

## توکوفوبیا ترس پاتولوژیک از زایمان: یک مطالعه مرور سیستماتیک

لیلا شایختی<sup>۱</sup>، کاملیا روحانی<sup>۲</sup>، مهسا مطبوعی<sup>۳</sup>، نرگس جعفری<sup>۳</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** توکوفوبیا به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ معرفی شد. هدف از مطالعه حاضر پاسخ به چهار سؤال است: توکوفوبیا چیست و چگونه به وجود می‌آید؟ شیوع توکوفوبیا در دنیا چقدر است؟ علایم توکوفوبیا چیست؟ و راهکارهای کنترل و درمان توکوفوبیا چیست؟  
**روش بررسی:** این مرور سیستماتیک در سال ۱۳۹۸ با جستجوی مقالات انگلیسی و فارسی منتشر شده از ژانویه سال ۲۰۰۰ تا ژانویه سال ۲۰۱۸ در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus، Web of Science، Google Scholar، Science Direct و پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی Magiran و SID به همراه جستجوی دستی در منابع انجام یافت.

**یافته‌ها:** پس از بررسی ۱۵۱ مقاله در نهایت ۱۶ مقاله وارد مطالعه شدند. نتایج نشان می‌دهد که توکوفوبیا، ترس شدید و پاتولوژیک از زایمان بوده و در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، نسخه چهارم (DSM-IV) به عنوان یک فوبیای اختصاصی تقسیم‌بندی می‌شود. اتیولوژی توکوفوبیا چند عاملی بوده و شیوع آن در زنان باردار در ۱۸ کشور جهان حدود ۱۴٪ تخمین زده است. علایم این اختلال می‌تواند با بی‌خوابی، گریه، بی‌قراری، افسردگی و یا اضطراب و همچنین نگرانی شدید از زایمان ظاهر شود. راهبردهای روان‌شناسی، درمان‌های شناختی-رفتاری و دارویی برای کاهش ترس زنان از زایمان در مطالعات مختلف به کار برده شده است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج می‌تواند به عنوان یک راهنما برای شناسایی و غربالگری زنان در معرض خطر و همچنین اجرای مداخلات پرستاری و روان‌درمانی در مرحله پری‌ناتال و زایمان به اعضای تیم بهداشتی-درمانی کمک کند.

نویسنده مسؤول: کاملیا روحانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

e-mail: camelia.rohani@sbmu.ac.ir

واژه‌های کلیدی: توکوفوبیا، ترس از زایمان، ترس از بارداری

دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: اسفند ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۹/۳/۲۷

### مقدمه

روان‌پزشک یاد شده چنین توصیف شده است: «اگر زنان، نخستین زایمان خود را تجربه می‌کنند، تصورات آن‌ها از درد نامعلوم بوده و این تصورات آن‌ها را مشوش می‌کند و اضطراب غیرقابل وصفی همه وجود آن‌ها را در بر می‌گیرد، اما اگر در حال حاضر مادر هستند خاطرات زایمان پیشین و توقعات آن‌ها از زایمان در پیش رو، آن‌ها را وحشت زده می‌کند». وقتی این اضطراب و یا ترس از مرگ در حین زایمان خیلی شدید باشد، فوبیایی به وجود می‌آید که به

به دنیا آمدن کودک برای مادران یک اتفاق هیجان‌انگیز محسوب می‌شود. در کنار احساسات مثبت مادر، حس ترس، اضطراب و نگرانی از زایمان و عواقب آن می‌تواند باعث اضطراب بیش‌تر مادر شود (۱). ترس از زایمان توسط یک روان‌پزشک به نام Marce در اواخر قرن ۱۹ شناسایی و مطالعه شد. ترس از زایمان توسط

۱- گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران؛ کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
۲- گروه آموزشی پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران  
۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

آن توکوفوبیا (Tokophobia) اطلاق می‌شود (۲). کلمه توکوفوبیا یک کلمه یونانی بوده که از دو بخش «توکو» به معنای زایمان و «فوبیا» به معنای ترس تشکیل شده است (۳). توکوفوبیا، در پزشکی به عنوان یک حالت پاتولوژیک شناخته شده که با ترس و جلوگیری از فرزنددار شدن با وجود علاقه به داشتن فرزند توصیف می‌شود.

ترس، مستقیماً عامل بسیاری از دشواری‌های پیش‌بینی نشده در زایمان است. ترس هنگام زایمان موجب ایجاد حلقه معیوب انقباضات و مداخلات پزشکی می‌شود و همین مسأله خود باعث ایجاد ترس بیش‌تر شده و احتمال تجربه یک زایمان دشوار را افزایش می‌دهد (۴). همچنین ترس باعث می‌شود زنان درد بیش‌تری را در حین حاملگی تجربه کنند (۵). این موضوع می‌تواند تجربه بدی از زایمان به جای بگذارد و خطر مداخلات جراحی حین زایمان را افزایش دهد (۱). مادری که در لیبر استرس داشته و یا مضطرب است، هورمون کورتیزول ترشح می‌کند که تأثیر مستقیم و زیان‌آوری بر تولید اکسی‌توسین دارد (هورمونی که نقش مهمی در کوتاه کردن فرآیند زایمان و رسیدن به مرحله زایمان فعال دارد). به دلیل ترشح کورتیزول، گردش خون به خارج از رحم هدایت می‌شود. از فشار ماهیچه‌ها جلوگیری شده و باعث درد می‌شود، در نتیجه روند زایمان آهسته یا متوقف می‌شود. مادر ممکن است وحشت زده یا عصبانی شود و تمرکز خود را از دست بدهد، در نتیجه ممکن است به دلیل استرس و یا تروما زجر جنین ایجاد شود و مادر نیز ممکن است به اقدامات پزشکی نیاز پیدا کند. به‌علاوه، خون‌ریزی‌های شدیدی در مادران مضطرب مشاهده شده است

(۴ و ۵). اضطراب و ترس مادر با پیامدهایی چون زایمان زودرس یا زایمان بعد از موعد، نوزاد کم وزن و محدودیت رشد داخل رحمی جنین مرتبط بوده است (۶). در مورد جنین، اضطراب می‌تواند باعث کاهش ذخایر غذایی و اکسیژن و همچنین کاهش خون بندناف شود. مقدار بیش‌تر کورتیزول می‌تواند منجر به تولد یک نوزاد آسیب‌پذیر و مضطرب شود. به‌علاوه، این نوزادان تحت تأثیر تمام داروهای تجویز شده برای کاهش علائم اضطرابی مادر نیز قرار می‌گیرند. پس از تولد، اعمال حیاتی اولیه در کودکان دارای مادران مضطرب، پایین‌تر از مقدار معمول است. اضطراب مادر همچنین می‌تواند عامل خطری برای کندی رشد ذهنی و حرکتی نوزاد باشد (۷). اضطراب مادر در دوره پری‌ناتال می‌تواند جنین را در رحم تحت تأثیر قرار دهد، به عنوان مثال حال نامساعد مادر در طولانی مدت می‌تواند کودک را حساس، مستعد اضطراب و اختلالات افسردگی در کودکی و سال‌خوردگی نماید (۸). همچنین مقادیر زیاد کورتیزول در مایع آمنیوتیک بر رشد مغز جنین تأثیرگذار است و بر روی مناطقی از مغز که مسؤول مهارت‌های اجتماعی، زبان‌شناسی و حافظه می‌باشد اثرات مخرب دارد (۹). حالت ذهنی یک زن، به خصوص سطح اضطراب او در حین حاملگی و وضع حمل و بعد از زایمان و نحوه سازگاری او با شرایط می‌تواند در حالت روانی پس از زایمان او، کودک و کل خانواده تأثیرگذار باشد (۱۰). تخمین زده شده است که از هر ۵ نفر زن باردار، یک نفر دچار ترس از زایمان می‌شوند و حدود ۶ تا ۱۳٪ از زنان باردار ترس شدید و ناتوان‌کننده را تجربه می‌کنند. زنان با ترس شدید از زایمان در معرض خطر بالای اختلال در عملکرد

مشورت با یک کتابدار متخصص انجام گرفت. کلید واژه‌های فارسی و انگلیسی توکوفوبیا، بارداری و باردار، زایمان، اختلالات فوبی/روانی ترس و ترس از زایمان tokophobia or childbirth.pregnant or pregnancy.tocophobia fear of phobic disorders/psychology.labor childbirth استفاده شد. در گام سوم معیارهای ورود و خروج مقالات تعیین شد. معیارهای ورود شامل کلیه مقالات چاپ شده توکوفوبیا به زبان فارسی و یا انگلیسی با طراحی انواع مختلف روش‌های پژوهش در بازه زمانی ژانویه سال ۲۰۰۰ تا ژانویه سال ۲۰۱۸ بود که حداقل یک بار از واژه توکوفوبیا در عنوان و یا چکیده مقاله استفاده کرده باشند. معیارهای خروج شامل خلاصه مقالات کنفرانس‌ها، نامه به سردبیر و مقالات خارجی غیر از زبان انگلیسی بود. از آنجا که واژه توکوفوبیا برای اولین بار در سال ۲۰۰۰ معرفی شد، زمان جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی از شروع سال ۲۰۰۰ تعیین شد. گام چهارم انجام جستجوی سیستماتیک در پایگاه‌های داده‌های الکترونیکی بود. این مطالعه با جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus، Web of Science، Science Direct، Google Scholar و پایگاه‌های داخلی Magiran و SID، به همراه جستجوی دستی در فهرست منابع مقالات مرتبط توسط دو نفر (نویسنده اول و یک کارشناس کتابدار) به طور جداگانه در فاصله زمانی یک هفته انجام یافت. گام پنجم انتخاب مقاله‌های پژوهشی واجد شرایط بود. در مجموع ۱۵۱ مقاله (۱۴۳ مقاله از پایگاه‌های اطلاعاتی و ۸ مقاله به صورت دستی) بازیابی شد. در مرحله اول، تعداد ۲۰ مقاله به دلیل تکراری بودن حذف

روزانه، مشکلات جسمی و روانی در دوران بارداری، در حین تولد نوزاد و بعد از زایمان می‌باشند (۱۱). در واقع ترس از زایمان، یک عامل خطر برای تجربه منفی زایمان است (۱۲).

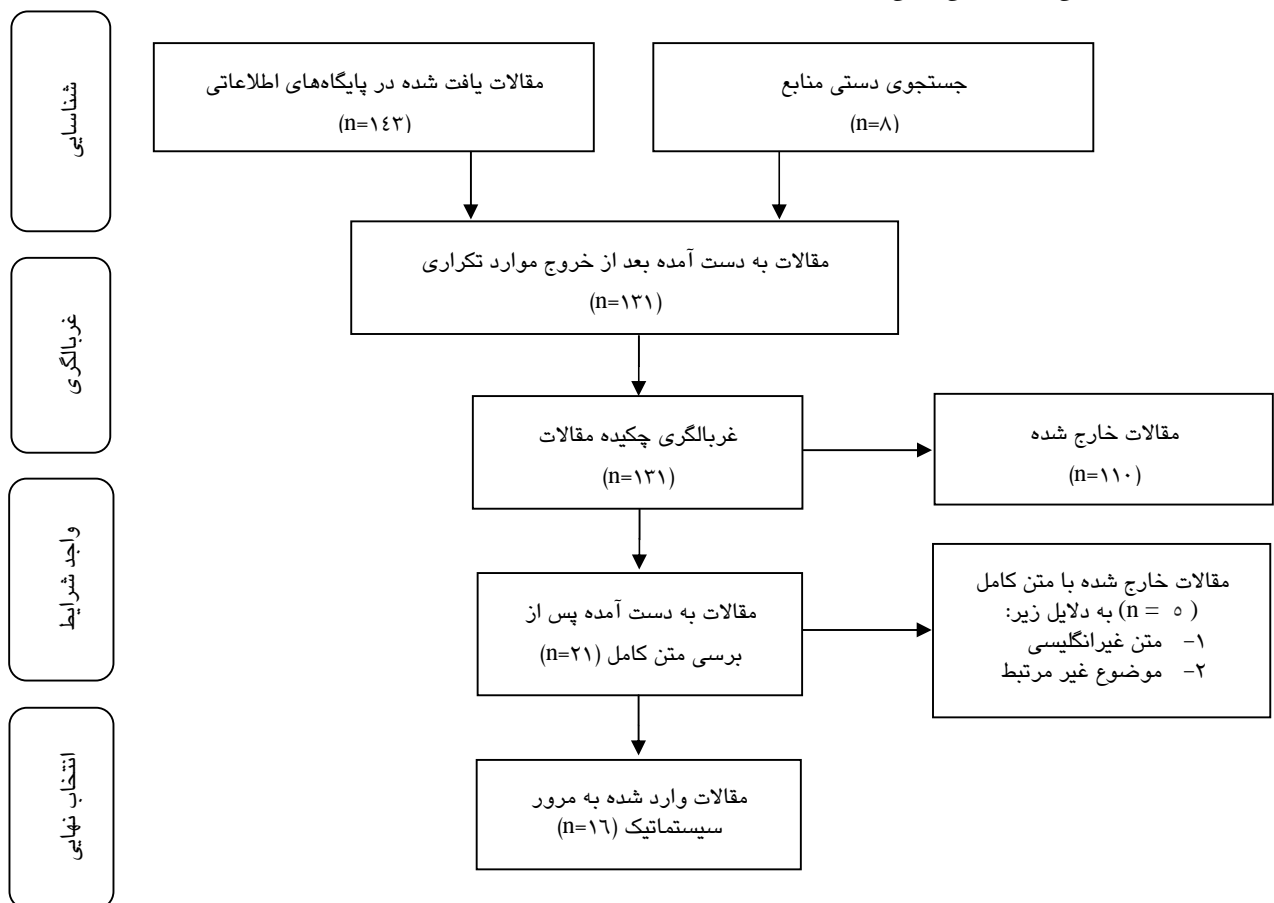
شواهد نشان می‌دهد که توکوفوبیا یک عامل پیش‌بینی‌کننده برای سزارین اورژانسی (۱۳)، افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی (۱۴)، افسردگی پس از زایمان، اختلال استرس پس از سانحه یا PTSD (۱۵)، عدم پذیرش نوزاد یا تأخیر در برقراری ارتباط با او (۱۶) و خودداری از شیردادن به نوزاد پس از تولد است (۱۶). بنابراین کارکنان تیم بهداشتی-درمانی باید از این اختلال آگاهی داشته و از انجام اقدامات مناسب با توجه به شرایط زنان مطلع باشند. از این رو پژوهش حاضر در قالب یک مرور سیستماتیک در جهت پاسخ به چهار سؤال طراحی شده است: (۱) توکوفوبیا چیست و چگونه به وجود می‌آید؟ (۲) شیوع توکوفوبیا در زنان چقدر است؟ (۳) علایم توکوفوبیا چیست؟ و (۴) راهکارهای کنترل و درمان توکوفوبیا چیست؟

### روش بررسی

این مرور سیستماتیک در پنج گام در سال ۱۳۹۸ انجام یافته است. گام اول تهیه سؤالات پژوهش بود (توکوفوبیا چیست و چگونه به وجود می‌آید؟، شیوع توکوفوبیا در زنان چقدر است؟ علایم توکوفوبیا چیست؟، راهکارهای کنترل و درمان توکوفوبیا چیست؟). گام دوم انتخاب واژگان مناسب و مرتبط برای جستجو از طریق MeSH یا سرعنوان‌های موضوعی پزشکی و برنامه‌ریزی جهت بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی داده‌ها و تعیین راهبردهای جستجو با

و کلیه مقالات مرتبط وارد مطالعه شدند. برای استخراج اطلاعات موجود در مطالعات، یک جدول توصیفی با عناوین نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، مکان پژوهش، نوع پژوهش، هدف پژوهش، تعداد نمونه، ابزارهای پژوهش و نتایج پژوهش تهیه و روایی محتوای کیفی آن توسط ۵ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شهید بهشتی تهران، با سابقه نگارش مقالات مرور سیستماتیک تأیید شد. داده‌های مقالات توسط دو پژوهشگر به طور مستقل وارد جدول شده و در موارد عدم توافق از نفر سوم مسلط بر مطالعات مرور سیستماتیک استفاده و پس از توافق وارد جدول شد.

شدند. سپس در مرحله بعدی، عنوان و چکیده ۱۳۱ مقاله باقی‌مانده بررسی شد و مقالات غیرمرتبط با بحث توکوفوبیا، حذف شدند (۱۱۰ مقاله). متن کامل ۲۱ مقاله باقی‌مانده به طور کامل بررسی شد و پس از حذف ۵ مقاله به دلیل بحث غیرمرتبط در مقالات و مقاله سردبیر، در نهایت ۱۶ مقاله در مطالعه باقی ماند. شکل شماره ۱ فلوجارت فرایند انتخاب مقالات از بانک‌های اطلاعاتی را مبتنی بر دیاگرام PRISMA سال ۲۰۰۹ نشان می‌دهد (۱۷). لازم به ذکر است که به دلیل تعداد محدود مقالات در این حوزه، کلیه مقالات مرتبط صرف‌نظر از نوع پژوهش انتخاب شدند. همچنین شرط انتخاب مقالات مبتنی بر ارزیابی کیفی آن‌ها اعمال نشده



شکل ۱- فلوجارت فرآیند انتخاب مقالات براساس دیاگرام PRISMA ۲۰۰۹

## یافته‌ها

### خصوصیات مطالعات منتخب

پس از بررسی مقالات یافت شده، در نهایت ۱۶ مقاله مرتبط با هدف مطالعه انتخاب شدند. اکثر مطالعات در کشورهای انگلستان و لهستان انجام گرفته، از کشورهای آسیایی یک مطالعه در ترکیه انجام یافته است. اما متأسفانه در ایران هیچ مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد. از مجموع مطالعات منتخب، چهار مطالعه به روش توصیفی (۲۵٪)، پنج مطالعه به روش گزارش موردی (۳۱/۳٪)، دو مطالعه به شیوه مرور سیستماتیک (۱۲/۵٪)، چهار مطالعه مروری (۲۵٪) و یک مطالعه (۶/۲٪) نیز به شیوه کیفی انجام یافته است. اطلاعات توصیفی مقالات به صورت خلاصه و به ترتیب سال پژوهش در جدول شماره ۱ طبقه‌بندی شده است.

در مجموع در مطالعات توصیفی ۹۵۰ نفر زن باردار مورد بررسی قرار گرفته‌اند. لازم به ذکر است که درصد قابل توجهی از مادران باردار مورد مطالعه، اولزا و بدون تجربه زایمان بودند. به دلیل افزایش شدت و علائم بیماری در اواخر بارداری، تقریباً همه نمونه‌های مورد بررسی ماه‌های آخر بارداری را سپری می‌کردند و یا از ابتدا تا زمان زایمان تحت نظر و بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در مطالعات توصیفی منتخب به منظور اندازه‌گیری عوامل درون فردی و برون فردی مؤثر بر توکوفوبیا و میزان شیوع آن شامل ابزارهای: مقیاس حالت‌های تصویر بدنی عزت نفس روزنبرگ (Body Image States Scale: BISS)، مقیاس عزت نفس روزنبرگ (Rosenberg Self-Esteem Scale)، مقیاس ارزیابی رابطه

(Relationship Assessment Scale: RAS)، نگرش نسبت به حاملگی و زایمان، پرسشنامه اضطراب زایمان (Labor Anxiety Questionnaire (KLP)، اضطراب (anxiety STAI X1 and X2))، پرسشنامه‌های مربوط به افسردگی (questionnaires related to depression (CES-D))، پرسشنامه انتظار/ تجربه زایمان (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire satisfaction)، میزان رضایتمندی از زندگی (with life the State-Trait Anxiety Inventory-TraitScale Anxiety Sensitivity) و شاخص حساسیت اضطرابی (Index) بودند.

### سؤال اول: توکوفوبیا چیست و چگونه

#### به وجود می‌آید؟

ترس یک واکنش انسانی طبیعی و فیزیولوژیک است که برای محافظت و سلامت فردی لازم است. با توجه به روند زایمان، تجربه نگرانی و اضطراب تاحدودی نشانه سلامت است که می‌تواند زنان را برای تجربه زایمان آماده کند. اما اگر ترس، مانع از فعالیت زنان شود و یا آن‌ها را وحشت‌زده کند، می‌تواند به جسم و احساسات آنان آسیب زده و یک شرایط پاتولوژیک به نام «توکوفوبیا» را موجب شود (۴). توکوفوبیا حالتی از اضطراب شدید است که زنان را به سمت ترس سوق می‌دهد و در نتیجه زنان با وجود علاقه فراوان به فرزنددار شدن از حاملگی و زایمان اجتناب می‌کنند (۴). فوبیا، یک حالت غیرطبیعی و آسیب‌زننده از ترس است که باعث می‌شود فرد از یک

چیز یا موقعیت اجتناب نماید با وجود این که می‌داند خطرناک نیست. فوبیایها در روان‌پزشکی در دسته اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرند (۲۳). سه نوع توکوفوبیا شناسایی شده است: اولیه، ثانویه و همراه با افسردگی (۲).

**توکوفوبیای اولیه:** این ترس، پیش از بارداری به وجود می‌آید و ریشه در نوجوانی و جوانی فرد دارد. روابط جنسی فرد طبیعی است، اما روش‌های پیشگیری از بارداری بسیار سخت‌گیرانه‌ای دارد (۴). در بعضی از موارد، زن مبتلا، آن‌چنان از زایمان می‌ترسد که بارداری برنامه‌ریزی شده‌اش را هم ممکن است خاتمه دهد. Holka-Pokorska و همکاران در مطالعه خود، دو مورد از زنان مبتلا به توکوفوبیا را بررسی کردند که با تمایل خود باردار شده بودند، اما در اواخر بارداری به توکوفوبیا مبتلا شده و قصد ختم بارداری را داشتند. این مطالعه نشان داد که این فوبیا ممکن است در طول دوران بارداری زنان هم ایجاد شود (۱۵). در صورتی که Hofberg و Brockington در تعریف توکوفوبیای اولیه عنوان می‌کنند که این ترس ممکن است ریشه در جوانی و نوجوانی داشته باشد و باعث جلوگیری از بارداری خواسته در زنان شود (۲). بنابراین به نظر می‌رسد که می‌توان برای توکوفوبیای اولیه، دو زیر مجموعه قرار داد. زنانی که توکوفوبیا در آن‌ها، قبل از بارداری ایجاد شده و مانع از بارداری در آن‌ها می‌شود و زنانی که در دوران بارداری به این فوبیا دچار می‌شوند. در دسته اول زنان از باردار شدن جلوگیری می‌کنند و روش‌های سخت‌گیری از بارداری را استفاده می‌کنند و حتی

ممکن است با وجود علاقه شدید به داشتن فرزند تا آخر عمر اقدام به بارداری نکنند. این زنان ممکن است در صورت بارداری آن را انکار کرده و هیچ حسی نسبت به بارداری و مادر شدن نشان ندهند (۲، ۱۹). در دسته دوم، ممکن است زنان تا قبل از بارداری به این مسأله که زایمان آن‌ها چگونه خواهد بود، فکر نکنند و به صورت کاملاً برنامه‌ریزی شده اقدام به بارداری کنند، اما با نزدیک شدن به تاریخ زایمان، نشانه‌های ترس و حملات پانیک در آن‌ها بروز می‌کند. در این موارد ممکن است مشکلات و عوارض دوران بارداری، این فوبیا را تشدید کند (۱۵).

**توکوفوبیای ثانویه:** اغلب پس از یک زایمان دشوار رخ می‌دهد، اما می‌تواند پس از یک زایمان معمولی، سقط فراموش شده، مرده‌زایی و یا ختم حاملگی نیز مشاهده شود. این ترس می‌تواند به علت یک زایمان سزارین و یا جلوگیری از حاملگی و زایمان فعلی نیز پدید بیاید. نتایج مطالعات نشان می‌دهد زنانی که به دلیل ترس از زایمان، تقاضای زایمان سزارین داشتند، بیش‌تر در معرض خطر سقط بوده، فاصله طولانی‌تری بین دو حاملگی داشتند، در طول زایمان مرحله دوم طولانی‌تری را تجربه کرده و سابقه سزارین اورژانسی یا زایمان واژینال با وسایل کمکی را داشته‌اند. بعضی از زنان با وجود علاقه شدید به داشتن فرزند به شدت با حاملگی مخالفت می‌کنند. توکوفوبیای ثانویه با اختلالات استرس پس از تروما ارتباط مستقیم دارد و در نتیجه این ترس پاتولوژیک، از بارداری جلوگیری می‌شود. گاهی در مواردی که این ترس خیلی شدید بوده، مادران

سپه‌ها بسیار بالایی از ترس را تجربه کنند (۲۷). ترس از اپی‌زیاتومی و به دنبال آن غیرقابل کنترل شدن شرایط و ترس از درد از عوامل خطر تشدیدکننده توکوفوبیا معرفی شده است (۲۸). اضطراب عمومی، افسردگی، اختلالات روانی، آسیب‌پذیری، نارضایتی از شریک جنسی و عدم حمایت از سوی مراکز اجتماعی، همه از عوامل تأثیرگذار بر ترس از زایمان واژینال و دیگر اضطراب‌های مربوط به دوران بارداری است (۴). بعضی از مطالعات نشان می‌دهند که زنان با روابط اجتماعی ضعیف و یا آن‌هایی که از همسر خود ناراضی هستند، ترس بیش‌تری از زایمان را تجربه می‌کنند. همچنین زنان بیکاری که با پدر فرزندشان زندگی نمی‌کردند، بیش‌تر از زنان شاغل و در یک رابطه پایدار، درباره حاملگی خود مضطرب شده و از زایمان واهمه داشتند.

توکوفوبیا با افکار منفی درباره وضع حمل مرتبط است و می‌تواند از مادران به دختران منتقل شود. مشکلی که در اثر یک حادثه تروماتیک به وجود آمده و حل نشده می‌تواند بر نسل بعدی تأثیرگذار باشد و فرزندان این نسل نیز می‌توانند این حالت روانی را به ارث ببرند (۳ و ۴). یکی دیگر از عواملی که منجر به ترس پاتولوژیک از زایمان می‌شود، داستان‌های ترسناک معروف و یا دیدن فیلم زایمان طبیعی در زمان نامناسب و بدون هیچ‌گونه توضیحی است. منظور از داستان‌های ترسناک، داستان‌هایی است که دوستان و آشنایان درباره زایمان‌های تروماتیک و یا ناموفق تعریف می‌کنند که مخصوصاً تأثیر زیادی بر زنان نخست‌زا دارد. این داستان‌ها همواره

به دلیل ناتوانی در زایمان، بارداری خود را خاتمه داده‌اند. نتایج یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که این ترس برای بعضی از زنان تا سال‌ها باقی می‌ماند (۲، ۴، ۵ و ۱۹).

توکوفوبیا همراه با افسردگی: این نوع از توکوفوبیا کم‌تر معمول است. در این حالت پیش از زایمان، افسردگی با توکوفوبیا ظاهر می‌شود. در چنین مواردی، ترس و جلوگیری از زایمان معمولاً با علایمی چون ناتوانی در به دنیا آوردن نوزاد و یا ترس از مرگ نمایان می‌شود. این نوع از توکوفوبیا، هم در زنان نخست‌زا و هم در زنان چندزا مشاهده می‌شود. بیمارانی که از توکوفوبیای افسردگی رنج می‌برند، افکار آزاردهنده‌ای در مورد مشکلات جنین در داخل شکم در دوران پیش از تولد او دارند و یا از ناتوانی در به دنیا آوردن فرزند می‌ترسند (۲، ۴ و ۵).

بررسی مطالعات در مورد عوامل تأثیرگذار بر توکوفوبیا، عوامل خطر و ویژگی‌های مادران باردار مبتلا به توکوفوبیا نشان می‌دهد که اتیولوژی توکوفوبیا چند عاملی است. ویژگی‌های خاص شخصیتی و عوامل اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی بر ترس و اضطراب دوران بارداری و ایجاد توکوفوبیا مؤثر هستند (۴). چند خصیصه، بیمارانی را مستعد ابتلا به توکوفوبیا می‌کند، از این موارد می‌توان به سن کم، سطح پایین تحصیلات، شرایط اجتماعی - اقتصادی ضعیف، عزت نفس کم، کمبود اطلاعات درست درباره بارداری و زایمان، اتفاقات ناخواسته در زایمان پیشین و یا بیماری فرزند قبلی اشاره کرد (۱ و ۵). زنان نخست‌زا و زنان بالاتر از ۳۰ سال ممکن است

می‌کند (۱). زنان بعد از حاملگی و زایمان، اغلب از تصویر بدنی خود راضی نیستند و احساس می‌کنند از جذابیت جنسی آن‌ها کم شده است. هویت آن‌ها از مؤنث بودن به مادر بودن تغییر پیدا می‌کند. این تفکر که آن‌ها از استانداردهای زیبایی خارج می‌شوند، می‌تواند اضطراب و ترسی را در آن‌ها ایجاد کند که باعث پیشرفت توکوفوبیا شود (۵). عامل مهم دیگری که باید به آن توجه شود، ترس از درد است. آستانه درد پایین و ترس از درد، از دلایل اصلی توکوفوبیا هستند. ترس از دست دادن کنترل بعد از درد غیرقابل تحمل، عاملی است که ترس از زایمان را تشدید می‌کند. ترس همچنین می‌تواند با روش زایمان ارتباط داشته باشد. زنانی که روش زایمان واژینال را انتخاب کرده بودند، کم‌ترین مقدار ترس از زایمان را گزارش کردند. هرچقدر ترس بیشتر شود، تمایل به زایمان سزارین نیز افزایش پیدا می‌کند (۲۶). ترس از درد در هنگام زایمان، ارتباط نزدیکی با ترس از درد در حالت عمومی دارد (بدون توجه به شدت آن). این موضوع یکی از شایع‌ترین علل درخواست مادران برای زایمان سزارین نیز می‌باشد (۴).

### سؤال دوم: شیوع توکوفوبیا در زنان

#### چقدر است؟

تعداد زنانی که تا این اندازه ترس و اضطراب را تجربه کرده‌اند، به طور دقیق مشخص نیست. شیوع توکوفوبیا در کشورهای غربی بالاتر از ۲۰٪ گزارش شده است (۲۶). O'Connell و همکاران به صورت اختصاصی شیوع توکوفوبیا در زنان باردار در جهان را در مقاله مرور سیستماتیک و فراتحلیل خود پس از

بخشی از فرهنگ زنان بوده و از نسلی به نسل بعدی منتقل می‌شود (۳، ۴ و ۲۸). سابقه سوء استفاده جنسی نیز مؤثر بوده و حتی می‌تواند باعث ممانعت زنان از انجام آزمایش‌های معمول مانند پاپ‌اسمیر و دیگر آزمایش‌های مامایی شود. بنابراین از عوامل خطر مهم توکوفوبیا، تجربه سوء استفاده جنسی یا فیزیکی در دوران کودکی است که زنان را مستعد ترس در حین زایمان طبیعی و یا سزارین اورژانسی می‌کند (۵). ترومایی که در نتیجه یک زایمان سخت واژینال رخ داده و یا حتی فکر آن می‌تواند باعث تجدید خاطرات وحشتناک سوء استفاده جنسی در دوران کودکی شود. تجربه تروماتیک از زایمان‌های قبلی، از دیگر عواملی است که می‌تواند با توکوفوبیا همراه شود (۲۶). مادرانی که زایمان طولانی مدت و سختی را تجربه کرده‌اند، در هنگام زایمان‌های بعدی همان ترس را احساس می‌کنند. بنابراین احتمال مواجه شدن با ترسی مشابه زایمان پیشین وجود دارد. زنانی که تجربه زایمان سریع داشتند نیز می‌ترسیدند که در زایمان‌های بعدی نتوانند زودتر خود را به محلی مناسب برای زایمان برسانند (۴). همچنین زنانی که افکار بدی در مورد ظاهر فیزیکی خود دارند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به توکوفوبیا هستند. به نظر می‌رسد که ناراضی بودن از وضعیت فیزیکی، بیش‌تر با ظاهر فرد مرتبط است تا حقیقت فیزیکی یا همان توانایی فیزیکی بدن برای انجام دادن کارها. به علاوه نگرش‌های مختلف زنان نسبت به حاملگی و زایمان، نقش مهمی در کاهش یا افزایش ترس از زایمان و دیسترس‌های قبل از زایمان ایفا



بررسی ۳۳ مطالعه از ۱۸ کشور جهان، ۱۴٪ تخمین زده است (۲۴).

### سؤال سوم: علایم توکوفوبیا چیست؟

یک تعریف کامل و اصولی درباره توکوفوبیا باید شامل حداقل چهار معیار و حداقل سه علامت باشد. معیارها عبارتند از: اضطراب شدید و نگرانی از زایمان که اغلب در سه ماهه سوم حاملگی افزایش می‌یابد، دشواری در کنترل این نگرانی‌ها، تمرکز دشوار در محیط کار یا فعالیت‌های خانوادگی. این معیارها به علاوه حداقل سه مورد از علایم شامل ترس از درد، ترس از ناتوانی در به دنیا آوردن نوزاد، اختلالات فیزیکی، کابوس، جلوگیری از قرار گرفتن در شرایط ترسناک (به عنوان مثال جلوگیری از بارداری، ختم حاملگی یا درخواست سزارین بدون دلیل پزشکی) و ناآرامی یا ضعف شدید، در تشخیص توکوفوبیا مهم است (۴).

این زنان ممکن است سابقه آزار جنسی را در شرح حال خود ذکر کنند (۱۹) و یا از مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان عدم رضایت داشته (۲۲) و یا به نوع روش زایمان خود اعتراض داشته باشند (۱۵و۵). عموماً بیان احساس ترس از انجام یک کار اشتباه در حین زایمان و صدمه به نوزاد یا از دست دادن کنترل بدن از لحاظ فیزیکی و روانی همچنین سوء ظن به کمبود یا نبود مساعدت‌های مامایی و پزشکی در زمان نیاز با این اختلال ارتباط دارد (۴). نخست‌زاهای و چندزاهای مبتلا به توکوفوبیا علایم مشابهی را نشان می‌دهند. ترس زیاد آن‌ها باعث می‌شود تا تقاضای زایمان سزارین را داشته باشند. علایم رفتاری، احساسی و یا فیزیکی می‌تواند با بی‌خوابی، گریه، بی‌قراری و یا عصبی بودن بروز کند (۳). توکوفوبیا با

اختلالات رفتاری چون اختلال در غذا خوردن (به صورت بی‌اشتهایی عصبی یا پرخوری عصبی)، کاهش تمایلات جنسی و جلوگیری از بارداری و زایمان همراه است (۱۸و۱۹). افسردگی مربوط به حاملگی و زایمان از دیگر علایمی است که در زنان مبتلا به توکوفوبیا مشاهده می‌شود. افسردگی و توکوفوبیا یک رابطه دوطرفه دارند که هر کدام دیگری را تقویت می‌کند. درجات بالای افسردگی و به دنبال آن توکوفوبیا در دوران بارداری باعث می‌شود که مادر به اعمالی چون سقط جنین یا ختم حاملگی اقدام کند (۲و۱۹). Hofberg و Brockington در مطالعه خود گزارش کردند زنان مبتلا به توکوفوبیا که با روش دل‌خواه خود زایمان نمی‌کنند، در مقایسه با آن‌هایی که با روش دل‌خواه خود زایمان می‌کنند، علایم روانی شدیدتری را بروز می‌دهند (۲).

### سؤال چهارم: راهکارهای کنترل و درمان

#### توکوفوبیا چیست؟

اگرچه برای درمان توکوفوبیا روش خاصی معرفی نشده است، اما بر نقش ماماها، پرستاران، روان‌پزشکان و جلسات مشاوره تیم روان‌پزشکی در جهت کاهش ترس از زایمان و کم کردن علایم و نشانه‌های توکوفوبیا تأکید شده است. راهکارهایی که به منظور کاهش ترس از زایمان انجام یافته بیش‌تر راهبردهای روان‌شناسی و یا استفاده از هیپنوتیزم بوده است (۱۹). تیم بهداشتی- درمانی باید زمانی را برای ارتباط با مادر و بیان ترس‌های او اختصاص داده و برای کمک به او برای مقابله با ترس راهکارهای مناسب ارائه دهد (۴).

زنانی که مبتلا به توکوفوبیای ثانویه هستند بهتر به درمان پاسخ می‌دهند (۳). این

بحران محور، رفتار درمانی و برنامه مراقبت فردی با حضور یک یا تعداد بیشتری از اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی-درمانی مانند ماما، پزشک، روان‌شناس، روان‌پرستار، درمانگر، مشاور و دیگر متخصصان بر کاهش ترس و اضطراب مادران تأثیرگذار بوده و درخواست مادران را برای سزارین کاهش می‌دهد (۲۲). هدف مداخلات طراحی شده برای یاری رساندن به زنانی که توکوفوبیا دارند باید کمک به آن‌ها برای کنترل اضطراب مرتبط با حاملگی و زایمان باشد تا بتوانند شک و تردیدهای مرتبط با آن را بپذیرند. درمان‌ها باید عوامل استرس‌زا را کاهش دهد و باعث سازگاری بهتر در حاملگی و صرف‌نظر کردن از درخواست زایمان سزارین شود (۴). دستورالعمل‌های کنونی راهنمای بالینی (National Institute for Health Care Excellence: NICE) بیان می‌کند که در زنان باردار مبتلا به توکوفوبیا مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavior Therapy: CBT) انجام گیرد. همچنین دریافت حمایت از طرف یک عضو مشخص از تیم زایمان، تداوم مراقبت و مشاوره‌های رسمی حایز اهمیت است. باید توجه داشت که در حال حاضر هیچ دلیلی برای برتری CBT نسبت به سایر مداخلات وجود ندارد. تحقیقات بیشتری برای درک چگونگی کمک به زنان مبتلا به توکوفوبیا لازم است (۲۲). یک دوره درمان دارویی با فلوکستین ۴۰ میلی‌گرم روزانه و کلونازپام ۰/۵ میلی‌گرم شبانه همراه با مشاوره روان‌شناختی نیز از راهکارهای درمان توکوفوبیای همراه با افسردگی می‌تواند باشد (۲۱).

افراد با فکر کردن به تجربه‌های زایمان پیشین و صحبت درباره آن‌ها، شناسایی شده و می‌توانند حمایت‌های لازم را دریافت کنند. تشویق زنان به فکر کردن درباره زایمان قبلی، به یاد آوردن آن‌چه که قبلاً اتفاق افتاده و اهمیت مداخلات و الزامات زایمان در پیش رو بسیار کمک‌کننده است. گوش کردن به مادر و صحبت کردن با او درباره زایمان قبلی، به مادر و همسر در صورت حضور اجازه می‌دهد تا احساسات خود را بیان کنند و لحظات ترسناک خود را بشناسند و خود را برای مقابله با آن‌ها مقاوم کنند. خانواده، روان‌پزشک و ماما باید در صورت نیاز، زن باردار را حمایت کنند (۳ و ۲۳). Symonides و همکارانش روش اساسی مدیریت ترس زایمان را مداخلات روان‌درمانی معرفی کردند. آن‌ها بیان کردند که ایجاد یک تیم ویژه شامل پزشک، ماما و روان‌شناس می‌تواند به تشخیص زودهنگام بیماران در معرض خطر کمک کند. این تیم می‌تواند برنامه مدیریتی صحیحی را بر پایه نیازهای فردی زنان تنظیم کند. درمان صحیح باعث کاهش طول مدت زایمان و سطح ترس می‌شود و از تجربه ناخوشایند در مورد زایمان در زنانی که ترس از زایمان دارند، جلوگیری می‌کند (۵). Weaver و همکارانش از مطالعه جامع مرور سیستماتیک خود در مورد اقدامات برنامه‌ریزی شده در کاهش مقدار ترس و یا اضطراب زنانی که توکوفوبیا داشته و درخواست زایمان سزارین داشتند، نتیجه‌گیری کردند که اقدامات برنامه‌ریزی شده‌ای شامل مشاوره‌های روان‌درمانی، جلسه‌های آرام‌سازی، حمایت‌های جسمی-روانی، حمایت توسط ماما، بازدید از بخش زایمان، مشاوره‌های

**جدول ۱- مشخصات و نتایج نهایی مطالعات منتخب در حوزه توکوفوبیا (n=۱۶)**

شماره	نام نویسنده/نویسندگان	سال پژوهش	مکان پژوهش	نوع پژوهش	هدف پژوهش	تعداد و مشخصات نمونه‌ها و ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها	نتایج پژوهش
۱	Hofberg و (۲) Brockington	۲۰۰۰	انگلستان	کیفی	طبقه‌بندی توکوفوبیا	مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۲۶ زن باردار که توسط روان‌پزشک بخش مادر و نوزاد و ماماها در مانگاه بیمارستان معرفی شدند و به مدت ۲ سال تحت درمان توسط روان‌پزشک در منزل بودند.	- توکوفوبیا به سه دسته توکوفوبیای اولیه، ثانویه و توکوفوبیای افسردگی تقسیم‌بندی شد.
۲	Ward و Hofberg (۱۸)	۲۰۰۳	انگلستان	مروری	تعین روابط افسردگی، اختلالات خوراک و ترس پاتولوژیک از زایمان یا توکوفوبیا در زنان باردار و تعیین پیامدهای آن‌ها در زنان باردار و نوزادان	مرور ۹۱ مقاله	- مشکلات روانی در زنان در سال‌های فرزندآوری شایع است. با این حال، شرایطی مانند اختلالات استرسی پس از تروما یا PTSD و توکوفوبیا ممکن است بدون هیچ دلیل قبلی آشکار و ناشناخته وجود داشته باشد. نتایج پیامد تمام شرایطی که در این مقاله در نظر گرفته شده است، در مقایسه با سایر مادران نامساعدتر گزارش شده است. زنان مبتلا به مشکلات روانی مانند افسردگی، اختلالات خوراک، آشفتگی‌های خلقی و توکوفوبیا نیاز به همکاری روان‌پزشکان و متخصصان زنان و زایمان با یکدیگر دارند. تا شرایط زنان و نوزادان گروه تحت شناسایی و درمان را بهبود بخشد.
۳	Ward و Hofberg (۱۹)	۲۰۰۴	انگلستان	مروری	تعین علایم و نشانه‌های مرتبط با توکوفوبیا	مرور ۵۶ مقاله	- علایم مرتبط با توکوفوبیا از جمله افسردگی، اختلالات خوراک، بی‌اشتهایی و پرخوری عصبی، کاهش تمایلات جنسی، و خاتمه دادن به بارداری تعیین شد.
۴	Spice و همکاران (۲۰)	۲۰۰۹	کانادا	توصیفی	تعین ارتباط بین حساسیت اضطرابی و توکوفوبیا	نمونه: ۱۱۰ نفر زن باردار در ۴ ماه آخر بارداری-ابزارهای پژوهش: پرسشنامه‌های ترس از زایمان، اضطراب زایمان و شاخص حساسیت اضطرابی	- حساسیت اضطرابی یکی از عوامل خطر مهم توکوفوبیا است.
۵	Roland-Price و (۳) Chamberlain	۲۰۱۲	هلند	مروری	تعین تأثیر جلسات روان درمانی بر افراد مبتلا به توکوفوبیا	مرور ۱۴ مقاله	- مشاوره‌ها و درمان‌های روان‌پزشکی در دوران بارداری برای کنترل توکوفوبیا و تجربه یک زایمان خوب برای مادران مبتلا به این بیماری مهم و ضروری است.
۶	Jhanjee و Bhatia (۲۱)	۲۰۱۲	هند	گزارش موردی	گزارش یک مورد توکوفوبیا همراه با افسردگی	گزارش یک مورد	- درمان دارویی با استفاده از فلوکستین ۴۰ میلی‌گرم روزانه و کلونازپام ۰/۵ میلی‌گرم هر شب به مدت ۴ هفته و مشاوره (آموزش روانشناختی) باعث رفع توکوفوبیای همراه با افسردگی شد.
۷	Weaver و همکاران (۲۲)	۲۰۱۲	انگلستان	مرور سیستماتیک	تعین اثر مداخلات برنامه‌ریزی شده در کاهش مقدار ترس یا اضطراب زنان بارداری که به دلیل توکوفوبیا درخواست سزارین کردند	در این مرور جامع سیستماتیک ۹ مطالعه کمی بررسی شدند (دو مقاله که به یک مطالعه مرتبط می‌شدند به عنوان یک مطالعه وارد مراحل تحلیل شدند)	- معرفی روش‌های درمانی مؤثر برای مدیریت توکوفوبیا بر روی ترس مادران تأثیر مثبت داشته و درخواست آن‌ها را در رابطه با زایمان سزارین کاهش می‌دهد. - دستورالعمل‌های کنونی راهنمای بالینی NICE یا National Institute for Health Care Excellence. بیان می‌کند که در زنان باردار مبتلا به توکوفوبیا مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری CBT یا Cognitive Behavior Therapy انجام شود. همچنین دریافت حمایت از طرف یک عضو مشخص از تیم زایمان، تداوم مراقبت و مشاوره‌های رسمی حایز اهمیت است. باید توجه داشت که در صورت عدم وجود شواهد اضافی، در حال حاضر هیچ دلیلی برای برتری CBT نسبت به سایر مداخلات وجود ندارد. تحقیقات بیشتری برای درک چگونگی کمک به زنان مبتلا به این اختلال لازم است.

۸	Scollato و (Lampasona ۴)	۲۰۱۳	ایتالیا	مروری	معرفی توکوفوبیا	مرور ۴۶ مقاله	- بیان تاریخچه توکوفوبیا، تعریف، اتیولوژی، بررسی علل اولیه، عوامل مرتبط و پیامدهای حاصل از توکوفوبیا (سقوط و سزارین غیرقانونی، عدم فرزنددار شدن، زایمان سخت همراه با صدمات و عوارض زیاد و مشکلات در سلامتی نوزاد)، مروری بر روش‌های تسکینی توکوفوبیا.
۹	Hollins و Patel (۲۳)	۲۰۱۴	انگلستان	گزارش موردی	تعیین تأثیر حضور ماماها و روان‌پزشکان در کنترل فوبیاهای مختلف	گزارش ۳ مورد	- روان‌پزشکان و ماماها در روند کنترل و درمان فوبیاهای دوران بارداری و زایمان مؤثر و کمک‌کننده هستند.
۱۰	Kaymaz و همکاران (۱۶)	۲۰۱۵	ترکیه	گزارش موردی	تعیین ارتباط توکوفوبیا و تصمیم‌گیری در مورد شیردهی	گزارش یک مورد	- ممکن است توکوفوبیا باعث خودداری مادر از شیردهی به نوزاد شود.
۱۱	Symonides و همکاران (۵)	۲۰۱۶	لهستان	مروری	معرفی توکوفوبیا	مرور ۲۶ مقاله	- معرفی عوامل خطر توکوفوبیا (ترس از درد، سن پایین، سطح پایین تحصیلات، شرایط اجتماعی-اقتصادی ضعیف، عزت نفس کم، کمبود یا نبود اطلاعات درست، اتفاقات ناخواسته در زایمان پیشین و یا بیماری فرزند قبلی)، ارتباط توکوفوبیا و سزارین، و مدیریت صحیح توکوفوبیا.
۱۲	Holka-Pokorska و همکاران (۱۵)	۲۰۱۶	لهستان	گزارش موردی	بحث در مورد اختلالات مختلف روانی (توکوفوبیا و افسردگی) که ممکن است منجر به تصمیم‌گیری زنان برای سزارین شود	گزارش دو مورد	- مراقبت‌های پیش از زایمان برای زنانی که اختلالات روانی دارند مستلزم همکاری نزدیک ماما و روان‌پزشک در زمینه اختلالات مبتنی بر شرایط جسمی زنان است. این همکاری موجب می‌شود تا از هرگونه مشکل مامایی و یا روان‌پزشکی در حین حاملگی و لیبر جلوگیری شود.
۱۳	O'Connell و همکاران (۲۴)	۲۰۱۷	ایرلند	مرور سیستماتیک و فراتحلیل	شیوع جهانی توکوفوبیا	۳۳ مقاله	- شیوع توکوفوبیا ۱۴٪ تخمین زده شده است و به نظر می‌رسد که در طی سالیان آینده رو به افزایش خواهد بود.
۱۴	Hamama-Raz و همکاران (۱)	۲۰۱۷	اسرائیل	توصیفی	تعیین عوامل درون فردی و بیرون فردی مرتبط با توکوفوبیا در زنان باردار	نمونه: ۵۲۹ نفر زن باردار (۳۱۵ نفر با تجربه زایمان و ۱۷۴ نفر بدون تجربه زایمان)- ابزارهای پژوهش: پرسشنامه‌های نگرش به حاملگی و زایمان، تصویر بدنی، عزت نفس و رضایت از رابطه جنسی	- در پدیده ترس از زایمان، عوامل درون فردی اهمیت بیش‌تری دارند.
۱۵	Sioma-Markowska و همکاران (۲۵)	۲۰۱۷	لهستان	توصیفی	تعیین دلایل توکوفوبیا	نمونه: ۱۲۰ نفر زن باردار در سه ماهه سوم بارداری - ابزارهای پژوهش: پرسشنامه اضطراب زایمان	- زنان نخست‌زا و زنانی که بالاتر از ۳۰ سال سن دارند سطوح بسیار بالایی از ترس را تجربه کردند. - نداشتن آمادگی صحیح برای زایمان باعث وقوع توکوفوبیا می‌شود. کلاس‌های پیش از زایمان و پس از زایمان باید بر پایه استانداردهای مراقبت‌های مامایی در جهت کاهش یا حذف ترس از زایمان طبیعی توسعه یابد.
۱۶	Demsar و همکاران (۲۶)	۲۰۱۸	اسلونی	توصیفی	تعیین مقدار شیوع و عوامل خطر تشدیدکننده توکوفوبیا	نمونه: ۱۹۱ نفر زن باردار شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی زایمان (۹۰٪ بدون تجربه زایمان)- ابزارهای پژوهش: پرسشنامه‌های اضطراب، افسردگی، ترس از زایمان و میزان رضایتمندی از زندگی	- ترس پاتولوژیک در ۱۶٪ از شرکت‌کنندگان اتفاق افتاد که قابل ملاحظه‌ترین آن‌ها ترس از ای‌زیاتومی و به دنبال آن غیرقابل کنترل شدن شرایط و ترس از درد بود. - بین سزارین انتخابی و توکوفوبیا رابطه وجود داشت. - نتایج نشان داد که نیاز به تشخیص زودهنگام و درمان ترس از زایمان وجود دارد. - داده‌های موجود می‌تواند به متخصصان برای شناسایی افراد در معرض خطر که نیازمند به مداخلات روانی پری‌ناتال هستند کمک کند.

## بحث و نتیجه گیری

این مرور سیستماتیک با هدف بررسی و شناخت توکوفوبیا، میزان شیوع، علایم و راهکارهای کنترل و درمان آن در زنان انجام یافته است. نتایج کلی این مطالعه نشان داد که توکوفوبیا یک نوع فوبیا یا هراس خاص از زایمان است، یعنی ترس بیش از حد و ناتوان کننده از زایمان که می تواند آنقدر شدید باشد که از بارداری اجتناب شود (۲۹). *Wijma* عقیده دارد که توکوفوبیا با سایر فوبیها فرق دارد، در این حالت ترس از زایمان فقط زمانی تبدیل به فوبیا می شود که زنان باردار شوند. از طرف دیگر، افراد با فوبیهای مختلف می توانند به وسیله جلوگیری از عامل ترس بر شرایط خود کنترل داشته باشند، اما زنان حامله هیچ راه گریزی ندارند. آن‌ها مدت ۹ ماه در این شرایط بوده و در نهایت مجبور به زایمان می شوند که نه کنترلی بر آن دارند و نه گریزی از آن. در واقع اگر ترس از زایمان به نحوی باشد که مانع از انجام فعالیت‌های روزانه شود، ترس پاتولوژیک محسوب می شود و به آن توکوفوبیا اطلاق می شود (۲۶). توکوفوبیا در طبقه بندی اختلالات روان پزشکی بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) به عنوان یک فوبیای اختصاصی دسته بندی شده (۳۰)، و دارای سه نوع اولیه، ثانویه و همراه با افسردگی است (۲). باید توجه داشت که گاهی اصطلاح توکوفوبیا با ترس از زایمان، تلاقی می کند (۳۱). ترس از زایمان، اصطلاح رایجی است که برای بیان احساس ترس و نگرانی کلی مادران در زمان بارداری و زایمان استفاده می شود و با توکوفوبیا متفاوت

است (۲۶). باید به خاطر داشت که توکوفوبیا نادر بوده، اما ترس از زایمان شایع است (۲۹). ترس از زایمان طیفی از افکار و احساسات ترسناک در مورد زایمان است که بر روی یک زنجیره از ترس کم (ترس عادی) تا ترس شدید (ترسی که بر عملکرد روزانه زنان تأثیر می گذارد)، قرار دارد (۳۱). پرسشنامه انتظارات/ تجربه *Wijma Delivery Expectancy/ experience Questionnaire: W-DEQ* ابزاری معتبر برای سنجش ترس از زایمان می باشد، دامنه امتیازات پرسشنامه بین ۰-۱۶۵ می باشد افرادی که نمره ۰-۳۷ را کسب می کنند ترس از زایمان کم، نمره ۳۸-۶۵ ترس از زایمان متوسط، نمره ۶۶-۸۴ ترس از زایمان زیاد و افرادی که نمره ۸۵ و بالاتر، را کسب می کنند ترس شدید از زایمان را نشان می دهند (۳۲). *Nilsson* و همکاران اشاره می کنند که در اکثر مطالعات برای اندازه گیری میزان ترس از زایمان، پرسشنامه *Wijma* و برای تشخیص توکوفوبیا و شناسایی علایم همراه با آن، مطالعات کیفی و مصاحبه های فردی پاسخگو هستند. آنان معتقدند که بهتر است زنان با ترس شدید را با استفاده از پرسشنامه *Wijma* شناسایی کرده و برای بررسی های بیشتر به روان پزشکی ارجاع داد (۳۰). در هر حال توکوفوبیا نباید دست کم گرفته شود، زیرا می تواند منجر به عواقب شدیدی در زنان و نوزادان آن‌ها شود (۳۳).

مروری بر مطالعات نشان می دهد که شیوع ترس شدید از زایمان در جمعیت زنان در هفته ۲۸ بارداری در شهر لندن با استفاده از پرسشنامه *Wijma*، ۲/۷٪ تخمین زده شده

است (۲۹). یک مطالعه آینده‌نگر با طرح همبستگی در یک نمونه ۴۰۱ نفری از زنان استرالیایی در هفته ۳۶ بارداری با استفاده از پرسشنامه Wijma نشان داد که ۴۸٪ از زنان، ترس زیاد و ۲۶٪ نیز ترس شدید از زایمان را تجربه کرده‌اند (۳۳). تجارب مرتبط با ترس‌های دوره بارداری و زایمان در یک نمونه ۳۲۹ نفری از زنان باردار در فنلاند غربی با استفاده از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته نیز نشان داد که ۷۸٪ از زنان، ترس‌های مرتبط با بارداری، زایمان و یا هر دو را گزارش کردند. ترس‌های اختصاصی مرتبط با زایمان عبارت بودند از ترس درباره سلامت نوزاد و مادر، مراقبت بهداشتی کارکنان، زندگی خانوادگی و سزارین. دلایل ترس‌ها عبارت بودند از خلق منفی زنان، داستان‌های منفی نقل قول شده از دیگران، اطلاعات هشداردهنده، بیماری‌ها و مشکلات مرتبط با نوزاد. در مولتی‌پارها تجربه منفی قبلی از بارداری، زایمان، و سلامت و مراقبت نوزاد نیز دخیل بود. نتایج نشان داد که این ترس‌ها باعث استرس در زنان می‌شود، بر زندگی روزانه آن‌ها اثر می‌گذارد، منجر به سزارین شده و یا موجب اجتناب از بارداری و زایمان در آن‌ها می‌شود (۳۱، ۱۹، ۳۷).

در ایران نیز مطالعات مختلفی در مورد ترس از زایمان زنان و عوامل مؤثر بر آن انجام یافته است، اما هیچ‌کدام به اختلال توکوفوبیا اشاره‌ای نکرده‌اند. شیوع ترس از زایمان در مطالعه‌ای توصیفی با پرسشنامه نگرش به تولد کودک (Harman Childbirth Attitude Questionnaire: CAQ) در یک نمونه ۳۳۵ نفری از زنان باردار در هفته ۱۶ تا ۴۰ حاملگی

در توپسرکان ۸۹/۳٪ گزارش شده است (۱۹). در یک مطالعه توصیفی دیگر با نمونه‌ای از زنان باردار شکم اول در شش ماه اول بارداری در رفسنجان، ۲۶/۳٪ از زنان مورد مطالعه ترس خیلی زیاد و ۲۲/۳٪ نیز ترس فوق‌العاده زیاد از زایمان را با استفاده از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته ابراز کردند. در این مطالعه در میان علل ترس به ترتیب ترس از درد (۶۸/۳٪) و آسیب جنینی (۳۰٪) دارای بیشترین فراوانی بوده است (۳۱). همچنین در مطالعه‌ای مقطعی درباره ۵۹۵ نفر زن باردار در اراک، ۵۵/۸٪ از زنان ترس از زایمان را گزارش کردند و اکثر آن‌ها علت این ترس را آسیب به نوزاد خود بیان کردند (۳۴).

Saisto و Halmesmaki در مطالعه‌ی مروری خود بیان کردند که ۸۰٪ از زنان در حاملگی‌های کم خطر، اضطراب‌های معمولی را در مورد زایمان خود گزارش می‌کنند. حدود ۲۰٪ نیز ترس شدید از زایمان را تجربه می‌کنند که از این تعداد بین ۶ تا ۱۰٪ از آنان سطوحی از ترس پاتولوژیک را نشان می‌دهند. اما این آمار و ارقام نمی‌تواند تعداد زنانی را که به دلیل این فوبیا از فرزنددار شدن جلوگیری می‌کنند، نشان دهد (۳۵). صاحب‌نظران معتقد هستند فقدان تعریفی واضح از «ترس زایمان» و شناسایی سطحی که ممکن است به یک پاسخ هراسی یا فوبیا بیانجامد، منجر به ناهمگونی قابل توجهی در برآوردهای میزان شیوع توکوفوبیا شده است (۳۶). ترس از زایمان ممکن است به اشتباه توکوفوبیا شناسایی شود، علاوه بر این بعضی از زنان پس از یک زایمان تروماتیک با علائم PTSD نیز به اشتباه ممکن

اعتماد به نفس مادر در هنگام زایمان، تنش و ترس از دردهای زایمان، اپی‌زیاتومی و سزارین معرفی کردند (۳۹). در این حوزه زنان اول‌زا که تجربه زایمان نداشته یا با محیط لیبر و رفتار کارکنان بهداشتی آشنایی ندارند، ممکن است ترس بیش‌تری را تجربه کنند (۴۰). در مطالعه سلطانی و همکاران در تویسرکان همدان، زنان با سابقه چهار زایمان و بیش‌تر، کم‌ترین میزان ترس را تجربه می‌کردند. از طرفی زنانی که در سه ماهه سوم بارداری بودند با نزدیک شدن به زمان زایمان، اضطراب و به دنبال آن ترس از زایمان بیش‌تری را گزارش کردند (۳۸). Khwepeya و همکاران تأکید می‌کنند که فرزندآوری گرمی‌بخش محیط خانواده است، اما توکوفوبیا ممکن است ارتباط زن با سایر افراد خانواده را دچار اختلال کند. روابط سرد با همسر و عدم ارتباط عاطفی با فرزند یا فرزندان از جمله عوارض توکوفوبیای درمان نشده است (۳۷).

شواهد نشان می‌دهد که ترس از زایمان و همچنین توکوفوبیا در ایجاد آمار بالای سزارین درخواستی و سزارین اورژانسی نیز تأثیرگذار است. Di Renzo در یک گزارش به عنوان سردبیر مجله *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* and به بیان ارتباط بین توکوفوبیا و سزارین پرداخته است. او پس از بررسی ۲۸۵۰ مادری که از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ در بیمارستان محل فعالیت او زایمان کردند، گزارش می‌کند که ۳۰٪ از زنان (۱۱۷۲ نفر)، به روش سزارین زایمان کردند و از این تعداد نیز ۳٪ (۳۶ نفر) اندیکاسیون‌های توکوفوبیا را دارا بودند (۴۱). در یک مطالعه توصیفی در مورد

است با اختلال توکوفوبیا تشخیص داده شوند. بنابراین باید برای درمان مورد نیاز، علایم مربوط به ترومای بعد از زایمان از توکوفوبیای اولیه متمایز گردد (۲۹).

به علاوه یافته‌های مرور سیستماتیک ما نشان داد که اتیولوژی توکوفوبیا چند عاملی است و ویژگی‌های خاص شخصیتی و عوامل اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی بر ترس و اضطراب زنان در دوران بارداری و ایجاد توکوفوبیا مؤثر هستند (۴). این فوبیا می‌تواند به استعداد طبیعی فرد برای ابتلا به اضطراب و وضعیت رابطه او با همسرش مرتبط باشد. از طرف دیگر فرایند مادر شدن می‌تواند تحت شرایط اجتماعی- فرهنگی جامعه و حتی شرایط سیاسی آن قرار بگیرد. نحوه برخورد روانی فرد با زایمان، اقدام مجدد او برای بارداری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آنچه مسلم است جنبه‌های خاص شخصیتی و عوامل اجتماعی-اقتصادی بر ترس از زایمان و اضطراب ناشی از بارداری تأثیرگذارند. Khwepeya و همکاران نیز بر این عقیده هستند که عوامل فرهنگی- اجتماعی و خدمات مراقبت‌های بهداشتی بر میزان ترس از زایمان زنان مؤثر بوده و میزان ترس تقریباً مشابهی در زنان باردار با فرهنگ‌های مشابه مشاهده می‌شود (۳۷). Slade و همکاران نیز بر این مسأله تأکید دارند که زنانی که حمایت اجتماعی بیش‌تری را دریافت می‌دارند، ترس کم‌تری را تجربه می‌کنند (۳۶). همچنین سطح تحصیلات زنان و درآمد خانواده و ارتباط این عوامل با میزان ترس از زایمان نیز دارای اهمیت است (۳۸). Johnson و همکاران شایع‌ترین علل ترس از زایمان را عدم

علاوه بر بهبود شرایط دوران بارداری و کیفیت زایمان می‌تواند، آمار سزارین در کشور را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود در مرحله پری‌ناتال شناسایی دقیق بیماران توسط متخصصان روان‌پزشک، روان‌شناس، پرستار و ماما برای درمان و بهبود علایم و مشکلات بیماران صورت بگیرد.

آگاهی از ترس و اضطراب ناشی از حاملگی به اعضای تیم بهداشتی-درمانی این امکان را می‌دهد تا در معاینه اول زنانی را که استرس داشته و یا تقاضای سزارین می‌کنند، تشخیص دهند. این زنان ممکن است در معاینات حاضر نشده و یا کلاس‌های آمادگی پیش از زایمان را با گریه ترک کنند (۳). توجه کردن به زنان در دوران بارداری و در حین مراحل زایمان و در صورت امکان مشاوره با آنان درباره چگونگی عملکرد مراقبتی و تصمیم‌گیری باعث می‌شود آرامش بیشتری پیدا کنند و در نتیجه ترس آن‌ها کاهش یابد (۲۳). Patel و Hollins در مطالعه خود دریافتند زنانی که دارای فوبیاهای مربوط به دوران حاملگی و زایمان هستند، به خوبی به اقدامات روان‌درمانی و مامایی برنامه‌ریزی شده پاسخ می‌دهند. جدی گرفتن زنان و گوش دادن به حرف‌های آن‌ها باعث می‌شود تا کم‌تر احساس نگرانی کنند و ارتباط بهتری با پرستار، ماما و سایر افراد تیم بهداشتی-درمانی برقرار نمایند (۲۳). ارتباط نزدیک مادر باردار با ماما می‌تواند مرگ و میر ناشی از توکوفوبیا را کاهش دهد. برای غلبه بر توکوفوبیا لازم است که ماما و روان‌پزشک با هم همکاری نزدیک داشته باشند، تا مطمئن شوند که تعادل روانی مادران در دوران

نمونه‌ای از زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان تأمین اجتماعی شهر زاهدان، عوامل مؤثر در ارجحیت روش سزارین از دیدگاه زنان باردار با استفاده از یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته به ترتیب ترس از درد زایمان طبیعی (۲۸٪)، ترس از آسیب اندام‌های ادراری-تناسلی (۲۵/۶٪)، ترس از تغییر در عملکرد جنسی (۲۴٪) و ترس از برخورد نامناسب کارکنان بخش زایشگاه (۲۲/۳٪) مطرح شدند (۳۷). مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که فراوانی سزارین، هم در ایران و هم در کل جهان در حال افزایش است. کشور لهستان در سال ۱۹۹۹ میزان ۱۸٪ سزارین داشته در حالی که در سال ۲۰۱۲ این آمار به بالاتر از ۳۷٪ افزایش یافته است. در انگلستان، آمار سزارین‌ها از ۹٪ در سال ۱۹۸۰ به ۲۰ تا ۲۵٪ در سال‌های اخیر افزایش یافته است (۱۵). متأسفانه این روند افزایشی در ایران نیز مشاهده می‌شود. در ایران میزان سزارین در سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۳ به ترتیب ۴۱/۹ و ۴۸٪ گزارش شده است (۳۸). در سال ۲۰۱۲ همچنین ۵۲٪ از زایمان‌ها در مراکز دولتی و بیش‌تر از ۶۴٪ از زایمان‌ها در مراکز خصوصی شهر تهران به صورت سزارین بوده است (۴۲). نتایج یک مطالعه در نروژ نشان داد که انتخاب سزارین توسط زنان با علایم اضطراب و افسردگی، عزت نفس پایین و تاریخچه سوء استفاده جنسی مرتبط است که هر سه مورد از عوامل ایجادکننده و همراه با توکوفوبیا هستند (۴۳ و ۴۴). بنابراین شناسایی و درمان زنان درگیر با این مشکل نیاز به تخصص ویژه و کادر مجرب دارد. سیاست‌گذاری‌های مناسب



به طور کلی توکوفوبیا در طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) به عنوان یک فوبیای اختصاصی دسته‌بندی می‌شود. ترس از زایمان و شرایط روانی مربوط به آن، می‌تواند در انتخاب روش زایمان نیز بسیار مهم باشد. زنان باردار با اختلال توکوفوبیا به همکاری نزدیک بین اعضای تیم بهداشتی-درمانی شامل ماما، روان‌پرستار و روان‌پزشک نیاز دارند. این همکاری می‌تواند در زنانی که علایم شدید اضطراب و دیگر اختلالات روانی را به دنبال توکوفوبیا تجربه می‌کنند، باعث جلوگیری از مشکلات مامایی و روانی در حین بارداری و زایمان شود. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند به عنوان یک راهنما به تیم بهداشتی-درمانی در شناسایی و غربالگری زنان در معرض خطر توکوفوبیا و اجرای مداخلات روانی پری‌ناتال کمک کند و در نهایت شاید بتواند در کاهش آمار سزارین در این گروه از زنان نیز تأثیرگذار باشد. همچنین این نتایج می‌تواند راهنمای محققان برای آینده و انجام پژوهش‌های نوین در این زمینه باشد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه نویسندگانی که از مقالات آن‌ها در این مطالعه استفاده شده، تشکر و قدردانی می‌شود.

بارداری و زایمان حفظ شده است (۲). Slade و همکاران نیز بر اهمیت نگرش ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی، حمایت و همراهی آنان بر میزان ترس از زایمان مادران تأکید کرده‌اند (۳۶). آموزش‌های سازمان یافته در دوران بارداری به کاهش ترس از زایمان کمک می‌کند. Gokce Isbir و همکاران معتقد هستند که آموزش‌های مربوط به روش‌های مقابله با درد زایمان باعث کاهش ترس از زایمان در مادران می‌شود (۴۴). در ایران نیز مطالعه خورسندی و همکاران نشان داد که تمرینات آرام‌سازی در زنان باردار می‌تواند ترس از زایمان مادران را کاهش (۴۵).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم دسترسی به تمام مقالات موجود در این زمینه به دلیل زبان نوشتاری غیرانگلیسی در مقالات اشاره کرد. به دلیل تازگی ورود واژه توکوفوبیا در حوزه بهداشتی و شاید ناشناخته بودن آن برای برخی از محققان، تعداد مطالعات یافت شده به خصوص مطالعات مداخله‌ای در این حوزه کم بود. اما شواهد نشان می‌دهد که اخیراً تعداد مقالاتی که اختلال توکوفوبیا را مطرح می‌کنند رو به افزایش است. این مقاله اولین مقاله فارسی است که به معرفی توکوفوبیا پرداخته و زمینه‌ای را برای جلب توجه و علاقمندی محققان برای طراحی مطالعات آینده در این حوزه فراهم کرده است.

### منابع

1 - Hamama-Raz Y, Sommerfeld E, Ken-Dror D, Lacher R, Ben-Ezra M. The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: a preliminary study. *Psychiatr Q*. 2017 Jun; 88(2): 385-396. doi: 10.1007/s11126-016-9455-x.

- 2 - Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry*. 2000 Jan; 176: 83-5. doi: 10.1192/bjp.176.1.83.
- 3 - Roland-Price A, Chamberlain Z. Management of tokophobic women. In: Karoshi M, Newbold S, B-Lynch C, Keith LG. *A textbook of preconceptional medicine and management*. Wetheral: Sapiens; 2012. P. 281-288.
- 4 - Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: when fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*. 2013; 1(1): 1-18. doi: 10.6092/2282-1619/2013.1.893.
- 5 - Symonides A, Mogilnicka I, Krulak K, Kacperczyk J, Dobrowolska-Redo A, Romejko-Wolniewicz E. Understanding tokophobia phenomenon as a key to proper management. *MEDtube Science*. 2016 Sep; 3: 12-14.
- 6 - Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Kononen T, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol*. 2001 Nov; 98(5 Pt 1): 820-6. doi: 10.1016/s0029-7844(01)01552-6.
- 7 - Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003 Sep; 44(6): 810-8. doi: 10.1111/1469-7610.00166.
- 8 - O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V. Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children. *Biol Psychiatry*. 2005 Aug 1; 58(3): 211-7. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.03.032.
- 9 - Talge NM, Neal C, Glover V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2007 Mar/Apr; 48(3-4): 245-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x.
- 10 - Raphael-Leff J. Unconscious transmissions between patient and pregnant analyst. *Studies in Gender and Sexuality*. 2004; 5(3): 317-330. doi: 10.1080/15240650509349253.
- 11 - Soderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Jun; 27(2): 113-9. doi: 10.1080/01674820600712172.
- 12 - Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG*. 2009 Apr; 116(5): 672-80. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x.
- 13 - Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the danish national birth cohort. *BJOG*. 2008 Feb; 115(3): 354-60. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x.
- 14 - Handelzalts JE, Fisher S, Lurie S, Shalev A, Golan A, Sadan O. Personality, fear of childbirth and cesarean delivery on demand. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012 Jan; 91(1): 16-21. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01287.x.
- 15 - Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A, Pirog-Balcerzak A, Wichniak A. Elective cesarean section on psychiatric indications - the phenomenon analysis, report of two cases and psychiatric clinical recommendations. *Psychiatr Pol*. 2016; 50(2): 357-73. doi: 10.12740/PP/43486.
- 16 - Kaymaz N, Uzun ME, Yildirim S. Tokophobia, the fear of childbirth, and the decision to breastfeed. *Breastfeed Med*. 2015 Dec; 10(10): 502. doi: 10.1089/bfm.2015.0157.

- 17 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009 Aug 18; 151(4): 264-9. doi: 10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135.
- 18 - Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J.* 2003 Sep; 79(935): 505-10. doi: 10.1136/pmj.79.935.505.
- 19 - Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol.* 2004 Sep; 47(3): 527-34. doi: 10.1097/01.grf.0000132527.62504.ca.
- 20 - Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH. Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2009 Sep; 30(3): 168-74. doi: 10.1080/01674820902950538.
- 21 - Bhatia MS, Jhanjee A. Tokophobia: a dread of pregnancy. *Ind Psychiatry J.* 2012 Jul; 21(2): 158-9. doi: 10.4103/0972-6748.119649.
- 22 - Weaver J, Browne J, Aras-Payne A, Magill-Cuerden J. A comprehensive systematic review of the impact of planned interventions offered to pregnant women who have requested a caesarean section as a result of tokophobia (fear of childbirth). *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports.* 2013; 11(1): 70-122. doi: 10.11124/jbisrir-2013-606.
- 23 - Patel RR, Hollins K. Clinical report: the joint obstetric and psychiatric management of phobic anxiety disorders in pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2015; 36(1): 10-4. doi: 10.3109/0167482X.2014.993312.
- 24 - O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tokophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017 Aug; 96(8): 907-920. doi: 10.1111/aogs.13138.
- 25 - Sioma-Markowska U, Zur A, Skrzypulec-Plinta V, Machura M, Czajkowska M. Causes and frequency of tokophobia - own experiences. *Ginekol Pol.* 2017; 88(5): 239-243. doi: 10.5603/GP.a2017.0045.
- 26 - Demsar K, Svetina M, Verdenik I, Tul N, Blickstein I, Globevnik Velikonja V. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med.* 2018 Feb 23; 46(2): 151-154. doi: 10.1515/jpm-2016-0282.
- 27 - Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2012; 12(1): 88. doi: 10.1186/1471-2393-12-88.
- 28 - Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med.* 2006 Jul; 63(1): 64-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065.
- 29 - Mayor S. Sixty seconds on . . . tokophobia. *BMJ.* 2018 Sep 17; 362: k3933. doi: 10.1136/bmj.k3933.
- 30 - Nilsson C, Hessman E, Sjoblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Jan 12; 18(1): 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7.

- 31 - Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'?. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003 Sep; 24(3): 141-3. doi: 10.3109/01674820309039667.
- 32 - Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998 Jun; 19(2): 84-97. doi: 10.3109/01674829809048501.
- 33 - 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. *J Clin Nurs*. 2009 Mar; 18(5): 667-77. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02568.x.
- 34 - 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 Fasa University of Medical Sciences*. 2014; 4(2): 161-167. (Persian)
- 35 - Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003 Mar; 82(3): 201-8. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x.
- 36 - Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Mar 18; 19(1): 96. doi: 10.1186/s12884-019-2241-7.
- 37 - Khwepeya M, Lee GT, Chen SR, Kuo SY. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Oct 3; 18(1): 391. doi: 10.1186/s12884-018-2023-7.
- 38 - Soltani F, Eskandari Z, Khodakarami B, Parsa P, Roshanaei G. Factors contributing to fear of childbirth among pregnant women in Hamadan (Iran) in 2016. *Electron Physician*. 2017 Jul 25; 9(7): 4725-4731. doi: 10.19082/4725.
- 39 - Johnson AR, Kumar MG, Jacob R, Jessie MA, Mary F, Agrawal T, et al. Fear of childbirth among pregnant women availing antenatal services in a maternity hospital in rural Karnataka. *Indian J Psychol Med*. 2019 Jul-Aug; 41(4): 318-322. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM\_292\_18.
- 40 - Rondung E, Thomten J, Sundin O. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord*. 2016 Dec; 44: 80-91. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.007.
- 41 - Di Renzo GC. Tocophobia: a new indication for cesarean delivery?. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2003 Apr; 13(4): 217. doi: 10.1080/jmf.13.4.217.217.
- 42 - Badakhsh MH, Seifoddin M, Khodakarami N, Gholami R, Moghimi S. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran, Iran. *Arch Iran Med*. 2012 Jan; 15(1): 4-7. doi: 012151/aim.004.
- 43 - Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section?. *Scand J Public Health*. 2009 Jun; 37(4): 364-71. doi: 10.1177/1403494809105027.
- 44 - Gokce Isbir G, Inci F, Onal H, Yildiz PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*. 2016 Nov; 32: 227-232. doi: 10.1016/j.apnr.2016.07.013.
- 45 - Khorsandi M, Ghofranipour F, Heydarnia A, FaghihZadeh S, Vafaei M, Rousta F, et al . [The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women]. *Journal of Arak University Medical Sciences*. 2008; 11(3): 29-36. (Persian)

# Tokophobia; pathological fear of childbirth: A systematic review

Leila Shabakhti<sup>1</sup> Camelia Rohani<sup>2</sup> Mahsa Matbouei<sup>2</sup> Narges Jafari<sup>3</sup>

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Jan. 2020  
Accepted: Mar. 2020  
e-Published: 16 Jun. 2020

**Background & Aim:** Tokophobia was introduced as a psychiatric disorder for the first time in 2000. The purpose of this study is to answer four questions: What is tokophobia and how does it occur? What is the global prevalence of tokophobia? What are the symptoms of tokophobia? and what are the strategies for the control and treatment of tokophobia?

**Methods & Materials:** This systematic review was conducted by searching articles in English and Persian published between January 2000 and January 2018 on international databases; PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Science Direct, and domestic databases; Magiran and SID, along with a manual search in resources.

**Results:** After reviewing 151 articles, finally 16 were included in the study. The results indicate that tokophobia is a severe and pathological fear of childbirth. In the categorization of psychiatric disorders, it is classified as a specific phobia based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV). The etiology of tokophobia is multifactorial, and its prevalence in pregnant women was reported around 14 percent among 18 countries. The signs and symptoms of the disorder are insomnia, crying, restlessness, depression, anxiety and severe worry about childbirth. Psychological strategies, cognitive behavior therapy and medication have been proposed to reduce the fear of childbirth in women in different studies.

**Conclusion:** As a guide, these results can assist the healthcare team members to recognize and screen at-risk women as well as to perform nursing interventions and psychotherapy in the prenatal and delivery stages.

Corresponding author:  
Camelia Rohani  
e-mail:  
camelia.rohani@sbm.ac.ir

**Key words:** tokophobia, fear of childbirth, fear of pregnancy

### Please cite this article as:

- Shabakhti L, Rohani C, Matbouei M, Jafari N. [Tokophobia; pathological fear of childbirth: A systematic review]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2020; 26(1): 84-104. (Persian)

1 - Dept. of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
2 - Dept. of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran  
3 - Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran