

# بررسی مقایسه ای میزان رضایت مندی مادران در زایمان به روش فیزیولوژیک با روش مرسوم در بیمارستان آیت الله موسوی زنجان، ۱۳۹۱ الهام جعفری<sup>۱</sup>، پروین محبی<sup>۱\*</sup>، لیلا رستگاری<sup>۱</sup>، سعیده مظلوم زاده<sup>۲</sup>

۱. مربی گروه ماماایی، دانشکده پرستاری و ماماایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.  
۲. دانشیار گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۴/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۵

## خلاصه

**مقدمه:** بازگشت زایمان از رویکرد طبی به روند فیزیولوژیک، با توجه بیشتر به جنبه های احساسی و انسانی زنان و عدم مداخلات بی مورد می تواند باعث خشنودسازی روند زایمان برای مادران شود. مطالعه حاضر با هدف مقایسه میزان رضایت مندی مادران در زایمان به روش فیزیولوژیک با روش مرسوم انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه توصیفی - مقایسه ای در سال ۱۳۹۱ بر روی ۳۴۰ زن در دو گروه زایمان مرسوم و فیزیولوژیک، در بیمارستان آیت الله موسوی زنجان انجام شد. نمونه گیری در گروه مرسوم به روش در دسترس و در گروه فیزیولوژیک به روش سرشماری انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه سه قسمتی و مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی و ماماایی، مقیاس رضایت از تجربه زایمان مک کی و رضایت از محیط زایمان بود که ۲۴ ساعت پس از زایمان به روش مصاحبه تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های کای دو، تی مستقل و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل گرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** افراد دو گروه زایمان مرسوم و فیزیولوژیک از نظر سن مادر، سن بارداری و پاریته همسان بودند. هر دو گروه از سطح رضایت مندی بالایی در خصوص محیط زایمان و تجربه زایمان برخوردار بودند. با این وجود، میزان رضایت مندی مادران از محیط زایمان ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و تجربه زایمان ( $p = ۰/۰۰۱$ ) در گروه زایمان فیزیولوژیک به طور معنی داری بیشتر بود.

**نتیجه گیری:** زایمان فیزیولوژیک با ارائه مجموعه ای از خدمات شامل: اقدامات حمایتی، توجه به خواسته ها و نیاز های مادر و اجتناب از اقدامات معمول و بی مورد می تواند زایمان را به تجربه ای مطلوب و رضایت بخش برای مادر تبدیل کند.

**کلمات کلیدی:** رضایت مندی، زایمان، زنان

\* نویسنده مسئول مکاتبات: پروین محبی؛ دانشکده پرستاری و ماماایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران. تلفن: ۰۲۴۱۷۲۷۲۵۱۳؛ پست الکترونیک: pmohebbi@yahoo.com

## مقدمه

انگیزه اصلی تمام تلاش‌ها و تحولات جوامع بشری، تأمین و ارتقاء سلامت انسان هاست. توسعه ملی و ارتقاء سطح زندگی مردم، بدون توجه به کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی امکان‌پذیر نخواهد بود. در این میان، مادران و نوزادان به عنوان دو قشر آسیب‌پذیر جامعه، مستلزم توجه بیشتری می‌باشند (۱). قدمت زایمان به عنوان پدیده‌ای طبیعی، به درازای تاریخ بشر است (۲). بارداری و پیامدهای آن، یکی از عوامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی زنان است؛ به گونه‌ای که تجارب منفی مرتبط با آن می‌تواند آثار نامطلوب فوری و طولانی مدت بر سلامت کلی مادر و خانواده او داشته باشد (۳، ۴). اگرچه پیشرفت علم پزشکی، ایمنی زایمان را افزایش داده ولی همزمان با آن، انواع دخالت‌ها در زایمان رواج یافته است؛ به طوری که مفهوم زایمان به عنوان یک پدیده فیزیولوژیک که فقط در برخی موارد خاص نیاز به مداخله پزشکی دارد، از بین رفته است. امروزه در رویکرد طبی شدن زایمان، مدیریت پزشکی بر کارکرد فیزیولوژیک بدن ارجحیت دارد (۲). متأسفانه برخی تکنیک‌ها به طور بسیار معمول در روند زایمان به کار گرفته می‌شوند، اما این تکنیک‌ها نه تنها هیچ منفعتی در پیامدهای مادری و نوزادی ندارند، بلکه به صورت بالقوه می‌توانند برای هر دوی آن‌ها خطراتی ایجاد کنند. در هنگام انجام یک پروتکل درمانی، ماما باید به این نکته توجه داشته باشد که چگونه یک مراقبت معمول می‌تواند نگرش منفی در زائو ایجاد کند. به عنوان مثال اگر به زائو اجازه داده نشود که خارج از تخت، وضعیت مناسبی برای خود اختیار کند، وی احساس ناتوانی کرده و قدرت کمک به خود در امر زایمان را ندارد (۵). یکی از اصول بیمارستان‌های دوستدار مادر، طبیعی بودن روند زایمان است. در این پروتکل اعتقاد بر این است که مادر و نوزاد، از شعور فطری لازم برای شناخت زایمان و تولد برخوردارند، بنابراین زایمان، یک فرآیند طبیعی و سرشتی است که باید با حداقل مداخلات پزشکی انجام شود (۶). در روند زایمان فیزیولوژیک به جنبه‌های احساسی و انسانی به خوبی توجه می‌شود؛ به گونه‌ای که مادر به فردی فعال

در امر زایمان تبدیل شده و زایمان را صرفاً روندی مکانیکی برای تولد نمی‌داند (۷). در واقع زایمان فیزیولوژیک، به زایمان کم‌درد غیر دارویی اطلاق می‌شود که با رعایت حریم مادر و حداقل مداخلات زایمانی صورت می‌گیرد. در این شیوه زایمانی، مادر اجازه راه رفتن، حرکت کردن، خوردن و نوشیدن را دارد و حتی می‌تواند با همراه وارد اتاق زایمان شود. در این شرایط، زایمان در فضا و اتاقی انجام می‌شود که مادر احساس خوشایندی داشته و در تمام مراحل، آزادی عمل دارد (۶).

استفاده از روش‌های نوین زایمانی نظیر درمان‌های غیر دارویی و حمایتی، با بهبود جنبه‌های روانی و عاطفی زایمان می‌توانند زایمان را به یک اتفاق خوشایند و لذت بخش برای مادر تبدیل کرده و با کاستن از شدت درد و ترس، تمایل به سزارین انتخابی را کاهش دهند (۸). مطالعات نشان داده‌اند که عقاید و دیدگاه زنان در خصوص مراقبت‌های دریافتی در طی مراحل مختلف زایمان، بر چگونگی انجام این مراقبت‌ها و به دنبال آن پذیرش و رضایت مندی زنان مؤثر است. درک مراقبت از جانب مادران می‌تواند توانایی پرسنل مامایی را برای انجام مناسب وظایف خویش افزایش دهد (۹). بنا به اهمیت موضوع، در سال‌های اخیر توجه زیادی به رضایت مندی مادران و خوشایند کردن تجربه زایمان معطوف شده است (۱۰). رضایت بیمار مفهومی است که امروزه در مراقبت‌های پزشکی اهمیت بسیار ویژه‌ای یافته است (۱۱) و به عنوان یکی از متغیرهای مهم در سنجش کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۱۲). رضایت مندی بیمار به معنای گزارش وی از کیفیت خدمات درمانی و ارتباط متقابل بین بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و درمانی است (۱۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که مددجویان راضی نسبت به افراد ناراضی در برابر خدمات و مراقبت‌های دریافتی، پاسخ متفاوتی نشان می‌دهند. عموماً مددجویانی که از خدمات راضی هستند، استفاده از آن را ادامه داده، درمان توصیه شده را پذیرفته و پیگیری می‌کنند. این‌گونه افراد غالباً دیگران را نیز به استفاده از آن خدمات فرا می‌خوانند (۱۴). عدم رضایت مندی از زایمان، باعث انتخاب روش سزارین در زایمان‌های بعدی شده که علاوه بر افزایش

توسعه و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده به مادران برداشت.

## روش کار

این مطالعه توصیفی-مقایسه ای در قالب طرح تحقیقاتی، مصوب دانشگاه علوم پزشکی زنجان با کد طرح (A-11-326-1) و کد اخلاق (901232601) انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام زنانی بودند که به روش واژینال در بیمارستان آیت الله موسوی زنجان وضع حمل کرده بودند. حجم نمونه بر اساس مطالعات مشابه (15، 18) و زیر نظر متخصص آمار و با استفاده از فرمول حجم نمونه، 340 نفر تعیین شد. مطالعه بر روی 340 نفر (170 نفر در گروه زایمان فیزیولوژیک و 170 نفر در گروه زایمان مرسوم) از افراد واجد شرایط در بخش بعد از زایمان (24 ساعت از زایمان) که در گروه زایمان فیزیولوژیک به روش سرشماری و در گروه زایمان مرسوم به روش در دسترس انتخاب شده بودند، انجام شد. بر اساس پروتکل بیمارستان محیط پژوهش، همه مادرانی که دردهای آنها به صورت خود به خود شروع شده و وارد فاز فعال زایمانی شده بودند، در صورت تمایل می توانستند به روش فیزیولوژیک وضع حمل کنند. این گروه، به اتاق اختصاصی که بدین منظور طراحی شده بود، منتقل شده و مراحل لیبر و زایمان خود را تحت مراقبت یک مامای دوره دیده زایمان فیزیولوژیک (به صورت نفر به نفر) می گذراندند. همچنین برای این گروه، از روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان (تکنیک های تنفسی، حرکات لگنی حین زایمان، استفاده از توپ زایمانی و دوش آب گرم) استفاده شد و زائو در تمامی مراحل لیبر از نظر وضعیت، تحرک و تغذیه، آزادی عمل داشت. در این گروه، از مانیترینگ مداوم ضربان قلب، سرم تراپی و اکسی توسین استفاده نشد و اپی زیاتومی برای زنان نخست زایمان نیز فقط در موارد لزوم انجام می شد. گروه زایمان مرسوم به صورت بستری مادر بر اساس اندیکاسیون زایمانی و دریافت مراقبت های معمول تعریف شد. در این گروه، مراقبت ها به صورت گروهی ارائه شد، از روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان استفاده نشد، از اکسی توسین در موارد لزوم

خطرات مادری و نوزادی، هزینه های سنگینی به فرد و دولت تحمیل می کند. از طرفی رضایت مندی مادر از زایمان، باعث افزایش اعتماد به نفس، مثبت شدن انتظارات مادر در مورد زایمان های بعدی و روابط خوب با نوزاد می شود (10). زنان ناراضی از تجربه زایمان، از آنجایی که تولد کودک را فقط با درد و خشم، ترس و یا اندوه و غصه به یاد می آورند، با یادآوری گذشته، دچار عوارضی نظیر اضطراب و افسردگی بعد از زایمان، کاهش توانایی شیردهی، سقط در بارداری های بعدی، کاهش توانایی جنسی و رفتار نامناسب با کودک می شوند (15). در مطالعه مکی و همکار (1994) تحت عنوان "ارزیابی زنان از پرستاران لیبر و زایمان"، 90 درصد از زنان، پرستاران لیبر و زایمان خود را مطلوب و 10 درصد، آنها را نامطلوب ارزیابی کردند. آنها پرستاران را به خاطر مشارکت (80٪)، پذیرش (76٪)، دادن اطلاعات (75٪)، تشویق (65٪)، حضور داشتن (53٪) و شایستگی و صلاحیت (7٪)، مطلوب ارزیابی کردند (16). در مطالعه اردیبهشتی (1998)، انتظارات مادران در 20٪ موارد برآورده شده بود، در 23/8٪ تا حدی و در 56/2٪ برآورده نشده بود (17). در مطالعه صحتی و همکاران (2009) بیشترین رضایت مندی مادران در حیطه جسمی و کمترین رضایت مندی در حیطه عاطفی به دست آمد. همچنین میزان رضایت مندی مادران از مراقبین لیبر و زایمان در بیمارستان آموزشی به طور معنی داری کمتر از بیمارستان غیر آموزشی بود (18).

بهبود کیفیت مراقبت های زایمانی بدون توجه به نظرات و انتظارات مادران امکان پذیر نیست و علی رغم گسترش طرح زایمان فیزیولوژیک در سراسر کشور، از جمله در بیمارستان آموزشی آیت الله موسوی زنجان، دانسته های موجود از پیامدهای آن بسیار محدود است. در مروری بر مطالعات انجام شده، مطالعه ای در کشور که به بررسی میزان رضایت مندی مادران از این روش نوین زایمانی بپردازد، یافت نشد، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان مقایسه ای رضایت مندی مادران از زایمان فیزیولوژیک و مقایسه آن با زایمان مرسوم انجام شد تا گامی هر چند کوچک در جهت آگاهی مسئولان و

استفاده شد و اپی زیاتومی به صورت معمول برای تمام زنان شکم اول انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۱۸-۴۵ سال، سن بارداری ۳۸-۴۲ هفته بر اساس اولین روز آخرین بارداری و یا سونوگرافی زیر ۱۲ هفته، بارداری یک قلوپی با نمایش سر و بارداری کم خطر (فقدان بیماری مزمن و سابقه نازایی در مادر، پارگی طولانی مدت پرده های جنینی، خونریزی سه ماهه سوم، اختلال رشد جنین و حجم مایع آمینون، پره اکلامپسی) و وزن نوزاد بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم بود. دو گروه از نظر سن مادر، سن بارداری، تعداد بارداری و زایمان های قبلی همسان شدند. اطلاعات مورد نیاز برای مطالعه، پس از ارائه توضیحات کامل در خصوص اهداف طرح و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت نامه کتبی از افراد، از طریق مصاحبه با مادران و مطالعه پرونده آنان گردآوری شد.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه از سه قسمت مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی و مامایی، پرسشنامه استاندارد رضایت از زایمان مک کی و سؤالات مربوط به رضایت از محیط زایمان تشکیل شده بود. پرسشنامه رضایت مندی زایمان مک کی، شامل ۲۹ سؤال در ۴ حیطه رضایت زائو از عملکرد خود، عملکرد ماماها، وضعیت نوزاد و رضایت کلی از تجربه لیبر و زایمان بود که با استفاده از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت "بسیار راضی هستم" (نمره ۵)، تا "بسیار ناراضی هستم" (نمره ۱) پاسخ داده می شد. دامنه امتیاز کسب شده از این ابزار بین ۱۴۵-۲۹ متغیر بود. امتیاز ۵۸-۲۹ در گروه ناراضی، ۱۱۵-۵۹ در گروه رضایت مطلوب و بیشتر یا مساوی ۱۱۶ در گروه رضایت کامل دسته بندی شدند. جهت سنجش میزان رضایت افراد از محیط زایمان، ۸ سؤال در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت: "کاملاً راضی هستم" (نمره ۵) تا "کاملاً ناراضی هستم" (نمره ۱) طراحی شد؛ بدین ترتیب که ۱-۱۰ جزو گروه بسیار ناراضی، ۲۰-۱۱ ناراضی، ۳۰-۲۱ راضی و ۴۰-۳۱ بسیار راضی بود.

پرسشنامه رضایت مندی از زایمان مک کی، قبلاً به زبان فارسی ترجمه شده و در مطالعه مشابه (۱۵) در کشورمان مورد استفاده قرار گرفته و روایی آن به روش اعتبار محتوا و پایایی آن با محاسبه آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/92$ ) تأیید شده است. روایی پرسشنامه پژوهشگر ساخته رضایت مندی از محیط زایمان نیز به روش اعتبار محتوا با نظر ۸ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشگاه تعیین شده و پایایی آن نیز در یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر از نمونه ها و محاسبه آلفای کرونباخ ( $\alpha=0/86$ ) تعیین شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از جداول توزیع فراوانی و شاخص های مرکزی و پراکندگی و نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) و آزمون های آماری کای دو، تی مستقل و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

### یافته ها

در این مطالعه مقایسه ای، میانگین سن افراد در گروه زایمان مرسوم  $25/84 \pm 5/50$  سال و در گروه زایمان فیزیولوژیک  $25/03 \pm 4/90$  سال بود ( $p=0/154$ ). میانگین سن بارداری در گروه مرسوم  $38/96 \pm 1/14$  سال و در گروه فیزیولوژیک  $38/91 \pm 1/01$  سال بود ( $p=0/687$ ). دو گروه از نظر تعداد بارداری و زایمان همگن بودند، ۷۹ نفر ( $46/5\%$ ) در گروه زایمان مرسوم و ۸۵ نفر ( $50\%$ ) در گروه زایمان فیزیولوژیک، نخست زا بودند ( $p=0/515$ ).

نتایج مطالعه در زمینه سایر مشخصات جمعیت شناختی نشان داد که گروه های مورد مطالعه از نظر سن همسر، سن ازدواج، تحصیلات همسر، شغل مادر و همسر و وضعیت مسکن همسان بودند. در زمینه متغیر تحصیلات مادر، بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده شد ( $p=0/03$ )، به گونه ای که در گروه زایمان مرسوم، درصد بیشتری از واحدهای پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی بودند (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات جمعیت شناختی

| سطح معنی داری | زایمان مرسوم |             | زایمان فیزیولوژیک |             |
|---------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|
|               | تعداد (درصد) | نسبت (درصد) | تعداد (درصد)      | نسبت (درصد) |
| ۰/۰۳          | ۶۸ (۴۰)      | ۶۸ (۴۰)     | ۴۵ (۲۶/۵)         | ۴۵ (۲۶/۵)   |
|               | ۸۰ (۴۷/۱)    | ۸۰ (۴۷/۱)   | ۱۰۰ (۵۸/۸)        | ۱۰۰ (۵۸/۸)  |
|               | ۲۲ (۱۲/۹)    | ۲۲ (۱۲/۹)   | ۲۵ (۱۴/۷)         | ۲۵ (۱۴/۷)   |
| ۰/۱۵۲         | ۶۳ (۳۷/۱)    | ۶۳ (۳۷/۱)   | ۵۵ (۳۲/۴)         | ۵۵ (۳۲/۴)   |
|               | ۸۶ (۵۰/۶)    | ۸۶ (۵۰/۶)   | ۸۱ (۴۷/۶)         | ۸۱ (۴۷/۶)   |
|               | ۲۱ (۱۲/۴)    | ۲۱ (۱۲/۴)   | ۳۴ (۲۰)           | ۳۴ (۲۰)     |
| ۱             | ۱۵۴ (۹۰/۶)   | ۱۵۴ (۹۰/۶)  | ۱۵۴ (۹۰/۶)        | ۱۵۴ (۹۰/۶)  |
|               | ۱۶ (۹/۴)     | ۱۶ (۹/۴)    | ۱۶ (۹/۴)          | ۱۶ (۹/۴)    |
| ۰/۶۲          | ۶۷ (۳۹/۴)    | ۶۷ (۳۹/۴)   | ۷۲ (۴۲/۴)         | ۷۲ (۴۲/۴)   |
|               | ۳۱ (۱۸/۲)    | ۳۱ (۱۸/۲)   | ۲۸ (۱۶/۵)         | ۲۸ (۱۶/۵)   |
|               | ۶۷ (۳۹/۴)    | ۶۷ (۳۹/۴)   | ۶۱ (۳۵/۹)         | ۶۱ (۳۵/۹)   |
|               | ۵ (۲/۹)      | ۵ (۲/۹)     | ۹ (۵/۳)           | ۹ (۵/۳)     |
| ۰/۶۹          | ۹۳ (۵۴/۷)    | ۹۳ (۵۴/۷)   | ۸۶ (۵۰/۶)         | ۸۶ (۵۰/۶)   |
|               | ۳۶ (۲۱/۲)    | ۳۶ (۲۱/۲)   | ۴۲ (۲۴/۷)         | ۴۲ (۲۴/۷)   |
|               | ۴۱ (۲۴/۱)    | ۴۱ (۲۴/۱)   | ۴۲ (۲۴/۷)         | ۴۲ (۲۴/۷)   |

نتایج مطالعه در زمینه اکثر متغیرهای مامایی مورد بررسی (خواستن بارداری، نگرش نسبت به بارداری اخیر، آشنایی با زایمان، شرکت در کلاس های آمادگی زایمان، تصور ذهنی نسبت به درد زایمان و احساس مادر از شروع زایمان) نشان داد که دو گروه از این نظر اختلاف معنی داری نداشتند ( $p > 0.05$ ). اگرچه بیشترین منبع اطلاعات هر دو گروه در مورد زایمان، تجربه زایمان قبلی خود بود، ولی در گروه فیزیولوژیک ۲۹ نفر (۲۱٪) و در گروه مرسوم ۸ نفر (۵/۶٪)، اطلاعات خود را از ماما کسب کرده بودند ( $p = 0.002$ ) (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای پژوهش بر حسب مشخصات مامایی

| سطح معنی داری | زایمان مرسوم |             | زایمان فیزیولوژیک |             |
|---------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|
|               | تعداد (درصد) | نسبت (درصد) | تعداد (درصد)      | نسبت (درصد) |
| ۰/۲۶          | ۱۲۲ (۷۱/۸)   | ۱۲۲ (۷۱/۸)  | ۱۳۱ (۷۷/۱)        | ۱۳۱ (۷۷/۱)  |
|               | ۴۸ (۲۸/۲)    | ۴۸ (۲۸/۲)   | ۳۹ (۲۲/۹)         | ۳۹ (۲۲/۹)   |
| ۰/۲۳          | ۱۴۰ (۸۲/۴)   | ۱۴۰ (۸۲/۴)  | ۱۳۱ (۷۷/۱)        | ۱۳۱ (۷۷/۱)  |
|               | ۳۰ (۱۷/۶)    | ۳۰ (۱۷/۶)   | ۳۹ (۲۲/۹)         | ۳۹ (۲۲/۹)   |
| ۰/۴۷          | ۱۴۳ (۸۴/۱۲)  | ۱۴۳ (۸۴/۱۲) | ۱۳۸ (۸۱/۱۸)       | ۱۳۸ (۸۱/۱۸) |
|               | ۲۷ (۱۵/۸۸)   | ۲۷ (۱۵/۸۸)  | ۳۲ (۱۸/۸۲)        | ۳۲ (۱۸/۸۲)  |
| ۰/۰۰۲         | ۸ (۵/۶)      | ۸ (۵/۶)     | ۲۹ (۲۱)           | ۲۹ (۲۱)     |
|               | ۱۳ (۹/۱)     | ۱۳ (۹/۱)    | ۱۰ (۷/۲)          | ۱۰ (۷/۲)    |
|               | ۳۰ (۲۱)      | ۳۰ (۲۱)     | ۳۴ (۲۴/۴)         | ۳۴ (۲۴/۴)   |
| ۰/۱۸          | ۹۲ (۶۴/۳)    | ۹۲ (۶۴/۳)   | ۷۵ (۵۴/۳)         | ۷۵ (۵۴/۳)   |
|               | ۱۷ (۱۰)      | ۱۷ (۱۰)     | ۲۵ (۱۴/۷)         | ۲۵ (۱۴/۷)   |
| ۰/۶۳          | ۱۵۳ (۹۰)     | ۱۵۳ (۹۰)    | ۱۴۵ (۸۵/۳)        | ۱۴۵ (۸۵/۳)  |
|               | ۴۴ (۲۵/۹)    | ۴۴ (۲۵/۹)   | ۴۲ (۲۴/۷)         | ۴۲ (۲۴/۷)   |
| ۰/۶۳          | ۳۹ (۲۲/۹)    | ۳۹ (۲۲/۹)   | ۳۶ (۲۱/۲)         | ۳۶ (۲۱/۲)   |
|               | ۸۷ (۵۱/۲)    | ۸۷ (۵۱/۲)   | ۹۲ (۵۴/۱)         | ۹۲ (۵۴/۱)   |

|      |           |           |                |                                |
|------|-----------|-----------|----------------|--------------------------------|
|      | (۷۱/۸)۱۲۲ | (۷۹/۴)۱۳۵ | ترس، نگرانی    | احساس مادر نسبت به شروع زایمان |
| ۰/۱۹ | (۱۵/۳)۲۶  | (۹/۴)۱۶   | بدون احساس خاص |                                |
|      | (۱۲/۹)۲۲  | (۱۱/۳)۱۹  | خوشحالی        |                                |

رنگ دیوارهای اتاق ( $p=0/001$ )، تخت و وسایل موجود در اتاق ( $p<0/001$ ) و خشک و تمیز بودن ملافه ها ( $p<0/001$ ) معنی دار بود، ولی در مورد میزان نور و درجه حرارت و جریان هوا ( $p=0/093$ ) و مناسب بودن تخت نوزاد ( $p<0/735$ ) تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در خصوص میزان رضایت مندی مادران از تجربه زایمان، هیچ یک از افراد دو گروه در گروه "ناراضی" قرار نگرفتند. با این وجود، مقایسه دو گروه نشان داد که مادران گروه زایمان فیزیولوژیک نسبت به گروه مرسوم، رضایت بیشتری از تجربه زایمان خود داشتند؛ به گونه ای که میزان رضایت کامل در گروه فیزیولوژیک نسبت به گروه مرسوم،  $76/8$  درصد در مقابل  $40/7$  درصد بود (جدول ۳).

نتایج مطالعه در راستای اهداف اختصاصی طرح نشان داد که در زمینه میزان رضایت مندی مادر از محیط زایمان، هر دو گروه زایمان مرسوم و فیزیولوژیک، از سطح رضایت مندی بالایی برخوردار بودند؛ به گونه ای که در هیچ یک از دو گروه، افراد در دسته بندی "ناراضی" و "بسیار ناراضی" قرار نگرفتند. بیش از  $90$  درصد مادران در گروه زایمان فیزیولوژیک، از محیط زایمان "بسیار راضی" بودند. در حالی که در گروه زایمان مرسوم،  $99$  نفر ( $58/2\%$ ) رضایت کامل داشتند (جدول ۳). بررسی مقایسه ای یک به یک سؤالات پرسشنامه بین دو گروه نشان داد که تفاوت میانگین نمرات در زمینه سؤالات مربوط به میزان سروصدا ( $p<0/001$ )، تعداد بیماران در اتاق ( $p<0/001$ )، حفظ حریم خصوصی ( $p<0/001$ )،

جدول ۳- مقایسه میزان رضایت مندی مادران در دو گروه مورد مطالعه

| رضایتمندی                   | گروه زایمان مرسوم |      | زایمان فیزیولوژیک |      | سطح معنی داری |
|-----------------------------|-------------------|------|-------------------|------|---------------|
|                             | تعداد             | درصد | تعداد             | درصد |               |
| رضایت مطلوب از محیط زایمان  | ۷۱                | ۴۱/۸ | ۱۳                | ۷/۶  | $p<0/0001$    |
| رضایت کامل از محیط زایمان   | ۹۹                | ۵۸/۲ | ۱۵۷               | ۹۲/۴ |               |
| رضایت مطلوب از تجربه زایمان | ۹۹                | ۵۹/۳ | ۳۹                | ۲۳/۲ | $p=0/001$     |
| رضایت کامل از تجربه زایمان  | ۶۸                | ۴۰/۷ | ۱۲۹               | ۷۶/۸ |               |

نوزاد و رضایت مندی کلی، گروه زایمان فیزیولوژیک از سطح رضایت مندی بالاتری برخوردار بودند (جدول ۴).

مقایسه ابعاد رضایت مندی از تجربه زایمان در دو گروه نیز حاکی از آن بود که در تمام جنبه های رضایت مندی از جمله رضایت از عملکرد خود، عملکرد ماما، وضعیت

جدول ۴- مقایسه میانگین نمرات ابعاد رضایت مندی از تجربه زایمان در دو گروه مورد مطالعه

| ابعاد رضایت مندی | گروه زایمان مرسوم |            | زایمان فیزیولوژیک |         | سطح معنی داری |
|------------------|-------------------|------------|-------------------|---------|---------------|
|                  | Mean±SD           | Mean±SD    | Mean±SD           | Mean±SD |               |
| عملکرد خود       | ۳۳/۲۳±۵/۵۲        | ۳۹/۲۲±۴/۸۳ |                   |         | $<0/001$      |
| عملکرد ماما      | ۳۹/۵۸±۵/۳۲        | ۴۳/۴۵±۲/۶۵ |                   |         | $<0/001$      |
| وضعیت نوزاد      | ۱۴/۰۶±۱/۷۷        | ۱۴/۵۲±۱/۲۲ |                   |         | ۰/۰۰۶         |
| رضایت کلی        | ۱۰/۷۲±۲/۶۱        | ۱۱/۵۶±۲/۶۲ |                   |         | ۰/۰۰۴         |

## بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که مادرانی که در بیمارستان آیت الله موسوی زنجان به روش واژینال وضع حمل می کنند، از سطح رضایت مندی بالایی برخوردارند. این یافته زمانی اهمیت دو چندان می یابد که بدانیم بیمارستان آیت الله موسوی، اصلی ترین مرکز آموزشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان در زمینه تربیت دانشجویان مامایی و دستیاران زنان و زایمان است و در مطالعات، عموماً رضایت مندی مادران در بیمارستان های آموزشی، چندان مطلوب گزارش نشده است (۱۸، ۱۹). در مطالعه حاضر مادران در گروه زایمان فیزیولوژیک، رضایت بیشتری از زایمان خود داشتند و این رضایت مندی در تمام جنبه های آن از جمله محیط زایمان، رضایت از عملکرد خود، ماماها و وضعیت نوزاد معنی دار بود.

بررسی جزئی تر حیطه های رضایت مندی و مقایسه شرایط دو گروه می تواند در تحلیل نتایج حاصله کمک کننده باشد. در زمینه محیط زایمان باید گفت که اگرچه مادران گروه مرسوم نیز رضایت مطلوبی از محیط زایمان خود داشتند، با این وجود به نظر می رسد شرایط فراهم شده در اتاق زایمان فیزیولوژیک توانسته است در جلب رضایت کامل مادران از محیط زایمان موفق باشد. مادران گروه زایمان مرسوم در اتاق های عادی لیبر (۳-۴ تخته) در کنار سایر مادران قرار داشتند ولی در گروه فیزیولوژیک، مادران در اتاق اختصاصی و یک تخته ای که بدین منظور طراحی و تجهیز شده (دیوارپوش رنگی، تخت با قابلیت تبدیل به تخت زایمان، دوش اختصاصی، صندلی و کمد کنار تخت) مراحل لیبر خود را می گذراندند. مقایسه نتایج دو گروه نیز به خوبی نشان داد که مادران گروه مرسوم از میزان سر و صدا، تعدد بیماران در اتاق، حفظ حریم خصوصی، رنگ دیوارها، تخت و وسایل موجود در اتاق و همچنین خشک و تمیز بودن ملافه ها رضایت کمتری داشتند. در مراقبت های زایمانی مرسوم، رفت و آمدهای کنترل نشده و تعدد پرسنل و سایر بیماران در اتاق های لیبر و زایمان، باعث می شود تا حریم شخصی زنان در حساس ترین لحظات زندگی آنها حفظ نشده و چه بسا به سلامت روان آن ها آسیب وارد شود (۱۸). به اعتقاد زنان زایمان کرده، فراهم بودن

محیط مناسب، یکی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر پیشرفت زایمان است. ایجاد محیط مناسب برای زائو می تواند با کاستن از استرس و اضطراب فرد، از افزایش سطح کاتکول آمین ها جلوگیری کرده و در نتیجه با کاهش آدرنالین و افزایش سطح اکسی توسین درون زاء، نیاز به اکسی توسین اگزوزن را به حداقل رسانده و پیشرفت زایمان را تسهیل کند (۹). همچنین فراهم کردن محیط اختصاصی برای هر زائو و برخورداری وی از محیطی آرام، بی سر و صدا، با رنگ های ملایم و حفظ حریم خصوصی بیمار، می تواند سهم بسزایی در جلب رضایت مندی مادر و ایجاد تجربه ای خوشایند از تولد داشته باشد (۹). در مطالعه دولتیان و همکاران (۲۰۰۸) نیز ارتباط معنی داری بین عوامل محیطی و رضایت مندی مادران از زایمان طبیعی مشاهده شد (۱۵). میرمولایی و همکاران (۲۰۱۱) نیز به نقل از هندلر و همکاران می نویسند که ویژگی های محل دریافت مراقبت ها همانند خصوصیات فردی مادران، بر روی میزان رضایت مندی آنها از مراقبت های دریافت شده در دوران بارداری تأثیر دارد (۲۰).

سؤالات پرسشنامه مک کی در زمینه عملکرد زائو، شامل سؤالاتی در خصوص میزان مشارکت مادر در تصمیم گیری ها، میزان راحتی و کنترل وی بر احساسات و عملکرد خود در طول لیبر و زایمان و توانایی کنترل انقباضات بود. همانگونه که در مشخصات واحدهای پژوهش آمده بود، مادران در گروه فیزیولوژیک می توانستند آزادانه بر حسب نیاز و تمایل خود در وضعیت های مختلف قرار گرفته، در محوطه اتاق راه بروند و از توپ زایمانی یا دوش آب گرم استفاده کنند و محدودیتی از نظر تغذیه نداشتند. به نظر می رسد مشارکت فعال مادران در روند زایمان باعث می شود تا مادران از موضع منفعلانه و بیمارگونه خود خارج شده و با احساس اعتماد به نفس و تسلط به امور، به نفس فعال و غریزی خود در زایمان طبیعی بازگردند. چنان که صحتی شفائی و همکاران (۲۰۱۳) نیز معتقدند که در روش های حمایتی، چون خود زن تصمیم گیرنده است، لذا با احساس قدرت و کنترل بر خود می تواند در پیشرفت زایمان مؤثر باشد (۸). علی رغم این که اتفاق نظری در

خصوصاً بهترین وضعیت در طی لیبر و زایمان وجود ندارد، ولی آزادی مادر در حین دردهای زایمانی برای انتخاب وضعیت هایی که در آنها احساس راحتی بیشتری می کند، باعث می شود که مادر کنترل بهتری بر روی جسم خود داشته باشد و در نتیجه توانایی مادر برای مقابله با دردهای زایمانی بالا رفته، اعتماد به نفس او افزایش یافته و در نتیجه مادر احساس رضایت و خشنودی بیشتری کند (۲۱). در مطالعه معتمدی و همکاران (۲۰۰۹) نیز مادرانی که اجازه داشتند تا در هر وضعیتی که راحت ترند قرار بگیرند، رضایت بیشتری از تجربه زایمان خود داشتند (۲۱). اگرچه اطلاعات قطعی در زمینه تأثیرات حرکات ویژه لگن در طی لیبر وجود ندارد، ولی در برخی منابع قید شده است که نشستن بر روی توپ زایمانی، باعث راحتی بیشتر مادر و احتمالاً تحمل بهتر درد از جانب او می شود (۲۲).

در مطالعه حاضر در حیطه رضایت از عملکرد ماماها نیز مادران گروه زایمان فیزیولوژیک از رضایت بیشتری برخوردار بودند. سؤالات مربوط به این بخش شامل مواردی نظیر مراقبت جسمانی ماماها (در مواقع تشنگی، گرسنگی، نیاز به ادرار و مدفوع، کنترل علائم حیاتی و ضربان قلب جنین)، رضایت از اطلاعات علمی و میزان توضیحات آنها، میزان علاقه، توجه و حساسیت ماماها، کمک و حمایت آنها در طی لیبر و مدت زمانی که ماماها صرف آن ها کردند، بود. در بیمارستان محیط پژوهش، در هر شیفت، یک مامای دوره دیده زایمان فیزیولوژیک حضور دارد که فقط وظیفه مراقبت و کنترل مادران گروه زایمان فیزیولوژیک را بر عهده داشته و ضمن ارائه مراقبت ها به صورت یک به یک (یک ماما، یک زائو)، تکنیک های تنفسی و حرکات ویژه لگنی را به آنها آموزش داده و مادر را به انجام این تکنیک ها تشویق می کند. البته ذکر این نکته نیز الزامی است که همین افراد به صورت چرخشی در سایر شیفت ها به عنوان مامای لیبر، وظیفه مراقبت از مادران زایمان مرسوم را بر عهده دارند. لذا این تفاوت در میزان رضایت مادران از عملکرد ماماها نمی تواند به دلیل تفاوت در ویژگی های علمی یا شخصیتی ایشان باشد، بلکه این مسأله قاعداً به مدت زمان حضور ماما و نوع ارتباط زائو و ماما بر می گردد؛

چرا که همین افراد در لیبرهای عادی، همزمان مسئولیت چند مادر را بر عهده دارند و طبعاً مدت زمان کمتری را با زائوی خود گذرانده و نمی توانند نقش برجسته ای به عنوان یک حامی برای مادر داشته باشند.

مطالعات مختلف در خصوص تأثیر حضور همراه بر روند زایمان و رضایت مندی زنان، نتایج متفاوتی را نشان داده اند. در مطالعه جوادنوری و همکاران (۲۰۰۸) در دزفول، مادران گروه حمایت شده، میزان رضایت بیشتری از تجربه زایمان خود داشتند (۲۳). مطالعه هودنت و همکاران (۲۰۰۷) نشان داد زنانی که به شکل مداوم در طی لیبر و زایمان حمایت می شوند، احساس ناراضی کمتری نسبت به زایمان از خود نشان می دهند (۲۴). با این وجود در همین مطالعات، وجود افراد ناراضی در گروه حمایت شده بیانگر آن است که حضور همراه، همواره به سود مادر نخواهد بود (۲۵). یکی از دلایل این موضوع می تواند مسائل فرهنگی و شرم مادر از حضور همراه آشنا در آن شرایط دشوار باشد (۲۵). از طرفی، شاید حضور خویشاوندان بر بالین زائو بتواند باعث ایجاد احساس امنیت در وی شود (۲۴)، ولی این همراهی زمانی تأثیر واقعی خود را نشان خواهد داد که فرد همراه، آموزش های لازم در این خصوص را دیده باشد تا بتواند علاوه بر حضور و دلداری، با راهنمایی ها و تشویق های درست و به موقع و انجام اقداماتی نظیر ماساژ و لمس مادر، به پیشرفت زایمان کمک کند. مجموع این مسائل در کنار محدودیت هایی که در بیمارستان های کشورمان در خصوص حضور همراه بر بالین مادران در حین وضع حمل وجود دارد، حضور مداوم یک فرد متخصص مانند ماما بر بالین مادر را تبدیل به غنیمتی می کند که می تواند تأثیرات مثبت بسیاری به همراه داشته باشد. ارائه مراقبت های مداوم لیبر نظیر حمایت های احساسی (حضور مداوم و تشویق مادران)، دادن اطلاعاتی در خصوص روند لیبر، توصیه در مورد تکنیک های معمول و استفاده از ابزارهای آرام بخشی می توانند روند زایمان را برای مادر خوشایندتر کنند (۸). این همراهی می تواند یک نتیجه جانبی بسیار ارزشمند نیز داشته باشد و آن، کاهش وابستگی به ابزارهای



فاصله زمانی ۲۴ ساعت بعد از زایمان و تثبیت وضعیت مادر سعی در کنترل این محدودیت شد.

### نتیجه گیری

انجام زایمان به روش فیزیولوژیک، با حمایت و همراهی ماما، مشارکت فعال مادر در روند زایمان و اجتناب از مداخلات بی مورد، می تواند باعث خوشایندسازی روند زایمان برای مادر شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند و همچنین از پرسنل محترم بخش های زایمان و مامایی بیمارستان آیت الله موسوی زنجان و تمام زنان محترمی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

الکترونیکی و بازگشت مامایی مدرن بر بالین زائو و افزایش ارتباط و تعامل با مادر است (۲۳).

امید است که نتایج این مطالعه با نشان دادن آثار مثبت زایمان فیزیولوژیک بر رضایت مندی مادران و خوشایندسازی روند زایمان برای مادران بتواند گامی هر چند کوچک در جهت ترویج این روش بردارد. اشاره به این نکته الزامی است که علی رغم گذشت بیش از یک دهه از راه اندازی طرح زایمان فیزیولوژیک در ایران، در جستجوهای انجام شده، مطالعات بسیار محدود و انگشت شماری در این زمینه یافت شد که نیازمند توجه ویژه پژوهشگران و مسئولین امر سلامت مادران و ترویج زایمان طبیعی است. از این رو، انجام مطالعات بیشتر و گسترده تر با رویکرد توجه به آثار زایمان فیزیولوژیک بر جنبه های مختلف جسمی، عاطفی، روانی و اقتصادی به خصوص در قالب کارآزمایی بالینی پیشنهاد می شود. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به خستگی مادر در روند زایمان اشاره کرد که می توانست در پاسخ دهی مادر به سؤالات، ایجاد مشکل کند که با گذشت

### منابع

1. Simbar M, Alizadeh Dibazari Z, Abed Saeidi J, Alava Majd H. Assessment of quality of care in postpartum wards of Shaheed Beheshti Medical Science University hospitals. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005;18(4-5):333-42.
2. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous women. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2000 Dec;21(4): 219-24.
3. Kish JA. The development of maternal confidence for labor among nulliparous pregnant women [Dissertation]. University of Maryland;2003.
4. Fraser D, Cooper MA, Myles MF. Myles textbook for midwives. 14th ed. Edinburgh:Churchill Livingstone;2003.
5. Robertson A. [Safe labor]. Tehran:Health Ministry of Iran;2008.[In Persian].
6. Health Ministry of Iran. [Mother's hospitals guideline]. Tehran:Mothers Health Department;2006. [in Persian].
7. Chen CY, Wang KG. Are routine interventions necessary in normal birth? *Taiwan J Obstet Gynecol* 2006 Dec;45(4):302-6.
8. Sehhati Shafai F, Kazemi S, Ghojzadeh M. [Comparing maternal outcomes in nulliparous women in labor in physiological and conventional labor: a randomized clinical trial] [Article in Persian]. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2013;22(97):122-31.
9. Askari F, Atarodi A, Torabi Sh, Delshad Noghabi A, Sadegh Moghadam L, Rahmani R. [Women's labor experience: a phenomenological study] [Article in Persian]. *Ofogh-e-danesh, J Gonabad Univ Med Sci* 2010;15(4):39-46.
10. Tork Zahrani Sh, Honarjo M, Jannesari Sh, Alavai Majd H. [Effects of massage on delivery satisfaction in primiparous women referring to Ayatollah Shaheed Beheshti Hospital in Isfahan] [Article in Persian]. *Facul Nurs Midwifery Quarter Shaheed Beheshti Univ Med Sci* 2006;16(53):3-10.
11. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* 2002 Dec;18(5):260-7.
12. Frost JJ, Singh S, Finer LB. U.S. women's one-year contraceptive use patterns, 2004. *Perspect Sex Reprod Health* 2007 Mar;39(1):48-55.
13. Sharami SH, Zahir Z, Zendedel M. [Assessment the client satisfaction in prenatal unit of Rasht public hospitals] [Article in Persian]. *J Guilan Univ Med Sci* 2008;17(66):29-37.

14. Peterson WE. Adolescent mothers' satisfaction with postpartum nursing care: quantitative and qualitative approaches [Dissertation]. McMaster University;2004.
15. 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] [Article in Persian]. Pajouhandeh J 2008;13(3):259-68.
16. Mackey MC, Stepan ME. Women's evaluations of their labor and delivery nurses. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1994 Jun;23(5):413-20.
17. Ordibeheshti Khiaban M. [Rate women's expectation of maternal care givers in education Tabriz maternity hospitals] [Thesis in Persian]. Tabriz:Tabriz Nursing & Midwifery Faculty;1998.
18. Sehati F, Naghizadeh S, Barzanje Atri SH, Ebrahimi H. [Assessment of mothers satisfaction with the care of maternal care during hospitalization for labor and delivery in educational and non-educational maternity Hospitals of Tabriz] [Article in Persian]. Nurs Midwifery J 2009;13(3):29-36.
19. Sharami SH, Zahiri H, Zendedel S. [Assessment the client satisfaction in Prenatal Unit of Rasht Public Hospitals] [Article in Persian]. J Gilan Univ Med Sci 2007;17(66):29-37.
20. Mirmolaei T, Amel Valizadeh M, Mahmoodi M, Tavakkol Z. [The effect of postpartum care at home on maternal received care and satisfaction] [Article in Persian]. Quart J Evid Based care 2012;1(1):35-50.
21. Motamedi M, Afshari P, Latifi SM. [Investigating the effect of maternal elective position during active phase on the first pregnancy outcome] [Article in Persian]. Knowledge Health 2009;4(1):30-5.
22. Taavoni S, Abdolahian S, Haghani H. [Effect of birth ball on pain severity during the active phase of physiologic labor] [Article in Persian]. Arak Med Unive J 2010;13(1):25-31.
23. Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. [The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process] [Article in Persian]. Sci Med J Ahwaz Univ Med Sci 2008;7(56):32-8.
24. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jul;18(3):CD003766. Review.
25. Nobakht F, Safdari Dahcheshmeh F, Parvin N, Rafiee Vardanjani L. [The effect of the presence of an attendant on anxiety and labor pain of primipara referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010] [Article in Persian]. J Res Develop Nurs Midwifery 2012;9(1): 41-50.

Archive of SID