گزارش کوتاه

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره پانزدهم، شمارهٔ ۴، تیر ۱۳۹۲، صفحه ۸۰-۷۶

تاثیر آماده سازی زایمانی با استفاده از مهارت های رفتاری – شناختی بر پیامدهای زایمان زنان نخست زا

محبوبه خورسندی(PhD)[۱]، کتایون وکیلیان(PhD)[۲*]، مریم ترابی گودرزی(MSc)[۳]، منصور عبدی(PhD)[۴]

۱- گروه آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک
۲- گروه بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اراک
۳- معاونت بهداشتی بروجرد
۴- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

دریافت: ۹۱/۹/۱۰، اصلاح: ۹۱/۱۲/۱۶، پذیرش: ۹۲/۲/۱۱

خلاصه

سابقه و هدف: حاملگی به سبب ایجاد وظایف تکاملی جدید مثل مادر شدن به عنوان یک دوره بحرانی برای یک زن به شمار می رود که به دلیل استرس زمان تولد امروزه تمایل زنان به سزارین افزایش یافته است. این تحقیق به منظور بررسی اثرات آموزش مهارت های سازش با استرس بر پیامد های زایمانی انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه مداخله ای بر روی ۶۴ مادر باردار نخست زا که به طریق نمونه گیری خوشه ای وارد مطالعه شده و به طور تصادفی به ۲ گروه ۳۲ نفره مورد و شاهد تقسیم شدند، انجام گردید. گروه آزمون در ۸ جلسه آموزشی که بین ۲۲-۱۸ هفته حاملگی بودند مهارت های سازش با استرس را فرا گرفتند و در گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نگرفت. سپس پیامد زایمان در دو گروه مورد ارزیابی و مقایسه قرار گرفت.

یافته ها: میانگین سن گروه آموزش ۲۰/۲۵±۱/۴۰ سال و در گروه کنترل ۲۰/۴۳±۱/۸۶ سال بود. میزان تقاضای زایمان سزارین در ۲ گروه تفاوت معنی داری داشت ۳ نفر (۱۰٪) در گروه مورد در مقابل ۱۲ نفر (۴۸٪) در گروه شاهد (p=۰/۰۰۲). اگرچه زایمان زودرس و سزارین و وزن کم زمان تولد در گروه آموزش کمتر از گروه کنترل بود اما تفاوت معنی دار نبود.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج مطالعه به نظر می رسد آماده سازی زایمانی با استفاده از مهارت های شناختی رفتاری روشی مناسب در کاهش پیامدهای زایمانی از جمله درخواست برای زایمان سزارین باشد.

واژه های کلیدی: مهارت های سازگاری، استرس، زایمان طبیعی.

مقدمه

حاملگی به سبب ایجاد وظایف تکاملی جدید مثل مادر شدن به عنوان یک دوره بحرانی برای یک زن به شمار می رود. شاید بتوان گفت بزرگ ترین استرس در زندگی هر زن، حاملگی است (۲و۱). استرس سبب می گردد که دردهای زایمانی به لحاظ آزاد شدن کاتکولامین ها و عدم فونکسیون میومتر تشدید یافته و منجر به دردهای غیر موثر و طولانی شود (۳). همچنین فشارهای روانی در شرایط بارداری، زایمان و شیردهی می توانند با نتایج و عواقب ناگواری از جمله سقط جنین، تهوع و استفراغ، پره اکلامپسی، کاهش وزن، زایمان زودرس و وزن کم هنگام تولد همراه باشند (۴). ترفندهایی نظیر تکنیک های تنش زدایی عضلانی به عنوان روشهای غیر دارویی، می توانند کمک موثری در کاهش استرس و پیشرفت دردهای زایمانی به حساب آیند (۵). آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، یکی از تکنیکهای شناختی – رفتاری است که شامل تکنیکهای بسیار قوی و موثری بوده و می توان در مواقع استرس از آنها استفاده کرد (۶). این آموزش گستره وسیعی دارد که شامل جمع آوری اطلاعات، آموزش تن آرامی، تمرینات شناختی، حل مسئله و تمرینات رفتاری و فنون شناختی – رفتاری است. این تکنیک با بهره گیری از رویکردهای شناختی – رفتاری از طریق بالا بردن میزان مقاومت افراد در برابر وقایع استرس زا، آنها را در برابر دوره های آینده استرس واکسینه می نماید بدین ترتیب هر فرد با قرار گرفتن در برنامه آموزش ایمن سازی در مقابل استرس، حائز تکنیکهای بسیار قوی و موثری می شود که می تواند در مواقع استرس به آنها متکی شود این تکنیکها فرد را از احساس غرق شدن به هنگام رو به رو شدن با استرسها باز می دارد (۷). علی رغم آن که

▣ این مقاله حاصل پایان مریم ترابی گودرزی دانشجو کارشناسی ارشد روانشناسی و طرح تحقیقاتی به شماره ۱۲۱۲۰۷۰۶۸۸۲۰۰۶دانشگاه علوم پزشکی بروجرد می باشد.

* مسئول مقاله:
آدرس: اراک، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، دانشگاه علوم پزشکی، تلفن: ۴۱۷۳۵۲۴-۰۸۶۱
e-mail:dr.kvakiliyan@arakmu.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.4.10.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.4.76]

بارداری شور و اشتیاق قابل وصفی ایجاد می کند، برای اکثر زنان تنش زاست. استرس از زایمان طبیعی باعث بالا رفتن میزان سزارین انتخابی می شود (۸). scott و همکاران از دلایل رو به افزایش زایمان سزارین را آگاهی کم از فرآیند زایمان و نبود یک روش برخورد بالینی سازمان یافته در این زمینه می دانند (۹). عدم آمادگی و آگاهی قبل از زایمان یکی از دلایلی است که زنان حامله مداخلات طبی از جمله زایمان سزارین را درخواست می کنند (۱۰). مطالعه ای در سوئد نشان داد که ۷۴٪ از مادران شرکت کننده در کلاس های آمادگی برای زایمان، آنها را برای تولد آماده کرده بود و ۴۰ درصد اظهار داشتند که برای دوره والدی آمادگی پیدا کرده بودند (۱۱).

این مطالعه به منظور بررسی اثرات آموزش مهارت های سازش با استرس بر اساس مدل Meichenbaum طراحی شده است بر پیامد های زایمانی انجام شده است (۷).

مواد و روشها

این مطالعه مداخله ای آموزشی بر روی ۶۴ زن باردار که از مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بروجرد به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند، انجام گردید. تعداد نمونه بر اساس آلفای ۵٪ و بتا ۸۰ درصد و دقت (d) ۰/۲ و با احتمال ریزش ۱۰ درصد نمونه ها ۳۲ نفر در هر گروه تعیین شد. از ۲۰ مرکز بهداشتی ۵ مرکز به صورت تصادفی انتخاب و در مرحله بعدی در هر یک از مراکز تعداد زنان با حاملگی نخست حامله که تاریخ احتمالی زایمان آنها در ماههای شهریور تا آذر ماه ۸۹ بود و معیارهای ورود به تحقیق را داشتند، لیست شدند و به طور تصادفی ۶۴ نفر از لیست با استفاده از جدول اعداد تصادفی وارد نمونه گیری شدند، در مرحله آخر نمونه ها بر اساس پاکت هائی که در آن اعداد تصادفی که با استفاده از فرمول رندوم در نرم افزار Excel تهیه شده بود در ۲ شاخه 'A' و 'B' (گروه آزمایشی و کنترل) قرار گرفتند.

افراد با حاملگی اول متقاضی سزارین با سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال دارای سواد خواندن و نوشتن، حاملگی تک قلو، سن حاملگی ۱۸ تا ۲۲ هفتگی، نداشتن بیماری داخلی و یا جراحی، داشتن شاخص توده بدنی بین (۲۶-۱۹و۸)، نداشتن سابقه روان درمانی یا بیماری روانی، عدم اعتیاد به سیگار، مواد مخدر و الکل، وارد مطالعه شدند. در این مطالعه، ۲ تن از ۳۲ نفر واحدهای مورد پژوهش از گروه آزمون، (یک نفر به دلیل نقل مکان به شهر دیگر و مورد دوم به دلیل دیابت بارداری)، از مطالعه حذف گردیدند و تجزیه و تحلیل داده ها از۳۰ نفر باقیمانده انجام گرفت. پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه آزاد اراک در مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان بروجرد حضور یافته و بعد از انتخاب زنان باردار و پس از اخذ رضایت کتبی به طور تصادفی در هر یک از گروه ها قرار گرفتند که این کار با استفاده از پاکت در بسته ای که شماره نمونه ها و نوع گروه آزمون و کنترل در آن موجود بود، وارد نمونه گیری شدند. در مرحله بعد محتوای آموزشی توسط محقق در ۸ جلسه هر جلسه ۱/۵ ساعت و هفته ای۲ بار به گروه آزمایشی آموزش داده شد. پس از پایان جلسات که در هفته های آخر بارداری بود، پرسشنامه توسط محقق پر شد و سپس چک لیست پیامدهای زایمانی مادران توسط محقق ثبت شدند (جدول ۱) و داده ها با استفاده از آزمون کای دو و فیشر تست مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و p<۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

ساختار کلی جلسات مهارت های مقابله ای برگرفته از مدل مایکنبام (۷)

جلسه اول و دوم	سلام و احوالپرسی، معارفه، بررسی تنیدگیهای دوره بارداری، تغییرات روانشناختی در بارداری، اثرات استرس در بارداری، فوائدتنش زدایی در بارداری آشنایی با مفهوم مقابله و تفکیک سه روش مقابله ای عملی، هیجانی و اجتنابی، استراحت و پذیرایی، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسات
جلسه سوم و چهارم	سلام و احوالپرسی، بررسی و تکلیف جلسات اول و دوم، آموزش سه راهبرد ابراز احساس، استفاده از فعالیتهای جسمانی و تن آرامی، استراحت و پذیرایی، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسات قبل
جلسه پنجم و ششم	سلام و احوالپرسی، بررسی و تکلیف جلسه سوم و چهارم، آموزش دو راهبرد کنترل خود و تکلیف خود، استراحت و پذیرایی آموزش دو راهبرد مدیریت زمان و حل مسئله، ارائه تکلیف، بازخورد از جلسات قبل
جلسه هفتم و هشتم	سلام و احوالپرسی، بررسی و تکلیف جلسات پنجم و ششم، آموزش دو راهبرد خودگویی مثبت و بازسازی شناختی، استراحت و پذیرایی، جمع بندی و ارائه خلاصه ای از کل جلسات

یافته ها

نتایج نشان داد که میانگین سن گروه آموزش ۱/۴۰±۲۰/۲۵ سال و در گروه کنترل ۱/۸۶±۲۰/۴۳ سال بود که تفاوت بین دو گروه معنی دار نبود. میانگین سن حاملگی مادران به ترتیب در گروه مورد و شاهد ۳/۸۸۰±۲۶/۸۹ هفته و ۳/۵±۲۵/۳ هفته بود که تفاوت معنی دار نبود (p=۰/۷۰). اکثریت واحدهای پژوهش در دو گروه (۴۵/۳٪) ۱۴ نفر دارای تحصیلات دیپلم بودند میزان تقاضا زایمان سزارین در گروه آزمون ۳ نفر (۱۰٪) و در گروه کنترل ۱۲ نفر (۴۸٪) بود (p=۰/۰۰۲) (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پیامدهای بارداری در ۲ گروه آزمون و کنترل

پیامدهای بارداری	گروه		P value
	آزمون	کنترل	
	تعداد (٪)	تعداد (٪)	
زایمان زودرس	۱(۱/۷٪)	۱ (۱/۷٪)	*۰/۰۰۱
میزان تقاضای زایمان سزارین	۳(۱۰٪)	۱۲(۴۸٪)	*۰/۰۰۲
نوزاد کم وزن (زیر ۲۵۰۰گرم)	۱ (۳٪)	۲(۶/۶٪)	*۰/۳۵۱
میزان زایمان سزارین	۷(۲۳/۳٪)	۱۳(۴۳/۳٪)	**۰/۱۰۱

* فیشر تست با سطح معنی دار p<۰/۰۵ ** کای دو با سطح معنی دار p<۰/۰۵

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که میزان تقاضای سزارین در گروه مداخله کاهش معنی دار داشت. Bastani و همکاران در بررسی تاثیر تن آرامی بر کاهش سزارین نشان دادند که تن آرامی در کاهش استرس و افزایش میزان زایمان طبیعی موثر است (۶). Saisto و همکاران هم در بررسی خود بیان

[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.4.76]
[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.4.10.9]

نمودند که ۸۵٪ زنان پس از مداخله از درخواست خود مبنی بر سزارین صرف نظر نمودند (۱۲). Mehdizadeh و همکاران نیز در بررسی تاثیر کلاسهای آمادگی زایمان بر کاهش تقاضای سزارین به نتایج مشابه دست یافتند (۱۰). Kazem Zadeh و همکاران، نیز در بررسی ترویج زایمان ایمن از طریق آموزش کارکنان بهداشتی و مادران باردار، به نتایج مشابه دست یافتند (۱۳). اما Saisto و همکاران به نتایج عکس این مطالعات دست یافتند به طوری که در تاثیر مداخله بر ترس زایمان در زنان باردار تقاضای سزارین کاهش نیافت (۱۴).

تحلیل داده های بین میزان زایمان پیش از موعد در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری را نشان نداد. البته در این رابطه ریسک فاکتورهای متعددی به غیر از استرس و مسایل روحی روانی وجود دارند که موجب وقوع زایمان زودرس می شوند، از آنجائیکه تاکنون اتیولوژی زایمان پیش از موعد دقیقا شناسایی نشده است، به همین دلیل در این پژوهش، تلاش محقق، در راستای مورد لحاظ قرار دادن معیارهای دقیق ورود به تحقیق، با هدف پیشگیری از عوامل مخدوشگر در نتایج تحقیق در این زمینه بوده است. با این وجود نتیجه این پژوهش با پژوهش Bastani همخوانی داشت (۶).

نتایج نشان داد که میزان وزن پایین نوزاد هنگام تولد، پس از مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش یافت ولی از لحاظ آماری معنی دار نبود. Mehdizadeh و همکاران نیز تفاوت معنی داری در وزن نوزادان مشاهده نکردند (۱۰) ولی Lobel و همکاران در تحقیق خود، مبنی بر ارتباط اضطراب و تنش مادر با کم وزنی هنگام تولد این گونه نتیجه گیری نمودند که آموزش مهارت های مقابله به عنوان یکی از اجزاء مراقبتی در دوران بارداری بر وزن نوزادان تاثیر مثبتی داشته است (۱۵). نتایج تحقیق درباره میزان سزارین در گروه آزمایشی کاهش معنی دار نداشت. گرچه این میزان در گروه آزمایش نسبت به استاندارد میزان شیوع سزارین که ۱۵٪ می باشد پایین تراست، از طرفی در مقایسه با پژوهشی که در اصفهان انجام گرفته میزان شیوع ۳۶/۲ درصدی را در سزارین ها گزارش نموده اند که تا حدودی امیدوار کننده به حساب می آید (۹). مداخله آموزش در تحقیق حاضر از این ابعاد قابل اهمیت می باشد که در کوتاه مدت در برخی نتایج بارداری از جمله تقاضای سزارین که امروزه در کشور ما یک مشکل عمده بوده و هزینه های زیادی را به سیستم بهداشت درمان و خانواده ها متحمل می کند، موثر بوده است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی اراک و تمامی مادران بارداری که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند و همچنین از آقای دکتر شهرام ممدوحی مسئول محترم مرکز بهداشت و بهداشت خانواده و پرسنل محترم مراکز بهداشت بروجرد تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.4.10.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.4.76]

Childbirth Preparation using Behavioral-Cognitive Skill in Childbirth Outcomes of Primiparous Women

M. Khoursandi (PhD) [1], K. Vakilian (PhD) [2*], M. Torabi Goudarzi (MSc) [3], M. Abdi (PhD) [4]

1. Department of Health Education, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Department of Reproductive Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
3. Vice-Chancellery for Health, Broujerd, Iran
4. Department of Psychology, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

J Babol Univ Med Sci; 15(4); Jul 2013; pp: 76-80

Received: Nov 30th 2012, Revised: Mar 6th 2013, Accepted: May 1st 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: To create new developmental tasks, such as motherhood, pregnancy is a critical period for woman. Nowadays, due to the stress of birth, women's desire to cesarean delivery has increased. This research is designed to identify the effect of educational coping skills on labor outcome.

METHODS: In this interventional study, 64 primiparous women were included in this study by cluster method and were randomly divided into two groups of case and control (32 subjects in each group). The experimental group attended eight coping skills sessions in 18-22 weeks of pregnancy and control group received routine antenatal care. Labor outcome were evaluated and compared in two groups.

FINDINGS: Mean age in case and control groups was 20.25±1.40 and 20.43±1.86 years, respectively. There was a significant difference between two groups in requesting cesarean delivery [3 subjects (10%) in case group versus 12 (48%) in control group] (p=0.002). However caesarean rate, low birth weight and preterm neonate in case group were less than control group, but the difference was not significant.

CONCLUSION: According to the results, childbirth preparation using behavioral-cognitive skill is a suitable method in decreasing childbirth outcomes including requesting cesarean delivery.

KEY WORDS: *Coping skills, Stress, Normal delivery.*

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.4.10.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.4.76]

***Corresponding Author;**
Address: Payambar Azam Academic Complex, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
Tel: +98 861 4173524
E-mail: dr.kvakilian@ arakmu.ac.ir

References

1.Saduck B, Sadock VL, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2007; pp: 345-6.

2.Lowdermilk D, Perry SHE. Maternity & women's health care. 9th ed. New York: Mosby 2007; pp: 1020-31.

3.Valero De Bernabe J, SorianoT, et al. Risk factors for low birth weight. A review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004 ;116(1):3-15.

4. Hobel C, Culhane J. Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. J Nutr 2003; 133(5):1709S-1717S.

5.O'Donohue WT, Fisher JE, Hayes SC (Eds). Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice. 2nd ed. New Jersy: John Wiley & Sons 2003; pp: 450-6.

6.Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. J Midwifery Womens Health 2005;50(4):e36-40.

7.Meichenbaum D. Stress inoculation training: A twenty year update. In: Woolfolk RL, Lehrer PM (Eds.). Principles and practices of stress management. 3rd ed. New York: Guilford Press 1993; pp: 497-500.

8.Zafarghandi N, Hadavand Sh, Torkestani F, Zaeri F, Variji M. Evaluation of anxiety and fear of labor in postpartum period. J Med Council Islamic Rep Iran 2005;2(23):155-60. [in Persian]

9.Scott J, Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2003; pp: 450-3.

10.Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z, Khoshgoo N. Evaluation of the effectiveness of antenatal preparation for childbirth courses on the health of the mother and the newborn. J Med Sci Iran 2001;10(35):454-62. [in Persian]

11.Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in sweden. Womens' opinion and possible outcomes. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84(5):436-43.

12.Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmäki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. Acta Obstett Gynecol Scand 2006;85(11):1315-19.

13.Kazem Zadeh M, Pouralajal J, Ghazanfar Zadeh B, Ghahremani M. Promotion of safe labor through training healthcare workers and pregnant women to reduce cesarean rate in malayer (2004-2005). J Med Counc I.R. Iran 2007;25(2):149-53. [in Persian]

14.Saisto T, Salmela Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in Fear of child birth. Obstet Gynecol 2001;98(5 Pt 1):820-6.

15.Lobel M, DeVincent CJ, Kaminer A, Meyer BA. The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high risk women. Health Psychol 2000;19(6):544-53.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1392.15.4.10.9]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.15.4.76]