

رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان باردار

بی بی نرگس معاشری^۱، غلامرضا شریف زاده^۲، وحیده سلطان زاده^۳،
زهرا خسروی گیوشاد^۳، فاطمه رخشانی زابل^{۴*}

۱. مربی بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۲. استادیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۳. کارشناس بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
۴. کارشناس ارشد آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱

خلاصه

مقدمه: افزایش سریع میزان سزارین با توجه به عوارض شدیدتر سزارین نسبت به زایمان طبیعی، سزارین را به یکی از نگرانی‌های عمده در سلامت زنان تبدیل کرده است. با توجه به شیوع بالای سزارین در شهر بیرجند و اهمیت کاهش سزارین اولیه، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی درمانی بیرجند انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۹۶ زن نخست باردار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی - درمانی شهر بیرجند انجام شد. افراد پرسشنامه اطلاعات فردی و روش ارجح زایمان، پرسشنامه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های تست دقیق فیشر، کای اسکوئر، تی‌مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، من ویتنی و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: ۱۵۴ نفر (۸۱/۱٪) تمایل به انجام زایمان طبیعی و ۱۰۴ نفر (۵۴/۷٪) ترس زیادی از درد داشتند. ۶۹ نفر (۳۷/۳٪) از زایمان خیلی می‌ترسیدند. ۱۶۰ نفر (۸۵/۵٪) نگرش منفی و خیلی منفی به سزارین داشتند. بین روش ارجح زایمان با ترس از درد ($p=0/047$)، ترس از زایمان ($p=0/012$) و نگرش به سزارین ($p=0/008$) اختلاف معنی‌داری وجود داشت. همچنین بین سطح تحصیلات همسر ($p=0/017$)، میزان درآمد خانواده ($p=0/022$) و فاصله ازدواج تا بارداری ($p=0/001$) با روش ارجح زایمان اختلاف معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت نگرش به سزارین و ترس از زایمان و تأثیر آن‌ها بر انتخاب روش زایمان و متعاقباً بر سلامت مادر و نوزاد، لزوم مداخلات در این زمینه به منظور اصلاح نگرش افراد و کاهش ترس از زایمان در زنان نخست باردار شهر بیرجند احساس می‌شود.

کلمات کلیدی: ترس از درد، ترس از زایمان، زنان نخست باردار، نگرش به زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: فاطمه رخشانی زابل؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۶۰۶۶۰۳۴؛ پست الکترونیک: f_rakhshany@yahoo.com

مقدمه

روند زایمان اگرچه به عنوان شگفت انگیزترین و خاص‌ترین تجربه زندگی زنان محسوب می‌شود، در عین حال می‌تواند بالقوه آسیب‌زا نیز باشد، چرا که یکی از دردناک‌ترین رویدادهایی است که یک زن احتمالاً تحمل می‌کند (۱). بسیاری از زنان تمایل به انجام سزارین بدون اندیکاسیون پزشکی دارند (۲). تقریباً حدود ۸-۱۴٪ سزارین‌ها در جهان به درخواست مادر و بدون اندیکاسیون پزشکی انجام می‌شوند (۳). سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۵ اعلام کرد هیچ‌گونه توجیهی برای هیچ منطقه‌ای وجود ندارد که نرخ سزارین بالاتر از ۱۵-۱۰٪ داشته باشد (۴). میزان سزارین به صورت قابل ملاحظه‌ای بین کشورهای کم درآمد و با درآمد بالا متفاوت است (۵). بالاترین میزان گزارش شده در نرخ سزارین ایالات متحده آمریکا مربوط به سال ۲۰۰۴، با شیوع ۲۹/۱٪ بوده است (۶). میزان سزارین در ایران از ۳۵٪ در سال ۲۰۰۰ به ۴۸٪ در سال ۲۰۰۹ افزایش یافته است (۷). میزان شیوع سزارین در شهر بیرجند در سال ۱۳۸۶، ۴۰/۳٪ برآورد شده است (۸). عوارض و خطرات شدیدتر سزارین نسبت به زایمان طبیعی از جمله خطر بیهوشی، عفونت پس از عمل، میزان خونریزی زیاد و غیره، شیوع بالا و روزافزون سزارین را به یکی از نگرانی‌های عمده در سلامت زنان تبدیل کرده است (۹). بنابراین مطالعات مختلفی به منظور شناسایی عوامل مؤثر بر انتخاب سزارین انجام شده است و عواملی از قبیل ترس از درد زایمان، ترس از زایمان، نگرش به زایمان، تجربیات زایمانی، فاجعه‌سازی درد، سابقه سزارین قبلی و ... از جمله عوامل تأثیرگذار بر انتخاب نوع زایمان عنوان شده‌اند (۱۰-۱۴). ترس‌های مربوط به زایمان و بارداری، دلیل اولیه برای درخواست سزارین عنوان شده است. سطح بالای ترس از زایمان، خطر سزارین اورژانسی و سزارین به درخواست مادر را افزایش می‌دهد (۱۵). بین ۶-۱۳٪ زنان باردار ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (۱۶). مطالعه روهه و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد انتخاب سزارین با ترس از زایمان ارتباط دارد و ترس از زایمان در زنان نخست‌زا

نسبت به زنان چندزا بیشتر است (۱۰). اتقایی و همکار (۲۰۱۱) نشان دادند همبستگی معکوس و معنی‌داری بین شدت درد درک شده با انتخاب زایمان طبیعی وجود دارد (۱۴). در مطالعه قدیمی و همکاران (۲۰۱۴) داشتن نگرش مثبت به سزارین با افزایش انتخاب سزارین همراه بود (۱۷). در مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۱) زنانی که تحت عمل سزارین انتخابی قرار گرفته بودند، نگرش پایین‌تری به زایمان طبیعی داشتند (۱۸). مطالعات نشان داده‌اند از علل افزایش شیوع سزارین، افزایش سزارین در زنان نخست‌زا و همچنین انجام سزارین تکراری به دنبال سزارین اولیه است (۶). بنابراین با توجه به شیوع بالای سزارین در شهر بیرجند و با توجه به اهمیت کاهش سزارین اولیه، مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان باردار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی درمانی شهر بیرجند در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۲ بر روی ۱۹۶ زن نخست باردار مراجعه‌کننده به پایگاه‌های بهداشتی - درمانی شهر بیرجند که در هفته ۳۶-۲۸ حاملگی قرار داشته و منعی برای زایمان طبیعی نداشتند، انجام شد. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد نسبت با $p=0/05$ ، $d=0/07$ و $\alpha=0/05$ ، ۱۹۶ نفر به دست آمد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای شامل ۴ بخش برای سنجش اطلاعات فردی، ترس از درد و ترس از زایمان و نگرش نسبت به سزارین بود. اطلاعات فردی شامل سطح تحصیلات و شغل مادر باردار، سطح تحصیلات همسر، وضعیت بیمه، درآمد خانوار، فاصله زمانی بین ازدواج و بارداری و همچنین یک سؤال در مورد روش ارجح زایمان بود. جهت سنجش ترس از درد، از پرسشنامه استاندارد ترس از درد (FPQ)^۱ ۳۰ سؤالی استفاده شد که ۱۰ سؤال مربوط به سنجش درجه ترس فرد از درد خفیف، ۱۰ سؤال مربوط به سنجش درد شدید و ۱۰ سؤال مربوط به سنجش درد پزشکی

¹ Fear of pain questionnaire

است. این پرسشنامه ترس از درد را در یک طیف ۵ گزینه‌ای از "اصلاً (۱)"، "کمی (۲)"، "تا حد متوسط (۳)"، "خیلی زیاد (۴)"، تا بی‌نهایت (۵) اندازه می‌گرفت. دامنه نمره این مقیاس از ۱۵۰-۳۰ است. نمرات کمتر از ۵۲ به عنوان نمرات ترس از درد کم، نمرات بین ۵۲-۷۹ به عنوان نمرات ترس از درد متوسط و نمرات بیشتر از ۸۰ به عنوان نمرات ترس زیاد از درد در نظر گرفته شد. مک نیل و همکاران (۱۹۹۸) پایایی این پرسشنامه را برای هر کدام از زیر مقیاس‌های درد بالاتر از ۰/۸۵ گزارش کردند (۱۹). در ایران نیز در مطالعات قوشچیان و همکاران (۲۰۱۰) پایایی این مقیاس ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۲). در مطالعه والا و همکاران (۲۰۱۲)، اعتبار و پایایی این پرسشنامه بر روی دانشجویان بررسی شد و نتایج نشان داد که پرسشنامه مذکور واجد ویژگی‌های لازم برای سنجش ترس از درد در پژوهش‌های روان‌شناختی و مطالعات غیر بالینی ترس از درد در جامعه ایرانی است (۲۰). جهت سنجش ترس از زایمان، از پرسشنامه محقق ساخته نگهبان و همکار (۲۰۰۷) استفاده شد (۲۱). پرسشنامه ترس از زایمان، شامل ۶ گزاره در مورد علت ترس از زایمان بود و شدت ترس را در یک طیف چهار گزینه‌ای از "اصلاً نمی‌ترسم (۱)"، "کمی می‌ترسم و نگرانم (۲)"، "خیلی می‌ترسم (۳)" تا "فوق العاده زیاد می‌ترسم (۴)" اندازه می‌گرفت. دامنه نمره این مقیاس از ۲۴-۶ بود. در تحلیل آماری، نمرات "۱۱-۶ به عنوان اصلاً نمی‌ترسم"، نمرات "۱۵-۱۲ به عنوان کمی می‌ترسم و نگرانم"، نمرات "۱۹-۱۶ به عنوان خیلی می‌ترسم" و نمرات "۲۴-۲۰ به عنوان فوق‌العاده می‌ترسم" در نظر گرفته شد. به منظور سنجش نگرش به سزارین از پرسشنامه محقق ساخته مصطفی‌زاده و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شد (۹). پرسشنامه نگرش به سزارین شامل ۱۰ سؤال بود که نگرش فرد را نسبت به معایب سزارین در طیف پنج گزینه‌ای لیکرت از "کاملاً موافقم (۱)"، "کمی موافقم (۲)"، "نظری ندارم (۳)"، "کمی مخالفم (۴)"، "کاملاً مخالفم (۵)" اندازه می‌گرفت.

دامنه نمره این مقیاس از ۵۰-۱۰ بود و نمرات ۱۸-۱۰ به عنوان نگرش خیلی منفی (کاملاً موافقم)، نمرات ۲۶-۱۹ به عنوان نگرش منفی (موافقم)، نمرات ۳۴-۲۷ به عنوان نگرش خنثی (بی‌نظر) و نمرات ۴۲-۳۵ به عنوان نگرش مثبت (مخالفم) و نمرات ۵۰-۴۳ به عنوان نگرش خیلی مثبت کاملاً مخالفم) به سزارین در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه بر روی یک نمونه ۲۰ نفری از زنان نخست باردار بررسی شد. آلفای کرونباخ برای مقیاس ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۴ و ۰/۷۵ به دست آمد.

روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای تصادفی شده بود؛ بدین صورت بود که شهر بیرجند بر اساس شرایط جغرافیایی که به نوعی با وضعیت اقتصادی منطبق بود به چهار منطقه تقسیم شد. سپس در هر منطقه لیست پایگاه‌های بهداشتی از مرکز بهداشت شهرستان تهیه و از هر منطقه به صورت تصادفی یک پایگاه انتخاب (نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای) و در هر پایگاه بر اساس حجم نمونه و به روش نمونه‌گیری سیستماتیک تعداد نمونه مورد نظر انتخاب شد. بدین صورت که در هر پایگاه با توجه به تعداد زنان باردار تحت پوشش (N) و یک چهارم حجم نمونه (n)، نسبت $(N/(1/4n))$ به دست آمد که به عنوان فاصله نمونه‌گیری در هر پایگاه استفاده شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف مطالعه توضیح داده شد و همچنین به آن‌ها گفته شد نیازی به درج نام و نام خانوادگی آن‌ها در پرسشنامه نیست و اطلاعات به صورت کاملاً محرمانه خواهد بود. پس از اعلام رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و به صورت خود ایفا تکمیل شد. ۶ پرسشنامه به دلیل اطلاعات ناقص حذف و در نهایت ۱۹۰ پرسشنامه برای آنالیز نهایی وارد شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های تست دقیق فیشر، کای‌اسکوئر، تی‌مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، من

ویتی و ضریب همبستگی پیرسون انجام شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

دامنه سنی شرکت کنندگان ۱۵-۴۲ سال با میانگین $23/8 \pm 3/5$ سال بود. ۱۷۴ نفر ($91/6\%$) از زنان باردار خانه دار بودند، ۷۵ نفر ($40/5\%$) آن‌ها تحصیلات دانشگاهی داشتند و ۱۷۹ نفر ($94/2\%$) تحت پوشش بیمه بودند. از ۱۹۰ زن باردار، ۱۵۴ نفر ($81/1\%$) تمایل به انجام زایمان طبیعی و ۳۶ نفر ($18/9\%$) تمایل به عمل

سزارین داشتند. میزان ترس از درد در ۲۸ نفر ($14/7\%$) از افراد کم، در ۵۸ نفر ($30/5\%$) متوسط و در ۱۰۴ نفر ($54/7\%$) از زنان باردار در حد زیاد بود. تفاوت معنی داری در توزیع فراوانی روش ارجح زایمان بر حسب تحصیلات همسر ($p=0/017$)، سطح درآمد ($p=0/022$) و فاصله ازدواج تا بارداری ($p=0/001$) وجود داشت. همچنین بین ترس از درد با تحصیلات همسر ($p=0/013$) ارتباط آماری معنی داری مشاهده شد. بین سایر متغیرهای فردی با روش ارجح زایمان و ترس از درد ارتباط معنی داری مشاهده نشد (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه توزیع فراوانی روش ارجح زایمان و ترس از درد بر حسب متغیرهای فردی در زنان نخست باردار مورد مطالعه

سطح معنی داری*	ترس از درد			سطح معنی داری*	روش ارجح زایمان		تعداد (درصد)	متغیرهای دموگرافیک
	زیاد	متوسط	کم		سزارین	طبیعی		
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)			
0/013	۴۹ (۶۲/۸)	۱۸ (۲۳/۱)	۱۱ (۱۴/۱)	۰/۰۱۷	۱۹ (۲۴/۴)	۵۹ (۷۵/۶)	۷۸ (۴۱/۵)	تحصیلات همسر
	۲۵ (۴۸/۱)	۲۴ (۴۶/۲)	۳ (۵/۸)		۱۳ (۲۵)	۳۹ (۷۵)	۵۲ (۲۷/۷)	دانشگاهی
	۲۹ (۵۱/۸)	۱۵ (۲۶/۸)	۱۲ (۲۱/۴)		۴ (۷/۱)	۵۲ (۹۲/۹)	۵۶ (۲۹/۹)	≤ 300
0/405	۵۰ (۵۹/۵)	۲۶ (۳۱)	۸ (۹/۵)	0/022	۲۰ (۲۳/۸)	۶۴ (۷۶/۲)	۸۴ (۴۴/۹)	سطح درآمد
	۲۵ (۵۳/۲)	۱۵ (۳۱/۹)	۷ (۱۴/۹)		۱۲ (۲۵/۵)	۳۵ (۷۴/۵)	۴۷ (۲۵/۱)	≥ 500
	۵۹ (۶۰/۸)	۲۲ (۲۲/۷)	۱۶ (۱۶/۵)		۸ (۸/۲)	۸۹ (۹۱/۸)	۹۷ (۵۵/۴)	۱ سال <
0/138	۲۸ (۵۱/۹)	۲۰ (۳۷)	۶ (۱۱/۱)	0/001	۱۵ (۲۷/۸)	۳۹ (۷۲/۲)	۵۴ (۳۰/۹)	فاصله ازدواج تا بارداری
	۹ (۳۷/۵)	۱۰ (۴۱/۷)	۵ (۲۰/۸)		۸ (۳۳/۳)	۱۶ (۶۶/۷)	۲۴ (۱۳/۷)	۱-۲ سال
								≥ 2 سال

*آزمون کای اسکوئر

سزارین داشتند. اگرچه افرادی که روش سزارین را انتخاب کرده بودند، نمرات ترس از درد بالاتری داشتند، اما بر اساس آزمون تی مستقل، این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. بر اساس آزمون کای اسکوئر، اختلاف آماری معنی داری بین توزیع فراوانی ترس از درد بر حسب روش ارجح زایمان وجود داشت. آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را بین نمرات ترس از زایمان با روش ارجح زایمان نشان داد؛ به طوری که میانگین نمره ترس از زایمان در گروهی که سزارین را انتخاب کرده بودند بیشتر بود. بر اساس آزمون دقیق فیشر اختلاف آماری معنی داری بین توزیع فراوانی ترس از زایمان بر حسب روش ارجح زایمان وجود داشت. آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را بین نمرات نگرش به سزارین با روش

بر اساس آزمون تی مستقل، هیچ ارتباط آماری معنی داری بین سن با روش ارجح زایمان وجود نداشت ($p=0/09$). بر اساس آزمون آنالیز واریانس، ارتباط معنی داری بین سن با ترس از درد وجود داشت ($p=0/004$) بر اساس نتایج آزمون توکی، افرادی که ترس متوسطی از درد داشتند به طور معنی داری نسبت به کسانی که ترس کمی از درد ($p=0/005$) و کسانی که ترس زیادی از درد ($p=0/04$) داشتند از میانگین سنی بالاتری برخوردار بودند. میانگین ترس از زایمان در زنان باردار $15/36 \pm 3/29$ و نگرش به سزارین $20/29 \pm 5/73$ بود. توزیع فراوانی ترس از زایمان و نگرش به سزارین نشان داد که ۶۹ نفر ($37/3\%$) از زنان باردار از زایمان خیلی می ترسیدند و ۱۶۰ نفر ($85/5\%$) آن‌ها نگرش منفی و خیلی منفی به

ارجح زایمان نشان داد؛ به طوری که میانگین نمره نگرش به سزارین در گروهی که سزارین را انتخاب کرده بودند بالاتر بود، یعنی نگرش مثبت‌تری به سزارین داشتند. آزمون دقیق فیشر اختلاف آماری معنی‌داری را بین توزیع فراوانی نگرش به سزارین بر حسب روش ارجح زایمان نشان داد (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره و توزیع فراوانی ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین بر حسب روش ارجح زایمان در زنان باردار مورد مطالعه

سطح معنی داری	روش ارجح زایمان		متغیر
	سزارین N (%)	طبیعی N (%)	
.۰/۲۵۷*	۸۴/۳۵±۱۸/۰۴	۷۹/۸۴±۲۳/۱۹	میانگین ± انحراف معیار
	۱ (۲/۸)	۲۷ (۱۷/۵)	کم
	۱۵ (۴۱/۷)	۴۳ (۳۷/۹)	متوسط
.۰/۰۴۷**	۲۰ (۵۵/۶)	۸۴ (۵۴/۵)	زیاد
	۱۶/۸۵±۳/۶۳	۱۴/۹۸±۳/۱۰	میانگین ± انحراف معیار
	۲ (۵/۶)	۱۸ (۱۲/۱)	اصلاً نمی‌ترسم
.۰/۰۱۲***	۱۲ (۳۳/۳)	۶۶ (۴۴/۳)	کمی می‌ترسم و نگرانم
	۱۳ (۳۶/۱)	۵۶ (۳۷/۶)	خیلی می‌ترسم
	۹ (۲۵)	۹ (۶)	فوق‌العاده زیاد می‌ترسم
.۰/۰۰۲*	۲۲/۹۰±۶/۰۲	۱۹/۶۷±۵/۵۱	میانگین ± انحراف معیار
	۶ (۱۷/۱)	۶۷ (۴۴/۱)	خیلی منفی
	۲۰ (۵۷/۱)	۶۷ (۴۴/۱)	منفی
.۰/۰۰۸***	۸ (۲۲/۹)	۱۶ (۱۰/۵)	خنثی
	۱ (۲/۹)	۲ (۱/۳)	مثبت
	-	-	خیلی مثبت

* تی مستقل، ** کای اسکور، *** فیشر

نمرات تمام گزاره‌های مربوط به نگرش به سزارین به استثنای خطر خونریزی بعد از سزارین در زنانی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند پایین‌تر بود، یعنی نگرش منفی‌تری به سزارین داشتند، اما بر اساس آزمون من‌ویتنی این اختلاف تنها برای سه گزاره موارد بیشتر عفونت بعد از عمل سزارین، اختلال در برقراری رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد پس از عمل سزارین و احتمال بیشتر مشکلات و عفونت‌های ادراری بعد از عمل سزارین معنی‌دار بود (جدول ۳).

آزمون ضریب همبستگی پیرسون همبستگی مثبت و معنی‌داری ($F=0/54$) را بین ترس از زایمان و ترس از درد نشان داد ($p<0/001$). بین ترس از درد و ترس از زایمان با نگرش به سزارین ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره تمام علل ترس از زایمان در زنانی که سزارین را انتخاب کرده بودند، بالاتر بود. اما بر اساس آزمون من‌ویتنی، این اختلاف تنها برای سه علت ترس از درد زایمان، ترس از معاینه واژینال و ترس از آسیب دیدن زانو معنی‌دار بود. همچنین میانگین

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره علل ترس و سؤالات نگرش به سزارین بر حسب روش ارجح زایمان در زنان باردار مورد مطالعه

سطح معنی داری*	روش ارجح زایمان		متغیر
	سزارین	طبیعی	
۰/۰۱۸	۳/۰۰ ± ۰/۸۸	۲/۶۳ ± ۰/۸۶	درد زایمان
۰/۱۵۲	۳/۶۰ ± ۰/۵۵	۳/۳۷ ± ۰/۷۹	آسیب جنینی
۰/۶۱۵	۲/۱۰ ± ۰/۷۷	۲/۰۲ ± ۰/۷۷	تلقین اطرافیان
۰/۰۰۱	۲/۸۵ ± ۰/۹۵	۲/۲۹ ± ۰/۸۱	معاینه واژینال
۰/۰۱۴	۲/۷۸ ± ۰/۸۰	۲/۴۰ ± ۰/۸۷	آسیب دیدن خود زانو
۰/۲۵۴	۲/۵۰ ± ۰/۹۶	۲/۲۷ ± ۰/۷۶	فریاد سایر زائوها

۰/۷۴۹	۲/۰۰ ± ۰/۹۲	۲/۱۰ ± ۱/۰۶	خطر خونریزی بعد از سزارین
۰/۰۶۲	۱/۹۳ ± ۰/۹۷	۱/۶۷ ± ۰/۹۶	طولانی بودن بستری بعد از سزارین
۰/۰۶۳	۲/۲۸ ± ۱/۱۳	۱/۹۱ ± ۱/۰۰	دیر شروع شدن ترشح شیر بعد از سزارین
۰/۳۱۸	۲/۰۳ ± ۰/۹۱	۱/۸۸ ± ۰/۹۲	طولانی بودن دوران نقاهت بعد از سزارین
۰/۰۰۴	۲/۵۰ ± ۱/۱۱	۱/۹۱ ± ۰/۹۵	موارد بیشتر عفونت بعد از عمل سزارین
۰/۰۰۷	۳/۱۳ ± ۱/۲۲	۲/۵۳ ± ۱/۱۵	اختلال در برقراری رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد
۰/۰۱۴	۲/۶۶ ± ۰/۸۵	۲/۲۶ ± ۱/۰۰	بیشتر بودن احتمال مشکلات ادراری و عفونت ادراری بعد از عمل سزارین
۰/۱۶۶	۲/۱۳ ± ۱/۰۰	۱/۹۱ ± ۱/۰۰	بالا بودن هزینه عمل سزارین
۰/۵۲۴	۱/۵۳ ± ۱/۰۵	۱/۳۲ ± ۰/۶۵	نبود خطرات ناشی از بیهوشی در زایمان طبیعی نسبت به عمل سزارین
۰/۰۷۵	۲/۵۷ ± ۱/۲۳	۲/۱۹ ± ۱/۰۰	کمر بودن احتمال مرگ و مشکلات مطرح در زایمان طبیعی نسبت به عمل سزارین

*آزمون من ویتنی

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان نخست باردار مراجعه کننده به پایگاه‌های بهداشتی- درمانی شهر بیرجند انجام شد. در مطالعه حاضر ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین از عوامل تأثیرگذار بر روش انتخابی زایمان بودند. ۵۴/۷٪ از زنان باردار ترس زیادی از درد داشتند. میانگین نمره ترس از درد در گروهی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند پایین تر بود، اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود. مقایسه توزیع فراوانی ترس از درد بر حسب روش انتخابی زایمان تفاوت معنی داری را نشان داد، اما بین میانگین نمرات ترس از درد بر حسب روش انتخابی زایمان تفاوت معنی داری مشاهده نشد. نتایج مطالعه قوشچیان و همکاران (۲۰۱۰) بر روی ۳۰۰ زن باردار نشان داد بین ترس از درد و تمایل به سزارین ارتباط معنی داری وجود ندارد و ترس از درد نمی‌تواند نوع زایمان را پیش‌بینی کند (۱۲) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه حاضر ۸۳٪ زنان باردار از زایمان خیلی و فوق‌العاده می‌ترسیدند. در مطالعه نیمین و همکاران (۲۰۰۹) ۱۴/۸٪ زنان نخست باردار ترس شدیدی از زایمان داشتند (۲۲) که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت که این تفاوت می‌تواند ناشی از استفاده از ابزار متفاوت برای سنجش ترس از درد باشد. در مطالعه ملندر (۲۰۰۲) که بر روی ۶۵۰ زن باردار نخست‌زا و چندزا که در هفته ۳۹-۳۵ حاملگی قرار داشتند انجام شد، حدود ۲۵٪ زنان باردار

ترس بالایی از زایمان داشتند. در مطالعه ملندر به منظور سنجش ترس از درد از مقیاسی مشابه با مطالعه نیمین استفاده شده بود (۲۳). نتایج مطالعه نگهبان و همکار (۲۰۰۷) بر روی ۲۴۳ زن باردار نخست‌زا نشان داد که ۴۸/۶٪ زنان باردار از زایمان خیلی و فوق‌العاده می‌ترسیدند (۲۱). اگرچه در مطالعه حاضر به منظور سنجش ترس از زایمان از مقیاس مطالعه نگهبان استفاده شد بود، اما نتایج با هم همخوانی نداشت که می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه نگهبان از روش مصاحبه برای تکمیل پرسشنامه‌ها استفاده شده بود، همچنین پرسشنامه‌ها در اتاق زایمان و برای زنان بارداری که به منظور زایمان طبیعی مراجعه کرده بودند تکمیل شده بود که انتظار می‌رود ترس از زایمان کمتری داشته باشند. در مطالعه حاضر توزیع فراوانی ترس از زایمان بر حسب روش انتخابی زایمان اختلاف آماری معنی داری داشت؛ به طوری که ۲۵٪ از زنانی که سزارین را انتخاب کرده بودند، فوق‌العاده از زایمان می‌ترسیدند، در حالی که این میزان در گروه زایمان طبیعی ۵٪ بود. در مطالعه متین‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) نیز بین ترس از زایمان با انتخاب نوع زایمان ارتباط معنی داری مشاهده شد؛ به طوری که اکثر افرادی که سزارین را انتخاب کرده بودند ترس شدیدی از زایمان داشتند (۱۵) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه ویکلند و همکاران (۲۰۰۸) که بر روی ۴۹۶ زن نخست باردار انجام شد، ارتباط معنی داری بین ترس از زایمان و انتخاب نوع زایمان وجود داشت، به طوری که اکثر افرادی که سزارین را

انتخاب کرده بودند، مقادیر بالایی از ترس از زایمان را گزارش کرده بودند (۱۱) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. مطالعه نروم و همکاران (۲۰۰۶) بر روی ۸۶ زن باردار نشان داد درخواست مادر برای انجام سزارین به علت ترس از زایمان می‌تواند از طریق مشاوره تغییر کند (۲۴). در مطالعه حاضر میانگین نمره ترس از زایمان برای تمامی علل ترس در زنانی که سزارین را انتخاب کرده بودند بالاتر بود. بالاترین نمره ترس از زایمان مربوط به آسیب جنینی بود. اما اختلاف معنی‌دار بین دو گروه مربوط به میانگین نمره ترس از درد زایمان، ترس از معاینه واژینال و ترس از آسیب دیدن خود زائو بود. در مطالعه متین‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) بالاترین اختلاف در میانگین نمرات ترس از زایمان بین کسانی که سزارین و زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند، مربوط به فرآیند زایمان و درد بود (۱۵). در مطالعه قدیمی و همکاران (۲۰۱۴) بر روی ۲۵۲۱ زن باردار، مهم‌ترین دلایل انتخاب سزارین در زنان باردار بی‌دردی مراحل عمل، وارد نشدن آسیب به جنین، پیشگیری از پارگی و تغییر شکل اندام تناسلی، عدم نیاز به معاینات مکرر و پیشنهاد پزشک یا ماما بود (۱۷). در مطالعه حاضر زنانی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند نسبت به گروهی که سزارین را انتخاب کرده بودند، نگرش منفی‌تری به سزارین داشتند. نتایج مطالعه معینی و همکاران (۲۰۱۱) بر روی ۲۰۷ زن زایمان کرده نشان داد زنانی که سزارین انتخابی داشتند نسبت به زنانی که زایمان طبیعی و سزارین به دلایل پزشکی داشتند، نمرات نگرش پایین‌تری داشتند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۸). در مطالعه حاضر میانگین نمره نگرش به سزارین برای تمامی گزاره‌های نگرش، به استثنای خطر خونریزی بعد از سزارین در گروهی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند، پایین‌تر (منفی‌تر) بود. دو گروه تنها از نظر نمرات مربوط به موارد بیش‌تر عفونت بعد از عمل سزارین، اختلال در برقراری رابطه عاطفی بین مادر و نوزاد و بیشتر بودن احتمال مشکلات و عفونت‌های ادراری با هم اختلاف آماری معنی‌داری داشتند. در مطالعه حاضر، بالاترین نمرات نگرش به

سزارین تقریباً مربوط به همین موارد بوده است. مصطفی زاده و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه خود بر روی ۳۰۰ زن باردار مهم‌ترین دلایل نگرش منفی به سزارین را بالا بودن هزینه عمل سزارین، طولانی بودن مدت بستری بعد از سزارین و درد زیاد بعد از عمل سزارین عنوان کردند (۹). نتایج مطالعه هینز و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد عدم باور بر این مسئله که تولد یک رویداد طبیعی است، احتمال انتخاب سزارین را افزایش می‌دهد (۱۳). توفیقی و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند که آموزش می‌تواند از طریق افزایش آگاهی و بهبود نگرش، باعث کاهش انتخاب سزارین در زنان نخست‌زا شود. در مطالعه آن‌ها میزان تمایل به زایمان طبیعی بعد از آموزش از ۶۱/۸٪ به ۸۰/۶٪ رسید، اما تنها ۵۷/۶٪ شرکت‌کنندگان در پایان بارداری، زایمان طبیعی داشتند (۲۵). نتایج مطالعه شرقی و همکاران (۲۰۱۱) بر روی ۳۹۶ زن نخست‌باردار که در سه ماهه آخر بارداری قرار داشتند نشان داد ۴۰/۵٪ زنانی که قصد احتمالی و ۵۳/۷٪ زنانی که قصد قطعی برای زایمان طبیعی شده بودند، در حالی که در بین افرادی که قصد احتمالی و یا قصد قطعی برای سزارین داشتند به ترتیب ۷۱/۴٪ و ۷۶/۱٪ زایمان‌ها به صورت سزارین انجام شد که دلیل این اختلاف، تأثیرگذاری عواملی از جمله ترس از زایمان و تأثیرپذیری بیشتر زنان نخست‌زا از اطرافیان عنوان شده بود (۲۶). در مطالعه حاضر از بین متغیرهای فردی، تنها با افزایش سطح تحصیلات همسر، میزان درآمد خانواده و فاصله ازدواج تا بارداری، انتخاب زایمان سزارین به صورت معنی‌داری افزایش یافته بود. نتایج مطالعه نیمینن و همکاران (۲۰۰۹) بر روی ۸۶۱ زن باردار نخست‌زا نشان داد که بین سن و سطح تحصیلات مادر با انتخاب نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۲۲) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه متین‌نیا و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی ۳۴۲ زن نخست‌باردار انجام شد، انتخاب سزارین در زنان با سطح بالای درآمد خانواده بیشتر بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین بین سن، وضعیت بیمه، شغل و سطح

نسبت به سوئد ۱۹٪ به ۷٪ بود (۱۳).

نقطه قوت مطالعه حاضر انتخاب زنان نخست باردار بود که باعث حذف اثر تجربیات قبلی زایمان که عامل مهمی در ترس از زایمان و انتخاب نوع زایمان است، شده بود. از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم سنجش نگرش به زایمان طبیعی و آگاهی در مورد روش‌های زایمان بود که می‌توانست در کنار سؤالات نگرش به سزارین، تأثیر نگرش بر انتخاب نوع زایمان را در سطوح مختلف آگاهی به خوبی تبیین کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی علاوه بر سنجش نگرش به زایمان طبیعی و آگاهی در مورد روش‌های زایمان، روش انجام زایمان نیز پیگیری و سنجیده شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اهمیت نگرش به سزارین و ترس از زایمان و تأثیر آن‌ها بر انتخاب روش زایمان و متعاقب آن تأثیر بر سلامت مادر و نوزاد، لزوم مداخلات در این زمینه به منظور اصلاح نگرش افراد در مورد سزارین و کاهش ترس از زایمان در زنان نخست باردار شهر بیرجند احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به شماره ۹۴ می‌باشد. بدین وسیله از همکاری مسؤولین دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر بیرجند و تمام مادرانی که انجام این پژوهش بدون همکاری آن‌ها امکان پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌شود.

تحصیلات مادر با انتخاب نوع زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت (۱۵). در مطالعه حاضر ۸۱/۱٪ زنان باردار تمایل به زایمان طبیعی و ۱۸/۹٪ تمایل به سزارین داشتند که با نتایج مطالعات توفیقی و همکاران (۲۰۱۰) و محمدی تبار و همکاران (۲۰۰۹) در ایران همخوانی نداشت (۲۷، ۲۵). محمدی تبار و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه خود در تهران، به بررسی تمایلات ۶۱۸ زن باردار نخست‌زا در هفته‌های آخر بارداری برای انتخاب نوع زایمان پرداختند. ۵۶٪ شرکت‌کنندگان این مطالعه تمایل به زایمان طبیعی و ۴۴٪ تمایل به سزارین داشتند (۲۷). در مطالعه توفیقی و همکاران (۲۰۱۰) بر روی ۱۷۰ زن نخست باردار که در هفته ۲۶ بارداری به بعد قرار داشتند، ۶۱/۸٪ زنان باردار قائم شهر تمایل به زایمان طبیعی و ۳۸/۲٪ تمایل به سزارین داشتند (۲۵). این اختلاف نمی‌تواند با توجه به هفته حاملگی توجیه شود؛ چرا که شرکت‌کنندگان این مطالعات تقریباً از نظر هفته حاملگی مشابه بودند. اما شیوع متفاوت سزارین در این شهرها می‌تواند این اختلافات را تا حدودی توجیه کند؛ به طوری که شیوع سزارین در تهران در سال ۱۳۸۰، ۶۶/۵٪ (۲۸)، در مازندران در سال ۱۳۸۱، ۵۶٪ (۲۵) و در بیرجند در سال ۱۳۸۶، ۴۰/۳٪ بوده است (۸). همانطور که ملاحظه می‌شود کمترین میزان تمایل به زایمان طبیعی مربوط به تهران بوده است که بالاترین میزان شیوع سزارین را داشته است. نتایج مطالعه مقایسه‌ای هینز و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد در استرالیا که شیوع سزارین در آن دو برابر سوئد است، میزان تمایل زنان باردار به سزارین

منابع

1. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sutterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170(2):401-6.
2. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C, Danish National Birth Cohort. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2008; 115(3):354-60.
3. Ghotbi F, Akbari Sene A, Azargashb E, Shiva F, Mohtadi M, Zadehmodares S, et al. Women's knowledge and attitude towards mode of delivery and frequency of cesarean section on mother's request in six public and private hospitals in Tehran, Iran, 2012. *J Obstet Gynaecol Res* 2014; 40(5):1257-66.
4. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Rep* 2010; 30:1-31.

5. Raisanen S, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section - a cross sectional study during 2000-2010 in Finland. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:120.
6. Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30(5):235-41.
7. Bahadori F, Hakimi S, Heidarzade M. The trend of caesarean delivery in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J* 2014; 19(Suppl 3):S67-70.
8. Naseh N, Khazaie T, Kianfar S, Dehghan R, Yoosefi S. Prevalence of cesarean and its complications in women referring to Vali-e-Asr hospital. *Modern Care J* 2010; 7(1):12-8. (Persian).
9. Mostafazadeh F, Mashoufi M, Rostamnegad M. Attitude of pregnant women and health personnel toward normal delivery vs cesarean section. *J Ardabil Univ Med Sci* 2006; 6(4):403-8. (Persian).
10. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009; 116(1):67-73.
11. Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG* 2008; 115(3):324-31.
12. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad VA. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. *Arak Med Univ J* 2010; 14(3):45-54. (Persian).
13. Haines H, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: a comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery* 2012; 28(6):e850-6.
14. Atghaee M, Nouhi E. The effect of imagination of the pain of vaginal delivery and cesarean section on the selection of normal vaginal delivery in pregnant women attending clinics in kerman university of medical sciences. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(7):44-50. (Persian).
15. Matinnia N, Faisal I, Hanafiah Juni M, Herjar A, Moeini B, Osman Z. Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Matern Child Health J* 2014; 19(5):1121-30.
16. Nasiry F, Sharifi S. Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(66):18-25. (Persian).
17. Ghadimi M, Rasouli M, Motahar S, Lajevardi Z, Imani A, Chobsaz A, et al. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014; 21(2):310-9. (Persian).
18. Moeini B, Besharati F, Hazavehei SM, Moghimbeigi A. Women's attitudes toward elective delivery mode based on the theory of planned behavior. *J Guilan Univ Med Sci* 2011; 20(79):68-76. (Persian).
19. McNeil DW, Rainwater AJ 3rd. Development of the fear of pain Questionnaire-III. *J Behav Med* 1998; 21(4):389-410.
20. Vala M, Dehghani M, Kiamanesh AR. Validity, reliability and normalization of the fear of pain Questionnaire-Short Form (FPQ-SF). *J Kerman Univ Med Sci* 2012; 19(2):5-10. (Persian).
21. Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women? *Hayat* 2009; 14(4):73-81. (Persian).
22. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(7):807-13.
23. Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health* 2002; 47(4):256-63.
24. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006; 33(3):221-8.
25. Tofighi Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *Iran J Med Educ* 2010; 10(2):124-30. (Persian).
26. Sharghi A, Kamran A, Sharifirad G. Factors influencing delivery method selection in primiparous pregnant women referred to health centers in Ardabil, Iran. *Health Syst Res* 2011; 7(3):364-72. (Persian).
27. Mohammadi TS, Kiani AA, Heydari M. The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery. *J Babol Univ Med Sci* 2009; 11(3):54-9. (Persian).
28. Amiri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Cesarean section change trends in Iran and some demographic factors associated with them in the past three decades. *J Fasa Univ Med Sci* 2012; 2(3):127-34. (Persian).