

## بررسی مقایسه ای درک زنان نخست زا از درد، ترس و اضطراب از زایمان در سه گروه فارسی، ترک و کرد

### چکیده

**زمینه:** ترس، اضطراب و درد نقش مهمی در نحوه طی شدن فرآیند زایمان ایفا می کنند. گروهی از صاحب نظران معتقدند آستانه درک درد در نژادهای مختلف متفاوت است. بنابراین این مطالعه به منظور مقایسه درک زنان نخست زا از درد، ترس و اضطراب از زایمان در سه گروه فارسی، ترک و کرد انجام شد.

**روش ها:** در این مطالعه توصیفی-تحلیلی ۴۵۰ زن نخست زای بستری در بیمارستان های دولتی منتخب سه شهر شیراز، تبریز و کرمانشاه که با روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انتخاب شده بودند بررسی شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و معیار آنالوگ بینانی درد بود. داده ها با استفاده از روش های آماری توصیفی و تحلیلی (من ویتنی و کروسکال وایس) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این مطالعه مقدار  $P < 0/05$  از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

**یافته ها:** میانگین شدت درد زایمان در گروه فارسی، کرد و ترک به ترتیب  $(1/21 \pm 0/24)$ ،  $(1/98 \pm 0/11)$ ،  $(0/79 \pm 0/82)$  بود. آزمون آماری نشان داد که شدت درد بین سه گروه متفاوت بود. میانگین ترس و اضطراب از زایمان در گروه فارسی، کرد و ترک به ترتیب  $(0/66 \pm 0/55)$ ،  $(0/56 \pm 0/11)$ ،  $(0/81 \pm 0/42)$  بود و بطور معنی داری در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بود.

**نتیجه گیری:** درک شدت درد زایمان و ترس و اضطراب زایمان در گروه های مختلف فارسی و کرد و ترک متفاوت بود. به نظر می رسد درک شدت درد زایمان در زنان تحت تاثیر فاکتورهای متعددی چون تأثیرات فرهنگی، اجتماعی، روانی، محیطی و روانشناسی قرار می گیرد.

**کلمات کلیدی:** درک شدت درد زایمان، ترس و اضطراب از زایمان، نخست زا

سوسن حیدرپور<sup>۱</sup>، الهام زارع<sup>۲\*</sup>،  
عصمت مهرابی<sup>۳</sup>، فاطمه حیدرپور<sup>۴</sup>،  
میترا کولیوند<sup>۵</sup>

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران.

۳. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دانشکده دامپزشکی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۵. گروه بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

\* **عهده دار مکاتبات:** ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان، گروه روانشناسی.

Email: ldnhashemi@iaua.ac.ir

### مقدمه:

درد یکی از شایعترین چالش های علم پزشکی بوده و بیش از هر مسئله ای سبب ترس و اضطراب می شود و فرد را به تقاضای کمک و امداد می کند<sup>۱</sup>. با اینکه زایمان پدیده ای طبیعی است و قدمت آن به درازای عمر بشر می باشد<sup>۲</sup> درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان در طی زندگی خود تجربه می کنند، بنابراین تغییر در آن می تواند تمامی ابعاد زندگی زنان باردار و اعضای خانواده آن ها را تحت تاثیر قرار دهد<sup>۳</sup>. در حال حاضر حدود ۶۰ درصد زنان نخست زا و ۴۰ درصد زنان چند زا درد شدیدی را طی زایمان احساس می کنند و حتی بعد از دریافت داروهای ضد درد، ۴۰ درصد از زنانی که در لیبر هستند

دردشان کاهش پیدا نمی کند<sup>۴</sup>. درد شدید زایمان باعث آشفته گی مادر شده، سلامت روانی او را مختل و بر روابط او با فرزند و همسرش تاثیر منفی می گذارد<sup>۵</sup>. در عین حال می تواند موجب نگرانی، ترس و اضطراب او نسبت به حاملگی بعدی شود<sup>۳</sup>. ترس از زایمان یکی از عوامل عمده روانی است که منجر به کاهش پیشرفت سیر زایمان، نیاز به مداخلات جراحی، نیاز به تحریک زایمانی و سزارین از پیش برنامه ریزی نشده می شود<sup>۶، ۷</sup>. ترس، اضطراب و درد سه عامل مهمی هستند که در هنگام زایمان نقش مهمی ایفا می کنند<sup>۸</sup>. مطالعات نشان داده است که درد شدید زایمانی و ترس و اضطراب در مرحله فعال زایمانی می تواند موجب افزایش سطح کاتکول آمین ها و کورتیزول گردیده

حمایت و پشتیبانی از آنان در شرایط ترس و اضطراب ناشی از زایمان به آنان کمک کنیم تا با فرآیند زایمان تطابق بهتری پیدا کنند و همچنین از عواقب ناخوشایند درد بر روند زایمان از جمله سزارین‌های غیر ضروری بکاهیم و در جهت حفظ و ارتقاء سلامت مادر و جنین گام برداریم.

### مواد و روش‌ها:

در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۴۵۰ زن نخست زای بستری شده در بخش بعد از زایمان بیمارستان‌های دولتی منتخب سه شهر شیراز، تبریز و کرمانشاه با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از: محدوده سنی ۱۵-۴۵ سال، سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، حاملگی تک قلو، عدم وجود GPD (عدم تطابق سر جنین با لگن مادر)، عدم وجود زایمان سریع یا طول کشیده، عدم محدودیت در برقراری ارتباط کلامی، عدم وجود سابقه اختلالات روانی شناخته شده در قبل و طی بارداری، عدم مصرف داروهای ضد درد در قبل و طی زایمان، عدم وجود خونریزی شدید، عدم استفاده از وسایل کمکی از قبیل فورسپس و واکيوم در حین لیبر زایمان، عدم وجود پوزیشن و یا پرزانتاسیون معیوب در جنین، انجام زایمان طبیعی، زنده، سالم و طبیعی بودن جنین و نوزاد و تمایل به شرکت در مطالعه. در این مطالعه جهت تعیین حجم نمونه از نرم افزار Power and Sample Size 3.1 استفاده شد و مقادیر استفاده شده در تعیین حجم نمونه از نتایج مطالعه پایلوت به دست آمد. با احتساب ریزش نمونه در مراحل پیگیری، تعداد نمونه مناسب در هر گروه ۱۵۰ نفر بدست آمد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و مامایی، پرسشنامه ترس و اضطراب و خط کش اندازه‌گیری شدت درد بود. پرسشنامه دموگرافیک و مامایی مشتمل بر ۳۴ سوال که ۸ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک و ۲۶ سوال مرتبط با مامایی بود (سن، تحصیلات، شغل، محل تولد، تعداد زایمان، سن حاملگی، وزن نوزاد، نوع تجربه از حاملگی، معاینات مهبل، نوع پارگی کیسه آب، زمان پارگی کیسه آب تا زایمان و...) که از طریق مصاحبه تکمیل شد. پرسشنامه ترس و اضطراب از زایمان

متعاقب آن قدرت انقباضی رحم کاهش یافته و انقباضات ناهماهنگ شوند و در نهایت موجب طولانی شدن سیر زایمان و عواقب ناشی از آن شود.<sup>۹</sup> مطالعات نشان داده که شیوع ضربان غیرطبیعی قلب جنین و کاهش آپگار دقایق ۱ و ۵ نوزادان در مادرانی که درد و اضطراب شدیدی دارند شایع‌تر است.<sup>۱۰</sup> آستانه ادراک درد که از نظر انجمن بین‌المللی درد "کمترین میزان دردی است که شخص قادر به تشخیص آن می‌باشد"<sup>۱۱</sup>، به حساسیت سلول‌های گیرنده مربوط به درد در قشر مخ بستگی داشته و تقریباً در همه افراد یکسان است، اما چگونگی واکنش افراد مختلف در مقابل درد با یکدیگر فرق می‌کند و به عوامل متعدد فرهنگی، تربیتی، اجتماعی، روانی و سیستم‌های بیولوژیکی ضد درد فرد وابسته می‌باشد، بنابراین درک درد علاوه بر جنبه‌های حسی دارای جنبه‌های هیجانی نیز هست.<sup>۱۲</sup> گروهی صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که در نژادهای مختلف آستانه درک درد متفاوت است و برخی دیگر نیز به اهمیت عوامل شخصیتی و سایکولوژیکی در افراد مختلف اشاره کرده‌اند به همین دلیل عده‌ای از افراد به نوع خاصی از تحریک، واکنش نشان نمی‌دهند و عده‌ای دیگر با همین تحریک احساس درد می‌کنند.<sup>۱۱</sup> از دیگر عواملی که بر شدت درد درک شده در مادر تاثیر دارد می‌توان به سن مادر، سطح سواد، وزن نوزاد، تعداد زایمان، جنس نوزاد، توانایی جسمانی زانو، وضعیت اقتصادی-اجتماعی مادر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، سابقه سقط، سابقه قاعدگی دردناک، سن حاملگی، نوع زایمان و طول مدت مرحله اول و دوم زایمان اشاره کرد.<sup>۱۳-۱۵</sup> زایمان به روش فیزیولوژیک مطابق با خلقت طبیعی بشر است که سبب افزایش کیفیت سلامت زن و نوزادش می‌شود، بنابراین دور از منطقی است که به خاطر فرار از درد، عوارض بیهوشی، جراحی و آسیب به نوزاد را پذیرفت.<sup>۱۶</sup> بنابراین محقق بر آن شد که به "بررسی مقایسه‌ای درک زنان نخست زاز درد، ترس و اضطراب از زایمان در سه نژاد فارس، ترک و کرد" بپردازد. لازم به ذکر است که در خصوص تاثیر نژاد بر درک شدت درد و ترس و اضطراب زایمان هنوز تحقیقی در کشور انجام نشده است. امید است با انجام این پژوهش مادرانی که حساسیت بیشتری نسبت به درد دارند شناسایی شده و با

در این مطالعه میانگین سنی زنان فارس، کرد و ترک به ترتیب  $27/12 \pm 5/31$ ،  $25/89 \pm 5/78$  و  $26/10 \pm 5/16$  سال بود. ۳ درصد زنان فارس،  $10/6$  درصد زنان کرد و  $6$  درصد زنان ترک بی سواد بودند.  $66/7$  درصد زنان فارس،  $93$  درصد زنان کرد و  $87/3$  درصد زنان ترک خانه دار بودند. در  $93/3$  درصد زنان فارس،  $89/3$  درصد زنان کرد و  $90/7$  درصد زنان ترک بارداری خواسته بود. برای  $65/3$  درصد زنان فارس،  $74/7$  درصد زنان کرد و  $76/7$  درصد زنان ترک بارداری یک تجربه خوشایند بود. میانگین قد مادر زنان فارس، کرد و ترک به ترتیب  $162/69 \pm 8/57$ ،  $159/79 \pm 6/53$  و  $161/40 \pm 7/42$  سانتی متر، میانگین افزایش وزن مادر در طی دوران بارداری در زنان فارس  $15/46 \pm 4/08$ ، در زنان کرد  $10/57 \pm 5/43$  و در زنان ترک  $15/05 \pm 3/47$  کیلوگرم و میانگین طول مدت فازفعال زایمان در زنان فارس  $4/73 \pm 1/80$ ، در زنان کرد  $4/47 \pm 1/61$  و در زنان ترک  $4/51 \pm 1/15$  ساعت بود.  $48$  درصد زنان کرد و  $21/3$  درصد زنان ترک و صفر درصد زنان فارس بین  $5-7$  بار در اتاق درد تحت معاینه مهبل قرار گرفته بودند.

در این پژوهش  $80/7$  درصد زنان فارس،  $44$  درصد زنان کرد و  $79/3$  درصد زنان ترک نمره درد زایمان مساوی و بیشتر از  $8$  را گزارش کردند که به معنی شدیدترین درد تجربه شده توسط فرد است. میانگین نمره درد در زنان فارس  $8/24 \pm 1/21$ ، در زنان کرد  $7/01 \pm 1/98$  و در زنان ترک  $7/82 \pm 0/79$  بود. مقایسه نمره درد با آزمون کروسکال والیس در بین سه گروه اختلاف معنادار آماری را نشان داد (جدول ۱).

بررسی سطح ترس و اضطراب در سه گروه نشان داد که  $22$  درصد زنان فارس،  $73/3$  درصد زنان کرد و  $39/3$  درصد زنان ترک ترس و اضطراب متوسط داشتند. مقایسه ترس و اضطراب سه گروه نشان داد که بین سه گروه تفاوت معنادار آماری وجود داشت. عوامل موثر بر شدت درد زایمان در سه گروه نخست زای فارس، کرد و ترک در جدول ۲ نشان داده شده است.

شامل ۱۵ سوال ۵ گزینه‌ای در مقیاس لیکرت بود که نمرات در سطح کمتر از ۳۵ نشانه ترس و اضطراب بالا، نمرات ۳۵-۵۵ ترس و اضطراب متوسط و نمرات بالاتر از ۵۵ نشانه ترس و اضطراب پائین است. درد زایمان با مقیاس دیداری درد (VisualAnalog Scale) در طی مرحله چهارم زایمان، بعد از دادن آموزش‌های لازم به مادر جهت تمایز درد زایمان از درد پرینه (درد همراه با پارگی و اپی زیاتومی) و ذکر این مورد که منظور از درد، شدت درد تجربه شده توسط مادر در طی مرحله اول و دوم زایمان بوده که با مقیاس خط کش درد که از  $0-10$  نمره بندی شده است پس از زایمان در اطاق پست پارتوم با پرسش از مادر تعیین و سپس در فرم مربوطه ثبت گردید. اعتبار پرسشنامه‌ها توسط اعتبار محتوی سنجیده شد. بدین معنی که با مطالعه منابع و مقالات موجود، پرسشنامه تنظیم شده و سپس به نظر ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی رسانیده و نظرات اصلاحی آنان اخذ گردید و اصلاحات لازم انجام گرفت. در ضمن خط کش درد ابزاری معتبر می‌باشد که اعتبار آن در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است. اعتماد پرسشنامه از طریق آزمون مجدد توسط ۲۰ نفر از نمونه‌ها به اثبات رسید و ضریب پایایی پرسشنامه ترس و اضطراب  $0/79$  بدست آمد. پس از جلب رضایت آگاهانه و برقراری ارتباط مناسب با مادران واجد شرایط با آنها مصاحبه انجام شد. زمان مصاحبه در طی ۲۴ ساعت اولیه بستری بودن مادر در بخش پست پارتوم بود در حالیکه حال مادر خوب بوده و قادر به پاسخگویی و همکاری با محقق بود.

داده‌های بدست آمده از مطالعه بوسیله روش‌های آماری توصیفی (فراوانی - درصد و میانگین  $\pm$  انحراف معیار) و آزمون‌های اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال والیس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نرمال بودن توزیع داده‌ها بوسیله آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت.

#### یافته‌ها:

جدول ۱. مقایسه شدت درد زایمان در سه گروه نخست زای فارس، کرد و ترک

شدت درد زایمان	P value
فارس و کرد	<۰/۰۰۰۱
فارس و ترک	<۰/۰۰۰۱
ترک و کرد	<۰/۰۰۰۴

جدول ۲. عوامل موثر بر شدت درد زایمان در سه گروه نخست زای فارس، کرد و ترک

عوامل موثر بر درد	گروه		
	فارس	کرد	ترک
	P-value	P-value	P-value
سن مادر	۰/۰۰۰۱	۰/۰۳	۰/۱۲
شغل	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تحصیلات	۰/۹	۰/۱۲	۰/۰۲
خواسته/ناخواسته بودن بارداری	۰/۰۰۲	۰/۰۰۳	۰/۲
خوشایند/ناخوشایندی بارداری	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱
دلخواه/غیردلخواهی جنس نوزاد	۰/۰۰۷	۰/۱	۰/۰۱
دیسمنوره	۰/۷۵	۰/۱	۰/۰۰۱

## بحث:

در مطالعه حاضر مقایسه شدت درد زایمان در زنان نخست زای سه گروه فارس، ترک و کرد، نشان داد که شدت درد در هر سه گروه به طور معنا داری با هم متفاوت می باشد. شواهد قابل توجهی نشان داده اند که تجربه درد در میان گروه‌های نژادی مختلف متفاوت است<sup>۱۹-۱۷</sup>. به عنوان مثال نژاد آفریقایی- امریکایی در مقایسه با نژاد سفید سطح بالاتری از درد را در شرایطی از قبیل درد عضلانی- فاسیایی<sup>۲۰</sup>، درد و ناتوانی همراه با چندین وضعیت درد آور<sup>۲۲</sup> و شامل درد بعد از عمل<sup>۲۴</sup> و<sup>۲۳</sup> گزارش کرده اند. علاوه بر این چندین مطالعه نشان داده‌اند حساسیت به درد در میان آفریقایی - آمریکایی‌ها بالاتر است<sup>۲۷</sup> -<sup>۲۵</sup> Amy و همکاران نیز گزارش کردند که میزان درد قاعدگی در بین سفید پوستان و نژاد آسیایی تفاوت معنادار آماری داشت و در سفید پوستان بیشتر بود<sup>۲۸</sup> مطالعاتی نیز ارتباط معنادار آماری در زمینه شدت درد بالینی در نژادهای مختلف گزارش

نکرده‌اند<sup>۲۹</sup> و<sup>۳۰</sup> علت تفاوت در درک شدت درد زایمان در گروه‌های مختلف را شاید بتوان ناشی از تأثیر آموزش‌های قبل از زایمان، محیط فیزیکی متفاوت در بیمارستان‌های مختلف کشور برای زایمان و حتی خصوصیات فرهنگی و مذهبی متفاوت در اقوام مورد مطالعه دانست<sup>۳۱</sup>. از طرف دیگر توجه متمرکز به درد یا پاسخ احساسی تشدید یافته به درد، تجربه درد را چند برابر می‌کند<sup>۳۲</sup>. ژنتیک، تأثیرات فرهنگی اجتماعی و محیطی ممکن است در درک شدت درد و پاسخ به آن موثر باشند که در مطالعه حاضر بررسی نشده‌اند. بنابراین به مطالعات بیشتری با در نظر گرفتن متغیرهای سایکولوژیک و فاکتورهایی که سازگاری با درد و درک درد را تحت تأثیر قرار می‌دهند نیاز است. در بررسی تأثیر عوامل دموگرافیک و مامایی بر شدت درد در زنان نخست زای سه گروه فارس، ترک و کرد زبان، نتایج نشان داد در زنان ترک ارتباط آماری معناداری بین تحصیلات و شدت درد زایمان وجود داشت که با مطالعه پیردل و همکاران و همچنین مطالعه

بسیار شدید منجر می شود، خصوصا اگر فرد راه های مقابله با درد را نیاموخته باشد<sup>۳۳</sup>. مقایسه ترس و اضطراب از زایمان در زنان نخست زای سه گروه فارس، ترک و کرد زبان تفاوت آماری معنا داری را نشان داد. در مطالعه هوشمندی اکثر گروه های مورد بررسی، همیشه از زایمان ترس زیاد و خیلی زیادی، داشتند و در مجموع سطح ترس و اضطراب از زایمان در اکثریت موارد متوسط ارزیابی شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد<sup>۳۱</sup>.

در مطالعه کمالی فرد، در زنان نخست زای بین ترس و اضطراب از زایمان و درد رابطه معنا داری وجود نداشت ولی در زنان چند زای بین ترس و اضطراب از زایمان و درد رابطه معنا دار وجود داشت و با افزایش شدت ترس و اضطراب، درد گزارش شده توسط مادر شدیدتر شده بود<sup>۳۶</sup>. در مطالعه Abushaikha, Saisto و Dannenbring, Waldenstrom, Lang بین ترس و اضطراب از زایمان و درد رابطه معنا داری وجود داشت که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد<sup>۳۷-۴۰</sup> و<sup>۳۵</sup>. عدم آگاهی از ناشناخته های دوران بارداری و زایمان، خارج از توان پنداشتن درد و نگرانی نسبت به سلامتی کودک، در زنان باردار می تواند به افزایش ترس و اضطراب از زایمان منجر شود تفاوت در این فاکتورها در زنان باردار شاید توجیه کننده تفاوت های مشاهده شده باشد.

**نتیجه گیری:** درک شدت درد زایمان و ترس و اضطراب زایمان در گروه های مختلف فارس و کرد و ترک متفاوت بود. به نظر می رسد درک شدت درد زایمان در زنان تحت تاثیر فاکتورهای متعددی چون تأثیرات فرهنگی، اجتماعی، روانی، محیطی و روانشناسی قرار می گیرد.

#### تقدیر و تشکر:

این تحقیق برگرفته از طرح تحقیقاتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان به شماره ۱۳۵ می باشد بر خود واجب می دانیم از کلیه همکاران محترم در بیمارستان های دولتی شهرستان های تبریز، کرمانشاه و شیراز و همچنین مادرانی که در اجرای این طرح ما را یاری رساندند کمال تشکر را داشته باشیم.

فرید همخوانی دارد<sup>۳۳</sup> و<sup>۱۴</sup>. به نظر می رسد با افزایش آگاهی و سطح سواد، نگرانی زنان از مسائل و مشکلات زایمان بیشتر شده و این بر درک آنان از درد تاثیر می گذارد. در پژوهش حاضر بین شغل و درد زایمان در هر سه گروه فارس، ترک و کرد ارتباط آماری معنا دار وجود داشت. مطالعاتی نیز نشان داده اند که بین شغل افراد و درد زایمان رابطه معنا دار وجود ندارد<sup>۳۱</sup> و<sup>۳۳</sup> و<sup>۳۴</sup>. از آنجایی که عوامل مختلفی بر درک شدت درد تاثیر می گذارند این اختلافات شاید قابل توجیه باشد. در این پژوهش در دو گروه فارس و کرد بین نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته) و درد زایمان رابطه معنا دار وجود داشت. در مطالعه فرید نیز بین نوع بارداری (خواسته یا ناخواسته بودن) و درد رابطه معنا داری وجود داشت و در صورت ناخواسته بودن بارداری شدت درد بیشتر بوده است که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد<sup>۱۴</sup>. در مطالعه حاضر در دو گروه فارس و ترک بین دلخواه بودن جنس نوزاد و درد ارتباط آماری معنا دار وجود داشت. در مطالعه پیردل و همکاران نیز هم در زنان نخست زای هم در زنان چند زای بین جنس نوزاد و درد زایمان رابطه معنا دار آماری وجود داشت<sup>۳۳</sup>. در مطالعه Dannenbring خوشایند و مطلوب بودن حاملگی رابطه معنا داری با درد زایمان داشت که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد<sup>۳۵</sup>. در مطالعه پیردل در زنان چندزایا بین تجربه حاملگی و درد زایمان رابطه معنا دار وجود داشت و در صورت ناخوشایند بودن حاملگی درد بیشتر بود<sup>۳۳</sup>. معمولا وجود احساسات و نگرش مثبت نسبت به حاملگی و زایمان به این منجر می شود که فرد وقایع را به صورت تجربه ای وحشتناک تلقی نکرده و از زایمان ترس کمتری داشته باشد. در مطالعه حاضر بین درد شدید قاعدگی و درد زایمان در گروه ترک زبان رابطه معنا دار وجود داشت، که با مطالعات دیگر همخوانی دارد<sup>۱۴</sup> و<sup>۳۳</sup>. افزایش ترشح پروستاگلاندین ها در هنگام قاعدگی و زایمان به عنوان یک عامل فیزیولوژیک موثر بر درد شناخته شده است. با این وجود تجربیات منفی مرتبط با درد به صورت های متفاوتی بر درک درد توسط فرد تاثیر گذاشته و بروز دردهای مشابه با آن درد به پاسخ های

**References:**

1. Moslemabadi Farahani SH, malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery. *Iran j nurs* 2006; 18(43): 81-72. [Persian]
2. Baniaghil A, latifnezhad R, Tabande A. Assesment of Delivery model amonge primiparas Persian and Turkman. *Nurs Midwif Boye j Gorgan* 2008; 2(1): 9-6. [Persian]
3. Barakzai A, Haider G, Yousuf F, Haider A, Muhammad N. Awareness of women regarding analgesia during labour. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22(1): 73-75
4. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labour pain. *Pain Manage Nurse* 2003; 4(2): 54-61.
5. Mc Crea H, Wright M, Stringer M. Psychosocial Factors influencing personal control in pain relief. *Int nurs studid* 2000; 37: 537-493.
6. Forod A, Forod AF, Mehdipour S. Effect of using breathing patterns on attitude and pain severity in primiparas. *J Shahre Kord Univ Med sci* 2005; 7(4): 77-70. [Persian]
7. Change My, Hen SH. Factors related to perceived labor pain in Primiparas. *Kaohsiung J Med Sci* 2002; 18(12): 604-609
8. Fahami F, Masoufar S, Davazdahemami Sh. The effect of Lamaze practices on the outcome of pregnancy and labour in primipara women. *Iranian J Nur Midwif Res* 2007; 12(3): 111-114.
9. Bonica JJ. The pain of child brith. 2nd ed. Edinburgh; Llivingstone 1988.
10. Jafari-Javid M. Anesthesia in Midwifery and painless delivery. Tehran. Porsina Company 2001: 390
11. Jafarian A. Painless delivery Methods. Tehran; Iran Univ med sci company 2002: 178
12. Amirtaimori MH. Sycology of pain. First ed. Tehran; Alameh university company 1997: 256. [Persian]
13. Naghibi KH, Alame Z, Montazeri K. Painless delivery or sesarian, which one is better? First ed. Esfahan; Farhang Mardom Company: 81-91. [Persian]
14. Frid G, Kooare T, Gaston-Johansson F, Norvell KT. Factor Associated with More intense labor pain. *Journal of res Nurs health* 1988; 11(2): 117-124.
15. Olayemi O, AdeNIJI RA, Udoh ES, Akinyemi OA, Aimakhu CO, Shoretire kA. Determinants of pain Perception in labor among parturient at the university hospital, Ibadan. *J obstetrics Gynaecol* 2005; 25(2): 128-130.
16. Marcsamama Ch, Michelsamama M. How can we inform pregnant about obstetric and anesthesia? *ESA Europ society anesthesiol* 1999: 1-7.
17. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, et al. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003; 4: 277-94.
18. Edwards CL, Fillingim RB, Keefe FJ. Race, ethnicity and pain. *Pain* 2001; 94:133-7.
19. Edwards RR, Doleys DM, Fillingim RB, Lowery D. Ethnic differences in Pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population. *Psychosom Med* 2001b; 63: 316-23.
20. Nelson D, Novy D, Averill P, Berry L. Ethnic comparability of the MMPI in pain patients. *J Clin Psychol* 1996; 52: 485-97.
21. Anderson KO, Green CR, Payne R. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. *J Pain* 2009; 10: 1187-204.
22. Plesh O, Adams SH, Gansky SA. Racial/ethnic and gender prevalences in Reported common pains in a national sample. *J Orofac Pain* 2011; 25: 25-31.
23. Kamath AF, Horneff JG, Gaffney V, Israelite CL, Nelson CL. Ethnic and gender differences in the functional disparities after primary total knee arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2010; 468: 3355-61.
24. Lavernia CJ, Alcerro JC, Contreras JS, Rossi MD. Ethnic and racial factors influencing well-being, perceived pain, and physical function after primary Total joint arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2011; 469: 1838-45.
25. Campbell CM, France CR, Robinson ME, Logan HL, Geffken GR, Fillingim RB. Ethnic differences in diffuse noxious inhibitory controls. *J Pain* 2008; 9: 759-66.
26. Forsythe LP, Thorn B, Day M, Shelby G. Race and sex differences in primary Appraisals, catastrophizing, and experimental pain outcomes. *J Pain* 2011; 12: 563-72.
27. Mechlin B, Heymen S, Edwards CL, Girdler SS. Ethnic differences in Cardiovascular-somatosensory interactions and in the central processing of noxious stimuli. *Psychophysiol* 2011; 48: 762-73.
28. Amy M. Bauer AM, Chen CN, Alegría M. Prevalence of physical symptoms and their association with race/ethnicity and acculturation in the United States. *General Hospital Psychiatry* 2012; 34: 323 - 331.
29. Todd KH, Lee T, Hoffman JR. The effect of ethnicity on physician estimates of pain severity in patients with isolated extremity trauma. *J Am Med Assoc* 1994; 271: 925-8.
30. Jordan JM. Effect of race and ethnicity on outcomes in arthritis and rheumatic conditions. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11: 98-103.
31. Hoshmandi S, Dolatian M, Kamalifard M, Gojazadeh M. Comparison of Labor Pain and Factors Affecting the Pain Perception among Primiparous

and Multiparous Women Referring to Women's Private and state Hospitals in Tabriz in 2010. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv* 2012; 34(3): 117-121. [Persian]

32. Sullivan MJL, 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.

33. Pirdel M, Kamalifard F, Bani S, Gojazadeh M. Compared to understand the factors affecting labor and labor pain in primiparous and multiparous Referred to Tabriz Al-Zahra Hospital. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv* 2007; 5:37-46. [Persian]

34. Pong. Stress and delivery, *annals of medicine*. 1999; 40(23): 394.

35. Dannenbring D, Stevens MJ, House AE. Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *J Behav Med* 1997; 20(2): 127-142.

36. Kamalifard M, Pirdel M, Bani S, Ghojazadeh m, Tagavi S. Camparaison and evaluation of labor pain and factors influencing pain perception in primiparous and multiparous women referring to Tabriz alzahra educational center in 2005-2006. *Res j med sci* 2007; 1(5): 271-278.

37. Abushaikha L. Arwa Opain experience and intensity: A Jordanian perspective. *Int j nurs pract* 2005; 11: 33-38.

38. Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labour pain. *Europ j pain* 2005; 27: 1-7.

39. Saisto T. Obstetric, psychosocial and pain-related background and treatment of fear of childbirth. *Academic Dissertation Univ Helsinki* 2001: 16-22.

40. Waldenstrom U, Brog IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience; a study of 295 new mothers. *J Birth* 1996; 23(3): 144-153.

## Comparison of primipara's women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among Persian, Kurdish and Turkish women

Sousan Heydarpour <sup>1</sup>,  
Elham Zare <sup>\*2</sup>, Esmat  
Mehrabi <sup>3</sup>, Fatemeh  
Heydarpour <sup>4</sup>, Mitra  
Kolivand <sup>5</sup>

1. Nursing and Midwifery Faculty, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.
2. Department of Psychology, Arsanjan Branch, Islamic Azad University, Arsanjan, Iran.
3. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Faculty of Veterinary, Tehran University, Tehran, Iran.
5. Student Research Committee, Department of Reproductive Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

**\*Corresponding Author:**  
Arsanjan, Islamic Azad University, Arsanjan Branch, Department of Psychology.  
**Email:**ldnhashemi@iaua.ac.ir

### Abstract

**Background:** Fear, anxiety and pain of delivery have the important role in the passing way of the delivery process. Some clear-sighted people believe that threshold of pain differs among ethnic groups. Therefore, this study was conducted to compare primipara's women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among Persian, Kurdish and Turkish women.

**Methods:** In this descriptive-analytical study, 450 primipara's women selected from general hospitals of Shiraz, Tabriz and Kermanshah city using multistep random-sampling method were assessed. Data collection was done using questionnaire and visual analogue scale of pain (VAS). Data were analyzed using descriptive and analytic statistics (mann-withneyu, Kruskal-wallis) and SPSS.16 software. In this study statistically  $P < 0.05$  was significant.

**Results:** The mean of pain severity in primipara's Persian, Kurdish and Turkish women were  $(8.24 \pm 1.21)$ ,  $(7.01 \pm 1.98)$  and  $(7.82 \pm 0.79)$  respectively. Kruskal-wallis test showed that severity of pain was significant among three groups. The mean of fear and anxiety in primipara's Persian, Kurdish and Turkish women were  $(55.64 \pm 14.66)$ ,  $(42.11 \pm 8.81)$  and  $(40.11 \pm 14.56)$  respectively and was significantly different among three groups.

Significant relationship was found between maternal education with childbirth pain perception among Turkish women ( $P < 0.001$ ). Significant relationship was found between maternal jobs with childbirth pain perception among three groups of women.

**Conclusion:** perception of pain severity, fear and anxiety of vaginal delivery was significantly different among Persian, Kurdish and Turkish women. It seems that different issues such as cultural, social, mental, environmental and psychological factors affect woman's perception of labor pain.

**Key words:** perception of labor pain severity, fear and anxiety of delivery, primiparas.

### How to cite this article

Heydarpour S, Zare E, Mehrabi E, Heydarpour F, Kolivand M. Comparison of primipara's women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among Persian, Kurdish and Turkish women. J Clin Res Paramed Sci 2015; 4(3):223-230.