

بررسی تأثیر حضور مامای همراه بر اضطراب و ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار: کارآزمایی بالینی تصادفی صدیقه خلیلی شومیا^۱، فرزانه خدابنده^۲، فاطمه برزویی^۳، الهه بهرامی وزیر^۴، الهام ناوی پور^۵، بیتا کوشکی^{۶*}

۱. مربی گروه فوریت پزشکی، دانشکده پیراپزشکی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشکده مامایی، دانشکده علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۳. مربی گروه اتاق عمل، مرکز بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۴. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.
۵. مربی گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، خراسان رضوی، ایران.
۶. مربی گروه هوشبری، مرکز بیماری‌های غیرواگیر، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

خلاصه

مقدمه: اضطراب و ترس از زایمان، یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌های زنان باردار می‌باشد که ممکن است منجر به درد و طولانی شدن زایمان شود. با توجه به نقش درمانی و حمایتی ماماها، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حضور مامای همراه بر اضطراب و ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال ۱۳۹۷ بر روی ۸۰ زن باردار در بیمارستان حکیم، شهرستان نیشابور انجام شد. در گروه مداخله، مامای همراه از ابتدای لیبر تا ۱ ساعت پس از خروج جفت در کنار زنان بود و اقدامات حمایتی برای آنان انجام می‌داد، اما گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین بخش را دریافت کردند. برای دو گروه پرسشنامه اضطراب هامیلتون و پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن در سه فاز تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی-اجتماعی، مامایی، میانگین نمره اضطراب و ترس از زایمان طبیعی در بدو ورود به بخش زایمان، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). حضور مامای همراه، میانگین نمره اضطراب و ترس از زایمان در فاز فعال زایمان و ۱ ساعت پس از خروج جفت را در مادران گروه مداخله در مقایسه گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کاهش داد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: حضور مامای همراه در بخش‌های زایمان به‌عنوان یک مداخله ساده و غیرتهاجمی، می‌تواند منجر به کاهش اضطراب و ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار شود.

کلمات کلیدی: اضطراب، ترس، زایمان طبیعی، مامای همراه

* نویسنده مسئول مکاتبات؛ دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. تلفن: ۰۵۱-۴۴۰۱۸۳۰۶؛ پست الکترونیک: koushki90@gmail.com

مقدمه

بارداری برای اکثر زنان یک تجربه دلپذیر اما دلهره‌آور است (۱). ۹۰٪ استرس و تنش دوران بارداری مربوط به زایمان می‌باشد. اگرچه زایمان یک روند کاملاً فیزیولوژیک و طبیعی است، اما امروزه به‌عنوان مهم‌ترین نگرانی زنان باردار مطرح می‌شود؛ تا جایی که ترس و اضطراب از زایمان طبیعی به یک نگرانی شایع در زنان تبدیل شده است (۲). تخمین زده می‌شود از هر ۵ زن باردار، ۱ نفر دچار ترس از زایمان می‌باشد (۳). این ترس شامل: ترس از درد زایمان، آسیب پرینه طی زایمان طبیعی یا ترس از سزارین اورژانسی است. ترس از درد و احساس تنهایی در طی زایمان مستقیماً عامل بسیاری از دشواری‌های پیش‌بینی نشده از جمله درد و اضطراب بیشتر در طی فرآیند زایمان است (۴، ۵).

استرس و اضطراب، آغازگر حلقه معیوب درد، ترس و سفتی عضلانی است که منجر به طولانی شدن روند زایمان طبیعی می‌شود و خطر سزارین اورژانسی و میزان تمایل زنان به سزارین انتخابی را افزایش می‌دهد که منجر به افزایش عوارض مادری و جنینی می‌شود (۲، ۸-۶). وجود ترس و اضطراب طولانی‌مدت در بارداری با تحریک سیستم عصبی اتونوم و انقباض شریان‌ها، منجر به کاهش جریان خون رحمی جفتی و در نتیجه کاهش اکسیژن‌رسانی به رحم و جنین می‌شود و در نهایت می‌تواند احتمال زایمان زودرس را نیز افزایش دهد و منجر به عواقب نامطلوب مادری- نوزادی از قبیل ازدیاد مشکلات روانی و عوارض زایمانی شود (۱۱-۹). بنابراین کنترل ترس و اضطراب مادر با مراقبت برنامه‌ریزی شده ضروری می‌باشد و اگر ماماها در زمان مناسب، به ترس از زایمان و اضطراب زنان باردار آگاه شوند، عوارض احتمالی ناشی از ترس و اضطراب در حین زایمان طبیعی کاسته می‌شود (۱۴-۱۲).

در بسیاری از کشورهای پیشرفته، زانو توسط همسر و یا یکی از بستگان به‌عنوان همراه حمایت‌کننده حین زایمان حمایت می‌شود (۱۵)، در حالی که در بسیاری دیگر از کشورها از جمله ایران، این امکان به‌طور گسترده فراهم نمی‌باشد و نیز عدم آگاهی از فرآیند زایمان طبیعی، عدم آشنایی با فضا و محیط بخش زایمان (بوها و صداهایی

موجود در بخش) می‌تواند باعث صلب آرامش و افزایش اضطراب فرد حمایت‌کننده از زن باردار در طی فرآیند زایمان طبیعی و منجر به انتقال ترس و اضطراب بیشتر به زانو شود (۱).

از نظر مادر در حال زایمان، ماما کسی است که اطلاعات کافی دارد، نیازهای مادر را می‌شناسد و پیوسته در پی افزایش حس مشارکت در زن باردار با برانگیختن احساسات مثبت در اوست (۱۶). با این وجود عدم آگاهی کافی کارکنان بخش زایمان از این احساس مادران و همچنین مشغول بودن یک ماما برای چند مادر در حال زایمان، باعث ایجاد احساس تنهایی، ترس و اضطراب در مادران می‌شود (۱۶، ۱۷).

به‌منظور جلوگیری از احساس درماندگی در زنان باردار و کنترل شرایط اتاق زایمان، بهتر است زنان باردار در طول زایمان توسط فرد آموزش دیده حمایت شوند. برخی مطالعات تأثیر مثبت وجود همراه در طی زایمان طبیعی را بر کاهش مدت زمان زایمان، کاهش ترس مادر باردار و به‌دنبال آن کاهش عوارض زایمانی گزارش کرده‌اند (۱۵، ۱۸). همچنین حمایت کافی از مادران در حین زایمان طبیعی، باعث کاهش ترس و اضطراب آنها، کاهش میزان استفاده از بی‌دردی و زایمان با ابزار (فورسپس و وکیوم) و همچنین کاهش میزان سزارین اورژانسی می‌شود (۱۹). با این وجود در برخی مطالعات به‌صورت متناقض بیان شده است که حمایت از مادر در طی روند زایمان طبیعی، تأثیری بر درد و اضطراب مادر ندارد (۲۰). در مطالعه دادشاهی و همکاران (۲۰۱۸) نیز حمایت از مادر باردار توسط مامای همراه در فرآیند زایمان اگرچه بر میزان شیردهی مادر مؤثر بود، اما تأثیری بر درد و ترس مادر از زایمان طبیعی نداشت (۲۱). همچنین در مطالعه مروری استریمیچ و همکاران (۲۰۱۸) پس از بررسی نتایج سایر مطالعات در زمینه ترس از زایمان و حمایت مادران و ذکر وجود تعارض در شواهد، بررسی‌های بیشتر در زمینه حمایت مادران توسط ماما برای کاهش ترس از زایمان طبیعی توصیه شد (۲۲).

با توجه به اینکه استرس، اضطراب و ترس از زایمان، یک نگرانی بزرگ برای سلامتی مادر و نوزاد می‌باشد و با توجه به تناقضاتی که در پژوهش‌های مختلف بر

تأثیرگذاری وجود یک همراه بر کاهش ترس و اضطراب زنان باردار در فرآیند زایمان طبیعی وجود دارد و همچنین نقش حیاتی یک حمایت‌کننده مداوم و آموزش دیده و نه تنها حضور یک شخص بدون آگاهی و اطلاعات بر بالین زائو، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حضور مامای همراه بر اضطراب و ترس از زایمان طبیعی در زنان هنگام زایمان طراحی و اجرا شد (۲۰، ۲۴-۲۲).

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی شده بر روی ۸۰ نفر از زنان بارداری که جهت زایمان طبیعی در بخش زایمان بیمارستان حکیم، شهرستان نیشابور از فروردین ماه تا خرداد ماه ۱۳۹۷ بستری شده بودند، انجام شد. حجم نمونه با توجه به مطالعه مشابه مافتونی و همکاران (۲۰۱۸) و با در نظر گرفتن خطای نوع اول برابر با ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰، با استفاده از نرم‌افزار Gpower، در مجموع ۱۰۸ نفر برآورد شد (۲۵).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار ۲۰-۴۵ سال با بارداری خواسته، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته، دارا بودن جنین تک‌قلو، جنین سالم و زنده بدون ناهنجاری مازور تشخیص داده شده، حاملگی اخیر کم‌خطر، بستری در زایشگاه با دیلاتاسیون سرویکس ۳-۴ سانتی‌متر و کیسه آب سالم، جنین دارای نمایش سر، تناسب سر جنین با لگن مادر و سابقه شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان برگزار شده در مراکز بهداشتی در این بارداری و تمایل به شرکت در مطالعه بود و معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: دارا بودن اندیکاسیون سزارین، وجود بیماری جسمی و روحی تشخیص داده شده و نیز اعتیاد و مصرف داروی ضد درد ۱۲ ساعت قبل از زایمان و جدایی از همسر بود. در صورت بروز هر وضعیت اورژانسی مانند افت ضربان قلب جنین یا دکولمان و نیاز به سزارین در طی فرآیند لیبر و زایمان که سلامت جنین و مادر را تهدید کند، مادر از مطالعه خارج می‌شد.

پس از کسب مجوز کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی نیشابور و ثبت مطالعه در سایت IRCT و دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی

دانشکده پرستاری و مامایی نیشابور، زنان حائز شرایط ورود به مطالعه از بیمارستان‌های آموزشی- درمانی حکیم شهر نیشابور انتخاب شدند. پس از بررسی نمونه‌ها از نظر معیارهای حائز شرایط بودن و رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله توضیح مختصر از هدف پژوهش و روش انجام مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و اعلام نتایج به‌دست آمده در پایان پژوهش به تمام شرکت‌کنندگان، شرکت در پژوهش به زنان باردار پیشنهاد شد و از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ گردید و به آنها اطمینان داده شد در صورت تمایل می‌توانند از در هر مرحله از مطالعه خارج شوند.

نمونه‌گیری به‌روشن در دسترس بود و تخصیص نمونه‌ها در گروه مداخله (مامای همراه) و کنترل به‌صورت تصادفی صورت گرفت. به‌منظور پنهان‌سازی تخصیص از پاکت‌های در بسته مات که به‌ترتیب شماره‌گذاری شده و داخل آنها نوع مداخله نوشته شده بود، استفاده شد. این پاکت‌ها قبلاً توسط پژوهشگر غیرمطلع (پاکت‌هایی با شماره ۸۰-۱) آماده شده بود. پاکت‌ها بعد از تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون و در همان لحظه تخصیص افراد در گروه‌ها باز می‌شدند، لذا قبل از تخصیص تصادفی نمونه‌ها، پژوهشگر و شرکت‌کننده از اینکه هر فردی در چه گروهی قرار خواهد گرفت، اطلاعی نداشتند (Allocation Concealment)، بنابراین از ۱۰۸ نفری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، ۲۴ نفر به‌علت عدم تمایل شخصی، در همان ابتدای امر قبل از تخصیص گروه‌ها، از شرکت در مطالعه انصراف دادند و ۸۴ نفر باقیمانده در دو گروه مداخله (۴۲ نفر) و کنترل (۴۲ نفر) قرار گرفتند. به‌علت عدم همکاری، ۴ نفر از گروه مداخله خارج شدند و در نهایت ۳۸ نفر در گروه مداخله و ۴۲ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند (فلوچارت ۱).

پرسشنامه‌های مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی و پیش‌آزمون (پرسشنامه اضطراب هامیلتون و پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن) توسط کمک پژوهشگر برای زنان باردار تکمیل شد، سپس پژوهشگر با باز کردن پاکت‌ها، مادران را در گروه‌های کنترل و مداخله تخصیص داد و مداخله مورد نظر در فرآیند لیبر و زایمان تا ۱ ساعت بعد

از زایمان توسط پژوهشگر به‌عنوان مامای همراه برای مادران گروه مداخله ارائه شد.

حمایت از مادر در فرآیند لیبر و زایمان برای مادران گروه مداخله طبق راهنمای کشوری انجام زایمان طبیعی با پوزیشن‌دهی مناسب، پخش موسیقی ملایم، ماساژ کمر، استفاده از توپ، آموزش تکنیک‌های تن آرامی و تنفسی توسط یک نفر مامای همراه که دوره زایمان فیزیولوژیک را گذرانده بود و سابقه حداقل ۲ سال کار در بلوک زایمان را داشت، انجام گرفت (هر تکنیکی که خود مادر بیشتر تمایل داشت، برای او انجام می‌شد). همچنین، مادران به تخلیه مداوم مثانه تشویق می‌شدند، اما مادران گروه کنترل فقط مراقبت‌ها و اقدامات درمانی روتین بخش زایمان را دریافت کردند. به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش، ۲ ساعت بعد از زایمان پمفلت‌هایی جهت آشنایی مادران با روش‌های کنترل درد و اضطراب در طی فرآیند لیبر و زایمان در اختیار مادران گروه کنترل قرار می‌گرفت.

پرسشنامه اضطراب هامیلتون و پرسشنامه ترس از زایمان هارتمن در ۳ مرحله (در بدو ورود به بخش زایمان (پیش‌آزمون)، در فاز فعال زایمانی (دیلاتاسیون ۷-۵ سانتی‌متر) (پس‌آزمون ۱) و در نهایت طی ۱ ساعت پس از خروج جفت (پس‌آزمون ۲)، توسط کمک پژوهشگر برای مادران دو گروه تکمیل شد.

با نزدیک شدن به دیلاتاسیون کامل، فاصله انقباضات رحمی کم و شدت درد افزایش می‌یابد، لذا امکان پاسخ‌دادن دقیق مادر به سؤالات پرسشنامه وجود نداشت، بنابراین جهت راحتی مادر و تمرکز بهتر او در جواب‌دهی به سؤالات، جمع‌آوری اطلاعات فاز فعال در دیلاتاسیون ۷-۵ سانتی‌متر و بین انقباضات رحمی انجام گرفت. کور کردن پژوهشگر به‌علت نوع مداخله امکان‌پذیر نبود. به‌منظور جلوگیری از انتشار مداخله به گروه کنترل (تورش تعامل)، هر یک از مادران گروه مداخله و کنترل در اتاقی تک‌نفره و مجزا در بخش زایمان بستری می‌شدند.

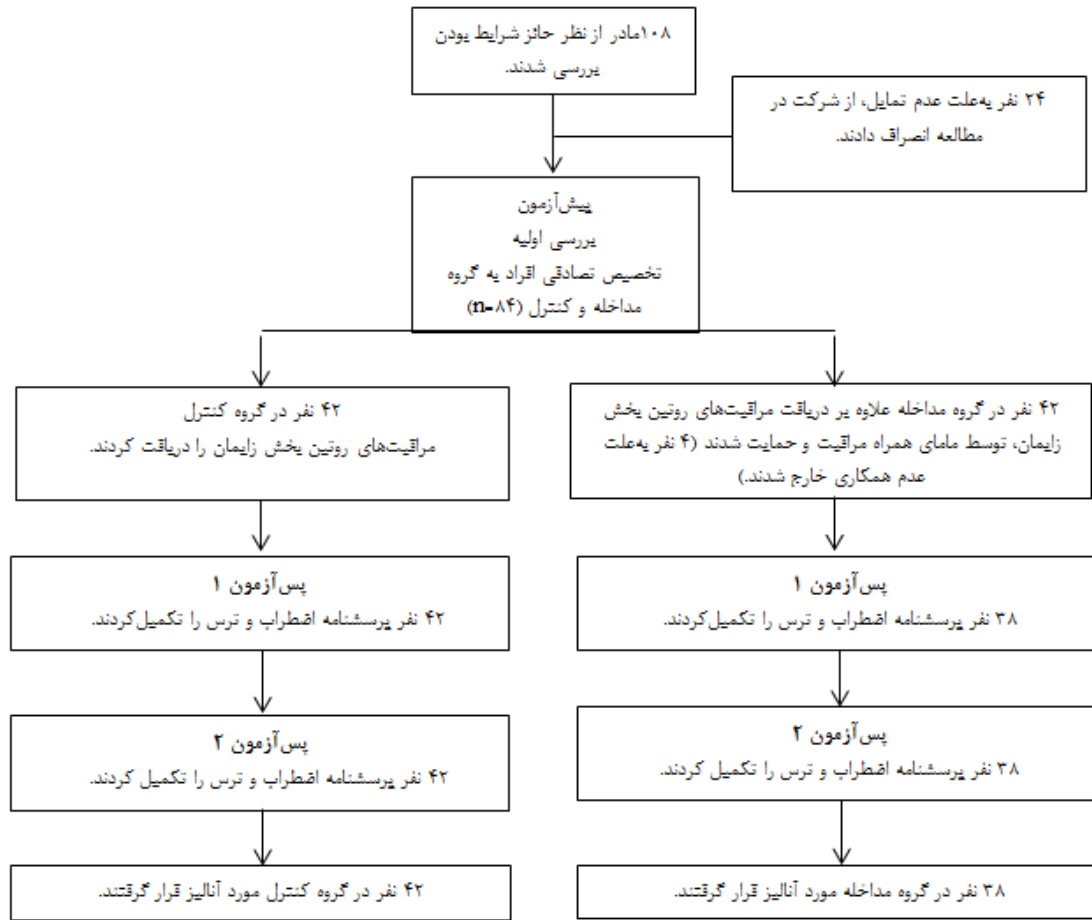
ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات فردی اجتماعی و مامایی، پرسشنامه اضطراب هامیلتون و پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن بود. پرسشنامه

مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی شامل اطلاعاتی مربوط به سن مادر، سطح تحصیلات، تعداد زایمان و تعداد سقط بود.

پرسشنامه اضطراب هامیلتون شامل ۱۴ آیتم بر اساس لیکرت ۵ تایی بود. در این مقیاس صفر به‌معنای عدم وجود اضطراب، ۱ به‌معنای میزان اضطراب خفیف، ۲ به‌معنای میزان وجود اضطراب متوسط، ۳ به‌معنای میزان اضطراب شدید و ۴ به‌معنای میزان اضطراب خیلی شدید بود که به‌طور شایعی برای ارزیابی نتیجه درمان اضطراب در کارآزمایی‌های بالینی به‌خصوص در سنجش اضطراب مادران مورد استفاده قرار گرفته است (۲۶). چندین مطالعه اعتباریابی ارزش روان‌سنجی آن را تأیید کرده‌اند و ضریب پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از آزمون مجدد برابر ۰/۸۶ تعیین گردیده است (۲۷، ۲۸).

جهت بررسی ترس از زایمان، از پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن که توسط لویی مورد بازنگری قرار گرفته است، استفاده شد (۲۹). این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال بر اساس لیکرت ۴ تایی اصلاً، خیلی کم، متوسط و زیاد بود؛ به این ترتیب که حداقل ۱۴ و حداکثر ۵۶ امتیاز را شامل می‌شد. نمره بیشتر نشان‌دهنده ترس بیشتر بود. با توجه به اینکه نمره برشی در مورد ترس زایمان وجود نداشت، تعیین نمره برش بر اساس نظر گرین ولویس و مطالعات مشابه خارج از کشور مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه یعنی ۲۸ به‌عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد (۳۰، ۳۱). اعتبار و اعتماد علمی این پرسشنامه در ایران، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸٪ و با روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) انجام شد. جهت بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد و متغیرهای کمی از توزیع نرمال برخوردار بودند. جهت بررسی همگنی پارامترها بین دو گروه از آزمون‌های کای دو و جهت تعیین اثربخشی مداخله و بررسی شدت ترس و اضطراب از زایمان در دو گروه از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.



نمودار ۱- فلوچارت پژوهش بر اساس معیارهای کانسورت

کنترل از نظر ویژگی‌های فردی- اجتماعی و مامایی، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0.05$) که نشان دهنده همگن بودن دو گروه در ویژگی‌های فردی بود (جدول ۱).

یافته‌ها

میانگین \pm انحراف معیار سنی مادران شرکت‌کننده در این مطالعه $34/12 \pm 3/31$ سال بود. در مجموع ۳۲ نفر (۴۰٪) از مادران نخست‌زا و ۴۸ نفر (۶۰٪) چندزا بودند. بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین دو گروه مداخله و

جدول ۱- مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک بین گروه‌های مداخله و کنترل

سطح معنی‌داری	گروه		متغیر
	کنترل (تعداد=۴۲)	مداخله (تعداد=۳۸)	
*.۰/۳۸	$35/80 \pm 4/91$	$33/32 \pm 0/81$	سن (سال) انحراف معیار \pm میانگین
**.۰/۶۱	۶ (۱۴/۲۸)	۶ (۱۵/۷۰)	بی‌سواد
	۱۰ (۲۳/۸۰)	۹ (۲۳/۶۰)	ابتدایی
	۶ (۱۴/۲۸)	۵ (۱۳/۱۰)	راهنمایی
	۸ (۱۹/۰۴)	۷ (۱۸/۴۱)	دبیرستان و دیپلم
**۱	۱۲ (۲۳/۵۷)	۱۱ (۲۸/۹۲)	دانشگاهی
	۱۵ (۳۵/۷۱)	۱۴ (۳۶/۸۴)	تعداد زایمان
	۲۷ (۶۴/۲۸)	۲۴ (۶۳/۱۵)	تعداد (درصد) ≥ 2

سابقه سقط	دارد	۶ (۱۵/۷۸)	۹ (۲۱/۴۲)	۰/۳۱**
تعداد (درصد)	ندارد	۳۲ (۸۴/۲۱)	۳۳ (۷۸/۵۷)	

*آزمون تی مستقل برای متغیر کمی، **آزمون کای دو برای متغیرهای کیفی

از نظر دریافت خدمات مامایی از قبیل کنترل ضربان قلب جنین، علائم حیاتی مادر، معاینات واژینال و انقباضات رحمی در طی فرآیند لیبر و زایمان، بین مادران دو گروه بر اساس نتایج آزمون‌های کای دو و تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). تمامی مادران گروه مامای همراه تمایل به دریافت تمام تکنیک‌های مداخله شامل تکنیک‌های تنفسی، ماساژ، پوزیشن‌دهی، موسیقی ملایم و استفاده از توپ داشتند.

نمره ترس و اضطراب مادران دو گروه مداخله و کنترل در بدو ورود به بخش زایمان، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$)، در حالی که میانگین نمره ترس و اضطراب در فاز فعال و طی ۱ ساعت پس از خروج جفت، در گروه مداخله به‌طور معناداری از گروه کنترل کمتر بود ($p < 0/001$) (جدول ۲). اثر بین‌گروهی زمان نیز بر بروز تغییرات شدت ترس و اضطراب به‌طور معنی‌داری مؤثر بود ($p < 0/05$)، ($F = 4/172$) (جدول ۲).

بر اساس نتایج آزمون اندازه‌های تکراری، بین میانگین

جدول ۲- مقایسه شدت ترس و اضطراب از زایمان طبیعی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مداخله (تعداد=۳۸) انحراف معیار±میانگین	کنترل (تعداد=۴۲) انحراف معیار±میانگین	سطح معنی‌داری
ترس	هنگام ورود به لیبر (پیش‌آزمون)	۴۹/۳۲±۲/۲۴	۵۱/۸۳±۱/۱۲	۰/۳۱۵
	مرحله فعال زایمان (پس‌آزمون ۱)	۳۶/۲۵±۱/۴۶	۴۳/۵۱±۱/۶۹	<۰/۰۰۱
	بعد از خروج جفت (پس از آزمون ۲)	۲۸/۱۹±۸/۴۹	۳۹/۳۵±۵/۷۴	<۰/۰۰۱
اضطراب	هنگام ورود به لیبر (پیش‌آزمون)	۴۸/۰۹±۱۱/۲۸	۵۰/۱۸±۵/۴۱	۰/۷۹
	مرحله فعال زایمان (پس‌آزمون ۱)	۳۷/۱۹±۱۱/۳۸	۴۷/۳۵±۱۳/۷۱	<۰/۰۰۱
	بعد از خروج جفت (پس‌آزمون ۲)	۳۰/۹۱±۷/۲۳	۴۳/۰۰±۱۰/۸	<۰/۰۰۱

بحث

فاز فعال لیبر و طی ۱ ساعت پس از خروج جفت، به‌طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمره ترس و اضطراب مادران گروه کنترل بود.

در مطالعه کارآزمایی بالینی پینار و همکار (۲۰۲۱) که با هدف بررسی تأثیر لمس‌درمانی در فاز فعال و مرحله دوم زایمان بر درد زایمان و اضطراب و نگرش از زایمان انجام شد، لمس‌درمانی توانسته بود درد و اضطراب را کاهش دهد و نگرش مثبتی از زایمان در مادران گروه مداخله ایجاد کند، درحالی‌که درد مادران گروه کنترل افزایش یافته بود و نمره اضطراب و نگرش آنان نسبت به قبل

نتایج مطالعه حاضر نشان داد حضور مامای همراه و حمایت‌های او از مادر باردار از ابتدای بستری در بخش زایمان تا ۱ ساعت پس از زایمان می‌تواند موجب کاهش بروز اضطراب و ترس از زایمان در فاز فعال لیبر و ۱ ساعت پس از زایمان شود. در واقع با وجود عدم اختلاف معنی‌دار بین میانگین نمره ترس و اضطراب زنان باردار دو گروه مداخله و کنترل در بدو ورود به بخش زایمان، میانگین نمره ترس و اضطراب مادران در گروه مداخله که حمایت‌های مامای همراه را دریافت کرده بودند، در

مداخله تغییریری نکرده بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۳).

نتایج مطالعه هیلدینگسون و همکاران (۲۰۱۹) با موضوع تأثیر مامای خصوصی بر ترس از زایمان زنان باردار نشان داد که ارائه یک مدل مراقبت مامایی اصلاح شده برای زنان با سطوح بالای ترس از زایمان می‌تواند ترس آنها از زایمان را در فرآیند لیبر و زایمان کاهش داده و نگرش مثبتی از زایمان در آنها ایجاد کند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا بود (۳۴). نتایج مطالعه کیفی لارسون و همکاران (۲۰۱۹) در زمینه تجربه زنان از مشاوره به رهبری مامای متبحر و تأثیر آن بر ترس از زایمان نشان داد که مشاوره به رهبری ماما از طریق افزایش اطلاعات و دانش مادران باردار در زمینه لیبر و زایمان، باعث افزایش اعتماد به نفس آنها برای تولد شده بود و آرامش و آمادگی بیشتری را برای زایمان تجربه کرده بودند که منجر به داشتن تجربه مثبت از زایمان شده بود. همچنین ترس آنها از زایمان را کاهش داده بود و یا در برخی مادران قابل کنترل کرده بود که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۵).

نتایج مطالعه کارآزمایی بالینی نوبخت و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف تأثیر حضور همراه بر رضایت‌مندی، اضطراب و ترس از زایمان زنان نخست‌زای شهرکرد انجام شد، نشان داد که حضور همراه می‌تواند اضطراب مادران را کاهش داده و حس رضایت‌مندی از زایمان را در مادران گروه مداخله ایجاد کند، اما بر شدت درد زایمان تأثیری بین دو گروه مشاهده نشده بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۳۶).

یکی از علل مهم ترس از زایمان در زنان، ترس از ناشناخته‌ها، عدم آرامش جسمی و روانی، ارتباط نامناسب کادر درمانی و احساس تنهایی می‌باشد که هر یک از این مطالعات با افزایش آگاهی مادر و حمایت‌های عاطفی و فیزیولوژیک از مادر در روند زایمان، موجب کاهش ترس و اضطراب مادر شده بودند (۳۷، ۳۸)؛ به‌طوری‌که در مطالعه هیلدینگسون و همکاران (۲۰۱۸) تغییر در مدل مراقبتی ماما به‌عنوان یک همراه و حمایت‌کننده مادر از شروع دردهای زایمانی تا ۲ ساعت پس از زایمان و دادن اطلاعات و پاسخ به نگرانی‌های

مادر، منجر به کاهش ترس مادران شده بود (۱۴). همچنین در مطالعه نورایی (۲۰۲۰) علاوه بر اضطراب، درد مادران با مداخله حمایتی مامای همراه کاهش یافته بود که این امر نشان‌دهنده تأثیر وجود مامای همراه بر کاهش اضطراب مادران و به‌دنبال آن کاهش درد آنان در فرآیند لیبر و زایمان بود (۳۹).

در مطالعه کارآزمایی بالینی دادشاهی و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف بررسی پیامدهای زایمانی پس از حمایت مادر توسط مامای همراه بر روی ۲۲۰ مادر در حال زایمان در شهر بندرعباس انجام شد، حضور مامای همراه نتوانسته بود تأثیر مثبتی بر طول مدت فاز فعال، مصرف اکسی‌توسین، شدت درد، نوع زایمان، میزان پارگی پرینه و نمره آپگار داشته باشد و تنها توانسته بود تماس پوست با پوست و شیردهی در ۱ ساعت اول تولد را در گروه مادران با حمایت مامای همراه ارتقاء ببخشد که نتایج آن با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۲۱). همچنین در مطالعه هودنت و همکاران (۲۰۰۲) که با هدف بررسی تأثیر حضور مامای همراه بر پیامدهای زایمان در آمریکا انجام شده بود، حضور مامای همراه نتوانسته بود از شدت درد و اضطراب زایمان و دریافت روش‌های بی‌دردی دارویی از جمله اسپینال و اپیدورال در مادران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بکاهد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت و شاید علت این تفاوت‌ها، اختلاف در محیط پژوهش یا تفاوت‌های فردی یا فرهنگی جامعه پژوهش در تحقیق آنان باشد (۴۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این امر اشاره کرد که مامای همراه و زنان باردار گروه مداخله قبل از بستری شدن مادر در بخش زایمان، هیچ آشنایی با هم نداشتند و خود این امر می‌تواند نحوه تأثیر مداخله حمایتی مامای همراه را در کاهش اضطراب و ترس به‌دلیل عدم آشنایی و عدم اعتماد کامل مادر به مامای همراه یا شرمساری مادر تحت تأثیر قرار دهد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، انجام مطالعه بر روی مادران نخست‌زا و چندزا بود که تجربه قبلی مادران چندزا گاهاً می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین پاسخ‌دهی مادران به پرسشنامه‌ها در فرآیند

طبیعی، منجر به ایجاد تجربه خوشایندی از زایمان در زنان می‌شود.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه پیشنهاد می‌شود از این روش که یک روش مناسب، آسان، بدون عارضه جانبی و کم‌هزینه است، جهت حمایت از زنان باردار و کاهش اضطراب و ترس از زایمان طبیعی در مادران استفاده شود. در واقع حضور مامای همراه در کنار زنان باردار، یک مداخله غیرتهاجمی و تأثیرگذار در ایجاد آرامش جسمی و روانی در طول فرآیند لیبر و زایمان است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه منتج از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار است که در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20170921036302N3 ثبت و در کمیته اخلاق با شناسه اخلاق ir.medsab.rec.1395.11 تصویب شده است. بدین‌وسیله از معاونت بهداشتی، پرسنل محترم بخش زایمان بیمارستان حکیم شهرستان نیشابور و تمام زنان باردار شرکت‌کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

لیبر و زایمان ممکن است باعث شده باشد که پرسشنامه‌ها با دقت و تمرکز کافی تکمیل نشده باشند. در واقع می‌توان گفت وضعیت‌های روانی- اجتماعی مادران می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیر داشته باشد که این امر نیز یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای جهت شناسایی عوامل عدم تمرکز مادران و راهکارهایی جهت افزایش تمرکز آنان برای تکمیل دقیق پرسشنامه‌ها صورت گیرد. همچنین بهتر است مطالعاتی به‌منظور تعیین زمان مناسب شروع حمایت از مادر توسط همراه، آشنایی با محیط زایمان و نیز مقایسه تأثیر حضور مامای همراه آموزش‌دیده و همراه غیرآموزش‌دیده (همسر یا بستگان) بر میزان ترس و اضطراب مادران صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

حضور مامای همراه بر بالین زنان باردار به‌عنوان یک مداخله حمایتی و کم‌هزینه در کاهش اضطراب و ترس مادران در طول دوره لیبر، هنگام تولد و پس از آن مؤثر است. با وجود سطح بالای ترس و اضطراب زنان باردار در هر دو گروه مداخله و کنترل، حمایت یک شخص آموزش‌دیده و آشنا به روند زایمان مانند ماما همراه، با کاهش ترس و اضطراب زنان باردار طی روند زایمان

منابع

1. Rezaei R, Beheshti Z, Sharif Nia H, Saatsaz S. Comparing the Effects of Standard Maternity Care and Continuous Support by Doula Midwife and Female Relatives during Labor. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2020; 30(184):94-105.
2. Adhikari K, Patten SB, Williamson T, Patel AB, Premji S, Tough S, et al. Assessment of anxiety during pregnancy: are existing multiple anxiety scales suitable and comparable in measuring anxiety during pregnancy?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2021; 42(2):140-6.
3. Stoll K, Swift EM, Fairbrother N, Nethery E, Janssen P. A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth* 2018; 45(1):7-18.
4. Çapik A, Durmaz H. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of posttraumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2018; 15(6):455-63.
5. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women and Birth* 2019; 32(2):99-111.
6. Darvishi M, Ranjbaran M, Jourabchi Z, Jafarimanesh H. Effect of the presence of midwife and non-midwife companion on labor pain, duration of delivery, and amount of oxytocin drops in primiparous women: a clinical trial study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 22(4):63-72.
7. Koc AE, Colak S, Colak GV, Pusuroglu M, Hocaoglu C. Investigating fear of childbirth in pregnant women and its relationship between anxiety sensitivity and somatosensory amplification. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2021; 41(2):217-23.
8. Jenabi E, Khazaei S, Bashirian S, Aghababaei S, Matinnia N. Reasons for elective cesarean section on maternal request: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020; 33(22):3867-72.
9. Nisa SM, Murti B, Qodrijati I. Psychosocial factors associated with anxiety and delivery pain. *Journal of Maternal and Child Health* 2018; 3(1):44-58.

10. Rabiepour S, Saboory E, Abedi M. The relationship between stress during pregnancy with leptin and cortisol blood concentrations and complications of pregnancy in the mother. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 2019; 20(4):218-23.
11. Çıtak Bilgin N, Coşkun H, Coşkuner Potur D, İbar Aydın E, Uca E. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2021; 42(2):123-31.
12. Onchonga D, Várnagy Á, Keraka M, Wainaina P. Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirth. A qualitative interview study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2020; 25:100512.
13. Akgün M, Boz I, Özer Z. The effect of psychoeducation on fear of childbirth and birth type: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2020; 41(4):253-65.
14. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. Caseload midwifery for women with fear of birth is a feasible option. *Sexual & reproductive healthcare* 2018; 16:50-5.
15. Lalonde A, Herschderfer K, Pascali-Bonaro D, Hanson C, Fuchtnner C, Visser GH. The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2019; 146(1):65-73.
16. Fathi Najafi T, Latifnejad Roudsari R, Ebrahimipour H. The best encouraging persons in labor: A content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support. *Plos one* 2017; 12(7):e0179702.
17. Evans K, Morrell J, Spiby H. Supporting Women With Mild to Moderate Anxiety in Pregnancy: a Feasibility Study of a Midwife Facilitated Intervention; 2020.
18. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews* 2017(7).
19. do Souto SP, de Albuquerque RS, da Silva RC, Guerra MJ, Prata AP. Midwifery interventions to reduce fear of childbirth in pregnant women: a scoping review protocol. *JBIEvidence Synthesis* 2020; 18(9):2045-57.
20. Gilliland AL. After praise and encouragement: Emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Midwifery* 2011; 27(4):525-31.
21. Dadshahi S, Torkzahrani S, Janati-Ataie P, Nasiri M. Does continuous labor support by midwife make a difference in delivery outcomes?. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 20(12):67-76.
22. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia—a systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 2018; 61:97-115.
23. Buchholz JL, Hellberg SN, Abramowitz JS. Phenomenology of perinatal obsessive–compulsive disorder. *In* Biomarkers of postpartum psychiatric disorders 2020:79-93. Academic Press.
24. Demirel G, Kaya N, Evcili F. The relationship between women's perception of support and control during childbirth on fear of birth and mother's satisfaction. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2022; 42(1):83-90.
25. Mafetoni RR, Rodrigues MH, Jacob LM, Shimo AK. Effectiveness of auriculotherapy on anxiety during labor: a randomized clinical trial. *Revista latino-americana de enfermagem* 2018; 26.
26. Nasrudin N. Anxiety Level Assessment to Primigravidae Women (28-40 week) with Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Method. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* 2020; 14(4).
27. Asgarlou Z, Hasanpoor S, Asghari Jafarabadi M, Arzanlou M, Bani S. Studying Psychological Issues Related to the First Childbirth and Its Relationship with Favorite of the Kind of Next Childbirths in Women Referring Ghamar-e Bani Hashem Hospital, Khoy, Iran. *International Journal of Pediatrics* 2021; 9(7):14011-21.
28. Dedeken P, Nickenig Vissoci JR, Sebera F, Boon PA, Rutembesa E, Teuwen DE. Validity, reliability, and diagnostic cut-off of the kinyarwanda version of the hamilton depression rating scale in Rwanda. *Frontiers in Psychology* 2020; 11:1343.
29. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2000; 21(4):219-24.
30. Andaroon N, Kordi M, Ghasemi M, Mazlom R. The validity and reliability of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (Version a) in primiparous women in Mashhad, Iran. *Iranian Journal of Medical Sciences* 2020; 45(2):110-7.
31. Yosefvand M, Khorsandi M, Roozbahani N, Ranjbaran M. Affecting factors fear of childbirth based on the theory of planned behavior in pregnant women in Aleshstar in 2015. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2017; 25(4):114-20.
32. Soltani F, Eskandari Z, Khodakarami B, Parsa P, Roshanaei G. Factors contributing to fear of childbirth among pregnant women in Hamadan (Iran) in 2016. *Electronic physician* 2017; 9(7):4725.
33. Pinar SE, Demirel G. The effect of therapeutic touch on labour pain, anxiety and childbirth attitude: A randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine* 2021; 41:101255.
34. Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth-birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2019; 21:33-8.
35. Larsson B, Hildingsson I, Ternström E, Rubertsson C, Karlström A. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth* 2019; 32(1):e88-94.
36. Nobakht F, Safdari Dahcheshmeh F, Parvin N, Rafiee Vardanjani L. The effect of the presence of an attendant on anxiety and labor pain of primiparae referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery* 2012; 9(1):41-50.

37. Golmakani N, Gholami M, Shaghghi F, Safinejad H, Kamali Z, Mohebbi-Dehnavi Z. Relationship between fear of childbirth and the sense of cohesion with the attachment of pregnant mothers to the fetus. *Journal of Education and Health Promotion* 2020; 9.
38. Shabakhti L, Rohani C, Matbouei M, Jafari N. Tokophobia; pathological fear of childbirth: A systematic review. *Hayat Journal* 2020; 26(1):84-104.
39. Nouraei Motlagh S, Asadi-piri Z, Bajoulvand R, Seyed Mohseni F, Bakhtiar K, Birjandi M, et al. Factors contributing to Iranian pregnant Women's tendency to choice cesarean section. *Medical-Surgical Nursing Journal* 2020; 9(2).
40. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *Jama* 2002; 288(11):1373-81.
- 41.