوه های مقابله در کلاسهای دوران بارداری می دانستند (۱۵). Cogon و همکاران نیز در سال ۱۹۹۴ بیش از ۹۰۰۰ زن را که در کلاسهای مراقبتهای دوران بارداری شرکت کرده بودند تحت

بررسی قرار دادند. آنها نتیجه گرفتند که چنین مراقبتهای آموزشی علاوه بر کاهش درد و اضطراب مربوط به زایمان، میزان بروز عوارض بارداری و زایمان مثل وزن کم هنگام تولد، زایمان زودرس و از همه مهمتر مرگ و میر و معلولیتهای مادر و نوزاد را کاهش می دهند (۷).

در سال ۲۰۰۱ Saisto تاثیر شیوه های روانشناختی را در کاهش اضطراب موثر در زایمان، مورد مطالعه قرار داد. وی گزارش نمود که آموزش کافی و صحیح موجب افزایش میزان آگاهی مادر نسبت به مساله بارداری و زایمان می شود و او را قادر می سازد تا در این زمینه نیز از راهبردهای صحیح حل مساله بهره گیرد (۱۱). Case و Cardel نیز مطالعه ای را بر روی ۴۲ مادر حامله انجام دادند. هدف مطالعه تعیین اثر تمرینات ورزشی بر رشد جنین، طول مدت زایمان، وزن نوزاد، و نمره آپگار نوزاد بود. نتایج تفاوت معنی داری را در گروه مورد مطالعه و گروه شاهد نشان نداد. کاردل در گزارش نهایی خود بیان نمود که تمرینات ورزشی به تنهایی کارایی کافی را در موارد ذکر شده ندارد (۱۶). سپس Leiferman و Evenson مطالعه ای را بر روی حدود ۹۰۰۰ زن حامله با هدف تعیین پیامدهای ورزش در بارداری و زایمان و وزن زمان تولد نوزاد انجام دادند. یافته ها نشان می داد که این زنان، بطور آگاهانه زایمان طبیعی را برمی گزینند زیرا اعتماد به نفس کافی جهت مقابله با دردها را در خود احساس می کنند، طول زایمان در آنها بسیار کوتاه بوده و نوزاد کم وزن در آنها بندرت دیده می شود (۱۶). طی سالهای اخیر نیز تحقیقات زیادی در این زمینه صورت گرفته است بطوریکه Roberts نتایج تحقیق خود را که مدت ۲ سال بطول انجامیده بود در سال ۲۰۰۶ منتشر ساخت. در این تحقیق آموزشهای دوران بارداری بر روی ۲۰۰۰ مادر مورد مطالعه قرار گرفته اند. وی معتقد است که در این کلاسها، مادر شیوه حل مساله

پس از زایمان در مدت شش ماه بررسی شد که نتایج تحقیق نشان دهنده کاهش میزان اندوه و افسردگی پس از زایمان در مادران آموزش دیده بود.

### نتیجه‌گیری

با وجود اینکه تحقیقات بسیاری در سرتاسر جهان در ارتباط با زایمان ایمن انجام یافته و نتایج تمام تحقیقات نشان دهنده تاثیر بسیار بالای بکارگیری روشهای غیر دارویی و روانشناختی در طول دوره زایمان هستند ولی از آنجایی که در بیمارستانهای سطح کشور محدودیت فضا، ازدحام بخشهای زایمانی، کمبود پرسنل آموزش دیده در زمینه تسکین درد در بخش لیبر و زایمان و حمایت ناکافی از زائو وجود دارد، بسیار ضروری به نظر می‌رسد تا در دوران حاملگی و قبل از آن، تمامی مسایل مربوط به بارداری و زایمان و چگونگی اداره و کنترل دردهای زایمان آموزش داده شود تا همه مادران بتوانند فعالانه فرآیند زایمان را کنترل کرده و بر ترس و اضطراب ناشی از ناآگاهی خود فایز آیند. همچنین با اینکه شرایط و نحوه زایمان در ایران با سایر کشورها قابل مقایسه نبوده و استانداردهای بین‌المللی در این زمینه بطور کامل اجرا نمی‌شوند ولی نتایج تحقیق نشان دهنده اثر بخش بودن آموزش و حمایت از مادران در کاهش درد و رنج هنگام زایمان می‌باشند. بطوری‌که نتایج این تحقیق موجب شد تا دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت شرکت در طرح زایمان آسان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داوطلب شود، که هم اکنون این طرح بصورت عمومی برای همه مادران شرکت کننده در کلاسهای زایمان آسان بیمارستان الزهرا (س) که توسط نویسنده رابط مقاله برگزار می‌شوند، اجرا می‌گردند.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز مدیریت سلامت کشوری (NPMC) که بخشی از هزینه های این طرح تحقیقاتی را متقبل شده و ما را در انجام هرچه بهتر آن یاری فرمودند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

را می‌آموزد و با زایمان بعنوان یک مساله قابل حل برخورد می‌کند، همچنین روابط اجتماعی سالم نیز در این کلاسها افزایش می‌یابد (۱۷).

Forester نیز در سال ۲۰۰۷ وضعیتهای مختلف لیبر را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که سازگاری گروه آموزش دیده بیشتر بوده و آنها از مهارت بیشتری برای بکارگیری تکنیکها برخوردار بودند، در نتیجه اضطراب، درد، و حتی افسردگی پس از زایمان در آنها کمتر دیده شد (۱۸).

در ایران نیز باستانی و همکاران تاثیر آموزش تنش‌زدایی بر پایه نظریه خودکارآمدی را در بهداشت روانی زنان باردار مورد مطالعه قرار دادند. وی شیوه‌های تنفس عمیق و شل‌سازی عضلانی و تصویرسازی ذهنی را طی دو جلسه به مادران آموزش می‌داد. نتایج نشان دهنده افزایش میزان خودکارآمدی، کاهش اضطراب و کاهش شدت دردهای زایمانی در مادران آموزش دیده بود (۱۹).

در تحقیق حاضر نیز محقق با استفاده از آموزشهای دوران بارداری سعی در افزایش آگاهی مادران داشته و با حضور بموقع خود به هنگام زایمان، ترس و اضطرابهای جانبی را در آنها کاهش می‌داد که نتایج تحقیق حاکی از برآورده شدن اهداف ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی و انجمن ماماهاای خانگی آمریکا است.

ولی در این تحقیق با وجود تفاوت معنی دار بین میزان و مدت درد و میزان اضطراب مادران گروه کنترل و آزمایش هیچ تفاوتی از لحاظ وزن هنگام تولد نوزاد، نمره آپگار، دیررس یا زودرس بودن زایمان، مرگ و میر و معلولیت‌های مادر و جنین دیده نشد که علت این امر شاید کم بودن تعداد نمونه‌های مورد مطالعه در مقایسه با سایر تحقیقات باشد.

اما مادران آموزش دیده در ایجاد روابط سالم و گرم با پرسنل بیمارستان تواناتر بوده و محیط دوستانه‌تری را در اتاق زایمان با سایر مادران ایجاد می‌کردند، که این امر حاکی از متوسل شدن مادران به شیوه حل مسئله و استفاده از مهارتهای ایجاد روابط بین فردی توسط آنها بود، ولی مادران گروه کنترل روابط بسیار محدودی را با پرسنل و سایر مادران برقرار می‌کردند که این یافته با نتایج تحقیقات روبرتز و فورستر همسویی دارد.

همچنین لازم به ذکر است که تحقیق تعقیبی دیگری به دنبال این مطالعه بر روی مادران انجام گرفت که در آن میزان افسردگی

### References

1. Sundin J. *Birth Skills*. 1<sup>st</sup> ed. Australia: ALLEN & UNWIN (A&U), 2007; PP: 17.
2. Hagan S, Memillan M, Tillet B, Small A, Tampa F. Using pain resource nurses to improve cancer patient pain using pain out comes. *Journal of American pain society* 2004; **19**: 37- 45.
3. Gunasheela S, Biliangady R. *Practical Management of obstetric problems*. 1<sup>st</sup> ed. India, FOGSI Publication, 2004; PP: 70.
4. Bonica J. *The management of pain*. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia, Lippincott willams & wilkons, 1999; PP: 157.
5. Saghiri M, Satarzadeh N, and et.al. Comparison the severity of labor pain with and without the use of Entonox and its effect on nulipara mother's neonate. *Tabriz nursing & midwifery Journal* 2007; **5**: 29-36.
6. Phumdoung S, Rattanapari K, Maneehot K. Pain during first stage of labor. *Songhla Med Journal* 2004; **29**: 67.

7. Roberts G. Pain-free birth. *Journal of Maternal and Child Health* 2006; **41**: 27-32.
8. Friedman E, Kroll B. Computer analysis of labor progression. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005; **79**: 75-80.
9. Abdi R, Birashk B, Mahmoodalilo M, Asgharnejad A. Explanation bias in Social Phobia disorder. *Journal of Psychological research in Tabriz university* 2006; **4**(1): 143-159.
10. Weisberg R, Paquette J. Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women. *Journal of women's Health Issues* 2002; **12**: 32-39.
11. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand J* 2003; **82**(3): 201-208.
12. Azimi F. *Comparison anxiety level in couple which use different reproductive procedure*. Tehran: Shahid Beheshti university of Tehran. 2006.
13. Aliany Z. *Evaluation the effect of prayer on anxiety level*. Tabriz: department of Educational Sciences of Tabriz University. 2003.
14. Davis E. *Heart & Hands; A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth*. 4<sup>th</sup> ed. Toronto, Celestial Arts Publisher Group, 2007; PP: 105-138.
15. Youngs J. Practical and Essential guide for Educator. *Moments and Milestones Pregnancy Journal* 2006; **2**(1): 120-167.
16. Leiferman J, Evenson K. The effect of regular leisure physical activity on birth out comes. *Journal of Maternal and child Health* 2003; **17**: 59-64.
17. Roberts G. Try hypnosis instead of an epidural. *Obstetric interventions and Childbirt Journal* 2007; **8**(4): 34-37.
18. Heardman H, Show M. *Relaxation and Exercise for Painless Childbirth*. 1<sup>st</sup>. Washington, Rockville, 2007; PP: 11.
19. Bastani F, Heidarnya A. The effect of self-efficacy theoretical base stress reduction education on mental health of pregnant women. *Journal of Thinking and Behaviouring* 2006; **12**(2): 109-116.

Archive of SID