

Research Paper:

The Association of the Levels of Perceived Stress With the Preferred Mode of Delivery in Primiparous Women

Soheila Nazeri¹, *Leila Amini², Homa Sadeghi Avval Shahr², Shima Haghani³, Hossein Heshmati⁴

Citation Nazeri S, Amini L, Sadeghi Avval Shahr H, Haghani Sh, Heshmati h. The Association of the Levels of Perceived Stress With the Preferred Mode of Delivery in Primiparous Women. Iran Journal of Nursing. 2022; 34(134):102-115. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.8>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.8>



Received: 04 Feb 2021

Accepted: 21 Feb 2022

Available Online: 01 Mar 2022

ABSTRACT

Background & Aims This study aimed to investigate the relationship between perceived stress and the preferred mode of delivery in primiparous pregnant women in 2019.

Materials & Methods The present study was a cross-sectional investigation in which the relationship between the perceived stress of primiparous women and their preferred mode of delivery was evaluated. The population in this study was all of the primiparous women attending the healthcare centers in Bandar Abbas in 2019, among which 230 women were sampled through a multi-stage sampling process. Data acquisition was performed via Cohen's Perceived Stress Questionnaire and a demographic and gynecological information checklist. Statistical analysis was performed using SPSS software v. 23 and Chi-square, Welch's t-test, Pearson's correlation test, and one-way and two-way analysis of variance with post-hoc. $P < 0.05$ was considered significant.

Results The Mean±SD age of the samples was 25.84 ± 5.09 , and the majority of participants were unemployed (86.9%), had high school education (50%), and had moderate economic status (66.1%), and preferred vaginal delivery as the mode of birthing (75.7%). The Mean±SD perceived stress score was 23.14 ± 8.70 . The results have shown that there is a statistically significant relationship between the perceived stress score and preferred mode of delivery ($P = 0.033$), type of pregnancy (wanted/unwanted; $P = 0.029$), and economic status ($P = 0.004$). There was a statistically significant relationship between the preferred mode of delivery and the level of the education of the participants ($P = 0.043$) and their spouses ($P = 0.005$), the employment status of the participant ($P = 0.005$), the number of years that the participants and their spouses were educated ($P = 0.001$ and $P = 0.001$).

Conclusion Women who experience this type of pregnancy require higher levels of social support. In addition, there is a need for proper educative programs that would inform couples of the benefits and harms of different delivery.

Keywords:

Elective Cesarean section, Preferred mode of delivery, Perceived stress

1. Department of Midwifery, Reproductive and Pregnancy Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Nursing Care Research Center, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Nursing Care Research Center (NCRC), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Lengeh, Iran.

* Corresponding Author:

Leila Amini

Address: Department of Midwifery, Nursing Care Research Center (NCRC), Reproductive and Pregnancy Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 43651223

E-Mail: amini.l@iums.ac.ir

Extended Abstract

1. Introduction

According to World Health Organization (WHO), the increase in Cesarean sections rate above 10% is not associated with decreased mortality rates. Considering the associated risks with Cesarean sections, it is essential that this mode of delivery would only be considered when reasonable medical indications exist. Nevertheless, the rate of Cesarean sections has consistently elevated worldwide during recent decades, and in particular, high rates of Elective Cesarean Delivery (ECD) are concerning. This is a more pressing matter in specific regions, such as Iran, where the Cesarean section rate far exceeds any reasonable threshold.

The increase in ECD has been associated with various psychological factors, among which fear of childbirth is prominent. Perceived stress is the semi-subjective stress level that an individual experiences over a while due to objective stimulants. In contrast to fear of birth, the impact of the perceived stress during pregnancy on the odds of opting for ECD is unclear, and the few studies concerned with this subject contradict it. Given the associated risks with ECD and its impact on the economics and policies of healthcare systems, delineation of the underlying factors for ECD is of great importance. Thus, this study aimed to help shed light upon the possible association of multiple factors, including perceived stress, with rates of ECD in primiparous women. In addition, the potential factors affecting the levels of perceived stress will be explored.

2. Materials and Methods

The current study was conducted in 2019 under the approval of the ethics committee of the Iran University of medical sciences, Tehran, Iran (Code: IR.IUMS.REC.1398.1230). Signed informed consent for participation in this study was obtained from all the 230 subjects.

Among the 21 healthcare centers in Bandar Abbas City, 10 centers were selected based on a randomized clustering method: All 21 centers were categorized into five groups based on their locations in the city. Two centers from each category were randomly selected, and 23 subjects from each center were enrolled.

Data acquisition was carried out using a demographic and gynecological information checklist (whose validity was confirmed by three Iran University of medical sciences) and Cohen's 14-item perceived stress questionnaire. Cohen's perceived stress questionnaire consists of 14 questions designed to measure the stress level that an individual experienced during

the past month. The score ranges from 0 to 56 and is calculated based on the five-point Likert scale.

Statistical analysis was carried out using SPSS software v. 23. The statistically significant association between factors was enquired using the Chi-squared test, Welch's t-test, and one-way and two-way Analysis of Variance (ANOVA) with post-hoc Tukey test. In addition, the quality of models for explaining the data was assessed using the The Akaike information criterion (AIC). The P equal to or below 0.05 were considered significant.

3. Results

A total of 230 primiparous pregnant women who met our inclusion criteria from 10 healthcare centers were enrolled. The Mean±SD age of the samples was 25.84±5.09, and the majority of participants were unemployed (86.9%), had high school education (50%), and had moderate economic status (66.1%), and preferred vaginal delivery as the mode of parturition (75.7%). The Mean±SD perceived stress score was 23.14±8.70 (ranged: 2-52). Item 12 of Cohen's perceived stress questionnaire had the highest Mean±SD score (2.18±1.09), and item 2 had the lowest Mean±SD score (1.11±1.09).

The results of Welch's t-test and one-way ANOVA have shown that there is a statistically significant relationship between the perceived stress score and preferred mode of delivery (P=0.033), type of pregnancy (wanted/unwanted; P=0.029), and economic status (P=0.004). The post-hoc Tukey test has revealed that the difference between the group with good and the group with poor financial quality is significant (P=0.02), with people with good economic status experiencing less overall stress. However, the mean perceived stress score difference between the groups with moderate financial status and poor economic status and groups with the excellent and poor economic situation could not pass the significance threshold (P=0.092 and P=0.053, respectively) is probably probable due to the small sample size. The results of AIC. have indicated that the quality of the model that includes all three significant factors far exceeds that of the models with any other combination of these three factors.

Our exploration of the associated factors with delivery mode preference has shown that there is a statistically significant relationship between the preferred mode of delivery and the level of the education of the participants (P=0.043) and their spouses (P=0.005), the employment status of the participant (P=0.005), the number of years that the participants and their spouses were educated (P=0.001 and P=0.001), and the overall perspective towards benefits and harms of different modes of parturition.

4. Conclusion

The present study aimed to help shed light on the possible association of perceived stress with the choice of delivery mode and explore the underlying factors affecting this issue. For this reason, 230 primiparous pregnant women from 10 different healthcare centers across the city of Bandar Abbas were enrolled to complete standard questionnaires regarding their demographic and gynecological information. The level of perceived stress in these women during the last month was measured via Cohen's perceived stress questionnaire.

The results of the current study indicate that there is a statistically significant association between the levels of perceived stress and the preferred mode of delivery; that is, a higher level of stress is a positive predictor of the higher probability of opting for Cesarean delivery (mean perceived stress score of 25.35 in subjects who chose Cesarean section compared to 22.43 in subjects who chose vaginal delivery mode). These results are in contrast to that of a previous study carried out in Ahwaz City by Sinaei et al., which indicated that no significant association between levels of perceived stress and the choice of delivery mode can be observed and is following the study performed by Matinnia et al. in Hamadan which observed that the mean level of stress is significantly higher in expectant mothers who chose ECD over vaginal delivery. One explanation for these inconsistent results is the inhomogeneity of the cultural structures in the populations under study. However, a definite conclusion can't be drawn until large-scale studies with large cohorts, preferably nationwide participants. For the time being, it can be stated that there is a meaningful difference in the mean levels of perceived stress between the group who opt for ECD and those who prefer vaginal delivery. Still, the universality of this matter and the extent to which it is applicable is unclear and demands further investigation.

We have also observed that higher levels of perceived stress are significantly associated with poor economic status ($P=0.004$) and unwanted pregnancy ($P=0.029$). It has been previously concluded elsewhere that symptoms of depression can accompany unwanted pregnancy and that this issue is more afflictive to mental health than physical health. Thus, women who experience unwanted pregnancy should be prioritized for social support, educative programs, and parenthood preliminary plans to assist them in coping with the situation.

The factors significantly associated with the preferred mode of delivery included the level and years of education, the employment status, and the overall perspective toward different delivery modes. It can be observed that vaginal delivery is more trending among unemployed women and women with lower levels of education. The connection between higher levels of education and the higher probability of choosing a Cesarean section has also been observed previously.

An explanation might be that women in more frequent contact with the social environment, either due to their employment or through education programs, are subjected to misplaced social beliefs and stereotypes. Hence, they tend to consider a Cesarean section as a modern and luxurious means of parturition. A highly significant association between the preferred mode of delivery and the overall attitude towards different delivery modes points out that this issue can be effectively resolved through proper educational programs.

Overall, the results of our study carry several important messages. First, higher levels of perceived stress can indicate a higher probability of opting for ECD. Second, higher levels of perceived stress in women who experienced unwanted pregnancy are concerning and demand efforts to design interventions that would assist these women in coping with the situation. Third, there is a need for appropriate educational programs to inform expectant couples of the validated benefits and harms of different modes of delivery to counter the spread of misplaced social beliefs. Future large-scale and nationwide efforts are required to enhance our understanding of this critical subject and facilitate the design of effective interventions and educative policies.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study has been approved by the ethics committee of Iran University of Medical Sciences with the ethics code IR.IUMS.REC.1398.1230. Other ethical considerations in this study are as follows: informed consent was received from all participants, confidentiality of information, permission to leave the research, permission to refuse to use information in the final analysis and the right to receive research results.

Funding

This study is part of the results of the master's thesis in the field of community education in the health system with the number 17379-3-4-98, which has been approved and financially supported by Iran University of Medical Sciences.

Authors' contributions

Conceptualization: Soheila Nazeri, Leila Amini; Methodology: Soheila Nazeri, Leila Amini, Homa Sadeghi Avalshahr; Data Analysis: Shima Haqqani, Writing - Original Draft and Writing - Review and Editing: All Authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

ارتباط استرس ادراک شده با نوع زایمان ترجیحی در زنان نخست باردار

سهیلا ناظری^۱، لیلیا امینی^۲، هما صادقی اول شهر^۲، شیما حقانی^۲، حسین حشمتی^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۸ بهمن ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۰۲ اسفند ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ اسفند ۱۴۰۰

زمینه و هدف: نرخ سزارین انتخابی در دنیا رو به افزایش است. این نوع زایمان می تواند تأثیرات قابل توجهی بر اقتصاد و سیاست های سیستم درمانی داشته باشد. تلاش های انجام شده برای مشخص کردن عوامل روان شناختی دخیل در این انتخاب نتایج متضادی را ارائه می دهند. هدف از مطالعه حاضر، روشن سازی ارتباط استرس ادراک شده با افزایش احتمال گزینش سزارین انتخابی است.

روش بررسی: در سال ۱۳۹۸ از ۱۰ مرکز خدمات جامع سلامت شهری در سطح شهر بندرعباس، ۲۳۰ زن نخست باردار برای مطالعه مقطعی به روش خوشه ای تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه جمعیت شناختی و باروری و پرسش نامه ۱۴ گویه ای استرس ادراک شده کوهن استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری با نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS انجام شد و شامل آزمون تی تست، آزمون کای دو، دقیق فیشر و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بود.

یافته ها: میانگین نمرات استرس ادراک شده در زنان مورد مطالعه برابر با $22/14 \pm 8/70$ بود. نتایج نشان داد میانگین استرس ادراک شده افراد با نوع ترجیحی زایمان سزارین ($P=0/33$) و خواسته بودن بارداری ($P=0/29$) به صورت معناداری از سایر افراد بیشتر بود. همچنین، ارتباط معناداری بین استرس ادراک شده با وضعیت اقتصادی ($P=0/04$) مشاهده شد. بررسی عوامل مرتبط با ترجیح نوع زایمان نشان داد رابطه معنادار آماری بین نوع زایمان ترجیحی و میزان تحصیلات شرکت کنندگان و همسران شان، مدت زمان تحصیل شرکت کنندگان و همسران شان، وضعیت شغلی شرکت کنندگان و تعداد سال های تحصیل شرکت کنندگان و همسران شان وجود داشت ($P<0/05$). نوع زایمان ترجیحی دارای ارتباط معنادار با نوع زایمان ترجیحی همسر، نوع زایمان با عارضه کمتر برای مادر از نظر شرکت کننده، نوع زایمان با عارضه کمتر برای نوزاد از نظر شرکت کننده، نوع زایمان سودمندتر برای مادر از نظر شرکت کننده، نوع زایمان سودمندتر برای نوزاد از نظر شرکت کننده و نوع زایمان مورد توصیه به دیگران داشت ($P<0/05$).

نتیجه گیری: میزان استرس ادراک شده بیشتر می تواند نشانگر احتمال بیشتر ترجیح سزارین به صورت انتخابی به عنوان روش زایمان باشد. در نتیجه، این یافته می تواند نیاز به راهکارهایی برای کاهش استرس ادراک شده در زنان باردار و کاهش نرخ گزینش سزارین به روش انتخابی را نشان دهد. با توجه به رابطه معنادار بارداری ناخواسته و میزان بیشتر استرس، زنانی که این نوع بارداری را تجربه می کنند نیازمند توجه و حمایت اجتماعی بیشتری هستند. نیاز به برنامه های آموزشی مناسبی وجود دارد که زوج ها را از مزایا و معایب انواع روش های زایمان آگاه و آن ها را برای پرورش فرزندان آماده کند و با کلیشه های نادرست اجتماعی مقابله کند.

کلیدواژه ها:

سزارین انتخابی، نوع زایمان ترجیحی، استرس ادراک شده

۱. گروه مامایی، بهداشت باروری و بارداری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندر لنگه، ایران.

* نویسنده مسئول:

لیلیا امینی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، گروه مامایی، بهداشت باروری و بارداری.

تلفن: ۴۳۶۵۱۲۲۳ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: amini.l@iums.ac.ir

مقدمه

سیاست‌های سیستم درمانی، کاهش هزینه‌های ناشی از سزارین و خطراتی که این نوع زایمان برای مادران و نوزادان به وجود می‌آورد، حائز اهمیت است.

روش پژوهش

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی است که در پاییز سال ۱۳۹۸ انجام شد. حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد ۳/۵ به دست آمده از مطالعه خاوری و همکاران ۳۸۰ نمونه برآورد شد [۱۷] که پس از تأیید شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده پرستاری و مامایی ایران و با توجه به شرایط پیش آمده ناشی از وضعیت کووید ۱۹، حجم نمونه از ۳۸۰ به ۲۳۰ نمونه (۶۰ درصد حجم نمونه اولیه) کاهش یافت.

از ۲۱ مرکز خدمات جامع سلامت شهری شهر بندرعباس، ۱۰ مرکز به روش خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. این ۲۱ مرکز براساس موقعیت مکانی در شهر به ۵ گروه دسته‌بندی شدند. از هر یک از ۵ گروه دسته‌بندی شده، به صورت مجزا، ۲ مرکز به صورت تصادفی ساده انتخاب شد (در کل ۱۰ مرکز). از آنجایی که حجم نمونه ۲۳۰ نفر محاسبه شد، از هر مرکز انتخابی، ۲۳ نمونه به صورت تصادفی در مطالعه وارد شدند. معیارهای ورود و خروج نمونه‌ها در این مطالعه شامل نخست بارداری بودن، طی بازه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بودن و سن بارداری ۳۴ تا ۴۰ هفته داشتن، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اندیکاسیون برای سزارین و نداشتن سابقه ناباروری، اعتیاد به موادمخدر و الکل و یا بیماری جدی بوده است.

جمع‌آوری داده‌های جمعیت‌شناختی و مامایی به وسیله یک پرسش‌نامه که به تأیید سه نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران رسیده بود، انجام شد. متغیرهای مورد سنجش توسط این پرسش‌نامه شامل سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان و همسران‌شان، شغل شرکت‌کنندگان و همسران‌شان، وضعیت اقتصادی، خواسته بودن بارداری و زایمان ترجیحی شرکت‌کنندگان و همسران‌شان، دیدگاه کلی نسبت به مزایا و معایب انواع روش‌های زایمان، سن شرکت‌کنندگان و همسران‌شان و طول مدت ازدواج آن‌ها بود.

سنجش استرس ادراک شده به کمک ترجمه فارسی [۱۸] پرسش‌نامه ۱۴ گویه‌ای استرس ادراک شده کوهن انجام شد [۱۰] که روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است. این پرسش‌نامه حاوی ۱۴ گویه است که برای سنجش میزان استرسی که یک فرد در طول ماه گذشته تجربه کرده است، طراحی شده است [۱۹].

این ابزار با یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای هرگز تا خیلی زیاد (هرگز=۰، کم=۱، متوسط=۲، زیاد=۳، خیلی زیاد=۴) رتبه‌بندی می‌شود. گویه‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس

در مواجهه با انواع مشکلات بارداری، سزارین می‌تواند یک عمل زندگی بخش باشد [۱]. براساس اعلامیه سازمان بهداشت جهانی^۱، افزایش نرخ سزارین بالاتر از ۱۰ درصد ارتباط قابل توجهی با کاهش نرخ مرگ در مادران و نوزادان ندارد [۲]. با در نظر گرفتن خطرات این نوع از زایمان، انتخاب این نوع زایمان تنها در مواردی که دلایل پزشکی منطقی وجود دارد، حائز اهمیت است [۳، ۴]. در طول دهه‌های گذشته، نرخ سزارین به شکل مداومی در سراسر دنیا افزایش داشته است [۵] و به ویژه نرخ بالای سزارین انتخابی نگران‌کننده است [۶]. این موضوع در مناطق خاصی از دنیا مانند ایران که در آن‌ها نرخ سزارین با فاصله از هر آستانه منطقی عبور کرده است، بیشتر نگران‌کننده است [۷].

افزایش نرخ سزارین انتخابی به عوامل روان‌شناختی گوناگونی نسبت داده شده است [۸] که ترس از زایمان برجسته‌ترین آن به‌شمار می‌آید [۶]. یک مطالعه آینده‌نگر بر روی یک جمعیت بزرگ از ۶ کشور مختلف با ساختارهای فرهنگی گوناگون رابطه مشخصی بین میزان بالای ترس از زایمان و گزینش سزارین به صورت انتخابی نشان داد [۹].

استرس ادراک شده در حقیقت میزان استرسی است که فرد از دیدگاه خود و در طول بازه‌ای از زمان و در نتیجه محرک‌های عینی تجربه می‌کند [۱۰]. برخلاف ترس از زایمان، تأثیر استرس ادراک شده طی بارداری بر احتمال گزینش سزارین انتخابی واضح نیست و مطالعات اندکی که در این زمینه انجام شده است، نتایج متضادی را ارائه می‌دهند [۱۱، ۱۲]. مطالعه سینایی و همکاران در شهر اهواز ارتباط آماری معناداری میان نوع زایمان ترجیحی با میزان استرس ادراک شده را نشان نداد [۱۱]. مطالعه متین‌نیا و همکاران (۲۰۱۷) در همدان استرس ادراک شده بالاتر را با گزینش سزارین به عنوان نوع زایمان مرتبط دانست [۱۲]. این در حالی است که سزارین انتخابی می‌تواند همراه با خطرات متعددی برای سلامتی مادر و نوزاد باشد [۴] و حتی سبب افزایش نرخ مرگ در مادران شود [۱۳، ۱۴، ۱۵]. اکبرزاده و همکاران (۲۰۱۶) معتقدند زنانی که به شیوه سزارین انتخابی زایمان می‌کنند نسبت به زنانی که زایمان طبیعی دارند، حتی در دوران بعد از زایمان نیز در معرض مشکلات اضطرابی و استرس بیشتری بوده و نیازمند پیگیری‌های روان‌پزشکی بیشتری نیز خواهند بود [۱۶]. با توجه به موارد مطرح شده، هدف مطالعه حاضر تعیین ارتباط استرس ادراک شده با نوع زایمان ترجیحی در زنان نخست‌باردار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهری بندرعباس در سال ۱۳۹۸ بود. عوامل احتمالی دیگری که با استرس ادراک شده و نوع زایمان ترجیحی دارای ارتباط می‌باشند، مورد بررسی قرار گرفت. تعیین وجود ارتباط میان این موارد برای اصلاح

1. World Health Organization (WHO)

نتایج آزمون تی تست^۳ نشان داد میانگین استرس ادراک شده افراد با نوع ترجیحی زایمان سزارین^۴ ($P=0/033$) و همچنین با نوع بارداری ناخواسته ($P=0/029$) به صورت معناداری از سایر افراد بیشتر بود. نتایج آنالیز واریانس نشان داد ارتباط معناداری بین استرس ادراک شده با وضعیت اقتصادی ($P=0/004$) وجود داشت. آزمون تعقیبی توکی^۵ نشان داد میانگین استرس ادراک شده افراد با وضعیت اقتصادی نامطلوب به صورت معناداری از افراد دارای وضعیت مطلوب بیشتر بود ($P=0/02$) و افراد با وضعیت اقتصادی مطلوب به صورت کلی استرس کمتری را تجربه می کردند. بین میانگین استرس ادراک شده در افراد با وضعیت اقتصادی نسبتاً مطلوب و نامطلوب ($P=0/092$) و افراد با وضعیت اقتصادی مطلوب و نسبتاً مطلوب اختلاف معناداری مشاهده نشد. اگرچه این اختلاف به سطح معناداری بسیار نزدیک بود ($P=0/053$)، بین سایر متغیرها با میانگین استرس ادراک شده ارتباط معناداری مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

بررسی عوامل مرتبط با ترجیح نوع زایمان نشان داد رابطه معنادار آماری بین نوع زایمان ترجیحی و میزان تحصيلات شرکت کنندگان ($P=0/043$) و همچنین همسران شان ($P=0/005$)، مدت زمان تحصيل شرکت کنندگان ($P=0/001$) و همسران شان ($P=0/001$) وضعیت شغلی شرکت کنندگان ($P=0/005$) و تعداد سال های تحصيل شرکت کنندگان و همسران شان ($P=0/001$) وجود داشت. نوع زایمان ترجیحی دارای ارتباط معنادار با نوع زایمان ترجیحی همسر، نوع زایمان با عارضه کمتر برای مادر از نظر شرکت کننده، نوع زایمان با عارضه کمتر برای نوزاد از نظر شرکت کننده، نوع زایمان سودمندتر برای مادر از نظر شرکت کننده، نوع زایمان سودمندتر برای نوزاد از نظر شرکت کننده و نوع زایمان موردتوصیه به دیگران ($P<0/001$) داشت (جدول شماره ۴).

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشانگر ارتباط معنادار آماری بین استرس ادراک شده و نوع زایمان ترجیحی بود. به این صورت که میزان بالاتر استرس، پیش بینی کننده احتمال بیشتر گزینش سزارین به عنوان روش زایمان بود. نتایج این مطالعه تأییدکننده نتایج مطالعه متین نیا و همکاران (۲۰۱۷) در همدان مبنی بر بالاتر بودن میزان استرس ادراک شده در دوران بارداری زنانی بود که به صورت انتخابی، زایمان به روش سزارین را بر می گزیدند [۱۲]. راکشا^۶ و همکاران (۲۰۱۷) نیز در مطالعه خود در مالزی نشان دادند زنانی که اضطراب بیشتری دارند، زایمان سزارین را نسبت به زایمان طبیعی ترجیح می دهند [۲۰] مطالعه سینایی و

نمره گذاری می شود و بازه نمرات این پرسش نامه از ۰ تا ۵۶ است. نمره بالاتر در این پرسش نامه نشان دهنده استرس درک شده بیشتر است [۱۸]. پایایی درونی این پرسش نامه در مطالعه حاضر به وسیله محاسبه آلفای کرونباخ در یک نمونه ۱۵ نفری از افراد با خصوصیات شرکت کنندگان در پژوهش سنجیده شد که برابر با ۰/۸۷ درصد بود.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید شد. برای رعایت نکات اخلاقی علاوه بر توضیح و تبیین اهداف پژوهش برای مسئولین محیط های نمونه گیری و مشارکت کنندگان از تمامی افراد شرکت کننده در مطالعه در بدو ورود به مطالعه رضایت نامه کتبی آگاهانه دریافت شد. تجزیه و تحلیل آماری توسط آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی (آزمون های کای دو، دقیق فیشر، تی تست و تحلیل واریانس یک طرفه با آزمون تعقیبی توکی) و با نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته ها

میانگین سن زنان شرکت کننده $25/84 \pm 5/09$ سال، میانگین سن همسران شان $29/89 \pm 5/15$ سال و طول مدت ازدواج آن ها $2/87 \pm 1/67$ سال بود. بیشترین فراوانی گروه های تحصيلاتی مربوط به گروه دارای تحصيلات دبیرستانی در زنان (۵۰ درصد) و مردان ($47/8$ درصد) بود. بیشتر شرکت کنندگان خانه دار ($86/9$ درصد) و همسران شان دارای شغل آزاد ($61/7$ درصد) بوده و همچنین $66/1$ درصد افراد، وضعیت اقتصادی نسبتاً مطلوب داشته و زایمان طبیعی را ترجیح می دادند ($75/7$ درصد زنان و $75/2$ درصد همسران شان). $94/3$ درصد شرکت کنندگان در این مطالعه، بارداری خواسته را تجربه کرده بودند. در این مطالعه، زایمان طبیعی از نظر شرکت کنندگان با عارضه کمتر برای مادر ($77/8$ درصد) و نوزاد ($72/6$ درصد) و سودمندتر برای مادر ($79/6$ درصد) و نوزاد ($75/7$ درصد) بوده و $81/3$ درصد از آنان، زایمان طبیعی را به دیگران نیز توصیه می کردند (جدول شماره ۱).

میانگین نمرات استرس ادراک شده در زنان مورد مطالعه برابر با $23/14 \pm 8/70$ با دامنه ۲-۵۲ بود. گویه ۱۲ (در طول ماه گذشته تا چه اندازه به کارهایی فکر کرده اید که باید آن ها را کامل می کردید؟) از پرسش نامه کوهن^۲ بالاترین میانگین ($2/18 \pm 0/09$) و گویه ۲ (در طول ماه گذشته تا چه اندازه ای احساس کرده اید که نمی توانید از عهده مسائل مهم که در زندگیتان وجود دارند، برآید؟) کمترین میانگین ($1/11 \pm 0/09$) را داشت (جدول شماره ۲).

3. T-test
4. Elective Cesarean Delivery (ECD)
5. Tukey
6. Raksha

2. Cohen

جدول ۱. فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی افراد مورد پژوهش

فراوانی (درصد) / انحراف معیار \pm میانگین	مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی	
۱۹(۸/۳)	ابتدایی و راهنمایی	تحصیلات زن
۱۱۵(۵۰)	دبیرستان و دیپلم	
۹۶(۴۱/۷)	دانشگاهی	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۲۲(۹/۶)	ابتدایی و راهنمایی	تحصیلات همسر
۱۱۰(۴۷/۸)	دبیرستان و دیپلم	
۹۸(۴۲/۶)	دانشگاهی	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۵(۲/۲)	آزاد	شغل
۲۵(۱۰/۹)	کارمند	
۲۰۰(۸۶/۹)	خانه‌دار	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۷(۳)	بیکار	شغل همسر
۱۴۲(۶۱/۷)	آزاد	
۸۱(۳۵/۲)	کارمند	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۲۶(۱۱/۳)	نامطلوب	وضعیت اقتصادی
۱۵۲(۶۶/۱)	نسبتاً مطلوب	
۵۲(۲۲/۶)	مطلوب	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۲۱۷(۹۴/۳)	خواسته	نوع بارداری
۱۳(۵/۷)	ناخواسته	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۱۷۴(۷۵/۷)	طبیعی	زایمان ترجیحی از نظر زن
۵۶(۲۴/۳)	سزارین	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۱۷۳(۷۵/۲)	طبیعی	زایمان ترجیحی از نظر همسر
۵۷(۲۴/۸)	سزارین	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	
۱۷۹(۷۷/۸)	طبیعی	نوع زایمان با عارضه کمتر برای مادر از نظر شرکت‌کننده در مطالعه
۵۱(۲۲/۲)	سزارین	
۲۳۰(۱۰۰)	جمع کل	

مشخصات جمعیت شناختی و ماماوی	فراوانی (درصد) / انحراف معیار ± میانگین
طبیعی	۱۶۷(۷۲/۶)
سزارین	۶۳(۲۷/۴)
جمع کل	۲۳۰(۱۰۰)
نوع زایمان با عارضه کمتر برای نوزاد از نظر شرکت کننده در مطالعه	
طبیعی	۱۸۳(۶)
سزارین	۴۷(۲۰/۴)
جمع کل	۲۳۰(۱۰۰)
نوع زایمان سودمندتر برای مادر از نظر شرکت کننده در مطالعه	
طبیعی	۱۷۴(۷۵/۷)
سزارین	۵۶(۲۴/۳)
جمع کل	۲۳۰(۱۰۰)
نوع زایمان سودمندتر برای نوزاد از نظر شرکت کننده در مطالعه	
طبیعی	۱۸۷(۸۱/۳)
سزارین	۴۳(۱۸/۷)
جمع کل	۲۳۰(۱۰۰)
نوع زایمان مورد توصیه به دیگران	
سن زن (سال)	۲۵/۸۴ ± ۵/۰۹
سن همسر (سال)	۲۹/۸۹ ± ۵/۱۵
طول مدت ازدواج (سال)	۲/۸۷ ± ۱/۶۷
طول مدت تحصیل زن (سال)	۱۳/۰۷ ± ۲/۹۶
طول مدت تحصیل همسر (سال)	۱۲/۹۱ ± ۳/۰۸
بیشینه - کمینه (۱۶-۴۲)	
بیشینه - کمینه (۲۰-۵۳)	
بیشینه - کمینه (۱-۹)	
بیشینه - کمینه (۱-۲۳)	
بیشینه - کمینه (۳-۲۵)	

نشریه پرستاری ایران

نتایج دیگر این مطالعه نشان داد درجات بالاتر استرس ادراک شده به شکل معناداری با وضعیت اقتصادی نامطلوب ($P=0/004$) و ناخواسته بودن بارداری ($P=0/029$) مرتبط است. نتایج مطالعه صدیقی و همکاران (۱۳۹۹) بر روی ۱۰۵۴۷ زن ایرانی نیز نشان داد انجام زایمان به روش سزارین با وضعیت درآمد نسبت عکس دارد [۲۲]. نتایج مطالعه ادیکاری^۷ و همکاران (۲۰۱۸) در آمریکا و مطالعه میل سنت^۸ و زبیری^۹ (۲۰۱۸) در فرانسه نیز تأیید کننده این یافته می باشد [۲۳، ۲۴]. در مطالعه عبدالکریمی و همکاران (۱۳۹۵) در شهر ارومیه نیز زنان با وضعیت تحصیلی بالاتر و همچنین زنانی که بارداری ناخواسته داشتند، بیشتر خواهان انجام زایمان سزارین بودند [۲۵]. به نظر می رسد باید به زنانی که بارداری ناخواسته را تجربه می کنند برای حمایت اجتماعی، برنامه های آموزشی و برنامه های آماده سازی زوج برای فرزندپروری اهمیت ویژه داده شود تا بتوان این زوج ها را برای کنار آمدن با شرایط پیش آمده یاری کرد.

همکاران (۲۰۲۱) این یافته را تأیید نمی کند و نشان می دهد بین میزان استرس ادراک شده و نوع زایمان ترجیحی رابطه معناداری وجود ندارد [۱۱]. دلیل احتمالی این مسئله می تواند باورهای غلط و ناآگاهی زنان در مورد نوع زایمان و انتخاب زایمان به شیوه سزارین به عللی همچون رهایی از دردهای زایمان و استرس در مورد سلامت مادر و نوزاد و زمینه ها و ساختارهای فرهنگی- اجتماعی جامعه باشد که سبب می شود زایمان سزارین را به عنوان روش کم دردسزتر و کم عارضه تر بشناسند و در شرایطی که تحت استرس زیادی قرار دارند، روشی از زایمان که به عقیده ایشان دردسز کمتری دارد را برگزینند [۲۱]. با توجه به تحقیقات انجام شده اندک در این زمینه، به طور قطعی نمی توان اظهار نظر کرد [۲۲]. هدف مطالعه حاضر تعیین وجود یا عدم وجود ارتباط میان این دو مقوله بود. روشن سازی علت قطعی این پدیده خارج از چارچوب مطالعه حاضر می باشد. از این نظر، تحقیقات بیشتر و با در نظر گرفتن فاکتورهای احتمالی دخیل در این پدیده در طراحی آزمایش برای روشن سازی دلایل ارتباط میان این دو متغیر مورد نیاز است.

7. Adhikari
8. Milcent
9. Zbiri

جدول ۲. توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار استرس ادراک شده در افراد مورد پژوهش براساس گویه‌ها

میانگین \pm انحراف از معیار	فراوانی (درصد)					استرس ادراک شده
	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	هرگز	
۱/۷۱ \pm ۱/۲۰	۲۶(۱۱/۳)	۳۱(۱۳/۵)	۵۹(۲۵/۷)	۸۰(۳۴/۸)	۳۴(۱۴/۸)	۱ در طول ماه گذشته تا چه اندازه به دلیل پیش آمدن مسئله‌ای که انتظارش را نداشته‌اید، ناراحت شده‌اید؟
۱/۱۱ \pm ۱/۰۹	۷(۳)	۲۲(۹/۶)	۴۴(۱۹/۱)	۷۴(۳۲/۲)	۸۳(۳۶/۱)	۲ در طول ماه گذشته تا چه اندازه‌ای احساس کرده‌اید که نمی‌توانید از عهده مسائل مهم که در زندگیتان وجود دارند، برآید؟
۱/۵۸ \pm ۱/۱۴	۱۹(۸/۳)	۲۷(۱۱/۷)	۶۱(۲۶/۵)	۸۶(۳۷/۴)	۳۷(۱۶/۱)	۳ در طول ماه گذشته تا چه اندازه عصبی یا دچار احساس تنش شده‌اید؟
۱/۷۰ \pm ۰/۹۶	۲۵(۱۰/۹)	۶۷(۲۹/۱)	۹۵(۴۱/۳)	۳۶(۱۵/۷)	۷(۳)	۴ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که در برخورد با مشکلات و گرفتاری‌های روزمره زندگی موفق هستید؟
۱/۳۶ \pm ۰/۸۸	۱۹(۸/۳)	۸۵(۳۷)	۹۳(۴۰/۴)	۳۷(۱۱/۷)	۶(۲/۶)	۵ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که با تغییرات مهمی که در زندگیتان پیش آمده‌اند، به‌طور مؤثر کنار آمده‌اید؟
۱/۴۳ \pm ۰/۹۱	۳۲(۱۳/۹)	۹۵(۴۱/۳)	۸۷(۳۳/۹)	۲۰(۸/۷)	۵(۲/۲)	۶ در طول ماه گذشته تا چه اندازه نسبت به توانایی خودتان در حل مشکلات شخصی اطمینان داشته‌اید؟
۱/۸۸ \pm ۰/۹۵	۲۰(۸/۷)	۵۴(۲۳/۵)	۹۵(۴۱/۳)	۵۵(۲۳/۹)	۶(۲/۶)	۷ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که امور مختلف بر وفق مرادتان است؟
۱/۳۱ \pm ۰/۹۲	۴(۱/۷)	۱۷(۷/۴)	۷۲(۳۱/۳)	۹۲(۴۰)	۴۵(۱۹/۶)	۸ در طول ماه گذشته تا چه اندازه متوجه شده‌اید که از عهده تمام کارهایی که باید انجام می‌دادید، نمی‌توانید برآید؟
۱/۴۶ \pm ۰/۸۷	۳۲(۱۳/۹)	۸۴(۳۶/۵)	۹۰(۳۹/۱)	۲۲(۹/۶)	۲(۰/۹)	۹ در طول ماه گذشته تا چه اندازه توانسته‌اید به خوبی یا فراز و نشیب‌هایی که در زندگی‌تان پیش آمده‌اند کنار بیایید؟
۱/۸۶ \pm ۰/۹۲	۱۹(۸/۳)	۵۱(۲۲/۲)	۱۱۲(۴۸/۷)	۳۹(۱۷)	۹(۳/۹)	۱۰ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که بر همه امور تسلط دارید؟
۱/۷۴ \pm ۱/۰۸	۱۶(۷)	۴۳(۱۸/۷)	۶۱(۲۶/۵)	۸۷(۳۷/۸)	۳۳(۱۰)	۱۱ در طول ماه گذشته تا چه اندازه بوجود آمدن مسئله‌ای که از کنترل شما خارج بوده، باعث ناراحتی‌تان شده است؟
۲/۱۸ \pm ۱/۰۹	۳۰(۱۳)	۵۹(۲۵/۷)	۸۰(۳۴/۸)	۴۶(۲۰)	۱۵(۶/۵)	۱۲ در طول ماه گذشته تا چه اندازه به کارهایی فکر کرده‌اید که باید آن‌ها را کامل می‌کردید؟
۲/۱۵ \pm ۱/۰۲	۱۳(۵/۷)	۴۸(۲۰)	۷۸(۳۳/۹)	۷۳(۳۱/۷)	۱۸(۷/۸)	۱۳ در طول ماه گذشته تا چه اندازه توانسته‌اید به‌طوری که دلتان خواسته است وقتان را بگذرانید؟
۱/۳۳ \pm ۱/۲۰	۱۶(۷)	۳۰(۱۰)	۵۱(۲۲/۲)	۷۰(۳۰/۴)	۷۰(۳۰/۴)	۱۴ در طول ماه گذشته تا چه اندازه احساس کرده‌اید که مشکلات آنقدر روی هم جمع شده‌اند که نمی‌توانید از عهده آن‌ها برآید؟
۳۳/۱۴ \pm ۸/۷۰	-	-	-	-	-	نمره کل استرس ادراک شده (دامنه: ۲-۵۲)

جدول ۳. شاخص‌های عددی میزان استرس ادراک شده بر اساس مشخصات جمعیت‌شناختی و باروری افراد مورد پژوهش و بررسی ارتباط آن‌ها

نتایج آزمون	میانگین \pm انحراف از معیار استرس ادراک شده	فراوانی	مشخصات فردی و مامایی
$t=2/15$ $df=89/63$ $P=0/333$	$22/43 \pm 7/52$ $25/25 \pm 7/92$	۱۷۴ ۵۶	طبیعی سزارین *نوع زایمان ترجیحی شرکت‌کننده
$t=-0/42$ $df=98/80$ $P=0/671$	$23 \pm 8/79$ $23/56 \pm 7/47$	۱۷۳ ۵۷	طبیعی سزارین *نوع زایمان ترجیحی همسر
$t=2/42$ $df=98/80$ $P=0/029$	$22/85 \pm 7/70$ $28 \pm 7/35$	۲۱۷ ۱۳	خواسته ناخواسته *نوع بارداری
$t=-0/95$ $df=76/51$ $P=0/330$	$22/83 \pm 7/56$ $24/21 \pm 9/18$	۱۷۹ ۵۱	طبیعی سزارین *نوع زایمان با عارضه کمتر برای مادر از نظر شرکت‌کننده در مطالعه
$t=-0/95$ $df=120/92$ $P=0/332$	$22/82 \pm 7/89$ $23 \pm 7/161$	۱۶۷ ۶۳	طبیعی سزارین *نوع زایمان با عارضه کمتر برای نوزاد از نظر شرکت‌کننده در مطالعه
$t=-0/97$ $df=70/62$ $P=0/333$	$22/85 \pm 7/67$ $24/25 \pm 7/81$	۱۸۳ ۴۷	طبیعی سزارین *نوع زایمان سودمندتر برای مادر از نظر شرکت‌کننده در مطالعه
$t=1/62$ $df=98/35$ $P=0/106$	$22/64 \pm 7/80$ $24/73 \pm 7/26$	۱۷۴ ۵۶	طبیعی سزارین *نوع زایمان سودمندتر برای نوزاد از نظر شرکت‌کننده در مطالعه
$t=1/33$ $df=61/76$ $P=0/185$	$22/77 \pm 7/64$ $24/76 \pm 7/85$	۱۸۷ ۴۳	طبیعی سزارین *نوع زایمان مورد توصیه به دیگران
$F=1/50$ $P=0/225$	$24/65 \pm 7/51$ $22/15 \pm 7/77$	۱۹ ۱۱۵	ابتدایی و راهنمایی دبیرستان و دیپلم *سطح تحصیلات شرکت‌کننده
	$23/98 \pm 7/61$	۹۶	دانشگاهی
$F=0/61$ $P=0/542$	$24/44 \pm 7/73$ $23/46 \pm 9/11$	۲۲ ۱۱۰	ابتدایی و راهنمایی دبیرستان و دیپلم *سطح تحصیلات همسر
	$22/47 \pm 7/25$	۹۸	دانشگاهی
$F=5/43$ $P=0/004$	$26/88 \pm 7/99$ $23/46 \pm 7/62$	۲۶ ۱۵۲	نامطلوب نسبتاً مطلوب *وضعیت اقتصادی
	$20/32 \pm 7/04$	۵۲	مطلوب
$F=1/64$ $P=0/195$	$22 \pm 8/21$ $20/23 \pm 6/87$	۵ ۲۵	آزاد کارمند *شغل شرکت‌کننده
	$23/52 \pm 7/88$	۲۰۰	خانداندار
$F=0/61$ $P=0/542$	$24/10 \pm 7/45$ $21/49 \pm 7/72$	۱۴۲ ۸۱	آزاد کارمند *شغل همسر
	$22/71 \pm 11/78$	۷	بیکار
$R=0/061$ $P=0/355$	-	-	**سن شرکت‌کننده
$R=0/062$ $P=0/333$	-	-	**سن همسر
$R=0/040$ $P=0/545$	-	-	**مدت زمان ازدواج
$R=-0/046$ $P=0/480$	-	-	**طول مدت تحصیل شرکت‌کننده
$R=-0/006$ $P=0/919$	-	-	**طول مدت تحصیل همسر

تی مستقل، **همبستگی پیرسون

جدول ۴. توزیع فراوانی نوع زایمان ترجیحی براساس مشخصات جمعیت‌شناختی و باروری و بررسی ارتباط آن‌ها

نتایج آزمون	نوع زایمان ترجیحی		مشخصات فردی و مامایی
	فراوانی (درصد) / میانگین \pm انحراف از معیار		
	سزارین	طبیعی	
P=۰/۹۹۹	۵۳(۲۳)	۱۶۴(۷۱/۳)	خواسته
	۳(۱/۳)	۱۰(۴/۳)	ناخواسته
$\chi^2=۱۲۶/۶۲$ df=۱ P<۰/۰۰۱	۱۰(۴/۳)	۱۶۳(۷۰/۹)	طبیعی
	۴۶(۲۰)	۱۱(۴/۸)	سزارین
$\chi^2=۱۳۲/۱۵$ df=۱ P<۰/۰۰۱	۱۲(۵/۲)	۱۶۷(۷۲/۶)	طبیعی
	۴۴(۱۹/۱)	۷(۳)	سزارین
$\chi^2=۱۰۷/۹۶$ df=۱ P<۰/۰۰۱	۱۰(۴/۳)	۱۵۷(۶۸/۳)	طبیعی
	۴۶(۲۰)	۱۷(۷/۴)	سزارین
$\chi^2=۱۴۰/۰۲$ df=۱ P<۰/۰۰۱	۱۳(۵/۷)	۱۷۰(۷۳/۹)	طبیعی
	۴۳(۱۸/۷)	۴(۱/۷)	سزارین
$\chi^2=۹۲/۴۸$ df=۱ P<۰/۰۰۱	۱۵(۶/۶)	۱۵۹(۶۹/۱)	طبیعی
	۴۱(۱۷/۸)	۱۵(۶/۵)	سزارین
$\chi^2=۹۲/۴۸$ df=۱ P<۰/۰۰۱	۱۵(۶/۵)	۱۷۲(۷۴/۸)	طبیعی
	۴۱(۱۷/۸)	۲(۸/۷)	سزارین
$\chi^2=۶/۲۶$ df=۲ P=۰/۰۴۳	۲(۰/۹)	۱۸(۷/۸)	ابتدایی و راهنمایی
	۲۳(۱۰)	۹۰(۳۹/۱)	دبیرستان و دیپلم
	۳۱(۱۳/۵)	۶۶(۲۸/۷)	دانشگاهی
$\chi^2=۱۰/۳۴$ df=۲ P=۰/۰۰۵	۰(۰/۰)	۲۳(۱۰)	ابتدایی و راهنمایی
	۲۵(۱۰/۹)	۸۴(۳۶/۵)	دبیرستان و دیپلم
	۳۱(۱۳/۵)	۶۷(۲۹/۱)	دانشگاهی
$\chi^2=۱/۲۸$ df=۲ P=۰/۵۲۵	۴(۱/۷)	۲۲(۹/۶)	نامطلوب
	۳۹(۱۷)	۱۱۳(۴۹/۱)	نسبتاً مطلوب
	۱۳(۵/۶)	۳۹(۱۷)	مطلوب
P=۰/۰۰۵	۴(۱/۸)	۱(۰/۴)	آزاد
	۳(۱/۳)	۲۲(۹/۶)	کارمند
	۴۹(۲۱/۳)	۱۵۱(۶۵/۶)	خانه‌دار
P=۰/۱۵۴	۳۲(۱۳/۹)	۱۱۰(۴۷/۸)	آزاد
	۲۴(۱۰/۴)	۵۷(۲۴/۸)	کارمند
	۰(۰/۰)	۷(۳)	بیکار

نتایج آزمون	نوع زایمان ترجیحی		مشخصات فردی و مامایی
	طبیعی	سزارین	
t=-۱/۳۵ df=۸۷/۰۶۷ P=۰/۱۷۸	۲۶/۶۷±۵/۳۴	۲۵/۵۸±۵	*سن شرکت کننده (سال)
t=-۱/۲۰ df=۹۷/۷۹۳ P=۰/۲۳۳	۳۰/۵۸±۴/۹۲	۲۹/۶۶±۵/۲۱	*سن همسر (سال)
t=-۰/۰۰۶ df=۱۱۱/۸ P=۰/۹۹۵	۲/۸۷±۱/۴۴	۲/۸۷±۱/۷۵	*طول مدت از نواج (سال)
t=-۳/۲۳ df=۱۰۰/۴۴ P=۰/۰۰۱	۱۴/۲۵±۲/۷۲	۱۲/۷۴±۲/۹۶	*طول مدت تحصیل شرکت کننده (سال)
t=-۳/۲۴ df=۹۴/۰۱ P=۰/۰۰۱	۱۴/۰۵±۲/۹۹	۱۲/۵۵±۲/۰۳	*طول مدت تحصیل همسر (سال)

*تی مستقل، **دقیق فیشر، †کای دو

نشریه پرستاری ایران

بارداری هستند را از مزایا و معایب تأیید شده انواع روش‌های زایمان آگاه کند تا با گسترش باورهای اجتماعی ناصحیح مقابله شود. مطالعات گسترده از سراسر کشور مورد نیاز است تا فهم ما را از این موضوع مهم افزایش دهد و طراحی مداخلات مؤثر و سیاست‌های آموزشی را تسهیل کند.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، کم بودن تعداد شرکت‌کننده در جامعه آماری و انجام مطالعه در شهر بندرعباس به دلیل بافت فرهنگی و قومیتی خاص است که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌کند. بنابراین، یافته‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1398.1230 تأیید کرده است. سایر ملاحظات اخلاقی در این پژوهش بدین شرح است: از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد، محرمانه بودن اطلاعات، اجازه خروج از پژوهش، اجازه امتناع از استفاده از اطلاعات در تحلیل نهایی و حق دریافت نتایج تحقیق.

حامی مالی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد

عواملی که به صورت معنادار با نوع زایمان ترجیحی در ارتباط بودند شامل میزان تحصیلات، وضعیت شغلی و دیدگاه کلی نسبت به انواع زایمان بود. زایمان طبیعی^{۱۰} در میان زنان خانه‌دار و زنانی که درجات پایین‌تری از تحصیلات را دارند رایج‌تر است. ارتباط درجات بالاتر تحصیل با احتمال بیشتر برگزیدن روش سزارین پیش از این نیز گزارش شده بود [۷]. برای توجیه این مشاهده می‌توان گفت زنانی که به میزان بیشتر در تماس با محیط اجتماعی هستند (چه به دلیل شرایط کاری و چه به دلیل تحصیلات)، بیشتر در معرض باورهای نادرست اجتماعی و کلیشه‌های جامعه قرار می‌گیرند و در نتیجه تمایل بیشتری به در نظر گرفتن سزارین به عنوان یک روش زایمان مدرن و شیک دارند. رابطه بسیار معنادار نوع زایمان ترجیحی و دیدگاه کلی نسبت به انواع روش‌های زایمان این نکته را توصیه می‌کند که این موضوع می‌تواند به وسیله برنامه‌های آموزشی مناسب به صورت مؤثری برطرف شود.

نتایج مطالعه حاضر دارای چندین پیام مهم بود. نخست، درجات بالاتر استرس ادراک شده می‌تواند نشانگر احتمال بالاتر گزینش سزارین انتخابی باشد. دوم، درجات بالاتر استرس ادراک شده در زنانی که بارداری ناخواسته را تجربه می‌کنند نگران‌کننده است و تلاش‌هایی را برای طراحی مداخلاتی که این زنان را برای کنار آمدن با شرایط یاری کند، نیاز دارد. سوم، به برنامه‌های آموزشی مناسب نیاز است تا زوج‌هایی که در شرف تصمیم برای

10. vaginal delivery

رشته آموزش جامعه‌نگر در نظام سلامت با شماره ۱۷۳۷۹-۳-۴-۹۸ است که توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران تأیید و حمایت مالی شده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی: سهیلا ناظری، لیلا امینی؛ روش‌شناسی: سهیلا ناظری، لیلا امینی، هما صادقی اول شهر؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: شیما حقانی، نوشتن - پیش‌نویس اصلی و نوشتن - بررسی و ویرایش: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از همه شرکت‌کنندگان در این مطالعه تشکر و تقدیر می‌کنند.

References

- [1] Shearer EL. Cesarean section: Medical benefits and costs. *Soc Sci Med.* 1993; 37(10):1223-31. [DOI:10.1016/0277-9536(93)90334-Z] [PMID]
- [2] Betran A, Torloni M, Zhang J, Gülmezoglu A, Aleem H, Althabe F, et al. Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG.* 2016; 123(5):667-70. [DOI:10.1111/1471-0528.13526] [PMID][PMCID]
- [3] Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of elective cesarean section. *Dtsch Arztebl Int.* 2015; 112(29-30):489-95. [DOI:10.3238/arztebl.2015.0489] [PMID] [PMCID]
- [4] Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet.* 2018; 392(10155):1349-57. [DOI:10.1016/S0140-6736(18)31930-5]
- [5] Mittal S, Pardeshi S, Mayadeo N, Mane J. Trends in cesarean delivery: Rate and indications. *J Obstet Gynecol India.* 2014; 64(4):251-4. [DOI:10.1007/s13224-013-0491-2] [PMID] [PMCID]
- [6] Karlström A, Rådestad I, Eriksson C, Rubertsson C, Nystedt A, Hildingsson I. Cesarean section without medical reason, 1997 to 2006: A Swedish register study. *Birth.* 2010; 37(1):11-20. [DOI:10.1111/j.1523-536X.2009.00373.x] [PMID]
- [7] Azami-Aghdash S, Ghojzadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalence and causes of cesarean section in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health.* 2014; 43(5):545-55. [PMID] [PMCID]
- [8] Sanavi FS, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam A, Edalatian M. Reasons for elective cesarean section amongst pregnant women; A qualitative study. *J Reprod Infertil.* 2012; 13(4):237-40. [PMID] [PMCID]
- [9] Ryding EL, Lukasse M, Parys AS Van, Wangel AM, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: A cohort study in six european countries. *Birth.* 2015; 42(1):48-55. [DOI:10.1111/birt.12147] [PMID]
- [10] Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 24(4):385-96. [DOI:10.2307/2136404] [PMID]
- [11] Sinaei A, Abbaspoor Z, Hashemi S, Javadifar N. The relationship between perceived stress and attitude towards delivery and choosing mode of delivery among pregnant women. *J Babol Univ Med Sci.* 2018; 20(5):61-7. [DOI:10.18869/acad-pub.jbums.20.5.61]
- [12] Matinnia N, Haghighi M, Jahangard L, Ibrahim FB, Rahman HA, Ghaleiha A, et al. Further evidence of psychological factors underlying choice of elective cesarean delivery (ECD) by primigravidae. *Rev Bras Psiquiatr.* 2017; 40(1):83-8. [DOI:10.1590/1516-4446-2017-2229] [PMID] [PMCID]
- [13] Huang L, Chen Q, Zhao Y, Wang W, Fang F, Bao Y. Is elective cesarean section associated with a higher risk of asthma? A meta-analysis. *J Asthma.* 2015; 52(1):16-25. [DOI:10.3109/02770903.2014.952435] [PMID]
- [14] Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: Causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):36.e1-36.e5. [DOI:10.1016/j.ajog.2008.03.007] [PMID]
- [15] Jafarzadeh A, Hadavi M, Hasanshahi G, Rezaeian M, Vazirinejad R, Aminzadeh F, et al. Cesarean or cesarean epidemic? *Arch Iran Med.* 2019; 22(11):663-70. [PMID]
- [16] Akbarzadeh F, Talaei A, Tavassoli F, Jalaliani S, Talebi M, Modarres Gharavi M, et al. [Psychological characteristics of women with vaginal delivery, elective and emergency cesarean section (Persian)]. *Mashhad Univ of Med Scien.* 2016; 58(10): 611-19. [DOI:10.22038/mjms.2016.6789]
- [17] Khavari F, Golmakani N, Saki A, Aghamohammadian Sherbaf H. [Investigating labor pain coping according to irrational beliefs in pregnancy (Persian)]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2017; 20(5):58-67. [DOI:10.22038/ijogi.2017.9081]
- [18] Maroufizadeh S, Zareiyani A, Sigari N. [Psychometric properties of the 14, 10 and 4-item "Perceived Stress Scale" among asthmatic patients in Iran (Persian)]. *Payesh.* 2014; 13 (4):457-65. <http://payeshjournal.ir/article-1-292-en.html>
- [19] Bastani F, Rahmatnejad L, Jahdi F, Haghani H. [Breastfeeding self efficacy and perceived stress in primiparous mothers (Persian)]. *IJN.* 2008; 21(54):9-24. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-456-en.html>
- [20] Raksha G, Anjali T, Kirna T. An exploratory study to assess the factors causing anxiety among primigravida planned for normal vaginal delivery and caesarean section admitted at mata kaushalya hospital, patiala, punjab. *Matern Pediatr Nutr.* 2017; 03(1):1-8. [DOI:10.4172/2472-1182.1000122]
- [21] Alimohammadzade K, Mohebi S, Labbaf T. [Systematic review of research papers in the recent three decades on the "Reasons of Cesarean Section" and population health management strategies in Iran (Persian)]. *Womens Stud.* 2013; 16(61):7-57. http://www.jwss.ir/article_12098.html?lang=en
- [22] Sadighi J, Tavousi M, Montazeri A, Mozafari Kermani R, Eslami M, Rostami R, et al. Fertility indicators and its correlates among women in Iran. *Payesh.* 2020; 19 (6):645-72. [DOI:10.29252/payesh.19.6.645]
- [23] Milcent C, Zbiri S. Prenatal care and socioeconomic status: Effect on cesarean delivery. *Health Econ Rev.* 2018; 8 (1):7. [DOI:10.1186/s13561-018-0190-x] [PMID] [PMCID]
- [24] Adhikari K, McNeil DA, McDonald S, Patel AB, Metcalfe A. Differences in caesarean rates across women's socio-economic status by diverse obstetric indications: Cross-sectional study. *Paediatric and Perinatal Epidemiol.* 2018; 32(4):309-17. [DOI:10.1111/ppe.12484] [PMID]
- [25] Abdolkarimy M, Zareipour MA, Rezaie Moradali M, Mahmoodi H, Movahed E, Alinejad M. [Prediction of delivery type based on the theory of planned behaviors (Persian)]. *NVJ.* 2016; 3 (7):47-58. <http://njv.bpums.ac.ir/article-1-713-en.html>