

العلاقة بين الجلسة التعليمية ما قبل العملية ومستوى القلق لدى
النساء الخاضعات للعملية القيصرية في الطائف.

للطالبة:

فاطمة عمار السفينياني

رسالة مقدمة لكلية التمريض جامعة الملك عبد العزيز للحصول على درجة الماجستير
في تمريض النساء والولادة.

يشرف عليها:

د. هالة أحمد ثابت

أستاذ مساعد في تمريض الأمومة والصحة الإنجابية

د. نوران عصام كتوعة

أستاذ مساعد في تمريض صحة الأطفال

كلية التمريض

جامعة الملك عبدالعزيز

جدة، المملكة العربية السعودية

رمضان ١٤٤١ - أبريل ٢٠٢٠

العلاقة بين الجلسة التعليمية ما قبل العملية ومستوى القلق لدى النساء الخاضعات للعملية القيصرية في الطائف.

الملخص

المقدمة:

تستمر معدلات الولادة القيصرية في تزايد في جميع أنحاء العالم، وتم رصد المعدلات في تقرير مؤخرًا في كلا من أوروبا الغربية (٢٤,٥٪) وأمريكا الشمالية (٣٢٪) وأمريكا الجنوبية (٤١٪) في عام ٢٠١٦م. سنقل الولادة القيصرية بشكل فعال من وفيات وامراض ما قبل الولادة في وجود مضاعفات للأم أو الجنين في الفترة المحيطة بالولادة ومع ذلك، في حاله عدم وجود دليل طبي أو ولادي، يتم توليد نسبة متزايدة من الاطفال بعملية قيصرية.

وتبين أن لدى النساء المقرر لهن ولادة قيصرية اختيارية ارتفاع مستوى القلق (٧٢.٧٪). وهي واحدة من أكثر العمليات الجراحية شيوعًا التي يتم إجراؤها على مرضى التوليد. وقد تكرت المراجع أن مستوى عالي من القلق قبل الجراحة سجل في مرضى التوليد مقارنة بحالات الجراحة العامة.

وتعد الطريقة الغير دوائية واحده من أكثر الطرق نجاحا في التعامل مع قلق العملية القيصرية، والتي تشمل التعليم وتقديم معلومات مناسبة إلى النساء الحوامل. وظهرت دراسة بان زيادة المعرفة والمعلومات تؤثر على قدرة الأفراد على تحديد النقاط الرئيسية وتحسين فهمهم وإدراكهم. في هذه الأثناء، فان نقص المعرفة يسبب الخوف والقلق يؤثر بشكل سلبي عملية صنع القرار.

هدف الدراسة:

الهدف من الدراسة الحالية هو تقييم العلاقة بين الجلسة التعليمية قبل الجراحة ومستوى القلق لدى

النساء الخاضعات للعملية القيصرية. لتحقيق هذه الدراسة تم تحقيق الأهداف التالية:

1. تقييم مستوى القلق لدى النساء الحوامل الخاضعات للعملية القيصرية.
2. تقييم الجلسة التعليمية قبل الجراحة لتقليل القلق لدى النساء الحوامل الخاضعات للعملية القيصرية.
3. التعرف على العلاقة بين مستويات حاله القلق بعد الجلسة التعليمية قبل الجراحة مع المتغير

الديموغرافي المحدد.

سؤال البحث

ما هي العلاقة بين الجلسة التعليمية قبل الجراحة ومستوى قلق النساء الخاضعات للعملية القيصرية؟

التعريف الإجرائي:

القلق: يشير إلى أحاسيس النساء الحوامل قبل العملية القيصرية، والقلق والخوف من نتائج العملية القيصرية.

العملية القيصرية: تشير العملية القيصرية في هذه الدراسة إلى العملية القيصرية الاختيارية.

المنهج المتبع للدراسة:

استخدمت الباحثة المنهج شبه تجريبي في هذه الدراسة. وقد أجريت هذه الدراسة في وحدة ما قبل

الولادة التابعة لمجمع الملك فيصل الطبي بالطائف بالمملكة العربية السعودية

عينة الدراسة:

تم اختيار عينة هادفة من خمسين امرأة حامل مقرر لهن إجراء عملية قيصرية اختيارية وتم توظيفهن

لهذه الدراسة. وكذلك تم تقسيم العينة بشكل عشوائي إلى مجموعتين مجموعة التدخل (٢٥) المجموعة

الضابطة. **معايير الاختيار:** جميع النساء الحوامل اللاتي تم اختيارهن مقرر لهن ولادة قيصرية اختيارية

ويخلون من أي مضاعفات طبية / أو جراحية وتتراوح أعمارهن بين ٢٠ إلى ٣٥ سنة، واللاتي أبدین

رغبتهن في المشاركة في هذه الدراسة، وكان عمر الحمل ٣٧ أسبوع وما فوق، وكذلك تتعرض لأول

مرة إلى العملية قيصرية، وقادرات على التواصل باللغة العربية. **معايير الاستبعاد:** أي امرأة مصابة

بمرض نفسي وتتناول مضادات القلق أو الأدوية المضادة للاكتئاب.

أدوات جمع البيانات

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة ثلاث أدوات لجمع البيانات وفقا إلى المراجع الحديثة ذات الصلة

بتحقيق هدف الدراسة.

الأداة الأولى: استبيان مقابلة المريض: ويتكون من ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: الخصائص الاجتماعية الديموغرافية

تم تصميم هذا الجزء لتقييم البيانات الاجتماعية والديموغرافية للمرأة الحامل والتي تتضمن العمر

والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والمهنة والدخل. تم جمعها من خلال مقابلة النساء الحوامل.

الجزء الثاني. البيانات التوليدية والسريية:

تم تصميم هذا الجزء لتقييم البيانات التوليدية والسريية مثل آخر دورة شهرية، عدد الأطفال

الأحياء، عدد حالات الإجهاض، عدد مرات الحمل، عدد مرات الولادة، جنس الأطفال الأحياء، تاريخ

الولادة المتوقع، التعرض إلى عملية جراحية سابقة ولديها معلومات سابقة عن الجراحة ومصدر القلق

وأسباب الخضوع للعملية القيصرية وأسباب اختيار العملية القيصرية الاختيارية. والتي تم جمعها من

خلال مقابلة النساء الحوامل.

الجزء الثالث. نموذج تقييم العلامات الحيوية:

تم قياس وتسجيل وتدوين العلامات الحيوية بواسطة الباحثة (معدل النبض وضغط الدم ودرجة الحرارة ومعدل التنفس) لكل من مجموعة التدخل والمجموعة الضابطة. تم جمع هذه البيانات باستخدام جهاز قياس العلامات الحيوية (GE Dinamap Carescape). وكذلك تم قياس العلامات الحيوية في المجموعة الضابطة مرتين، قبل الرعاية الروتينية في وقت من ٣ إلى ٤ ساعات قبل العملية القيصرية وبعد الرعاية الروتينية في وقت من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة قبل العملية القيصرية. بالإضافة إلى ذلك، تم قياس مجموعة التدخل مرتين، قبل جلسة التعليم في وقت من ٣ إلى ٤ ساعات قبل العملية القيصرية وبعد جلسة التعليم في الوقت من ١٥ إلى ٣٠ دقيقة قبل العملية القيصرية.

الأداة الثانية. مقياس قائمه سمات حاله القلق، (STAI -Y1-Y2)

تم اقتباس هذه الأداة من (Spielberger، 1983) وتم تعديلها من قبل الباحثة لتلائم هدف الدراسة وتم استخدامها لقياس شدة أعراض القلق الحالية في المجموعة الضابطة ومجموعه التدخل. استخدمت الباحثة مقياس قائمه سمات حاله القلق لقياس القلق لدى النساء الحوامل، ويتضمن شكلين من نوع Y-1 و Y-2 لكل منهما ٢٠ عنصر مع ٤ ردود محتملة لكل منها. ويعمل نموذج Y-1 على قياس وضع القلق اللحظي (كيف تشعر "الآن" في هذه اللحظة). وكذلك، النموذج Y-2 لقياس القلق العام (كيف تشعر "بشكل عام"). ويتم إعطاء درجة توازن من ١ إلى ٤ لكل عنصر. ويمكن أن تختلف

الدرجات من الحد الأدنى من ٢٠ إلى ٨٠ كحد أقصى لكلا من مقياسي القلق والتوتر. تشير الدرجات الإجمالية العالية إلى الخوف الشديد، والاقتراب من الرهبة والذعر، وكذلك تشير الدرجات المتوسطة لمستويات معتدلة من التوتر والقلق، وبينما تعكس الدرجات المنخفضة الشعور بالهدوء. وتعتبر الدرجة أكثر من ٤٤ على STAI على أنها قلق كبير وتم تصنيف المرضى نحو المرضى على أنهم قلق عالي لو درجه القياس أكبر من 44 (STAI > 44) في حين أن القلق المنخفض لو درجه القياس اقل من او تساوى 44(درجة STAI ≤ 44)

الأداة الثالثة. استبيان رضا النساء :

تم تصميم الاستبيان بواسطة الباحثة لتقييم رضا النساء الحوامل في مجموعة التدخل على الجلسة التعليمية مثل هل كنت راضية عن تعليمك قبل الجراحة، هل كنت راضية عن معلومات ما قبل الجراحة التي تم تقديمها إليك، على سبيل المثال، الكتيب. وتم جمع معلومات رضا النساء الحوامل من خلال المقابلة.

الاعتبارات الأخلاقية:

لإجراء الدراسة تم الحصول على الموافقة اللازمة من اللجنة الأخلاقية بكلية التمريض بجامعة الملك عبد العزيز بجدة. وحصلت الباحثة بعد ذلك على موافقة وزارة الصحة. وأخيرا تم الحصول على موافقه من مجمع الملك فيصل الطبي بالطائف. بالإضافة إلى ذلك، من أجل حماية حقوق النساء الحوامل وحمائتهم، تم حصول الباحثة على موافقة كتابية من النساء الحوامل في الدراسة وعليه فقد كانت خصوصية الردود الفردية مؤكدة من خلال بيان واضح في صفحة الغلاف. وكذلك تم تقديم المعلومات الكاملة للنساء الحوامل وكان لديهن الحق في الانسحاب.

عملية جمع البيانات: تم إجراء دراسة تجريبية على ١٠ % من النساء الحوامل مما استوفوا معايير الاختيار من كل مجموعة. ولم يتم تضمين أولئك النساء الحوامل في عينة الدراسة الرئيسية، حيث يعتبر جمع البيانات جانب حاسما في أي دراسة بحثية، وقد تم إجراء عملية جمع البيانات عبر ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى: مرحلة التقييم والتخطيط:

في البداية، أعد الباحث الأدوات والوسيلة التعليمية الحالية في شكل كتيب مكتوب بعد المراجعة الشاملة لمراجع ذات الصلة المتعلقة بالعملية القيصرية الاختيارية. وتم توظيف النساء الحوامل وفق

معايير الاختيار . حيث تم تقسيمهن بشكل عشوائي إلى مجموعتين متساويتين: (٢٥ امرأة حامل)

لمجموعة التدخل و (٢٥ امرأة حامل) للمجموعة الضابطة. تم جمع البيانات، قبل / بعد، التدخل من

قبل الباحثة التي كانت متواجدة ثلاثة أيام أسبوعيا في الصباح في المكان المذكور سابقا.

المرحلة الثانية: مرحلة التنفيذ:

بناءً على مرحلة التقييم، تمت زيارة المرأة الحامل المقرر لها العملية القيصرية الاختيارية في اليوم

المقرر للجراحة، وقامت الباحثة بزيارة جناح ما قبل الولادة في مجمع الملك فيصل الطبي بالطائف

لمقابلة النساء الحوامل وعرفتها بنفسها وشرحت لها الغرض من الدراسة. حيث طلبت من النساء

الحوامل اللاتي يرغبن بالمشاركة في الدراسة التوقيع بالموافقة على الدراسة. وقامت الباحثة بملء

الاستبيان. وتم اختيار النساء الحوامل في الدراسة وتقسيمهم بشكل عشوائي إلى مجموعتين متساويتين

(مجموعة التدخل والمجموعة الضابطة). أجرت الباحثة مقابلة مع جميع النساء الحوامل من مجموعات

التدخل والضابطة في جناح ما قبل الولادة بغرفهم. تم جمع البيانات الديموغرافية، والبيانات السريرية

والتوليدية، والعلامات الحيوية ومستوى القلق.

أعطت الباحثة الجلسة التعليمية لمجموعة التدخل في يوم الجراحة في شكل تعليم فردي. بدأت الجلسة

بتعريف الباحث نفسه للام لكسب الثقة والهدوء. بعد ذلك، اعطت الباحث معلومات من خلال كتيب

يحتوي على صور ومعلومات تتعلق بالأجراء قبل واثناء وبعد الولادة القيصرية بلغة عربية بسيطة للأم.

كما يحتوي على تعريف العملية القيصرية وأنواعها ونوع الشق والعناية بالجروح والمضاعفات وصورة

العملية القيصرية. وكانت مدة الجلسة تتراوح من ٣٠ إلى ٦٠ دقيقة بعد ها تم قياس مستوى حالة

القلق وإعطاء درجة للأم وفقاً لأدوات الدراسة.

ومن ثم قارن الباحث بين مستويات القلق في المجموعة الضابطة ومجموعة التدخل ومعرفة العلاقة

بين مستويات القلق بين النساء الحوامل بعد الجلسة التعليمية قبل الجراحة. والمجموعة الضابطة التي

تعرضت فقط للرعاية والتعليمات الروتينية التي قدمها فريق المستشفى.

المرحلة الثالثة: مرحلة التقييم

في نهاية هذه المرحلة، تم تقييم النساء الحوامل في كلا المجموعتين ومقارنة مستوى القلق والعلامات

الحوية قبل وبعد الرعاية الروتينية في المستشفى بالمجموعة الضابطة وقبل وبعد الجلسة التعليمية في

مجموعة التدخل باستخدام نفس الأدوات.

النتائج:

تم توضيح النتائج باستخدام الجداول والرسوم البيانية وتم توضيحها باستخدام برنامج SPSS الإصدار

٢٢٠٠. وكانت النتائج الرئيسية للدراسة الحالية ما يلي: -

١. كان متوسط عمر المجموعتين (28.56 ± 4.13 ، 29.80 ± 4.62) سنة على التوالي.
وكان أكثر من النصف (٥٢%) في مجموعة التدخل بمستوى تعليمي جامعي مقارنة بأكثر من الثلثين (٧٢%) في المجموعة الضابطة.
٢. وفيما يتعلق بمصدر القلق، أفاد ٢٤% من المشاركات في مجموعة التدخل بالقلق المرتبط بالخوف من التخدير، بينما ابلغ ٢٤% من النساء الحوامل في المجموعة الضابطة عن مصدر القلق هو خطر الموت.
٣. وفيما يتعلق بأسباب العملية القيصرية، كان السبب الرئيسي إلى الولادة القيصرية بين مجموعة التدخل هو وضعية الجنين الغير طبيعية ٣٢%، بينما كانت أسباب العملية القيصرية بين النساء الحوامل في المجموعة الضابطة مجيء الجنين بالمقعدة ٣٢%.
٤. كان رضا النساء الحوامل حول الجلسة التعليمية قبل الجراحة بين مجموعة التدخل ٩٢% حيث كن راضيات عن تعليمهن قبل الجراحة، وكان ٩٦% منهن كن راضيات جدا عن المعلومات التي حصلن عليها قبل العملية.
٥. كان متوسط مستوى القلق العام والعلامات الحيوية بين مجموعات التدخل الضابطة فرقاً كبيراً ذات دلالة إحصائية بنحو $p \leq 0.5$ بعد، بينما لا يوجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين

المجموعتين قبل. ومع ذلك، كان الاختلاف في درجة حرارة الجسم طفيفاً في كلا المجموعتين قبل وبعد.

٦. كان متوسط مقياس سمات القلق بين مجموعات التدخل الضابطة من قبل (65.68 ± 10.69)، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية. وبينما كان متوسط درجات مقياس سمات القلق بين المجموعتين بعد (38.28 ± 9.31)، (69.36 ± 10.59)، وكان هناك اختلاف ذو دلالة إحصائية بنحو $p \leq 0.5$.

٧. وفيما يتعلق بمستوى القلق، كان يعاني غالبية النساء الحوامل بانخفاض مستوى القلق بنسبة (٩٢%) أي أن مستوى القلق انخفض في مجموعة التدخل بعد الجلسة التعليمية، وكانت نفس النسبة (٩٢%) بين النساء في المجموعة الضابطة بمستوى قلق مرتفع وكانت هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين قبل وبعد بنحو $p \leq 0.5$.

٨. كانت هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين بعد الجلسة التعليمية فيما يتعلق بالعمر أو المستوى التعليمي أو المهنة أو عدد مرات الحمل أو عدد مرات الولادة أو عدد مرات الإجهاض. بنحو ($P < 0.05$) وبينما كانت الارتباطات بين متوسط مستوى القلق العام ما قبل جلسة التعليمية والبيانات الاجتماعية (الديموغرافية) من غير أهمية ذات دلالة واضحة.

الاستنتاجات والتوصيات:

بناء على نتائج هذه الدراسة وتحليل البيانات. استنتجت الدراسة الحالية، أن الغالبية من المشاركات (٩٢%) في مجموعة التدخل بعد الجلسة التعليمية كان لديهم مستوى منخفض من القلق. بينما كانت نفس النسبة (٩٢%) بين النساء في المجموعة الضابطة لديهم قلق بمستوى مرتفع وكان هنالك فروق ذو دلالة إحصائية قبل وبعد بين المجموعتين بنحو $p \leq 0.5$.

أظهرت هذه الدراسة بأن الجلسة التعليمية قبل العملية بإضافة الى كتيب يتعلق بإجراءات الولادة القيصرية وفوائدها للنساء الحوامل اللاتي يخضعن للولادة قيصرية يمكن ان يقلل من القلق قبل العملية. ويمكن ان يكون الكتيب الذي يحتوي على تفاصيل الولادة القيصرية تأثير واضح ذو دلالة إحصائية على تقليل قلق ما قبل العملية لدى النساء الحوامل اللاتي يخضعن للولادة القيصرية الاختيارية. تمت الإجابة على سؤال البحث في هذه الدراسة بالنتائج التي أثبتت العلاقة الإيجابية بين الجلسة التعليمية قبل الجراحة ومستوى القلق.

التوصيات:

أوصى الباحث في الدراسة الحالية بما يلي:

توصيات /الممارسة السريرية

١. ينبغي تقييم أي امرأة حامل ترغب في إجراء جراحة، سواء كانت اختيارية أو طارئة، لرصد حالة القلق في فترة تقديم الرعاية الروتينية قبل الجراحة، وينبغي تحديد موعد لجلسة تعليمية إضافية إلى النساء الحوامل ذوات المستوى المرتفع من القلق.
٢. تقييم المرأة الحامل من حيث مستوى القلق في تفاعلاتها الشخصية والمهنية وانعكاس ذلك على حياتها.
٣. استخدام وسائل التواصل الاجتماعي لرفع مستوى الوعي حول العملية القيصرية بطريقة علمية ورسمية إلى من يعانون من القلق.
٤. تطبيق إرشادات صحية عن طريق الفيديو والمواد المصممة بشكل جيد حول العملية القيصرية مثل المطويات والكتيب والنشرة لتصبح متاحة ومتوفرة للنساء في أماكن الانتظار بالمستشفيات والأماكن العامة لزيادة الوعي للتمييز بين الولادة الطبيعية والولادة القيصرية من أجل تقليل القلق من الولادة الطبيعية والولادات القيصرية.
٥. تطوير برامج إرشادية وتثقيفية كإعداد مسبق لجميع النساء الحوامل لزيادة الوعي بصحتهن والمضاعفات المحتملة التي قد تحدث أثناء الحمل من أجل صحة أفضل.

٦. تقديم جلسات تعليمية ما قبل الولادة حول الولادة القيصرية مثل أن يعرف الزوج فوائد الولادة

القيصرية ويذكر أهميتها للأم والطفل

توصيات / برامج تعليمية

١. تثقيف الممرضات فيما يتعلق بالعملية القيصرية وإدارة القلق والطرق الفعالة للحد من القلق

من خلال مناهج التمريض.

٢. إتاحة الفرصة للممرضات لحضور دورات تدريبية على إدارة القلق وأساليب الرعاية الذاتية

والبرامج التعليمية القائمة على البراهين للحد من القلق وتأثيره السلبي على الأم والطفل.

٣. إضافة محتوى الممارسة السريرية ذات الصلة بإدارة القلق قبل العملية القيصرية في وقت مبكر

في مناهج التمريض، مع إتاحة الفرص لبناء وتطبيق المعرفة الجديدة والتغييرات السلوكية

المطلوبة.

٤. ينبغي على أطباء التوليد وممرضات الأمومة تشجيع النساء على أن يفصحن عن مخاوفهن

بشأن الولادة القيصرية.

توصيات لمكان الدراسة:

١. التأكد من توفر مصادر لإدارة القلق في المستشفى، مثل تقنيات التنفس، ومعلومات كافية عن العملية القيصرية، وغرفة للتدليك، والاستماع إلى القرآن والتحدث بشكل جيد عن نفسها.
٢. إنشاء نادي مجتمعي لنساء أجريين العملية القيصرية للقيام بدور فعال في تبادل الخبرات وتنشيط الجمهور حول العملية القيصرية.
٣. تنظيم ورشة عمل تدريبية وتعليمية مستمرة لجميع الممرضات وابتكار بروتوكول واضح
٤. في التعامل مع النساء الحوامل اللاتي يخضعن لعملية القيصرية.

توصيات للبحوث المستقبلية

١. ينبغي القيام بالمزيد من الدراسات على عدد كبير من العينات لتعميم نتائج الدراسة.
 ٢. تطوير أداة قياس جديدة من اجل قياس وتحديد مستويات القلق بين النساء الحوامل.
 ٣. إجراء دراسات بحثية طويلة تهدف إلى تقييم القلق وتأثيراته على النساء والأطفال.
 ٤. إجراء دراسة بحثية تجريبية حول الطرق الفعالية المستخدمة للتخفيف من القلق.
- إجراء دراسة بحثية تجريبية حول فعالية وسائل التواصل الاجتماعي في طريقة الولادة لدى الشابات الحوامل.

The Relationship between Preoperative Educational Session and Anxiety Level among Women Undergoing Cesarean Section in Taif

Fatimah Ammar AL-Sufyani

**A thesis submitted to the Faculty of Nursing, King Abdulaziz University
In Partial Fulfillment of the Degree of Master in Obstetrics and Gynecology Nursing**

**Supervised by:
Dr.Hala Ahmed Thabet
Assistant Professor in Maternity and Reproductive Health Nursing
Dr. Nouran Essam S Katooa
Assistant Professor in Pediatric Health Nursing**

**FACULTY OF NURSING
KING ABDULAZIZ UNIVERSITY
JEDDAH _ SAUDI ARABIA
Ramadan 1441 – April 2020**

The Relationship between Preoperative Educational Session and Anxiety Level among Women Undergoing Caesarean Section in Taif

Summary

Introduction

Caesarean section (CS) rates continue to rise worldwide, with rates recently reported in 2016 Western Europe (24.5%), North America (32%) and South America (41%). Caesarean section will effectively reduce maternal and perinatal mortality and morbidity in the presence of maternal or fetal complications; however, if there is no medical or obstetric indication, an increasing proportion of babies are delivered by cesarean

Women booked for elective CS were found to have a high frequency of anxiety (72.7%). It is one of the most common surgical procedures conducted on obstetric patients. In obstetric patients, the literature reported a higher level of preoperative anxiety compared to the general surgical population.

One of the most successful ways to cope with CS fear is non-pharmacological method, which includes education and giving proper information to the pregnant women. A study shows that an increase in knowledge and information effects individuals' ability to identify key points and improves their understanding and perception. Meanwhile, lack of knowledge causes fear and anxiety, which negatively disturb decision-making.

Study Aim and Objectives

The aim of the current study is to assess the relationship between preoperative educational session and anxiety level among women undergoing CS. To achieve the study aim the following objectives were obtained to:

1. Assess the level of anxiety among women undergoing CS.
2. Evaluate the preoperative educational session in reducing anxiety among women undergoing CS.
3. Identify the relationship between the levels of anxiety state after administration of preoperative educational session with their selected demographic variable.

Research Question

What are the relationships between preoperative educational session and anxiety level among women undergoing CS?

Operational Definition

Anxiety: It refers to the women's feelings before CS, worry and fear towards a cesarean section outcome.

Cesarean Section: CS in this study refers to an elective CS.

Methodology

Research Design

A quasi-experimental research design was utilized in this study.

Study Setting

This study was conducted at anti-natal unit affiliated to King Faisal Medical Complex (KFMC) in Taif, Saudi Arabia.

Sampling

A purposeful sample included 50 pregnant women selected and recruited for this study. The pregnant women were divided randomly into two groups, (25) intervention group and (25) control group. The inclusion criteria include all pregnant women who are admitted to the antenatal ward booked for elective CS and free from any medical and/or surgical complications, ages between 20 to < 35 years old; who is express willingness to participate in this study, gestational age 37 weeks and above, who is exposed to CS for the first time, able to communicate in Arabic. However, the exclusion criteria include women who have psychiatric illness, taking any antianxiety or antidepressant medication.

Data Collection Tools

In this study, the researcher used three tools for data collection based on a review of relevant, updated literature to fulfill the aim of the study.

Tool I. Patient Interview Questionnaire: consists of three parts:

Part I. Sociodemographic Characteristics

This part was designed to assess pregnant women sociodemographic data, including age, educational level, marital status, occupation and income. It was collected through interviewing the participants.

Part 2. Obstetric and Clinical Data

This part was designed to assess the obstetric and clinical data such as the last menstrual period, the number of living children, the number of abortions, the number of gravida, and para, the sex of living children, expected date of delivery, previous exposure of surgery, previous information about surgery, source of anxiety, indications for CS and causes of choosing an elective CS. It was collected through interviewing the pregnant women.

Part 3. Vital Signs Assessment Form

A written form used by the researcher to measure and record the vital signs (pulse rate, blood pressure, temperature and respiratory rate) for both intervention group and control group. Data were collected by using GE Dinamap Carescape V100 Bedside Monitor. The vital signs were measured two times for the control group, one before the routine care about 3 to 4 hours before CS and another after the routine care about 15 to 30 minutes before CS. However, for intervention group, they were measured two times, one before the educational session about 3 to 4 before CS hours and another after the educational session about 15 to 30 minutes before CS.

Tool II. State-Trait Anxiety Inventory (STAI –Y1-Y2) Scale

This tool was adapted from (Spielberger, 1983) and was modified by the researcher to suite the study's aim. It was used by the researcher to measure the severity of the present symptoms of anxiety and a generalized propensity to be anxious in the control and the intervention groups. The researcher also used State Anxiety Scale to measure the anxiety for pregnant women. It includes two forms (Y-1) and (Y-2) each having 20 items with 4 potential responses. Form (Y-1) measures the state anxiety (how feels 'right now' at this moment.). However, form (Y-2) measures the trait anxiety (how feels 'generally'). A

weighted score of 1 to 4 is given to each STAI item. Scores can differ from a minimum of 20 to a maximum of 80 for both the S-Anxiety and the T-Anxiety scales.

High total scores indicate intense fear, approaching terror and panic, medium scores indicate moderate levels of tension and worry, whereas low total scores reflect feeling calm. The score of more than 44 on STAI was taken as significant anxiety and patients were categorized as high anxiety (STAI score >44) while low anxiety (STAI score ≤44).

Tool III. Women's Satisfaction Questionnaire

It was designed by the researcher to assess the pregnant women in the intervention group satisfaction to word the educational session such as have you been satisfied with your education before surgery, have you been satisfied with preoperative information you have been given e.g. Booklet. The woman's satisfaction was collected through the interview.

Ethical Consideration

To carry out the study, approval was obtained from the Ethical Committee of the Faculty of Nursing at King Abdulaziz University in Jeddah. Then, the researcher obtained consent from the Ministry of Health (MOH). Lastly, permission was obtained from the King Faisal Medical Complex (KFMC) in Taif. In addition, in order to safeguard and protect the pregnant women rights, the researcher obtained written approval for the pregnant women participating in the study and obtains their consent. The privacy of individual responses was sure by a clear statement in the cover page. Full information was provided to the pregnant women and they have had the right to withdraw.

Data Collection Process

A pilot study was conducted on 10 % participants who met the inclusion criteria from each setting. These pregnant women were not included into the main study sample. The collection of data is a crucial aspect of any research study .The data collection process has been taken through three phases.

Phase I: Assessment and Planning Phase

In the beginning, the researcher prepared the current tools and media in the form of handout after a comprehensive review of related literature regarding elective CS. The pregnant women were recruited according to the eligibility criteria. They were divided randomly into two equal groups: (25 pregnant women) for each the intervention group and (25 pregnant women) form the control group. The data collection, pre/post, educational intervention was done by the researcher who was available three days/week in the morning in the previous setting.

Phase II: Implementation Phase

Based on the assessment phase, the researcher visited the antenatal unit at KFMC in Taif. To meet with pregnant women and introduce herself and explained the purpose of study. Pregnant women who were willing to participate in the study asked to sign the informed consent prior conduction the study. The researcher had filled the questionnaire. The pregnant women of the study were selected and divided randomly into equal groups (intervention group and control group).

The researcher carried out an interview for all pregnant women of both the intervention and the control groups in the antenatal ward in their rooms. It was used for

collecting sociodemographic data, obstetric and clinical data, vital signs and the anxiety level.

The researcher was given the educational session for the intervention group on the day of surgery in a form of individual teaching. The session started with introducing the researcher to the pregnant women to gain trust and keep them calm. After that, the researcher given information through the booklet contains pictures and information related to procedure pre, during and post caesarean in simple Arabic language to the mother. It also contains the definition of CS, the types of CS and type of incision and care of wound and complication and picture of CS. The duration of the session was from 30 to 60 minutes after that measuring anxiety state level and giving pregnant women score according to the study tools. Then the researcher compares between the anxiety state levels in the control group and the intervention group and find out the relationship between the levels of anxiety states among women after administration of the preoperative educational session. While the control group after exposed only to routine care and instruction which were given by hospital team.

Phase III: Evaluation Phase

At the end of this phase, the pregnant women in both groups were evaluated and compared the anxiety level and the vital signs before and after the routine hospital care in the control group and before and after the educational session in the intervention group by using the same tools.

Results

The results were demonstrated by using tables, graphs, and illustrated by using SPSS program version 22.0. The main results from the present study were that:-

1. The mean age of both groups was (28.56 ± 4.13 , 29.80 ± 4.62) years respectively. More than one half (52%) in the intervention group had a university education level compared to more than two thirds (72%) in the control group.
2. Regarding source of anxiety, (24%) of participants in the intervention group reported anxiety related to fear from anesthesia, While (24%) of pregnant women in the control group reported source of anxiety were risk of death.
3. Regarding reasons for CS, the main reason for CS among intervention group was abnormal lie was (32%), while, the reasons for CS among pregnant women in the control group were breech presentation was (32%).
4. Women satisfaction according to their preoperative educational session among the intervention group, (92%) were satisfied with their education before the surgery, and (96%) of them were very satisfied with the preoperative information they have been given.
5. The mean overall anxiety level and the vital signs between the intervention and the control groups were significant difference with $p \leq 0.5$ among the intervention and the control groups after, while there was an insignificant difference in both groups before. However, body temperature was an insignificant difference in both groups before and after.

6. The mean state-trait anxiety inventory score among the intervention and the control groups before were (65.68 ± 10.69 , 68.0 ± 9.88), and there were no significant differences. While the mean state-trait anxiety inventory score between both groups after were (38.28 ± 9.31 , 69.36 ± 10.59), and there were statically significant difference with $p \leq 0.5$.
7. Regarding the overall anxiety level, the majority of pregnant women (92%) were having a low anxiety level among the intervention group after the educational session. While the same percentage (92%) among pregnant women in the control group had a high anxiety level and there was statically significant difference among both groups before and after with $p \leq 0.5$.
8. There was a significant difference between the two groups post the educational session as regard to age, educational level, occupation, gravity, parity or number of abortions $p < 0.001$. While the correlations between mean overall anxiety level pre the educational session and the sociodemographic data were insignificant. There was no significant difference between the two groups as regard to marital status and income.

Conclusion

Based on the findings of this study and data analysis, the current study revealed that the anxiety level recorded that the majority of the pregnant women (92%) were having a low anxiety level among the intervention group after the educational session. While the same percentage (92%) among pregnant women in the control group had a high anxiety

level and there was statically significant difference between both groups before and after with $p \leq 0.5$.

This study demonstrated the preoperative educational session with handouts (booklet) regarding the CS procedure and its advantages in women undergoing elective CS can reduce the preoperative anxiety. Booklet handout with detail information about CS can have a significant impact on reducing the preoperative anxiety in women undergoing elective CS. The research question of this study was answered by the results that proved a positive relation between the preoperative educational session and the anxiety level.

Recommendations

In the present study, the researcher recommended of the following:

Recommendations / Clinical Practice

1. Each pregnant woman wanting surgery, whether elective or emergency CS, should be assessed for the presence of anxiety in their pre-operative routine care assessment and pregnant women with high levels of anxiety should be scheduled for additional educational session.
2. Evaluate pregnant woman for their level of anxiety in personal and professional interactions and it is reflects on their life.
3. Use social media to raise awareness about cesarean section in a scientific and official way for those suffering from anxiety.
4. Apply healthy guidance by video and well-designed material about CS such as brochure, booklet and pamphlet to be available and provided for women at the waiting area in the hospitals and public area to raise their awareness to differentiate

between the normal delivery and the CS to reduce the anxiety level from normal delivery and cesarean delivery preferences.

5. Develop orientation and educational programs as a preconception preparation for all pregnant woman to increase the awareness of their health and the possible complication that may occur for during pregnancy for better health.
6. Providing antenatal sessions on childbirth education for her husband consider the benefits of cesarean delivery and remind them of their importance to mother and baby.

Recommendations / Educational Programs

1. Educate nurses regarding CS, anxiety management and the effective methods to reduce anxiety through the nursing curriculum.
2. Provide an opportunity for nurses to attend anxiety management and self-care methods training and educational programs based on evidence to reduce anxiety and its negative impact on mother and baby.
3. Add clinical practice content relevant to anxiety management before CS early in the nursing curriculum, with opportunities to build and apply new knowledge and desired behavior changes.
4. Obstetricians and maternity nurses should be good advisors and encourage women to express their fears about cesarean delivery.

Recommendations for the Clinical Setting

1. Ensure the availability of sources for managing anxiety in the hospital, such as breathing techniques, sufficient information about CS, room for massage, and listen to Quran and talk good about her self's.
2. Launch a community club for CS women to take an active role in sharing experiences and educating the public about CS.
3. Organize continuing nursing education and training workshop for all the nurses and innovate a clear protocol in dealing with pregnant women undergoing CS.

Recommendations for Future Research

1. Further studies should be carried out on a large number of samples to generalize the study findings.
2. Develop a newer standardized tool with a uniformed definition of anxiety to determine anxiety levels among pregnant women.
3. Conduct longitudinal research studies aiming to assess anxiety and its impacts on women and baby.
4. Conduct an intervention research study on the effectiveness methods used to alleviate anxiety.
5. Conduct an intervention research study on the effectiveness of social media on the way of delivery in young pregnant women.

