Explanation of Stressors in Null parity Mothers Delivery by Cesarean Section: a Qualitative Study

Behzad Imani[1], Sahar Alizade[2]*, Nilofar Mousavi[3]

1. Associate professor, Department of Operating Room, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. MSc student of operating room, Department of Operating Room, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. MSc student of operating room, Department of Operating Room, School of Paramedicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

***Corresponding author:** Sahar Alizade, **Email:** arielalizade@gmail.com, **Tel:** 09213153859

Received: 10 August 2022 **Accepted:** 17 September 2022

Abstract

Background & Aim: Cesarean section is the most common operation in women's life and Due to the importance of mother's experiences of childbirth, the purpose of this qualitative study is to explain the stress factors according to the experience of mothers during this surgery.

Materials & Methods: In this qualitative study that was conducted using conventional content analysis method, 8 cesarean section nulliparity women were randomly selected in Shahid Akbarabadi hospital, Tehran. Then, in addition to observation and library study, deep and semi-structured interviews were arranged for the participants based on the stressors and anxieties faced during cesarean section in operating room and the data were analyzed by using Graneheim & Lundman method.

Results: After the analysis, 8 sub- themes and 3 themes were obtained. The three themes included mothers' lack of knowledge, staff's communication problems, and mother's psychological needs which are considered to be the main stress-causing factors in cesarean section pregnant mothers.

Conclusion: The results showed that many of the needs of primiparous mothers who come to the operating room for caesarean section are not answered.

Keywords: pregnant mothers, nulliparity, cesarean section, stressors, qualitative study

How to cite this article: Imani B, Alizade S, Mousavi N. Explanation of Stressors in Null parity Mothers Delivery by Cesarean Section: a Qualitative Study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2022; Vol 8(2), Fall, pp 1-14. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-500-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

تبیین عوامل تنش‌زا در مادران باردار نخست‌زای سزارینی: یک مطالعه کیفی

دکتر بهزاد ایمنی[1]، سحر علیزاده *[2]، نیلوفر موسوی[3]

۱. دانشیار، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

***نویسنده مسئول:** سحر علیزاده، **ایمیل:** arielalizade@gmail.com، **تلفن:** ۰۹۲۱۳۱۵۳۸۵۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۹ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۶/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: عمل جراحی سزارین شایع‌ترین عمل جراحی در زندگی زنان می باشد و به دلیل اهمیت تجارب مادر از زایمان، هدف از این مطالعه کیفی تبیین عوامل تنش زا طبق تجربه مادران حین این عمل جراحی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کیفی که به روش تحلیل محتوی قراردادی انجام شد، تعداد ۸ نفر از زنان باردار نخست زای سزارینی به روش نمونه‌گیری در دسترس از بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انتخاب شد. سپس علاوه بر مشاهده و مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه‌ای عمیق و نیمه ساختاریافته از شرکت‌کنندگان مبنی بر عوامل تنش زا و اضطراب‌هایی که در اتاق عمل هنگام جراحی سزارین با آن رو به رو شدند صورت گرفت و داده‌ها با استفاده از روش گرانهیم و لاندمن تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بعد از تجزیه و تحلیل، تعداد هشت مضمون فرعی و سه مضمون اصلی به دست آمد که سه مضمون به‌دست‌آمده شامل عدم آگاهی مادران، مشکلات ارتباطی کارکنان و نیازهای روانی مادر بودند که از اصلی‌ترین عوامل تنش زا در مادران باردار نخست زای سزارینی به شمار می‌آیند.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که بسیاری از نیازهای مادران نخست زایی که جهت سزارین به اتاق عمل می‌آیند پاسخ داده نمی‌شود که با مشخص کردن این عوامل درک مادران و کارکنان اتاق عمل را با شفاف‌سازی مفهوم عوامل تنش زا بهبود بخشیدیم.

واژه‌های کلیدی: مادران باردار، نخست زا، سزارین، عوامل تنش زا، مطالعه کیفی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

زایمان یک واقعه قابل‌توجه در زندگی زنان و انتقال به مرحله مادری است (۱). بارداری و زایمان از فرایندهای فیزیولوژیک و طبیعی است (۲) که ممکن است به‌طور بالقوه، مادر را در معرض آسیب و درد قرار دهد و برای نوزادان تهدیدکننده باشد (۳). زایمان معمولاً با همکاری مادر و فرد کمک‌کننده به‌طور طبیعی انجام می‌شود، ولی در موارد معدودی پزشک مجبور می‌شود زایمان را از طریق سزارین انجام دهد (۱). زایمان به روش سزارین در صورتی که جان مادر و یا جنین با خطر همراه باشد، امری ضروری است و جهت نجات جان مادر و نوزاد استفاده از این روش کاملاً طبیعی است (۴). سزارین شایع‌ترین عمل جراحی در حوزه زنان است که بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، شیوع آن در دهه گذشته، رشد ۲۵ درصدی داشته است (۵).

سزارین به معنای خروج یک یا چند نوزاد، یا به ندرت، جنین مرده از طریق برش دیواره شکم و رحم مادر است (۶). به خوبی شناخته شده است که عمل سزارین نقشی بی بدیل در رفع سریع زایمان تحت برخی شرایط پزشکی، مانند دیستوشی، دیسترس داخل رحمی، موقعیت جنین و غیره دارد (۷). عمل سزارین اورژانسی (EmCS) به عنوان یک زایمان سزارین غیر برنامه‌ریزی‌شده تعریف می‌شود که قبل یا بعد از لیبر انجام می‌شود که معمولاً فوری است و اغلب به دلیل شرایط جنین، مادر یا جفت (به عنوان مثال دیسترس جنین، اکلامپسی، حوادث جفت / بند ناف، پارگی رحم، تولد ناموفق به وسیله ابزار و غیره) مورد نیاز است. در حالی که سزارین نقش مهمی در محافظت بالقوه مادر و کودک از آسیب دارد، با خطرات جسمی و روانی کوتاه مدت و بلندمدت همراه است که می‌تواند سال‌ها فراتر از زایمان فعلی باشد و بر سلامت زن، فرزندش و بارداری‌های آینده تأثیر بگذارد. ماهیت این واقعه همراه با مجموعه‌ای از تغییرات سریع روان‌شناختی بعدی ممکن است برای زنان غمناک، اضطراب‌آور و از نظر عاطفی ناراحت کننده باشد (۸). سزارین یکی از ترسناک‌ترین اتفاقات برای مادر است که می‌تواند منجر به استرس و اضطراب شود (۹). ترس از زایمان در زنان باردار نخست زا رایج و شدیدتر از زنان باردار زایمان کرده است (۱۰). فردی که جهت جراحی به اتاق عمل مراجعه می‌کند، به دلیل محیط ناآشنا، صداهای مبهم مانیتور، سروصدای بیماران دیگر و کارکنان اتاق عمل، نگرانی از نتیجه و یا عوارض عمل و بیحسی دچار اضطراب می‌شود (۱۱). شواهد نشان می‌دهند تجارب منفی از تولد نوزاد منجر به اثرات نامطلوبی می‌شود که شامل عدم شیردهی، کاهش عشق به کودک، ناراحتی‌های عاطفی، اختلالات پس از آسیب و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

افسردگی بین مادران هستند. درک تجارب زایمان و معنای آن‌ها در ارائه مراقبت‌های فردی و حساس به فرهنگ در حین و بعد از تولد نوزاد بسیار مهم است (۱۲).

بنابراین چالش‌های پیش روی بیماران در اتاق عمل، برای مادرانی که نوزادی هم در وجود خود دارند نیز چندین برابر بیشتر می‌شود و این خود باعث عوارض ناخوشایند مادری و نوزادی در حین عمل سزارین و حتی در دوره‌ی پس از عمل می‌شود. تجربه‌ای که مادران از تولد نوزاد به دست می‌آورند حتی در فرزندآوری در آینده نیز تاثیر دارد. در نتیجه برای جلوگیری از پیامدهای منفی و ایجاد یک تجربه‌ی مثبت از زایمان سزارین نیاز به تبیین تمام عوامل تنش زا در مادران نخست زای سزارینی و تلاش در جهت برطرف کردن این عوامل می باشد. برای تبیین این عوامل نیاز به تجارب مادران از سزارین می‌باشد و به دلیل نبود مطالعات کیفی در این زمینه بهترین روشی که می‌توان استفاده کرد، روش تحقیق کیفی تحلیل محتوی می‌باشد که هدف ما در این مطالعه تبیین عوامل تنش زا جهت داشتن یک عمل سزارین با آسودگی خاطر برای مادران باردار نخست زا است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی می‌باشد زیرا هدف آن مطالعه و توصیف موضوعی است که نظریه یا پژوهش‌های موجود در مورد آن پدیده محدود می‌باشد (۱۳). مطالعه در بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. ۸ نفر از مادران باردار نخست زا که به دلایل پزشکی در بیمارستان شهید اکبرآبادی عمل جراحی سزارین اورژانسی انجام داده بودند، انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان از زنان باردار نخست زا به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مادرانی بود که تمایل به شرکت در مطالعه داشته، زایمان اول بوده، به دلایل پزشکی تحت عمل سزارین قرارگرفته بودند. مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سال بوده‌اند.

داده‌ها از سه طریق مصاحبه، مطالعات کتابخانه‌ای و مشاهده جمع‌آوری شد. در زمینه مطالعات کتابخانه‌ای در مقاله‌های بسیاری به اضطراب و مشکلات روانی زنان باردار حین، قبل و بعد از سزارین اشاره‌شده که البته بسیاری از این مقاله‌ها به صورت کمی انجام‌شده‌اند و اضطراب را با توجه به پرسشنامه تبیین کرده‌اند. همچنین محقق به عنوان صرفا مشاهده گر، رفتار و حالات مادران نخست زای سزارینی حین و بعد از عمل جراحی در شیفت‌های صبح، عصر و شب مشاهده می‌کرد و مشاهداتی نظیر ترس، اضطراب و سردرگمی‌های مادران با توجه به حالات و رفتارهای آن‌ها در اولین فرصت ثبت می‌شد. مشاهدات سبب بالا بردن اعتبار اطلاعات و دقیق تر شدن

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

کدهای به‌دست‌آمده می‌شد. مصاحبه‌ها بعد از گذشت حدود یک هفته تا ده روز از عمل سزارین به صورت فردی و عمیق و نیمه ساختاریافته انجام شد. مصاحبه‌ها از خردادماه ۱۴۰۰ تا تیرماه ۱۴۰۰ انجام شد و با توجه به تمایل و نظرات شرکت‌کنندگان در بازه زمانی ۶۰-۴۵ دقیقه، در محلی آرام در منزل مشارکت‌کننده صورت گرفت. مصاحبه با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان ضبط شد. برای هدایت مصاحبه در راستای موضوع مورد بررسی از سوالاتی مانند "وقتی کلمه‌ی سزارین را می‌شنوید، چه چیزی به ذهن شما می‌رسد؟" و "تجربه‌ی خود را هنگام انجام عمل جراحی سزارین بیان کنید". لازم به ذکر است که از روش پروبینگ و استفاده از سوالات کاوشی مثل: "بیشتر توضیح دهید؟" و "منظورتان چیست؟" برای تبیین بیشتر جزئیات مورد نظر و افزایش عمق مصاحبه‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها در اولین فرصت با نرم‌افزار وُرد به صورت کلمه به کلمه رونویسی و برای تحلیل آماده شدند. در طول مطالعه به جای اسامی مشارکت‌کنندگان از اعداد (P8...P1, P2, P3) استفاده شد. پژوهشگران در این مطالعه با ۷ مصاحبه به اشباع رسیدند ولی برای اطمینان، ۱مصاحبه دیگر هم انجام دادند که داده‌های به‌دست‌آمده تکرار داده‌های قبلی بودند.

فرآیند تحلیل داده‌ها به روش گرانهیم و لاندمن (۱۴) همزمان با جمع‌آوری داده‌ها شروع شد. بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، مصاحبه کلمه به کلمه در ورد تایپ شد. سپس جهت به دست آوردن یک حس کلی نسبت به داده‌ها، متن مصاحبه چندین بار بازخوانی شد و قبل از انجام مصاحبه بعدی مورد تحلیل قرار گرفت. از بیانیه‌های شرکت‌کنندگان که شامل تجربیات آن‌ها بود، واحدهای معنایی استخراج گردید. خط به خط متن مصاحبه‌ها خوانده و به آن‌ها کد داده شد. سپس کدهایی که دارای معانی مشابه بودند در زیر طبقات قرارگرفته و زیر طبقات بر اساس تشابه، تطابق و تناسب و مرتبط بودن درون طبقات محدودتری قرار گرفتند و در نهایت با تعیین و مشخص شدن الگوها فرایند آنالیز تمام شد. بعد از تحلیل هر مصاحبه، خلاصه‌ای از کدها و الگوهای به‌دست‌آمده برای فرد مشارکت‌کننده خوانده می‌شد و از مشارکت‌کننده خواسته می‌شد که تعیین کنند آیا کدهای استخراج‌شده با تجربیات بیان شده مطابقت دارند؟ و مواردی که ابهام داشت یا نظر مشارکت‌کننده چیز دیگری بود در همان لحظه ابهامات برطرف و اصلاحات لازم انجام می‌شد. در مطالعه حاضر جمع‌آوری داده‌ها و آنالیز به صورت همزمان توسط پژوهشگران انجام شد و زمانی که اشباع اطلاعات به دست آمد و داده‌های به‌دست‌آمده تکرار داده‌های قبلی بودند و طبقه جدیدی حاصل نشد، مصاحبه‌ها متوقف شدند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

برای ریگور مطالعه از چهار معیار قابلیت اعتبار، قابلیت ثبات، تاییدپذیری و قابلیت انتقال پذیری استفاده شد. پژوهشگر به عنوان یک پرستار اتاق عمل به مدت ۲ سال درگیر موضوع و محیط تحقیق بود و به خوبی با مادران باردار در تعامل بود که منجر به مصاحبه‌های عمیق و داده‌های معتبر شد. برای قابلیت اعتبار مطالعه، پژوهشگر درگیری مداوم و طولانی با داده‌ها و مشارکت‌کنندگان داشته و از تکنیک بازبینی برای مشارکت‌کنندگان استفاده کرد. برای قابلیت ثبات نیز از روش بازبینی همکار استفاده شد. به این صورت که پژوهشگر تحلیل‌های ابتدایی و جمع‌آوری‌شده داده‌ها را، پس از کدگذاری اولیه و تشکیل طبقات، در اختیار همکاران تیم خود برای ارزشیابی و اصلاح قرارداد. با توجه به قابلیت ثبات و تاییدپذیری، روش‌های جمع‌آوری داده‌ها (مصاحبه نیمه ساختاریافته، مشاهدات و مطالعات کتابخانه‌ای)، همراه با دقت در تکنیک‌های مصاحبه و تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد. همراه با ارائه نقل قول‌های مادران، شرح کامل دسته بندی ها و همچنین ویژگی‌های شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری داده‌ها، روش تجزیه و تحلیل و از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع برای قابلیت انتقال استفاده شد (۱۵). پژوهش حاضر در دانشگاه علوم پزشکی همدان بررسی و با شناسه اخلاق IR.UMSHA.REC.1400.266 مصوب گردید. معرفی‌نامه به بیمارستان شهید اکبرآبادی جهت انجام مصاحبه صادر شد و پس از اخذ تاییدیه از آن بیمارستان پژوهش شروع گردید. از مشارکت‌کنندگان رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه اخذ شد. حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در طول مطالعه لحاظ شد. زمان و محل مصاحبه نیز با هماهنگی و خواست مشارکت‌کننده تنظیم شد. این مطالعه از دستورالعمل‌های EQUATOR SRQR برای تحقیقات کیفی پیروی کرده است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر پژوهشگران پس از انجام مصاحبه با ۸ نفر از مشارکت‌کنندگان به اشباع اطلاعات رسیدند. ویژگی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره۱ آمده است.

جدول شماره۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

ردیف	سن	تحصیلات	علت سزارین
P1	۲۴	فوق لیسانس	پره اکلامپسی
P2	۲۹	دیپلم	عدم پیشرفت زایمان به صورت طبیعی
P3	۲۲	دیپلم	ترنسورس بودن جنین
P4	۲۵	لیسانس	دیسترس تنفسی جنین
P5	۲۸	فوق لیسانس	بریچ بودن جنین
P6	۲۳	لیسانس	جفت سر راهی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

P7	۳۰	**لیسانس**	**عدم پیشرفت زایمان به صورت طبیعی**
P8	۲۱	دیپلم	پرولاپس بندناف

از این مطالعه ۸ مضمون فرعی و ۳ مضمون اصلی به دست آمد (جدول شماره۲).

جدول شماره۲: مضمون‌های فرعی و اصلی عوامل تنش زا در مادران باردار نخست زای سزارینی

مضمون فرعی	مضمون اصلی
انتقال تجربیات ناخوشایند اطرافیان به مادر باردار عدم آگاهی مادر از بهترین روش جهت بیهوشی برای سزارین ترس از یک محیط ناشناخته و تجهیزات آن	**عدم آگاهی مادران**
بی‌حوصلگی و بی‌توجهی کارکنان اتاق عمل به مادران باردار عدم ارتباط صحیح پزشکان با مادران عدم توضیح اعمال انجام‌گرفته بر روی مادر	**مشکلات ارتباطی کارکنان**
نگرانی مادر بابت مراقبت از نوزاد بعد از عمل ترس از درد کشیدن	**نیازهای روانی مادر**

۱. عدم آگاهی مادران

اصلی‌ترین دغدغه‌ی مادران که مکررا در مصاحبه تکرار می‌شد کدهای مربوط به ترس و اضطراب ناشی از عدم اگاهی بود که شامل ۳ مضمون فرعی انتقال تجربیات ناخوشایند اطرافیان به مادر باردار، عدم آگاهی مادر از بهترین روش جهت بیهوشی برای سزارین و ترس از یک محیط ناشناخته و تجهیزات آن بود.

۱-۱. انتقال تجربیات ناخوشایند اطرافیان به مادر باردار

تجربیاتی که مادران از اطرافیان خود دریافت می‌کنند، تاثیر بسزایی در دیدگاهشان به زایمان دارد و چنانچه این تجربیات ناخوشایند باشند سبب اضطراب و نگرانی زیادی در مادران می‌شوند. مشارکت‌کننده‌ای در این راستا بیان کرد: "...یه بار که داشتم با دوستم درباره سزارین حرف می‌زدم بهم گفت یکی از فامیلاشون پوست نوزادش با تیغ جراحی بریده شده بوده و تا چند وقت درگیر بودن که باعث شده بود من یه ترسی از اتاق عمل و سزارین پیدا کنم..." (P3).

۲-۱. عدم آگاهی مادر از بهترین روش جهت بیهوشی برای سزارین

اکثر مادران با تصور بیهوشی جنرال به اتاق عمل می‌آیند و اطلاعی درباره‌ی بیحسی اسپاینال ندارند و وقتی متوجه این موضوع در اتاق عمل می‌شوند دچار اضطراب فراوانی می‌گردند و به دلیل عدم آگاهی از عوارض بیهوشی جنرال،

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

اصرار به انجام این نوع بیهوشی دارند. مشارکت‌کننده‌ای این‌گونه تجربه خود را بیان نمود:"...اولش به کارشناس بیهوشیم گفتم من میخوام کامل بیهوش شم ولی گفت بیحسی از کمر بهتره هم برای نوزاد و هم برای خودت. موقع بیحس شدن واقعا می‌ترسیدم و اضطراب زیادی داشتم جوری که انقدر بدنمو سفت کرده بودم که دکتر بیهوشی نمیتونست به درستی سوزنو بزنه..."(P2).

۳-۱. ترس از یک محیط ناشناخته و تجهیزات آن

مادرانی که برای اولین بار قرار است یک عمل جراحی را تجربه کنند، به دلیل ناآشنا بودن با محیط اتاق عمل و تجهیزات آن نگرانی زیادی دارند. این نگرانی هنگامی که نوزادی هم در وجود خود دارند بیشتر می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه تجربه‌ی خود را بیان کرد: "...مثلا اون صدایی که دستگاهی که بالای سرم بود میداد شبیه صدای دستگاه توی فیلم های کمایی بود و حس خوبی برام نداشت. یه چیزی هم پشت ساق پام چسبوندن و گفتن برای دستگاهیه که بعنوان کنترل خونریزی استفاده میشه و من اولش فکر کردم مگه روی پا هم قراره کاری انجام بشه..." (P8)

۲. مشکلات ارتباطی کارکنان

به‌طورکلی مادران در دوران بارداری نیاز به توجه و حمایت بیشتری از اطرافیان دارند و به خصوص مادران نخست زا در هنگام زایمان، که اتفاقی شیرین و درعین‌حال تنش زا می‌باشد نیاز به توجهی بیش از حد معمول دارند. این مضمون شامل ۳ مضمون فرعی بی‌حوصلگی و بی‌توجهی کارکنان اتاق عمل به مادران باردار، عدم ارتباط صحیح پزشکان با مادران و عدم توضیح اعمال انجام‌گرفته بر روی مادر بود.

۱-۲. بی حوصلگی و بی توجهی کارکنان اتاق عمل به مادران باردار

بیشترین چیزی که بر روحیه‌ی مادران در اتاق عمل تاثیر دارد، رفتار کارکنان و توجه آن‌ها به مادران است؛ چرا که در اتاق عمل تنها کسانی که با مادران در ارتباط هستند کارکنان می‌باشند. مشارکت‌کننده‌ای در این راستا بیان کرد: "...من تو این فاصله‌ای که برم داخل اتاق و عملم شروع بشه روی برانکارد دراز کشیده بودم و میدیدم که پرسنل همه مشغول به کارهاشون بودن و کسی انگار متوجه من نبود. من هم بعد از چند بار صدازدن از یکی از پرسنل پرسیدم عملم کی شروع میشه و اونم خیلی سرسری جواب داد و رفت..." (P6).

۲-۲. عدم ارتباط صحیح پزشکان با مادران

ارتباط پزشک و یا جراح مربوطه با مادر باردار بسیار مهم می‌باشد. تجربه یکی از مشارکت‌کنندگان به این‌گونه می‌باشد: "...با این که من از وقتی وارد بخش شدم تا وقتی برم اتاق عمل و داشتم برای عمل آماده می‌شدم یه مدتی تو بخش بودم ولی هیچکس نبود که باهام صحبت کنه و دلیل انجام سزارین رو

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

کامل برام توضیح بدن و فقط می دونستم که بخاطر فشار خون بالام باید عمل سزارین انجام بدم و واقعا این سردرگمی خیلی کلافم کرده بود..." (P1).

۳-۲. عدم توضیح اعمال انجام‌گرفته بر روی مادر

ناآشنا بودن مادر با اقداماتی که برایش انجام می‌گیرد سبب اضطراب او می‌گردد. بهتر است هر اقدامی که قرار است برای مادر باردار انجام شود به او توضیح داده شود تا از ترس و نگرانی مادر کاسته شود. یکی از مشارکت‌کنندگان این‌گونه تجربه‌ی خود را تعریف می‌کند: "...وقتی که روی تخت اتاق عمل خوابیدم، خانومی که مسئول بیهوشیم بود شروع کرد به وصل کردن یه سری وسایل به من و از سمت پاهام هم متوجه شدم یه چسبی به پشت ساق پام چسبوندن ولی اصلا بهم نگفتن خب اینا چیه. منم واقعا می‌ترسیدم و استرس داشتم و انجام این کارها بدون اینکه بهم بگن برای چیه خیلی استرسمو بیشتر می‌کرد..." (P4).

۳. نیازهای روانی مادر

اکثر مادران طی مصاحبه اظهار به ترس از درد بعد از سزارین و نگرانی بابت نگهداری از نوزاد داشتند و احساس ناتوانی را بیان نمودند و تعدادی از آن‌ها به دلیل خونریزی و دردی که پس از سزارین داشتند دچار کاهش روحیه و عدم رسیدگی صحیح به نوزاد شده بودند. این مضمون شامل ۲ مضمون فرعی نگرانی مادر بابت مراقبت از نوزاد بعد از عمل و ترس از درد کشیدن بود.

۳-۱. نگرانی مادر بابت مراقبت از نوزاد بعد از عمل

عمل جراحی سزارین برای مادران نخست زا یک اتفاق تنش زا می‌باشد و نگرانی مادر جهت نگهداری از نوزاد بعد از عمل را چندین برابر می‌کند. تجربه‌ی مشارکت‌کننده‌ای در این راستا: "...اصلا دیدگاه خوبی به سزارین نداشتم اخه خواهرم هم عمل سزارین انجام داده بود و تا چند روز درد و خونریزی زیادی داشت و واقعا نگهداری از نوزاد براش سخت شده بود و منم از این بابت خیلی نگران بودم..." (P5).

۳-۲. ترس از درد کشیدن

درد کشیدن مخصوصا در مادران نخست زایی که درد زایمان طبیعی را تجربه کرده ولی موفق به انجام زایمان طبیعی نشده‌اند خود عامل بسیاری از نگرانی‌ها و تنش‌هاست و در این مادران نیاز به حمایت روانی بالایی وجود دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان چنین بیان می‌کند: "...من از همون موقع که تو بخش زایمان بودم تا بیام اتاق عمل خیلی درد کشیدم و به حدی بود که حتی وقتی نوزادم به دنیا اومد اصلا روحیه‌ی لازم برای دیدنش رو نداشتم و واقعا فقط می خواستم این روز هرچی زودتر تموم بشه..." (P7).

بحث

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مفاهیمی از عوامل تنش زا در مادران نخست زا به دست آمد که شامل ۳ مضمون اصلی عدم آگاهی مادران، مشکلات ارتباطی کارکنان و نیازهای روانی مادر می‌باشد. اولین مضمون اصلی به‌دست‌آمده عدم آگاهی مادران بود که اولین مضمون فرعی آن انتقال تجربیات ناخوشایند اطرافیان به مادر باردار بود. مادران در طی دوران بارداری سعی بر دریافت اطلاعات از کسانی که تجربه‌ی بارداری و زایمان داشته‌اند دارند و علاوه بر تجارب مفید ممکن است اتفاقات ناگواری که بسیار هم نادر هستند را نیز دریافت کنند و سبب نگرانی و اضطراب آن‌ها گردد. مطالعه‌ی یی و همکاران نشان داد که سواد سلامت ناکافی مادر با انواع پیامدهای نامطلوب مادری و نوزادی همراه است (۱۶). مطالعه‌ی Morlando و همکارانش نشان داده که زنان با حاملگی در اسکار سزارین قبلی در معرض خطر بالای عود، سقط جنین، زایمان زودرس و جفت آکرتا هستند (۱۷). بنابراین به عنوان مثال خطر حاملگی در اسکار سزارین بعد از انجام عمل جراحی سزارین وجود دارد که ممکن است در اطرافیان مادر باردار وجود داشته و مادر را دچار نگرانی کند ولی با داشتن آگاهی و ارتقای سواد سلامت این‌گونه نگرانی‌ها را می‌توان کاهش داد. دومین مضمون فرعی عدم آگاهی مادر از بهترین روش جهت بیهوشی برای سزارین بود. مادران به دلیل ترس و اضطراب ناشی از عمل جراحی اصرار به انجام بیهوشی جنرال دارند تا نسبت به عمل جراحی هوشیار نباشند اما نسبت به عوارض بیهوشی جنرال برای نوزاد خودآگاهی ندارند. غفاری و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بی حسی اسپاینال در مقایسه با بیهوشی عمومی، روش انتخابی برای سزارین است زیرا نه تنها از بیهوشی عمومی و لوله‌گذاری ناموفق جلوگیری می‌کند، بلکه به دلیل اینکه کنترل موثر درد، تحرک و بازگشت سریع به فعالیت‌های روزانه برای زنانی که تازه مادر شده‌اند فراهم می‌کند و باعث افزایش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود (۱۸). مادران در صورت پیدا کردن آگاهی از این موارد قطعا بیحسی اسپاینال را ترجیح داده و نگرانی کمتری هم خواهند داشت. سومین مضمون فرعی ترس از یک محیط ناشناخته و تجهیزات آن بود. مادران نخست زایی که پیشتر هیچ‌گونه عمل جراحی انجام نداده‌اند و به اتاق عمل نرفته‌اند قطعا درجاتی از اضطراب را نسبت به یک محیط جدید با آن همه تجهیزات جدیدش نشان می‌دهند. در مطالعه اسلامی و همکاران نشان داده شد که آشنایی بیماران با سزارین و محیط اتاق عمل باعث کاهش سطح اضطراب قبل از سزارین و همچنین کاهش نمره درد بعد از عمل شد (۱۹). بنابراین پیشنهاد می‌شود تمهیداتی برای مادران باردار نخست زا در نظر گرفته شود و تمامی نکات مربوط به زایمان طبیعی و زایمان به صورت سزارین به آن‌ها آموزش داده شود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

دومین مضمون اصلی مشکلات ارتباطی کارکنان بود که اولین مضمون فرعی آن بی‌حوصلگی و بی‌توجهی کارکنان اتاق عمل به مادران باردار بود. عمل سزارین از اعمال اورژانس زنان می‌باشد و به همین دلیل کارکنان اتاق عمل در شرایط عمل جراحی سزارین بیشتر از هرچیزی به سلامت مادر و نوزادش فکر می‌کنند و ممکن است از نگرانی و اضطرابی که مادر در وجود خود دارد غافل شوند. در مطالعه Weingarten و همکاران نشان داده شد که در بیمارانی که تحت عمل سزارین قرار می‌گیرند موسیقی با کاهش اضطراب حین عمل همراه است (۲۰). بنابراین کارکنان با پخش یک موسیقی مناسب در اتاق عمل می‌توانند توجه خود را به مادر بارداری که دچار اضطراب شده نشان دهند و از اضطراب حین عمل او کاسته شود. دومین مضمون فرعی عدم ارتباط صحیح پزشکان با مادران باردار بود. مادران نخست زا معمولا به صورت طبیعی زایمان می‌کنند مگر در مواردی که طبق نظر پزشک به دلایل پزشکی ناچار به انجام عمل جراحی سزارین باشند؛ در این موارد حتما پزشک و یا جراح موردنظر باید دلیل انجام سزارین را به‌طور کامل برای مادر توضیح دهد و او را آگاه سازد که این خود می‌تواند سبب کاهش نگرانی و اضطراب مادر گردد. مطالعه‌ی Kirk و همکارش نشان داد که مهارت‌های غیرفنی که به عنوان مهارت‌های منابع اجتماعی، شناختی و شخصی تعریف می‌شوند، به‌طور مناسب به عنوان کلیدی برای یک متخصص زنان و زایمان موثر شناخته می‌شوند و این به راحتی در شرایط زایمان واژینال عملی نشان داده می‌شود. بدون این مهارت‌ها، رابطه با زن، شریک زایمان و تیم بخش زایمان از هم می‌پاشد و حوادث نامطلوب می‌تواند به راحتی رخ دهد (۲۱). بنابراین ارتباط مناسب متخصص زنان و یا جراح با بیمار می‌تواند در موفقیت عمل جراحی سزارین تاثیر بسزایی بگذارد. سومین مضمون فرعی عدم توضیح اعمال انجام‌گرفته بر روی مادر بود. در مطالعه اسلامی و همکاران همچنین نشان داده شد که ماماها و پرستاران باید با شناسایی راهکارهایی برای توانمندسازی و مدیریت نگرانی‌های زنان باردار، نقش موثری در کاهش اضطراب و درد زنان باردار ایفا کنند (۱۹). پس هر اقدامی برای مادر انجام می‌گیرد بهتر است برای او توضیح داده شود.

سومین مضمون اصلی به‌دست‌آمده در این مطالعه، نیازهای روانی مادر باردار بود. اولین مضمون فرعی مربوطه نگرانی مادر بابت مراقبت از نوزاد بعد از عمل بود. در زایمان از طریق انجام سزارین در مقایسه با زایمان به صورت طبیعی بازگشت به فعالیت‌های روزانه زندگی طولانی تر است و حوادث پس از زایمان مانند افسردگی نیز در سزارین بیشتر است و مادر بارداری که به صورت ناگهانی ناچار به انجام سزارین شده است دچار این نگرانی و اضطراب مراقبت از نوزاد بعد از عمل می باشد.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

Xu و همکاران در یک مطالعه متا آنالیز نشان دادند که سزارین و سزارین اورژانسی خطر افسردگی پس از زایمان را افزایش می‌دهد (۲۲). توجه به نیازهای روانی مادر و توضیح شرایط به او می‌تواند از مشکلات روانی پس از سزارین بکاهد. دومین مضمون فرعی ترس از درد کشیدن مادر باردار بود. مادران نخست زا معمولا درجاتی از دردهای زایمان طبیعی را تجربه کرده و سپس به اتاق عمل می‌آیند. Gaudernack و همکاران طی مطالعه‌ای نشان دادند که زنانی که لیبر طولانی مدت دارند، اغلب زایمان از طریق جراحی را تجربه می‌کنند، که یک عامل خطر برای تمایل بعدی به سزارین است (۲۳). مادران نگرانی‌ها و دردهای حین لیبر را تحمل ناپذیر و کلافه کننده می‌دانستند به طوریکه بعد از فروکش دردها حین سزارین دیگر رغبتی به دیدن نوزاد خود در اتاق عمل نداشتند.

نتیجه‌گیری

زنان نخست زا دارای درجاتی از اضطراب جهت زایمان خود هستند و به دلیل اینکه رضایت از اولین زایمان بر شرایط روحی مادر بعد از زایمان و بر زایمان‌های بعدی نیز تاثیر دارد پس مطالعات بیشتری برای حمایت از زنان در این زمینه نیاز است. نتایج این مطالعه نشان داد که عوامل تنش‌زای بسیاری در اتاق عمل برای مادرانی که جهت انجام سزارین می‌آیند وجود دارد و بسیاری از نیازهای مادران نخست زایی که جهت انجام سزارین به اتاق عمل می‌آیند پاسخ داده نمی‌شود و این سبب نگرانی و ایجاد تنش در مادران می‌گردد. اقدامات متعددی را می‌توان برای کاهش عوامل تنش زا در اتاق عمل هنگام عمل جراحی سزارین اعمال کرد. بنابراین لازم است یک برنامه آموزشی جامع برای افزایش آگاهی و حمایت روانی مادران باردار در مورد زایمان و آشنایی آن‌ها با روش زایمان طبیعی و سزارین تدوین شود و یک برنامه آموزشی نیز برای کارکنان اتاق عمل جهت آموزش نحوه‌ی رفتار با مادران و ایجاد یک محیط کاری بدون استرس می‌تواند نقش مهمی در کاهش عوامل تنش زا ایفا کند. پژوهش حاضر عواملی که سبب اضطراب مادران شده را مشخص نموده است و پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتری جهت شناسایی گسترده‌تر وکامل تر این عوامل و یافتن راهکارهایی برای کاهش و رفع این عوامل انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

منابع مالی این پژوهش توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان (شماره ۱۴۰۰۰۴۰۸۳۱۳۸) تامین شده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و تمامی مادران، کارکنان اتاق عمل و پزشکان عزیز که نهایت همکاری را در انجام این پژوهش داشتند کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

نویسندگان هیچ تضاد منافعی را گزارش نکردند.

تعارض منافع

References

1. Zarei M, Mamashli L, Khachian A, Bozorgnajad M, Mohaddes Ardebili F. The Effect of Non-Pharmacological Self-Care Training on Pain Control in Cesarean Section Surgery. HCjournal. 2020;22(1):34-43. [Persain]
2. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. Birth. 2014;41(4):384-94.
3. Handelzalts JE, Zacks A, Levy S. The association of birth model with resilience variables and birth experience: home versus hospital birth. Midwifery. 2016;36(1):80-85.
4. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renecle MD, Jahanfar S, Bohren MA, et al. Prevalence of and reasons for women's, family members', and health professionals' preferences for cesarean section in China: a mixed-methods systematic review. PLOS Med. 2018;15(10):e1002672.
5. De Mucio B, Serruya S, Aleman A, Castellano G, Sosa CG. A systematic review and meta-analysis of cesarean delivery and other uterine surgery as risk factors for placenta accreta. Int J Gynecol Obstet. 2019;147(3):281-91.
6. Petrou S, Khan K. An overview of the health economic implications of elective caesarean section. Appl Health Econ Health Policy. 2013;11(6):561-76.
7. Chen H, Tan D. Cesarean section or natural childbirth? cesarean birth may damage your health. Front Psychol. 2019;10(1):351-58.
8. Benton M, Salter A, Tape N, Wilkinson C, Turnbull D. Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):1-24.
9. Navaee M, Khayat S, Abed ZG. Effect of pre-cesarean foot reflexology massage on anxiety of primiparous women. J Complement Integr Med. 2020;17(3): e20190229.
10. 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.
11. Johnson B, Raymond S, Goss J. Perioperative music or headsets to decrease anxiety. J Perianesth Nurs. 2012;27(3):146-54.
12. Namujju J, Muhindo R, Mselle LT, Waiswa P, Nankumbi J, Muwanguzi P. Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. Reprod Health. 2018;15(1):1-11.
13. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88.
14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12.
15. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. New Dir Eval. 1986;1986(30):73-84.
16. Yee LM, Silver R, Haas DM, Parry S, Mercer BM, Wing DA, et al. Association of health literacy among nulliparous individuals and maternal and neonatal outcomes. JAMA Netw Open. 2021;4(9):e2122576.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

17. Morlando M, Buca D, Timor-Tritsch I, Cali G, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, et al. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(10):1278-89.
18. Ghaffari S, Dehghanpisheh L, Tavakkoli F, Mahmoudi H. The effect of spinal versus general anesthesia on quality of life in women undergoing cesarean delivery on maternal request. Cureus. 2018;10(12): e3715.
19. Eslami J, Hatami N, Amiri A, Akbarzadeh M. The potential beneficial effects of education and familiarity with cesarean section procedure and the operating room environment on promotion of anxiety and pain intensity: A randomized controlled clinical trial. J Educ Health Promot. 2020;9(1):240.
20. Weingarten SJ, Levy AT, Berghella V. The effect of music on anxiety in women undergoing cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021;3(5):100435.
21. Kirk L, Bahl R. Nontechnical skills and decision making in operative vaginal delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2019;56(1):23-34.
22. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2017;97(1):118-26.
23. Gaudernack LC, Michelsen TM, Egeland T, Voldner N, Lukasse M. Does prolonged labor affect the birth experience and subsequent wish for cesarean section among first-time mothers? A quantitative and qualitative analysis of a survey from Norway. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(1):1-13.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]