

## بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان

ناهد گلمکانی<sup>۱</sup>، بی بی مرضیه هاشمی اصل<sup>۲\*</sup>، دکتر سید علیرضا سجادی<sup>۳</sup>،

دکتر منیره پورجوادی<sup>۴</sup>

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، مرکز بهداشت ثامن، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۳/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۸/۷

### خلاصه

**مقدمه:** درد، تجربه ادراکی پیچیده ای است که تحت تأثیر عوامل روانی - اجتماعی گسترده ای قرار می گیرد. مقابله با درد زایمان به عنوان افکار و رفتارهای خاصی تعریف می شود که افراد از آنها برای اداره درد یا واکنش های عاطفی خویش به درد زایمان استفاده می کنند. با توجه به مطالعات محدود در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه همبستگی دو مرحله ای در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۲۰ زن باردار کم خطر ۳۶ تا ۴۰ هفته که جهت زایمان به بیمارستان ام البنین مراجعه کرده بودند، انجام شد. افراد به روش آسان انتخاب و پرسشنامه های اطلاعات فردی، سوابق مامایی و سبک زندگی را تکمیل کردند. این افراد تا شروع زایمان حقیقی پیگیری شدند، سپس در مرحله دوم نمونه گیری، از اتساع ۳-۵ سانتی متر تا زایمان، پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان، طی انقباضات رحمی و هر نیم ساعت یک بار (۱۲-۴ نوبت) تکمیل شد. روایی محتوای این پرسشنامه انجام و پایایی آن با آلفای کرونباخ سنجیده شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری کراسکال والیس، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین سنی افراد مورد مطالعه، ۲۵/۱ سال با انحراف معیار ۴/۹ و در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال بود. بر اساس نتایج مطالعه، ۱۹ نفر (۱۶/۲٪) از افراد، دارای رفتارهای مقابله ای نامطلوب نسبت به درد زایمان، ۶۰ نفر (۵۰٪) دارای رفتارهای قابل قبول و ۴۱ نفر (۳۳/۸٪) دارای رفتارهای مطلوب بودند. نظر مادر درباره درد زایمان (۰/۱۵ <  $p$ )، تجربه زایمان قبلی (۰/۰۶ <  $p$ )، مدت زمان صرف شده جهت امور مذهبی (۰/۰۱ <  $p$ )، طول فاز فعال مرحله اول (۰/۰۱ <  $p$ )، میانگین شدت درد (۰/۰۱ <  $p$ ) و اضطراب در بدو ورود به مطالعه (۰/۰۱ <  $p$ ) با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان ارتباط معناداری داشت.

**نتیجه گیری:** مقابله با درد دارای ویژگی هایی خاص و تأثیراتی گوناگون در روند زایمان بوده و این مقوله باید در اداره بالینی زانو، علاوه بر علائم فیزیولوژیک و آزمایشات کلینیکی، نیز گنجانده شود.

**کلمات کلیدی:** درد زایمان، زایمان، رفتار مقابله

\* نویسنده مسئول مکاتبات: بی بی مرضیه هاشمی اصل؛ مرکز بهداشت ثامن، دانشگاه علوم پزشکی مشهد. تلفن: ۰۵۱۱-۳۶۸۰۸۸۰؛ پست الکترونیک: hashemiam881@mums.ac.ir

## مقدمه

درد، پدیده‌ای شایع و جزئی اجتناب‌ناپذیر در طی زایمان و تجربه حسی و هیجانی همراه با آسیب بافتی واقعی یا در حال وقوع و یا ترس و نگرانی از احتمال ایجاد آسیب بافتی می‌باشد (۱). انجمن جهانی مطالعه و بررسی درد، درد را تجربه ادراکی پیچیده‌ای تعریف کرده است که تحت تأثیر عوامل روانی و اجتماعی گسترده‌ای قرار می‌گیرد (۲).

درد زایمان در اثر تحریک گیرنده‌های عصبی و به دنبال انقباض عضلات رحم به وجود می‌آید و در نواحی کمری خاجی، لگن و احشاء احساس می‌شود (۳). درد زایمان از تداخل یک سری عوامل فیزیولوژیک مانند انقباضات رحمی و اتساع سرویکس و عوامل روحی و روانی مانند ترس و اضطراب ناشی شده (۴) و یک عملکرد بیولوژیک می‌باشد که آن را علامت حیاتی پنجم می‌نامند و یکی از شدیدترین تجربیات دردناک زندگی می‌باشد. میزان حس درد زایمان در افراد مختلف طیف گسترده‌ای دارد و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که شدت بیشتر حس درد با عواملی نظیر سن پایین‌تر، تحصیلات کمتر، انتظار غیر واقعی از درد و موقعیت‌های اجتماعی - اقتصادی پایین ارتباط دارد (۵). از دیگر عوامل مؤثر بر درد زایمان، سطح هیجانی و خلقی افراد مانند ترس و اضطراب، درجه کنترل شخصی درد، تجارب قبلی، کیفیت محیط اطراف، اندازه و موقعیت جنین، وضعیت زائو، قدرت انقباضی میومتر و پیشرفت اتساع دهانه رحم می‌باشد (۲).

نحوه بروز درد در افراد، منحصر به فرد بوده (۶) و تفاوت‌های فردی، متغیرهای نژادی، روانی، فرهنگی، اجتماعی، محیطی و حتی مذهبی در رفتارهای مربوط به درد، دخیل هستند (۷). نتایج برخی مطالعات نشان داده‌اند افرادی که با تظاهرات درد حاد یا مزمن مراجعه کرده و دارای یافته‌های بالینی و نتایج آزمون‌های تشخیصی همانندی هستند، درجات متفاوتی از اختلال عملکرد جسمی و روانشناسی ناشی از درد دارند. بنابراین با اتکاء صرف به وسعت آسیب جسمی نمی‌توان به شدت درد پی برد و تفاوت‌های موجود در کیفیت مقابله افراد، بر ادراک درد تأثیرگذار است (۸، ۹).

اکنون حجم وسیعی از مطالعاتی که در حوزه درد به انجام رسیده، حاکی از آن است که عواملی مانند هیجان‌ها، بافت محیطی، اجتماعی و فرهنگی، معنی درد برای فرد و شناخت‌های مرتبط با درد به همراه جنبه‌های زیست‌شناختی درد در فرایند مقابله با درد و چگونگی واکنش به آن نقش عمده‌ای دارند. متخصصان بالینی و پژوهشگران به نحو فزاینده‌ای به این واقعیت رسیده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای، در تجربه روانشناختی و فیزیولوژیک درد، نقش واسطه‌ای قدرتمندی ایفا می‌کنند. مقابله، به تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد در هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه، تحمل و یا به حداقل رساندن عوارض اطلاق می‌شود. پژوهشگران بر این باورند که راهبردهای مقابله‌ای، ادراک افراد از شدت درد و همچنین توانایی آنها برای کنترل و تحمل درد و نیز استمرار فعالیت‌های روزمره را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸).

فرایند مقابله یک پدیده پیچیده و چند بعدی است که دارای ویژگی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است. بر اساس نظر باتلر و همکار (۲۰۰۳)، مقابله به عنوان یک فرایند ویژه در برابر استرس تعریف می‌شود که به وسیله آن، ادراکات، عواطف و رفتارهای فرد جهت تطابق و تغییر، آماده می‌شود (۹). مقابله با درد نیز به عنوان "افکار و رفتارهای خاصی تعریف می‌شود که افراد از آنها برای اداره درد یا واکنش‌های عاطفی خویش به درد استفاده می‌کنند" (۱۰).

مقابله با درد با شناسایی شاخص‌های رفتاری درد، نمود پیدا می‌کند. این رفتارها در غالب پیام‌های کلامی و غیر کلامی در فرد در حال درد کشیدن، مشاهده می‌شود (۱۱). پیام‌های غیر کلامی مانند رفتارهای صوتی، تغییرات شکل چهره، حرکات بدن، گریستن، مشت کردن دست‌ها و کشیدن بدن، علاوه بر این که مکمل پیام‌های کلامی می‌باشند، نشان‌دهنده بهتری از افکار و احساسات واقعی بیمار هستند تا پیام‌های کلامی؛ حتی گاهی ممکن است پیام‌های کلامی نادرست باشند، در حالی که رفتار غیر کلامی دلالت بر احساسات حقیقی دارد (۱۲، ۱۳).

زائو طی زایمان نقش تعیین کننده داشته باشد، مطالعه حاضر با هدف بررسی رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

## روش کار

این مطالعه همبستگی یک گروه دو مرحله‌ای در سال ۱۳۹۰ بر روی ۱۲۰ زن باردار مراجعه کننده جهت زایمان به بیمارستان ام البنین (س) مشهد که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، سن بارداری بیشتر یا مساوی ۴۰-۳۶ هفته بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماه اول، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تمایل به زایمان طبیعی در بیمارستان ام البنین (س)، عدم آموزش مدون در زمینه روش های کاهش درد زایمان، عدم سابقه بیماری های طبی و روانی، داشتن بارداری کم خطر، عدم مورد جهت سزارین و نداشتن مشکلات گفتاری، شنیداری یا لهجه ای جهت برقراری ارتباط با پژوهشگر بود. معیار ورود به مرحله دوم مطالعه شامل: تمایل به ادامه شرکت در مطالعه، عدم ابتلاء به بیماری طبی در فاصله مرحله اول و دوم مطالعه، شروع شدن زایمان حقیقی، نمایش قله سر جنین، عدم استفاده از داروی تجویزی توسط پزشک یا ماما یا داروی گیاهی طی ۲۴ ساعت گذشته جهت شروع درد زایمان، سن بارداری ترم بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول یا LMP و عدم مشکلات مامایی بود. معیارهای خروج طی مرحله دوم شامل: درجه حرارت دهانی مادر مساوی یا بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد، مراقبت حمایتی بیشتر از حد معمول از زائو توسط ماما یا شخص دیگری در اتاق زایمان، استفاده از مخدرها، گاز N<sub>2</sub>O یا بی حسی در زایمان، علائم زجر جنین و القاء یا تقویت زایمان بود.

حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی با درجه اعتماد آزمون ۰/۹۹ ( $\alpha=0/01$ ) و توان آزمون ۰/۹۰ ( $\beta=0/1$ )، ۱۲۰ نفر محاسبه شد. پژوهشگر پس از کسب مجوز کتبی از کمیته اخلاق و اخذ نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد جهت انجام مطالعه، با مراجعه به واحد مراقبت های پره ناتال بیمارستان ام البنین (س)، اقدام

زنانی که از روش های صحیح مقابله با زایمان استفاده می کنند، درد کمتری دارند. در مطالعه علی اکبری و همکاران (۲۰۰۱)، کسانی که از روش های مقابله ای با درد زایمان بهتری استفاده کرده بودند، طول مرحله اول، دوم و طول کل زایمان و شدت درد مرحله اول در آنها کمتر بود. علی اکبری در مطالعه خود عنوان کرد که مقابله مطلوب، باعث افزایش اعتماد به نفس زائو و کاهش شدت درد درک شده و با فعالیت قشری مستقیم، باعث فعال شدن مکانیسم دریچه ای شده و آن را می بندد (۱۴).

همچنین در مطالعه تامپاویبون (۲۰۰۵) که ارتباط رفتارهای مقابله ای و درد زایمان به عنوان یک یافته جانبی بررسی شد، مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان در گروه تجربی به طور معنی داری کمتر بود (۶). در مطالعه نیون و همکار (۱۹۹۶) نیز استفاده از راهکارهای مقابله ای، با سطح پایین تر درد زایمان همراه بود (۱۵).

برخی زنان به هنگام مواجهه با موقعیت استرس زا، نمی توانند رفتارهای مقابله ای صحیحی داشته باشند (۱۶). به گونه ای که در مطالعه ابوشیخا (۲۰۰۷)، بین ترس از زایمان و پاسخ به درد آشکار مانند فریاد زدن و گریه کردن ارتباط معناداری وجود داشت (۹). در مطالعه تامپاویبون نیز افرادی که اضطراب و ترس بیشتری از زایمان داشتند، حالات گریستن، فریاد کشیدن و از دست دادن کنترل در آنها بیشتر مشاهده شد (۶).

رفتارهای مقابله ای نامطلوب با وضعیت های استرس زا و دردناک، مانند فریاد کشیدن و گریستن، منجر به افزایش مصرف اکسیژن و خستگی بدنی و روانی شده و در یک سیکل معیوب، عوارض عدم مقابله مطلوب، منجر به تشدید درد می شود (۶). لذا راهبردهای نامناسب در مدیریت درد، می تواند باعث تشدید درد شود. در حالی که بکارگیری عکس العمل های عاطفی صحیح، می تواند نتایج مثبتی به دنبال داشته و از شدت درد بکاهد (۱۷).

مطالعات اندکی درباره رفتارهای مقابله ای با درد زایمان وجود دارد. در ایران نیز با وجود تفحص بسیار، شواهدی در این مقوله یافت نشد و به رفتارهای حین درد زائو کمتر توجه شده است. از آنجایی که شناخت عوامل مرتبط با رفتارهای مقابله ای می تواند در اداره صحیح

پرسشنامه که به زبان تایلندی بود، پس از کسب اجازه از مؤلف، ابتدا به زبان انگلیسی و سپس به فارسی برگردانده شد و روایی محتوای آن توسط ۲۰ تن از اساتید مامایی و روانپزشکی تأیید شد. جهت تأیید پایایی پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برای هر یک از زیر گروه های آن شامل حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدنی، درجه تن آرامی و وضعیت تنفسی به ترتیب پایایی ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۹۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های آماری کراسکال والیس، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۵/۱ سال با انحراف معیار ۴/۹ و در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۵ سال بود. مشخصات کلی واحدهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

به نمونه گیری به روش آسان، بر اساس معیارهای ورود به مطالعه کرد. پژوهشگر ابتدا در شیفت های صبح در واحد مراقبت های دوران بارداری بیمارستان ام البنین (س) حضور یافت، پس از توضیح کلی در مورد اهداف مطالعه، ۲۲۰ مادر باردار ۳۶-۴۰ هفته که تمایل به شرکت در مطالعه را داشته و واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، وارد مطالعه شده و رضایت نامه و پرسشنامه ای شامل اطلاعات فردی، سوابق مامایی و سبک زندگی را تکمیل کردند. در همان جلسه، شماره تلفن نمونه ها گرفته شد و جهت داشتن تماس مستمر با نمونه ها، یک بار در فاصله زمانی مانده به تاریخ احتمالی زایمان آنان، با آنها تماس تلفنی گرفته شد و لزوم اطلاع دادن به پژوهشگر به محض بستری در اتاق زایمان یادآوری شد. مرحله بعدی جمع آوری اطلاعات در زایشگاه بیمارستان ام البنین (س) بود که بعد از تماس واحدهای پژوهش، در زایشگاه بیمارستان فوق حضور یافته و پرسشنامه رفتارهای مقابله ای با درد زایمان جهت ۱۲۰ نفر از آنان با شروع فاز فعال، از دیلاتاسیون ۳-۵ سانتی متر تا زایمان هر نیم ساعت در طول انقباضات رحمی تکمیل شد. سایر افراد (۱۰۰ نفر) یا در موعد زایمان پژوهشگر را خبر نکرده (۳۲ نفر) و یا در لیبر تحت مداخلات القاء و تسریع زایمانی و تزریق مخدر (۴۴ نفر) قرار گرفته و یا به علت عوارض مادری و جنینی، سزارین شدند (۲۴ نفر). در نهایت تجزیه و تحلیل داده ها بر روی ۱۲۰ نفر انجام گرفت. پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان<sup>۱</sup>، شامل ۶ زیر گروه و ۲۱ گزینه درباره حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدن، درجه تن آرامی و وضعیت تنفسی بود. این پرسشنامه از اتساع ۳-۵ سانتی متر دهانه رحم تا زایمان، هر نیم ساعت تکمیل و میانگین نوبت های پایش محاسبه شد. محدوده نمرات حاصل از این پرسشنامه ۲۱-۷ بود و به سه سطح نامطلوب (۷-۱۱)، قابل قبول (۱۲-۱۶) و مطلوب (۱۷-۲۱) تقسیم شد (۶). از این پرسشنامه به عنوان ابزاری روا در مقالات و پایان نامه های مختلف در کشور تایلند استفاده شده است (۲۴-۲۸). جهت روایی این

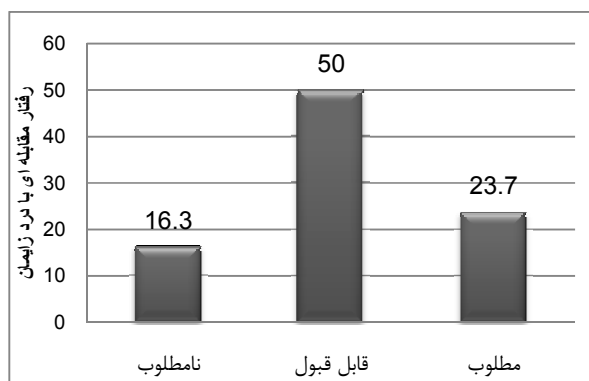
<sup>1</sup> Labor pain coping behavior observation form

جدول ۱- فراوانی برخی متغیرهای فردی، سوابق مامایی و سبک زندگی زنان شرکت کننده در مطالعه بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان

متغیر	تعداد (درصد)
تعداد بارداری	بارداری اول ۳۱ (۴۶/۳)
	بارداری دوم ۲۶ (۳۲/۵)
	بارداری سوم و بالاتر ۱۷ (۲۲/۲)
تعداد زایمان	نخست زا ۴۱ (۵۱/۳)
	چند زا ۳۹ (۴۸/۷)
	وضعیت اشتغال
خانه دار ۷۴ (۹۲/۵)	
محصل ۲ (۲/۵)	
شاغل ۴ (۵)	
ورزش	ورزش نمی کردند ۶۰ (۷۵)
	کمتر از دو ساعت ۱۳ (۱۶/۲)
	۲-۴ ساعت ۵ (۶/۳)
	بیشتر از ۴ ساعت ۲ (۲/۵)
مدت تفریح هفتگی	کمتر از ۴ ساعت ۵۹ (۷۳/۸)
	۴-۸ ساعت ۱۹ (۲۳/۷)
	بیشتر از ۸ ساعت ۲ (۲/۵)
مدت امور مذهبی در شبانه روز در شبانه روز	کمتر از نیم ساعت ۱۲ (۱۵)
	۱/۵ - ۰/۵ ساعت ۵۱ (۶۳/۷)
	بیشتر از ۱/۵ ساعت ۱۷ (۲۱/۳)
نحوه مراقبت های دوران بارداری	منظم ۶۹ (۸۶/۲)
	نامنظم ۱۱ (۱۳/۸)

مقابله ای قابل قبول و مطلوب نسبت به درد زایمان بودند (نمودار ۱).

بر اساس مقالات، میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان به سه سطح مطلوب، قابل قبول و نامطلوب تقسیم شد و بر اساس نتایج مطالعه ۷/۷۳٪ از افراد دارای رفتارهای



نمودار ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطوح میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان

ای با درد زایمان در حداقل ۴ نوبت و حداکثر ۱۲ نوبت از دیلاتاسیون ۳-۵ سانتی متر تا زایمان (هر نیم ساعت)

همچنین بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان  $2/6 \pm 1/15$  بود. رفتارهای مقابله

ثبت شد و شامل ۶ زیر گروه: حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدنی، درجه تن آرامی و وضعیت تنفسی بود سپس در هر فرد میانگین رفتار مقابله ای محاسبه شد (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان و زیر گروه های آن در واحدهای پژوهش

میانگین (انحراف معیار)	حداقل نمره کسب شده	حداکثر نمره کسب شده	رفتار مقابله ای با درد زایمان
۴/۱ (۰/۹)	۲/۳	۵/۷	حالت چهره
۲/۱ (۰/۵)	۱/۰	۳/۰	بیان کلامی
۲/۲ (۰/۵)	۱/۰	۳/۰	تون صدا
۲/۲ (۰/۴)	۱/۲	۳/۰	حرکات بدنی
۲/۱ (۰/۵)	۱/۰	۳/۰	درجه تن آرامی
۲/۴ (۰/۴)	۱/۲	۳/۰	وضعیت تنفس
۱۵/۱ (۲/۶)	۹	۲۰/۶	میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان

( $p=0/165$ )، احساس نسبت به بارداری ( $p=0/166$ ) و سبک زندگی افراد مورد مطالعه شامل: مدت ورزش و نرمش ( $p=0/490$ )، کفایت خواب ( $p=0/240$ )، مدت تفریح ( $p=0/085$ ) و همچنین خستگی ( $p=0/057$ )، گرسنگی ( $p=0/059$ ) و تشنگی در بدو ورود به مطالعه ( $p=0/537$ )، با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان ارتباط معناداری نداشت. اما برخی متغیرها ارتباط معنی دار داشت که در جدول ۳ مشاهده می شود.

نتایج مطالعه در رابطه با بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان نشان داد ویژگی های فردی افراد مورد مطالعه شامل: سن ( $p=0/634$ )، مذهب ( $p=0/402$ )، وضعیت اشتغال ( $p=0/115$ )، درآمد خانواده ( $p=0/765$ )، سطح تحصیلات ( $p=0/431$ ) و سوابق مامایی افراد شامل: تعداد بارداری ( $p=0/796$ )، تعداد زایمان ( $p=0/722$ )، خواسته بودن بارداری ( $p=0/555$ )، تجربه بارداری قبل ( $p=0/105$ )، اطلاعات زایمان

جدول ۳- عوامل مرتبط با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان در واحدهای پژوهش

متغیر مرتبط	نوع آزمون	سطح معنی داری*
نظر مادر درباره درد زایمان	کراسکال والیس	$p=0/018$
تجربه زایمان قبل	کراسکال والیس	$p=0/006$
مدت امور مذهبی	آنالیز واریانس یک طرفه	$p<0/001$
طول فاز فعال مرحله اول	اسپیرمن	$p<0/001$
میانگین شدت درد	اسپیرمن	$p<0/001$
اضطراب بدو ورود به پژوهش	کراسکال والیس	$p<0/001$

مندی بیشتر مادر از تجربه تولد نوزاد و پیامدهای مثبت زایمانی مرتبط است (۹).

در مطالعه حاضر میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان ۱۵/۱ بود. در مطالعه تامپایویون (۲۰۰۵) در تایلند، میانگین رفتارهای مقابله ای در دو گروه کنترل و تجربی (گروهی که در کلاس های آمادگی زایمان شرکت کرده بودند)، با هم مقایسه شد. میانگین رفتار مقابله ای در گروه کنترل، که از شرایطی مشابه نمونه

## بحث

مطالعه حاضر با هدف کلی بررسی رفتارهای مقابله ای درد زایمان و عوامل مرتبط با آن انجام شد. درد زایمان به عنوان یک عامل استرس زای رایج در بین زائوها، روش های مقابله ای خاص خود را بر می انگیزد. مقابله با درد زایمان با توجه به ادراکات شخصی زائو از موقعیت، می تواند مؤثر یا غیر مؤثر باشد. مقابله مؤثر با سطح پایین تر درد با اعتماد به نفس بیشتر، رضایت

بزرگ بوده و فرد پس از زایمان، دچار استرس پس از تروما می‌شود؛ این اختلال در بارداری و زایمان‌های بعدی نیز خود را نشان داده و باعث پیش‌دوری فرد و رفتار نامناسب تر او در هنگام رویارویی با وقایع جدید می‌شود (۲۰). در مطالعه اسکات و همکاران (۲۰۰۴) نیز بین ترس از درد با تجربه سطوح بالای درد و اضطراب وابسته به زایمان، ارتباط معناداری وجود داشت (۲۲)، از این رو شناخت منفی زنان و اضطراب قبل از زایمان ممکن است بر روی نحوه مقابله با درد زایمان تأثیر گذارد.

در مطالعه حاضر اضطراب افراد در بدو ورود به مطالعه با سطوح رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان اختلاف معنی‌داری داشت ( $p < 0.001$ )، به گونه‌ای که افراد با اضطراب بیشتر، رفتارهای مقابله‌ای نامطلوب‌تری داشتند. مدیریت اضطراب، بخش مهمی در مقابله با درد زایمان است و از دست دادن کنترل با تجربه سطوح بالای درد و اضطراب وابسته به زایمان همراه می‌باشد. عواطف منفی مانند افسردگی، یأس، ترس و اضطراب و شدت درد ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و می‌توان گفت که اضطراب، معلول مقابله نامطلوب بوده و در یک سیکل معیوب، روی واکنش بیمار به درد تأثیر می‌گذارد. در مطالعه تامپاویون نیز ترس از زایمان (که زیر شاخه اختلالات اضطرابی می‌باشد)، با رفتار مقابله‌ای با درد زایمان ارتباط معنی‌داری داشت (۶).

در مطالعه حاضر، مدت زمان صرف شده جهت امور مذهبی (نماز، دعا و راز و نیاز و شرکت در برنامه‌های مذهبی) با سطوح رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان ارتباط معنی‌داری داشت ( $p < 0.001$ ). به این معنا که با افزایش زمان امور مذهبی، رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان مطلوب‌تر بود. به نظر می‌رسد زمانی که اعتقاد مذهبی بالایی دارند، درد را به عنوان یک بخش مهم و جدایی‌ناپذیر زندگی می‌پذیرند و به قدرت بالاتری که به آنها نیرو می‌رساند، اعتماد می‌کنند (۱۸). ویژگی افرادی که از مقابله کارآمد استفاده می‌کنند، سطح تنش پایین است. پایین بودن سطح تنش هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی، بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و رفتاری برای مقابله با مشکل استفاده کند (۲۳). افراد مذهبی از آرامش بیشتری

های مطالعه حاضر برخوردار بود،  $2/5 \pm 15/2$  بود (۶). درک درد و رفتار مقابله‌ای با درد زایمان، تحت تأثیر محتوای فرهنگی-اجتماعی افرادی که آن را تجربه می‌کنند، قرار دارد و یک تجربه روانشناختی و فیزیولوژیک است (۱۸). اما میانگین رفتار مقابله‌ای با درد زایمان در مطالعه حاضر با مطالعه تامپاویون همخوانی داشت. شواهد کمی در مورد رفتار مقابله‌ای با درد زایمان وجود دارد و پژوهشگر مطالعه دیگری که در آن رفتار مقابله‌ای با درد زایمان مشابه مطالعه حاضر باشد، نیافت تا مقایسه آماری بیشتری انجام شود.

در مطالعه حاضر رفتار مقابله‌ای با درد زایمان با نظر مادر نسبت به درد زایمان در بارداری ارتباط معنی‌داری داشت به این معنا که میانگین رفتار مقابله‌ای با درد زایمان در افرادی که شدت درد زایمان را خفیف و بدون درد می‌دانستند، بالاتر بود ( $p = 0.018$ ). در مطالعه ویندی کریستین و همکاران (۲۰۱۰) نیز افرادی که نگرش مثبت نسبت به درد زایمان و احساس کنترل شخصی بالاتری داشتند، نیاز به دریافت دارو در آنها کمتر از کسانی بود که نسبت به درد زایمان نگرش منفی داشتند (۱۹) که این یافته، تأییدی است بر جزء رفتاری نگرش‌ها در انسان که باعث می‌شود رفتارهایی از انسان سر بزند که ناشی از نگرش وی به آن مسئله خاص می‌باشد (۲۰).

در مطالعه حاضر رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان با تجربه زایمان قبلی نیز ارتباط معنی‌داری داشت ( $p < 0.006$ )، به این معنا که میانگین رفتار مقابله‌ای با درد زایمان در افرادی که زایمان قبلی خود را معمولی یا آسان ذکر کرده بودند، بیشتر از افرادی بود که زایمان قبلی خود را خیلی سخت ذکر کرده بودند. درد شدید زایمان، مداخلات پزشکی و مراقبت خشک و بی‌روح یا توهین آمیز، باعث آشفتگی و ترس فراوان می‌شود. بسیاری از زنان در نهایت بر درد، ترس و اضطراب ناتوان‌کننده زایمان غلبه می‌کنند. در حالی که در برخی زنان، وقایع سخت زایمانی، در اعماق روان آنان باقی می‌ماند (۲۱). افرادی که تحمل کمتری نسبت به استرس دارند، از زایمان می‌ترسند، زایمان قبلی سختی داشته و انگیزه‌ای برای بارداری ندارند، زایمان، به عنوان یک استرس

به نظر می رسد جهت بررسی متغیرهایی که در سایر مطالعات، با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان ارتباط داشته اند و در این مطالعه ارتباط معنی داری حاصل نشد (مانند رتبه زایمان، خواسته بودن بارداری)، نیاز به حجم نمونه بالاتر وجود دارد.

از جمله محدودیت های این مطالعه، ریزش نمونه زیاد به علت دو مرحله ای بودن آن و عدم همکاری در مطلع ساختن پژوهشگر جهت زایمان (علی رغم تأکید فراوان در مصاحبه حضوری و تلفنی) بود که منجر به طولانی شدن فرایند نمونه گیری شد.

### نتیجه گیری

درد زایمان باید به عنوان پنجمین علامت حیاتی مورد ارزیابی قرار گیرد چون مقابله با درد دارای ویژگی هایی خاص و تأثیراتی گوناگون در روند زایمان بوده اما اداره زایمان به ندرت بر اساس رفتارهای بیمار است و فقط به علائم فیزیولوژیک، آزمایشات کلینیکی و مرحله فیزیولوژیک زایمان اکتفا می شود لذا این مقوله باید در اداره بالینی زائو، علاوه بر علائم فیزیولوژیک و آزمایشات کلینیکی، نیز گنجانده شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان نامه مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد. بدینوسیله از حمایت های این معاونت و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و پرسنل زایشگاه ام البنین (س)، به جهت همکاری بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود.

برخوردارند زیرا امور خود را به قدرتی بالاتر محول می کنند. احساس اتصال به معبودی قدرتمند و مقدس که همیشه به بندگانش کمک می کند، به فرد آرامش بیشتری داده و در افزایش حس اعتماد به نفس و کنترل شخصی مؤثر است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، رفتارهای مقابله ای با درد زایمان با شدت درد ( $F = -0/450, p < 0/001$ ) و طول فاز فعال مرحله اول زایمان ( $F = -0/453, p < 0/001$ ) ارتباط معنی داری داشت. به گونه ای که با افزایش میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان، طول مرحله اول زایمان و شدت درد کاهش یافت. در مطالعه علی اکبری و همکاران (۱۳۷۹) که شدت درد و طول مراحل زایمانی در دو گروه شاهد و تجربی (گروهی که روش های مقابله با درد شامل آرامسازی پیشروند عضلانی و روش های تنفسی مناسب با مراحل مختلف زایمانی را در دوران بارداری دریافت کرده و در اتاق زایمان نیز تحت حمایت پژوهشگر قرار گرفته بودند) مورد بررسی قرار گرفت، آموزش روش های مقابله ای با درد و آماده سازی زایمان باعث کاهش طول مرحله اول (۲۷/۷٪)، مرحله دوم (۳۹/۳٪) و طول کل زایمان (۳۰٪) و شدت درد مرحله اول ( $p < 0/001$ ) شد. این آماده سازی ها باعث افزایش اعتماد به نفس زائو و کاهش شدت درد درک می شود (۱۴). همچنین در مطالعه تامپاویون (۲۰۰۵) که ارتباط رفتارهای مقابله ای و درد زایمان به عنوان یک یافته جانبی بررسی شد، مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان در گروه تجربی به طور معنی داری کمتر بود (۶). در مطالعه نیون و همکار (۱۹۹۶) نیز استفاده از راهکارهای مقابله با سطح پایین تر درد زایمان همراه بود (۱۵).

### منابع

1. Rafaty Rahimzade M. [Pain]. J Babol: Babol University of Medical Sciences 2001:20. [in Persian].
2. Roohani Mashhadi S. [Effects of SP6 acupressure on labor pain during first stage of labor at 17 Shahrivar Hospital in Mashhad in 2005- 2006] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences, School of Nursing & Midwifery; 2006.
3. Gunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
4. Ghanjavi A, Paghbande T, Ebrahimi Nejad Gh. [The quality and intensity of labor pain based on Mc Gill pain questionnaire in parturient women admitted in the maternity ward of Afzalipour Hospital in Kerman] [Article in Persian]. J Kerman Univ Med Sci 2010; 18(2): 164.
5. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkata O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. Pain 2001 Aug; 93(2): 123-7.



6. Tampawiboon K. Effect of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors and childbirth satisfaction in primiparas. Master's Thesis. Ramathibodi: Faculty of Medicine Ramathibodi Maternity and Newborn Nursing; 2005.
7. Callister IC. Cultural influences on pain perceptions and behaviors. *Home Health Care Manage Pract* 2003;15(3):207-11.
8. Asghari Moghaddam M, Gholak N. [Role of coping strategies with pain in coping with chronic pain] [Article in Persian]. *Daneshvar* 2005;12(10):1-23.
9. Abushaikha LA. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. *J Transcult Nurs* 2007 Jan;18(1):35-40.
10. Aldwin CM. Stress, coping and development: an integrative perspective. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Press; 2007.
11. Mirzai A. [The effect of communication skills training on nursing students coping strategies in stressful situations of clinical courses] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashad University of Medical Sciences, School of Nursing & Midwifery; 2009.
12. Brunner, Lillian Shultis. Pain Treatment, Health Check, Critical Thinking, Ethical Decision And the Nursing Process (Brunner & Suddarth). Sami Puran. Tehran: Boshra; 2000; 18-9 (Persian).
13. Kushan M, Vaghei S. [Psychiatric nursing: mental health 1. Tehran: Andishe Rafia Publishers; 2007: 91-3. [in Persian].
14. Aliakbari S, Jamalian R, Khohan Sh, Valai N. [Impact of childbirth preparation on labor pain and length of delivery time] [Article in Persian]. *Feiz* 2001;4(3):41-8.
15. Niven CA, Gijbsbers K. Coping with labor pain. *J Pain Symptom Manage* 1996 Feb;11(2):116-25.
16. Khorsandy M, Ghofranipur F, Heidarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafai M. [Self-efficacy for labor and childbirth in pregnant women] [Article in Persian]. *Med Coun Islam Repub Iran* 2008;26(1):89-95.
17. Farzinrad B, Asgharnejad F, Yekeyzandoost R, Habibyaskarabad M. [A comparison of coping styles and personality in depressed and non-depressed students] [Article in Persian]. *J Behav Sci* 2010;4(1):17-21.
18. Callister IC. Cultural influences on pain perceptions and behaviors. *Home Health Care Manage Pract* 2003;15(3):207-11.
19. Christianes W, Verhaeghe M, Bracke P. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2010 Sep 10;10:268.
20. Nasiry M. [Maternal health of pregnancy childbirth]. Tehran: Boshra; 2000. [in Persian]
21. Thaghizade Z, Jafarbigloo M, Faghihzade S. [Effectiveness of a counseling intervention on treatment of stress after a traumatic childbirth] [Article in Persian]. *Hayat* 2007;13(4):18-24.
22. Escott D, Spidy H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery* 2004 Jun;20(2):144-56.
23. Ghazanfary F, Ghadampur A. coping style and mental health in Khorramabad city] [Article in Persian]. *J Fundament Mental Health* 2008;13(3):47-54.
24. Sangrunnapaphan P. Husband participation during labour on anxiety and coping behaviour of primigravidas at Srinagarind Hospital Khon Kaen Province. Master's Thesis. Bangkok: Mahdiol University; 1987.
25. Sodsang W. The effects of nursing support during labour on labour pain coping behaviours and the perception of childbirth experience of first-time mothers. Master's Thesis. Bangkok: Mahdiol University; 2005.
26. Threenate S. Effects of childbirth preparation program emphasizing husbands support on pain level and pain coping behaviours during delivery of primigravida. Master's Thesis. Bangkok: Mahdiol University; 2001.
27. Supradith B. Effects of husband preparation for spousal support on husbands and wives satisfaction and pain coping behaviour during labour. Master's Thesis. Bangkok: Mahdiol University; 2002.
28. Sindamrong S. Marital relationship, self-efficacy in labor pain coping and pain coping behavior during labor of the first time mothers. Master's Thesis. Bangkok: Mahdiol University; 2004.