

عوامل خطر ساز شناختی درد در سزارین: مقایسه بیمارستان‌های خصوصی و دولتی

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۲۴

سمانه قوشچیان چومسجدی*، شاهرخ مکوندحسینی**، ایمان ا... بیگدلی***، بهناز بهنام****

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه متغیرهای شناختی ترس از درد، فاجعه سازی درد، شناخت فاجعه آمیز شده و ترس از زایمان در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی می‌باشد.

روش: بدین منظور ۳۰۰ نفر از زنان باردار انتخاب شدند و بر اساس شرایط جمعیت شناختی سن، تحصیلات، ماه بارداری، تجربه زایمان، تجربه سزارین، نوع بیمارستان و تمایل به زایمان سزارین، مورد هم‌تا سازی قرار گرفتند. از پرسشنامه‌های ترس از درد، نگرش نسبت به زایمان، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیز شده استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تفاوت معنادار را برای متغیرهای ترس از درد، شناخت فاجعه آمیز شده و ترس از زایمان را در دو گروه نشان داد، در حالیکه تفاوت معنادار در مورد متغیرهای دیگر مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج پیشنهاد می‌کند که متغیرهای ترس از درد، شناخت فاجعه آمیز شده، متغیرهای شناختی مهم هستند که با افزایش زایمان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی مرتبط هستند. همچنین احتمالاً، ترس از درد، شناخت فاجعه آمیز شده می‌تواند خطر افزایش زایمان‌های غیر ضروری سزارین را در بین زنان باردار افزایش دهند.

واژه‌های کلیدی: ترس از درد، فاجعه سازی درد، شناخت فاجعه آمیز شده، نگرش نسبت به زایمان، سزارین

Samaneh_641@yahoo.com

* نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم، تهران، ایران

Shmakvand@yahoo.com

** استادیار، گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

bigdeli9@gmail.com

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Behnamfar46@yahoo.com

**** استادیار، روان‌پزشک دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

مقدمه

یکی از متغیرهای مهم در انتخاب نوع زایمان به ویژه زایمان سزارین بررسی کرده‌اند [۱۳، ۱۴]. همچنین تحقیقات دیگر نشان دادند که، درد و متغیرهای شناختی مرتبط با درد می‌توانند در میزان انتخاب زایمان سزارین تأثیر گذار باشند [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸]. در بسیاری از تحقیقات شایع‌ترین علت تقاضای زنانی که تجربه زایمان نداشته‌اند و به انتخاب زایمان سزارین پرداخته‌اند، ترس از زایمان^۳ بوده است [۱۹، ۲۰، ۲۱]. علاوه بر این، تحقیقات دیگر نشان می‌دهند که در ۱۰-۶ درصد موارد ترس از زایمان با پیامدهای شدیداً ناتوان کننده‌ای در عمل زایمان همراه است. در حالیکه ترس شدید از زایمان و پیش بینی درد و استرس در عمل زایمان موجب افزایش احتمال سزارین فوری و درخواست مادر برای سزارین غیر ضروری می‌گردد [۲۲، ۲۳]. مفهوم ترس از درد ابتدا توسط لثم^۴، اسلاد^۵، تروپ^۶ و بنتلی^۷ [۲۴] مطرح شد و به تبیین ترس از درد همراه با اجتناب از آن همراه با رفتارهای مرتبط با تجربه درد پرداخت. درد به عنوان یک مکانیسم طبیعی بدن هشدار است جهت شناسایی و رفع منبع دردی که امکان دارد سلامت انسان را به خطر اندازد. البته چنانچه این ترس از درد همان گونه که برخی از پژوهشگران اعتقاد دارند حالت غیر منطقی و یا مرضی به خود بگیرد، نه تنها دیگر جنبه‌ی انطباق پذیری و کمک به سلامت انسان ندارد، بلکه می‌تواند با اثر گذاری بر ابعاد شناختی و رفتاری، مشکلاتی را در سلامت روان فرد پدید آورد. با تداوم استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری ناسازگارانه، میل اجتناب از منبع درد شدت می‌گیرد. در مورد سزارین می‌توان گفت اجتناب از زایمان طبیعی به دلیل ترس غیر انطباقی بر انتخاب زایمان سزارین تأثیر می‌گذارد [۲۵]. از طرفی مطالعات مختلف نشان داده‌اند که فرآیندهای شناختی و افکار منفی همانند فاجعه آمیز کردن درد^۸ به عنوان یکی از عوامل شناختی همبسته با ترس از درد و تجربه آن محسوب می‌شود [۲۶]. به علاوه کسانی که درد را فاجعه سازی می‌کنند انتظار درد بیشتری دارند تا کسانی که درد را

یکی از نگرانی‌های اغلب نظام‌های بهداشتی در قبل از زایمان، انتخاب نوع زایمان است که بر سلامت مادر و نوزاد اثرگذار است. سزارین به عنوان یکی از روش‌های زایمان است که با خطرات زیادی برای مادر و کودک همراه است [۱]. چسبندگی شدید رحم در مادران^۱، عفونت و خونریزی شدید و به دنبال آن کاهش میزان حجم خون و سردرد [۱] خطر افزایش دیابت در نوزادان، فلج اعصاب بازوی کودک، آسیب جمجمه‌ای و عفونت‌های ادراری [۲] به عنوان نمونه‌ای از خطرات بالا در زایمان سزارین می‌باشد. افزایش قابل توجه در میزان سزارین در سراسر جهان این مسأله را به عنوان یکی از معضلات سیستم بهداشتی در آورده است. با افزایش این خطرات، سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که میزان عمل سزارین در سال‌های اخیر به طور متوسط با افزایش ۱۵-۱۰ درصدی در همه‌ی کشورها همراه بوده است و این افزایش شیوع در همه‌ی کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه با نگرانی‌های زیادی همراه بوده است [۳]. به عنوان مثال در ایالات آمریکا، نرخ زایمان سزارین ۴۶ درصد افزایش یافته است و در سال ۲۰۰۵، به ۳۰/۲ رسیده است [۴، ۵]. در ایران نرخ زایمان سزارین، سه برابر بیش از آمارهای جهانی است [۶] و با شیوع بیش از ۴۱ درصد جز کشورهای در معرض خطر در زایمان سزارین در نظر گرفته می‌شود. از طرف دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنها ۱۵ درصد زایمان‌ها نیاز به مداخله درمانی سزارین دارند [۶]. از طرفی تحقیقات حاکی از افزایش نرخ زایمان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به دولتی است. این افزایش انتخاب زایمان سزارین به طور یکسان در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه مشاهده می‌شود [۷، ۸، ۹]. به طور مثال، در مطالعه اخیر در آمریکای لاتین، ویلار^۲ و همکاران [۱۰] دریافتند که در حدود ۵۵٪ از زایمان‌های سزارین در بیمارستان‌های خصوصی رخ داده است [۱۰]. همچنین تحقیقات دیگر نقش مراکز و بیمارستان‌های خصوصی را در افزایش انتخاب زایمان سزارین نشان دادند [۱۰، ۱۱، ۱۲]. از سوی دیگر، تحقیقات زیادی اثر متغیرهای شناختی را به عنوان

3- fear of pain
4- Lethem
5- Slade
6- Troup
7- Bentley
8- pain catastrophizing

1- adhesions
2- Villar

تجربه زایمان قبلی و طبقه اقتصادی- اجتماعی بر اساس حضور زنان باردار در بیمارستان‌های خصوصی یا دولتی نیز می‌تواند در انتخاب نوع زایمان تأثیر گذار باشد [۳۹، ۴۰]. با توجه به توضیحات فوق و با افزایش انتخاب زایمان‌های سزارین غیر ضروری در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی در بین زنان باردار با وجود خطرات بالا در سلامت مادران و فرزندان و همچنین بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش‌های پیشین همراه با یک سری از نتایج متناقض، لزوم بررسی تأثیر درد و متغیرهای شناختی مرتبط با آن (ترس از زایمان، فاجعه سازی درد و شناخت فاجعه آمیز شده) بر اساس حضور زنان باردار در بیمارستان‌های خصوصی یا دولتی ضروری به نظر می‌رسد. در این تحقیق سعی شده است تا با شناسایی متغیرهای شناختی و روانی در انتخاب زایمان سزارین، سهمی در کاهش زایمان‌های سزارین غیر ضروری به خصوص در بیمارستان‌های خصوصی داشته باشیم.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی و علی مقایسه‌ای است. هدف ما در این تحقیق، مقایسه متغیرهای شناختی مرتبط با زایمان سزارین (ترس از درد، فاجعه سازی درد، شناخت فاجعه آمیز شده و ترس از زایمان) در بیمارستان‌های خصوصی و بیمارستان‌های دولتی در ایران می‌باشد.

آزمودنیها: نمونه مورد بررسی ۳۰۰ نفر از زنان بارداری بودند که از تیر ماه ۱۳۸۸ به طور روزانه به بخش‌های زنان و زایمان بیمارستان دولتی شهید اکبرآبادی و بیمارستان خصوصی آتیه جهت معاینه سرپایی مراجعه کرده بودند. روش نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. ملاک‌های ورود کلیه زنان بارداری بودند که برای معاینه وضعیت خود به درمانگاه‌های دو بیمارستان بالا مراجعه می‌کردند.

ابزار:

۱- پرسشنامه ترس از درد^۳: این پرسشنامه یک پرسشنامه ۳۰ سؤالی است که برای اولین بار توسط مک نیل^۴ و رین واتر^۵ (۱۹۹۸)، ساخته شد و هدف آن ارزیابی ترس از درد بر اساس سه بعد دردهای شدید، دردهای خفیف و دردهای

فاجعه سازی نمی‌کنند و میزان بهبودی کمتری را پس از زایمان نسبت به کسانی که فاجعه سازی نمی‌کنند، گزارش می‌کنند [۲۷]. فاجعه سازی درد می‌تواند در زایمان منبع تهدیدی برای زنان باشد که به دنبال این تهدید، افکار فاجعه آمیز تشدید می‌شود و آنگاه برآورد بالا از شدت درد و دست کم گرفتن توانایی‌های مقابله با درد بروز پیدا می‌کند [۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰]. بر اساس این فرض، در یک پژوهش رابطه مثبت میان فاجعه آمیز کردن توأم با ترس از درد و زایمان به روش سزارین در پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است [۳۱]. از طرفی مطالعه دیگر نشان دهنده ارتباط معنادار بین زایمان سزارین و فاجعه سازی درد نمی‌باشد [۳۲]. همچنین، فاجعه سازی علاوه بر همبستگی قوی با ترس از درد، به عنوان یک عامل میانجی، از طریق کاهش دادن آستانه درد در خانم‌های باردار در افزایش ترس از زایمان نقش دارد. علاوه بر این، تحقیقات دهه گذشته نشان می‌دهد که فاجعه سازی درد یکی از قوی‌ترین عوامل روان‌شناختی در پیش بینی تجربه درد بوده است و با ارتباط با متغیر شناخت فاجعه آمیز شده^۱ و با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، فرآیندهای عاطفی و همچنین ناتوانی همراه است [۳۳، ۳۴، ۳۵]. شناخت فاجعه آمیز شده، به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با فاجعه سازی درد است، که افکار فاجعه آمیز شده را در سه حالت جسمی، روانی و عاطفی بررسی می‌کند [۳۶]. مطالعه دیگر نشان دهنده‌ی رابطه ترس از درد با عامل ترس از زایمان (نگرش به زایمان)^۲ به ویژه در آستانه‌ی پایین درد، هستند [۳۷]. این عامل به عنوان عامل تأثیر گذار در تصمیم‌گیری برای انجام سزارین عمل می‌کند. ترس از زایمان سبب تقاضای مادر برای انجام سزارین غیر ضروری می‌شود [۶، ۲۱]. همچنین، انتخاب زایمان سزارین در زنانی که تجربه زایمان نداشته‌اند، در جهت فرار از ترس زایمان، می‌تواند نشان دهنده ارتباط مستقیم زایمان سزارین با ترس از زایمان باشد [۱۹، ۲۰]. در صورتی که، مطالعه دیگر نشان دهنده ارتباط معنادار بین زایمان سزارین و ترس از زایمان نمی‌باشد [۳۸]. علاوه بر این، عوامل دیگری از جمله سن مادر، مدت ماه بارداری، تحصیلات، سابقه عمل سزارین،

3- Fear of Pain Questionnaire

4- McNeil

5- Rainwater

1- catastrophic cognition

2- childbirth attitude

مورد بررسی قرار گرفته است [۶، ۲۱].

روند اجرای پژوهش: پس از تصویب طرح و کسب اجازه از کمیته پژوهشی دانشگاه تربیت معلم تهران و مدیریت بیمارستان‌های شهید اکبرآبادی و آتیه، آزمودنیها بعد از پر کردن رضایت‌نامه کتبی، با معیارهای ورود از جمله ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، تحصیلات، ماه بارداری، تجربه زایمان قبلی، تجربه زایمان سزارین و تمایل به زایمان سزارین مورد بررسی قرار گرفتند و زنان باردار مورد مطالعه بر اساس متغیر گرایش به زایمان سزارین یا عدم زایمان سزارین به دو گروه تقسیم شدند. معیارهای خروج در نمونه مورد بررسی، عدم بیماری‌های زنان و زایمان، عدم مشکلات خونی در زنان باردار، عدم وجود بیماری‌های مزمن در تاریخچه زنان باردار مورد مطالعه بود.

یافته‌ها

در ابتدا به بررسی توصیفی شاخص‌های جمعیت شناختی و متغیرهای شناختی در دو بیمارستان پرداخته شد که در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱) شاخص‌های توصیفی متغیرهای شناختی و جمعیت شناختی

متغیرها	بیمارستان	میانگین	انحراف معیار
ترس از درد	دولتی	۷۴/۹۶	۲۱/۸۴
	خصوصی	۸۳/۹۰	۲۴/۰۷
فاجعه سازی درد	دولتی	۳۰/۴۳	۱۱/۱۴
	خصوصی	۲۸/۱۴	۱۲/۴۲
شناخت فاجعه آمیز شده	دولتی	۵۸/۷۴	۱۴/۸۹
	خصوصی	۷۰/۷۶	۱۸/۲۴
ترس از زایمان	دولتی	۳۶/۵۶	۸/۰۲
	خصوصی	۳۴/۱۸	۹/۰۷
سن	دولتی	۲۶/۶۲	۶/۵۶
	خصوصی	۲۸/۷۲	۴/۸۷
سطح تحصیلات	دولتی	۳/۰۵	۱/۰۶
	خصوصی	۴/۹۸	۱/۰۹
تجربه زایمان قبلی	دولتی	۱/۵۲	۰/۵۰
	خصوصی	۱/۵۸	۰/۴۹
تجربه سزارین قبلی	دولتی	۱/۷۸	۰/۴۱
	خصوصی	۱/۷۰	۰/۴۵

پزشکی است. حداقل نمره این پرسشنامه ۳۰ و حداکثر ۱۵۰ می‌باشد و شرکت کنندگان بر اساس میزان نمره‌های به دست آمده از پرسشنامه ترس از درد به سه گروه تقسیم می‌شوند. نمره کمتر از ۵۲ به عنوان نمره‌های پایین در زمینه ترس از درد، نمره بالاتر از ۸۰ به عنوان نمره‌های بالا در زمینه ترس از درد و نمره ۷۹ به عنوان نمره متوسط برای نمونه‌های بهنجار گزارش شده است [۴۱]. میزان اعتبار آن در خارج بالاتر از $\alpha=0/80$ گزارش شده است [۴۱]. میزان اعتبار این پرسشنامه در این تحقیق $\alpha=0/75$ گزارش شده است.

۲- مقیاس فاجعه سازی از درد^۱: فاجعه سازی درد به وسیله مقیاس فاجعه سازی درد اندازه‌گیری شد [۳۸]. این پرسشنامه دارای ۱۳ سؤال است که افکار و احساسات مختلفی را که افراد در هنگام درد تجربه می‌کنند، را توصیف می‌کند و پاسخ آزمودنیها بر اساس ۳ مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ جلوه کردن و درماندگی و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مورد بررسی قرار می‌گیرند. بر اساس میزان درجه‌ای که نمره‌گذاری می‌شوند میزان افکار و احساساتی که آنها در هنگام تجربه درد دارند، گزارش می‌شوند ($\alpha=0/4$ در همه اوقات). میزان اعتبار آن در خارج $\alpha=0/92$ گزارش شده است [۴۲]. میزان اعتبار این پرسشنامه در این تحقیق $\alpha=0/87$ گزارش شده است.

۳- پرسشنامه شناخت فاجعه آمیز شده^۲: در این پرسشنامه سه مقیاس الف) فاجعه سازی در زمینه عاطفی، ب) فاجعه سازی در زمینه ذهنی و ج) فاجعه سازی در زمینه جسمانی بررسی می‌شود و دارای ۲۱ سؤال می‌باشد. آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۴ در خارج گزارش شده است [۳۶]. میزان اعتبار این پرسشنامه در این تحقیق $\alpha=0/75$ گزارش شده است.

۴- پرسشنامه نگرش نسبت به زایمان^۳: این پرسشنامه، یک پرسشنامه ۱۴ سؤالی است که نقش ترس را در تمایل و انجام عمل سزارین بررسی می‌کند و دامنه نمرات آن از ۱۴-۵۶ است. نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر است. اعتبار پرسشنامه در خارج $\alpha=0/84$ گزارش شده است و روایی محتوا و صوری و سازه با تحلیل عاملی در ایران

- 1- Pain Catastrophizing Questionnaire
- 2- Catastrophic Cognition Questionnaire
- 3- Childbirth Attitude Questionnaire

در مورد تمایل به سزارین، در کل ۵۸٪ از آزمودنیها، تمایل به سزارین دارند. در مرحله بعدی داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل متغیرهای چندگانه برای مقایسه متغیرهای شناختی در بین دو بیمارستان تحلیل شدند. پارامترهای ویلکز لامبدا، بزرگترین ریشه روی، اثر هتلینگ و اثر پیلاپی همگی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بودند.

علاوه بر اطلاعات فوق میانگین سنی ۳۰۰ نفر کل گروه نمونه، ۲۷/۶۷ و انحراف معیار آنها، ۵/۸۶ می‌باشد. بالاترین درصد ماه بارداری و تحویلات، در بیمارستان دولتی و خصوصی، مربوط به ماه نهم بارداری ۴۸/۳٪ و تحویلات دیپلم ۴۱/۳٪ است. همچنین ۵۵/۳٪ آزمودنیها تجربه زایمان نداشتند و ۷۴/۷٪ آزمودنیها تجربه سزارین نداشتند.

جدول ۲) آزمون بررسی تفاوت میانگین متغیرهای مورد مطالعه با توجه به نوع بیمارستان

متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	معناداری
ترس از درد	۶۰۰۳/۲	۱	۶۰۰۳/۲	۱۱/۳۶	*./۰۰۱
فاجعه سازی درد	۳۹۲/۱۶	۱	۳۹۲/۱۶	۲/۸۱۵	۰/۰۹۴
شناخت فاجعه آمیز شده	۰۵/۱۰۸۴	۱	۱۰۸۴/۰۵	۳۹/۱۱۴	*./۰۰۱
ترس از زایمان	۴۲۴/۸۳	۱	۴۲۴/۸۳	۵/۷۸	*./۰۱۷

* $P < 0.05$

رفتار اجتنابی از درد بیشتر در زنان باردار، در افزایش انتخاب زایمان سزارین در بین زنان باردار تأثیر می‌گذارد و گزینه انتخابی زنان باردار را در بیمارستان‌های خصوصی افزایش می‌دهد. متغیر شناخت فاجعه آمیز شده به عنوان یکی دیگر از متغیرهای شناختی مرتبط با درد، نشانگر افزایش این متغیر در بیمارستان خصوصی نسبت به بیمارستان دولتی است. همچنین این متغیر به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با فاجعه سازی درد است، که افکار فاجعه آمیز شده را در سه حالت جسمی، روانی و عاطفی بررسی می‌کند [۳۶]. با افزایش مقدار متغیر شناخت فاجعه آمیز شده در بیمارستان خصوصی نسبت به دولتی، این متغیر در افزایش انتخاب زایمان سزارین در بیمارستان خصوصی تأثیر گذار است. در مورد متغیر ترس از زایمان (نگرش به زایمان)، نتایج بیانگر تفاوت معنادار در بین دو بیمارستان بود و در زایمان سزارین تأثیر گذار است که با تحقیقات خورسندی و همکاران [۲۱] و موید محسنی [۶]، مبنی بر این که ترس شدید از زایمان و پیش بینی درد و استرس در طی زایمان موجب افزایش احتمال سزارین اورژانسی و درخواست مادر برای سزارین غیر ضروری می‌گردد همخوانی دارد. ترس شدید از زایمان به عنوان یکی از متغیرهای شناختی منفی و به عنوان پیش بینی کننده زایمان [۳۹، ۴۰، ۴۳] و مرتبط با احساسات منفی ترس و اضطراب [۴۴] موجب عوارض شدید ناتوان کننده می‌گردد. در حالیکه تفاوت معنادار در

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود از بین متغیرهای شناختی، متغیرهای ترس از درد ($P < 0.01$)، شناخت فاجعه آمیز شده ($P < 0.001$) و ترس از زایمان ($P < 0.05$) تفاوت معناداری را در بین دو نوع بیمارستان‌های خصوصی و دولتی نشان می‌دهند، در حالیکه در مورد متغیر فاجعه سازی درد تفاوت معنادار در بین دو بیمارستان مشاهده نمی‌شود.

بحث

هدف این مطالعه، مقایسه متغیرهای شناختی مرتبط با زایمان سزارین (ترس از درد، فاجعه سازی درد، شناخت فاجعه آمیز شده و ترس از زایمان) در بیمارستان‌های خصوصی و بیمارستان‌های دولتی بود. نتایج نشان داد که تفاوت‌های معناداری در بین متغیرهای ترس از درد، شناخت فاجعه آمیز شده و ترس از زایمان وجود دارد. در مورد متغیر ترس از درد به عنوان یکی از متغیر شناختی مرتبط با درد و به صورت رفتار اجتنابی و مرتبط با چرخه معیوب شناختی در مواجهه با درد [۲۵]، نتایج نشانگر افزایش این متغیر در بیمارستان خصوصی نسبت به بیمارستان دولتی است که از طرفی با تحقیقات گذشته [۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸] مبنی بر نقش مهم متغیر ترس از درد در افزایش انتخاب زایمان سزارین هماهنگ است. تحقیقات گذشته حاکی از آن است که متغیر ترس از درد به عنوان یکی از متغیرهای شناختی مرتبط با درد، از طریق مکانیسم

<http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/06facts/births05.htm>.

5- Stephen S. C-sections leap to 1 in 3 births in Bay State [homepage on the Internet]. NewYork: [updated 2008]. available from: <http://Tools.Boston.com-Boston.com>.

۶- معیدمحسنی سکینه، محمدی خدیجه. پیش بینی زایمان سزارین بر اساس مدارک آماری. مجله دانشور. ۱۳۸۳؛ ۱(۴): ۵۹-۶۲.

7- Murray S, Elston M. The promotion of private health insurance and its implications for the social organization of health-care: a case study of private sector obstetrics practice in Chile. SHI. 2005; (27): 701-721.

8- Fabbri D, Monfardini C. Demand induction with a discrete distribution of patients. Economic Department of Bologna University; 2001.

9- Potter J, Berquo E, Perpetuo I, Leal O, Hopkins K, Souza M. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. BMJ. 2001; (323): 1155.

10- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A. et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. The Lancet. 2006; (367): 1819-1829.

11- Triunfo P, Rossi M. The effect of physicians' remuneration system on the cesarean section rate: the Uruguayan case. Int J Health care finance Econ. 2009; (9): 333-345.

12- Laws PJ, Abeywardana S, Walker J, Sullivan EA. Australia's Mothers and Babies 2005. Australian Institute of Health and Welfare National Perinatal Statistics Unit. Sydney; 2007.

13- Potter J, Berquo' E, Perpetuo H, Leal O, Hopkins K, Souza M. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study, BMJ. 2001; (323): 1155-1158.

14- Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean, SSM. 2000; (51): 725-740.

15- Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy 111 women suffering from fear of labor. Pain. 2001; (93): 123-127.

16- Lei H, Wen S, Walker M. Determinants of caesarean delivery among women hospitalized for childbirth in a remote population in China. JOGC. 2003; (25): 937-943.

17- Chigbu C, Iloabachie G. The burden of caesarean section refusal in a developing country setting. BJOG. 2007; (114): 1261-1265.

18- Aziken M, Omo-Aghoja L, Okonofua F. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007; (86): 42-47.

19- Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halesmaki E. Therapeutic group psychoeducation

بین دو بیمارستان مشاهده شد، اما مقدار این متغیر در بیمارستان دولتی بالاتر از بیمارستان خصوصی مشاهده شد، که با تحقیقات گذشته [۴۵، ۴۶] مبنی بر نقش متغیر ترس از زایمان به عنوان یکی از متغیرهای شناختی منفی در انتخاب نوع زایمان سزارین و افزایش آن در بیمارستان خصوصی نسبت به دولتی هماهنگ نمی‌باشد. شاید افزایش مقدار ترس از زایمان در بیمارستان دولتی نسبت به خصوصی، توصیف کننده افزایش استرس و فشار جو محیط بیمارستان‌های دولتی نسبت به خصوصی در بیمارستان‌های ایران باشد. در مورد متغیر فاجعه سازی درد، هیچ تفاوت معناداری در بین دو بیمارستان مشاهده نشد، در حالیکه با تحقیق واکس و همکاران [۳۱]، مبنی بر اثر متغیر فاجعه سازی درد به عنوان یکی از متغیرهای تأثیر گذار در انتخاب زایمان سزارین همسو نیست. نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان داد که متغیر فاجعه سازی درد به عنوان یکی از متغیرهای مرتبط با ترس از درد، در انتخاب زایمان سزارین در بین دو بیمارستان تأثیر گذار نیست و با پژوهش استرلو و همکاران [۳۲] مبنی بر عدم ارتباط فاجعه سازی درد با انتخاب زایمان سزارین در بیمارستان خصوصی هماهنگ است. در مجموع متغیرهای ترس از درد و شناخت فاجعه آمیز شده به عنوان متغیرهای شناختی مرتبط با درد، می‌توانند به عنوان متغیرهای مهم در افزایش انتخاب زایمان سزارین در بیمارستان‌های خصوصی، نقش داشته باشند.

منابع

- 1- Pai M. Medical Interventions: Caesarean Sections as a Case Study. EPW. 2000; (35): 2755-2761.
- 2- Cardwell C, Stene L, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre M. Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies Diabetologia. 2008; (51): 726-735.
- 3- Lee A, Kirkha M. Disciplinary discourses rates of cesarean section explained by medicine, midwifery and feminism. HCWI. 2008; (29): 448-467.
- 4- Preliminary Births for 2005 [homepage on the Internet]. National Center for Health Statistics: Infant and Maternal Health, Inc; c2004-05 [updated 2006]. Available from:

1- Strulov

- 34- Sullivan MJ, Thorn B, Rodgers WM, Ward C. Path model of psychological antecedents to pain experience. *Clin J Pain*. 2004; (20): 164-73.
- 35- Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*. 2001; (17): 52-64.
- 36- Nigar G, Oei T. Development of a catastrophic cognition questionnaire. *Pain*. 2002; (6): 305-318.
- 37- saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy 111 women suffering from fear of labor. *Pain*. 2001; (93):123-127.
- 38- Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency cesarean section? *BJOG*. 2002; (109): 1213-1221.
- 39- Sharma V, Colleran G, Dineen B, Hession M, Avalos G, Morrison J. Factors influencing delivery mode for nulliparous women with a singleton pregnancy and cephalic presentation during a 17-year period. *European J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009; (147): 173-172.
- 40- Gregory KI, Korst KI. Variation in elective primary cesarean delivery by patient and hospital factors. *AJOG*. 2001; (184): 1521-1534.
- 41- McNeil DW, Rainwater AJ. Development of the Fear of Pain Questionnaire-III. *J Behav Med*. 1998; (21): 389-410.
- 42- Picavet HS, Vlaeyen JW, Schouten JS. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. *Pain*. 2003; (156): 1028-1034.
- 43- Haffman S, Hatch M. Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *J Health Psychol*. 2000; (19): 535-543.
- 44- Eriksson C, Jansson L, Hamberg K. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery*. 2006; (22): 240-248.
- 45- Jackson NV, Irvine LM. The influence of maternal request on the elective Cesarean section rate. *JOG*. 1998; (18): 119-155.
- 46- Nerum H, Halvorsen L, Sørli T. et al. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*. 2006; (33): 221-228.
- and relaxation in treating fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006; (85): 1315-1319.
- 20- Leeman LM, Plante LA. Patient-choice vaginal delivery. *Ann Fam Med*. 2006; (4): 265-268.
- ۲۱- خورسندی محبوبه، غفرانیپور فضل ا...، حیدامی علیرضا، فقی زاده سقراط، وفایی مریم، روستا فیروزه، امیرشکروی فرخنده. تأثیر کلاس های آمادگی زایمان بر روی ترس از زایمان در زایمان طبیعی بر زنان نخستزا. *مجله دانشور*. ۱۳۸۷؛ (۱۱): ۳۶-۲۹.
- 22- Fahami F, Masoufar S, Davazdahemami Sh. [The effect of Lamaze practices on the outcome of pregnancy and labour in primipara women]. *IJNMR*. 2007;12(3): 111-114.
- ۲۳- ظفرقندی نفیسه، هداوند شهرزاد، ترکستانی فرحناز، زائری فرید. ارزیابی ترس و اضطراب زایمان در دوره پس از زایمان. *مجله مشاوره پزشکی جمهوری اسلامی ایران*. ۱۳۸۴؛ (۳۳): ۱۵۵-۱۶۰.
- 24- Lethem j, Slade PD, Troup JD, Bentley G. Outline of a fear avoidance model of exaggerated pain perception-I. *Be hav Res Ther*. 1983; (21): 401-408.
- 25- Tsui MI, Pang, Man W, Hanna-Leen XU, Leung TS. Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese. *J Women Health*. 2007; (44): 79-92.
- 26- Hirsh AT, George S, Riley JL, Robinson ME. An evaluation of the measurement of pain catastrophizing by the coping strategies questionnaire. *Eur J Pain*. 2008; (11): 75-81.
- 27- Flink I, Mroczek M, Sullivan M, Linton S. Pain in childbirth and postpartum recovery-the role of catastrophizing. *Eur J Pain*. 2009; (13): 312-316.
- 28- George SZ, Dannecker EA, Robinson ME. Fear of pain, not pain catastrophizing, predicts acute pain intensity, but neither factor in pain-free individuals. *Eur J Pain*. 2006; (10): 457-465.
- 29- Gracely RH, Geisser ME, Giesecke T, Grant MA, Petzke F, Williams DA, Clauw DJ. Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with fibromyalgia. *Pain*. 2004; (127): 835-843.
- 30- Hirsh A, George S, Bialosky J, Robinson M. Fear of pain, pain catastrophizing and acute pain perception: Relative prediction and timing of assessment. *Pain*. 2008; (9): 806-812.
- 31- WaX J, Cartin A, Pinette M. Patient choice cesarian: an evidencebased review. *Obstet Gynecol Surv*. 2004; (59): 601-616.
- 32- Strulov L, Zimmer EZ, Granot M, Tamir A, Jakobi P, Lowenstein L. Pain catastrophizing, response to experimental heat stimuli, and post-cesarean section pain. *J Pain*. 2007; (3): 273-279.
- 33- Sullivan MJ, Rodgers WM, Wilson PM, Bell GJ, Murray TC, Fraser SN. An experimental investigation of the relation between catastrophizing and activity intolerance. *Pain*. 2002; (100): 47-53.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی