گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره بیستم، شمارهٔ ۵، اردیبهشت ۱۳۹۷، صفحه ۶۷-۶۱

ارتباط استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان در زنان باردار

اعظم سینائی (MSc)[۱]، زهرا عباسپور (PhD)[۲*]، سید اسماعیل هاشمی(PhD)[۳]، ناهید جوادی فر (PhD)[۴]

۱-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲-مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۳-گروه روانشناسی، دانشکده آموزش و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
۴-مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

دریافت: ۹۶/۷/۱۲، اصلاح: ۹۶/۱۱/۲، پذیرش: ۹۷/۲/۱۸

خلاصه

سابقه و هدف: از آنجائیکه انتخاب نوع زایمان یکی از مهم‌ترین انتخاب‌های زندگی یک زن است، بررسی عوامل مؤثر بر این انتخاب نیز ضروری می باشد. در سالهای اخیر تأثیر عوامل مختلف روانشناسی بر نگرش به زایمان مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این عوامل استرس ادراک شده مادر می‌باشد. لذا این مطالعه به منظور تعیین ارتباط استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کوهورت آینده نگر در سال ۱۳۹۵ بر روی ۳۰۵ زن باردار شکم اوّل ۳۲ هفته و بیشتر که به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهر اهواز مراجعه کردند، انجام شد. «اطلاعات دموگرافیک»، «استرس ادراک شده» و «نگرش به انتخاب روش زایمان» با استفاده از پرسشنامه جمع آوری گردید. نمره استرس ادراک شده بین صفر تا ۵۶ (نمره بالاتر معادل استرس ادراک شده بیشتر) و نمره نگرش به زایمان بین ۶۸ تا ۲۰۴ (نمره بالاتر معادل نگرش مثبت‌تر به زایمان) است.

یافته ها: میانگین نمره استرس ادراک شده در افراد با نگرش مثبت، خنثی و منفی به زایمان، به ترتیب ۱۰/۸۶±۲۷/۰۸، ۸/۸۲±۲۵/۷۰ و ۱۵/۱۴±۲۲/۳۶ و در افراد با زایمان انتخابی طبیعی و سزارین، به ترتیب ۱۰/۱۸±۲۶/۴۵ و ۱۰/۴۴±۲۵/۲۴ بود. بین استرس ادراک شده با نگرش به زایمان (p=۰/۲۲) و انتخاب نوع زایمان (p=۰/۴۹) ارتباط معنی‌داری یافت نشد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که بین استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان ارتباط وجود ندارد.

واژه های کلیدی: نگرش به زایمان، انتخاب نوع زایمان، استرس ادراک شده.

مقدمه

زایمان پدیده طبیعی است و مکانیسم انجام آن یک فرآیند خود به خودی و بدون نیاز به مداخله است، که تنها در موارد به خطر افتادن جان مادر و جنین، انجام عمل جراحی سزارین اندیکاسیون دارد (۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۸ میزان سزارین در ۲۴ کشور ۲۷ درصد بوده است (۲). بر اساس گزارش این سازمان در سال ۲۰۱۰، میزان سزارین در ایران در سال ۲۰۰۸، ۴۱/۹ درصد از کل زایمان‌ها بوده است (۳). این در حالی است که توصیه این سازمان برای میزان سزارین تا سال ۲۰۱۰ حداکثر ۱۵ درصد بوده است (۴). بر اساس نظریه Louise Silverton، زایمان طبیعی و درد و ترس همراه با آن می‌تواند در تصمیم گیری زنان برای انتخاب نوع زایمان نقش بالایی داشته باشد (۵). نگرانی و ترس موضوعی مهم از لحاظ پژوهش و همچنین از لحاظ نظریه پردازی می‌باشد (۶). نگرش به معنی یک حالت مثبت و یا منفی نسبت به یک موضوع است. همچنین ترکیب شناخت‌ها، احساس‌ها و آمادگی برای عمل نسبت به چیز معین را نگرش شخص نسبت به آن چیز می‌گویند (۷). در سالهای اخیر تأثیر عوامل مختلف روانشناختی بر نگرش به زایمان مورد توجه قرار گرفته است. یکی از این ویژگی‌ها استرس ادراک شده مادر است. استرس، واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده واقعی یا خیالی است (۸). استرس ادراک شده، به درک و تفسیر کلی فرد از تأثیر پذیری در برابر استرس‌زاها اشاره دارد (۹). شدت استرس ادراک شده اشاره به باور فرد در زمینه میزان جدی بودن استرس دارد (۱۰). بسیاری از محققان معتقدند که وجود تفاوت‌های فردی، واکنش افراد را نسبت به موقعیت‌ها و فشارزاها، متمایز می‌گرداند (۱۱). یکی از این موقعیت‌ها، زایمان مادران باردار است (۱۲). Folkman و همکاران بر این باورند که یک موقعیت زمانی استرس زا خواهد بود که فرد وادار شود تا برای مقابله با آن از منابعی که در اختیار دارد، به شدت استفاده کند و بر اساس ارزشیابی موقعیت اقدام کند (۱۳). در بعضی از مطالعات به بررسی برخی عوامل روانشناختی دخیل در ترس از زایمان پرداخته شده است. بر اساس مطالعات انجام شده، زنانی که نگرانی شدید نسبت به زایمان دارند، زایمان طولانی مدت را تجربه کرده و ترس و

▣ این مقاله حاصل پایان نامه اعظم سینایی دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی و طرح تحقیقاتی به شماره B-۹۵۲۸ دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز می باشد.
* مسئول مقاله: دکتر زهرا عباسپور
آدرس: اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری. تلفن: ۰۶۱-۳۳۷۳۸۳۹۵
E-mail: Abbaspoor_Z762@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]

اضطراب شدید مادر، باعث بروز مشکلات متعدد از جمله الگوی نامنظم قلب جنین و افزایش سزارین می‌شود (۱۴). ازآنجاییکه آمار سزارین در ایران با میزان مورد قبول سازمان بهداشت جهانی فاصله دارد و با توجه به عوارض سزارین از قبیل افزایش ۲ تا ۴ برابری مرگ و میر مادری و ۵ تا ۱۰ برابری صدمات مادری نسبت به زایمان طبیعی و خطر ۴ برابری مرگ نوزادان متولد شده با سزارین نسبت به زایمان طبیعی(۱۶و۱۵) و همچنین کثرت دلایل غیر پزشکی منجر به انجام عمل سزارین نشان دهنده این است که درخواست برای عمل سزارین بدون وجود دلایل پزشکی، بیش از آنکه مسأله‌ای پزشکی باشد، مسأله‌ای انسان شناختی و روان شناختی است و این امر، لزوم تحقیق در مورد مسائل روانشناختی احتمالی مؤثر بر سزارین را ضروری می‌سازد.

نظر به مطالب فوق و با توجه به کمبود مطالعات به ویژه مطالعه آینده نگر در زمینه بررسی ارتباط استرس ادراک شده بر نگرش به زایمان این مطالعه آینده نگر با هدف بررسی ارتباط استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان انجام شد تا با فهم بهتر عوامل واقعی مؤثر بر انتخاب نوع زایمان بتوان در راه برنامه ریزی و اقدام در خصوص کاهش عوامل منفی مؤثر بر نگرش به زایمان طبیعی و نهایتاً کاهش میزان سزارین‌های غیر ضروری گام برداشت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نوع کوهورت آینده نگر پس از تصویب در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اهواز با کد IR.AJUMS.REC.۱۳۹۵.۴۴۸ در سال ۱۳۹۵ در مدت ۴ ماه، بر روی ۳۰۵ زن باردار شکم اوّل هفته‌ی ۳۲ بارداری به بعد که به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز مراجعه کردند انجام گردیده است. جهت انتخاب مراکز از روش تصادفی خوشه‌ای طبقه بندی شده استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا شهر اهواز به دو منطقه‌ی جغرافیایی شرق و غرب تقسیم شد و سپس از هر منطقه دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد. (مراکز ۸ و ۱۷ از منطقه شرق و مراکز ۱ و ۳ از منطقه غرب).

پژوهشگر در مراکز بهداشتی منتخب مستقر شده و افراد به روش نمونه گیری غیر احتمالی آسان از بین زنان بارداری که جهت انجام مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی منتخب مراجعه کرده بودند، پس از اخذ رضایت کتبی توسط پژوهشگر انتخاب شدند. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد نسبت که در آن بر اساس نتایج مطالعات مشابه قبلی، سطح اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ لحاظ شد، معادل دو گروه ۱۶۰ نفره (جمعاً ۳۲۰ نفر) محاسبه شد. زنان با بارداری نخست زا و داشتن سن در محدوده ۱۶ تا ۴۵ سال، رضایت جهت شرکت در مطالعه، نداشتن سابقه نازایی و قرار داشتن در هفته‌ی ۳۲ بارداری به بعد وارد مطالعه شدند و در صورت ابتلا یا سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی، درمان‌های روانشناختی و داشتن ضرورت طبی برای انجام سزارین از مطالعه خارج شدند. جهت گردآوری داده‌ها از دو پرسشنامه استرس ادراک شده Cohen و نگرش به انتخاب روش زایمان استفاده شد.

پرسشنامه استرس ادراک شده Cohen: این پرسشنامه که جهت سنجش میزان استرسی که شخص در طول یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است به کار می‌رود، دارای ۱۴ سؤال بوده و در این آزمون از مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای با پاسخ‌های هرگز، خیلی کم، کم، متوسط، نسبتا زیاد و خیلی زیاد استفاده شده است و آزمودنی براساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین صفر تا ۴ نمره می‌گیرد، سؤال‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ برعکس نمره گذاری می‌شوند (هرگز=۴، کم=۳، متوسط=۲، نسبتا زیاد=۱،و خیلی زیاد=۰) و مجموع نمرات به عنوان نمره استرس ادراک شده در نظر گرفته می‌شود.

کمترین میزان استرس ادراک شده، صفر و بیشترین نمره، ۵۶ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده استرس بیشتر است. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. به طور کلی، ملاک‌های روایی این مقیاس تحت تأثیر جنسیت و سن قرار نمی‌گیرد و روایی مناسبی دارد (۱۷). پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۸۶ برای آزمودنی‌های آمریکایی بدست آمد (۱۸).

پرسشنامه نگرش به انتخاب روش زایمان: ابزاری جهت تعیین عوامل مؤثر بر انتخاب روش زایمان بوده و دارای ۶۸ گویه است که نمره گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت پنج امتیازی می‌باشد. با توجه به نوع گزینه‌ها یا انتخاب‌های لیکرت پرسشنامه، نمرات در سه گروه «نگرش منفی به زایمان طبیعی» (نمره ۶۸ تا ۱۱۳)، «نگرش خنثی» (نمره ۱۱۴ تا ۱۵۹) و «نگرش مثبت به زایمان طبیعی» (نمره ۱۶۰ تا ۲۰۴) قرار گرفتند. افزایش امتیاز، نشان دهنده‌ی افزایش تمایل به انجام زایمان طبیعی است. این پرسشنامه توسط Abbaspoor و همکاران با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب همبستگی ۰/۹۲ طراحی گردید که اعداد فوق به ترتیب نشان دهنده همسانی درونی و ثبات بالای پرسشنامه می‌باشد (۲۰و۱۹). ابتدا توضیحاتی در مورد هدف مطالعه به آزمودنی‌ها داده شد و پس از موافقت آنها جهت همکاری در مطالعه، پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفت و توضیحات لازم درباره‌ی نحوه‌ی پاسخ دادن به سؤالات داده شد. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملاً محرمانه خواهد بود و هویت و مشخصات آنها نیز در مطالعه گزارش نخواهد شد. در نهایت از تمام نمونه‌ها شماره‌ی تماس دریافت شد و به ایشان اطلاع داده شد که جهت پیگیری نوع زایمان انجام شده با ایشان تماس گرفته خواهد شد. در پایان مطالعه ۱۵ نفر به دلیل داشتن ضرورت طبی مجبور به انجام سزارین شدند و به همین دلیل از مطالعه خارج شدند، لذا تعداد نهایی مشارکت کننده‌ها به ۳۰۵ نفر تقلیل یافت. پس از پایان نمونه گیری و پیگیری نوع زایمان‌های انجام شده، پرسشنامه‌ها نمره گذاری شد و داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شدند و $p<۰/۰۵$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

میانگین سنی زنان شرکت کننده در مطالعه۴/۵±۲۲/۷ سال بود و اکثر واحدهای پژوهش (۶۴/۳٪) در محدوده سنی ۲۹-۲۰ سال، ۶۲/۶٪ دارای قومیت عرب، غالب آنها (۴۵/۳٪) دارای تحصیلات در حد راهنمایی، دبیرستان و دیپلم، ۷۰/۵٪ خانه دار و ۶۰٪ دارای سطح اقتصادی متوسط بودند. ۵۲/۱٪ نگرش مثبت به زایمان طبیعی داشتند و زایمان انتخابی اکثر آنها (۸۷/۵٪) طبیعی بود (جدول ۱). بین میزان استرس ادراک شده و نگرش به زایمان شرکت کنندگان در مطالعه رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. بین استرس ادراک شده واحدهای پژوهش با نوع نگرش به زایمان آنها نیز ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول ۲).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]

میانگین نمره استرس ادراک شده در افراد با زایمان انتخابی طبیعی و سزارین به ترتیب ۱۰/۱۸±۲۶/۴۵ و ۱۰/۴۴±۲۵/۲۴ و در افراد با زایمان انجام شده طبیعی و سزارین به ترتیب ۱۰/۲۹±۲۶/۳۳ و ۹/۶۶±۲۶/۰۶ بود. اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه افراد با زایمان انتخابی طبیعی و سزارین (p=۰/۴۹) و زایمان انجام شده‌ی طبیعی و سزارین (p=۰/۸۷) از نظر نوع نگرش به زایمان وجود نداشت (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی افراد مورد مطالعه

متغیر	مشخصات	تعداد(درصد)
سن (سال)	۱۹-۱۶	۸۱(۲۶/۶)
	۲۹-۲۰	۱۹۶(۶۴/۳)
	≥۳۰	۲۸(۹/۲)
تحصیلات	ابتدایی	۴۶(۱۵/۱)
	راهنمایی – دبیرستان	۲۱۵(۷۰/۵)
	دانشگاهی	۴۴(۱۴/۴)
شغل	خانه دار	۲۶۸(۸۷/۹)
	شاغل	۳۷(۱۲/۱)
وضعیت اقتصادی	خوب	۹۳(۳۰/۵)
	متوسط	۱۸۳(۶۰)
	بد	۲۹(۹/۵)
قومیت	فارس	۱۰۲(۳۳/۴)
	عرب	۱۹۱(۶۲/۶)
	سایر	۱۲(۴)

جدول ۲. ارتباط استرس ادراک شده با نمره نگرش به زایمان، نوع نگرش به زایمان و نوع زایمان انتخابی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵

متغیر		نمره استرس ادراک شده		P-value
		تعداد(درصد)	Mean±SD	
نوع نگرش به زایمان	مثبت	۱۵۹ (۵۲/۱)	۲۷/۰۸±۱۰/۸۶	۰/۲۲۲
	خنثی	۱۳۵ (۴۴/۳)	۲۵/۷۰±۸/۸۲	
	منفی	۱۱ (۳/۶)	۲۲/۳۶±۱۵/۱۴	
نوع زایمان انتخابی	طبیعی	۲۶۷ (۸۷/۵)	۲۶/۴۵±۱۰/۱۸)	۰/۴۹۴
	سزارین	۳۸ (۱۲/۵)	۲۵/۲۴±۱۰/۴۴)	
نوع زایمان انجام شده	طبیعی	۲۶۹ (۸۸/۲)	۲۶/۳۳±۱۰/۲۹)	۰/۸۷۹
	سزارین	۳۶ (۱۱/۸)	۲۶/۰۶±۹/۶۶)	

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین میزان استرس ادراک شده با نوع نگرش به زایمان وجود ندارد. همچنین طبق یافته‌های مطالعه حاضر بین استرس ادراک شده با انتخاب نوع زایمان نیز رابطه معنی‌داری وجود ندارد. به عبارتی دیگر تعیین نمره استرس ادراک شده زنان باردار در پیش بینی نوع زایمان انتخابی و انجام شده آنها نمی‌تواند مؤثر باشد. در مطالعه Ghooshchian و همکاران، استرس نتوانست انتخاب نوع زایمان را پیش بینی کند (۲۱). همچنین در مطالعه Chen و همکاران، رابطه معنی داری بین فرآیندهای روانی مانند استرس با زایمان سزارین یافت نشد (۲۲) که این دو مطالعه در این زمینه با مطالعه حاضر همراستا می‌باشند.

در مطالعه Hall و همکارانش نیز استرس و ترس زیاد از زایمان نتوانست به طور معنی داری پیشگویی کننده زایمان به روش سزارین بین خانم‌های شکم اول باشد (۲۳)، که نتیجه این مطالعه در زمینه ارتباط استرس با نوع زایمان، همراستا با مطالعه حاضر است.

مطالعه‌ای که دقیقاً به بررسی ارتباط استرس با نوع نگرش به زایمان بپردازد، یافت نشد، اما در مطالعاتی مشابه به بررسی ارتباط استرس و سایر فاکتورهای روان شناختی مانند اضطراب و ترس با انتخاب نوع زایمان پرداخته شده است، در مطالعه Negahban و همکاران وقوع سزارین اورژانسی در بین کسانی که درجه ترس بالاتری را گزارش کرده بودند بیشتر بود (۲۴). همچنین در تحقیقی Alipour و همکاران، بین اضطراب و سزارین اورژانسی ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۲۵) در مطالعه Fahami و همکاران نشان داده شد که استرس و ترس شدید از زایمان موجب افزایش احتمال درخواست مادر برای سزارین غیر ضروری می‌گردد (۲۶). طبق مطالعه Fahami و همکاران به دلیل ارتباط نزدیک دو نظام شناختی و روانشناختی، متغیرهای روانشناختی مانند ترس و اضطراب در انتخاب نوع زایمان سهم قابل توجهی دارند (۲۶). از طرف دیگر برخی دیگر از مطالعات نیز نشان دهنده عدم ارتباط معنی دار بین زایمان سزارین و متغیرهای روانشناختی می‌باشند. در مطالعه Johnson و همکاران ارتباط معنی داری بین زایمان سزارین و ترس از زایمان گزارش نشد (۲۷).

وجود تفاوت در نتایج مطالعاتی که در زمینه ارتباط فاکتورهای روانشناختی با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان هستند می‌تواند به دلیل استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت سنجش این فاکتورها، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و قومیتی باشد. به نظر می‌رسد که در جامعه تحت مطالعه، حاکمیت فرهنگ سنتی، باورها و اعتقادات مذهبی و تأثیر مستقیم آن بر میزان استرس و مدیریت استرس و همچنین استحکام بیشتر بنیان خانواده در جوامع سنتی و تأثیر مثبت حمایت اجتماعی و خانوادگی بر میزان استرس ادراک شده فرد می‌تواند دلیل عدم ارتباط بین استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و نوع زایمان انتخابی باشد. براساس نتایج مطالعات مختلف، اکثر زنان نخست باردار، درجاتی از ترس از زایمان را تجربه می‌کنند. این ترس می‌تواند یکی از دلایل وقوع سزارین اورژانسی در آنها باشد (۲۸و۱۲).

نتایج مطالعه Baleghi و همکاران نیز نشان داد که استفاده از تن آرامی در کاهش ترس از زایمان و اقبال به زایمان طبیعی تاثیر دارد (۲۹). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به جامعه‌ی مورد پژوهش اشاره کرد که محدود به مراکز بهداشتی درمانی شهر اهواز 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. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش الزام انجام آن در سه ماهه سوم بارداری جهت سنجش نگرش به انتخاب نوع زایمان می‌باشد که در این دوران زنان باردار به اقتضای شرایط فیزیولوژیک بارداری تا حدودی کم حوصله هستند و این موضوع می‌تواند بر نحوه پاسخ دهی آنها به سؤالات تأثیر گذار باشد. با وجود این سعی شد با توضیح کامل و ایجاد

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]

حس اطمینان به واحدهای پژوهش، خطا به کمترین حد رسانده شود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان ارتباط معنی‌داری ندارد. مطابق با مطالعات ذکر شده و جهت نتیجه گیری قطعی در زمینه ارتباط استرس ادراک شده با نگرش به زایمان و سایر زیر مقیاس‌های آن، نیاز به انجام مطالعات بیشتری می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز جهت حمایت مالی از این تحقیق، از همکاری همه شرکت کنندگان که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند و همچنین از زحمات جناب آقای دکتر بهمن چراغیان جهت مشاوره آماری تحقیق، تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]

The Relationship between Perceived Stress and Attitude towards Delivery and Choosing Mode of Delivery among Pregnant Women

A. Sinaei (BSc)[1], Z. Abbaspoor (PhD)[*2], S. E. Hashemi (PhD)[3], N. Javadifar (PhD)[4]

1.Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran.
2.Research Center of Reproductive Health Promotion, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran.
3.Faculty of Psychology, Ahvaz Shahid Chamran University, Ahvaz, I.R.Iran.
4.Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran.

J Babol Univ Med Sci; 20(5); May 2018; PP: 61-7
Received: Oct 4th 2017, Revised: Jan 22nd 2018, Accepted: May 8th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Since choosing mode of delivery is one of the most important choices in a woman's life, the factors affecting this choice are necessary to be considered. In recent years, the effect of various psychological factors on attitude towards delivery has been considered. One of these factors is the mother's perceived stress. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between perceived stress and attitude towards delivery and choosing mode of delivery among pregnant women.

METHODS: This prospective cohort study was conducted among 305 pregnant women who were at week 32 of their pregnancy or above who referred to selected health centers of Ahvaz in 2016. "Demographic information", "Perceived stress" and "Attitude towards mode of delivery" were collected using a questionnaire. Perceived stress score was from zero to 56 (higher score indicates higher perceived stress), and attitude towards delivery score was from 68 to 204 (higher score indicates more positive attitude towards delivery).

FINDINGS: The mean perceived stress score in subjects with positive, neutral and negative attitudes toward delivery were 27.08±10.86, 25.70±8.82 and 22.36±15.14, respectively, and in women with virginal and cesarean deliveries were 26.45±10.18 and 25.24±10.44, respectively. There was no significant correlation between perceived stress and attitude towards delivery (p=0.22) and choosing mode of delivery (p=0.49).

CONCLUSION: The results of the study showed that there is no relationship between perceived stress and attitude towards delivery and choosing mode of delivery.

KEY WORDS: *Attitudes towards delivery, Choosing mode of delivery, Perceived stress.*

Please cite this article as follows:

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.

[*]Corresponding Author: Z. Abbaspoor (PhD)
Address: Research Center of Reproductive Health Promotion, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R.Iran.
Tel: +98 61 33738395
Email: Abbaspoor_Z762@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]

References

1.Sharifirad GH, Fathi Z, Tirani M, Mehaki B. Assessing of pregnant women toward vaginal delivery and cesarean section based on behavioral intention model. J ILAM Univ Med Sci. 2007;15(1):19-23.

2.Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health. The Lancet. 2010;375(9713):490-9.

3.Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. World Health Organization; 2010.

4.Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, Gomez R, Rojas I, Caughey AB. Chilean women's preference regarding mode of delivery: which do they prefer and why?. BJOG. 2006;113(11):1253-8.

5.Campbell D. 'Fear of pain' causes big rise in caesareans UK: Guardian News; 2008. Available from: https://www.theguardian.com/society/2008/oct/26/health-women.

6.Davey CL, Wells A. Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment. New York: John Wiley and Sons; 2006. p. 201-16.

7.Pashasharifi H. Psychological principles of verification. 8th ed. Tehran: Roshd publication; 2002.P. 413.

8.Abbaspoor Z, Moghaddm Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A. Development a questionnaire measuring attitude toward birth method selection (ATBMS) [PhD Thesis]. Tehran: Tarbait Modares University; 2014.

9.Fata L, Mootabi F, Bolhari J, Kazemzadeh_Atoofi M. Stress management: A guide book for workshop training. Tehran: Danjeh; 2008. P. 12.

10.Folkman S, Lazarus RS, Pimley S, Novacek J. Age differences in stress and coping processes. Psychol Aging. 1987;2(2):171-84.

11.Rosenstock IM. The health belief model: Explaining health behavior through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 1990. P. 39-62.

12.AghaYousefi A. The role of personality factors on coping strategies for the effect of therapy on personality factors and psychology [PhD thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2001.

13.Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal children. Int J Obste Gynaecol. 2001;108(5):492-8.

14.Folkman S, Lazarus RS, Dunkel Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Personal Soc Psychol. 1986;50(5):992-1003.

15.DeCherney A, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. CURRENT Diagnosis & Treatment Obstetrics Gynecology. 10th ed. New York: McGraw-Hill; 2007. p. 193.

16.Lim FT, Scherjon SA, van Beckhoven JM, Brand A, Kanhai HH, Hermans JM, et al. Association of stress during delivery with increased numbers of nucleated cells and hematopoietic progenitor cells in umbilical cord blood. Am J Obs Gynecol. 2000;183(5):1144-51.

17.Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. Williams Obstetrics. 24th ed. Tehran: Golban; 2014. p. 697-703.

18.Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.

19.Ghorbani N, Davison HK, Bing MN, Watson PJ, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. Int J Psycho. 2002;37(5):297-308.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]

20.Moghaddam Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A, Abbaspoor Z. Development of a questionnaire to measure attitude toward birth method selection. Iran J Nurs Midwife Res. 2017;22:147-56.

21.Ghooshchian S, Dehghani M, KHorsandi M, Farzad V. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. Arak Med Univ J. 2011;14(56):45-54. [In Persian]

22.Chen CH, Wang SY. Psychosocial outcomes of vaginal and cesarean births in Taiwanese primiparas. Res Nurs Health. 2002;25(6):452-28.

23.Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. BMC Pregnancy and Childbirth. 2012;12(1):78.

24.Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict cesarean section in primiparous women?. Hayat. 2009;14(3,4):73-81.

25.Alipour Z, Lamieyan M, Hajizadeh E. Fear of childbirth, trait anxiety and quality sleep in pregnancy and birth outcomes in nulliparous woman. Iran J Obstet Gynecol Infer. 2012;15(28):21-30.

26.Fahami F, Masoudfar S, Davazdahemami S. The Effect of Lamaze Practices on the Outcome of Pregnancyand Labor in Primpara Women. Iran J Nurs Midwife Res. 2007;12(3).

27.Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section?. Br J Obstet Gynaecol. 2002;109(11):1213-21.

28.Poikkeus P, Saisto T, Unkila-Kallio L, Punamaki RL, Repokari L, Vilska S, et al. Fear of childbirth and pregnancy-related anxiety in women conceiving with assisted reproduction. Obstet Gynecol. 2006;108(1):70-6.

29.Baleghi M, Mohammadian Akerdi E, Zahed Pasha E. The Effect of Relaxation on Childbirth and an Increase in Natural Childbirth. J Babol Univ Med Sci. 2016;18(8):14-9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1397.20.5.8.4]
[DOI: 10.18869/acadpub.jbums.20.5.61]