

ارتباط مراقبت‌های زایمانی پزشکی شده با ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان نخست‌زا با زایمان طبیعی در بیمارستان فاطمه زهرا میاندوآب در سال ۱۴۰۱: یک مطالعه مقطعی

زهرا جوادی^۱، رقیه بایرامی*^۲، مریم نجارزاده^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۵/۰۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۸/۰۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پزشکی شدن^۴ فرآیندی است که طی آن مشکلات غیرپزشکی و اجتماعی به‌عنوان مشکلات پزشکی تعریف‌شده و مدیریت می‌شوند. امروزه مداخلات پزشکی غیرضروری در بارداری‌ها و زایمان‌های کم‌خطر بیش‌ازحد مورد استفاده قرار می‌گیرد که منجر به مداخله بیش‌ازحد در دوران بارداری و زایمان می‌شود. تحقیقات ارتباط مداخلات غیرضروری با ترس از زایمان و تجربیات زایمانی را نشان می‌دهد. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط مراقبت‌های زایمانی پزشکی شده با ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان نخست‌زا انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است که بر روی ۲۵۰ نفر از زنان حامله نخست‌زا با زایمان طبیعی مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمه زهرا میاندوآب با روش نمونه‌گیری در دسترس در سال ۱۴۰۱ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات فردی و سوابق مامایی، پرسشنامه ترس از زایمان ویجما، پرسشنامه تجارب زایمانی و چکلیست مراقبت‌های پزشکی شده لیبر و زایمان بود که پس از کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها تکمیل شد. برای تحلیل اطلاعات از آزمون‌های تی تست و کای دو، تحلیل واریانس و رگرسیون لوجستیک و ضریب همبستگی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد میانگین نمره کلی ترس از زایمان $74/93 \pm 8/99$ و میانگین نمره تجربه زایمانی $41/34 \pm 3/42$ بود. بستری قبل از شروع دردهای زایمانی، مانیتورینگ مداوم جنین، پاره کردن زودرس کیسه آب با داشتن ترس شدید زایمانی ارتباط مستقیم داشتند. مانیتورینگ مداوم جنین، اینداکشن و تقویت دردهای زایمانی، فشار فوندال حین زایمان به‌طور معنی‌داری با داشتن تجربه زایمانی ارتباط معکوس داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: برخی از مداخلات مامایی غیرضروری باعث افزایش میزان ترس از زایمان و تجربه نامطلوب زایمان می‌شود. به نظر می‌رسد لازم است سیاست‌های بهداشتی برای مراقبت‌های مناسب برای زایمان‌های کم‌خطر تعدیل شود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت‌های پزشکی شده، ترس از زایمان، زایمان طبیعی، نخست‌زا

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۷۲، بهمن ۱۴۰۲، ص ۸۷۹-۸۶۸

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری مامایی ارومیه، تلفن تماس ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۴

Email: bayrami.r@umsu.ac.ir

مقدمه

به مداخله بیش‌ازحد در دوران بارداری و زایمان شده و در نهایت روند صعودی در سزارین را که مهم‌ترین شاخص پزشکی شدن بارداری و زایمان است؛ به‌ویژه در زنان نخست‌باردار را، سبب می‌شود (۳، ۴). ازجمله مداخلات پزشکی غیرضروری، القای زایمانی و نظارت الکترونیکی غیرضروری هست که سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده است القای زایمان نباید بدون علت پزشکی واضح انجام شود (۵). علاوه بر مداخلات فناوری، محدودیت‌هایی در خوردن، نوشیدن،

پزشکی شدن^۴ فرآیندی است که طی آن مشکلات غیرپزشکی و اجتماعی به‌عنوان مشکلات پزشکی تعریف‌شده و مدیریت می‌شوند (۱). در حال حاضر، بارداری و زایمان به‌عنوان یک رویداد طبیعی در نظر گرفته نمی‌شود، بلکه به‌عنوان یک رویداد پزشکی شده تلقی می‌شود (۲). امروزه مداخلات پزشکی غیرضروری در بارداری‌ها و زایمان‌های کم‌خطر بیش‌ازحد مورد استفاده قرار می‌گیرد که منجر

^۱ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۲ استادیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات بهداشت باروری، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ Medicalization

حرکت و پوزیشن حین زایمان اغلب بر زنانی که تحت مدل پزشکی زایمان می‌کنند، اعمال می‌شود (۶).

برای دستیابی به زایمانی ایمن، طی سال‌های اخیر دیدگاه زایمان فیزیولوژیک مورد توجه قرار گرفته است، زایمانی که خودبه‌خود شروع می‌شود، پیشرفت می‌کند و در این روند طبیعی از مداخلات و داروهای رایج استفاده نمی‌شود (۷، ۸). برخی مطالعات نشان می‌دهند که زایمان فیزیولوژیک هم برای مادر و هم برای نوزاد مفید است، زیرا می‌تواند خطر عوارض و مداخلات غیرضروری را کاهش دهد. تحقیقات نشان داده است که زنانی که زایمان فیزیولوژیک دارند در مقایسه با افرادی که مداخلات دیگری را دریافت می‌کنند، زایمان کوتاه‌تری دارند. زایمان فیزیولوژیک می‌تواند خطرات و عوارض کمتری مانند دیسترس تنفسی، پذیرش در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و وزن کم هنگام تولد برای نوزاد به همراه داشته باشد (۹، ۱۰).

چندین مطالعه، همبستگی بین استفاده از القای زایمان با داروی اکسی توسین، عمل جراحی سزارین، نمره آپگار پایین و انتقال به بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان را نشان داده است (۱۱-۱۳). از طرف دیگر احساس عدم اطمینان زنان در مورد روند زایمان، مبنایی برای ترس آن‌ها از زایمان باشد (۱۴). ترس از زایمان را می‌توان به‌عنوان احساس عدم اطمینان و اضطراب قبل، حین یا بعد از زایمان توصیف کرد. ترسی که قبل از زایمان یک زن ایجاد می‌شود، ترس اولیه از زایمان نامیده می‌شود، درحالی‌که ترس ثانویه اغلب به تجربیات از زایمان او مربوط می‌شود (۱۵، ۱۶). ترس از زایمان در زندگی شخصی زنان از جمله جنبه‌های عاطفی، اجتماعی و کاری تداخل می‌کند و می‌تواند بر تمایل آن‌ها برای باردارشدن مجدد تأثیر بگذارد (۱۷). ترس بعد از زایمان با مشکلات ارتباط مادر و کودک، افسردگی پس از زایمان و اختلال استرس پس از سانحه (۱۸) ارتباط داشته و علاوه بر این، ترس از زایمان اغلب یکی از عواملی است که زنان باردار درخواست سزارین انتخابی می‌کنند، که ممکن است منجر به افزایش سزارین‌های غیرضروری در بارداری‌های بعدی شده (۱۹) و در نهایت منجر به هدر رفتن منابع پزشکی و افزایش بار اجتماعی و اقتصادی شود. مطالعات نشان داده است که کاهش مداخلات غیرضروری هنگام لیبر و زایمان باعث افزایش کیفیت مراقبت‌ها، رضایتمندی و تجربه زایمان ایمن می‌شود (۲۰، ۲۱).

تجربه زایمان به‌عنوان یک رویداد زندگی شخصی که ترکیبی از فرایندهای فیزیولوژیکی و ذهنی- روانی است، تعریف می‌گردد که تحت تأثیر زمینه‌های اجتماعی، سیاسی، محیطی و سازمانی قرار می‌گیرد (۲۲). مادران، تجارب زایمانی خود را فراموش نمی‌کنند؛ آن‌ها حوادث طی لیبر و زایمان، گفته‌ها و اعمال تیم پزشکی را به خاطر آورده و نسبت به کمک‌ها و مراقبت‌های آن احساس قدردانی

و نسبت به بی‌توجهی و رفتارهای بی‌رحمانه‌شان، احساس خشم و آزرده‌گی می‌کنند، مراقبت‌های بهداشتی مناسب سبب می‌گردد مادر یک تجربه زایمانی مثبت و نگرشی مطلوب نسبت به زایمان بعدی خود داشته باشد (۲۳). ادراک زنان از تجربیات خود از زایمان ناشی از یک فرآیند پیچیده است و اثرات بلندمدتی برای سلامت زنان و فرزندان آن‌ها دارد (۲۴) و به عوامل متعددی مرتبط است. هرچند تجربه زایمان، پدیده‌ای غیرقابل پیش‌بینی است؛ اما می‌بایست خاطره‌ای مثبت با حداقل خطر برای مادر باشد (۲۵). برخی از عوامل مؤثر در تجربه زایمان شامل پیشینه شخصی (۲۶)، اعتماد به ماما، حمایت و احساس کنترل، روش زایمان (۲۷) مدل‌های مراقبت مامایی (۲۶) و ترس از زایمان (۲۸) است. تجربه زایمانی مثبت می‌تواند همراه با ایجاد احساس کنترل، قدرت، رضایت و اطمینان خاطر، در مادران باشد و سلامت مادر، نوزاد و ارتباط عاطفی آن‌ها، فعالیت جنسی مادر را در آینده تحت تأثیر قرار دهد (۲۹-۳۱).

تجربه منفی با، افسردگی بعد از زایمان، ترجیح برای سزارین انتخابی بعدی، اختلال استرس پس از حادثه، شیردهی ناموفق و افزایش احتمال سقط در بارداری بعدی زنان، همراه است. همچنین تجربه منفی ارتباط بین مادر، کودک، همسر و برنامه‌ریزی برای آینده خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۲).

توجه به ترس از زایمان و تجارب زایمانی در زنان نخست‌زای مهم است زیرا ترس و تجربه منفی باعث کاهش تمایل به بارداری در آینده و درخواست سزارین انتخابی می‌شود که هر دو عامل مهم در کاهش میزان تولد و چالش‌های مرتبط با رشد جمعیت کشور است. با توجه به خلأ تحقیقاتی موجود این مطالعه باهدف تعیین ارتباط مراقبت‌های زایمانی پزشکی شده با ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان نخست‌زای با زایمان طبیعی در بیمارستان فاطمه زهرا میاندوآب در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی می‌باشد که باهدف تعیین ارتباط مراقبت‌های پزشکی شده زایمانی با ترس از زایمان و تجربه زایمانی بر روی ۲۵۰ نفر از زنان حامله نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمه زهرا میاندوآب در سال ۱۴۰۱ انجام شد. پس از اخذ کد اخلاق (IR.UMSU.REC.1401.273) نمونه‌گیری به روش در دسترس در طول شش ماه از بین زنان نخست‌زای با زایمان طبیعی به‌شرط داشتن معیارهای ورود انجام شد. تعداد کل زایمان‌های ماهیانه در این زایشگاه حدود ۳۰۰ عدد است که از این تعداد نزدیک به نیمی از مادران نولی پار هستند. مادران واجد شرایط ورود به مطالعه، بعد از زایمان و قبل از ترخیص در همه شیفت‌ها به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از بخش مامایی

پرسشنامه ترس از زایمان ویجما (۱۹۸۸) جهت سنجش و بررسی ترس از زایمان و باهدف اندازه‌گیری احساسات و افکار زنان بعد از زایمان استفاده می‌شود (۳۳). برای محاسبه نمره کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه با هم جمع می‌شود. دامنه نمره این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۶۵ است و نمره کمتر یا مساوی ۳۷ به معنای سطح ترس خفیف، نمره ۳۸-۶۵ به معنای سطح ترس متوسط و نمره ۶۶-۸۴ به معنای سطح شدید است. نمره برش ۸۵ است: بدین معنا که نمرات ۸۵ و بالاتر ترس بالینی را اثبات می‌کنند. پایایی این پرسشنامه در حد بسیار خوب با آلفا کرونباخ ۰/۹۳ بوده و روایی آن با اثبات همبستگی متوسط با سایر ابزارهای روانی به دست آمده است.

پرسشنامه تجربه زایمانی ابزاری با ۲۲ گویه است که چهار حیطه پذیرش مادر، حمایت کارکنان زایشگاه، احساس امنیت درک شده مادر و مشارکت مادر حین لیبر و زایمان را در بر می‌گیرد. این پرسشنامه، تجربه مادران از روند لیبر و اقدامات انجام‌شده طی آن را فارغ از نوع زایمان می‌سنجد. نمره کلی این پرسشنامه در محدوده ۲۰-۸۸ در نظر گرفته شده است. سؤالات ۱۹، ۱۴، ۱۳، ۸، ۵، ۳ و ۲۰ سؤالات معکوس می‌باشند. دریافت نمره بالاتر از این پرسشنامه، به‌منزله تجربه زایمانی بهتر است. در مطالعه والکر و همکاران (۲۰۱۰)، ضریب الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه تجربه زایمان ۰/۹ و ضریب کاپا با آزمون مجدد برای کل پرسشنامه بین ۰/۸-۰/۶۱ محاسبه شد و روایی کلی پرسشنامه با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۳ محاسبه شد (۳۴).

چکلیست دارای ۱۱ سؤال برای نشان دادن عناصر مراقبت‌های دوران بارداری و ۱۵ سؤال برای ارزیابی مراقبت‌های حین زایمانی است که در این مطالعه از سؤالات ارزیابی مراقبت‌های حین زایمان استفاده شد. چکلیست مراقبت‌های حین زایمان شامل رگ‌گیری در هنگام پذیرش، تزریق مسکن، نظارت الکترونیک جنین، بستری شدن در بیمارستان قبل از شروع دردهای زایمان، سزارین، اجازة حرکت آزادانه و تغییر حالت دلخواه، فشار دادن به ناحیه فوندال توسط عامل زایمان، اپیزیاتومی، پاره کردن زودرس کیسه آب، بی‌حسی اپیدورال، سونداژ، اکسیژناسیون بدون اندیکاسیون، NPO^۴ بدون اندیکاسیون در شرکت‌کنندگانی که کاندید زایمان طبیعی هستند است. این چکلیست توسط صدیق و همکاران تهیه و تأیید شد. این ابزار با استفاده از روایی محتوا و صوری ارزیابی شد. نسبت اعتبار محتوای کل (CVR) و شاخص اعتبار محتوای کل (CVI) چکلیست به ترتیب ۰/۸ و ۰/۹ بود. پایایی با آزمون مجدد ارزیابی

انتخاب شدند. پس از توضیح مطالعه و کسب رضایت آگاهانه کتبی از نمونه‌ها، پرسشنامه‌های ترس از زایمان ویجما نسخه B و تجربه زایمانی در اختیار آن‌ها قرار داده شد، تا توسط آن‌ها به شکل خود گزارش دهی تکمیل شود. همچنین چکلیست مراقبت‌های پزشکی شده در حین لیبر و زایمان توسط پژوهشگر از روی پرونده مادر باردار و مصاحبه با مادر تکمیل شد. سعی شد محیط آرامی برای مادران فراهم شود تا بتوانند با آرامش پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تمایل به شرکت در مطالعه، عدم شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، عدم وجود نقص و اختلال گفتاری و شنیداری، عدم داشتن اختلال حملات ترس‌های پانیک، عدم وجود بیماری‌های زمینه‌ای مزمن و بستری در بیمارستان در بارداری فعلی، عدم داشتن سابقه مصرف سیگار، قلیان، مواد مخدر و سایر داروهای غیرمجاز، نداشتن بارداری قبلی یا نداشتن سابقه سقط و سابقه کورتاژ، زنان نخست‌زا دارای جنین زنده و سالم در سن بارداری ۳۷ هفته و بالاتر (بر اساس سونوگرافی ۱۸-۸ هفته‌گی یا تاریخ آخرین قاعدگی^۱ (LMP) و زایمان طبیعی عدم بارداری به دنبال استفاده از فن‌های کمک باروری (IUI^۲، IVF^۳)، عدم ابتلا به بیماری‌های مهم مثلاً بیماری‌های قلبی عروقی، پره اکلامپسی، دیابت، فشارخون مزمن، اختلالات آناتومیکی رحم و غیره، نداشتن مشکلات مامایی از قبیل جفت سرراهی یا داشتن خونریزی واژینال هنگام بستری در زایشگاه، آنومالی یا مشکلات جنین نظیر اختلال رشد، اختلالات مایع آمنیوتیک، دفع مکنونیم و دیسترس جنینی و بارداری طول کشیده^۵، نداشتن سابقه افسردگی یا اضطراب نیازمند درمان بنابه اظهار خود فرد، عدم وقوع حادثه استرس‌زای مهم طی ۶ ماه گذشته در خانواده مثل فوت یکی از نزدیکان، جدایی از همسر و غیره، عدم پارگی کیسه آب هنگام بستری در زایشگاه بود. معیار خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها بود، ضمن اینکه از مادرانی که به هر دلیلی در طی زایمان دچار مشکل شدند و زایمان سزارین انجام دادند، نمونه‌گیری انجام نشد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه‌های ترس از زایمان ویجما نسخه B و تجربه زایمانی و چکلیست مراقبت‌های پزشکی شده بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات زنان باردار از پرسشنامه مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک شامل سن زن و همسر، تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر، سطح درآمد خانوار، داشتن بیمه، شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، سن بارداری، نوع بارداری، جنسیت نوزاد، روش زایمان استفاده شد.

^۴Post Date Pregnancy

^۵ Nil Per Os (Nothing by Mouth)

^۱ last menstrual period

^۲ Intra Uterine insemination

^۳ In vitro fertilisation

یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سن زنان، $21/90 \pm 5/09$ و میانگین سن حاملگی، $38/61 \pm 1/56$ هفته بود. از نظر تحصیلات زن بالاترین فراوانی مربوط به سطح دبیرستان و دیپلم بود (۴۳/۲ درصد). اکثریت زنان خانه‌دار بودند (۸۶/۸ درصد). مراقب مستقیم در اتاق زایمان در بیش از ۹۹ درصد ماما بود. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول ۱ آورده شده است.

شد. برای متغیرهای کیفی از ضریب توافق کاپا استفاده کردند و متغیرهای کمی با استفاده از ضریب همبستگی بررسی شدند ($P < 0/001$) (۱۵).

داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و نیز آزمون‌های تی تست، رگرسیون لجستیک و ضریب همبستگی استفاده تجزیه و تحلیل شدند.

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	(n=250)	تعداد (درصد)
تحصیلات زن	بی‌سواد و ابتدایی	۱۴/۸۳۷
	راهنمایی	۳۳/۶۸۴
	دبیرستان و دیپلم	۴۳/۲۱۰۸
	دانشگاهی	۸/۴۲۱
شغل زن	خانه‌دار	۸۶/۸۲۱۷
	شاغل	۱۳/۲۳۳
محل سکونت	شهر	۳۳/۶۸۴
	روستا	۶۶/۴۱۶۶
وضعیت اقتصادی	دخل بیشتر از خرج	۰/۸۲
	دخل کمتر از خرج	۷۱/۲۱۷۸
	دخل برابر خرج	۲۸/۰۷۰
مراقب مستقیم در اتاق زایمان	ماما	۹۹/۲۲۸۲
	متخصص زنان	۰/۸۲
جنسیت نوزاد	پسر	۴۸/۸۱۲۲
	دختر	۵۱/۲۱۲۸
سن زن (سال)		$21/90 \pm 5/09$
سن همسر (سال)		$27/46 \pm 4/30$
سن حاملگی (هفته)		$38/61 \pm 1/56$

تجربه زایمانی $41/34 \pm 3/42$ (Min: ۲۳ و Max: ۵۵) بود (جدول ۲).

میانگین نمره کلی ترس از زایمان بر اساس پرسشنامه ویجما نسخه B $8/99 \pm 74/93$ (Min: ۵۸ و Max: ۱۱۵) و میانگین نمره

جدول (۲): میانگین نمرات ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان مورد مطالعه

متغیر	Mean±SD	Min	Max
ترس از زایمان	$74/93 \pm 8/99$	۵۸	۱۱۵
تجربه زایمانی	$41/34 \pm 3/42$	۲۳	۵۵

آزادانه در لیبر با داشتن ترس شدید زایمانی ارتباط مستقیم داشتند. در حالیکه اینداکشن؛ تقویت دردهای زایمان؛ فشار دادن فوندال حین؛ و پوزیشن دلخواه در حین زایمان با داشتن ترس شدید زایمانی ارتباط معکوس داشتند هرچند این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). (جدول ۳).

در این مطالعه بر اساس میانه نمره ترس از زایمان افراد مورد مطالعه در دو گروه (< 74) بدون ترس شدید ($n=121$) ≥ 74 ترس شدید ($n=121$) گروه‌بندی شدند و ارتباط آیتم‌های مربوط به مراقبت‌های زایمانی و پزشکی با داشتن ترس شدید مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بستری قبل از شروع دردهای زایمانی؛ مانیتورینگ مداوم جنین؛ پاره کردن زودرس کیسه آب و حرکت

جدول (۳): ارتباط ترس شدید زایمانی با مراقبت‌های زایمانی پزشکی در زنان مورد مطالعه

ترس زایمانی شدید ($Wijma \text{ score} \geq 74$)			
P-value	95% CI for OR	OR¶	مراقبت پزشکی شده
-	-	1 Ref)	بستری قبل از شروع دردهای زایمانی
0.14	(0.187 - 2.59)	1/5	بله
-	-	1	مانیتورینگ مداوم جنین
0.72	(0.166 - 1.18)	1/0.9	بله
-	-	1	پاره کردن زودرس کیسه آب
0.3	(0.146 - 1.26)	2/4	بله
-	-	1	اینداکشن
0.28	(0.146 - 1.25)	0.75	بله
-	-	1	تقویت دردهای زایمان
0.41	(0.149 - 1.34)	0.81	بله
-	-	1	فشار دادن فوندال حین زایمان
0.37	(0.146 - 1.34)	0.79	بله
-	-	1	حرکت آزادانه در لیبر
0.73	(0.166 - 1.76)	1/0.9	بله
-	-	1	پوزیشن دلخواه در حین زایمان
0.96	(0.154 - 1.18)	0.98	بله

¶: Odds Ratio

حین زایمان به‌طور معنی‌داری با داشتن تجربه بدزایمانی ارتباط معکوس داشتند. هرچند بستری قبل از شروع دردهای زایمانی؛ و پوزیشن دلخواه در حین زایمان؛ نیز با داشتن تجربه بدزایمانی ارتباط معکوس داشتند اما این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P > 0.05$). درحالی‌که پاره کردن زودرس کیسه آب و حرکت آزادانه در لیبر با داشتن تجربه زایمانی ارتباط مستقیم داشتند (جدول ۴).

در این مطالعه بر اساس میانه نمره تجربه زایمانی افراد مورد مطالعه در دو گروه (< 42) تجربه زایمانی ($n=115$) و ≥ 42 تجربه زایمانی بسیار بهتر ($n=135$) گروه‌بندی شدند و ارتباط آیتم‌های مربوط به مراقبت‌های زایمانی و پزشکی با داشتن تجربه زایمانی بد مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مانیتورینگ مداوم جنین؛ اینداکشن و تقویت دردهای زایمانی؛ فشار دادن فوندال

جدول (۴): ارتباط تجربه زایمانی بد با مراقبت‌های زایمانی پزشکی در زنان مورد مطالعه

تجربه زایمانی بد ($\text{score} < 42$)			
P-value	95% CI for OR	OR¶	مراقبت پزشکی شده
-	-	(Ref1)	بستری قبل از شروع دردهای زایمانی
0.07	(0.135 - 1.05)	0.6	بله

تجربه زایمانی بد (score < 42)			مراقبت پزشکی شده	
P-value	95% CI for OR	OR [¶]		
-	-	۱	خیر	مانیتورینگ مداوم جنین
<۰/۰۰۱	(۰/۱۷ - ۰/۴۹)	۰/۲۹	بله	
-	-	۱	خیر	پاره کردن زودرس کیسه آب
۰/۵۵	(۰/۳۴ - ۷/۲۴)	۱/۵۹	بله	
-	-	۱	خیر	اینداکشن
۰/۰۰۱	(۰/۲۵ - ۰/۶۹)	۰/۴۱	بله	
-	-	۱	خیر	تقویت دردهای زایمان
۰/۰۰۱	(۰/۲۵ - ۰/۶۹)	۰/۴۱	بله	
-	-	۱	خیر	فشار دادن فوندال حین زایمان
۰/۰۴	(۰/۳۳ - ۰/۹۷)	۰/۵۶	بله	
-	-	۱	خیر	حرکت آزادانه در لیبر
<۰/۰۰۱	(۱/۶ - ۴/۴۱)	۲/۶۹	بله	
-	-	۱	خیر	پوزیشن دلخواه در حین زایمان
۰/۲	(۰/۳۷ - ۱/۲۳)	۰/۶۷	بله	

¶ Odds Ratio

در گروه کنترل ۱۰/۸۳ ± ۷۸/۸۵ که همسو با مطالعه حاضر است (۳۵). در مطالعه بایرامی و همکاران میانگین نمره ترس از زایمان در ابتدای مطالعه در گروه کنترل ۱۱۷/۰۰ ± ۹/۷ گزارش شد که بالاتر از میانگین مطالعه حاضر است. دلیل این اختلاف احتمالاً مربوط به تفاوت‌های فردی اجتماعی، دوره همه‌گیری بیماری کرونا و همچنین زمان تکمیل پرسشنامه‌ها باشد (۳۶). در مطالعه استروکسن^۱ و همکاران نیز میانگین سنی زنان ۳۱ سال بود و میانگین امتیاز پرسشنامه تجربه زایمان ویجما^۲ (W-DEQ) (محدوده ۲-۱۴۵؛ SD 19.5) ۵۷ بود. هشت درصد از زنان (۱۷۸۹/۱۳۴) ترس از زایمان را گزارش کردند که به‌عنوان نمره $W-DEQ \geq 85$ تعریف شده بود (۳۷). که این اختلاف در میانگین بین دو مطالعه به دلیل متفاوت بودن در محدوده نمرات قابل کسب در پرسشنامه‌ها است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین نمره تجربه زایمانی در زنان نخست‌زایا $3/43 + 41/36$ درصد (max:55, min:23) است. در همین راستا، در مطالعه‌ای که توسط رحیمی و همکاران در شهر نرده انجام شد میانگین نمره تجربه زایمانی در زنان بیشتر از مطالعه حاضر بود که این تفاوت در میانگین نمرات بین دو مطالعه ممکن است به دلیل تفاوت ویژگی‌های فردی اجتماعی، محیط پژوهش و ویژگی‌های مراقبین زایمانی باشد (۳۸). در مطالعه بایرامی

همچنین ارتباط بین نمرات ترس از زایمان و تجربه زایمانی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که بین نمرات ترس از زایمانی و تجربه زایمانی ارتباط معکوس معنی‌دار وجود داشت ($r = -0.14$ و $P = 0.03$). به عبارتی با افزایش نمرات ترس از زایمان، تجربه زایمانی بدتر می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین ارتباط مراقبت‌های زایمانی پزشکی شده با ترس از زایمان و تجربه زایمانی در زنان نخست‌زایا با زایمان طبیعی در بیمارستان فاطمه زهرا میاندوآب در سال ۱۴۰۱ انجام شد. نتایج نشان داد میانگین سن زنان، $5/09 \pm 21/90$ و میانگین سن حاملگی، $1/56 \pm 38/61$ هفته بود. از نظر تحصیلات زن بالاترین فراوانی مربوط به سطح دبیرستان و دیپلم بود. اکثریت زنان خانه‌دار بودند مراقب مستقیم در اتاق زایمان در بیش از ۹۹ درصد ماما بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره کلی ترس از زایمان بر اساس پرسشنامه ویجما B در زنان مورد مطالعه $8/99 \pm 74/93$ از محدوده نمره قابل کسب (۰-۱۶۵) بود. در این راستا نتایج مطالعه ملاً محمودزاده و همکاران نشان داد که میانگین نمره ترس

² Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ)

¹ Storksen

و همکاران نیز میانگین نمره تجربه زایمانی $12/59 \pm 57/03$ بود (۳۹).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین نمره ترس از زایمان (FOC)^۱ با بستری قبل از شروع دردهای زایمانی، مانیتورینگ مداوم جنین، پاره کردن زودرس کیسه آب و فشار فوندال حین زایمان ارتباط آماری معنی‌دار داشت. در چندین مطالعه بیان شده است که FOC بر روی انتخاب روش زایمان توسط زنان تأثیر داشته به طوری که در اغلب موارد زنانی که ترس از زایمان داشته‌اند روش سزارین را انتخاب کرده‌اند که این امر نیز به نوبه خود می‌تواند منجر به مداخلات پزشکی و مامایی بیشتر شود (۳۷، ۴۰، ۴۱). در مطالعه‌ای که توسط ادموند^۲ و همکاران انجام شده نشان داده شد که زنان مبتلا به FOC شدید اغلب القای زایمان داشتند (۴۲). در مطالعه حاضر زنانی که مانیتورینگ مداوم جنین داشتند ترس بیشتری را تجربه کرده بودند. در خصوص مانیتورینگ مداوم جنین جایی که اضطراب رخ می‌دهد، ممکن است بیشتر مربوط به اضطراب عمومی در مورد سلامت نوزاد باشد، که ممکن است توسط طیف وسیعی از عوامل از جمله رفتار کارکنان و ارتباطات کلامی برای لزوم مانیتورینگ جنین ایجاد شود (۴۳). در مطالعه اندروون^۳ و همکاران میانگین نمره ترس از زایمان در زنانی که زایمان سزارین را انتخاب کردند، بیشتر از زنانی بود که زایمان طبیعی را انتخاب کردند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود. ترس شدید از زایمان در دوران بارداری با علائم فیزیکی، اضطراب و کابوس همراه است؛ به طوری که بارداری را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زنان برای مقابله با این ترس، تمایل به انجام سزارین دارند (۴۰).

تجربه زایمان به عنوان یک رویداد زندگی شخصی که ترکیبی از فرایندهای فیزیولوژیکی و ذهنی- روانی است، تعریف می‌گردد که تحت تأثیر زمینه‌های اجتماعی، سیاسی، محیطی و سازمانی قرار می‌گیرد (۲۲). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مانیتورینگ مداوم جنین، ایندکشن و تقویت دردهای زایمانی، فشار دادن فوندال حین زایمان به طور معنی‌داری با تجربه زایمانی ارتباط معکوس داشتند. حرکت آزادانه در لیبر با داشتن تجربه زایمانی ارتباط مستقیم داشتند. ارتباط مراقبت‌های پزشکی مامایی با تجربه زایمانی به صورت موردی در برخی مطالعات مورد بررسی قرار گرفته است و مطالعه جامعی در این خصوص وجود نداشت. در مطالعه پلیس^۴ و همکاران نشان داده شد که زنان نخست‌زا که تحت القای زایمان قرار می‌گیرند، عمدتاً به دلیل زایمان و عوامل مرتبط با زایمان، در معرض

خطر تجربه زایمان منفی هستند و رسیده شدن دهانه رحم^۵ دهانه رحم و استفاده از اکسی توسین با تجربه زایمانی منفی ارتباط داشتند که همسو با مطالعه حاضر است (۴۴). در مطالعه فنارولی^۶ و همکاران نتایج نشان داد که طولانی شدن فاز خروج نوزاد و بی‌حسی اپیدورال با تجربه زایمانی منفی ارتباط داشتند (۴۵). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که فشار دادن فوندال حین زایمان ارتباط معنی‌داری با تجربه منفی زایمانی داشت. همسو با نتایج مطالعه حاضر در چند مطالعه بیان شده است که استفاده از فشار فوندال بر روی رحم برای زنان خوشایند نبوده و تا حد امکان از انجام آن باید اجتناب شود (۴۶-۴۸).

از طرفی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین ترس از زایمان و تجربه زایمانی ارتباط معکوس معنی‌دار وجود دارد بطوریکه با افزایش نمرات ترس از زایمان، تجربه زایمانی بدتر می‌شود. در این راستا سیفلد^۷ و همکاران مطالعه‌ای با عنوان تجربه زایمان، میانجی ارتباط بین ترس از زایمان و پیوند مادر و کودک تا ۱۴ ماه پس از زایمان^۸ انجام دادند و نتیجه گرفتند که ترس از زایمان، تجربه زایمان منفی را پیش‌بینی می‌کند (۱۸). در مطالعه دیگری نیز نشان داده شد که زنان با ترس شدید $3/7$ برابر بیشتر در معرض خطر تجربه منفی زایمان بودند (۴۹). در مطالعه استروکسن^۸ و همکاران، با استفاده از مدل‌های رگرسیون لجستیک چند متغیره، یک تجربه کلی منفی قبلی قوی‌ترین تأثیر را بر ترس از زایمان و به دنبال آن اختلال در سلامت روان و حمایت اجتماعی ضعیف داشت (۳۷) که همسو با مطالعه حاضر است.

در حالی که مداخلات پزشکی می‌تواند در برخی موارد ضروری و نجات‌دهنده باشد، اما می‌تواند به ترس از زایمان و ناتوانی کمک کند. برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مهم است که نیازها و ترجیحات فردی هر زن را در نظر بگیرند و حمایت و مداخلات مناسب را برای اطمینان از تجربه تولد مثبت ارائه دهند. تغییرات ساختاری، سازمانی و مفهومی در مراقبت‌های مامایی برای برآوردن نیازهای زنان باردار مبتلا به FOC مورد نیاز است و ارائه یک مدل ساختاریافته برای مراقبت‌های مامایی مهم است. برای بهبود سلامت مادران و نوزادان و ارتقای کیفیت زندگی، ارائه مراقبت‌های پزشکی بهتر در جهت تغییر رویکرد به زایمان طبیعی در هر دو بخش بهداشت عمومی و خصوصی مورد نیاز است.

در کشور ما اکثر پژوهش‌ها به بررسی ترس از زایمان در دوره بارداری پرداخته و به اثر پیشگویی‌کنندگی آن بر زایمان سزارین که

⁵ cervical ripening

⁶ Fenaroli

⁷ Seefeld

⁸ Störksen

¹ Fear of Childbirth

² Edmondsx

³ Andaroon

⁴ Place

دانشگاه علوم پزشکی ارومیه است.

تضاد منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

- (۱) کسب مجوز کد اخلاق IR.UMSU.REC.1401.273 از کمیته اخلاق و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
- (۲) ارائه مجوز معاونت پژوهشی به محیط پژوهشی و توضیح درباره اهداف و نحوه انجام طرح به مسئولین و حراست محیط پژوهش
- (۳) ارائه توضیحات لازم و کافی درباره مطالعه و نحوه انجام آن به شرکت‌کنندگان
- (۴) اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و اختیاری به صورت کتبی از شرکت‌کنندگان
- (۵) اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان مبنی بر اینکه اطلاعات آن‌ها محرمانه خواهد ماند.
- (۶) رعایت اصول اخلاقی در استفاده از منابع در این پژوهش

شاخص مهم از پزشکی شدن زایمان است؛ تمرکز کرده‌اند (۴۰، ۵۰، ۵۱) و توجه کمتری به ترس بعد از زایمان شده است. توجه به ترس از زایمان و تجارب زایمانی در زنان نخست‌زا مهم است زیرا ترس و تجربه منفی باعث کاهش تمایل به بارداری در آینده و درخواست سزارین انتخابی می‌شود که هر دو عامل مهم در کاهش میزان تولد و چالش‌های مرتبط با رشد جمعیت کشور است. لذا توجه به مقوله ترس از زایمان و تجارب زایمانی از نقاط قوت این مطالعه است.

محدودیت‌ها:

مادران شرکت‌کننده در این مطالعه نخست‌زا بودند و از آنجایی که تجربه زایمان قبلی می‌تواند بر ترس از زایمان مؤثر باشد، نتایج قابل‌تعمیم به مادران چند زایمانی نیست و محدودیت مطالعه است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که حامی مالی این مطالعه بودند و نیز تمامی شرکت‌کنندگان محترم تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

حمایت مالی

حامی مالی این مطالعه معاونت محترم تحقیقات و فناوری

References:

1. Samgadharan DRC, Vandana K, Nandu K. Rising Trend Of Caesarean Section: Review On The Determinants Of Cesarean Section Deliveries. *Eur J Mol Clin Med* 2021;7(7):5904-9.
2. Oladapo OT, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, et al. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG* 2018;125(8):918-22. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
3. Lothian JA. The journey of becoming a mother. *J Perinat Educ* 2008;17(4):43-7. <https://doi.org/10.1624/105812408X364071>
4. Davies AP, Andrea; Sørensen, Elin et al. Motherhood, Marketization, and Consumer Vulnerability. *J Macromarketing* 2010;30(4):384-97. <https://doi.org/10.1177/0276146710378170>
5. Khorsandi M VK NzMM. 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):161-7.
6. Lothian J. Birth plans: the good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35(2):295-303. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
7. Neerland CE. Maternal confidence for physiologic childbirth: a concept analysis. *J Midwifery Womens Health* 2018;63(4):425-35. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12719>
8. Rydahl E, Juhl M, Declercq E, Maimburg RD. Disruption of physiological labour;-A population register-based study among nulliparous women at term. *Sex Reprod Healthc* 2021;27:100571. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100571>
9. Oshvandi K, Masoumi SZ, Kazemi F, Shayan A, Oliaei SS, Mohammadi A. Comparison of Maternal Anemia and Their Infant Apgar Scores in Conventional Vaginal Delivery with Physiological Delivery. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020;28(4):9-19. <https://doi.org/10.30699/ajnmc.28.4.9>
10. Behzadifar M, Hasanvandi H, Shahabi S, Bakhtiari A, Azari S, Ehsanzadeh SJ, et al. Development of Physiological Childbirth in Iran: Policy Brief. *Yafte* 2023;24(4):94-101.

11. Bernitz S, Øian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery* 2014;30(3):364-70. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.010>
12. Kjærgaard H, Olsen J, Ottesen B, DYKES AK. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(4):402-7. <https://doi.org/10.1080/00016340902811001>
13. Berglund S, Grunewald C, Pettersson H, Cnattingius S. Risk factors for asphyxia associated with substandard care during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(1):39-48. <https://doi.org/10.3109/00016340903418751>
14. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs* 2018;27(13-14):2523-35. <https://doi.org/10.1111/jocn.14219>
15. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92(3):318-24. <https://doi.org/10.1111/aogs.12072>
16. Lukasse M, Schei B, Ryding EL. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc* 2014;5(3):99-106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
17. Wijma K WB. A woman afraid to deliver: how to manage childbirth anxiety. In: *Bio-psycho social obstetrics and gynecology*. Springer International Publishing, Switzerland. 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40404-2_1
18. Seefeld L, Weise V, Kopp M, Knappe S, Garthus-Niegel S. Birth Experience Mediates the Association Between Fear of Childbirth and Mother-Child-Bonding Up to 14 Months Postpartum: Findings From the Prospective Cohort Study DREAM. *Front Psychiatry* 2021;12:776922. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.776922>
19. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;116(1):67-73. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x>
20. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet* 2014;384(9948):1129-45. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
21. Liu Y, Li T, Guo N, Jiang H, Li Y, Xu C, et al. Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):151. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05476-x>
22. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 2009;25(2):e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
23. Naghizadeh S, Schati F, Atri Barzanjeh S, Ebrahimi H, Eghdampour F. Comparative study of mothers' satisfaction with physical care provided by laborers, maternal and postpartum carers in Tabriz educational and Non-educational hospitals. *Woman Fam Stud* 2012;3(11):129-41.
24. Karlström A, Nystedt A, Hildingsson I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
25. Madady S, Schati F, Mohammad Alizadeh S, Mirghafourvand M. Effect of hot shower and intravenous injection of hyoscine on childbirth experience of nulliparous women: a randomized clinical trial. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017;20(2):78-88.
26. McLachlan HL, Forster DA, Davey MA, Farrell T, Flood M, Shafiei T, et al. The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial.

- BJOG 2016;123(3):465-74.
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13713>
27. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
28. Henriksen L, Grimsrud E, Schei B, Lukasse M. Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery* 2017;51:33-9.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
29. 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 Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1363-z>
30. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nurs Res Pract* 2013;2013.
<https://doi.org/10.1155/2013/349124>
31. Ulfssdottir H, Nissen E, Ryding E-L, Lund-Egloff D, Wiberg-Itzel E. The association between labour variables and primiparous women's experience of childbirth; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1):1-7.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-208>
32. Sigurdardottir VL, Gamble J, Gudmundsdottir B, Kristjansdottir H, Sveinsdottir H, Gottfredsdottir H. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women Birth* 2017;30(6):450-9.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>
33. 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 Gynaecol* 1998;19(2):84-97.
<https://doi.org/10.3109/01674829809048501>
34. Walker KF, Wilson P, Bugg GJ, Dencker A, Thornton JG. Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0513-4>
35. Mola Mahmoudzade M, Kheirkhah M, Sadeghi Avvalshahr H, Haghani Sh. The effect of role-playing educational intervention on the expectation of childbirth experience of primigravida women. *J Modern Med Inf Sci* 2021;7(1):9-18.
<https://doi.org/10.52547/jmis.7.1.9>
36. Bayrami R, Rostami F, kamran A, Rasuli J. A comparative study of peer-based education with two methods of using mobile phones and face-to-face education to reduce fear of childbirth in first-time pregnant women. Thesis. Urmia University of Medical Sciences 2021.
37. 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;15:221.
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>
38. Rahimi F, Rabiepor E, Alinejad V. 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. *Nurs Midwifery J* 2023;21(1):25-36.
<https://doi.org/10.61186/unmf.21.1.25>
39. Bayrami R, AbdollahPoor S. Investigating the effect of the implementation of the training workshop on honoring the pregnant mother on the knowledge and performance of midwives and the experience and satisfaction of childbirth in mothers admitted to Imam Khomeini Hospital in Sardasht in 1400. Thesis. Urmia University of Medical Sciences 2021.
40. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmacili 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.
41. Pazandeh F, Potrata B, Huss R, Hirst J, House A. Women's experiences of routine care during labour and

- childbirth and the influence of medicalisation: a qualitative study from Iran. *Midwifery* 2017;53:63-70. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.001>
42. Edmonds JK, Zabbo G. Women's Descriptions of Labor Onset and Progression Before Hospital Admission. *Nurs Womens Health* 2017;21(4):250-8. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2017.06.003>
43. Barber V, Linsell L, Locock L, Powell L, Shakeshaft C, Lean K, et al. Electronic fetal monitoring during labour and anxiety levels in women taking part in a RCT. *Br J Midwifery* 2013;21(6):394-403. <https://doi.org/10.12968/bjom.2013.21.6.394>
44. Place K, Rahkonen L, Verho-Reischl N, Adler K, Heinonen S, Kruit H. Childbirth experience in induced labor: A prospective study using a validated childbirth experience questionnaire (CEQ) with a focus on the first birth. *Plos One* 2022;17(10):e0274949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274949>
45. Fenaroli V, Molgora S, Dodaro S, Svelato A, Gesi L, Molidoro G, et al. The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19(1):419. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2561-7>
46. Farrington E, Connolly M, Phung L, Wilson AN, Comrie-Thomson L, Bohren MA, et al. The prevalence of uterine fundal pressure during the second stage of labour for women giving birth in health facilities: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health* 2021;18(1):98. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01148-1>
47. Papadakis K. Critical appraisal of the role of applying uterine fundal pressure in labour: First, do no harm. *Hypertens Pregnancy* 2019;7(1):22-6. <https://doi.org/10.14390/jssh.p.HRP2019-007>
48. Sarkar A, Panneer Selvam S, Chawla R, Jindal S, Thakur V. Addressing the high prevalence of uterine fundal pressure in low-middle income country during vaginal delivery through a quality improvement initiative: Road to respectful maternity care. *J Obstet Gynaecol Res* 2023;49(1):194-200. <https://doi.org/10.1111/jog.15462>
49. Strandberg M, Wallstrom T, Wiberg-Itzel E. Women's expectations and experiences of labor induction - a questionnaire-based analysis of a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021;21(1):355. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03786-6>
50. Negahban T, Ansari A. Does Fear of Childbirth Predict Emergency Cesarean Section in Primiparous Women? *Hayat* 2009;14(4):73-81.
51. Körükçüa O ZM, Kukulü K. Relationship between fear of childbirth and anxiety among Turkish pregnant women. *Procedia Soc Behav Sci* 2010;5:476-0. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.125>

THE RELATIONSHIP OF MEDICALIZED BIRTH CARE WITH FEAR OF CHILDBIRTH AND CHILDBIRTH EXPERIENCE IN NULLIPAROUS WOMEN WITH NATURAL BIRTHS IN FATIMEH ZAHRA HOSPITAL OF MIANDOAB IN 2022: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Zahra Javadi¹, Roghayeh Bayrami², Maryam Najarzadeh³

Received: 27 July, 2023; Accepted: 30 October, 2023

Abstract

Background & Aims: "Medicalization" is how non-medical and social problems are defined and managed as medical problems. Today, unnecessary medical interventions are used excessively in low-risk pregnancies and births, which leads to excessive intervention during pregnancy and childbirth. Research shows the connection between unnecessary interventions and fear of childbirth and childbirth experiences. Therefore, a study was conducted to determine the relationship between medicalized childbirth care and the fear of childbirth and childbirth experience in nulliparous women with natural childbirth..

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional correlation study was conducted on 250 nulliparous pregnant women with natural delivery referred to Fatemeh Zahra Hospital of Miandoab in 2022. Participants were selected using convenience sampling. The data collection tools were the personal characteristics and midwifery records, the fear of childbirth questionnaire, the childbirth experiences questionnaire, and the checklist of medical care of labor and childbirth. Questionnaires were completed after the pregnant women had signed written consent forms. Data were analyzed in SPSS software ver. 16.0 using t-test, chi-square tests, analysis of variance, logistic regression, and correlation coefficient.

Results: The results showed that the mean score of fear of childbirth was 74.93 ± 8.99 , and the mean score of childbirth experience was 41.34 ± 3.42 . The hospitalization before the onset of labor pains, continuous fetal monitoring, and premature rupture of the water sac were directly related to having a severe fear of childbirth. The results also showed that continuous fetal monitoring, labor pain strength induction, and fundal pressure during labor were significantly inversely related to having childbirth experience..

Conclusion: Some unnecessary midwifery interventions increase the fear of childbirth and the unpleasant experience of childbirth. It seems necessary to modify health policies for proper care for low-risk births.

Keywords: medical care, fear of childbirth, natural childbirth, primiparous

Address: Urmia University Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +984432754964

Email: bayrami.r@umsu.ac.ir

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.

¹ Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

² Assistant Professor of Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Patient Safety Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran