

# تبیین ترس از زایمان طبیعی و عوامل مرتبط با آن در زنان نخست باردار: یک مطالعه ترکیبی

دکتر سهیلا پیرداده بیرانوند<sup>۱</sup>، دکتر زهرا بهبودی مقدم<sup>۲</sup>، دکتر مریم حسنی<sup>۱</sup>، دکتر شورانگیز بیرانوند<sup>۳\*</sup>، دکتر علی بیگی زاده<sup>۴</sup>

۱. استادیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. استاد گروه بهداشت باروری، دپارتمان مامایی و سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۴. دستیار تخصصی بیماری‌های داخلی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۰۸

## خلاصه

**مقدمه:** ترس از زایمان طبیعی، یک مشکل شایع در زنان باردار می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تبیین ترس از زایمان طبیعی و عوامل مرتبط با آن در زنان نخست باردار انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه ترکیبی با رویکرد متوالی - توضیحی از نوع انتخاب مشارکت کنندگان، در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. در فاز کمی ۴۰۰ زن نخست باردار با سن حاملگی ۳۲-۱۸ هفته به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نگرش زایمان، مشخصات دموگرافیک و حمایت اجتماعی نورتوس استفاده شد. آنالیز داده‌ها با آزمون‌های کای اسکور، تی، من ویتنی و رگرسیون لجستیک چندگانه انجام شد. در فاز کیفی با ۱۵ زن نخست باردار با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، مصاحبه نیمه‌ساختار یافته عمیق با استفاده از سؤالات باز انجام شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره ترس از زایمان طبیعی  $37/86 \pm 9/44$  و شیوع آن  $8/10/8$  ( $CAQ \geq 28$ ) بود. بر اساس نتایج آنالیز رگرسیون لجستیک چندگانه، بین عدم کفایت درآمد ( $p=0/020$ )، عدم شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان ( $p=0/040$ ) و انتخاب روش زایمان طبیعی ( $p<0/001$ ) با ترس از زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در مرحله کیفی سه درون‌مایه احساس عدم توانمندی برای زایمان طبیعی، سردرگمی در تصمیم‌گیری و نگرانی از عوارض زایمان طبیعی به دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** ترس از زایمان طبیعی تحت تأثیر عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که ارائه دهندگان خدمات سلامت از نتایج این مطالعه جهت اجرای برنامه‌های آموزشی ترغیب کننده زایمان طبیعی استفاده کنند.

**کلمات کلیدی:** تحقیق کیفی، ترس، زایمان طبیعی، زنان، مطالعه مقطعی، نخست باردار

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر شورانگیز بیرانوند؛ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران. تلفن: ۰۶۶-۳۳۱۲۰۱۴۰، پست الکترونیک: shorangizbiranvand@yahoo.com

## مقدمه

بارداری، زایمان و گذار به دوران والدی، فرآیندهای فیزیولوژیک طبیعی هستند که با مسائل هیجانی و اجتماعی مهمی برای هر زن و خانواده اش همراه می‌باشند. اکثریت زنان سالم در کشورهای توسعه یافته، زایمان را به‌عنوان یک رویداد مثبت زندگی تجربه می‌کنند که با پیامدهای نامطلوب بسیار اندکی همراه است؛ با این وجود، در کشورهای غربی علی‌رغم اینکه اکثریت زنان از وضعیت سلامتی خوبی برخوردارند، اما میزان مداخلات زایمانی از جمله سزارین در آنها در حد بالایی است (۱). مطابق گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان زایمان سزارین در سال‌های اخیر به‌طور متوسط با افزایش ۱۵-۱۰٪ در همه کشورها همراه بوده است. این افزایش شیوع در همه کشورها به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، با نگرانی‌های زیادی همراه بوده و این مسئله را به‌عنوان یکی از معضلات سیستم بهداشتی درآورده است (۲، ۳). در ایران نیز نرخ زایمان سزارین ۳-۴ برابر میزان مورد قبول سازمان جهانی بهداشت می‌باشد (۴).

ترس، حالتی هیجانی است که در پاسخ به موقعیت تهدیدآمیز و خطرناک برانگیخته می‌شود و معمولاً با تجارب ذهنی ناخوشایند و تغییرات فیزیولوژیکی و رفتاری مشخص می‌شود. ناآشنا بودن با فرآیند زایمان، از جمله علل ترس منطقی از زایمان در نظر گرفته می‌شود. در مواردی ترس غیرمنطقی به‌صورت اضطراب شدید، کابوس‌های شبانه و علائم جسمی آشکار شده و در بسیاری از موارد، موجب تقاضا برای سزارین انتخابی می‌شود. در برخی موارد، ترس شدید از زایمان منجر به اجتناب از بارداری و مادر شدن و یا انکار بارداری می‌گردد (۵، ۶).

ترس از زایمان طبیعی، یک مشکل شایع در زنان باردار می‌باشد (۷) که شدت آن ممکن است از تردید و نگرانی تا فوبیا متفاوت باشد (۸). برخی مطالعات علت ۲۲-۷٪ سزارین‌ها را تقاضای مادر برای سزارین به‌دلیل ترس از زایمان طبیعی ذکر کرده‌اند (۵). بر اساس نتایج مطالعه اندرون و همکاران (۲۰۱۷)، اکثر زنان نخست باردار، درجاتی از ترس شدید و بسیار شدید از زایمان را

تجربه می‌کنند و بین درجه ترس و انتخاب زایمان سزارین ارتباط آماری معناداری وجود دارد (۹). ترس از زایمان در زنان نخست‌زا شدیدتر از زنان چندزا است. بر اساس مطالعات انجام شده، ترس از زایمان در سه ماهه سوم بارداری با افزایش احتمال سزارین همراه است (۱۰).

مطالعات، دلایل مختلفی را برای ترس از زایمان از جمله ترس از آسیب به نوزاد، نقص عضو کودک و درد زایمان مطرح کرده‌اند (۱۱). همچنین ترس از زایمان با افزایش پیامدهای منفی بارداری، افزایش مصرف ضد درد در لیبر، افزایش مداخلات زایمانی، افزایش طول مدت لیبر (۱۲)، افزایش سزارین انتخابی و اورژانس، افسردگی پس از زایمان، اختلال استرس پس از زایمان (PTSD)<sup>۱</sup> و اختلال در برقراری ارتباط بین مادر و شیرخوار همراه است (۱، ۱۳).

به‌نظر می‌رسد جهت ارائه راهکارهای ارتقاء دهنده سلامت زنان، طراحی و اجرای برنامه‌های مناسب مداخله‌ای، نیاز به شناسایی وضعیت موجود می‌باشد تا با شناسایی وضعیت ترس از زایمان در زنان، تحلیل و تبیین عوامل مرتبط با آن بتوان بهترین راهکارهای پیشگیری را ارائه نمود. آن‌چه که پژوهش حاضر را مهم و قابل توجه می‌کند، پرداختن به پدیده ترس از زایمان است که یکی از علل گرایش بیشتر زنان به انجام زایمان به روش سزارین می‌باشد. همچنین بررسی مطالعات انجام شده درخصوص ترس از زایمان در ایران نشان می‌دهد که این مطالعات اکثراً مطالعات کمی هستند که به مواردی نظیر شیوع ترس از زایمان و عوامل مؤثر بر آن پرداخته‌اند (۱۴، ۱۵)، اما تاکنون مطالعه‌ای در زمینه ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار با استفاده از رویکرد ترکیبی متوالی توضیحی انجام نشده است. استفاده از رویکرد ترکیبی، به درک بهتر و عمیق‌تر پدیده ترس از زایمان در زنان نخست باردار کمک خواهد کرد، لذا مطالعه ترکیبی حاضر با هدف تبیین ترس از زایمان طبیعی و عوامل مرتبط با آن در زنان نخست باردار انجام شد.

<sup>1</sup> Post-Traumatic Stress Disorder

## روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه ترکیبی با رویکرد متوالی - توضیحی با انتخاب مشارکت کنندگان است. یکی از اهداف مطالعه ترکیبی، بسط، توضیح، تفسیر و واضح کردن داده‌های حاصل از یک روش با نتایج حاصل از روش دیگر است که تحت عنوان مکمل<sup>۱</sup> از آن یاد می‌گردد. در این موارد، یک مطالعه ترکیبی با فراهم آوردن داده‌های ثانویه مورد نیاز است تا توضیحی برای داده‌های ابتدایی فراهم سازد (۱۶). رویکرد متوالی - توضیحی زمانی استفاده می‌شود که در آن طراحی مرحله دوم بر اساس یافته‌های حاصل از مرحله کمی اولیه صورت می‌گیرد. مرحله اول شامل جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌های کمی بوده و بر اساس نیاز به درک بیشتر نتایج کمی، محقق مرحله دوم کیفی را با هدف کمک به توضیح نتایج کمی اولیه طراحی می‌کند (۱۷). این مطالعه شامل دو مرحله و یک توالی زمانی برای انجام مراحل کمی و کیفی به صورت متوالی می‌باشد.

پژوهشگران در فاز کمی مطالعه با نتایجی مواجه شدند که نیاز به توضیح بیشتر داشتند؛ به عنوان مثال نتایج کمی نشان داد که ترس از زایمان طبیعی در اکثریت زنان نخست باردار وجود داشت؛ همچنین یافته‌های پژوهش ارتباط معنی‌داری را بین کفایت درآمد برای مخارج زندگی، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و روش زایمانی منتخب با ترس از زایمان نشان داد. بنابراین از آنجایی که پژوهش‌های کیفی در تبیین مفاهیم عمیق و فردی مانند ترس از زایمان کارایی مناسبی دارند و این روش تحقیق به درک پدیده‌های انسانی با تأکید بر بافت اجتماعی آن کمک می‌کند، لذا پژوهشگران تصمیم گرفتند که با انجام یک مطالعه کیفی، درک و تجربه آنان را از ترس از زایمان طبیعی تبیین نموده و نتایج کمی را در این خصوص توضیح دهند.

### گام‌های طراحی مطالعه

#### گام اول: طراحی مطالعه کمی

مطالعه‌ای کمی از نوع مقطعی با هدف تعیین شیوع و عوامل مرتبط با ترس از زایمان طبیعی انجام شد. در این مرحله، ۴۰۰ زن نخست باردار با سن حاملگی ۳۲-۱۸ هفته که جهت انجام مراقبت‌های روتین بارداری به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی خرم‌آباد، ایران در سال ۹۴-۱۳۹۳ مراجعه کرده بودند، به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای بدین صورت اجرا شد که ابتدا ۳۵ مرکز و پایگاه بهداشتی شهری موجود فهرست شدند، اسامی این مراکز، چهارچوب نمونه‌گیری را تشکیل دادند. برای توزیع نمونه در کل شهر، شهر به سه بخش شمال، مرکز و جنوب تقسیم شد، تعداد زایمان‌های هر سه بخش به دست آمد که به ترتیب ۲۰۴۲، ۱۲۸۸، ۱۷۵۵ و در مجموع ۵۰۸۵ زایمان بودند. سپس برای محاسبه تعداد نمونه مورد نیاز در هر بخش، تعداد نمونه مورد نظر (۴۰۰ نفر) بر کل زایمان‌های سه بخش تقسیم و حاصل در جمعیت تحت پوشش هر بخش ضرب شد. تعداد نمونه مورد نیاز برای بخش‌های شمال، مرکز و جنوب به ترتیب ۱۶۱، ۱۰۱ و ۱۳۸ نفر محاسبه شد. سپس در هر یک از بخش‌ها، سهم نمونه هر بخش از بین ۶ مرکز و پایگاه بهداشتی که به تصادف انتخاب شدند، تعیین شد. زنان باردار مراجعه کننده به این مراکز، واحدهای پژوهش مطالعه حاضر را تشکیل دادند. از زنان بارداری که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند، در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه و کتبی گرفته و پرسشنامه مربوطه را تکمیل کردند. برای سنجش ترس از زایمان، از پرسشنامه نگرش نسبت به زایمان<sup>۲</sup> استفاده شد. این پرسشنامه که توسط لو بازنگری و پایایی آن تأیید شده است (آلفای کرونباخ ۰/۸۴) (۱۸، ۱۹)، شامل ۱۴ گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (اصلاً، خیلی کم، متوسط، خیلی زیاد) می‌باشد. در این پرسشنامه نمرات از ۱۴ تا ۵۶ متغیر است. نمره بالاتر، نشان‌دهنده ترس بیشتر است. نمرات بالاتر از ۲۸ به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. روایی و ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه توسط خرسندی (۲۰۰۸) در ایران مورد

<sup>2</sup> Child birth Attitude Questionnaire

<sup>1</sup> Complementarity

بررسی قرار گرفت و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ تأیید شد (۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۱).

برای تعیین عوامل مرتبط با ترس از زایمان، از پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، ویژگی‌های بارداری و پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس<sup>۱</sup> استفاده شد. پرسشنامه حمایت اجتماعی نورتوس برای اولین بار توسط حیدری (۲۰۰۹) به کار گرفته شد (۲۲). از آنجایی که این پرسشنامه در مطالعات داخلی مورد استفاده قرار گرفته است، از نظر محتوا نیاز به روایی ابزار وجود نداشت. جهت تعیین پایایی آن از روش سنجش پایایی درونی استفاده گردید و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب اعتبار ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین در مطالعه حیدری و همکاران (۲۰۰۹) و مطالعه قدوسی بروجنی و همکاران (۲۰۱۳) پایایی آن به ترتیب با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ۰/۹۰ مورد تأیید قرار گرفت (۲۲، ۲۳). این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه در ۵ حیطه (همسر، اعضای خانواده، دوستان، پزشک و پرستار) است. آیتم‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه-ای از ۱ تا ۵ (= کاملاً مخالف؛ ۲= مخالف؛ ۳= نه موافقم و نه مخالف؛ ۴= موافقم و ۵= کاملاً موافقم) رتبه‌بندی شده است. نمرات حمایت اجتماعی درک شده از هر منبع به طور جداگانه از ۸ تا ۴۰ متغیر است و در ۳ سطح پایین (۱۸-۸)، متوسط (۲۹-۱۹) و بالا (۴۰-۳۰) طبقه‌بندی شد (۲۲، ۲۳). در این مطالعه، شرکت‌کنندگان تنها به سؤالات حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی همسر پاسخ دادند. برای سنجش همسانی درونی پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۹۲ اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌های کمی با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. برای تعیین همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت شناختی، ویژگی‌های بارداری، حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی همسر و ترس از زایمان، از آزمون‌های استنباطی مانند آزمون کای اسکوئر، آزمون تی و آزمون من ویتنی استفاده شد. آن دسته از متغیرهای مستقل وارد مدل رگرسیون چندگانه Backward شد که p-value آنها در آزمون دومتغیره کمتر از ۰/۳ بود. در این روش تحلیل،

متغیرهای مستقلی که ارتباط آماری معنی‌داری با متغیر وابسته نداشتند، از مدل خارج شدند و متغیرهای معنی‌دار در مدل ماندند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

#### گام دوم: راهبردهای پیگیری نتایج پژوهش

نتایج یافته‌های کمی منجر به انتخاب هدفمند مشارکت‌کنندگان، تهیه سؤالات و پروتکل مطالعه کیفی شد. جهت به دست آوردن درک عمیقی از موضوع مورد بررسی، بر پایه نتایج بخش کمی (زنانی که در مرحله کمی مطالعه، نمره ترس آنها مساوی یا بیشتر از ۲۸ بود) با توجه به تمایلشان برای شرکت در مطالعه و در نظر گرفتن حداکثر تنوع، دعوت به همکاری و مشارکت شدند. هدف از مرحله کیفی مطالعه، تبیین درک و تجربه ترس از زایمان طبیعی در زنان نخست باردار بود. در پایان هر مصاحبه، از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد که اگر صحبتی مانده، بیان کند و سپس با او در مورد احتمال انجام مصاحبه‌های بعدی، صحبت می‌شد. نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها یعنی عدم دریافت داده یا کد جدید که از مصاحبه ۱۲ به بعد اتفاق افتاد، ادامه یافت. در مجموع ۱۸ مصاحبه عمیق با ۱۵ زن نخست باردار انجام شد.

#### گام سوم: طراحی، اجرا و تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی

در این گام، مطالعه‌ای با رویکرد تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۱۵ زن نخست باردار با میانگین سنی ۲۳/۸۶±۵/۲۲ سال بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند با رویکرد حداکثر تغییرپذیری بر اساس سن، تحصیلات و وضعیت اقتصادی - اجتماعی انتخاب شدند. معیارهای ورود برای مشارکت‌کنندگان شامل: تمایل به اشتراک‌گذاری تجارب، نمره ترس مادران نخست‌زا بر اساس پرسشنامه نگرش نسبت به زایمان مساوی یا بیشتر از ۲۸ و عدم ابتلای مادران به بیماری‌های مزمن و روانی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها به صورت انفرادی توسط نویسنده اول به زبان فارسی و در یک اتاق خلوت خصوصی در مراکز جامع خدمات سلامت شهر خرم‌آباد

<sup>1</sup> Northouse Social Support Questionnaire

برای اطمینان از قابل اعتماد بودن داده‌ها از ۴ معیار اعتبار، تأییدپذیری، قابلیت اطمینان و قابلیت انتقال استفاده شد (۲۴). اعتبار داده‌ها از طریق بررسی هم‌تأیید شد. اعضای تیم تحقیقاتی به‌طور مستقل مصاحبه‌ها را تجزیه و تحلیل کردند، مفاهیم، دسته‌بندی‌ها و مضامین را با هم مقایسه کردند و در صورت عدم توافق، موضوع را مورد بحث قرار دادند تا به توافق برسند. برای اطمینان از تأییدپذیری یافته‌ها، نویسنده دوم و سوم و یکی از اعضای هیأت علمی غیر از محققین، متن مصاحبه‌ها را به همراه کدها و مفاهیم استخراج شده بررسی و تأیید کردند. مراحل و فرآیند تحقیق ثبت و گام به گام گزارش شد تا قابل اعتماد بودن یافته‌ها تضمین شود. در نهایت، قابلیت انتقال داده‌ها از طریق توصیف‌های غنی و عمیق از زمینه، ارائه توضیحات لازم در مورد ادراک شرکت‌کنندگان و استفاده از روش‌های نمونه‌گیری حداکثر تنوع تضمین شد.

#### گام چهارم: خلاصه‌سازی نتایج کمی و کیفی و تصمیم‌گیری در مورد چگونگی داده‌های حاصل از مطالعه کیفی به توضیح نتایج کمی

##### نتایج مطالعه کمی

مطالعه کمی بر روی ۴۰۰ زن نخست باردار که اکثر آنها (۶۲/۵٪) در سنین ۱۵-۲۵ سال بودند، انجام شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $24/44 \pm 4/5$  سال بود. ۳۴۳ نفر (۸۵/۸٪) از شرکت‌کنندگان خانه‌دار و ۱۷۵ نفر (۴۳/۸٪) دارای تحصیلات دبیرستانی بودند (جدول ۱).

انجام شد. مصاحبه‌ها مطابق با ترجیحات مادران نخست‌زا برنامه‌ریزی شد. سؤالات گسترده‌ای در ابتدای مصاحبه‌ها مطرح شد، مانند: چه درکی از زایمان طبیعی دارید؟ فکر می‌کنید چه خطراتی با زایمان طبیعی همراه است؟ چرا از زایمان طبیعی می‌ترسید؟ چه عواملی در ایجاد ترس شما مؤثر بوده‌اند؟ آغاز شد و با سؤالات راهنمایی ادامه داده شد. برای اطمینان از ضبط دقیق، هر کلمه‌ای که توسط شرکت‌کنندگان بیان می‌شد، مصاحبه‌ها به‌صورت صوتی در فرمت MP3 ضبط شده و کلمه به کلمه در میکروسافت ورد رونویسی شد. هر مصاحبه بین ۳۰-۶۰ دقیقه به طول انجامید. جمع‌آوری داده‌ها از فروردین تا خرداد ۱۳۹۴ به طول انجامید و زمانی پایان یافت که اشباع نظری داده‌ها به‌دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آنها با استفاده از روش پنج مرحله‌ای پیشنهادی گرانهایم و لاندمن انجام شد که شامل رونویسی فوری داده‌ها پس از هر مصاحبه، بررسی کل متون مصاحبه برای دستیابی به درک کلی از محتوا، تعیین واحدهای معنی و کدهای اولیه، طبقه‌بندی کدهای اولیه مشابه در کلاس‌های وسیع‌تر و تعیین محتوای پنهان در داده‌ها بود (۱۶). بنابراین هر مصاحبه بلافاصله پس از تکمیل رونویسی و تایپ شد و سپس چندین بار بررسی شد. کدهای اولیه بر اساس شباهت‌ها و با روش مقایسه ثابت استخراج، ترکیب و طبقه‌بندی شدند. مفهوم و محتوای پنهان در داده‌ها در نهایت استخراج شد و کدها، طبقات و مضامین نهایی با نقد، تجزیه و تحلیل و گروه‌بندی کدها توسط تیم تحقیقاتی پدیدار شدند.

جدول ۱- مشخصات جمعیتی - اجتماعی زنان نخست باردار

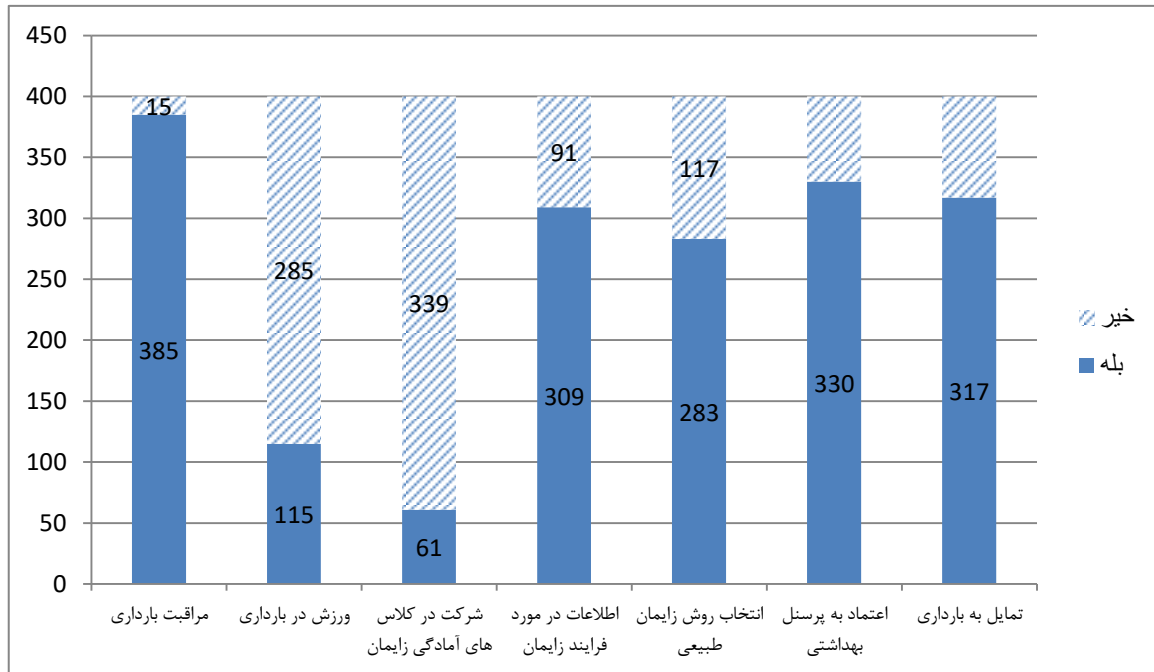
مشخصات	فراوانی (درصد)
۱۵-۲۵	۲۵۰ (۶۲/۵)
۲۶-۳۵	۱۴۳ (۳۵/۸)
سن	۳۶-۴۵ (۱/۷)۷
انحراف معیار $\pm$ میانگین	$24/44 \pm 4/5$
حداکثر - حداقل	۱۵-۴۵
خانه‌دار	۳۴۳ (۸۵/۸)
شغل	استخدام
تحصیلات	بی‌سواد
	۱۲ (۳/۰)

ابتدایی	۲۱ (۵/۲)
راهنمایی	۳۰ (۷/۵)
متوسطه	۱۷۵ (۴۳/۸)
دانشگاهی	۱۶۲ (۴۰/۵)
مجموع	۴۰۰ (۱۰۰/۰)

داشتند، ۳۱۷ نفر (۷۹/۲٪) مایل به بارداری بودند و ۲۸۳ نفر (۷۰/۸٪) زایمان طبیعی را ترجیح می‌دادند (نمودار ۱). متوسط سن ازدواج در زنان  $22/41 \pm 4/96$  سال، فاصله ازدواج تا بارداری  $18/59 \pm 18/04$  ماه و متوسط سن حاملگی در زنان،  $23/70 \pm 5/50$  هفته بود (جدول ۲).

اکثر زنان یعنی ۳۸۵ نفر (۹۶/۲٪)، مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت کردند، ۱۱۵ نفر (۲۸/۸٪) در دوران بارداری فعالیت بدنی منظمی داشتند (حداقل ۳ روز در هفته) و ۶۱ نفر (۱۵/۲٪) در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت کردند. اکثر آنها یعنی ۳۰۹ نفر (۷۷/۲٪) از زایمان طبیعی و مراحل آن آگاهی داشتند. اکثر زنان یعنی ۳۳۰ نفر (۸۲/۵٪) به پرسنل بهداشتی اعتماد

نمودار ۱- برخی مشخصات بارداری فعلی زنان نخست باردار (فراوانی)



جدول ۲- برخی مشخصات بارداری فعلی زنان نخست باردار (انحراف معیار  $\pm$  میانگین)

مشخصات	انحراف معیار $\pm$ میانگین
فاصله ازدواج تا بارداری (ماه)	$18/59 \pm 18/04$
سن حاملگی (هفته)	$23/70 \pm 5/50$
سن ازدواج (سال)	$22/41 \pm 4/96$

همچنین بر اساس نتایج آزمون دقیق فیشر، بین شغل و متغیرهای تحصیلات ( $p=0/06$ ) و تحصیلات همسر ( $p=0/718$ ) و شغل همسر ( $p=0/650$ ) با ترس از زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، در واحدهای پژوهش متغیرهای تحصیلات ( $p=0/06$ ) و تحصیلات همسر ( $p=0/09$ ) با ترس از زایمان ارتباط معنی‌داری نداشتند؛

بر اساس نتايج آزمون من ويتني، متغيرهاي درآمد کافي براي هزينه‌هاي زندگي ( $p=0/126$ ) و وضعيت اقتصادي ( $p=0/6$ ) با ترس از زايمن همبستگي معني‌داري نداشتند. همچنين بر اساس نتايج آزمون کاي اسکوتر، بين حمايت اجتماعي ادراک شده از همسر ( $p=0/405$ ) با ترس از زايمن ارتباط آماري معني‌داري وجود نداشت (جدول ۳).

جدول ۳- ارتباط مشخصات جمعيتي - اجتماعي با ترس از زايمن طبيعي در زنان نخست باردار

نوع آزمون	P	جمع	بلي	خير	ترس از زايمن	متغير
		فراواني (درصد)	فراواني (درصد)	فراواني (درصد)		
من ويتني	0/06	12 (3/0)	7 (2/2)	5 (6/5)	تحصيلات	بي سواد
		21 (5/2)	15 (4/6)	6 (7/8)		ابتدائي
		30 (7/5)	25 (7/7)	5 (6/5)		راهنمايي
		175 (43/8)	139 (43/0)	36 (46/7)		متوسطه
		162 (40/5)	137 (42/5)	25 (32/5)		دانشگاهي
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)	جمع	
دقيق فيشر	0/718	343 (85/8)	278 (86/1)	65 (84/4)	شغل	خانه‌دار
		57 (14/3)	45 (13/9)	12 (15/6)		شاغل
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)		جمع
من ويتني	0/09	6 (1/5)	4 (1/2)	2 (2/6)	تحصيلات همسر	بي سواد
		22 (5/5)	14 (4/3)	8 (10/4)		ابتدائي
		57 (14/3)	41 (12/7)	16 (20/8)		راهنمايي
		169 (42/2)	145 (44/9)	24 (31/2)		متوسطه
		146 (53/6)	119 (36/9)	27 (35/1)		دانشگاهي
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)	جمع	
دقيق فيشر	0/650	34 (8/5)	29 (9/0)	5 (6/5)	شغل همسر	بيکار
		366 (91/5)	294 (91/0)	72 (93/5)		شاغل
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)		جمع
من ويتني	0/126	87 (21/8)	69 (21/4)	18 (23/4)	کفايت درآمد براي مخارج زندگي	اصلاً
		286 (71/5)	236 (73/1)	50 (64/9)		تا حدودي
		27 (6/8)	18 (5/6)	9 (11/7)		کاملاً
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)	جمع	
من ويتني	0/6	120 (30/0)	94 (29/1)	26 (33/8)	ارزيابي وضعيت اقتصادي	ضعيف
		236 (59/0)	194 (60/1)	42 (54/5)		متوسط
		42 (10/5)	33 (10/2)	9 (11/7)		خوب
		2 (0/5)	2 (0/6)	0 (0/0)		عالي
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)		جمع
کاي اسکوتر	0/405	105 (26/3)	88 (27/2)	17 (22/1)	اولين منبع حمايت	والدين
		282 (70/5)	226 (70/0)	56 (72/7)		همسر
		13 (3/2)	9 (2/8)	4 (5/2)		ساير افراد
		400 (100/0)	323 (100/0)	77 (100/0)		جمع

مشاهده شده نمرات مشارکت کنندگان در محدوده ۱۴-۵۶ قرار داشت (جدول ۴).

شيوه ترس از زايمن ۸۰/۸٪ ( $CAQ \geq 28$ )، ميانگين نمره ترس از زايمن طبيعي  $37/86 \pm 9/44$  و دامنه

جدول ۴- فراوانی ترس از زایمان طبیعی در زنان نخست باردار

فراوانی (درصد)	ترس از زایمان طبیعی
۷۷ (۱۹/۲)	خیر
۳۲۳ (۸۰/۸)	بلی
۴۰۰ (۱۰۰/۰)	جمع
۳۷/۸۶ ± ۹/۴۴	انحراف معیار ± میانگین
۱۴-۵۶	حداکثر- حداقل

متغیرهای تحصیلات، تحصیلات همسر و کفایت درآمد  
برای مخارج زندگی به عنوان متغیرهای مستقل و ترس از  
زایمان طبیعی به عنوان متغیر وابسته وارد مدل رگرسیون  
لجستیک شدند تا ارتباط تطبیق یافته آنها بررسی شود.

متغیر کفایت درآمد برای مخارج زندگی از عوامل  
پیشگویی کننده ترس از زایمان طبیعی در واحدهای  
پژوهش بود (جدول ۵).

جدول ۵- ارتباط مشخصات جمعیتی - اجتماعی با ترس از زایمان طبیعی در زنان نخست باردار بر اساس آزمون رگرسیون  
لجستیک چندگانه

متغیر	B	S.E	OR(95%CI)	سطح معنی داری
تحصیلات	بی سواد	۰/۸۱۹	۰/۳۸۴ (۰/۰۷۷-۱/۹۱۲)	۰/۲۴۳
	ابتدایی	۰/۶۵۰	۰/۵۹۹ (۰/۱۶۷-۲/۱۴۱)	۰/۴۳۰
	راهنمایی	۰/۶۱۵	۰/۹۱۱ (۰/۲۷۳-۳/۰۳۹)	۰/۸۷۹
	متوسطه	۰/۳۷۹	۰/۶۱۳ (۰/۲۹۲-۱/۲۸۷)	۰/۱۹۶
دانشگاهی (مرجع)				
تحصیلات همسر	بی سواد	۱/۰۳۴	۰/۴۱۰ (۰/۰۵۴-۳/۱۱۱)	۰/۳۸۹
	ابتدایی	۰/۵۲۷	۰/۶۵۲ (۰/۲۱۳-۲/۰۰۰)	۰/۴۵۵
	راهنمایی	۰/۴۳۵	۱/۰۱۲ (۰/۴۳۱-۲/۳۷۷)	۰/۹۷۷
	متوسطه	۰/۳۵۷	۱/۹۷۱ (۰/۹۷۹-۳/۹۶۷)	۰/۰۵۷
دانشگاهی (مرجع)				
کفایت درآمد برای مخارج زندگی	اصلاً	۱/۳۰۷	۳/۶۹۶ (۱/۲۲۷-۱۱/۱۳۸)	۰/۰۲۰
	تاحدودی	۱/۲۲۷	۳/۴۱۰ (۱/۳۶۰-۸/۵۵۲)	۰/۰۰۹
	کاملاً (مرجع)	-	--	--

ارتباط تطبیق یافته آنها بررسی شود. متغیرهای شرکت  
در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و روش زایمانی  
منتخب، پیشگویی کننده ترس از زایمان طبیعی در  
واحدهای پژوهش بودند (جدول ۶).

متغیرهای انجام ورزش در بارداری، شرکت در کلاس‌های  
آمادگی برای زایمان، بارداری برنامه‌ریزی شده، روش  
زایمانی منتخب و فاصله ازدواج تا بارداری، به عنوان  
متغیرهای مستقل و ترس از زایمان طبیعی به عنوان  
متغیر وابسته وارد مدل رگرسیون لجستیک شدند تا



جدول ۶- ارتباط مشخصات بارداری فعلی با ترس از زایمان طبیعی در زنان نخست باردار بر اساس آزمون رگرسیون لجستیک چندگانه

P	(95%CI) OR	S.E	B	متغیر	
۰/۰۶۱	۱/۶۷۵ (۰/۹۷۶-۲/۸۷۵)	۰/۲۷۶	۰/۵۱۶	بلی (مرجع) خیر	ورزش در بارداری
۰/۰۴۰	۱/۸۸۹ (۱/۰۰۲-۳/۵۶۱)	۰/۳۲۴	۰/۶۳۶	بلی (مرجع) خیر	شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان
۰/۱۶۱	۱/۷۰۸ (۰/۸۰۸-۳/۶۱۴)	۰/۳۸۲	۰/۵۳۶	بلی (مرجع) خیر	بارداری برنامه‌ریزی شده
<۰/۰۰۱	۶/۵۹۷ (۲/۵۷۰-۱۶/۳۹۸)	۰/۴۸۱	۱/۸۸۷	طبیعی سزارین (مرجع)	روش زایمانی منتخب
۰/۶۴۷	۱/۰۰۵ (۰/۹۸۵-۱/۰۲۴)	۰/۰۱۰	۰/۰۰۵		فاصله ازدواج تا بارداری (ماه)

### نتایج مطالعه کیفی

طبق نتایج یافته‌های کیفی، پس از تجزیه و تحلیل مداوم و مقایسه مداوم داده‌ها، در مجموع ۲۰۰ کد از مصاحبه‌های انفرادی استخراج گردید که در قالب ۳ درون‌مایه (تم) و ۸ طبقه (زیر تم) جای گرفتند. جدول ۷ ظهور این مضامین و زیرتم‌ها را توضیح می‌دهد.

بنابراین با توجه به نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه، فقدان درآمد کافی برای هزینه‌های زندگی ( $p=۰/۰۲۰$ )، شرکت نکردن در کلاس‌های آمادگی زایمان ( $p=۰/۰۴۰$ ) و ترجیح روش زایمان (زایمان واژینال) ( $p<۰/۰۰۱$ )، عوامل پیش‌بینی کننده ترس از زایمان بودند.

جدول ۷- تم‌ها و زیرتم‌های تجارب مادران باردار نخست‌زا از زایمان طبیعی

زیرتم‌ها	تم‌های اصلی
ترس از درد زایمان عدم اعتماد به خود جهت انجام زایمان طبیعی	احساس عدم توانمندی برای زایمان طبیعی
روایت‌های ترسناک اطرافیان از دست دادن کنترل هنگام زایمان آگاهی ناکافی از فرآیند زایمان طبیعی عدم اعتماد به کادر درمان	سردرگمی در تصمیم‌گیری
تضعیف رابطه زناشویی عوارض مادری عوارض نوزادی	نگرانی از پیامدهای زایمان طبیعی

درد زایمان را غیرقابل تحمل و خارج از توان خود می‌پنداشتند. یکی از مشارکت کنندگان بیان نمود:  
"دردی که اون موقع داری می‌گن اون دنیای خودت را می‌بینی، می‌گن دردت آنقدر زیاده که درد بخیه زدن رو حس نمی‌کنی، یکی می‌گفت شب دردم شروع شده تا ۳ روز بیمارستان بودم" (مشارکت کننده شماره ۱، ۲۰ ساله).  
مشارکت کننده دیگری ترس خود را از درد زایمان این‌گونه عنوان کرد:

**درون‌مایه اول: احساس عدم توانمندی برای زایمان طبیعی**  
تجارب مشارکت‌کنندگان از زایمان طبیعی، عدم توانمندی برای زایمان طبیعی بود. این موضوع شامل دو موضوع فرعی شامل: ترس از درد زایمان، روایت‌های ترسناک اطرافیان و عدم اعتماد به خود جهت انجام زایمان طبیعی بود.  
**۱-۱. ترس از درد زایمان**  
اکثریت مشارکت کنندگان احساس عدم توانمندی برای زایمان طبیعی را ترس از درد زایمان بیان کردند. آنها

"من ترس زیادی از درد زایمان دارم. چند روز پیش یک خانم میانسال سزارین را به من پیشنهاد کرد، او گفت در زایمان طبیعی تمام استخوان‌های بدن از هم باز میشوند حتی استخوان بینی‌ات، حرف اون آویزه گوشه" (مشارکت کننده شماره ۱۲، ۲۰ ساله).

### ۱-۲. عدم اعتماد به خود جهت انجام زایمان طبیعی

مشارکت کنندگان عدم تمایل خود را از زایمان طبیعی ناشی از عواملی مانند ضعف بدنی، عدم تحمل زایمان و مرگ در اثر زایمان می‌دانستند. یکی از مشارکت کنندگان توصیف نمود:

"من اصلاً نمی‌تونم زایمان طبیعی داشته باشم، توان و قدرتش رو ندارم، فکر می‌کنم با زایمان می‌میرم یا تنگی نفس می‌گیرم" (مشارکت کننده شماره ۳).

برخی مشارکت کنندگان داشتن درد هنگام مقاربت و عدم توانایی جسمی را علت عدم توانمندی خود برای انجام زایمان طبیعی بیان نمودند، در این راستا یکی از مشارکت کنندگان اذعان نمود:

"من اگه زایمان طبیعی داشته باشم می‌میرم و تحمل نمی‌کنم، به نظرم توان جسمی هم خیلی رو انتخاب فرد تأثیر داره، این که احتمال داره بمیرم و یا اینکه بیهوش بشم" (مشارکت کننده شماره ۱۴).

### درون‌مایه دوم سردرگمی در تصمیم‌گیری

این درون‌مایه شامل ۴ طبقه (روایت‌های ترسناک اطرافیان، از دست دادن کنترل هنگام زایمان، آگاهی ناکافی از فرآیند زایمان طبیعی، عدم اعتماد به کادر درمان) بود.

### ۱-۲. روایت‌های ترسناک اطرافیان

روایت‌های ترسناک اطرافیان در ایجاد سردرگمی در تصمیم‌گیری به‌طور مکرر در صحبت‌های مشارکت کنندگان مورد تأکید قرار می‌گرفت:

"خواهرم و زن داداش‌هام که طبیعی زایمان کردن، میگن دردت همان لحظه است و زود بلند می‌شی، ولی عوارضی که بعدش داره اینه که دستگاه تناسلی‌ات به حالت اول برنمی‌گردد و کم‌رود می‌گیری ..." (مشارکت کننده شماره ۴، ۲۰ ساله).

### ۲-۲. از دست دادن کنترل هنگام زایمان

یکی دیگر از طبقات درون‌مایه سردرگمی در تصمیم‌گیری، از دست دادن کنترل هنگام زایمان بود. برخی مشارکت کنندگان از اینکه هنگام زایمان بر اعمال خود کنترلی نداشته باشند، ابراز نگرانی می‌کردند و این مسأله، دلیل دیگری برای سردرگمی در تصمیم‌گیری آنها بود.

"میگن وقتی که درد شروع میشه، اصلاً کنترلت دست خودت نیست. می‌ترسم منم کنترلمو از دست بدم، دردش خیلی شدیدیه ولی میگن وقتی سر بچه بیرون میاد دیگه راحت میشی" (مشارکت کننده شماره ۷، ۱۹ ساله).

### ۲-۳. آگاهی ناکافی از فرآیند زایمان طبیعی

اکثریت شرکت کنندگان در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند. بیشترین منبع اطلاعات آنها در مورد فرآیند زایمان رسانه‌های جمعی، دوستان و آشنایان بود که نمی‌تواند به‌عنوان یک منبع معتبر تلقی شود و این اطلاعات، ترسشان را بیشتر کرده بود. یکی از مشارکت کنندگان توضیح داد:

"من اولین بار داریمه، اطلاعات و تجربه لازم در مورد زایمان ندارم، ولی شنیدم که زایمان طبیعی دردش وحشتناک است" (مشارکت کننده شماره ۵، ۲۶ ساله). همچنین در این راستا مشارکت کننده دیگری اظهار نمود:

"چند نفر از اقوام زایمان طبیعی انجام دادن بعضی‌ها خیلی درد داشتن، احساس می‌کنم زایمان طبیعی بهتره، ولی از یک جهت‌هایی می‌ترسم، فکر کنم، زایمان سزارین راحت‌تر باشه. نمیدونم باید چکار کنم سردرگم، شاید اگر چند مورد فیلم زایمان طبیعی ببینم، در تصمیم‌گیری کمکم کنه" (مشارکت کننده شماره ۷).

### ۲-۴. عدم اعتماد به کادر درمان

ترس از عدم مهارت عوامل زایمان، نحوه برخورد آنها و عدم رسیدگی و توجه به زائو، از جمله مواردی بودند که موجب ایجاد بی‌اعتمادی به کادر درمان و در نتیجه سردرگمی در تصمیم‌گیری در مشارکت کنندگان شده بود.

در این راستا یکی از مشارکت کنندگان می‌گفت:

"ممکنه که ماما مبتدی باشه و مهارت نداشته باشه، بنابراین می‌ترسم برای نوزادم مشکلی حین زایمان پیش بیاد و این مسئله منو نگران می‌کنه" (مشارکت کننده شماره ۷، ۱۹ ساله).

### درون‌مایه سوم: نگرانی از پیامدهای زایمان طبیعی

این درون‌مایه دارای ۳ زیرتم شامل: تضعیف رابطه زناشویی، عوارض مادری و عوارض نوزادی بود که به آنها اشاره می‌شود:

#### ۱-۳. تضعیف رابطه زناشویی

مشارکت کنندگان معتقد بودند زایمان طبیعی موجب تغییراتی در ساختار ظاهری دستگاه تناسلی آنها شده و رابطه زناشویی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این رابطه یک مشارکت کننده، نگرانی خود را این‌گونه بیان کرد:

"عوارض زایمان طبیعی اینه که با زایمان طبیعی ظاهر اندام تناسلی به حالت اول برنمی‌گرده و پارگی ایجاد می‌شه که منجر به نارضایتی شوهر از رابطه زناشویی می‌شود و دیگه براش جذاب نباشی" (مشارکت کننده شماره ۱۰).

#### ۲-۳. عوارض مادری

مشارکت کنندگان ترس از عوارضی همچون بی‌اختیاری، خونریزی، عفونت محل بخیه و پارگی دستگاه تناسلی در اثر زایمان طبیعی را بیان نمودند:

"ترس از زایمان طبیعی دارم چون می‌ترسم بی‌اختیاری ادراری بگیرم و بر دفع ادرار کنترل نداشته باشم. همچنین از اینکه شاید خونریزی زیادی حین زایمان داشته باشم می‌ترسم" (مشارکت کننده شماره ۴، ۲۸ ساله).

مشارکت کننده دیگری ترس خود را این‌گونه بیان کرد: "از عفونت بخیه‌ها در ناحیه زایمان به‌خاطر آلودگی محلش می‌ترسم" (مشارکت کننده شماره ۹).

ترس از پارگی دستگاه تناسلی از موارد دیگری بود که توسط زنان مطرح شد:

"امکان داره وزن بچه زیاد باشه و باعث پارگی بشه که آلت تناسلی‌ام به‌هم می‌ریزه ترس دارم" (مشارکت کننده شماره ۱۰).

#### ۳-۳. عوارض نوزادی

نگرانی برای سلامت کودک، یکی دیگر از طبقات درون‌مایه نگرانی از عوارض زایمان طبیعی بود. در این مطالعه اکثریت مشارکت کنندگان از اینکه کودکان با یک نقص مادرزادی متولد شود یا طی مراحل لیبر و زایمان آسیب ببینند یا بمیرد، نگران بودند. یکی از مشارکت کنندگان نگرانی خود را چنین بیان نمود:

"از اینکه با زایمان طبیعی بچه‌ام مشکلی پیدا کنه می‌ترسم، چون هر چی فکر کنی به سرت میاد، می‌ترسم بچه‌ام بمیره یا موقع زایمان براش اتفاقی بیفته؛ به‌عنوان مثال کیسه آب ام بترکه و نتونم زایمان طبیعی کنم" (مشارکت کننده شماره ۲).

تعدادی از مشارکت کنندگان از آسیب به بچه در حین فرآیند زایمان نگران بودند. مشارکت کننده دیگری در این راستا گفت: "فکرهایی مانند: اینکه بچم کامل به دنیا نیاد یا در کانال زایمان گیر می‌کنه یا اینکه بچم سالم یا نه، مدام به سراغم میاد و آزارم میده" (مشارکت کننده شماره ۳).

### بحث

یافته‌های مرحله کمی پژوهش نشان داد که اکثریت زنان نخست باردار ترس از زایمان را تجربه کرده بودند؛ همچنین یافته‌های پژوهش ارتباط معنی‌داری را بین کفایت درآمد برای مخارج زندگی، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و روش زایمانی منتخب، با ترس از زایمان نشان داد. در مرحله کیفی، زنان نخست باردار درک و تجربه خود را از ترس از زایمان تبیین کردند. یکی از طبقات استخراج شده از این مطالعه، احساس عدم توانمندی برای زایمان طبیعی بود. با این حال ۷۰/۸٪ نمونه‌ها زایمان طبیعی را ترجیح دادند. از طرفی بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک چندگانه، ترجیح روش زایمان (زایمان واژینال) از عوامل پیش‌بینی کننده ترس از زایمان بود؛ به عبارتی علی‌رغم اینکه روش زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند، ترس از زایمان در آنها شدید بود. ممکن است یکی از دلایل این موضوع این باشد که بیشتر نمونه‌ها در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت نکرده بودند و اطلاعات کافی و مناسب برای مدیریت ترس از زایمان را به‌دست نیاورده بودند. در مطالعه اندرون و

همکاران (۲۰۱۷) شدت ترس از زایمان با انتخاب نوع زایمان ارتباط داشت؛ به طوری که در زنانی که شدت ترس بیشتری از زایمان داشتند، نسبت به زنانی که سطح ترس متوسطی داشتند، انتخاب زایمان سزارین بیشتر بود (۹). در مطالعه آن‌ها نمره ترس از زایمان به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده بود و تأثیر آن بر انتخاب نوع زایمان بررسی شده بود. با این حال در مطالعه حاضر تأثیر انتخاب نوع زایمان بر ترس از زایمان بررسی شد و نشان داده شد زنانی که زایمان طبیعی را انتخاب کرده بودند، در این زمینه ترس بالایی هم داشتند.

بر اساس نتایج این مطالعه، زنان باردار با تجربه ترس از زایمان به حمایت زیادی در طول دوران بارداری و زایمان نیاز دارند (۲۵). بنابراین جهت کاهش ترس از درد مادران باردار می‌توان از رایحه درمانی، طب فشاری، انتونکس، رفلکسولوژی (۲۶) و برای کاهش ترس از زایمان می‌توان از روش‌های مختلفی از جمله تمرینات یوگا در بارداری استفاده کرد (۲۷).

در فاز کیفی مطالعه حاضر، درون‌مایه دوم، سردرگمی در تصمیم‌گیری بود. ترس از زایمان در بسیاری از مشارکت کنندگان ناشی از اطلاعات دست دوم و تجارب منفی بود که از روایت‌های دیگران به دست آمده بود. اهمیت روایت‌های ترسناک اطرافیان در ایجاد سردرگمی در تصمیم‌گیری، مکرر در بیانات مشارکت کنندگان مورد تأکید قرار گرفت. همچنین ترس از عدم مهارت عوامل زایمان، نحوه برخورد آنها و عدم رسیدگی و توجه به زائو، از جمله مواردی بودند که موجب ایجاد بی‌اعتمادی به کادر درمان و در نتیجه سردرگمی در تصمیم‌گیری در مشارکت کنندگان شده بود.

در این مطالعه اکثریت شرکت کنندگان در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند و بیشترین منبع اطلاعات آنها در مورد فرآیند زایمان، رسانه‌های جمعی و دوستان و آشنایان بود که خیلی قابل اعتماد نیست و نمی‌تواند به عنوان یک منبع معتبر تلقی شود با وجود این، برخی اطلاعاتی که از این طریق به دست آورده بودند، ترسشان را بیشتر کرده بود. در مطالعه مهرآبادی و همکاران (۲۰۲۰) در سبزواری، شرکت در

کلاس‌های آمادگی زایمان در مادران بر کاهش ترس از زایمان اثر مثبتی نداشت (۲۸)، لذا نویسندگان پیشنهاد دادند محتوای این آموزش‌ها مورد بررسی قرار گیرد. در مطالعه ایشان مداخله موجب افزایش ترس از زایمان و همه دامنه‌های آن به جز ترس از آسیب جنین شده بود و یا حداقل زمینه‌ای فراهم کرده بود که ترس از زایمان تشدید شود. احتمالاً نمایش فیلم زایمان و سزارین، تور بیمارستانی و مشاهده بلوک زایمان با مساحت کم و تراکم بالای زائو که همچنان به شیوه سنتی بستری بودن چند زائو در یک اتاق اداره می‌شد، از علل افزایش ترس از زایمان در مطالعه آنها بود.

در مطالعه خالصی (۲۰۲۲) اکثر شرکت کنندگان ترس از زایمان داشتند، آگاهی متوسطی از انواع زایمان و نگرش‌های منفی نسبت به زایمان داشتند (۳۰).

در راستای یافته‌های مطالعه حاضر، در مطالعه سرسکاس و همکار (۲۰۰۹) نیز منشأ اولیه ترس از زایمان در زنان، عدم اعتماد به کارکنان بهداشتی یا داستان‌های منفی بود که آنها در ارتباط با زایمان شنیده بودند. اکثریت زنان در مورد کیفیت مراقبت‌هایی که از طرف کارکنان مراقبت بهداشتی دریافت خواهند کرد، ابراز نگرانی می‌کردند. در این مطالعه نشان دادند که علت ترس آنها، کمبود اطلاعات یا اطلاعات خیلی زیاد است. سایر مطالعات نشان داده‌اند که زنان از اینکه کارکنان زایمان به آنها خوب رسیدگی نکنند، می‌ترسند (۲۹). مانرو و همکاران (۲۰۰۹) از اهمیت داستان‌های زایمان حمایت نموده‌اند (۳۰).

در مطالعه حاضر صحبت‌های دیگران در مورد زایمان با ترس از زایمان ارتباط داشت. در مطالعه سایستو و همکاران (۲۰۰۱)، کمبود اطلاعات مربوط به زایمان و آماده نبودن برای زایمان در ترس زنان از زایمان مؤثر شناخته شد (۳۱).

در مطالعه حاضر، مشخص شد که ناکافی بودن اطلاعات در مورد زایمان می‌تواند بر ترس مرتبط با زایمان مؤثر باشد. در مطالعه استول و همکار (۲۰۱۳)، افزایش اطلاعات در مورد بارداری و زایمان در کاهش ترس از زایمان مؤثر شناخته شد (۳۲)، از این رو، برای مقابله با ترس از زایمان، زنان باردار باید اطلاعات مناسب در

ترس از زایمان در بسیاری از زنان فراتر از سلامت خود بوده و به سلامت نوزاد به دنیا نیامده گسترش یافته است. ترس از ناشناخته‌ها، داستان‌های ترسناک در مورد زایمان و ترس عمومی برای سلامت کودک به‌عنوان ابعاد اجتماعی ترس از زایمان شناخته شده‌اند (۲۵).

### نتیجه‌گیری

یافته‌های مرحله کمی پژوهش نشان داد که اکثریت زنان نخست باردار ترس از زایمان را تجربه کرده بودند؛ همچنین ارتباط معنی‌داری بین کفایت درآمد برای مخارج زندگی، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان و روش زایمانی منتخب با ترس از زایمان وجود داشت.

آنالیز محتوای داده‌ها در رابطه با تبیین درک و تجربه ترس از زایمان طبیعی در زنان نخست‌باردار نشان داد که زنان به خاطر احساس عدم توانمندی برای زایمان طبیعی، سردرگمی در تصمیم‌گیری، نگرانی از عوارض زایمان طبیعی ترس دارند. ترکیب یافته‌های هر دو مرحله کمی و کیفی نشان می‌دهد که ترس از زایمان در زنان نخست باردار تنها تحت تأثیر عوامل فردی نبوده، بلکه به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر جامعه، محیط و اجتماعی است که در آن زندگی می‌کنند؛ به عبارت دیگر تلفیق یافته‌های این پژوهش ماهیت چندبعدی ترس از زایمان را نشان می‌دهد، لذا پیشنهاد می‌شود که ارائه دهندگان خدمات سلامت از نتایج این برنامه جهت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی ترغیب‌کننده زایمان طبیعی استفاده کنند.

### محدودیت‌های پژوهش

با توجه به اینکه مرحله کمی مطالعه حاضر از نوع مقطعی می‌باشد، بنابراین برخی ارتباط‌های نشان داده در پژوهش بین ترس از زایمان و عوامل مرتبط (مشخصات جمعیتی - اجتماعی و بارداری فعلی) الزاماً نشان دهنده رابطه علیتی نمی‌باشد.

در فرآیند جمع‌آوری داده‌های کیفی، جلب اعتماد مشارکت‌کنندگان، از مهم‌ترین مشکلات پژوهش بود که پژوهشگر سعی نمود با بیان هدف اجرای پژوهش و

مورد زایمان کسب نمایند و این اطلاعات باید توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ارائه شود. با کمک یک رویکرد شناختی رفتاری، زنان می‌توانند برخورد مؤثرتری با موانع احتمالی داشته و مهارت‌های مقابله‌ای مربوطه را تقویت کنند (۳۳).

نگرانی از پیامدهای زایمان طبیعی، طبقه سوم مطالعه حاضر بود. مشارکت‌کنندگان از تضعیف رابطه زناشویی در اثر زایمان طبیعی و عوارضی همچون بی‌اختیاری ادرار، خونریزی، عفونت محل بخیه و پارگی دستگاه تناسلی در اثر زایمان طبیعی نگران بودند؛ همچنین ترس از پروسه‌های حین زایمان شامل ترس از اپی‌زیاتومی<sup>۱</sup>، معاینات مکرر واژینال و فشار بر رحم از دیگر مسائلی بود که بیان نمودند. در این مطالعه اکثریت مشارکت‌کنندگان از اینکه کودکشان با یک نقص مادرزادی متولد شود یا طی مراحل لیبر و زایمان آسیب ببیند یا بمیرد، نگران بودند.

استول و همکاران (۲۰۱۵) نیز گزارش کردند که برخی زنان با ترس زیاد از زایمان، برای جلوگیری از درد و آسیب واژن سزارین را ترجیح می‌دادند که با یافته‌های مطالعه حاضر هم‌هنگ بود. یافته‌های آنها نشان داد که ممکن است در آینده تقاضا برای سزارین بدون اندیکاسیون‌های پزشکی، هم به‌دلیل ترس از زایمان واژینال و هم میل به یکپارچگی واژن، یا هر دو انگیزه افزایش یابد (۸).

در مطالعه حاضر تحت تأثیر قرار گرفتن رابطه زناشویی به‌دلیل تغییرات آناتومیک دستگاه تناسلی در اثر زایمان طبیعی و ترس از عدم جذابیت برای همسر، از جمله مواردی بود که توسط تعدادی از مشارکت‌کنندگان عنوان شد. این مسئله شاید ناشی از هنجارهای فرهنگی باشد؛ همچنین نقش کم همسران در حمایت طی دوران بارداری و زایمان می‌تواند دلیل دیگری برای این مسئله باشد که با بررسی بیشتر و روشن شدن این مطلب، برنامه‌ریزی دقیق‌تر در آموزش به همسران و کمک جستن از آنها به‌عنوان نزدیک‌ترین فرد به مادر و عامل مهم در کاهش ترس و اضطراب او را ضروری می‌سازد.

<sup>1</sup> Episiotomy

رعایت اصول اخلاقی مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، اعتماد آنها را جلب نماید.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دکترای تخصصی بهداشت باروری مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران: با عنوان "تبیین چگونگی ترس از زایمان طبیعی و تعیین عوامل مرتبط با آن در زنان نخست باردار" می‌باشد. بدین‌وسیله از همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه که تجارب‌شان را به اشتراک گذاشتند و حمایت‌های مالی دانشگاه، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

## ملاحظات اخلاقی

این پروژه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه تهران، ایران رسید. در ابتدای مصاحبه، اهداف مصاحبه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. به آنها اطمینان داده شد که مصاحبه‌ها داوطلبانه بوده و هویت آنها در

گزارش‌های تحقیقاتی فاش نخواهد شد. برای این منظور یک کد عددی به هر یک مشارکت‌کنندگان اختصاص داده شد. سرانجام مشارکت‌کنندگان موافق، فرم رضایت کتبی را نیز امضاء کردند.

## مشارکت نویسندگان

دکتر زهرا بهبودی مقدم و دکتر سهیلا بیرانوند در طراحی مطالعه؛ دکتر سهیلا بیرانوند و دکتر مریم حسنی در تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها؛ دکتر علی بیگی‌زاده، دکتر سهیلا بیرانوند و دکتر شورانگیز بیرانوند در نوشتن مقاله؛ دکتر شورانگیز بیرانوند در ثبت مقاله و دکتر مریم حسنی و دکتر سهیلا بیرانوند در بازبینی انتقادی مقاله مشارکت داشته‌اند.

## تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

## منابع

1. Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. Pre-and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of clinical nursing* 2009; 18(5):667-77.
2. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? *Trends in industrialized countries, 1987 to 2007*. *Birth* 2011; 38(2):99-104.
3. Katikireddi SV, Gorman DR, Leyland AH. A comparison of trends in caesarean section rates in former communist (transition) countries and other European countries. *The European Journal of Public Health* 2013; 23(3):381-3.
4. Liu NH, Mazzoni A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reproductive health* 2013; 10:1-7.
5. Moradi M, Nazi A, Mazloumi E. Prevalence and Causes Related to Fear of Vaginal Delivery in Iran: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing Research* 2022; 17(1):43-53.
6. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth* 2018; 18:1-15.
7. Beiranvand SP, Moghadam ZB, Salsali M, Majd HA, Birjandi M, Khalesi ZB. Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravid women: A cross-sectional study. *Shiraz E-Medical Journal* 2017; 18(11).
8. Stoll K, Edmonds JK, Hall WA. Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young American women before childbirth: a survey study. *Birth* 2015; 42(3):270-6.
9. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2017; 20(5):68-75.
10. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009; 116(1):67-73.
11. Khorsandi M, Vakilian K, Nasir zadeh Masooleh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in arak-a cross sectional study. *Journal of Advanced Biomedical Sciences* 2014; 4(2):161-7.
12. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012; 119(10):1238-46.
13. Green JM, Baston HA. Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? *Data from a prospective study*. *Birth* 2007; 34(1):6-13.

14. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2011; 16(2):169.
15. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghiehZadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al . The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *J Arak Uni Med Sci* 2008; 11(3):29-36.
16. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 2004; 24(2):105-12.
17. Creswell JW, Clark VL. *Designing and conducting mixed methods research*. Sage publications; 2017.
18. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2000; 21(4):219-24.
19. Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth Self-Efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language versions. *Journal of advanced nursing* 2011; 67(1):193-203.
20. Akhlaghi F. Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(54):31-122.
21. Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. *J Arak Univ Med Sci J* 2011; 14(56):45.
22. Heydari S, Salahshourian A, Rafiei F, Hosseini F. Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with quality of life in cancer patients. *Iran Journal of Nursing* 2009; 22(61):8-18.
23. Ghodusi M, Heidari M, Hoseini E. Correlation between Body Esteem and perceived social support in patients with multiple sclerosis (MS) Referred to the MS Society in Tehran. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2013; 21(6):215-3.
24. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
25. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Social science & medicine* 2006; 63(1):64-75.
26. Fayazi S, Amerian M, Faghani Aghoozi M, Mohammadi S. Methods of Labor Pain Relief in Iran: A Review. *Nursing And Midwifery Journal* 2019; 17(6):421-43.
27. Samavati S, Kazemi F, Aghababaei S, Soltani F. The effect of yoga on fear of childbirth and childbirth self-efficacy in primigravid women: a randomized controlled trial. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2022; 25(3):75-85.
28. Mehrabadi M, Masoudifar M, Parvizi A, Rakhshani MH, Mortazavi F. Effects of childbirth preparation classes program based on national guideline on fear of childbirth in pregnant women: a randomized clinical trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2020; 23(1):58-68.
29. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009; 25(2):155-62.
30. Munro S, Kornelsen J, Hutton E. Decision making in patient-initiated elective cesarean delivery: the influence of birth stories. *Journal of midwifery & women's health* 2009; 54(5):373-9.
31. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmäki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001; 108(5):492-8.
32. Stoll K, Hall W. Vicarious birth experiences and childbirth fear: does it matter how young Canadian women learn about birth?. *The Journal of perinatal education* 2013; 22(4):226.
33. Serçekuş P, Mete S. Turkish women's perceptions of antenatal education. *International Nursing Review* 2010; 57(3):395-401.

# Fear of natural childbirth and its related factors among primigravid women: a mixed-methods study

Soheila Pirdadeh Beiranvand<sup>1</sup>, Zahra Behboodi Moghadam<sup>2</sup>, Maryam Hasani<sup>1</sup>, Shourangiz Beiranvand<sup>3\*</sup>, Ali Beygizadeh<sup>4</sup>

1. Assistant Professor, Department of Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2. Professor of Reproductive Health, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
4. Resident of Internal Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.

Received: Feb 27, 2024 Accepted: May 30, 2024

## Abstract

**Introduction:** Fear of natural childbirth is a common problem among pregnant women. The present study was performed with aim to explain fear of natural childbirth and its related factors among primigravid women.

**Methods:** This sequential-explanatory mixed-methods study with participant selection type was conducted in 2014-2015. At quantitative phase, using a multistage cluster sampling method, 400 primigravid women with 18-32 gestation weeks were selected. To collected data, Childbirth Attitude Questionnaire, demographic characteristics, and Northouse Social Support Questionnaire were used. Data analysis was performed using Chi-square, t-test, Mann-Whitney test, and multivariate logistic regression. At qualitative phase, semi-structured individual interviews using open-ended questions was performed on 15 primigravid women who were selected using purposive sampling method. The data were analyzed using conventional content analysis method.

**Results:** Mean score of fear of natural childbirth was  $37.86 \pm 9.44$  and its prevalence ( $CAQ \geq 28$ ) was 80.8%. According to the results of multivariate logistic regression analysis, a significant relationship was found between lack of sufficient income ( $p=0.020$ ), not participating in childbirth preparation classes ( $p=0.040$ ) and selection of delivery method (vaginal delivery) ( $p<0.001$ ) with fear of childbirth. Analysis of data at the qualitative stage led to three themes including feeling of inability for natural childbirth, confusion in decision making and concerns about natural childbirth complications.

**Conclusion:** Fear of childbirth was influenced by personal, social and cultural factors. Therefore, it is suggested that health service providers use the results of this study to implement educational programs in order to encourage natural childbirth.

**Keywords:** Cross-Sectional Study, Fear, Natural Childbirth, Primigravida, Qualitative Research, Women

### ► Please cite this article as:

Pirdadeh Beiranvand S, Behboodi Moghadam Z, Hasani M, Beiranvand Sh, Beygizadeh A. Fear of natural childbirth and its related factors among primigravid women: a mixed-methods study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(3):21-36. DOI: 10.22038/ijogi.2024.76110.5911