

Comparison of Personality Characteristics and Anxiety in Pregnant Women Based on Choosing the Type of Delivery

Masoud Hejazi

PhD Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, iran

Received: 2016.December.18 Revised: 2017. March.08 Accepted: 2017.March.15

Abstract

Background and Aim: Some of the psychological and personality characteristics are very influential in human beings' selection and decision-making. These psychological characteristics can be also related to choosing the type of delivery. So, the present study aimed to compare personality characteristics (Neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness) and anxiety (overt and covert) in pregnant women according to the type of delivery (natural or cesarean) in Tarom city.

Materials and Method: In the present descriptive and causal-comparative study, 90 pregnant women who had referred to health centers in Tarom city in 2015 were selected. Cluster sampling was used to select two centers of the city, and then from among pregnant women who had referred to these two centers, 90 were randomly selected. Participants responded to Personality Inventory Questionnaire (NEO-FFI) and Spielberger State – Trait Anxiety Inventory (STAI). To analyze the data, descriptive statistics (mean and standard deviation) and Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) were used.

Result: The results showed that pregnant women's preferences for the two types of delivery (normal and caesarean section) were significantly different in overt anxiety and personality traits, such as neuroticism, extraversion, openness to experience, and conscientiousness ($p < 0.01$).

Conclusion: The results showed the importance of psychological issues in the preferred type of delivery and also suggest that to reduce the number of caesarean sections, anxiety and personality characteristics in pregnant women must be considered.

Keywords: Type of Delivery; Personality Characteristics; Overt and Covert anxiety

Cite this article as: Masoud Hejazi. Comparison of Personality Characteristics and Anxiety in Pregnant Women Based on Choosing the Type of Delivery. *J Rehab Med.* 2018; 7(1): 51-58.

* **Corresponding Author:** Masoud Hejazi, PhD Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, iran
Email: masod1357@yahoo.com

DOI: 10.22037/jrm.2018.110756.1508

مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب زنان باردار بر حسب انتخاب نوع زایمان

دکتر مسعود حجازی

گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

* دریافت مقاله ۱۳۹۵/۰۹/۲۸ بازنگری مقاله ۱۳۹۵/۱۲/۱۸ پذیرش مقاله ۱۳۹۵/۱۲/۲۵ *

چکیده

مقدمه و اهداف

برخی از ویژگی‌های روانی و شخصیتی در انتخاب و تصمیم‌گیری انسان‌ها بسیار تاثیرگذار است. این ویژگی‌های روان‌شناختی می‌توانند با انتخاب نوع زایمان نیز مرتبط باشند. از این رو پژوهش حاضر به منظور مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی (روان رنجور خوبی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه، توافق‌گرایی و وجدان‌گرایی) و اضطراب (آشکار و نهان) زنان باردار بر حسب انتخاب نوع زایمان (طبیعی یا سزارین) در شهرستان طارم اجرا شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. نمونه مورد بررسی شامل ۹۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهرستان طارم در سال ۱۳۹۴ بودند. ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای دو مرکز از سطح شهرستان انتخاب و سپس از بین زنان باردار مراجعه‌کننده به این دو مرکز ۹۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به پرسش‌نامه شخصیتی (NEO-FFI) و پرسش‌نامه اضطراب اشپیل برگر پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها علاوه بر روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (Manova) استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد که بین زنان باردار با ترجیح دو نوع زایمان (طبیعی و سزارین) تفاوت معناداری در میزان اضطراب آشکار و ویژگی‌های شخصیتی روان رنجور خوبی، برون‌گرایی، باز بودن به تجربه و مسئولیت‌پذیری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش اهمیت مسائل روان‌شناختی را در ترجیح نوع زایمان بیان می‌کند و نشان می‌دهد برای کاهش آمار سزارین می‌بایست به اضطراب آشکار و ویژگی‌های شخصیتی زنان باردار توجه شود.

واژگان کلیدی

نوع زایمان؛ ویژگی‌های شخصیتی؛ اضطراب آشکار و نهان

نویسنده مسئول: دکتر مسعود حجازی، گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

آدرس الکترونیکی: masod1357@yahoo.com

زایمان فرآیندی فیزیولوژیک است که خداوند اسباب و شرایط انجام آن را در انسان همانند سایر پستانداران محقق ساخته است تا بدون مداخله پزشکی به صورت طبیعی انجام پذیرد. مطالعات متعددی نشان داده است ۸۵ درصد زایمان‌های طبیعی نیاز به مداخله پزشکی ندارد و فقط با ارائه آموزش به مادران و مراقبت و پایش آنها طی انجام زایمان، این روند فیزیولوژیک و طبیعی به سلامت سپری می‌گردد. انتخاب صحیح روش زایمان دغدغه هر زوج منتظر فرزند بوده که می‌تواند بر سلامت مادر و نوزاد تاثیرگذار باشد. از آنجا که طبیعت زایمان درد است، واکنش مادران نسبت به درد زایمان متفاوت بوده که تحت تاثیر عواملی مانند فرهنگ، احساس ترس و نگرانی، تجربه زایمان قبلی، میزان آمادگی برای بچه‌دار شدن و حمایت همسر می‌باشد.^[۱]

زایمان طبیعی بهترین روش زایمان در اغلب زنان باردار محسوب می‌شود که با افزایش چشمگیر سزارین، میزان آن رو به کاهش است. سزارین یکی از شایع‌ترین اعمال جراحی در زنان است. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان سزارین در هر منطقه نباید از ۱۰ تا ۱۵ درصد فراتر رود.^[۲]

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده است آمار سزارین ایران در سال ۱۳۹۲ به ۵۱ درصد رسید و این در حالی است که این آمار در سال ۱۳۹۱ برابر با ۴۱ درصد بوده است. بر اساس گزارشی که در سال ۲۰۱۰ میلادی میزان آمار سزارین در ۱۳۷ کشور را نشان می‌داد این آمار در ۵۴ کشور کمتر از ۱۰ درصد و در ۶۹ کشور بیش از ۱۵ درصد گزارش شده است. بنابر همین گزارش تنها در ۱۴ کشور میزان سزارین در حد مطلوب و بین ۱۰ تا ۱۵ درصد گزارش شده است. کشورهای چین و برزیل به تنهایی نیمی از سزارین‌های غیرضروری را انجام داده‌اند و ایران رتبه پنجم را در این فهرست دارد.^[۳]

kaningham و همکاران (۲۰۱۰) دلایلی که مادران برای درخواست زایمان سزارین عنوان می‌کنند را جلوگیری از آسیب دیدن کف لگن در حین زایمان طبیعی، کاهش خطر آسیب جنینی، اجتناب از درد زایمان، تردیدهای موجود درباره زایمان و رفاه حال فردی می‌دانند.^[۴] مخبر و همکاران (۱۳۹۱) دریافتند که ترس از زایمان در زنان نخست‌زا با میزان اضطراب آشکار و پنهان آنها ارتباط مستقیم و معناداری دارد.^[۵] همچنین Fisher (۲۰۰۶) در یافته‌های مطالعه خود ترس از زایمان را به دو بعد اجتماعی و شخصیتی تقسیم‌بندی نمود. وی ترس از ناشناخته‌ها مانند شنیدن داستان‌های وحشتناک درباره زایمان و نگرانی در مورد سلامت نوزاد را به عنوان ترس اجتماعی، و ترس از درد را مانند ترس از عدم کنترل حین زایمان و ناتوانی را ترس شخصیتی طبقه‌بندی نمود.^[۶]

بر اساس مطالعات انجام‌شده، زنانی که نگرانی شدیدی نسبت به زایمان دارند، کاهش فعالیت رحمی و زایمان طولانی‌مدت را تجربه کرده و ترس و اضطراب شدید مادر باعث بروز مشکلات متعددی از جمله حالت خفگی، الگوی نامنظم ضربان قلب و کم‌وزنی در جنین می‌شود.^[۷] از سوی دیگر یافته‌های مختلف نشان می‌دهند که اضطراب و نگرانی یکی از مشخصات روان‌شناختی مادر باردار است و به صورت یک رابطه U شکل تظاهر می‌کند، به طوری که در سه ماهه اول و سوم میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد.^[۸] این پدیده در زنان نخست‌زا با شدت بیشتری همراه است زیرا که برای اولین بار با این تغییرات مواجه می‌شوند. مادران باردار به دلیل نگرانی درباره وضعیت جنین دچار ترس از زایمان و کاهش فعالیت‌های روزمره می‌شوند.^[۹] از سوی دیگر افرادی که تمایل به زایمان طبیعی دارند، مفهوم درد را به معنای ارزشمندی و تحمل آن را به عنوان فردی که می‌تواند در برابر سختی‌ها تاب‌آور باشد، می‌پذیرند.^[۱۰]

ویژگی‌های روانی و شخصیتی در تصمیم‌گیری‌های انسان موثر است و پژوهشگران سعی در بررسی نقش شخصیت در انتخاب‌های افراد دارند که انتخاب نوع زایمان یکی از این انتخاب‌ها می‌باشد. پنج عامل اصلی شخصیت عبارتند از: روان نژندی (داشتن احساسات منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی دائمی و فراگیر)، برون‌گرایی (اجتماعی بودن، دوست‌دار دیگران بودن، تمایل به شرکت در اجتماعات و میهمانی‌ها، قاطع، فعال و حراف بودن)، انعطاف‌پذیری (تصورات فعال، حساسیت به زیبایی، توجه به تجربه‌های عاطفی درونی و داوری مستقل)، توافق (نوع دوستی، همدلی و اشتیاق به کمک به دیگران) و مسئولیت‌پذیری (کنترل تکانه، داشتن طرح و برنامه در رفتار).^[۱۱]

با توجه به پژوهش‌های صورت‌گرفته که در آنها ترس از زایمان به عنوان عامل مهم کاهش زایمان طبیعی و افزایش سزارین مطرح شده است و نقش اساسی ویژگی‌های شخصیتی مادر که در بروز چنین ترسی می‌تواند دخیل باشد و تا آنجا که واری‌های نویسندگان مقاله حاضر نشان می‌دهد تاکنون مطالعه‌ای در زمینه بررسی نقش پنج عامل شخصیت و نیز اضطراب آشکار و پنهان در انتخاب نوع زایمان نشده است، مطالعه حاضر به بررسی تفاوت ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب زنان باردار بر اساس ترجیح نوع زایمان آنها پرداخته است.

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر با توجه به اینکه اضطراب و ویژگی‌های شخصیتی در دو گروه زایمان طبیعی و سزارین مقایسه می‌شود؛ لذا روش پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. متغیرهای اضطراب و ویژگی‌های شخصیت، متغیر پیش‌بین و انتخاب نوع زایمان، متغیر ملاک می‌باشد.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل زنان باردار مراجعه کننده به دو مرکز بهداشتی درمانی واقع در شهرستان طارم می باشد که یا نخست‌زا هستند، یا سابقه قبلی زایمان سزارین ندارند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا با نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دو مرکز از سطح شهرستان طارم انتخاب گردید و سپس زنان باردار مراجعه کننده به این دو مرکز به شیوه تصادفی ساده و با بهره‌گیری از لیست افراد مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با توجه به لیست زنان مراجعه کننده که ۱۱۸ نفر بود، بر اساس جدول مورگان ۹۰ نفر تعیین شد.

پرسش‌نامه‌های مورد نظر (به طور همزمان) بین آزمودنی‌ها توزیع گردید. البته قبل از توزیع فرم‌ها، پژوهش‌گر ابتدا خود را معرفی نموده و هدف تحقیق را بیان و رضایت و موافقت مراجعین را جلب نمود؛ سپس از آزمودنی‌ها خواسته شد، پرسش‌نامه‌ها را با توجه به اصل صداقت و اطمینان از امنیت کار تکمیل نمایند و حتماً به همه سوالات پاسخ دهند. در گام بعدی توضیحاتی در خصوص نحوه پر کردن پرسش‌نامه ارائه گردید. در حین کار نیز به سوالاتی که برای برخی زنان باردار مبهم بود، پاسخ داده شد.

پرسش‌نامه ویژگی‌های شخصیتی: ویژگی‌های شخصیت در پژوهش حاضر از طریق آزمون (NEO-FFI) بررسی گردید. این پرسش‌نامه ابتدا توسط Costa & McCrae در سال ۱۹۸۵ با عنوان پرسش‌نامه شخصیتی (NEO-FFI) با ۱۸۰ سوال معرفی شد، سپس فرم‌های جدید که شامل دو فرم بلند (۲۴۰ پرسشی) و فرم کوتاه (۶۰ سوالی) طراحی شد. در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شده است که این فرم دارای ۶۰ سوال بوده و در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری شده است. هر عامل با ۱۲ پرسش سنجیده می‌شود و برخی پرسش‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات هر یک از مولفه‌های پنج‌گانه شخصیت بین ۱۲ تا ۶۰ می‌باشد. هر چه نمره‌ها بیشتر باشد، بیانگر وجود آن نوع ویژگی در فرد است.^[۱۲]

انیسی و همکاران (۱۳۹۰) با بررسی اعتبار پرسش‌نامه نتو با استفاده از روش آلفای کرونباخ نشان دادند که ویژگی‌های با وجدان بودن و روان‌آزردگی به ترتیب آلفای ۰/۸۳ و ۰/۸۰. و ویژگی‌های شخصیتی موافق بودن و برون‌گرایی به ترتیب آلفای ۰/۶۰ و ۰/۵۸. داشتند، اما ویژگی گشودگی فاقد همسانی درونی قابل قبولی بود. به علاوه در بررسی روایی همزمان مشاهده شد که ضریب همبستگی روان‌آزردگی و برون‌گرایی در پرسش‌نامه نتو با روان‌آزردگی و برون‌گرایی در پرسش‌نامه آیزنگ به ترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۷ بود.^[۱۳]

پرسش‌نامه اضطراب آشکار و پنهان: میزان اضطراب در پژوهش حاضر از طریق آزمون اضطراب Spielberg محاسبه شد. این پرسش‌نامه شامل مقیاس‌های جداگانه خودسنجی، برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان می‌باشد. این مفاهیم ابتدا به وسیله Cattell و سپس به صورت کامل‌تری توسط Spielberg (۱۹۷۰) مطرح شد. این آزمون توسط مهرام در سال ۱۳۷۲ روی ۶۰۰ آزمودنی در مشهد هنجاریابی شده است. پایایی مقیاس اضطراب آشکار (حالت) بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی مقیاس اضطراب پنهان (صفت) 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 وهم چنین کل آزمون، تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ بین گروه هنجار و ملاک و بر اساس مقایسه میانگین‌ها حاصل شده است.^[۱۴]

این پرسش‌نامه شامل دو بخش است: مقیاس اضطراب آشکار (فرم y-1 از STAI) شامل بیست جمله (۲۰-۱) است که احساسات فرد را در این لحظه و در زمان پاسخگویی ارزشیابی می‌کند. مقیاس نمره‌گذاری آن به صورت "هرگز"، "برخی اوقات"، "نسبتاً زیاد" و "خیلی زیاد" است که به ترتیب نمره ۱ تا ۴ می‌گیرد. مقیاس اضطراب پنهان (فرم y-2 از STAI) شامل بیست جمله (۴۰-۲۰) است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد. مقیاس آن به صورت "هرگز"، "گاهی"، "غالباً" و "همیشه" می‌باشد که نمره ۱ تا ۴ می‌گیرد.

وزن‌های نمره‌گذاری برای عباراتی که حضور اضطراب را نشان می‌دهند، همانند مواردی است که برای فرم آزمون سیاه شده است. وزن‌های نمره‌گذاری برای عباراتی که عدم اضطراب را نشان می‌دهند، به صورت معکوس است. عباراتی که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب هستند و در هنگام نمره‌گذاری به صورت معکوس وزن داده می‌شوند، عبارتند از: ۱ و ۲-۵-۸-۱۰-۱۱-۱۵-۱۶-۱۹-۲۰ برای مقیاس اضطراب آشکار و ۲۱-۲۳-۲۶-۲۷-۳۰-۳۳-۳۴-۳۶ و ۳۹ برای مقیاس اضطراب پنهان. برای به دست آوردن نمره فرد در هر کدام از دو مقیاس با توجه به این نکته که برخی از عبارت‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، مجموع نمرات بیست عبارت هر مقیاس محاسبه می‌گردد. بنابراین نمرات هر کدام از دو مقیاس اضطراب آشکار و پنهان، می‌تواند در دامنه‌ای بین ۸۰-۲۰ قرار گیرد.^[۱۴]

همچنین پرسش‌نامه‌ای ترکیبی طراحی شد که در آن علت انتخاب نوع زایمان با عباراتی توسط آزمودنی تکمیل می‌شود. در این پرسش‌نامه اطلاعاتی همچون سن، تعداد بارداری، تعداد زایمان، تعداد فرزندان، میزان تحصیلات، میزان درآمد و وضعیت اشتغال بانوان علامت زده می‌شود. داده‌های به دست آمده با آزمون آماری تحلیل واریانس چندمتغیری (Manova) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱: داده‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب زنان باردار

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	واریانس
روان نژدی	زایمان طبیعی	۵۰	۳۲/۲۵	۲۴/۹۳
	زایمان سزارین	۴۰	۳۷/۲۲	۲۶/۹۴
برون گرایی	زایمان طبیعی	۵۰	۳۳/۹۲	۱۰/۹۹
	زایمان سزارین	۴۰	۳۶/۱۱	۱۲/۵۵
اشتیاق به تجارب تازه	زایمان طبیعی	۵۰	۳۶/۴۷	۱۶/۸۶
	زایمان سزارین	۴۰	۳۴/۳۶	۱۴/۸۰
توافق پذیری	زایمان طبیعی	۵۰	۴۸/۰۷	۲۴/۷۲
	زایمان سزارین	۴۰	۴۷/۸۰	۲۱/۳۶
مسئولیت پذیری	زایمان طبیعی	۵۰	۴۷/۴۱	۱۳/۹۶
	زایمان سزارین	۴۰	۴۳/۵۴	۱۸/۰۹
اضطراب آشکار	زایمان طبیعی	۵۰	۴۶/۵۰	۱۶/۲۱
	زایمان سزارین	۴۰	۴۹/۸۶	۱۶/۷۲
اضطراب نهان	زایمان طبیعی	۵۰	۵۴/۳۰	۱۸۶/۱۷
	زایمان سزارین	۴۰	۵۷/۵۵	۱۷۷/۶۵

جدول ۲: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت نرمال بودن متغیرهای پژوهش و آزمون لون برای مفروضه همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره کولموگروف	سطح معناداری	آماره لون (F)	سطح معناداری
روان نژدی	۰/۹۴۹	۰/۳۲۹	۰/۰۷	۰/۷۹
برون گرایی	۱/۱۸	۰/۱۲۶	۰/۴۸	۰/۴۹
اشتیاق به تجارب	۰/۸۸	۰/۷۲۱	۱/۰۷	۰/۳۰
توافق پذیری	۰/۸۶	۰/۵۲	۰/۰۹۶	۰/۷۶
مسئولیت شناسی	۱/۴۵	۰/۰۹	۱/۰۶	۰/۴۷
اضطراب آشکار	۱/۰۳	۰/۱۴۳	۲/۷۶	۰/۱۰
اضطراب نهان	۱/۰۴	۰/۱۷۹	۱/۷۵	۰/۳۹

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آماره کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ کدام از متغیرها معنادار نبوده ($p > 0.05$)، بنابراین فرض نرمال بودن داده‌ها پذیرفته می‌شود.

همچنین همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که آماره لون در هیچ یک از متغیرها معنادار نیست ($p > 0.05$)؛ لذا مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز رعایت پذیرفته می‌شود؛ لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود.

جدول ۳: تحلیل واریانس چندمتغیری جهت آزمون معناداری تفاوت اضطراب زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین

نام آزمون	مقدار	فرضیه Df	اشتباه Df	میزان F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلائی	۰/۰۹۴	۲	۸۶	۴/۷۲	۰/۰۱۴
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۰۶	۲	۸۶	۴/۷۲	۰/۰۱۴
آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۰۴	۲	۸۶	۴/۷۲	۰/۰۱۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۱۰۴	۲	۸۶	۴/۷۲	۰/۰۱۴

جدول ۴: آزمون معناداری تفاوت مولفه‌های اضطراب در زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب معناداری
گروه	اضطراب آشکار	۲۴۰/۸	۱	۲۴۰/۸	۶/۹۸	۰/۰۱
	اضطراب نهان	۱۶۲/۶	۱	۱۶۲/۶	۰/۷۳	۰/۳۹۶

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری (Manova) حاکی از این است که مقدار F چندمتغیری ($F=۴/۷۲$) در سطح $P<۰/۰۱۴$ از لحاظ آماری معنادار است؛ لذا با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین حداقل در یکی از مولفه‌های اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد؛ لذا فرضیه اول پژوهش تایید می‌گردد. برای پی بردن به این تفاوت در ادامه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میزان F حاصله برای اضطراب آشکار ($F=۶/۹۸$) در سطح ($p<۰/۰۱$) معنادار است؛ لذا با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین از نظر اضطراب آشکار تفاوت معناداری وجود دارد.

همچنین میزان F حاصله برای اضطراب نهان ($F=۰/۷۳$) در سطح ($p>۰/۳۹۶$) معنادار نیست؛ لذا با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین از نظر اضطراب نهان تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۵: تحلیل واریانس چندمتغیری جهت آزمون معناداری تفاوت ویژگی‌های شخصیتی زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین

نام آزمون	مقدار	فرضیه Df	اشتباه Df	میزان F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلایی	۰/۳۲۳	۵	۸۳	۷/۹۲	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۷۷	۵	۸۳	۷/۹۲	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۴۷۷	۵	۸۳	۷/۹۲	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۴۷۷	۵	۸۳	۷/۹۲	۰/۰۰۰۱

جدول ۶: آزمون تفاوت مولفه‌های ویژگی‌های شخصیتی زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب معناداری
گروه	روان نژندی	۵۳۰/۹	۱	۵۳۰/۹	۱۶/۵۳	۰/۰۰۰۱
	برون‌گرایی	۱۰۲/۵	۱	۱۰۲/۵	۸/۸۲	۰/۰۰۴
	اشتیاق به تجارب تازه	۹۵/۵	۱	۹۵/۵	۵/۹۵	۰/۰۱۷
	توافق‌پذیری	۱/۵۶	۱	۱/۵۶	۰/۰۰۷	۰/۹۳۵
	مسئولیت‌شناسی	۳۲۰/۹	۱	۳۲۰/۹	۱۹/۵۳	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس چندمتغیری (Manova) حاکی از این است که مقدار F چندمتغیری ($F=۷/۹۲$) در سطح $P<۰/۰۰۰۱$ از لحاظ آماری معنادار است؛ لذا با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین حداقل در یکی از ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معناداری وجود دارد؛ لذا فرضیه دوم پژوهش نیز تایید می‌گردد.

برای پی بردن به این تفاوت، در ادامه نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میزان F حاصله برای ویژگی روان‌آزردگی ($F=۱۶/۵۳$) در سطح ($p<۰/۰۰۰۱$)، برای ویژگی برون‌گرایی ($F=۸/۸۲$) در سطح ($p<۰/۰۰۴$)، برای ویژگی مسئولیت‌شناسی ($F=۱۹/۵۳$) در سطح ($p<۰/۰۰۰۱$) معنادار است؛ لذا با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین از نظر ویژگی‌های روان‌آزردگی، برون‌گرایی و مسئولیت‌شناسی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میزان F حاصله برای ویژگی اشتیاق به تجارب تازه ($F=۵/۹۵$) در سطح ($p<۰/۰۱۷$) معنادار است؛ لذا با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین از نظر ویژگی اشتیاق به تجارب تازه تفاوت معناداری وجود دارد و در نهایت میزان F حاصله برای ویژگی توافق‌پذیری ($F=۰/۰۰۷$) در سطح ($p>۰/۹۳۵$) معنادار نیست؛ لذا با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت بین زنان باردار با ترجیح زایمان طبیعی و سزارین از نظر ویژگی توافق-

بحث

نتایج پژوهش بیانگر آن است زنانی که زایمان سزارین را انتخاب می‌کنند نسبت به زنانی که زایمان طبیعی را انتخاب می‌کنند از اضطراب آشکار بیشتری برخوردارند، اما در مولفه اضطراب پنهان تفاوت معناداری بین میانگین دو گروه برحسب نوع زایمان وجود ندارد. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش مخبر و همکاران (۱۳۹۱) و محمدپور اصل و همکاران (۱۳۸۸) همخوانی دارد.^{[۱۵] و [۱۵]} از سوی دیگر Saisto & Halmesmaki (۲۰۰۳) در تحقیقی مشخص کردند که در کشور فنلاند سوئد و انگلیس ۲۲-۷ درصد از عمل‌های سزارین به دلیل ترس از زایمان است که در زنان نخست‌زا شایع بوده و معمولاً با ترس از درد همراه است.^[۱۶] Lang و همکاران (۲۰۰۶) نیز ارتباط بین درد و اضطراب حین زایمان را گزارش کردند.^[۱۷] در پژوهش Park و همکاران (۲۰۰۵) با عنوان ادراک ذهنی در مورد زایمان سزارین نیز اضطراب شدید در مورد زایمان منجر به انتخاب روش سزارین شده است.^[۱۸] پژوهش شائقیان و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که زایمان طبیعی در مادران غیرمضطرب بیشتر است.^[۱۹] در مطالعه Alehagen و همکاران (۲۰۰۶) نیز بیان شد که ترس از زایمان در مادر یک راه قابل قبول بروز اضطراب او درباره فرآیند زایمان واژینال می‌باشد.^[۲۰]

با توجه به اینکه 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 و برای مدیریت این اضطراب، برنامه‌ریزی علمی و دقیق صورت گیرد. تحقیقات متعدد نشان داده است که وجود تنش شدید مادر در طی زایمان کاتکول آمین‌های مادر را افزایش داده و باعث کاهش فعالیت رحمی و طولانی شدن لیبر می‌گردد که این مسئله یکی از اندیکاسیون‌های سزارین می‌باشد.

بر اساس یافته‌های دیگر پژوهش حاضر زنانی که زایمان طبیعی را انتخاب می‌کنند نسبت به زنانی که زایمان سزارین را انتخاب می‌کنند از نمره اشتیاق به تجارب تازه و مسئولیت‌پذیری بیشتری برخوردارند. همچنین زنانی که زایمان سزارین را انتخاب کرده‌اند از نمره روان‌نژندی و برون‌گرایی بیشتری برخوردارند. این یافته با نتایج تحقیقات Akse J & Hale (۲۰۰۷) همخوانی دارد.^[۲۱] آنها در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که برخی ویژگی‌های شخصیتی در بروز و تشدید ترس از زایمان نقش دارد. افراد تیپ A اغلب مضطرب بوده و قادر به حفظ آرامش خود نیستند. همچنین بورجسون (۲۰۰۷) نشان داد که افراد تیپ A تمایل بیشتری به روان‌رنجور شدن دارند که این خصوصیت در بین زنانی که ترس از زایمان دارند، بیشتر است.^[۲۲]

تیپ شخصیتی و میزان مواجهه افراد با رویدادهای استرس‌زای زندگی، باعث واکنش‌های متفاوت در موقعیت‌های گوناگون می‌شود به گونه‌ای که در یک موقعیت واحد، افراد واکنش‌های متفاوتی نشان می‌دهند. یکی از این موقعیت‌ها، زایمان مادران باردار است. برخی از زنان باردار به راحتی و با یک اضطراب طبیعی، با مسئله زایمان کنار می‌آیند، ولی برخی دیگر از زنان باردار، اضطراب و ترس بسیار شدیدی از مسئله زایمان دارند که گاهی اوقات شدت این ترس آن‌چنان زیاد می‌شود که به ناچار به جای زایمان طبیعی، از سزارین برای تولد نوزاد استفاده می‌شود؛ لذا شدت ترس در زنان باردار با عوامل شخصیتی فرد در ارتباط می‌باشد. نتایج به دست آمده از آزمون رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای اضطراب آشکار، روان‌نژندی و مسئولیت‌پذیری قادر به پیش‌بینی نوع زایمان هستند. Jorem (۱۹۹۷) نشان داد افرادی که از لحاظ روان‌نژندی بالا بودند؛ مستعد افسردگی، اضطراب و سرزنش خویش هستند.^[۲۳]

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که خصوصیات روانی (اضطراب) و ویژگی‌های شخصیتی افراد با ایجاد خلق‌های خاص می‌تواند تعیین‌کننده نوع زایمان باشد؛ لذا با توجه به عوارض زیاد زایمان سزارین و بالا بودن آمار سزارین در کشور ایران شایسته است با کاهش اضطراب زنان باردار و توجه به ویژگی‌های شخصیتی تاثیرگذار در انتخاب زایمان سزارین نسبت به کاهش آمار زایمان سزارین اقدام نمود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به طولانی بودن پرسش‌نامه شخصیت‌نویس اشاره کرد که با توجه به وضعیت جسمی مادران باردار پاسخگویی به این پرسش‌نامه را با مشکلاتی همراه کرده بود. برای رفع این مشکل سعی شد محیط مناسبی با تهیه صندلی‌های راحت و تهویه مناسب فراهم شود. همچنین باید اشاره کرد پژوهش حاضر در شهرستان طارم صورت گرفته و قابل تعمیم به سایر جوامع آماری نیست. با توجه به ارتباط اضطراب با انتخاب زایمان سزارین پیشنهاد می‌شود عوامل مرتبط با اضطراب و ترس مادران شناسایی شده و با تدابیر آموزشی و مشاوره‌ای اقدام به کاهش اضطراب زنان باردار نمود. به نظر می‌رسد عواملی مثل شرکت زنان باردار در کلاس‌های آمادگی برای زایمان تهیه جزوات و اطلاع‌رسانی در مورد فواید زایمان طبیعی، انجام زایمان طبیعی توسط متخصص زنان یا مامای خبره، استفاده از تکنیک‌های بی‌دردی غیردارویی، بهینه‌سازی فضای فیزیکی زایمان و زیباسازی آن، برخورد مناسب کادر بخش زایمان و حضور همراه آموزش‌دیده بر بالین زن باردار هنگام زایمان در کاهش اضطراب زنان باردار موثر باشد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی موارد فوق‌الذکر در تحقیقات آتی مورد بررسی قرار گیرد، همچنین بررسی رابطه سازهایی مثل هوش هیجانی، هوش معنوی، تاب‌آوری و سرسختی روانی با

منابع

1. Emami Afshar N, Tork-zahrani SH, Jalilvand P, Changizii N, Hejazi S, KhodaKarami N, Rahimi-ghasabwh S, Rusta F, Hadipour L, Valafar SH, Valiani m. Prenatal education and preparation for childbirth. .Third edition. Tehran: Pejvak Arman. 2013:68-75. [In Persian]
2. Reza Soltani P, Hussein-jani A, etebari S. The Reasons for Cesarean Delivery at a Medical Education Center in the city of Rasht. *Holistic Nursing*. 2012 ; 22 (67), 22-16. [In Persian]
3. Molayinejad, M. Vaginal delivery or cesarean section, the option to choose. *Mama Monthly Professional* . 2012; 1, 17-16. [In Persian]
4. Kaningham L. A review of Williams' Pregnancy and delivery. B. Ghazi-jahani (Persian translator) 1st ed first edition, Tehran: Golban Publications. 2011 :29-37 [In Persian]
5. Mokhber N, Akhlaghi F, Shakeri M.T, Shamsa F. The relationship between the fear of childbirth and depression, anxiety, self-esteem, marital satisfaction and demographic factors in Primiparas women. *Journal of Mental Health Principles*. 2012 ;14 (2), 131-124. [In Persian]
6. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*. 2006;63: 64-75.
7. DeChernery A, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. *Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology*. 10th ed. New York: McGraw-Hill .2007: 193.
8. Figueiredo B, Conde A. Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: parity differences and effects. *J Affect Disorders* 2011;132(1-2):146-57.
9. Dareshuri-Mohammadi Z, Besaknejad S, Sarvqad S. The Evaluation of the Effectiveness of Training Stress management through cognitive - behavioral Therapy Approaches on anxiety Mood / Trait, Anxiety in pregnancy and mental health of Primiparas women. *A Scientific Journal of Jundishapur*. 2012; 3 (4), 504-495. [In Persian]
10. Khodabakhshi- Koolae A. Heydari S. Khoshkonesh A. Heidari m. The Relationship between Spiritual intelligence and resiliency in the Face of Stress and Preferred Type of Delivery among Pregnant Women. *Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2013;16 (58), 15-8. [In Persian]
11. McCrae R, Costa P, Busch CM. Evaluating comprehensiveness in personality systems: The California Q-set and the five factor model. *J of personality*. 1986;54(2):430-46.
12. Garusi -Farshi M.T. Evaluating new approaches to personality assessment, Application of factor analysis in the study of personality. First Edition, Tabriz: Jameh Pajuh and Danial Publications. 2011:30-3 [In Persian]
13. Anisi J, Majdian M, Joshanloo M, Gohari-kamel z. Validity and reliability of NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) on university students . *Journal of Behavioral Sciences* .2012 ;5(4):351-355 [In Persian]
14. Mahram B. Standardization of Spielberger's Anxiety Inventory in Mashhad. [dissertation]. Allameh Tabatabai University in Tehran. 1994:91-92 [In Persian]
15. 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. *Know Health*; .2009 ;4(1):36-9. [In Persian]
16. Saisto T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* .2003 ;82(3):201-8.
17. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain*. 2006 ;10(3):263-70.
18. Park CS, Yeoum SG, Choi ES. Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nurse Health Science*. 2005;7(1):3-8.
19. Shayeghian Z, Rasolzadeh-Tabatabai S.K, Sedighi Lubeh E. The effect of maternal anxiety in the last three months of pregnancy on delivery and infant mental health. *Life Magazine*. 2008; 14 (3-4), 64-57. [In Persian]
20. Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; 85: 56-62
21. Akse J, Hale W, Engels RC, Raaijmakers QA, Meeus WH. Stability and change in personality type membership and anxiety in adolescence. *J Adolesc* 2007;30(5):813-34.
22. Börjesson K, Ruppert S, Wager J, Bågedahl-Strindlund M. Personality disorder, psychiatric symptoms and experience of childbirth among childbearing women in Sweden. *Midwifery* .2007 ;23(3):260-8.
23. Jorem B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1997; 18, 266-272