

تصور از درد زایمان طبیعی و سزارین و تمایل به زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاههای دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان

منوره اتقایی^۱، عصمت نوحی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
۲. دانشجوی PhD پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۵/۴

خلاصه

مقدمه: درد زایمان یکی از دردهایی است که زنان در طی زندگی خود تجربه می کنند و ترس از موارد ناشناخته سبب شدت درد می شود. از جمله عوامل انتخاب سزارین ترس از دردهای زایمانی است. این مطالعه با هدف تعیین تصور از درد زایمان و تمایل به زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاههای دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۸۹-۸۸ بر روی ۴۰۰ زن باردار شهر کرمان که به روش نمونه برداری خوشه ای تصادفی انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سه قسمتی و شامل: ۱- ویژگیهای فردی ۲- سؤالات تصور از درد زایمان ۳- سؤالات مربوط به تمایل انتخاب نوع زایمان بود که پس از کسب روایی و پایایی مطلوب مورد استفاده قرار گرفت. داده ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی ساده و شاخص های مرکزی و پراکندگی و انحراف معیار گزارش و با استفاده از آزمون t، آنالیز واریانس یک راهه و من ویتنی یو و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نگرش زنان باردار نسبت به درد زایمان طبیعی $1/07 \pm 1/82$ و نسبت به درد زایمان سزارین $10/94 \pm 2/18$ بود. از نظر نگرش به درد زایمان بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/046$). به گونه ای که میانگین نگرش منفی نسبت به درد زایمان در گروه زایمان طبیعی بیشتر از گروه سزارین بود. میانگین و انحراف معیار تمایل زنان باردار نسبت به انجام سزارین $(19/38 \pm 3/69)$ بیشتر از زایمان طبیعی $(18/56 \pm 3/18)$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/02$). بین شدت درد درک شده و تمایل به زایمان طبیعی همبستگی معکوس معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: تصور از درد زایمان می تواند تمایل و ترجیح نوع زایمان مادران باردار را تحت تأثیر قرار دهد، به طوری که افزایش تصورات منفی از درد زایمان طبیعی، تمایل به زایمان طبیعی را به طور معنی داری کاهش می دهد. آموزش و آگاهی به مادران باردار می تواند ترس و اضطراب ناشی از تصورات غلط از درد زایمان طبیعی را بکاهد و آن ها را تشویق به زایمان طبیعی کند.

کلمات کلیدی: تصور، درد زایمان، تمایل به زایمان طبیعی، زنان باردار

* نویسنده مسئول مکاتبات: عصمت نوحی؛ گروه آموزش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
تلفن ۰۳۴۱-۳۲۰۵۲۲۰، پست الکترونیک: E_Noohi@kmu.ac.ir

مقدمه

درد زایمان یکی از دردهایی است که زنان در طی زندگی خود تجربه می کنند و می تواند روی تمامی ابعاد زندگی مادر باردار و سایر اعضای خانواده او تأثیر بگذارد (۱، ۲).

تحقیقات انجام شده نشان می دهد که ترس، اضطراب و درد عواملی هستند که نقش مهمی در فرایند زایمان ایفا می کنند و اگر ترس و اضطراب برطرف شود آرامش روحی و جسمی جایگزین آن می شود، همچنین شدت درد در مراحل زایمان بستگی زیادی به تنش های روحی مادر دارد لذا شناسایی این موارد و مقابله با آنها یکی از مؤثرترین راههای استفاده از روشهای غیر دارویی برای کاهش درد و مقابله با استرس قبل و بعد از زایمان می باشد (۵، ۶). درد یکی از شایع ترین مشکلات پزشکی و به عنوان عامل تهدیدکننده توانایی های فرد بوده که بیش از هر مسأله ای موجب ترس و اضطراب شده و فرد را وادار به تقاضای کمک می کند (۷). لیلا گوهریان و همکاران (۱۳۷۷) طی مطالعه ای میزان شیوع سزارین را در ایران ۳۳٪ اعلام کردند (۸) و همچنین بتول معتمدی و همکاران در مطالعه خود میزان شیوع سزارین را در کرمان ۳۷/۶٪ گزارش کردند که نسبت به میزان بین المللی آن ۱۵٪ افزایش دارد که این اختلاف بیشتر مربوط به موارد سزارین بدون دلایل طبی می باشد (۹). بر اساس مطالعات انجام شده میزان مرگ و میر مادر در روش سزارین ۳ تا ۴ برابر بیشتر از زایمان طبیعی است. گمیل و کریدی (۲۰۰۱) در مطالعه خود تحت عنوان فاکتورهای تعیین کننده ترجیح زنان نسبت به انواع زایمان به این نتیجه رسیدند که علت انتخاب روش سزارین توسط اکثر زنان ناشی از درد زایمان و عدم آگاهی نسبت به خطرات ناشی از سزارین می باشد (۱۰). مطالعه دوناتی و همکاران (۲۰۰۳) تحت عنوان: آیا زنان ایتالیایی سزارین را ترجیح می دهند؟ نشان داد ۹۱٪ زنانی که زایمان طبیعی داشتند و ۷۳٪ آنانی که تحت عمل سزارین قرار گرفته بودند، به دلیل مشکلات و درد ناشی از عمل سزارین، زایمان طبیعی را ترجیح دادند (۱۱).

طبق مطالعه مالک و همکاران (۱۳۸۱) تحت عنوان: بررسی میزان سزارین و عوارض مؤثر بر آن در زایشگاههای شهر تهران که با هدف برآورد نسبی میزان سزارین در سطح تهران انجام شد، مشخص گردید که ۶۶/۵٪ از زایمان ها به روش سزارین و ۳۲/۵٪ به روش واژینال انجام شده بود که ۷۱٪ مادران به علت ترس از زایمان، خود خواهان انجام عمل سزارین بودند (۲).

مطالعه ای چونگ و مونگلی (۲۰۰۳) تحت عنوان: بررسی آگاهی و نگرش و انتظارات زنان باردار سنگاپوری نسبت به زایمان سزارین و طبیعی نشان داد که بیشترین دلیل آنان برای انتخاب سزارین، ترس از دردهای زایمانی بوده است که وقتی از آنها بعد از عمل سزارین سؤال شده بود که چه روشی را برای دوستان خود توصیه می کنند: فقط ۲ درصد بیان داشتند که آنها عمل سزارین را توصیه می کنند (۱۲).

مطالعه فرامزی و همکاران (۱۳۷۸) در بابل نشان داد که بیشترین دلیل زنان برای انتخاب سزارین، ترس از دردهای زایمانی است (۷) ترس از موارد ناشناخته سبب شدت درد می شود، و زنانی که ترس کمتری دارند به افرادی که مراقبت آنها را به عهده دارند اعتماد بیشتری دارند (۱۳). جورج و همکار (۱۹۹۷) در بررسی دلایل ترس زنان باردار درباره زایمان دریافتند که ۷۳٪ به دلیل عدم اعتماد به پرسنل مامایی، ۵۶٪ ترس از ناتوانی خود، ۵۵٪ مرگ مادر و نوزاد و ۴۴٪ ناشی از درد غیر قابل تحمل است (۱۴).

زایمان طبیعی تنش زاست و اضطراب و درد شدید مادر در این شرایط می تواند بر روی جنین، مادر و روند زایمان تأثیر منفی بر جای گذارد. که با شناخت میزان درک مادر از درد، و حمایت و پشتیبانی وی در این شرایط می توان درد و اضطراب او را کاهش داد و وی را در تطابق بهتر با این بحران یاری نمود (۱۵، ۱۶). برای بسیاری از زنان درد زایمان^۱ و زایمان^۲ به عنوان دردناک ترین تجربه در سراسر زندگی باقی می ماند که بر خلاف دیگر دردها، درد زایمان توسط فرد به تنهایی درک می شود و زایمان یک تجربه کاملاً شخصی است، از طرفی

labar^۱

delivery^۲

زایمان یک فرایند فیزیولوژیک و طبیعی است که اکثر زنان بدون هیچگونه عارضه ای می توانند آن را تجربه کنند، که بدین ترتیب می توان در جهت زایمان طبیعی تلاش بیشتری مبذول داشت (۱۷، ۱۸). از آن جایی که زنان باردار به دلایلی از جمله رها شدن از دردهای زایمانی و یا ترس بی پایه ای که در بین عموم مردم در رابطه با زایمان به خاطر عدم آگاهی از روند زایمان دارند و ممکن است تصمیم گیری و تمایل نادرستی در مورد انتخاب نوع زایمان داشته باشند (۱۹، ۲۰)، مطالعه حاضر با هدف تعیین نگرش نسبت به درد زایمان و تمایل به زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاههای دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تحلیلی در سال ۸۹-۸۸ بر روی ۴۰۰ زن باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر انجام شد. روش نمونه برداری بصورت خوشه ای و روش انجام کار به این صورت بود که شهر کرمان به ۴ بخش (شمالی، جنوبی، شرق و غرب) تقسیم و بر اساس مناطق جغرافیایی خوشه ها به صورت تصادفی گزینش شدند و نمونه پژوهش از زنان مراجعه کننده، جمع آوری شد، در مرحله اول نمونه گیری، کل مراکز بهداشتی و درمانی شهر کرمان (۳۴ مرکز) با توجه به پراکندگی جغرافیایی به چهار منطقه یا خوشه (شمالی، جنوبی، شرق و غرب) تقسیم شدند. خوشه ها واحد نمونه گیری بودند و بر اساس لیست مراکز به صورت تصادفی به نسبت مساوی (۲۵٪) از هر منطقه جغرافیایی تعداد دو درمانگاه وارد مطالعه شدند. در مرحله دوم (نمونه گیری داخل مراکز) از هر مرکز تعداد ۵۰ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشت به صورت نمونه گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار مطالعه پرسشنامه ۳ قسمتی و شامل: ویژگیهای فردی، سؤالات مربوط به تصورات درد زایمان، ۳- سؤالات مربوط به تمایل انتخاب نوع زایمان و چگونگی توجیه آن بود. در طراحی سؤالات مربوط به تصور از درد زایمان از برخی سؤالات مک گیل استفاده شد و بخشهای دیگر آن توسط پژوهشگران و با استفاده از منابع معتبر طراحی گردید. روایی پرسشنامه با استفاده از منابع معتبر و نظرخواهی از صاحب نظران

تعیین شد و جهت اندازه گیری پایایی برای پرسشنامه تصور از درد زایمان و تمایل به نوع زایمان از محاسبه ضریب آلفا کرونباخ $\alpha = 0/62$ ، $\alpha = 0/7$ استفاده شد.

جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشت شهر کرمان بودند که با توجه به اینکه بیشترین میزان ارائه شده در مقالات در زمینه ترس از درد زایمان ۴۴٪ بوده است بر اساس مطالعه جورجین (۱۹۹۷) (۱۹) و با استفاده از فرمول برآورد نسبت حجم نمونه $n = 400$ محاسبه شد.

توصیف داده ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی ساده، شاخص های مرکزی و پراکندگی و انحراف معیار صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمونهای آماری پارامتریک (آزمون t و آنالیز واریانس یک راهه) در صورت وجود شرایط و در صورت عدم شرایط با آزمونهای پارامتریک معادل انجام شد. روش گردآوری داده ها بدین صورت بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز اخلاقی از کمیته تحقیقات و معرفی نامه به مراکز بهداشتی مورد پژوهش و کسب رضایت از واحدهای پژوهش و دادن اطمینان به آنها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات، به آن ها توضیح می داد که نیازی به درج نام و نام خانوادگی آنها در پرسشنامه نیست و پرسشنامه توسط واحدهای پژوهش تکمیل شد. فرایند مطالعه با محدودیت خاصی مواجه نشد.

یافته ها

میانگین سنی زنان $25/84 \pm 7/9$ سال با حداقل سن ۱۷ سال و حداکثر سن ۴۸ سال بود. ۲۲۵ نفر از آنان (۵۶٪) به روش طبیعی و ۱۷۵ نفر (۴۳٪) به روش سزارین زایمان کرده بودند. از نظر تحصیلات ۱۷ نفر (۴٪) بیسواد و بقیه باسواد و دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم بودند. ۱۱۲ نفر (۲۸٪) از آنان نخست زا و ۲۸۶ نفر (۷۲٪) چندزا بودند. ۳۵۵ نفر (۸۳٪) آنان در زمان بارداری مراجعه داشته اند که نحوه مراجعه ۷۱٪ آن منظم بوده است. از نظر آموزش دوران بارداری در مورد درد زایمان ۸۴٪ اظهار داشته اند که آموزشی کسب نکرده اند و تنها ۶۴ نفر (۱۶٪) آموزش دیده بودند که منبع کسب اطلاعات ۵۸ نفر (۱۴٪) آنان صرفاً مراکز

شدید (۱۰-۷) بود. میانگین و انحراف معیار نمره پاسخ زنان باردار در مورد تصور از شدت درد زایمان طبیعی $11/07 \pm 1/82$ و میانگین و انحراف معیار نگرش به درد زایمان سزارین $10/94 \pm 2/18$ بود.

از نظر تصور از درد زایمان بین دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت آماری معنی داری وجود داشت ($p=0/046$). بطوری که میانگین نمره تصور از درد زایمان در گروه زایمان طبیعی نسبت به سزارین بیشتر بود.

میانگین و انحراف معیار نمره تمایل زنان باردار به زایمان سزارین ($19/38 \pm 3/69$) نسبت به زایمان طبیعی ($18/56 \pm 3/18$) بیشتر بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/02$) (جدول ۱).

بهداشتی درمانی بوده است. ۱۸۲ نفر ($45/5\%$) زایمان طبیعی بی درد را ترجیح می دادند و اکثراً به دوستان خود زایمان طبیعی و زایمان طبیعی بی درد را توصیه می کردند و تنها ۴۷ نفر ($11/75\%$) سزارین را توصیه می کردند. ذهنی ترین ویژگی درد شدت آن است. برای کمی کردن یا تعیین شدت درد مقیاس های مختلفی وجود دارد. مقیاس عددی (۱۰-۰) که صفر بدون درد و ۱۰ شدیدترین درد ممکن است.

بر اساس مقیاس عددی (۱۷) از لحاظ تصور و درک از شدت درد زایمان طبیعی در زنان مورد مطالعه ۲۵ نفر ($6/4\%$) در سطح خفیف (۳-۱)، ۶۱ نفر ($15/3\%$) در سطح متوسط (۶-۴) و ۳۳۴ نفر ($78/3\%$) در سطح

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره تصور از درد زایمان و نمره تمایل زنان مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان انتخابی

متغیر	تصورات از درد زایمان		نتیجه آزمون	نمره تمایل		نتیجه آزمون
	تعداد	میانگین		انحراف معیار	میانگین	
نوع زایمان	۲۲۴	۱۱/۰۷	$p=0/046$	۳/۱۸	۱۸/۵۶	نتیجه آزمون
زایمان طبیعی	۱۷۵	۱۰/۹۴	نتیجه آزمون من دیتی تو	۳/۶۹	۱۹/۳۸	نتیجه آزمون t
سزارین						

(جدول ۲) به گونه ای که با افزایش شدت درد درک شده، تمایل به زایمان طبیعی کاهش می یابد.

همچنین بین نمره تصور از شدت درد و تمایل به زایمان طبیعی رابطه معکوس و معنی داری وجود داشت

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار، شدت درد تصور شده و همبستگی آن با نمره تمایل زنان به زایمان طبیعی

متغیر	میانگین	انحراف	همبستگی پیرسون
شدت درد	۷/۸۵	۲/۱	$r=0/12$
تمایل به زایمان طبیعی	۱۸/۹	۳/۴	$p=0/03$

است (۲۲). اورژانس های ایجاد شده در روند زایمان از یک سو و تمایل زنان برای رهایی از درد زایمان از طرف دیگر، سبب شده است که امروزه سزارین، شایع ترین عمل جراحی در مامایی به حساب آید. سزارین سبب رهایی از درد زایمان شده ولی درد و ناخوشی پس از آن، به میزان زیادی از کارایی و عملکرد مطلوب مادران در جهت مراقبت از خود و نوزادشان می کاهد. بر اساس نتایج پژوهش میانگین و انحراف معیار تصور زنان باردار نسبت به درد زایمان طبیعی ($11/07 \pm 1/82$) بیشتر از سزارین ($10/94 \pm 2/18$) بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p<0/046$). مطالعه فرامرزی و همکاران (۱۳۷۸) در بابل نشان داد که بیشترین دلیل

همچنین در بررسی ارتباط بین شدت درد تصور شده از زایمان طبیعی و همبستگی آن با متغیر های زمینه ای، بین نمره شدت درد و سن زنان مورد مطالعه $r=0/12$ و $p=0/011$ رابطه مستقیم معنی داری مشاهده شد.

بحث

زنان زایمان را به عنوان پدیده ای دردناک می دانند و اکثر افراد در این پژوهش سطح بالایی از نمره درد را برای زایمان گزارش کردند. عوامل روانی گوناگون بر درک مادر از درد زایمان به عنوان یک پدیده بالینی مؤثر است که یکی از این عوامل عمده، ترس از زایمان می باشد (۲۱). اطلاعات نادرست و هراس از غیر قابل تحمل بودن درد زایمان از عوامل افزایش ترس و نگرانی مادر

زنان برای انتخاب سزارین، ترس از دردهای زایمانی است (۱۳).

همچنین نتایج تحقیق جورجین و همکاران (۱۹۹۷) و چونگ و مونگلی (۲۰۰۳) مؤید نتایج مطالعه حاضر هستند (۱۲،۱۴). میانگین و انحراف معیار نمره تمایل زنان باردار نسبت به زایمان سزارین $(19/38 \pm 3/69)$ بیشتر از زایمان طبیعی $(18/56 \pm 3/18)$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود $(p=0/02)$. مطالعه فخرالملوک رسایی و همکاران در رابطه با تمایل زنان باردار در مورد نوع زایمان نشان داد که ۶۱٪ تمایل به زایمان طبیعی و ۴۱ نفر $(38/7\%)$ به انجام سزارین تمایل داشتند که میانگین سنی این افراد $31/5 \pm 1$ سال بود (۲۳).

در کشورهای پیشرفته صنعتی نظیر آمریکا و اروپا بر اساس خواست مادران سزارین انجام نمی شود؛ مطالعه ای بر روی تمایل مادران و نقش آن بر چگونگی زایمان انجام نشده است و بیشتر مطالعات بر روی ترس و اضطراب و تأثیر آن بر سیر زایمان است. در تحقیقی که بر روی گروهی از زنان مهاجر استرالیایی انجام شد، مشخص گردید که این زنان زایمان سزارین را به علت وجود تکنولوژی پیشرفته پزشکی به عنوان یک روش مطمئن تولد قبول داشتند و میزان سزارین اورژانس در این گروه زنان افزایش داشته است (۲۴). در مطالعه ای که در سال ۱۹۹۸ در بخش مامایی بیمارستان مرکزی هلسینگ بورگ در سوئد انجام شد، مشخص گردید که ترس از درد زایمان در دوران حاملگی باعث افزایش میزان سزارین شده (۲۵) و با افزایش نمره تصور از درد زایمان، تمایل به زایمان طبیعی کاهش یافته است. همچنین بین شدت درد و سن ارتباط معناداری مشاهده شد که با نتایج مطالعه الیمی و همکاران در نیجریه همخوانی داشت (۲۶) در حالی که با نتایج چانگ (۲۷)، کلدسترگارد (۲۱) و ملزاک (۲۸) همخوانی نداشت که این عدم همخوانی احتمالاً ناشی از تأثیر فرهنگ جامعه بر درد، نگرش های متفاوت افراد نسبت به درد، آموزشهای قبل از زایمان و امکانات موجود در بخشهای زایمان می باشد.

در این مطالعه $78/3\%$ مادران درد زایمان را شدید گزارش کرده اند که با نتایج مطالعه ابوشیخا در اردن همخوانی داشت که احتمالاً می تواند به دلیل عدم آموزش کافی و صحیح در ارتباط با حاملگی، لیبر و زایمان که خود عامل بوجود آورنده ترس و یا به خاطر آوردن ترس ناشی از تجربیات زایمان قبلی باشد (۲۹). تأثیر عوامل روانی گوناگون بر درک مادر از زایمان به عنوان یک پدیده بالینی به خوبی شناخته شده است. یکی از عوامل روانی عمده، ترس از زایمان است، ترس از زایمان منجر به کاهش پیشرفت زایمان شده و نیاز به مداخلات جراحی و تحریک زایمان را افزایش می دهد (۱۳). احساسات و نگرش مثبت افراد نسبت به حاملگی، زایمان و درد سبب می شود که وقایع را به صورت تجربه ای وحشتناک قلمداد نکرده و در هنگام زایمان از درد ترس نداشته باشد که این یافته از فرضیه نورماتریکس که درد را به عنوان تجربه ای سراسر جسمی، ذهنی و روحی معرفی کرده است حمایت می نماید و ما را به سمت مفهوم چند بعدی بودن تجربه درد که توسط چندین عامل ایجاد می شود راهنمایی می کند. در تئوری نورماتریکس اعتقاد بر این است که برای درک درد عوامل تأثیرگذار به طور همزمان تجمع می یابند (۳۰). آنچه سبب افزایش ترس و نگرانی مادر می شود هراس وی از این پدیده طبیعی به علت عدم آگاهی از مراحل و ماهیت انقباضات رحمی و حتی داشتن اطلاعات نادرست و غلط می باشد. تحقیقات نشان می دهد شرایط تنش زا و بحرانی مادر با پشتیبانی و حمایت مداوم وی و دادن آگاهی لازم می تواند باعث کاهش ترس و اضطراب مادر شود (۲۲). به نظر می رسد با فراهم کردن اطلاعات مناسب برای زنان باردار از طریق وسایل ارتباط جمعی و برگزاری کلاسهای آموزشی در طی حاملگی و ایجاد عزمی راسخ برای همه زنان باردار به منظور شرکت در این کلاسها بتوان با ارتقاء آگاهی زنان، همکاری و مشارکت آنها را در فرایند زایمان بیشتر کرد، و همچنین با مجهز کردن مراکز درمانی به امکاناتی جهت زایمان بی درد به کاهش ترس و اضطراب مادران از زایمان کمک کرد.

نتیجه گیری

بین نمره تصور از درد زایمان و تمایل به زایمان طبیعی ارتباط معنی دار آماری وجود دارد. به طوری که با افزایش تصور منفی از درد زایمان، تمایل به زایمان طبیعی کاهش می یابد. تصور از درد و گاهاً تمایل مادران به سزارین بر اساس اطلاعات و تجربیات نادرست دیگران شکل می گیرد. بنابراین ضروری است با آموزش پیگیر در طی دوران بارداری و اطلاع رسانی صحیح به مادران باردار از تصورات غلط نسبت به درد زایمان طبیعی و

ترس کاذب و اضطراب ناشی از آن کاست و زایمان طبیعی و ایمن را تشویق نمود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از شورای پژوهشی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و شورای پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی رازی که در زمینه تصویب و حمایت مالی این طرح را پشتیبانی نمودند و همچنین از کلیه مراکز بهداشتی شهر کرمان و زنان بارداری که با این طرح همکاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Pirdel M, Kamalifard M, Ghojzade M. [Comparison of labor pain and factors affected on labor pain in multiparus and nultiparus]. Tabriz Alzahra Institut. Tabriz Midwif Nurs J 2006;(5):37-46.[Article in Persian].
2. Shariat M, Majlesi F, Azary S, Mahmoodi M. [Survey cesarian rate and factors effected on that in Tehran City's labors]. Hanis J 2002;(3):123-30.[Article in Persian].
3. Borghaie N, Barghaie A, Kashani E, Khodam H. [Comparision of times of labor's stage 1 in 2 groups of vaginal delivery and cesarion in all of hospitals in Golestan]. J Mazandaran Med Univ Sci 2005;15(48):82-91. [Article in Persian].
4. Hasanzade Zahraie R, Mehran N, Sakhizade N, Abedie Heydar A. [Delivery with pain releif]. Epidoral 2004;32:19-26[Article in Persian].
5. Bahrie Mina . Baj N, Latifnejad R, Abdollahian E, Esmaili H. [Effect of midwife's psychologiy & physical & Educational supportive in duration of labor stages and labor pain force]. Asra: J Sabzevar Univ Medl Sci 2004;11(1):23-4. [Article in Persian].
6. Fahami F, Masoodfar S, Davazdah Emami S. [Affect of nessessary excersize on the end of pregnancy and delivery of nuliparus]. Nurs Midwif 2006;(33):19-25. [Article in Persian].
7. Abadi Farahani M. [Affect of midwifery special cares a long labor and type of labor]. Iran Nurs J 2006;18(43):72-6. [Article in Persian].
8. Maghare A, Goharian L, Ghaemi V, Adibi M, Goharian P. [Survey cesarian rate and it's factors in Iran in 1998]. Hakimi J 1999;2:147-52. [Article in Persian].
9. Motamedi B, Jan Ghorbani M, Eftekhar N. [Cesarion prevalence and factors affected on that in kerman]. J Gilan Med Univ Sci 1999;9(33-34):90-5. [Article in Persian].
10. Gamble JA, Cheedy Dk. Woman's prefeenc for a cesarean section: incidence and associated factors. Birth 2001 Jun;28(2):101-10.
11. Donati S, Grandolfo ME, Andreozzi S. Do Itatian mothers prefer cesarean deliveny? Birth 2003 Jun;30(2):89-93
12. Chong ES, Mongelli M. Attitudes of Singapore woman toward cesarean and vaginal deliveries. Int J Gynecol Obstet 2003;80(2):186-94.
13. Faramarzi M, Pasha H, Bakhtiary A. [Survey knowledge of pergnamt women about normal delivery]. J Babol Med Univ Sci 2002;3(4):8-11. [Article in Persian].
14. Sjogren B, Thomassen P. Obstetrics outcome in 100 woman with severe anxiety over childbirth. Acta Obstet Gyncol Scand 1997 Nov;76(10):948-52.
15. Dickinson J. Maternal states faction with childbirth and interal partim analgesia m nulliparous labor. J Obstet Gynecol 2003 Dec;43(6):463-8.
16. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs 2004 Apr;46(2):212-6.
17. Monahan FD, Phipps WJ. Phipps' medical-surgical nursing: health and illness perspectives. 7th ed. St Louis: Mosby;2003:429-47.
18. Ramont RP, Niedringhaus DM. Fundamental nursing care. New Jersey:Upper Saddle River;2004:231-568.
19. Cunnigham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 22nd ed. New York:McGraw-Hill;2005:495-909.
20. Dickson M, Jandwillet M. Midwife would prefer vogined deliverg. BMJ 1999;310:1008.
21. Klostergaard KM, Terp MR , Poulsen C, Agger A, Rasmussen KL . Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001 Dec;99:195-8.
22. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M , Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth 1996 Sep;23(3):144-53.
23. Yasaei FM, Mohseni Rajaei B. [Survey maternal minds about type of delivery and end of delivery in medicine]. J Beheshti Med Univ Sci 2003;3(7):129-32. [Article in Persian].

24. Ric PL, Naksook C. Cesarean or vaginal birth: perception and experience of Thai women in Australian hospitals. *Aust N Z Public Health* 1998 Aug;22(5):604-8.
25. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhastrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998 May;77(5):542-7.
26. Olayemi O, Adeniji RA, Udoh ES, Akinyemi OA, Aimakhu CO, Shoretire KA. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. *J Obstet Gynaecol* 2005 Feb;25(2):128-30.
27. Change MY, Chen SH, Chen CH. Factors related to perceived labor pain in primiparas. *Kaohsiung J Med Sci* 2002 Dec;18(12):604-9.
28. Melzack R, Kinch P, Dobkin M, Lebrun ML, Taenzer P. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variable. *Can Med Assoc* 1984 Mar;130(5):576-84.
29. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2005 Feb;11(1):33-8.
30. Trout KK. The neuromatrix theory of pain: implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. *J Midwifery Women Health* 2004 Nov-Dec;49(6):482-8.