

بررسی ارتباط ترس از زایمان، اضطراب پنهان و کیفیت خواب در بارداری با پیامد زایمانی در زنان نخست زا

زهرا علیپور^{۱*}، دکتر می نور لمیعیان^۲، دکتر ابراهیم حاجی زاده^۳

۱. کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۶/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۳۰

خلاصه

مقدمه: اضطراب و ترس از زایمان ممکن است در سه ماهه آخر بارداری با عوارض مامایی، تجربه منفی زایمانی و افزایش سزارین همراه باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط اضطراب، ترس از زایمان و کیفیت خواب در سه ماهه آخر بارداری با طول لیبر، القاء لیبر و روش زایمان انجام شد.

روش کار: در این مطالعه طولی آینده نگر، ۱۵۶ زن باردار نخست زا با بارداری تک قلوی طبیعی (سن بارداری ۲۸-۳۰ هفته) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی-درمانی قم در سال ۱۳۸۹ به طور تصادفی وارد مطالعه شدند. متغیرهای پیش بین شامل: اضطراب، ترس از زایمان و کیفیت خواب به ترتیب با سه پرسشنامه استاندارد: سنجش اضطراب پنهان اسپیل برگر (STAI-T)، پرسشنامه نگرش زایمان (CAQ) و پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ (PSQI) سنجیده شدند. متغیرهای پیامد زایمانی شامل: القاء لیبر، لیبر طول کشیده و روش زایمان از طریق پرونده های پزشکی افراد ثبت شد. داده ها از طریق آزمون های کای دو، تحلیل رگرسیون لجستیک و آزمون همبستگی پیرسون و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) تحلیل شدند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بین اضطراب پنهان، لیبر القاء شده و سزارین انتخابی ارتباط معنی داری وجود داشت ($p=۰/۰۴$)، ($p=۰/۰۰۱$). همچنین در گروه مادران مضطرب، احتمال القاء لیبر و سزارین انتخابی به ترتیب ۲ و ۱۰ برابر بیشتر بود ($CI=۱/۱-۴/۵$ OR= $۲/۱$) ($CI=۱/۲-۸/۵$ OR= $۱۰/۳$). اما بین اضطراب با لیبر طول کشیده، القاء لیبر و سزارین اورژانسی ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p>۰/۱$). بین نمرات ترس از زایمان و کیفیت خواب با لیبر القاء شده و طول کشیده، زایمان سزارین ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p>۰/۱$).

نتیجه گیری: بین اضطراب پنهان و لیبر القاء شده و سزارین انتخابی ارتباط معنی داری وجود دارد.

کلمات کلیدی: اضطراب، ترس از زایمان، سزارین، کیفیت خواب، لیبر القاء شده و طول کشیده

* نویسنده مسئول مکاتبات: زهرا علیپور؛ دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۱۹۲۹۰۰۴۱۱؛ پست الکترونیک:

Kanom-Alipour@yahoo.com

مقدمه

دوران بارداری به دلیل ایجاد تغییرات دائمی در زندگی زنان و مسئولیت جدید نگهداری از کودک، درگیری ذهنی زیادی ایجاد می کند و احساسات دو سوگرایی زنان باردار یک روند طبیعی این دوران می باشد. اما این احساسات در برخی زنان شدیدتر است و آنان را به سوی ترس از زایمان و اضطراب مرتبط با بارداری سوق می دهد (۱). تقریباً در ۳۳٪ زنان باردار، ترس از زایمان و اضطراب در سه ماهه آخر بارداری وجود دارد و ۱۱ تا ۱۴ درصد از آنها، ترس شدید از زایمان را تجربه می کنند (۲) که با عوارض مامایی، تجربه منفی زایمانی و افزایش سزارین اورژانسی همراه است (۳، ۴).

ترس در زنان باردار از اهمیت ویژه ای برخوردار است، در حالی که هیچ معنی برای زایمان طبیعی در این زنان وجود ندارد، ترس از زایمان می تواند عاملی برای انتخاب زایمان به روش سزارین باشد. مطالعه رایدینگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که ترس از زایمان باعث تقاضای زنان برای سزارین و منجر به افزایش میزان سزارین انتخابی می شود. همچنین ترس شدید از زایمان می تواند منجر به سزارین اورژانسی شود (۵). ترس و اضطراب باعث آزاد شدن کاتکولامین ها و به دنبال آن، دردهای زایمانی غیر مؤثر و طولانی مدت، کارکرد نامناسب عضلات رحمی، تحریک پذیری و ناآرام بودن کودک می شود (۶). در فنلاند، سوئد و انگلستان ترس از زایمان و تقاضای مادر برای سزارین، دلیل ۲۲-۷ درصد سزارین ها می باشد (۷) ترس از زایمان در زنان نخست زا شدیدتر از زنان چندزا است. بر اساس مطالعات انجام شده، به هر علتی که زن باردار در سه ماهه سوم بارداری ترس از زایمان بیشتر را تجربه کند، احتمال سزارین در او افزایش می یابد. حتی اگر از نظر جسمی کاملاً سالم باشند، در زنان مبتلا به ترس از زایمان، تقاضا برای سقط یا سزارین تنها راه اجتناب از ترس است. این مسأله شایع، یکی از دلایل افزایش سزارین در سال های اخیر در کشورهای اروپایی است. در برخی مطالعات شایع ترین دلیل تقاضای زنان نخست زا برای سزارین، ترس از زایمان ذکر شده است (۴).

همچنین اضطراب پنهان (خصوصیت ویژه هر فرد) ممکن است پیشگویی کننده ترس از زایمان باشد (۲). اضطراب پنهان با ترس از زایمان مرتبط است، در نتیجه ترس از زایمان متوسط و شدید با تعدادی از اختلالات اضطراب و ترس ها (۱، ۳، ۸) و کیفیت نامطلوب خواب همراه است (۹). از طرف دیگر در برخی مطالعات، ارتباط تنگاتنگ و معنی داری بین اضطراب و ترس از زایمان و زایمان سزارین گزارش شده است (۲، ۳، ۱۰). در مطالعه مروری جانسون و همکاران (۲۰۰۳) تحت عنوان "آیا اضطراب در طول بارداری با عوارض مامایی مرتبط است؟" که به مرور و بررسی مطالعات اخیر در زمینه اثرات اضطراب در طول بارداری بر روی لیبر و زایمان پرداخته بود، نشان داد که دلیل اولیه عوارض مامایی، افزایش سطح هورمون در رحم است که احتمالاً اضطراب باعث تحریک آن می شود. اما به طور کلی ارتباطی بین اضطراب و عوارض مامایی وجود ندارد. اما انواع خاصی از اضطراب مانند استرس روحی، حمایت خانوادگی و ترس از زایمان با عوارضی مانند لیبر طولانی و سزارین همراه است و ممکن است اضطراب به عنوان یک عامل غیر مستقیم بر ایجاد عوارض مامایی دلالت کند (۱۱). در حالی که در مطالعه جانسون و همکاران (۲۰۰۲) تحت عنوان "آیا ترس از زایمان، سزارین اورژانسی را افزایش می دهد؟"، زایمان سزارین اورژانسی با سن مادر، سابقه قبلی سزارین و پاریتی همراه بود، اما بین اضطراب و ترس از زایمان با سزارین اورژانسی ارتباطی مشاهده نشد (۴). همچنین لیتلتون و همکاران (۲۰۰۷) در یک مطالعه متاآنالیز که با هدف "بررسی ارتباط علائم اضطراب در طول بارداری و مشخص کردن شدت ارتباط بین اضطراب و سرانجام پری ناتال" انجام دادند، ۵۰ مطالعه را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین علائم اضطراب و سرانجام پری ناتال ارتباط معنی دار آماری وجود ندارد (۱۲). با توجه به مطالعات گذشته مشخص نیست که آیا در شرایط فرهنگی خاص، اضطراب و ترس از زایمان خطر سزارین را افزایش می دهد (۴) و اینکه این افزایش را می توان به نمونه های ایرانی هم تعمیم داد؟ لذا با توجه به اهمیت موضوع و شیوع بالای ۴۰ درصد سزارین در ایران (۷)، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط

اضطراب پنهان، ترس از زایمان و کیفیت خواب در سه ماهه سوم بارداری با زایمان لیبر القاء شده، لیبر طول کشیده، سزارین اورژانسی و سزارین انتخابی انجام شد و مشخص کرد که آیا ترس از زایمان، اضطراب پنهان و کیفیت خواب در بارداری با میزان القاء لیبر، لیبر طول کشیده و سزارین را در زنان نخست زا ارتباط دارند؟

روش کار

این مطالعه طولی آینده نگر در سال ۱۳۸۹ بر روی ۱۵۶ زن نخست زا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قم انجام شد. پس از تصویب طرح توسط کمیته اخلاقی دانشگاه تربیت مدرس و کسب اجازه از دانشگاه علوم پزشکی قم و مراکز بهداشتی - درمانی، ابتدا ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی پرکار بر اساس تعداد مراجعین، انتخاب و با قرعه کشی، ترتیب مراجعه به این مراکز بهداشتی - درمانی مشخص شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد. بدین ترتیب که پژوهشگر در تمام ایام هفته به جزء روزهای تعطیل به طور مستمر از شروع ساعت اداری تا پایان آن به این مراکز (به صورت گردشی) مراجعه و از بین زنان نخست بارداری که جهت انجام مراقبت های دوران بارداری مراجعه می کردند، اقدام به نمونه گیری کرد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سن بارداری ۲۸-۳۰ هفته، تک قلوبی، شاخص توده بدنی طبیعی، عدم مصرف داروی ضد افسردگی و اضطراب، نداشتن بیماری مزمن، عدم سابقه سقط، نازایی، بارداری پرخطر و نداشتن سابقه افسردگی قبل و حین بارداری و زایمان در بیمارستان های آموزشی قم بود و شرایط خروج از مطالعه شامل: احتمال داشتن جنین با وزن کم، احتمال محدودیت رشد جنینی، داشتن عوامل خطر زایمان پره ترم (بر اساس نظر پزشک)، زنان بارداری که طی دو ماه قبل از مطالعه یکی از بستگان درجه اول خود را از دست داده بودند، زنان بارداری که به دلایلی شغل خود را از دست داده و زنان بارداری که اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر داشتند (طبق اظهار واحد پژوهش).

پس از توضیح اهداف مطالعه برای زنان باردار، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه از آنان، پرسشنامه های سنجش اضطراب پنهان اسپیل برگر،

نگرش زایمان هارتمن و کیفیت خواب پیترزبورگ توسط آنان تکمیل شد. همچنین چک لیست ثبت نتایج بارداری و زایمان (القاء لیبر، لیبر طول کشیده، روش زایمان) از پرونده زایمانی زنان توسط پژوهشگر تکمیل شد.

پرسشنامه استاندارد سنجش اضطراب اسپیل برگر (STAI)^۱

اضطراب سرشتی (پنهان) زنان با مقیاس اسپیل برگر که در ایران هنجاریابی شده است (۱۳)، بررسی شد. این مقیاس شامل ۴۰ سؤال می باشد که ۲۰ سؤال آن مربوط به اضطراب پنهان (بیان احساسات همیشگی یا اغلب اوقات مددجو) می باشد. نمره بندی این مقیاس شامل امتیازی بین ۰ تا ۳ که امتیاز ۳ نشان دهنده بالاترین میزان اضطراب و امتیاز ۰ نشان دهنده پایین ترین میزان اضطراب است. برای سؤالات معکوس، نمرات معکوس محسوب شد. دامنه نمره برای هر مقیاس بین ۶۰ تا ۰ در نظر گرفته شد، به گونه ای که امتیاز ۲۰ تا ۰ نشانه اضطراب خفیف، امتیاز ۴۰ تا ۲۱ اضطراب متوسط و امتیاز ۶۰ تا ۴۱ اضطراب شدید بود (۱۳).

پایایی^۲ این پرسشنامه بر اساس مطالعات انجام شده در ایران و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفت (۱۳).

گرت و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود مقیاس STAI را یک ابزار معتبر سنجش اضطراب در دوران بارداری معرفی کردند و هنگامی که STAI را با راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ویرایش چهارم^۳ مقایسه و بررسی کردند، مقیاس STAI از نظر حساسیت، ویژگی و ارزش پیش بینی کننده اضطراب در بارداری معتبر بود (۱۴). با توجه به اینکه در این مطالعه تعداد افرادی که سطح اضطراب شدید داشتند، خیلی کم بود (۳ نفر)، واحدهای پژوهشی که میزان اضطراب ۲۰ تا ۰ داشتند، در گروه غیر مضطرب و افرادی که میزان اضطراب بالاتر از ۲۰ داشتند، در گروه مضطرب قرار گرفتند. در مطالعه نصیری امیری و همکاران (۲۰۰۹) و دایان و همکاران (۲۰۰۲)، بر اساس میزان اضطراب، زنان

^۱ spielbrger's trait anxiety inventory

^۲ Reliability

^۳ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)

باردار مورد مطالعه به دو گروه تقسیم شدند و نمره بندی مقیاس سنجش اضطراب از ۱ بود و نمره بالاتر از ۴۵ را در گروه مضطرب قرار دادند (۱۵، ۱۶).

پرسشنامه ترس از زایمان هارتمن^۱

جهت بررسی ترس از زایمان، از پرسشنامه نگرش زایمان هارتمن که توسط لوئی مورد بازنگری قرار گرفته است، استفاده شد (۱۷). این پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال بر اساس لیکرت ۴ تایی (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) می باشد. به این ترتیب که امتیاز ۵۶-۱۴ را شامل می شوند و نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر است. با توجه به اینکه در مورد ترس زایمان نمره برشی^۲ وجود نداشت، تعیین نمره برش بر اساس نظر گرین و لویس و مطالعات مشابه خارج از کشور، مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه یعنی ۲۸ به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. اعتبار و اعتماد علمی این پرسشنامه بر اساس مطالعه خرسندی در ایران، پایایی^۳ آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و با روایی محتوی مورد تأیید قرار گرفت (۷).

پرسشنامه کیفیت خواب پیتزبورگ^۴

این پرسشنامه وسیله ای جهت سنجش کیفیت و الگوی خواب افراد است و خواب مناسب را از خواب نامناسب با ارزیابی ۷ ویژگی خواب افراد در طول ماه گذشته مشخص می کند که این موارد شامل: کیفیت خواب از نظر خود فرد، مدت زمانی که طول می کشد تا فرد به خواب برود، طول مدت خواب، کارایی خواب، مشکلات زمان خواب، استفاده از داروهای خواب آور و اختلال عملکرد روزانه است که پاسخ به سؤالات توسط بیمار انجام گرفت. امتیازدهی به پاسخ ها بر اساس امتیاز صفر تا ۳ بود که امتیاز ۳ مشخص کننده حداکثر منفی در مقیاس لیکرت می باشد. مجموع امتیاز بیشتر یا مساوی ۵، نشان دهنده کیفیت خواب نامطلوب است (۱۸، ۱۹). در مطالعه قریشی و همکاران پرسشنامه پیتزبورگ دارای قابلیت اعتماد بود (آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳) (۱۹). همچنین در مطالعه اسکوتریس و همکاران این پرسشنامه از روان سنجی خوبی در دوران بارداری

برخوردار بود و به خوبی کیفیت خواب در اواسط و اواخر بارداری را بیان می کرد (۱۸).

در مورد پیامدهای زایمان، القاء لیبر به استفاده از اکسی توسین در القاء انقباضات رحمی گفته می شود (۲۰). لیبر طول کشیده به دیلاتاسیون کمتر از ۱/۲ سانتی متر در ساعت و نزول کمتر از ۱ سانتی متر در ساعت در فاز فعال زایمان (۲۰) اطلاق می شود و برای ثبت روش زایمان، روش زایمان مشخص شده در برگه اتاق زایمان مد نظر قرار گرفت.

حجم نمونه با توجه به مطالعات انجام شده در زمینه های مشابه (۲۱) و با استفاده از فرمول حجم نمونه، ۱۴۰ نفر محاسبه شد که با اکتساب ۱۰ درصد ریزش نمونه ها، ۱۵۶ نفر وارد مطالعه شدند.

جهت بررسی ارتباط اضطراب، ترس از زایمان و کیفیت خواب با لیبر القاء شده، لیبر طول کشیده، سزارین اورژانسی و انتخابی از آزمون کای دو و جهت محاسبه خطر نسبی سرانجام زایمانی شامل: لیبر طول کشیده، لیبر القاء شده، سزارین اورژانسی و انتخابی از تحلیل رگرسیون لوجستیک استفاده شد. خطر نسبی محاسبه شده برای همه متغیرهای سرانجام زایمانی با استفاده از تحلیل لوجستیک رگرسیون، با متغیرهای سن، تحصیلات مادر و رضایت از زندگی که در چندین مطالعه از عوامل مداخله گر در ایجاد اضطراب بیان شدند (۲۲-۲۵)، کنترل به عمل آمد. عوامل مداخله گر مادر که به عنوان واسطه، تعریف شدند شامل: سن مادر در هنگام انجام مصاحبه، تحصیلات مادر که به چهار دوره ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان، دانشگاهی تقسیم شدند و رضایت از زندگی به صورت رضایت دارد یا ندارد بود. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های کای دو، تحلیل رگرسیون لوجستیک و آزمون همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۱۵۶ زن باردار نخست زا با میانگین سنی $3/9 \pm 22/8$ سال در هفته های ۲۸ و سپس در هفته ۳۸ بارداری مورد بررسی قرار گرفتند (جدول ۱).

¹ Childbirth Attitude Questionnaire Hartman (CAQ)

² Cut Off

³ Reliability

⁴ Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات فردی زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر قم سال ۱۳۸۹

متغیر	تعداد	درصد
سن (سال)		
۲۰ تا ۱۵ سال	۴۷	۳۰/۱
۲۵ تا ۲۰ سال	۸۰	۵۱/۳
۳۰ تا ۲۵ سال	۲۳	۱۴/۴
۳۵ تا ۳۰ سال	۶	۴/۲
جمع	۱۵۶	۱۰۰/۰
تحصیلات		
دبستان	۲۱	۱۳/۴
راهنمایی	۵۴	۳۴/۶
دبیرستان	۶۵	۴۱/۷
دانشگاهی	۱۶	۱۰/۳
جمع	۱۵۶	۱۰۰/۰
رضایت از زندگی		
رضایت دارد	۹۸	۹۴/۹
رضایت ندارد	۸	۵/۱
جمع	۱۵۶	۱۰۰

مشاهده شد (به ترتیب $p=0/04$ و $p=0/001$). تحلیل رگرسیون لجستیک احتمال لیبر القاء شده و سزارین انتخابی در گروه مادران مضطرب را به ترتیب ۲ و ۱۰ برابر بیشتر از گروه غیر مضطرب نشان داد. در این مطالعه بین اضطراب پنهان با سایر متغیرهای مورد بررسی (لیبر طول کشیده و سزارین اورژانسی) ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($p>0/1$) (جدول ۲).

۶۳ نفر (۴۰/۴٪) از مادران اضطراب پنهان، ۱۲۵ نفر (۸۱/۲٪) از مادران ترس از زایمان و ۴۶ نفر (۳۲/۹٪) کیفیت نامطلوب خواب داشتند. در این مطالعه، ۹۸ نفر (۶۲/۸٪) از زنان به روش طبیعی زایمان کردند و ۵۸ نفر (۳۷/۲٪) تحت عمل سزارین قرار گرفتند. بین نمرات اضطراب پنهان مادر در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری با لیبر القاء شده و سزارین انتخابی ارتباط معنی داری

جدول ۲- ارتباط اضطراب پنهان با پیامد زایمان در زنان نخست زا مراجعه کننده به بیمارستان های آموزشی شهر قم سال ۱۳۸۹

متغیر مورد بررسی	مادر مضطرب (درصد)	مادر غیر مضطرب (درصد)	نسبت شانس	ضریب اطمینان ۹۵٪	سطح معنی داری
القاء اکسی توسین	۷۷/۴	۶۲/۳	۲/۱	۱/۱-۴/۵	۰/۰۴
لیبر طول کشیده	۱۷	۱۵/۱	۱/۱	۰/۴-۳/۱	۰/۸
زایمان طبیعی	۶۰/۳	۶۴/۸	۰/۸	۰/۴-۱/۵	۰/۳
سزارین اورژانسی	۶۷/۴	۶۸/۵	۱/۱	۰/۵-۳/۲	۰/۸
سزارین انتخابی	۱۱/۸	۰/۰	۱۰/۳	۱/۳-۸۵/۰	۰/۰۰۱

*خطر نسبی برای متغیر سن مادر، تحصیلات و رضایت از زندگی کنترل شده است.

زایمان، احتمال استفاده از اکسی توسین را در طول لیبر حدود ۲ برابر پیش بینی می کند (جدول ۳).

در مطالعه حاضر، بین نمرات ترس از زایمان در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری با لیبر القاء شده، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($p=0/05$) با این وجود، ترس از

جدول ۳- ارتباط ترس از زایمان با پیامد زایمان در زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر قم سال ۱۳۸۹

متغیر مورد بررسی	ترس از زایمان (درصد)	عدم ترس از زایمان (درصد)	نسبت شانس*	ضریب اطمینان ۹۵٪	سطح معنی داری
القاء اکسی توسین	بله	۷۱/۷	۵۹/۳	۱/۹	۰/۰۵
	خیر	۲۸/۳	۴۰/۷		
لیبر طول کشیده	بله	۱۹/۳	۴/۳	۵/۵	۰/۱
	خیر	۸۰/۸	۹۵/۷		
زایمان طبیعی	بله	۶۰/۳	۶۹/۰	۰/۶	۰/۳
	خیر	۳۹/۷	۳۱/۰		
سزارین اورژانسی	بله	۳۳/۷	۲۸/۶	۱/۴	۰/۶
	خیر	۶۶/۳	۷۱/۴		
سزارین انتخابی	بله	۶/۹	۰/۰	۱/۹۶	۰/۱
	خیر	۹۳/۱	۱۰۰/۰		

*خطر نسبی برای متغیر سن مادر، تحصیلات و رضایت از زندگی کنترل شده است.

طول کشیده و سزارین اورژانسی و انتخابی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p > 0/1$).
آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین نمرات اضطراب پنهان و ترس از زایمان در هفته ۲۸ بارداری و همچنین بین اضطراب پنهان و ترس از زایمان در هفته ۳۸ بارداری همبستگی مثبت و معنی داری نشان داد که با آزمون کای دو تأیید شد ($p = 0/001$ ، $t > 0/3$).

از طرفی، تمامی مادرانی که سزارین انتخابی شدند، در گروه ترس از زایمان قرار داشتند و تحلیل رگرسیون لوجستیک احتمال سزارین انتخابی را در گروه ترس از زایمان، ۲ برابر گروه عدم ترس از زایمان نشان داد، اما آزمون کای دو ارتباط معنی داری را بین ترس از زایمان و سزارین انتخابی و سایر متغیرهای مورد بررسی نشان نداد ($p > 0/1$). بر اساس آزمون کای دو، بین نمرات کیفیت خواب با القاء اکسی توسین، لیبر

جدول ۴- ارتباط کیفیت خواب با پیامد زایمان در زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر قم سال ۱۳۸۹

متغیر مورد بررسی	کیفیت خواب مطلوب (درصد)	کیفیت خواب نامطلوب (درصد)	نسبت شانس	ضریب اطمینان ۹۵٪	سطح معنی داری
القاء اکسی توسین	بله	۶۵/۱	۷۴/۴	۰/۶	۰/۳
	خیر	۳۴/۹	۲۵/۶		
لیبر طول کشیده	بله	۱۶/۵	۱۳/۵	۰/۶	۰/۶
	خیر	۸۵/۵	۸۶/۵		
زایمان طبیعی	بله	۵۹/۶	۶۷/۴	۰/۷	۰/۲
	خیر	۴۰/۴	۳۲/۶		
سزارین اورژانسی	بله	۳۵/۴	۲۸/۲	۱/۴	۰/۴
	خیر	۶۴/۶	۷۱/۸		
سزارین انتخابی	بله	۴/۳	۶/۵	۰/۶	۰/۵
	خیر	۹۵/۷	۹۳/۵		

*خطر نسبی برای متغیر سن مادر، تحصیلات و رضایت از زندگی کنترل شده است.

بحث

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، میزان سزارین انتخابی در گروه مادران مضطرب به طور معنی داری بالاتر بود. همچنین تحلیل رگرسیون با کنترل سن مادر، تحصیلات و رضایت از وضعیت زندگی به عنوان عوامل مداخله گر، احتمال سزارین انتخابی را ۱۰ برابر نشان داد (CI=۱/۲-۸۵ OR=۱۰/۳). نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه اندرسون و همکاران (۲۰۰۴) همخوانی داشت. در این مطالعه بین اضطراب دوران بارداری و زایمان سزارین انتخابی ارتباط معنی داری مشاهده شد (OR=۱/۷) OR=۲/۹-۱/۰۵ (CI=۱/۰۱) (p<۰/۰۱) (۲۶).

علاوه بر نتایج فوق، بین نمرات اضطراب دوران بارداری با میزان لیبر القاء شده ارتباط معنی داری مشاهده شد (OR=۲/۱) (p=۰/۰۴). مکانیسم این ارتباط ممکن است آدرنالین ترشح شده به علت ترس، استرس و اضطراب باشد که به عنوان آنتاگونیست اکسی توسین عمل می کند و به طور طبیعی مانع انقباضات رحمی می شود. همچنین سایر مطالعات، ترشح هورمون هایی نظیر «کاتکولامین ها، اپی نفرین، نوراپی نفرین و دوپامین» را در اثر اضطراب پیشنهاد می کنند که یکی از علل دیسترس جنینی و لیبر مشکل زا هستند (۲۷).

از طرفی نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه اندرسون و همکاران همخوانی نداشت. در مطالعه اندرسون و همکاران بین نمرات اضطراب در بارداری و القاء لیبر ارتباط معنی داری مشاهده نشد (p>۰/۰۵) (۲۶).

بر اساس نتایج این مطالعه، بین اضطراب پنهان با لیبر طول کشیده ارتباط معنی داری وجود نداشت که با مطالعه اندرسون و همکاران همخوانی داشت. آنها نیز گزارش کردند که اختلالات اضطراب در طول بارداری پیشگویی کننده پیشرفت ضعیف زایمان نمی باشد (CI=۰/۵-۱/۳ OR=۰/۸) (۲۶).

بیب و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه خود بین اضطراب پنهان که از طریق STAIT سنجیده شده بود و دیلاتاسیون سرویکس، ارتباط معنی داری گزارش کردند. زنان بارداری که از سطح اضطراب بالاتری برخوردار بودند، دیلاتاسیون سرویکس در آنها بیشتر بود (p=۰/۰۳) و (I=۰/۴۸) (۲۸). با توجه به اینکه در مطالعه حاضر،

واحدهای پژوهش در طول لیبر، اکسی توسین دریافت می کردند، لیبر القاء شده ممکن است یکی از عواملی باشد که بر روند لیبر تأثیر گذاشته باشد. در حالی که در مطالعه اندرسون و بیب القاء لیبر صورت نگرفت (۲۶، ۲۸). شاید بتوان علت ناهمخوان بودن نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ذکر شده را در این دانست که در مطالعه حاضر، لیبر خود به خودی در نظر گرفته نشد و واحدهای پژوهش در این مطالعه تحت القاء لیبر قرار گرفتند که استفاده از اکسی توسین را می توان یک عامل مداخله گر در نظر گرفت. در مطالعه حاضر بین اضطراب پنهان با سزارین اورژانسی ارتباط معنی داری مشاهده نشد.

در مطالعه جانسون و همکاران (۲۰۰۲) نیز بین اضطراب پنهان مادر در هفته ۳۲ بارداری با سزارین اورژانسی ارتباط معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۶) (۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. اما نتایج این قسمت از مطالعه حاضر با نتایج مطالعه شایقیان و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی نداشت. در مطالعه شایقیان و همکاران، نوع زایمان با میزان اضطراب مادر مرتبط بود و در زنان مضطرب، میزان زایمان سزارین بیشتر بود (p<۰/۰۰۱). شاید بتوان این اختلاف را ناشی از تفاوت پرسشنامه ها و کم بودن تعداد نمونه (تعداد = ۴۰ نفر) و بررسی زنان چندزا و نخست زا با هم در مطالعه شایقیان دانست (۲۹). همچنین در مطالعه هیمسند و همکاران (۲۰۰۶)، بین اضطراب دوران بارداری و روش زایمان ارتباط معنی داری مشاهده نشد و میزان سزارین اورژانس در گروه مورد نسبت به گروه کنترل بالاتر نبود (p=۰/۳۴) (۳۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در حیطه ترس از زایمان، ترس از زایمان با هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی ارتباط معنی داری نداشت اما میزان سزارین انتخابی در مادرانی که ترس از زایمان داشتند، به طور معناداری بالاتر بود. در والدنستروم و همکاران (۲۰۰۶) که به بررسی ارتباط ترس از زایمان با سزارین انتخابی در ۲۶۶۲ زن باردار در هفته ۱۶ بارداری پرداختند، زانی که ترس از زایمان داشتند میزان سزارین انتخابی در آنان به طور معنی داری افزایش یافت (۳۱). لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر تمامی واحدهای پژوهشی که زایمان سزارین

انتخابی داشتند، در گروه ترس از زایمان قرار داشتند و در تحلیل رگرسیون لوجستیک که برای سن مادر، تحصیلات (۲۴-۲۲) و رضایت از وضعیت زندگی (۲۵) کنترل صورت گرفت، احتمال خطر سزارین انتخابی را در این گروه ۲ برابر نشان داد.

در مطالعه حاضر بین نمرات ترس از زایمان در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری با سزارین اورژانس ارتباط مثبت و معنی داری مشاهده نشد ($p > 0/1$). جانسون و همکاران (۲۰۰۲) نیز در مطالعه خود بین ترس از زایمان مادر در هفته ۳۲ بارداری با سزارین اورژانس ارتباط معناداری گزارش نکردند ($p > 0/8$) (۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر بین ترس از زایمان و لیبر القاء شده و لیبر طول کشیده ارتباط معنی داری مشاهده نشد و که در این زمینه مطالعه ای برای مقایسه نتایج یافت نشد. علاوه بر نتایج فوق، در مطالعه حاضر بین ترس از زایمان و روش زایمان ارتباط معنی داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه جانسون و همکاران همخوانی داشت. آنها در مطالعه خود تحت عنوان "آیا ترس از زایمان در طول بارداری سزارین اورژانس را پیشگویی می کند؟" دریافتند که ترس از زایمان به طور کلی با روش زایمان مرتبط نیست ولی ممکن است جنبه خاصی از ترس مرتبط با سزارین باشد و سزارین با پاریتی، سزارین قبلی و خطرهای طبی همراه است نه با ترس از زایمان ($p > 0/05$) (۴).

بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه نگاهبان و همکاران (۲۰۰۸) بین شدت ترس از زایمان و روش زایمان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$) (۳۲). شاید بتوان یکی از دلایل تفاوت نتایج را عدم استفاده از یک پرسشنامه استاندارد شده یکسان برای بررسی ترس از زایمان را دانست.

همچنین در این مطالعه بین نمرات کیفیت خواب و طول مدت زایمان، ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($p > 0/1$) که با نتایج مطالعه ایوانس و همکاران (۱۹۹۵) همخوانی داشت. در مطالعه ایوانس، همبستگی بین کیفیت خواب در یک هفته قبل از زایمان با طول مدت زایمان و نوع زایمان بررسی شد (۳۳)، آنها ارتباط

معناداری بین کیفیت خواب و طول مدت لیبر گزارش نکردند ($r = 0/006$). اما در مطالعه اکبری و همکاران (۲۰۰۶) و لی و همکار (۲۰۰۴) که با هدف بررسی ارتباط اختلالات خواب در ماه آخر بارداری با طول مدت زایمان انجام شد، افرادی که اختلالات خواب شدیدتری داشتند، طول مدت زایمان در آنان طولانی تر بود (۳۴، ۳۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. احتمالاً دلیل تفاوت در نتایج آنها با مطالعه حاضر در این است که زنان نخست زا و چندزا با هم مورد مطالعه قرار گرفته و از این لحاظ نیز همسان سازی صورت نگرفته بود.

در مطالعه حاضر شانس سزارین در گروه دارای کیفیت خواب نامطلوب ۱/۴ برابر گروه بدون اختلال بود ولی از نظر آماری معنادار نبود و کیفیت خواب نامطلوب تأثیر معنی داری در افزایش شیوع سزارین نداشت. در مطالعه لی و همکاران (۲۰۰۱) مشخص شد که اختلال خواب خطر زایمان سزارین را ۲/۷ برابر افزایش می دهد (۳۶) ولی در مطالعه اکبری و همکاران (۲۰۰۶) و ایوانس و همکاران (۱۹۹۵) بین نوع زایمان و اختلال خواب ارتباط آماری معنی دار یافت نشد (۳۳، ۳۴) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر بین اضطراب پنهان و ترس از زایمان ارتباط مثبت و معنی داری وجود داشت که با نتایج سایر مطالعات در این زمینه همخوانی داشت (۱، ۲، ۸). در مطالعه اسپیس و همکاران (۲۰۰۹) ارتباط مثبتی بین اضطراب پنهان در اواخر ماه ششم بارداری و ترس از زایمان خصوصاً در زنان نخست زا گزارش شد ($p = 0/01$). با توجه به نتایج مطالعات گذشته در زنان نخست زا ترس از زایمان بیشتری وجود دارد و افزایش اضطراب پنهان احتمال تجربه ترس از زایمان را در این زنان افزایش می دهد (۱، ۲).

در مطالعه سایستو و همکاران (۲۰۰۱)، زر و همکار (۲۰۰۱) و علیپور و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین اضطراب بارداری و ترس از زایمان ارتباط معنی داری گزارش شد (۳۷-۳۹) که نتایج مطالعه حاضر را تأیید می کنند.

از محدودیت های مطالعه حاضر می توان به این نکات اشاره کرد که در این مطالعه برای بررسی ترس از زایمان

نتیجه گیری

میزان سزارین انتخابی در گروه مادران مضطرب به طور معنی داری بالاتر است همچنین بین نمرات اضطراب دوران بارداری با میزان لیبر القاء شده ارتباط معنی داری وجود دارد. از طرفی در گروه ترس از زایمان هم میزان لیبر القاء شده، لیبر طول کشیده، زایمان سزارین اورژانسی و انتخابی به طور محسوسی بیشتر می باشد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس جهت حمایت مالی مطالعه و همچنین از ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی قم، ریاست محترم مرکز بهداشت استان قم و کلیه مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

و اضطراب و کیفیت خواب فقط از ابزار خود گزارش دهی ترس از زایمان و اضطراب و کیفیت خواب استفاده شد و نمرات به دست آمده از این پرسشنامه ها فقط احتمال اینکه این افراد در معرض ترس از زایمان و اضطراب و کیفیت خواب نامطلوب هستند را مشخص می کند و در مطالعات آینده بهتر است بررسی بالینی و تشخیصی این موارد نیز به طور همزمان صورت گیرد. همچنین برای نتیجه گیری دقیق تر، فاکتورهای پره ناتال، وقایع حین زایمان و محیط اطراف که ممکن است بر روند لیبر تأثیرگذار باشند به عنوان عوامل مداخله گر بررسی شوند. با وجود این محدودیت ها، از نقاط قوت مطالعه حاضر می توان به آینده نگر بودن آن اشاره کرده و اینکه ترس از زایمان و اضطراب و کیفیت خواب در بارداری دو بار یعنی در هفته ۲۸ و ۳۸ بارداری ارزیابی شدند. همچنین تمامی افرادی که ممکن افسردگی یا سابقه ای از افسردگی داشته از مطالعه خارج شدند.

منابع

- Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L, Vilksa S, et al. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. *Obstet Gynecol* 2006 Jul;108(1):70-6.
- Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009 Sep;30(3):168-74.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009 Jan;116(1):67-73.
- Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002 Nov;109(11):1213-21.
- Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998 May;77(5):542-7.
- Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health* 2005 Jul-Aug;50(4):e36-40.
- Khorsandi M. [Effect of precede proceed model combined with the health belief model and the self-efficacy to increase normal childbirth in nulliparous women] [Thsise in Persian]. Tehran: Tarbiat Modarres University; 2008.
- Ponirakis A, Susman EJ, Stifter CA. Negative emotionality and cortisol during adolescent pregnancy and its effects on infant health and autonomic nervous system reactivity. *Dev Psychobiol* 1998 Sep;33(2):163-74.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav Dev* 2007 Feb;30(1):127-33.
- Laursen M, Johansen C, Hedegaard M. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2009 Sep;116(10):1350-5.
- Johnson RC, Slade P. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship? *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003 Mar;24(1):1-14.
- Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007 May;196(5):424-32.
- Bastani F, Hidarnia A, Vafaei M. [Effect of relaxation training based on the synthesizing of the precede model with the health belief model and the self-efficacy theory on anxiety and pregnancy outcomes among pregnant women] [Thsise in Persian]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2005.
- Grant KA, McMahon C, Austin MP. Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *J Affect Disord* 2008 May;108(1-2):101-11.
- Nasiri Amiri F, Salmalian H, Hajia-Hamed M. [Association between prenatal anxiety and spontaneous preterm birth] [Article in Persian]. *J Babol Univ Med Sci* 2009;11:42-8.

16. Dayan J, Creveuil C, Herlicoviez M, Herbel C, Baranger E, Savoye C, Thouin A. Role of Anxiety and Depression in the Onset of Spontaneous Preterm Labor. *Am J Epidemiol* 2002 Feb 15;155(4):293-301.
17. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosomatic Obstet Gynecol* 2000 Dec;21(4):219-24.
18. Skouteris H, Wertheim EH, Germano C, Paxton SJ, Milgrom J. Assessing sleep during pregnancy: a study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. *Womens Health Issues* 2009 Jan-Feb;19(1):45-51.
19. Ghoreishi A, Aghajani AH. [Sleep quality in Zanjan university medical students]. [Article in Persian]. *J Tehran Univ Med Sci* 2008;1:61-7.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. *Williams obstetrics*. 22nd ed. New York:McGraw-Hill;2005.
21. Shahhosseini Z, Abedian K, Azimi H. [Role of anxiety during pregnancy in preterm elivery]]. [Article in Persian]. *J Zanjan Univ Med Sci* 2008;16:85-92.
22. Austin MP, Tully L, Parker G. Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):169-74.
23. Sutter-Dallay AL, Giaconne-Marcésche V, Glatigny-Dallay E, Verdoux H. Women with anxiety disorders during pregnancy are at increased risk of intense postpartum depression symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Eur Psychiatry* 2004 Dec;19(8):459-63.
24. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* 2008 Apr 16;8:24.
25. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2009 Oct;46(10):1355-73.
26. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2004 Sep;104(3):467-76.
27. Kitzinger S. *Recovering Birth*. New York:Pocket Books;2000:135.
28. Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007 Sep-Oct;36(5):410-8.
29. Shayqyan Z, Tabatabaei S K, Sedighi Loye A. [Effect of maternal anxiety in the third trimester of pregnancy and delivery process and baby mental health] [Article in Persian]. *J Nurs Midwifery, Tehran Univ Medi Sci* 2008;3(4):57-64.
30. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(4):435-40.
31. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006 Jun;113(6):638-46.
32. Negahban T, Ansari A. [Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section in nulliparous woman?] [Article in Persian]. *J Nurs & Midw, Tehran Univ Medi Scie* 2008;14(4):73-81.
33. Evans M, Dick M, Clark A. Sleep during the week before labor relationships to labor outcomes. *Clin Nurs* 1995;4(3):234-52.
34. Akbari AA, Bouluri B, Sadegh Niat Kh, Alavi Majd H. [Relationship between sleep disorders in the last month of pregnancy, labor duration and type of delivery in pregnant women referred to health centers Saghez city in 2006] [Article in Persian]. *J Ilam Univ Medi Scie* 2006;15(3):8-14.
35. Lee KA, Gay C. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004 Dec;191(6):2041-6.
36. Lee KA, Mcenany G, Zaffke ME. REM sleep and mood state in child bearing women: sleepy or weepy? *Sleep* 2001 Nov 1;23(7):877-85.
37. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001 May;108(5):492-8.
38. Zar M, Wijma K. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther* 2001;30:75-84.
39. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011 Spring;16(2):169-73.