

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
شماره ۶۳ (پاییز ۱۳۸۳)، صفحات ۴۳-۳۸

## دیدگاه ماماها، دانشجویان مامایی و مادران نسبت به زایمان در منزل

صدیقه صادقی خامنه: مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
عزیزه فرشباغ خلیلی: کارشناس ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط [Azizeh\\_farshbafkhalili@yahoo.com](mailto:Azizeh_farshbafkhalili@yahoo.com)  
حسین کوشاور: مربی گروه آموزشی بهداشت دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۱/۱۰/۲۴، بازنگری: ۸۲/۱۱/۱۵، پذیرش: ۸۳/۲/۳۰

### چکیده

**زمینه و اهداف:** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت ارتقاء مراقبت از مادران در منزل، واحد درسی زایمان در منزل را در برنامه آموزشی دانشجویان مامایی گنجانده است. میزان زایمان در منزل در مناطق روستایی استان آذربایجان شرقی ۲۲/۹٪ کل زایمانها است، اما آمار درستی از میزان آن در مناطق شهری استان در دسترس نیست. بنابراین بر آن شدیم که درصد ماماها، دانشجویان مامایی و مادران موافق با زایمان در منزل را تعیین کنیم و به مقایسه درصد موافقت سه گروه بپردازیم.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای دیدگاه ۷۲۱ نفر (کلیه ۹۱ نفر مامای شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی، کلیه ۸۰ دانشجوی مامایی شبانه، روزانه، آزاد و ۵۵۰ مادر باردار و تازه زایمان کرده) مورد بررسی قرار گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات برگه پرسشنامه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روشهای آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که به ترتیب ۵۴/۶٪، ۶۵/۸٪ و ۱۳/۷٪ از ماماها، دانشجویان مامایی و مادران، زایمان در منزل را روش مناسب ختم بارداری دانستند. اکثر ماماها و دانشجویان مامایی با زایمان در منزل موافق ولی اکثر مادران مخالف بودند. مقایسه نظرات سه گروه فوق نشان داد که در اکثر موارد معایب و مزایای زایمان در منزل، نظرات مادران با دو گروه دیگر تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۵).

**نتیجه گیری:** یافته‌ها نشان داد که مادران جهت انتخاب آزاد و آگاهانه محل تولد به اطلاعات بیشتری نیاز دارند. به علاوه وزارت محترم بهداشت، درمان آموزش پزشکی جهت اجرای موفقیت‌آمیز این طرح باید تمهیدات و امکانات لازم را فراهم کند.

**کلید واژه‌ها:** زایمان در منزل، دیدگاه، مراقبت مامایی

### مقدمه

را فرآیند طبیعی می‌دانند که باید خود به خود و بدون نیاز به بیهوشی و با حداقل اعمال جراحی اتفاق بیفتد (۷). در کشور ما آمار درست و قابل اعتمادی در مورد زایمان در منزل در مناطق شهری موجود نیست ولی طبق آمار مربوط به ذیح حیاتی در سال ۱۳۷۸، زایمان در منزل در مناطق روستایی استان آذربایجان شرقی ۲۲/۹٪ از کل زایمانها را تشکیل داده که از این نسبت زایمان در منزل ۲/۷٪ توسط مامای تحصیل کرده، ۱۴/۵٪ توسط مامای دوره دیده و ۸۲/۸٪ توسط مامای دوره ندیده انجام گرفته است (۸).

زایمان در منزل در برخی از کشورها از قبیل انگلستان، هلند، سوئد و آلمان همواره مورد توجه بوده است و امروزه در آمریکا و کانادا نیز اقبال روزافزونی به زایمان در منزل وجود دارد (۳ و ۶). سازمان جهانی بهداشت بیان می‌کند که خانه مناسب‌ترین محل تولد برای اغلب زنان باردار است و زنانی که آن را انتخاب می‌کنند باید با خدمات

تولد از وقایع بسیار مهم در زندگی خانوادگی بوده و عملکرد زیستی طبیعی است که نباید به عنوان یک رویداد طبی محسوب شود (۳-۱). انتخاب محل تولد مهمترین موضوع در مباحث پزشکی است (۴). ولی اغلب زنان در مورد انتخاب محل تولد اطلاعاتی ندارند. به نظر رولف<sup>۱</sup> و همکاران به منظور انتخاب آزادانه و آگاهانه محل تولد به زنان باید قبل از حامله شدن آگاهی داده شود (۵). در این زمینه، دو توصیه مهم سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

۱- کنترل حاملگی، تولد و مراقبت از نوزاد باید وظیفه ماما باشد.  
۲- انتخاب محل تولد و مراقبین جزء حقوق اساسی هر زن است (۶).  
هلند یکی از ممالکی است که مادران به زایمان در منزل تشویق می‌شوند و ۳۴٪ زایمان‌های آن کشور در منزل انجام می‌گیرد. در این کشور سالیان متمادی میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال کمتر از ایالات متحده بوده است. ویراگ بیان می‌کند که مردم هلند تولد بچه

بودند (۸۰ نفر) و کلیه مادران باردار و تازه زایمان کرده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی تبریز و دارای پرونده بهداشتی (۵۰۵ نفر) در مورد زایمان در منزل در ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش جهت بالا بردن دقت مطالعه، کلیه ماماها شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی تبریز و کلیه دانشجویان مامایی روزانه شبانه و آزاد که واحد بارداری و زایمان را گذرانده بودند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده‌اند. در مورد مادران با توجه به مطالعه قبلی در انگلستان که ۱۶٪ از زنان با زایمان در منزل موافق بودند  $p=0/16$  در نظر گرفته شد و در برآورد نسبت جامعه با دقت مشخص  $d=0/032$  حجم نمونه از فرمول زیر محاسبه گردید که برای اطمینان بیشتر ۵۰۵ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{z^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{(1/96)(1/96)(0/16)(0/16)}{(0/032)(0/032)}$$

از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از سه شبکه بهداشتی تبریز (شماره ۱، شماره ۲ و شبکه جامع اسدآبادی) که بر حسب موقعیت جغرافیایی از طرف مرکز بهداشت استان تقسیم‌بندی شده‌اند به طور تصادفی دو مرکز (شماره ۲ و شبکه جامع اسدآبادی) انتخاب شد. سپس از دو مرکز فوق متناسب با حجم مراکز بهداشتی- درمانی مربوطه (بیست و دو مرکز بهداشتی - درمانی مربوط به مرکز شماره ۲ و یازده مرکز بهداشتی- درمانی مربوط به شبکه جامع اسدآبادی)، هفت مرکز بهداشتی درمانی از شبکه بهداشتی شماره ۲ و سه مرکز بهداشتی درمانی از شبکه جامع اسدآبادی به طور تصادفی انتخاب شدند. سپس به مادران باردار و تازه زایمان کرده مراجعه کننده به مراکز فوق و دارای پرونده بهداشتی به طور تصادفی پرسشنامه مربوطه ارائه و اطلاعات جمع آوری شد. به طوری که به هر یک از ۱۰ مرکز بهداشتی - درمانی ذکر شده به قید قرعه روز خاصی از هفته مراجعه می‌شد. محیط این بررسی را دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز و مراکز بهداشتی - درمانی تبریز تشکیل می‌دادند که از کل ۴۸ مرکز بهداشتی- درمانی، ۱۰ مرکز به عنوان محیط پژوهش جهت انجام این مطالعه انتخاب شدند. روش جمع آوری اطلاعات در این پژوهش، پرسش بوده و در مورد مادران بیسواد مصاحبه به عمل آمد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه تنظیم شده بر اساس اهداف پژوهش بود. این پرسشنامه شامل سه بخش کلی بود: الف) مشخصات فردی - اجتماعی: حاوی ۷ سؤال از دانشجویان، ۶ سؤال از ماماها و ۷ سؤال از مادران؛ ب) برگه پرسشنامه‌ای حاوی سؤالاتی در مورد معایب و مزایای زایمان در منزل که با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت سنجیده شد؛ ج) جهت بررسی نظرات افراد مورد پژوهش نسبت به زایمان در منزل از ماماها، دانشجویان مامایی و مادران سؤال شد. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری اطلاعات (پرسشنامه) از روش اعتبار محتوا و صوری و برای کسب اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش آزمون مجدد استفاده شد.

نظر به این که تعداد مادران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی مناطق محروم شهر بیشتر بود، وضعیت اجتماعی - اقتصادی اکثر مادران مورد مطالعه در سطح نسبتاً پایینی قرار داشت.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی جهت تنظیم جداول توزیع فراوانی و درصدی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای رسیدن به هدف اول پژوهش درصد موافقت ماماها، دانشجویان مامایی و مادران در مورد تک‌تک بیابیه‌های مربوط به معایب و مزایای

تشخیصی، مشاوره‌ای، اضطراری و خدمات دیگر لازم بدون ارتباط با محل تولد تجهیز شوند (۶). فوردهام<sup>۲</sup> در گزارش خود بیان می‌کند که اغلب کارکنان نظام سلامت معتقدند که زایمان در بیمارستان به علت دسترسی به فن‌آوری مدرن برای مادر و کودک ایمن‌تر است (۹۰۵). ولی مطالعات متعدد توسط پژوهشگران دنیا نشان می‌دهد که زایمان‌های طرح‌ریزی شده در منزل کم‌خطر و سالم‌تر هستند و مداخلات کمتری در مقایسه با زایمان‌های انجام گرفته در بیمارستان دارند (۱۱، ۱۰، ۲). در صورت وجود سه عامل زیر:

۱- مراقبت قبل از تولد با کیفیت بالا ۲- مراقبین صلاحیت‌دار برای تولد ۳- طرح و برنامه عملی برای موارد اضطراری میزان مرگ و میر حول و حوش تولد برای زایمان‌های طرح‌ریزی شده در منزل با تولد در بیمارستان در جمعیت‌های مشابه و در خطر پایین تفاوت چشمگیری نخواهد داشت (۱۲).

مطالعات مختلف، جنبه‌های روانی - اجتماعی تولد در منزل را مطرح کرده‌اند که شامل رضایت مندی بیشتر مادر و بهبود روابط بین مادر و نوزاد و اعضای دیگر خانواده است. گزارش‌هایی از انگلستان نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی در حاملگی و تولد بچه ممکن است موجب کوتاه شدن طول مدت زایمان، عوارض کمتر و وزن تولد بیشتر شود (۵). به علاوه، افسردگی بعد از زایمان با حمایت روانی خانواده به خصوص همسر یا زانو کاهش می‌یابد. در آرامش فضای خانه زن استقلال و آزادی دارد و تولد بچه می‌تواند موقعیت خانوادگی و شخصی واقعی باشد (۳). از مزایای دیگر زایمان در منزل عدم استفاده از دارو یا تکنولوژی جز در موارد ضروری، درگیری اعضای خانواده و دوستان، آزادی حرکت و وضعیت مادر، عدم محدودیت در تغذیه با شیر مادر، زایمان در محیط خلوت و آرام منزل و کاهش هزینه‌ها است و به علت شروع شیردهی بلافاصله بعد از زایمان علاوه بر برخورداری هر چه سریعتر نوزاد از مزایای شیر مادر، میزان خونریزی بعد از زایمان نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت (۱، ۲، ۳، ۱۳).

در کشور ما انجام زایمان در منزل به ایجاد فرصت‌های جدید شغلی برای ماماها، آزاد شدن وقت متخصصین برای پرداختن به اعمال جراحی بزرگتر، آزاد شدن تخت‌های بیمارستانی، کاهش وابستگی ماماها به پزشکان و افزایش اعتماد به نفس در آنها کمک خواهد کرد (۳). طبق نظر جکسون<sup>۱</sup> زایمان در منزل هنر مامایی است که نباید به دست فراموشی سپرده شود (۱).

با توجه به اهمیت دادن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به موضوع مراقبت در منزل و تنظیم واحد درسی بارداری و زایمان (۴) تحت عنوان «زایمان در منزل» برای دانشجویان مقطع کارشناسی مامایی لازم دانستیم قبل از هر کاری (۱) درصد ماماها، دانشجویان مامایی و مادران موافق با معایب و مزایای زایمان در منزل را تعیین کنیم (۲) به مقایسه درصد موافقت ماماها، دانشجویان مامایی و مادران با معایب و مزایای زایمان در منزل بپردازیم و این موضوع را روشن کنیم که آیا در کشور ما با دیدگاه‌های فعلی می‌توان چنین طرحی را عملاً پیاده کرد یا خیر.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی- مقایسه‌ای است که در آن دیدگاه کلیه ماماها شاغل در مراکز بهداشتی - درمانی تبریز (۹۱ نفر)، کلیه دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (دوره‌های روزانه و شبانه) و دانشگاه آزاد اسلامی تبریز که واحد بارداری و زایمان را گذرانده

(۶۷/۱٪) متأهل بودند، اکثر ماماها (۶۰/۴٪) فرزندی نداشتند، از نظر سطح تحصیلات غالباً (۶۷٪) لیسانس بودند، از نظر وضعیت اشتغال بیشترین درصد (۴۵٪) ماماها نیروی طرحی بودند و میانگین سنوات خدمت آنان  $6/22 \pm 6/54$  سال بود. میانگین سنی دانشجویان مورد پژوهش  $22/50 \pm 1/91$  سال بود، اکثر آنان (۸۳/۷٪) متأهل بودند و عمدتاً (۹۴/۹٪) فرزندی نداشتند. میانگین سنی مادران  $26/07 \pm 5/17$  سال بود و اکثر آنان (۵۳/۱٪) تازه زایمان کرده بودند. سطح تحصیلات بیشترین درصد آنان (۳۴/۲٪) دیپلم بود. اکثر مادران (۸۵/۶٪) خانه‌دار بودند و از نظر نوع شغل بیشترین درصد آنان (۱۲/۴٪) کارمند بودند. بیشترین درصد آنان (۳۸٪) یک فرزند داشتند، محل زایمان‌های قبلی بیشترین درصد مادران (۴۵/۱٪) بیمارستان دولتی بود. اطلاعات حاصل از نتایج پژوهش در جدول ۱ تا ۴ نشان داده شده است.

زایمان در منزل تعیین شد و از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف، کاملاً مخالف) استفاده شد. جهت مقایسه درصد موافقت گروهها با سؤالات نظرسنجی و رسیدن به هدف دوم پژوهش، ابتدا مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت به مقیاس ۳ درجه‌ای (موافق، مخالف) تبدیل گردید. سپس از آمار استنباطی (آزمون مجذور کای و فیشر) استفاده شد. سؤالات قسمت سوم که اغلب از نوع باز بود با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات کسب شده در این پژوهش کیفی و براساس مقیاس سنجش اسمی و رتبه‌ای بودند.

### یافته‌ها

اطلاعات حاصل از مشخصات فردی - اجتماعی نشان می‌دهد که میانگین سنی ماماهاى مورد پژوهش  $29/24 \pm 7/47$  بود و اکثر آنان

جدول ۱: درصد نظرات ماماها، دانشجویان مامایی و مادران درباره بیانیه‌های مربوط به معایب زایمان در منزل

بیانیه‌ها	گروه	موافق	ممتنع	مخالف
۱ سالم بودن زایمان در بیمارستان نسبت به زایمان در منزل	دانشجو	۶۶/۶	۹	۲۴/۴
	ماما	۶۷/۹	۱۰	۲۱/۱
	مادر	۹۵/۲	۱/۳	۳/۵
۲ عدم دسترسی فوری به بیمارستان در صورت بروز موارد غیرمنتظره در منزل	دانشجو	۶۶/۲	۷/۸	۲۶
	ماما	۶۷/۸	۵/۶	۲۶/۶
	مادر	۶۷/۵	۱۳/۶	۱۸/۹
۳ عملی‌تر بودن تسکین درد در بیمارستان	دانشجو	۴۵/۶	۲۱/۵	۳۲/۹
	ماما	۵۶/۲	۷/۸	۳۶
	مادر	۸۷/۸	۷/۷	۴/۵
۴ نامعقول بودن انجام زایمان در منزل به علت بروز برخی از موارد غیر منتظره	دانشجو	۵۷/۶	۱۵/۴	۲۷
	ماما	۶۵/۵	۱۱/۱	۲۳/۳
	مادر	۸۴/۷	۸	۷/۳
۵ امکان بیشتر درمان موارد غیر منتظره در بیمارستان	دانشجو	۹۲/۴	۱/۳	۶/۳
	ماما	۹۱/۲	۸/۸	۰
	مادر	۹۴/۴	۳	۲/۵
۶ امکان‌پذیر نبودن اقدامات درمانی بجای و بموقع برای مادر و نوزاد در منزل	دانشجو	۶۵	۹	۲۶
	ماما	۷۱/۲	۴/۴	۲۴/۴
	مادر	۸۳	۸	۹
۷ امکان استراحت بیشتر مادر در بیمارستان	دانشجو	۲۹/۱	۱۵/۱	۶۰/۸
	ماما	۴۵	۱۹/۸	۳۵/۲
	مادر	۷۵/۲	۹/۲	۱۵/۶

در مطالعه حاضر ۴۸ نفر (۵۴/۶٪) از ماماها، ۵۰ نفر (۶۵/۸٪) از دانشجویان مامایی و ۷۱ نفر (۱۳/۷٪) از مادران، زایمان در منزل را روش مناسب ختم بارداری دانستند. آزمون آماری مجذور کای ارتباط معنی‌دار آماری بین گروهها در نوع پاسخ ارایه شده نشان داد

بیشترین درصد موافقت با معایب زایمان در منزل مربوط به مادران و بیشترین درصد مخالفت مربوط به ماماها یا دانشجویان مامایی بود. بغیر از بیانیه دوم، تفاوت معنی‌دار آماری بین نظرات سه گروه مورد بررسی درباره معایب زایمان در منزل وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر، پاسخ سه گروه فوق به این سؤال با هم متفاوت بوده است.

بیشترین درصد موافقت با مزایای زایمان در منزل مربوط به ماماها و دانشجویان و بیشترین درصد مخالفت مربوط به مادران بود. تفاوت معنی دار بین نظرات سه گروه در کلیه بیانیه‌ها وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

جدول ۲: درصد نظرات ماماها، دانشجویان مامایی و مادران درباره بیانیه‌های مربوط به مزایای زایمان در منزل

بیانیه‌ها	گروه	موافق	ممتنع	مخالف
۱ آرامش بیشتر و اضطراب کمتر مادر با انجام زایمان در منزل	دانشجو	۷۸/۴	۷/۶	۱۴
	ماما	۷۰	۷/۸	۲۲/۲
	مادر	۲۶/۶	۱۲/۴	۶۱
۲ هزینه کمتر زایمان در منزل نسبت به زایمان در بیمارستان	دانشجو	۷۹/۴	۹	۱۱/۶
	ماما	۸۵/۷	۵/۵	۸/۸
	مادر	۵۶/۳	۱۶/۱	۲۷/۶
۳ فراهم شدن موقعیتی جهت نشان دادن توانایی‌های مادر در تولد فرزندش با انجام زایمان در منزل	دانشجو	۸۲/۱	۱۴/۱	۳/۸
	ماما	۶۳/۷	۱۹/۸	۱۶/۵
	مادر	۲۵/۴	۳۱/۴	۴۳/۲
۴ انجام زایمان در یک محیط آشنا و عدم اختلال سیر زایمان توسط فضای ناآشنای بیمارستان	دانشجو	۷۸/۵	۱۰/۱	۱۱/۴
	ماما	۷۸	۸/۸	۱۳/۲
	مادر	۳۳/۵	۲۷/۳	۳۹/۲
۵ امکان حضور افراد مورد علاقه مادر در حین زایمان در منزل	دانشجو	۸۴/۸	۵/۱	۱۰/۱
	ماما	۸۶/۶	۵/۶	۷/۸
	مادر	۵۰/۹	۱۲/۹	۳۶/۲
۶ آزادی از محدودیت‌ها و مقررات دست و پاگیر بیمارستان در منزل	دانشجو	۷۱/۸	۱۲/۸	۱۵/۴
	ماما	۶۹/۳	۱۲/۵	۱۸/۲
	مادر	۴۱/۸	۱۵/۶	۴۲/۶
۷ شروع هر چه سریعتر شیردهی به هنگام زایمان در منزل	دانشجو	۷۸/۵	۱۱/۴	۱۰/۱
	ماما	۶۳/۳	۵/۶	۳۱/۱
	مادر	۳۶/۲	۲۸/۹	۳۴/۹
۸ آزادی مادر در به کار بردن روش‌های مختلف تخفیف درد با انجام زایمان در منزل	دانشجو	۵۹/۵	۱۹	۲۱/۵
	ماما	۴۲/۲	۲۶/۷	۳۱/۱
	مادر	۲۷/۶	۲۴/۶	۴۷/۸
۹ پذیرش بیشتر نوزاد از طرف خواهران و برادران وی با انجام زایمان در منزل	دانشجو	۷۵/۹	۱۱/۴	۱۲/۷
	ماما	۶۱/۵	۲۳/۱	۱۵/۴
	مادر	۳۰/۳	۳۵/۱	۳۴/۶
۱۰ رفع مشکل مادر و نوزاد در سازگاری و هماهنگی با محیط‌های مختلف با انجام زایمان در منزل	دانشجو	۶۹/۶	۱۶/۵	۱۳/۹
	ماما	۶۹/۲	۱۱	۱۹/۸
	مادر	۳۲/۵	۳۵/۲	۳۲/۳
۱۱ ارتباط ایمنی زایمان در منزل به تشخیص صحیح و انتخاب درست ماما	دانشجو	۸۳/۵	۶/۳	۱۰/۲
	ماما	۸۰	۶/۷	۱۳/۳
	دانشجو	۷۱/۴	۱۶/۹	۱۱/۷
۱۲ اختلال کمتر انقباضات مؤثر رحمی به دلیل عدم مداخلات بی‌مورد به هنگام زایمان در منزل	ماما	۵۶/۷	۲۱/۱	۲۲/۲

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و درصدی نظرات ماماها و دانشجویان مورد پژوهش درباره سؤال: به نظر شما چه تمهیداتی برای زایمان در منزل لازم است؟

ردیف	نظرات	ماماها	دانشجویان
------	-------	--------	-----------

ردیف	نظرات	تعداد	درصد
۱	مشاوره با افراد آگاه (پزشکان، ماماها، کارکنان نظام بهداشتی، زنان با تجربه)	۱۳۲	۳۲/۵
۲	اطلاعرسانی لازم از طریق رسانه‌های گروهی، کلاسها، کتابها و نوارهای آموزشی	۱۰۶	۲۶/۱
۳	اطلاعات در مورد شرایط (افراد، تجهیزات، امنیت) و امکانات ویژه محل تولد	۸۴	۲۱
۴	اطلاعات مامایی و زایمانی شامل معایب و مزایای زایمان در منزل و بیمارستان	۸۰	۱۹/۷
۵	اطلاع داشتن از حق انتخاب و اختیار و تصمیم‌گیری برای محل تولد	۳	۰/۷

جدول ۴: توزیع فراوانی مطلق و درصد نظرات مادران مورد پژوهش درباره سؤال: چه اطلاعاتی برای خانم‌ها لازم است تا آنها را جهت انتخاب آگاهانه محل تولد یاری کند؟

درباره زایمان در منزل به این نتیجه رسید که به نظر اغلب زنان (۸۳٪) ایمنی تولد در بیمارستان برای مادران و فرزندان آنان بیشتر از منزل است (۵). مطالعه گرفتاری<sup>۳</sup> نشان می‌دهد که زایمان طرح ریزی شده در منزل برای زنان کم‌خطر، انتخابی سالم و مناسب محسوب می‌شود (۱۷). در بررسی فوردهام بیشترین درصد (۳۳٪) زنان نظرات بیطرفی در مورد اثرات محل تولد روی فشار روانی مادر داشتند (۵). ساین<sup>۴</sup> و همکاران معتقدند که مادر در زایمان در منزل به علت فراهم بودن مراقبت مداوم، محیط خانوادگی و آرام‌بخش و عدم جدایی از افراد خانواده احتمال بیشتری برای یک زایمان طبیعی و بدون مداخله دارد (۱۸).

درباره هدف دوم پژوهش، مقایسه درصد موافقت ماماها، دانشجویان مامایی و مادران با معایب و مزایای زایمان در منزل نشان داد که در هفده بیانیه مشترک بین سه گروه مورد مطالعه بغیر از بیانیه دوم (با انجام زایمان در منزل در صورت بروز موارد غیر منتظره دسترسی فوری به بیمارستان امکان‌پذیر نیست) در شانزده بیانیه دیگر با  $p < 0/05$  تفاوت معنی‌دار آماری بین سه گروه وجود داشت. در دو بیانیه مشترک بین ماماها و دانشجویان مامایی آزمون فیشر با  $p > 0/05$  تفاوت معنی‌دار نشان نداد. اکثر ماماها و دانشجویان مامایی نظرات موافقی نسبت به مزایای زایمان در منزل داشتند، ولی اغلب زنان با مزایای زایمان در منزل مخالف بودند. نکته قابل توجه این بود که از بیانیه هفت تا بیانیه هفده بغیر از بیانیه دوازده که همه بیانیه‌ها در ارتباط با مزایای زایمان در منزل بودند، همواره بیشترین درصد مخالفت با این مزایا مربوط به مادران بود. شریعت پناهی نیز در مطالعه خود بر روی ماماها در ۱۳۷۳ به این نتیجه رسید که اکثر ماماها با مزایای زایمان در منزل موافق بوده‌اند (۳). در بررسی فوردهام اکثر زنان، با مزایای زایمان در منزل مخالف بوده‌اند (۵). احتمالاً دلیل اصلی این اختلاف آگاهی کم مادران از معایب و مزایای زایمان در منزل است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نظرات بیان شده توسط مادران در مورد معایب و مزایای زایمان در منزل و با عنایت به این که ۱۳/۷٪ از مادران زایمان در منزل را روش مناسب ختم بارداری دانستند، می‌توان گفت که مادران اطلاعات بسیار کمی در مورد مزایا و معایب زایمان در منزل دارند.

همچنان که از نوع سؤال هم برمی‌آید، در اینجا پاسخ دهندگان می‌توانستند به تمهیدات متعددی اشاره کنند که در این مورد تعداد پاسخ دهندگان در مورد ماماها ۷۸ نفر ولی تعداد تمهیدات اشاره شده ۱۸۸ بود. تعداد پاسخ دهندگان در مورد دانشجویان ۶۹ نفر ولی تعداد تمهیدات اشاره شده ۱۶۴ بود. جدول فوق نشان می‌دهد که بیشترین درصد ماماها (۸۲٪) به مورد اول و سپس (۷۳٪) به مورد دوم اشاره کردند. بیشترین درصد دانشجویان (۷۵٪) به مورد دوم و سپس (۷۳٪) به مورد اول اشاره کردند. بیشترین درصد مادران (۳۲/۵٪) به مورد اول و سپس (۲۶/۱٪) به مورد دوم اشاره کردند.

### بحث

بررسی یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که در مورد هدف اول پژوهش، بیشترین درصد (۹۱/۳٪) موافقت ماماها با بیانیه ۵ (امکان درمان موارد غیر منتظره در بیمارستان بیشتر است) و بیشترین درصد (۳۶٪) مخالفت ماماها با بیانیه ۳ (تسکین درد در بیمارستان عملی‌تر است) بود. به عقیده توماس<sup>۱</sup>، با زایمان در منزل ممکن است که دسترسی فوری به خدمات بیمارستانی وجود نداشته باشد (۱۴). ولی جانسون<sup>۱</sup> و همکاران دلایل عمده انتقال فوری به بیمارستان در موارد زایمان در منزل را افت ضربان قلب جنین، نمایش بریج، هریس فعال، مکنونیوم غلیظ، توقف مرحله دوم زایمان، خونریزی، احتباس جفت، ترمیم اپیتومی و زجر تنفسی نوزاد بیان می‌کنند (۱۵). مطالعه انجمن پزشکی کانادا در مورد زایمان در منزل نشان داد که علیرغم دسترسی اکثر مادران در حال زایمان به تسکین عضلانی درد، احساس نیاز به آن در گروه زایمان در منزل ۸٪ ولی در گروه زایمان در بیمارستان ۳۰٪ بود (۱۶).

بیشترین درصد (۹۲/۴٪) موافقت دانشجویان مامایی نیز با بیانیه ۵ (امکان درمان موارد غیر منتظره در بیمارستان بیشتر است) و بیشترین درصد (۶۰/۸٪) مخالفت دانشجویان مامایی با بیانیه ۱۲ (مادر با رفتن به بیمارستان امکان استراحت بیشتری دارد) بوده است.

بیشترین درصد (۹۵/۲٪) موافقت مادران با بیانیه ۱ (زایمان در بیمارستان سالم‌تر از منزل است) و بیشترین درصد (۶۱٪) مخالفت مادران با بیانیه ۷ (انجام زایمان در منزل موجب آرامش بیشتر و اضطراب کمتر مادر می‌شود) بوده است. فوردهام نیز در مطالعه خود

برقراری نظام ارجاع مناسب، حمایت دولت از طرح زایمان در منزل، بالا بردن آگاهی افراد از طریق آموزش کافی و تبلیغات در مورد مزایا و شرایط زایمان در منزل، حمایت قانونی از ماماها و تأمین امنیت جانی آنان، فراهم کردن فضای مناسب و کافی و رعایت شرایط کاملاً بهداشتی در منزل) از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، حتی اعزام افرادی جهت آموزش عملی به کشورهای نظیر هلند که زایمان در منزل با موفقیت و با تقاضای زیادی انجام می‌شود، این طرح را با موفقیت در کشور پیاده کرد.

در این میان علاوه بر آگاهی تمامی مردم از امر زایمان در منزل، داشتن اطلاعات کافی پزشکان و تمامی کارکنان نظام بهداشتی-درمانی که مسئولیت مراقبت از مادران را بر عهده دارند، امر واجب و الزامی است.

### تقدیر و تشکر

از همکاری معاونت محترم پژوهشی در اجرای کلیه مراحل طرح، همکاری دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و از همکاران ماماها دانشجویان و مادران محترمی که در جمع‌آوری اطلاعات ما را یاری کردند، تشکر و قدرانی می‌کنیم.

روشهای نادرست و غیر علمی زایمان در منزل در زمانهای گذشته چنان نظرات مادران را تحت تأثیر قرار داده است که حتی با مزایای مسلم زایمان در منزل نیز مخالف هستند. مادران تصور نمی‌کنند که در کشورهای پیشرفته زایمان در منزل با روشهای درست و علمی و با نتایج عالی اجرا می‌شود و شاید زایمان در منزل را عقیده‌ای ارتجاعی می‌دانند.

این مطالعه بر نیاز مادران جهت دسترسی به اطلاعات بیشتر برای انتخاب آگاهانه در محل تولد تأکید می‌کند. نکته قابل توجه این است که علاوه بر مادران، اکثر ماماها و دانشجویان مامایی نیز تحت تأثیر عقیده بی‌اعتبار ایمنی بیشتر زایمان در بیمارستان بودند. بنابراین هر چند ماماها و دانشجویان مامایی نظرات موافقی نسبت به زایمان در منزل دارند ولی نیاز به اطلاعات بیشتری احساس می‌شود. شاید تا زمانی که در کشور ما نیز زایمان در منزل به شیوه‌های استاندارد و عملی انجام نشده است، ماماها و دانشجویان مامایی اعتماد به نفس کافی و مادران نیز تصور درستی از زایمان در منزل نخواهد داشت.

چون اکثر ماماها و دانشجویان مامایی زایمان در منزل را روش مناسب ختم بارداری می‌دانند و با اجرای آن در برنامه آموزش بالینی دانشجویان مامایی و برنامه کاری ماماها موافق هستند، می‌توان با فراهم کردن تمهیدات ذکر شده (وجود امکانات آموزشی و تجهیزات لازم،

### References

- Jackson ME, Bailes AJ. Home birth with certified nurse- midwife attendants in the United States. *Journal of Nurse-Midwifery* 1995; 40 (6): 493-507.
- The National Child Birth Trust. Home birth Article (Choosing to stay at Home). [http:// www.backspace.org/ defunct/Birth Article. Htm](http://www.backspace.org/defunct/BirthArticle.Htm) 1998.
۳. شریعت پناهی م. بررسی نگرش ماماها شاعل در بیمارستان های آموزشی شهر تهران در مورد زایمان در منزل. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۳۳.
- Morison S, Hauck Y, Percival P, McMurray A. Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery* 1998; 14: 233-241.
- Fordham S. Women's views of the place of confinement. *British Journal of General Practice* 1997; 47: 77-81.
- American College of Nurse – Midwives. The delivery of safe and satisfying care to women and their families. *Journal of Nurse – Midwifery* 1995; 40 (6): 463-473.
- Bradley PJ, Bray KH. The Netherland's maternal – child health program. *JOGNN* 1996; 25:471-475.
۸. معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز. ذیح حیاتی استان آذربایجان شرقی. سال ۱۳۷۸.
- Murphy PA, Fullerton J. Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice. *Obstetrics & Gynecology* 1998; 92 (3): 461-470.
- Ratelliff K. Midwifery in Texas: safety, regulation and need. Version 1.0. Association of Texas Midwives, 2002; p: 8.
- Gulbransen G, Hilton J, Mckay L, Cox A. Home birth in New Zealand 1973-1993: incidence and mortality. *NZ Med J* 1997; 110: 87-89.
- Toepke ML, Albers LL. Neonatal consideration when birth occurs at home. *Journal of Nurse - Midwifery* 1995; 40 (6): 529-523.
- Anderson RE, Anderson DA. The cost - effectiveness of home birth. *Journal of Nurse - Midwifery* 1999; 44 (1): 30-35.
- Thomas P. Choosing a home birth. [http:// www.aims.org.uk/hbchoose. Htm](http://www.aims.org.uk/hbchoose.Htm) 1998.
- Janssen PA, Lee SK, Ryan EM. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in Britain. *CMAJ* 2002; 166(3): 315- 323.
- Blais R. Are home birth safe? *Canadian Medical Association Journal* 2002; 166(3): 335-336.
- Griffiths M. Home births. *BMJ* 1999; 319: 1008.
- Singh D, Newburn M. Access to maternity information and support: the needs and experiences of pregnant women and new mothers. London: National Childbirth Trust, 2000.