

## تجربه‌ی زایمانی و ارتباط آن با اختلال استرس پس از سانحه در زنان نخست‌زا: یک مطالعه‌ی مقطعی

پریا فروغی<sup>۱</sup>، انور دست‌باز<sup>۲</sup>، فرزانه ظاهری<sup>۳</sup>، کامیار منصوری<sup>۴</sup>، لیلا هاشمی نسب<sup>۵</sup>

## مقاله پژوهشی

## چکیده

**مقدمه:** تجربه‌ی زایمانی، از تجارب مهم زندگی زنان است و شناسایی ارتباط آن با مسائل روانشناختی و پیامدهای حاصل از آن می‌تواند گامی در جهت ارتقاء سطح سلامت روان مادران باشد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تجربه‌ی زایمانی و ارتباط آن با اختلال استرس پس از سانحه در زنان نخست‌زا در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

**روش‌ها:** مطالعه‌ی حاضر به روش مقطعی، بر روی ۴۲۰ نفر از زنان نخست‌زای واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان سمنان صورت خوشه‌ای انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم مشخصات دموگرافیک و بالینی و پرسشنامه‌های تجربه‌ی زایمانی و ضربه تولدسیتی (City BİTS) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون رگرسیون خطی چندگانه و Independent sample T-test تجزیه و تحلیل گردید و  $P < 0/05$  در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌های تجربه‌ی زایمان و PTSD (Post-traumatic stress disorder) و میزان علائم تجزیه‌ای به ترتیب  $0/55 \pm 2/84$ ،  $11/23 \pm 18/21$  و  $57/3$  درصد بود. PTSD پس از زایمان با سطح تحصیلات ( $P = 0/06$ )، داشتن همراه طی لیبرو زایمان ( $P = 0/07$ ) و حمایت همسر ( $P = 0/04$ )، رابطه‌ی معنی‌داری داشت و با افزایش نمره‌ی تجربه‌ی زایمان، میانگین نمره PTSD بطور معنی‌داری کاهش یافت ( $P = 0/01$ )، همچنین با افزایش تجربه‌ی مثبت از زایمان، میزان علائم تجزیه‌ای کاهش یافت ( $P = 0/01$ ).

**نتیجه‌گیری:** میزان تجربه‌ی زایمانی در زنان سمنانی در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار داشت، همچنین میانگین نمره‌ی اختلال استرس پس از سانحه کمتر از میانگین کل مقیاس بود و عواملی مانند سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان، داشتن همراه طی لیبر و میزان حمایت همسر با آن مرتبط بود، همچنین ارتباط منفی و معنی‌داری میان تجربه‌ی زایمانی با اختلال استرس پس از سانحه و علائم تجزیه‌ای وجود داشت و ایجاد تجربه خوب و خوشایند در طی لیبرو زایمان برای مادران سبب کاهش ابتلا می‌شود.

**واژگان کلیدی:** تجربه‌ی زایمانی؛ اختلال استرس پس از سانحه؛ اختلال تجزیه‌ای؛ پس از زایمان

**ارجاع:** فروغی پریا، دست‌باز انور، ظاهری فرزانه، منصوری کامیار، هاشمی نسب لیلا. تجربه‌ی زایمانی و ارتباط آن با اختلال استرس پس از سانحه در زنان نخست‌زا: یک مطالعه‌ی مقطعی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۰۵): ۱۴۶-۱۵۴.

## مقدمه

است (۴). میزان این تجربه در ایران در زنانی که زایمان پره‌ترم و ترم داشتند، به ترتیب  $31/8$  و  $14/3$  درصد گزارش شده بود (۵). عوامل خطر تجربه‌ی زایمانی منفی شامل سزارین اورژانسی، زایمان واژینال ابزاری و لیبر طول کشیده است (۶) تجربه‌ی منفی زایمان می‌تواند سبب ترس از زایمان، درخواست زایمان سزارین الکتیو (۷) و عدم تمایل جهت بارداری بعدی شود (۸). Shiva و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که تجربه‌ی منفی زایمانی می‌تواند زمینه ساز بروز اختلالات

تجربه‌ی زایمان، درک ذهنی زن از رویدادها و احساسات مرتبط با روند زایمان است (۱). زنان، اغلب تجارب زایمانی خود را به صورت منفی یا مثبت توصیف می‌کنند (۲). تجربه‌ی زایمانی منفی، بصورت ناتوانی در کنار آمدن مادر با درد زایمان، ناتوانی در زور زدن هنگام زایمان، چالش‌ها و مشکلات زایمانی و مداخلات پزشکی تعریف می‌شود (۳). میزان تجربه‌ی زایمانی منفی در سراسر جهان از  $6/8$  تا  $44$  درصد متغیر

۱ - دانشجوی دکترای تخصصی بهداشت باروری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۲ - استادیار، گروه مشاوره، دانشکده‌ی علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۳ - استادیار، گروه مامایی، مرکز تحقیقات بالینی، پژوهشکده‌ی توسعه سلامت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران

۴ - دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران

۵ - مربی، گروه مامایی، مرکز تحقیقات بالینی، پژوهشکده‌ی توسعه سلامت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: لیلا هاشمی نسب: مری، گروه مامایی، مرکز تحقیقات بالینی، پژوهشکده‌ی توسعه سلامت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران  
Email: hasheminasab.L.2014@gmail.com

در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان سنندج در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت.

### روش‌ها

این مطالعه بصورت مقطعی بر روی ۴۲۰ نفر از زنان نخست‌زای واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز جامع سلامت شهرستان سنندج در سال ۱۴۰۲ انجام گرفت. جهت انجام نمونه‌گیری، ابتدا شهر سنندج به پنج خوشه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد و در هر خوشه، چهار مرکز بصورت تصادفی ساده انتخاب شد که به هر خوشه، ۸۰ نمونه تخصیص داده شد. پس از اخذ معرفی‌نامه از ریاست مرکز بهداشت و کسب اجازه از مسئولین مراکز جامع سلامت، در هر کدام از مراکز منتخب، ۲۰ نفر از زنان واجد شرایط، بصورت تصادفی ساده و با استفاده از سامانه سیب انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در مطالعه، حداقل سواد خواندن و نوشتن، گذشتن حداقل ۴ هفته از زایمان، حاملگی تک قلو، نوزاد ترم و سالم، نداشتن بیماری زمینه‌ای (دیابت، فشارخون و مشکلات تیروئید)، نداشتن سابقه‌ی نازایی، عدم بستری نوزاد، کسب نمره‌ی کمتر از ۱۰ در غربالگری افسردگی دوران بارداری که در سامانه‌ی سیب ثبت شده است، داشتن تجربه‌ی درد زایمان، عدم تجربه رویدادهای استرس‌زا طی شش ماه اخیر و پاسخ مثبت به سؤالات یک یا دو مقیاس ضربه تولد سیتی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: گرفتن نمره‌ی صفر از سؤال ۲۵ مقیاس ضربه تولد سیتی (شروع علائم قبل از زایمان)، گرفتن نمره‌ی یک و بیشتر از سؤال ۲۹ (علائم ناشی از مصرف دارو، الکل، مواد مخدر یا بیماری جسمی) از مقیاس ضربه تولد سیتی و ناقص بودن پرسشنامه بود. محقق پس از توضیح هدف مطالعه، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و توضیح محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده و در طول تکمیل پرسشنامه‌ها، در کنار مادران، جهت پاسخ‌گویی به سؤالات احتمالی آنها قرار گرفت. ۱۸ نفر از نمونه‌های پژوهش بدلیل تجربه علائم قبل از زایمان یا وابسته بودن بروز علائم به بیماری مادر، از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۴۰۲ پرسشنامه تکمیل گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: فرم مشخصات دموگرافیک و بالینی (سن، شغل، سطح تحصیلات، سطح درآمد ماهیانه، سطح تحصیلات همسر، نوع بارداری اخیر، نوع زایمان، استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان، میزان حمایت خانواده و همسر، بستری شدن مادر بعد از زایمان)، پرسشنامه‌ی تجربه‌ی زایمانی و مقیاس ضربه‌ی تولد سیتی (City BITS) بود. به منظور تعیین اعتبار محتوای کیفی فرم مشخصات دموگرافیک و بالینی، در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان قرار گرفته و نظرات اصلاحی آنها اعمال شد.

روانی پس از زایمان نظیر اختلال استرس پس از سانحه (Post-PTSD (traumatic stress disorder باشد (۹).

PTSD، بصورت رویدادی که طی فرایند زایمان باعث آسیب جدی، تهدید واقعی یا مرگ برای مادر و نوزاد یا احساس ترس شدید، درماندگی، وحشت و از دست دادن کنترل در مادر شود، توصیف می‌گردد (۱۰). شیوع PTSD بعد از زایمان در جهان ۱۲/۳ در صد (۱۱) و در ایران ۲۹/۱ در صد گزارش شده است که بالاتر از میانگین جهانی می‌باشد (۱۲). اختلال استرس پس از زایمان، می‌تواند منجر به کابوس‌های شبانه و بازگشت خاطرات شده و در صورت مواجهه مجدد مادر با شرایط درد قبل از زایمان، موجب ترس و آشفتگی شدید شود (۱۳). تجربه‌ی تروماتی زایمان، بدون توجه به این‌که منجر به PTSD شود یا خیر، می‌تواند بر عملکرد روانی مادر و تطابق وی در دوران بعد از زایمان تأثیر منفی بگذارد، بسیاری از زنان در نهایت بر ترس و اضطراب ناتوان‌کننده‌ی لیبر و زایمان غلبه می‌کنند، درحالی‌که در بعضی دیگر، وقایع تروماتیک زایمانی در اعماق روان‌شان باقی می‌ماند و می‌تواند بر زندگی و روابط آن‌ها با فرزند و همسران‌شان تأثیر بگذارد (۱۴). عوامل مختلفی نظیر سزارین اورژانسی، عدم حمایت کافی و مناسب طی لیبر و زایمان، درد شدید، مداخلات پزشکی، مراقبت‌های خشک و بی‌روح و یا توهین‌آمیز بر بروز اختلال استرس پس از زایمان مؤثر هستند (۱۵). از دیگر عوامل خطر بروز PTSD پس از زایمان می‌توان به علائم تجربه‌ی اشاره کرد (۱۶).

علائم تجربه‌ی اغلب در کسانی دیده می‌شود که ضربه و آسیب حاد و شدیدی را متحمل شده‌اند و شامل: تغییر سطح هوشیاری، گسست از خوب‌شدن، گسست از واقعیت و فراموشی می‌باشد (۱۷). میزان این اختلال در دوران بارداری، ۲۴/۲ در صد گزارش شده (۱۸) و عواملی مانند عوارض زایمانی، زایمان ابراری، عوارض نوزادی، بارداری ناخواسته، زایمان قبل از موعد و شدت درد بالا در طی زایمان بر بروز آن مؤثر است (۱۹). علائم تجربه‌ی اغلب پس از رفع شرایط آسیب‌زا به طور خودبه‌خود فروکش می‌کنند، اما در صورتی‌که علائم منجر به اختلال شود، دوره‌های عود‌کننده و مزمن داشته و بسیاری از افراد دچار تخریب جدی در عملکرد شغلی، اجتماعی و شخصی می‌شوند (۱۷).

با توجه به اینکه به دلیل تفاوت‌های فرهنگی جوامع و تفاوت در امکانات و نیروی انسانی بکار گرفته شده در مراکز زایمانی، تجربه‌ی زنان از زایمان متفاوت است و مطالعات اندکی به بررسی ارتباط تجربه‌ی زایمان و PTSD پرداخته‌اند و بر اساس بررسی‌های بعمل آمده توسط پژوهشگر، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص ارتباط علائم تجربه‌ی با تجربه‌ی زایمان صورت نگرفته است؛ لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط تجربه‌ی زایمان با اختلال استرس پس از سانحه

مطالعه‌ی Ghanbari-Homayi و همکاران، ۰/۷ بود (۲۱). داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ (IBM Corporation, Armonk, NY) و با استفاده از آنالیز رگرسیون خطی تک و چندمتغیره و آزمون Independent sample T-test تجزیه و تحلیل گردید.  $P < ۰/۰۵$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $۳۷/۳۳ \pm ۳/۶۱$  سال، میانگین مدت زمان سپری شده از زایمان  $۰/۹۸ \pm ۲/۱۳$  ماه، میانگین حمایت خانواده و همسر به ترتیب  $۰/۹۶ \pm ۸/۷۲$  و  $۰/۹۸ \pm ۹/۰۷$  بود. اکثر زنان شرکت‌کننده در مطالعه، خانه‌دار (۸۹/۱ درصد)، دارای تحصیلات دبیرستان (۴۰/۸ درصد)، سطح درآمد متناسب با مخارج (۷۰/۴ درصد)، دارای همسران با تحصیلات دبیرستان (۴۷/۵ درصد)، بارداری خواسته (۸۱/۳ درصد)، زایمان طبیعی همراه با اپیزوداتومی (۶۱/۴ درصد)، فاقد همراه زایمانی (۷۲/۳ درصد) و فاقد سابقه‌ی استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان (۶۴/۹ درصد) و بستری در بیمارستان بعد از زایمان (۸۶/۸ درصد) بودند، همچنین فراوانی علائم تجزیه‌ای ۵۷/۲ درصد و بیشترین طول مدت علائم اختلال استرس پس از سانحه (۶۳/۹ درصد) بین ۳-۱ ماه بود (جدول ۱).

در این مطالعه، میانگین نمره‌ی تجربه‌ی زایمانی شرکت‌کنندگان  $۲/۸۴ \pm ۰/۵۵$  بود که بیشترین نمره مربوط به بعد احساس امنیت درک شده و کمترین آن مربوط به بعد پذیرش مادر بود. میانگین نمره‌ی کل PTSD در شرکت‌کنندگان  $۱۱/۲۳ \pm ۱۸/۳۱$  بود (جدول ۲).

به منظور شناسایی مهم‌ترین متغیرهای احتمالی مرتبط با اختلال PTSD، ابتدا اقدام به آنالیز رگرسیون خطی تک متغیره گردید و برای اینکه هیچ متغیر مهمی نادیده گرفته نشود، متغیرهای دارای  $P \leq ۰/۰۲$  (سن، سطح تحصیلات، شغل، سطح درآمد خانوار، سطح تحصیلات همسر، نوع حاملگی، داشتن همراه زایمانی، حمایت خانواده، حمایت همسر، بستری شدن بعد از زایمان و تجربه‌ی زایمان) بعنوان متغیرهای احتمالی مؤثر در پیش‌بینی بروز PTSD در نظر گرفته شدند.

در مرحله‌ی بعد این متغیرها، بطور همزمان در یک مدل رگرسیون خطی چندمتغیره وارد شدند و به حذف مخلدوش‌کننده‌ها و تعدیل یافته‌های قبلی مبادرت شد و در نهایت ضریب  $\beta$  با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد محاسبه گردید. نتایج آزمون رگرسیون خطی چندمتغیره نشان داد که میانگین نمره‌ی PTSD با سطح تحصیلات ( $P = ۰/۰۰۶$ )، داشتن همراه طی لیبر و زایمان ( $P = ۰/۰۰۷$ )، میزان حمایت همسر ( $P = ۰/۰۰۴$ ) و تجربه زایمان شرکت‌کنندگان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ( $P = ۰/۰۰۱$ )، همچنین نمره‌ی تجارب زایمانی با بروز علائم تجزیه‌ای ارتباط معنی‌دار داشت ( $P = ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۳ و ۴).

City Bits پرسشنامه‌ی مشتمل بر ۲۹ آیتم است. پاسخ مثبت به سؤالات یک یا دو به منزله‌ی تجربه ترومای زایمانی می‌باشد و افراد با پاسخ مثبت به یکی از این دو سؤال وارد مطالعه شدند. سؤالات ۲۲-۳، PTSD را مورد سنجش قرار می‌دهند و ابعاد آن شامل: تجربه مجدد علائم (۵ گویه)، اجتناب (۲ گویه)، شناخت‌ها و خلق منفی (۷ گویه)، برانگیختگی بیش از حد (۴ گویه) و همچنین علائم تجزیه‌ای (۲ گویه)، در یک هفته گذشته است. امتیازدهی سؤالات بر اساس لیکرت چهار گزینه‌ای برحسب: اصلاً (۰)، یک بار (۱)، ۲-۴ بار (۲) و بیشتر از چهار بار (۳) می‌باشد.

این مقیاس دارای دو خرده مقیاس: علائم مربوط به تولد (آیتم‌های ۱۲-۳) و علائم عمومی (آیتم‌های ۲۲-۱۳) است. جمع نمرات بین ۰-۶۰ قرار دارد، کسب نمرات بالاتر، نشان‌دهنده‌ی PTSD شدیدتر می‌باشد. این مقیاس برخلاف سایر ابزارها، علاوه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه، علائم تجزیه‌ای را نیز با سؤالات ۲۳ و ۲۴ را اندازه‌گیری می‌کند، بنابراین کسب نمره‌ی یک یا بیشتر از هر کدام از این سؤالات مطرح‌کننده «وجود علائم تجزیه‌ای» می‌باشد. سؤال ۲۵ زمان شروع علائم را ارزیابی می‌کند: قبل از زایمان (صفر)، شش ماه و کمتر از آن پس از زایمان (یک)، بیشتر از شش ماه پس از زایمان (دو) و سؤال ۲۶، مدت زمان گذشته از شروع علائم: کمتر از یک ماه (صفر)، ۳-۱ ماه (۱)، بیشتر از سه ماه (۲)، سؤالات ۲۷ و ۲۸ پریشانی و تداخل در عملکرد روزمره برحسب: بله (۲)، خیر (۰)، گاهی اوقات (۱) را می‌سنجد. پاسخ گزینه‌های سؤال ۲۹ (آیا هر کدام از این علائم، می‌تواند ناشی از مصرف دارو، الکل، مواد یا بیماری جسمی باشد؟) برحسب بله (۲) خیر (۰) و گاهی اوقات (۱) قرار دارد، در صورت کسب امتیاز یک و بیشتر از این سؤال، نمونه‌ی مورد نظر از مطالعه حذف می‌شود. ضریب پایایی کل مقیاس در مطالعه‌ی Vatanparast و همکاران ۰/۹۶ بود (۲۰).

پرسشنامه‌ی تجربه‌ی زایمان شامل ۲۲ گویه در چهار حیطه: پذیرش مادر (۸ گویه)، حمایت کارکنان زایشگاه (۵ گویه)، احساس امنیت درک شده (۶ گویه) و مشارکت مادر طی لیبر و زایمان (۳ گویه) است. در این پرسشنامه ۱۹ گویه بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) قرار دارد. دو گویه‌ی حس کنترل و امنیت با سیستم نمره‌دهی VAS امتیازدهی می‌شود (نمره‌ی صفر = ۱، نمرات ۳-۲ = ۲، نمرات ۴-۷ = ۳ و نمرات ۸-۱۰ = ۴). گویه‌ی میزان درد نیز با VAS، نمره‌دهی می‌شود (نمره‌ی صفر = ۴، نمرات ۳-۱ = ۲، نمرات ۴-۷ = ۳ و نمرات ۸-۱۰ = ۴). نمره‌ی کل پرسشنامه و نمرات هر بعد بر تعداد سؤالات آن، تقسیم می‌شود. دامنه‌ی نمرات بین ۴-۱ متغیر است. کسب نمرات بالاتر به معنی تجارب زایمانی مثبت می‌باشد. پایایی پرسشنامه در

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک و بالینی شرکت کنندگان در مطالعه

تعداد (درصد)	مشخصات دموگرافیک و بالینی	
۳۵۸ (۸۹/۱)	خانه‌دار	شغل
۴۴ (۱۰/۹)	شاغل	
۵۰ (۱۲/۴)	ابتدایی	سطح تحصیلات
۱۳۱ (۳۲/۶)	راهنمایی	
۱۶۴ (۴۰/۸)	دبیرستانی	
۵۷ (۱۴/۲)	دانشگاهی	
۱۰۸ (۲۶/۹)	کمتر از مخارج	سطح درآمد ماهیانه‌ی خانوار
۲۸۳ (۷۰/۴)	متناسب با مخارج	
۱۱ (۲/۷)	بیشتر از مخارج	
۶ (۱/۵)	بی‌سواد	سطح تحصیلات همسر
۱۰ (۲/۵)	ابتدایی	
۸۱ (۲۰/۲)	راهنمایی	
۱۹۱ (۴۷/۵)	دبیرستانی	
۱۱۴ (۲۸/۳)	دانشگاهی	
۳۲۹ (۸۱/۳)	خواسته	نوع بارداری
۷۵ (۱۸/۷)	ناخواسته	
۱۵۴ (۳۸/۳)	سزارین اورژانس	نوع زایمان
۱ (۰/۲)	طبیعی همراه با پارگی	
۲۴۷ (۶۱/۴)	طبیعی همراه با epi	
۱۴۱ (۳۵/۱)	بلی	استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان
۲۶۱ (۶۴/۹)	خیر	
۷۸ (۱۹/۴)	بله آموزش دیده	داشتن همراه طی زایمان
۳۳ (۸/۲)	بله آموزش ندیده	
۲۹۱ (۷۲/۳)	خیر	
۵۳ (۱۳/۲)	بله	سابقه‌ی بستری پس از زایمان
۳۴۹ (۸۶/۸)	خیر	
۱۴۴ (۳۵/۸)	<۱	طول مدت علائم اختلال استرس پس از سانحه (ماه)
(۶۳/۹)۲۵۳	۱-۳	
۱ (۰/۲)	>۳	
۲۳۰ (۵۷/۳)	بله	علائم تجزیه‌ای همراه
۱۷۲ (۴۲/۸)	خیر	

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار تجربه‌ی زایمانی، اختلال استرس پس از سانحه و ابعاد آن‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
پذیرش مادر	۲/۴	۰/۴۵	۱۰	۲۵
حمایت کارکنان زایشگاه	۲/۸۵	۰/۶۵	۵	۲۰
احساس امنیت درک شده	۳	۰/۵۴	۹	۲۴
مشارکت مادر	۲/۷۵	۰/۷۳	۳	۱۲
نمره‌ی کلی تجربه‌ی زایمانی	۲/۸۴	۰/۵۵	۳۲	۸۰
PTSD زایمان	۸/۷۰	۵/۹۳	۰	۲۹
PTSD عمومی	۹/۶۰	۵/۹۷	۰	۲۷
PTSD کلی	۱۸/۳۱	۱۱/۲۳	۲	۴۶

جدول ۳. عوامل پیش‌بینی کننده‌ی PTSD توسط آنالیز رگرسیون خطی چند متغیره

متغیر	ضریب بتا	خطای معیار	CI 95%	P
سن (سال)	-۰/۱۶۳	۰/۱۵۲	-۰/۱۰-۰/۴۶/۰۸۹۱۳۶	۰/۲۸
ابتدایی			رفرنس	
راهنمایی	-۱/۸۴	۰/۹۲۵	-۳/۶۶-۰/۰۲۹	*۰/۰۴
سطح تحصیلات				
دیبرستان	-۱/۷۷	۰/۹۱۷	-۳/۵۷-۰/۰۲۸	*۰/۰۵
دانشگاهی	-۳/۳۲	۱/۲	-۵/۶۹-۰/۰۹۶	*۰/۰۰۶
شغل			رفرنس	
شاغل			رفرنس	
خانه‌دار	۱/۳	۰/۹۱۵	-۰/۳-۴۹/۱	۰/۱۵
کمتر از مخارج			رفرنس	
متناسب با مخارج	-۰/۴۰۴	۰/۵۷۳	-۱/۰-۵۳/۷۲۳	۰/۴۸
سطح درآمد ماهیانه‌ی خانوار				
بیشتر از مخارج	-۲/۹	۱/۶۷	-۶/۰-۱۹/۳۹۱	۰/۰۸
بی‌سواد			رفرنس	
ابتدایی	-۴/۲۶	۲/۶۳	-۹/۰-۴۵/۹۱	۰/۱
سطح تحصیلات همسر				
راهنمایی	-۱/۸۹	۲/۱۴	-۶/۲-۱۱/۳۲	۰/۳۷
دیبرستان	-۰/۹۱۸	۲/۱۲	-۵/۳-۰۹/۲۶	۰/۶۶
دانشگاهی	-۰/۳۲	۲/۱۸	-۳/۱۷-۹۸/۴	۰/۸۸
نوع حاملگی			رفرنس	
خواسته			رفرنس	
ناخواسته	۰/۸۱۳	۰/۷۰۶	-۲/۰-۲/۵۷۵	۰/۲۵
بله آموزش دیده			رفرنس	
بله آموزش ندیده	-۱/۲۸	۱/۰۵	۳/۰-۳۶/۷۹۹	۰/۲۲
داشتن همراه طی لیبروزایمان				
خیر	۱/۸	۰/۶۶۷	-۳/۱۱-۰/۴۹۲	*۰/۰۰۷
میزان حمایت خانواده				
میزان حمایت همسر	-۰/۱۸	۰/۳۲۹	-۰/۰-۸۲۸/۴۶۶	۰/۵۸
بستری شدن پس از زایمان			رفرنس	
بلی			رفرنس	
خیر	-۰/۱۰۸	۰/۷۸۷	-۱/۱-۶۵/۴۴	۰/۸۹
تجربه‌ی زایمان				
	-۰/۸۰۴	۰/۰۲۲	-۰/۸۴۹-۰/۷۵۹	*۰/۰۰۱

جدول ۴. ارتباط تجربه زایمان با علائم تجزیه‌ای در شرکت کنندگان در مطالعه

علائم تجزیه‌ای	نمره‌ی تجربه‌ی زایمان	میانگین $\pm$ انحراف معیار	CI (95%)	نتیجه‌ی آزمون
ندارد		۶۵/۸ $\pm$ ۹/۵۳	۳/۵۸ - ۸/۲۰	t = ۵/۰۱۶
دارد		۵۹/۹ $\pm$ ۱۳/۰۱	۳/۶۸ - ۸/۱	P = ۰/۰۰۱

## بحث

در این مطالعه، به ارتباط میان تجربه‌ی زایمانی و اختلال استرس پس از زایمان پرداخته شد. بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین و انحراف معیار کلی نمره‌ی تجربه‌ی زایمان ( $0/55 \pm 2/84$ ) بود که با توجه به دامنه‌ی نمرات کل مقیاس؛ نمره‌ی تجربه‌ی زایمانی شرکت‌کنندگان بیش از میانگین بود. بیشترین نمره مربوط به بعد احساس امنیت ادراک شده و کمترین آن مربوط به بعد پذیرش مادر بود، که با نتایج مطالعه‌ی Choobdarnezhad و همکاران همسو بود (۲۲). در حالی که در مطالعه‌ی Kazemi و همکاران نمره‌ی تجربه‌ی کلی زایمان  $0/29 \pm 2/04$  بوده و بیشترین و کمترین نمره ابعاد به ترتیب مربوط به بعد ظرفیت خود و مشارکت مادر بود که متفاوت از نتایج حاضر می‌باشد (۲۳). این عدم همسوئی نتایج می‌تواند ناشی از لحاظ نمودن القا یا تقویت زایمان با اکسی‌توسین، به عنوان معیار ورود در مطالعه‌ی Kazemi و همکاران باشد. افزایش میزان درد تجربه شده در زایمان‌های القا یا تقویت شده با اکسی‌توسین و نبود فرصت کافی برای تطابق مادر با افزایش شدت درد، می‌تواند سبب کاهش نمره‌ی تجربه‌ی زایمان شود.

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کلی PTSD ( $11/23 \pm 18/31$ ) بود که این میزان، کمتر از میانگین نمره‌ی کل مقیاس بود. در مطالعه‌ی Weigl و همکاران نیز میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کلی PTSD، PTSD مرتبط با زایمان و عمومی به ترتیب  $10/88 \pm 10/16$ ،  $6/45 \pm 4/07$  و  $6/5 \pm 6/1$  به دست آمد که در راستای نتایج مطالعه‌ی حاضر بود (۲۴).

با وجود پائین بودن میانگین نمره‌ی PTSD پس از زایمان، این عارضه را نباید دست کم گرفت؛ چون ممکن است تنها نمایانگر «نوک کوه یخ» باشد. میزان PTSD به آسیب‌پذیری شخصی و عوامل خطر مختلف بستگی دارد، افراد در معرض خطر باید قبل از زایمان شناسایی شوند و این امر می‌تواند برای متخصصان زنان و زایمان و مراقبین سلامت چالش برانگیز باشد (۲۵).

اگرچه میزان PTSD در این پژوهش پایین بود اما بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان، علائم تجزیه‌ای (۵۷/۳ درصد) را تجربه کرده بودند. با در نظر گرفتن اینکه وجود علائم تجزیه‌ای از عوامل خطر بروز PTSD است؛ لذا وجود این علائم ممکن است، پیش‌بینی‌کننده‌ی احتمال بروز PTSD باشد و شناسایی زود هنگام علائم تجزیه‌ای پس از زایمان، ممکن است ابزاری برای شناسایی زنان در معرض خطر PTSD باشد (۲۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت، استفاده‌ی مزمین از مکانیسم‌های تجزیه‌کننده در مقابله با رویداد آسیب‌زا، ممکن است منجر به تداخل در پردازش حافظه شود و خطر استرس پس از سانحه پس از زایمان بعدی را افزایش دهد (۲۷).

یافته‌های مطالعه نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میانگین نمره‌ی PTSD در شرکت‌کنندگان کاهش یافت. نتایج مطالعه‌ی مدرس و همکاران نیز با مطالعه‌ی حاضر همسو بود (۲۸)، در حالی که نتایج مطالعه‌ی Orovou و همکاران، مؤید نتایج مطالعه‌ی حاضر نبود (۲۹). این مسأله می‌تواند ناشی از تفاوت در میزان آموزش‌های عمومی جوامع باشد. در کشورهای در حال توسعه، زنانی که از سطح تحصیلات بالاتر برخوردارند، در استفاده از منابع آموزشی و برطرف نمودن ترس و شبهات ذهنی خود، توانایی بیشتری دارند، در حالی که این شکاف در جوامع پیشرفته، بدلیل سطوح بالای آموزش عمومی، کمتر است. در تأیید این یافته می‌توان گفت، داشتن شناخت قبل از مواجهه با واقعه‌ی آسیب‌زا، عامل محافظتی برای PTSD است و شناخت پایین، ممکن است باعث مقابله‌ی کمتر سازگارانه در برابر پیامدهای نامطلوب سلامت روان ناشی از قرار گرفتن در معرض رویدادهای بالقوه آسیب‌زا باشد (۳۰).

در این مطالعه، میانگین نمره‌ی PTSD در شرکت‌کنندگانی که همراه زایمانی نداشتند، بیشتر بود. نتایج مطالعه‌ی Steetskamp و همکاران، نیز در جهت تأیید یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بود (۳۱)، در حالی که یافته‌های پژوهش Milosavljevic و همکاران با مطالعه‌ی حاضر همسو نبود (۳۲).

در پژوهش حاضر منظور از همراه زایمانی، ماما یا فرد آموزش دیده بود؛ اما در مطالعه‌ی Milosavljevic و همکاران، همراه زنان، طی لیبر و زایمان فقط همسران‌شان بودند که آموزش‌های لازم را در زمینه‌ی حمایت‌های لازم طی لیبر و زایمان ندیده بودند (۳۲). این مسأله می‌تواند توجیه‌کننده علت تفاوت در نتایج باشد. در تأیید این یافته می‌توان گفت حمایت‌های غیرپزشکی مداوم طی زایمان، سبب نتایج بهتر زایمان، افزایش رضایت از زایمان، کاهش تجربه منفی و آسیب‌زای زایمانی و به دنبال آن کاهش ابتلا به PTSD می‌شود (۳۳). نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که با افزایش میزان حمایت همسر، میانگین نمره‌ی PTSD کاهش می‌یابد که با نتایج مطالعات مدرس و همکاران هم‌راستا بود (۲۸)، در حالی که نتایج مطالعه‌ی Orovou و همکاران که بر روی ۶۶ نفر از زنان انجام شده بود با مطالعه‌ی حاضر همسو نبود (۲۹). علت مغایرت نتایج، می‌تواند ناشی از تفاوت در حجم نمونه‌های مورد مطالعه باشد. در تأیید این یافته، می‌توان گفت که صمیمیت ناشی از یک رابطه متعادل، می‌تواند سلامت روحی و جسمی را ارتقا دهد (۳۵).

نتایج مطالعه‌ی نشان داد که نمره‌ی تجارب زایمانی در کسانی که فاقد علائم تجزیه‌ای بودند، بطور معنی‌داری بیشتر از کسانی بود که علائم تجزیه‌ای داشتند. در مطالعه‌ی Thiel و فراوانی Dekel علائم تجزیه‌ای در زنانی که سزارین اورژانسی و زایمان واژینال ابزاری

کاهش میزان PTSD بعد از زایمان مؤثر باشد. با توجه به اینکه مطالعه‌ی حاضر بر روی زنان نخست‌زا انجام شد، نتایج قابل تعمیم به کل جامعه نیست، بنابراین توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی با لحاظ نمودن مادران چندزا در مطالعه انجام گردد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم انجام غربالگری علائم تجزیه‌ای در دوران بارداری و قبل از بارداری بود؛ لذا توصیه می‌شود این مسأله در پژوهش‌های بعدی لحاظ گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته آموزش مامایی با کد ۲۹۱۶۵ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی کردستان تصویب و با حمایت مالی دانشگاه به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، کلیه کارکنان مراکز بهداشت و مادران شرکت‌کننده در مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

داشتند، بیشتر بود و وجود علائم تجزیه‌ای، احتمال بروز PTSD پس از زایمان را پیش‌بینی می‌کرد (۲۶). تجربه‌ی منفی زایمان با سطوح بالاتر استرس والدی مرتبط است و یک تجربه‌ی منفی زایمان، مستقیماً با بهزیستی روان‌شناختی مادر ارتباط دارد و افسردگی و اضطراب پس از زایمان را افزایش می‌دهد (۳۶).

### نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد، سطح تحصیلات بالاتر، داشتن همراه زایمانی، حمایت همسر و تجربیات مثبت زایمان در پیشگیری از بروز PTSD مؤثر می‌باشند، بنابراین اتخاذ سیاست‌هایی از سوی مدیران جهت استفاده‌ی عمومی زنان از خدمات مامای همراه یا داشتن همراه آموزش دیده، آموزش مردان در خصوص نقش حمایتی آنان در حفظ سلامت روانی همسران باردارشان، دقت نظر ماماها در آموزش زنان با تحصیلات پائین‌تر در زمینه‌ی مسائل مربوط به بارداری و زایمان و افزایش مهارت آنها در ایجاد تجارب مثبت زایمانی، می‌تواند در

### References

1. Simkin P. Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. Birth 1991; 18(4): 203-10.
2. Takehara K, Noguchi M, Shimane T, Misago C. A longitudinal study of women's memories of their childbirth experiences at five years postpartum. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14: 221.
3. Aktaş S, Aydın R. The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. J Reprod Infant Psychol 2019; 37(2): 176-92.
4. Hosseini Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. J Matern Fetal Neonatal Med 2020; 33(22): 3849-56.
5. Najafi Z, Mirghafourvand M, Ghanbari-Homaie S. Are women with preterm labour at risk for negative birth experience? a comparative cross-sectional study from Iran. BMC Pregnancy Childbirth 2023; 23(1): 252-64.
6. Carquillat P, Boulvain M, Guittier M-J. How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? Midwifery 2016; 43: 21-8.
7. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. Birth 2008; 35(2): 121-8.
8. Ghanbari-Homay S, Mohammad-Alizadeh Charandabi S, Meedya S, Jafarabadi MA, Mohammadi E, Mirghafourvand M. The impact of first childbirth experience on women's attitude towards having another child and subsequent vaginal birth. Curr Womens Health Rev 2021; 17(3): 244-50.
9. Shiva L, Desai G, Satyanarayana VA, Venkataram P, Chandra PS. Negative childbirth experience and post-traumatic stress disorder-a study among postpartum women in South India. Front Psychiatry 2021; 12: 64-74.
10. Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. Nurs Res 2004; 53(1): 28-35.
11. Heyne C-S, Kazmierczak M, Souday R, Horesh D, Lambregtse-van den Berg M, Weigl T, et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2022; 94: 102-57.
12. Abdollahpour S, Khadivzadeh T. Prevalence of traumatic childbirth and post-traumatic stress after delivery in Iran: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet 2022; 4(3): 86-92.
13. Slade A, Cohen, LJ, Sadler LS, Miller M. The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. In: Zeanah CH, Jr. Editor. Handbook of infant mental health. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2009. p. 22-39.
14. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. Birth 2003; 30(1): 36-46.
15. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychol Med 2016; 46(6): 1121-34.
16. Haagen JF, Moerbeek M, Olde E, van der Hart O, Kleber RJ. PTSD after childbirth: A predictive ethological model for symptom development. J Affect Dis 2015; 185: 135-43.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed.



- Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
18. Wallwiener S, Goetz M, Lanfer A, Gillessen A, Suling M, Feisst M, et al. Epidemiology of mental disorders during pregnancy and link to birth outcome: a large-scale retrospective observational database study including 38,000 pregnancies. *Arch Gynecol Obstet* 2019; 299(3): 755-63.
  19. Zambaldi CF, Cantilino A, Farias JA, Moraes GP, Botelho Sougey E. Dissociative experience during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2011; 32(4): 204-9.
  20. Vatanparast A, Kamrani A, Shakiba S, Amouchie R, Akbari E, Ayers S. The latent factor structure and assessment of childbirth-related PTSD: psychometric characteristics of the City Birth Trauma Scale—Persian version (City-BiTS-P). *Front Psychiatry* 2023; 14: 12-22.
  21. Ghanbari-Homayi S, Dencker A, Fardiazar Z, Jafarabadi MA, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Meedy S, et al. Validation of the Iranian version of the childbirth experience questionnaire 2.0. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19(1): 465.
  22. Choobdarnezhad M, Amiri-Farahani L, Pezaro S. Maternal performance after childbirth and its predictors: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2024; 24(1): 215.
  23. Kazemi S, Pazandeh F, Mobarakabadi SS, Hajian S, Montazeri A, Mousavi M. Evaluating women's childbirth experiences: a cross-sectional study from Iran. *IJWHR* 2023; 44: 1-10.
  24. Weigl T, Beck-Hiestermann FML, Stenzel NM, Benson S, Schedlowski M, Garthus-Niegel S. Assessment of childbirth-related PTSD: psychometric properties of the German Version of the City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* 2021; 12: 731537.
  25. Steetskamp J, Treiber L, Roedel A, Thimmel V, Hasenburg A, Skala C. Post-traumatic stress disorder following childbirth: prevalence and associated factors—a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2022; 306(5): 1531-7.
  26. Thiel F, Dekel S. Peritraumatic dissociation in childbirth-evoked posttraumatic stress and postpartum mental health. *Arch Womens Ment Health* 2020; 23(2): 189-97.
  27. Briere J, Scott C, Weathers F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162(12): 2295-301.
  28. Modarres M, Mirmolaie S, Rahimikian F, Afrasiabie S. Investigating the prevalence of stress disorder after birth trauma and factors related to it [in Persian]. *Hayat* 2000; 16(4): 66-76.
  29. Orovou E, Dagla M, Iatrakis G, Lykeridou A, Tzavara C, Antoniou E. Correlation between kind of cesarean section and posttraumatic stress disorder in Greek women. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(5): 1592.
  30. Kremen WS, Koenen KC, Boake C, Purcell S, Eisen SA, Franz CE, et al. Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder: a twin study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(3): 361-8.
  31. Steetskamp J, Treiber L, Roedel A, Thimmel V, Hasenburg A, Skala C. Post-traumatic stress disorder following childbirth: prevalence and associated factors—a prospective cohort study. *Arch Obstet Gynaecol* 2022; 306(5): 1531-7.
  32. Milosavljevic M, Lecic Tosevski D, Soldatovic I, Vukovic O, Miljevic C, Peljto A, et al. Posttraumatic stress disorder after vaginal delivery at primiparous women. *Sci Rep* 2016; 6(1): 25-54.
  33. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7(7): CD003766.
  34. Harrison S, Ayers S, Quigley M, Stein A, Alderdice F. Prevalence and factors associated with postpartum posttraumatic stress in a population-based maternity survey in England. *J Affect Dis* 2021; 279: 749-56.
  35. Edwards RC, Thullen MJ, Isarowong N, Shiu C-S, Henson L, Hans SL. Supportive relationships and the trajectory of depressive symptoms among young, African American mothers. *J Fam Psychol* 2012; 26(4): 585-94.
  36. Molgora S, Fenaroli V, Saita E. The association between childbirth experience and mother's parenting stress: The mediating role of anxiety and depressive symptoms. *Women & health*. 2020; 60(3): 341-51.



## Childbirth Experience and Its Relationship with Post-traumatic Stress Disorder in Primiparous Women: A Cross-sectional Study

Parya Foroughi<sup>1</sup>, Anwar Dastbaz<sup>2</sup>, Farzaneh Zaheri<sup>3</sup>, Kamiar Mansouri<sup>4</sup>, Leila Hasheminasab<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Childbirth experience is one of the momentous experiences in women's lives, and identifying its relationship with psychological issues and its consequences can be a step towards improving the level of mental health of mothers; therefore, the present study was conducted to determine the birth experience and its relationship with post-traumatic stress disorder in primiparous women in 2023.

**Methods:** The present cross-sectional study was conducted on 420 eligible primiparous women referring to comprehensive health centers in Sanandaj city, who were selected in a cluster manner. The data collection tool included a demographic and clinical characteristics form, the childbirth experience, and city birth trauma questionnaires. The data were analyzed using multiple linear regression and the Independent T-test.  $P < 0.05$  was considered.

**Findings:** The study findings showed that the mean scores of birth experience and Post-traumatic stress disorder (PTSD) and the rate of dissociative symptoms were  $2.84 \pm 0.55$ ,  $18.21 \pm 11.23$ , and 57.3%, respectively. Postpartum PTSD was significantly associated with education level ( $P = 0.006$ ), having a companion during labor ( $P = 0.007$ ), and spousal support ( $P = 0.004$ ). With an increase in the birth experience score, the mean PTSD score decreased significantly ( $P = 0.001$ ), and with an increase in the positive experience of childbirth, the rate of dissociative symptoms decreased ( $P = 0.001$ ).

**Conclusion:** The childbirth experience score in Sanandaj women was relatively favorable. The average score of post-traumatic stress disorder was lower than the average of the entire scale, and factors such as the educational level of the participants, having a companion during labor, and the level of support from their spouse were related to it. There was also a negative and significant relationship between childbirth experience and post-traumatic stress disorder and dissociative symptoms, and creating a good and pleasant experience during labor and delivery for mothers reduces the incidence.

**Keywords:** Childbirth experience; Post-Traumatic stress disorder; Dissociative disorders; Postpartum period

**Citation:** Foroughi P, Dastbaz A, Zaheri F, Mansouri K, Hasheminasab L. **Childbirth Experience and Its Relationship with Post-traumatic Stress Disorder in Primiparous Women: A Cross-sectional Study.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(805): 146-154.

1- PhD Student, Student Research Committee, Schol of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

2- Assistant Professor, Counseling Department, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

3- Associated Professor, Midwifery Department, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4- Associated Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

5- Instructor, Midwifery Department, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Corresponding Author:** Leila Hasheminasab, Coach, Midwifery Department, Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran; Email: hasheminasab.L.2014@gmail.com