مقاله اصیل پژوهشی

مطالعه کیفی تجارب و درک زنان نخست‌زا از پدیده‌زایمان در مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های آموزشی، درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فریده وزیری[1]، زهرا خادمیان[2]، بهار مرشد بهبهانی[3]

چکیده

زمینه و هدف: زنان در طول فرایند زایمان تجارب مهمّی به دست می‌آورند که در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند. کیفیت این تجارب، سلامت مادر و فرزندش و ارتباط عاطفی آن‌ها و عملکرد جنسی او را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد. این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجارب مرتبط با زایمان نخست‌زایان طراحی گردید.

روش تحقیق: مطالعه کیفی حاضر در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی، درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. روش انتخاب نمونه‌ها مبتنی بر هدف بود. داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۱۷ زن نخست‌زا با زایمان طبیعی و بدون عارضه به دست آمد. اطلاعات جمعیت‌شناسی با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری و مصاحبه‌ها در طیّ ۲۴-۴۸ ساعت اول پس از زایمان انجام شد. داده‌ها به روش آنالیز محتوا تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، چهار درون‌مایه در ارتباط با اولین تجربه زایمانی از مفاهیم استخراج گردید. اولین درون‌مایه، تفاوت تجربه و انتظار و بدین معنی بود که برخی از مشارکت‌کنندگان به طور کلّی، زایمان خود را بهتر از حدّ انتظار و بیشتر موارد زایمان خود را بدتر از حدّ انتظار تجربه کردند. دومین درون‌مایه، راهبردها در مواجهه با درد و بدین معنی بود که مشارکت‌کنندگان این مطالعه با رویکرد معنوی و مذهبی و یا با رویکرد جسمانی سعی کردند با درد زایمان روبه‌رو شوند. دو درون‌مایه دیگر نیاز به حمایت و بینشی نو به زایمان طبیعی بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این تحقیق، زنانی که برای اولین بار زایمان را تجربه می‌کنند، ممکن است انتظارات واقع‌گرایانه‌ای نسبت به‌زایمان طبیعی نداشته باشند و با رویارویی با واقعیت زایمان، مهار فردی خود را از دست بدهند و تقاضای سزارین کنند؛ بنابراین لازم است به نقش کلاس‌های آمادگی برای زایمان توجه بیشتری معطوف گردد؛ همچنین حمایت بیشتر از زنان در حال زایمان علاوه بر تمرکز بر سلامت جسمی مادر و جنین توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: زایمان اول، درد زایمان، زایمان، زایمان طبیعی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱؛ ۹ (۳): ۲۲۶-۲۳۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۴/۱۵ **تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۸/۰۷**

[1] نویسنده مسؤول، کارشناس ارشد مامایی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران
آدرس: شیراز- میدان نمازی- دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)- گروه مامایی
تلفن: ۰۷۱۱۶۲۷۹۱۳۱ نمابر: ۰۷۱۱۶۲۷۹۱۳۵ پست الکترونیکی: roose82003@yahoo.com
[2] کارشناس ارشد پرستاری و دانشجوی دکتری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران
[3] عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

مقدمه

بارداری و زایمان، فرایندهای فیزیولوژیکی طبیعی و وقایعی هیجان‌انگیز و مهم در زندگی هر زن و خانواده وی می‌باشند. در کشورهای پیشرفته دنیا تجربه زایمان هر چند در ذات خود غیر قابل پیش‌بینی است، می‌بایست یک واقعه مثبت با حداقل خطر برای پیامدهای مضر باشد (۱). زنان در طول فرایند زایمان تجارب مهمّی به دست می‌آورند که در طول زندگی همواره با آن‌ها باقی می‌ماند (۳،۲). لیبر و زایمان یک رویارویی فیزیکی و روانی را به نمایش می‌گذارد که زنان می‌توانند توسط آن احساسات ژرفی از قدرت و موفقیت را استنتاج کنند یا بر عکس احساساتی چون خشم، گناه و جریحه‌دار شدن احساسات را تجربه نمایند (۵،۴). جنبه‌های منفی فرایند زایمان به زمان بیشتری برای یکپارچه کردن ذهن و نجات از آشفتگی نیاز دارد. تجربه جامعی که زنان از فرایند زایمان به دست می‌آورند، یک پیامد مهم است. کیفیت این تجارب سلامت مادر و فرزندش و ارتباط عاطفی آنها، فعالیت جنسی و تمایل به داشتن فرزند بعدی او را در آینده تحت تأثیر قرار می‌دهد. عواملی مانند موارد مرتبط با بارداری، عوارض، انتظارات، درد، شکل مراقبت‌ها و حمایت‌ها همگی تجربه زنان از زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهند و بالاخره حمایت مهمترین عامل محوری برای تجربه مثبت است (۷،۶).

در کشورهای غربی، پس از کاهش مرگ‌ومیر مادران و مرگ‌ومیر حوالی تولّد، تجربه زایمان اهمیت زیادی پیدا کرد و تحقیقات کمّی و کیفی متعدّدی مرتبط با تجربه زایمان انجام شد. این کسب دانش در ارتباط با تجربه زایمان به ارائه‌دهندگان مراقبت‌ها در ارتقای کیفیت مراقبت‌هایشان کمک شایانی کرد (۹،۸)؛ از جمله در تحقیق Waldenstrom زنان مورد مطالعه در فرایند زایمان درد شدید و درجات گوناگونی از تنش را تجربه کرده و در یک مرحله از زایمان بشدت ترسیده بودند. طول مدّت لیبر، حمایت از طرف ماما و مشارکت در فرایند زایمان از اجزای مهمّ تجربه زایمان بوده است (۱۰). در مطالعه Ayers زنان در هنگام لیبر و زایمان دچار درماندگی شده، آشفته و نومید بودند و از اتفاقات بعدی حین لیبر درک درستی نداشتند (۱۱).

امّا تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع مختلف ایجاب می‌کند که تجارب انسانی در هر جامعه‌ای جداگانه مطالعه گردد. در ایران تحقیقات معدودی در ارتباط با تجارب زایمانی صورت گرفته است. بیگی و همکاران، یک مطالعه کیفی با عنوان «تجربه زنان از درد زایمان» را در اصفهان انجام دادند. بر طبق این تحقیق درد زایمان ماهیت خاصی دارد که شامل خصوصیاتی از نظر نوع و محل آن و احساس منفی یا مثبت توأم با آن است و حمایت خانواده و گروه پزشکی می‌تواند درد زایمان را کاهش داده و آن را قابل تحمل کند (۱۲). ولی‌زاده و بایرامی نیز در خوی و مرند تجربیات زنان نخست‌زا از درد زایمان را بررسی کرده و نتیجه گرفتند که زنان با دو روش فیزیولوژیک و روانی با درد زایمان سازگار می‌شوند. در این پژوهش زنان با رفتارهایی مانند دوش‌گرفتن، راه رفتن، زور زدن و درازکشیدن به پهلو به تسکین درد خود کمک می‌کرده‌اند (۱۳)؛ هر چند که درد در اندازه‌های مختلف جزء جداناپذیر تجربه زایمانی زنان است که در این دو مطالعه مورد تمرکز قرار گرفته است؛ در تحقیق حاضر سایر جنبه‌های این تجربه نیز بررسی شد؛ از طرفی سازمان جهانی بهداشت میزان ۱۵٪ سزارین را برای زایمان‌ها توصیه کرده است اما امروزه میزان بالای سزارین در جهان تبدیل به نگرانی در حیطه بهداشت جامعه شده است (۱۴). علت رایج درخواست سزارین از طرف زنان در سطح جهان، ترس‌های مرتبط با زایمان است (۱۵)؛ جامعه ما نیز دچار مشکل افزایش میزان سزارین بنا به درخواست مادر می‌باشد. در مطالعات انجام‌شده در سطح زایشگاه‌های شهر تهران، ۲۲٪ از زایمان‌های سزارین بنا به درخواست مادر و ترس از درد زایمان در ۷۱٪ موارد علت این درخواست بوده است (۱۶). پر واضح است که جامعه ما در کاهش میزان مرگ‌ومیر مادران و حوالی تولّد موفق بوده است اما تمرکز بر شاخص‌های کمّی و بالینی مانند مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از زایمان نمی‌تواند پیچیدگی تجارب انسانی را شرح دهد و وقت آن است که ابعاد گوناگون تجارب زنان در امر زایمان مورد بررسی و در طراحی خدمات مورد توجه قرار گیرد؛ بنابراین با توجه به کمبود دانش در زمینه تجربه‌های مرتبط با زایمان در ایران این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجارب مرتبط با زایمان نخست‌زایان طراحی گردید تا نتایج آن در بهبود تجارب زایمانی زنان جامعه و کاهش درخواست سزارین مورد استفاده قرار گیرد.

روش تحقیق

در این تحقیق که به روش کیفی و در تابستان و پاییز سال

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

۱۳۹۰ انجام شد، زنانی که برای نخستین زایمان به بیمارستان‌های آموزشی، درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: زایمان طبیعی بدون به کارگیری فورسپس و واکیوم، نمایش سفالیک، زنده به دنیا آمدن نوزاد و سنّ حاملگی ۳۷ هفته یا بیشتر. افرادی که هر گونه بیماری طبّی، اختلال روحی و روانی، سابقه مصرف داروهای مؤثر بر روان یا سابقه نازایی و اعتیاد به مواد مخدر داشتند از مطالعه حذف شدند. افراد مورد مطالعه، در مراکز بهداشتی یا درمانگاه‌های وابسته به بیمارستان‌های آموزشی تحت مراقبت‌های معمول دوران بارداری بودند و آموزش‌های خاص (مانند شرکت در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک) ندیده بودند.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ۱۷ زن نخست‌زا به دست آمد. اطلاعات جمعیت‌شناسی با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری گردید. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد. پس از مراجعه به بخش‌های بعد از زایمان و بررسی معیارهای ورود به مطالعه در پرونده نخست‌زایان، اهداف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان شرح داده می‌شد و در صورت تمایل و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، مصاحبه انجام می‌شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت‌شده کاملاً محرمانه خواهد بود و هر وقت که بخواهند می‌توانند از شرکت در مطالعه انصراف دهند. مصاحبه‌ها در ۲۴-۴۸ ساعت اول پس از زایمان انجام شد. محل انجام مصاحبه اتاق خلوتی در بخش‌های بعد از زایمان بود. مصاحبه‌ها تقریباً ۳۰-۴۵ دقیقه به طول می‌انجامید.

مصاحبه با یک سؤال باز شروع می‌شد؛ مانند: درباره زایمان خود صحبت کنید و با سؤلات اکتشافی و عمق‌دهنده ادامه می‌یافت. تحلیل داده‌ها در فاصله زمانی کوتاهی از تولید داده‌ها و به روش آنالیز محتوا انجام شد. ابتدا مصاحبه‌ها به طور کامل ضبط و سپس کلمه به کلمه نسخه‌برداری می‌شد؛ پس از آن هر مصاحبه چند بار به طور کامل خوانده می‌شد تا معنی کلّی مصاحبه استنباط شود؛ سپس مصاحبه به صورت خط به خط خوانده می‌شد و تجزیه و تحلیل در سه مرحله انجام می‌گرفت. در مرحله اول به مفاهیم و عبارات معنی‌دار کد داده می شد؛ سپس کدهای مرتبط با هم یک طبقه را تشکیل داده و بعد طبقات مرتبط در هم ادغام شده و یک مضمون اصلی را تشکیل می‌دادند. به منظور افزایش دقت و اعتبارپذیرشدن یافته‌ها، پس از هر مصاحبه و کدگذاری داده‌ها، مفاهیم جمله‌ها از نظر هر مشارکت‌کننده مورد تایید قرار می‌گرفت و در صورتی که داده جدیدی به دست می‌آمد به کدها اضافه می‌شد؛ همچنین از شیوه بازنگری خارجی به منظور افزایش اعتبار یافته‌ها استفاده شد؛ بدین صورت که کدها و طبقات استخراج‌شده از نقل قول‌ها به طور مستقل در اختیار دو نفر از اساتید با تجربه در امر تحقیق کیفی قرار داده شد. در نام‌گذاری برخی درون‌مایه‌ها تفاوت اندکی ملاحظه شد که با مورد بحث قرار گرفتن موضوع نظر مشترک و نهایی حاصل و تغییرات اعمال شد.

یافته‌ها

در این تحقیق میانگین سنّی افراد مورد مطالعه ۵/۲۶±۲۳/۹ سال (۱۷-۳۲ سال) بود. از نظر سطح سواد ۴۷/۰۵٪ (۸ نفر) دیپلم، ۲۹/۴۱٪ (۵ نفر) زیر دیپلم و ۲۳/۲۵٪ (۴ نفر) لیسانس بودند. حاملگی ناخواسته در هیچ‌یک از افراد گزارش نشد. تجربه زایمان نخست‌زایان در چهار درون‌مایه اصلی، تفاوت تجربه و انتظار، راهبردها در مواجهه با درد، نیاز به حمایت و بینشی نو به‌زایمان طبیعی ساختاربندی شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جملات معنی‌دار، طبقات به دست آمده و درون‌مایه‌ها ارائه شده است.

تفاوت تجربه و انتظار: بدین معنی است که برخی از افراد در این مطالعه به طور کلّی زایمان خود را بهتر از حدّ انتظار و بیشتر افراد زایمان خود را بدتر از حدّ انتظار تجربه کرده بودند. بدتر از حدّ انتظار بودن هم شامل شدّت درد و هم طول مدّت زایمان است. مشارکت‌کنندگان در دوران بارداری انتظارات خود را با دریافت اطلاعات از مادر، بستگان، رسانه‌های جمعی، مشاهده مستقیم زایمان دیگران شکل داده بودند. افرادی که تجربه آنها بدتر از حدّ انتظار بود، چنین بیان کردند:

«آن طور که فکر می‌کردم نبود؛ سخت بود؛ خیلی سخت بود؛ فکر نمی‌کردم صبح شود؛ دیشب واقعاً سخت بود.»

یکی از افرادی که زایمان و درد آن برایش کم‌اهمیت جلوه داده شده بود، اظهار داشت: «فکر نمی‌کردم خیلی سخت باشد. مادرم می‌گفت: من زایمانم آسان بوده تو هم به من می‌روی؛

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

زایمانت آسان است؛ مثل پریودی دل‌درد و کمردرد، ولی خیلی شدید بود اصلاً قابل مقایسه با پریودی نبود.»

مشاهده لیبر دیگران نیز درک درستی از زایمان برای برخی از افراد در این تحقیق ایجاد نکرده بود؛ بنا به نقل از یکی از افراد شرکت‌کننده: «یک بار در دوران حاملگی خونریزی داشتم و بستری شدم؛ دردهای زایمانی که دیده بودم خیلی کمتر از مال خودم بود؛ شاید من درد آنها را احساس نکرده بودم.»

فرد دیگری که طولانی‌تر شدن بیش از حدّ انتظار مدّت‌زمان زایمان را تجربه کرده بود: «می‌گفتند زایمان آسان و بهتر از سزارین است؛ فقط یکی دو ساعت درد داری... .»

فرد دیگری زایمان را واقعه‌ای تجربه‌شدنی نه توصیف‌شدنی دانست و گفت: «دوست و آشناها می‌گفتند زایمان سخته ولی من که نکشیده بودم نمی‌فهمیدم؛ گوش می‌کردم ولی نمی‌فهمیدم چی چیه ...؛ تا نکشی نمی‌فهمی؛ باید بکشی تا بفهمی.»

در صورتی که زایمان توسط اطرافیان برای مشارکت‌کننده هراسناک جلوه داده شده بود، در ابتدا اضطراب و هیجان منفی بروز کرده و به طور کلّی اگر که تجربه بهتر از انتظار بود، رضایت از زایمان را فراهم می‌نمود؛ مانند این دو نفر:

«می‌گفتند زایمان طبیعی خیلی سخته؛ خواهر شوهر، مادر شوهر، هم‌عروس، می‌گفتند فقط خدا کمکت کنه؛ خدا به دادت برسه؛ موقعی که اومدم بیمارستان خیلی گریه کردم ولی بعدش که رفتم تو بخش زایمان، خیلی درد نداشت؛ خیلی سخت نبود.»

فرد دیگری اظهار داشت: «کلّاً راحت‌تر از آن چیزی بود که فکر می‌کردم.»

راهبردها در مواجهه با درد: راهبردها در مواجهه با درد بدین معنی است که مشارکت‌کنندگان این مطالعه با رویکرد معنوی و مذهبی و یا با رویکرد جسمانی سعی کرده بودند با درد زایمان روبه‌رو شوند. رویکرد معنوی و مذهبی شامل دعا کردن و درخواست کمک از خدا و توسل و رویکرد جسمانی شامل سفت‌کردن عضلات، زورزدن و شل‌کردن عضلات می‌باشد. در بسیاری از موارد نیز بخصوص در اواخر لیبر، مشارکت‌کنندگان نتوانسته بودند با درد زایمان کنار بیایند؛ رفتارهای مشارکت‌کنندگان در این موارد، بروز شدید هیجان و از دست دادن مهار شخصی با تظاهر گریه و فغان و فریاد، درخواست تسریع زایمان و سزارین و در خواست‌های دیگر مانند انتقال زودهنگام به اتاق زایمان بود.

جدول ۱- خلاصه ای از جملات معنی‌دار، طبقه‌بندی و ایجاد درون مایه‌ها

جملات معنی‌دار	طبقات	درون‌مایه
فکر می‌کردم زایمان باید خیلی سخت باشه ولی اینجوری نبود.	بهتر از حدّ انتظار بودن	تفاوت تجربه و انتظار
درد برایم مشکلی نبود دردها کمتر از اونی بود که فکر می‌کردم.		
می‌گفتند زایمان آسان است، فقط یکی دو ساعت درد داری.	بدتر از حدّ انتظار بودن	
اگر می‌دونستم زایمان اینقدر سخته، حامله نمی‌شدم.		
موقعی که درد داشتم همه‌اش صدای امام‌ها زدم، از اون‌ها کمک خواستم، جار [صدای] خدا زدم.	رویکرد معنوی و مذهبی	راهبردها در مواجهه با درد
من از جدّش [جدّ بچه] کمک خواستم.		
یک کمی زور زدن بهتر است، بهتر از درد رو تو خودت نگه داشتن است.	رویکرد جسمانی	
خیلی درد داشتم، داد می‌زدم وحشتناک!	بروز هیجان	
دوست دارم که کارکنان بهتر با مردم صحبت کنند و رفتار کنند.	ارتباط مناسب	نیاز به حمایت
دوست داشتم کارکنان با من دوست بودند که آدم احساس راحتی بکنه.	برخورد دوستانه	
همین که تو رو آدم یه لبخند بزنن کافیه، آدم روحیه می‌گیره.	حمایت روحی و عاطفی	
میگن داد نزن پس چکار کنیم. در برابر این دردا چکار باید بکنیم.	ارائه راهکار	
دیشب که اومدم تو بخش، بیماران سزارینی را که دیدم، واقعاً دیدم حال خودم خیلی بهتره، من داشتم راه می‌رفتم، درد نداشتم.	مقایسه و پیدایش نگرش مثبت	بینشی نو به‌زایمان طبیعی
خیلی سخت بود، خیلی واقعاً سخته، برای بعدی سزارین می‌شم، به دیگران هم می‌گم سزارین بشوند.	سختی زایمان و پیدایش نگرش منفی	

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

دو مشارکت‌کننده رویکرد معنوی و مذهبی خود را این‌گونه توصیف کردند: «موقعی که درد داشتم، همه‌اش صدای امام‌ها زدم؛ از اون‌ها کمک خواستم؛ جار [صدای] خدا زدم؛ واقعاً هم کمکم کردند؛ یک ساعت شد که زایمان کردم؛ فکرشو نمی‌کردم.»

اونا [کارکنان] هیچ کاری نمی‌توانستند بکنند؛ من از جدّش [جدّ بچه] کمک خواستم.»

مشارکت‌کننده دیگری با زورزدن و سفت‌کردن خود را تسکین داده است:

«یک کمی زورزدن بهتر است؛ بهتر از درد رو تو خودت نگه‌داشتن است؛ اولش خودم رو سفت می‌کردم ولی بعد با شل‌کردن و زورزدن بهتر می‌شد.»

فرد دیگری که هنگام زایمان هیجان شدیدی داشته، گفت: «خیلی درد داشتم؛ داد می‌زدم وحشتناک؛ خیلی خواستم که سزارین بشم ولی گفتند اینجا بیمارستان دولتی است باید بمانی تا لحظه آخر، اگر نتونستی سزارین می‌شی.»

فرد دیگری درخواست خود را این گونه توصیف کرد: «می‌گفتم منو از اینجا ببرید؛ کار دیگه‌ای نمی‌خوام؛ ببریدم اتاق زایمان که من احساس کنم دیگه دارد می‌آید.»

بروز هیجان شدید هنگام زایمان پیامدهای منفی نیز داشته است؛ از جمله اختلال بیشتر در ارتباط با ماما و سایر کارکنان پزشکی، عدم توجه به توصیه‌های ماماها مانند زورزدن بموقع و آلودگی صوتی ناشی از فغان و فریاد و ترسیدن زائوهای دیگر. مشارکت‌کننده‌ای ارتباطش با کارکنان را این گونه توصیف کرد: «می‌گفتم سزارینم کنید؛ بچه نمی‌خوام؛ سزارینم کنید؛ کارکنان خیلی از دستم ناراضی بودند؛ کلّاً زایشگاه رو روی سرشان گذاشته بودم.

فردی دیگری تأثیر بر زن دیگر را این طور توصیف کرد: «سه نفر توی اتاق درد بستری بودند؛ یکی از اون‌ها وقتی فریادهای منو دید ترسیده بود و می گفت می‌خوام سزارین بشم.»

نیاز به حمایت: نیاز به حمایت بدین معنی است که مشارکت‌کنندگان این مطالعه برای سپری‌کردن ساعات آخر بارداری خود نیازهایی بیش از انجام وظیفه صرفاً طبّی و مامایی داشته‌اند. آنان نیازمند برقراری ارتباط مناسب با کارکنان پزشکی، همدلی، حمایت عاطفی از طرف کارکنان و نزدیکان، ارائه راهکار مناسب برای سازگاری با درد و دریافت اطلاعات مناسب مرتبط با سیر زایمان خود بوده‌اند.

مشارکت‌کننده‌ای نیاز به برخورد و ارتباط مناسب کارکنان را چنین توصیف کرد: «دوست دارم که کارکنان بهتر با مردم صحبت کنند و رفتار کنند؛ مثلاً خانمی که باردار است و داره زایمان می‌شه، باید یک جوری رفتار بکنند که آروم بشه نه تند باهاشون برخورد کنند؛ دوست داشتم پرسنل با من دوست بودند که آدم احساس راحتی بکنه؛ راستش آدم اذیت می‌شه، ترس برش می‌داره.»

بسیاری از مشارکت‌کنندگان بروز هیجان مانند فریاد و فغان در حین لیبر را طبیعی و راهی برای تسکین درد و آرامش دانسته و از این که به دلیل رفتار خود از طرف مراقبین زایمان سرزنش شده‌اند، آزرده و رفتارهای ساده‌ای مانند لبخندزدن مراقبین را موجب تقویت روحیه خود دانسته‌اند؛ مانند این مشارکت‌کننده: «هی میگن داد نزن، چون دادزدنش طبیعیه، خیلی‌زایمان سخته، واقعاً اگر داد نزنی خفه می‌شی؛ اگر داد بزنی کمی بهتره، کمی خالی می‌شی؛ همین که تو رو آدم یه لبخند بزنن کافیه، آدم روحیه می‌گیره.»

و گاهی نیاز به همدلی برخی زنان را وادار به فریاد و فغان کرده است:

«با جیغ‌زدن احساس می‌کنم دردم کمتره، حداقل آنها [کارکنان] می‌فهمند درد می‌کشم؛ می‌خواهم یکی باهام همدردی کنه، ولی اونا [کارکنان] چون عادت کردند، اصلاً همدردی نبود.»

فرد دیگری با وجود قدردانی از زحمات کارکنان انجام وظیفه طبّی و مامایی مراقبین اتاق زایمان را چنین توصیف کرد: «پرسنل خوب بودند خدا را شکر. اون‌ها نمی‌فهمن تو چی می‌کشی، اون‌ها حرف خودشون رو می‌زنند و کار خودشون رو می‌کنند؛ هر چی می‌گی درد دارم می‌گن زایمان همینه، حالا بعضی‌هاشون تجربه نکردند زایمان رو، نمی‌فهمند که! مادر نشده‌اند؛ این همه زائو میاد و میره، دارن کارشون می‌کنن خدا خیرشون بده.»

مشارکت‌کننده ای نیاز به ارائه راهکار مناسب برای سازگاری با درد را چنین توصیف کرد: «موقعی که میگفتند زور بزن، داد نزن اینجاش خیلی سخت بود، میگن داد نزن پس چکار کنیم. در برابر این دردا چکار باید بکنیم.»

مشارکت‌کننده دیگری رضایت از دریافت اطلاعات را چنین

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

توصیف کرد: «می‌گفتم درد دارم؛ فشار می‌آید؛ می‌گفتند سر بچه است؛ کمکم می کردند خیلی خوب بود، دستشون درد نکنه.»

بینشی نو به زایمان طبیعی: بدین معنی است که برخی از مشارکت‌کنندگان این مطالعه پس از زایمان، احساس و نگرش مثبت و یا منفی نسبت به زایمان طبیعی پیدا کردند.

مشارکت‌کننده‌ای که هم خودش در حین لیبر درخواست سزارین داشته و هم در اواخر لیبر کاندید سزارین بوده با مشاهده و مقایسه این طور گفته است: «دیشب که اومدم تو بخش، بیماران سزارینی که دیدم واقعاً دیدم حال خودم خیلی بهتره، من داشتم راه می‌رفتم، درد نداشتم، خیلی خوشحال بودم که این کار [سزارین] نشده، من الان هیچ دردی ندارم، فقط یه خورده بخیه‌هاست که این هم خودش خوب میشه؛ سزارین چه جوری بگم حالاحالاها این دردو دارند.»

مشارکت‌کننده‌ای که شبی طولانی و سخت را پشت سر گذاشته، عدم تمایل به باروری مجدّد را ذکر کرده است: «الان که می‌گم اصلاً بچه نمی‌خوام، به شوهرم هم موقع ملاقات گفتم همین یه دونه.»

مشارکت‌کننده‌ای که زایمان سختی را به زعم خود تجربه کرده بود، گفت: «خیلی سخت بود، خیلی واقعاً سخته، من همش می‌گفتم سزارین بشم، برای بعدی سزارین می‌شم خیلی سخته، به دیگران هم می‌گم سزارین بشوند.»

بحث

در تحقیق حاضر، زنان نخست‌زایی که تحت مراقبت‌های معمول دوران بارداری بودند و در مراکز آموزشی، درمانی زایمان کردند، ارزیابی شدند. زنان با سطوح مختلف سواد در این مطالعه شرکت داشتند که از نقاط قوت مطالعه می‌باشد. تجارب مرتبط با زایمان حاصل از این مطالعه در چهار درون‌مایه تفاوت تجربه و انتظار، راهبردها در مواجهه با درد، نیاز به حمایت و بینشی نو به زایمان ساختاربندی گردید. تحقیق در ۲۴-۴۸ ساعت اول پس از زایمان انجام شد که در این زمان ممکن است سرور ناشی از مادرشدن، موجب بازگونکردن برخی از تجارب و محدودیت‌های مطالعه شده باشد.

طبق این مطالعه بیشتر زنان مشارکت‌کننده، زایمان را بدتر از انتظار خود توصیف کردند. این تفاوت تجربه و انتظار، شدّت و طول مدّت درد را در بر می‌گیرد. به عقیده Nilsson و Lundgren، هنگامی که زنان در لیبر با واقعیت دور از انتظار روبه‌رو می‌شوند، دچار آشفتگی هیجانی شده، اعتماد به نفس آنها کاهش می‌یابد (۱۷)؛ هر چند در این تحقیق انتظارات مشارکت‌کنندگان از درد، قبل از زایمان بررسی نشد و مصاحبه، یک بار پس از زایمان انجام شد که این امر می‌تواند از نقاط ضعف این پژوهش باشد؛ اما Shapiro و همکاران، در تحقیق خود که قبل و بعد از زایمان صورت گرفته بود، دریافتند که ۳۶٪ از زنان باردار در انتظار درد شدید در هنگام زایمان می‌باشند؛ در حالی که پس از زایمان ۶۵٪ درد شدید را تجربه کرده بودند (۱۸). Waldenstrom در مطالعه خود دریافت که نخست‌زاها نسبت به چندزاها دردی شدیدتر از حدّ انتظار تجربه می‌کنند (۱۹). در مطالعه Gibbins و Thomson، از هشت نفر مشارکت‌کننده در ۳ نفر درد تجربه شده در هنگام زایمان از درد مورد انتظارشان کمتر بوده است. طول لیبر نیز در این مطالعه در ۶ نفر کوتاهتر و در ۲ نفر طولانی‌تر از حدّ انتظار، تجربه شده است (۲۰). Fenwick و همکاران، در مطالعه کیفی خود در استرالیا دریافتند که بیشتر زنان رویکرد واقع‌بینانه نسبت به زایمان دارند اما برخی نیز انتظارات غیر واقع‌بینانه و یا انتظارات رومانتیک از زایمان داشته‌اند. انتظار آسان و سریع‌بودن زایمان اگر چه گاهی قابل دسترسی است، موجب نومیدی در هنگام تجربه واقعی زایمان می‌گردد (۲۱). زنانی که تجربه آنها بهتر از انتظارشان بوده، نسبت به کسانی که تجربه‌شان بدتر از انتظارشان بوده است، رضایت بیشتری از زایمان داشته‌اند (۲۲) Gibbins و Thomson نیز در مطالعه کیفی خود دریافتند که یکی از آرزوهای مهمّ زنان باردار داشتن یک زایمان سریع است (۲۰)؛ در صورتی که زنان باردار شدّت درد خود را کمتر تخمین بزنند و انتظار صحیح و واقع‌بینانه از زایمان نداشته باشند، قادر نخواهند بود که به طور مناسبی خود را برای زایمان آماده سازند (۲۳). در مطالعه حاضر مادر و سایر بستگان مهمترین عوامل شکل‌دهنده انتظارات زنان از زایمان بوده‌اند و با کم اهمیت جلوه دادن زایمان و دردهای آن و یا برعکس با هراسناک جلوه دادن زایمان ناخواسته به گونه‌ای تأثیر منفی خود را بر جای گذارده‌اند. این نتایج مشابه با مطالعه Tarkka و Paunonen می‌باشد (۲۴). Fenwick می‌نویسد: کلاس‌های تخصصی که توسط حرفه‌ای‌ها مانند ماماها برگزار

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

می‌شود، می‌تواند عامل تأثیرگذار مهمّی بر زنان باردار باشد. این گونه کلاس‌ها زایمان را ترسیم و به زنان باردار دلگرمی داده و چگونگی مهارکردن اوضاع را آموزش می‌دهد (۲۱).

طبق نتایج این تحقیق، رویکرد معنوی و مذهبی، روش مهمّ رویارویی با درد زایمان است که در مطالعات دیگر نیز به این موضوع اشاره شده است. در مطالعه ولی‌زاده و بایرامی نیز همه شرکت‌کنندگان تأثیر تسکین‌دهنده و آرام‌کننده دعا و نذر را توصیف کرده‌اند (۱۳). تأثیر صوت قرآن کریم در کاهش تنش زنان باردار قبل از سزارین توسط آجرپز و همکارش تایید شده است (۲۵). در یک مطالعه کیفی که در زنان با فرهنگ‌های گوناگون در ارتباط با درک درد زایمان انجام شده، زنان مسلمان به طور کلامی هیجان خود را بروز داده و خود را در پناه خدا قرار داده و از او کمک می‌گرفتند (۲۶). در مطالعه Graham و همکاران، پس از زایمان، زنانی که خود را عضو یک مذهب معرفی کرده بودند، خشم و غضب کمتری نسبت به سایر زنان داشتند. یک توضیح برای این ارتباط این است که آنان با مشیت الهی کنار آمده‌اند (۲۷). به کارگیری روش‌های معنوی و دعاکردن با افزایش اعتماد به نفس موجب افزایش خودکارآمدی فرد در مدیریت فرایند زایمان می‌شود. زنان مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر با استفاده از رویکرد جسمانی مانند زورزدن در حین انقباضات، سفت‌کردن عضلات و حتی شل‌کردن عضلات نیز به تطابق با درد پرداخته‌اند. این رفتارهای ابتدایی در ذات خود نوعی انحراف ذهن از درد می باشد. با استفاده از تمرینات لاماز می‌توان زنان را برای تطابق با درد زایمان آماده کرد و از رفتارهایی مانند زورزدن نابه‌هنگام که ممکن است نتایج مضرّی نیز داشته باشد، اجتناب کرد. برخی از مشارکت‌کنندگان در این مطالعه بخصوص در اواخر لیبر هیجان شدید داشته و در واقع مهار فردی بر رفتار خود را از دست داده‌اند. در یک مطالعه کمّی که توسط Christiaens و Bracke در مورد زنان بلژیکی و هلندی انجام شد، مهار شخصی رضایت زایمانی را بهبود بخشیده و اثر درد بر رضایت را کاهش داده است. مهار شخصی قویترین پیشگویی‌کننده رضایت زایمانی است و موجب توانمندشدن زنان می‌گردد؛ حتی اگر آنان به انتظارات خود دست نیابند؛ اگرچه تسکین دارویی درد زایمان بهترین راه حل کوتاه مدّت برای تسلط و مهار است اما مهار شخصی، فواید طولانی مدّتی را ایجاد می‌کند. اگر زنان فعالانه در فرایند زایمان مشارکت کنند، در تجربه مهار و تسلط، توانمند شده وکارآمدی‌شان برای زایمان بعدی افزایش می‌یابد (۲۸)؛ علاوه بر این طبق مطالعه حاضر هیجان زیاد تبعات منفی مانند اختلال در ارتباط با ماما و سایر کارکنان پزشکی، عدم توجه به توصیه‌های ماماها و آلودگی صوتی ناشی از جیغ و فریاد و ایجاد ترس در زائوهای دیگر نیز دارد. آماده‌سازی زایمانی با آموزش فنون حفظ مهار نقش مهمّی در مهار و تسلط بر خود حین لیبر و زایمان دارد (۲۸،۲۳).

مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر نیازهای حمایتی گسترده‌ای در حین فرایند زایمان داشتند و به نظر می‌رسد رویکرد صرفاً طبّی و مامایی برای رسیدن به اهداف متعالی حرفه مقدس مامایی کافی نمی‌باشد. مشارکت‌کنندگان خواهان برقراری ارتباط مناسب با کارکنان پزشکی، همدلی، حمایت عاطفی از طرف کارکنان و نزدیکان، ارائه راهکار مناسب برای سازگاری با درد و دریافت اطلاعات مناسب مرتبط با سیر زایمان خود هستند. در مطالعه کمّی Gamble و همکاران، همه مشارکت‌کنندگان ارتباط با مراقبین را مهمّ در نظر گرفته‌اند و اغلب آنان این ارتباط را بسیار مهمّ و یا کاملاً مهمّ رتبه‌بندی کردند (۲۹). حمایت و ارتباط با ماما پیشگویی‌کننده قوی و پایداری برای رضایت از تجربه زایمانی است (۳۰،۲۲). Simkin می‌گوید: ماماها خوبند اما دور از دسترس‌اند و موانع حمایت کافی ماماها از زنان را عواملی مانند مسؤول هم زمان چند زائو بودن، صرف وقت زیاد برای ثبت اطلاعات در پرونده، کار با دستگاه‌های جدید و تعویض نوبت کاری در وسط لیبر زائو بر می‌شمرد و استفاده از همراه تعلیم‌یافته را گزینه مناسبی برای حمایت فیزیکی و هیجانی زنان زائو می‌داند (۳۱).

Beck در مقاله خود مواردی مانند فقدان حمایت و ارتباط حساس، نادیده گرفته‌شدن، ارتباط منفی با مراقبین و فقدان مهار را از علل قابل پیشگیری اختلالات تنشی پس از واردشدن ترومای زایمانی[1] می‌داند (۳۲).

در پژوهش حاضر مشارکت‌کنندگانی که زایمان خود را بدتر از انتظار و سخت و دردناک توصیف کردند، به صراحت اظهار کردند که در بارداری بعدی سزارین را انتخاب خواهند کرد و برخی نیز اجتناب از بارداری بعدی را ذکر کرده‌اند. Karlstrom و

[1] *Post-traumatic stress disorder after childbirth*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

همکاران در سوئد، تمایل زنان به سزارین در حین بارداری و سپس یک سال پس از زایمان را بررسی کردند. میزان تمایل به سزارین در حین بارداری ۷٪ بوده که یک سال پس از زایمان به ۹/۸٪ افزایش یافته است. تجربه منفی زایمانی که با کلماتی مانند زایمان سخت، طولانی و دردناک توصیف شده و احساس ترس و عذاب با تمایل به سزارین مرتبط بوده است. به عقیده این محققان تجربه اولین زایمان اهمیت حیاتی در نگرش به نوع زایمان در بارداری‌های بعدی دارد و کارکنان اتاق درد و زایمان می‌بایست کاملاً متوجه این موضوع باشند (۳۳). برخی از مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از زایمان طبیعی به دلیل بهبودی و بازگشت سریع به زندگی طبیعی و مشارکت در مراقبت از نوزاد و عدم تجربه درد و ناراحتی مربوط به سزارین ابراز رضایت و تمایل به‌زایمان طبیعی در بارداری های بعدی را گزارش کردند که با مطالعه Kassai و همکاران در برزیل همخوانی دارد (۳۴).

نتیجه‌گیری

طبق نتایج حاصل از این تحقیق ممکن است زنانی که برای اولین بار زایمان را تجربه می‌کنند، انتظارات واقع‌گرایانه نسبت به زایمان طبیعی نداشته باشند و رویارویی با واقعیت‌زایمان موجب تحریک هیجان در آنان شده، مهار فردی خود را از دست داده و موجب تقاضای ختم فرایند زایمان به روش سزارین شود؛ همچنین تأثیر خانواده و اطرافیان در شکل‌دادن به انتظارات مشاهده شد؛ بنابراین گسترش نقش کلاس‌های آمادگی زایمانی در ترسیم مراحل زایمان و آموزش روشهای مهار و تسکین غیردارویی درد زایمان برای بهبود تجربه زنان نخست‌زا از زایمان طبیعی ضروری به نظر می‌رسد؛ به علاوه توجه بیشتر ماماها و سایر اعضای گروه پزشکی به نیازهای روانی، معنوی و حمایتی زنان در حال زایمان علاوه بر تمرکز بر سلامت جسمی مادر و جنین توصیه می‌شود. انجام پژوهش‌های بعدی به منظور تبیین تجارب مرتبط با زایمان در فاصله زمانی طولانی‌تری از زایمان و انجام پژوهش بر زنان چندزا و زنان با تجربه زایمان ناموفق پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوّب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره ۵۶۹۱-۹۰ می‌باشد. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از مسؤولین این دانشگاه اعلام می‌دارند.

منابع:

1- Fisher C, Hauk Y, Fenwick J. How social context impacts on women's fears of childbirth: A western Australian example. Soc Sci & Med. 2006; 63 (1): 64-75.

2- Lundgren I. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. Midwifery 2010; 26 (2): 173- 80.

3- Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process. Scientific Medical Journal of Ahvaz University of Medical Sciences. 2008; 7 (50): 32- 38. [Persian]

3- Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process. Scientific Medical Journal of Ahvaz University of Medical Sciences. 2008; 7 (56): 32-38. [Persian]

4- Mozingo JN, Davis MW, Thomas SP, Droppleman P. I felt violated: Women's experience of childbirth – associated anger. MCN. 2002; 27 (6):342-48.

4- Mozingo JN, Davis MW, Thomas SP, Droppleman PG. I felt violated: women's experience of childbirth-associated anger. MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing. 2002; 27 (6):342-48.

5- Bailham D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. Psychology, Health & Medicine. 2003; 8 (2):159-68.

6- Niven CA, Murphy- Black T. Memory for labor pain: A review of literature. Birth. 2000; 27 (4): 244- 53.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

7- Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. Midwifery. 2005; 21 (4): 346-54.

8- Collins K, O'Cathain A. The continuum of patient satisfaction--from satisfied to very satisfied. Soc Sci Med. 2003;57 (12): 2465-70.

9- Lavender T, Walkinshaw S, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. Midwifery. 1999; 15 (1); 40-6.

10- Waldenstrom U, Borg IM, Olsson B, Skold M, Wall S. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth. 1996; 23 (3): 144-53.

11-Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. Birth. 2007; 34 (3): 253-63.

12- Mohammadali Beigi M, Broumandfar K, Bahadoran P, Abedi HA. Women's experience of pain during childbirth. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2010; 15 (2): 77-82.

13- Valizadeh L, Bayrami R, Nulliparous womem's experiences of labor pain: a qualitative study. Nursing & Midwifery Journal of Tabriz. 2009; 4 (15): 25-34. [Persian]

14- Lin HC, Xirasagar S. Maternal age and the likelihood of a maternal request for cesarean delivery: a 5-year population-based study. Am Journal of Obstet Gynecol. 2005; 192 (3): 848-55.

15- Waldenstrom U, Hildingson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG. 2006; 113 (6): 633- 46.

16- Alimohamadian M, Shariat M, Mahmoodi M, Ramezanzadeh. The influence of maternal request on the elective cesarean section rate. Payesh. 2003; 2 (2): 139-33. [Persian]

17- Nilsson C, Lundgren I. Women's lived experience of fear of childbirth. Midwifery. 2009; 25 (2): e1-9.

18- Shapiro A, Freedman B, Zohar E, Olsfanger D, Jedeikin R. Delivery room analgesia: an analysis of maternal satisfaction. Int J Obstet Anesth. 1998; 7 (4): 226-30.

19- Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radstad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth. 2004; 31 (1): 17- 27.

20- Gibbins JM, Thomson A. Women's expectations and experiences of childbirth. Midwifery. 2001; 17 (4): 303-13.

21- Fenwick J, Hauck Y, Downie J, Butt J. The childbirth expectations of a self- selected cohort of western Australian women. Midwifery. 2005; 21 (1): 23- 35.

22- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2002; 186 (5 Suppl Nature):S160-72.

23- Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Medicine. 2008; 6:7.

24- Tarkka MT, Paunonen M. Social support and its impact on mother's experiences of childbirth. J Adv Nurs. 1996; 23 (1): 70-5.

25- Mirbagher AjorPaz N, Ranjbar N. Effects of Holy Quran on anxiety of women before cesarean section: A randomized clinical trial. Journal of Qom University of Medical Sciences. 2010; 4 (1): 15-9. [Persian]

26- Callister LK, Khalaf I, Kartchner R, Julkunen V. The pain of childbirth: Perception of culturally diverse women. Pain Manage Nurse. 2003; 4 (4): 145-54.

27- Graham JE, Lobel M, DeLuca RS. Anger after childbirth: An overlooked reaction to postpartum stressors. Psychology of Women Quarterly. 2002; 26 (3):222-33.

28- Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. BMC Pregnancy and Childbirth. 2007; 7: 26.

29- Gamble J, Creedy DK, Teakle B. Women's expectations of maternity services: a community-based survey. Women and Birth. 2007; 20 (3): 115-20.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

30- Dolatian M, Sayyahi F, Khoda Karami N, Simbar M, Satisfaction rate of normal vaginal delivery and its relative factors among childbearing women in "Mahdiye, Tehran" and "Shaheed Chamran, Boroujerd" Hospitals, 2006. Pejouhandeh Quarterly Research Journal. 2008; 13 (3): 259-68. [Persian]

31- Simkin P. Doulas: nurturing and protecting women's memories of their birth experiences. Inter J Childbirth Educ. 2004; 19 (4):16-19.

32- Beck C, Watson S. Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. Nurs Res. 2010; 59 (4): 241-49.

33- Karlstrom A, Nystedt A, Johansson M. Behind the myth- few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. Midwifery. 2011; 27 (5): 620-27.

34- Kassai KE, Nomura RMY, Benute GRG, Lucia MCS. Women's opinions about mode of birth in Brazil: a qualitative study in a public teaching hospital. Midwifery. 2010; 26 (3): 319-26.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]

Abstract *Original Article*

Qualitative investigation of experiences and perception of primiparous women regarding childbirth in women referring to educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences

F. Vaziri[1], **Z. Khademian**[2], **B. Morshed Behbahani**[2]

Background and Aim: During the process of labor, women develop important experiences which will always remain with them through their lifetime. Quality of these experiences influences both mother's and child's health, their emotional connection and the mother's sexual function in future. This qualitative study aimed at clarifying the primiparous women's experiences regarding childbirth.

Materials and Methods: The present qualitative study was conducted on the primiparous women referring to the educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences selected through purposive sampling. The necessary data was collected through Semi-structured interviews with 17 primiparous women having no complicated vaginal delivery. Demographic information was also gathered using a questionnaire. Interviews were conducted 24- 48 hours after delivery and the obtained data was analyzed applying content analysis.

Results: After data analysis, four themes related to labor experience were extracted. The first theme, difference between the experience and the expectation, means that some participants generally experienced their childbirth better than what was expected and to most of them it was worse than expected. The second theme, strategies for dealing with pain, meant that the participants attempted to confront the labor pain through spiritual-religious and physical approaches. The two other themes covered the need for labor support and a new insight into natural delivery.

Conclusion: According to the results of this study, women who experience childbirth for the first time may not have a realistic expectation regarding natural childbirth, lose their control in facing labor, and ask for caesarean delivery. Therefore, more attention should be paid to childbirth preparation classes. Besides, more support for laboring women, in addition to concentration over maternal and fetal physical health, is recommended.

Keywords: Parity; Parturition; Labor Pain; Pregnancy; Natural Childbirth

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 9 (3): 226-236

Received: July 5, 2012 ***Accepted: October 28, 2012***

[1]*Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran roose82003@yahoo com*
[2] *Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran*

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-03]