مقاله تحقیقی

مجله سلامت و سالمندی خزر، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دوره دوم، شماره ۲، پائیز و زمستان ۱۳۹۶، صفحه۳۳-۲۶

رابطه وحشت از درد زایمان در دوران بارداری با شدت درد زایمان و فعالیت‌های روزانه پس از زایمان

عباس شمسعلی نی(PhD)[۱]، مهری جهانشاهی (MSc)[۱]، هاجر حدادی مقدم (MSc)[۲]، فاطمه غفاری (PhD)[۱*]

۱-مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲- کلینیک مامایی مهرآفرین، رامسر، ایران

دریافت: ۹۶/۱۰/۱۹، اصلاح: ۹۶/۱۰/۲۳، پذیرش:۹۶/۱۱/۸

خلاصه

سابقه و هدف: وحشت از درد زایمان یکی از عوامل مهم در انتخاب نوع زایمان است و می‌تواند فعالیت‌های روزانه زندگی زنان در طی بارداری و پس از زایمان را دچار اختلال کند. هدف این مطالعه تعیین رابطه وحشت از درد زایمان با شدت درد زایمان و فعالیت‌های روزانه زندگی پس از زایمان می‌باشد.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی- همبستگی می‌باشد. ۴۰۰ زن باردار شکم اول مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامسر در سال ۱۳۹۵ به روش خوشه‌ای انتخاب شدند. داده‌ها طی دو مرحله و توسط پرسشنامه‌های وحشت از درد، یک قسمت از پرسشنامه خود گزارشی سنجش شدت درد و پرسشنامه فعالیت‌های روزانه زندگی جمع‌آوری شد. نمونه‌های مطالعه طی بارداری (سه‌ماهه سوم بارداری) به منظور ارزیابی وحشت از درد و ۱۰ روز پس از زایمان به منظور سنجش شدت درد و فعالیت‌های روزانه زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. آنالیز داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و توسط آزمون‌های تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون، کای اسکوئر و رگرسیون چندگانه خطی انجام شد.

یافته ها: نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۶۴ درصد از افراد مورد پژوهش در بالای نقطه برش پرسشنامه وحشت از درد قرار داشتند و ۵۷ درصد از افراد مورد مطالعه در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی خود استقلال نسبی داشتند. میانگین شدت درد در گروهی که وحشت از درد زایمان داشتند ۴/۱۲±۲۳/۹۲ و در گروهی که وحشت از درد زایمان نداشتند معادل ۲/۱۴±۱۹/۰۵ بود. بین دو گروه از نظر شدت درد هنگام زایمان تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (P=۰/۰۰۳). در بین متغیرهای وارد شده به مدل رگرسیون شدت درد زایمان، شرکت در کلاس‌های آموزشی، تعداد زایمان، فاصله بین بارداری فعلی و قبلی و اعتماد به مراقبت دهندگان از نظر آماری با وحشت از درد زایمان ارتباط داشتند (P<۰/۰۵). همچنین بین وحشت از درد زایمان و فعالیت‌های روزانه زندگی ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (P =۰/۱۴).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که وحشت از درد زایمان متغیر پیش بین برای شدت درد زایمان است. برگزاری کلاس‌های آموزشی آمادگی زایمان و غربالگری مشکلات روان‌شناختی در حین بارداری و ارائه مشاوره توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌تواند به پیشگیری و کاهش وحشت از درد زایمان منجر شود. همچنین ارائه مداخلاتی مانند آموزش مهارت‌های رفتاری- شناختی نقش مهمی در مدیریت وحشت از درد زایمان و توانمندسازی زنان باردار در مقابله با عوامل مؤثر در این پدیده ایفاء خواهد کرد.

واژه های کلیدی: وحشت از درد، شدت درد زایمان، فعالیت‌های روزانه زندگی، بارداری، پس از زایمان.

مقدمه

اگرچه زایمان یکی از پرشورترین و منحصربه‌فردترین لحظات زندگی زنان است و اوج مرحله‌ای است که از دیرباز به عنوان اعجاز زندگی به آن نگریسته شده است، اما می‌تواند دوره نگرانی، فشار روحی و اضطراب باشد (۱). زایمان به عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی است که امکان ایجاد تجاربی از طیف مثبت تا منفی را به دنبال دارد (۲). وضعیت روان‌شناختی مادر طی بارداری علاوه بر وضعیت جسمانی وی، نتایج بارداری را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). وحشت از درد زایمان یکی از نگرانی‌های تجربه‌شده، تکراری و بدون هشدار بوده که در طی بارداری ممکن است رخ دهد (۳). از نظر بالینی وحشت از زایمان اغلب به عنوان یکی از شاخص‌های اختلالات عاطفی توصیف می‌شود (۴). پیش‌بینی زن باردار از شدت درد زایمان ممکن است با واکنش‌های روان‌شناختی مثل وحشت از درد زایمان همراه باشد (۵). وحشت از درد که با عنوان یک‌سو گیری منفی و اغراق‌آمیز نسبت به درد در نظر گرفته می‌شود می‌تواند نقش مهمی به عنوان میانجی درد ایفاء کند. علاوه برشدت بالای درد عوارضی مانند اختلال در خواب، اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب، احساس خستگی زن باردار طی بارداری (۶، ۷)، افزایش احتمال درد حاد و مداوم پرینه، درد شدید حین زایمان و افزایش احتمال ترومای حین زایمان در افراد مبتلا به وحشت از درد گزارش‌شده است (۸). همچنین وحشت از درد باعث کاهش اعتمادبه‌نفس افراد و کاهش توانایی آن‌ها برای استفاده از تکنیک‌های کاهش درد می‌باشد. این مورد به خصوص هنگام زایمان بسیار حائز اهمیت است(۹). افرادی که وحشت از درد دارند اغلب می‌پندارند تحمل درد برای انها بسیار مشکل خواهد بود. این مورد ممکن است باعث ترس از حرکت و ایجاد مشکلات رفتاری شود و همچنین اختلال در فعالیت‌های روزانه زندگی را موجب شود (۱۰). وحشت از درد می‌تواند منجر به

*مسئول مقاله: دکتر فاطمه غفاری
آدرس: میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد(ع)، دانشکده پرستاری مامایی فاطمه زهرا(س) رامسر تلفن:۰۱۱-۵۵۲۲۵۱۵۱
E-mail:ghafarifateme@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

ناتوانی و افسردگی شده و باعث ایجاد یک چرخه معیوب در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی شود (۶). ازآنجایی‌که زمینه وحشت از درد می‌تواند یک اختلال روان‌شناختی باشد لذا، می‌تواند حتی پس از زایمان نیز پیامدهای نامطلوبی را به دنبال داشته باشد. نتایج مطالعه فلینک و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که این عارضه علاوه برشدت بالای درد حین زایمان و اختلال در فعالیت‌های روزانه زندگی پس از زایمان را به دنبال دارد (۹). از سوی دیگر، شدت درد زایمان بستگی زیادی به تنش‌های روحی مادر ازجمله وحشت از درد زایمان دارد لذا شناسایی این موارد و مقابله با آن‌ها یکی از مؤثرترین راه‌های استفاده از روش‌های غیر دارویی برای کاهش درد و مقابله با استرس قبل و بعد از زایمان می‌باشد (۱۱). با توجه به وجود پیامدهای متعدد جسمی و روانی وحشت از درد زایمان در زنان باردار اما، مطالعات اندکی درزمینه تأثیر آن برشدت درد زایمان و فعالیت‌های روزانه زندگی بعد از زایمان در دسترس است . مطالعات موجود بیشتر بر نقش وحشت از درد در شرایط پاتولوژیک و مزمن (۱۲و ۹) و یا به عنوان عامل پیش بینی کننده در نوع زایمان (۱۳) تأکید کرده‌اند. برای اولین بار مفهوم وحشت از درد زایمان و ارتباط ان با شدت درد و بهبودی فعالیت‌های روزانه زندگی در زنان باردار در مطالعه فلینک و همکاران (۲۰۰۹) موردبررسی قرار گرفت. این محقق بر لزوم انجام مطالعات متعدد در جوامع مختلف تأکید دارد (۹).

ازآنجایی‌که در طول بارداری زنان خود را جهت رویارویی با پدیده والد شدن آماده می‌کنند و بیش‌ترین آمادگی را برای دریافت توصیه‌های مراقبین بهداشتی دارند، این دوران بهترین زمان جهت ارائه مشاوره می‌باشد (۱۴) و همچنین با توجه به نقش پرستاران و ماماها در فرآیند بهداشت باروری و به ویژه نقش مشاوره‌ای و حمایتی و اجرایی در ارائه مراقبت‌های مهم دوران بارداری و پس از زایمان در ابعاد جسمی و روحی مددجویان، غربالگری وحشت از درد از طریق پرسشنامه‌های مخصوص و ارائه مداخلات مؤثر در جهت کاهش عوارض حین و پس از زایمان و همچنین مدیریت درد زایمانی و بهبود سریع‌تر فیزیکی و بازگشت سریع‌تر مددجو به فعالیت‌های روزانه زندگی یک ضرورت بهداشتی محسوب می‌گردد. لذا بر آن شدیم تا پژوهشی باهدف تعیین رابطه وحشت از درد زایمان با شدت درد ه زایمان و فعالیت‌های روزانه زندگی بعد از زایمان انجام دهیم.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر توصیفی – همبستگی بوده و جامعه پژوهش آن را کلیه زنان دریافت‌کننده خدمات دوران بارداری و پس از زایمان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان رامسر و طی سال ۱۳۹۵ تشکیل داد. روش نمونه‌گیری به صورت چند مرحله‌ای بود. بدین شکل که مراکز بهداشتی – درمانی شهر رامسر به عنوان خوشه‌ها (۵ خوشه) در نظر گرفته شد. محقق از بین خوشه‌ها به‌طور تصادفی ۳ خوشه را جهت نمونه‌گیری انتخاب کرد. پس از بررسی پرونده‌های زنان باردار هر مرکز (از نظر ماه بارداری و سایر معیارهای ورود که در پرونده زنان باردار ثبت‌شده بود)، فهرستی از آن‌ها را تهیه کرد و سپس به روش نمونه‌گیری سیستماتیک تعدادی را متناسب با حجم نمونه وارد تحقیق کرد. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران ۴۰۰ نفر محاسبه شد. روش جمع‌آوری داده‌ها بدین شکل بود که پژوهشگر پس از کسب مجوز رسمی از مسئول شبکه بهداشت رامسر و با مراجعه به مراکز بهداشتی– درمانی و پس از توضیح درباره اهداف مطالعه، دادن اطمینان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت شفاهی واحدهای موردنظر، افراد واجد شرایط را وارد مطالعه کرد. در این مطالعه نمونه‌ها در هر مرحله اجازه داشتند از ادامه همکاری انصراف دهند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن سواد خواندن و نوشتن برای پر کردن پرسشنامه‌ها، نداشتن سابقه نازایی و مرده زایی، حاملگی تک قلویی، نداشتن منعی برای انجام زایمان طبیعی، نداشتن سابقه زایمان غیرطبیعی، سن حاملگی حداقل ۳۴ هفته، داشتن بارداری کم‌خطر نظیر عدم وجود بیماری‌های مزمن مانند بیماری قلبی – عروقی، پرفشاری خون، بیماری‌های ریوی، کم‌خونی فقر آهن و سایر کم‌خونی‌ها، دیابت، بیماری‌های غده تیروئید، صرع، عدم ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی (۱۴و ۹) بود. برای کنترل معیارهای ورود به مطالعه از اطلاعات موجود در پرونده‌های بهداشتی درزمینه معاینات پزشکی و مامایی و مصاحبه رودررو با مددجویان استفاده شد. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بستری شدن زن باردار در بیمارستان به دلیل عوارض ناشی از بارداری و زایمان و عدم دسترسی به وی و همچنین انصراف از ادامه همکاری در مرحله دوم مطالعه بود. واحدهای موردمطالعه طی بارداری (۴۱-۳۴ هفته) به منظور ارزیابی وحشت از درد و ۱۰ روز پس از زایمان به منظور سنجش شدت درد و فعالیت‌های روزانه زندگی موردبررسی قرار گرفتند. داده‌ها توسط ابزارهای زیر جمع‌آوری شد:

الف– فرم مشخصات فردی شامل: سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد بارداری، تعداد زایمان، فاصله بین بارداری فعلی و قبلی، نوع بارداری (خواسته، ناخواسته)، حمایت همسر، مشکلات شایع دوران بارداری، شرکت در کلاس‌های آموزشی، اعتماد به مراقبت دهندگان، تمایل به بازدید از بخش زایمان و رضایت از زایمان قبلی

ب– پرسشنامه وحشت از درد : این پرسشنامه توسط سولیوان و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شد. این ابزار افکار و احساسات مددجو را درباره درد زایمان توسط ۱۳ سؤال موردسنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه فوق به صورت Likert ۵ نقطه‌ای از هیچ‌وقت (نمره صفر) تا همیشه (نمره ۴) نمره‌گذاری شده است (۹). دامنه نمرات از صفرتا ۵۲ می‌باشد. نقطه برش پرسشنامه فوق ۱۶ می‌باشد و افرادی که نمره ۱۶ و بالاتر دارند دچار وحشت از درد زایمان هستند(۱۵). روایی و پایایی آن در خارج از کشور توسط Flink و همکاران (۲۰۰۹) و با r = ۰/۹۵ مورد تائید قرار گرفت (۹). این ابزار توسط رئیس سادات و صادقی (۲۰۱۳) در ایران روی بیماران مبتلا به سندرم درد عضلانی– اسکلتی خوش‌خیم و مراجعه‌کننده به یک کلینیک فیزیوتراپی روان‌سنجی شده و روایی و پایایی قابل قبولی دارد (۱۶).در پژوهش حاضر نیز روایی آن پس از ترجمه به زبان فارسی و به روش روایی صوری و محتوی تائید شد. پایایی آن نیز به روش آزمون– باز آزمون سنجیده و با r = ۰/۸۱ مورد تائید قرار گرفت.

ج– پرسشنامه درد : این پرسشنامه یک قسمت از پرسشنامه خود گزارشی سنجش شدت درد McGill است که شامل ۶ سؤال بوده و هر سؤال به صورت ۶ نقطه‌ای Likert از بدون درد (نمره صفر) تا بسیار وحشتناک (نمره ۶) نمره‌گذاری می‌شود. حیطه نمرات بین صفرتا ۳۰ می‌باشد. افرادی که نمرات آن‌ها بین ۱۰-۱ بود شدت درد خفیف، ۲۰-۱۱ شدت درد متوسط و ۳۰-۲۱ شدت درد شدید دارند (۱۷). روایی و پایایی این پرسشنامه در خارج از کشور توسط لنگ و همکاران (۲۰۰۵) و با r = ۰/۸۲ مورد تائید قرارگرفته است (۱۸). در پژوهش حاضر نیز روایی آن پس از ترجمه به زبان فارسی و به روش روایی صوری و

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

محتوی تائید شد. پایایی آن نیز به روش آزمون- بازازمون سنجیده و با r = ۰/۷۳ مورد تائید قرار گرفت.

د- مقیاس فعالیت‌های روزانه زندگی : این ابزار قادر است میزان استقلال مددجو را در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی تعیین نماید. تعداد گزینه‌های این ابزار ۲۰ عبارت می‌باشد. درجه‌بندی ابزار به روش ۵ نقطه‌ایLikert از صفرتا ۴ است. مورد عدم انجام فعالیت به علت غیر از سلامتی در پاسخ‌هایی موردتوجه قرار می‌گیرد که مربوط به جنس و یا مقررات مراکز نگهداری بوده و بتوان آن را از موارد عدم توانایی تفکیک کرد. دامنه نمرات از صفر تا ۸۰ می‌باشد. پایایی این ابزار در مطالعه Flink و همکاران (۲۰۰۹) بعد از سه روز r=۰/۸۸ و بعد از یک هفته r=۰/۸۹ بوده است(۹). در پژوهش حاضر روایی آن به روش روایی صوری و محتوی و پایایی آن توسط Cronbach's alpha و با r=۰/۹۷ مورد تائید قرار گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری در برنامه SPSS 16 وارد و با استفاده از آزمون‌های آماری کای اسکوئر، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه خطی و آزمون تی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه α =۰/۰۵ مدنظر بوده است.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که از نظر سن بیش‌ترین فراوانی (۵۹٪) مربوط به رده سنی ۲۹-۲۰ سال بود و میانگین سنی واحدهای موردمطالعه ۵/۳۷۳±۲۶/۱۳ سال بود. بیش‌ترین فراوانی (۸۸٪) از نظر شغل خانه‌داری، از نظر سطح تحصیلات (۵۲٪) دیپلم، از نظر اقتصادی ۷۲٪ نمونه‌ها وضعیت اقتصادی خود را در محدوده متوسط دانستند. از نظر نوع بارداری (۸۳٪) از نوع خواسته بود. ۸۸٪ واحدهای موردمطالعه سابقه سقط نداشتند. از ۳۱٪ افرادی که سابقه حاملگی قبلی داشتند، ۱۹٪ آن‌ها از زایمان قبلی خود رضایت داشتند. از نظر حمایت همسر ۷۳٪ حمایت همسر را خوب و از نظر عوارض حین بارداری بیش‌ترین عارضه مربوط به تهوع (۲۷٪) و پس‌ازآن کمردرد (۱۸٪) بود. ۶۵٪ افراد در کلاس‌های آموزشی قبل از زایمان شرکت کرده بودند. ۵۸٪ میزان اعتماد به مراقبت دهندگان را خوب و ۷۲٪ نسبت به بازدید از محیط زایمان قبل از بارداری تمایل داشتند. از نظر تعداد حاملگی ۶۹٪ حاملگی اول بودند. از نظر هفته بارداری بیش‌ترین فراوانی (۵۱٪) مربوط به هفته‌های ۳۷-۳۴ بود.۶۴٪ از افراد موردپژوهش در بالای نقطه برش پرسشنامه وحشت از درد قرار داشتند. ۵۷٪ از افراد از نظر استقلال در فعالیت‌های زندگی روزانه در گروه مستقل نسبی و ۴۳٪ در گروه مستقل مطلق قرار داشتند. ۱۷٪ افراد موردمطالعه شدت درد خود را در هنگام زایمان متوسط و ۸۳٪ شدید گزارش کرده‌اند. آزمون تی مستقل نشان داد که بین میانگین نمرات وحشت از درد زایمان و میانگین شدت درد بین دو گروه (گروهی که وحشت از درد داشتند و گروهی که وحشت از درد نداشتند) تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت (۰/۰۰۳ =P) (جدول ۱).

جدول ۱. رابطه وحشت از درد در دوران بارداری با شدت درد حین زایمان

گروه	وحشت از درد	عدم وحشت از درد
میانگین و انحراف معیار شدت درد	۲۳/۹۲ ±۴/۱۲۹	۱۹/۰۵ ±۲/۱۴۹
نتیجه آزمون	p= ۰/۰۰۳	F=۵/۲۴

با استفاده از آزمون آماری کای اسکوئر مشخص شد که بین وحشت از درد زایمان و فعالیت‌های روزانه زندگی پس از زایمان ارتباط آماری معناداری وجود ندارد (P =۰/۱۴)(جدول ۲).

جدول ۲. رابطه وحشت از درد زایمان با فعالیت‌های روزانه زندگی پس از زایمان

	گروه	
فعالیت‌های روزانه زندگی	وحشت از درد فراوانی (درصد)	عدم وحشت از درد فراوانی (درصد)
مستقل مطلق	۹۷ (۳۸/۸)	۶۹ (۴۷/۸)
مستقل نسبی	۱۵۸ (۶۱/۲)	۷۶ (۵۲/۱۷)
نتیجه آزمون	X2= ۱/۵۲ df= ۱ p= ۰/۱ ۴	

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین وحشت از درد زایمان با متغیرهایی مانند تعداد زایمان (p=۰/۰۱ ، p=۰/۷۵) فاصله بین بارداری فعلی و قبلی(p=۰/۰۰۱، r=۰/۶۷) ، حمایت همسر(p=۰/۰۰۱، r=۰/۶۷)، شرکت در کلاس‌های آموزشی(p=۰/۰۰۱ ، p=۰/۵۵)، مشکلات شایع دوران بارداری (p=۰/۰۱ ، p=۰/۵۹)، اعتماد به مراقبت دهندگان(p=۰/۳ ، p=۰/۶۶) و تمایل به بازدید از محیط زایمان(p=۰/۰۰۱ ، p=۰/۶۸) ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت اما بین سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی خانواده، تعداد بارداری، نوع بارداری با وحشت از درد زایمان ارتباط آماری مشاهده نشد. آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه خطی نشان داد که در بین متغیرهای واردشده به مدل رگرسیون فقط شدت درد زایمان، شرکت در کلاس‌های آموزشی، تعداد زایمان، فاصله بین بارداری فعلی و قبلی و اعتماد به مراقبت دهندگان از نظر آماری با وحشت از درد زایمان ارتباط داشتند (P< ۰/۰۵)(جدول ۳).

جدول ۳. رابطه رگرسیون چندگانه بین متغیرهای مطالعه با وحشت از درد زایمان

متغیر	نتیجه آزمون همبستگی β	P-value
شدت درد زایمان	۰/۵۶	۰/۰۰۱
حمایت همسر	-۰/۰۴۳	۰/۵۹
فاصله بین بارداری فعلی و قبلی	۰/۱۶	۰/۱۳۲
تمایل به بازدید از بخش زایمان	-۰/۰۸۸	۰/۳۶۳
تعداد زایمان	-۰/۴۱	۰/۰۴
فاصله حاملگی فعلی با قبلی	-۰/۳۱	۰/۰۱
تعداد زایمان	۰/۰۰۳	۰/۹۷۸
شرکت در کلاس‌های آموزشی	۰/۲۸	۰/۰۱
اعتماد به مراقبت دهندگان	۰/۳۱	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تعداد قابل‌توجه ای از نمونه‌های موردمطالعه در بالای خط برش پرسشنامه وحشت از درد قرار داشتند. این یافته با نتایج سایر مطالعات همخوان بود (۱۹, ۲۰). این یافته با نتایج Olsson و همکاران همخوانی ندارد. در مطالعه این محقق تنها ۳/۱۰ درصد زنان باردار وحشت از درد زایمان را تجربه کرده بودند(۲۱). این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در سطح دریافت حمایت‌های اجتماعی و آموزش‌های مربوط به آمادگی زایمان در زنان باردار در دو مطالعه باشد. به دلیل اینکه، وحشت از درد زایمان می‌تواند به دلیل ترس از مرگ جنین و عوارض زایمان (۲۲) ، احتمال آسیب به سلامتی جنین، احساس اضطراب و نگرانی، به وجود آمدن پارگی در اندام تناسلی ، وجود ناکافی

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

پرستار و ماما و تجربیات دیگران رخ دهد (۲۳) لذا، نقش ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی در شناسایی این پدیده و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار و ارائه خدمات مشاوره‌ای به این گروه از زنان باردار بیش از پیش قابل‌توجه است.

نتایج مطالعه فوق نشان داد که بین وحشت از درد و شدت درد زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. بدین معنا که زنان بارداری که بالای نقطه برش پرسشنامه وحشت از درد قرار داشتند، شدت درد بیشتری را حین زایمان گزارش کردند. این مسئله می‌تواند به دلیل دریافت آموزش و یا مشاوره‌های روان‌شناختی محدود به دلیل عدم مراجعه به مراکز بهداشتی – درمانی، هزینه‌بر بودن مشاوره و یا عدم توجه به اهمیت این پدیده و عوارض احتمالی آن توسط نمونه‌های موردمطالعه باشد. چراکه اغلب نمونه‌ها در رده سنی ۲۹-۲۰ بوده و بارداری اول خود را تجربه می‌کردند و از نظر اقتصادی در طبقه متوسط بوده و سطح سواد آن‌ها نیز دیپلم بوده است. نتایج مطالعه ابو شایکا (۲۰۰۷) نشان داد که بین ترس از زایمان و پاسخ به درد آشکار مانند فریاد زدن و گریه کردن ارتباط معناداری وجود دارد (۲۴). این یافته با مطالعه فلینک و همکاران (۲۰۰۹) و بوچه و همکاران (۲۰۰۷) هم‌خوانی دارد (۱۴و ۹). یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان به وسیله مدل اجتناب از ترس نیز توضیح داد. بر اساس این مدل تجربه درد از عوامل عاطفی، شناختی، بیولوژیکی و رفتاری تأثیر می‌پذیرد (۲۵). ایده مرکزی این مدل بدین صورت است که افراد تمایل دارند که محرک درد را به عنوان یک عامل تهدیدکننده تلقی کنند که باعث ایجاد افکار وحشت، ترس از درد و تلاش برای اجتناب از موقعیت‌های درد زا می‌شود.

اگرچه محققان این مدل را بر پایه دردهای مزمن ارائه کرده‌اند، اما شواهد حاکی از آن است که افراد سالم و بدون درد نیز تمایل به اجتناب از درد در موقعیت‌های دردناک دارند (۲۶). به همین دلیل زنانی که وحشت از درد زایمان دارند، ممکن است درد حین زایمان را به عنوان یک تهدید تلقی کرده و این باعث ایجاد افکار منفی نسبت به درد و محرک‌های درد زا شود. درعین‌حال این زنان ممکن است بر درد تمرکز کرده و این منجر به تخمین بیش‌ازحد شدت درد و ناتوانی آنان در مقابله با درد حین زایمان شود(۹). این مورد به خصوص در هنگام زایمان بسیار حائز اهمیت است. چراکه شواهد بسیار حاکی از آن است که عوامل روان‌شناختی بر جریان زایمان و خروج نوزاد تأثیر می‌گذارد. از این جهت که زنانی که نگرانی بیشتری را نسبت به درد زایمان تجربه می‌کنند، از نظر داشتن زایمان طولانی ، افزایش مداخلات جراحی و عوارض روانی بسیار آسیب‌پذیرند (۲۷). به منظور پیشگیری و کاهش چنین عوارضی توصیه می‌شود که اقداماتی همانند ایجاد شرایط و امکانات مساعد در بیمارستان‌ها جهت بازدید زنان باردار از بخش‌های زایمان و آشنایی با کارکنان بخش زایمان برقرار شود و همچنین برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان برای مادران باردار و همسران آن‌ها و جلب حمایت همسران آن‌ها می‌تواند ازجمله گام‌های مؤثر در کاهش وحشت از درد باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بیش از نیمی از نمونه‌ها از نظر فعالیت‌های روزانه زندگی به‌طور نسبی مستقل بودند. ازآنجایی‌که کاهش در فعالیت‌های روزانه زندگی می‌تواند پیامدهای زایمانی مانند افسردگی، یبوست، تأخیر درترمیم ناحیه سزارین و یا اپی زیاتومی و غیره را افزایش دهد نیاز به توجه و تأمل ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی – درمانی جهت غربالگری و ارائه راهکارهای اثربخش در امر مراقبت از زنان باردار دارد (۲۹و۲۸).

در این مطالعه بین وحشت از درد با فعالیت‌های روزانه زندگی ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد. بدین شکل که بین دو گروه از افرادی که وحشت از درد داشتند و افرادی که وحشت از درد نداشتند، نمرات فعالیت‌های روزانه زندگی تفاوت معنی‌دار آماری نداشت. درحالی‌که نتایج سایر مطالعات از قبیل مطالعه Flink و همکاران (۲۰۰۹) (۹)، Olsson و همکاران (۲۱) و Riddle و همکاران (۲۰۱۰) (۱۵) با یافته فوق تناقض دارد. این مسئله می‌تواند به این دلیل باشد که در مطالعه Flink و همکاران استقلال در فعالیت‌های روزانه زندگی در روز سوم تا هفتم بعد از زایمان سنجیده شد. درحالی‌که در مطالعه ما به دلیل محدودیت در دسترسی به نمونه‌های پژوهش در روز دهم بعد از زایمان هنگام اولین مراجعه جهت دریافت مراقبت‌های پس از زایمان به مراکز بهداشتی و درمانی این متغیر موردسنجش قرار گرفت. همچنین تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی در دو جامعه موردپژوهش باشد. یکی دیگر از دلایل تناقض در نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه اولسون و همکاران این بود که ارتباط وحشت از درد با فعالیت‌های روزانه زندگی و درد کمر و لگن حین بارداری و پس از زایمان موردبررسی قرارگرفته است و هدف بررسی وحشت از درد زایمان نبوده است. استفاده از درمان‌های شناختی- رفتاری در زنان باردار و تشویق زنان به شرکت در برنامه‌های ورزشی با گروه همتا و تحت نظارت پزشک در طی بارداری و پس از زایمان می‌تواند افزایش فعالیت‌های روزانه زندگی را به دنبال داشته باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین اعتماد به مراقبت دهندگان و وحشت از درد زایمان ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد. ازآنجایی‌که تغییر در سبک زندگی و یادگیری راهکارهای مقابله با ترس و اضطراب مربوط به زایمان وابسته به باور و اعتماد زنان باردار به مهارت و دلسوزی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است لذا، برنامه‌ریزی جهت ارائه خدمات مبتنی بر نیازهای زنان باردار می‌تواند انگیزه شرکت در جلسات آموزشی، تبعیت از آموزش‌های ارائه‌شده و پیگیری فرایند مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان را به دنبال داشته باشد (۳۰).

نتایج مطالعه حاصل نشان داد که بین شرکت در کلاس‌های آموزشی و وحشت از درد زایمان ارتباط معنی‌داری وجود داشت. مداخلات آموزشی آمادگی زایمان برای زنان باردار و همسرشان به ویژه در سه‌ماهه سوم بارداری بر کاهش ترس و اضطراب مربوط به درد زایمان، انتخاب نوع زایمان و کاهش شدت درد هنگام زایمان مؤثر است (۳۱). نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که بین تعداد زایمان و فاصله بین بارداری فعلی و قبلی با شدت درد هنگام زایمان ارتباط معنی‌داری وجود دارد. سایر مطالعات نیز عوامل مؤثر برشدت درد زایمان را سطح هیجانی و خلقی افراد مانند ترس و اضطراب و تجارب قبلی می‌دانند (۲۴).

در مطالعه حاضر بین وحشت از درد زایمان با حمایت همسر ارتباط معنی‌داری وجود داشت نتایج سایر مطالعات نیز نشان می‌دهد که حمایت همسر در طی بارداری می‌تواند به دلیل ایجاد احساس امنیت و کاهش استرس در زنان باردار وحشت از درد زایمان را کاهش دهد (۳۲و۴). بر اساس نتایج حاضر تعداد قابل‌توجه ای از نمونه‌ها وحشت از درد زایمان داشتند. برگزاری کلاس‌های آموزشی آمادگی زایمان برای زنان باردار و همسرانشان و غربالگری مشکلات روان‌شناختی در حین بارداری و ارائه مشاوره توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی می‌تواند به کاهش وحشت از درد زایمان منجر شود.

نتایج این مطالعه همچنین نشان داد که وحشت از درد زایمان متغیر پیش‌بینی برای شدت درد حین زایمان است. ازآنجایی‌که اغلب نمونه‌ها تمایل به

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

شرکت در کلاس‌های آموزشی داشتند، مداخلاتی مانند آموزش مهارت‌های رفتاری- شناختی نقش مهمی را در مدیریت وحشت از درد زایمان و توانمندسازی زنان باردار در مقابله با عوامل مؤثر در این پدیده ایفاء خواهد کرد. به این طریق می‌توان گام مهمی را درجهت ارتقاء سطح سلامت زنان و جامعه برداشت. اگرچه نتایج این مطالعه نشان داد که وحشت از درد زایمان به عنوان متغیر پیش‌بین در فعالیت‌های روزانه زندگی نبود اما تعداد قابل‌توجه ای از نمونه‌های موردمطالعه از نظر فعالیت‌های روزانه زندگی استقلال نسبی داشتند. با توجه به فرایند طولانی درمان وحشت از درد و نیاز به مشاوره‌های طولانی در این زمینه طی بارداری و پس از زایمان به‌طور پیشگیری از پیامدهای ناشی از آن به ویژه روی عملکرد اجتماعی مددجویان و فعالیت‌های زندگی آن‌ها توصیه می‌شود در مطالعات آینده به آن پرداخته شود. این مطالعه به بررسی وحشت از درد زایمان پرداخته است. احساس وحشت از درد زایمان به‌طور ناگهانی و مکرر بوده و بدون هیچ هشداری به وجود می‌آید و با ترس از درد زایمان متفاوت استاز اینرو، داده‌های جدیدی را به محققان ارائه می‌دهد..

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این اشاره نمود که وحشت از درد و شدت درد دو عامل روان‌شناختی هستند که عوامل مخدوش‌کننده زیادی ممکن است، بر آنان تأثیر بگذارد. استفاده از اکسی توسین هنگام زایمان که بر درد زایمان و بهبودی بعدازآن تأثیر می‌گذارد، از کنترل پژوهشگر خارج بود. علت استقلال نسبی نمونه‌ها بعد از زایمان می‌تواند پذیرش نقش‌های جدید ازجمله نقش مادری و شیردهی باشد که نیازمند کمک و آموزش هستند نه ناتوانی خودشان در انجام فعالیت‌های معمول زندگی شخصی و این از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. جامعه پژوهش این مطالعه فقط زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی بود لذا نتایج فقط قابلیت تعمیم به آن‌ها را دارد.

بعلاوه استفاده از پرسشنامه‌های خود گزارش دهی جهت سنجش شدت درد نیز از محدودیت‌های مطالعه فوق بود. لذا توصیه می‌شود به‌طور سنجش میزان شدت درد از ابزارهایی با روایی بالاتر مانند ابزارهای دیداری سنجش شدت درد استفاده شود. در این مطالعه به دلیل دومرحله‌ای بودن جمع‌آوری داده‌ها تعدادی از نمونه‌ها در مرحله دوم مطالعه ریزش کردند که این مسئله موجب طولانی شدن فرایند جمع‌آوری داده‌ها شد. نمونه‌های موردمطالعه از مراکز بهداشتی- درمانی انتخاب شدند. لذا زنان بارداری که مستقیماً به مطب متخصصان زنان مراجعه نموده‌اند را در برنداشته است. شاید احتساب و حضور چنین نمونه‌هایی که بعضاً از وضعیت اجتماعی، اقتصادی بهتری نیز برخوردارند، ممکن بود دریافته‌های ما تغییری حاصل نماید.

تقدیر و تشکر

از کارکنان مراکز بهداشتی- درمانی و نمونه‌های پژوهش که بدون همکاری و مساعدت آنان انجام پژوهش غیرممکن بود، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

Relationship of labor pain catastrophizing with the intensity of labor pain and the activities of daily living after the childbirth

A. Shamsalinia (PhD) [1], M. Jahanshahi (MSC)[1], H. Haddadi Moghadam (MSC)[2], F. Ghaffari (PhD) [* 1]

1.Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2.Mehrafarin Midwifery clinic, Ramsar, I.R.Iran

Caspian Journal of Health and Aging; 2(2);Fall & Winter 2018; PP:26-33
Received: Jan 9th 2018, Revised: Jan 13th 2018, Accepted Feb 7th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Labor pain catastrophizing (LPC) is one of the important factors in choosing the childbirth type and can disrupt the activities of daily living (ADL) of pregnant women. The aim of this study was to determine the relationship of LPC with the intensity of labor pain and the ADL after the childbirth.

METHODS: This descriptive-correlational study was conducted on 400 pregnant women, referred to Ramsar City's healthcare centers in 2016 and selected using cluster and random method. Data were collected using Pain Catastrophizing Scale (PCS) whose one part includes self-report measure and ADL questionnaire. Participants were studied during their pregnancy to determine their pain catastrophizing and to evaluate their pain intensity and ADL 10 days after the childbirth. Data were analyzed using SPSS18 through independent t-test, Chi-square, Pearson correlation coefficient and multiple linear regression.

FINDINGS: Results showed that 64% of participants gained the total scores above the cut-off point of PCS while 57% of them had relative independence in their ADL. The mean pain intensity score was 23.92±4.12 and 19.05±2.14 for the groups who had LPC and no LPC, respectively. There was a significant difference between two groups in terms of pain intensity during the childbirth (P=0.003). Among the regression model variables, "childbirth pain intensity", "participating in educational classes", "number of the previous childbirths", "the time interval between the previous and the current childbirth" and "the level of trust to the healthcare providers" had no significant statistically relationship with LPC ($p<0.05$). Furthermore, there was no significant relationship between LPC and ADL (p=0.14).

CONCLUSION: It is concluded that LPC is a predictor factor for labor pain intensity. Childbirth preparation classes, screening the psychological disorders and receiving healthcare providers' consultation can be effective in LPC prevention and decrease. Moreover, providing interventions like cognitive and behavioral skills education plays an important role in managing LPC and empowerment the pregnant women against the effective factors of this phenomenon.

KEY WORDS: *Pain catastrophizing ; Labor pain intensity; Activities of daily living; Pregnancy; Postpartum*.

Please cite this article as follows:

Shamsalinia A, Jahanshahi M, Haddadi Moghadam H, Ghaffari F. Relationship of labor pain catastrophizing with the intensity of labor pain and the activities of daily living after the childbirth. CJHAA.2018;2(2):26-33.

***Corresponding author: Fatemeh Ghaffari (PhD)**
Address: Enghelab Squere,Imam Sajjad Hospitai,Fateme Zahra Nursing& Midwifery School Ramsar,mazandaran, I.R.Iran
Tel: +98 1155225151
E-mail: ghafarifateme@yahoo.com

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

References

1.Gold KJ, Marcus SM. Effect of maternal mental illness on pregnancy outcomes. Expert Review of Obstetrics and Gynecology. 2008;3(3):391-401.

2.Salomonsson B, Wijma K, Alehagen S. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. Midwifery. 2010;26(3):327-37.

3.Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section–a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. Acta obst Gyn scand. 2009;88(7):807-13.

4.Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. J Anxiety Disord. 2016; 80:44-91.

5.Takegata M, Haruna M, Matsuzaki M, Shiraishi M, Okano T, Severinsson E. Does antenatal fear of childbirth predict postnatal fear of childbirth? A study of Japanese women. Open J Nurs. 2015;5(2):144-52.

6.Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009;38(5):567-76.

7.Stewart RC, Umar E, Gleadow-Ware S, Creed F, Bristow K. Perinatal distress and depression in Malawi: an exploratory qualitative study of stressors, supports and symptoms. Arch Womens Ment Health. 2015;18(2):177-85.

8 Soares AD1, Couceiro TC, Lima LC, Flores FL, Alcoforado EM, de Oliveira Couceiro Filho R. Association of pain catastrophizing with the incidence and severity of acute and persistent perineal pain after natural childbirth: longitudinal cohort study. Braz J Anesthesiol. 2013;63(4):317-21. doi: 10.1016/j.bjan.2012.12.001.

9.Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJ, Linton SJ. Pain in childbirth and postpartum recovery–The role of catastrophizing. Eur J Pain. 2009;13(3):312-16.

10.Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013;42(2):191-202. DOI: https://doi.org/10.1111/1552-6909.12024.

11.Kempe A, Theorell T, Alwazer FN-A, Taher SA, Christensson K. Exploring women's fear of childbirth in a high maternal mortality setting on the Arabian Peninsula. Global Mental Health. 2015;2:e10. DOI: 10.1017/gmh.2015.6.

12.Goubert L, Crombez G, Van Damme S. The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain-related fear in vigilance to pain: a structural equations approach. Pain. 2004;107(3):234-41.

13.ChoobMasjedi S, Hasani J, Khorsandi M, Ghobadzadeh M. Cognitive factors related to childbirth and their effect on women's delivery preference: a comparison between a private and public hospital in Tehran. EMHJ. 2012;18(11): 1127-133.

14.Bussche E, Crombez G, Eccleston C, Sullivan MJ. Why women prefer epidural analgesia during childbirth: the role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. Eur J Pain. 2007;11(3):275-82.

15.Riddle DL, Wade JB, Jiranek WA, Kong X. Preoperative pain catastrophizing predicts pain outcome after knee arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2010;468(3):798-806.

16.Raeissadat S, Sadeghi S, Montazeri A. Validation of the pain catastrophizing scale (PCS) in Iran. J Basic Appl Sci Res. 2013; 3(9):376-80.

17.Melzack R. The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975;1(3):277-99.

18.Lang AJ, Sorrell JT, Rodgers CS, Lebeck MM. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. Eur J Pain. 2006;10(3):263-70.

19.Negahban T, Ansari A. Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women? Hayat. 2009;14(4):73-81.

20.Moasheri BN, Sharifzadeh G, Soltanzadeh V, Khosravi Givshad Z, Rakhshany Zabol F . Relationship between fear of pain, fear of delivery and attitude towards cesarean section with preferred mode of delivery among pregnant women. IJOGI. 2016;18(179):8-16.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]

21.Olsson CB, Grooten WJ, Nilsson-Wikmar L, Harms-Ringdahl K, Lundberg M. Catastrophizing during and after pregnancy: associations with lumbopelvic pain and postpartum physical ability. Physical Therapy. 2012; 92(1):49-57.
22.Veringa IK, de Bruin EI, Bardacke N, Duncan LG, van Steensel FJ, Dirksen CD, et al. 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. BMC Psychiatry. 2016;16(1):377.
23.Salmani N. Studying the viewpoint of pregnant mothers about factors affecting in select of giving birth method in the Yazd Shohadaye Kargar hospital. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2007;5(4):77-89.
24.Abushaikha LA. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. J Transcult Nurs. 2007;18(1):35-40.
25.Leeuw M, Goossens ME, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JW. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. J Behav Med. 2007;30(1):77-94.
26.Crombez G, Eccleston C, Van Damme S, Vlaeyen JW, Karoly P. Fear-avoidance model of chronic pain: the next generation. Clin J Pain. 2012;28(6):475-83.
27.Jean Greer BSc R, Laura Dunne PhD B. Fear of childbirth and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. Evidence Based Midwifery. 2014;12(3):95-100.
28.Hammes T, Sebold LF, Kempfer SS, Girondi JBR. Nursing care in postpartum adaptation: perceptions of Brazilian mothers. J Nurs Educ Pract. 2014;4(12):125.
29.Cavalcanti BMC, Marques DCR, Guimarães FJ, de Oliveira Mangueira S, da Silva Frazão I, Perrelli JGA. Ineffective role performance nursing diagnosis in postpartum women: a descriptive study. Online Brazilian J Nurs. 2014;13(2):250-58.
30.Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. Global Health. 2015;11(1):36.
31.Taheri Z, Mazaheri MA, Khorsandi M, Hassanzadeh A, Amiri M. Effect of educational intervention on self-efficacy on the choice of delivery method among Shahrekordian pregnant women in 2013. Int J Prev Med. 2014;5(10):1247-254.
32.Beigi NMA, Broumandfar K, Bahadoran P, Abedi HA. Women's experience of pain during childbirth. Iran J Nurs Midwifery Res. 2010;15(2):77–82.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.22088/cjhaa.2.2.26]