

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه‌ی افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی با ترس از زایمان در زنان نخست‌زا

خلاصه

مقدمه: در این مطالعه رابطه‌ی افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی، عوارض مادری زودرس و عوامل جمعیت‌شناختی با ترس از زایمان در زنان نخست‌زا بررسی گردید.

روش کار: این مطالعه از نوع همبستگی و روی ۱۰۰ زن نخست‌زا با سن حاملگی کامل (ترم) که در تابستان و پاییز سال ۱۳۸۹ در بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد بستری شدند، انجام شد. از مراجعان پس از اخذ رضایت آگاهانه، اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسش‌نامه‌های مشخصات جمعیت‌شناختی و اجتماعی، پرسش‌نامه‌ی ترس از زایمان خودساخته‌ی پژوهشگر، پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی انریچ، مقیاس عزت نفس روزنبرگ، آزمون اضطراب اشپیل برگر و آزمون افسردگی بک، گردآوری شد. سپس سرنوشت زایمان آن‌ها ثبت و اطلاعات حاصل توسط آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و رتبه‌ای اسپیرمن، یو من‌ویتنی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳ تحلیل گردید.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان $22/54 \pm 3/7$ با محدوده‌ی سنی ۱۶-۳۶ سال بود. بین سطح اضطراب آشکار و پنهان فرد با ترس از زایمان رابطه‌ی مستقیم معنی‌دار ($P < 0/05$)، بین سطح آگاهی از فرآیند زایمان طبیعی، میزان همکاری در زایمان و نمره‌ی آپگار نوزاد با ترس از زایمان، رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). بین میزان عزت نفس، افسردگی، رضایت زناشویی، سن، سطح تحصیلات، میزان درآمد و عوارض مادری زودرس با ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با میزان اضطراب آشکار و پنهان آنان ارتباط مستقیم و معنی‌داری دارد، اما با سطح آگاهی آنان از فرآیند زایمان طبیعی و میزان همکاری در زمان زایمان و آپگار نوزاد، رابطه‌ی معکوسی وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، ترس، زایمان، رضایت، عزت نفس، نخست‌زا

فهریده اخلاقی

دانشیار گروه زنان و زایمان، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*نغمه مخبر

دانشیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

محمدتقی شاکری

دانشیار گروه آمار، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

فاطمه شمسا

دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده‌ی پزشکی، بیمارستان ابن سینا، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری
mokhbern@mums.ac.ir
تلفن: ۰۵۱۱۷۱۱۲۵۴۰

تاریخ وصول: ۹۰/۱۰/۲۸

تاریخ تایید: ۹۱/۲/۱۳

پی‌نوشت:

این مطالعه از پایان‌نامه‌ی دکترای عمومی با تایید کمیته‌ی پژوهشی و حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد منتج گردیده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. به این وسیله از سرکار خانم فرزانه هاشمی باخرزی که در جمع‌آوری اطلاعات این طرح تلاش زیادی داشتند و هم‌چنین از همکاری تمام شرکت‌کنندگان سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women

Abstract

Introduction: In the present study, the relation of depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and early maternal complications with Fear of childbirth in primiparous women have been analyzed.

Materials and Methods: This study which was done on 100 term primiparous women who referred for caring in last month of pregnancy to prenatal clinic of Omolbanin hospital. Women who had inclusion criteria and consented for participation in this study, filled the questionnaires include personal, demographic, and social characteristics. Fear of childbirth was assessed by a research designed questionnaire, satisfaction from matrimonial life, self-esteem, anxiety, and depression in participants were determined by using Enrich marital satisfaction questionnaire, Rosenberg scale, Spiel-berger test, Beck depression inventory. After delivery outcomes of their childbirth were recorded and data were analyzed by using SPSS software (version 13) and statistical tests (Pearson correlation, Spearman rating, Man-Whitney, Kolmogorov-Smirnov).

Results: The average age was 22.54 +/-3.7 within the range of 16-36 years. There was a positive and significant correlation between the level of individual's covert and overt anxiety and fear of childbirth ($P<0.05$). There also was a negative and significant correlation between the level of knowledge about the process of natural childbirth, the rate of cooperation in childbirth, and Apgar score of the neonate with fear of childbirth ($P<0.05$). There was no significant relationship between the rate of self-esteem, depression, satisfaction from matrimonial life, age, education, income, and early maternal complications with fear of childbirth ($P>0.5$).

Conclusion: Fear of childbirth in primiparous had a positive and significant correlation with covert and overt anxiety but a negative and significant relationship with level of knowledge about the process of natural childbirth, rate of cooperation in childbirth and Apgar score.

Keywords: Anxiety, Delivery, Depression, Satisfaction, Fear, Primiparous, Self-esteem

Farideh Akhlaghi

Associate professor of obstetrics and gynecology, Women Health Research Center, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences

**Naghmeh Mokhber*

Associate professor of psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences

Mohammad Taghi Shakeri

Associate professor of statistics, Women Health Research Center, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences

Fatemeh Shamsa

Student in medicine, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences

***Corresponding Author:**

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
mokhbern@mums.ac.ir
Tel: +985117112540
Received: Jan. 18, 2012
Accepted: May. 02, 2012

Acknowledgement:

The study resulted of public doctoral thesis which approved by research committee and financial supported by vice chancellor of Mashhad University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Akhlaghi F, Mokhber N, Shakeri MT, Shamsa F. Relation between depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction, demographical factor and maternal complications with fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(2): 122-31.

مقدمه

در آینده دارد (۹،۱۰). در حالت فشار و اضطراب طولانی مدت، حرکات جنین نیز شدیدتر شده و نوزاد زودتر از موعد متولد شده یا جنین، سقط می‌گردد. در ضمن، عارضه‌هایی هم چون کم‌خونی، بیش‌فعالی، تحریک‌پذیری زیاد و بدغذایی در چنین کودکانی بیشتر است (۳). سایر عوارض احتمالی ترس شامل الگوهای غیرطبیعی در ضربان قلب جنین، نمره‌ی آپگار پایین، افزایش مرگ و میر حوالی تولد و هم‌چنین تولد نوزاد با وزن کم، به دنبال افزایش مقاومت شریان رحمی در اثر اضطراب مادر می‌باشد.

بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف، اکثر زنان باردار شکم اول، درجاتی از ترس زایمان را تجربه می‌کنند و این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانس در آن‌ها باشد که حمایت روانی در طی بارداری می‌تواند از این ترس جلوگیری کند. در مطالعه‌ای که در زمینه‌ی بررسی علل انتخاب سزارین جهت زایمان توسط محمدی و همکاران در سال ۲۰۰۷ در دانشگاه بابل بر روی ۶۱۸ خانم باردار نخست‌زا انجام شد، ترس از درد زایمان در ۱۵۹ نفر (۲۵/۴٪) علت انتخاب سزارین بود (۱۱). در مطالعه‌ی حنطوش‌زاده و همکاران رضایت جنسی از روابط زناشویی پس از زایمان در زایمان واژینال و سزارین انتخابی مورد بررسی قرار گرفت و یافته‌ها نشان داد که رضایت از روابط زناشویی در گروه زایمان واژینال به طور معنی‌داری از سزارین بیشتر بود (۱۲). جمشیدی‌منش و همکاران هم با مطالعه علل تصمیم‌گیری زنان در انتخاب زایمان به روش سزارین به این نتیجه رسیدند که ترس، بی‌دردی، تمایل به آرامش جسمی و روانی، تجربه‌ی نامطلوب و تشویق دیگران، نگرانی از عوارض احتمالی برای خود و نوزاد، ارتباط نامناسب کادر درمان و احساس تنهایی بیشترین علل این تصمیم‌گیری بود (۱). سائستو و هالمسمکی^۱ نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که در فنلاند، سوئد و انگلیس ۷ تا ۲۲ درصد از عمل‌های سزارین به دلیل ترس از زایمان انجام می‌شود که این مسئله در نخست‌زاهای شایع بوده و در ضمن عدم رضایت زناشویی با ترس از زایمان همراهی بالایی داشته‌اند (۱۳). با توجه به این که آمار سزارین در ایران

حاملگی، بزرگ‌ترین رویداد زندگی هر زن است و ترس از زایمان به عنوان یک مشکل شایع در زنان نخست‌زا دیده می‌شود. ترس از زایمان طبیعی در دوران بارداری به عنوان یکی از عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی سزارین اورژانسی و افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی است و باعث افزایش عوارض مادری و جنینی می‌شود. آمار سزارین در کشور در حال افزایش است، به طوری که در بیمارستان‌های دانشگاهی ۳۰ تا ۴۰ درصد زایمان‌ها از طریق سزارین و در مراکز خصوصی سهم این آمار به ۵۰ تا ۶۰ درصد می‌رسد، این در حالی است که بنا بر توصیه‌ی سازمان بهداشت جهانی، میزان سزارین در هر کشور نباید از ۱۰ تا ۱۵ درصد بیشتر باشد (۱).

عوامل روان‌شناختی و اجتماعی موثر در ترس از زایمان طبیعی شامل ترس از ناشناخته‌ها (۱)، تمایل به بی‌دردی، آرامش جسمی و روانی (۱،۲)، خصوصیات شخصیتی مادر (۳،۱)، زمینه‌ی ژنتیکی که فرد را در مقابل تنش، آسیب‌پذیر می‌کند (۴)، تجربه‌ی نامطلوب و تشویق دیگران (۵)، نگرانی از عوارض نامطلوب برای مادر (۶)، ارتباط نامناسب کادر درمانی (۷)، احساس مرگ و تنهایی (۷)، نگرانی در مورد سلامت نوزاد (۱،۸) و فقدان حمایت‌های اجتماعی کافی (۲) می‌باشد.

هم‌چنین ترس از دردهای زایمانی و احساس تنهایی در طی بارداری به عنوان عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی درد و زجر در طی زایمان بوده و ممکن است خطر سزارین اورژانس و میزان سزارین انتخابی را افزایش دهد. در حالی که سزارین نیز حلال مشکل نبوده و ممکن است ترس در مرحله‌ی بعد از زایمان نیز باقی‌مانده و یک تجربه‌ی ناخوش‌آیند از زایمان را به جا بگذارد (۸). 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 تاثیر منفی بگذارد. از طرفی حالات عاطفی و اضطراب مادر بر رشد جنین نیز تاثیر می‌گذارد، زیرا حالات هیجانی با تاثیر بر دستگاه عصبی مادر سبب آزاد شدن برخی مواد شیمیایی مثل استیل‌کولین و اپی‌نفرین شده که این مواد از طریق جفت به جنین منتقل شده، سبب افزایش حرکات جنین می‌شود و اثرات سوء بر خلق کودک

^۱Saisto and Halmesmaki

بیمارستان ام‌البین (س) مراجعه می‌کردند به شرط داشتن معیارهای لازم وارد مطالعه شده و پس از گرفتن رضایت شرکت در مطالعه، پرسش‌نامه‌هایی شامل مشخصات جمعیت شناختی و سابقه‌ی مامایی و پرسش‌نامه‌های رضایت زناشویی، عزت نفس، اضطراب، افسردگی را تکمیل نمودند. اخلاق پژوهش در این مطالعه کاملاً رعایت گردید به گونه‌ای که مصاحبه با هر کدام از شرکت‌کنندگان در محیطی آرام و بدون وجود افراد دیگر انجام و پرسش‌نامه‌ها تکمیل می‌گردید. نتایج حاصل از مصاحبه‌ها کاملاً محرمانه و توسط پژوهشگر حفظ می‌شد. سپس سرنوشت زایمان زنان مورد مطالعه توسط قسمت دوم پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی و مامایی ثبت و اطلاعات حاصل تحت تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳ قرار گرفت.

ابزار پژوهش:

۱- پرسش‌نامه‌ی ترس از زایمان: جهت طراحی این پرسش‌نامه ابتدا در منابع داخلی و خارجی جستجو شد، سپس کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی با استفاده از نتایج این جستجو با تعدادی از زنان بارداری که اولین بارداری خود را می‌گذراندند، مصاحبه‌ی اولیه انجام داد. نتایج این مصاحبه‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و بر اساس آن پرسش‌نامه‌ی ترس از زایمان طراحی شد. همسانی درونی (برآورد اعتبار) این پرسش‌نامه بر اساس آلفای کرونباخ از یک نمونه‌ی ۳۹ نفره ۰/۶۴ می‌باشد که با تجزیه و تحلیل توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳، به دست آمد که برای منظور ما ضریب مناسبی بود. اعتبار محتوایی این پرسش‌نامه نیز توسط متخصصین مختلف روان‌شناسی و زنان مورد تایید قرار گرفت.

۲- پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و سابقه‌ی مامایی: در این پرسش‌نامه عوامل دموگرافیک توسط آزمودنی‌ها و ماما کامل می‌شود. عواملی که توسط آزمودنی پاسخ داده می‌شد عبارت بودند از: سن، سطح تحصیلات، محل زندگی، وضعیت اشتغال، میزان درآمد خانواده، سابقه‌ی مامایی، سابقه‌ی بیماری‌ی طبی و روانی، سابقه‌ی درمان نازایی، حاملگی برنامه‌ریزی شده، مراقبت‌های دوران بارداری، ۴ سوال در مورد آگاهی از مراحل زایمان و چگونگی همکاری

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 عوامل پیش‌گویی‌کننده‌ی سزارین اورژانسی و افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی توسط مراقبان بهداشتی و پزشکان، بررسی و مورد توجه قرار گیرد. از آن جایی که تحقیق علمی جامعی در این زمینه در کشور صورت نگرفته است، در این مطالعه، رابطه‌ی افسردگی، اضطراب، عزت نفس، رضایت زناشویی، عوارض مادری زودرس و عوامل جمعیت‌شناختی با ترس از زایمان در زنان نخست‌زا مورد بررسی قرار گرفت تا با بررسی عوامل مرتبط با ترس و باورهای غلط زنان در مورد زایمان بتوان برای رفع این مشکلات، برنامه‌ریزی‌های صحیحی انجام داد.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی و بر روی زنان نخست‌زا با سن حاملگی کامل (ترم) که در مدت ۶ ماه تابستان و پاییز سال ۱۳۸۹ جهت زایمان در بیمارستان ام‌البین (س) شهر مشهد بستری شدند، انجام پذیرفت.

حجم نمونه از فرمول $(n=p(1-p)z^2/d^2)$ محاسبه گردید. با در نظر گرفتن $P=0/4$ و خطای نوع اول ۰/۰۵ و میزان خطای برآورد به میزان حداکثر ۰/۱ ($d=0/1$) حجم نمونه تقریباً برابر ۹۲ بود که به جهت اطمینان، حجم نمونه به ۱۰۰ نفر افزایش یافت (۱۴). با استفاده از پرونده‌ی مامایی زنان مورد مطالعه و گرفتن شرح حال دقیق از مادر باردار و همراهیان وی در مورد سابقه‌ی بیماری‌های قبلی و یا فعلی وی، معیارهای ورود و خروج از مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بودند:

۱- زنان سالم نخست‌زایی که جهت زایمان طبیعی در زایشگاه بیمارستان ام‌البین (س) شهر مشهد بستری می‌شوند.

۲- عدم سابقه‌ی بیماری‌ی عصبی و روانی

۳- عدم مصرف داروهای خاص بیماری‌های عصبی و روانی

۴- عدم بیماری‌های طبی همراه با بارداری

ابتلا به بیماری جسمی یا روانی در مادر جزو معیارهای خروج از مطالعه بود. خانم‌های باردار حاملگی اول که در ماه آخر جهت مراقبت‌های بارداری و معاینه‌ی لگنی به درمانگاه

آشکار، می‌تواند به عنوان مقطعی از زندگی یک شخص محسوب شود یا به عبارتی، بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌های تنش‌زا (جر و بحث‌ها، از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی، تهدید امنیت و سلامت انسان) دارد اما اضطراب پنهان به تفاوت‌هایی فردی در پاسخ به موقعیت‌های تنش‌زا با میزان‌های مختلف اضطراب آشکار، دلالت دارد (۱۹). اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن، آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای^۳ و همچنین نرم-افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۳ تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج

در این مطالعه ۱۰۰ زن نخست‌زا با سن حاملگی کامل (ترم) شرکت داشتند که در تابستان و پاییز ۱۳۸۹ با دردهای زایمانی به بیمارستان ام‌البین (س) مشهد جهت زایمان مراجعه کردند. میانگین سنی این افراد $22/54 \pm 3/7$ سال با محدوده‌ی سنی ۳۶-۱۶ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۲۰ نفر از مادران دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۲ نفر راهنمایی، ۴۴ نفر دیپلم، ۴ نفر کاردانی و ۱۰ نفر کارشناسی و بالاتر بودند. ۹۰ نفر از مادران، خانه‌دار و ۱۰ نفر شاغل بودند. از نظر درآمد خانوار، ۲۰ نفر از آن‌ها، درآمد زیر دویست هزار تومان، ۴۴ نفر بین دویست و پانصد هزار تومان و ۳۶ نفر بالای پانصد هزار تومان درآمد داشتند. ۹۲ زایمان به روش واژینال و ۸ زایمان به روش سزارین صورت گرفت. ۷۴ زایمان بدون عارضه و ۲۶ مورد عارضه‌دار (عوارض مادری زودرس نظیر اپی‌زیوتومی وسیع، خون‌ریزی بعد از زایمان، اینرسی رحمی، زایمان طول کشیده، نیاز به اینداکشن با اکسی‌توسین) بود. ۱۲ نوزاد آپگار ۸ و بقیه آپگار ۹ داشتند.

درمقایسه با میانگین نمرات استاندارد زنان جامعه، میانگین نمرات افسردگی زنان این مطالعه در حد افسردگی خفیف تا متوسط است، میانگین نمرات اضطراب پنهان آن‌ها در حد متوسط و میانگین نمرات اضطراب آشکار در حد متوسط به بالا می‌باشد. چون متغیرها به صورت دو متغیره‌ی دارای توزیع نرمال بوده و هر رکورد، نمونه‌ی تصادفی از جامعه و داده‌ی هر

با کادر پزشکی در حین زایمان طبیعی. سئوالاتی که توسط ماما باید بعد از زایمان آزمودنی تکمیل می‌شد شامل نوع زایمان، میزان همکاری زانو در طی زایمان، عوارض مادری زودرس (اپی‌زیوتومی بزرگ، خون‌ریزی بعد از زایمان، اینرسی رحمی، زایمان طول کشیده، نیاز به اینداکشن با اکسی‌توسین)، نمره‌ی آپگار، ترومای احتمالی و میزان ترس مادر بود.

۳- مقیاس عزت نفس روزنبرگ^۱: این مقیاس اندازه‌گیری عزت نفس، یکی از پرکاربردترین ابزارهای موجود در این زمینه است. این آزمون توسط شرکت آزمون یار پویا هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ در بررسی که روی دانشجویان دختر انجام گرفته بود، ۰/۹۳ به دست آمد و در بررسی پایایی با آزمایمی آزمون $I=0/85$ بود (۱۵).

۴- آزمون افسردگی بک: این پرسش‌نامه از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تاده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده‌ی مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل شده است. (۱۷، ۱۶).

۵- پرسش‌نامه‌ی رضایت زناشویی/اینریج^۲: این پرسش‌نامه از ۴۷ سؤال بسته و ۱۲ مقیاس تشکیل شده و توسط علی‌اکبر سلیمانیان هنجاریابی و توسط موسسه‌ی تحقیقاتی علوم رفتاری سینا منتشر شده است. پایایی این پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است. اعتبار محتوایی این پرسش‌نامه توسط متخصصین (خانم دکتر نوابی نژاد و آقای دکتر نادری) مورد تایید قرار گرفته است (۱۸).

۶- آزمون اضطراب اشپیل برگر: این آزمون توسط مه‌رام در سال ۱۳۷۲ روی ۶۰۰ آزمودنی در شهر مشهد هنجاریابی شده است. پایایی مقیاس اضطراب آشکار بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی مقیاس اضطراب پنهان ۰/۹۰ به دست آمده است. برای مجموع آزمون پایایی مقیاس ۰/۹۴ به دست آمده است. روایی آزمون از روش ملاکی هم‌زمان در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان و همچنین کل آزمون، تفاوت‌های معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ بین گروه هنجار و ملاک و بر اساس مقایسه‌ی میانگین‌ها حاصل شده است. اضطراب

^۱Rosenberg's Self-esteem Scale

^۲Enrich's Marital Satisfaction

^۳One-Sample Kolmogorov-Smirnov

جدول ۲- ارتباط بین اضطراب آشکار و پنهان، سن و رضایت

زناشویی با ترس از زایمان در زنان نخست‌زا

ترس از زایمان			متغیرهای مورد بررسی
سطح	ضریب همبستگی پیرسون	درجه‌ی آزادی	
معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷**	اضطراب آشکار
۹۸	۰/۰۰۹	۰/۲۶۰**	اضطراب پنهان
۹۸	۰/۰۵۱	۰/۲۰	رضایت زناشویی
۹۸	۰/۴۶	-۰/۰۷۴	سن

** ضریب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

نتایج تحلیل همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن با درجه‌ی آزادی ۹۸ نشان داد که بین میزان افسردگی، عزت نفس، سطح تحصیلات، میزان درآمد و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی داری وجود ندارد، اما بین سطح آگاهی زنان نسبت به زایمان و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی دار و منفی مشاهده می‌شود؛ یعنی زنانی که آگاهی بالایی دارند، ترس زایمان کمتری را تجربه می‌کنند. بین میزان همکاری زنان در حین زایمان و ترس از زایمان نیز و بین نمره‌ی آپگار نوزاد و ترس از زایمان رابطه‌ی معنی دار و منفی وجود دارد، اما بین میزان ترجیح زنان به زایمان سزارین و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی داری وجود نداشت (جدول ۳)

جدول ۳- ارتباط بین متغیرهای افسردگی، عزت نفس،

تحصیلات، درآمد، آگاهی از زایمان، همکاری در حین زایمان، آپگار نوزاد، ترجیح سزارین با ترس از زایمان در زنان نخست‌زا

ترس از زایمان			متغیرهای مورد بررسی
سطح	ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن	درجه‌ی آزادی	
معنی داری	۰/۰۹۹	۰/۱۷	افسردگی
۹۸	۰/۱۳۴	-۰/۱۵	عزت نفس
۹۸	۰/۰۸۷	۰/۱۷۲	تحصیلات
۹۸	۰/۷۶	۰/۰۳۱	درآمد
۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸**	آگاهی از زایمان
۹۸	۰/۰۰۳	۰/۳۰**	همکاری در حین زایمان
۹۸	۰/۰۱۹	۰/۲۴*	آپگار نوزاد
۹۸	۰/۱۸	۰/۱۴	ترجیح سزارین

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است.

میزان تمایل زنان به زایمان سزارین توسط یکی از سؤالات پرسش‌نامه‌ی ترس از زایمان اندازه‌گیری شد. بین عوارض

آزمودنی، مستقل از داده‌ی دیگر آزمودنی‌ها در این متغیرها بود، از آزمون معنی دار برای ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. جهت تعیین نوع آزمون معنی دار برای ضریب همبستگی ابتدا نرمالیتی متغیرها توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف تک نمونه‌ای محاسبه شد که نتایج آن به شرح ذیل می‌باشد:

بر اساس نتیجه‌ی آزمون نرمالیتی و با در نظر گرفتن سطح معنی داری ۵ درصد می‌توان فرضیه‌ی نرمال بودن توزیع متغیرهای سن، رضایت زناشویی، اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و ترس از زایمان طبیعی را رد نکرد، در حالی که در متغیرهای افسردگی، عزت نفس و عوارض مادری زودرس، فرضیه‌ی نرمال بودن رد می‌گردد. نتایج تحلیل ضریب همبستگی پیرسون با درجه‌ی آزادی ۹۸ نشان داد که با استفاده از این ضریب، بین سطح اضطراب آشکار و اضطراب پنهان و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی داری وجود دارد اما ارتباط بین سن و رضایت زناشویی با ترس از زایمان، معنی دار نبود. (جدول ۲)

جدول ۱- توزیع فراوانی و توصیفی متغیرهای سن، افسردگی،

همکاری در زایمان، ترس از زایمان، عزت نفس،

رضایت زناشویی، اضطراب آشکار، اضطراب پنهان و آگاهی

از زایمان در زنان نخست‌زا

متغیرهای مورد بررسی	میانگین	خطای استاندارد میانگین	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
سن	۲۲/۵۴	۰/۳۷	۲۳	۳/۷	۱۳/۷۱
آگاهی از زایمان	۲/۴۸	۰/۱۹	۲	۱/۸۸	۳/۵۳
همکاری در زایمان	۲/۷۲	۰/۱۲	۲/۵	۱/۲	۱/۳۴
ترس از زایمان	۳۵/۵	۱/۱	۳۷/۵	۱۰/۹۹	۱۲۰/۷
عزت نفس	۷/۲۲	۰/۲۴۷	۸/۰۰	۲/۴۷	۶/۱۱
رضایت زناشویی	۱۵۶/۱	۲/۴	۱۵۷	۲۴/۰۲	۵۷۷/۲
اضطراب آشکار	۴۷/۲۶	۰/۸۴	۴۷/۵	۸/۴	۷۰/۳۴
اضطراب پنهان	۴۰/۴۴	۰/۰۹	۴۰	۸/۹	۷۹/۸
افسردگی	۱۰/۶۲	۰/۸۴	۸	۸/۴	۷۰/۶

با توجه به این که متغیرهای افسردگی و عزت نفس غیر نرمال بودند و مقیاس‌های اندازه‌گیری متغیرهای سطح تحصیلات، درآمد، آگاهی از فرآیند زایمان طبیعی، میزان همکاری زنان در حین زایمان، نمره‌ی آپگار نوزاد و ترجیح زایمان سزارین، ترتیبی می‌باشند، لازم بود از روش همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن در این موارد استفاده شود.

هیچ گونه رابطه‌ی آماری معنی‌داری را با درد لگنی در پی‌گیری‌های مختلف (۴۰ روز، ۳، ۶ و ۱۲ ماه بعد) نشان نداد. به این ترتیب آن‌ها نتیجه گرفتند که با وجود آن که بسیاری از زنان، زایمان سزارین را به علت عدم اختلال در روابط زناشویی ترجیح می‌دهند، اما در این بررسی چنین نتیجه‌ای حاصل نشد. به عبارتی درخواست انتخابی سزارین به بهانه‌ی رضایت جنسی پس از زایمان موجه نمی‌باشد (۲۰). این اختلاف در نتایج بین مطالعه‌ی حاضر و مطالعه‌ی ذکر شده، می‌تواند به این دلیل باشد که شاید نارضایتی از روابط جنسی شیوع زیادی در بین زنان مورد بررسی داشته و باعث شده است که نوع روش زایمان اثری نداشته باشد. در نتیجه لزوم آموزش صحیح این روابط به زوجین را مطرح می‌سازد. محمدی تبار و همکاران نیز در مطالعه‌ی شیوع افسردگی و ارتباط آن با نوع زایمان را در شهر تهران بررسی کردند. یافته‌های پژوهش، ارتباط معنی‌داری را بین افسردگی و سطح تحصیلات همسر ($P=0/047$)، عدم رضایت از ازدواج ($P=0/001$) و عدم برخورداری از حمایت اجتماعی ($P=0/001$) نشان داد، ولی بین افسردگی و سن بیمار، سن ازدواج، وضعیت اشتغال زنان، سطح تحصیلات زنان، نوع زایمان، تعداد حاملگی، جنس نوزاد و وضعیت اقتصادی اجتماعی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۲۱). البته باید در دو مطالعه (بررسی حاضر و مطالعه‌ی دکتر صدر) شیوع افسردگی پیش از زایمان و حتی پیش از حاملگی را در دو گروه مقایسه نمود تا بتوان به طور دقیق بیان کرد که نوع زایمان اثری در میزان افسردگی مادر ندارد. همین طور در مطالعات جداگانه‌ای توسط هیمستاد^۱ و نوروم^۲، ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات، سن و شغل مادر و ترس از زایمان وجود نداشت اما بین ترس و رضایت از روابط زناشویی این ارتباط مشاهده شد (۲۲، ۶). البته حجم نمونه‌ی این دو مطالعه کم بود و در نتیجه نمی‌تواند به خوبی اختلاف با مطالعه‌ی حاضر را توجیه کند اما در مطالعه‌ی محمدی تبار و کیانی، شیوع و علل انواع زایمان و تاثیر عوامل جمعیت‌شناختی بر نمونه‌ها در سطح شهر تهران به روش مقطع زمانی بررسی شد و ارتباط معنی‌داری

مادری زودرس شامل اپی‌زیوتومی وسیع، خون‌ریزی بعد از زایمان، اینرسی رحمی، زایمان طول کشیده و نیاز به اینداکشن با اکسی‌توسین و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. با توجه به این که تعداد آزمودنی‌های دچار عوارض زایمانی ۲۶ نفر بود، لذا آزمودنی‌ها در دو گروه زایمان بی‌عارضه و زایمان عارضه‌دار در ارتباط با ترس از زایمان طبیعی با یکدیگر مقایسه شدند. از آن جایی که ترس از زایمان، متغیری کمی و با توزیع نرمال می‌باشد و عوارض زایمانی متغیری کیفی دو حالتی و با توزیع غیر نرمال است، از آزمون یو من ویتنی استفاده شد که با توجه به آن، بین دو گروه آزمودنی با زایمان بی‌عارضه و زایمان عارضه‌دار در متغیر ترس از زایمان طبیعی تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید ($P=0/12$).

بحث و نتیجه‌گیری

حاملگی بزرگ‌ترین رویداد زندگی هر زن است و ترس از زایمان یک مشکل شایع در نخست‌زاهای می‌باشد. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی زنان حامله و روابط آن‌ها با همسران‌شان در نگرش زنان در مورد حاملگی و ترس از زایمان طبیعی موثر است و اغلب منجر به درخواست عمل سزارین می‌شود (۱). در این مطالعه بین سن، سطح تحصیلات، میزان درآمد و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. این مسئله می‌تواند به این دلیل باشد که افراد مراجعه کننده به بیمارستان‌های دولتی از اقشار خاصی از جامعه می‌باشند و تمامی اقشار جامعه را پوشش نمی‌دهند که می‌توان با بررسی گسترده‌تری در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی این مسئله را روشن نمود. هم‌چنین بین میزان افسردگی، عزت نفس، رضایت زناشویی و عوارض مادری زودرس با ترس از زایمان در شرکت کنندگان این مطالعه رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. در حالی که دکتر حنطوش‌زاده و همکاران، رضایت جنسی از روابط زناشویی پس از زایمان را در زایمان واژینال و سزارین انتخابی مقایسه کرده، یافته‌های ایشان نشان می‌داد که رضایت از روابط زناشویی در گروه زایمان واژینال به طور معنی‌داری از سزارین بیشتر بوده است (۷۶٪ در زایمان واژینال در مقابل ۶۰٪ در سزارین) ($P<0/0001$). نارضایتی از روابط جنسی در کل بیماران و هم‌چنین به تفکیک نوع زایمان

¹Heimstad

²Nerum

میسر گردد (۲۵). نتایج تحقیق حاضر با مطالعه‌ای که در ترکیه انجام شد، هم‌خوانی دارد. به این معنی که در زنان کشور ترکیه نیز بین آگاهی صحیح زنان از زایمان طبیعی و همکاری آن‌ها با کادر پزشکی در حین زایمان با ترس و نگرانی از زایمان طبیعی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود دارد. یعنی هر چه میزان آگاهی زنان نسبت به زایمان طبیعی افزایش می‌یافت ترس آن‌ها از زایمان کاهش می‌یافت و تقاضا برای سزارین کمتر می‌شد و هر چه ترس از زایمان کمتر بود، همکاری زنان در طی زایمان با کادر پزشکی افزایش می‌یافت (۲۶). این یک نتیجه‌ی منطقی است زیرا ترس از زایمان باعث تحریک سیستم سمپاتیکی مادر شده و عملکرد رحمی او را کاهش داده و باعث طولانی شدن روند زایمانی و عدم همکاری مادر می‌گردد (۴). بین نمره‌ی آپگار نوزاد و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌دار و منفی وجود داشت. این مسئله به آن معنا است که از زنان با ترس از زایمان بالاتر، نوزادانی با نمره‌ی آپگار پایین‌تر به دنیا می‌آیند. همین طور که در سایر تحقیقات دیده شده که در بدن مادران با ترس بیشتر، کورتیزول بیشتری ترشح شده و از آن جا که همبستگی بالایی میان سطح کورتیزول پلاسمای خون مادر و جنین وجود دارد و کورتیزول خون زنان باردار اثر مستقیمی بر تحول جنین می‌گذارد، لذا افزایش این هورمون به سرعت روی جنین اثر گذاشته و سبب اختلال در فرآیند تحول نوزاد می‌گردد (۲۶). همین طور سایستو و هالمسکی نیز در تحقیقی مشخص نمودند که در کشورهای فنلاند، سوئد و انگلیس ۷ تا ۲۲ درصد از عمل‌های سزارین به دلیل ترس از زایمان است که در زنان نخست‌زا شایع بوده و معمولاً با ترس از درد همراه است. مشکلات روان‌شناختی قبلی (سطح اضطراب عمومی بالا، افسردگی، عزت نفس پایین) تعداد زیاد فشارهای روانی روزانه و عدم رضایت زناشویی با ترس از زایمان همراهی بالایی داشته‌اند (۱۳). در یک تحقیق بر روی ۲۷۹ زن و همسران‌شان مشخص گردید که در زنان با اضطراب زیاد، تنش، آسیب‌پذیری، افسردگی، عزت نفس پایین، عدم رضایت زناشویی و فقدان حمایت اجتماعی، اضطراب مرتبط با حاملگی و ترس از زایمان بیشتر است. در تحلیل متغیرهای چندگانه‌ی روان‌شناختی،

بین نوع زایمان با شغل، محل زندگی، سن، قومیت و سطح تحصیلات مادر و نوع بیمارستان به دست آمد ($P < 0.01$) (۲۰). همین طور در مطالعه‌ی لارسن^۱ و همکاران، درباره‌ی فاکتورهای مؤثر بر روی ترس زنان نخست‌زا، به این نتیجه رسیدند که سطح تحصیلات پایین، فقدان حمایت‌های اجتماعی، خانه‌دار بودن، سن کم مادر و نارضایتی از روابط زناشویی با افزایش ترس زنان از زایمان واژینال به طور معنی‌داری مرتبط است (۲۳). علت این اختلافات با بررسی حاضر می‌تواند یکسان بودن وضعیت اجتماعی اقتصادی جامعه‌ی مورد بررسی ما باشد. در مطالعه‌ی حاضر بین سطح اضطراب آشکار و پنهان فرد و ترس از زایمان، رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت، یعنی زنانی که اضطراب آشکار و پنهان بالایی دارند، ترس از زایمان بالاتری را تجربه می‌کنند و با توجه به این که میانگین نمرات اضطراب آشکار زنان مورد مطالعه، در حد متوسط به بالا است و اضطراب آشکار می‌تواند به عنوان مقطعی از زندگی یک شخص محسوب شود یا به عبارتی، بروز آن موقعیتی است و اختصاص به موقعیت‌های تنش‌زای زندگی دارد، باید به حاملگی به عنوان وضعیتی تنش‌زا توجه بیشتری شود و با توجه به اثرات نامطلوب این اضطراب روی مادر و جنین (۴،۳) برای کاهش و مدیریت این اضطراب، برنامه‌ریزی علمی و دقیقی صورت گیرد. این نتایج مانند یافته‌های محمد پور اصل بوده که شیوع بیشتر سزارین را در مادران با سطح اضطراب بالاتر گزارش کرد. تحقیقات متعدد نیز نشان داده است که وجود تنش شدید مادر در طی لیبر^۲ و زایمان، کاتکول‌آمین‌های مادر را افزایش داده و باعث کاهش فعالیت رحمی و طولانی شدن لیبر می‌گردد که این مسئله یکی از اندیکاسیون‌های سزارین می‌باشد (۲۴). هم‌چنین با توجه به رابطه‌ی معنی‌دار و منفی بین سطح آگاهی زنان نسبت به زایمان و ترس از زایمان، آموزش به زنان باردار در مورد زایمان و روند آن می‌تواند موجب آمادگی روانی آنان جهت مقابله با درد زایمان گردد که این امر از طریق روش‌های متعدد آموزش بهداشت از قبیل بحث گروهی و یا فیلم‌های آموزشی می‌تواند

¹Laursen²Labor

زایمان در مطالعات دیگری در آمریکا و سوئد نیز ثابت شد. به طوری که الگن^۱ و همکاران بیان کردند که ترس از زایمان مادر ممکن است یک راه قابل قبول بروز اضطراب او درباره‌ی فرآیند زایمان واژینال باشد (۸)

در پایان می‌توان اختلاف در بعضی از نتایج تحقیق حاضر و سایر مطالعات را به دولتی بودن بیمارستان مورد مطالعه و احتمالاً محدودتر بودن طیف مراجعین به این بیمارستان و همچنین محدود بودن تحقیق روی آزمودنی‌های داوطلب دانست. پیشنهاد می‌شود با بررسی بیمارستان‌های خصوصی و دولتی بیشتر و طیف گسترده‌تری از زنان باردار از نظر وضعیت اقتصادی اجتماعی و تحصیلاتی بتوان به نتایج دقیق‌تر و ایجاد راهکارهای مناسب‌تر دست یافت.

با توجه به ارتباط مستقیم و معنی‌دار بین سطح اضطراب آشکار و پنهان فرد با ترس از زایمان و همچنین وجود رابطه‌ی معکوس و معنی‌دار بین سطح آگاهی از فرآیند زایمان طبیعی، میزان همکاری در زایمان و نمره‌ی آپگار نوزاد با ترس از زایمان در زنان نخست‌زا، لازم است عوامل مرتبط با ترس و باورهای غلط زنان در مورد زایمان مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان در این زمینه، برنامه‌ریزی صحیح و اقدامات لازم را انجام داد.

قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی روان‌شناختی در پیش‌بینی اضطراب مرتبط با حاملگی، اضطراب عمومی بود. قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده در ترس شدید از زایمان طبیعی، عدم رضایت زناشویی بود. در مورد همسران، عدم رضایت زناشویی با اضطراب حاملگی و ترس از زایمان طبیعی همراه بود (۲۷). البته در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط بین عدم رضایت زناشویی و تجربه‌ی ترس مادر از زایمان مشخص نشد که می‌تواند به دلیل نقش قابل توجه سایر عوامل از قبیل ویژگی‌های شخصیتی مادر و تاثیر آگاهی او در میزان ترس زایمانی باشد. همچنین نقش کم همسر و روابط زناشویی در حمایت و یا برعکس، ایجاد ترس در زنان مراجعه‌کننده نیز می‌تواند دلیل دیگری برای این مسئله باشد که با بررسی بیشتر و روشن شدن این مطلب، برنامه‌ریزی دقیق‌تر در آموزش به همسران و کمک جستن از آنها به عنوان نزدیک‌ترین فرد به مادر و عامل مهم در کاهش ترس و اضطراب او را ضروری می‌سازد. لارسن و همکاران، در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که زنان با فقر اقتصادی و فقدان حمایت اجتماعی ۱/۵۶ برابر نسبت به زنانی که در این زمینه از حمایت کافی برخوردار بودند، دچار ترس از زایمان شدند. عوامل روان‌شناختی مثل علایم افسردگی و اضطراب نسبت به عواملی مثل سن پایین، استفاده از سیگار و سطح تحصیلاتی پایین، با ترس از زایمان، همبستگی بیشتری دارد (۲۳). همچنین مانند مطالعه‌ی حاضر، ارتباط بین سطح اضطراب مادر و ترس از

¹Alehagen

References

1. Jamshidi Manesh M, Oskouie F, Jouybary L, Sanagoo A. [The process of women's decision making for selection of cesarean delivery]. Iranian journal of nursing 2001; 21: 55-68. (Persian)
2. Sjogren B. [Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women]. J Psychosom Obstet Gynaecol 1997; 18(4): 266-72.
3. Siasto T, Salmela K, Nurmi J, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. Br J Obstet Gynecol 2001; 108: 492-8.
4. 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.
5. 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.
6. Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki R, Repokari L, Vilska S, et al. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. Obstet Gynecol 2006; 108: 70-6.

7. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 435-40.
8. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21: 219-24.
9. Zar M, Wijma K, Wijma B. Pre-and postpartum fear of childbirth in nulliparous and parous women. *Scand J Behav Ther* 2001; 30: 75-84.
10. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 56-62.
11. Mohammadi Sh, Kiani A, Heidari M. [Review desires to select the type of delivery in primiparous women]. *Journal of Babul University of Medical Sciences* 2009; 11(3): 54-9. (Persian)
12. Hantoush Zadeh S, Shariat M, Rahimi A, Ramezanzadeh F, Massoumi M. [Comparison of sexual satisfaction of postpartum sexual activity in vaginal delivery and elective cesarean section]. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2009; 66(12): 931-5. (Persian)
13. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: Neglected dilemma, 2003. [cited 2009 Jan 29]. Available from; URL; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12694113>.
14. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi A. [Research methods for behavioral sciences]. Tehran: Agah; 2001: 156 (Persian)
15. Rajabi Gh, Bohlol N. Measuring reliability and validity of the Rosenberg Self-Esteem Scale between freshman student of Chamran University. *Educational and Psychological Research Journal*, 2007;2(8): 33-48. (Persian)
16. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: Behavioral science and clinical psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincote Williams and Wilkins; 2007: 604-612.
17. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
18. Soleymaniyan A. [Enrich's marital satisfaction inventory]. Sina Behavioral Science Institute. (Persian)
19. Mahram B. [Manual of Spielberger state-trait anxiety inventory]. Ferdowsi University of Mashhad. faculty of psychology and educational science; 1993: 9. (Persian)
20. Hantoushzadeh S, Shariat M, Rahimi Foroushani A, Ramezanzadeh F, Masoumi M. [Sexual satisfaction after child birth: vaginal versus elective cesarean delivery]. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2009; 66(12): 931-5. (Persian)
21. Mohammaditabar Sh, Kiani A, Heidari M. [The survey on tendencies of primiparous women for selecting the mode of delivery]. *Journal of Babul University of Medical Sciences* 2009; 11(3): 54-9. (Persian)
22. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth J* 2006; 33: 221-8.
23. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: Predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 2008; 115: 354-60.
24. Mohammadpourasl A, Asgharian P, Rostami F, Azizi A, Akbari H. [Investigating the choice of delivery method type and its related factors in pregnant women in Maragheh]. *Knowledge and health journal* 2009; 4(1): 36-9. (Persian)
25. Pinar S, Hulya O. Fears associated with childbirth among nulliparous woman in Turkey. *Midwifery* 2009; 25(2): 155-62.
26. Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Porto M, Sandman CA. [Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy]. *Psychosom Med* 1996; 58: 432-46.
27. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. [cited 2009 Jan 29]. Available from: URL; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11368135>.