● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال هفتم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی ۲۶)، صفحه ۷۰ الی ۷۴، بهار ۱۳۸۴
دریافت: ۸۲/۱۱/۱۵، پذیرش: ۸۳/۵/۲۱

بررسی آگاهی، نگرش و تمایل زنان باردار در مورد زایمان در منزل (بابل، ۱۳۸۲)

فاطمه باکویی*
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: زایمان در منزل منجر به کاهش مداخلات پزشکی، افزایش وابستگی والد- نوزادی و تشویق امر شیردهی می گردد. این مطالعه جهت بررسی آگاهی، نگرش و تمایل زنان باردار درمورد زایمان در منزل انجام گرفت.
مواد و روشها : این پژوهش یک مطالعه توصیفی – تحلیلی است که با روش نمونه گیری خوشه ای، پنج مرکز بهداشتی درمانی شهری انتخاب گردید و سپس با استفاده از نمونه گیری تصادفی منظم ۲۲۰ زن باردار از طریق پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات گردآوری شده توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.
یافته‌ها: در این مطالعه اکثر زنان باردار (۵۸٪) از آگاهی متوسطی برخوردار بودند. آگاهی با سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی داری داشت اما با سایر مشخصات فردی ارتباط معنی داری نشان نداد. ۷۶٪ زنان دارای نگرش بی تفاوت و تنها ۴٪ دارای نگرش مثبت به زایمان در منزل بودند و همچنین اکثریت آنها (۷۹/۱٪) تمایلی به انجام زایمان در منزل نداشتند. نگرش و تمایل زنان با هیچ یک از مشخصات فردی واحد های مورد پژوهش ارتباط نداشتند. در حالیکه بین آگاهی با نگرش و تمایل و نیز بین نگرش با تمایل زنان ارتباط آماری معنی داری وجود داشت.
نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش باید برنامه ریزی در جهت ارتقاء آگاهی و تصحیح نگرشها نسبت به زایمان در منزل بعمل آید که این کارباید از طریق برنامه های آموزشی و ایجاد انگیزه در جهت افزایشِ آگاهی انجام گیرد که در نتیجه منجر به ارتقاء عملکرد نیز خواهد گردید.
واژه های کلیدی: *آگاهی، نگرش، تمایل.*

مقدمه

زایمان جزء عملکردهای طبیعی بدن زنان در سنین باروری بوده و مخاطرات همراه با آن به دو عامل محیطِ زایمان و وضعیت جسمی روانی مادر بستگی دارد(۱). ۲۰٪ کل هزینه های بهداشتی صرف زایمان می شود که بیشترین علت آن بستری شدن زائو در بیمارستان می باشد(۲). در طی ۶۰ سال نسبت زایمان در منزل از ۸۰٪ در سال ۱۹۳۰ به ۱٪ در سال ۱۹۹۰ کاهش یافته بود ولی در طی ۸ سال گذشته این نسبت افزایش یافته است. تعدادی از مطالعات نشان می دهند که ۱۰٪ تا ۱۴٪ از زنان ، زایمان در منزل را انتخاب می کنند. در کشورهای غربی در سال ۱۹۹۵، ۳۲٪ از زایمانها در منزل انجام می شد(۳). زایمان در منزل در کشورهای پیشرفته ای مثل انگلستان، سوئد وهلند مورد توجه بوده و در آمریکا و کانادا نیز به طور فزاینده ای به آن توجه می شود (۴) در طی دو دهه گذشته، در آمریکا میزان زایمان های انجام شده در منزل افزایش یافته و به حدود ۳٪ رسیده است، البته این رقم میزان واقعی

■ هزینه انجام این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی شماره ۱۳۸۱۲۵ از اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی بابل تأمین شده است.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.12.1]

آن نمی باشد زیرا تمامی این زایمانها ثبت نمی شود(۵). در انگلیس نیز علاقه به زایمان های خانگی به دلیل نارضایتی زنان از تجارب زایمان در بیمارستان و افزایش ایمنی در منزل بیشتر شده است (۶). انجام زایمان در منزل می تواند یک تجربه منحصر به فرد برای مادر، خانواده و ماما باشد. عامل اصلی در انتخاب این روش، تشخیص زایمان کم خطر و داشتن کنترل کافی توسط ماما می باشد(۷).

با توجه به مشکلات متعدّد زایمان در بیمارستان برای زنان با حاملگی طبیعی، بسیاری از کشورها جهت ارتقاء سطح بهداشت و سلامت زنان حامله خود و همچنین دستیابی به زایمان طبیعی سعی کرده اند، اصول کارشان را برمبنای عدم دخالت در امر زایمان پایه ریزی کنند(۸). مقایسه ۲۹۲۸ زایمان دربیمارستان و ۹۷۶ زایمان در منزل در استرالیا، نشان داده که علاوه بر اینکه میزان مرگ و میر مادران و نوزادان حوالی تولد در گروه زایمان در بیمارستان زیادتر بوده بلکه مادران، مورد مداخلات پزشکی و مامایی غیرضروری بیشتری نیز قرار گرفتند (۹). استفاده از داروها حین زایمان در منزل کم می باشد و بیشتر از ماساژ، تغییر وضعیت، آب، گرما و حمایت روحی استفاده می شود و نوزادان نیز حداقل نیاز به دارو را دارند(۱۱و ۱۰). زایمان در منزل ایمن تر و با مداخلات کمتر نسبت به زایمان در بیمارستان می باشد(۱۲).

عفونت ازجمله مسائلی است که جان مادر و نوزاد را به خطر می اندازد. زنانی که در منزل زایمان می کنند خطر عفونت پس از زایمان در آنها کمتر بوده و نیز احتمال انتقال عفونت از زائویی به زائوی دیگر در منزل وجود ندارد(۱۳). هزینه متوسط زایمان واژینال در منزل۳۰٪ تا ۵۰٪ زایمان در بیمارستان می باشد(۱۴) و همچنین میزان مرگ و میر حین زایمان و نوزادی و شیوع سزارین کمتر می باشد(۲). مطالب بیان شده حاکی از آن است که افزایش تعداد زایمانها در بیمارستان مخصوصاً برای زنان با حاملگی بدون عارضه، در کاهش میزان مرگ و میر آنها تاثیر نداشته است. خدمات زایمان در منزل بخشی از فعالیتهای مامایی جامعه نگر است و موجب ارضای نیازهای جسمی و روانی مادران شده و به اقتصاد خانواده و جامعه کمک می کند. با توجه به اهمیت زایمان در منزل و منافع آن بر آن شدیم تا تحقیقی پیرامون «دانش، نگرش و تمایل زنان باردار در مورد زایمان در منزل» انجام دهیم.

مواد و روشها

این مطالعه بر روی زنان باردار تحت پوشش ۵ مراکز بهداشتی درمانی شهری (موسی الرضا(ع)، رستمی، مدرس، ذاکریان و سید جلال) در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. ابتدا با روش نمونه گیری خوشه ای این مراکز بهداشتی انتخاب شده و سپس با استفاده از نمونه گیری تصادفی منظم، ۲۲۰ زن باردار مراجعه کننده به این مراکز ،به پرسشنامه ای که در ۴ بخش (شامل ۱۲ سوال مربوط به مشخصات فردی، ۱۱ سوال در مورد سنجش آگاهی، ۲۲ سوال مربوط به سنجش نگرش و ۲ سوال در مورد تمایل زنان باردار) تنظیم گردیده بود، پاسخ دادند.

بررسی سطح آگاهی بر اساس امتیازات کسب شده از پرسشنامه، صورت پذیرفت و از مجموع ۱۱ امتیاز، امتیاز ۳-۰ در سطح ضعیف، امتیاز ۷-۴ در سطح متوسط و امتیاز ۱۱-۸ در سطح آگاهی خوب در نظر گرفته شدند. در بررسی نگرش، افراد با امتیاز کمتر از ۳۵ در گروه نگرش منفی،۷۰-۳۵ در گروه نگرش بی تفاوت و امتیاز بیش از ۷۰ در گروه نگرش مثبت محسوب شدند. داده ها با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و $P<0/05$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

در این مطالعه اکثریت زنان باردار (۴۰/۵٪) در گروه سنی ۲۴-۲۰ سال قرار داشتند بیشتر آنها (۴۱٪) از لحاظ تحصیلات در مقطع متوسطه و دیپلم، ۸۹٪ خانه دار و ۶۴/۱٪ از نظر وضعیت اقتصادی در سطح متوسط بودند. همچنین ۵۴٪ از آنها اولین حاملگی را تجربه می کردند. از بین واحدهای پژوهشی تنها ۲٪ سابقه زایمان در منزل را داشتند که همهٔ آنها از زایمان خود در منزل راضی بودند.

بر اساس یافته ها اکثریت زنان باردار (۵۸٪) از آگاهی متوسط، ۱۱٪ از آگاهی خوب و ۳۱٪ از آگاهی ضعیف برخوردار بودند و بین آگاهی و میزان تحصیلات ارتباط معنی داری(p=۰/۰۲) وجود داشت(جدول ۱).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.12.1]

جدول ۱. توزیع فراوانی آگاهی در مورد زایمان در منزل برحسب وضعیت تحصیلی زنان باردار شهرستان بابل، ۱۳۸۲

آگاهی / وضعیت تحصیلی	خوب تعداد(٪)	متوسط تعداد(٪)	ضعیف تعداد(٪)	جمع تعداد(٪)
بی سواد	(۰)۰	(۵۰)۱	(۵۰)۱	(۱۰۰)۲
ابتدایی	(۰)۰	(۴۵/۲)۱۴	(۵۴/۸)۱۷	(۱۰۰)۳۱
راهنمایی	(۶/۸)۳	(۵۹/۱)۲۶	(۳۴/۱)۱۵	(۱۰۰)۴۴
متوسطه و دیپلم	(۱۲/۲)۱۱	(۵۸/۹)۵۳	(۲۸/۹)۲۶	(۱۰۰)۹۰
دانشگاهی	(۲۰/۸)۱۱	(۶۲/۳)۳۳	(۱۷)۹	(۱۰۰)۵۳
جمع	(۱۱/۴)۲۵	(۵۷/۷)۱۲۷	(۳۰/۹)۶۸	(۱۰۰)۲۲۰

p=۰/۰۲

همچنین میزان آگاهی در زنان شاغل بیشتراز زنان خانه دار بود ولی به لحاظ آماری معنی دار نبود، دیگر متغیّرها (سن،شغل، وضعیت اقتصادی ،تعداد حاملگی و زایمان) نیز با آگاهی ارتباط معنی داری را نشان ندادند. ۷۶٪ از واحد های پژوهشی دارای نگرش خنثی (بی تفاوت)،۲۰٪ نگرش منفی و تنها ۴٪ دارای نگرش مثبت به زایمان در منزل بودند. میزان نگرش مثبت به زایمان در منزل در زنان با وضعیت اقتصادی ضعیف بیشتر از سایر وضعیت ها بود ولی از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت. سایر متغیّرها نیز با نگرش ارتباط معنی داری را نشان ندادند.

در این پژوهش اکثریت زنان باردار (۷۹/۱٪) تمایلی به انجام زایمان در منزل نداشتند. تمایل زنان باردار در سطح ضعیف اقتصادی بیش از سایر سطوح بود ولی از لحاظ آماری تفاوت معنی داری نداشت. بین تمایل زنان باردار با سایر خصوصیات فردی نیز ارتباط معنی داری وجود نداشت. از بین زنان بارداری که تمایل به زایمان در منزل داشتند (۲۰/۹٪)، اکثریت آنها (۶۳٪) پزشک را بعنوان عامل زایمان، ۳۴/۸٪ مامای تحصیل کرده و ۲/۲٪ مامای سنتی را انتخاب کردند.

یافته ها نشان دادند که بین آگاهی و نگرش زنان باردار در مورد زایمان در منزل ارتباط معنی دار آماری وجود دارد(p=۰/۰۰۴). یعنی نگرش اکثر زنانی که دارای آگاهی خوب بودند، مثبت و در مقابل اکثر زنانی که دارای آگاهی ضعیف بودند، نگرششان منفی بود(جدول ۲). همچنین بین آگاهی و نگرش زنان باردار با تمایل آنها ارتباط آماری معنی داری وجود داشت(P<۰/۰۵).

جدول ۲. توزیع فراوانی آگاهی در مورد زایمان در منزل برحسب نگرش زنان باردار شهرستان بابل، ۱۳۸۲

آگاهی / نگرش	خوب تعداد(٪)	متوسط تعداد(٪)	ضعیف تعداد(٪)	جمع تعداد(٪)
مثبت	(۵۰)۴	(۳۷/۵)۳	(۱۲/۵)۱	(۱۰۰)۸
بی تفاوت	(۱۰/۸)۱۸	(۶۱/۷)۱۰۳	(۲۷/۵)۴۶	(۱۰۰)۱۶۷
منفی	(۶/۷)۳	(۴۶/۷)۲۱	(۴۶/۷)۲۱	(۱۰۰)۴۵
جمع	(۱۱/۴)۲۵	(۵۷/۷)۱۲۷	(۳۰/۹)۶۸	(۱۰۰)۲۲۰

p=۰/۰۰۴

بحث

در مطالعه حاضراکثر واحد های مورد پژوهش(۵۸٪) از آگاهی متوسط و ۱۱٪ دارای آگاهی خوب در مورد زایمان در منزل بودند. در مطالعه ای تحت عنوان بررسی عقاید زنان در مورد زایمان در منزل در انگلستان مطرح گردید که آگاهی اکثر زنان باردار در مورد زایمان در منزل ضعیف می باشد و از آنجا که داشتن آگاهی به انتخاب صحیح افراد در مورد محل زایمان کمک می کند(۱۵)در نتیجه اطلاعات بیشتری برای زنان ضروری می باشد تا بتوانند آزادانه و آگاهانه محل زایمان را انتخاب کنند.اگر زنان آگاهانه محل زایمان خود را انتخاب کنند میزان زایمان در منزل ۱۰ برابر بیشتر خواهد شد(۱۶). در این مطالعه ۷۶٪ افراد نگرش بی تفاوت و ۴٪ نگرش مثبت به زایمان در منزل داشتند. در مطالعه اُدونووان و همکاران نشان داده شد که ۱۰٪ زنان باردار دارای نگرش مثبت به زایمان در منزل می باشند(۱۷). مطالعه دیگر در سوئد نشان داد که از ۳۲۸۳ زن باردار، تنها ۱٪ دارای نگرش مثبت بودند و فاکتورهای موثر بر نگرش خود را حضور دیگر اعضای خانواده در حین زایمان، عدم

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.12.1]

مداخلات دارویی حین لیبر و زایمان و راحتی و ایمن بودن زایمان در منزل بیان کردند(۱۶) در نتیجه بایستی با برنامه ریزی صحیح تغییر نگرش در زنان باردار ایجاد نمود.

در مورد تمایل به انجام زایمان در منزل، ۲۰/۹٪ از زنان باردار اظهار آمادگی کردند. در مطالعه ای در سال ۱۹۹۷ تنها ۳/۵٪ (۱۵) و در مطالعه دیگر در روتاندا در سال ۲۰۰۰، ۹/۵٪ از زنان باردار تمایل به زایمان در منزل داشتند که علت عدم تمایل آنها را ،نداشتن اطلاعات کافی از فواید زایمان در منزل و مضرات زایمان در بیمارستان مطرح می کنند(۱۷). نتایج یک مطالعه در هلند نشان داد که از ۱۷۰ زن باردار مورد بررسی، ۱۰۰ نفر تمایل به زایمان در منزل، ۴۵ نفر تمایل به زایمان در بیمارستان و ۲۵ نفر مردد بودند (۱۸). همچنین مطالعه ای در تهران نشان داد که تمایل زنان باردار روستایی در مورد زایمان در منزل بیش از زنان شهری می باشد(۱۹). در این مطالعه بین نگرش و تمایل زنان با خصوصیات فردی ارتبا ط آماری معنی داری وجود نداشت، در حالیکه مطالعات دیگر، عواملی نظیر سطح تحصیلات، سلامت روحی و عوامل فرهنگی را بر انتخاب محل زایمان موثر می دانستند(۱۸و۲۰).

یافته ها نشان دادند که بین آگاهی با نگرش، آگاهی با تمایل زنان و همچنین بین نگرش با تمایل زنان باردردر مورد زایمان در منزل ارتباط آماری معنی داری وجود داشت و نگرش اکثر زنانی که دارای سطح آگاهی خوب بودند، مثبت و تمایل آنها به زایمان در منزل بیشتر بود که مشابه مطالعات دیگر بود(۲۱و۱۸).

نتایج این مطالعه نشان داد که سطح آگاهی زنان باردار در مورد زایمان در منزل در حدّ بالایی نیست و از آنجا که سطح آگاهی با میزان نگرش و آمادگی به عمل آنها ارتباط معنی داری دارد، لذا کسب آگاهی از بهترین روشهای اصلاح و تغییر نگرش و به دنبال آن ایجاد تمایل به زایمان در منزل می باشد، تا بتوان با ترویج این نوع زایمان علاوه بر ارتقاء بهداشت مادر و کودک، به سلامت جامعه نیز دست یافت.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بابل که حمایت مالی اجرایی این طرح را تقبل نموده اند به خصوص جناب آقای دکتر مقدم نیا معاونت محترم پژوهشی و کارشناسان محترم پژوهشی به خاطر زحمات فراوانشان و همچنین از همکاری صمیمانه همکاران محترم درمانگاههای مربوطه در امر نمونه گیری و نیز از همسر بزرگوارم که در جهت اجرای طرح بیدریغ مرا یاری دادند، سپاسگزاری می نمایم.

****

References

1. Hafner C, Pearce LK. Birth choices, the law, and medicine. Journal of Health Politics, Policy and Law 1994; 19(4): 813-34.

2. Anderson RE, Anderson DA. The cost effective of home birth. JNM 1999; 44(1): 30-5.

3. Zander L, Geoffrey CH. Place of birth. BMJ 1999; 318: 721-3.

4. Jenson M, Bobak I. Maternity and gynecologic care. Louis CV Co 1989; pp: 354.

5. May K, Mahlmeister L. Matenal & neonatal nursing. Phladelphia: JB Lippincott Co 1994; pp: 623.

6. Floyd L. Community midwives views and experience of home birth. Midwifery 1995; 11: 3-10.

۷. بنت ر، براون ل. درسنامه مامایی میلز. ترجمه گروه مترجمین، تجدید چاپ اول، انتشارات مهر ۱۹۹۷؛ص: ۳۴۶.

۸. شاه حسینی ز. بررسی عوامل موثر بر جذب ماماها و تاثیر آن بر شاخصهای اساسی مادر و کودک. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه تربیت مدرس۱۳۷۲؛ص: ۲۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.12.1]

9. Woodcock HC, Read AW, Bower C, et al. A matched cohort study of planned home and hospital birth in western. Austeralia Midwifery 1994; 1(1): 125-35.

10. Schirm E, Tobi H. Low use of medication in home deliveries in the Netherlands. Int J Gynaecol Obstet 2002; 79(1): 5-9.

11. Wright Sh. Have you considered a home birth. Waikato Home birth Assocasion 2002; PP: 313: 2.

12. Olsen O, Jewell MD. Home versus hospital birth. Cocrane Datebase Syst Rev 2000; 2: 352.

۱۳. پارک جی، پارک ک. اصول و روشهای اپیدمیولوژی،جمعیت شناسی و آمارهای بهداشتی. ترجمه شجاعی تهرانی و حسینی. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت۱۳۷۲؛ص: ۲-۲۳۱.

14. George B. What are the advantages of a home birth over a typical hospital delivery. Family Practice & Home birth 2004; 8: 2-5.

15. Fordham S. Women's views of the place of confinement. Br J Gen Pract 1997; 47(415): 77-80.

16. Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestal I. Swedish women interest in homebirth and in-hospital birth center care. Birth 2003; 30(1): 11-22.

17. O Donovan M, Connolly G, Zainal S, et al. Attitude to home birth in an antenatal population at the Rotunda hospital. Ir Med J. 2000; 93(7): 207-8.

18. Kleiverda G, Steen AM, Anderson I, et al. Place of delivery in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990; 36(1-2): 1-9.

۱۹. سجادی راد ط. بررسی و مقایسه دانش، نگرش و آمادگی به عمل زنان باردار شهری و روستایی در مورد زایمان در منزل. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۷۵؛ص:۱.

۲۰. پنجه شاهین م و همکاران. بررسی علل انجام زایمان در منزل جوامع روستایی شهرستان کازرون .طرح پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۱۳۷۵؛ ص: ۱.

21. Simic P, Benett IJ, Garrod D, et al. Womans experience of maternity care in an inner city. Midwives 1995; 36(4): 38-41.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه پرستاری و مامایی تلفن: ۴-۲۲۲۹۵۹۱-۰۱۱۱.

bakouei 2004@ yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1384.7.2.12.1]