

مقایسه شدت درد زایمان و عوامل موثر بر درک آن در زنان نخست زا و چند زا در زایشگاه های خصوصی و دولتی

سوسن هوشمندی: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: hh4880@yahoo.com

ماهرخ دولتیان: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
مهین کمالی فرد: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
مرتضی قوجازاده: مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۰/۳/۲۵ پذیرش: ۹۰/۴/۳۰

چکیده

زمینه و اهداف: حاملگی و در گستره وسیع تر، روند بارداری و زایمان تأثیر چشمگیری بر سلامت جامعه دارد. در زایمان دخالت استرس های روانی، هیجانی و فیزیکی امری اجتناب ناپذیر است و به عنوان واقعه ای که دارای ابعاد روانی اجتماعی و احساسی عمیق است برای همیشه در ذهن مادر باقی می ماند. درک یک زن از درد زایمان با فاکتورهای بسیاری شامل تأثیرات فرهنگی، اجتماعی، روانی، محیطی و روانشناسی تحت تأثیر قرار می گیرد. چون مطالعه اندکی در زمینه درد زایمان در کشور ما انجام شده است بنابراین بر پژوهشگر الزامی شد تحقیقی در این زمینه انجام دهد.

مواد و روش ها: مطالعه توصیفی-تحلیلی، با استفاده از روش نمونه گیری احتمالی چند مرحله ای و با در نظر گرفتن سهمیه هر طبقه ۱۵۰ نمونه برای هر گروه انتخاب شدند. گردآوری داده ها با چک لیست و درد زایمان با معیار آنالوگ بنیانی (VAS) با مصاحبه سنجیده شد. داده ها با استفاده از روشهای آماری توصیفی و کای دو و رگرسیون لجستیک و تحلیل واریانس دو عامله و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و در این مطالعه مقدار $P < 0.05$ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

یافته ها: در این مطالعه میانگین شدت درد در بیمارستان های دولتی در زنان نخست زا ($7/21 \pm 2/65$) و در چندزا ($8/10 \pm 2/48$) و در بیمارستان های خصوصی در زنان نخست زا ($8/90 \pm 1/09$) و در چندزا ($9/07 \pm 1/13$) بود. نتایج نشان داد که میانگین شدت درد در بیمارستانهای خصوصی بیشتر از دولتی بود ($p > 0/001$). نتایج نشان داد که نوع بیمارستان، عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی و ترس و اضطراب از زایمان عوامل پیش بینی کننده شدت درد بیمارستان به حساب می آیند. ارتباط بین ترس، اضطراب و عوامل محیطی درمانی مراقبتی با درد، در نخست زایمان برخلاف چندزایمان معنی دار نبود و ارتباط بین سطح حمایت با درد در نخست زایمان معنی دار بود. ولی در چند زایمان معنی دار نبود.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که نوع بیمارستان و عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی و ترس و اضطراب از زایمان، شدت درد را افزایش می دهند. لذا مدیران بهداشت درمانی با سازماندهی و استاندارد سازی مراقبت ها در بیمارستانها می توانند به کاهش شدت درد کمک نمایند.

کلید واژه ها: درد زایمان، عامل، درک درد، نخست زا، چندزا، بیمارستانهای دولتی و خصوصی

مقدمه

حاملگی و در گستره وسیع تر، روند بارداری و زایمان تأثیر چشمگیری بر سلامت جامعه دارد (۱). زایمان یکی از مهم ترین بحرانها در زندگی زنان عنوان شده است که در آن دخالت

استرس های روانی، هیجانی و فیزیکی امری اجتناب ناپذیر است و به عنوان واقعه ای که دارای ابعاد روانی اجتماعی و احساسی عمیق است برای همیشه در ذهن مادر باقی می ماند. وقایع ناخوشایند

شهر تبریز ۵۳ درصد بوده است (۱۴). از آنجائی که درد قسمتی از فرآیند طبیعی زایمان می‌باشد، با پی بردن به معنی درد و شناخت عواملی که بر درد زایمان موثرند می‌توان مادران را در طول زایمان برای سازگار شدن با زایمان و درد همراه با آن حمایت نمود و همچنین پایه‌ای را برای هدایت درد زایمان که شامل استفاده از مداخلات دارویی و غیر دارویی گوناگون است فراهم آورد (۱۵). نقش ماما در کمک به مادر مبنی بر اتخاذ یک وضعیت مناسب طی لیبر، بسیار تعیین کننده است می‌تواند طول مدت لیبر و زایمان را کاهش داده و همچنین تاثیر مثبت بر روابط مادر با نوزادش داشته باشد (۱۶). از آنجائیکه طبق اظهار نظر سازمان جهانی بهداشت، ماما در شناسایی این مشکلات و پاسخ به نیازهای مادر نقش کلیدی را ایفا می‌کند (۱۷). لذا تصمیم گرفتیم بر مطالعه‌ای با عنوان "مقایسه درد زایمان و عوامل موثر بر درک آن در زنان نخست زا و چند زا در بیمارستانهای سطح تبریز" بپردازیم و با پی بردن به معنی درد و شناخت عواملی که بر درد زایمان موثرند می‌توان مادران را در طول زایمان برای سازگار شدن با زایمان و درد همراه نمود و همچنین پایه‌ای را برای هدایت درد زایمان که شامل مداخلات دارویی و غیر دارویی گوناگون است فراهم آورد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد. با توجه به اینکه در سطح شهر تبریز زایشگاه‌های دولتی و خصوصی متعددی وجود دارد. پژوهشگر با استفاده از روش نمونه‌گیری احتمالی چند مرحله‌ای اقدام به نمونه‌گیری کرد. با در نظر گرفتن سهمیه هر طبقه بصورت تصادفی تعدادی از زایشگاه‌های دولتی و خصوصی انتخاب و پس از کسب اجازه از مسئولین بیمارستان ها ۳۰۰ نمونه (۱۵۰ نمونه برای هر گروه) به صورت تصادفی از آن واحدها انتخاب شدند. پس از جلب رضایت آگاهانه و برقراری ارتباط مناسب با مادران واجد شرایط، با آنان مصاحبه انجام گرفت. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری در طی ۲۴ ساعت بستری مادر در اتاق پست پارتوم انجام یافت. زمانی مصاحبه انجام شد که حال عمومی مادر خوب و قادر به پاسخگویی به سوالات بود. جهت تعیین حجم نمونه از نتایج یک مطالعه پایلوت استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه چک لیست و پرسشنامه و خط کش درد بود. پرسشنامه در چهار بخش عوامل دموگرافیک و مامایی - عوامل روانی - عوامل حمایتی - عوامل محیطی تهیه شد. پرسشنامه دموگرافیک و مامایی: پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴۰ سوال، که ۸ سوال مربوط به دموگرافیک و ۳۲ سوال مامایی بود (سن، سطح تحصیلات، شغل، محل تولد، تعداد زایمان، سن حاملگی، وزن نوزاد، نوع تجربه از حاملگی، معاینات مهبل، نوع پارگی کیسه آب، زمان پارگی کیسه آب تا زایمان...) که از طریق مصاحبه برخی از پرونده‌ها تکمیل شد. پرسشنامه روانی: پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو بخش ترس و اضطراب از زایمان می‌باشد که پرسشنامه ترس و اضطراب از زایمان دارای ۱۵ سوال پنج گزینه‌ای

زایمان می‌تواند آثار روانی نامطلوبی بر روی بیمار باقی گذارد (۲). طبق نظریه انجمن بین المللی مطالعات (IASP): درد عبارت از احساس ناخوشایند و ابراز هیجان به علت آسیب واقعی و یا نسبی نسوج می‌باشد. طبق این تعریف درد حاکی از تجربه است نه یک احساس و باید گزارش شخصی بیمار قابل قبول باشد (۳). تعریف درد از دیدگاه ملزاک اینگونه است: درد یک واکنش ثابت به یک محرک درد زا بوده و درک آن تحت تاثیر تجربیات قبلی، انتظارات و حتی فرهنگ قرار دارد، که دارای عملکردی حمایتی بوده و ما را از وجود یک روند بیولوژیکی خطرناک در بدن باخبر می‌سازد. انسان از دیرباز با پدیده درد خود را همراه می‌دیده و درصدد یافتن شیوه‌های تسکین و تخفیف آن بوده است (۴).

به نظر می‌رسد از نظر شدت درد زایمان و عوامل موثر بر آن در بین زنان نخست زا و چند زا تفاوتی وجود داشته باشد (۵). تحقیقات نشان می‌دهند که حدود ۶۰٪ زنان نخست زا و ۴۰٪ زنان چند زا از درد شدید و غیر قابل تحمل در حین زایمان رنج می‌برند و حتی بعد از دریافت داروهای ضد درد لیبر، دردشان کاهش پیدا نمی‌کند (۶). نیون (۱۹۸۴) و ملزاک (۱۹۸۱) در تحقیقات خود نشان دادند که نخست زاها در مقایسه با چندزاها از درد شدید زایمان رنج می‌برند. این در حالی است که هیپادوا و دکاتانزار و (۱۹۹۲) نشان دادند که از نظر درد زایمان بین زنان نخست زا و چند زا تفاوتی وجود ندارد و در هر دو گروه درد زایمان شدید است (۷). درک یک زن از درد زایمان با فاکتورهای بسیاری شامل تأثیرات فرهنگی، اجتماعی، روانی، محیطی و روانشناسی تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۸). همچنین طبق تحقیقاتی در سال (۱۹۹۶، ۲۰۰۱) اضطراب مادر، ترس از درد زایمان و 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 همراه با آن، عدم احساس آمادگی برای زایمان و اعتماد و اطمینان مادر به پرسنل بخش زایمان به عنوان عوامل تاثیرگذار بر درد زایمان شناخته شدند (۹-۱۰). در این میان یکی از عوامل روانی مهم تاثیرگذار بر درد زایمان، ترس از زایمان است. آرسکوگ Areskog 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 آوردن تجربه منفی در مادر نسبت به زایمانش می‌باشد (۱۱). مداخلات درمانی، حمایتی و ضعیف و نامناسب پرسنل بیمارستان از مادر طی لیبر و زایمان و عوامل محیطی نامناسب با افزایش ترشح در تولید آدرنالین باعث مهار اثر اکسی‌توسین طبیعی در بدن مادر شده، لذا سیر طبیعی زایمان مختل گشته و نیاز به زایمان از طریق سزارین ضرورت می‌یابد (۱۲). از طرفی تجربه درد و احساس ترس ناشی از آن یکی از دلایل عمده امتناع زنان از انجام زایمان طبیعی است و آنها برای فرار از درد، سزارین را انتخاب می‌کنند (۱۳). چنانچه بر اساس آمارهای موجود در منابع معتبر در سال ۱۳۷۹ میزان سزارین در

جدول ۱: مربوط به ارتباط نوع بیمارستان، تعداد زایمان (نخست زا و چندزا) و عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی

نوع بیمارستان	دولتی		خصوصی	
	نخست زا	چند زا	نخست زا	چند زا
تعداد زایمان	۱۲۴۹±۷/۸۷	۱۱/۸۱±۸/۱۵	۶/۵۳±۴/۵۲	۲/۲۱±۱/۳۹
عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی				

مربوط به ارتباط نوع بیمارستان، نخست زا، چندزا و عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی، ترس و اضطراب از زایمان، انتظارات از زایمان، حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان با شدت درد

سطح ترس و اضطراب از زایمان نوع بیمارستان	کم <۵۵	متوسط ۵۵-۷۵	شدید >۷۵	جمع
دولتی	۱۰ (۶/۷)	۹۹ (۶۶)	۴۱ (۲۷/۳)	۱۵۰ (۱۰۰)
خصوصی	۳۳ (۲۲)	۱۱۱ (۷۴)	۶ (۴)	۱۵۰ (۱۰۰)
جمع	۴۳ (۲۸/۳)	۲۱۰ (۷۰)	۴۷ (۱۵/۷)	۳۰۰ (۱۰۰)

مربوط به ارتباط نوع بیمارستان، نخست زا، چندزا و عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی، ترس و اضطراب از زایمان و انتظارات از زایمان

متغیرهای پیش بینی کننده	مقدار P	بنا
نوع بیمارستان	>۰/۰۰۱	۰/۳۱
نخست زا، چندزا	۰/۰۷	-۰/۱۳
عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی	>۰/۰۰۱	۰/۳۱
ترس و اضطراب از زایمان	>۰/۰۰۷	۰/۱۴
انتظارات زنان از زایمان	۰/۹۶	-۰/۰
حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان	۰/۹۶	-۰/۰

بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عامله نشان می دهد که میانگین شدت درد در بیمارستانهای خصوصی بیشتر از دولتی بود ($P > 0/001$). همچنین تفاوت تعداد زایمان در ادراک درد زایمان از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0/8$). بطوریکه تعداد زایمان بدون در نظر گرفتن نوع بیمارستان عامل تاثیر گذار بر شدت درد نبود. با در نظر گرفتن نوع بیمارستان و تعداد زایمان تفاوت میانگین در گروههای مورد مطالعه از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد ($P > 0/56$).

پاسخ ها در زمینه عوامل محیطی برای نخست زاهای، در بیشتر موارد هم در خصوصی و هم دولتی مثبت بوده ولی در چندزاهای بیمارستان خصوصی به غیر از موارد محدودیت ملاقات (۶۰٪)، به سایر موارد اصلاً پاسخ مثبت نداده اند در ارتباط با عوامل محیطی در اتاق درد و زایمان اقدامات مراقبتی درمانی چندزاهای بخش خصوصی در موارد کمتری پاسخ مثبت داده بودند.

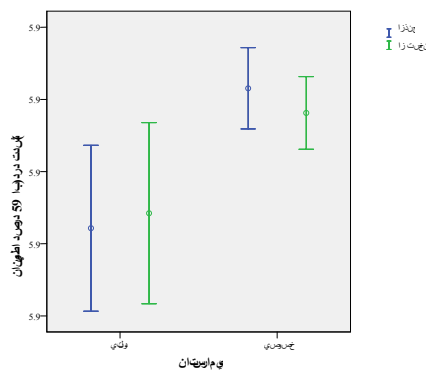
در ارتباط با معاینات مهبل مادران بستری در بیمارستانهای خصوصی کمتر به عدم رعایت حریم شخصی پاسخ مثبت داده بودند (۲۰٪)، به سایر پرسشها در اکثر موارد هم نخست زا و هم چند زای دولتی بیشتر جواب مثبت داده بودند (۵۸/۳٪).

بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عامله نشان می دهد که تفاوت نوع بیمارستان بر عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی از لحاظ آماری معنی دار می باشد ($P > 0/001$) و همچنین تعداد زایمان عامل موثر در عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی معنی دار می باشد ($P > 0/001$) و اثرات تعاملی نوع بیمارستان و تعداد زایمان بر عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی از لحاظ آماری معنی دار نمی باشد ($P = 0/271$). نخست زاهای بیمارستان دولتی در اکثر پرسشها پاسخ زیاد و خیلی زیاد به پرسشهای اضطراب و ترس از زایمان داده اند اکثریت کابوس شبانه نداشته و از تنها ماندن در بیمارستان نمی ترسیدند و در اکثر موارد تصور نمی کرده اند که پزشک، ماما و پرستاران با ایشان رابطه صمیمانه برقرار کند. اکثریت نخست

بود. بخش سوم مربوط به انتظارات زنان از زایمان شامل ۳۶ سوال ۴ گزینه‌ای بود که بر اساس مقیاس لیکرت امتیازدهی از ۱-۴ بود. ۱= کاملاً مخالف، ۲= مخالف، ۳= موافق، ۴= کاملاً موافق. در مورد سوالات منفی امتیازدهی به صورت بالعکس صورت گرفت و هر شرکت کننده امتیازی بین ۱۴۴-۳۶ را دریافت نمود. بخش چهارم مربوط به سوالات حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان است که شامل ۱۸ سوال ۴ گزینه‌ای می باشد که بر اساس مقیاس لیکرت امتیازدهی از ۱-۴ است. ۱= کاملاً مخالف، ۲= مخالف، ۳= موافق، ۴= کاملاً موافق. هر شرکت کننده امتیازی بین ۷۲-۱۸ دریافت نمود. لازم به ذکر است که در این مطالعه، درد زایمان با مقیاس دیداری درد در طی مرحله چهارم زایمان بعد از دادن آموزش های لازم به مادر جهت تمایز درد زایمان با درد پرینه (درد همراه با اپی-زیاتومی و پارگی) و ذکر این مورد که منظور از درد، شدت درد تجربه شده توسط مادر در طی مرحله اول و دوم زایمان بوده، شدت درد با پرسش از مادر تعیین و سپس در فرم مربوطه ثبت گردید. داده‌های بدست آمده از مطالعه بوسیله روشهای آماری توصیفی (فراوانی- درصد و میانگین \pm انحراف معیار) آزمون تفاوت میانگین برای گروههای مستقل و آزمون رابطه مجدور کای جهت مقایسه متغیرهای کیفی و جهت بررسی عوامل موثر بر درک شدت درد زایمان از مدل رگرسیونی و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.16 مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه مقدار $P < 0/05$ از لحاظ آماری معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین شدت درد در بیمارستان های دولتی در زنان نخست‌زا ($8/21 \pm 2/65$) و در چندزا ($8/10 \pm 2/48$) و در بیمارستان های خصوصی در زنان نخست زا ($8/90 \pm 1/09$) و در چندزا ($9/07 \pm 1/13$) بود. بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عامله نشان داد که میانگین شدت درد در بیمارستانهای خصوصی بیشتر از دولتی بود ($P > 0/001$). نتایج مدل رگرسیونی نشان داد عامل نوع بیمارستان، عوامل محیطی، درمانی و مراقبتی و ترس و اضطراب از زایمان عوامل پیش‌بینی کننده شدت درد بیماران به حساب می آید.



نمودار ۱: نمودار Error Bar مربوط به مقایسه شدت درد زایمان برحسب نوع بیمارستان و تعداد زایمان

معنی داری پایین بود و بالاترین سطح تنش‌زایی محیط را زنان چندزای دولتی ذکر کرده بودند.

در ضمن نتایج مدل رگرسیونی نشان داد که عوامل محیطی و درمانی و مراقبتی از عوامل پیش بینی کننده شدت درد زایمان به حساب می‌آید. نتایج حاضر با مطالعات کمالی فرد (۲۰۰۷) همچنین مطالعه ملزاک (۱۹۹۱)، لوگینا (۲۰۰۴) با مطالعه حاضر هم خوانی دارد (۲۱-۲۳). عموماً عوامل محیطی با تاثیر در افزایش ترشح اکسی توسین می‌توانند در شدت درد زایمان و درک آن تاثیر داشته باشند. مطالعه ای که مغایر با نتایج حاضر داشته باشد یافت نشد. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که سطح ترس و اضطراب از زایمان در دو نوع بیمارستان از نظر آماری متفاوت بود به طوریکه سطح ترس و اضطراب در بیمارستان دولتی بیشتر از خصوصی بوده است و همچنین بین تعداد زایمان و نوع بیمارستان با سطح ترس و اضطراب رابطه معنی‌داری وجود داشت و با وجودی که نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عامله نشان داده بود تعداد زایمان عامل موثر بر ترس و اضطراب نمی‌باشد ولی اثرات تعاملی نوع بیمارستان در ترس و اضطراب از لحاظ آماری معنی‌دار بوده و نتایج مدل رگرسیون نشان داد ترس و اضطراب از عوامل پیشگویی کننده درد زایمان می‌باشد.

در مطالعه کمالی فرد (۲۰۰۷) در نخست زا بین ترس و اضطراب از زایمان و درد رابطه معنی‌دار وجود نداشت و در چند زا بین ترس و اضطراب از زایمان و درد رابطه معنی‌داری وجود داشت و با افزایش شدت ترس و اضطراب، درد گزارش شده توسط مادر شدیدتر بوده است. در مطالعات ابوشیخا (۲۰۰۵) در اردن، لانگاریل (۲۰۰۵)، والدنستروم (۱۹۹۶)، دامبرینگ (۱۹۹۷) و سالیستو (۲۰۰۱) بین ترس و اضطراب از زایمان و درد رابطه معنی‌داری وجود داشت که با نتایج تحقیق حاضر هم خوانی دارد (۱۸، ۱۰، ۲۴-۲۶).

در مطالعه حاضر اکثریت نخست زایمان و چندزایمان دولتی و خصوصی همیشه از زایمان ترس داشته‌اند و اکثریت چندزایمان دولتی اصلاً فکر نمی‌کردند که به خوبی از عهده زایمان برآیند، در حالیکه اکثریت چندزایمان خصوصی پاسخ "کمی" به پرسش فوق داده بودند و این نتیجه شاید به خاطر آن باشد که چندزایمان خصوصی تجربه زایمانی در محیطی داشته‌اند که سطح تنش‌زایی پایین‌تری داشته‌است. در مطالعه سالیستو (۲۰۰۱) در فنلاند شایع‌ترین علل ترس، ترس از دست دادن کنترل حین زایمان، آسیب به نوزاد و عدم برقراری رابطه صمیمانه با پزشک و ماما بود که با نتایج این مطالعه هم خوانی دارد. از آنجا که عوامل بسیاری بر شدت درد زایمان در هر دو گروه از زنان در هر دو نوع بیمارستان تاثیر داشت پیشنهاد می‌شود به شناخت عوامل موثر بر درد توجه بیشتری شده و با اصلاح عوامل تاثیر گذار بر درد زایمان اصلاحات لازم در بالین بیمار انجام گردد و با مداخلات مناسب تاثیر عوامل اصلاح شده بر درد زایمان تعیین و مقایسه گردد.

زایمان دولتی (۵۶٪) و نخست زایمان خصوصی (۸۶/۶٪) به پرسش آیا همیشه از زایمان ترس داشتید پاسخ زیاد و خیلی زیاد داده‌اند (۵۴/۷٪) نخست زایمان دولتی و (۵۸/۷٪) نخست زایمان خصوصی اصلاً فکر نمی‌کردند که به خوبی از عهده زایمان برآیند.

چندزایمان دولتی و خصوصی به سوالات مربوط به ترس از زایمان پاسخ‌های زیاد و خیلی زیاد داده‌اند. اکثر مادران کابوس شبانه نداشتند اکثراً از تنها ماندن در بیمارستان نمی‌ترسیدند و اکثریت تصور نداشتند که پزشک، ماما و پرستار با آنها رابطه خوب برقرار نمایند و اکثریت چندزایمان دولتی (۴۹/۳٪) و چندزایمان خصوصی (۸۸٪) همیشه از زایمان ترس زیاد و خیلی زیاد داشتند (۴۵/۳٪) چندزایمان دولتی اصلاً فکر نمی‌کردند که به خوبی از عهده زایمان برآیند و اکثر چندزایمان خصوصی (۳۶٪) به همان پرسش پاسخ "کمی" داده بودند.

بررسی نتایج آزمون رابطه مجذور کای نشان می‌دهد که سطح ترس و اضطراب از زایمان در دو نوع بیمارستان از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($P > 0/001$) بطوریکه سطح ترس و اضطراب در بیمارستان دولتی بیشتر از بیمارستان خصوصی بود. بررسی نتایج آزمون مانتل هانزل نشان داد که رابطه ای بین تعداد زایمان و نوع بیمارستان با سطح ترس و اضطراب از زایمان وجود دارد ($P = 0/02$) به طوریکه افرادی که نخست زا بودند این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p = 0/08$) و در افرادی که چندزا بودند این ارتباط از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P > 0/001$). نتایج مدل رگرسیونی نشان داد عوامل نوع بیمارستان و عوامل محیطی و درمانی و مراقبتی و ترس و اضطراب از زایمان عوامل پیش‌بینی کننده در شدت درد بیمارمان به حساب می‌آیند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به هدف کلی پژوهش یعنی مقایسه درد زایمان و عوامل موثر بر درک درد در نخست زا و چندزا در بیمارستانهای دولتی و خصوصی، نتایج نشان داد که ضمن اینکه شدت درد در نخست زایمان و چندزایمان دولتی و خصوصی بالا بود میانگین درد در بیمارستانهای خصوصی به طور آماری معنی‌دار بود ولی با در نظر گرفتن نوع بیمارستان و تعداد زایمان، تفاوت میانگین در گروه‌های مورد مطالعه معنی‌دار نمی‌باشد. مطالعه حاضر با مطالعه ابوشیخا در اردن هم خوانی دارد (۱۸). بر خلاف انتظار که نخست زایمان درد شدیدی را گزارش کنند احتمالاً چندزایمان نسبت به نخست زایمان به علت داشتن تجربیات منفی در زایمانهای قبلی درد زایمان را شدیدتر گزارش کردند.

مطالعه الایمی (۲۰۰۵) در نیجریه و ملزاک (۱۹۸۴) در کانادا نشان دادند که نخست زایمان در مقایسه با چندزایمان درد بیشتری در لیبر و زایمان تجربه می‌کنند (۱۹-۲۰). نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت سطح تنش‌زایی محیط در بیمارستان خصوصی به طور

تقدیر و تشکر

شهریار، امیرالمومنین، بهبود که در اجرای این طرح ما را یاری رساندند و کلیه مادران شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر را داشته باشیم.

در پایان بر خود واجب می دانم از کلیه مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و کلیه همکاران محترم بیمارستانهای الزهراء، طالقانی، شمس، شفا،

References

- Walleh L. *Midwifery Community-Based Care During the Childbearing Year*. Philadelphia, Saunders Co, 2000; PP: 245-246.
- Omidvar A, Jafarnejad F. Study of physical and mental quality of care during childbirth from the perspective of mothers and multiparous Prime. *Journal of Nursing and Midwifery Mashhad* 2003; **5**(15): 73-78.
- Hall-lord ML. Elderly patients experience of pain and distress from the patients and nurses points of view, Doctoral dissertation Department of eriatric mesical. Gotencorg University, Sweden, 16.
- Wall D, Melzack R. Text book of pain. 3rd ed. Philadelphia, McGraw H, 1989; 482-497.
- Lowe NK. The nature of labor pain. *American journal of obstetric and Gyneco* 2002; **18**(5): 16-24.
- Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs* 2003; **4**(2): 54-61.
- Mecrea H, Wright M, Stringer M. Psychosocial factors influencing Personal control in pain relief. *International Journal of Nursing studies* 2000; **37**: 493-503.
- Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal nurs* 1996; **25**(1): 82-92.
- Waldenstrom U, Brog IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience; a study of 295 new mothers. *Journal Birth* 1996; **23**(3): 144-153.
- Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labour pain. *European Journal of Pain* 2005; **27**: 1-7.
- Areskog B, Uddenburg N, Kjesstler B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecology obstetric Invests* 1981; **12**: 262-266.
- Robertson A. The pain of labour. Received, 2006. From [http://www.Birthinternational.com/articles/pain labour.html](http://www.Birthinternational.com/articles/pain%20labour.html).
- Fardi A. Examine the determinants of women's attitudes toward vaginal delivery and cesarean. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2003; **56**: 66.
- Zareei N. Prevalence and causes of cesarean delivery centers in Tabriz. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2003; **5**: 24.
- Marcasamama Ch, Michelsamama M. How can we inform pregnant about obstetric and aesthesia? *ESA European society of Anesthesiologists* 1999; **2**: 1-7.
- Lundgren In, Dahlberg K. Midwives experience of the encounter with women and their pain childbirth. *Journal of Midwifery* 2002; **18**: 155-164.
- Zaheri F. The effect of lidocaine on pain and healing gel epinephrine Zyvtymy double-blind clinical trial. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 2004; **7**: 12-38.
- Abushaikha L, Arwa O. Pain experience and intensity: A jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice* 2005; **11**: 33-38.
- Olayemi O, Adeniji RA, Udoh ES, Akinyemi OA, Aimakhu CO, Shoretire KA. Determinants of pain perception in labour among parturient at the university. 2005.
- Melzack R. The myth of painless childbirth. *Pain* 1984; **19**(4): 321-37.
- Kamalifard M, Pirdel M, Bani S, Ghojzadeh M, Tagavi S. Comparison and evaluation of labor pain and factors influencing pain perception in primiparous and multiparous women referring to Tabriz alzahra educational center in 2005-2006.
- Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *Journal of pain and symptom Management* 1991; **6**(8): 476-480.
- Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospital. *BMC Pregnancy Childbirth* 2004; **4**(3): 1-17.
- Waldenstrom U, Bergman V, Vasell G. The complexity of labour pain: experience of 278 women. *J psychosom Obstetric Gynaecol* 1996; **17**(4): 215-228.
- Dannenbring D, Stevens MJ, House AE. Predictors of childbirth pain and maternal satisfaction. *Journal Behav Med* 1997; **20**(2): 127-142.
- Saisto T. Obstetric, psychosocial and pain-related background and treatment of fear of childbirth. *Academic Dissertation University of Helsinki* 2001, 16-22.