

مقایسه ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط جنین (خودبه‌خودی)، زایمان طبیعی و سزارین

دکتر مریم قضایی^{۱*}، زهرا خودراه^۲، دکتر ایمان قطب^۳

۱. استادیار گروه علوم انسانی، دانشگاه سجاد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، مؤسسه غیرانتفاعی شاندیز، مشهد ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی، مؤسسه غیرانتفاعی شاندیز، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۴

خلاصه

مقدمه: با توجه به این که باروری، از ارزش بالایی در اکثر فرهنگ‌ها برخوردار است، اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود، ممکن است منجر به مختل شدن سلامت روانی فرد شود، لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط جنین (خودبه‌خودی)، زایمان طبیعی و سزارین انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای از بهمن ماه ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بر روی ۳۰۰ نفر از زنان تازه زایمان کرده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر مشهد انجام شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه‌های تجربه زایمان ویژه، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه PTSD پس از زایمان بود. با استفاده از این ابزارها، ترس از زایمان، علائم افسردگی و PTSD پس از زایمان اندازه گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی و سزارین بود ($p < ۰/۰۰۱$). گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان ترس از زایمان و نشانگان افسردگی پس از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p > ۰/۰۵$). نشانگان PTSD پس از زایمان در گروه زنان دارای سزارین به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی بود ($p < ۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** ترس از زایمان، افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی نسبت به زنانی که زایمان داشته‌اند، بیشتر است و از این نظر باید مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: افسردگی پس از زایمان، ترس از زایمان، سقط خودبه‌خودی، PTSD پس از زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم قضایی؛ دانشگاه سجاد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۲۶۰۲۹۰۰۰؛ پست الکترونیک: ma.ghazayi@sadjad.ac.ir

مقدمه

سقط خودبه‌خودی مشکلی شایع در طول بارداری است و حدود ۱۵-۱۰٪ بارداری‌ها به سقط خودبه‌خودی منجر می‌شود (۱). سازمان جهانی بهداشت به از دست دادن جنین قبل از هفته ۲۲ سقط خودبه‌خودی می‌گوید. در آمریکا به از دست دادن جنین قبل از هفته ۲۰ بارداری سقط خودبه‌خودی گفته می‌شود (۲). با توجه به این که باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند، یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است، اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود، ممکن است به یک احساس مخرب و یک واقعه تنش‌زا بدل شود و منجر به مختل شدن سلامت روانی فرد شود (۳). بنابراین حدود ۵۰٪ از زنان بعد از سقط جنین از دامنه‌ای از مشکلات سلامت روان مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از تروما (PTSD)^۱ بعد از سقط رنج می‌برند که می‌تواند تا یک سال دوام داشته باشد (۷-۴). وجود احساس‌های شرم، ترس، گناه، درماندگی و سوگ به دنبال سقط خودبه‌خودی نیز شایع است (۸).

شیوع افسردگی پس از سقط خودبه‌خودی حدود ۵۳/۵-۷/۹٪ برآورد شده است (۹-۱۱). در ایران نیز مطالعه دیبایی و همکار (۲۰۰۸) نشان داد که ۵۰/۵٪ زنان متعاقب سقط دچار احساس افسردگی و پشیمانی می‌شوند (۱۲). این در حالی است که بر طبق مطالعات مروری، حدود ۲۰٪ از زنان در سه ماه بعد از تولد علائم افسردگی عمده یا جزئی دارند (۱۳). افسردگی پس از زایمان، یک نوع اختلال خلقی است که می‌تواند در طول سال اول بعد از تولد اتفاق بیفتد. رایج‌ترین زمان برای وقوع افسردگی پس از زایمان ۶-۴ هفته پس از تولد است (۱۴). افسردگی پس از زایمان، بهزیستی روانی زنان را مختل می‌کند و حتی در برخی موارد می‌تواند منجر به رفتار خودکشی شود (۱۵). به علاوه این اختلال با علائمی نظیر احساس غمگینی، ناتوانی از لذت بردن، تحریک‌پذیری، عصبانیت و کاهش اعتماد به نفس مشخص می‌شود (۱۶).

با توجه به سطوح بالای اضطراب پس از سقط، متغیر دیگری که می‌تواند تحت تأثیر سقط قرار بگیرد، ترس از زایمان^۲ است. برخی مطالعات نشان داده‌اند که داشتن سقط، یکی از عواملی است که سطوح بالاتر ترس از زایمان را پیش‌بینی می‌کند (۱۷، ۱۸). اگرچه همه زنان به دلیل ماهیت دردناک زایمان تا حدی ترس از زایمان را تجربه می‌کنند، اما ۱۴-۵٪ از زنان ترس از زایمان شدیدتری دارند (۱۹). شیوع ترس شدید و متوسط در ایران ۶/۱٪ و ۱۹/۶٪ است (۲۰). ترس از زایمان دامنه گسترده‌ای از نگرانی‌ها شامل نگرانی راجع به سلامتی مادر و نوزاد (۲۱)، نگرانی از دست دادن کنترل در طول زایمان، ترس از وقایع غیرقابل پیش‌بینی و ترس از دردهای شدید زایمان (۲۲) می‌شود. ترس از زایمان در صورتی که شدید باشد، ممکن است باعث شود زنان در زایمان‌های بعدی خود بدون اندیکاسیون پزشکی درخواست سزارین داشته باشند (۲۳). به علاوه حتی اگر زنان مبتلا به ترس شدید از زایمان، اقدام به زایمان طبیعی کنند، هورمون‌های آزاد شده در پاسخ به ترس و اضطراب در طول فرآیند زایمان مانند کاتکولامین‌ها، کورتیزول، اپی‌نفرین و بتا-آندروفین می‌تواند با کاهش انقباضات رحمی در باز شدن رحم و پیشرفت مطلوب زایمان تداخل ایجاد کنند (۲۴). در چنین شرایطی زنان ممکن است سزارین اورژانسی داشته باشند (۲۵). از آنجایی که خطر ایجاد مشکلات حاد در سزارین ۵ برابر بیشتر از زایمان طبیعی است (۲۶)، هدف سازمان جهانی بهداشت و همچنین سیاست‌های بهداشتی کشورها این است که میزان سزارین را پایین و حداکثر تا ۱۵٪ زایمان‌ها نگه دارند (۲۷). در موارد شدید ترس از زایمان، زنان نخست‌زا ممکن است از بارداری اجتناب و زنان دیگر به تک‌فرزندی اکتفا کنند (۲۸).

سقط علاوه بر شرایط سخت جسمانی که برای زنان دارد، به دلیل آنکه همراه با فقدان است، می‌تواند تروماتیک‌تر تلقی شود (۲۹). چنانکه در ادبیات پژوهشی، از دست دادن به‌عنوان یک ترومای واقعی یا بالقوه تلقی می‌شود که در آن فرد امکان نزدیکی به فرد مورد علاقه خود را ندارد (۳۰). به علاوه در سقط، تهدید آسیب جدی، دیدن

² Fear of childbirth

¹ Post Trauma Stress Disorder

خون یا بافت‌های جنین، یا ادراک ذهنی تجربه مرگ یک نوزاد می‌تواند به‌طور ویژه‌ای تروماتیک تلقی شود (۱). تحقیقات نشان داده‌اند زایمان‌های پراسترس و تروماتیک می‌تواند منجر به PTSD در زنان شود (۳۱). PTSD شرایط روان‌شناختی است که به وسیله وقایع وحشت‌آوری که شما تجربه می‌کنید یا مشاهده می‌کنید، راه‌اندازی می‌شود (۳۲). در کل نشانه‌های PTSD به سه دسته تقسیم می‌شود: تجربه مجدد (کابوس، افکار مزاحم یا فلش بک)، اجتناب و بی‌حسی و افزایش برانگیختگی (که شامل گوش به زنگی، تحریک‌پذیری، مشکل در تمرکز و سایر اختلالات عاطفی) است. نشانه‌های PTSD مرتبط با زایمان می‌تواند به دو گروه: ۱. تجربه مجدد و نشانه‌های اجتنابی و ۲. بی‌حسی هیجانی و نشانه‌های برانگیختگی تقسیم شود (۳۳). نشانه‌ها ممکن است شامل کابوس‌های شبانه درباره زایمان یا عدم اشتیاق مادر برای پیوند با نوزاد یا برگشتن به بیمارستانی باشد که در آن زایمان کرده است (۲۵). شیوع نشانه‌های PTSD بعد از زایمان در مطالعات متفاوت است؛ به عنوان مثال گرکین و همکار (۲۰۱۴) نشان دادند که شیوع نشانه‌های PTSD بعد از زایمان در جمعیت عادی ۳/۱۷٪ و در جمعیت پرخطر ۱۵/۷٪ است (۲۵). مطالعه انگل‌هارد و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد یک ماه بعد از سقط خودبه‌خودی، ۲۵٪ از زنان نشانه‌های لازم برای تشخیص PTSD را دارند (۳۴). در مطالعه فارن و همکاران (۲۰۱۸) شیوع PTSD یک ماه بعد از سقط خودبه‌خودی ۲۸٪ و ۳ ماه بعد، ۳۸٪ بود (۱). در مواردی که سقط خودبه‌خودی در سه ماهه دوم بارداری اتفاق می‌افتد، علائم PTSD شدیدتر از زمانی است که سقط خودبه‌خودی در سه ماهه اول اتفاق می‌افتد (۳۵).

فهم و ادراک شدت مشکلات سلامت روان بعد از سقط می‌تواند برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و سلامتی مفید باشد؛ چراکه به آنها کمک می‌کند تا برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه تنظیم کنند. بیشتر زوجها بعد از سقط خودبه‌خودی تصمیم می‌گیرند به زودی صاحب بچه شوند و حدود ۸۶٪ از آنها در طول ۱۸ ماه دوباره باردار می‌شوند (۳۶). این در حالی است که استرس‌های

روان‌شناختی بعد از سقط، خطر بارداری بعدی زنان را نیز افزایش می‌دهد (۳۷)؛ چراکه اگرچه در بسیاری از موارد ناهنجاری‌های کروموزومی، علت از دست دادن جنین در مراحل اولیه بارداری است، اما عوامل استرس‌زای روان‌شناختی قبل و بعد از بارداری، خطر سقط خودبه‌خودی را افزایش می‌دهد (۳۸). تحقیقات گذشته در ایران روی مشکلات هیجانی و روان‌شناختی بعد از سزارین و زایمان طبیعی متمرکز شده‌اند، اما مشکلات سلامت روان بعد از سقط خودبه‌خودی در داخل کشور چندان مشخص نیست، لذا جهت روشن شدن شدت مشکلات سلامت روان در این افراد لازم است با گروه‌هایی مشابه که فرآیند بارداری را تجربه کرده‌اند، مورد مقایسه قرار گیرند؛ چراکه خود فرآیند بارداری نیز برای نخستین بار، باعث می‌شود زنان از نظر هیجانی نسبت به اضطراب، افسردگی و ترس از زایمان آسیب‌پذیر شوند. زنانی که برای بار اول باردار می‌شوند، باید هویت مادرانه خود را از طریق بازسازماندهی نقش‌های متنوع خود گسترش دهند و روابط خود را با اطرافیان تنظیم کنند (۳۷)، بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی تفاوت ترس از زایمان، نشانگان افسردگی پس از زایمان و نشانگان اختلال استرس پس از زایمان در سه گروه سقط خودبه‌خودی، زایمان طبیعی و سزارین زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای از بهمن ماه ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ بر روی ۳۰۰ نفر از زنان تازه زایمان کرده مراجعه کننده به مراکز بهداشت انجام شد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار GPower و با اندازه اثر ۰/۲۸ در تحقیقات مشابه، خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۵، ۱۰۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. پس از تأیید طرح تحقیق در مؤسسه غیرانتفاعی شان‌دیز و اخذ معرفی‌نامه به مراکز بهداشت نواحی ۱ و ۵ مراجعه شد. انتخاب نمونه از مراکز بهداشت به این دلیل بود که مراکز بهداشت، مراقبت‌های مستمر و ماهیانه‌ای از زنان باردار به‌عمل می‌آورند و حتی در صورت عدم مراجعه خود مادر باردار برای مراقبت‌های ماهیانه،

این پرسشنامه ترس در طول زایمان، احساسات و افکار پس از زایمان را اندازه‌گیری می‌کند. نمره کل پرسشنامه در دامنه صفر تا ۱۶۵ قرار دارد. نمرات بیشتر، شاخصی از ترس شدیدتر در دوره بعد از زایمان است. همسانی درونی و پایایی دو نیمه آزمون برای زنان نخست‌زا و چندزا بیشتر از ۰/۸۷ برآورد شده است (۳۹). روایی همزمان پرسشنامه نیز مناسب گزارش شده است (۳۹). در مطالعه عباسپور و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده شد که نسخه فارسی پرسشنامه، روایی و پایایی قابل قبولی دارد (۴۰). در مطالعه حاضر همسانی درونی ۰/۸۵ به‌دست آمد.

پرسشنامه افسردگی بک، یک ابزار ۲۱ سؤالی است که شدت افسردگی را در جمعیت نرمال و روان‌پزشکی بررسی می‌کند. شیوه پاسخ‌دهی به این پرسشنامه بر اساس ۰ (بدون علامت) تا ۳ (علامت شدید) است. نمره کل بر اساس جمع کردن پاسخ‌ها در ۲۱ سؤال به‌دست می‌آید. حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۶۳ است. نمره بیشتر، شدت افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد. در جمعیت غیربالینی، نمره‌های بالاتر از ۲۰ نشان‌دهنده افسردگی است (۴۱). روایی همزمان بین این پرسشنامه با مقیاس افسردگی در پرسشنامه چندوجهی مینه سوتا بالا و همبستگی آن برابر با ۰/۷۷ است (۴۲). همسانی درونی این ابزار ۰/۹۱ گزارش شده است (۴۳). در مطالعات مختلف در ایران، پایایی و روایی این ابزار تأیید شده است. برای مثال، نتایج مطالعه رحیمی (۲۰۱۴) نشان داد که همسانی درونی بالا و برابر با ۰/۸۷ است. به علاوه پایایی این ابزار در طول یک دوره زمانی نیز قابل قبول بود ($r=0/73$). به علاوه روایی همزمان این ابزار با مقیاس‌های مختلف از جمله پرسشنامه سلامت عمومی، مناسب گزارش شده است (۴۴).

پرسشنامه PTSD پس از زایمان، یک پرسشنامه خودگزارشی است که نشانه‌های PTSD را مرتبط با زایمان اندازه‌گیری می‌کند. طیف نمرات بین ۰ تا ۱۴ است، اما نمرات بالاتر از ۶ به‌عنوان تشخیص PTSD در نظر گرفته می‌شوند. همسانی درونی بالا و برابر با ۰/۸۳ است و پایایی آزمون-بازآزمون برابر با ۰/۹۲ به‌دست آمده است. نمرات این مقیاس با ابزارهای معتبر برای

مراقبین سلامت ملزم به پیگیری و فراخوان مادران باردار برای انجام مراقبت‌هایشان هستند. در سیستم مراقبت‌های بهداشتی برای زنان پس از سقط و زایمان نیز مراقبت در نظر گرفته شده است که همین فرصت، دسترسی به آنها را فراهم می‌کند. انتخاب نمونه دردسترس و معیارهای ورود به مطالعه شامل: نخست‌زا بودن زنان و قرار داشتن در هفته دوم تا چهارم پس از زایمان در مورد گروه سزارین و زایمان طبیعی و در گروه سقط خودبه‌خودی، بارداری اول بودن و قرار داشتن در هفته دوم تا چهارم پس از سقط خودبه‌خودی بود. ملاک تشخیص سقط خودبه‌خودی، سقط جنین قبل از هفته ۲۰ بارداری در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل برای شرکت در مطالعه، داشتن تجربه حادثه تروماتیک به غیر از زایمان در ۱ سال اخیر و داشتن سابقه ابتلاء به بیماری‌های اعصاب و روان بود. زنان بارداری که تحت مراقبت مراکز بهداشت قرار دارند، در مراقبت‌های ماهیانه بارداری مورد غربالگری اختلالات اعصاب و روان قرار می‌گیرند و در صورت گزارش علائم، به پزشک مرکز و سپس به روان‌پزشک ارجاع داده می‌شوند. علاوه بر غربالگری از نظر سلامت روان در طول بارداری، سابقه ابتلای آنها به انواع اختلالات اعصاب و روان نیز توسط روان‌شناسان و مراقبین سلامت مراکز بهداشت مورد بررسی قرار می‌گیرد و در پرونده الکترونیک آنها درج می‌شود. بنابراین گزارش خود مادر مبنی به داشتن اختلال اعصاب و روان در گذشته، گزارش مصرف داروهای اعصاب و روان و یا مثبت شدن غربالگری روان‌مادر باردار در طول بارداری، ملاک خروج از مطالعه بود. در صورت موافقت زنان برای شرکت در پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه کتبی جهت شرکت در مطالعه، از آنها خواسته می‌شد تا سه پرسشنامه تجربه زایمان و ویژما (W-DEQ-B)^۱، سیاهه افسردگی بک (DBI)^۲ و پرسشنامه PTSD پس از زایمان^۳ را تکمیل کنند.

پرسشنامه تجربه زایمان و ویژما، یک ابزار ۳۳ سؤالی است که بر اساس طیف لیکرت ۶ نمره‌ای باید به آن پاسخ داد.

¹ The Wijma Delivery Experience Questionnaire

² Beck Depression Inventory

³ Perinatal PTSD Questionnaire

اندازه‌گیری PTSD و همچنین استفاده از روان درمانی همبستگی بالایی دارد (۴۵). در مطالعه مرتضوی و همکار (۲۰۲۱) نسخه فارسی این ابزار در زنان ایرانی روایی و پایایی مناسبی داشت (۴۶). همسانی درونی و پایایی دو نیمه‌آزمون در این مطالعه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹ به دست آمد (۴۶). در مطالعه حاضر، همسانی درونی ۰/۸۷ بود.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی گروه زایمان طبیعی ۲۴/۴±۳/۷ سال، گروه سزارین ۲۵/۲±۴/۱ سال و گروه سقط خودبه‌خودی ۲۶/۲±۳/۵ سال بود که بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند ($F=۱/۸۴$).

($p=۰/۷$). ۱۴۰ نفر (۴۶/۹٪) از شرکت‌کنندگان لیسانس، ۸۲ نفر (۲۷/۳٪) دیپلم، ۴۶ نفر (۱۵/۳٪) فوق لیسانس، ۲۴ نفر (۸٪) زیردیپلم و ۸ نفر (۲/۸٪) آنها دکترا داشتند. در گروه زایمان طبیعی، ۲۴ نفر (۲۴٪) از شرکت‌کنندگان در پرسشنامه افسردگی نمرات بالاتر از نقطه برش (۲۰) اخذ کردند. در گروه سزارین، ۳۲ نفر (۳۲٪) از شرکت‌کنندگان و در گروه سقط خودبه‌خودی، ۸۸ نفر (۸۸٪) از شرکت‌کنندگان نمرات بالاتر از نقطه برش اخذ کردند. در گروه زایمان طبیعی، ۳۸ نفر (۳۸٪) از شرکت‌کنندگان در پرسشنامه PTSD نمرات بالاتر از نقطه برش (۶) اخذ کردند. در گروه سزارین ۵۶ نفر (۵۶٪) از شرکت‌کنندگان و در گروه سقط خودبه‌خودی ۹۱ نفر (۹۱٪) از شرکت‌کنندگان نمرات بالاتر از نقطه برش اخذ کردند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای ترس از زایمان، افسردگی پس از زایمان، PTSD پس از زایمان را در سه گروه زایمان طبیعی، زایمان سزارین و سقط خودبه‌خودی نشان می‌دهد.

جدول ۱- نمرات میانگین و انحراف معیار متغیرهای ترس از زایمان، افسردگی پس از زایمان، PTSD پس از زایمان در سه گروه

زایمان طبیعی، سزارین و سقط خودبه‌خودی					
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
	زایمان طبیعی	۶۹/۴۹	۲۵/۷۲	۱۰	۱۴۸
ترس از زایمان (تجربه)	سزارین	۷۰/۸۰	۲۷/۰۴	۱۰	۱۴۰
	سقط خودبه‌خودی	۱۱۹/۶۷	۲۱/۷۲	۴۱	۱۶۵
	زایمان طبیعی	۱۳/۶۱	۹/۵۴	۰	۴۲
افسردگی پس از زایمان	سزارین	۱۶/۶	۱۱/۵۷	۰	۴۷
	سقط خودبه‌خودی	۳۲/۶۱	۱۲/۲۷	۱۰	۶۱
	زایمان طبیعی	۵/۵	۴/۳	۰	۱۴
PTSD پس از زایمان	سزارین	۶/۸	۳/۲	۰	۱۳
	سقط خودبه‌خودی	۱۰/۵۸	۲/۵	۳	۱۴

سه گروه زایمان طبیعی، سزارین و سقط خودبه‌خودی به ترتیب ۵/۵±۴/۳، ۶/۸±۳/۲ و ۱۰/۵۸±۲/۵ بود. جهت بررسی تفاوت بین سه گروه از لحاظ ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان از تحلیل واریانس چندمتغیره^۱ (مانوا) استفاده شد، اما قبل از انجام تحلیل واریانس چندمتغیره لازم بود دو مفروضه

بر اساس جدول ۱، میانگین ترس از زایمان در سه گروه زایمان طبیعی، سزارین و سقط خودبه‌خودی به ترتیب برابر با ۶۹/۴۹±۲۵/۷۲، ۷۰/۸۰±۲۷/۰۴ و ۱۱۹/۶۷±۲۱/۷۲، میانگین افسردگی پس از زایمان در سه گروه زایمان طبیعی، سزارین و سقط خودبه‌خودی به ترتیب برابر با ۱۳/۶۱±۹/۵۴، ۱۶/۶±۱۱/۵۷ و ۳۲/۶۱±۱۲/۲۷ و میانگین PTSD پس از زایمان در

¹ Multivariate Analysis of Variance

زایمان، افسردگی پس از زایمان و PTSD پس از زایمان در سه گروه زایمان طبیعی، سزارین و سقط جنین خودبه‌خودی متفاوت بود ($p < 0/0001$). جهت بررسی این که کدام یک از متغیر در این سه گروه تفاوت معنی‌داری داشت، از تحلیل واریانس تک‌متغیره در متن تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شد که بر اساس نتایج آن، متغیرهای ترس از زایمان ($F=131/57$ ، $p < 0/0001$)، افسردگی پس از زایمان ($F=72/69$ ، $p < 0/0001$) و PTSD پس از زایمان ($F=83/14$ ، $p < 0/0001$) در سه گروه تفاوت معنی‌داری داشتند. با توجه به این که مشخص نیست دقیقاً بین کدام گروه‌ها این تفاوت وجود دارد، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شد. آزمون تعقیبی مناسب به‌دلیل نابرابر بودن واریانس‌ها، آزمون تام هنس است (جدول ۲).

اصلی مربوط به این روش؛ یعنی نرمال بودن متغیرهای وابسته بررسی و تأیید شوند (۴۷). به علاوه بر اساس نتایج آزمون لوین، واریانس متغیر ترس از زایمان ($F=2/84$ ، $p=0/06$) در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. واریانس متغیرهای افسردگی پس از زایمان ($F=3/49$ ، $p=0/03$) و PTSD پس از زایمان ($F=6/4$ ، $p=0/02$) در سه گروه زایمان طبیعی، سزارین و سقط خودبه‌خودی تفاوت معنی‌داری داشتند، اما با توجه به نرمال بودن متغیرها و برابری تعداد اعضای گروه‌ها می‌توان از عدم برابری واریانس‌ها در این دو متغیر چشم‌پوشی کرد (۴۷). برای مقایسه ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و PTSD پس از زایمان در زنان گروه زایمان طبیعی، سزارین و سقط جنین خودبه‌خودی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون لامبدای ویلکز، ترکیب خطی متغیرهای ترس از

جدول ۲- آزمون تام هنس برای مقایسه بین گروهی متغیرهای پژوهش (ترس از زایمان، افسردگی پس از زایمان، PTSD پس از زایمان) در سه گروه سزارین، سقط خودبه‌خودی و زایمان طبیعی

متغیر وابسته	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
ترس از زایمان	گروه طبیعی و گروه سزارین	۱۳۱	۰/۹۷
	گروه طبیعی و گروه سقط خودبه‌خودی	۵۰/۱۸	$p < 0/0001$
	گروه سقط خودبه‌خودی و گروه سزارین	۴۸/۸۷	$p < 0/0001$
افسردگی پس از زایمان	گروه طبیعی و گروه سزارین	۳/۰۵	۰/۱۲
	گروه طبیعی و گروه سقط خودبه‌خودی	۱۹	$p < 0/0001$
	گروه سقط خودبه‌خودی و گروه سزارین	۱۵/۹۵	$p < 0/0001$
PTSD پس از زایمان	گروه طبیعی و گروه سزارین	۱/۲۹	۰/۰۲
	گروه طبیعی و گروه سقط خودبه‌خودی	۵/۰۶	$p < 0/0001$
	گروه سقط خودبه‌خودی و گروه سزارین	۳/۷۷	$p < 0/0001$

PTSD پس از زایمان در گروه سزارین به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه زایمان طبیعی بود. همچنین، میزان نشانگان PTSD پس از زایمان در گروه سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه زایمان طبیعی ($p < 0/0001$) و گروه سزارین بود ($p < 0/0001$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف مقایسه ترس از زایمان، نشانگان افسردگی پس از زایمان و نشانگان PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی، سزارین و

بر اساس جدول ۲، گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان ترس از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0/97$). میزان ترس از زایمان در گروه سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه زایمان طبیعی ($p < 0/0001$) و گروه سزارین بود ($p < 0/0001$). به علاوه گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان نشانگان افسردگی پس از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0/12$). میزان نشانگان افسردگی پس از زایمان در گروه سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه زایمان طبیعی ($p < 0/0001$) و گروه سزارین بود ($p < 0/0001$) و در نهایت میزان نشانگان

زایمان طبیعی شهر مشهد انجام شد. نتایج نشان داد که ترس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی و سزارین است. گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان ترس از زایمان پس از تولد تفاوت معنی‌داری نداشتند. به علاوه نشانگان افسردگی پس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی و سزارین بود. گروه زایمان طبیعی و سزارین از نظر میزان نشانگان افسردگی پس از زایمان تفاوت معنی‌داری نداشتند. در نهایت نشانگان PTSD پس از زایمان در گروه زنان دارای سقط خودبه‌خودی به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی و سزارین بود. به علاوه نشانگان PTSD پس از زایمان در گروه زنان دارای سزارین به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان دارای زایمان طبیعی بود.

گائو و همکاران (۲۰۲۰) نیز همراستا با مطالعه حاضر نشان دادند که سقط جنین خودبه‌خودی با ترس از زایمان بالا در ارتباط است (۴۸). در تبیین این نتایج می‌توان گفت تجارب موفق بارداری، زایمان و تولد فرزند زنده می‌تواند احساس اضطراب و ترس از زایمان‌های بعدی را کاهش دهد. در صورت داشتن سابقه سقط خودبه‌خودی، یکی از نگرانی‌های اساسی مادران باردار، داشتن زایمان ناموفق و یا تولد فرزند مرده است. چنین نگرانی‌هایی می‌تواند ترس از زایمان یا خودکارآمدی زایمان زنان را کاهش دهد؛ به گونه‌ای که آنها احساس کنند نمی‌توانند از پس زایمان‌های بعدی برآیند و متعاقب آن ترس از زایمان آنها افزایش یابد (۱۸).

مطالعه مرتضوی و همکار (۲۰۲۱) همراستا با پژوهش حاضر نشان داد که بین نوع زایمان (سزارین و طبیعی) و ترس از زایمان پس از تولد ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۴۶)، این در حالی است که مطالعات دیگری نشان داده‌اند که سزارین اورژانسی، سطوح ترس از زایمان پس از تولد را افزایش می‌دهد (۴۹، ۵۰). عدم تفکیک سزارین انتخابی و سزارین اورژانسی در مطالعه حاضر می‌تواند تبیین‌کننده اختلاف مشاهده شده باشد.

همراستا با پژوهش حاضر، در مطالعه نانس و همکاران (۲۰۰۵) مشخص شد زنانی که بارداری خود را با سقط

جنین به پایان می‌رسانند، کیفیت زندگی پایین‌تر و افسردگی و اختلال استرس بیش‌تری نسبت به زنان همان رده سنی در جمعیت عمومی دارند (۵۱). مطالعه فرگوس و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد پس از سقط، دیسترس روانی، اضطراب و استرس بیش‌تری نسبت به جمعیت نرمال گزارش می‌شود (۵۲). در تبیین بیشتر بودن افسردگی و PTSD در زنان گروه سقط جنین خودبه‌خودی می‌توان گفت زنانی که دچار سقط جنین (خودبه‌خودی) می‌شوند، به دلیل مشکلات جسمی بعد از سقط مانند عفونت‌های لگنی، درد و خون‌ریزی، احتمال نازایی و کمبود حمایت‌های روانی و اجتماعی، دچار افسردگی شدیدتری نسبت به زنانی که زایمان داشتند، می‌شوند، این در حالی است که خون‌ریزی‌های ناگهانی و تهدیدکننده زندگی و جراحی‌های اضطراری که در سقط خودبه‌خودی انجام می‌شود، گاهی به‌عنوان یک رویداد تروماتیک تلقی شده و فرد را مستعد PTSD می‌کند (۱). سقط خودبه‌خودی، یک تجربه جسمانی همراه با درد، احساس تهی بودن، گناه، شرم، انگ خوردن و احساس از دست دادن بخشی از خود و حتی هویت فردی است و می‌تواند باعث شود افراد نسبت به زایمان و سزارین، افسردگی بیشتری را تجربه کنند (۵۳). به‌علاوه چون دلبستگی مادر به کودک قبل از تولد شروع می‌شود، از دست دادن جنین و مشاهده جنین سقط شده از نظر هیجانی برای مادر، تجربه‌ای آسیب‌زا و تروماتیک است و شباهت زیادی به مرگ عزیزان دارد. این در حالی است که سقط، یک مرگ واقعی در نظر گرفته نمی‌شود و هیچ مراسم اجتماعی برای آن وجود ندارد. زنانی که تجربه سقط خودبه‌خودی دارند، اعتماد خود را به بدنشان از دست می‌دهند و درباره نقششان به‌عنوان مادر یا زن مردد می‌شوند. آنها اعتقاد دارند که سقط خودبه‌خودی، زنانگی آنها را گرفته است (۵۴). زنان بعد از سقط این‌طور احساس می‌کنند که برای رویای داشتن خانواده تهدیدی به‌وجود آمده است (۱). به علاوه بعد از سقط، آنها با همسران خود تعارض دارند، روابطشان آسیب می‌بیند و گاهی حتی رابطه قطع می‌شود (۱۱). بنابراین با توجه به اینکه باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن

زنان، اشتغال زنان و سطح حمایت اجتماعی آنها که می-تواند در سلامت روان آنها پس از زایمان یا سقط مؤثر باشد، در نظر گرفته نشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرند. به علاوه مقایسه سلامت روان زنان دارای سقط خودبه‌خودی با زنان دارای مرگ داخل رحمی (از دست دادن جنین بعد از ۲۰ هفته) می‌تواند به روشن‌تر شدن وضعیت سلامت روان این دو گروه از زنان در مقایسه با سایر زنان باردار و زایمان کرده کمک کند. یکی از نقاط قوت این مطالعه این بود که تاکنون متغیرهای افسردگی، PTSD و ترس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی به‌طور همزمان مطالعه و مقایسه نشده است، بنابراین این پژوهش می‌تواند مبنایی برای پژوهش‌های گسترده‌تر در این حوزه باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به بالاتر بودن میزان ترس از زایمان، نشانگان افسردگی و نشانگان PTSD پس از زایمان در زنان دارای سقط خودبه‌خودی نسبت به زنان گروه زایمان طبیعی و سزارین، تشخیص و درمان این اختلالات در زنان دارای سقط خودبه‌خودی باید مورد توجه قرار گیرد. غربالگری دقیق این زنان توسط مراکز بهداشت و سپس ارجاع آنها برای درمان در صورت تشخیص می‌تواند در بهبود سلامت روان آنها و همچنین افزایش موفقیت بارداری‌های بعدی تأثیرگذار باشد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام آزمودنی‌هایی که امکان انجام مطالعه را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

فرزند، یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است، اگر تلاش برای حاملگی با شکست مواجه شود، ممکن است به یک احساس مخرب و یک واقعه تنش‌دار بدل گشته و منجر به مختل شدن سلامت روان فرد شود.

همراستا با پژوهش حاضر در مطالعه الیمان و همکاران (۲۰۱۷)، افسردگی پس از زایمان با نوع زایمان رابطه معنی‌داری نداشت (۵۵). در حالی که مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۶) در ایران نشان داد که خطر افسردگی پس از زایمان به‌دنبال سزارین ۲ برابر زایمان طبیعی است (۵۶). نتایج متفاوت مطالعات می‌تواند به دلیل زمان اندازه‌گیری افسردگی، اندازه نمونه، طرح تحقیق (آینده‌نگر یا گذشته‌نگر) و نوع ابزار استفاده شده باشد.

در نهایت مطالعه حاضر نشان داد که میزان PTSD در سزارین بیشتر از زایمان طبیعی است. مطالعه ری‌دینگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد زنانی که سزارین اورژانسی دارند نسبت به زنانی که سزارین انتخابی و یا زایمان طبیعی دارند، نشانه‌های PTSD بیشتری را تجربه می‌کنند (۵۷). به‌طور کلی خاصیت غیرقابل پیش‌بینی بودن سزارین، عدم کنترل مادران بر فرآیند زایمان در سزارین، درد بیشتر و ناخوشایند بودن سزارین نسبت به زایمان طبیعی، از جمله دلایلی هستند که باعث می‌شود زنان برای PTSD مستعدتر شوند. به علاوه تحقیقات نشان داده‌اند که شیردهی بعد از سزارین با تأخیر آغاز می‌شود. این در حالی است که خود فرآیند شیردهی و ترشح پرولاکتین از طریق رشد دلبستگی مادر و نوزاد، یک روش مؤثر برای کاهش استرس مادری و رشد PTSD است (۵۸).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم تفکیک انواع زایمان سزارین و زایمان طبیعی اشاره کرد. به علاوه فاکتورهای دیگری همچون وضعیت اجتماعی - اقتصادی

منابع

1. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalmbant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. Human reproduction update 2018; 24(6):731-49.
2. Dugas C, Slane VH. Miscarriage. InStatPearls [Internet] 2021 Jun 29. StatPearls Publishing.
3. Rahbar N, Ghorban R, Moazen S, Asl NS. Association between spontaneous abortion and general health condition. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2010; 13(1):7-12.
4. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2007; 21(2):229-47.
5. Kersting A, Wanger B. Complicated grief after perinatal loss Duelo complicado después de una pérdida perinatal Deuil compliqué après un décès périnatal. Dialogues Clin Neurosci 2012; 14(2):187-94.

6. Williams HM, Topping A, Coomarasamy A, Jones LL. Men and miscarriage: a systematic review and thematic synthesis. *Qualitative health research* 2020; 30(1):133-45.
7. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016; 123(9):1489-98.
8. Baird S, Gagnon MD, deFiebre G, Briglia E, Crowder R, Prine L. Women's experiences with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *Sexual & reproductive healthcare* 2018; 16:113-7.
9. Moafi F, Momeni M, Tayeba M, Rahimi S, Hajnasiri H. Spiritual intelligence and post-abortion depression: a coping strategy. *Journal of religion and health* 2021; 60(1):326-34.
10. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, et al. Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2021; 57(1):141-8.
11. Steinberg JR, Finer LB. Examining the association of abortion history and current mental health: a reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social science & medicine* 2011; 72(1):72-82.
12. Dibaei A, Saadati N. A study of prevalence, demographic characteristics, causes and side effects of abortions in clients referred to hospitals of Ahwaz University. *Jundishapur Sci Med J* 2008; 7(1):12-22. (Persian).
13. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(5 Part 1):1071-83.
14. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *Jama* 2006; 296(21):2582-9.
15. Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot* 2017; 6.
16. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
17. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery* 2015; 31(9):865-70.
18. Smorti M, Ponti L, Simoncini T, Mannella P, Bottone P, Pancetti F, et al. Pregnancy after miscarriage in primiparae and multiparae: implications for women's psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2021; 39(4):371-81.
19. Webb R, Bond R, Romero-Gonzalez B, Mycroft R, Ayers S. Interventions to treat fear of childbirth in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 2021: 1-4.
20. 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.
21. Challacombe FL, Nath S, Trevillion K, Pawlby S, Howard LM. Fear of childbirth during pregnancy: associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of women's mental health* 2021; 24(3):483-92.
22. Hosseini VM, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women and Birth* 2018; 31(4):254-62.
23. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2006; 113(6):638-46.
24. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(31):1-2.
25. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review* 2014; 34(5):389-401.
26. Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JI, Bloemenkamp KW, Van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008; 115(7):842-50.
27. Rafiei M, Ghare MS, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, et al. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine* 2018; 16(4):221.
28. Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009; 30(3):168-74.
29. Robinson GE. Pregnancy loss. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2014; 28(1):169-78.
30. Rosenblatt A, Greenberg J, Solomon S, Pyszczynski T, Lyon D. Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of personality and social psychology* 1989; 57(4):681-90.
31. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing* 2010; 66(10):2142-53.
32. Abu-Raisi SS, Ibrahim SA, Ajina MA, Ibrahim EA, Almulhim AY, Aljalal MA, et al. Temporomandibular disorder among women who experienced posttraumatic stress disorder after a miscarriage. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry* 2019; 9(5):445.

33. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 2014; 30(2):145-8.
34. Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General hospital psychiatry* 2001; 23(2):62-6.
35. Davies V, Gledhill J, McFadyen A, Whitlow B, Economides D. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2005; 25(4):389-92.
36. Cuisinier M, Janssen H, de Graauw CP, Bakker S, Hoogduin C. Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1996; 17(3):168-74.
37. Van den Akker OB. The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2011; 6(3):295-304.
38. Qu F, Wu Y, Zhu YH, Barry J, Ding T, Baio G, et al. The association between psychological stress and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports* 2017; 7(1):1-8.
39. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1998; 19(2):84-97.
40. Abbaspoor Z, Haghighizadeh MH, Abedi P. Psychometric properties of the Iranian version of Wijma delivery expectancy/experience questionnaire in women who experience fear of childbirth: version B. *Journal of OBGYN* 2021; 8(1):39-45.
41. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CL, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive therapy and research* 1987; 11(3):289-99.
42. Beck AT, Guth D, Steer RA, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour research and therapy* 1997; 35(8):785-91.
43. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck depression inventory-II. *Psychological assessment*; 1996.
44. Rahimi C. Application of the beck depression inventory-II in Iranian University students. *Clinical Psychology and Personality* 2014; 12(1):173-88.
45. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association* 1996; 16(4):276-80.
46. Mortazavi F, Mehrabadi M. Predictors of fear of childbirth and normal vaginal birth among Iranian postpartum women: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth* 2021; 21(1):1-2.
47. Beshlideh k. Research methods and statistical analysis of research examples with spss and Amoss. 2nd ed. Shahid Chamran University Publication, 2015.
48. Gao L, Qu J, Wang AY. Anxiety, depression and social support in pregnant women with a history of recurrent miscarriage: a cross-sectional study. *Journal of reproductive and infant psychology* 2020; 38(5):497-508.
49. 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.
50. Nilsson C, Lundgren I, Karlström A, Hildingsson I. Self-reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study. *Women and Birth* 2012; 25(3):114-21.
51. Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2005; 34(4):473-81.
52. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM. Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 193(6):444-51.
53. Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Bertero C. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health care for women international* 2004; 25(6):543-60.
54. Shin G, Kim HJ, Kim SH. Experience of internal growth of women with recurrent miscarriage: based on the posttraumatic growth theory 2022. PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1598534/v1>]
55. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth* 2017; 17(1):1-8.
56. Dolatian M, Maziar P, Majd HA, Yazdjerdi M. The relationship between mode of delivery and postpartum depression. *Journal of Reproduction & Infertility* 2006; 7(3).
57. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1998; 19(3):135-44.
58. Hoff CE, Movva N, Rosen Vollmar AK, Pérez-Escamilla R. Impact of maternal anxiety on breastfeeding outcomes: a systematic review. *Advances in Nutrition* 2019; 10(5):816-26.