پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال سيزدهم, شماره ۳ , پي در پي ۶۳ ، صفحات ۲۵۹ تا ۲۶۸
مرداد و شهريور ۱۳۸۷

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۳/۱۳
تاريخ تجديد نظر ۸۶/۶/۲۸
تاريخ پذيرش مقاله ۸۷/۲/۱۸

بررسي ميزان رضايتمندي از زايمان طبيعي و عوامل مرتبط با آن در بيمارستان هاي مهديه تهران و شهيد چمران بروجرد سال ۱۳۸۵

ماهرخ دولتيان[۱]*، فاطمه سياحي[۲]، ناهيد خدا كرمي[۳]، دكتر معصومه سيمبر[۴]

چكيده

سابقه و هدف: *با توجه به اهميت تجربه زايماني و عدم اطلاع از وضعيت آن در كشورمان، مطالعه حاضر با هدف ارزيابي ميزان رضايت از زايمان طبيعي و عوامل مرتبط با آن در بين زنان زايمان كرده بيمارستان هاي مهديه تهران و شهيد چمران بروجرد در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.*

مواد و روش ها: *در اين مطالعه توصيفي ۳۶۰ مادر باسواد ايراني تازه زايمان كرده كه به طور مستمر مراجعه نمودند بررسي شدند. ميزان رضايت از زايمان با كمك پرسشنامه استاندارد رضايتمندي Mackey ارزيابي شد و عوامل مرتبط شامل مشخصات دموگرافيک و مامايي، شدت درد، كنترل فردي و عوامل محيطي بودند كه جهت سنجش شدت درد از خط كش درد و از پرسشنامه "عامل مقياس ليبر" جهت سنجش كنترل فردي استفاده گرديد. اطلاعات توسط SPSS 13 و با استفاده از آزمون هاي غيرپارامتري كروسكال واليس، من ويتني، ضريب همبستگي اسپيرمن و آناليز واريانس يك طرفه و رگرسيون مورد تجزيه و تحليل قرار گرفت.*

يافته ها: *ميزان عدم رضايت از زايمان در بيمارستان شهيد چمران بروجرد ۲۷/۸% و در بيمارستان مهديه تهران ۸/۴% بود. ارتباط معني داري بين متغيرهاي شدت درد، عوامل محيطي، كنترل فردي، عامل زايمان، طول مرحله اول زايمان به طور معكوس، سن بارداري، تطابق جنسيت با خواسته پدر و مادر، عدم وجود مشكل در مراحل دوم و سوم زايمان، ميزان تحصيلات زن، وضعيت اقتصادي و نوع شغل همسر با ميزان رضايت از زايمان در بيمارستان شهيد چمران بروجرد مشاهده گرديد ($P < ۰/۰۰۱$) و در بيمارستان مهديه تهران نيز بين شدت درد، كنترل فردي، طول مرحله اول و دوم زايمان به طور معكوس با ميزان رضايت از زايمان ارتباط معني دار آماري به دست آمد ($P < ۰/۰۰۱$). براساس رگرسيون انجام شده دو متغير كنترل فردي و رضايت از محيط به عنوان بهترين پيشگويي كننده هاي رضايت از زايمان در اين پژوهش به دست آمدند.*

نتيجه گيري: *نارضايتي از زايمان به ويژه در بيمارستان شهيد چمران بروجرد نگران كننده است و اين مطالعه توجه به عوامل اصلي عدم رضايت را توصيه مي كند.*

واژگان كليدي: ميزان *رضايتمندي ، زايمان طبيعي ، كنترل فردي ، عوامل محيطي ، شدت درد زايمان*

مقدمه

عدم رضايت مادر از تجربه زايمان، مي تواند تأثيرات فوري و طولاني مدت بر سلامت او و هم چنين روابطش با نوزاد داشته باشد (۸-۱). زنان ناراضي از تجربه زايمان، چون تولد كودك را فقط با درد و خشم، ترس و يا اندوه و غصه به ياد

۱ * . نويسنده مسؤول: مربي ، گروه مامايي ، دانشكده پرستاری و مامايي ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي . آدرس براي مكاتبه: تهران ، خيابان شريعتی ، بالاتر از حسينيه ارشاد ، جنب بيمارستان كودكان مفيد ، دانشكده پرستاری و مامايي ، گروه مامايي . تلفن: ۸۸۸۸۳۱۳۳. پست الكترونيک : **mhdolatian@ yahoo.com**
۲ . كارشناس ارشد مامايي
۳ . مربي ، گروه مامايي ، دانشكده پرستاری و مامايي ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
٤ . استاديار ، گروه مامايي ، دانشكده پرستاری و مامايي، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

مي آورند و با يادآوري گذشته اضطراب و استرس بسيار پيدا كرده و به دنبال آن، دچار عوارضي مانند: اضطراب بعد از زايمان، كاهش توانايي شيردادن، افسردگي بعد از زايمان، سقط درحاملگي هاي بعدي، كاهش توانايي جنسي و رفتار نامناسب و ناديده گرفتن كودك شوند (۳و۱۱-۷).

نتايج به دست آمده از مطالعات مختلف در زمينه تجربه مادر از زايمان متناقض مي باشد. برخي از محققين كنترل فردي در طي زايمان (۱۲و۱۳)، خصوصيات دموگرافيك، شدت درد با اثر معكوس (۱۴) و منطبق بودن انتظارات فرد با زايمان را با رضايتمندي در ارتباط مي دانند (۶)، ولي در مقابل تعدادي ديگر از پژوهشگران معتقدند كه درد زياد و منطبق نبودن انتظارات فرد با زايمان از يك تجربه مثبت زايماني و رضايت بخش جلوگيري نمي كند (۱۵).

وجود اين نتايج متناقض نشان دهنده آن است كه رضايت زايماني يك پديده با ابعاد مختلف مي باشد و توسط فاكتورهاي مختلف از جمله عوامل محيطي و فردي تحت تأثير قرار مي گيرد. زايمان خود يك پديده چند بعدي متشكل از ابعاد جسمي، هيجاني، فيزيولوژيكي، اجتماعي، فرهنگي و رواني است و در نتيجه افراد مي توانند در رابطه با جنبه هايي از يك تجربه راضي و در همان حال از جنبه هاي ديگر آن ناراضي باشند. لذا در ارزيابي نبايد رضايت زايماني را به عنوان يك ارزيابي كلي از زايمان در نظر گرفت و جهت دست يابي به نتايج مستدل تر و وسيع تر بايد اجزاي رضايت را سنجيد.

با توجه به مطالب فوق و تفاوت عوامل مرتبط با رضايتمندي از جمله عامل زايمان و محيط زايمان در دو محيط بيمارستان مهديه تهران و شهيد چمران، اين مطالعه با هدف بررسي ميزان رضايتمندي زنان از زايمان طبيعي و عوامل مرتبط با آن در زنان زايمان كرده در بيمارستان هاي مهديه تهران و شهيد چمران بروجرد در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

مواد و روش ها

اين مطالعه با طراحي توصيفي cross sectional انجام گرفت. ۳۶۰ مادر بستري در بيمارستان مهديه تهران (۱۸۰ نفر) و شهيد چمران بروجرد (۱۸۰ نفر) كه به تازگي زايمان طبيعي كرده و داراي سواد خواندن و نوشتن بودند انتخاب شدند. ميزان رضايت از زايمان توسط پرسشنامه استاندارد رضايتمندي Mackey ارزيابي و عوامل مرتبط با رضايتمندي شامل مشخصات دموگرافيک و مامايي و شدت درد، كنترل فردي، عوامل محيطي در نظر گرفته شد. جهت سنجش درد از معيار ديداري درد كه شامل يك خط كش افقي به طول ۱۰ سانتي متر است و عدد صفر- ۳ درد خفيف، ۷ – ٤ درد متوسط و ۱۰ – ۸ درد شديد در نظر گرفته مي شود، استفاده شد (۱۶). در اين پژوهش از پرسشنامه عامل مقياس ليبر جهت سنجش كنترل فردي استفاده شد كه مقياسي براي شناسايي جنبه هاي رواني زايمان مي باشد. منظور از كنترل فردي وجود احساسات متضاد مادر از توانائي، رضايت، مسئوليت، آگاهي از محيط اطراف، اضطراب، ترس، موفقيت، مهم شمردن خود و مواردي ديگر در طي دردهاي زايمان و زايمان مي باشد. اين پرسشنامه اولين بار توسط Oliver در سال ۱۹۷۲ تهيه شد و ميزان كنترل را در قالب ۲۹ سوال (مثبت و منفي) مي سنجد. نمونه ها ميزان موافقت يا عدم موافقت خود را با هر مورد در يك درجه بندي ۵ قسمتي ليكرت تعيين مي نمودند و پس از جمع امتيازات به صورت درصد ۳۳-۰ ضعيف، ٦٦-٣٤ متوسط و ۱۰۰-٦٧ كنترل فردي خوب ارزيابي مي شدند (۱۸-۱۷). براساس طيف ليكرت با ۱۷ سؤال ميزان رضايت از محيط و با ۱۸ سوال - برگرفته از پرسشنامه ٣٤ موردي رضايتمندي از زايمان Mackey - ميزان رضايت از زايمان سنجيده شد. بدين ترتيب كه ٢٤-۰جزو گروه بسيار ناراضي، ۵۰-۲۵ ناراضي، ۷۵-۵۱ راضي و ۱۰۰-٧٦ بسيار راضي بودند (۱۲). جهت تعيين وضعيت اقتصادي نمونه ها، از روش آماري فاكتور عامل

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

استفاده گرديد كه جهت به دست آوردن آن از ۳ متغير متراژ سرانه، ميزان درآمد ماهيانه و نوع مسكن استفاده شد.

جهت تعيين اعتبار ابزار از اعتبار محتوي و براي تعيين پايايي پرسشنامه ها پس از ترجمه، سؤالات به رؤيت متخصصين زبان شناسي و زنان و مامايي رسانده شده و جهت به دست آوردن ضريب پايايي انسجام دروني از روش آماري آلفا كرونباخ استفاده گرديد. درجه آلفا براي پرسشنامه مقياس ليبر ۰/۸۵، پرسشنامه رضايتمندي از زايمان ۰/۹۲ و پرسشنامه عوامل محيطي ۰/۹۰ به دست آمد. ابزار خط كش درد نيز در مطالعات گذشته كاربرد فراوان داشته و از نظر Phipps و همكارانش (۱۹۹۹) يكي از قابل استفاده ترين و قابل اعتمادترين معيار هاي اندازه گيري درد به شمار مي رود. هم چنين استفاده فراوان آن در تحقيقات گوناگون در ارزيابي شدت درد، پايايي آن را تأييد مي كند (۲۲-۱۹). پرسشنامه ها سه تا چهار ساعت قبل از ترخيص نمونه ها از بيمارستان پس از اخذ رضايت نامه كتبي از آنان، توسط كارشناس ارشد مامايي از طريق مصاحبه و بررسي پرونده پزشكي تكميل گرديد.

اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS 13 و با كمک آزمون هاي ناپارامتري شامل آزمون هاي كروسكال واليس، من ويتني و ضريب همبستگي اسپيرمن و رگرسيون تحت تجزيه و تحليل آماري قرار گرفتند. حداقل سطح معني دار ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

يافته ها

تحقيق روي تعداد ۳۶۰ نفر در دو بيمارستان (هر بيمارستان ۱۸۰ نفر) انجام گرفت. نتايج حاصل از پژوهش نشان مي دهد كه ميانگين سني نمونه ها در بيمارستان شهيد چمران بروجرد ۴/۹ ± ۲۴/۷ سال بوده و ۹۱ نفر (۵۱/۷%) در سن ۱۶ تا ۲۰ سال ازدواج كرده بودند. در اين ميان ۹۰% نمونه ها ازدواجشان از روي تمايل بود. ۱۲۳ نفر (۶۸/۳%) تحصيلات در حد راهنمايي و دبيرستان و ۱۲ نفر (۶/۷%) تحصيلات دانشگاهي داشتند و ۹۴/۴% نمونه ها خانه دار بودند. سن همسران نمونه ها ۵/۱ ± ۲۸/۹ سال بود و ۱۲۶ نفر از همسران نمونه ها (۷۰%) تحصيلاتي در حد متوسطه و دبيرستاني و ۲۳ نفر (۱۲/۸%) تحصيلات دانشگاهي داشتند. ۴۰% همسران داراي شغل آزاد و سايرين (۱۰۸ نفر, ۶۰%) كشاورز و كارمند وكارگر بودند. محل زندگي ۶۶/۶% از نمونه ها در شهر و ۳۹/۴% نيز خانه شخصي داشتند. ۵۹/۴% نمونه ها تحت پوشش يكي از بيمه هاي درماني بودند.

از لحاظ سابقه مامايي، يافته ها نشان داد كه ۴۹/۴% نمونه ها اين حاملگي اولين بارداري و براي ۵۹/۴% نيز اين زايمان اولين تجربه زايمان بوده است. به ترتيب ۷۳/۳% و ۹۲/۲% نمونه ها فاقد سابقه سقط و نوزاد بودند و براي ۶۰/۶% آنان اين فرزند اولين فرزند محسوب مي گرديد. بارداري ۶۸/۳% از روي تمايل بوده و جنسيت نوزاد در ۸۵/۶% با خواسته مادر و در ۸۶/۷% با خواسته پدر تطابق داشته است.

سن بارداري اكثريت نمونه ها (۸۵/۶%) زمان زايمان ترم بوده و مدت مرحله اول زايمان ۳/۴ ± ۸/۵ ساعت و مرحله دوم زايمان ۱۷/۹ ± ۲۹/۲ دقيقه و مرحله سوم زايمان ۳/۵ ± ۷/۲ دقيقه بوده است. از كل نمونه ها ۸۶/۷% مرحله اول، ۹۷/۲% مرحله دوم و ۹۰% مرحله سوم زايمان را بدون ايجاد هيچ گونه مشكل و مداخله پزشكي طي نمودند. كليه نوزادان به دنيا آمده در زمان تحقيق زنده بوده و از هيچ نوع روش كاهش درد استفاده نگرديد. اكثريت نمونه ها (۶۲/۸%) درد شديد و۳۷/۲% درد متوسطي را تجربه نمودند.

۵۶/۱% نمونه ها از كنترل فردي متوسط و ۲۳/۳% كنترل فردي ضعيف و ۲۰/۶% كنترل فردي خوبي برخوردار بودند. ۷۲/۲% از محيط زايمان خود راضي، ۱۹/۴% ناراضي و ۸/۳% بسيار راضي بودند. ۴۸/۹% از زايمان خود رضايت داشته و ۲۷%/۸ ناراضي و ۲۳/۳% بسيار راضي بودند.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

ميانگين نمره ۱۸ سوال رضايتمندي از زايمان نشان داد كه بيش ترين موارد رضايتمندي از وضعيت جسماني فرزند در هنگام تولد، ميزان كمك و حمايت روحي همسر، كمك و حمايت ماما جهت آموزش تنفس درست و ايجاد آرامش و فاصله زمان زايمان تا دادن نوزاد و نحوه ي رفتار ماما بود و كم ترين ميزان رضايت درباره مواردي چون تجربه كلي از درد زايمان، امكان انتخاب وضعيت در زمان دردهاي زايمان و مدت حضور ماما در كنار خود مي باشد.

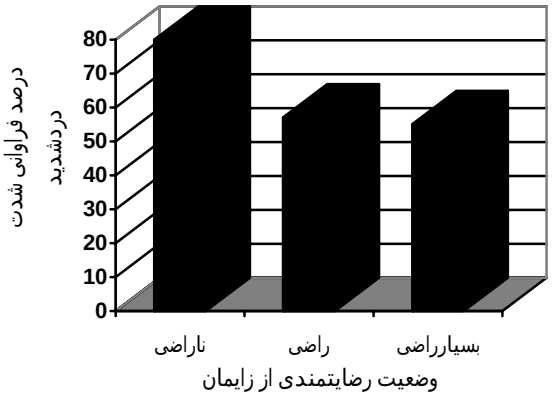
از طرفي نتايج حاصل از پژوهش نشان مي دهد كه ميانگين سني نمونه ها در بيمارستان مهديه ۳/۹±۲٤/۳ سال بوده و ۱۱۶ نفر (۶۴/۴%) در سن ١٦ تا ٢٠ سال ازدواج نموده و در اين ميان ۹۷/۲% نمونه ها ازدواجشان از روي تمايل بود. ۱۶۵ نفر(۹۱/۷%) تحصيلات در حد راهنمايي و دبيرستان و فقط ۱۴ نفر (۷/۸%) تحصيلات دانشگاهي داشتند و ۸۸/۹% نمونه ها خانه دار بودند. ميانگين سني همسران نمونه ها ۴/۴±۳۰/۱ سال بود و ۱۵۳ نفر از همسران نمونه ها (۸۵%) تحصيلاتي در حد متوسطه و دبيرستاني و فقط ۱۲ نفر (۶/۷%) تحصيلات دانشگاهي داشتند. نيمي از همسران داراي شغل آزاد و سايرين (۹۰ نفر,۵۰%) كشاورز و كارمند و كارگر بودند. محل زندگي ۸۷/۲% از نمونه ها در شهر و ٤١/٧% نيز همراه خانواده همسر زندگي مي كردند. ٣٦/٧% نمونه ها تحت پوشش يكي از بيمه هاي درماني بودند.

از لحاظ سابقه مامايي، يافته ها نشان داد كه ٤٥/٥% نمونه ها اين حاملگي اولين بارداري و براي ۵۲/۸% نيز اين زايمان اولين تجربه زايمان بوده است. به ترتيب ۷۸/۳% و ۵۷/۷% فاقد سابقه سقط و فوت نوزاد بودند. بارداري ٦٦/١% از روي تمايل بوده و جنسيت نوزاد در ۸۱/۷% با خواسته مادر و در ٨٦/١% با خواسته پدر تطابق داشته است. سن بارداري اكثريت نمونه ها (٨٤/٤%) زمان زايمان ترم بوده و مدت مرحله اول زايمان ۲/۷ ± ٦/١ ساعت، مرحله دوم زايمان ۲۸/۲ ± ٤٠/٢ دقيقه و مرحله سوم زايمان ٦/٤ ± ۷/۹ دقيقه بوده است. از كل نمونه ها ۸۷/۲% مرحله اول، ۸۸/۹% مرحله دوم و ٩٥/٦% مرحله سوم زايمان را بدون ايجاد هيچ گونه مشكل و مداخله پزشكي طي نمودند. ٩٩/٤% نوزادان به دنيا آمده در زمان تحقيق زنده بوده و براي ۵۷/۸% در مرحله اول زايمان و ۹۸/۹% در مرحله دوم زايمان از هيچ روش كاهش درد استفاده نگرديد. اكثريت نمونه ها (٦١/٧%) درد شديد و ۳۷/۷% درد متوسطي را تجربه نمودند.

٨٤/٤% نمونه ها كنترل فردي متوسط، ۴/۴% كنترل فردي ضعيف و ۱۱/۱% از كنترل فردي خوبي برخوردار بودند. ٤٨/٩% از محيط زايمان خود بسيار راضي، ۴۷/۲% راضي و ۳/۹% ناراضي بودند. ٤٣/٣% از زايمان خود رضايت داشته و ۸/۴% ناراضي و ۴۸/۳% بسيار راضي بودند.

- *نقش عوامل مربوط به احساس زنان در طي ليبر بر رضايت از زايمان:*

شدت درد در۸۰% نمونه هاي ناراضي از زايمان خود در بيمارستان شهيد چمران بروجرد بسيار شديد بود. آزمون من ويتني نشان داد كه بين شدت درد و ميزان رضايتمندي از زايمان ارتباط معني دار آماري وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) و با كاهش شدت درد افزايش ميزان رضايتمندي را مشاهده مي كنيم (نمودار ۱).



نمودار ۱ – توزيع ۱۸۰ زن پس از زايمان طبيعي بر حسب شدت درد شديد و به تفكيك ميزان رضايتمندي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

همين طور شدت درد در ۸۶/۶۶% نمونه هـاي ناراضـي از زايمان خود در بيمارستان مهديه تهران بسيار شديد بـود. در اين گروه از نمونه ها نيز آزمون من ويتني نشان داد كه بـين شدت درد و ميزان رضايتمندي از زايمـان ارتبـاط معنـي دار آمـاري وجـود دارد (P < ۰/۰۰۱) و بـا كـاهش شـدت درد افزايش ميزان رضايتمندي را مشاهده مي كنيم.

آزمون كروسـكال واليس بـين ميـزان كنتـرل فـردي بـا رضايت از زايمان در بيمارستان شهيد چمران بروجرد ارتبـاط معني دار آماري را نشان داد (P < ۰/۰۰۱) و بيان گر آن بود كه با افزايش ميزان كنترل فردي، ميزان رضايت از زايمان نيز افزايش مي يابد (جدول ۱).

جدول۱- توزيع ۱۸۰ زن پس از زايمان طبيعي بر حسب ميزان رضايتمندي از زايمان و به تفكيك كنترل فردي

ميزان رضايتمندي	داشته	نداشته
كنترل فردي	تعداد (%)	تعداد (%)
خوب	۳۵ (۲۶/۹)	۲ (۴)
متوسط	۸۸ (۶۷/۸)	۱۳ (۲۶)
ضعيف	۷ (۵/۳)	۳۵ (۷۰)
جمع	۱۳۰ (۱۰۰)	۵۰ (۱۰۰)

همچنين آزمون كروسـكال واليس بـين ميـزان كنتـرل فردي با رضايت از زايمان در بيمارسـتان مهديـه تهـران نيـز ارتباط معني دار آمـاري را نـشان داد (P <۰/۰۰۱) و نـسان داد كه با افـزايش ميـزان كنتـرل فـردي، ميـزان رضـايت از زايمان نيز افزايش مي يابد.

- *نقش عوامل مربوط به محـيط و عامـل زايمـان بـر رضايتمندي از زايمان:*

مطالعه حاضر نشان داد ميزان رضايت از محـيط زايمـان بـا رضايت از زايمان در بيمارستان شهيد چمران بروجـرد ارتبـاط معني دار آماري دارد و بـا افـزايش رضـايت از محـيط، ميـزان رضايت از زايمان نيز افزايش مي يابد (P<۰/۰۰۱) (جدول۲).

جدول ۲- توزيع ۱۸۰ زن پس از زايمان طبيعي بر حسب ميزان رضايتمندي از زايمان و به تفكيك رضايت از محيط زايمان

ميزان رضايتمندي	داشته	نداشته
رضايت از محيط زايمان		
راضي	۱۱۷ (۹۰)	۲۸ (۵۶)
ناراضي	۱۳ (۱۰)	۲۲ (۴۴)
جمع	۱۳۰ (۱۰۰)	۵۰ (۱۰۰)

بيش ترين ميزان رضايتمندي از محيط در ۹۲/۸% مـوارد از نظافت اطاق زايمان و كم ترين ميزان رضـايت از وضـعيت تخت نوزاد (۱۶/۱%) بود. پژوهش نشان داد كه در مواردي كه هـر بيمـار توسـط يـك مراقـب كنتـرل شـده اسـت، ميـزان رضايتمندي بيش تر از زماني است كه يك مراقـب ناچـار بـه مراقبت از چند نفر به طور هم زمان بوده است (P <۰/۰۰۱).

در بيمارستان مهديه تهران بين رضايت از محيط زايمـان با رضايت از زايمان و عامل زايمان ارتبـاط معنـي دار آمـاري يافت نشد.

- *نقـش خـصوصيات فـردي و سـابقه مامـايي بـر رضايتمندي از زايمان:*

در اين مطالعه ارتباط معنـي دار آمـاري بـين سـن، سـن همـسر، سـن ازدواج، شـغل زن، وضـعيت بيمـه، رضـايت از ازدواج، تحصيلات همسر، تعداد حاملگي، تعداد زايمان، تعداد فرزندان زنده و مرده، سابقه سقط، طول مرحلـه دوم و سـوم زايمان، نوع زايمان، جنس نـوزاد، خواسـته بـودن بـارداري و وجـود مـشكل در مرحلـه اول زايمـان در بيمارسـتان شـهيد چمران بروجرد و بيمارستان مهديه تهران بـا رضـايتمندي از زايمان وجود نداشت. اما بين تحـصيلات زن، شـغل همـسر، وضعيت اقتصادي، رضايت از زندگي زناشويي، محـل زنـدگي، سن بارداري، طول مرحله اول زايمان، عدم مشكل در مرحلـه دوم و سوم، تطابق جنسيت نوزاد با خواسـته پـدر و مـادر در بيمارستان شهيد چمران بروجـرد بـا رضـايتمندي از زايمـان ارتباط معني دار آماري وجود داشت (P < ۰/۰۰۱).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

هم چنين يافته ها در بيمارستان مهديه تهران نشان داد كه طول مرحله اول زايمان و طول مرحله دوم زايمان بر رضايتمندي از زايمان نقش داشته اند (P< ۰/۰۰۱). در اين بيمارستان بين ساير عوامل فردي و سابقه مامايي ارتباط آماري معني داري يافت نشد.

با انجام آزمون رگرسيون مشخص شد كه دو عامل كنترل فردي (P < ۰/۰۰۱) و رضايت از محيط زايمان (P< ۰/۰۰۵) در بيمارستان شهيد چمران بروجرد عوامل پيشگويي كننده رضايت از زايمان مي باشد (جدول ۳).

جدول ۳ - عوامل پيشگويي كننده رضايت از زايمان۱۸۰ زن پس از زايمان طبيعي در بيمارستان شهيد چمران بروجرد

متغير	مقدار P	OR	CI (%۹۵)	
			Lower	Upper
كنترل فردي	P< ۰/۰۰۱	۱/۰۸	۱/۰۵	۱/۱۲
رضايت از محيط	P< ۰/۰۰۵	۱/۰۷	۱/۰۲	۱/۱۲

بحث

در مطالعه حاضر عدم رضايت از زايمان در بيمارستان شهيد چمران بروجرد ۲۷/۸% و در بيمارستان مهديه تهران ۸/۴% بود. در حالي كه در مطالعه Waldenstrom و همكارانش در سال ۲۰۰٤ در سوئد فقط ٦/۸% زنان شركت كننده تجربه زايمان خود را منفي ارزيابي نمودند (۲۳). اختلاف نتايج مورد مشاهده در اين دو پژوهش مي تواند به اين علت باشد كه والدنستروم اين تجربه را يكسال بعد از زايمان و فقط بر اساس يك سؤال انجام داد و زنان داراي احساس دوگانه (هم منفي و هم مثبت) در مورد تجربه زايمان را در گروه راضي قرار داد. ولي در مطالعه حاضر تجربه زنان از زايمان در مدت كوتاهي بعد از زايمان (قبل از ترخيص از بيمارستان) و بر اساس امتياز كل كسب شده هر فرد از يك پرسشنامه ۱۸سئوالي مورد ارزيابي قرار گرفته است.

بر اساس نتايج اين مطالعه زنان داراي شدت درد كم تر، ميزان رضايت بالاتري را از زايمان خود داشتند. در ساير مطالعات انجام شده در اين زمينه نيز نتايج مشابه اي به دست آمد (۴و۵و۱۲و۱۴و۲۴و۲۵). پژوهشگران معتقدند كه كاهش درد از طريق ايجاد احساس تسلط داشتن بر ليبر در زنان باعث افزايش رضايتمندي از زايمان مي گردد (۱۳-۲۶). در اين تحقيق نيز زنان داراي شدت درد كم تر داراي كنترل بيش تري بودند كه مي تواند تأييد كننده نتايج به دست آمده باشد.

اداره مناسب درد زايمان، علي رغم پيشرفت هاي نوين در طب، هنوز يكي از معضلات سيستم بهداشتي در بسياري از كشورهاي جهان محسوب مي شود، زيرا از يک سو درد زايمان حاصل تركيب پيچيده و تداخل عوامل چندگانه فيزيولوژيكي و اجتماعي است و داراي اساسي چند وجهي است (۲۷) و از سوي ديگر عكس العمل هر فرد نسبت به درد به عواملي از جمله: ترس و اضطراب طي ليبر كه موجب بروز واكنش منفي نسبت به درد مي گردد، ترس ناشي از عدم وجود آگاهي از چگونگي زايمان و احساس تنهايي در مواجهه با تجربه زايمان، ترس از به خطر افتادن سلامت خود و جنين، خاطره ناگوار از زايمان هاي قبلي، حالات ويژه شخصيتي نظير اعتماد به نفس، آرامش و نيز عوامل فرهنگي و اجتماعي بستگي دارد و اين عوامل نقش عمده اي در چگونگي برخورد زن باردار نسبت به درد زايمان دارند (۲۸). بر اين اساس مي توان براي تسكين درد زايمان در راستاي هدف افزايش رضايت مادران از تجربه زايمان از روش هاي مختلف بي دردي استفاده نمود.

در اين مطالعه بين سطح كنترل فردي و ميزان رضايت از زايمان ارتباط مثبت و معناداري به دست آمد و مطالعات محققين ديگر نيز تأييد كننده نتيجه پژوهش حاضر مي باشد (۵و۶و۱۲و۱۵و۲۹و۳۰)، لذا مي توان بيان نمود كه وجود كنترل بر آن چه كه اتفاق مي افتد مي تواند يك فاكتور مهم بر روي احساس رضايت و كاميابي زنان از تجربه زايمان باشد. محققان در سطوح مختلف مامائي، ديرزماني است كه در خصوص اهميت جنبه كنترل در زايمان كه از جنبه هاي رواني زايمان است، به تحقيق پرداخته و حفظ كنترل را به عنوان يك

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

نياز شخصي براي زناني كه در پروسه ليبر مي باشند مطرح نموده اند. زيرا ثابت شده است كه كنترل در پروسه تولد اثرات مهم كوتاه مدت و بلند مدت بر ارزيابي و پاسخ عاطفي زنان به تجربه زايمان دارد.

انواع راه هاي دست يابي به كنترل با هدف افزايش رضايت از زايمان بايد مورد توجه قرار گيرند. تشريك مساعي مادر در تصميم گيري در زمان ليبر و زايمان يكي از راه هاي دستيابي به كنترل در زنان مي باشد، زيرا كنترل به طور اوليه يك مسأله فردي و جهت دار در نشان دادن استقلال مي باشد (۳۱). هم چنين كلاس هاي آمادگي براي زايمان و حمايت عمومي در ليبر و سطوح مداخله اي از ديگر فاكتورهاي كليدي مرتبط با كنترل مي باشند كه در برنامه ريزي ها بايد به آنان نيز توجه نمود (۳۲). مطلوب و خوشايند بودن محيط زايمان و در نتيجه ايجاد رضايت در مادر باعث افزايش رضايت از زايمان در مادران شده است. Waldenstrom (۱۹۹۹) و Campero (۱۹۹۸) نيز در تحقيقات خود به نتايج مشابه اي دست پيدا كردند، ولي تأثير آن را به شدت ديگر عوامل نمي دانند (۱۴و۲۹).

پژوهش نشان داد كه در مواردي كه هر بيمار توسط يك مراقب كنترل مي شده است، ميزان رضايتمندي بيش تر از زماني است كه يك مراقب ناچار به مراقبت از چند نفر هم زمان بوده است كه اين اختلاف در ميزان رضايتمندي از زايمان ناشي از تفاوت در نحوه مراقبت و برخورداري مادر از يك حمايت مداوم مي باشد. پژوهش ها نشان داده است كه حمايت به صورت يك به يك از زن و به طور مداوم در طي ليبر در به وجود آوردن يك احساس قوي از امنيت و رضايت تأثير دارد (۲۸). نوع مراقبت رواني- اجتماعي كه زنان در زمان زايمان دريافت مي كنند مانند: شريك بودن در اطلاعات و تصميم گيري، برخورد مؤدبانه، حمايت عاطفي و مهربانانه، خوش آمد گويي در زمان ورود و طي كردن پروسه ليبر و زايمان به صورت طبيعي در حافظه آنان براي هميشه مي ماند و در صورت مثبت بودن اين خاطرات مي تواند با افزايش رضايت از زايمان همراه باشد (۱۴و۲۹). Waldenstrom در مطالعه اي در سال۲۰۰٤ بيان نمود كه يكي از عوامل ايجاد تجربه منفي از زايمان، ناكافي بودن زماني است كه فرد مراقبت كننده از مادر براي پاسخ به سؤالات وي اختصاص مي دهد (۲۳).

بين فاكتورهاي سطح تحصيلات زن، محل زندگي، وضعيت اقتصادي، رضايت از زندگي زناشويي و شغل همسر وي با رضايت از زايمان در بيمارستان شهيد چمران بروجرد ارتباط معنا داري به دست آمد. در مطالعه Waldenstrom زناني كه از حمايت همسرشان راضي نبودند در خطر بالاتري از كسب يك تجربه منفي از زايمان قرار گرفتند (۲۳). بر اساس تحقيق Mackey در سال ۲۰۰۳ نيز افزايش تحصيلات مادر باعث افزايش ميزان رضايت از زايمان مي شود. اين نتايج بيان گر آن است كه ارتقاي كيفيت و سطح زندگي زنان باعث افزايش تجربه مثبت زنان از زايمان مي شود (۱۲).

در اين مطالعه نيز همانند مطالعه Waldenstrom و همكارانش نشان داده شد كه كاهش طول مرحله اول زايمان و عدم ايجاد مشكلات و مداخلات پزشكي در طي مراحل زايماني باعث افزايش ميزان رضايت مادر از تجربه زايمان مي شود (۲۳).

پژوهش بر اساس آزمون رگرسيون نشان داد كه تنها متغير كنترل فردي و رضايت از محيط به عنوان پيشگويي كننده هاي رضايت از زايمان مي باشند. Mackey نيز در مطالعه خود تنها متغير كنترل فردي را به عنوان پيش گويي كننده رضايت از زايمان به دست آورد (۱۲) كه اين هم خواني نتايج در اين قسمت از دو تحقيق انجام شده، نشان دهنده اهميت موضوع كنترل در حين زايمان مي باشد. پيشنهاد مي شود راهكارها و برنامه ريزي عملي و استاندارد در اين زمينه با جهت دست يابي به كنترل در حين زايمان، توسط سياست گزاران و برنامه ريزان سيستم سلامت انجام گيرد و ارائه دهندگان خدمات به مادر در طي پروسه زايمان با حمايت از مادر، توجه به خواسته هاي مادر و خانواده وي و در اختيار قرار دادن اطلاعات صحيح و مناسب به مادر و راهنمايي او به جاي سرزنش كردن ناآگاهي و عدم همكاري آنان مي توانند در اين امر كمك نمايند.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

يافته هاي اين تحقيق بيان گر آن است كه رضايت زايماني مسأله اي چند بعدي بوده و انعكاسي از تركيب عوامل مرتبط با امر زايمان با اثرات مختلف مي باشد. هم چنان كه در اين مطالعه نشان داده شد زنان راضي از زايمان، ممكن است در رابطه با عوامل مرتبط با رضايت از زايمان داراي اجزاي منفي مانند درد زايمان نيز باشند. با اين كه اكثر زنان مورد پژوهش درد بالايي را تجربه نمودند، مجموع اكثريت زنان از زايمان خود راضي بودند.

بنابراين بايد در زمان برنامه ريزي جهت خدمات مراقبتي از مادران به تمامي جنبه هاي رواني و جسماني خدمات توجه نمود.

تشكر و قدرداني

نويسندگان اين مقاله بدينوسيله از معاونت پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي كه هزينه انجام اين طرح تحقيقاتي را متقبل شده و جناب آقاي مهندس ناصر ولايي كه در تدوين اين مقاله پژوهشگران را ياري نمودند، هم چنين از كليه پرسنل بيمارستان مهديه تهران و شهيد چمران بروجرد و هم چنين ازسركار خانم حاجيه جعفري پردستي كه در نمونه گيري پژوهشگران را ياري كردند و كليه زناني كه در طرح همكاري نمودند، كمال تشكر و سپاس را دارند.

REFERENCES

1. Simkin P. Just another day in a women's life? Women's long term perceptions of their first birth experience: Part 1. Birth 1991; 18(4): 203-2.
2. Simkin P. Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. Birth 1992; 19(2): 64-80.
3. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. Canadian Med Assoc J 1997; 156(6): 831-5.
4. Slade P, McPherson SA, Hulme A, Maresh M. Expectations, experiences and satisfaction with labor. Br J Clin Psychol 1993; 32(part 4): 469-83.
5. Mackey MC. Women's evaluation of their childbirth performance. Mater Child Nurs J 1995; 23(2): 57-72.
6. Waldenstrom U, Borg I.M, Olsson B, Skold M, Wall S.The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth 1996; 23(3): 144-53.
7. Ryding EL. Psychosocial indications for cesarean section: a retrospective study of 43 cases. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70(1): 47-79.
8. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72(4): 280-5.
9. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post- traumatic stress disorder (PSTD) after childbirth. Br J Psychiatry 1995; 166: 525-8.
10. Phillips LH, O'Hara MW. Prospective study of postpartum depression four and one-half year follow-up of women and childbirth. J Abnormal Psychol 1991; 100: 151-5.
11. Goldbeck-Wood S. Post-traumatic stress disorder may follow childbirth. Br Med J 1996; 313: 774.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

12. Mackey MC, Goodman P, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. J Adv Nurs 2003; 46(2): 212-9.

13. McCrea BH, Wright ME. Satisfaction in childbirth and perceptions of personal control in pain relief during labour. J Adv Nurs 1999; 29(4): 877-84.

14. Waldenstrom U. Experience of labor and birth in 1111 women. J Psychosom Res 1999; 47(5): 471-82.

15. Hart MA, Foster SN. Couples' attitudes toward childbirth participation: relationship to evaluation of labor and delivery. J Perinatal Neonatal Nurs 1997; 11(1): 10-20.

16. Melzack R, Katz J. Pain measurement in persons in pain. Text book of pain. 4th ed. New York: Churchill Livingstone. 1994.

17. Hodnett ED, Simmons-Tropea D. The labor agentry scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. Res Nurs Health 1987; 10(5): 301-10.

18. Hodnett ED. Personal control and birth environment: comparsions between home and hospital settings. J Environ Psychol 1989; 9: 207-16.

19. Phipps- WL. Medical Surgical Nursing. 6th ed. USA: Mosby. 1999.

20. Price DD, McGrath PA, Raffi A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. Pain 1983; 17(1): 45-56.

21. Price DD. Psychological and Neural Mechanisms of Pain. New York: Raven. 1988.

22. Price DD, Harkins SW, Baker C. Sensory - affective relationships among different types of clinical and experimental pain. Pain 1987; 28(3): 297-307.

23. Waldenstrom U, Hildingsson RN, Rubertsson C, Redestad L. A negative birth experience: prevalence and risk factors in national sample. Birth 2004; 31(1): 17-27.

24. Fowles ER. Labor concerns of women two months after delivery. Birth 1998; 25(4): 235- 40.

25. Green JM. Expectations and experiences of pain in labor: findings from a large prospective study. Birth 1993; 20(2): 65-72.

26. Morgan PJ, Halpern S. The development of a maternal satisfaction scale for caesarean section. Int J Obstet Anesth 1999; 8(3): 165-70.

27. Lowe NK. Individual variation in childbirth pain. J Psychosom Obstet Gynecol 1987; 7(3): 183-92.

۲۸. بنت و بروان. درسنامه مامائي ميلز . ترجمه شروفي الف ، قادري الف و همكاران . جلد دوم . چاپ اول . تهران: انتشارات چهر. سال ۱۳۷۵.

29. Campero L, Garcia C, Diaz C, Ortiz O, Reyonso S, Langer A. Alone, I would not have known what to do: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. Soc Sci Med 1998; 47(3): 395-403.

30. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. Prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery 1999; 15: 40-6.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

31. Ogers C. The Actualizing Tendency in Relation To Motives and to Corscioushess. In MR Jones, editor. Nebraska Symposium on motivation. Lincoln NE: university of Nebraska Press. 1963.
32. Kelly B, Sandall J, Fitzgerald L, Harvey J. Delivering maternity care : dose control in childbirth matter to women. London: King’s College. 1993.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]