

بررسی ارتباط خودکارآمدی و نگرش نسبت به زایمان طبیعی با اضطراب بارداری در زنان نخست باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهرداری در سال ۱۳۹۷

فریبا نیکبخت مقدم^۱، هما صادقی اول شهر*^۲، لیلا امینی^۳، شیما حقانی^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۱۲/۲۲ تاریخ پذیرش ۱۳۹۹/۰۲/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اضطراب یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است که عامل قوی در پیش‌بینی پیامدهای منفی هنگام زایمان است. زنانی که خودکارآمدی پایینی در زایمان دارند می‌توانند به‌خوبی با درد زایمان مقابله کنند. از این‌رو خودکارآمدی می‌تواند در انتخاب نوع زایمان نقش مهمی داشته باشد. از طرف دیگر، نگرش نادرست نسبت به زایمان و سطوح بالای اضطراب در طول بارداری نیز باعث افزایش میزان سزارین انتخابی می‌شود. این پژوهش باهدف بررسی ارتباط خودکارآمدی زایمان و نگرش نسبت به زایمان با اضطراب بارداری در زنان نخست باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان شهرداری در سال ۱۳۹۷ انجام می‌شود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع مقطعی بود. تعداد ۶ مرکز بهداشتی درمانی برای مطالعه حاضر مشخص شد. تعداد نمونه آماری نیز برابر ۲۶۵ مادر نخست باردار بود. جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های دموگرافیک، خودکارآمدی زایمان لویی و نگرش به زایمان هارمن و اضطراب بارداری وندنبرگ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان می‌دهد خودکارآمدی مورد انتظار با اضطراب و تمام ابعاد آن، همبستگی معنی‌دار و معکوس داشته است. نگرش به زایمان با اضطراب و تمام ابعاد آن همبستگی معنی‌دار و مثبت داشته است بین نگرش و خودکارآمدی مورد انتظار همبستگی معنی‌دار و معکوس وجود دارد. **نتیجه‌گیری:** مداخلات آموزشی مبتنی بر افزایش خودکارآمدی و نگرش مثبت به زایمان طبیعی، می‌تواند در کاهش اضطراب بارداری مؤثر واقع شود. **کلیدواژه‌ها:** خودکارآمدی زایمان، نگرش به زایمان، اضطراب بارداری

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۲۸، خرداد ۱۳۹۹، ص ۲۱۰-۲۲۲

آدرس مکاتبه: تهران، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تلفن: ۰۹۰۱۷۷۲۰۹۲۰

Email: faribanikbakht284@gmail.com

مقدمه

شدت بیشتری همراه است زیرا برای اولین بار با این تغییرات مواجه می‌شوند (۳). این اضطراب گاهی می‌تواند شکل بیمارگونه به خود گرفته و چنان شدت یابد که بهداشت روانی مادر را تحت تأثیر قرار دهد (۴).
بیش از ۵۰ درصد زنان باردار دچار درجاتی از اضطراب می‌شوند (۵) که عامل قوی در پیش‌بینی پیامدهای منفی هنگام زایمان است (۶). اضطراب‌های شدید و طولانی‌مدت با تحریک سیستم عصبی خودکار عضلات صاف شریان‌ها را منقبض کرده و جریان خون رحمی جفتی و اکسیژن‌رسانی به رحم را کاهش می‌دهد در نتیجه الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی شده و

بارداری برای زن و خانواده او یک تجربه‌ی منحصر به فرد است. هرچند که تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری به‌صورت پیش‌رونده و به ترتیب به وجود می‌آیند، اما ابعاد روانی از این‌روال تبعیت نمی‌کنند. یکی از این ابعاد، اضطراب مرتبط با بارداری است که سه حیطه بارداری، زایمان و مسئولیت جدید مادری را در بر می‌گیرد (۱). اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است که (به‌صورت رابطه U شکل) میزان آن در سه‌ماهه اول بالاتر است، در سه‌ماهه دوم از میزان آن کاسته می‌شود و دوباره در سه‌ماهه سوم افزایش می‌یابد (۲). این پدیده در زنان نخست‌زا با

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مامایی گرایش بهداشت باروری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
^۲ مربی هیئت علمی گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران (نویسنده مسئول)
^۳ استادیار گروه آموزش مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران
^۴ کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

واژینال گران است، نیاز به بستری طولانی تر دارد، با عوارض بیشتری همراه است و خطر عفونت ادراری، مثانه و آسیب سایر بافت‌ها را در طول عمل، آمبولی ریه و عوارض بیهوشی را افزایش می‌دهد (۱۳، ۱۶). از جمله عوارض طولانی مدت سزارین می‌توان باز شدن برش رحم، خارج کردن رحم، چسبندگی جفت و جفت سرراهی، کاهش باروری، سزارین تکراری با افزایش خطر حاملگی نابجا، سقط، زایمان زودرس و پارگی رحم را نام برد (۱۳، ۱۶).

در مطالعه‌ای مشابه که توسط سینایی و همکاران انجام شد، نتایج نشان می‌دهد که بین استرس درک شده و نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان رابطه معنی‌داری وجود ندارد و اکثر مادران نگرش مثبت نسبت به زایمان طبیعی داشتند (۱۷). که با آنچه در بالا ذکر شد متفاوت می‌باشد. بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده در خصوص اهمیت اضطراب بارداری در دوران بارداری و نقش آن در انتخاب نوع زایمان مادران نخست باردار و عوارضی که برای جنین و مادر ایجاد می‌کند، و همچنین نتایج متناقض مطالعات، بررسی این ارتباط مستلزم مطالعات بیشتری می‌باشد لذا هدف ما در این مطالعه بررسی ارتباط خودکارآمدی زایمان و نگرش نسبت به زایمان با اضطراب بارداری در زنان نخست باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهرستان شهریار در سال ۱۳۹۷ بود.

مواد و روش کار

روش تحقیق این مطالعه مقطعی بود. شهرستان شهریار دارای ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی می‌باشد و انتخاب مراکز به صورت تصادفی ساده و به نسبت تعداد مراکز در مناطق جغرافیایی شمال (۶ مرکز)، جنوب (۳ مرکز)، شرق (۴ مرکز)، غرب (۳ مرکز) و مرکز (۲ مرکز) از طریق قرعه‌کشی صورت گرفت. بدین ترتیب ۲ مرکز از منطقه شمال و از بقیه مناطق هرکدام یک مرکز انتخاب و در مجموع ۶ مرکز بهداشتی به عنوان محیط پژوهش مشخص شد. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی ایران، محقق به صورت مستمر طی ۶ روز کاری در هفته از اسفندماه سال ۱۳۹۷ تا تیرماه ۱۳۹۸ به جهت نمونه‌گیری به مراکز بهداشتی درمانی منتخب در سطح شهرستان شهریار مراجعه شد. پس از ارائه معرفی‌نامه به مسئولین و همچنین ارائه اطلاعاتی در مورد موضوع، اهداف و خلاصه‌ای از روش کار پژوهش، به زنان نخست باردار واجد شرایط ورود به مطالعه که در سه ماه آخر بارداری بودند و رضایت خود را مبنی بر شرکت در مطالعه اعلام نمودند، اطلاعاتی درباره هدف پژوهش و روش کار داده شد و

احتمال زایمان زودرس افزایش می‌یابد. هورمون‌هایی که در پاسخ به ترس و اضطراب ترشح می‌شوند مانند کاتکولامین‌ها، کورتیزول، اپی نفرین و بتا اندروفین‌ها می‌توانند باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانه رحم شده و همچنین بر عضلات صاف رحم اثر کرده و باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کارایی آن در روند زایمان شوند؛ به طوری که در نهایت باعث طولانی شدن زایمان و افزایش درد و ایجاد اضطراب و ترس بیشتر می‌شوند (۷). اثر اضطراب بارداری، تنها منحصر به مادر نیست، بلکه جنین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). از عوارض نوزادی می‌توان به تولد نوزادان کم‌وزن، اختلالات رفتاری و عاطفی در زندگی آینده نوزادان مانند کمبود توجه، اختلال بیش فعالی، مشکلات شناختی، اختلال خلقی و یادگیری در سن ۶ تا ۸ سالگی اشاره کرد (۹).

زنان باردار مبتلا به اضطراب، احساس عدم کنترل شرایط تنش‌زا را دارند که منجر به قضاوت‌های منفی در مورد توانایی‌شان برای مقابله با چالش‌های مربوط به مادر شدن می‌شود (۲). نوع تفکر مادران در خصوص زایمان طبیعی و نگرش آنان نسبت به توانایی خود با خودکارآمدی زنان مرتبط می‌باشد (۱۰). بندورا (۱۹۹۷) معتقد است که خودکارآمدی بر همه جنبه‌های رفتار و فعالیت‌های هیجانی از قبیل اضطراب، استرس و الگوهای فکری تأثیر می‌گذارد. یکی از این موقعیت‌های استرس‌زا زایمان است. زنانی که خودکارآمدی پایینی در زایمان دارند می‌ترسند با رفتار نامناسب خود در طول زایمان به نوزاد آسیب برسانند و یا اینکه نتوانند به خوبی با درد زایمان مقابله کنند (۷). بالاتر بودن میزان اضطراب می‌تواند با عدم اطمینان وی از توانایی خود برای حفظ آرامش و انجام فن‌های مقابله با درد در هنگام زایمان مرتبط باشد (۱۱). از این رو خودکارآمدی می‌تواند انگیزه و نگرش مادران باردار را به زایمان طبیعی تغییر دهد و بنابراین می‌تواند در انتخاب نوع زایمان نقش مهمی داشته باشد (۱۲).

در مواردی که با توجه به شرایط مادر و جنین، انجام زایمان سزارین ضروری می‌باشد ممکن است برخی از زنان به علت نگرش منفی قوی نسبت به این نوع زایمان، از انجام آن خودداری کنند (۱۳). و از طرف دیگر، نگرش نادرست نسبت به زایمان طبیعی و سطوح بالای اضطراب در طول بارداری نیز باعث افزایش میزان سزارین انتخابی و بدون اندیکاسیون‌های پزشکی می‌شود (۱۴). سازمان بهداشت جهانی^۱ میزان سزارین را ۱۰ تا ۱۵ درصد اعلام کرده است، لیکن در حال حاضر سزارین شایع‌ترین عمل جراحی شکم در بین زنان در سرتاسر جهان می‌باشد (۱۵). میزان کلی سزارین در ایران ۴۹ درصد است (۱۶). سزارین در مقایسه با زایمان

2 - World Health Organization

1 - Bandura

شده است. با جمع نمرات خودکارآمدی آیت‌ها، نمره کل خودکارآمدی و با جمع نمرات پیامد، نمره کل پیامد مورد انتظار زایمان به دست می‌آید به این ترتیب امتیازها دامنه ۱۷ تا ۱۷۰ را شامل می‌شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده پیامد و خودکارآمدی مورد انتظار زایمان بیشتر است. نتایج پژوهش خورسندی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که پرسشنامه خودکارآمدی زایمان از همسویی درونی بالایی ۰/۸۴ الی ۰/۹۱ برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۹۲ و برای هر کدام از خرده مقیاس‌های پیامد قابل‌انتظار و خودکارآمدی قابل‌انتظار ۰/۸۸ محاسبه شد (۱۸).

پرسشنامه نگرش به زایمان (CAQ²) توسط هارمن در سال ۱۹۸۸ در ۱۶ سؤال ساخته شده و توسط لویی مورد بازنگری قرار گرفته است. در ایران توسط خورسندی و همکاران در سال ۱۳۸۷ ترجمه و اعتبار سنجی شده است و با توجه به نظر پانل خبرگان دو سؤال حذف و پرسشنامه دارای ۱۴ سؤال مورد استفاده قرار گرفت. به منظور تعیین همسویی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و همسویی درونی پرسشنامه ترس زایمان ۰/۸۴ محاسبه گردید نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی منطقی و محتوایی مناسبی برخوردار بوده و روایی محتوایی آن توسط متخصصین مختلف روانشناسی تأیید شده است (۱۹). در پژوهش نوایی و عابدینی در سال ۲۰۱۵ همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۴ (۲۰) و در پژوهش ورشوی جعفری و عزیزاده در سال ۲۰۱۷ میزان ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۱). در این پرسشنامه پاسخ سؤالات به صورت طیف لیکرت ۴ تایی (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) می‌باشد که برای هر سؤال به ترتیب نمره بین یک تا چهار در نظر گرفته شده است. به این ترتیب امتیازها دامنه ۱۴ تا ۵۶ را شامل می‌شود. نمره بیشتر نشان‌دهنده ترس بیشتر است. با توجه به اینکه در مورد ترس زایمان نمره برشی وجود نداشت، در تعیین نمره برش، تحقیقات مشابه خارج از کشور مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه (یعنی ۲۸ یا بیشتر) به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد.

پرسشنامه فرم کوتاه اضطراب بارداری (PRAQ³-17) توسط وندنبرگ در سال ۱۹۸۹ ساخته شد و فرم کوتاه این پرسشنامه که توسط کارآموزیان و همکاران در سال ۱۳۹۳ در ایران ترجمه، اعتبار و اعتماد سنجی شده است، دارای ۱۷ ماده و پنج عامل (خرده مقیاس) است: عامل اول: ترس از زایمان (۳ ماده)، عامل دوم: ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی (۴ ماده)، عامل سوم: ترس از تغییر در روابط زناشویی (۴ ماده)، عامل چهارم: ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک (۳

پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی، نمونه‌گیری به شکل مستمر به عمل آمد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد حداقل حجم نمونه ۲۶۵ نفر به دست آمد. معیارهای ورود نمونه آماری به مطالعه عبارت بودند از: ایرانی بودن، محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، بارداری تک قلو، سه ماهه آخر بارداری (سن حاملگی بیشتر و مساوی ۲۸ هفته طبق LMP و سونوگرافی)، برخوردار از سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود موانع شناخته شده زایمان طبیعی، عدم شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی مزمن ناتوان‌کننده بنا به اظهار مادر، عدم مصرف داروهای خاص (به جز مکمل‌های مجاز در بارداری) بنا به اظهار مادر، پرخطر نبودن حاملگی (نداشتن بیماری‌های قلبی، تیروئید، ریوی، دیابت، فشارخون و طبیعی بودن وضعیت جفت و جنین، عدم سوءمصرف مواد، عدم وجود استرس‌های شدید (جابجایی منزل، بیکار شدن همسر، فوت یکی از نزدیکان) در طی سه‌ماهه گذشته. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ارائه اطلاعات ناقص و تکمیل ناقص پرسشنامه‌های تحقیق و انصراف از ادامه همکاری و تکمیل پرسشنامه‌ها.

در ابتدای مراجعه به نمونه آماری از مادران باردار خواسته شد تا بخش اول پرسشنامه را که اطلاعات دموگرافیک می‌باشد را تکمیل کنند. سپس پرسشنامه‌های خودکارآمدی زایمان لویی و نگرش به زایمان هارمن و اضطراب بارداری وندنبرگ، به مادران توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد این پرسشنامه‌ها را به دقت و زیر نظر محقق مطالعه نموده و تکمیل نمایند.

پرسشنامه دموگرافیک به صورت محقق ساخته و شامل ۱۴ سؤال بود که روایی آن به صورت روایی محتوا انجام شد به این صورت که ابتدا زیر نظر استاد راهنما تنظیم گردید و سپس جهت ارزیابی در اختیار چند تن از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه فرم کوتاه خودکارآمدی زایمان CBSEI¹ (لویی، ۱۹۹۳) که توسط خورسندی و همکاران در سال ۲۰۱۳ در ایران، ترجمه، اعتماد و اعتبار سنجی شد، دارای ۳۴ سؤال است و از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول شامل ۱۷ سؤال است که پیامد مورد انتظار مربوط به زایمان را می‌سنجد. بخش دوم نیز شامل ۱۷ سؤال است که خودکارآمدی مورد انتظار مربوط به زایمان را می‌سنجد. پاسخ سؤالات در هر دو بخش به صورت طیف لیکرت ۱۰ تایی (کاملاً نامطمئن = ۱ تا کاملاً مطمئن = ۱۰) می‌باشد که برای هر سؤال به ترتیب نمره بین ۱ تا ۱۰ در نظر گرفته

³ - Pregnancy Related Anxiety Questionnaire

¹ - The Childbirth Self-Efficacy Inventory

² - Childbirth Attitude Questionnaire

با ۸۴/۹ درصد خانه دار بودند. میانگین شاخص توده بدنی در بین آن‌ها ۲۵/۱۳ با انحراف معیار ۳/۰۵ بود و هیچ کدام از نمونه‌های مورد پژوهش شاخص توده بدنی کم‌تر از ۱۸/۵ نداشتند و از لحاظ اقتصادی اکثریت زنان با ۵۴/۷ درصد وضعیت نسبتاً مطلوب را گزارش کردند لازم به ذکر است هیچ کدام از نمونه‌های مورد پژوهش وضعیت اقتصادی مرفه را ذکر نکردند. بارداری خواسته و برنامه‌ریزی شده در بین این زنان ۸۲/۳ درصد بود و اکثریت با ۸۰/۴ درصد زایمان طبیعی را به‌عنوان زایمان ترجیحی برای خود انتخاب کرده بودند. میانگین سنی همسران زنان مورد پژوهش ۲۹/۰۱ با انحراف معیار ۳/۶۷ سال بود، میزان تحصیلات دیپلم با ۴۸/۷ درصد و مشاغل آزاد با ۷۰/۲ درصد بیشترین فراوانی را در بین آن‌ها داشت.

میانگین نمره پیامد مورد انتظار در زنان مورد پژوهش ۱۲۶/۷۵ با انحراف معیار ۲۱/۹۸ و میانگین نمره خودکارآمدی مورد انتظار در آن‌ها ۱۰۹/۵۳ با انحراف معیار ۲۱/۸۱ بود. میانگین نمره نگرش به زایمان در زنان مورد پژوهش ۳۵/۶۱ با انحراف معیار ۶/۸۴ بود و میانگین نمره کسب‌شده نگرش اکثریت با ۸۸/۷ درصد بیشتر از میانه نمره ابزار یعنی ۲۸ بود که نشان‌دهنده ترس بیشتری از زایمان می‌باشد. میانگین نمره کل اضطراب بارداری در زنان مورد پژوهش ۵۶/۶۹ با انحراف معیار ۱۶/۴۹ بود و برای مقایسه اینکه کدام بعد بیشترین و کم‌ترین میانگین نمره را دارد محاسبه نمرات بر مبنای ۱-۷ انجام شد که نتایج نشان داد که ترس از زایمان با میانگین ۵ و انحراف معیار ۱/۴ بالاترین و ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی با میانگین ۲/۶۷ و انحراف معیار ۱/۵۸ پایین‌ترین میانگین نمره را داشت.

ماده)، و عامل پنجم: ترس‌های خودمحوارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (۳ ماده). نمره نهایی این پرسشنامه از جمع کردن نمره‌های هر عبارت به دست می‌آید. نمره هر عبارت به صورت طیف لیکرت بین یک تا هفت (اصلاً درست نیست=۱، کاملاً درست است=۷) درجه بندی شده است؛ بنابراین نمره اضطراب بارداری می‌تواند بین ۱۷ تا ۱۱۹ باشد. نمره بیشتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر می‌باشد. مطالعه کارآموزیان در سال ۱۳۹۳ نشان داد که بر اساس ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره کل پرسشنامه PRAQ و عامل‌های آن و پرسشنامه اضطراب بک همبستگی مثبت می‌باشد ($P < 0/01$). همبستگی درونی عامل‌ها با یکدیگر و با نمره کل، روایی عاملی و سازه را نشان می‌دهد. پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و برای عامل‌های پنج‌گانه بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ بود (۲۲). اطلاعات گردآوری شده در این مرحله پس از کدگذاری و پالایش اولیه با استفاده از روش‌های آماری توسط سیستم SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین معنی‌داری از آمار استنباطی (کای دو، تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد. میزان p کم‌تر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان نخست باردار مورد پژوهش ۲۵/۲۴ با انحراف معیار ۳/۹۳ سال بود، میزان تحصیلات دیپلم با ۳۹/۶ درصد بیشترین فراوانی را در بین آن‌ها داشت. میانگین مدت ازدواج در بین این زنان ۱۸/۸۸ با انحراف معیار ۸/۱۴ ماه بود و اکثریت زنان

جدول (۱): تعیین ارتباط نمره خودکارآمدی با نمره اضطراب بارداری در زنان نخست باردار مورد پژوهش سال ۱۳۹۷

خودکارآمدی	پیامد مورد انتظار	اضطراب
$r = -0/240$ $p < 0/001$	$r = -0/038$ $p = 0/53$	ترس از زایمان
$r = -0/251$ $p < 0/001$	$r = -0/118$ $p = 0/055$	ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی
$r = -0/316$ $p < 0/001$	$r = -0/058$ $p = 0/35$	ترس از تغییر در روابط زناشویی
$r = -0/283$ $p < 0/001$	$r = -0/040$ $p = 0/51$	ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک
$r = -0/347$ $p < 0/001$	$r = 0/025$ $p = 0/69$	ترس‌های خودمحوارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر
$r = -0/422$ $p < 0/001$	$r = -0/074$ $p = 0/23$	اضطراب کل

آماري داشته است ($p < 0.001$) و این همبستگی به صورت معکوس می باشد یعنی با افزایش خودکارآمدی، اضطراب در تمام ابعاد کاهش می یابد.

همانطور که جدول ۱ نشان می دهد پیامد مورد انتظار با اضطراب و هیچ کدام از ابعاد آن همبستگی معنی دار آماری نداشته است، ولی خودکارآمدی مورد انتظار با اضطراب و تمام ابعاد آن، همبستگی معنی دار

جدول (۲): تعیین ارتباط نمره نگرش به زایمان با نمره اضطراب بارداری در زنان نخست باردار مورد پژوهش سال ۱۳۹۷

اضطراب	نگرش
ترس از زایمان	$r = 0.517$ $p < 0.001$
ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی	$r = 0.309$ $p < 0.001$
ترس از تغییر در روابط زناشویی	$r = 0.312$ $p < 0.001$
ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک	$r = 0.395$ $p < 0.001$
ترس های خودمحوارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر	$r = 0.219$ $p < 0.001$
اضطراب کل	$r = 0.499$ $p < 0.001$

همبستگی به صورت مثبت می باشد یعنی با افزایش نگرش که نشان دهنده ترس بیشتر است، اضطراب و ابعاد آن افزایش می یابند.

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد نگرش به زایمان با اضطراب و تمام ابعاد آن همبستگی معنی دار آماری داشته است و این

جدول (۳): تعیین ارتباط نمره نگرش به زایمان با نمره خودکارآمدی در زنان نخست باردار مورد پژوهش سال ۱۳۹۷

نگرش	خودکارآمدی
پیامد مورد انتظار	$r = -0.038$ $p = 0.54$
خودکارآمدی مورد انتظار	$r = -0.263$ $p < 0.001$

همبستگی به صورت معکوس می باشد. یعنی با افزایش خودکارآمدی زایمان، نگرش به زایمان (ترس از زایمان) کاهش می یابد.

همانطور که جدول ۳ نشان می دهد بین نگرش به زایمان و پیامد مورد انتظار همبستگی معنی دار آماری وجود ندارد. ولی بین نگرش و خودکارآمدی مورد انتظار همبستگی معنی دار آماری وجود دارد و این

جدول (۴): شاخص های عددی پیامد مورد انتظار در زنان نخست باردار مورد پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی سال ۱۳۹۷

متغیرها	سطح بندی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
وضعیت اقتصادی	مطلوب	۸۳	۱۲۴/۵۱	۱۹/۸۷	$F = 4.664$
	نسبتاً مطلوب	۱۴۵	۱۳۰/۰۸	۲۱	$p = 0.01$
	نامطلوب	۳۷	۱۱۸/۷۵	۲۷/۵۴	

t=۲/۰۱۳	۲۱/۷۱	۱۲۸/۰۱	۲۱۸	بلی	بارداری خواسته
df=۲۶۳	۲۲/۵۴	۱۲۰/۹۳	۴۷	خیر	
p=۰/۰۴۵					
t=۲/۸۷۷	۲۱/۹۴	۱۲۸/۶۵	۲۱۳	طبیعی	نوع زایمان ترجیحی
df=۲۶۳	۲۰/۶۰	۱۱۹	۵۲	سزارین	
p=۰/۰۰۴					

معنی دار نبود. همچنین ملاحظه می شود که میانگین نمره پیامد مورد انتظار در زنانی که بارداری خواسته داشتند بطور معنی داری بالاتر از سایرین بود ($p=۰/۰۴۵$) و همچنین میانگین نمره پیامد مورد انتظار در زنان با زایمان طبیعی بطور معنی داری بالاتر بود ($p=۰/۰۰۴$).

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد پیامد مورد انتظار با وضعیت اقتصادی ($p=۰/۰۱$)، بارداری خواسته ($p=۰/۰۴۵$) و نوع زایمان ترجیحی ($p=۰/۰۰۴$) ارتباط معنی دار آماری دارد. مقایسه دو به دو توکی نشان داد که میانگین نمره پیامد مورد انتظار در وضعیت اقتصادی نسبتاً مطلوب به طور معنی داری بیشتر از وضعیت اقتصادی نامطلوب بود ($p=۰/۰۱۴$) این اختلاف در سایر سطوح

جدول (۵): شاخص های عددی اضطراب بارداری در زنان نخست باردار مورد پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی سال ۱۳۹۷

نتیجه آزمون	انحراف معیار	میانگین	فراوانی	سطح بندی	متغیرها
F=۳/۹۲۹	۱۵/۷۸	۶۵/۵۹	۳۲	کم تر از ۲۰	سن (سال)
p=۰/۰۰۹	۱۶/۱۵	۵۵/۹۶	۸۹	۲۴/۹-۲۰	
	۱۶/۰۸	۵۵/۹۱	۱۰۲	۲۹-۲۵	
	۱۷/۰۴	۵۳/۳۸	۴۲	۳۰ و بیشتر	
t=-۲/۱۴۱	۱۶/۰۵	۵۵/۶۹	۲۱۸	بلی	بارداری خواسته
df=۲۶۳	۱۷/۸۸	۶۱/۳۴	۴۷	خیر	
p=۰/۰۳۳					
t=-۲/۱۷۸	۱۶/۸۶	۵۵/۶۱	۲۱۳	طبیعی	نوع زایمان ترجیحی
df=۲۶۳	۱۴/۱۸	۶۱/۱۳	۵۲	سزارین	
p=۰/۰۳۰					
F=۳/۰۶۰	۱۶/۵۵	۶۲/۰۸	۴۷	۲۵-۲۰	سن همسر (سال)
p=۰/۰۲۹	۱۷	۵۷/۱۷	۱۲۴	۳۰-۲۶	
	۱۵/۱۵	۵۳/۲۷	۸۵	۳۵-۳۱	
	۱۵/۶۲	۵۴/۳۳	۹	بیشتر از ۳۵	

زنانی که سن همسر آنها بین ۲۰ تا ۲۵ سال بود به طور معنی داری بیشتر از افرادی بود که سن همسر آنها بین ۳۱ تا ۳۵ سال ($p=۰/۰۲۲$) بود. این اختلاف در سایر سطوح معنی دار نبود. همچنین میانگین نمره اضطراب بارداری در نوع زایمان به روش سزارین بطور معنی داری بالاتر بود ($p=۰/۰۳۰$).

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل های آماری نشان داد که پیامد مورد انتظار با اضطراب و هیچ کدام از ابعاد آن همبستگی معنی دار آماری نداشته است، اما خودکارآمدی مورد انتظار با اضطراب و تمامی

همانطور که جدول ۴ نشان می دهد اضطراب بارداری با سن ($p=۰/۰۰۹$)، بارداری خواسته ($p=۰/۰۳۳$) نوع زایمان ($p=۰/۰۳۰$) و سن همسر ($p=۰/۰۲۹$) ارتباط معنی دار آماری داشته است. مقایسه دو به دو توکی نشان داد که میانگین نمره اضطراب بارداری در افراد کم تر از ۲۰ سال به طور معنی داری بیشتر از افراد با سن ۲۰ تا ۲۴/۹ سال ($p=۰/۰۲۲$)، ۲۵ تا ۲۹/۹ سال ($p=۰/۰۱۸$) و ۳۰ سال و بیشتر ($p=۰/۰۰۸$) بود، لازم به ذکر است این اختلاف در سایر سطوح معنی دار نبود. همچنین ملاحظه می شود که میانگین نمره اضطراب بارداری در افراد با بارداری ناخواسته بطور معنی داری بالاتر از سایر افراد بود و نیز میانگین نمره اضطراب بارداری در

ادراک شده با نوع نگرش به زایمان وجود نداشت هم‌چنین بین استرس ادراک شده واحدهای پژوهش با نوع نگرش به زایمان (مثبت، منفی و خنثی) آن‌ها نیز ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد (۱۷) که متفاوت با نتیجه کسب شده در پژوهش ما می‌باشد که می‌تواند به دلیل استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت سنجش این فاکتورها، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و قومیتی باشد. در مطالعه قدیمی و همکاران (۱۳۹۲)، بین نوع نگرش به زایمان و دلایل ترس از درد ($p < 0/01$) و فشار روانی و اضطراب ($0/01 < p$) رابطه معنی‌داری وجود داشت (۲۵) که هم راستا با مطالعه حاضر می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین نگرش به زایمان و پیامد مورد انتظار همبستگی معنی‌دار آماری وجود ندارد. ولی بین نگرش و خودکارآمدی مورد انتظار همبستگی معکوس و معنی‌دار آماری وجود دارد (جدول ۳). در مطالعه عمیدی و همکاران (۱۳۹۳) یافته‌ها نشان دادند که میان نمرات ترس از زایمان با پیامد مورد انتظار و خودکارآمدی زایمان در زنان نخست‌زا و چندزا رابطه معکوس وجود دارد به طوری که در زنان چندزا ترس از زایمان کم‌تر و خودکارآمدی بیشتر وجود دارد (۲۶) که این یافته در بخش پیامد مورد انتظار با یافته ما در پژوهش حاضر هم خوانی ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت همانطور که در پاسخ به هدف دوم گفته شد، در پژوهش ما نمره بیشتر در نگرش نشان‌دهنده ترس بیشتر (نگرش منفی) از زایمان است. و با توجه به تعریف پیامد مورد انتظار (اعتقاد به این که رفتار مورد انتظار به پیامد خاص منجر می‌شود) و خودکارآمدی مورد انتظار (باور به این که فرد می‌تواند رفتار ضروری را در موقعیت خاص انجام دهد) شاید بتوان گفت که در پژوهش حاضر، مادران به مفید بودن رفتارهای مقابله با درد زایمان برای کمک به آن‌ها در طول زایمان، باور دارند اما به توانایی خود برای انجام این رفتارها اطمینان ندارند و همین عدم اطمینان موجب نرس و نگرانی مادران شده است. همانطور که در مطالعه عمیدی و همکاران (۱۳۹۳)، خورسندی (۱۳۸۷) و وان ییم^۴ (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که میان نمرات پیامد مورد انتظار و خودکارآمدی مورد انتظار اختلاف معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/001$) که بیانگر تمایز مفهوم این دو موضوع از نظر مادران باردار است (۲۶، ۲۷، ۱۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از بین مشخصات دموگرافیک، پیامد مورد انتظار با وضعیت اقتصادی ($p = 0/01$)، بارداری خواسته ($p = 0/045$) و نوع زایمان ($p = 0/004$) ارتباط

ابعاد آن همبستگی معکوس و معنی‌دار آماری داشته است (جدول ۱). بیب^۱ (۲۰۰۷) یافته‌ی ذکر شده را تأیید و بیان می‌کند که بالاتر بودن میزان اضطراب با اعتماد کم‌تر فرد به توانایی‌هایش برای انجام تکنیک‌های مقابله با درد زایمان، مرتبط می‌باشد. و این یافته بیشتر از پیامد مورد انتظار در مورد خودکارآمدی مورد انتظار مطرح می‌شود به عبارت دیگر اضطراب مادر باردار بیشتر ناشی از این موضوع است که وی به توانایی خود برای انجام زایمان یا تکنیک‌های مقابله با درد زایمان شک دارد حتی اگر به مؤثر بودن این تکنیک‌ها در کاهش درد اطمینان داشته باشد (۱۱). هم‌چنین رازورل^۲ (۲۰۱۷) و ورناند^۳ (۲۰۱۴) ارتباط معکوس بین اضطراب بارداری و خودکارآمدی مادر شدن را ذکر می‌کنند (۲، ۲۳). یکی از علل اضطراب‌های در دوران بارداری، ترس از زایمان می‌باشد (۷)، در مطالعه حسین‌خانزاده و همکاران (۱۳۹۲) مشخص شد که از بین ابعاد اضطراب بارداری پرسشنامه وندنبرگ، دو گروه مداخله و کنترل از نظر مؤلفه ترس از زایمان بیشترین تفاوت را با یکدیگر داشتند (۱۴). میانگین نمره کل اضطراب بارداری در زنان مورد پژوهش ما $56/69$ با انحراف معیار $16/49$ می‌باشد و ترس از زایمان با میانگین 5 و انحراف معیار $1/4$ بالاترین نمره را در بین ابعاد اضطراب، به خود اختصاص داده است.

نتایج نشان داد نگرش به زایمان با اضطراب و تمام ابعاد آن همبستگی معنی‌دار و مثبت داشته است (جدول ۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت که با توجه به سؤالات پرسشنامه نگرش به زایمان هارمن که در این پژوهش استفاده شده است، تمامی آیتم‌ها به اندازه‌گیری ترس و اضطراب مادر باردار در مورد ابعاد مختلف زایمان می‌پردازد که می‌شود به نوعی آن را نگرش منفی نسبت به زایمان دانست زیرا واکنش‌های عاطفی به شیوه‌های مختلف، نگرش را تحت تأثیر قرار می‌دهند. بطور مثال، بسیاری از مردم از موضوعی (مانند زایمان) ترس دارند؛ بنابراین همین واکنش عاطفی منفی ممکن است که باعث این گردد که آن‌ها نگرش منفی نسبت به آن موضوع داشته باشند (۲۴). و از آن جا که طبق تعریف این ابزار پژوهش، نمره بیشتر نشان‌دهنده نگرش (ترس) بیشتر است بنابراین می‌توان گفت که ترس یا همان نگرش منفی نسبت به زایمان با اضطراب بارداری رابطه مستقیم دارد. در جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای که به بررسی رابطه دو متغیر نگرش به زایمان و اضطراب بارداری بپردازد یافت نشد اما در مطالعاتی مشابه به بررسی ارتباط استرس و سایر فاکتورهای روان‌شناختی مانند ترس با نگرش به زایمان، پرداخته شده است. در مطالعه سینایی و همکاران (۱۳۹۵) اختلاف آماری معنی‌داری بین میزان استرس

3 - Wernand

4 - Wan-Yem

1 - Beebe

2 - Razurel

احساسات و نگرش مثبتی نسبت به حاملگی، زایمان و درد داشته باشد ممکن است وقایع را به صورت تجربه‌ای وحشتناک قلمداد نکرده و در هنگام زایمان از درد ترس نداشته باشد (۳۰). نتایج مطالعه هاینس^۲ و همکاران نشان داد عدم باور بر این مسئله که تولد یک رویداد طبیعی است احتمال انتخاب سزارین را افزایش می‌دهد (۳۱). هم‌چنین توفیقی نیکی و همکاران در سال ۲۰۱۰ نشان دادند که آموزش می‌تواند از طریق افزایش آگاهی و بهبود نگرش، باعث کاهش انتخاب سزارین در زنان نخست‌زا شود (۳۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد اضطراب بارداری با سن مادر ($p=0/009$)، بارداری خواسته ($p=0/033$) نوع زایمان ($p=0/030$) و سن همسر ($p=0/029$) ارتباط معنی‌دار آماری داشته است (جدول ۵). مقایسه دو به دو توکی نشان داد که میانگین نمره اضطراب بارداری در افراد کم‌تر از ۲۰ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از افراد با سن ۲۰ تا ۲۴/۹ سال ($p=0/022$)، ۲۵ تا ۲۹/۹ سال ($p=0/018$) و ۳۰ سال و بیشتر ($p=0/008$) بود، لازم به ذکر است این اختلاف در سایر سطوح معنی‌دار نبود. هم‌چنین ملاحظه می‌شود که میانگین نمره اضطراب بارداری در افراد با بارداری ناخواسته به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایر افراد بود (۶۱/۳۴) و نیز میانگین نمره اضطراب بارداری در زنانی که سن همسر آنها بین ۲۰ تا ۲۵ سال بود به‌طور معنی‌داری بیشتر از افرادی بود که سن همسران آنان بین ۳۱ تا ۳۵ سال ($p=0/022$) بود. این اختلاف در سایر سطوح معنی‌دار نبود. هم‌چنین میانگین نمره اضطراب بارداری در نوع زایمان به روش سزارین به‌طور معنی‌داری بالاتر بود (۶۱/۱۳).

در جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای درباره رابطه بین سن همسر و اضطراب بارداری یافت نشد اما مطالعات مشابه در زمینه ارتباط اضطراب بارداری با حمایت همسر نشان می‌دهد که از عوامل زمینه ساز اضطراب قبل از تولد سطح سواد پائین، سطح درآمد پائین، بیکاری، مشکلات زناشویی و عدم حمایت همسر می‌باشد (۳۳، ۳۴). هر چه میزان رضایت زناشویی بالاتر باشد، میزان اضطراب و نگرانی بارداری کم‌تر است. این رابطه قاطعانه گویای نقش بسیار مؤثر همسر در تعدیل و یا وخامت اضطراب و نگرانی بارداری است (۳۵). در تبیین یافته حاضر شاید بتوان گفت ممکن است مردانی که سن آنها کم می‌باشد اضطراب بیشتری را هنگام بارداری همسرانشان تجربه کنند زیرا نمونه‌های مورد پژوهش ما زنان نخست باردار می‌باشند که برای اولین بار با حاملگی و شرایط آن روبرو می‌شوند و اضطراب همسرانشان می‌تواند به دلیل ناشناخته بودن حاملگی و عدم اطمینان از

معنی‌دار آماری داشته است (جدول ۴). مقایسه دو به دو توکی^۱ نشان داد که میانگین نمره پیامد مورد انتظار در وضعیت اقتصادی نسبتاً مطلوب به‌طور معنی‌داری بیشتر از وضعیت اقتصادی نامطلوب بود ($p=0/014$) این اختلاف در سایر سطوح معنی‌دار نبود. نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران نشان داد که هر چه سطح درآمد بیشتر باشد میانگین توانمندی و توانایی افراد برای انجام و اجرای رفتار در شرایط پر استرس (از جمله زایمان) بیشتر است (۲۸). در تبیین این یافته می‌توان گفت ممکن است مادران با وضعیت اقتصادی نامطلوب، امکان دسترسی کم‌تری به منابع اطلاعاتی درباره زایمان و راهکارهای مقابله با درد زایمان، دارند و در نتیجه از مفید یا غیر مفید بودن این راهکارها برای مقابله با درد زایمان اطمینان ندارند و در نتیجه نمره پیامد مورد انتظار کم‌تری را کسب کرده‌اند. هم‌چنین ملاحظه می‌شود که میانگین نمره پیامد مورد انتظار در زنانی که بارداری خواسته داشتند (۱۲۸/۰۱) به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایرین بود (۱۲۰/۹۳). مطالعه مکوندی و اعتمادی کرمانی نشان می‌دهد در مادرانی که بارداری ناخواسته دارند بروز اختلالات روانی و اجتماعی، کاهش عزت نفس و خودکارآمدی شایع‌تر است (۲۹). خودکارآمدی مورد انتظار با نوع زایمان ($p=0/011$) ارتباط معنی‌دار آماری داشته است. مقایسه دو به دو توکی‌نشان می‌دهد که میانگین نمره خودکارآمدی مورد انتظار در زنان با زایمان طبیعی به‌طور معنی‌داری بالاتر بود (۱۱۱/۲۱). در مطالعه عمیدی و همکاران (۱۳۹۳) مشخص شد افرادی که به انجام زایمان طبیعی تمایل داشتند نمره ترس کم‌تر و نمره پیامد و خودکارآمدی مورد انتظار بالاتری داشتند هم‌چنین مشخص شد که میان مشخصات دموگرافیک مانند سن و ترمه خودکارآمدی مورد انتظار، ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد که این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر هم خوانی دارد (۲۶).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد نگرش به زایمان با شاخص توده بدنی ($p=0/007$) و نوع زایمان ($p=0/040$) ارتباط معنی‌دار آماری داشته است. مقایسه دو به دو توکی نشان می‌دهد که میانگین نمره نگرش به زایمان در شاخص توده بدنی چاق به‌طور معنی‌داری کم‌تر از شاخص توده بدنی طبیعی ($p=0/014$) و اضافه وزن ($p=0/005$) بود، این اختلاف در سایر سطوح معنی‌دار نبود. هم‌چنین ملاحظه می‌شود که میانگین نمره نگرش به زایمان در زنان با نوع زایمان به روش سزارین به‌طور معنی‌داری بالاتر بود (۳۷/۳۶). اتقایی و نوحی در مطالعه خود در سال ۱۳۸۹ نتیجه گرفتند که ۸۱ درصد زنان زایمان طبیعی و ۷۰ درصد زایمان سزارین را ترسناک می‌دانستند. ایشان بیان می‌کنند هرچه فرد

2 - Haines

1-Tukey

این پژوهش فقط بر روی زنان نخست باردار انجام شده و بهتر است در پژوهش‌های بعدی سایر زنان باردار نیز مورد مطالعه قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود پژوهشی باهدف تعیین ارتباط اضطراب پدران با انتخاب نوع زایمان در زنان باردار انجام شود. با توجه به نتایج این مطالعه و وجود ارتباط معنی دار بین خودکارآمدی و نگرش به زایمان با اضطراب بارداری، می‌توانیم با مشاوره و طراحی مداخلات مناسب آموزشی در طی مراقبت‌های دوران بارداری، در جهت افزایش خودکارآمدی و تغییر نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی و سزارین و در نتیجه کاهش ترس و اضطراب مادران باردار در این رابطه تلاش نموده، و از این طریق با کاهش نرخ سزارین و عوارض آن به ارتقاء بهداشت و سلامت جامعه کمک نماییم.

نتیجه‌گیری: استفاده از راهکارهای مناسب در جهت افزایش باور مادران باردار نسبت به توانایی انجام زایمان طبیعی و مقابله مؤثر با درد زایمان باید در آموزش‌های دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد، از طرفی مداخلات آموزشی مناسب و هدفمند مبتنی بر افزایش خودکارآمدی، افزایش آگاهی و نگرش مثبت به زایمان طبیعی، می‌تواند در کاهش ترس و اضطراب بارداری مفید و مؤثر واقع شود، که این به نوبه خود می‌تواند در ارتقای سلامت مادر و نوزاد، کاهش موارد سزارین انتخابی و در نهایت سلامت جامعه گامی مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد بهداشت باروری با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1397.716 دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و هم‌چنین از اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی و همکاری صمیمانه کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهریار و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدر دانی می‌شود.

پيامدهای مثبت یا منفی بارداری باشد. که اثر سوء بر اطمینان خاطر مادران داشته است. یک دلیل دیگر می‌تواند این باشد که مادرانی که سن همسرانشان کم‌تر از بقیه بود حمایت کم‌تری را از جانب آن‌ها دریافت کرده‌اند و بنابراین نسبت به سایرین اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند. در تبیین یافته رابطه بین اضطراب و نوع بارداری می‌توان گفت مادرانی که احساسات ناخوشایند عدم رضایت از حاملگی را در دوران بارداری خود تجربه نموده‌اند، آمادگی و رضایت لازم را برای حفظ جنین و روبرو شدن با مسائل دوران بارداری نداشته و قاعدتاً واکنش‌های روانی به‌صورت اضطراب و افسردگی در طول بارداری و پس از زایمان آن‌ها را تهدید می‌کند. در واقع، ناخواسته بودن حاملگی، سبب می‌شود این زنان درجات بالاتری از اضطراب و افسردگی را نشان دهند (۳۶). در راستای یافته ذکر شده، سازمان جهانی بهداشت^۱ نیز در سال ۲۰۰۸ اعلام کرد بارداری در نوجوانی، بارداری ناخواسته و نخست زایمان از عوامل خطر در بروز اضطراب دوران بارداری می‌باشد (۳۷). هم‌چنین لاو و وین^۲ در سال ۲۰۱۰ در پژوهشی، نشان دادند زنانی که سن کم و حاملگی ناخواسته دارند، میزان استرس ادراک شده بالاتری را تجربه می‌کنند (۳۸). در ارتباط با رابطه اضطراب و نوع زایمان، محققانی مانند پاولو^۳ و همکاران (۳۹)، تاگر^۴ و همکاران (۴۰) و سان^۵ و همکاران (۴۱) در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که اضطراب بارداری موجب افزایش انتخاب سزارین توسط مادران باردار شده است. که هم راستا با پژوهش حاضر می‌باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جامعه‌ی مورد پژوهش اشاره کرد که محدود به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهریار است، بنابراین تعمیم نتایج آن به سایر گروه‌ها باید با احتیاط صورت پذیرد و توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده، جوامع با فرهنگ‌های مختلف نیز مورد مطالعه قرار گیرند. هم‌چنین پژوهش حاضر فقط در مراکز بهداشتی-درمانی دولتی صورت گرفته است و با توجه به اینکه افراد با سطح اجتماعی-اقتصادی بالا بیشتر به مراکز خصوصی و متخصصان زنان و زایمان مراجعه می‌کنند، این مسئله می‌تواند در نتایج پژوهش تأثیر بگذارد.

References:

1. Rostampur A. The Effect of Prenatal Training Based of Behavioral-Cognitive Skills on Knowledge, Attitude and Pregnancy Anxiety of

Primiparous Women (Dissertation). University of Guilan; 2014.

2. Wernand J, Florentina C, Oosterman M, Beekman A, and Schuengel, C. Prenatal change in parenting self-efficacy: linkage with anxiety depressive

4 - Togher

5 - Sun

1 - World Health Organization

2 - Lau and Yin

3 - Pavlov

- symptoms in primiparous women. *Infant Ment Health J* 2014; 35(1): 42–50.
3. Hejazi M. Comparison of Personality Characteristics and Anxiety in Pregnant Women Based on Choosing the Type of Delivery. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine* 2018;7(1): 51-58.
 4. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *J Clin Nurs Midwifery* 2016; 5(4): 22-34.
 5. Ebadi A, Kariman N, Hajifoghaha M. Psychometric Properties and Validation of the Persian Translation of the Pregnancy Experience Scale –Brief Version (PES). *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2017;15(9): 809-20. (Persian)
 6. Kane HS, Dunkel Schetter C, Glynn LM, Hobel CJ, Sandman CA. Pregnancy anxiety and prenatal cortisol trajectories. *Biol Psychol* 2014; 100: 13-9.
 7. Ghazayi M, Davoodi I, Neisy A, Mehrabzadeh honarmand M, Bassaknezhad S. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of delivery, fear of pain, childbirth self-efficacy and desire for cesarean section in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(31): 1-12.
 8. Azizi S, Molayinejad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(122): 8-15. (Persian)
 9. Parsa P, Saeedzadeh N, Masoumi SZ, Roshanaei G. The effectiveness of counseling in reducing anxiety among nulliparous pregnant women. *Journal of Family & Reproductive Health* 2016; 10(4): 198.
 10. Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. Self - efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013;42(2): 191-202.
 11. Beebe K.R, Lee K.A, Carrieri-Kohlman V, and Humphreys J. The Effects of Childbirth Self-Efficacy and Anxiety During Pregnancy on Prehospitalization Labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36(5): 410-8.
 12. Alipour P, Moghaddam Tabrizi F, Alizadeh S, Sayadi H. the effect of antenatal preparation classes on self-efficacy in coping with childbirth in pregnant women referring to fatemeh polyclinic, and other health care centers in urmia in 2015. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017;14(10): 859-66. (Persian)
 13. Kabonge Kaye D, Nakimuli A, Kakaire O, Odongo Osinde M, Kakande N, Nalugo Mbalinda S. Incongruence between the Preferred Mode of Delivery and Risk of Childbirth Complications among Antepartum Women in Mulago Hospital, Uganda. *Open J Obstet Gynecol* 2014; 4: 889-898.
 14. Hossein Khanzadeh AA, Rostampour A, Nedae N, Khosrojauid M. Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women. *J Nurs Educ* 2017; 5(6): 24-32.
 15. Abbas MS, Askar OA, Aleem AAA. Pre-emptive ketorolac for prevention of intraoperative shoulder pain in patients undergoing cesarean section: A double blind randomized clinical trial. *Asian journal of anesthesiology* 2017;55(3): 68-72.
 16. Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A. Determinants of caesarean birth on maternal demand in the Islamic Republic of Iran: a review. *East Mediterr Health J* 2017; 23(6): 441-8.
 17. Sinaei A, Abbaspoor Z, Hashemi SE, Javadifar N. The Relationship between Perceived Stress and Attitude towards Delivery and Choosing Mode of Delivery among Pregnant Women. *J Babol Univ Med Sci* 2018; 20(5): 61-7.
 18. Khorsandi M, Asghari Jafarabadi M, Jahani F, Rafiei M. Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Short Form of Iranian Childbirth Self Efficacy Inventory. *Iran Red Crescent Med J* 2013;15(11): e11741.

19. Khorsandi M, Ghofranipoor F, Heidarneia A, Fagheihzade S, Akbarzadeh A, Vafaei M. Efficacy of delivery in pregnant women. *J Med Counc Islam Repub Iran* 2008; 26 (1): 89-95.
20. Navaee M, Abedian Z. Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2015; 20(1): 40.
21. Varshoei Jaghargh M, Haji Alizadeh K. Determining the predictive factors of fear of childbirth based on personality traits, social support and emotional regulation among nulliparous pregnant mothers in Bandar Abbas. *Journal of Nursing Education* 2017; 6(4): 38-47. (Persian)
22. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy, N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *J Clin Nurs Midwifery* 2016; 5(4): 22-34.
23. Razurel C, Kaiser B, Antonietti J, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health* 2017;57(2): 154-72.
24. Karimi Y. *Social psychology: concepts, theories, and applications*. Tehran: Arasbaran; 2017.
25. Ghadimi MR, Rasouli M, Motahar S, Lajevardi Z, Imani A, Chobsaz A, et al. Affecting factors the choice of delivery and attitude of pregnant women admitted to the civil hospitals, the Social Security Organization in 2013. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014; 21(2): 310-9.
26. Amidimazaheri M, Taheri Z, Khorsandi M, Hasanzadeh A, Amiri M. The relationship between self-efficacy and outcome expectations with delivery type selection among pregnant women in Shahrekord. *Scientific-Research J Shahed University* 2014; 21(111): 1-9.
27. Wan-Yem Ip, Chan D, Chien W-T. Chinese version of the Childbirth Selfefficacy Inventory. *J Adv Nurs* 2004; 51(6): 625-33.
28. Abbas zadeh F, Bagheri A, Mehran N. quality of life in pregnant women. *HAYAT* 2009; 15(1): 41-48. (Persian)
29. Makvandi S, Etemadi kermani A. quality of life in pregnant women referring to eyzeh health centers. *J Kermanshah Univ Med sci* 2012;16(1): 37- 41. (Persian)
30. Atghae M, Nouhi E. The Effect of Imagination of the Pain of Vaginal Delivery and Cesarean Section on the Selection of Normal Vaginal Delivery in Pregnant Women Attending Clinics in Kerman University of Medical Sciences. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012;14(7): 44-50.
31. Haines H, Rubertsson C, Pallant JF, Hildingsson I. Womens' attitudes and beliefs of childbirth and association with birth preference: a comparison of a Swedish and an Australian sample in mid-pregnancy. *Midwifery* 2012;28(6): e850-6.
32. Tofighi-Niaki M, Behmanesh F, Mashmuli F, Azimi H. The effect of prenatal group education on knowledge, attitude and selection of delivery type in primiparous women. *Iranian Journal of Medical Education* 2010;10(2): 124-30. (Persian)
33. Nasreen HE, Kabir ZN, Forsell Y, Edhborg M. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC women's Health* 2011;11(1): 22.
34. Faisal-Cury A, Savoia MG, Menezes PR. Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *Span J Psychol* 2012;15(01): 295-305.
35. Barjasteh S, Moghaddam Tabrizi F. Antenatal Anxiety And Pregnancy Worries In Association With Marital And social Support. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;14(6): 504-15.

36. Sabooteh S, Shahnazi H, Sharifirad G, Hassanzadeh A. Effectiveness of education on anxiety among primiparous women based on Health Belief Model constructs. JSUMS, 2014;21(5).
37. World Health Organization Report. Maternal health and child health and development in low and middle income countries. Geneva: WHO; 2008. 39p.
38. Lau Y, Yin L. Maternal, obstetric variables, perceived stress and health related quality of life among pregnant women in Macao, China. Midwifery 2011; 27 (5): 668-73.
39. Pavlov M, Steiner N, Kessous R, Weintraub AY, Sheiner E. Obstetric and neonatal outcome in patients with anxiety disorders. J Matern-Fetal Neonatal Med 2014; 27(13): 1339-42.
40. Togher KL, Treacy E, O'Keeffe GW, Kenny LC. Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signaling. J Psychiatr Res 2017; 255: 17-26.
41. Sun Y, Huang K, Hu Y, Yan Sh, Xu Y, Zhu P, et al. Pregnancy-specific anxiety and elective cesarean section in primiparas: A cohort study in China. PLoS ONE 2019; 14(5): 1-13.

THE STUDY OF RELATIONSHIP BETWEEN CHILDBIRTH SELF-EFFICACY AND ATTITUDE TOWARD NORMAL DELIVERY WITH PREGNANCY ANXIETY IN PRIMIGRAVIDA WOMEN REFERRED TO SELECTED HEALTH CARE CENTERS OF SHAHRIAR CITY IN 2018

Fariba Nikbakht Moghaddam¹, Homa Sadeghi Avalshahr^{*2}, Leila Amini³, Shima Haghani⁴

Received: 12 March, 2020; Accepted: 14 May, 2020

Abstract

Background & Aims: Anxiety is one of the psychological problems of pregnant mothers. That is a powerful factor in predicting negative outcomes during childbirth. Women with low self-efficacy in childbirth are afraid that they will not be able to cope well with the pain of childbirth. Therefore, self-efficacy can play an important role in choosing the type of delivery. On the other hand, misconceptions about childbirth and high levels of anxiety during pregnancy also increase the rate of elective cesarean section. The purpose of this study was to investigate the relationship between self-efficacy and attitude toward delivery with pregnancy anxiety in primigravida women referred to selected health centers of Shahriar in 2018.

Materials & Methods: This was a cross-sectional study. Six health centers were identified for the present study. The sample included 265 first mothers. Demographic questionnaires, Louis' delivery self-efficacy, and Harman's attitude toward pregnancy and Wendenberg's anxiety were used for data collection.

Results: The results showed that the expected self-efficacy had a significant and inverse correlation with anxiety and its dimensions. Attitude toward delivery had a significant and positive correlation with anxiety and its dimensions. There was a significant and inverse correlation between attitude and expected self-efficacy.

Conclusion: Educational interventions based on increasing self-efficacy and positive attitude toward vaginal delivery can be effective in reducing pregnancy anxiety.

Keywords: childbirth self-efficacy, attitude to childbirth, pregnancy anxiety

Address: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: (+98) 9017720920

Email: faribanikbakht284@gmail.com

¹ MSc Student of Midwifery Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences

² Instructor of Midwifery Dept., Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Midwifery Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences

⁴ MSc in Biostatistics, Nursing Care Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences