

## تاثیر تن آرامی بر کاهش ترس و انجام زایمان طبیعی در زنان نخست زا

محبوبه خورسندی<sup>۱</sup>، دکتر فضل الله غفرانی پور<sup>۲\*</sup>، دکتر علی رضا حیدرینیا<sup>۳</sup>، دکتر سقراط فقیه زاده<sup>۴</sup>، دکتر مریم وفایی<sup>۴</sup>،  
فیروزه روستا<sup>۵</sup>، دکتر فرخنده امین شکروی<sup>۶</sup>

۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

۲- دانشیار، دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

۳- استاد، دکترای تخصصی آمار زیستی، گروه آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

۴- دانشیار، دکترای تخصصی روان شناسی، گروه روان شناسی دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

۵- کارشناس ارشد مامایی، پژوهشگر

۶- استادیار، دکترای تخصصی بهداشت عمومی، گروه آموزش بهداشت دانشگاه تربیت مدرس تهران، ایران

تاریخ دریافت ۸۷/۱/۱۸، تاریخ پذیرش ۸۷/۳/۸

### چکیده

**مقدمه:** تعداد زنانی که به علت ترس از زایمان خواهان سزارین هستند افزایش یافته است. به نظر می‌رسد که تن آرامی روش خوبی برای حذف یا کاهش ترس زایمان باشد. این تحقیق با هدف بررسی تاثیر تن آرامی بر ترس زایمان و انجام زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا طراحی گردیده است.

**روش کار:** مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی است که از بهمن سال ۱۳۸۵ لغایت مهر ۱۳۸۶ در بیمارستان میلاد بر روی ۱۰۰ زن نخست‌زا انجام شده است. ترس زایمان بوسیله پرسش‌نامه نگرش زایمان بررسی شد. زنان شکم اول با حاملگی کم خطر که در سه ماهه دوم بارداری بودند و نمره ترسشان ۲۸ یا بیشتر بود به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد، هر کدام ۵۰ نفر قرار گرفتند. گروه مورد، تحت آموزش ۹ جلسه‌ای تن آرامی و گروه شاهد تحت مراقبت روتین بارداری قرار گرفتند.

**نتایج:** میانگین نمرات گروه مورد و شاهد قبل از مداخله به ترتیب  $39/35 \pm 6/96$  و  $40/71 \pm 6/23$  بود و اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید. مقایسه نمره ترس زایمان در دو گروه در سه ماهه سوم بارداری نشان دهنده کاهش ترس زایمان در گروه آزمون بود که نسبت به گروه شاهد اختلاف معنی‌داری را نشان داد.  $38/03 \pm 9/27$  و  $29/82 \pm 7/18$ ،  $(p < 0/001)$ . از نظر انجام زایمان طبیعی نیز بین گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید  $(p < 0/001)$ .

**نتیجه گیری:** زنان نخست‌زایی که تحت آموزش تن آرامی قرار گرفتند نمره ترس زایمان پایین‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند. نتایج تحقیق اهمیت آموزش مهارت تن آرامی را در کاهش ترس زایمان و افزایش زایمان طبیعی تایید می‌نماید.

**واژگان کلیدی:** ترس زایمان، زایمان طبیعی، تن آرامی

\*نویسنده مسئول: تهران، تقاطع چمران و جلال آل احمد، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت، صندوق پستی ۱۱۱-۱۴۱۱۵

Email: [Ghofranf@modares.ac.ir](mailto:Ghofranf@modares.ac.ir)

افزایش قابل توجه در میزان سزارین در سراسر

جهان این مسئله را به عنوان یکی از معضلات سیستم

مقدمه

بهداشتی در آورده است. طبق بررسی‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۴ نزدیک ۴۰/۶ درصد از زایمان‌ها در کشور به طریق سزارین انجام شده است (۱). که این میزان ۴-۳ برابر میزان مورد قبول سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که روند انجام سزارین در کشور رو به رشد می‌باشد (۲). سزارین مشکل جهانی است که عوامل چندگانه در بروز آن نقش دارند. از عواملی که در افزایش سزارین غیر ضروری نقش دارد ترس از زایمان است (۳).

بیش از ۸۰ درصد زنان با حاملگی‌های کم خطر، درجاتی از ترس زایمان را تجربه می‌نمایند (۴) و در ۱۰-۶ درصد موارد این ترس موجب عوارض شدید ناتوان کننده می‌گردد. ترس شدید از زایمان و پیش بینی درد و دیسترس در طی لیبر موجب افزایش احتمال سزارین اوژانسی و درخواست مادر برای سزارین غیر ضروری می‌گردد (۵، ۶). در اکثریت موارد ترس از زایمان سبب تقاضای مادر برای سزارین می‌گردد (۷). در برخی تحقیقات شایع ترین علت تقاضای زنان نخست‌زا برای سزارین ترس از زایمان بوده است (۸، ۹). در تحقیق انجام شده توسط رای‌دینگ بر روی زنان سوئدی، ۳۶ درصد از آنها ترس از درد را به عنوان دلیل اصلی انتخاب سزارین مطرح نمودند (۱۰). هم چنین شریعت در ۷۱ درصد موارد دلیل انتخاب سزارین توسط مادر را ترس از درد زایمان مطرح می‌نماید (۳).

در مطالعه ظفرقندی شیوع ترس زایمان ۵۹ درصد گزارش شده است و اضطراب و ترس از زایمان در زنانی که در خواست سزارین داشتند، نسبت به آنانی که در خواست زایمان طبیعی داشتند بالاتر بود (۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد، زنان از زایمان می‌ترسند چون درد آن را خارج از توان خود می‌پندارند و نسبت به سلامتی کودک خود نگران هستند. چالش بزرگ زن باردار که حس درماندگی را در او ایجاد می‌کند تصمیم گیری در مورد روش زایمان است. او که توان خود را به علت بمباران اطلاعات تضعیف کننده از

دست داده است ترس زیادی را تجربه می‌کند که این ترس چرخه معیوب را طی نموده و درد او را در زمان زایمان تشدید می‌کند (۱۱).

ترس، اضطراب و درد سه عاملی هستند که در هنگام زایمان نقش مهمی را ایفا می‌کنند. اگر ترس و اضطراب بر طرف شود باعث می‌شود که آرامش روحی و جسمی جایگزین گردد (۷).

چرخه معیوب سندرم ترس، کشش و درد مسئول درد لیبر می‌باشد. در ۹۵-۹۰ درصد از موارد می‌توان بوسیله حذف ترس و کشش، درد شدید را حذف یا به آن غلبه نمود (۱۲). گزارش‌هایی از سوئد و فنلاند نشان داده‌اند که به دنبال درمان ترس از زایمان در طول بارداری، نیمی از زنان پس از کسب توانایی بیان اضطراب و ترس خود و مصاحبه با فرد آموزش دیده از در خواست خود مبنی بر انجام سزارین منصرف شده‌اند و زایمان واژینال با موفقیت انجام گرفته است (۱۳).

یکی از موثرترین راه‌های مقابله با استرس و درد زایمان استفاده از روش‌های غیر دارویی می‌باشد. مطالعات انجام شده نشان داده است که تن آرامی موجب کاهش ترس از زایمان، تسهیل و تسریع روند زایمان می‌گردد. تن آرامی و تصویر سازی روی اعصاب اتونوم تأثیر گذاشته و سبب آرامش می‌شود. انجام تمرینات منظم تن آرامی در طی حاملگی، میزان موفقیت مادر در انجام تن آرامی طی لیبر را افزایش می‌دهد. تمرینات تن آرامی و تصویر سازی از زایمان در طی حاملگی می‌تواند احساسات مادران باردار را نسبت به کودک متولد نشده قوی ساخته و به تطابق مادری کمک نماید. به علاوه سازگاری مثبت افزایش یافته، به طور چشم گیری با سلامت عمومی زن باردار مرتبط بوده و به پیوند عاطفی مادر و جنین کمک می‌کند (۸). تن آرامی موجب افزایش ترشح هورمون اندورفین یا هورمون ضد درد و کاهش ترشح هورمون آدرنالین می‌شود.

آموزش تن آرامی به عنوان یکی از مداخله‌های آموزشی و مهارتی که مادر باردار تا پایان عمر می‌تواند از آن در جهت ارتقای کیفیت زندگی خود استفاده نماید، از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۴). این روش، روشی غیر دارویی در کاهش درد زایمان، ارزان و بی‌زیان می‌باشد و برای کاهش ترس به ویژه در دوران بارداری پیشنهاد شده است. با توجه به شیوع بالای سزارین در کشور و این که تحقیقات انجام شده در مورد ترس زایمان، محدود بوده و جنبه توصیفی داشته پژوهش‌گر بر آن شد تا تأثیر تن آرامی را بر ترس زایمان و انجام زایمان طبیعی در زنان نخست‌زا بررسی نماید.

## روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه پژوهش ۱۰۰ نفر از زنان نخست‌زا می‌باشند که جهت مراقبت بارداری به بیمارستان تامین اجتماعی میلاد مراجعه کرده بودند. انتخاب نمونه در دو مرحله صورت گرفت. ابتدا جهت ۲۶۷ زن شکم اول مراجعه کننده به کلینیک مراقبت بارداری بیمارستان میلاد در طی مقطع زمانی مهر تا بهمن ۱۳۸۵، پرسش‌نامه ترس زایمان تکمیل گردید و از بین آنها ۱۰۰ نفر که مایل به شرکت در مطالعه و دارای معیارهای ورود در پژوهش بودند انتخاب گردیدند. معیارهای ورود در مطالعه شامل: سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، حاملگی منفرد، نخست حامله بودن، سن حاملگی ۱۴ تا ۲۸ هفتگی (در سه ماهه دوم حاملگی)، داشتن بارداری کم خطر (نظیر عدم وجود بیماری مزمن مانند بیماری‌های قلبی، پر فشار خونی، بیماری‌های ریوی، آنمی فقر آهن، دیابت، آنمی، عفونت‌های مجاری ادراری- تناسلی، بیماری‌های مربوط به تیروئید، صرع، عدم وجود سابقه سقط و...)، داشتن شاخص توده بدنی مناسب، عدم استفاده از داروی خاص، نمره ترس از زایمان بالاتر از ۲۸ و حاملگی خواسته، بود. سپس افراد بر اساس تخصیص تصادفی ساده در دو گروه آزمون و شاهد، (در هر گروه ۵۰ نفر)، قرار داده شدند. گروه

شاهد فقط مراقبت روتین را دریافت کردند و گروه آزمون به ۵ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند و به طور مجزا هر گروه برنامه آموزشی مشتمل بر ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای را از سه ماهه دوم بارداری دریافت نمودند. در تمام مراحل تحقیق یک نفر مربی مجرب به همراه محقق، آموزش کلیه گروه‌ها را به عهده داشتند. به منظور تشویق زنان باردار در انجام تمرین منظم تن آرامی، ابتدا جلسه آموزشی مشترک با حضور همسرانشان برگزار گردید و به تأثیر ترس از زایمان بر سلامت مادر و کودک و خانواده اشاره شد و بر نقش ایشان در حمایت جسمی روانی همسرانشان تأکید گردید. از پدران خواسته شد تا در انجام تمرینات و شرکت منظم در کلاس‌ها مشوق و حمایت کننده همسران خود باشند. در اولین جلسه آموزشی بر منطق تن آرامی، تأثیر تن آرامی بر کاهش ترس زایمان تأکید گردید و تن آرامی به عنوان مهارت مقابله با درد زایمان به زنان آموزش داده شد. تکنیک تن آرامی آموزش داده شده، تن آرامی کاربردی بود چون بررسی‌ها نشان داده است که این تکنیک در مقابله با ترس و اضطراب موثر می‌باشد (۱۵). اهم آموزش‌های داده شده شامل انجام تنفس عمیق، شل سازی عضلات، آرام سازی به روش رها شدگی، آرام سازی از طریق شرطی شدن، آرام سازی افتراقی و تصویر سازی مرتبط با زایمان بود. در هر مرحله اهداف زیر مورد نظر بود:

مرحله اول (تنفس عمیق): هدف از انجام این مرحله، افزایش جذب اکسیژن در بدن و کاهش سرعت تنفس و سرعت تغییرات عصبی ناشی از ترس بود.

مرحله دوم (شل سازی عضلات): هدف از انجام این مرحله، شناسایی عضلات غیر تنیده بود.

مرحله سوم (آرام سازی به روش رها شدگی عضلات): هدف از انجام این مرحله، کاهش زمان رسیدن به آرامش عضلانی، شناسایی و افتراق بین عضلات در هم تنیده و غیر تنیده و حذف انقباض عضله (که در مرحله پیشین وجود داشت)، بود.

جهت بررسی ترس زایمان از پرسش نامه نگرش زایمان (CAQ)<sup>۱</sup> هارمن که توسط لویی مورد بازنگری قرار گرفته بود استفاده شد (۱۱). به منظور به دست آوردن پرسش نامه ای معادل با زبان اصلی از اصول ذکر شده توسط برسلین استفاده شد (۱۷). ابتدا دو زبان شناس به طور مستقل پرسش نامه ها را به فارسی ترجمه نمودند. سپس دو زبان شناس دیگر نسخه ترجمه شده را به طور مستقل به انگلیسی ترجمه نمودند و پس از نهایی شدن، نسخه تهیه شده توسط فرد متخصص دو زبانه با نسخه اصلی مقایسه شد. سپس نسخه نهایی جهت تعیین روایی محتوا توسط پانل خبرگان مورد بررسی قرار گرفت و تغییرات بسیار جزئی صورت گرفت. پرسش نامه اصلی دارای ۱۶ سوال بود. با توجه به نظر پانل خبرگان دو سوال حذف و پرسش نامه دارای ۱۴ سوال مورد استفاده قرار گرفت. در این پرسش نامه پاسخ سوالات به صورت طیف لیکرت ۴ تایی (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) می باشد که برای هر سوال به ترتیب پاسخی بین یک تا چهار در نظر گرفته شده است. به این ترتیب امتیازها دامنه ۵۶-۱۴ را شامل می شود. نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر است. با توجه به این که در مورد ترس زایمان نمره برشی<sup>۲</sup> وجود نداشت، در تعیین نمره برش، تحقیقات مشابه خارج از کشور مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه یعنی ۲۸ یا بیشتر به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد (۸). به منظور تعیین هم سویی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و هم سویی درونی پرسشنامه ترس زایمان نیز ۰/۸۴ محاسبه گردید. تعداد نمونه با در نظر گرفتن  $\alpha = 0/5$  و  $\beta = 0/10$  و در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، ۵۰ نفر محاسبه گردید. به منظور مقایسه ترس از زایمان در بین گروه مورد و شاهد از آزمون تی مستقل و به منظور مقایسه داخل گروه ها از آزمون تی زوج استفاده گردید. به منظور مقایسه نسبت زایمان طبیعی در دو گروه از آزمون کای دو استفاده گردید. به منظور مقایسه انجام تن

مرحله چهارم (آرام سازی از طریق شرطی شدن یا کنترل نشانه ای): هدف از انجام این مرحله، ایجاد فرآیند شرطی سازی در مغز، بین مفهوم آرامش و تنفس عمیق به عنوان یک نشانه بود.

مرحله پنجم (آرام سازی افتراقی): هدف از انجام این مرحله آن بود که در موقعیت هایی مانند راه رفتن و فعالیت های روزمره، به غیر از عضله ای که در این رابطه منقبض است بتوان دیگر عضلات را شل و رها کرد.

مرحله ششم (آرام سازی سریع به همراه تصویر سازی ذهنی مثبت): هدف از انجام این مرحله، نخست ایجاد آرامش در موقعیت طبیعی و دوم آرام سازی در مدتی کوتاه تر از مراحل پیشین بود (۱۵).

به منظور اطمینان از انجام تن آرامی توسط زنان باردار در منزل، به آنها چک لیست ثبت انجام تمرین داده شد و از مادران خواسته شد که حداقل روزی دو بار تمرین را انجام داده و در چک لیست ثبت تمرین خانگی مربوطه علامت بزنند. در شروع جلسه بعدی پس از دریافت چک لیست، مطالب آموزشی هفته قبل مرور و به سوالات افراد پاسخ داده می شد.

در آموزش تن آرامی از نمایش عملی، ایفای نقش، سخنرانی و سی دی آموزشی تن آرامی استفاده شد. در هر جلسه ابتدا مباحث نظری ارائه می شد. سپس زنان باردار به همراه مربی، تکنیک تن آرامی را انجام می دادند. در سه ماهه سوم بارداری از هفته ۳۲ (۱۶) به بعد مجدداً پرسش نامه ترس زایمان جهت گروه مورد و شاهد تکمیل و نتایج مورد بررسی قرار گرفت. هم چنین هر دو گروه تا پایان بارداری مورد پی گیری قرار گرفتند و روش انجام زایمان در دو گروه ثبت گردید. ۲۴ ساعت پس از زایمان از افراد در مورد این که آیا توانسته اند تن آرامی را به هنگام لیبر انجام دهند، پرسیده شد.

1- Childbirth Attitude Questionnaire.

2 - Cut off.

آرامی در قبل، بعد از مداخله و به هنگام لیبر در گروه آزمون از آزمون ککران استفاده شد.

در ملاحظات اخلاقی ابتدا مجوز بومی سازی ابزار از پروفیسور لویی اخذ گردید. پس از تصویب رساله توسط کمیته پژوهشی دانشگاه پژوهش گر توسط ریاست محترم اداره سلامت مادران به بیمارستان میلاد معرفی و مجوز انجام تحقیق از مدیریت محترم بیمارستان اخذ گردید. کلیه شرکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در نمونه گیری شرکت کردند و از نظر محرمانه بودن اطلاعات به آنها اطمینان داده شد.

### نتایج

میانگین سنی مادران شرکت کننده در این مطالعه  $24/93 \pm 3/4$  و میانگین سن بارداری آنها  $22/68 \pm 2/5$  بود.  $69/7$  درصد با تحصیلات در سطح دیپلم،  $20/2$  درصد بالای دیپلم و  $11/1$  درصد زیر دیپلم؛  $76/8$  درصد خانه دار؛ و  $59/6$  درصد مقیم مسکن استیجاری بودند.

آزمون کای دو وتی مستقل نشان داد که دو گروه از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، سن بارداری و سن مادر و شاخص توده عضلانی تفاوت نداشتند. قبل از مداخله آموزشی، انجام تنش زدایی در دو گروه آزمون و کنترل وجود نداشت ( $0$  درصد)، بعد از مداخله آموزشی  $96/1$  درصد از گروه مورد تن آرامی را به طور مرتب انجام دادند، در حالی که در گروه شاهد تغییری در این زمینه وجود نداشت. هم چنین  $77/5$  درصد افراد در گروه مورد ابراز داشتند که به هنگام لیبر قادر به انجام تن آرامی بوده اند. آزمون ککران اختلاف معنی داری را از نظر انجام رفتار تن آرامی در گروه آزمون در سه مرحله (قبل، بعد و به هنگام لیبر) نشان داد ( $p < 0/001$ ).

میانگین نمره ترس از زایمان قبل از مداخله در گروه شاهد  $40/71 \pm 6/23$  و در گروه مورد  $6/96 \pm 39/35$  انحراف معیار) که پس از مداخله به ترتیب  $38/03 \pm 9/27$  و  $29/82 \pm 7/18$  بود. آزمون تی مستقل، اختلاف معنی داری را بین دو گروه نشان داد. هم چنین در گروه مورد ترس زایمان

نسبت به قبل از مداخله به طور معنی داری کاهش یافته بود ( $p < 0/001$ ). در گروه شاهد نیز ترس زایمان کاهش یافته بود ولی اختلاف معنی دار نبود.

پس از حذف موارد بریچ در دو گروه،  $23/4$  درصد از زایمان ها در گروه مورد به روش سزارین انجام شد که در مقایسه با گروه شاهد ( $53/1$  درصد) اختلاف معنی داری را نشان داد ( $p < 0/001$ ).

### بحث

نتایج این تحقیق نشان می دهد که آموزش تن آرامی در کاهش ترس زایمان و افزایش زایمان طبیعی موثر است. در گروه آزمون میزان سزارین به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود. نمره ترس زایمان در سه ماهه سوم در گروه شاهد بیشتر از گروه مورد بود. رایدینگ بیان می کند ترس از زایمان در سه ماهه سوم بارداری می تواند با وقوع سزارین اورژانسی ارتباط داشته باشد (۱۰). اگرچه جانسون و اسلید نشان دادند که تفاوتی در ترس از زایمان بین زنانی که زایمان طبیعی انجام داده اند و زنانی که سزارین اورژانسی یا انتخابی شده اند وجود ندارد (۱۸) که این مسئله می تواند تاثیر ترس از زایمان را در فرهنگ های مختلف نشان دهد.

اما اوست با مرور ۱۸ مطالعه کنترل شده نشان داد که روش های آرام سازی و تنش زدایی کاربردی، بر جنبه های گوناگون اختلال اضطرابی موثر است (۱۹). باستانی و همکاران نیز در بررسی تاثیر تن آرامی بر کاهش سزارین نشان دادند که تن آرامی در کاهش اضطراب و افزایش میزان زایمان طبیعی موثر است (۱۷). سیستو و همکاران هم در بررسی تاثیر گروه درمانی در کاهش ترس زایمان بیان نمودند که  $85$  درصد زنان پس از مداخله از در خواست خود مبنی بر سزارین صرف نظر نمودند (۸). مهدیزاده و همکاران نیز در بررسی تاثیر کلاس های آمادگی زایمان بر کاهش سزارین به نتایج مشابه دست یافتند (۲۰).

نتایج مطلوبی را در کاهش ترس از زایمان و افزایش زایمان طبیعی در برداشته و می‌تواند در برنامه ریزی ارائه مراقبت دوران بارداری مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل یک پایان نامه دانشجویی است پژوهش گر و همکاران مراتب قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس، ریاست و پرسنل محترم اداره سلامت مادران، ریاست و پرسنل محترم بیمارستان میلاد، سوپر وایزر محترم آموزشی سرکارخانم حمیدیان و مسئولین محترم بخش زایمان و پس از زایمان سرکارخانم‌ها خجک نژاد و محبوبی ابراز می‌دارند. هم چنین از تمامی زنان بارداری که با عشق و شور فراوان در تمام مراحل تحقیق ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد

### منابع

1. Family health and population office of Ministry of health, new system monitoring and evaluation of fertility health plans. 2005.
2. Moayed Mohseni S, Mohamadi KH. [The predictive of cesarean section trend base on present statistic document]. Daneshvar 2006; 66(14): 59-62.
3. Shariat M, Majlesi F, Azari S, Mahmoodi M. [Cesarean section in maternity hospitals in Tehran, Iran]. Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research 2002; 3(1): 10-5.
4. Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the parent's presence at delivery. J Psychosom Obstet Gynaecol 1998; 19: 38 - 43.
5. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. Content of childbirth related fear in Swedish women and men-Analysis of an open ended question. Journal of midwifery & women's health 2006; 51(2): 112-118.
6. Zafarghandi N, Hadavand Sh, Torkestani F, Zaeri F, Variji M. [Evaluation of anxiety and

مسلم آبادی خراسانی در نتایج خود بیان می‌نماید که ترکیبی از تن آرامی و روش‌های تنفسی و ماساژ نسبت به مراقبت معمولی، میزان زایمان با ابزار سزارین را در گروه مورد کاهش می‌دهد (۲۱). اما فهامی در بررسی تاثیر تمرین‌های لاماز بر سرانجام حاملگی زنان نخست زاء، دریافت که میزان سزارین در دو گروه تحت آموزش با تکنیک و گروه شاهد اختلاف معنی‌داری نداشت (۷).

هر چند نتایج این تحقیق نشان دهنده تاثیر آمادگی مادر و انجام تن آرامی بر کاهش سزارین می‌باشد اما هنوز این میزان بالاتر از آمار سازمان بهداشت جهانی است که علت آن می‌تواند مربوط به عوامل خارج از کنترل نظیر انجام مداخلات غیر ضروری باشد که به صورت روتین به هنگام زایمان اجرا می‌گردد. از آنجا که یکی از اهداف آموزش تن آرامی در این مطالعه انجام این تکنیک به هنگام شروع درد زایمان بود، پی‌گیری افراد پس از زایمان نشان داد که ۷۷/۵ درصد افراد توانسته بودند تن آرامی را در زمان لیبر انجام دهند. ملزم بودن زنان باردار به قرار گرفتن در وضعیت طاقباز و وجود عوامل محیطی مثل سر و صدای سایر مادران می‌تواند مانعی در تمرکز مادران در اتاق زایمان و انجام تن آرامی باشد. در این تحقیق ثبت انجام تن آرامی گروه مورد در منزل و لیبر به صورت خود گزارشی بود که این امر به عنوان یکی از محدودیت‌های خارج کنترل این تحقیق می‌باشد.

### نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نقش کلاس‌های آمادگی زایمان را با تاکید بر آموزش مهارت تن آرامی در کاهش ترس از زایمان و کاهش سزارین غیر ضروری تایید می‌نماید. به منظور تامین سلامت روان مادران باردار و کاهش سزارین‌های غیر ضروری ایجاد کلینیک‌های مشاوره در کنار ارائه مراقبت بارداری پیشنهاد می‌گردد. وجود کلینیک‌های ترس زایمان در کشورهای مثل سوئد و فنلاند

- fear of labor in postpartum period]. *Journal of medical council of Islamic Republic of Iran* 2005; 2(23): 160-155.
7. Fahami F, Masoufar S, Davazdahemami Sh. [The effect of Lamaze practices on the outcome of pregnancy and labour in primipara women]. *Iranian Journal of Nursing and midwifery Research* summer 2007; 12(3): 111-114.
  8. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006; 85(11): 1315 – 1319.
  9. Leeman LM, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery. *Annals of Family medicine* 2006; 4: 265-268.
  10. Ryding Elsa lena, Wijma B, Wijma K, Rtdhstorm H. Fear of childbirth during pregnancy may increasing the risk of emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 542–7.
  11. Lowe NK. Self efficacy for labour and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J psychosom obstet Gynecol* 2000; 21:219 -224.
  12. Dickread G. Problem of pain in childbirth. *Health education journal* 1955; 13:145.
  13. Saisto T, Salmela-Aro K, Kononen T, Nurmi JE, Halmesmaki E. A controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 820-6.
  14. Bastani F, Haidarnia A, Vafaei M, Kazemnegad A, Kashanian M. [Effect of Relaxation Training Based on the Synthesizing of the PRECEDE Model with the Health Belief Model and the Self-efficacy Theory on Anxiety and Pregnancy Outcomes Among Pregnant Women]. Theses for ph.D Degree of Tarbiat Modares university, 2004.
  19. Ost LG. Applied relaxation: Description of coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987; 25(5):397-409.
  15. Bastani F, Hidarnia A, Aguilar-Vafaei M, Kazem-nejad A, Kashani M. Dose relaxation education in a primigravida Iranian women influence adverse pregnancy outcomes? *Journal of perinatal & Neonatal Nursing* 2006; 20 (2): 138- 146.
  16. Wijma K. Why focus on fear of childbirth? *J psychosom Obstet* 2003; 24 (3):141-143.
  17. Brislin RW, Lonner WJ, Thron-dike RM. *Cross- cultural Research methods*. New York: Wiley J & Sons, NY, USA; 1973.p. 32-58.
  18. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG*. 2002; 109(11):1213-21.
  20. Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z, Khoshgoo N. [Evaluation of the effectiveness of antenatal preparation for childbirth courses on the health of the mother and the newborn]. *Journal of Iran university of medical sciences* 2003; 35(10): 462-455.
  21. Moslemabadi Farahani SH, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. [Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery]. *Iran Journal of Nursing* 2005; 43(18): 71-82.

## The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women

Khorsandi, M<sup>1</sup>, Ghofranipour F<sup>2\*</sup>, Hidarnia A<sup>2</sup>, Faghihzadeh S<sup>3</sup>, Vafaei M<sup>4</sup>, Rousta F<sup>5</sup>, Amin Shokravi F<sup>6</sup>

1- PhD Candidate in Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran,

2- Associate professor, PhD of Health Education, Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Professor, PhD of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

4- Associate professor, PhD of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

5- Master degree of midwifery, researcher

6- Assistant professor, PhD of public health, Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Received 6 Apr, 2008

Accepted 28 May, 2008

### Abstract

**Background:** There has been an increase in the number of women willing to have a caesarean birth because of their fear of childbirth. It seems the childbirth preparation educational class is a good way to remove or alleviate fears associated with pregnancy and childbirth. This research designed to identify the effect of childbirth preparation classes on childbirth fear on the primiparous women.

**Methods and Materials:** The present study is a clinical trial which was carried out in 2007 at Milad Hospital, with 100 nulliparous pregnant women. Childbirth fear was measured by childbirth attitudes questionnaire. Normal pregnant women in the second trimester with childbirth fear score was 28 or more were randomly selected and divided into experimental and control group with 50 subject in each group. The experimental group attended nine childbirth preparation class sessions and control group received routine antenatal care.

**Results:** The mean scored fear of childbirth in case and control group were  $39.35 \pm 6.96$  and  $40.71 \pm 6.23$  respectively. There was not significant difference between two groups. After the sessions, comparing childbirth fear score between two groups in third trimester showed the mean score of childbirth fear among experimental group was lower than control group ( $29.82 \pm 7.18$  compare to  $38.03 \pm 9.27$ ), and the differences statistically was significant ( $p < 0.001$ ). Mode of delivery was significantly different between the two groups.

**Conclusion:** Primiparous women attended childbirth preparation classes acquired lower score of childbirth fear in compare to women received routine prenatal care. The results of this research showed relaxation training decreased childbirth fear and increased normal vaginal delivery.

**Key words:** Childbirth fear, vaginal delivery, relaxation