

تجارب زایمانی زنان اول زنا: یک مطالعه پدیدار شناسی

رقیه بایرامی: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران: نویسنده رابط
Email: rozabayrami@yahoo.com

لیلا ولی زاده: گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
فرزانه ظاهری: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سنندج، سنندج، ایران

دریافت: ۱۴/۱۰/۸۸، پذیرش: ۸/۸/۸۹

چکیده

زمینه و اهداف: تجربه زایمانی یکی از مهمترین تجربه ها در طول زندگی زنان است. کیفیت این تجارب سلامت مادر و نوزاد را تحت تاثیر قرار می دهد و بر روابط مادر با کودک و همچنین همسر موثر است. هدف از این پژوهش، بررسی کیفی تجارب زنان اول زنا از زایمان است.

مواد و روش ها: این پژوهش با استفاده از مصاحبه های باز و عمیق همراه با گمانه زنی کلامی و غیر کلامی و نمونه گیری مبتنی بر هدف انجام گرفته است. داوطلبان دیدگاه های خود را پیرامون تجارب زایمانی در روز بعد از زایمان به بحث گذاشتند، مکالمات ضبط و سپس دست نویس شد و با استفاده از روش کولیزی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: طی این پژوهش ۵ درو نمایه اصلی که هر کدام حاوی درونمایه های فرعی متعددی می باشند، استخراج گردید. درونمایه های اصلی عبارتند از: تغییرات جسمی، تغییرات روانی، حمایت ماما، کنار آمدن، تغییر دیدگاه و رفتار.

نتیجه گیری: اساس مراقبتهای مامایی تحت تاثیر تجارب مادران از زایمان قرار می گیرد. نتایج پژوهش حاضر می تواند ماماها را در ارتقاء کیفیت خدمات پره ناتال و کسب تجربه مثبت مادران از زایمان کمک نماید.

کلید واژه ها: زن اول زنا، زایمان، حمایت، ماما، تجربیات زیستی، پژوهش کیفی

مقدمه

افسردگی بعد از زایمان و اختلال اضطراب تروماتیک در مادر، مشکل ارتباطی و دل بستگی به نوزاد می شود (۴) که در نهایت اثرات روانی منفی و طولانی مدت بر سلامت مادر و خانواده دارد (۵). تجارب منفی از زایمان می تواند دیدگاه مادر را نسبت به برنامه ریزی های بعدی برای بارداری و انتخاب روش زایمانی تحت تاثیر قرار دهد (۶). طبیعی است در صورتی که فرد از انجام زایمان طبیعی رضایت نداشته باشد، این تجربه به بقیه منتقل می شود و می تواند عده بسیاری را به زایمان طبیعی بدبین کند. بر عکس بیان تجربه مثبت از زایمان در بحث و گفتگوی افراد

زایمان یکی از مهمترین بحرانها در زندگی زنان عنوان شده است که در آن دخالت استرسهای روانی، هیجانی و فیزیکی امری اجتناب ناپذیر است و به عنوان واقعه ای که دارای ابعاد روانی، اجتماعی- احساسی عمیق است برای همیشه در ذهن مادر مانده و وقایع ناخوشایند از زایمان می تواند آثار روانی بدی بر جای بگذارد (۱). تجارب مثبت از زایمان فواید طولانی مدت و دیرپایی (۲) از طریق ایجاد ارتباط مثبت با نوزاد و نگرش مثبت نسبت به وظایف مادری دارد که عزت نفس را در مادر ارتقاء می دهد (۳). از طرف دیگر تجارب منفی از پدیده زایمان باعث بروز اضطراب،

اتاقهای بخش زایمان و به صورت سئوالات باز و به مدت حداکثر ۶۰-۴۵ دقیقه انجام داد. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه عمیق و نیمه سازمان یافته همراه با گمانه زنی کلامی و غیر کلامی (گمانه زنی کلامی شامل طرح سئوالات متعدد، پرداختن به جزئیات آن سئوالات و بازگو کردن مجدد یک واقعه و گمانه زنی غیر کلامی استفاده از حرکات اندامهای بدن برای تایید گفته ها مانند تکان دادن سر...) استفاده شد. ابتدا ده مورد مصاحبه مقدماتی انجام شد. سپس مصاحبه های اصلی شروع شد. نمونه گیری از تاریخ ۱/۶/۸۶ شروع و تا زمان دسترسی به اشباع اطلاعات (۲۰ شرکت کننده) ادامه یافت (۸۶/۷/۳۰).

مصاحبه ها بر روی نوار کاست ضبط گردید و سپس مطالب ضبط شده به دقت شنیده و بر روی کاغذ پیاده شد. از روش ۷ مرحله ای کولیزی برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. جهت اعتماد پذیر نمودن داده ها، محقق پس از انجام هر مصاحبه اقدام به کدگذاری و تجزیه و تحلیل آن کرده و در صورت نیاز، مجدداً به نمونه ها برگشته و در صورتی که داده جدیدی از واحدهای پژوهش به دست می آمد در توصیف نهایی آن را منظور کرده و پس از اعتماد پذیر کردن داده ها، مصاحبه بعدی انجام می شد. به منظور اعتبار پذیری داده ها از نظارت فرد دارای تجربه تحقیق کیفی در کلیه مراحل پژوهش استفاده شد. همچنین از فرد خارج از تحقیق و دارای تجربه تحقیق کیفی، جهت تأیید کدها و طبقات استخراج شده از نقل قولها بهره گرفته شد.

یافته ها

در این پژوهش میانگین سنی زنان شرکت کننده ۲۵ سال و سطح تحصیلات اکثریت آنها دیپلم بود. سه نفر (۱۵٪) از شرکت کننده ها شاغل و بقیه خانه دار بودند. پس از تحلیل تجربیات مشارکت کنندگان ۵ درون مایه یا تم اصلی با چندین درونمایه فرعی یا sub theme استخراج شد که به شرح زیر می باشند:

درونمایه اصلی ۱: تغییرات روانی

درون مایه فرعی ۱: ترس (درد زایمان، آسیب به جنین، آسیب به خود، مرگ و ترس از محیط)

درونمایه اصلی ۲: تغییرات جسمی

درونمایه فرعی ۱: درد

درد از جمله شکایاتی بود که توسط همه زنان شرکت کننده مطرح شده بود.

درونمایه اصلی ۳: حمایت ماما

درون مایه فرعی ۱: حمایت جسمانی ماما (مراقبت ماما، رسیدگی ماما)

درون مایه فرعی ۲: حمایت روانی ماما (اطلاع رسانی، دلداری دادن ماما، ارتباط باماما)

درونمایه اصلی ۴ (کنار آمدن)

درونمایه فرعی ۱: سازگاری سایکولوژیک با درد (نذر ودعا، تجسم، انحراف فکر)

خانواده، دوستان و مراقبین بهداشتی - درمانی در اشاعه زایمان طبیعی موثر است. آمارهای موجود نشان می دهد در چند دهه اخیر میزان سزارین در اکثر نقاط دنیا رشد فزاینده ای یافته است. در حالی که در اروپا، زایمان با روش سزارین ۱۰ تا ۳۰ درصد زایمانها را شامل می شود، این وضعیت در ایران، افزایش و رشد قابل توجهی نسبت به زایمان طبیعی دارد طوریکه در سال ۱۳۸۱ (۳۶٪) زایمانها به روش سزارین انجام شده است (۷). این در حالی است که با افزایش میزان سزارین بهبودی در وضعیت سلامت مادران و نوزادان گزارش نشده است.

توصیف بهتر از زایمان طبیعی و تجربه مثبت از آن، می تواند ماماها و کارکنان بهداشتی - درمانی را در فراهم سازی بهترین مراقبتهای پره ناتال، یاری کند (۸). با توجه به مطالب فوق الذکر و نظر به ناکافی بودن مطالعات مرتبط بخصوص در زمینه درک معانی تجارب افراد در زمینه زایمان طبیعی در ایران و با استناد به این که در حال حاضر بارداری سالم و انجام زایمان با حداقل مداخله و به صورت فیزیولوژیک و مراقبت و حمایت مادر در همه ابعاد جسمانی، روانی و همچنین کاهش میزان سزارین تا حد رقم مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت یعنی حدود ۱۵-۱۰ درصد، جزء اهداف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۹) و سازمان های بین المللی است، این مطالعه کیفی، با هدف تعیین تجارب زایمانی زنان اول زا از زایمان طبیعی انجام شده است. نتایج این مطالعه می تواند در آموزش بهتر زنان در زمینه انتظارات آنها از زایمان طبیعی، ارتقاء اطلاعات ماماها و مراقبین زایمانی در جهت ارائه مراقبتهای بارداری و زایمان به نحو احسن در ابعاد جسمانی - روانی مادران باردار، کمک به مسولین در جهت حذف فاکتورهای موثر در درک تجارب منفی مادران مورد استفاده قرار گیرد. در کل نتایج این پژوهش می تواند در ترویج زایمان طبیعی و کاهش میزان زایمان به روش سزارین انتخابی موثر باشد.

مواد و روشها

این مطالعه کیفی بوده و به روش پدیدارشناسی توصیفی و با هدف توصیف تجارب مادران اول زا از زایمان طبیعی انجام شده است. اطلاعات دهندگان، زنان اول زا که در زایشگاه شهرستان خوی پس از طی حاملگی ترم، یک زایمان مهلبلی طبیعی و بی عارضه داشته و بدون استفاده از فورسپس، واکيوم و القا یا تقویت درد زایمانی با سنتوسینون، یک نوزاد زنده و سالم به دنیا آورده بودند و به شرکت در این پژوهش علاقمند بوده و توانایی یادآوری و توصیف تجاربشان از زایمان را داشتند را شامل شد که یک روز پس از زایمان به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند، پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان هدف این طرح و جلب اطمینان و اعتماد شرکت کنندگان در محرمانه بودن مصاحبه و آزاد بودن برای خروج از مطالعه در هر زمان و رعایت مسائل اخلاقی، مصاحبه را در محیطی آرام و خصوصی در یکی از

اضطراب از محیط ناآشنا مفید خواهد بود (۱۵). در پژوهش حاضر تعدادی از مادران شرکت کننده به خستگی زیاد و بیخوابی در پروسه زایمان اشاره کرده بودند. نتایج مطالعه hall در سال ۲۰۰۹ نیز نشان داده که ۲۰/۶ درصد زنان بردار در اواخر بارداری بیخوابی را تجربه می کنند. وی نشان داد که ترس از زایمان با اضطراب، بیخوابی و خستگی ارتباط مثبت داشت (۱۶). در مطالعه Waldenström که بطور مقطعی بر روی ۲۹۵ زانو در یک روز پس از زایمان انجام گرفت، زنان معمولاً درد و اضطراب زیادی را تجربه کرده بودند و اکثر آنها در قسمتی از پروسه زایمان دچار ترس و اضطراب ناگهانی شده بودند (۱۷). در مطالعه حاضر نیز واحدهای مورد پژوهش نگرانی و اضطراب در طول پروسه زایمانی خود را تجربه کرده بودند. عوامل استرس زای محیطی از جمله جیغ و فریاد ناشی از درد زنان در طی لیبر باعث تلقین ترس در سایر زنان می شود که نتیجه پژوهش حاضر با نتایج مطالعه نگاهبان همخوانی دارد (۱۰).

تغییرات جسمی

درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان در طی زندگی خود تجربه می کنند و تحولی است که می تواند روی تمامی ابعاد زندگی مادر باردار و سایر اعضای خانواده او تأثیر بگذارد بطوریکه درد شدید زایمان باعث آشفتگی مادر شده سلامت روانی او را مختل و بر روابط او با فرزند و همسرش تأثیر منفی می گذارد و در عین حال این درد می تواند موجب نگرانی، ترس و اضطراب او نسبت به حاملگی بعدی شود (۱۸). در مطالعه Lundgren در سال ۱۹۹۸ درد غیر قابل توصیف زایمان از درون مایه های اصلی توصیف زنان از تجربه زایمانی بود (۱۹).

حمایت

اکثریت واحدهای مورد پژوهش تجربه مثبت خود را از زایمان بصورت حمایتی جسمانی و روانی توسط ماما در قالب مراقبتهای مامایی و اطلاع رسانی و برقراری ارتباط بیان کرده بودند. مطالعه کیفی Gibbins در سال ۲۰۰۱ تحت عنوان «انتظارات و تجارب زنان از زایمان» مفهوم اصلی این پژوهش «تحت کنترل بودن» بود که حمایتی ماما در طول مراقبتهای بارداری و زایمان و دادن اطلاعات به مادر در طول بارداری و زایمان توسط ماما از اجزای آن بودند (۲۰). در مطالعه Melender با عنوان «چه چیزی اساس زایمان خوب را تشکیل می دهد؟» که به روش کیفی در سال ۲۰۰۶ انجام داد، زنان انتظارات خود را از زایمان خوب، با پنج موضوع جو آرام و به دور از عصبانیت، عادی بودن، معقول بودن طول مدت زایمان، امنیت و تحت کنترل بودن بیان کردند. از نظر زنان، سه موضوع مهم و اصلی برای ایفای نقش کارکنان، خصوصیات فردی، نگرش آنها نسبت به زنان در حال زایمان و رفتار مراقبتی آنها بود (۲۱). پرایس (۲۰۰۷) در مطالعه خود نشان داد که اکثر زنان نیاز خود را به حمایت و ارتباط با ماما اعلام کرده بودند (۲۲).

درون مایه فرعی ۲: سازگاری فیزیولوژیک با درد (راه رفتن، خوابیدن به پهلو، مالش دادن، تنفس از راه بینی، دوش گرفتن)

درونمایه اصلی ۵: تغییر دیدگاه و رفتار

آنچه از شرح گفته ها و نوشته ها بدست آمد نارضایتی از زایمان در برخی از زنان وجود داشت که این درون مایه اصلی به دو درون مایه فرعی تقسیم شد.

درون مایه فرعی ۱: نارضایتی از مراقبین زایمانی (خشونت توسط ماما، گله مندی، عدم رعایت حریم شخصی)

درون مایه فرعی ۲: نارضایتی از محیط

درون مایه فرعی ۳: پشیمانی

مثالهایی از نقل قولهای مشارکت کنندگان، کد و طبقات و درون مایه ها در جدول (۱) نشان داده شده است.

بحث

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تجربیات ۲۰ مادر شرکت کننده در پژوهش از زایمان طبیعی، در قالب ۵ درون مایه اصلی بصورت ذیل طبقه بندی شد: تغییرات روانی، تغییرات جسمی، حمایت ماما، کنار آمدن، تغییر دیدگاه و رفتار

تغییرات روانی

در مطالعه حاضر اکثر آزمودنیها به درجاتی از زایمان ترس داشتند که این یافته با نتایج مطالعه نگاهبان و همکاران مطابقت دارد (۱۰). لایل ترس از زایمان در جوامع مختلف از جنبه های مختلفی بیان شده است. ترس از زایمان در زنان شکم اول بیشتر از زنان چند زاست (۱۱). در مطالعه Nilson نیز در سال ۲۰۰۷ تحت عنوان «تجارب زنده زنان از ترس از زایمان» theme اصلی از تجارب زنان را احساس تهایی و از اجزای تشکیل دهنده این theme احساس ترس از خطرات تهدید کننده بود. (۱۲) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اکثر زنان شرکت کننده ترس از آسیب رسیدن به جنین و خود مادر را دلیل اصلی ترس از زایمان ذکر کرده بودند که با نتایج مطالعه نگاهبان و Szeverenyi همخوانی دارد (۱۰ و ۱۳). در مطالعه ای به منظور تحلیل محتوای ترس ناشی از زایمان در بین ۲۱۶ زوج دریافت که در بیش از ۸۰٪ موارد عامل ترس زنان مربوط به داشتن نوزاد معیوب یا احتمال صدمه به نوزاد، درد شدید، احتمال زایمان با عمل جراحی، تنها بودن در یک محیط غریب و اجرای غلط بعضی اقدامات بوده است (۱۳). در بررسی Lee و همکاران نیز زنان باردار بیشترین عامل ترس خود از زایمان را ترس از درد شدید ناشی از زایمان و خطرات مادری و جنینی بیان کردند (۱۴).

اکثر شرکت کنندگان در پژوهش، ناآشنایی و تازگی محیط زایمان را دلیل ترس و اضطراب خود ذکر کرده بودند. در صورتیکه اگر زنان بطور مرتب در برنامه های آموزشی شرکت نموده از محیط زایمان بازدید کرده و در جریان کلیه برنامه های احتمالی روند تولد نوزاد خود قرار گیرند در کاهش ترس و

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل تجربیات شرکت کنندگان در پژوهش بر اساس نقل قول، کدبندی، طبقات و درون مایه اصلی

درون مایه اصلی یا تم	طبقه	کد	نقل قول
تغییرات روانی	ترس	ترس از مرگ، آسیب به جنین، آسیب به خود، ترس از محیط	<p>- از همان اول از زایمان می ترسیدم</p> <p>- می ترسیدم نکند سر بچه در کانال زایمانی تحت فشار قرار بگیرد و بچه عقب مانده ذهنی شود.</p> <p>- می ترسیدم بمیرم.</p> <p>- می ترسیدم وقتی رحم سفت می شد بچه خفه بشه.</p> <p>- فکر می کردم در اتاق زایمان زندانی شده بودم.</p>
تغییرات روانی	تلقین	تاثیر محیط بر ترس	- جیغ و فریاد سایر زنان ترس و درد را به من تلقین می کرد.
تغییرات جسمی	درد	تاثیر محیط بر درد	- درد زایمان خیلی شدید بود می توان گفت ده برابر درد زمان پریود.
حمایت	حمایت جسمانی ماما	مراقبت ماما، رسیدگی ماما	<p>ماما مرتب به اتاق ما سر می زد و می گفت هر وقت مشکلی پیش آمد به من بگو.</p> <p>ماما قلب بچه را گوش می داد. سرم می زد...</p> <p>- به خدمات می گفت که ملافه ام را عوض کنند...</p>
حمایت	حمایت روانی ماما	اطلاع رسانی ماما، دلداری ماما، ارتباط ماما	<p>- وقتی با دستگاه به قلب بچه گوش می داد می گفت که بچه سالم است.</p> <p>- ماما بعد از هر بار معاینه می گفت دهانه رحم چقدر باز شده است.</p> <p>- هروقت برای معاینه راضی نمی شدم ماما می گفت دفعه آخره، بیخشید، کم مانده زایمان کنی</p> <p>- ماما می گفت می دانم چقدر درد می کشی ولی باید تحمل کنی.</p> <p>- ارتباط خوب ماما باعث می شد که احساس آرامش کنم</p> <p>- به ماما اعتماد داشتم فکر می کردم ماما خواهرمه.....</p>
کنار آمدن	سازگاری ساکولوژیک با درد	نذر و دعا، تجسم، انحراف فکر	<p>برای اینکه سالم زایمان کنم و بچه ام سالم دنیا بیاد دعا می کردم . به خدا ، پیغمبر و امامان التماس می کردم ..</p> <p>- برای اینکه سالم از بیمارستان بیرون برم نذر کرده بودم .</p> <p>- چون اسم پسر را مهدی انتخاب کرده بودم به امام زمان متوسل شدم.</p> <p>- هرگاه تجسم می کردم که زایمان کرده ام و بچه ام را در بغل گرفته ام دردم تا حدودی تسکین پیدا می کرد و درد ها برایم قابل تحمل تر می شد.</p> <p>- وقتی که ماما به محل زایمان بخیه می زد با من صحبت می کرد درد را نمی فهمیدم</p> <p>- با گوش دادن به صدای قلب بچه که از دستگاه بخش می شد درد را فراموش می کردم.</p>
کنار آمدن	سازگاری فیزیولوژیک با درد	خوابیدن به پهلو، راه رفتن، دوش گرفتن، مالش دادن	<p>- دوست داشتم راه بروم چون با راه رفتن دردم کمتر می شد.</p> <p>- وقتی به پهلو می خوابیدم دردم کم می شد.</p> <p>- دوست داشتم فقط بنشینم و از کمر به پایین را با دستم مالش دهم چون در این حالت دردم کم می شد.</p> <p>- وقتی در منزل دردم شروع شد به حمام رفته و دوش گرفتم. زیر دوش احساس بسیار خوشایندی داشتم و دردم کمتر شد. فکر می کنم به خاطر همین دوش گرفتن من بود که زایمانم راحت و سریع انجام گرفت.</p> <p>- به دور از چشم ماماها تند تند به دستشویی میرفتم و شلنگ آب نسبتاً گرم را از شکم به پایین می گرفتم و کلی دردم کم می شد.</p>
تغییر دیدگاه و رفتار	نارضایتی از مراقبین زایمانی	خشونت، گله مندی، عدم رعایت حریم شخصی	<p>از گرسنگی می مردم . ماماها اصلاً انصاف نداشتند حتی اجازه نمیدادند چیزی بخوریم یا بنوشیم.</p> <p>- یکی از ماماها خیلی بد اخلاق بود هر وقت چیزی می پرسیدم یا جواب نمی داد یا عصبانی می شد.</p> <p>- اصلاً به حال ما توجهی نمی شد. جلوی چشمان بقیه معاینه می شدیم.</p> <p>- دوست داشتم موقع درد دست ماما را در دستم بگیرم ولی او اجازه نمی داد در کل زایمان تجربه خوبی برایم بود اگر ماماها با من ارتباط خوبی داشتند</p>
تغییر دیدگاه و رفتار	نارضایتی از محیط	زندان بودن اتاق زایمان، بد رنگ بودن درو دیوار، خراب بودن تخت	<p>- خوابیدن روی تخت زایمان خیلی سخت بود.</p> <p>- پایه های تخت خراب بود الان هم پایه درد می کند.</p> <p>- اتاق زایمان مثل زندان بود .</p>
تغییر دیدگاه و رفتار	پشیمانی	تغییر نظر، تغییر تصمیم	<p>- آخرین بار است که مرا اینجا می بینید . اولین و آخرین بارم است که بچه دار شوم.</p> <p>- بعد از این زایمان طبیعی نمی کنم دفعه بعد سزارین خواهم شد.</p>

کنار آمدن

اکثریت واحدهای مورد پژوهش در تجربه خود از زایمان به نحوه کنار آمدن با درد زایمان بصورت سازگاری سایکولوژیک و فیزیولوژیک با درد اشاره کرده بودند.

با توجه به وجود مذهب و اعتقادات اسلامی در کشور تمام شرکت کنندگان به اثر تسکین دهنده و آرام سازی دعا و نذر اذعان کرده بودند. چنانچه اکثریت زنان شرکت کننده در پژوهش ذکر کرده بودند با تجسم و انحراف تا حدودی درد کمتری احساس می کردند. فکر تجسم هدایت شده در سالهای اخیر برای کنترل درد مورد استفاده قرار گرفته است، تجسم نمایش ذهنی حقایق یا تخیلات است و ممکن است از تمام پنج حس برای خلق آن استفاده شود. تجسم راه موثری برای کمک به افراد در رهایی از درد است (۲۳).

مطالعات نشان داده اند وضعیت قائم و حرکت کردن مادر در مرحله اول لیبر تاثیر سوئی بر مادر و جنین نداشته و بر طول مدت مرحله اول زایمان بی تاثیر است (۲۴). وضعیت مادر طی مراحل لیبر، به عنوان یکی از روشهای فیزیولوژیک کاهش درد زایمان مطرح شده است. به نظر برخی محققان، نه تنها عملکرد رحمی در زنانی که ایستاده اند، بهتر از کسانی است که خوابیده اند، بلکه در این وضعیت، مادران درد کمتری را احساس می کنند همچنین مادران در وضعیت نشسته، طول زایمان کوتاهتر و درد کمتری نسبت به وضعیت خوابیده دارند (۲۵). نتایج تحقیقی که در یازده بیمارستان از هفت کشور انجام شد نیز نشان داد، مادرانی که در طی مراحل زایمانی، در وضعیت قائم قرار گرفته بودند، نسبت به دیگران طول زایمان کوتاهتر و شدت درد کمتری داشتند (۲۵) مطالعه دیگری نشان داده که وضعیت مادر در مرحله اول زایمان تاثیری بر شدت درد ندارد (۲۶). به طور کلی نتایج متناقضی در زمینه وضعیت قرار گیری مادر در لیبر بر کاهش درد زایمان گزارش شده است و نباید زانو را از داشتن وضعیتی که احساس راحتی می کند منع کرد.

تغییر دیدگاه و رفتار

در پژوهش حاضر برخی از واحدهای مورد پژوهش تجربه منفی خود را از زایمان طبیعی در قالب ناراضیاتی از مراقبین زایمانی بدلیل خشونت و عدم رعایت حقوق بیمار بیان کردند که نتایج پژوهش حاضر در این مورد با نتایج مطالعه دولتیان همخوانی دارد (۲۷). در مطالعه کیفی موزینگو (۲۰۰۳) زنان باردار اظهار کرده بودند که از جانب مراقبین بهداشتی مورد خشونت قرار گرفته اند (۲۸). در مطالعه بایرامی و همکاران نیز در ۲۵٪ موارد حفظ حریم و خلوت بیمار از جانب ماماها رعایت نمی شد (۲۹).

تجارب منفی از زایمان می تواند دیدگاه مادر را نسبت به برنامه ریزیهای بعدی برای بارداری و انتخاب روش زایمانی تحت تاثیر قرار دهد (۶) در مطالعه فعلی اکثر شرکت کنندگان از زایمان طبیعی احساس پشیمانی کرده بودند. مشابه مطالعه فعلی در مطالعه ریزک (۲۰۰۱) نیز ۳۱٪ از زنان از زایمان احساس پشیمانی، اندوه و گناه کرده بودند (۳۰).

نتیجه گیری

آنچه از مطالعه حاضر درک می شود این است که تجارب مادران از زایمان طبیعی تحت تاثیر آگاهی و همچنین مراقبتها و حمایت ماماها قرار می گیرد. با توجه به تاثیر این تجارب بر سلامت مادر، کودک و خانواده اهمیت آموزش و آمادگی مادران در دوران بارداری و قبل از زایمان و ارتقاء مهارتهای ماماها در حمایت مادران در طول لیبر پررنگتر می شود.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می باشد که از کلیه مسؤولین و دست اندرکاران علمی و اجرایی که در به ثمر رسیدن این تحقیق ما را یاری کردند نهایت تشکر را می نمایم. همچنین از زحمات کلیه مادرانی که در این پژوهش با ما همکاری کردند قدردانی می کنیم.

References

- Omidvar A, Ja'farnejad F, compared the quality of psychiatric care during delivery from the viewpoint of physical primi and multiparous women. *Nurse - Midwifery Mashhad J* 2004, **5**(15-16): 73-78. (Persian).
- Beech BL, Phipps B. Normal birth: women's stories. Churchill Livingstone, London, 2004; PP: 59-83.
- Josephine M, Green BA, Vanessa A, Coupland BA, Jenny V, Kitzinger BA. Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* 1990; **17**(1): 15-24.
- Allen S. A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth, *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1998; **16**: 107-131.
- Crompton J. Posttraumatic stress disorder and childbirth. *Childbirth Educators New Zealand Education Effects. Summer* 2003; **8**: 25-31.
- Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample, *Birth* 2004; **31**(1): 17-27.

7. Khani S, Frequency of indications of cesarean section in Mazandaran province in 1381-82. *Shakiba J* 2005; **4**(6&7): 21-26. (Persian).
8. Hardin AM, Buckner EB. Characteristics of a Positive Experience for Women Who Have Unmedicated Childbirth, *J Perinat Educ* 2004; **13**(4): 10-16.
9. World health organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985, **45**: 436-437.
10. Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean. *Hayat* 2008; **14**(3-4): 51-73. (Persian).
11. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; **80**(4): 315-320.
12. Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 2009; **25**(2): 1-9.
13. Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosomatic Obstetric Gynaecol* 1998; **19**(1): 38-43.
14. Lee LY, Holroyd E, Ng CY. Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective caesarean surgery. *Midwifery* 2001; **17**(4): 314-322.
15. Anonymous. ACOG committee on ethics maternal decision making, ethics and the law. *Obstet Gynecol* 2005; **106**(5): 1127-1137.
16. Margaret A, Marita P, Cabe Mc. Psychological Factors and the Sexuality of Pregnant and Postpartum Women (Statistical Data Included). *J of Sex Research* 2005; **39**(2): 94-103.
17. Waldenström U, Borg IM, Olsson B, Sköld M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 1996; **23**(3): 144-153.
18. Wall D, Melzack R. Text book of pain. 3rd ed. Philadelphia, Mc graw H.CO, 1999; PP: 11.
19. Lundgren I, Dahlberg K. Women's experience of pain during childbirth. *Midwifery* 1998; **14**(2): 105-110.
20. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 2001; **17**(4): 302-313.
21. Melender HL. What constitutes a good childbirth? A qualitative study of pregnant Finnish women. *J Midwifery Womens Health* 2006; **51**(5): 331-339.
22. Price S, Noseworthy J, Thornton J. Women's experience with social presence during childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; **32**(3): 184-191.
23. Kamali fard M, Allah verdizade SH. *Nonpharmacological Methods for relieving labor Pain*. Tehran, Golban Pub, 2008; PP: 42. (Persian).
24. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reprod Health* 2006; **30**(3): 10.
25. Gohrnejad K. Effect of maternal upright and lying status in the first stage of labor pain. (Midwifery ms thesis of midwifery). *Medical Sciences of Mashhad*, 1376. (Persian).
26. Shamaeian Razavi N, Bahri Binabaj N, Hoseiny Shahid L, PourHeidari M. The effect of maternal position on labor pain. *Ofog danesh* 2007; **12**(2): 21-26. (Persian).
27. Dolatian M, Saiahi F, Symb M. satisfaction rate of normal vaginal delivery and its relative factors among childbearing women in Mahdiye, Tehren and Shaheed Chamarn Boroujerd 2007; *Pajoohande* 2008; **13**(3): 259-268. (Persian).
28. Mazingo JN, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. "I felt violated": women's experience of childbirth-associated anger MCN. *Am J Matern Child Nurs* 2002; **27**(6): 342-348.
29. Bayrami, R. Pezeshki MZ. Ibrahimi M. Effect of workshops for midwives about patient rights in labor and delivery ward of Fajr hospital of Maku. *Nurse and Midwifery Journal of Urmia* 2008; **5**(3). (Persian).
30. Rizk DE, Nasser M, Thomas L, Ezimokhai M. Women's perceptions and experiences of childbirth in United Arab Emirates. *Perinat Med* 2001; **29**(4): 298-307.