

# بررسی تأثیر اجرای برنامه کلاس‌های آمادگی زایمان مبتنی بر دستورالعمل کشوری بر ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده مریم مهرآبادی<sup>۱</sup>، دکتر مریم مسعودی فر<sup>۲</sup>، اقدس پرویزی<sup>۳</sup>، دکتر محمدحسن رخشانی<sup>۴</sup>، دکتر فروغ مرتضوی<sup>۵\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۲. پزشک عمومی، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیردار، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۳. کارشناس مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۴. استادیار گروه آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
۵. دانشیار گروه مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۱/۰۹

## خلاصه

**مقدمه:** ترس از زایمان موجب افزایش مداخلات مامایی، ایجاد عوارض برای مادر و جنین و یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در افزایش نرخ سزارین می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه کلاس‌های آمادگی برای زایمان کشوری بر ترس از زایمان طبیعی با ابزار ترس از زایمان ویجما انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده طی سال‌های ۹۷-۱۳۹۶ بر روی ۱۳۲ زن نخست باردار در مراکز بهداشتی درمانی سبزوار انجام گرفت. افراد به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. گروه مداخله در کلاس‌های آمادگی دوران بارداری شرکت کردند و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول دوران بارداری را دریافت کردند. قبل و بعد از مداخله و ۱۴ روز پس از زایمان، پرسشنامه ترس از زایمان ویجما ورژن A و B توسط مادران تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های تی تست و تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل پرسشنامه و نمرات فاکتورهای پرسشنامه ترس از زایمان ویجما به غیر از فاکتور ترس از آسیب جنین در گروه مداخله به‌طور معناداری بالاتر از گروه کنترل بود ( $p < 0/05$ ). همچنین نمرات تمام فاکتورها به جزء ترس از آسیب به جنین در گروه مداخله از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت ( $p < 0/05$ ). نمرات فاکتور ترس از آسیب جنین در گروه مداخله در پس‌آزمون و در گروه کنترل بعد از زایمان کاهش یافت و مقایسه میانگین‌ها تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ( $p = 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** کلاس‌های آمادگی برای زایمان برگزار شده در سبزوار موجب افزایش ترس از زایمان شد، لذا محتوای این آموزش‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** آموزش‌های دوران بارداری، بارداری، بعد از زایمان، ترس، زایمان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فروغ مرتضوی؛ دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران. تلفن: ۰۵۱-۴۴۶۶۹۱۸۹؛ پست الکترونیک: frmortazavi@yahoo.com

بریتانیایی، کلاس‌های آمادگی قبل از تولد می‌توانند کسش عضلانی را کاهش داده، از شدت درد و طولانی شدن زایمان نیز بکاهند (۱۳).

نتایج مطالعه خاوندی‌زاده و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از تأثیر مثبت کلاس‌های آمادگی دوران بارداری بر طول مدت زایمان و کاهش میزان سزارین بود (۱۴). نتایج مطالعه مرور سیستماتیک رجبی نائینی و همکار (۲۰۱۸) نیز نشان داد که شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان بر خستگی، افسردگی بعد از زایمان و کمردرد در بارداری تأثیر مثبت دارد. همچنین مدت فاز فعال زایمان و مرحله دوم زایمان و سطح اضطراب مادر در افراد شرکت‌کننده در کلاس‌ها کمتر از گروه مقابل بود و خودکارآمدی و میزان زایمان طبیعی در این افراد بیشتر بود (۱۵). در مطالعه قضایی و همکاران (۲۰۱۶) که بر روی زنان نخست‌زای شهر مشهد انجام شد، درمان شناختی رفتاری بر روی گروه آزمایش طی ۹ جلسه اجرا شد. در این مطالعه آموزش‌های مبتنی بر درمان شناختی رفتاری موجب کاهش ترس از زایمان، ترس از درد، تمایل به سزارین و سزارین در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد (۱۶).

یکی از برنامه‌های در حال اجرا در طرح تحول سلامت، ترغیب به زایمان طبیعی با اجرای برنامه‌های آموزشی آمادگی برای زایمان است که در آن زنان باردار در زمینه زایمان و مراقبت‌های بارداری، تغذیه و ورزش در دوره بارداری و شیردهی، نحوه صحیح شیردهی و مراقبت‌های بعد از زایمان آموزش می‌بینند (۱۲، ۱۷). با توجه به دستورالعمل کشوری برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای ترغیب زنان به زایمان طبیعی و کاهش سزارین، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر اجرای دستورالعمل کشوری برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر سبزوار با استفاده از نسخه فارسی پرسشنامه ترس از زایمان ویجما که شناخته شده‌ترین و جامع‌ترین ابزار موجود در این زمینه است، انجام شد (۱۰). لازم به ذکر است که در برخی مطالعات انجام شده، ترس از زایمان با پرسشنامه نگرش به زایمان هارتمن اندازه‌گیری شده

## مقدمه

زایمان یک رویداد فیزیولوژیکی، اجتماعی و عاطفی قابل توجه در زندگی زن و خانواده‌اش محسوب می‌شود. با اینکه زایمان یک پدیده طبیعی با قدمتی به درازای عمر بشر می‌باشد، ولی درد زایمان اغلب موجب ترس و اضطراب مادران باردار می‌شود (۱، ۲). مطالعات نشان می‌دهد که از بین هر ۵ زن باردار، یک نفر دچار ترس از زایمان می‌شود (۳). ترس از زایمان با افزایش درد زایمان، زایمان طول کشیده و تجربه ناخوشایند زایمانی همراه بوده است. همچنین ترس از زایمان با افسردگی و اضطراب بعد از زایمان نیز ارتباط دارد و منجر به افزایش مداخلات جراحی و عواقب زایمانی شده است (۴).

در برخی تحقیقات شایع‌ترین علت تقاضای زنان نخست‌زا برای انجام سزارین، ترس از زایمان عنوان شده است (۵). بر مبنای نظریه سیلورتون، سزارین و درد و ترس همراه با آن نقش مهمی در تصمیم‌گیری زنان برای انتخاب سزارین دارد (۶). در مطالعه شریعت و همکاران (۲۰۰۲)، ۷۱٪ مادران، در مطالعه اندرون و همکاران (۲۰۱۷)، ۸۰٪ و مطالعه رایدینگ و همکاران (۱۹۹۸)، ۳۶٪ مادران به دلیل ترس از زایمان طبیعی، سزارین را انتخاب کردند (۷-۱۰). شیوه‌های متعددی مانند هیپنوتیزم، ورزش و مداخلات شناختی- رفتاری برای کاهش ترس از زایمان به کار گرفته شده است (۱۱).

یکی از راهکارهای کاهش ترس و میزان سزارین، آموزش زنان باردار و آماده کردن آنان برای زایمان طبیعی است. آموزش‌های قبل از تولد فرصت مناسبی برای اصلاح باورهای غلط و اطلاعات نادرست در مورد زایمان است که می‌تواند موجب کاهش بسیاری از ترس‌های مادر و خودکارآمدی زایمانی شود. شرکت در این دوره‌های آموزشی این فرصت را به مادران باردار می‌دهد که با سایر مادران که شرایط او را دارند ملاقات کند، بر روی نیازهای شخصی و اهدافش تفکر و تمرکز کند، ترس کمتر و اعتماد به نفس بیشتر داشته باشد و یاد بگیرد چطور با مراحل و درد زایمان تطابق حاصل کند (۱۲). به اعتقاد دیک ریڈ پژوهشگر برجسته

روش آسان و با استفاده از سامانه سبب انجام شد. با تماس تلفنی با زنان باردار شناسایی شده از طریق سامانه سبب، تمایل آنان به شرکت در مطالعه بررسی و به آنان توضیح داده شد که ممکن است در گروه کنترل یا مداخله قرار گیرند و شرکت در این کلاسها اجباری نیست. مادرانی که با شرکت در تحقیق موافقت کردند، به یک جلسه معارفه دعوت شدند. در این جلسه تخصیص افراد به دو گروه کنترل و مداخله انجام شد. مادران برای شرکت و عدم شرکت در مطالعه آزاد بودند. علاوه بر آن طبق روال همه کارآزماییها، زنان حق خروج از مطالعه را داشتند. در این مطالعه ۱۲ نفر از افراد گروه کنترل در کلاسهای خصوصی رایگان شرکت کردند و از مطالعه حذف شدند. تخصیص افراد در هر یک از دو گروه آزمون و کنترل به صورت تصادفی صورت گرفت، بدین ترتیب که ابتدا بر اساس بلوکهای جایگشتی ۴ تایی لیستی از توالی انتخاب A (مداخله) و B (کنترل) تهیه شد و برای پنهانسازی، لیست انتخابها توسط برچسبهایی مخفی نگه داشته می‌شد. شرکت کنندگان در زمان ورود به جلسه معارفه طبق لیست تهیه شده به دو گروه تخصیص داده می‌شدند.

قبل از شروع مطالعه، افراد هر دو گروه آزمون و کنترل به ترتیب پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی و پرسشنامه فارسی ترس از زایمان و بچما ورژن A را تکمیل کردند. سپس گروه آزمون در کلاس آمادگی برای زایمان فیزیولوژیک طراحی شده از سوی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی که توسط ۲ نفر از مجریان طرح که دوره پودمانی مربوط را گذرانده بودند، به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شرکت کردند. محتوای این کلاسها شامل تغییرات فیزیولوژیک جسمی و روانی مادر، مشکلات شایع بارداری و روشهای حل آن، علائم خطر در بارداری، تغذیه و ورزش در بارداری و شیردهی، آموزش مراحل زایمان، درد زایمان و روشهای تطابق با آن، دیدن فیلم زایمان طبیعی و سزارین و شرکت در تور زایمانی بود. در ابتدای هر کلاس، پیش‌آزمون از مادران به عمل آمده و سپس دانسته‌ها، باورها و دغدغه‌های آنها به صورت گروهی و با شرکت فعال تمام مادران مورد بحث قرار می‌گرفت.

است. برخی مطالعات قبلی به صورت کوهورت انجام شده و در برخی مطالعات از آموزشهای محقق ساخته و یا شیوه‌های شناختی-رفتاری استفاده شده است (۲۰-۱۸). مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی مصوب وزارتخانه که با هدف کاهش سزارین طراحی شده است، بر ترس از زایمان با استفاده از ابزار جامع و بچما انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده از دی ماه ۹۶ تا آبان ماه ۹۷ بر روی ۱۳۲ مادر باردار به روش نمونه‌گیری آسان در سبزواری انجام شد. حجم نمونه بر اساس نتایج کارآزمایی توهیل و همکاران (۲۰۱۴) برای تشخیص ۱۰/۲۴ نمره تفاوت میزان کاهش نمره ترس از زایمان بین دو گروه مداخله و کنترل از قبل از مداخله تا بعد از زایمان با انحراف معیار اندازه‌گیری میزان تغییرات ترس در گروه مداخله و کنترل به ترتیب برابر با ۱۸/۶ و ۱۶/۳، ۴۶ نمونه برآورد شد که با احتساب ۴۰٪ ریزش نمونه، ۶۶ نمونه در هر گروه محاسبه گردید (۲۱).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بارداری ۲۰-۲۴ هفته، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن، بارداری اول، حاملگی خواسته، ارزیابی زایمان به عنوان اتفاق ترسناک (نمره ۳ یا بیشتر از ۵ نمره در مقیاس لیکرت) و حاملگی منفرد بود. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل: ابتلاء به بیماری مزمن مانند بیماری قلبی، فشارخون بالا، دیابت، سابقه سقط، خونریزی، جفت سرراهی، ابتلاء به بیماریهای روانی در طی سال اخیر و مصرف داروهای روان‌گردان، اعتیاد به مواد مخدر و سیگار بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز عوارض حاملگی نظیر پره‌اکلامپسی، خونریزی، مرگ داخل رحمی، زایمان زودرس، غیبت بیش از ۳ جلسه از جلسات آموزشی در گروه مداخله و شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان برای گروه کنترل بود.

نمونه‌ها شامل مادران نخست باردار با سن بارداری کمتر از ۲۰ هفته ساکن شهر سبزواری بودند و نمونه‌گیری به

جنین و فقدان کنترل است. روایی ساختار ابزار با فاکتور آنالیز اکتشافی و تأییدی انجام شد. همچنین روایی همزمان ابزار با بررسی همبستگی ابزار با ابزار نگرش نسبت به زایمان و مقیاس اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر بررسی شد و همبستگی متوسط با ابزارهای مذکور روایی آن را تأیید کرد. پایایی این ابزار برابر با ۰/۹۲۵ و همه حیطه‌ها پایایی برابر یا بالاتر از ۰/۸۶۹ وجود داشت (۲۵). برای بررسی مشخصات دموگرافیک و مامایی نمونه‌ها، پرسشنامه‌ای توسط مجریان طرح طراحی و اعتبار محتوای آن با نظرسنجی از اعضای هیات علمی دانشگاه بررسی شد.

در نهایت پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) انجام گرفت. علاوه بر آمار توصیفی از جمله میانگین و انحراف معیار، برای مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک از آزمون‌های تی تست و برای مقایسه میزان ترس از زایمان در دو گروه در سه اندازه‌گیری از تحلیل واریانس در اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. میزان معناداری p در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این مطالعه در سامانه کارآزمایی‌های بالینی با شماره IRCTID: IRCT20170827035934N2 ثبت شده است.

### یافته‌ها

مطالعه حاضر بر روی ۱۳۲ مادر شروع شد. ۱۲ نفر از مادران گروه کنترل به دلیل شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان خصوصی از مطالعه خارج شدند و لذا تحلیل به قصد درمان یا مبتنی بر پروتکل<sup>۲</sup> انجام شد. ۲۰ نفر از مادران پرسشنامه‌ها را ناقص تکمیل کرده بودند. در نهایت مطالعه بر روی ۵۶ نفر در گروه مداخله و ۴۴ نفر در گروه کنترل انجام شد (شکل ۱).

مربی اطلاعات درست را تقویت و اطلاعات نادرست را تصحیح می‌کرد و بر اساس فهم و درک آنها، مطالب جدید را طی ۴۵ دقیقه آموزش می‌داد. بسته به محتوای درسی، از روش‌های سخنرانی، نمایش، ایفای نقش، فیلم و پمفلت استفاده می‌شد. بعد از ۴۵ دقیقه آموزشی، آموزش وضعیت‌های مناسب در حین لیبر و زایمان، نحوه تنفس صحیح در دوران بارداری، حین لیبر و زایمان و تمرین آرام‌سازی به مدت ۴۵ دقیقه به صورت عملی آموزش داده می‌شد. اساس آموزش‌ها بر محور مشارکت مادران در بحث‌ها و گشودن اطلاعات و باورهای خانواده‌ها بود. کلاس‌ها در مرکز بهداشت شهری شماره ۱۰ سبزوار برگزار گردید.

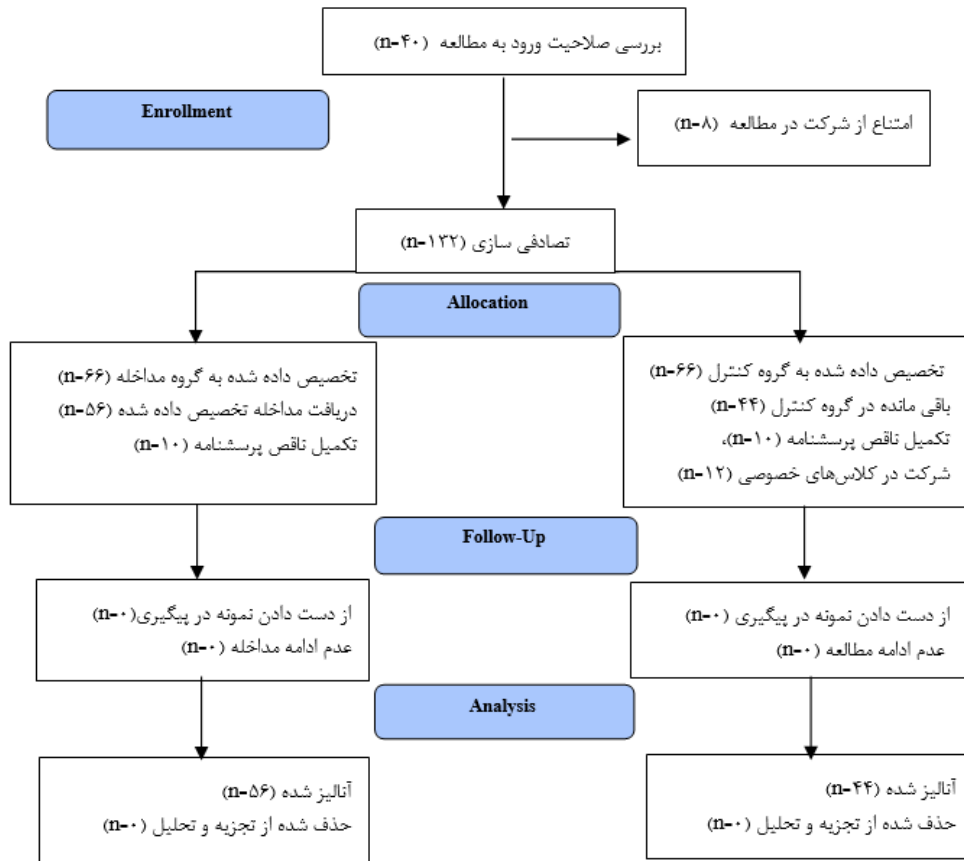
گروه کنترل نیز تنها مراقبت‌های معمول دوران بارداری را طبق پروتکل وزارت بهداشت در مراکز بهداشت دریافت کردند. پس از آخرین جلسه، پرسشنامه ترس از زایمان ویجما ورژن A و ۱۴ روز پس از زایمان پرسشنامه ترس از زایمان ویجما ورژن B توسط مادران تکمیل گردید.

پرسشنامه ترس از زایمان ویجما (نسخه A و B) (W-DEQ)<sup>۱</sup> جهت سنجش و بررسی ترس از زایمان استفاده شد. این پرسشنامه با هدف اندازه‌گیری احساسات مادر در طول زایمان، انتظارات و تجربه زایمان طراحی شده است (۲۲). این پرسشنامه توسط کلاس ویجما در اواخر دهه ۸۰ در سوئد طراحی گردید و شامل یک فاکتور و ۳۳ آیتم است که با مقیاس لیکرت شش گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) اندازه‌گیری می‌شود. حداقل و حداکثر نمرات پرسشنامه صفر و ۱۶۵ می‌باشد. در مطالعات انجام شده پایایی ابزار ترس از زایمان در دوره بارداری ۰/۷۸ گزارش شده و روایی آن با بررسی همبستگی ابزار با ابزارهایی مانند پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب اشیپیل برگر اثبات شد (۲۳، ۲۴).

نسخه فارسی پرسشنامه ترس از زایمان در بارداری و بعد از زایمان شامل ۶ فاکتور فقدان پیش‌بینی مثبت، ترس، فقدان خودکارآمدی، تنهایی، ترس از آسیب

<sup>۱</sup>Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire

<sup>۲</sup> per protocol



شکل ۱- فلوجارت کارآزمایی بالینی

( $p < 0.01$ ). میانگین نمره ترس از زایمان در بدو ورود به مطالعه  $90.6 \pm 25.2$  بود. دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مامایی تفاوت آماری معناداری نداشتند ( $p > 0.05$ ) (جدول ۱).

توزیع داده‌های کمی شامل سن، سن بارداری، سن ازدواج، وزن، ترس از زایمان و شاخص توده بدنی در دو گروه مداخله و کنترل نرمال بود ( $p > 0.05$ )، اما توزیع داده‌های متغیرهای ترس از زایمان در بدو ورود به مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل نرمال نبود

جدول ۱- توزیع میانگین و انحراف معیار متغیرهای دموگرافیک در دو گروه

معنی داری	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
سطح	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
۰/۸۹۵	۲۳/۹ $\pm$ ۵/۱	۲۳/۸ $\pm$ ۳/۷	سن
۰/۱۰۳	۲۲/۹ $\pm$ ۲/۲	۲۲/۲ $\pm$ ۱/۹	سن بارداری
۰/۱۴۰	۶۲/۴ $\pm$ ۱۳/۰	۵۸/۶ $\pm$ ۱۲/۲	وزن
۰/۱۶۳	۲۴/۳ $\pm$ ۵/۱	۲۳/۰ $\pm$ ۳/۹	شاخص توده بدنی
۰/۷۰۱	۲۰/۱ $\pm$ ۴/۸	۲۰/۵ $\pm$ ۴/۱	سن ازدواج
۰/۸۵۶	۹۱/۱ $\pm$ ۲۴/۰	۹۰/۲ $\pm$ ۲۵/۶	ترس از زایمان در پیش آزمون
۰/۹۹۹	۲۶/۳ $\pm$ ۹/۷	۲۶/۳ $\pm$ ۱۱/۵	فقدان خودکارآمدی در پیش آزمون
۰/۱۶۷	۱۳/۸ $\pm$ ۵/۶	۱۵/۲ $\pm$ ۴/۰	فقدان پیش بینی مثبت در پیش آزمون
۰/۴۶۶	۲۴/۸ $\pm$ ۷/۶	۲۳/۱ $\pm$ ۹/۲	احساس تنهایی در پیش آزمون
۰/۲۷۸	۱۲/۱ $\pm$ ۵/۱	۱۰/۹ $\pm$ ۵/۹	ترس در پیش آزمون
۰/۳۵۷	۹/۱ $\pm$ ۳/۵	۸/۴ $\pm$ ۳/۸	فقدان کنترل بر خود در پیش آزمون
۰/۳۶۵	۳/۴ $\pm$ ۲/۵	۳/۸ $\pm$ ۲/۷	ترس از آسیب جنین در پیش آزمون

درآمد	کمتر از کفاف	۱۰ (۱۷/۹)	۵ (۱۱/۴)	۰/۳۶۷
	کفاف یا بیشتر	۴۶ (۸۲/۱)	۳۹ (۸۸/۶)	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۶ (۱۰/۷)	۱۲ (۲۷/۳)	۰/۰۶۰
	دیپلم یا بیشتر	۵۰ (۸۹/۳)	۳۲ (۷۲/۷)	
شغل	خانه‌دار	۴۰ (۷۱/۴)	۳۹ (۸۸/۶)	۰/۰۶۴
	شاغل	۱۶ (۲۸/۶)	۵ (۱۱/۴)	
	تمایل به سزارین در شروع مطالعه	۶ (۶/۸)	۳ (۱۰/۷)	۰/۷۲۷
	تمایل به سزارین در پایان مطالعه	۴ (۷/۱)	۴ (۹/۱)	۰/۵۰۱
	تمایل به سزارین بعد زایمان	۱۲ (۲۱/۴)	۱۴ (۳۱/۸)	۰/۱۷۳
	زایمان به روش طبیعی	۵۶ (۱۰۰)	۴۴ (۱۰۰)	-

همچنین دو گروه از نظر متغیرهایی چون میزان رضایت از رابطه زناشویی، رضایت از حمایت دریافت شده از طرف همسر، توصیف بارداری خود، فعالیت فیزیکی در بارداری و احساس سلامت درک شده تفاوت آماری معناداری نداشتند ( $p > 0.05$ ). توزیع میانگین نمره کلی نمونه‌ها از پرسشنامه ترس از زایمان ویجما و فاکتورهای شش‌گانه آن در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲- توزیع میانگین نمره کلی ترس از زایمان پرسشنامه ویجما و فاکتورهای شش‌گانه آن

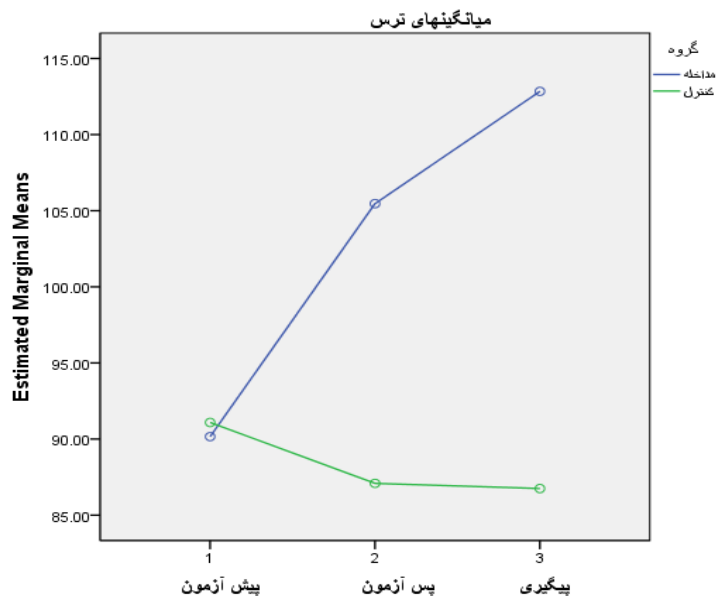
عامل گروه و زمان	اثر گروه	اثر زمان	پیگیری	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	گروه	فاکتورها
P	P	P	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار		
<0.001	0.035	<0.001	35.2 ± 11.6	30.8 ± 10.8	26.3 ± 11.5	مداخله	فقدان خودکارآمدی
			24.4 ± 11.4	24.7 ± 8.5	26.3 ± 9.7	کنترل	
0.007	0.021	<0.001	16.7 ± 3.0	16.7 ± 3.1	15.2 ± 4.0	مداخله	فقدان انتظارات مثبت
			14.6 ± 4.2	12.4 ± 5.2	13.8 ± 5.6	کنترل	
0.005	0.029	0.001	31.2 ± 7.5	28.8 ± 8.2	23.5 ± 9.2	مداخله	تنهایی
			25.7 ± 10.0	24.8 ± 9.5	24.8 ± 7.6	کنترل	
<0.001	0.491	0.024	13.7 ± 5.7	13.7 ± 5.6	10.9 ± 5.9	مداخله	ترس
			9.7 ± 5.9	10.9 ± 5.3	12.1 ± 5.1	کنترل	
0.01	<0.001	0.960	1.8 ± 2.8	2.1 ± 2.8	3.8 ± 2.7	مداخله	ترس از آسیب جنین
			1.1 ± 2.0	3.3 ± 3.2	3.4 ± 2.5	کنترل	
0.010	0.005	0.041	11.2 ± 3.8	10.6 ± 3.3	8.4 ± 3.8	مداخله	ترس از دست دادن کنترل
			9.4 ± 3.0	8.8 ± 3.4	9.1 ± 3.5	کنترل	
<0.001	0.024	<0.001	112.8 ± 28.6	105.5 ± 25.3	90.2 ± 27.1	مداخله	نمره کل ترس از زایمان
			86.7 ± 30.4	87.1 ± 24.3	91.1 ± 22.8	کنترل	

۲). روند تغییرات نمره تمام فاکتورها در دو گروه با هم تفاوت داشت؛ به طوری که نمره تمام فاکتورها به غیر از فاکتور ترس از آسیب جنین در گروه مداخله از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش می‌یافت، اما در گروه کنترل تغییرات اندکی مشاهده شد. روند تغییرات نمرات فاکتور ترس از آسیب جنین با سایر فاکتورها تفاوت داشت؛ به طوری که در هر دو گروه کاهش آن در طول زمان مشاهده شد، اما در گروه

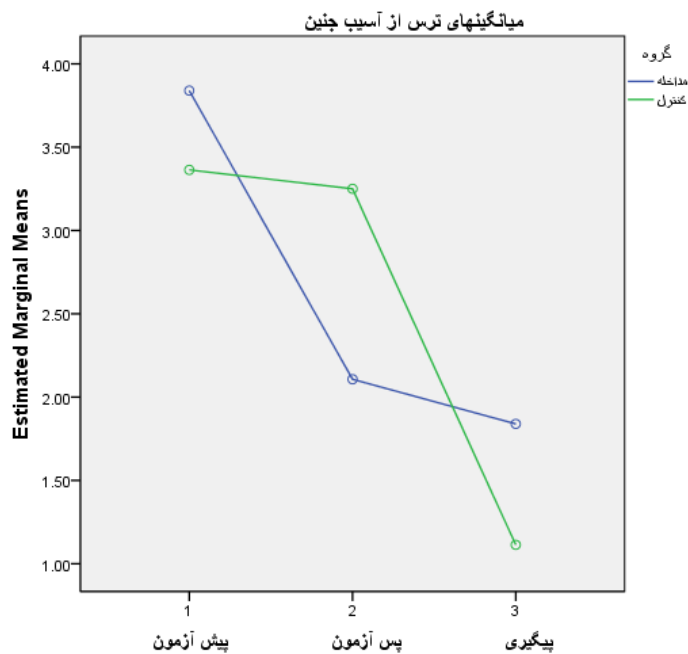
جهت بررسی نمره کلی ترس از زایمان و ۶ فاکتور آن در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون اندازه‌های تکراری استفاده شد. مقایسه دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که میانگین نمره کلی پرسشنامه ویجما در دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت ( $p < 0.001$ ). همچنین روند تغییرات نمره کل ترس از زایمان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و کنترل متفاوت بود ( $p < 0.001$ ) (جدول ۲، نمودار

تمایل به سزارین در شروع مطالعه، پایان مداخله و ۱۴ روز بعد از زایمان در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ( $p > 0.05$ ). تمام مادران به‌صورت طبیعی زایمان کردند.

مداخله بعد از پایان جلسات، کاهش چشمگیری در نمره این فاکتور مشاهده شد و در گروه کنترل تنها بعد از زایمان نمره این فاکتور کاهش قابل توجهی پیدا کرد (نمودار ۳).



نمودار ۲- توزیع میانگین نمره کلی ترس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل



نمودار ۳- توزیع میانگین نمره ترس از آسیب جنین در دو گروه مداخله و کنترل

## بحث

بود، ولی بر روی ترس از زایمان تأثیری نداشت (۲۸). در مطالعه برگستروم و همکاران (۲۰۰۹) آموزش تأثیری بر روی تجربه و ترس از زایمان نداشت (۲۲). فابین و همکاران (۲۰۰۵) نیز نتایج مشابهی ارائه دادند (۲۹). در مطالعه کارآزمایی بالینی گازژوسکا (۲۰۱۴) بر روی ۱۰۹ زن نخست باردار، ترس از زایمان در گروه شرکت‌کننده در برنامه ورزشی کاهش یافت، اما در زنان شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی زایمان سنتی کاهش نیافت (۳۰). در مقابل نجفی و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان باعث کاهش ترس از زایمان در مادران باردار نخست‌زا می‌شود. علت ناهمسویی مطالعه نجفی با مطالعه حاضر ممکن است مربوط به نوع ابزار استفاده شده و چگونگی نمونه‌گیری باشد؛ به‌طوری‌که در مطالعه نجفی از پرسشنامه هارمن که نگرش مادران به زایمان را می‌سنجد، استفاده شد و مطالعه آنها از نوع مشاهده‌ای بود؛ به‌طوری‌که مادران نخست باردار شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، گروه مورد و مادرانی که شرکت نکرده بودند، گروه شاهد را تشکیل می‌دادند (۴). همچنین هاپیو و همکاران (۲۰۱۷) و توهیل و همکاران (۲۰۱۴) نیز نتیجه‌گیری مشابهی ارائه کردند (۲۷، ۳۱). در مطالعه فن‌ویچ و همکاران (۲۰۱۵) نیز مداخله آموزشی - روان‌شناختی توسط ماما بر روی ۹۱ زن باردار موجب کاهش قابل توجه ترس از زایمان در مقایسه با گروه کنترل شد (۳۲).

در مطالعه حاضر مداخله توانست ترس از آسیب جنین حین زایمان را کاهش دهد، اما سایر ابعاد ترس از زایمان را کاهش نداده بود. در مطالعه هاپیو و همکاران (۲۰۱۷)، ترس‌های مربوط به چگونگی انجام زایمان و اپی‌زیاتومی با آموزش از طریق عادی‌سازی و بحث کاهش یافت، ولی ترس‌های مربوط به سلامتی جنین با آموزش برطرف نشد (۲۷).

برخی از مطالعاتی که توانستند تأثیر مداخلات آموزشی را تأیید کنند، از مداخلات روان‌شناختی در کلاس‌های آموزشی خود بهره گرفتند (۲۰، ۳۲-۳۴). در مطالعه حاضر از مداخلات روان‌شناختی استفاده نشد و تنها

در مطالعه حاضر میانگین نمره کلی ترس از زایمان و میانگین نمره تمام فاکتورها به غیر از فاکتور ترس از آسیب جنین در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. همچنین روند تغییرات نمره کل پرسشنامه ویجما و نمرات تمام فاکتورها در دو گروه با هم تفاوت داشت؛ به‌طوری‌که نمره تمام فاکتورها به‌غیر از فاکتور ترس از آسیب جنین در گروه مداخله از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش می‌یافت، اما در گروه کنترل تغییرات اندکی مشاهده شد. روند تغییرات نمرات فاکتور ترس از آسیب جنین در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل حاکی از تأثیر مداخله بر ترس‌های زنان در زمینه آسیب جنین در حین زایمان بود. این نتایج ممکن است بیانگر این باشد که مداخله موجب افزایش ترس از زایمان و همه دامنه‌های آن مگر ترس از آسیب جنین شده باشد و یا حداقل زمینه‌ای فراهم کرده باشد که ترس از زایمان تشدید شود. احتمالاً نمایش فیلم زایمان و سزارین، تور بیمارستانی و مشاهده بلوک زایمان با مساحت کم و تراکم بالای زائو که همچنان به شیوه سنتی بستری بودن چند زائو در یک اتاق اداره می‌شود، از علل افزایش ترس از زایمان در مطالعه حاضر باشد. در جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای همسو با نتایج مطالعه حاضر یافت نشد، اما مطالعاتی که بیانگر عدم تأثیر مداخله آموزشی بر ترس از زایمان باشد، وجود داشت. نتایج متاآنالیز فانتین کوپرز و همکاران (۲۰۱۴) بر روی ۶ مداخله پیشگیرانه، بیانگر عدم تأثیر مداخلات آموزشی بر روی کاهش اضطراب و ترس مادران بود (۲۶). در مطالعه هاپیو و همکاران (۲۰۱۷) نیز تفاوت معناداری در ترس گروه مداخله نسبت به گروه کنترل وجود نداشت (۲۷). علت این تفاوت می‌تواند در نحوه و محتوای آموزش باشد. در مطالعه حاضر ۸ جلسه کلاس آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای برای مادران برگزار گردید، ولی در مطالعه هاپیو فقط یک جلسه ۲ ساعته در بیمارستان برای مادران برگزار گردید (۲۷). مطالعه فتیحی‌زاده و همکاران (۲۰۱۶) بیانگر تأثیر شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان بر روی اضطراب مادران



آمادگی زایمان در مراکز دولتی و خصوصی، رایگان بودن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی و ممنوعیت سزارین انتخابی از جمله مواردی هستند که منجر به کاهش نرخ سزارین شده است.

یکی از محدودیت‌های پژوهش که خارج از کنترل پژوهشگران بود و ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشد، دسترسی همگانی به شبکه‌های اجتماعی و ارائه آموزش‌ها و فیلم‌های زایمان در این شبکه‌هاست که می‌تواند بر میزان ترس آنان تأثیر داشته باشد. اگرچه گروه کنترل نیز ممکن است در معرض آموزش‌ها و اطلاعات مربوط به زایمان قرار گرفته باشند، اما محتمل است که گروه مداخله با کنجاوی بیشتری از طریق شبکه‌های اجتماعی اطلاعات کسب کرده باشند و در نتیجه افزایش ترس آنان تنها به دلیل شرکت در کلاس‌ها نباشد. محدودیت دیگر مطالعه این بود که شرکت در کلاس‌های آموزشی موجب شد که افراد گروه مداخله ارتباطات بیشتری با یکدیگر پیدا کنند و از طریق تشکیل گروه در فضای مجازی، در جریان مشکلات و نتایج بارداری یکدیگر قرار گیرند و این موضوع در مواردی که بارداری یکی از اعضاء دچار مشکل می‌شد، موجب ترس سایر اعضا می‌شد و این مورد نیز در کنترل پژوهشگران نبود، لذا این تصور که آموزش موجب افزایش ترس از زایمان شده باشد، ممکن است تا حدی به دلیل افزایش ارتباطات افراد و تحریک کنجاوی آنان باشد.

اگرچه انتظار می‌رود که آموزش موجب کاهش ترس از زایمان شود، اما برنامه آموزش کشوری مواردی مانند نمایش فیلم زایمان و سزارین را شامل می‌شود که ممکن است که این موارد برای یک زن باردار ممکن است ترسناک باشد. همچنین برگزاری تور زایمانی وقتی محیط اتاق زایمان به شیوه سنتی اداره می‌شود که در آن همه مادران در اتاق لیبر درد می‌کشند، می‌تواند ترس را افزایش دهد. در مطالعه حاضر محتوای کلاس‌های آموزشی بر اساس پروتکل وزارت بهداشت بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات مداخله‌ای بعدی، محتوای ممکن برای کلاس‌های آموزشی مقایسه شود و

کلاس‌های آمادگی زایمان تشکیل شد. در مطالعه شریف‌زاده و همکاران (۲۰۱۸) که از پرسشنامه ویجما جهت بررسی ترس از زایمان استفاده شده بود، تمامی مادران هر دو گروه در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت کردند و برای مادران گروه مداخله ۶ جلسه مشاوره علاوه بر ۸ جلسه کلاس آمادگی برای زایمان، نیز توسط محقق برگزار گردید که در این جلسات افراد تشویق شدند تا راه‌حل‌های عملی و منطقی برای غلبه بر ترس خود را بیابند (۲۰).

در مطالعه حاضر تمایل به سزارین تنها در تعداد کمی از زنان باردار مشاهده شد و دو گروه هم از این نظر تفاوت نداشتند و در پایان مداخله و پیگیری بعد از زایمان نیز تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد. در واقع علی‌رغم افزایش ترس از زایمان در گروه مداخله، تمایل به سزارین افزایش نیافت که احتمالاً افزایش آگاهی زنان از روند زایمان و سزارین و خطرات سزارین موجب شد که تمایل آنان به سزارین افزایش نیابد. در مطالعه قضایی و همکاران (۲۰۱۶) مداخله درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش ترس از زایمان مادران و تمایل به سزارین آنها شد (۳۵). در مطالعه شریف‌زاده و همکاران (۲۰۱۸) که برگزاری جلسات آموزشی با استفاده از روش راه‌حل محور برای مادران نخست‌زا انجام شد، گروه مداخله با دریافت مشاوره راه‌حل محور قصد بیشتری برای زایمان طبیعی پیدا کردند، اما چون دو گروه دوره آموزشی زایمان فیزیولوژیک را طی کرده بودند، در هر دو گروه ترجیح زایمان طبیعی افزایش یافت (۲۰). نتایج مطالعه آصفی و همکاران (۲۰۱۶) که به تعیین تأثیر شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان بر نگرش زنان باردار نسبت به روش‌های زایمانی پرداختند، حاکی از ارتقاء نگرش مادران نسبت به زایمان طبیعی پس از پایان کلاس‌ها و ماندگاری این نگرش تا ۱۵ روز بعد از زایمان بود (۳۶).

در مطالعه حاضر تمام زنان در دو گروه به روش طبیعی زایمان کردند که می‌تواند به علت تحت تأثیر قرار گرفتن روش زایمان از عوامل متعدد باشد. لازم به ذکر است که در ۵ سال اخیر وزارت بهداشت توجه ویژه‌ای برای کاهش آمار سزارین داشته است. برگزاری کلاس‌های

توسط زنان باردار در زمینه زایمان که ممکن است در افزایش ترس آنان مؤثر باشد، بررسی شود.

بررسی شود آیا فیلم زایمان یا تور زایمان موجب افزایش ترس از زایمان می‌شود.

### تشکر و قدردانی

این طرح با کد (IR.MEDSAB.REC.1396.116) و ثبت کارآزمایی بالینی (IRCTID: IRCT20170827035934N2) در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی سبزوار ثبت شده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، تمامی مادران شرکت‌کننده و همکاران عزیزی که در اجرای این طرح ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### نتیجه‌گیری

کلاس‌های آمادگی زایمان موجب افزایش ترس از زایمان در زنان نخست‌زای سبزواری شد، لذا محتوای این آموزش‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد. نمایش فیلم زایمان و سزارین و تور بیمارستانی ممکن است از علل افزایش ترس باشد. در این مطالعه سایر منابع کسب اطلاعات در زمینه زایمان طبیعی بررسی نشد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی منابع کسب اطلاعات

### منابع

1. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170(2):401-6.
2. Heydarpour S, Zare E, Mehrabi E, Heidarpour F, Kolivand M. Comparison of primipara's women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among persian, kurdish and turkish women. *Journal of clinical research in paramedical sciences* 2015; 4(3):223-230.
3. Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011; 16(2):169-73.
4. Najafi F, Abouzari Gazafroodi K, Jafarzadeh Kenarsari F, Rahnama P, GHolami Chaboki B. Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery. *Hayat* 2016; 21(4):30-40.
5. Leeman LM, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery? *Ann Fam Med* 2006; 4(3):265-268.
6. Ghanbari V, Maddah SS, Khankeh HR, Karimloo M, Ardalan A. The Effect of a Disaster Nursing Education Program on Nurses' Preparedness for Responding to Probable Natural Disasters. *Iran Journal of Nursing* 2011; 24(73):72-80.
7. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoudi M. Cesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran. *Payesh* 2002; 1(3):5-10.
8. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5):68-75.
9. Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H. Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77(5):542-7.
10. Khorsandi M, Vakilian K, Nasir zadeh Masooleh M. Investigating Different Factors of Fear in Normal Delivery among Pregnant Women, in Arak-A Cross Sectional Study. *J Fasa Univ Med Sci* 2014; 4(2):161-167.
11. O'Connell MA, O'Neill SM, Dempsey E, Khashan AS, Leahy-Warren P, Smyth RMD, et al. Interventions for fear of childbirth (tocophobia). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; 5:CD013321.
12. Jamilian M, Mobasser SH, Wakilian K, Jamilian HR. Effect of childbirth preparation classes on the duration of admission and satisfaction of mothers. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2014; 21(2):44-50.
13. Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. Relationship of psychological factors in pregnancy to progress in labor. *Nurs Res* 1979; 28(2):94-7.
14. khavandzadeh Aghdam S, Mahfouzi Y, Kazemzadeh R. Effect of prenatal preparation classes on the duration of labor and delivery type in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 21(11):37-43.
15. Rajabi Naeeni M, Simbar M. Effect of child birth preparation classes on empowering Iranian pregnant women: a systematic review. *J Educ Community Health* 2018; 5(1):61-71.
16. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(31):1-12.
17. Sturrock WA, Johnson JA. The relationship between childbirth education classes and obstetric outcome. *Birth* 1990; 17(2):82-5.

18. Rastegari L, Mohebbi P, Jafari E, Mazlounzadeh S. Effects of child birth preparation classes on parous women's' attitude toward child birth. *Preventive care in nursing & midwifery journal* 2016; 6(2):36-44.
19. Najafi F, Abouzari-Gazafrودي K, Jafarzadeh-Kenarsari F, Rahnama P, Gholami Chaboki B. Relationship between attendance at childbirth preparation classes and fear of childbirth and type of delivery. *Hayat* 2016; 21(4):30-40.
20. Sharifzadeh M, Bolbol Haghghi N, Keramat A, Goli M, Motaghi Z. Effectiveness of midwifery counseling based on solution-focused approaches on fear of childbirth. *koomesh* 2018; 20(2):375-83.
21. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Ryding EL. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014; 41(4):384-394.
22. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG* 2009; 116(9):1167-76.
23. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19(2):84-97.
24. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear scale. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002; 23(2):97-107.
25. Mortazavi F. Validity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electron Physician* 2017; 9(6):4606-15.
26. Fontein-Kuipers YJ, Nieuwenhuijze MJ, Ausems M, Budé L, de Vries R. Antenatal interventions to reduce maternal distress: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BJOG* 2014; 121(4):389-97.
27. Haapio S , Kaunonen M, Arffman M, Åstedt-Kurki P. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scand J Caring Sci* 2017; 31(2):293-301.
28. Fathizadeh M, Abedini S, Mohseni S. The effect of childbirth preparation courses on the reduction of anxiety of pregnant women referring to health centers of sirik in hormozgan, iran. *PCNM* 2016; 6(3):24-33.
29. Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(5):436-43.
30. Guskowska M. The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety Stress Coping* 2014; 27(2):176-89.
31. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth* 2014; 41(4):384-394.
32. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15:284.
33. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *J Health Psychol* 2012; 17(4):520-34.
34. Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M, Halmesmäki E, Saisto T. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011; 118(9):1104-11.
35. Ghazaie M, Davoodi I, Neysi A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on fear of childbirth, fear of pain, self-efficacy of childbirth and tendency to caesarean in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(31):1-12.
36. Asefi F, Delaram M, Kazemian A, Bahadoran P. The effect of pregnant women attending in delivery preparation classes on their attitudes mode of delivery. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5(3):44-52.
- 37.