

# بررسی مقایسه‌ای ترس از زایمان و تجربه زایمانی زنان باردار نخست‌زا در دو قومیت ترک و کرد مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر نرده در سال 1400

فائزه رحیمی<sup>۱</sup>، سه‌یلا ربیعی‌پور\*<sup>۲</sup>، وحید علی‌نژاد<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۱/۱۹ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۲/۰۹

## چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** زنان در طول فرآیند زایمان تجارب مهمی به دست می‌آورند که در طول زندگی همواره با آنها باقی می‌ماند. ترس از زایمان هم در دوران بارداری و هم پس از زایمان منجر به تجربیات منفی زایمان می‌شود. از طرفی قومیت می‌تواند در افزایش یا کاهش پیامدها و تجربیات بارداری نقش داشته باشد. این مطالعه باهدف تعیین و مقایسه تجارب زایمانی و ترس از زایمان در زنان دو قومیت کرد و ترک در شهر نرده انجام گردید.

**مواد و روش کار:** این مطالعه به‌صورت توصیفی و تحلیلی بر روی 630 زن باردار با قومیت‌های کرد و ترک مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شه نرده در سال 1400 انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه ترس از زایمان ویجما نسخه‌های A و B، و پرسشنامه تجربه زایمان (CEQ) بود. جهت انجام مطالعه، در هر مرکز لیست زنان باردار از طریق سامانه سبب استخراج و سپس پرسشنامه‌ها به‌صورت مصاحبه تلفنی تکمیل گردیدند. تکمیل پرسشنامه‌ها به‌صورت دومارحله‌ای بود. در مرحله اول، پرسشنامه ترس از زایمان ویجما نسخه A از هفته 32-36 بارداری در هر دو گروه تکمیل گردید. در مرحله دوم که یک ماه پس از زایمان انجام گرفت، پرسشنامه تجربه زایمان و ترس از زایمان ویجما نسخه B تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 21، و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی، من‌ویتنی، تی‌زوجی، تی‌مستقل و ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** اختلاف می‌انگین نمره ترس از زایمان قبل و بعد از انجام زایمان بین دو گروه زنان باردار ترک و کرد از نظر آماری در سطح 0/05 درصد معنی‌دار بود، به‌طورکلی می‌انگین نمره ترس از زایمان در زنان کرد کمتر از زنان ترک بوده است. می‌انگین نمره تجربه زایمانی در گروه زنان کرد ( $4/26 \pm 67/87$ ) به‌مراتب بیشتر از گروه زنان ترک ( $5/88 \pm 55/69$ ) بود. می‌انگین نمره تجربه زایمانی با ترس از زایمان قبل و بعد از انجام زایمان همبستگی معکوس داشت که در سطح خطای 0/05 این ارتباط معنی‌دار بود. هرچقدر ترس بعد و قبل زایمان بیشتر، تجربه زایمان منفی‌تر بود.

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۲</sup> استاد مامایی، مامایی، گروه مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۳</sup> استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

**نتیجه‌گیری:** بین میزان شدت ترس از زایمان و تجربه کسب‌شده از فرآیند زایمان در زنان نخست‌زا همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد. از طرفی نتایج نشان داد، می‌انگین تجربه و ترس زایمانی بین دو قومیت زنان باردار کرد و ترک متفاوت بوده است. به نظر می‌رسد تجربه و ترس زایمانی در زنان تحت تأثیر فاکتورهای متعددی چون تأثیرات قومیتی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی قرار می‌گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** تجربه زایمانی، فرهنگ، قومیت، ترس از زایمان، درد زایمانی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره اول، پیدرپی 162، فروردین

1402، ص 25-36

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن:

044-32754961

Email: Soheila80@yahoo.com

## مقدمه

ایجاد شود، که می‌تواند عواقبی بر سلامتی آنها داشته باشد (4). ترس از زایمان یک زنجیره پیدرپی از ترس است که به صورت یک ترس طب‌یعی از کاری که تا حالا تجربه نشده یا یک هراس بی‌دلیل از زایمان در زنان وجود دارد. اکثر زنان به‌ویژه زنان نخست‌زا به خاطر ناآشنا بودن با فرآیند زایمان، یک ترس منطقی را تجربه می‌کنند (5). ترس از زایمان یک احساس منفی است و می‌تواند به دو شکل تقسیم شود: ترس پیش‌بینی در دوران بارداری و ترس با تجربه پس از زایمانی (6). که به صورت طیفی از ترس جزئی و متوسط و شدید وجود دارد (7). زنان باردار کمی ترس و اضطراب از نتیجه زایمان دارند که این مسئله یک واکنش طبیعی به وضعیت نامعلوم است (8). ولی ترس شدید از زایمان باعث اضطراب و درد و رنج در طی دوران بارداری می‌شود که ممکن است در انتخاب زایمان سزارین توسط مادر نقش داشته باشد (8). علت رایج درخواست سزارین از طرف زنان در سطح جهان، ترس‌های مرتبط با زایمان است (9). و اثرات آن بین 7-20 درصد

زایمان یک نطفه عطف مهم در طول زندگی یک زن است. زنان در طول فرآیند زایمان تجارب مهمی به دست می‌آورند که در طول زندگی همواره با آنها باقی می‌ماند و اغلب زنان از تجربه زایمان خود به‌عنوان سخت‌ترین کار که آن را انجام داده‌اند سخن می‌گویند (1). تجربه زایمان به‌عنوان یک روی‌داد زندگی فردی که ترکیبی از فرآیندهای فیزیولوژیکی و ذهنی- روانی است تعریف می‌شود که تحت تأثیر زمینه‌های اجتماعی، محیطی، سازمانی و سیاست‌ها قرار می‌گیرد. تجاربی که زنان از فرآیند زایمان کسب می‌کنند به‌عنوان یکی از پیامدهای مهم زایمان تلقی شده و این تجارب در طول زندگی همواره با آنها باقی می‌ماند (1, 2). تجربیات زنان در دوران بارداری و در طول لی‌بر و زایمان چند بعدی است (3). و می‌تواند انواع احساسات از جمله شادی و اضطراب و وحشت همراه باشد. برای برخی از خانم‌های باردار، احساسات منفی بر جای می‌گذارد و ممکن است ترس از زایمان

صحبت مي کنند و همچنين حدود ۳۵ درصد از مردم شهرستان ن يز کرد هستند و به زبان کرد ي سوراني صحبت مي کنند (17) .

قوميت مي تواند در افزايش يا کاهش پيامدها و تجربيات بارداري نقش داشته باشد، در مطالعه وايتهد<sup>۱</sup> و همکاران در سال 2009 فقر و نژاد داراي اثرات مستقلي بر هريك از عوارض بارداري بودند (18, 19).

مطالعات نشان مي دهد درد به شدت با چگونگي تجربه زايمان ي مرتبط است. ذهني ت از درد هنگام زايمان يک عامل بسيار مرتبط با تجربه منفي پس از زايمان هست و از شدي دترين دردهايي است که زنان در طي زندگي خود تجربه مي کنند (1). درد زايمان بخشي از فرآيند زايمان است و نگرش، ادراک، معنا و مفهوم درد زايمان در قوميت هاي مختلف متفاوت است و نوع نگرش نسبت به مقوله درد شدت آن را مشخص مي نمايد (20). گروه ي از صاحب نظران به راي ن عقيده اند که در نژادهاي مختلف آستانه درک درد متفاوت است و برخي ديگر به اهميت عوامل شخصيتي و سايکولوژيک افراد مختلف اشاره کرده اند. به همين علت عده اي افراد به نوع خاصي از تحريک واکنش نشان نمي دهند (21). از طرف ي ديگر شيوع ترس از زايمان در مناطق مختلف ايران متفاوت است. شيوع ترس از زايمان را در شهر رفسنجان 44 درصد گزارش کردند. در بررسي علل ترس، ترس از درد و ترس از آسيب جنيني داراي بي شترين فراواني بود (22) .

از زنان باردار است بطوري که از هر پنج زن باردار، يک فرد دچار ترس از زايمان است (10). ترس شدي د مي تواند بر تجربيات زنان در دوران بارداري و اختلالات خواب و شکايات جسمي تأثير بگذارد (10). که در کشورهاي مختلف متغير گزارش شده است. (به طور مثال در مطالعه اي در استراليا 4.8 درصد، در بلژيک 6.8 درصد و در سوئد 14.8 درصد بوده است) (11, 12) .

عوامل متعددي بر تجربه مادران پس از زايمان اثر مي گذارند که از آن جمله مي توان به ويژگي هاي فردي- اجتماعي (نژاد، قوميت، سن، پاريتي)، ترس از زايمان، وضعيت اجتماعي، انتظارات و توقعات مادر، آموزش قبل از تولد، آگاهي مادر، ميزان ادراک درد، توانايي کنترل، نوع زايمان، انتقال نوزاد به بخش مراقبت هاي ويژه نوزادان اشاره کرد (9, 13). قوميت يک مفهوم پيچيده است که در طول دوره هاي زماني تخيري کرده است و بستگي به شناسايي شخصي و به رسميت شناساي اجتماعي دارد (14). ايران يک کشور چند فرهنگي است که از حيث شاخص تنوع قومي و فرهنگي، رتبه دوم در خاورميانه و رتبه 28 جهان را دارد (15). که نيمي از جمعيت ايران را فارس زبان ها تشکيل مي دهد و نيمي ديگر از قوميت هاي نظري ترک و کرد، لر، بلوچ، گيلک، مازندراني، عرب و ترکمن تشکيل شده است که هرکدام سهم متفاوتي از جمعيت ايران را دارند (16). نَقده يکي از شهرهاي جنوبي استان آذربايجان غربي و مرکز شهرستان نقده است. اين شهر در ۹۵ کيلومتری جنوب شرق اروميه واقع شده است. حدود ۶۵ درصد از مردم شهرستان آذر ي هستند و به زبان ترک ي آذربايجاني

<sup>1</sup> Withead& et al

شدید زایمان و ترس از زایمان هم در دوران بارداری و هم پس از زایمان منجر به تجربیات منفی زایمان می‌شود و که این تجربیات منفی زایمان ممکن است تا 9 ماه پس از زایمان بهبود نیابد (28). یک تجربه منفی زایمان ممکن است بر تصمیمات مادری برای بارداری بعدی تأثیر بگذارد و منجر به تصمیم تعویق انداختن یا اجتناب کامل از حاملگی بعدی و کاهش خطر و تکرار تجربه منفی از زایمان شود (29). قومیت و سنت بخشی از فرهنگ مردم است که باعث تداوم و معنی بخشیدن به زندگی اجتماعی می‌شود. زنان آداب‌ورسوم مختلفی را در زمان بارداری و زایمان تجربه می‌نمایند که تفاوت ملل و فرهنگها را نشان می‌دهد (30) تفاوت‌های قومیتی و فرهنگ‌های مختلف از عواملی است که مراحل مختلف بارداری و زایمان را به‌عنوان یک پدیده زیستی تحت تأثیر قرار می‌دهد و گروه‌های قومی بستر مناسبی برای مطالعه روندهای باروری و بارداری افراد می‌باشد. درک باور، سنت و اعتقادات مربوط به زایمان از اولویت بالایی برخوردار است و بدون درک و اطلاع درباره آن، سی‌است‌گذاری جهت ارتقاء سلامت مادران عقیق خواهد ماند لذا شناخت ایده‌های مختلف، آداب و محدودیت‌های رفتاری در هر فرهنگ جهت دستیابی به مراقبت‌های بهداشتی مؤثر لازم می‌باشد (31).

تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی و قومی جوامع مختلف ایجاب می‌کند که تجارب انسانی و ترس از زایمان در هر جامعه‌ای جداگانه مطالعه گردد. با توجه به اهمیت تجربه لایبر و زایمان و ترس از زایمان، در ارزیابی و ارتقا کیفیت

باور این است که ترس از زایمان در ایران افزایش یافته است. و امروزه نسبت به چند سال گذشته به خاطر ترس از زایمان درخواست انجام عمل سزارین بیشتر شده است. ترس از زایمان یک عامل مهم در این تقاضا بوده و منشأ فرهنگی و قومیتی و اجتماعی دارد. عامل اصلی برای امتناع از انجام زایمان طبیعی در زنان را باورهای فرهنگی غلط در مورد زایمان دانستند (23). ریشه‌های فرهنگی، اجتماعی و روانی در انتخاب زایمان سزارین نقش مهمی دارند؛ به‌طوری‌که امروزه در بسیاری از جوامع انجام سزارین به یک فرهنگ تبدیل شده است و بیشتر زنان داوطلبانه به انجام آن تمایل دارند (24). به‌طوری‌که در مطالعه شیانگ و همکاران<sup>1</sup> در ایالات متحده امریکان نیز می‌زان زایمان سزارین در گروه‌های مختلف قومیتی تغییرات زیادی داشت و در زنان سفیدپوست در مقایسه با سایر گروه‌های قومیتی و نژادی، این می‌زان بیشتر بود (25).

طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت هدف از مراقبت‌های زایمان تجربه یک زایمان مثبت و یک مادر و کودک سالم می‌باشد و این یک نکته مهم برای تمام زنان حین لایبر می‌باشد که این هدف باید با استفاده از حداقل تعداد مداخلات سازگار با ایمنی حاصل شود (26). تجربه زایمانی مثبت می‌تواند همراه با ایجاد احساس رضایت و اطمینان خاطر در مادران باشد و سلامت مادر و نوزاد و ارتباط عاطفی بین آنها و رضایت جنسی مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (27)، درد

<sup>1</sup> Shyang & et al

مراقبت‌ها و کاهش پيامدهاي نامطلوب زاي‌ماني، اين مطالعه باهدف تعيین و مقايسه ترس از زاي‌مان و تجربه زاي‌ماني در دو قوميت زنان باردار کرد و ترک در شهر نقه انجام گرديد.

### مواد و روش کار

اين مطالعه به‌صورت توصيفي و تحليلي بر روي مادران باردار در دو قوميت کرد و ترک مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان نقه در سال 1399 انجام شد. در اين شهرستان 14 مراکز جامع سلامت و پايگاه‌هاي وابسته موجود است به تعداد زنان باردار نمونه‌گيري انجام شد. ضمن کسب مجوز لازم براي انجام پژوهش و توضيح مراحل و اهداف مطالعه توسط محقق، به مادران اطمينان داده شد که اطلاعات محرمانه مي‌ماند حجم نمونه نهايي با توجه به مطالعه حيدرپور و همکاران با تخم يني 10 درصد ريزش، 630 نفر در نظر گرفته شد (32). که 441 نفر زنان ترک و 189 نفر زنان کرد وارد مطالعه شدند. معيارهاي ورود به مطالعه، شامل: سن مادر از 18-45 سال، سن حاملگي 32-36 هفته، حاملگي تک قلو، نولي پار، تمايل شرکت به مطالعه، داشتن تحصيلات کافي (در حد خواندن و نوشتن)، نداشتن يماري هاي اختلالات شناختي و رواني، نداشتن سابقه نازايي. و معيارهاي خروج شامل تولد نوزادي که نياز به بستري داشته است، زاي‌مان با ابزار، زاي‌مان قبل از ترم، انجام زاي‌مان سزاري بود. ابزار گردآوري داده‌ها به شرح زير بود:

1: پرسشنامه اطلاعات فرد ي - اجتماعي مادران: اين پرسشنامه،

پرسشنامه‌هاي محقق ساخته شامل متغيرهاي دموگرافيک مادران باردار از جمله: سن، شاخص توده بدن ي، تحصيلات مادر، همسر و مزيان درآمد، شغل مادر و همسر مي‌باشد و مشخصات باروري شامل: تمايل به روش انجام زاي‌مان توسط مادر و همسر، خواسته و ناخواسته بودن باردار ي، انواع خشونت تجربه‌شده از طرف همسر توسط مادر باردار. 2: پرسشنامه ترس از زاي‌مان (Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire) توسط ويجا در سال 1998، با 33 سؤال در دو نسخه A و B طراحي شده است. نسخه A، جهت بررسي قبل زاي‌مان و نسخه B، جهت بررسي بعد از زاي‌مان طراحي شده است. سؤالات هر دو پرسشنامه يکسان هستند اما در نسخه A، فعل‌هاي استفاده‌شده به‌صورت آينده‌نگر بوده و در نسخه B، زاي‌مان اتفاق افتاده و آنچه مادر تجربه کرده، مورد بررسي قرار مي‌گيرد. پاسخ سؤالات به‌صورت طيف ليکرت 6 تايي از 0 تا 5 توسط زن باردار نمره‌گذاري ميشود صفر نشانگر (بسيار) و پنج نشانگر (اصلاً نيست) مي‌باشد. در نمره بالاتر ترس بيشتري از زاي‌مان آشکار ميشود (بود). دامنه امتيازها از صفر تا 165 و نمره بيشتري نشان‌دهنده ترس بيشتري است. نسخه فارسي اين پرسشنامه در ايران توسط مرتضوي و همکاران روان‌سنجي شده و پاي‌ي ابزار در کل دوران باردار ي، در نسخه A و B با آلفا کرونباخ 0/9 تأييد شد (33).

3: براي سنجش تجربه زاي‌ماني از پرسشنامه تجربه زاي‌مان (Childbirth Experience Questionnaire) استفاده شد، اين پرسشنامه ابزاري 22 گويه اي است که چهار حيطه ظرفيت شخصي مادر (داراي 8 گويه)، حمايت

حرفه‌ای کارکنان زایشگاه (5 گویه)، احساس امنیتی درک‌شده مادر دارای (6 گویه) و مشارکت مادر حین لایبر و زایمان (دارای 3 گویه) را دربر می‌گیرد. این پرسشنامه، تجربه مادران از روند لایبر و اقدامات انجام‌شده طی آن را فارغ از نوع زایمان می‌سنجد. در این پرسشنامه، 19 گویه با مقیاس لیکرت چهار گزینگی (کاملاً موافقم، بی‌شتر موافقم، اکثراً مخالفم و کاملاً مخالفم) و سه گویه (سوالات 20 تا 22) با آنالوگ تصویری رتبه‌دهی مشاهده‌ای (Scale Analogue Visual) نمره‌دهی می‌شود. گزینگی‌های هر گویه دارای امتیاز 1-4 می‌باشد و نمره کلی این پرسشنامه در محدوده 22-88 در نظر گرفته شده است.

دریافت نمره بالاتر از این پرسشنامه، به منزله تجربه زایمانی بهتر می‌باشد. پرسشنامه تجربه زایمان برای استفاده در ایران توسط عباسپور و همکاران در سال 2019 باهدف ترجمه و سازگاری فرهنگی روایی و پایایی شده است. اختلافات جزئی و فرهنگی در طی مراحل ترجمه شناسایی و برطرف شد. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب همبستگی آلفای کرونباخ 0/82 مورد تأیید قرار گرفت. خصوصیات روان‌سنجی CEQ از طریق اعتبار محتوا برای اندازه‌گیری تجربه پس از زایمان خود به خود مورد تأیید قرار گرفتند (34). جهت انجام کار، با توجه به شرایط کرونا و دوران قرنطینه و دسترس‌پذیری محدود به مراجعین، در هر مرکز لیست زنان باردار از طریق سامانه سبب استخراج و براساس معیارهای ورود با ایشان تماس تلفنی برقرار می‌شد و در صورت داشتن معیارهای ورود به

مطالعه و رضایت شرکت در مطالعه، پرسشنامه به‌صورت مصاحبه تلفنی تکمیل می‌گردید. جهت تکمیل تعداد نمونه‌ها در بازه‌های زمانی مشخصی به مراکز و پاییگاه‌ها مراجعه شد و تمام زایمان‌ها با این شرایط مطالعه شدند. که این مطالعه به‌صورت دوجمله‌ای بود که مرحله اول که پرسشنامه ترس از زایمان و ایچما (A) از هفته 32-36 بارداری در هر دو گروه تکمیل می‌گردید. و در مرحله دوم پرسشنامه تجربه زایمان و ترس از زایمان و ایچما (B) یک ماه پس از زایمان با توجه به تاریخ تقریبی زایمان با همان زنان تماس گرفته شد و با توجه به معیارهای خروج، تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه 21، آزمون‌های آماری توصیفی، من و یتنی، تی زوجی، تی مستقل و ضریب همبستگی و تحلیل کواریانس، کای دو و ANCOVA انجام گردید.

### یافته‌ها

میانگین سن 630 مادر شرکت‌کننده در مطالعه فوق‌برابر  $24/67 \pm 5/73$  سال بوده است که بازه سنی (18-45) سال بوده است. با توجه به نتایج حاصل از جدول (1) و (2) مقایسه متغیرهای شاخص‌توده بدنی، تحصیلات مادران و همسرانشان، می‌زان درآمد، شغل مادران و همسرانشان، تمایل به روش انجام زایمان توسط مادران، انواع خشونت بین دو گروه ترک و کرد یکسان بوده و با انجام آزمون آمار تی کای دو<sup>1</sup> و تحلیل واریانس<sup>2</sup> اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند.

<sup>1</sup> Chi-square Tests

<sup>2</sup> Anova

**جدول (1) :** مقایسه متغیرهای کیفی مربوط به مشخصات باروری بین دو گروه زنان باردارترک و کرد

آزمون آماری	گروه				متغیر
	کرد		ترک		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
X <sup>2</sup> =0/549 P=0/908	7/4	14	6/1	27	کم وزن
	41/8	79	44/2	195	نرمال
	31/2	59	30/6	135	اضافه وزن
X <sup>2</sup> =0/289 P=0/962	19/6	37	19	84	چاق
	32/3	61	30/4	134	ابتدایی
	39/2	74	41	181	سیکل
X <sup>2</sup> =0/731 P=0/866	19/6	37	19/3	85	دیپلم
	9	17	9/3	41	دانشگاه ی
	22/2	42	19/3	85	ابتدایی
X <sup>2</sup> =0/708 P=0/702	48/1	91	49/9	220	سیکل
	9/5	18	10/2	45	دیپلم
	20/1	38	20/6	91	دانشگاه ی
X <sup>2</sup> =0/557 P=0/906	19	36	21/5	95	دخل
	61/9	117	58/5	258	بیشترازخرج دخل مساوی با خرج
	19	36	20	88	دخل کمتر از خرج
X <sup>2</sup> =1/916 P=0/59	72/5	137	69/6	307	خانه دار
	9/5	18	10/9	48	کارمند
	13/2	25	14/5	64	شغل آزاد
X <sup>2</sup> =0/363 P=0/547	4/8	9	5	22	دانشجو
	11/6	22	10	44	بی کار
	41/8	79	38/1	168	شغل آزاد
X <sup>2</sup> =0/809 P=0/547	18	34	22	97	کارمند
	28/6	54	29/9	132	دانشجو

\*آزمون Anova

**جدول (2) :** مقایسه متغیرهای کیفی مربوط به مشخصات باروری بین دو گروه زنان باردارترک و کرد

سطح معنی داری	گروه				متغیر
	کرد		ترک		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
X <sup>2</sup> =0/363 P=0/547	70/9	134	68/5	302	تمایل به نوع روش زایمان طبیعی
X <sup>2</sup> =0/809 P=0/547	29/1	55	31/5	139	عمل سزارین مادران*
X <sup>2</sup> =0/809 P=0/547	78/3	148	81/4	359	تمایل به نوع روش زایمان طبیعی

بررسی مقایسه‌ای ترس از زایمان و تجربه زایمانی زنان باردار نخست‌زا در دو قومیت ترک و کرد مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهر نقده در سال 1400

P=0/369	21/7	41	18/6	82	عمل سزارین	زایمان توسط همسران*
X2=0/007	88/9	168	89/1	393	خواسته بوده	خواسته و ناخواسته بودن بارداری*
P=0/933	11/1	21	10/9	48	ناخواسته بوده	
X2=0/752	10/7	18	8/7	34	خواسته خود مادر	خواسته بودن بارداری**
P=0/687	68/5	115	71/5	281	خواسته همسر	
	20/8	35	19/8	78	خواسته هردو	
X2=0/792	78/3	148	80/5	355	هرگز کم	خشونت فیزیکی تجربه شده از طرف همسرتوسط مادر باردار**
P=0/851	12/2	23	10/2	45	کم	
	5/3	10	4/5	20	گاهی	
	4/2	8	4/8	21	بیشتر اوقات	
X2=1/408	90/5	171	88/4	390	هرگز کم	خشونت جنسی تجربه شده از طرف همسرتوسط مادر باردار**
P=0/704	4/2	8	6/6	29	کم	
	3/2	6	2/7	12	گاهی	
	3/2	6	2/7	12	بیشتر اوقات	
X2=0/451	29/1	55	29/3	129	هرگز کم	خشونت روانی تجربه شده از همسر توسط مادر باردار**
P=0/93	12/7	24	10/9	48	کم	
	19/6	37	20/4	90	گاهی	
	38/6	73	39/5	174	بیشتر اوقات	

Chi-square Tests\*

ANOVA\*\*

میانگین نمره کل ترس از زایمان قبل از انجام زایمان برای تمامی مادران حاضر در مطالعه برابر  $13/11 \pm 102/1$  بوده و برای بعد از زایمان برابر  $14/57 \pm 93/65$  گزارش شده است.

**جدول (3):** مقایسه میانگین نمره ترس از زایمان قبل و بعد از انجام زایمان بین دو گروه زنان باردار ترک و کرد

P-VALUE	گروه		متغیر
	کرد	ترک	
* P=0/0001 t=25/107	87/94 ± 7/66	108/17 ± 9/88	ترس از زایمان قبل از انجام زایمان
***P=0/0001 F=82/091	81/34 ± 10/79	97/45 ± 13/45	ترس از زایمان بعد از انجام زایمان
	**t=5/8, P=0/0001	**t=13/65, P=0/0001	P-VALUE

\*آزمون تی مستقل

\*\*آزمون تی زوجی

\*\*\*آزمون کواریانس

انجام زایمان از آزمون تحلیلی کواریانس برای مقایسه میانگین نمره ترس بعد از انجام زایمان استفاده شده است و همچنین با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی زوجی میانگین نمره ترس قبل و بعد از انجام زایمان در گروه ترک و کرد کاهش معنی‌داری داشته است که این اختلاف از نظر آماری در سطح خطای 0/05 معنی‌دار بوده است.

با توجه به نتایج حاصل از آزمون تی مستقل در جدول (3) میانگین نمره ترس از زایمان قبل و بعد از زایمان بین دو گروه ترک و کرد از نظر آماری در سطح 0/05 درصد معنی‌دار بوده است که به‌طور کلی چه قبل و چه بعد از زایمان نمره ترس از زایمان در زنان کرد کمتر از زنان ترک بوده است. لازم به ذکر است با توجه به یکسان نبودن میانگین نمره ترس قبل از

**جدول (4):** میانگین نمرات مقایسه تجربه زایمانی و ابعاد آن در بین دو گروه زنان باردار ترک و کرد مشارکت‌کننده در مطالعه

متغیر	گروه	
	ترک	کرد
ظرفیت شخصی	19/97 ± 2/96	24/32 ± 2/41
پشتیبانی حرفه‌ای	11/41 ± 2/77	15/74 ± 1/56
مشارکت	1/89 ± 8/23	1/62 ± 9/85
ایمنی درک شده	16/08 ± 2/37	17/96 ± 2/42
نمره کل تجربه زایمانی	55/69 ± 5/88	67/87 ± 4/26

\*\*من وی‌تنی

یکسان نمی‌باشد که این اختلاف از نظر آماری در سطح 0/05 معنی‌دار می‌باشد که بطوری که نمرات تمام موارد، در گروه کرد به مراتب بیشتر از گروه ترک بود.

با توجه به نتایج حاصل از جدول (4) آزمون من و وی‌تنی نشان داد میانگین متغیرهای ظرفیت شخصی، پشتیبانی حرفه‌ای، ایمنی درک شده و مشارکت در بین دو گروه ترک و کرد

**جدول (5):** همبستگی بین نمرات تجربه زایمانی با نمرات ترس از زایمان در دو مرحله قبل و بعد از انجام زایمان در زنان باردار دو گروه ترک و کرد

تجربه کل	ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری
ترس از زایمان قبل از انجام زایمان	-0/481	0/0001
ترس از زایمان بعد از انجام زایمان	-0/51	0/0001

با توجه به نتایج حاصل از جدول (5) همبستگی نمره تجربه با متغیر ترس قبل از زایمان برابر -0/481 بوده که این همبستگی معکوس و

در سطح خطای 0/05 معنی‌دار می‌باشد و همچنین همبستگی نمره تجربه با متغیر ترس بعد از زایمان برابر -0/51 بوده که این همبستگی

افزایشی نسبی نسبت به قبل از زایمان داشته و ه م بستگی معکوس و در سطح خطای 0/05 نیز معنی‌دار می‌باشد. به‌طور کلی نمره تجربه کلی با ترس قبل از زایمان و بعد از زایمان هم بستگی دارد هرچقدر ترس به عدو قبل از زایمان بیشتر تجربه از زایمان منفی‌تر است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین مقایسه‌ای ترس از زایمان و تجربه زایمان در زنان در دو قومیت کرد و ترک طراحی و اجرا شده است. نتایج به دست آمده نشان داد، که احتمالاً تفاوت مشاهده شده از نظر ترس زایمانی و تجارب کسب شده زایمان بین دو گروه ترک و کرد مرتبط با مسائل فرهنگی و قومیتی آنها می‌باشد و از نقاط قوت این مطالعه، هر دو قومیت ترک و کرد در یک منطقه جغرافیایی مورد مطالعه قرار گرفته و از نظر سطح اقتصادی و اجتماعی تقریباً همگون بودند. برپایه یافته‌های حاصل از این مطالعه، تفاوت ترس و تجربه زایمان در مقایسه زنان ترک و کرد را می‌توان با چنین تفسیری ارائه داد که می‌زان ترس از زایمان در زنان کرد کمتر و به پیر و آن تجربه مثبتتری از زایمان طبیعی داشتند و این در حالی بود که ترس از زایمان در زنان ترک بیشتر و تجربه زایمان در این گروه زنان منفی‌تر گزارش شده است. این امر حاکی از تعیین‌کنندگی نقش قومیت و (احتمالاً فرهنگ) بر شدت ترس و چگونگی تجربه زایمان توسط زنان نخست‌زا می‌باشد. در این راستا

مطالعه اکوموس<sup>1</sup> و همکارانش (2017) باهدف مقایسه ترس از زایمان در دو جمعیت ساکن در مناطق شهری و روستایی ترکیه نشان داد که زنان استانبول، زایمان سزارین را به زایمان طبیعی ترجیح می‌دادند و ترس بیشتری از زایمان طبیعی داشتند و برای درک بهتر ترس از زایمان و عوامل مرتبط با افزایش سطح ترس از زایمان در هر محیط فرهنگی، تحقیقات بین فرهنگی و منطقه‌ای بیشتری نیاز است (35). نتایج مطالعه الواندرو<sup>2</sup> و همکارانش (2013) باهدف برآورد تأثیر سطوح مختلف ترس از زایمان و نحوه زایمان بر تجربه زایمانی نشان داد، در مقایسه زنان اسپانیایی دارای ترس از زایمان متوسط و زیاد بودند که تجربه زایمانی منفی‌تری نسبت به زنان انگلیسی داشتند. که ترس قبل از زایمان نحوه زایمان بر تجربه زایمان مؤثر است (36). مطالعه هاینس و همکاران<sup>3</sup> (2011) باهدف بررسی سطح ترس مربوط به زایمان با توجه به تقابل فرهنگی و همچنین تأثیر عوامل مختلفی از جمله ویژگی‌های جمعیتی شناختی و اجتماعی در سطح ترس و تجربیات تولد قبلی در یک نمونه از زنان سوئدی و استرالیایی نشان دادند. که نزدیکی به 30 درصد از خانم‌ها از نمونه‌های استرالیایی و سوئدی می‌زان بالایی از ترس از زایمان را داشتند. که ترس زنان سوئدی بیشتر از زنان استرالیایی بود (37). مطالعه اسلوئی<sup>4</sup> و همکاران (2020) باهدف بررسی ارتباط بین نحوه ترجیح و شیوه زایمان با ترس قبل و بعد از زایمان (FOC) نشان داد، زنانی

<sup>1</sup> Okumuş & et al

<sup>2</sup> Elvander & et al

<sup>3</sup> Haines & et al

<sup>4</sup> Sluijs & et al

رفتارهاي بي رحمانه شان، احساس خشم و آزرديگي مي کنند (42).  
 قومي و سنت بخشي از فرهنگ مردم است که باعث تداوم و معني بخشي دن به زندگي اجتماعي ميشود. زنان آداب و رسوم مختلفي را در زمان بارداري و زاي مان تجربه مي نمايند که تفاوت ملل و فرهنگها را نشان مي دهد (30). چنانچه يافته هاي حاصل از اين مطالعه روشن کرد که زنان قوم کرد در مقايسه با زنان قوم ترک نخست زاء، با تجربه مثبت تر و ترس کمتر از زاي مان همراه بودند. مطالعه لوکاس و همکاران ش با هدف مقايسه شيوه و محتوا و عوامل مرتبط با ترس از زاي مان در شش کشور اروپايي (بلژيک، ايسلند، دانمارک، استوني، نروژ و سوئد) نشان داد. وجود شيوه ترس از زاي مان 4.5 درصد در بلژيک تا 15.6 درصد در استوني در زنان نولي پار متفاوت بوده است. و همچنين ترس از 7.6 درصد در ايسلند به 15.2 درصد در سوئد براي زنان مولتي پار متفاوت بوده است. فقط زنان نخست زاء بلژيکي ترس از زاي مان کم تري داشتند. که تفاوتهاي قابل توجهي بين کشورها براي ترس از زاي مان وجود دارد (43). در همين راستا نتايج مطالعه مچور و همکاران (2020)<sup>4</sup> در آمريکا با هدف تعيين نگرشهاي فرهنگي و قومي تي درد زاي مان زنان و مديريت ترس از زاي مان و به چالش کشي دن باورهاي کليشه اي در اين باره، را نشان مي دهد که زنان رنگين پوست نسبت به زنان سفيد پوست درد زاي مان کم تري را تجربه مي کنند (44). مطالعه اي دي گري توسط حيدر پور و همکاران (1395) با هدف

که زاي مان سزارين بر زاي مان واژي نال ترجيح مي دادند. نمره ترس از زاي مان بالاتري داشتند (38) در راستاي مطالعه رابرت و همکاران<sup>1</sup> (2018) ارتباط تجربه مثبت زاي مان با کاهش اضطراب، افسردگي و ترس زنان در بارداري با تجربه مثبت زاي مان ي گزارش گرديد (39). در همين راستا نتايج مطالعه باقري و همکاران (1392)، با عنوان دي دگاه متخصصين زنان و زاي مان ايراني در مورد فاکتورهايي که بر تجربه زاي مان از سوي زنان باردار تأثير مي گذارد نشان داد، در صورتي که درد زاي مان به خوبي کنترل شود با ترس کمتر و اختلالات کمتر طي ليبر به واسطه کاهش اضطراب زنان، به تجربه اي شيرين تبديل براي مادران تبديل خواهد شد. زاي مان طبيعي به راحت ي انجام خواهد شد (40). نتايج مطالعه اوزلم و همکاران (2018)<sup>2</sup> نشان داد تجارب مادران از زاي مان به راحت ي تحت تأثير اهم ترس از زاي مان مي باشد. همچنين چنين نتيجه گرفتند تجارب زاي مان مثبت باعث نگرش مثبت مادر به زاي مان طبيعي ميشود و زنان، اغلب سزارين را به عنوان راهکاري براي فرار از ترس زاي مان طبيعي انتخاب مي کنند (41). در راستاي نتايج اين مطالعه تامسون و همکاران (2020)<sup>3</sup> در يافتند مادران، تجارب زاي مان خود را فراموش نمي کنند؛ آنها حوادث طي ليبر و زاي مان، گفته ها و اعمال تي پزشکی را به خاطر آورده و نسبت به کمکها و مراقبتهاي آن احساس قدرداني و نسبت به بي توجهي و

<sup>1</sup> Roberts & et al

<sup>2</sup> Ozlem & et al

<sup>3</sup> Thomson & et al

<sup>4</sup> Mathur & et al

مقایسه درک زنان نخست‌زا از درد، ترس و اضطراب از زایمان در سه گروه فارس، ترک و کرد انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که درک زنان از درد زایمان به ترتیب از کمترین به بیشترین در بین زنان کرد، ترک و فارس می‌زان گزارش شد و در خصوص ترس و اضطراب مقایسه قومیتی نشان داد به ترتیب زنان کرد، ترک و فارس از کمترین تا بیشترین ترس از زایمان برخوردار بودند. (32). مطالعه آکادری و همکاران (2018)<sup>1</sup> نیز نشان داد زنان در آفریقای جنوبی (جنوب غربی نیجریه) نسبت به زنان آفریقای شمالی درد و ترس از زایمان را شدی‌تر عنوان کرده‌اند و بسیاری از آن‌ها به تسکین درد در طول زایمان تمایل داشتند. (45). مطالعه‌ای دیگر باهدف تشریح نگرانی‌های زنان باردار سیاه پوست و قومیت اقلیت (BME) در مورد زایمان و تجربه آن‌ها از زایمان در مقایسه با زنان سفید پوست توسط رادشا و همکاران (2011) در انگلستان انجام شد. نتایج این مطالعه نیز نشان داد الگوهای نگرانی‌های زنان در خصوص زایمان طبیعی تقریباً مشابه بود اما زنان سیاه پوست و اقلیت بیشتر با احساس عدم اطمینان از خودکارآمدی در زایمان طبیعی، ترس بیشتر و احساس خجالت از معاینات و شرم از زایمان همراه بودند. نتایج این مطالعه تصریح کرده است همه گروه‌های فرهنگی و اجتماعی به شکل مشابهی به درد واکنش نشان نمی‌دهند، (46). در مطالعه هندرسون و همکاران<sup>2</sup> (2017) که باهدف مقایسه شدت درد زایمان و

طول مدت زایمان زنان افغانستانی و پاکستانی انجام شد، نشان داد زنان افغانستانی از روش‌های مقابله‌ای با درد زایمان بهتری استفاده کرده بودند، طول مرحله اول، دوم و طول کل زایمان و شدت درد مرحله اول در آن‌ها کمتر بود و بین ترس از زایمان و پاسخ به درد آشکار، مانند فریاد زدن و گریه کردن، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت (47). نتایج مطالعه محمود (2016) هم راستا با یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه توجیح احتمالی تفاوت قومیتی در شدت ترس و تجربه زایمان نشان داد بیشتر مسائل مربوط به حوزه درد در بین اقوام کرد، به خود ماهیت درد و نحوه بیان و انعکاس و مدیریتی آن مربوط می‌شود. زنان کرد پس از زایمان غالباً از طریق واژه‌ها و اصطلاحاتی، درد زایمان خود را تشریح می‌کنند که قبلاً آن را دیده و یا تجربه کرده‌اند و همچنین برای دیگران نیز قابل فهم است. (48).

### نتیجه‌گیری

با توجه به ارتباط معنی‌دار و معکوس ترس از زایمان و تجربه زایمانی و تفاوت می‌انگین تجربه و ترس زایمانی بین دو قومیت زنان باردار کرد و ترک می‌توان چنین نتیجه گرفت که برای دستیابی به یک تجربه دلخواه، ماندگار و تکرارپذیر از زایمان در زنان نخست‌زا باید به ابعاد مختلف سلامت روان و بالاجس کاهش ترس و اضطراب آنان در طی بارداری و جریان دلهر آور زایمان پرداخت و از آنجایی که ریشه این ترس بیشتر ترس از درد زایمان می‌باشد به نظر می‌رسد فراهم نمودن زمینه مداخلات مشاوره‌ای و حمایتی

<sup>1</sup> Akadri & et al

<sup>2</sup> Henderson & et al

از نقطه قوت اين مطالعه مي توان به اين اشاره کرد که مطالعه بر روي هر دو گروه قوميت کرد و ترک در يک منطقه جغرافي اي، در شهر نرده که بافت مرکبي از کرد و ترک بوده، انجام گرفته است که اط نظر سطح اجتماعي و اقتصادي نيز همگون بوده است.

از محدوديت هاي مطالعه حاضر، هم زمان شدن پژوهش با پاندمي کوي د- 19 بود که شرايط نمونه گيري را با چالش مواجه کرد. و همچنين مطالعه حاضر فقط در زنان باردار ترک و کرد شهر نرده انجام شده مي تواند قدرت تعميم به ساير زنان باردار در قوميت هاي مختلف در شهرها و کشورهاي ديگر را محدود سازد.

### تشکر و قدرداني

اين مقاله مستخرج از نتايج پايان نامه کارشناسي ارشد مشاوره در ماما يي از دانشکده پرستاري و ماما يي دانشگاه علوم پزشکي اروميه سال 1401 است. لذا از تمامي افرادي که در انجام اين تحقيقي، محققين را ياري نموده اند. تشکر و قدرداني مي گردد.

به منظور افزايش سلامت روان مادران، احتمالاً مي تواند آن ها را در برابر فشارهاي رواني، ترس و اضطراب ناشي از فرايند زايمان مقاوم کند. با توجه به نقش پررنگ ماماها در ارائه مشاوره و آموزش هاي دوران بارداري و حمايت رواني و روحي از مادران باردار، با يدي سعي شود که روش هاي مداخله اي و مشاوره اي مناسب در جهت ارتقا بهداشت روان مادران بهره گرفته شود. از سويي يافته ها نشان داد قوميت احتمالاً در کنار ساير مؤلفه هاي مؤثر در سازگاري با درد زايمان مانند خودکارآمدي و انتظار واقع بينانه از فرايند زايمان مي توانند به شيوه فعالتي در فرايند سازگاري و مقابله با درد زايمان و فرايند وضع حمل، مؤثر و به عنوان زمينه اثربخش در تأمين سلامت کودکان و مادران در نظر گرفته شود. در نتايج با توجه به نقش مشاوران ماما يي در زمينه مراقبت، آموزش هاي دوران بارداري و حمايت و پشتيباني روحي و رواني يک مادر باردار، شناخت تفاوت هاي قوميتي و فرهنگي و حتي انتخاب دولها و ماماها با پيشينه فرهنگي و قوميتي مشابه مي تواند موجبات خوشايندسازي زايمان طبيعي مادران باردار را فراهم کند.

### References:

1. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31(1):17-27.
2. Wilde - Larsson B, Larsson G, Kvist LJ, Sandin - Bojö AK. Womens' opinions on intrapart care: development of a theory - based questionnaire. *J Clin Nurs* 2010;19(11):1748-60.
3. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 2009;25(2):e49-e59.
4. Nieminen K, Wijma K, Johansson S, Kinberger EK, Ryding EL, Andersson G, et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to their first child. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017;96(4):438-46.
5. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective

- caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15(1):1-10.
6. 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.
  7. Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *J Anxiety Disord* 2016;44:80-91.
  8. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding E-L, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience—a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015;36(1):1-9.
  9. Al Ahmar E, Tarraf S. Assessment of the socio-demographic factors associated with the satisfaction related to the childbirth experience. *Open J Obstet Gynecol* 2014;2014.
  10. Van der Gucht N, Lewis K. Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery* 2015;31(3):349-58.
  11. Ketting E, Esin A. Integrating sexual and reproductive health in primary health care in Europe: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* 2010;18(4):269-82.
  12. ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet* 2014;384(9949):1226-35.
  13. Baas CI, Wiegers TA, de Cock TP, Erwich JJH, Spelten ER, de Boer MR, et al. Client-related factors associated with a "less than Good" experience of midwifery care during childbirth in the Netherlands. *Birth* 2017;44(1):58-67.
  14. Liebler CA, Porter SR, Fernandez LE, Noon JM, Ennis SR. America's churning races: Race and ethnicity response changes between census 2000 and the 2010 census. *Demography* 2017;54(1):259-84.
  15. Abasi Z, Keshavarz Z, Abbasi-Shavazi MJ, Ebadi A, Esmaily H, Poorbarat S. Comparative Study of Reproductive Behaviors in Two Ethnicities of Fars and Turkmen in North Khorasan, Iran. *J Midw Reprod Health* 2022;10(1):3109-18.
  16. Zanjani H NM. Investigating Ethnic Differences and their Impact on Female Fertility in Iran. UNESCO Joint Project and Population Division of Iran Center for Urban Studies and Research. 1996.
  17. <https://fa.wikipedia.org/>.
  18. Kominiarek MA, VanVeldhuisen P, Hibbard J, Landy H, Haberman S, Learman L, et al. The maternal body mass index: a strong association with delivery route. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(3):264. e1-. e7.
  19. Whitehead NS, Callaghan W, Johnson C, Williams L. Racial, ethnic, and economic disparities in the prevalence of pregnancy complications. *Matern Child Health J* 2009;13:198-205.
  20. Bricker L, Lavender T. Parenteral opioids for labor pain relief: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5):S94-S109.
  21. Heydarpour S, Zare E, Heidarpour F. Comparison of primipara's women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among Persian, Kurdish and Turkish women. *J Clin Res Paramed Sci* 2015;4(3):223-30.
  22. Moradi M, Nazi A, Mazloumi E. Prevalence and Causes Related to Fear of Vaginal Delivery in Iran: A Systematic Review. *Iran J Nurs Res* 2022;17(1):43-53.
  23. Aziken M, Omo-Aghoja L, Okonofua F. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(1):42-7.
  24. Althabe F, Belizán JM. Caesarean section: the paradox. *The Lancet* 2006;368(9546):1472-3.

25. Shiao S-YPK, Andrews CM, Helmreich RJ. Maternal race/ethnicity and predictors of pregnancy and infant outcomes. *Biol Res Nurs* 2005;7(1):55-66.
26. Organization WH. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals: World Health Organization; 2016.
27. Mukamurigo JU, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A. Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: a population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregn Childbirth* 2017;17:1-7.
28. Loeser JD, Melzack R. Pain: an overview. *Lancet* 1999;353(9164):1607-9.
29. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, Van Der Pal K, Prins M, Green J, et al. Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth* 2008;35(2):107-16.
30. Sargent C, Bascope G. Ways of knowing about birth in three cultures. *Med Anthropol Q* 1996;10(2):213-36.
31. Small R, Rice PL, Yelland J, Lumley J. Mothers in a new country: the role of culture and communication in Vietnamese, Turkish and Filipino women's experiences of giving birth in Australia. *Women Health* 1999;28(3):77-101.
32. Heydarpour S, Zare E, Heidarpour F. Comparison of primipara's women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among Persian, Kurdish and Turkish women. *J Clin Res Paramed Sci* 2015;4(3):223-30.
33. Mortazavi F. Validity and reliability of the Farsi version of Wijma delivery expectancy questionnaire: an exploratory and confirmatory factor analysis. *Electron Phys* 2017;9(6):4606.
34. Abbaspoor Z, Moghaddam-Banaem L, Ronaghi S, Dencker A. Translation and cultural adaptation of the childbirth experience questionnaire (CEQ) in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2019;24(4):296.
35. Okumus F, Sahin N. Fear of childbirth in urban and rural regions of Turkey: Comparison of two resident populations. *North Clin Istanbul* 2017;4(3):247.
36. Elvander C, Cnattingius S, Kjerulff KH. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth* 2013;40(4):289-96.
37. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 2011;27(4):560-7.
38. Sluijs A-M, Wijma K, Cleiren MP, van Lith JM, Wijma B. Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2020;41(4):266-74.
39. Roberts V. Impact of Birth Experience on Bonding and Perceived Attachment: A Qualitative Study of the Subjective Experience of Birth. *Alliant Int Univ* 2018.
40. Bagheri A, Alavi NM, Abbaszadeh F. Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: A qualitative study. *Women Birth* 2013;26(1):e45-e9.
41. Cicek O, Mete S. Women's Expectations from Delivery Nurses of Vaginal Birth: A Qualitative Study. *International J Caring Sci* 2018;11(2):831.
42. Thomson GM, Downe S. Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *J Reprod Infant Psychol* 2010;28(1):102-12.
43. Lukasse M, Schei B, Ryding EL, Group BS. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthcare* 2014;5(3):99-106.
44. Mathur VA, Morris T, McNamara K. Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis. *Soc Sci Med* 2020;261:113240.

45. Akadri AA, Odelola OI. Labour pain perception: experiences of Nigerian mothers. *The Pan African Medical Journal* 2018;30.
46. Redshaw M, Heikkilä K. Ethnic differences in women's worries about labour and birth. *Ethnicity & health* 2011;16(3):213-23.
47. Henderson J GH, Redshaw M. Severity of labor pain and duration of labor in Afghan and Pakistani women: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregn Childbirth* 2017;13:1-14.
48. Mahmood K. Labour and birth experiences and awareness of pain relief among Kurdish women: University of Sheffield; 2016.

# A COMPARATIVE STUDY OF THE FEAR OF CHILDBIRTH AND CHILDBIRTH EXPERIENCE OF PREGNANT WOMEN WITH PRIMIPAROUS PREGNANCIES IN TURKISH AND KURDISH ETHNICITIES REFERRING TO COMPREHENSIVE HEALTH CENTERS IN NAQDEH CITY IN 2021

Faeze Rahimi<sup>1</sup>, Eilasoh Rabiepor\*<sup>2</sup>, Vahid Alinejad<sup>3</sup>

Received: 08 February, 2023; Accepted: 29 April, 2023

## Abstract

**Background & Aim:** Women gain important experiences during birthing which will remain with them throughout their lives. Fear of childbirth, both during pregnancy and after childbirth, leads to negative experiences of childbirth. On the other hand, ethnicity can play a role in increasing or decreasing pregnancy outcomes and experiences. This study aimed to compare childbirth experiences and fear of childbirth in two ethnicities, Kurdish and Turkish women, in Naqdeh.

**Materials & Methods:** This descriptive and analytical study was conducted on 630 pregnant women with Kurdish and Turkish ethnic groups referred to Comprehensive Health Centers in Naqdeh in 2021. The data collection tool was a demographic questionnaire, Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ) versions A and B, and Childbirth Experience questionnaire. To conduct the study, in each center the list of pregnant women is extracted by the Sib system; and then, the questionnaires were completed through telephone interviews. Completing the questionnaires were done in two stages. In the first stage, the WDEQ versions A was completed from 32-36 weeks of pregnancy in both groups. In the second stage, which was done one month after giving birth, the the WDEQ versions B was completed. Data were analyzed using SPSS version 21 software, and using descriptive statistical tests, Mann-Whitney test, paired *t* test, independent *t* test, and correlation coefficient test.

**Results:** The difference in the mean score of fear of childbirth before and after delivery between two groups of Turkish and Kurdish pregnant women was statistically significant at the level of 0.05%, as the average score of fear of childbirth in Kurdish women was lower than that of Turkish women. The average score of childbirth experience in the group of Kurdish women ( $67.87 \pm 4.26$ ) was much higher than the group of Turkish women ( $55.69 \pm 5.88$ ). The average score of childbirth experience had an inverse correlation with the fear of childbirth before and after childbirth, which was significant at the error level of 0.05. The greater the fear before and after delivery, the more negative the delivery experience.

**Conclusion:** There is an inverse and significant correlation between the intensity of fear of childbirth and the experience gained from the childbirth process in primiparous women. The mean experience and fear of childbirth among Kurdish and Turkish pregnant women have differed. It seems that the experience and fear of childbirth in women is influenced by several factors such as ethnic, cultural, social, and environmental influences.

**Keywords:** Childbirth Experience, Culture, Ethnicity, Fear of Childbirth, Labor Pain

**Address:** Clinical Research Institute, Nursing & Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +989038421290

**Email:** soheila80@yahoo.com

Copyright © 2023 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Master's student in counseling in midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> Professor of Midwifery, Midwifery, Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran