

بررسی ارتباط درد بعد از سزارین با اضطراب قبل و بعد از جراحی

فاطمه سادات موسوی^۱، ناهید گلمکانی^{۲*}، دکتر آزاده ساکی^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۲۷

خلاصه

مقدمه: شدت درد و اضطراب در همه افراد یکسان نیست، به عبارتی تجربه درد در افراد تحت تأثیر تجارب گذشته درد، اضطراب و انتظارات بیمار از تسکین درد می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط بین درد بعد از سزارین با اضطراب قبل و بعد از جراحی انجام شد.

روش کار: این مطالعه همبستگی در سال ۱۳۹۴ بر ۱۰۱ زن مراجعه‌کننده به بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد که تحت سزارین انتخابی قرار گرفتند، انجام شد. افراد با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. جهت سنجش اضطراب قبل از عمل، ۲-۳ ساعت قبل از جراحی، بیماران پرسشنامه اضطراب اشپیل‌برگر را تکمیل کردند. ۱/۵-۲/۵ ساعت پس از جراحی، اضطراب با پرسشنامه اشپیل‌برگر و درد، با پرسشنامه کوتاه شده درد مک‌گیل و مقیاس دیداری درد ارزیابی شد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای‌اسکوئر و همبستگی اسپیرمن و پیرسون با کنترل زمان، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: از ۱۰۱ نفر مورد مطالعه، ۶۷ نفر (۶۶/۴٪) دارای اضطراب آشکار قبل از عمل متوسط و ۶۴ نفر (۶۳/۴٪) دارای اضطراب پنهان متوسط بودند و پس از عمل ۵۳ نفر (۵۲/۵٪) از بیماران درد متوسط و ۷۸ نفر (۷۷/۲٪) اضطراب آشکار متوسط داشتند. بین اضطراب آشکار ($r=-0/01, p=0/91$) و پنهان ($r=0/018, p=0/86$) قبل از عمل با درد پس از عمل ارتباط معناداری مشاهده نشد؛ اما بین اضطراب آشکار بعد از عمل و شدت درد ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($r=0/32, p=0/001$).

نتیجه‌گیری: بین اضطراب پس از سزارین با درد ارتباط وجود دارد؛ بنابراین برای کاهش درد بیمار بهتر است راهکارهای کاهش اضطراب نیز مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: اضطراب، جراحی، درد، سزارین

* نویسنده مسئول مکاتبات: ناهید گلمکانی؛ مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: gilmakanin@mums.ac.ir

مقدمه

علی‌رغم رویکرد جهانی به زایمان فیزیولوژیک، امروزه سزارین یکی از اعمال جراحی رایج مامایی و یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در زنان می‌باشد (۱)؛ به طوری که طی چند دهه گذشته، میزان سزارین در هر نقطه‌ای از جهان در حال افزایش بوده و تعداد زنانی که فرزند خود را به طریق سزارین به دنیا می‌آورند، هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است. مطالعات انجام شده در انگلستان، آمریکا و آمریکای جنوبی نشان‌دهنده افزایش زایمان سزارین است (۲). به عنوان مثال، از سال ۱۹۷۰ تا سال ۲۰۱۰ میزان زایمان سزارین در ایالات متحده از ۴/۵٪ تمام زایمان‌ها به ۳۲/۸٪ تمام زایمان‌ها رسیده است (۳). همچنین سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰، میزان سزارین در ایران را ۴۱/۹٪ گزارش کرده است (۴).

زایمان سزارین با عوارضی نظیر حاملگی خارج رحمی بعدی، خونریزی و هیستریکتومی بعد از زایمان، آلرژی به لاتکس، آندومتریوز جلدی، آدنومیوز، بیماری‌های کیسه صفرا، آپاندیسیت و افزایش مدت زمان بستری در بیمارستان و سایر عوارض همراه می‌باشد (۵). از جمله مشکلات بیمار سزارینی، بروز درد ناشی از آسیب بافتی، اتساع احشاء و انقباضات رحمی می‌باشد (۶).

درد یک پدیده مشترک بعد از تمام اعمال جراحی است و از دیدگاه بیماران، عمده‌ترین مسأله پس از عمل جراحی، درد محل انسزیون آن‌ها است (۷). درد، تجربه جسمی و روحی ناخوشایندی است که با آسیب احتمالی یا واقعی بافت مرتبط است. درد وسیع‌تر از حس واحدی است که توسط محرک خاصی ایجاد شود. همچنین مفهومی کاملاً ذهنی و فردی است. در واقع فردی که درد را گزارش می‌دهد، تنها منبع گزارش درد است (۸). درد بعد از انجام سزارین موجب می‌شود تا مادر در موقعیت کاملاً راحتی قرار نگرفته و نتواند از اولین لحظات، شیردهی را آغاز کند، به‌خصوص که به دلیل جدایی طولانی‌تر نوزاد از مادر، به نظر می‌رسد این نوزادان بیشتر از نوزادان با زایمان طبیعی در معرض عوارض ناشی از جدایی مادر در ساعت‌های اولیه پس از تولد از جمله تأخیر در شروع تغذیه با شیر مادر قرار

می‌گیرند (۷). همچنین درد حاد تسکین نیافته منجر به بروز عوارض بیشتر، طولانی شدن مدت بستری، ناتوانی شدیدتر و بروز عوارضی ناشی از تجربه درد شدید یا افزایش میزان تهوع، عوارض تنفسی، کاهش بازگشت فعالیت روده‌ای، افزایش خطر ترومبوز وریدهای عمقی و تأثیرات روده‌ای می‌شود (۹). تجربه درد علاوه بر ایجاد ناراحتی در بیمار می‌تواند منجر به بروز عوارض و تأخیر در بهبودی فرد تحت عمل جراحی شود (۷). تجربه درد یک مسأله چندبُعدی و مشتمل بر اجزاء جسمی، عاطفی و شناختی است. محرک ایجاد درد می‌تواند ماهیت فیزیکی یا روانی داشته باشد؛ به طوری که درد پس از سزارین می‌تواند ناشی از زخم جراحی، نفخ، انقباضات رحمی، تنش و استرس‌های روانی باشد (۸)، بنابراین تنش و استرس از جمله عواملی هستند که می‌توانند منجر به تشدید درد و ناراحتی بیمار شوند (۸). استرس، واکنشی است که فرد در برابر فشارهای خارجی یا شرایط نامناسب انجام می‌دهد و اضطراب، یکی از عوارض شایع آن می‌باشد. اضطراب نگرانی و تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب با علائمی نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، بی‌قراری و تنگی نفس همراه است (۱۰). از جمله عواملی که می‌تواند بر درد پس از عمل بیماران تأثیر داشته باشد، اضطراب قبل و بعد از عمل می‌باشد (۱۱) (۱۲). ترس و نگرانی از وجود درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی و همچنین ناتوانی همراه است (۱۰). اضطراب یک احساس مشترک در تمام بیماران است؛ به طوری که حدود ۶۰٪ افرادی که تحت یک جراحی انتخابی قرار گرفته‌اند، اضطراب را تجربه کرده‌اند (۱۱).

اضطراب، از زمان آگاهی بیمار برای نیاز به درمان جراحی آغاز شده و در زمان بستری شدن در بیمارستان به حداکثر خود می‌رسد. بیمار ممکن است روز عملش را خطرناک‌ترین و تهدیدکننده‌ترین روز زندگی‌اش تصور کند. حتی گاهی جراحان به دلیل اضطراب بیش از حد بیمار، عمل جراحی را به تعویق می‌اندازند (۶).

مطالعات نشان داده‌اند حتی اعمال جراحی کوچک در مادران باعث ایجاد اضطراب می‌شود که می‌تواند بر روند بهبودی پس از عمل مؤثر باشد و باعث بروز واکنش‌های

روش کار

این مطالعه همبستگی در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ (مهر ماه تا بهمن) بر روی ۱۰۱ زن باردار داوطلب جراحی سزارین مراجعه کننده به بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد انجام شد. با توجه به نتایج مطالعه کاین و همکاران (۲۰۰۰) (۱۵) از طریق محاسبه حداقل میزان همبستگی به دست آمده ($r=0/29$) بین اضطراب قبل از عمل و درد بعد از عمل، با توان آزمون ۸۰٪ و ضریب اطمینان ۹۵٪ ($\alpha=0/05$)، حجم نمونه از طریق نرم افزار آماری^۱ NCSS، ۹۱ نفر برآورد شد. در این مطالعه ۱۲۰ نفر از زنانی که جهت انجام سزارین انتخابی مراجعه کرده بودند، در مطالعه شرکت کردند، اما ۱۹ نفر به دلیل نداشتن شرایط ادامه پژوهش از مطالعه خارج شدند (۴ نفر خون‌ریزی بعد از زایمان و دریافت دارو، ۴ نفر به دلیل اجرای ناموفق اسپینال، ۳ نفر به دلیل برش کلاسیک محل انسزیون، ۲ نفر به دلیل دریافت آرام‌بخش حین عمل، ۳ نفر به دلیل چسبندگی حین عمل و ۳ نفر به دلیل توبکتومی یا سیستکتومی هم‌زمان). معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت کتبی جهت شرکت در مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم مشکلات گفتاری، شنیداری یا ذهنی که مانع برقراری ارتباط با پژوهشگر باشد، حاملگی ترم و تک قلو بودن، عدم اعتیاد به مواد مخدر، آرام‌بخش و الکل، عدم هیجانات روحی شدید^۲ مادر طی ۶ ماه گذشته و بی‌حسی اسپینال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود عوارض حین و بعد از عمل جراحی^۳، عرضی نبودن برش سزارین، اجرای ناموفق اسپینال، انجام جراحی‌های هم‌زمان مانند هیستریکتومی، توبکتومی یا سیستکتومی، مصرف داروهای مخدر، مسکن و آرام بخش و سالم^۴ نبودن نوزاد متولد شده بود.

^۱ number cruncher statistical software

^۲ منظور از هیجانات روحی شدید عبارت است از: تصادف، بیکاری همسر، تشخیص بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده، اختلاف شدید خانوادگی، اخراج یا مشروطی تحصیلی، اخراج شدن از کار، مهاجرت، طلاق، ورشکستگی، اسباب‌کشی، مرگ همسر یا یکی از اعضای خانواده و...

^۳ آسیب مثانه، خون‌ریزی حین عمل، خونریزی رحمی، چسبندگی‌های لگنی، اتساع مثانه حین عمل و گسترش برش جراحی، تب، نیاز به ترانسفوزیون خون

^۴ نوزاد ظاهراً سالم و فاقد ناهنجاری قابل لمس یا قابل مشاهده.

روانی و عوارض فیزیولوژیکی چون تاکی‌کاردی، افزایش فشارخون، انقباض عروق شریانی، کاهش خون‌رسانی به زخم و کاهش فشار نسبی بافت‌ها شود. همچنین بر اساس نتایج برخی مطالعات، اضطراب موجب درد پس از عمل، افزایش نیاز به مسکن و داروهای بیهوشی و طولانی شدن اقامت بیمارستانی و تأخیر در ترخیص مادران می‌شود (۱۳).

مطالعات مختلفی گزارش کرده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی خاص و اضطراب قبل از عمل (۶، ۱۴-۱۸) و اضطراب بعد از عمل (۱۲) با میزان درد بعد از عمل ارتباط مثبت و معناداری داشته و با افزایش ضد درد مورد نیاز همراه است. در مطالعه قانعی و همکاران (۲۰۱۳)، بین اضطراب پنهان و آشکار قبل از عمل با درد پس از عمل ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت (۶). در مطالعه تینزر و همکاران (۱۹۸۶) نیز اضطراب پنهان قبل از عمل از عوامل پیشگویی کننده درد بعد از عمل بوده و با آن ارتباط داشت (۱۷). با این حال مطالعات دیگری نشان داده‌اند که با استفاده از اضطراب پنهان و آشکار قبل از عمل نمی‌توان درد بعد از عمل و یا نیاز به مسکن‌ها را پیش‌بینی کرد. کاین و همکاران (۲۰۰۰) به این نتیجه رسیدند اگرچه اضطراب آشکار قبل از عمل با درد بلافاصله بعد از عمل ارتباط دارد، اما بین اضطراب پنهان قبل از عمل با درد بعد از عمل ارتباطی وجود ندارد (۱۵). علاوه بر این در مطالعه دیگری کاین و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند کاهش اضطراب قبل از عمل (هیستریکتومی) با استفاده از بنزودیازپین‌ها بر کاهش درد بعد از عمل و مصرف مسکن‌ها بی‌تأثیر است (۱۹). همچنین وان و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه مروری خود به این نتیجه رسیدند که برای اثبات ارتباط بین اضطراب قبل از عمل درد بعد از عمل باید مطالعات بیشتری انجام گیرد (۲۰). لذا با توجه به موارد ذکر شده در خصوص اهمیت درد و اضطراب و با توجه به اینکه مطالعات مختلف در زمینه ارتباط اضطراب قبل از عمل با درد بعد از عمل متناقض است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط اضطراب قبل و بعد از سزارین با درد بعد از جراحی انجام شد.

روش گردآوری داده‌ها خودگزارشی و نوع ابزار شامل: یک مصاحبه ساختاریافته، پرسشنامه اضطراب پنهان و آشکار اشیپیل برگر، پرسشنامه کوتاه و تعدیل شده درد مک گیل و مقیاس دیداری درد بود.

مصاحبه ساختاریافته شامل مشخصات فردی- اجتماعی و اطلاعات باروری بود و روایی آن به روش روایی محتوا تعیین شد. پرسشنامه اضطراب پنهان و آشکار اشیپیل برگر شامل ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب آشکار و ۲۰ سؤال مربوط به اضطراب پنهان بود. سؤالات بر اساس لیکرت ۴ نقطه‌ای به صورت خیلی کم، کم، زیاد و خیلی زیاد نمره‌بندی شد. هر یک از گزینه‌ها در عبارات مستقیم به ترتیب امتیاز ۱ تا ۴ و در عبارات معکوس به ترتیب امتیاز ۴ تا ۱ را شامل می‌شد. نمره کل هر دو قسمت پرسشنامه (هم اضطراب پنهان و هم آشکار) بین ۸۰-۲۰ بود؛ به این ترتیب در پرسشنامه اضطراب آشکار امتیاز ۳۱-۲۰ اضطراب خفیف، ۴۲-۳۲ متوسط به پایین، ۵۳-۴۳ متوسط به بالا، ۶۴-۵۴ نسبتاً شدید، ۷۵-۶۵ شدید و نمره اضطراب ۷۶ به بالا بسیار شدید در نظر گرفته شد. در پرسشنامه اضطراب پنهان امتیاز ۳۱-۲۰ اضطراب خفیف، ۴۲-۳۲ متوسط به پایین، ۵۲-۴۳ متوسط به بالا، ۶۲-۵۳ نسبتاً شدید، ۷۲-۶۳ شدید و نمره اضطراب ۷۳ به بالا به اضطراب بسیار شدید طبقه‌بندی شد. ابزار سنجش اضطراب اشیپیل برگر از اعتبار علمی بالایی برخوردار است و به عنوان آزمون استاندارد شناخته شده است که روایی آن برای اولین بار توسط مهرام و همکاران (۱۹۹۳) در ایران به تأیید رسیده است. همچنین ضریب پایایی این پرسشنامه در ایران در مطالعه مهرام و همکاران در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرار گرفته است که میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر)، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۰۸۴ و ۰/۹۰۲۵ به دست آمد و این میزان در گروه ملاک (۱۳۰ نفر) برابر ۰/۹۴۱۸ به دست آمد (۲۱). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۰ نفر اول مطالعه برای اضطراب آشکار برابر ۰/۸۴ و برای اضطراب پنهان برابر ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسشنامه کوتاه و تعدیل شده درد مک گیل شامل ۱۲ کلمه به منظور بررسی کیفیت درد در دو بُعد حسی (۹ کلمه) و بُعد عاطفی (۳ کلمه) درد است. پاسخ هر کلمه به صورت "اصلاً، خفیف، متوسط و شدید" طبقه‌بندی شده است که به "پاسخ شدید نمره ۳"، "پاسخ متوسط نمره ۲"، "پاسخ خفیف نمره ۱" و "پاسخ اصلاً نمره صفر" تعلق می‌گیرد و در نهایت میانگین نمره درد گزارش می‌شود. نمره کل این پرسشنامه به این صورت است که نمره صفر نشان دهنده حداقل نمره کل و نمره ۳۶ نشان دهنده بیش‌ترین نمره است. روایی محتوای این پرسشنامه در مطالعه مظلوم و همکاران (۲۰۱۲) پس از ترجمه و ویرایش آن توسط متخصص زبان، توسط ۵ تن از اعضا هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۲۲) و پایایی آن در این مطالعه، بر روی ۲۰ نفر اول مطالعه، با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ به دست آمد. مقیاس دیداری درد نیز شبیه یک خط‌کش است و از صفر تا ۱۰۰ شماره گذاری شده است. عدد صفر به معنای عدم وجود درد و عدد ۱۰۰ بالاترین شدت درد را نشان می‌دهد. بر این اساس، شدت درد ۳۰-۰ در سطح خفیف، ۶۰-۳۱ متوسط و ۱۰۰-۶۱ در سطح شدید قرار گرفت. روایی و پایایی این ابزار در مطالعات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (۱۰).

نمونه‌گیری به روش آسان (در دسترس) با توجه به حجم نمونه و بر اساس معیارهای ورود و خروج انجام شد. پس از دریافت رضایت‌نامه کتبی آگاهانه و ارائه توضیحاتی درباره هدف پژوهش و نحوه انجام مطالعه و شیوه پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه، جهت سنجش اضطراب قبل از عمل بیماران از پرسشنامه اضطراب پنهان و آشکار اشیپیل برگر (۲-۳ ساعت قبل از سزارین) استفاده شد و بعد از سزارین مجدداً از پرسشنامه اضطراب آشکار اشیپیل برگر و جهت سنجش درد بیماران از پرسشنامه کوتاه شده مک گیل و مقیاس دیداری درد (۲/۵-۱/۵) ساعت پس از سزارین و قبل از دریافت داروی مسکن استفاده شد و در مواقع نیاز به مسکن، بیماران طبق معمول بخش، مسکن دریافت کردند.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های کای اسکوئر و

مورد مطالعه ساکن شهر (۸۴/۲٪) و خانه‌دار (۹۵٪) بوده و ۵۲ نفر (۵۱/۵٪) آن‌ها از سطح تحصیلات زیر دیپلم برخوردار بودند و میانگین سن بارداری مادران به $38/7 \pm 0/75$ هفته بود. برخی مشخصات بیماران به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده است.

همبستگی اسپیرمن و پیرسون با کنترل زمان، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۱ زن ۱۹-۳۸ ساله با میانگین سنی $28/297 \pm 4/27$ سال مورد بررسی قرار گرفتند. اکثر افراد

جدول ۱- توزیع فراوانی برخی از ویژگی‌های فردی واحدهای پژوهش

متغیر	فراوانی (درصد)
وضعیت بارداری	خواسته ۷۰ (۷۰/۷)
	ناخواسته ۱۹ (۱۹/۲)
	برنامه‌ریزی نشده ۱۰ (۱۰/۱)
تعداد بارداری	اولین بارداری ۳ (۳)
	دومین بارداری ۷۵ (۷۴/۲)
	سومین بارداری و بالاتر ۲۳ (۲۲/۸)
جنس نوزاد	دختر ۴۸ (۴۹)
	پسر ۵۰ (۵۱)
رضایت از جنس نوزاد	بله ۸۱ (۸۰/۲)
	خیر ۳ (۳)
	تفاوتی ندارد ۱۷ (۱۶/۸)
رضایت همسر از جنس نوزاد	بله ۸۶ (۸۵/۱)
	خیر ۲ (۲)
	تفاوتی ندارد ۱۳ (۱۲/۹)
رضایت از زندگی زناشویی	بسیار زیاد ۴۲ (۴۱/۶)
	زیاد ۴۳ (۴۲/۶)
	تا حدودی ۱۵ (۱۶/۹)
سابقه جراحی	دارد ۹۴ (۹۳/۱)
	ندارد ۷ (۶/۹)

اضطراب قبل از عمل همبستگی معناداری وجود داشت ($p=0/03$, $r=0/29$). همچنین بین اضطراب آشکار پس از عمل با اضطراب پنهان ($p=0/00$, $r=0/34$) و اضطراب آشکار ($p=0/02$, $r=0/22$) قبل از عمل همبستگی معناداری وجود داشت.

نتایج مطالعه در مورد میزان اضطراب واحدهای پژوهش نشان داد که میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان قبل از عمل زنان تحت جراحی سزارین به ترتیب $44/06 \pm 7/75$ و $49/16 \pm 8/93$ بود. قبل از سزارین اکثر افراد مورد مطالعه سطح اضطراب پنهان (۶۳/۴٪) و آشکار (۶۶/۴٪) متوسط داشتند (جدول ۲) و بین این دو

جدول ۲- بررسی میزان اضطراب قبل و بعد از عمل واحدهای پژوهش

نوع اضطراب	فراوانی (درصد)	
	قبل از عمل	بعد از عمل
خفیف	۲ (۲)	-
متوسط به پایین	۲۲ (۲۱/۸)	-
متوسط به بالا	۴۲ (۴۱/۶)	-

-	۲۷ (۲۶/۷)	نسبتاً شدید
-	۸ (۷/۹)	شدید
۱۸ (۱۷/۸)	۲ (۲)	خفیف
۵۱ (۵۰/۵)	۲۲ (۲۱/۸)	متوسط به پایین
۲۷ (۲۶/۷)	۴۵ (۴۴/۶)	متوسط به بالا
۴ (۴)	۲۵ (۲۴/۸)	نسبتاً شدید
۱ (۱)	۷ (۶/۹)	شدید و بسیار شدید

شدت درد بعد از عمل ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p=0/001$, $r=0/32$)، اما بین شدت درد بعد از عمل با اضطراب پنهان ($p=0/86$, $r=0/018$) و اضطراب آشکار ($p=0/91$, $r=-0/01$) قبل از سزارین ارتباط معناداری وجود نداشت (جدول ۳).

میانگین نمره درد پس از سزارین بر اساس مقیاس دیداری درد $15/08 \pm 37/23$ و بر اساس نمره بعد حسی درد مک گیل $3/47 \pm 7/27$ بود و بر اساس مقیاس دیداری درد، ۴۵ نفر ($44/6\%$) درد خفیف، ۵۳ نفر ($52/5\%$) درد متوسط و ۳ نفر (3%) درد شدید داشتند. بر اساس نتایج مطالعه بین اضطراب آشکار بعد از عمل و

جدول ۳- همبستگی* درد بعد از سزارین با اضطراب قبل و بعد از عمل زنان بستری در بخش جراحی بیمارستان ام‌البنین (س)

مشهد

ابعاد درد (نمره کل)	اضطراب پنهان قبل از عمل R (P)	اضطراب آشکار قبل از عمل R (P)	اضطراب آشکار بعد عمل R (P)
بعد حسی	۰/۰۸ (۰/۴)	۰/۰۰۱ (۰/۹۹)	۰/۳۴ (۰/۰۰۰)
بعد عاطفی	۰/۱۵ (۰/۱۲)	۰/۰۳ (۰/۷۳)	۰/۴۳ (۰/۰۰۰)
مقیاس دیداری درد	۰/۰۱۸ (۰/۸۶)	-۰/۰۱۱ (۰/۹۱)	۰/۳۲ (۰/۰۰۱)

* ضریب همبستگی پیرسون

همچنین در بررسی هر یک از ابعاد حسی و عاطفی درد، بین اضطراب پنهان و اضطراب آشکار قبل و بعد از سزارین با احساس ترس مادران که از اجزای ابعاد عاطفی درد است، همبستگی معناداری وجود داشت (جدول ۴).

جدول ۴- همبستگی* اجزای ابعاد سنجش درد مک گیل بعد از سزارین با اضطراب قبل و بعد از عمل زنان بستری در بخش

جراحی بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد

ابعاد درد	اجزای مربوطه (کیفیت درد)	اضطراب پنهان قبل از عمل R(P)	اضطراب آشکار قبل از عمل R(P)	اضطراب آشکار بعد عمل R(P)
بُعد حسی	ضربان دار	۰/۰۴ (۰/۶۸)	-۰/۰۶ (۰/۵۱)	۰/۹۱ (۰/۳۶)
	تیرکشنده	۰/۰۸ (۰/۳۸)	۰/۰۷ (۰/۴۳)	۰/۳۳ (۰/۰۰۱)
	تیز مانند فروکردن چاقو	۰/۲۳ (۰/۰۱)	-۰/۰۱ (۰/۸۶)	۰/۳۰ (۰/۰۰۲)
	کرامپی	-۰/۰۴ (۰/۶۲)	-۰/۰۲ (۰/۷۹)	۰/۰۹ (۰/۳۵)
	حالت داغ شدن	-۰/۰۴ (۰/۶۳)	۰/۰۵ (۰/۶۰)	۰/۰۳ (۰/۷۲)
	درد معمولی	۰/۰۱ (۰/۸۸)	۰/۰۰ (۰/۹۸)	۰/۳۲ (۰/۰۰۱)
	احساس سنگینی	۰/۰۳ (۰/۷۵)	۰/۰۶ (۰/۵۳)	۰/۲۰ (۰/۰۴)
	درد در همگام لمس (حساس بودن ناحیه)	-۰/۰۸ (۰/۴۲)	-۰/۱۴ (۰/۱۳)	۰/۰۶ (۰/۵۴)
	گزشی	۰/۰۷ (۰/۴۵)	۰/۰۲ (۰/۸۳)	۰/۰۲ (۰/۸۲)
	بُعد عاطفی	احساس خستگی مفرط	-۰/۰۵ (۰/۶۲)	-۰/۰۱ (۰/۸۵)
احساس ناخوشی		۰/۱۵ (۰/۱۲)	-۰/۰۶ (۰/۵۳)	۰/۳۱ (۰/۰۰۱)
احساس ترس		۰/۲۲ (۰/۰۲)	۰/۱۹ (۰/۰۵)	۰/۴۷ (۰/۰۰۰)

* ضریب همبستگی اسپیرمن

اضطراب پنهان و آشکار دو نوع متفاوت از اضطراب می‌باشند؛ به طوری که اضطراب پنهان اضطرابی است که در زمان‌های مختلف تقریباً ثابت بوده (۶) و نشان‌دهنده اضطراب شخصیتی فرد می‌باشد، در حالی که اضطراب آشکار اضطرابی است که به موقعیت فرد وابسته بوده و در شرایط استرس‌زا بروز می‌کند (۲۷). بر اساس نظریه کنترل درد، بین درد و عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب ارتباط وجود دارد (۲۸). شدت درد و اضطراب در همه افراد یکسان نیست، به عبارتی تجربه درد در افراد تحت تأثیر تجارب گذشته درد، اضطراب و انتظارات بیمار از تسکین درد است (۶). در مطالعه حاضر اضطراب پنهان و آشکار قبل از سزارین با شدت درد بعد از عمل ارتباط آماری معناداری نداشت. در مطالعه کین و همکاران (۲۰۰۰) نیز بین اضطراب پنهان قبل و درد بعد از عمل هیستریکتومی ارتباط معناداری وجود نداشت، اما اضطراب آشکار قبل از عمل با درد بعد از عمل ارتباط مثبت و معناداری داشت (۱۵) و با توجه به اینکه اضطراب پنهان، اضطراب شخصیتی است که در افراد تقریباً ثابت است، نتایج حاصل از عدم ارتباط اضطراب پنهان قبل از عمل با درد بعد از عمل با مطالعه حاضر همخوانی داشت، اما از آنجایی که اضطراب آشکار، اضطراب موقعیتی بوده و در شرایط و موقعیت‌های مختلف متفاوت است، شاید علت عدم همخوانی در ارتباط بین اضطراب آشکار قبل از عمل و درد بعد از آن، تفاوت در جامعه پژوهش و یا زمان ارزیابی اضطراب قبل از عمل باشد، به طوری که در مطالعه کین و همکاران (۲۰۰۰) جامعه پژوهش زنان تحت هیستریکتومی بوده که ۲ هفته قبل از عمل اضطراب آن‌ها مورد سنجش قرار می‌گرفتند، اما در مطالعه حاضر اضطراب قبل از سزارین در صبح روز عمل و ۲-۳ ساعت قبل از جراحی اندازه‌گیری می‌شد. همچنین مطالعه کین و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد کاهش اضطراب قبل از عمل هیستریکتومی با استفاده از بنزودیازپین‌ها بر کاهش درد بعد از عمل و مصرف مسکن‌ها بی‌تأثیر است (۱۹). با این حال مطالعات متعددی، ارتباط اضطراب آشکار و پنهان قبل از عمل با درد بعد از عمل را نشان دادند (۶، ۱۴، ۱۷، ۱۸). از جمله در مطالعه قانعی و همکاران (۲۰۱۳)

در مطالعه حاضر بین رضایت مادر از جنس نوزاد با اضطراب پنهان و آشکار مادر قبل از عمل و بعد حسی درد ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین رضایت همسر از جنس نوزاد با اضطراب پنهان و آشکار مادر قبل از عمل و بعد حسی درد ارتباط معناداری نداشت، اما بعد عاطفی درد همبستگی معناداری با میزان رضایت مادر (p=۰/۰۱، r=۰/۲۳) و همسر او (p=۰/۰۳، r=۰/۲۱) از جنس نوزاد داشت. همچنین بین میزان رضایت از زندگی زناشویی و میزان اضطراب پنهان قبل از عمل (r=۰/۴۲، p=۰/۰۰۰) ارتباط معناداری وجود داشت. همچنین رضایت زناشویی با اضطراب پس از عمل (r=۰/۲۰، p=۰/۰۴) ارتباط ضعیف معناداری داشت، اما رضایت زناشویی با شدت درد ارتباط معناداری نداشت (r=۰/۰۶، p=۰/۵۴).

بحث

اضطراب، از زمان آگاهی بیمار برای نیاز به درمان جراحی آغاز شده و در زمان بستری شدن در بیمارستان به حداکثر خود می‌رسد (۲۳). جراحی از هر نوعی که باشد به عنوان یک تجربه اضطراب‌آور مطرح می‌شود؛ به طوری که اضطراب در بین مادران داوطلب عمل جراحی شایع است (۲۴). در مطالعه حاضر اکثر افراد قبل از عمل، سطح اضطراب پنهان و آشکار متوسط به بالا داشتند. بر اساس نتایج مطالعات مختلف، سطح اضطراب بیمار در ۲۴ ساعت قبل از عمل به اوج خود می‌رسد و حتی ممکن است منجر به بروز تغییرات رفتاری پس از عمل در آنان شود. بر اساس مطالعه سوگزوکو و همکاران (۲۰۱۶)، ۷۹/۹٪ از زنان قبل از سزارین انتخابی بر اساس مقیاس دیداری اضطراب سطح اضطراب متوسط و شدید دارند (۲۵).

در مطالعه حاضر، میانگین نمره اضطراب آشکار و پنهان قبل از جراحی در زنان تحت سزارین، با نتایج مطالعه هابسون و همکاران (۲۰۰۶) که میزان اضطراب آشکار (۳۶/۶±۱۰/۳) و پنهان (۴۴/۶±۱۳/۰) سزارین انتخابی را بررسی کرده بودند، همخوانی داشت (۲۶).

بین اضطراب پنهان و آشکار قبل از سزارین با درد پس از عمل، ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت (۶). این عدم همخوانی شاید به دلیل زمان سنجش اضطراب قبل از عمل باشد. در مطالعه حاضر اضطراب قبل از عمل در صبح روز صبح و ۲-۳ ساعت قبل از جراحی اندازه‌گیری شد، در حالی که در مطالعه قانعی و همکاران (۲۰۱۳) میزان اضطراب پنهان و آشکار در شب قبل از عمل مورد سنجش قرار گرفت. در مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۱۴) ارتباط معناداری بین جنسیت نوزاد با اضطراب آشکار و پنهان مادران در سه ماهه سوم بارداری مشاهده نشد (۲۹). در مطالعه حاضر نیز بین جنس نوزاد با اضطراب پنهان و آشکار قبل از عمل ارتباط معناداری مشاهده نشد. در مطالعه کامل و همکاران (۱۹۹۹) بین رضایت از جنس جنین با اضطراب مادر در طی زایمان و کاهش تحمل درد و افزایش استفاده از آرامبخش و مسکن در طی زایمان ارتباط وجود داشت (۳۰) اما در مطالعه حاضر بین رضایت مادر و همسر او از جنس نوزاد با اضطراب پنهان و آشکار مادر قبل از عمل و بعد حسی درد، ارتباط معناداری وجود نداشت، اما میزان رضایت مادر و همسر او از جنس نوزاد با بعد عاطفی درد همبستگی معناداری داشت. بابا نظری و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند بین میزان رضایت زناشویی و میزان اضطراب در دوران بارداری همبستگی منفی وجود دارد (۳۱). همچنین مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۱۰) که ارتباط عوامل روانی اجتماعی با رضایت زناشویی در زنان نابارور را بررسی کرده بود، نشان داد میزان رضایت زناشویی با اضطراب پنهان ارتباط معکوس دارد (۳۲) که این یافته‌ها با مطالعه حاضر همخوانی داشت و نیز بین میزان رضایت از زندگی زناشویی و میزان اضطراب پنهان قبل از عمل ارتباط معناداری وجود داشت، همچنین رضایت زناشویی با اضطراب پس از عمل نیز ارتباط ضعیف و معناداری داشت. اگرچه با افزایش میزان رضایت زناشویی شدت درد کاهش می‌یافت، اما این ارتباط معنادار نبود ($p=0/06$ ، $r=$

همان‌گونه که در این مطالعه مشاهده شد، احساس ترس بیمار که از اجزای عاطفی درد می‌باشد، با اضطراب پنهان و آشکار قبل و بعد از جراحی ارتباط دارد. از آنجایی که ترس از ناشناخته‌ها و درد پس از عمل جراحی از اولین عوامل ایجادکننده اضطراب و نگرانی بیماران می‌باشد، این ترس با کسب آگاهی و دانستن این که چه اتفاقی خواهد افتاد، تسکین می‌یابد (۶). با توجه به اینکه اضطراب پس از جراحی با درد و ترس بیمار ارتباط دارد و از آنجایی که بعد از سزارین، پرستاران و ماماها مدت زمان زیادی را با مادران سپری می‌کنند، لذا در بهترین جایگاه تسکین اضطراب قرار دارند و می‌توانند به راحتی، میزان اضطراب بیماران را تشخیص داده و به دنبال کنترل و کاهش عوارض ناشی از آن باشند.

انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله تفاوت‌های فردی و وضعیت‌های روحی - روانی واحدهای پژوهش که از کنترل پژوهشگر خارج بود. از نقاط قوت این مطالعه استفاده از پرسشنامه کوتاه شده درد مک‌گیل علاوه بر مقیاس دیداری درد بود که این پرسشنامه، ابعاد حسی و عاطفی درد را به طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌دهد. از آنجایی که بین اضطراب قبل از عمل با درد پس از جراحی سزارین ارتباط وجود ندارد، لذا انجام مطالعات بیشتر در این زمینه پیشنهاد می‌شود. همچنین بررسی سایر عوامل و متغیرهای واسطه‌ای در زمینه درد سزارین توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

بین اضطراب بعد از سزارین با درد پس از سزارین ارتباط وجود دارد، بنابراین توجه اعضای تیم درمانی از جمله پرستاران و ماماها به اضطراب بیماران پس از جراحی، می‌تواند به عنوان راهکاری برای کنترل بهتر و مؤثرتر درد بیماران، مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از پرسنل بیمارستان ام‌البنین (س) و تمام بیمارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Rabiee L, Seyfi S, Shahrbanoo Latifi O. The effect of foot and hand massage on post-cesarean section pain. *Anesth Pain* 2012; 2(7):102. (Persian).
2. Miri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Cesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the past three decades. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(3):127-34. (Persian).
3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. *Williams obstetrics*. 24th ed. New York: McGraw Hill Education; 2014. P. 220.
4. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Report* 2010; 30:1-31.
5. Naseh N, Khazaie T, Kianfar S, Dehghan R, Yoosefi S. Prevalence of cesarean and its complications in women referring to Vali-e-Asr hospital. *Modern Care J* 2010; 7(1):12-8. (Persian).
6. Ghanei R, Rezaei K, Mahmoodi R. The relationship between preoperative anxiety and postoperative pain after cesarean section. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(39):16-22. (Persian).
7. Khoshtarash M, Ghanbari A, Yeganeh MR, Kazemnejad E, Rezasoltani P. Survey the effect of foot reflexology on pain and physiological parameters after cesarean section in patients referring to Alzahra Educational Center in Rasht. *Holistic Nurs Midwifery* 2011; 20(64):27-33. (Persian).
8. Adeli M, Razmjoo N, Tara F, Ebrahimzadeh S. The effect of early feeding on post cesarean pain. [Master Thesis]. Mashhad: Mashhad University of Medical Science; 2009. (Persian).
9. Mokhtari NJ, Sirati NM, Sadeghi SM, Ghanbari Z, Babatabar DH, Mahmoudi H. Comparison of impact of foot reflexology massage and benson relaxation on severity of pain after cesarean section: a randomized trial. *Payesh* 2010; 9(3):289-98. (Persian).
10. Salari P, Alavian F, Habibi Rad A, Tara F. The relationship between stress, anxiety and pain with salivary cortisol levels in first stage of labor in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(55):14-21. (Persian).
11. Kim WS, Byeon GJ, Song BJ, Lee HJ. Availability of preoperative anxiety scale as a predictive factor for hemodynamic changes during induction of anesthesia. *Korean J Anesthesiol* 2010; 58(4):328-33.
12. Nelson FV, Zimmerman L, Barnason S, Nieveen J, Schmaderer M. The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. *J Pain Symptom Manage* 1998; 15(2):102-9.
13. Mirbagher Ajorpaz N, Aghajani M. The effects of music and Holy Quran on patient's anxiety and vital signs before abdominal surgery. *Evide Based Care* 2011; 1(1):63-76. (Persian).
14. Perry F, Parker RK, White PF, Clifford PA. Role of psychological factors in postoperative pain control and recovery with patient-controlled analgesia. *Clini J Pain* 1994; 10(1):57-63.
15. Kain ZN, Sevarino F, Alexander GM, Pincus S, Mayes LC. Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy. A repeated-measures design. *J Psychosom Res* 2000; 49(6):417-22.
16. Lim AT, Edis G, Kranz H, Mendelson G, Selwood T, Scott DF. Postoperative pain control: contribution of psychological factors and transcutaneous electrical stimulation. *Pain* 1983; 17(2):179-88.
17. Taenzer P, Melzack R, Jeans ME. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain* 1986; 24(3):331-42.
18. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics* 2006; 118(2):651-8.
19. Kain ZN, Sevarino FB, Rinder C, Pincus S, Alexander GM, Ivy M, et al. Preoperative anxiolysis and postoperative recovery in women undergoing abdominal hysterectomy. *Anesthesiology* 2001; 94(3):415-22.
20. Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J* 2007; 85(3):589-604.
21. Mahram B. Validity of spielberger state-trait anxiety inventory (STAI) in Mashhad city. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 1993. (Persian).
22. Abbasi Teshnizi M, Kianinejad A, Gandomkar F. Effect of applying Ice bag on pain intensity associated with chest tube removal after cardiac surgery. *Horizon Med Sci* 2012; 18(3):109-14. (Persian).
23. Ghanei Gheshlagh R, Dastras M, Fazlali PourMiyandoab M, Naseri O. The relationship between preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting. *Med Sci J Islamic Azad Univ Tehran Med Bran* 2014; 23(4):269-74. (Persian).
24. Wetsch WA, Pircher I, Lederer W, Kinzl J, Traweger C, Heinz-Erian P, et al. Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *Br J Anaesth* 2009; 103(2):199-205.

25. Soxhuku A, Misja A, Shpata V, Delilaj A, Xhangolli D, Sula H. The role of maternal preoperative anxiety on hypotension after spinal anaesthesia in caesarean delivery. *Int J Health Sci Res* 2016; 6(4):118-23.
26. Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L. Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 2006; 15(1):18-23.
27. Endler NS, Kocovski NL. State and trait anxiety revisited. *J Anxiety Disord* 2001; 15(3):231-45.
28. Henderson C, MacDonald S. *Mayes midwifery: a textbook for midwives*. 13th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall Limited; 2004. P. 418-54.
29. Sadeghi N, Azizi S, Molaeinezhad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(122):8-15. (Persian).
30. Kamel HS, Ahmed HN, Eissa MA, Abol-Oyoun al-S M. Psychological and obstetrical responses of mothers following antenatal fetal sex identification. *J Obstet Gynaecol Res* 1999; 25(1):43-50.
31. Heidari P, Latifnejad R. Relationship between psychosocial factors and marital satisfaction in infertile women. *J Qazvin Univ Med Sci* 2010; 14(1):26-32. (Persian).