پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هجدهم، شماره ۳، پی در پی ۹۳، صفحات ۱۰۳ تا ۱۰۸
مرداد و شهریور ۱۳۹۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۵/۲۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۲

رابطه تصویر بدنی با درک زنان نخست زا و چند زا از شدت درد زایمان

نورالسادات کریمان[1*]، احمد ایزدی طامه[2]، جلال زرین قلم مقدم[3]

۱. دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. استادیار، دانشگاه امام حسین (ع)
۳. استادیار، گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: درک یک زن از درد زایمان، تحت تأثیر عوامل بسیاری از جمله فرهنگی، اجتماعی، روانی، محیطی و روانشناسی قرار دارد. با توجه به محدود بودن مطالعات در زمینه‌ی درد زایمان در کشور، این مطالعه با هدف تعیین رابطه‌ی تصویر بدنی با شدت درد زایمان درک شده در زنان نخست‌زا و چندزای مراجعه کننده به مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه‌ی تحلیلی، ۳۰۰ زن باردار با استفاده از روش نمونه‌گیری احتمالی انتخاب شدند. گردآوری داده‌ها از طریق پرسشنامه و درد زایمان با معیار آنالوگ بینایی (VAS) با انجام مصاحبه، سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی، کای دو، رگرسیون خطی و لجستیک و با نرم افزار SPSS.18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین شدت درد در زنان نخست‌زا ۸/۲۱±۲/۶۵ و در زنان چندزا ۸/۱۰±۲/۴۸ بود. بین تصویر بدنی و ترس و اضطراب با شدت درد ارتباط معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: تصویر بدنی با شدت درد رابطه دارد. لذا ارایه دهندگان خدمات بارداری و زایمان می‌توانند با شناسایی عوامل مرتبط با تصویر بدنی، در کنترل و کاهش شدت درد زایمان به مددجویان کمک نمایند.

واژگان کلیدی: شدت درد زایمان، ترس و اضطراب، حمایت از مادر، تصویر بدنی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Kariman N, Izadi Tame A, Zarrin Ghalam Moghaddam J. Association between body image and labor pain perception in primiparous and multiparous women. Pejouhandeh 2013;18(3):103-108.

مقدمه

درد یک واکنش ثابت به یک محرک درد زا بوده که به دلیل حساس شدن انتهاهای عصبی خاص و یک پدیده‌ی چند عاملی عینی، به صورت احساس پریشانی، رنج یا عذاب بروز می‌یابد. مشخص است که درک درد تحت تأثیر فاکتورهای روانی، تجربیات قبلی، فیزیولوژیکی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی قرار دارد (۱ و ۲). طبق نظریه‌ی انجمن بین‌المللی مطالعات درد (International Association for the Study of Pain, IASP) ، درد نوعی درک ناخوشایند و ابراز هیجان به آسیب واقعی و یا نسبی بوده که در حقیقت حاکی از تجربه است نه یک احساس، به طوری که باید از طرف خود شخص گزارش شود (۳).

زایمان به عنوان یکی از مهم‌ترین بحران‌ها در زندگی زنان، استرس‌های روانی، هیجانی و فیزیکی در آن دخیل بوده و به شکل واقعه‌ای با ابعاد روانی، اجتماعی و احساسی عمیق برای همیشه در ذهن مادر باقی می‌ماند. در واقع، وقایع ناخوشایند زایمان می‌تواند آثار روانی نامطلوبی روی بیمار باقی بگذارد. تحقیقات نشان می‌دهند که مادران به دلیل استرس جسمی و روانی برای گذر از دوره‌ی بعد از زایمان، کمترین آمادگی را در خود احساس می‌کنند، به طوری که تحمل مشکلات مربوط به سلامتی در این دوره بسیار سخت‌تر از هر زمان دیگری می‌باشد (۴).

درد زایمان، یک تجربه‌ی پیچیده‌ی فردی و چند بعدی، و یکی از شدیدترین دردهایی است که تاکنون توسط بشر تجربه

*نویسنده مسؤول مکاتبات: **نورالسادات کریمان**؛ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ **پست الکترونیک:** n_kariman@sbmu.ac.ir

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2024-04-24]

شده است، به طوری که با درد ناشی از قطع انگشتان دست مقایسه می‌شود. مطالعات نشان داده است که درد شدید زایمان می‌تواند باعث آشفتگی مادر شده، سلامت روانی او را مختل ساخته و در نتیجه، بر روابط او با همسر و فرزندانش تأثیر منفی بگذارد. علاوه بر این، درد زایمان ممکن است منجر به نگرانی، ترس، عدم اعتماد به نفس و اضطراب مادر نسبت به حاملگی بعدی گردد (۱، ۲، ۸-۵).

بر اساس مطالعات انجام شده، از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر درد زایمان می‌توان به اضطراب مادر، ترس از درد زایمان، حس از دست دادن کنترل جسمی- روانی در حین زایمان، نگرانی در مورد خود و نوزاد، انتظارات مادر در ارتباط با زایمان و درد آن، عدم آمادگی برای زایمان، نداشتن اعتماد و اطمینان به کارکنان بخش زایمان اشاره کرد (۹). با این حال، مطالعات در کشورهای مختلف نتایج متفاوتی ارایه داده و هنوز اطلاعات کمی درباره‌ی دلایل درد زایمان وجود دارد. همچنین، به نظر می‌رسد از نظر شدت درد زایمان و عوامل مؤثر بر آن در بین زنان نخست‌زا و چندزا، تفاوت‌هایی وجود داشته باشد. تحقیقات نشان می‌دهند که درد زایمان در زنان نخست‌زا شدیدتر و طولانی‌تر می‌باشد. در همین ارتباط مشخص شده است که حدود ۶۰ درصد زنان نخست‌زا و ۴۰ درصد زنان چندزا، از درد شدید و غیر قابل تحمل در حین زایمان رنج می‌برند و دردشان حتی بعد از دریافت داروهای ضد درد در مرحله‌ی لیبر نیز کاهش پیدا نمی‌کند (۱۳-۱۰).

از آنجایی که زایمان یک فرایند طبیعی است، در نتیجه درد جزیی از مراحل آن محسوب می‌شود. احتمالاً میزان درد زایمان، رابطه‌ی مستقیمی با روحیه‌ی زن باردار، آشنایی، آگاهی و اعتماد به نفس او دارد. بنابراین، دور از منطق است که با هدف فرار از درد، عوارض جراحی و بیهوشی و آسیب به نوزاد را پذیرفت. این در حالی است که تقریباً ۸۵ درصد از زایمان‌ها می‌توانند به صورت کاملاً طبیعی و بدون مداخله انجام گرفته و تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد از بارداری‌ها، در معرض خطر قرار داشته و در نهایت ناگزیر به انجام عمل سزارین می‌شوند. با پی بردن به معنی درد و شناخت عواملی که بر درد زایمان مؤثرند، می‌توان مادران را در طول زایمان به منظور سازگار شدن با زایمان و درد، همراهی نمود و پایه‌ای برای هدایت درد زایمان (اعم از مداخلات دارویی و غیر دارویی گوناگون) فراهم آورد (۱۴).

مطالعات متعددی، به بررسی پیامد دردهای مزمن که منجر به تغییرات تصویر بدنی می‌شود، پرداخته‌اند (۱۷-۱۵)، ولی تاکنون مطالعه‌ای مبنی بر ارتباط تصویر بدنی با درک از درد، انجام نشده است. تجربیات ما نشان داده است که احتمالاً تصویر ذهنی زنان بر درک آنان از شدت درد زایمان مؤثر می‌باشد. لذا پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین رابطه‌ی تصویر بدنی با شدت درد زایمان درک شده در زنان نخست‌زا و چندزای مراجعه کننده به مراکز آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۹۱-۱۳۹۰ به انجام رساند. امید است با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه بتوان سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌های مراقبتی را به نحوی مطلوب‌تر، تدوین و گامی در جهت کاهش درد زایمان و کسب تجربه‌ای مطلوب و رضایت بخش از زایمان توسط مادر برداشته و به یکی از مهمترین اهداف سیستم‌های مراقبتی- بهداشتی، یعنی ارتقای سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی برای تمام مادران نایل شد.

مواد و روشها

در این مطالعه‌ی تحلیلی، ۳۰۰ زن باردار (۱۵۰ نفر نخست‌زا و ۱۵۰ نفر چندزا) از بین مراجعه کنندگان به مراکز آموزشی- درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (امام حسین (ع)، آیت ا... طالقانی، شهدای تجریش و مهدیه) در سال ۹۱-۱۳۹۰ انتخاب شدند. در این مطالعه، با استفاده از نرم افزار Power & Sample Size و با در نظر گرفتن خطای α=۰/۰۵ و خطای β=۰/۲ و بر اساس نتیجه‌ی مطالعه‌ی پایلوت و احتمال ریزش نمونه، تعداد نمونه تعیین و به صورت احتمالی چند مرحله‌ای انجام شد. ابتدا، متناسب با تعداد زنان باردار مراجعه کننده به هر بیمارستان، سهمیه‌ای تعیین و سپس در هر بیمارستان به صورت تصادفی، تعدادی از روزهای هفته انتخاب و نمونه‌ها در بیمارستان‌ها بر اساس خصوصیات واحدهای پژوهش مبتنی بر هدف انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند.

به منظور گردآوری داده‌ها، پژوهشگران پس از کسب اجازه، نمونه‌گیری را در بخش‌های بعد از زایمان انجام دادند. پس از جلب رضایت آگاهانه و برقراری ارتباط مناسب با مادران واجد خصوصیات پژوهش (سن ۴۵-۱۵ سال، سن حاملگی ۴۲-۳۷ هفته، حاملگی تک قلو، بارداری و زایمان طبیعی، نداشتن زایمان سریع یا طولانی، عدم مصرف داروهای ضد درد قبل و در حین زایمان، عدم مصرف داروهای القا کننده‌ی درد قبل و در حین زایمان، عدم خونریزی شدید در لیبر و زایمان، زنده، سالم و طبیعی بودن جنین و نوزاد)، مصاحبه با آنان انجام گرفت. نمونه‌گیری در طی ۲۴ ساعت اول بستری مادر در اتاق

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2024-04-24]

پست پارتوم صورت گرفت. مصاحبه زمانی انجام شد که حال عمومی مادر خوب و قادر به پاسخگویی به سؤالات بود.

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل چک لیست، پرسشنامه و خط‌کش اندازه‌گیری شدت درد بود. پرسشنامه‌ی (Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire) MBSRQ در ۴ بخش، شامل عوامل دموگرافیک و مامایی، عوامل روانی، حمایت از مادر در لیبر و زایمان و روابط چند بعدی خود- بدن تهیه گردید. این پرسشنامه، قبلاً توسط کمالی‌فرد و همکاران (۱۸) و هوشمندی و همکاران (۱۹) مورد استفاده قرار گرفته است. درد زایمان با معیار آنالوگ بینانی (Visual Analogue Scale) VAS و با مصاحبه، سنجیده شد.

پرسشنامه‌ی دموگرافیک و مامایی مشتمل بر ۴۰ سؤال (۸ سؤال دموگرافیک و ۳۲ سؤال مامایی) از قبیل سن، سطح تحصیلات، شغل، محل تولد، قومیت، تعداد زایمان، سن حاملگی، وزن نوزاد، نوع تجربه از حاملگی، معاینات مهبلی، نوع پارگی کیسه آب، زمان پارگی کیسه آب تا زایمان و ... بود که از طریق مصاحبه تکمیل شد. پرسشنامه‌ی روانی، دارای دو بخش ترس و اضطراب از زایمان و مشتمل بر ۱۵ سؤال پنج گزینه‌ای بود که نمرات در سه سطح کمتر از ۳۵ (بیانگر ترس و اضطراب شدید)، بین ۳۵ تا ۵۵ (بیانگر ترس و اضطراب متوسط) و بیشتر از ۵۵ (بیانگر ترس و اضطراب کم) دسته‌بندی شدند. پرسشنامه‌ی مربوط به سؤالات حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان، شامل ۱۸ سؤال ۴ گزینه‌ای و منطبق بر مقیاس امتیازدهی لیکرت (از ۱ تا ۴) بود. هر شرکت‌کننده، امتیازی بین ۷۲-۱۸ دریافت نمود. نمره‌ی کمتر از ۴۵ به منزله‌ی دریافت حمایت ناکافی، و نمره‌ی بیشتر از ۴۵، به عنوان دریافت حمایت کافی از جانب ماما یا پرستار محسوب گردید. جهت اعتبار پرسشنامه‌ی ترس و اضطراب زایمان و حمایت مادر در لیبر و زایمان، از روش اعتبار محتوی استفاده گردید، بدین معنی که با مطالعه‌ی منابع و مقالات موجود و ابزار مورد استفاده در مطالعه‌ی کمالی‌فرد و همکاران (۱۸)، هوشمندی و همکاران(۱۹)، پرسشنامه‌ها تنظیم و سپس به تأیید ۱۰ نفر از اساتید محترم اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی رسید و در نهایت اصلاحات لازم انجام گرفت. پرسشنامه‌ی روابط چند بعدی خود-بدن (MBSRQ) جهت تعیین تصویر بدنی، نخستین بار توسط کش و همکاران در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ برای ارزیابی تصویر بدنی طراحی شد (۲۰). پرسش‌های آزمون، شش بعد روابط بدن- خود شامل ارزشیابی قیافه (AE: Aappearance Evaluation)، جهت‌گیری قیافه (AO: Aappearance Orientation)، ارزشیابی تناسب اندام (FE: Fitness Evaluation)، جهت‌گیری تناسب اندام (FO: Fitness Orientation)، وزن ذهنی (subject weight) و رضایت از اجزای بدن (BAS: Body Areas Satisfaction) را بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از نمره‌ی ۱ (به معنای کاملاً مخالف) تا نمره‌ی ۵ (به معنای کاملاً موافق) می‌سنجد (۲۱). مشخصه‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، راحتی و همکاران در سال ۱۳۷۳، اعتبار و روایی این پرسشنامه را در نمونه‌های ایرانی تعیین نموده است (۲۲).

شدت درد با استفاده از مقیاس آنالوگ بینایی که از صفر تا ۱۰ نمره‌بندی شده است، تعیین گردید. لازم به ذکر است که در این مطالعه، درد زایمان با مقیاس دیداری درد در طی مرحله چهارم زایمان، بعد از ارائه آموزش‌های لازم به مادر جهت تمایز درد زایمان با درد پرینه (درد همراه با اپی‌زیاتومی و پارگی) و ذکر این مورد که منظور از درد، شدت درد تجربه شده توسط مادر در طی مرحله اول و دوم زایمان بوده، مورد سنجش قرار گرفت. خط‌کش درد ابزار استاندارد می‌باشد و نیاز به تعیین روایی ندارد (۲۳).

جهت برآورد پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد برای سؤالات استفاده شد. به این ترتیب که با ۲۰ نفر که دارای خصوصیات افراد مورد پژوهش بودند، مصاحبه به عمل آمد و برگه‌ی پرسشنامه تکمیل گردید. دو ساعت بعد، مجدداً از همان ۲۰ نفر مصاحبه به عمل آمد و پرسشنامه تکمیل گردید. همچنین، پایایی نمونه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی MBSRQ، ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌ها، در دو نوبت به فاصله‌ی دو هفته در ۶۷ نفر بررسی و AE=۰/۷۸، AO=۰/۷۵، FE=۰/۷۱، FO=۰/۶۹، SW=۰/۸۴ و BAS=۰/۸۹ بدست آمد (۲۴).

داده‌های بدست آمده در این مطالعه، به وسیله‌ی روش‌های آماری توصیفی، آزمون تفاوت میانگین (برای گروه‌های مستقل و متغیر کمی) و آزمون رابطه‌ی مجذور کای (جهت مقایسه‌ی متغیرهای کیفی)، مدل رگرسیون لجستیک (جهت بررسی عوامل مرتبط با درک شدت درد زایمان) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.18، مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار $p<۰/۰۵$ از لحاظ آماری معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی در زنان نخستزا ۴/۶۰±۲۲/۸۷ و در زنان چندزا ۵/۴۴±۲۸/۶۶ سال بود. لازم به ذکر است که تفاوت

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2024-04-24]

سنی در دو گروه به لحاظ آماری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در هر دو گروه، بیشتر زنان خانه‌دار بوده (۹۵/۳۳ درصد زنان نخست‌زا و ۹۸/۶۶ درصد زنان چندزا). تحصیلات متوسطه و دیپلم در زنان نخست‌زا ۵۲ درصد (۷۸ نفر) و در زنان چندزا ۳۹/۳۴ درصد (۵۹ نفر) بیشترین فراوانی را داشت. بیشتر زنان نخست‌زا ۴۴/۶۶ درصد (۶۷ نفر) و چندزا ۵۸/۶۷ (۸۸ نفر) از نظر قومیت، فارس بودند. بین دو گروه، از نظر متغیرهای تحصیلات و وضعیت اشتغال و قومیت، تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

میانگین شدت درد زایمان که در مرحله بعد از زایمان گزارش شد، در گروه نخست‌زا ۸/۲۱±۲/۶۵ و در گروه چندزا ۸/۱۰±۲/۴۸ بدست آمد که از نظر آماری، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. ۷۹/۳ درصد (۱۱۹ نفر) از زنان نخست زا و ۵۰/۷ درصد (۷۶ نفر) از زنان چندزا، حمایت دریافت شده از ماما، پرستار و پزشک را در زمان لیبر و زایمان، ناکافی گزارش کردند (p<۰/۰۰۱). سطح ترس و اضطراب در زنان نخست‌زا بیشتر از زنان چندزا بود (p<۰/۰۰۱) (جدول ۱). بیشتر نمونه‌ها در هر دو گروه، تصویر بدنی منفی از خود داشتند و اختلاف دو گروه از این نظر، معنی‌دار نبود (جدول ۲).

جدول ۱. توزیع فراوانی زنان مراجعه کننده به مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر حسب گروه‌های مورد بررسی و سطح ترس و اضطراب از زایمان.

گروهها	سطح ترس و اضطراب از زایمان			جمع
	کم (>۵۵)	متوسط (۳۵-۵۵)	شدید (<۳۵)	
نخست زا	۱۰(٪۶/۷)	۹۹(٪۶۶)	۴۱(٪۲۷/۳)	۱۵۰(٪۱۰۰)
چندزا	۳۳(٪۲۲)	۱۱۱(٪۷۴)	۶(٪۴)	۱۵۰(٪۱۰۰)
جمع	۴۳(٪۱۴/۳)	۲۱۰(٪۷۰)	۴۷(٪۱۵/۷)	۳۰۰(٪۱۰۰)

جدول ۲. توزیع فراوانی زنان مراجعه کننده به مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر حسب گروه‌های مورد بررسی و تصویر بدنی.

گروهها	تصویر بدنی			
	منفی (۱۲۷>)	متوسط ضعیف (۱۲۷≤BI<۱۴۹)	متوسط خوب (۱۴۹≤BI<۱۶۱)	خوب (>۱۶۱)
نخست‌زا	۷۵(٪۵۰)	۳۰(٪۲۰)	۴۴(٪۲۹/۳۴)	۱(٪۰/۶۶)
چندزا	۸۸(٪۵۸/۶۶)	۳۱(٪۲۰/۶۶)	۲۹(٪۱۹/۳۵)	۲(٪۱/۳۳)
جمع	۱۶۳(٪۵۴/۳۵)	۶۱(٪۲۰/۳۵)	۷۲(٪۲۴)	۳(٪۱)

از بین تعداد زایمان (نخست زا، چندزا)، ترس و اضطراب از زایمان، حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان و تصویر بدنی، دو متغیر ترس و اضطراب از زایمان (p<۰/۰۰۷، β= -۰/۱۳) و تصویر بدنی (p<۰/۰۰۱، β=۰/۳۱) عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی شدت درد زایمان درک شده بودند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که تصویر بدنی و ترس از زایمان، عوامل پیش‌بینی کننده‌ی شدت درد درک شده‌ی زایمان در زنان می‌باشد.

یکی از عوامل تأثیرگذار بر درد زایمان، ترس از زایمان است. آرسکوگ و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که در حدود ۱۷ درصد زنان از ترس خفیف و ۶ درصد از ترس شدید زایمان رنج می‌برند. ترس از زایمان، درد زایمان را افزایش داده و در عین حال عاملی مهم برای به وجود آمدن تجربه‌ی منفی در مادر نسبت به زایمانش می‌باشد (۹). نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که تمامی گروه‌ها به بیشتر پرسش‌های مربوط به ترس و اضطراب پاسخ زیاد و خیلی زیاد داده‌اند. بیشتر نمونه‌ها در دو گروه، همیشه از زایمان ترس «زیاد» و «خیلی زیاد» داشته‌اند. در مطالعه‌ی کمالی‌فرد و همکاران، بین ترس و اضطراب از زایمان و درد در زنان نخست‌زا، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت، ولی در زنان چندزا بین ترس و اضطراب از زایمان و درد، رابطه‌ی معنی‌داری وجود داشت به نحوی که با افزایش شدت ترس و اضطراب، درد گزارش شده توسط مادر، «شدید» بود (۱۸). همچنین، ابوشیخا در اردن (۲۶)، والدنستروم در استرالیا (۲۷ و ۲۸) و سایستو در فنلاند (۲۹)، بین ترس و اضطراب از زایمان و درد، رابطه‌ی معنی‌داری گزارش کرده‌اند که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. همچنین، در مطالعه‌ی سایستو، شایعترین علل خود ترس، ترس از دست دادن کنترل حین زایمان، آسیب به نوزاد و عدم برقراری رابطه‌ی صمیمانه با پزشک و ماما، گزارش شده است (۲۹).

یکی از عوامل روانی مهم تأثیرگذار بر درد زایمان، ترس و عدم آگاهی از زایمان است. هنگام ترس، بدن هورمونی تولید می‌کند که باعث تشدید درد می‌شود. در صورتی که بتوان ترس را کنترل کرد، درد زایمان نه تنها عذاب‌آور نخواهد بود بلکه خوشایند نیز می‌شود.

در این مطالعه، تفاوت معنی‌داری در دو گروه زنان نخست‌زا و چندزا از نظر تصویر بدنی وجود نداشت، اما بین تصویر بدنی و شدت درک احساس شده در نمونه‌ها، رابطه‌ای معنادار وجود داشت. یکی از جنبه‌های مهم سلامت روانی، طبیعی بودن تصویر بدنی فرد از جسم خویش است (۳۰). تصویر بدنی طریقه‌ای است که شخص خودش را مشاهده می‌کند و دریافتی

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2024-04-24]

است که از چگونگی دیده شدن توسط دیگران دارد. مشخص شده است که تصویر بدنی به طور مرتب در حالات سلامتی، بیماری و یا صدمات، تغییر یافته و این تغییرات نه تنها در وضعیت‌هایی چون بیماری‌های پوستی، چاقی، سوختگی‌ها و آلوپسی دیده می‌شود، بلکه در پاسخ به تغییرات مربوط به بلوغ، کهولت، حاملگی و حتی قاعدگی مورد انتظار است (۳۱). در مطالعه‌ی حاضر، بیشتر نمونه‌های پژوهش، تصویر بدنی منفی داشتند به نحوی که مدل رگرسیون نشان داد بین تصویر بدنی و شدت درد درک شده‌ی زایمان توسط زنان، رابطه وجود داشته و با افزایش نمره‌ی پرسشنامه‌ی MBSRQ و بهبود تصویر بدنی، شدت درد زایمان کاهش می‌یابد. مطالعه‌ی حاضر، تنها مطالعه‌ای است که به بررسی رابطه‌ی تصویر بدنی و شدت درد زایمان پرداخته است.

نوروزی و همکاران در یک مطالعه‌ی کیفی نشان دادند که زنان در دوران بارداری تغییرات متعددی را در ظاهر خود تجربه می‌کنند و این تغییرات می‌تواند برای آنان مطلوب و یا نامطلوب باشد. توجه ارایه دهندگان مراقبت‌های دوران بارداری به این تغییرات و ارایه آموزش‌های لازم در این زمینه به زن باردار می‌تواند در ارتقای سلامت روانی وی تأثیر به سزایی داشته باشد (۳۲). لذا ارایه دهندگان خدمات باروری می‌توانند با شناسایی عوامل تأثیرگذار بر تصویر بدنی در کنترل و کاهش شدت درد زایمان، به مددجویان کمک نمایند. همچنین، محققین با انجام پژوهش‌های مداخله‌ای بر نتایج این پژوهش، به کاهش شدت درد زایمان در زنان باردار کمک نمایند.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین تصویر ذهنی و شدت درد زایمان، رابطه وجود دارد. در بین عوامل مورد بررسی تأثیرگذار بر درد زایمان، نتایج مدل رگرسیونی نشان داد که ترس و اضطراب از زایمان و تصویر بدنی، از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی شدت درد زایمان می‌باشند. همچنین، در این مطالعه مشخص گردید که شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا و چندزا تفاوت آماری معنی‌داری نداشته و شدت سطح درد گزارش شده در هر دو گروه، هم در لیبر و هم در زایمان، بالا می‌باشد. امید است با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه و انجام پژوهش‌های بیشتر در آینده، بتوان برنامه‌ریزیهای مراقبتی را به نحوی مطلوب در جهت کاهش درد زایمان و کسب تجربه‌ی مطلوب و رضایت‌بخش از زایمان توسط مادر، به انجام رساند.

تقدیر و تشکر

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کمیته‌ی پژوهشی دانشجویی جهت تصویب این طرح، قدردانی می‌شود. از کلیه‌ی خانم‌های شرکت کننده در پژوهش که بدون همکاری آنها انجام این پژوهش میسر نمی‌گردید، صمیمانه سپاسگزاریم و سلامتی آنان را آرزومندیم. از کلیه‌ی پزشکان و ماماهای مراکز دانشگاه به جهت همکاری آنها با پژوهشگران و ایجاد شرایط لازم جهت جمع‌آوری نمونه‌ها، تشکر می‌نماییم.

REFERENCES

1. Melzack R. The myth of painless childbirth (the John J. Bonica lecture). Pain 1984;19(4):321–37.
2. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. J Pain Symptom Manag 1991;6(8):476–80.
3. Hall-lord ML. Elderly patients experience of pain and distress from the patients and nurses points of view [Doctoral dissertation]: Gotencorg University, Sweden; 1999.
4. Boyle M. Postnatal pain in child bearing. 1st ed. NY: Harcourt Pub; 2008. p. 136–148.
5. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010.
6. Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. Can Med Assoc J 1984;130(5):579–84.
7. Hamitton A. Pain Relife and Comfort in Labour Fraserd: Myles Text Book for Midwives. 15th ed. Churchil-Livingstone UK; 2008. p. 1195–216.
8. Lurie S. Euphemia Maclean, Agnes Sampson and pain relief during labour in 16th century Edinburgh. Anaesthesia 2004; 59(8): 834–5.
9. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Fear of childbirth in late pregnancy. Gynecol Obstet Invest 1981;12(5):262–6.
10. Lowe NK. Explaining the pain of active labor: the importance of maternal confidence. Res Nurs Health 1989;12(4):237–45.
11. Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1996;25(1):82–92.
12. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol 2002;186(5 Suppl Nature):S16–24.
13. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. Pain Manag Nurs 2003;4(2):54–61.
14. Marcsamama CH, Michelsamama M. How can we inform pregnant about obstetric and anesthesia? European Society of Anesthesiologists (ESA) 1999:1–7.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2024-04-24]

15. Valenzuela-Moguillansky C. Pain and body awareness: An exploration of the bodily experience of persons suffering from fibromyalgia. Constr Found 2013;8(3):339–50.
16. Lewis JS, Schweinhardt P. Perceptions of the painful body: The relationship between body perception disturbance, pain and tactile discrimination in complex regional pain syndrome. Eur J Pain (United Kingdom) 2012;16(9):1320–30.
17. Johansson Eva E, Hamberg K, Westman G, Lindgren G. The meanings of pain: an exploration of women's descriptions of symptoms. Soc Sci Med 1999;48:1791–1802.
18. Kamalifard M, Pirdel M, Bani S, Ghojazadeh M, Tagavi S. Comparaison 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):271–8. (Full Text in Persian)
19. Houshmandi S, Dolatian M, Kamifard M, Ghoujazadeh M. Comparing of labor intensity perception, affecting factors among nulliparous and multiparous women in public and private hospital. Medical Journal of Tabriz Medical University 2012;34(3):117–21. (Full Text in Persian)
20. Cash TF. An 8-step program for learning to like your looks. The body image workbook. Oakland: New Harbinger Publication; 1997.
21. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JI. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. Body Image 2004;1(2):155–67.
22. Rahati A. Evaluation of Developing Correlation between Body Image and Self-Confidence Among Teenager, Middle Aged and Elderly (Dissertation). Tehran: Shahed University; 1995. (Text in Persian)
23. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. J Pain 2003;4(7):407–14.
24. Sadeghi R, Khodabakhshi A, Akbari ME, Kuhsaryan M, Golkar Kalhornia M. Body image and self-esteem: A comparison of two groups of women with breast cancer. Iran J Breast Dis 2012;5(2,3):16–29. (Full Text in Persian)
25. Kamalifard M, Pirdel M, Bani S, Ghojazadeh m, Tagavi S. Comparison 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):271-8 .
26. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective. Int J Nurs Pract 2005;11(1):33–8.
27. Waldenstrom U, Bergman V, Vasell G. The complexity of labor pain: experiences of 278 women. J Psychosom Obstet Gynaecol 1996;17(4):215–28.
28. Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth 1996; 23(3):144–53.
29. Saisto T. Obstetric, psychosocial and pain-related background and treatment of fear of childbirth [Academic Dissertation]: University of Helsinki; 2001.
30. Schofield I, Health H. Healthy aging. London: Mosby; 1999. p. 516-7.
31. Salter M. Altred Body Image. 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 1997. p. 214-226.
32. Noroozi M, Bayram Poor H, Abedi HA. Women's body image during pregnancy. Iran J Nurs Midwifery Res 2006;31:47–53.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2024-04-24]