

ارتباط سطح شادمانی در بارداری با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان

ناهید گلکانی^۱، * بی بی مرضیه هاشمی اصل^۲، سید علیرضا سجادی^۳، سعید ابراهیم زاده^۴

۱. مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، مشهد، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، مشهد، ایران

۳. استادیار روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

۴. کارشناسی ارشد آمار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی، مشهد، ایران

* نویسنده مسؤول: مشهد، چهارراه دکترا، دانشکده پرستاری و مامایی

پست الکترونیک: hashemiam881@mums.ac.ir

چکیده

مقدمه: شادمانی یکی از معیارهای سلامت روان و یکی از شش هیجان اساسی انسان است. زایمان به عنوان یک تجربه منحصر به فرد، نیاز به توانایی زن باردار برای مقابله با دردهای زایمانی دارد. شادمانی می تواند به فرد این توانایی بالقوه را بدهد که روشهای مقابله ماهرانه تری داشته باشد اما در مورد ارتباط این دو، شواهد ثبت شده ای وجود ندارد.

هدف: تعیین ارتباط سطح شادمانی در بارداری با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان

روش: در این مطالعه همبستگی، ۸۰ زن باردار کم خطر ۳۶ تا ۴۰ هفته که جهت مراقبتهای بارداری به بیمارستان ام البنین مراجعه می-کردند به روش آسان انتخاب و پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و شادمانی آکسفورد تکمیل شدند. نمونه ها تا شروع زایمان حقیقی پیگیری شده، سپس توسط کمک پژوهشگر از اتساع ۳-۵ سانتی متر تا زایمان، پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان، طی انقباضات رحمی و هر نیم ساعت یکبار تکمیل شد. سپس داده ها توسط نرم افزار SPSS ۱۶، تجزیه و تحلیل و از ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون و آزمونهای کراسکال والیس، من ویتنی و آنالیز واریانس استفاده گردید.

یافته ها: بر اساس نتایج، فراوانی شادمانی سطح پایین ۱۱/۳٪، متوسط ۷۲/۵٪ و شادمانی بالا ۱۶/۲٪ بود. همچنین ۱۶/۳٪ رفتارهای مقابله ای نامطلوب، ۵۰٪ افراد رفتارهای قابل قبول و ۳۳/۷٪ رفتارهای مطلوب نسبت به درد زایمان داشتند. آزمون همبستگی اسپرمن نشان داد سطح شادمانی با میانگین رفتارهای مقابله ای ارتباط معنی دار دارد ($p = 0/000$ و $r = 0/444$)؛ به این معنی که هر چه سطح شادمانی در بارداری بیشتر باشد، رفتارهای مقابله ای با درد زایمان مطلوبتر و نمرات آن بالاتر می رود.

نتیجه گیری: رفتار زانو در مقابله با درد زایمان، نشان دهنده ویژگیهایی مانند سطح هیجانی وی بوده و باید در اداره بالینی زانو علاوه بر علائم فیزیولوژیک و آزمایشات کلینیکی، دو مقوله فوق نیز گنجانده شود.

کلیدواژه ها: بارداری، درد، رفتار مقابله ای با درد زایمان، زایمان، شادمانی، مقابله

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۲۵

مقدمه

شادمانی یکی از معیارهای سلامت روان و یکی از شش هیجان اساسی انسان است که عبارتند از خشم، ترس، تنفر، تعجب، ناراحتی و شادمانی. این هیجان مثبت یک ویژگی شخصیتی، پدیده ای ذهنی - درونی و احساسی خوشایند و پایدار می باشد و سه جزء اساسی دارد که عبارتند از هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجانات منفی از جمله افسردگی و اضطراب (۱).

پژوهشهای انجام گرفته در رابطه با شادی نشان می دهد که افراد شادکام کسانی هستند که در پردازش اطلاعات سوگیری دارند و وقایع را به گونه ای پردازش و تفسیر می کنند که به خوشحالی و رضایت آنان بیانجامد (۲). در صورتی که فرد از زندگی خود رضایت داشته باشد، دائماً عواطف مثبت را تجربه می نماید و عواطف منفی کمتری دارد و گفته می شود که از تندرستی بالاتری برخوردار است (۳). طبق نظر وینهون، شادمانی به قضاوت فرد از میزان مطلوبیت کیفیت کل زندگی اطلاق می گردد. به عبارت دیگر شادمانی به این معناست که فرد چقدر زندگی خود را دوست دارد (۴).

بارداری تجربه ای است که سبب تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی در زنان می شود. اما آنچه اهمیت دارد برداشت و نگرش زن باردار نسبت به حاملگی خود می باشد و برای زنی که از نظر روان شناختی سالم است، حاملگی، تظاهری از احساس خود شکوفایی و هویت زنانه می باشد. بسیاری از زنان اظهار می کنند که حامله شدن، تجربه ای خلاق است که به وسیله آن موجود دیگری تولید می شود و در اکثر موارد زن باردار احساس خوشبختی و شادمانی می کند (۵).

برخی پژوهشها نشان می دهد که سطح شادمانی در بارداری بالا می رود که این مسئله به احساس خود شکوفایی و تثبیت هویت جنسی زنان در بارداری بر می گردد (۷۶). در پژوهش جیسوستی در تایلند (۲۰۰۵) در مورد عوامل مرتبط با شادمانی در بارداری، ۵۷٪ مادران دارای سطح شادمانی زیاد و بقیه آنان دارای سطح شادمانی متوسط بودند و هیچ مادر بارداری سطح پایین شادمانی نداشت (۶). در مطالعه سیبل (۲۰۰۰) نیز حتی در حاملگی های ناخواسته، نزدیک به نیمی از مادران از وضعیت بارداری خود تا حدودی یا خیلی خوشحال بودند (۸).

شادمانی در بارداری موجب کاهش افسردگی و اضطراب شده و زنان شادمان به خاطر بالا بودن اعتماد به نفس و حس کنترل شخصی بالاتر، توانایی کنترل درد بیشتری دارند (۹). به طوری که در پژوهشی که در لندن (۲۰۰۸) انجام یافت، احساس شادمانی با کاهش درد و تحمل بیشتر همراه بود (۱۰).

هنگامی که زن باردار در فرایند دردهای زایمانی قرار می گیرد و فشارهای جسمی و روانی را متحمل می شود، عناصر ذهنی

ممکن است روی ادراک درد تأثیر گذاشته و پاسخ به درد، مطابق با آن تغییر کند (۱۱). در تجربه تنگ و همکاران (۲۰۰۸) نیز القای خلق شادمان منجر به درجات پایین تر درد و تحمل بیشتر شد (۱۰). تحقیقات نشان داده اند که تجسم خوشایند، انحراف فکر، تفکر مثبت، اعتماد به نفس و خودکارآمدی که ماهیتی ذهنی همچون شادمانی دارند در افزایش آستانه درد و تحمل به آن موثر می باشند (۱۲، ۱۳).

انجمن جهانی مطالعه و بررسی درد، بر پایه شواهد پژوهشی موجود، درد را تجربه ادراکی پیچیده ای معرفی کرده است که به وسیله عوامل روانی اجتماعی گسترده ای تحت تأثیر قرار می گیرد (۱۴). درد زایمان از تداخل یک سری از عوامل فیزیولوژیک از جمله انقباضات رحمی و اتساع سرویکس و عوامل روحی و روانی مانند ترس و اضطراب ناشی می شود (۱۵). میزان حس درد زایمان در افراد مختلف طیف گسترده ای دارد و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می گیرد. تحقیقات نشان داده است که شدت بیشتر حس درد با عواملی چون سن پایین تر، رتبه تولد، تحصیلات کمتر، انتظار غیر واقعی از درد، وضعیت روحی و روانی، موقعیت های اجتماعی - اقتصادی، اندازه و موقعیت جنین، پیشرفت اتساع دهانه رحم، وضعیت زائو و قدرت انقباضی میومتر ارتباط دارد (۱۶).

راهبردهای مقابله ای، در تجربه درد، نقش واسطه ای قدرتمندی ایفا می کنند. مقابله به تلاشهای فکری، هیجانی و رفتاری فرد به هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه، تحمل یا به حداقل رساندن عوارض اطلاق می گردد (۱۷). مقابله با درد نیز به عنوان افکار و رفتارهای خاصی تعریف می شود که افراد از آنها برای اداره درد یا واکنش های عاطفی خویش به درد استفاده می کنند (۱۸). مقابله با درد با شناسایی شاخصهای رفتاری درد، نمود پیدا می کند. این رفتارها در غالب پیامهای کلامی و غیر کلامی در فرد در حال درد کشیدن مشاهده می گردد. پیامهای غیر کلامی مانند رفتارهای صوتی، تغییرات شکل چهره، حرکات بدن، گریستن، مشت کردن دستها و کشیدن بدن، علاوه بر اینکه مکمل پیامهای کلامی می باشند، نشان دهنده بهتری از افکار و احساسات واقعی بیمار هستند (۱۹، ۲۰).

مامایی می باشد و معیارهای خروج طی مرحله دوم شامل: درجه حرارت دهانی مادر مساوی یا بیشتر از ۳۸ درجه سانتی گراد، مراقبت حمایتی بیشتر از حد معمول از زائو، توسط ماما یا شخص دیگری در اتاق زایمان، استفاده از نارتوتیکها، انتونکس یا بی حسی در زایمان، علائم زجر جنین و القا یا تقویت زایمان می باشد.

حجم نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی با درجه اعتماد آزمون $\alpha=0/01$ و توان آزمون $\beta=0/1$ ۹۰٪ (۸۰ نفر محاسبه شد. روش نمونه گیری از این قرار بود که پژوهشگر پس از کسب اجازه نامه ی کتبی از کمیته اخلاق و نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد جهت انجام پژوهش، با مراجعه به بیمارستان ام البنین(س)، به واحد مراقبتهای پره ناتال بیمارستان فوق مراجعه کرده و نمونه گیری به روش آسان، بر اساس معیارهای ورود انجام شد. ابتدا پژوهشگر در شیفتهای صبح در واحد مراقبتهای دوران بارداری بیمارستان ام البنین (س) حضور یافته و پس از توضیح کلی در مورد اهداف پژوهش به مادران باردار نزدیک به موعد زایمان که در هفته های ۳۶-۴۰ بارداری بوده، تمایل به شرکت در مطالعه داشته و واجد شرایط بودند، پس از تکمیل فرم رضایت نامه کتبی؛ پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک و شادمانی آکسفورد تکمیل گردید. در همان جلسه، شماره تلفن افراد گرفته شده و جهت داشتن تماس مستمر، در فاصله زمانی مانده به تاریخ احتمالی زایمان، با آنها تماس تلفنی گرفته شده و لزوم اطلاع دادن به پژوهشگر به محض بستری در اتاق زایمان یادآوری می گردید. مرحله بعدی جمع آوری اطلاعات در زایشگاه بیمارستان ام البنین (س) بود که کمک پژوهشگری که از وضعیت نمرات پرسشنامه شادمانی آکسفورد بی اطلاع بود، بعد از تماس واحدهای پژوهش، در زایشگاه حضور یافته و با شروع فاز فعال زایمان؛ پرسشنامه رفتارهای مقابله ای با درد زایمان، از اتساع ۳-۵ سانتی متر دهانه رحم تا زایمان هر نیم ساعت در طول انقباضات رحمی تکمیل شد.

ابزار گردآوری داده ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک حاوی سه بخش مشخصات فردی، سوابق بارداری و زایمان و سؤالات سبک زندگی، پرسشنامه شادمانی آکسفورد و پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان بود. پرسشنامه شادمانی آکسفورد شامل ۲۹ سؤال با مقیاس شش نقطه ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) می باشد که توسط واحد پژوهش تکمیل می گردید. محدوده نمرات از ۲۹ تا ۱۷۴ بوده و به سه سطح شادمانی پایین (کمتر مساوی ۱۰۰)، متوسط (۱۰۱-۱۳۱) و بالا (بیشتر مساوی ۱۳۲) تقسیم شد (۶). روایی ترجمه فارسی پرسشنامه شادمانی آکسفورد توسط هادی نژاد با برآورد اعتبار صوری و محتوا توسط تعدادی از متخصصان در سال ۱۳۸۵ انجام شده است. پایایی این پرسشنامه نیز توسط وی در سال

دست دادن کنترل بیشتری داشتند (۱۱). برابر در مطالعه خود که ارتباط بین روشهای مقابله و شادمانی را مورد سنجش قرار داده بود، بین بعضی روشهای مقابله و شادمانی ارتباط مثبتی یافت (۲۲). رضایی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه خود دریافتند رابطه ای منفی بین راهبردهای مقابله با درد و افسردگی وجود دارد (۲۳) و تامپاویون در مطالعه خود ارتباط ترس از زایمان را با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان، معنی دار یافت (۱۱).

مطالعات محدودی در باره شادمانی و ارتباط آن با بارداری و زایمان صورت گرفته است و در مورد ارتباط شادمانی با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان تا کنون شواهد ثبت شده ای وجود ندارد. در ثانی، بیشتر تحقیقات در حوزه پزشکی به هیجانان منفی از جمله ترس و اضطراب و ناراحتی در حاملگی اختصاص یافته و شواهدی پیرامون ارتباط هیجانان مثبتی چون شادمانی وجود ندارد. با توجه به تفاوت در آستانه تحمل درد افراد و واکنش به آن، که در قالب رفتارهای قابل مشاهده بروز می یابد و نیز ارتباط احتمالی آن با سطوح هیجانی و خلق و خوی آنان، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی با هدف تعیین ارتباط سطح شادمانی در بارداری با رفتارهای مقابله ای با درد زایمان انجام دهد تا نتایج این تحقیق بتواند جهت شناسایی سطح شادمانی مادران باردار و رفتارهای حین درد زایمان به کار رود. همچنین در اداره بالینی زائو علاوه بر علائم فیزیولوژیک و آزمایشات کلینیکی، دو مقوله فوق نیز گنجانده شده و شیوه برخورد و حمایت اختصاصی برای آن تشریح گردد.

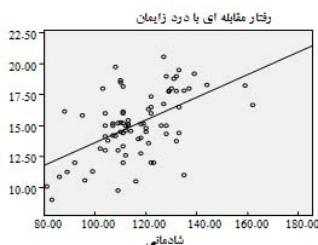
روشها

پژوهش حاضر مطالعه همبستگی یک گروه دو مرحله ای بوده که به صورت کور برگزار شد و نمونه پژوهش شامل ۸۰ زن باردار واجد شرایط پژوهش مراجعه کننده جهت مراقبتهای دوران بارداری به بیمارستان ام البنین(س) مشهد در سال ۱۳۹۰ می باشد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، سن حاملگی بر اساس LMP یا سونوگرافی سه ماه اول، بیشتر مساوی ۳۶-۴۰ هفته (به خاطر نزدیک بودن به موعد زایمان)، سواد خواندن و نوشتن، تمایل به زایمان طبیعی در بیمارستان ام البنین(س)، عدم آموزش مدون در زمینه روشهای کاهش درد زایمان، عدم سابقه بیماری طبی و روانی، داشتن حاملگی کم خطر، عدم اندیکاسیون جهت سزارین و نداشتن مشکلات گفتاری، شنیداری یا لهجه ای مانع برقراری ارتباط با پژوهشگر، می باشد. معیار ورود به مرحله دوم پژوهش شامل: تمایل به ادامه شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری طبی در فاصله مرحله اول و دوم پژوهش، شروع شدن زایمان حقیقی، نمایش قله سر جنین، عدم استفاده از داروی تجویزی توسط پزشک یا ماما یا داروی گیاهی طی ۲۴ ساعت گذشته جهت شروع درد زایمان، سن بارداری ترم و عدم مشکلات

جدول ۱: فراوانی مشخصات فردی، سوابق بارداری و زایمان؛ سبک زندگی و متغیرهای اصلی زنان باردار مورد پژوهش

متغیر	رتبه متغیر	تعداد	درصد
تعداد بارداری	بارداری اول	۳۷	۴۶/۳
	بارداری دوم	۲۶	۳۲/۵
	بارداری سوم و بالاتر	۱۷	۲۱/۲
تعداد زایمان	نخست زا	۴۱	۵۱/۳
	چند زا	۳۹	۴۸/۷
	خانه دار	۷۴	۹۲/۵
وضعیت اشتغال	محصل	۲	۲/۵
	شاغل	۴	۵
	ورزش نمی کردند	۶۰	۷۵
ورزش	کمتر از دو ساعت	۱۳	۱۶/۲
	۲-۴ ساعت	۵	۶/۳
	بیشتر از ۴ ساعت	۲	۲/۵
مدت تفریح هفتگی	کمتر از ۴ ساعت	۵۹	۷۳/۸
	۴-۸ ساعت	۱۹	۲۳/۷
	بیشتر از ۸ ساعت	۲	۲/۵
مدت امور مذهبی در شبانه روز در شبانه روز	کمتر از نیم ساعت	۱۲	۱۵
	۱/۵-۰/۵ ساعت	۵۱	۶۳/۷
	بیشتر از ۱/۵ ساعت	۱۷	۲۱/۳
نحوه مراقبتهای دوران بارداری	منظم	۶۹	۸۶/۲
	نامنظم	۱۱	۱۳/۸
	پایین	۹	۱۱/۳
شادمانی	متوسط	۵۸	۷۲/۵
	بالا	۱۳	۱۶/۲
	نامطلوب	۱۳	۱۶/۳
رفتار مقابله ای با درد زایمان	قابل قبول	۴۰	۵۰
	مطلوب	۲۷	۳۳/۷

با وجود همبستگی بین میزان شادمانی و رفتارهای مقابله ای با درد زایمان با آزمون اسپرمن ($p = 0/000$ و $r = 0/465$)، از آزمون رگرسیون خطی برای پیش بینی تغییر در نمره رفتار مقابله با درد زایمان به ازای تغییرات نمره شادمانی استفاده گردید (نمودار ۱).



(نمره شادمانی × ۰/۰۹۲) + ۰/۴۴۱ = میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان

نمودار ۱: رابطه بین شادمانی در بارداری و رفتارهای مقابله ای با درد زایمان

۱۳۸۵ از طریق بازآزمایی با فاصله زمانی ۴ هفته و ضریب همبستگی ۷۸٪ که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود، تأیید شده است (۴،۲۴). در این پژوهش نیز پایایی آن به روش آلفای کرونباخ $r = 0/733$ سنجیده شد. پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان، شامل ۶ زیر گروه و ۲۱ گزینه درباره حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدن، درجه تن آرامی و وضعیت تنفسی می باشد. این پرسشنامه از اتساع ۳-۵ سانتی متر دهانه رحم تا زایمان، هر نیم ساعت تکمیل گردیده و میانگین نوبتهای پایش محاسبه شد. محدوده نمرات حاصل از این پرسشنامه ۲۱-۷ بوده و به سه سطح نامطلوب (۷-۱۱)، قابل قبول (۱۶-۱۲) و مطلوب (۱۷-۲۱) تقسیم شد (۱۱). از این پرسشنامه به عنوان ابزاری روا در کشور تایلند استفاده شده است (۲۹-۲۵). جهت روایی این پرسشنامه که به زبان تایلندی بود، بعد از کسب اجازه، ابتدا ترجمه آن به زبان انگلیسی صورت گرفت؛ سپس به فارسی برگردانده شده و روایی محتوای آن تأیید شد. در جهت تأیید پایایی پرسشنامه مشاهده ای رفتار مقابله ای با درد زایمان از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برای هر یک از زیر گروههای آن شامل حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدنی، درجه تن آرامی و وضعیت تنفسی به ترتیب پایایی ۰/۹۴، ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ به دست آمد. بعد از جمع آوری داده ها، توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۶، تجزیه و تحلیل صورت گرفته و از آزمونهای آماری کراسکال والیس، من ویتنی، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپرمن و پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سن واحدهای پژوهش ۲۵/۱ سال با انحراف معیار ۴/۹ و در فاصله سنی ۱۸ تا ۳۵ سال بود. بقیه اطلاعات در جدول ۱ مشاهده می شود.

همچنین نتایج نشان داد میانگین نمره شادمانی $15/2 \pm 116/2$ و میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان $2/6 \pm 15/1$ بود. رفتارهای مقابله ای با درد زایمان در حداقل ۴ نوبت و حد اکثر ۱۲ نوبت از دیلاتاسیون ۳-۵ سانتی متر تا زایمان (هر نیم ساعت) ثبت شد که شامل ۶ زیر گروه حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدنی، درجه تن آرامی و وضعیت تنفسی بود. در هر فرد میانگین رفتار مقابله ای محاسبه شد. در هر فرد رابطه سطح شادمانی با میانگین رفتار مقابله ای، توسط آزمون همبستگی اسپرمن سنجیده شد و نتایج نشان داد که سطح شادمانی با میانگین رفتارهای مقابله ای با درد زایمان ارتباط معنی دار دارد ($p = 0/001$ و $r = 0/444$) به این معنی که هر چه سطح شادمانی در بارداری بیشتر باشد، رفتارهای مقابله ای با درد زایمان مطلوبتر و نمرات آن بالاتر می رود.

نتایج حاصل از آزمون‌های آماری، شادمانی و رفتار مقابله ای با درد زایمان با برخی مشخصات دموگرافیک (مشخصات فردی، سوابق بارداری و زایمان و سوالات سبک زندگی) و متغیرهای مربوط به روند زایمان ارتباطی معنی دار داشت که در جدول ۲ موجود می باشد.

رابطه خطی همبستگی بر اساس آزمون رگرسیون به شرح زیر می باشد:

بر این اساس، میانگین رفتار مقابله ای با درد زایمان به ازای ۱ واحد افزایش نمره شادمانی، ۴/۵۳۳ افزایش می یابد. بر اساس

جدول ۲: ارتباط شادمانی و رفتارهای مقابله ای با درد زایمان با برخی متغیرهای مداخله گر در واحدهای مورد پژوهش

متغیر اصلی	متغیر مرتبط	نوع آزمون	Pvalue
شادمانی	وضعیت اشتغال	کراسکال والیس	۰/۰۰۲
	ورزش	من ویتنی	۰/۰۰۰
	مدت تفریح	آنالیز واریانس یکطرفه	۰/۰۴۳
	مدت امور مذهبی	آنالیز واریانس یکطرفه	۰/۰۰۱
	طول فاز فعال مرحله اول زایمان	اسپیرمن	۰/۰۰۰
	میانگین شدت درد	اسپیرمن	۰/۰۰۰
رفتار مقابله ای با درد زایمان	نظر مادر درباره درد زایمان	کراسکال والیس	۰/۰۱۸
	تجربه زایمان قبل	کراسکال والیس	۰/۰۰۶
	مدت امور مذهبی	آنالیز واریانس یکطرفه	۰/۰۰۰
	طول فاز فعال مرحله اول	اسپیرمن	۰/۰۰۰
	میانگین شدت درد	اسپیرمن	۰/۰۰۰
	اضطراب بدو ورود به مرحله دوم پژوهش	کراسکال والیس	۰/۰۰۱

رفتارهای مقابله ای با درد زایمان شواهد کمی وجود دارد. اما نتایج مطالعه حاضر با مطالعه تامپاویون (۲۰۰۵) همسو می باشد. در این مطالعه میانگین رفتارهای مقابله ای در دو گروه کنترل و تجربی (گروهی که در کلاسهای آمادگی زایمان شرکت کرده بودند)، با هم مقایسه شده بود. میانگین رفتارهای مقابله ای در گروه کنترل، مشابه نمونه های مطالعه حاضر بود (۱۱).

نتایج مطالعه نشان داد هر چه سطح شادمانی در بارداری بیشتر باشد، رفتارهای مقابله ای با درد زایمان مطلوبتر و نمرات آن زیادت می شود. در توجیه این مطلب می توان گفت که هورمون‌هایی که در پاسخ به ترس، تنش، اضطراب و درد حین زایمان ترشح می شود مانند کاتکول آمینها، کورتیزول، اپی نفرین و بتا اندروفین ها، می توانند از یک طرف باعث اختلال در پیشرفت زایمان شده و از طرف دیگر بر عضلات صاف رحم اثر کرده باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کاهش کارایی آن در روند زایمان شوند به طوری که در نهایت باعث طولانی شدن زایمان، افزایش درد، خستگی و مقابله نامطلوب با درد می شوند (۳۱). از طرفی مطالعات متعدد نشان داده است که سطح استرس، اضطراب و هورمون‌های فوق در افراد شادمان، پایین تر و در افراد مضطرب و افسرده بالاتر می باشد (۳۰). بنابراین از لحاظ تنوریک، شادمانی با مکانیسم‌های فیزیولوژیک می تواند با کاهش میزان اضطراب، خستگی و درد، رفتارهای مقابله مطلوبتری را برای مادر به ارمغان بیاورد.

برخی مشخصات فردی، سوابق بارداری و زایمان و سوالات سبک زندگی و متغیرهای مربوط به روند زایمان که با شادمانی و رفتارهای مقابله ای با درد زایمان ارتباط معنی دار آماری داشت.

بحث

پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط سطح شادمانی با رفتارهای مقابله ای درد زایمان به عنوان یک رویکرد به بعد مثبت روان انسان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که شادمانی زنان باردار از میانگین متوسط به بالایی (۱۱۶/۲) برخوردار می باشد. نتیجه مطالعه حاضر با مطالعه جیسوستی و همکاران (۲۰۰۵) در تایلد که بر روی ۴۳۸ زن باردار انجام شد همخوانی دارد (۶). در مطالعه چنک و پیکر (۲۰۰۹) نیز که در تایوان انجام شد و سطح شادمانی در ۴۶ زن باردار سنجیده شده بود، میزان شادمانی از متوسط تا بالا بود (۳۰). از آنجایی که شادمانی علاوه بر مسائل فردی، به شدت متأثر از حمایت‌های اجتماعی می باشد و در بارداری به دلیل حمایت‌های عاطفی، دور از انتظار نیست که سطح شادمانی بالاتر باشد و این نشان می دهد که اگر چه بارداری به عنوان وضعیتی بحرانی در چرخه زندگی زنان مطرح است و تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی بسیاری را به همراه آورده و استرس زاست اما به دلایل فوق و همچنین به دلیل احساس خود شکوفایی و تثبیت هویت زنانه و توانایی فرزند آوری و خلاقیت، باعث افزایش احساس خوشبختی و شادمانی در زنان باردار سالم می شود (۵). در مورد

واحدهای پژوهش بر نحوه پاسخگویی آنها اثر داشت که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود و پژوهشگر در چنین مواردی، صحت اظهارات واحد پژوهش را ملاک قرار داده است. ریزش نمونه و طولانی شدن روند نمونه گیری به دلایل دو مرحله ای بودن طرح و عدم همکاری در مطلع ساختن پژوهشگر جهت زایمان (علیرغم تأکید فراوان در مصاحبه حضوری و تلفنی) و دخالت‌های گاه بی مورد مامایی (تسریع زایمان و تزریق مخدر) که باعث خروج واحد پژوهش می شد، نیز از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می شود

نتیجه گیری

اگرچه هنوز خط پایه تعریف شده ای برای اظهارات کلامی و غیر کلامی درد (رفتارهای مقابله ای با درد) وجود ندارد و تحقیقات انگشت شماری در این موارد صورت گرفته است اما به نظر می رسد نیاز به شناسایی رفتارهای حین درد و اداره درد بر اساس آن وجود داشته باشد. بر طبق نتایج این مطالعه، رفتارهای حین درد بیانگر شدت درد و احساسات بیمار است و عوامل مثبت نقش مهمی در فرایند مقابله مطلوب می کنند و به خصوص شادمانی می تواند به فرد این توانایی بالقوه را بدهد که مقابله ماهرانه تری داشته باشد. متأسفانه عملکرد بالینی مراقبین به ندرت بر اساس رفتارهای بیمار است و فقط به علائم فیزیولوژیک، آزمایشات کلینیکی و مراحل جسمانی زایمان اکتفا می کنند. و جای احساسات و مفاهیم ذهنی و شناختی زایمان در مراقبت مامایی خالی است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح از پایان نامه مامایی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می باشد که بدین وسیله از حمایت‌های ایشان و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و پرسنل زایشگاه ام النین (س)، به جهت همکاری بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود.

از نظر هدف کلی، اگرچه مطالعه مشابهی وجود نداشت و امکان مقایسه دقیق نتایج غیر ممکن است اما نتایج این مطالعه، با مطالعات باربر و ریم (۱۹۹۳) در یک راستاست. باربر و ریم در مطالعات خود که ارتباط بین سبک‌های مقابله و شادمانی را مورد سنجش قرار داده بودند، بین بعضی روش‌های مقابله و شادمانی، ارتباط مثبتی یافتند (۳۲،۳۲). ولسکو (Wolsko) و همکاران (۲۰۰۷) نیز در مطالعه خود دریافتند شادمانی با رفتارهای مقابله ای ارتباط دارد اما این پژوهش در فرهنگ دیگری (مردمان بومی آلاسکا) انجام شده و جامعه پژوهش را مردان و زنان ۱۴-۹۴ سال تشکیل می دادند. از این رو نتایج این پژوهش نیز قابل تعمیم و مقایسه با پژوهش حاضر نیست (۳۳). همچنین نتایج این مطالعه تأییدی بر مطالعه اصغری و گلک (۱۳۸۴) است. ایشان در مطالعه خود به ارتباط راهبرد های مقابله با درد و درد مزمن پرداخته و یافته هایشان حاکی از این است که رابطه معنی داری بین شدت درد، ناتوانی جسمی و افسردگی و برخی راهبردهای مقابله ای وجود دارد. در این پژوهش اولاً درد مزمن مورد بررسی قرار گرفته بود در صورتی که درد زایمان دردی حاد می باشد و ثانیاً جامعه پژوهش آن متفاوت است و مقایسه آماری امکان پذیر نیست (۱۷).

از دیگر عوامل مؤثر بر درد زایمان، سطح روحی روانی افراد مانند اضطراب، افسردگی، بارداری ناخواسته، درجه کنترل شخصی درد، تجارب قبلی و کیفیت محیط اطراف می باشد (۱۴) که در این مطالعه ارتباط برخی از این متغیرها و متغیرهای مربوط به روند زایمان مانند رتبه بارداری و زایمان و ... سنجیده شد و رابطه معنی داری به دست نیامد که شاید به این خاطر است که حجم نمونه جهت هدف اصلی مطالعه تعیین شده و برای رسیدن به ارتباط اینگونه متغیرها نیاز به حجم نمونه بالاتری می باشد. در مورد شادمانی نیز ارتباط متغیرهایی مانند سن، تحصیلات، درآمد و ... ارزیابی شد که ارتباط معنی دار آماری نداشت.

در این مطالعه ارتباط متغیرهای اصلی با هم و ارتباط آنها با متغیرهای دیگر که بیشتر ماهیت روانی داشتند؛ معنی دار شد. تفاوت‌های فردی و وضعیت روحی روانی و حتی محیطی

References

1. Jafari A, Abedi M, Liyaghatdar M. Happiness in Students of the Isfahan Medical Sciences University, Degree and Effective Factors. *Teb va Tazkie*. 2004; - (54): 15- 23. (Persian)
2. Omidian M. Mental Health and Happiness Among Students of the Yazd University. *Studies in education and psychology*. 2006; 10 (1): 101- 16. (Persian)
3. Moradi M, Jafari S, Abedi M. Happiness and Personality : A review study. *Advances in Cognitive Science*. 2005; 7 (2): 60- 71. (Persian)

4. Hadinejad H, Zareei F. Reliability, Validity and Normalization of the Oxford Happiness Questionnaire. *Psychology research*. 2009; 12 (1- 2): 62- 77. (Persian)
5. Jannati y, Khaki N. *Psychiatry in Midwifery*. Tehran. Jamenegar Publisher. 2005; 144-5
Jayasvasti K, Kanchanatawan B. Happiness and Related Factors in Pregnant Women. *J Med Assoc Tha*. 2005; 88 (4). 220-5
6. Hagstrom P, Wu S. Are Pregnant Women Happier? Racial Differences in the Relationship between Pregnancy and Life Satisfaction. 2010; Online at <http://mpr.ub.uni-muenchen.de/24853>
7. Sable M, Libbus M. Pregnancy Intention and Pregnancy Happiness: Are They Different? *Maternal and Child Health Journal*. 2000; 4 (3): 191-7
8. Veenhoven R. Effects of Happiness on Physical Health and the Consequences for Preventive Health Care. Earlier versions of this paper were presented at the 3rd European Conference on Positive Psychology in Braga. Portugal. 2006; 3-6
9. Tang N, Salkovskis P, Hodges A, Wright K, Hanna M, Hester J. Effects of Mood on Pain Responses and Pain Tolerance: An Experimental Study in Chronic Back Pain Patients. *Pain*. 2008; 138 (2): 392-401
10. Tampawiboon K. Effect of Childbirth Preparation on Fear, labor Pain Coping Behaviors and Childbirth Satisfaction in Primiparas. Master's Thesis. Mahdiol university in Tailand. 2005
11. Niven, c; Gijsbers, k. Coping With Labor Pain. *pain and symptom management*. 1996; 11(2):116-25
12. Khorsandy M, Ghofranipur F, Heidarnia A, Faghihzade S, Akbarzade A, Vafai M. Self-efficacy for Labor and Childbirth in Pregnant Women. *Medical Council of Islamic Republic of Iran*. 2008; 26 (1): 95-89. (Persian)
13. Roohani Mashhadi S. Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain During First Stage of Labor at 17 Shahrivar Hospital in Mashhad in 2005- 2006. A Thesis presented for the Master of Science Degree in Midwifery: School of Nursing & Midwifery of Mashhad. 2006
14. Ghanjavi A, Paghande T, Ebrahimi Nejad Gh. The Quality and Intensity of Labor Pain Based on Mc Gill Pain Questionnaire in Parturient Women Admitted in the Maternity Ward of Afzalipour Hospital in Kerman. *J Kerman Univ Med Sci*. 2010; 18 (2): 164. (Persian)
15. Sisto T, Kaaja R, Ylikorkata O, Halmesmaki E. Reduced Pain Tolerance During and After Pregnancy in Women Suffering from Fear of Labor. *Pain*. 2001; 93 (2): 123-7
16. Asghari Moghaddam M. Gholak N. Role of Coping strategies with pain in coping with chronic pain. *Daneshvar raftar*. 2005; 12 (10): 1 – 23. (Persian)
17. Aldvin M, Carolin M. *Stress, Coping and Development: An Integrative Perspective*. The Guilford press. New York. 2007
18. Brunner, Lillian Shultis. *Pain Treatment, Health Check, Critical Thinking, Ethical Decision And the Nursing Process* (Brunner & Suddarth). Sami Puran. Tehran: Boshra; 2000; 18-9 (Persian)
19. Kushan M, Vaghei S. *Psychiatric Nursing (Mental Health 1)*. Tehran. Andishe Rafia Publisher. 2007; 91-3
20. Lubna A. Methods of Coping With Labor Pain Used by Jordanian Women. *Transcultural Nursing*. 2007; 18(1): 35-40
21. Barber j. An Examination of Happiness and it's Relationship to Community College Students Coping Strategies and Academic Performance. Morgan State University. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Education. 2010

22. Rezai S, Afsharnejad T, Kafi M, Soltani R, Fallahkohan S. Relationship Between Depression and Coping Strategy With Chronic Back Pain: A Controlled Study of Pain Intensity and Duration. *Daneshvar raftar*. 2009; 16(81): 63-74. (Persian)
23. Hills, P., Argyle, M. The Oxford Happiness Questionnaire: A Compact Scale for the Measurement of Psychological Well-being. *Personality and Individual Differences*. 2002. 33 (7), 1073–82
24. Sangrunnapaphan, P. Husband Participation During Labour on Anxiety and Coping Behaviour of Primigravidas at Srinagarind Hospital Khon Kaen Province. Master's Thesis. Mahdiol university in Tailand; 1988
25. Sodsang, W. The Effects of Nursing Support During Labour on Labour Pain Coping Behaviours and the Perception of Childbirth Experience of First-time Mothers. Master's Thesis. Mahdiol university in Tailand; 2005
26. Threenate, S. Effects of Childbirth Preparation Program Emphasizing Husbands Support on Pain Level and Pain Coping Behaviours During Delivery of Primigravida. Master's Thesis. Mahdiol university in Tailand; 2001
27. Supradith, B. Effects of Husband Preparation for Spousal Support on Husbands and Wives Satisfaction and Pain Coping Behaviour During Labour. Master's Thesis. Mahdiol university in Tailand; 2002
28. Sindamrong, S. Marital Relationship, Self- efficacy in Labor Pain Coping. And Pain Coping Behavior During Labor of the First Time Mothers. Master's Thesis. Mahdiol university in Tailand; 2004
29. Cheng Ch, Pickler R. Maternal Psychological Well-Being and Salivary Cortisol in Late Pregnancy and Early Post-Partum. *Stress and Health*. 2009: Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com)
30. Aliakbari S, Jamalian R, Khohan Sh. Valai N. Impact of Childbirth Preparation on Labor Pain and Length of Delivery Time. *Feiz*. 2001; 4 (3): 41-48. (Persian)
31. Rim, Y. Happiness and Coping Style. *Person Individ Diff*. 1993. 14(4): 617-8
32. Wolsko, Ch; Lardon, C; Mohatt, G; Orr, E." Stress , Coping and Well -being Among the Yup 'ik of the Yukon –Kuskokwim Delta : The Role of Enculturation and Acculturation". *Int J Circumpolar Health*. 2007; 66 (1): 51-61
33. Huang CM, Tung WS, Kuo LL, Chang YJ. Comparison of Pain Responses in Premature Infants to Heelstick Between Containment and Swaddling. *J of Nurs Research* 2004;12 (1) :31-9

The Relationship between Happiness during Pregnancy, And Labor Pain Coping Behaviors

Nahid Golmakani¹, *Bibi Marzie Hashemi Asl², Seyed Alireza Sadjadi³, Said Ebrahimzade⁴

1. MSc, Instructor, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. MSc student, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. Assistant Professor of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-e-Sina Hospital, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. MSc, Instructor of Biostatistics, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

*Corresponding author: Email: hashemiam881@mums.ac.ir

Abstract

Background: Happiness is accounted for one of the psychological health criteria, and is considered as one of the six fundamental emotions- in human beings. Labor pain is also considered as one of the exclusive experiences, which demands pregnant women's ability to cope with it. Happiness may give this potential ability to the pregnant women to apply skillful coping methods to tolerate the labor pain, but there is no registered evidence about this relationship.

Aim: To determine the relationship between happiness during pregnancy and labor pain coping behaviors.

Method: In this correlational study 80 low risk pregnant women, in the 36 – 40 weeks of pregnancy, who have referred to Omolbanin Hospital for prenatal care were selected using convenience sampling. Demographic information and the level of happiness were measured during pregnancy using Oxford Happiness Questionnaire. Labor pain coping behaviors were measured during contractions, and each half an hour from the dilatation of 3–5 cm till delivery using Labor Pain Coping Behaviors Observation Form. Data were analyzed with SPSS version 16 using Kruskal-Wallis, One- way ANOVA, Mann-Whitney tests and Spearman and Pearson correlation coefficients.

Results: The frequency of low, medium and high level of happiness was 11.3%, 72.5%, and 16.2% respectively. Also, 16.3% of the pregnant women showed unfavorable, 50% acceptable, and 33.7% favorable labor pain coping behaviors. The results of Spearman's correlation test revealed that there was a significant relationship between pregnancy happiness and the mean score of labor pain coping behaviors, ($p = 0.000$, and $r = 0.444$), i.e. higher levels of happiness during pregnancy is associated with more favorable labor pain coping behaviors.

Conclusion: The parturient's behavior during labor indicates her level of emotion. So in parturient's clinical management, in addition to physiological signs and clinical examinations these two issues should be considered as well.

Keywords: Childbirth, Happiness, Labor, Labor pain coping behavior, Pregnancy

Received: 25/01/2012

Accepted: 15/05/2012