

شدت اضطراب موقعیتی در مادران سزارین شده دارای نوزاد آسیب پذیر

فریده باستانی^۱

آلهه روحی رحیم بگلو^۲
حمید حقانی^۴

زهرا راهنورد^۳

چکیده

زمینه و هدف: تولد نوزاد آسیب پذیر و بستری شدن نوزاد در بخش مراقبت ویژه می تواند موجب افزایش استرس و اضطراب مادر شود. این مطالعه با هدف تعیین شدت اضطراب موقعیتی در مادران سزارین شده دارای نوزاد آسیب پذیر انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۹۹ نفر از مادران دارای نوزاد آسیب پذیر بستری در واحد مراقبت ویژه نوزادان، در بیمارستان های ولیعصر و جامع زنان، با روش نمونه گیری در دسترس مورد ارزیابی قرار گرفتند. جهت بررسی شدت اضطراب مادران، از آزمون اشیپلیبرگر استفاده گردید. در نهایت، یافته ها با استفاده از آمار توصیفی، آزمون های کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی ساده در نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بطور کلی درصد قابل توجهی از مادران مورد مطالعه در نخستین روز پس از سزارین، دارای میزان اضطراب موقعیتی شدید بودند (۶۹/۷٪) و میانگین شدت اضطراب در مادران سزارین شده $57/8 \pm 7$ بود. آزمون ضریب همبستگی پیرسون یک رابطه خطی معکوس و در حد اندک بین شدت اضطراب و سن را نشان داد ($r = -0/246$)، ($P = 0/014$). لیکن بین شدت اضطراب موقعیتی و دیگر متغیر های زمینه ای ارتباط معناداری مشاهده نگردید.

نتیجه گیری کلی: با توجه به یافته ها بکارگیری استراتژی های کاهش اضطراب از سوی پرستاران و ماماهاى شاغل در بخش زنان و زایمان، در این گروه از مادران ضروری بنظر می آید.

کلید واژه ها: اضطراب موقعیتی، مادران سزارین شده، نوزادان زودرس، واحد مراقبت های ویژه نوزادان

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۹

^۱ استاد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
^۲ کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
Email: e_ruhi_64@yahoo.com - ۰۹۱۲۷۰۲۴۱۷۲
^۳ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
^۴ عضو هیئت علمی، گروه آمار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

دوره بارداری به عنوان یک مرحله انتقالی مهم تشخیص داده شده است که می تواند بی نهایت مهیج و توأم با تغییرات عاطفی و اختلالات مهم باشد، یکی از این اختلالات، اضطراب است که در ۴۵٪-۲۵٪ از مادران اتفاق می افتد^(۱). همچنین بارداری یک حالت منحصر به فرد از استرس فیزیولوژیک بوده که سازگاری فیزیکی، مادری و اجتماعی را ایجاد می کند. مطالعات نشان داده است که یکی از عوامل همراه با استرس و اضطراب مادری، تولد نوزاد زود رس می باشد^(۲).

هر ساله اعمال جراحی زیادی نظیر سزارین در دنیا انجام می گیرد^(۳) که برای حفظ بقا و سلامتی نوزاد یا مادر به کار می رود^(۴). تعداد انجام زایمان به روش سزارین در کشور های مختلف جهان در نیمه دوم قرن بیستم میلادی افزایش یافته است، همچنین آمار سزارین در ایران از ۲۶٪ تا ۶۰٪ و حتی در برخی مراکز خصوصی تا ۸۷٪ نیز گزارش شده است^(۵).

بطور کلی ذکر این نکته ضروری است که زایمان سزارین به طور قابل توجهی با افزایش خطر، از ابعاد مادری، جنینی و نوزادی همراه است. احساس ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس، استرس و اضطراب و خستگی مفرط در زنان سزارین شده، بطور فراوان گزارش شده است. همچنین مادران تحت عمل سزارین در مقایسه با مادران دارای زایمان واژینال، اضطراب بیشتری را پس از تولد نوزاد تجربه می کنند که به عنوان پیامدی نامطلوب برای مادران تلقی می شود^(۶).

تولد نوزاد یک رویداد استرس زا است و اضطراب مادر را به همراه دارد و اگر این مورد با سزارین و مسایل مربوط به آن همراه باشد، اضطراب مادر افزوده شده و اثرات سوء مضاعف را بدنبال خواهد داشت. از آنجایی که تولد نوزاد، یک مرحله انتقالی و توأم با استرس است و ورود به نقش مادری نیز ممکن است تنش زا باشد، لازم است مادران علاوه بر پذیرش نقش جدید خود با تغییرات جسمی و استرس و اضطراب ایجاد شده سازگار گردند^(۷).

مادران نوزادان نارس تجارب خیلی متفاوتی در مقایسه با مادران نوزادان کاملا رسیده که ظرف روز های اولیه تولد به خانه می روند خواهند داشت. آنها از نتایج غیر منتظره حاملگی مایوس می شوند و در اکثر موارد، بستری شدن نوزاد در بخش نوزادان برایشان غیر منتظره و استرس زا است. استرس بالا سبب علایم آسیب دیدگی روانی در مادر شده و تجربه استرس بالا، علایم آسیب دیدگی روانی در مادر ایجاد می کند. برخی تحقیقات نشان می دهند که ۷۷٪ مادران علایم واضح ترومای روانی را حتی تا یکماه بعد و ۴۹٪ علایم را تا یکسال پس از تولد نوزاد نارس نشان داده اند^(۸).

بنابراین استرس و اضطراب به عنوان یکی از مسائل روانشناختی در گروه مادران، بویژه مادران دارای نوزاد بستری در بیمارستان مطرح شده است که متأسفانه توجه جدی بدان نشده^(۹) و لازم است والدین با این موقعیت ها به طور موثری سازگاری پیدا کرده و توسط پرستاران، به ویژه پرستاران بخش های زنان و زایمان و واحد مراقبت ویژه حمایت شوند^(۱۰). هدف از این مطالعه تعیین شدت اضطراب مادران دارای نوزاد آسیب پذیر بستری در واحد مراقبت ویژه نوزادان در نخستین روز پس از سزارین می باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بوده که در شهر تهران در سال ۱۳۹۱ به مدت سه ماه (از مهر ماه لغایت دی ماه) انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول

$$n = (z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2) / d^2$$

محاسبه شد. (لازم به ذکر است که این مقاله حاصل از یک مطالعه کارآزمایی بالینی می باشد و تعداد حجم نمونه برای یک مطالعه مداخله ای محاسبه شده است. با توجه به نوع پژوهش که کارآزمایی بالینی است، حجم نمونه لازم جهت انجام این پژوهش با استفاده از فرمول فوق محاسبه شد. برای تعیین حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ با فرض اینکه مداخله مورد نظر بتواند

نمونه ها از پاسخ به هر کدام از عبارات به دست می آورند، در ابعاد توصیفی به سه گروه اضطراب خفیف (۲۰-۴۲)، اضطراب متوسط (۴۲-۵۲) و اضطراب شدید (۵۳ و بیشتر) طبقه بندی شدند^(۱۲). گویه های این آزمون دارای مقیاس های خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد است که به ترتیب به آنها نمره ۱، ۲، ۳، ۴ داده می شود^(۱۳). در این مقیاس به سوالات ۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ و ۱۹ و امتیاز بندی معکوس داده شده است^(۱۴). پس از تکمیل پرسشنامه توسط نمونه ها، سوالات مربوط به هر پرسشنامه به همراه طیف نمرات و امتیاز داده شده به هر سوال، وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمون های آماری استنباطی کای اسکور، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی ساده، به توصیف و تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شد. این پرسشنامه در بسیاری از مطالعات هنجاریابی شده و به کار رفته است^(۱۵-۱۸). آزمون اسپیلبرگر در اکثر مقالات پژوهشی به کار گرفته شده است و ضریب اطمینان آن ۰/۹۶-۰/۸۳ است^(۱۹). همچنین این آزمون در ایران توسط گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس نیز هنجاریابی گردیده است^(۲۰). در این مطالعه نیز برای تعیین پایایی ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی محاسبه شد، بدین صورت که ۱۰ نفر از جامعه پژوهش که مشخصات واحد های پژوهش را دارا بودند پرسشنامه را تکمیل و با در نظر گرفتن $P=0/05$ ، $r=0/84$ محاسبه شد.

یافته ها

در این مطالعه توصیفی-مقطعی اطلاعات مربوط به ۹۹ مادر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که اطلاعات جمعیت شناختی آن ها و نوزادشان و نوع بارداری از نظر خواسته و ناخواسته در جدول شماره (۱) آمده است، با توجه به این جدول، در صد قابل توجهی از مادران (۴۸/۵٪) دارای تحصیلات دانشگاهی بوده و همچنین اکثر

شدت اضطراب را حداقل $d=1$ نمره در مقایسه با گروه کنترل (اندازه اثر) کاهش دهد تا اثر مداخله از نظر آماری معنی دار تلقی گردد، حجم نمونه در هر گروه $n=33$ برآورد گردید. با توجه به اینکه سه گروه مداخله، کنترل و پلاسبو وجود داشت، تعداد حجم نمونه کل، $n=99$ نفر برآورد گردید. در فرمول فوق $Z_{1-\alpha}=1/64$ ، $Z_{1-\beta}=1/84$ و بر اساس مطالعات مشابه^(۱۱) $S_2=S_1=1/64$ و $d=1$ است.

شرکت کنندگان پس از اخذ تاییدیه کمیته اخلاق پزشکی از دانشگاه، از بین مادران سزارین کرده ی دارای نوزاد آسیب پذیر بستری در واحد مراقبت ویژه نوزادان در بیمارستان های جامع زنان و ولیعصر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. مشخصات نمونه شامل: نخست زایی، سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۳۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن بارداری ۳۰ تا ۳۷ هفته، داشتن نوزاد آسیب پذیر و بستری در واحد مراقبت ویژه و نیز داشتن وضعیت پزشکی پایدار (هوشیاری)، و تمایل به مشارکت در پژوهش بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه آزمون اسپیلبرگر حالتی (موقعیتی) بود که در نخستین روز پس از سزارین توسط نمونه ها تکمیل شدند.

پرسشنامه اسپیلبرگر (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) از ۴۰ عبارت ۴ گزینه ای تشکیل شده است که ۲۰ عبارت مربوط به اضطراب پنهان (صفت) است که احساسات عمومی و معمولی فرد را می سنجد که مد نظر این مطالعه نبود. اما ۲۰ عبارت مربوط به اضطراب آشکار، حالت یا موقعیتی است که احساسات فرد را در این لحظه و در زمان پاسخ گویی می سنجد. در واقع، در این مطالعه از بخش موقعیتی آن که شامل ۲۰ سوال مربوط به احساس هیجانی زودگذر فاعلی وابسته به شرایط اختصاصی و زودگذر است، استفاده شده است. سوالات در طیف ۴ گزینه ای لیکرت از ۱ تا ۴ و در مقیاس کلی ۲۰ تا ۸۰ سنجیده و توسط نمونه های پژوهش پاسخ داده شد و با توجه به امتیازی که

اضطراب در مادران سزارین شده $7 \pm 57/8$ بود و $69/7\%$ از آنها در نخستین روز پس از سزارین اضطراب شدید داشتند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سطح اضطراب مادران سزارین شده دارای نوزاد آسیب پذیر در اولین روز پس از سزارین

درصد	فراوانی	امتیاز اضطراب
۱	۱	خفیف (۲۰ - ۴۲)
۲۹/۳	۲۹	متوسط (۴۳ - ۵۲)
۶۹/۷	۶۹	شدید (≥ 53)

آزمون کای دو نشان داد که شدت اضطراب با سطح تحصیلات مادران سزارین شده رابطه معناداری ندارد ($P=0/181$)، همچنین ارتباط شدت اضطراب در مادران سزارین شده با نوع بارداری (بارداری از نوع خواسته و یا ناخواسته) معنادار نبود ($P=0/551$). و با استفاده از آزمون تحلیل رگرسیون خطی ساده که در آن متغیرهای مستقل سن مادر، سطح تحصیلات، نوع بارداری، وزن نوزاد، سن جنینی و متغیر پاسخ، شدت اضطراب بود، نشان داده شد که ارتباطی بین متغیرهای مستقل و شدت اضطراب وجود ندارد و مقدار P-Value کمتر از حد بحرانی می باشد و مدل رگرسیونی ارائه شده از نظر آماری معنادار نیست ($P>0/05$). لازم به ذکر است که در این مدل، از نمره های خام اضطراب استفاده شده است و متغیر پاسخ طبقه بندی نشده می باشد (جدول شماره ۳).

آنها ($4/42\%$) در محدوده سنی ۲۹ - ۲۵ سال قرار داشتند و میانگین سن آنها $27/22 \pm 4/12$ بود.

جدول شماره ۱: مشخصات فردی واحد های پژوهش

مشخصات فردی	فراوانی	درصد
سن مادران	۲۰ - ۲۴	۳۰/۳
	۲۵ - ۲۹	۴۲/۴
	$30 \geq$	۲۷/۳
وضعیت تحصیلات	دانشگاهی	۴۸/۵
	دبیرستان	۲۸/۳
	راهنمایی	۲۳/۲
وزن نوزاد (گرم)	۱۰۰۰ - ۱۴۹۹	۵/۱
	۱۵۰۰ - ۱۹۹۹	۲۷/۳
	۲۰۰۰ - ۲۴۹۹	۶۷/۷
نوع بارداری	خواسته	۶۶/۷
	ناخواسته	۳۳/۳
سن جنینی (نوزاد هفته)	۳۰ - ۳۳	۶۲/۶
	۳۴ - ۳۷	۳۷/۴
وضعیت تاهل	متاهل	۹۹
		۱۰۰

واحد های پژوهش از نظر سایر مشخصات فردی نیز بررسی شدند و طبق نتایج، بارداری $66/7\%$ آنها از نوع بارداری خواسته بود و تمامی واحد های پژوهش متاهل بودند. وزن $67/7$ درصد نوزادان نیز در محدوده ۲۰۰۰ تا ۲۴۹۹ گرم قرار داشت، همچنین سن جنینی $62/6$ درصد آنها بین ۳۰ تا ۳۳ هفته بود. دامنه نمرات شدت اضطراب در محدوده ۳۸ تا ۷۳ قرار داشت و میانگین شدت

جدول شماره ۳: نتایج حاصل از آنالیز رگرسیون خطی ساده

متغیرها	مقادیر مدل	برآورد ضریب	فاصله اطمینان ۹۵٪		آمار آزمون (t)	مقدار احتمال (P)
			حد بالا	حد پایین		
سن مادران	۲۰ - ۲۴	- ۰/۰۱۷	۰/۴۶۴	- ۰/۴۹۸	- ۰/۰۷۱	۰/۹۴۴
	۲۵ - ۲۹					
	$30 \geq$					
سطح تحصیلات	دانشگاهی	- ۲/۵۵۲	۲/۰۸۶	- ۷/۱۸۹	- ۱/۰۹۳	۰/۲۷۷
	دبیرستان	- ۰/۵۳۶	۳/۵۸۳	- ۴/۶۵۵	- ۰/۲۵۸	۰/۷۹۷
نوع بارداری	خواسته	۱/۰۰۵	۴/۸۰۶	- ۲/۷۹۶	۰/۵۲۵	۰/۶۰۱
	۱۰۰۰ - ۱۴۹۹	- ۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	- ۰/۰۱	- ۱/۱۰۱	۰/۲۷۴
وزن نوزاد	۱۵۰۰ - ۱۹۹۹					
	۲۰۰۰ - ۲۴۹۹					
سن جنینی	۳۰ - ۳۳	- ۰/۱۲۳	۰/۸۰۳	- ۱/۰۵	- ۰/۲۴۶	۰/۷۹۲
	۳۴ - ۳۷					

بحث و نتیجه گیری

تولد نوزاد یک رویداد هیجان انگیز برای والدین است که توام با شادی و عواطف بسیار دیگری است. تولد غیر منتظره یک نوزاد نارس یا بیمار می تواند به این عواطف پایان داده و نگرانی و اضطراب را جایگزین نماید. احساسات والدین در چنین شرایطی متغیر و نامعلوم بوده و به علت فقدان نقش مراقبتی مورد انتظارشان به عنوان یک والد احساس پریشانی می کنند. نگرانی برای سلامتی و بقای شیرخوار، فشار ناشی از محیط تکنولوژیک بخش مراقبت های ویژه نوزادان، و احساس تردید و عدم اعتماد به نفس در مراقبت از شیرخوار در این والدین عمومیت دارد. نوع و سطح اضطراب والدین به تجربه داشتن نوزاد نارس یا بیمار بستری، با هم متفاوت است و به میزان درک آنها از شدت بیماری شیرخوار بستگی دارد^(۲۱).

در زمینه اضطراب در دوره بارداری و زایمان، Meades و Ayers عنوان می کنند که در سالهای اخیر مساله اضطراب و علائم اضطرابی در دوره حول زایمانی و در حوزه تحقیق بسیار با اهمیت تلقی می شود زیرا با تعییرات فیزیولوژیکی، اجتماعی و عاطفی همراه بوده که این امر بنحوی می تواند بر رفاه و بهروزی زنان در این دوره اثر گذار باشد و لذا ارزیابی و کنترل آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است^(۲۳،۲۲).

مطالعه حاضر نشان داد که ۶۹/۷٪ از مادران سزارین شده، دارای اضطراب شدید و ۲۹/۳٪ از آنها دارای اضطراب متوسط بودند. این یافته با مطالعه Chumthi و همکاران، که در آن شدت استرس ۵۸ مادر جوان در طی دوره پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفته بود، مطابقت داشت، میانگین شدت اضطراب در این مطالعه با استفاده از آزمون SPST-20، $10/4 \pm 62/2$ به دست آمد که سطح بالای استرس و اضطراب را نشان می داد، اگرچه در این مطالعه هر دو نوع زایمان (طبیعی و سزارین) مدنظر بود^(۲۴). مطالعات نشان می دهد که والدین دارای نوزاد بستری در واحد مراقبت ویژه نوزادان افسردگی، ناامیدی، احساس

جدایی، استرس، اضطراب، دوگانگی احساس و کاهش کنترل بر موقعیت ها را تجربه می کنند^(۲۵).

در مطالعه کنونی نشان داده شد که درصد قابل توجهی از مادران مورد مطالعه سزارین شده مضطرب (۴۲/۴٪) در محدوده سنی ۲۹-۲۵ سال قرار داشتند که این یافته با نتایج مطالعه باستانی و همکاران در خصوص تاثیر برنامه مراقبت مشارکتی بر اضطراب موقعیتی مادران دارای نوزاد نارس که میانگین سنی مادران را ۲۵/۹۴ سال ذکر نموده بودند تا حدودی همخوانی داشت. در مطالعه مذکور میانگین نمره اضطراب مادران قبل از مداخله، $8/48 \pm 65/08$ به دست آمده بود. اگر چه در مطالعه مذکور هر دوی مادران با زایمان طبیعی و سزارین مد نظر قرار گرفته بودند، که با نمونه های پژوهش حاضر که فقط شامل مادران سزارین دارای نوزاد آسیب پذیر می شد، متفاوت بود^(۲۵).

در مطالعه ما، شدت اضطراب مادران سزارین شده دارای نوزاد آسیب پذیر با متغیرهای سن مادر، سطح تحصیلات، نوع بارداری، وزن نوزاد، سن جنینی ارتباط معناداری نداشت، در حالیکه در مطالعه اکبرزاده و همکاران تحت عنوان بررسی شیوع علائم اضطراب و غم پس از زایمان و عوامل موثر بر آن در حاملگی پر خطر، نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین سن مادر، تحصیلات و نوع حاملگی با میزان بروز اضطراب وجود دارد^(۲۳) که می توان عدم همسویی در یافته ها و نتایج را به شرایط مادران تحت مطالعه و داشتن حاملگی پرخطر در آنها مربوط دانست.

از آنجاییکه مادران در دوران پس از زایمان علاوه بر داشتن تغییرات و مسئولیت های بسیار، می بایست رفتار های جدیدی کسب کرده و در جهت حل مشکلات پیشرفت نمایند، این تغییرات منجر به ایجاد احساسات نوسانی سریع، خستگی، احساس منفی، خشم، احساس گناه، اضطراب، عزت نفس پایین و افسردگی در مادر می شود. ضمن اینکه اضطراب در این مادران باعث عدم آسایش و عدم تمرکز برای مراقبت از خود و نوزاد و یادگیری برنامه های آموزشی می شود^(۲۴).

محدودیت دیگر، نمونه گیری بر روی مادران سزارین شده و باسواد بود به طوری که نمی توان نتایج مطالعه را به مادران زایمان طبیعی نموده و یا بی سواد تعمیم داد. نتایج این پژوهش نشان داد که مادران دارای نوزاد آسیب پذیر بستری در واحد مراقبت ویژه اضطراب شدیدی را تجربه می کنند و سن کم مادر تاثیر اندکی بر افزایش شدت اضطراب درک شده دارد. در هر حال، مطالعات بیشتر در زمینه چگونگی کاهش هر چه بیشتر اضطراب مادران توصیه می شود. با توجه به وجود اضطراب، در درصد قابل توجهی از مادران سزارین شده دارای نوزاد آسیب پذیر و ارتباط آن با متغیر سن مادر، توصیه می شود پرستاران در بخشهای مربوطه تاریخچه کاملی از اطلاعات فردی مادر را بدست بیاورند تا براساس این تاریخچه، بتوانند تدابیر لازم را در جهت کاهش اضطراب مادران بعمل آورند، همچنین پیشنهاد می گردد بررسی مشابهی در زمینه میزان اضطراب پدران انجام گیرد تا بتوان بر اساس آن پدران را در امر نقش های پدری و مراقبت از نوزاد سهیم نمود.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران با کد ثبت ۱۷۷۸۲ می باشد. همچنین با کسب اجازه از مقامات و مسئولین ذیربط دانشگاه جهت انجام پژوهش و ارائه معرفی نامه رسمی از دانشگاه علوم پزشکی تهران به محیط پژوهش و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان جامع زنان و بیمارستان ولیعصر انجام شده است. و بدین وسیله از دانشگاه ذکر شده که در تهیه و تامین هزینه های این مطالعه ما را یاری نمودند و مسئولین بیمارستان ولیعصر و جامع زنان، همچنین تمامی مادران شرکت کننده در مطالعه، تشکر و قدردانی می شود.

واحد مراقبت ویژه و بستری شدن نوزاد آسیب پذیر، هر دو موجب تشدید استرس بویژه در مادران شده^(۱۰) و مادران دارای نوزاد آسیب پذیر، به جز تجربه عوامل استرس زای مرتبط با تولد نوزاد زودرس، فرایند طبیعی انتقال به دوره والدی را با اختلال سپری می کنند^(۲۶). اکثریت مادران دارای نوزاد آسیب پذیر در دوران نفاس به احساس تسلط و چیرگی دست نمی یابند که این احساس بیشتر در ارتباط با استرس های ایجاد شده از سوی نوزاد آسیب پذیر و تاثیرات آن بر سلامت جسمی و روانی مادر و همچنین نقش عملکردی وی است و نوزادان آسیب پذیر پریشانی و اضطراب مادری را افزایش می دهند و بهبودی جسمی مادران را در طی دوره نفاس به علت نیاز به مراقبت های بیشتر به تعویق می اندازند^(۲۷).

از سویی دیگر در مطالعه کنونی نشان داده شد که بین شدت اضطراب موقعیتی و متغیر های زمینه ای همچون وزن نوزاد و سن حاملگی ارتباط معناداری وجود ندارد، که این یافته با مطالعه Shaw و همکاران همخوانی داشت، در این مطالعه نیز نشان داده شد که اضطراب و استرس مادر ارتباطی به شرایط پزشکی نوزاد نظیر وزن و سن حاملگی نوزاد ندارد^(۲۸). همچنین در مطالعه Macnab، سن نوزاد به عنوان یک متغیر موثر در اضطراب و استرس یافت نشد که همسو با نتایج مطالعه حاضر بود^(۲۹). از سویی دیگر در مطالعه نیک فرید که با هدف تعیین میزان اضطراب مادران کودکان تحت جراحی سرپایی در بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران انجام شده بود، ارتباطی بین سن مادر و سن کودک با میزان اضطراب مادر یافت نشد، که این یافته با یافته های مطالعه کنونی همخوانی نداشت^(۳۰).

محدودیت های این پژوهش این است که عوامل متعددی بر اضطراب که یک پدیده ذهنی است تاثیر گذار هستند که کنترل آن از عهده پژوهشگر خارج بود و این عوامل می تواند بر ابراز اضطراب تاثیر بگذارد که شامل عوامل فرهنگی، اجتماعی، روحی، روانی و ... است. همچنین

فهرست منابع

1. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women and Birth*. 2014;27(4):e36-e42.
2. Satyapriya M, Nagarathna R, Padmalatha V, Nagendra H. Effect of integrated yoga on anxiety, depression & well being in normal pregnancy. *Complement Ther Clin Pract*. 2013;19(4):230-6.
3. Khosh Tarash M, Ghanbari A, Yegane, MR, Kazem Nezhad E, Reza Soltani P. [Survey The effect of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section in patients referring to Alzahra Educational Center in Rasht]. *Journal of Nursing and Midwifery Faculty Guilan*. 2011; 20(64):27-33. Persian
4. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*. 2007;64(11):2272-84.
5. Maracy M, Farajzadeghan Z, Peirdehghan A, Kazemaini H. [Burden of Cesarean Section and Vaginal Delivery in Isfahan, Iran]. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011;7(3):13-9. Persian
6. Punthmatharith B, Buddharat U, Kamlangdee T. Comparisons of needs, need responses, and need response satisfaction of mothers of infants in neonatal intensive care units. *J Pediatr Nurs*. 2007;22(6):498-506.
7. Mckinney ES, James SR, Murray SS, Ashwill JW. *Maternal- Child Nursing*. 3rd ed. Canada: Saunders Elsevier. 2008; 279-97.
8. Karami K, Rostami Sh, Ghadirian F. [Effect of educational- supportive interventions on premature infants' length of hospitalization and maternal stress]. *Yafteh*. 2009; 11 (2): 67-73. Persian
9. Carter J, Mulder R, Bartram A, Darlow B. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005;90(2):F109-F13.
10. D'Souza SRB, Karkada S, Lewis LE, Mayya S, Guddattu V. Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: A cross-sectional survey. *J Neonatal Nurs*. 2009;15(5):152-8.
11. Valko PO, Bassetti CL, Bloch KE, Held U, Baumann CR. Validation of the fatigue severity scale in a Swiss cohort. *Sleep*. 2008;31(11):1601-7.
12. Niki bakhsh A. [The survey of relation nausea and vomiting in during pregnancy with anxiety and depression in women referred to medical and health centers Tehran University of Medical Sciences and Health] Services. Unpublished MS Thesis, Tehran University of Medical Sciences, Tehran. 2010. Persian
13. Bech P, Gormsen L, Loldrup D, Lunde M. The clinical effect of clomipramine in chronic idiopathic pain disorder revisited using the Spielberger State Anxiety Symptom Scale (SSASS) as outcome scale. *J Affect Disord*. 2009;119(1):43-51.
14. Ali abadi T. [The Effect Participatory program of nulliparous mothers in care of preterm neonate on anxiety and satisfaction and further Hospitalization this neonate in center educational and medical Tehran Akbar Abadi hospital]. Unpublished MS Thesis, Tehran University of Medical Sciences. Tehran. 2010. Persian
15. Chen H-M, Chang F-Y, Hsu C-T. Effect of acupressure on nausea, vomiting, anxiety and pain among post-cesarean section women in Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci*. 2005;21(8):341-50.
16. Quattrin R, Zanini A, Buchini S, Turello D, Annunziata M, Vidotti C, et al. Use of reflexology foot massage to reduce anxiety in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment: methodology and outcomes. *J Nurs Manag*. 2006;14(2):96-105.
17. Hobson J, Slade P, Wrench I, Power L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth*. 2006;15(1):18-23.
18. Heron J, O'Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V, Team AS. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord*. 2004;80(1):65-73.
19. Horwitz EK. Preliminary evidence for the reliability and validity of a foreign language anxiety scale. *Tesol Quarterly*. 1986;20(3):559-62.
20. Mirzai V, Saiadi AR, Heydarinasab M. [Knowledge and attitude of Rafsanjan physicians about complementary and alternative medicine]. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2011;13(6):20-4. Persian.

21. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J Perinat Educ*. 2009;18(3):23-34.
22. Meades R, Ayers S. Anxiety measures validated in perinatal populations: a systematic review. *J Affect Disord*. 2011;133(1):1-15.
23. Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N, Ghodrati F. [Prevalence of symptoms post-partum anxiety and baby blues and factors effective upon it in women with high risk pregnancies]. *J Family Res*. 2009;5(1):57-71. Persian
24. Chumthi L-O. Effect of Foot Reflexology on Stress Reduction Among Adolescent. *Royal Thai Airforce Medical Gazette*. 2012;57(1):24-35.
25. Bastani F, ALI AT, Haghani H. [The Effectiveness of Participatory Care Program in Neonatal Intensive Care Unit on State Anxiety of Mothers of Preterm Newborns]. *Babol University Medical Science*. 2012;14(3):59-65. Persian
26. Ahn Y-M, Kim N-H. Parental perception of neonates, parental stress and education for NICU parents. *Asian Nurs Res*. 2007;1(3):199-210.
27. Ahn S, Youngblut JM. Predictors of women's postpartum health status in the first 3 months after childbirth. *Asian Nurs Res*. 2007;1(2):136-46.
28. Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, Ginzburg K, Fleisher B, Koopman C. Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*. 2006;47(3):206-12.
29. Macnab A, Thiessen P, McLeod E, Hinton D. Parent assessment of family-centered care practices in a children's hospital. *Children's Health Care*. 2000;29(2):113-28.
30. Nick Farid L, Khalilzadeh N, Qanbaryan A. [Effect of a preparation leaflet on the preoperational anxiety of parents in pediatric day-case surgery in the Markaz-Tebbi Pediatric Hospital]. *IJNR*. 2008;2(6-7): 7-12. Persian

State Anxiety in Mothers with Vulnerable Neonates Who Give Birth by Caesarean Section

¹Bastani F., PhD

^{2*}Roohi Rahimbeigloo E., MS.

³Rahnavard Z., PhD

⁴Haghani H., MS.

Abstract

Background & Aim: Giving birth to a vulnerable neonate and admission of a newborn to Neonatal Intensive Care Unit (NICU) could provoke huge stress and anxiety in mother. The aim of this study was to assess state anxiety in mothers with vulnerable neonates who give birth by cesarean section.

Material & Methods: In this cross-sectional study, 99 mothers with high risk neonate after their cesarean section and hospitalized in Jamee Women Hospital and Vali Asr Hospital in Tehran city were recruited by convenience sampling. Data was collected by Spielberger State Anxiety Inventory (STAI) and analyzed by descriptive statistics and Chi-square test, Pearson correlation coefficient and simple linear regression analysis using SPSS-PC (V.16).

Results: A considerable percentage of the mothers had severe state anxiety (69.7%), and the mean score of their anxiety was 57.8 ± 7 . Pearson correlation coefficient showed a negative indirect linear correlation between anxiety and age ($r = -0.246$), ($P=0.014$). However, there was no significant relationship between state anxiety and other background variables.

Conclusion: According to the findings it seems necessary for nurses and midwives in maternity wards to apply strategies by to reduce state anxiety in this group of mothers.

Keywords: State Anxiety, Cesarean Mothers, Preterm Infants, Neonatal Intensive Care Units

Received: 1 Sep 2014

Accepted: 30 Nov 2014

¹ Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

² Master degree in nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). Tel: +989127024172, Email: e_ruhi_64@yahoo.com

³ Associate professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Faculty member, Biostatistics Dept., School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.