

## آیا ترس از زایمان می‌تواند سزارین اورژانسی را در بین زنان باردار شکم اول پیشگویی کند؟

طیبه نگاهبان\* علی انصاری\*\*

### چکیده

زمینه و هدف: حاملگی و زایمان یک حادثه بزرگ در زندگی زنان می‌باشد نتایج مطالعات متعدد بیانگر آن است که زنانی که در دوران حاملگی نگرانی شدید نسبت به زایمان را تجربه می‌کنند از نظر عوارض جسمی و روانی و خطر وقوع سزارین اورژانسی آسیب‌پذیر می‌باشند. با توجه به این که عمل سزارین مانند هر عمل جراحی دیگر عوارض و خطرات فراوانی برای مادر و نوزاد به همراه دارد و زنان اول‌زا ترس بیشتری را نسبت به زنان چندزا تجربه می‌کنند و همچنین پیامدهای زایمانی در اولین زایمان می‌تواند زایمان‌های بعدی را تحت تأثیر قرار دهد، لذا در این پژوهش ارتباط بین ترس از زایمان و وقوع سزارین اورژانسی در زنان باردار شکم اول مورد بررسی قرار گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش تحلیلی - مقطعی، ۲۴۳ زن باردار شکم اول که جهت انجام زایمان طبیعی در طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۳ به زایشگاه نیک نفس رفسنجان مراجعه کرده بودند، به روش تصادفی ساده مبتنی بر هدف انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه پژوهشگر ساخته مشتمل بر اطلاعات جمعیت‌شناختی، تعیین شدت و علل ترس از زایمان و همچنین تعیین روش زایمان می‌باشد. پرسشنامه از طریق مصاحبه رو در رو توسط عاملان زایمانی در اتاق زایمان تکمیل شد. داده‌ها، به وسیله نرم‌افزار SPSS و آزمون مجذور کای و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: ۷٪ از آزمودنی‌ها بیان کردند که «از زایمان نمی‌ترسم». ۴/۴٪ اظهار داشتند «کمی می‌ترسم و نگرانم»، ۲۶/۳٪ اعلام نمودند «خیلی می‌ترسم» و ۲۲/۳٪ بیان کردند «فوق‌العاده زیاد می‌ترسم». در بررسی علل ترس، ترس از درد (۶۸/۳٪) و ترس از آسیب جنینی (۳۰٪) دارای بیشترین فراوانی بودند. بین نمره ترس و نوع زایمان به شدت ارتباط معنادار آماری وجود داشت ( $p < 0/001$ ) به طوری که درصد وقوع سزارین اورژانسی در بین کسانی که درجه ترس بالاتری را گزارش کرده بودند، بیشتر بود. نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش اکثر زنان باردار شکم اول به درجاتی ترس از زایمان را تجربه می‌کردند و این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانسی در آن‌ها باشد. لذا لازم است ترس از زایمان در دوران بارداری، توسط مراقبان بهداشتی مورد توجه ویژه قرار گیرد.

نویسنده مسؤول: طیبه نگاهبان؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

e-mail: negahban\_t@yahoo.com

واژه‌های کلیدی: ترس از زایمان، سزارین اورژانسی، زنان باردار شکم اول

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۸۷ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۸۷

### مقدمه

حاملگی یک حادثه بزرگ در زندگی زنان است و در صورتی که با یک اختلال روان پزشکی همراه شود مشکلاتی به بار می‌آورد که

جهت حل آن به کارگیری علم و مهارت از منابع مختلف پزشکی لازم می‌شود (۱). گرچه تمام خانم‌ها درد زایمانی را تجربه نمی‌کنند ولی اغلب آنان، حتی کسانی که قرار است تحت عمل جراحی سزارین قرار گیرند، ترس و نگرانی

\* مربی گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان  
\*\* مربی گروه آموزشی روان‌پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان

داشته و از این که چگونه با شرایط خود را وفق خواهند داد، دچار اضطراب می‌شوند. این عقیده که حالت‌های روانی مادر می‌تواند بر جنین او تأثیر بگذارد، در اغلب جوامع وجود دارد. همچنین تأثیر حاملگی در ایجاد ترس و اضطراب به خصوص در طی سه ماهه سوم بارداری موضوعی کاملاً شناخته شده است. ترس از مرگ حین زایمان، توکوفوبیا نامیده می‌شود. نوع اولیه توکوفوبیا قبل از حاملگی شروع می‌شود، نوع ثانویه بعد از یک زایمان تروماتیک و سخت و نوع سوم نیز تحت عنوان نشانه‌ای از افسردگی پس از زایمان توصیف شده است (۲). نتایج مطالعات در زمینه بررسی علل ترس از زایمان بیانگر آن است که بسیاری از زنان از این که هیچ کنترلی بر اعمالی که قرار است در مورد آن‌ها انجام شود ندارند، احساس ترس می‌کنند. سایر علل ترس از زایمان شامل: عدم اعتماد به کارکنان مامایی، ناتوانی در انجام زایمان، مرگ مادر یا نوزاد، درد غیر قابل تحمل و تولد نوزاد ناهنجار گزارش شده است (۳) این موضوع باعث می‌شود جریان فیزیولوژیک زایمان به یک مسأله طبی تبدیل شود.

شواهد بسیاری وجود دارد که عوامل روان‌شناختی بر جریان زایمان و خروج نوزاد تأثیرگذار است. زنانی که نگرانی شدید نسبت به زایمان را تجربه می‌کنند، از نظر افزایش مداخلات جراحی و عوارض روانی بسیار آسیب‌پذیر هستند (۴). به طوری که ترس زیاد در دوران بارداری ممکن است با کاهش فعالیت رحمی و زایمان طولانی مدت همراه شود (۵). طبق تحقیقات متعدد بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد عمدتاً در زنان مضطرب دیده شده

است. سایر عوارض احتمالی ترس شامل الگوهای غیر طبیعی در ضربان قلب جنین، نمره آپگار پایین (۶)، افزایش مرگ و میر حوالی تولد و همچنین تولد نوزاد با وزن کم به دنبال افزایش مقاومت شریان رحمی در اثر اضطراب مادر می‌باشد (۷). به علاوه هیپوکسی ناشی از کاهش جریان خون عضلات لگن در پاسخ به افزایش کاتکولامین‌ها و کورتیزول سرم در اثر ترس، می‌تواند منجر به افزایش درد مادران گردد. زنانی که در دوران بارداری ترس زیادی را تجربه می‌کنند بعد از زایمان در معرض خطر عدم تعادل هیجانی قرار می‌گیرند که می‌تواند بر ارتباط آنان با نوزادشان تأثیر منفی بگذارد (۸،۹). همچنین ترس از دردهای زایمانی و احساس تنهایی در طی بارداری به عنوان فاکتورهای پیش‌گویی‌کننده درد و زجر در طی زایمان بوده و ممکن است خطر سزارین اورژانسی (۱۰) و میزان سزارین انتخابی را افزایش دهد (۱۱). در حالی که سزارین نیز حلال مشکل نبوده و ممکن است ترس در مرحله بعد از زایمان نیز باقی‌مانده و یک تجربه ناخوشایند از زایمان را به جا بگذارد (۱۲). با توجه به این که زایمان طبیعی بهترین نوع زایمان است و انجام عمل جراحی سزارین، قاعدتاً محدود به مواردی است که زایمان از طریق کانال طبیعی میسر نبوده و یا با خطراتی جدی برای جنین یا مادر همراه باشد، بنابراین موارد استفاده از عمل سزارین محدود و مشخص بوده و الزاماً روش ارجح برای زایمان نیست. چرا که مانند هر عمل جراحی دیگر عوارض و خطرات فراوانی برای مادر و نوزاد به همراه دارد. به طوری که خطر مرگ مادر در

زایمان سزارین اورژانسی را در زنان اولزا در یک جامعه ایرانی مورد مطالعه قرار دهیم تا در صورت یافتن ارتباط معنادار، ترس از زایمان به عنوان عامل پیشگویی‌کننده سزارین اورژانسی در مراقبت‌های قبل و حین زایمان با تأکید بیشتری مورد توجه قرار گیرد.

### روش بررسی

در این مطالعه تحلیلی - مقطعی، جمعیت مورد مطالعه کلیه زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به زایشگاه نیک نفس شهر رفسنجان جهت انجام زایمان طبیعی در طی شش ماهه دوم سال ۱۳۸۳ بود. دلیل انتخاب زنان شکم اول این بود که اثر تجربیات منفی قبلی که عامل مهمی در ایجاد ترس از زایمان می‌باشد، حذف گردد. جهت کاهش اثرات عوامل مداخله‌گر در پیامدهای زایمانی شرایط ذیل جهت ورود به مطالعه مدنظر قرار گرفت: ۱- اولزا بودن، ۲- مراجعه در شروع مرحله اول زایمان (باز بودن دهانه رحم به اندازه ۳-۵ سانتی‌متر) جهت انجام زایمان طبیعی، ۳- نداشتن سابقه هیچ‌گونه بیماری جسمی و روانی شناخته شده، ۴- نداشتن هیچ‌گونه عارضه‌ای در بارداری فعلی، ۵- سن بین ۱۸-۳۵ سال، ۶- حاملگی تک قلوئی، ۷- نداشتن سابقه سقط‌های مکرر، ۸- نداشتن منعی برای انجام زایمان طبیعی، ۹- نداشتن سابقه نازایی، ۱۰- در حال متارکه نبودن، ۱۱- عدم وقوع مرگ همسر در طول بارداری.

حجم نمونه ۲۴۳ نفر برآورد گردید و نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده مبتنی بر هدف انجام یافت، به این صورت که در هر

زایمان سزارین اورژانسی ۸ برابر زایمان طبیعی گزارش شده است (۱۳). همچنین سزارین اورژانسی اغلب یک تجربه تروماتیک بوده و افسردگی پس از زایمان و استرس پس از سانحه را به همراه دارد (۱۰). زنانی که تحت عمل سزارین اورژانسی قرار می‌گیرند بیشتر درگیر زایمانی خارج از برنامه‌ریزی قبلی می‌شوند. در این شرایط بعضی از زنان ممکن است احساس بحران نمایند و با تجربیات منفی از قبیل احساس نابودی، نگرانی، گیجی و کاهش اعتماد به نفس مواجه شوند. همچنین ممکن است در انجام وظایف روزمره و مراقبت از نوزاد به کمک خانواده و دوستان متکی شوند. این زنان نسبت به کسانی که زایمان طبیعی داشته‌اند مدت طولانی‌تری احساس ناراحتی و محدودیت در حرکت داشته و برای کنترل درد نیاز به داروهای مسکن پیدا می‌کنند (۱۴). با وجود عوارض زیاد سزارین، آمار آن در برخی از مناطق جهان و از جمله ایران در حال افزایش است، این در حالی است که در بسیاری از موارد می‌توان از وقوع آن پیشگیری به عمل آورد.

با توجه به موارد پیش گفته و با عنایت به نتایج مطالعات مبنی بر این که زنان اولزا ترس بیشتری را نسبت به زنان چندزا تجربه می‌کنند و پیامدهای زایمانی در اولین زایمان می‌تواند زایمان‌های بعدی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲و۱۴) همچنین مشاهده نتایج متفاوت در مطالعاتی که در سوئد و انگلستان در زمینه ارتباط بین ترس از زایمان و وقوع سزارین اورژانسی انجام گرفته است (۱۰و۱۵)، بر آن شدیم که ارتباط بین ترس از زایمان با وقوع

نمونه‌ها انجام می‌گرفت و در نهایت، روش زایمانی نیز پس از انجام زایمان در پرسشنامه ثبت می‌شد. روایی پرسشنامه به استناد مطالعات مشابه مورد تأیید قرار گرفت (۱۷ و ۱۶). به منظور افزایش پایایی تمامی همکاران پژوهشگر که درگیر مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها بودند توسط پژوهشگر آموزش داده شدند و از اجرای یکنواخت مصاحبه اطمینان حاصل شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی و آزمون مجذور کای و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که بیشترین زنان مورد مطالعه (۵۸/۳٪) در گروه ۲۵-۲۰ سال و کمترین آن‌ها (۴/۸٪) در گروه سنی ۳۵-۳۰ سال قرار دارند. میانگین سنی نمونه‌ها ۲۲/۵۴ بود. از نظر وضعیت شغلی حدود ۵/۸٪ شاغل و ۹۴/۲٪ خانه‌دار بودند. همچنین از نظر میزان تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات مقطع دبیرستان (۵۵/۱٪) و کمترین آن مربوط به گروه بی‌سواد (۱/۶٪) بود. میزان درآمد اکثر آزمودنی‌ها کمتر از ۱۰۰ هزار تومان و میانگین در آمد ماهانه نمونه‌ها ۱۸۰ هزار تومان در ماه بود. حدود ۶۰/۸٪ ساکن شهر و ۳۹/۲٪ ساکن روستا بودند. ۹۵٪ از بارداری‌ها خواسته بوده و از نظر دریافت مراقبت‌های دوران بارداری ۸۰٪ آزمودنی‌ها این مراقبت‌ها را به طور منظم دریافت کرده بودند (مراجعه ده بار یا بیشتر به مراکز بهداشتی درمانی و کلینیک‌های زنان و زایمان و

نوبت کاری پس از پذیرش زائو در زایشگاه در صورت داشتن شرایط ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در پژوهش، نمونه‌های واجد شرایط به صورت تصادفی وارد مطالعه می‌شدند. با توجه به این که در هر شیفت کاری یک نفر به عنوان همکار پژوهشگر در زایشگاه حضور داشت بنابراین جهت پی‌گیری بهتر تا پایان هر شیفت ۲-۱ نفر مورد بررسی قرار می‌گرفت و نحوه تعیین این افراد بر اساس قرعه‌کشی شماره تخت نمونه‌های واجد شرایط مطالعه بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای بود که توسط آن اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی، شدت و علل ترس از زایمان و همچنین روش زایمان جمع‌آوری شد. در این پژوهش منظور از سزارین اورژانسی، سزارینی است که با حضور عارضه‌ای که مورد اورژانس محسوب می‌شد، انجام می‌گرفت. شدت ترس با استفاده از مقیاس درجه‌بندی نگاره‌ای - توصیفی (Descriptive Graphic Rating Scale) تعیین شد. این معیار شامل توصیف شدت ترس در چهار درجه: اصلاً نمی‌ترسم، کمی می‌ترسم و نگرانم، خیلی می‌ترسم و فوق‌العاده زیاد می‌ترسم بود. به منظور عدم القای ترس در آزمودنی‌ها، از ذکر گزینه، خودداری شده و علل ترس با استفاده از یک سؤال باز بررسی گردید، به این صورت که از نمونه‌ها خواسته شده بود تا حداکثر سه مورد مهم عامل ترس خود را بیان کنند.

پرسشنامه‌ها توسط عاملان زایمانی در اتاق درد از طریق مصاحبه رو در رو تکمیل می‌گردید و تعیین شدت ترس توسط خود

انجام تمام آزمایش‌های پره‌ناتال، واکسیناسیون و ... معیار دریافت منظم مراقبت‌ها بود).

۹۳٪ از خانم‌ها اظهار داشتند که از زایمان می‌ترسند و تنها ۷٪ بیان کردند که ترسی از زایمان ندارند. از نظر شدت ترس در میان کسانی که به درجاتی ترس از زایمان را گزارش کرده بودند، ۴۴/۴٪ گزینه یک یعنی «کمی می‌ترسم و نگرانم» را انتخاب کردند. ۲۶/۳٪ گزینه دو را انتخاب کردند یعنی «خیلی می‌ترسم» و ۲۲/۳٪ گفتند که «فوق‌العاده زیاد می‌ترسم». از بین عللی که برای ترس از زایمان توسط آزمودنی‌ها ذکر شد بیشترین فراوانی‌ها مربوط به ترس از درد (۶۸/۳٪) و ترس از آسیب جنینی (۳۰٪) بود (جدول شماره ۱).

زایمان ۷۰/۴٪ از آزمودنی‌ها به صورت واژینال انجام گرفت (۶۳/۸٪ به روش طبیعی و ۶/۶٪ با استفاده از ابزار) و ۲۹/۶٪ به روش سزارین اورژانسی زایمان کردند که از این میزان ۲۳/۶٪ به دلیل عدم پیشرفت زایمان، ۵٪ به علت زجر جنینی و ۱٪ به علت جدا شدن زودرس جفت بود.

نتایج نشان داد که بین شدت ترس و نوع زایمان به شدت ارتباط معنادار آماری وجود دارد (آزمون مجذور کای  $df=3$ ،  $p<0/001$ )، به طوری که درصد وقوع سزارین اورژانسی در بین کسانی که درجه ترس بالاتری را گزارش کردند، بیشتر بودند. بیش از سایرین بود و بر عکس بیشتر زنانی که نمره ترس کمتری داشتند، به روش طبیعی زایمان کرده بودند (جدول شماره ۲).

در بررسی ارتباط بین شدت ترس آزمودنی‌ها با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ارتباط معناداری بین شدت ترس با سن، شغل و محل سکونت یافت گردید (آزمون مجذور کای  $p<0/05$ ). به طوری که کسانی که بیشتر می‌ترسیدند، سن بالاتری داشته ساکن شهر و خانه‌دار بودند (جدول شماره ۳ و ۴). در مورد ارتباط سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه، خواسته بودن بارداری و دریافت مراقبت‌های پره‌ناتال با شدت ترس، ارتباط معناداری مشاهده نشد.

**جدول ۱-** توزیع فراوانی علل ترس از زایمان در زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان در سال

۱۳۸۳

درصد	تعداد	علل ترس از زایمان
۶۸/۳	۱۶۶	درد زایمانی
۳۰	۷۳	آسیب جنینی
۱۲/۳	۳۰	تلقین اطرافیان
۴/۱	۱۰	معاینه واژینال
۸/۲	۲۰	آسیب دیدن خود زائو
۶/۵	۱۶	فریاد سایر زائوها
۳/۳	۸	دلایل دیگر

با توجه به این که هر کدام از نمونه‌ها می‌توانستند حداکثر به ۳ مورد از علل ترس خود اشاره کنند بنابراین در جدول فوق مجموع فراوانی مطلق بیش از تعداد نمونه‌ها و نسبی بیش از صد در صد می‌باشد.

**جدول ۲-** ارتباط بین ترس از زایمان و روش زایمان در زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان در سال ۱۳۸۳

نوع زایمان		طبیعی		سزارین اورژانسی		شدت ترس
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اصلاً نمی‌ترسم	۱۷	۷	۰	۰	۱۷	۷
کمی می‌ترسم و نگرانم	۹۷	۳۹/۹۲	۵	۲/۰۵	۱۰۲	۴۱/۹۷
خیلی می‌ترسم	۳۶	۱۴/۸۱	۳۳	۱۳/۵۸	۶۹	۲۸/۳۹
فوق العاده زیاد می‌ترسم	۲۱	۸/۶۴	۳۴	۱۴	۵۵	۲۲/۶۴
جمع	۱۷۱	۷۰/۳۷	۷۲	۲۹/۶۳	۲۴۳	۱۰۰

 $p < .001$ 

df=۳

**جدول ۳-** ارتباط بین ترس از زایمان و محل سکونت در زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان در سال ۱۳۸۳

محل سکونت		شهر		روستا		شدت ترس
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اصلاً نمی‌ترسم	۱۱	۴/۵۳	۶	۲/۴۶	۱۷	۷
کمی می‌ترسم و نگرانم	۵۵	۲۲/۶۳	۵۲	۲۱/۴۶	۱۰۷	۴۴/۱
خیلی می‌ترسم	۳۶	۱۴/۸۱	۲۸	۱۱/۵۲	۶۴	۲۶/۳
فوق العاده زیاد می‌ترسم	۴۰	۱۶/۴۶	۱۵	۶/۱۸	۵۵	۲۲/۶
جمع	۱۴۲	۵۸/۴	۱۰۱	۴۱/۶	۲۴۳	۱۰۰

 $p = .004$ 

df=۳

**جدول ۴-** ارتباط بین ترس از زایمان و وضعیت اشتغال در زنان باردار شکم اول مراجعه‌کننده به زایشگاه نیک‌نفس رفسنجان در سال ۱۳۸۳

وضعیت اشتغال		شاغل		خانه‌دار		شدت ترس
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اصلاً نمی‌ترسم	۰	۰	۰	۱۷	۷	۷
کمی می‌ترسم و نگرانم	۵	۲/۱	۱۰۳	۴۲/۳۸	۱۰۸	۴۴/۵
خیلی می‌ترسم	۹	۳/۷	۵۴	۲۲/۲۳	۶۳	۲۵/۹
فوق العاده زیاد می‌ترسم	۰	۰	۵۵	۲۲/۶۳	۵۵	۲۲/۶
جمع	۱۴	۵/۸	۲۲۹	۹۴/۲	۲۴۳	۱۰۰

 $p < .001$ 

df=۳

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش اکثر آزمودنی‌ها به درجاتی از زایمان ترس داشتند که این یافته با مطالعات مشابه مطابقت دارد (۴، ۲۰-۱۸) در بررسی علل ترس از زایمان، ترس از درد دارای بیشترین

فراوانی و بعد از آن آسیب جنینی شایع‌ترین عامل ایجاد ترس و اضطراب در بین آزمودنی‌ها بود. Szeverenyi و همکاران طی مطالعه‌ای به منظور تحلیل محتوای ترس ناشی از زایمان در بین ۲۱۶ زوج دریافتند که در بیش از ۸۰٪ موارد

عامل ترس زنان مربوط به داشتن نوزاد معیوب یا احتمال صدمه به نوزاد، درد شدید، احتمال زایمان با عمل جراحی، تنها بودن در یک محیط غریب و اجرای غلط بعضی اقدامات بوده است (۱۷). همچنین Sjogren در مطالعه خود تحت عنوان دلایل اضطراب از زایمان در بین ۱۰۰ زن باردار دریافت که ترس از زایمان مربوط به عوامل عدم اعتماد به کارکنان مامایی، ترس از ناتوانی خود، ترس از مرگ مادر یا نوزاد، درد غیرقابل تحمل و از دست دادن کنترل بر اعمالی است که در مورد آن‌ها انجام خواهد پذیرفت (۳). Melender در مطالعه‌ای تحت عنوان ترس و استراتژی‌های سازگاری همراه با آن در حاملگی و زایمان نتیجه گرفت که در اغلب آزمودنی‌ها علت ترس، تجربه منفی قبلی از زایمان، داشتن اطلاعات و آگاهی قبلی در مورد زایمان و عدم اطمینان به کارکنان بوده است (۴). در بررسی Lee و همکاران نیز زنان باردار بیشترین عامل ترس خود از زایمان را ترس از درد شدید ناشی از زایمان و خطرات مادری و جنینی بیان کردند (۱۸). همچنین Saisto و همکاران در مطالعه‌ای تحت عنوان عوامل مرتبط با ترس از زایمان دریافتند که وقوع سزارین اورژانسی و زایمان با واکيوم در طی اولین زایمان شایع‌ترین عوامل ایجادکننده ترس در حاملگی بعدی است (۱۶). همان طور که ملاحظه می‌شود دلایل ترس از زایمان در جوامع مختلف از جنبه‌های مختلفی بیان شده است.

در این مطالعه زنان شهرنشین و خانه‌دار و کسانی که دارای سن بالاتری بودند، ترس بیشتری از زایمان داشتند، با توجه به این که Ryding و همکاران در بررسی شخصیت و

ترس از زایمان دریافتند که ترس شدید در افراد منزوی با انعطاف‌پذیری پایین، بیشتر وجود دارد (۲۱) شاید یافته‌های این پژوهش را نیز به پایین بودن قدرت سازگاری و انعطاف‌پذیری زنان شهری و کسانی که دارای سن بالاتر هستند و همچنین پایین بودن سطح آگاهی نمونه‌ها نسبت داد، به طوری که مراجعه منظم یا عدم مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی تأثیر چندانی بر میزان ترس خانم‌ها از زایمان نداشته است. با توجه به این که بر اساس اغلب مطالعات ترس از زایمان توسط مشاوره و آموزش کاهش یافته (۲۰)، بنابراین می‌توان گفت که یا اطلاعات منتقل نشده، یا به نحو مؤثر انتقال نیافته است. باید توجه داشت که تحصیلات و داشتن آگاهی نیز می‌تواند به نوبه خود عامل ترس باشد، اما نقش آن‌ها در کاهش ترس قوی‌تر است و از طرفی دیگر نحوه انتقال اطلاعات نیز عامل مهم دیگری می‌باشد (۲).

در این پژوهش بین شدت ترس و روش زایمان به شدت ارتباط معنادار آماری وجود داشت، به طوری که درصد وقوع سزارین اورژانسی در بین کسانی که ترس بالاتری را گزارش کردند، بیش از سایرین بود و برعکس بیشتر زنانی که ترس کمتری داشتند به روش طبیعی زایمان کرده بودند. Ryding و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان «ترس از زایمان ممکن است خطر سزارین اورژانسی را افزایش دهد» مشاهده کردند، ترس از زایمان در طی سه ماهه سوم بارداری میزان سزارین اورژانسی را افزایش می‌دهد (۱۰). اما Johnson و Slade در پژوهشی نتیجه گرفتند که ترس از زایمان در طی سه ماهه سوم بارداری تأثیری بر وقوع سزارین

عوامل پیشگویی‌کننده سزارین اورژانسی، توسط مراقبان بهداشتی و پزشکان بررسی و مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان به شماره قرارداد ۲۰/۱۸۳ مورخ ۸۳/۵/۱ می‌باشد، بدین‌وسیله از همه خانم‌هایی که در شرایط بحرانی زندگی‌شان با حوصله به سؤالات این پژوهش پاسخ دادند تشکر و قدردانی می‌گردد.

اورژانسی ندارد. این پژوهشگران بیان کردند با توجه به این که در مطالعه مشابه در سوئد چنین ارتباطی دیده شده، این تفاوت در یافته‌ها را شاید بتوان به تفاوت‌های فرهنگی نسبت داد (۱۵).

بر اساس نتایج این پژوهش اکثر زنان باردار شکم اول به درجاتی ترس از زایمان را تجربه می‌کنند و این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانسی در آن‌ها باشد. با توجه به این که آمار سزارین در ایران رو به افزایش است و این در حالی است که برخی علل آن قابل پیشگیری می‌باشد، لذا لازم است ترس از زایمان در دوران بارداری به عنوان یکی از

### منابع

- 1 - Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. Br J Psychiatry. 2000 Jan; 176: 83-5.
- 2 - Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. Postgrad Med J. 2003 Sep; 79(935): 505-10.
- 3 - Sjogren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1997 Dec; 18(4): 266-72.
- 4 - Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. J Midwifery Womens Health. 2002 Jul-Aug; 47(4): 256-63.
- 5 - Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. Am J Obstet Gynecol. 1978 Nov 1; 132(5): 495-500.
- 6 - Dechery AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology. Tenth edition. USA: McGraw-Hill Companies; 2007. P. 193.
- 7 - Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. BMJ. 1999 Jan 16; 318(7177): 153-7.
- 8 - Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth. Gynecol Obstet Invest. 1983; 16(1): 1-12.
- 9 - Lederman RP. Anxiety and stress in pregnancy: significance and nursing assessment. NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs. 1990; 1(3): 279-88.
- 10 - Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhstrom H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998 May; 77(5): 542-7.
- 11 - Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG. 2006 Jun; 113(6): 638-46.
- 12 - Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. Acta Obstet Gynecol Scand. 2001 Apr; 80(4): 315-20.
- 13 - Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand. 1997 Apr; 76(4): 332-4.
- 14 - Shaerwen N, Scoloveno M, Weingrren C. Maternity nursing. London: Schuster Co; 1999. P. 790-796.
- 15 - Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? BJOG. 2002 Nov; 109(11): 1213-21.



- 16 - Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol.* 1999 Nov; 94(5 Pt 1): 679-82.
- 17 - Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1998 Mar; 19(1): 38-43.
- 18 - Lee LY, Holroyd E, Ng CY. Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective caesarean surgery. *Midwifery.* 2001 Dec; 17(4): 314-22.
- 19 - Faramarzi M, Pasha H, Bakhtiari A. [A survey on the knowledge and attitude of pregnant women to normal delivery in Babol, 1999]. *Journal of Babol University of Medical Sciences.* 2001; 12(3): 39-42. (Persian)
- 20 - Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. [Cesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran]. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research.* 2002; 3(1): 5-10. (Persian)
- 21 - Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(7): 814-20.

