خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، پیاپی (۱)۳۲ ص ۱۴۸-۱۵۹

Family and health Quarterly, vol12, Issue 1, Spring 2022, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.1.5.5

بررسی آگاهی مادران از القای زایمان با اکسی توسین

منیژه پیردل[1*]

چکیده

مقدمه: تجربیات زنان از زایمان تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد. ایندکشن یکی از شایع‌ترین روش‌های مورد استفاده در زایمان می‌باشد که می‌تواند بر تجربه زنان از زایمان تاثیر داشته باشد. هدف این مطالعه بررسی آگاهی و تجربیات زنان نخستزا و چندزا از القاء زایمان با اکسی توسین می‌باشد.

روش پژوهش: این مطالعه‌ی توصیفی – مقایسه‌ای بر روی ۴۰۰ زن نخستزا و چندزا با زایمان طبیعی که به روش تصادفی ساده انتخاب شده بودند با روش مصاحبه انجام گرفت. ابزار مورد استفاده پرسشنامه بود. داده‌ها جمع‌آوری شده و با استفاده آزمونهای آماری توصیفی، تی استیودنت و همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که در ۶۳ درصد زنان نخستزا و ۷۰ درصد زنان چندزا سطح آگاهی و نگرش از القاء زایمان در حد متوسط بود. در ارتباط با بررسی آگاهی مادران از القاء زایمان در زنان نخستزا ۶۹ درصد انجام معاینات واژینال، ۶۲ درصد ترس از آسیب به نوزاد، ۵۹ درصد درد بیشتر در مقایسه با زایمان خودبخودی و در زنان چندزا ۶۵ درصد عدم آزادی حرکت، ۶۱ درصد انجام معاینات واژینال و ۵۷ درصد مشارکت مادران در فرآیند تصمیم‌گیری درباره شروع و پایان زمان القاء زایمان را بیان نمودند.

نتیجه‌گیری: القاء زایمان بر تجربیات زنان از زایمان تاثیر می‌گذارد و در مقایسه با زایمان خودبخودی میزان رضایتمندی کمتری به همراه دارد. به منظور بهبود مراقبت‌ها و در نتیجه افزایش رضایتمندی و بهبود تجربه شخصی زنان از القاء زایمان باید اطلاعات و آگاهی زنانی که تحت القاء قرار می‌گیرند بهبود یابد و به خوبی حمایت شوند.

واژگان کلیدی: آگاهی، القاء زایمان، اکسی توسین، رضایت، نخست زا

استناد: پیردل م. بررسی آگاهی مادران از القای زایمان با اکسی توسین، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ ۱۱ (۱۴: ۱۶۷-۱۵۷)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱۱ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۶/۲۵**

[1] - نویسنده مسئول کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران، تلفن: ۰۱۳-۴۴۸۰۲۲۲۰

E-mail: Ma.pirdel@iau.ac.ir, ORCID: 0000-0001-6694-0271,

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

مقدمه:

ایندکشن به معنای القای زایمان عبارت از آغاز مصنوعی فعالیت رحم جهت به انجام رسیدن زایمان می‌باشد. روشهای متعددی جهت ایندکشن وجود دارد. یکی از راههای مقابله با طولانی شدن زمان لیبر و کوتاه کردن مرحله اول زایمان استفاده از اکسی توسین می‌باشد. اکسی‌توسین یکی از داروهای پر مصرف است که برای تقویت و القای زایمان به صورت داخل وریدی به کار برده می‌شود. در آمریکا، استرالیا و فلاند حدود ۲۵-۱۳ درصد زایمان‌ها با استفاده از ایندکشن است (۱، ۲). همچنین روش غالب برای القاء زایمان در ایران نیز استفاده از اکسی توسین است. عوامل مهم پیشگویی‌کننده مقدار اکسی‌توسین، شامل دیلاتاسیون سرویکس، پاریته و سن حاملگی می‌باشد. پاسخ رحم به وضعیت قبل از فعالیت یا انقباض رحم، حساسیت آن و شرایط سرویکس بستگی دارد و این عوامل نیز با طول مدت حاملگی و تفاوتهای بیولوژیک فردی در ارتباط هستند(۳).

تجربیات زنان از زایمان تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار می‌گیرد که می‌تواند تاثیرات مثبت و منفی بر زایمان فعلی و بعدی فرد داشته باشد (۴). القاء یکی از مداخلات معمول و روتین مامایی است. انجام اقدامات درمانی و تهاجمی در طی لیبر و زایمان می‌تواند منجر به افزایش درد زائو و افزایش نیاز برای دریافت داروهای ضد درد شود (۲). در بسیاری از مطالعات ذکر شده است که القاء لیبر با اکسی‌توسین برای زنان یک عامل استرس‌زا و ناراحت کننده است و زنان می توانند نسبت به القاء زایمان نگرش مثبت یا منفی داشته باشند. علی رغم نگرش و تجربیات منفی در ارتباط با القاء زایمان، ۸۰ درصد زنان همچنان تمایل دارند که در حاملگی های بعدی از القاء زایمان استفاده شود. بررسی تاثیر القاء زایمانی بر وضعیت جسمی، روحی و روانی زنان بسیار حایز اهمیت است. چرا که می‌تواند بر درک فرد از درد و حتی زایمان موثر باشد(۵، ۶).

زنان به دلایل مختلفی می‌توانند نسبت به القاء زایمان نگرش منفی داشته باشند که این عوامل عبارتند از: اقامت طولانی مدت در بیمارستان، دردناک‌تر بودن لیبر القاء شده نسبت به لیبر طبیعی (خودبخودی)، معاینات واژینال متعدد همراه با ایندکشن و محدودیت حرکت مادر به دلیل القاء تا زمان زایمان و ترس از آسیب به نوزاد که این عوامل می‌توانند به نوبه خود بر درک زن از درد نیز تاثیر داشته باشند(۲، ۷). مکان انجام القاء نیز می‌تواند بر تجربه زنان تاثیرگذار باشد. مطالعاتی بیان می‌دارند که انجام ایندکشن در بیمارستان در مقایسه با منزل باعث کاهش اضطراب و نگرانی و افزایش رضایتمندی زنان از تجربه زایمان می‌گردد (۸، ۹، ۱۰).

بسیاری از زنان تمایل دارند که قبل از القاء زایمان اطلاعات کافی و صحیحی در مورد فواید و عوارض آن کسب کنند و در عین حال خود نیز در تصمیم‌گیریهای درمانی خود مشارکت فعال داشته باشند. چرا که برخی از زنان معتقدند به دست آوردن اطلاعات صحیح باعث می‌شود که دیگر نسبت به آن موضوع احساس ترس نکنند (۲، ۶، ۱۱). حدود یک سوم از زنان علی‌رغم شرکت در کلاسهای آموزشی قبل از تولد، در زمان زایمان اطلاعات بدست آمده در زمینه القاء زایمان را کافی ندانسته و خواهان کسب اطلاعات بیشتر می‌باشند. مطالعاتی بیان می‌دارند که بیشتر زنانی که تحت القاء زایمان بوده‌اند در مقایسه با زایمان خودبخودی تجربیات منفی بیشتری را گزارش می‌کنند که بیشترین نگرانی در ارتباط با سلامت نوزاد است (۲، ۱۲، ۱۳).

از آنجائی که در دهه‌های اخیر تمایل مادران به انجام زایمان سزارین در حال افزایش بوده است و با توجه به اینکه تمامی فعالیتها در طی لیبر و زایمان می‌بایست در جهت فراهم کردن ایمنی جنین و راحتی مادر باشد و با توجه به مطالعات محدود در زمینه تجربیات زنان از القاء زایمان این مطالعه به منظور بررسی تجربیات زنان نخست‌زا و چندزا از ایندکشن انجام گرفت.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، پیاپی (۱)۳۲ ص ۱۴۸-۱۵۹
Family and health Quarterly, vol12, Issue 1, Spring 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.1.5.5

روش پژوهش:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقایسه‌ای است که بر روی ۴۰۰ مادر نخست‌زا و چندزا که زایمان طبیعی داشتند و به صورت روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند در شهرستان آستارا انجام شد. مشخصات واحدهای مورد پژوهش عبارت بودند از سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، حاملگی تک قلویی با نمایش سر، عدم سابقه ابتلا به مشکلات روانی و جسمانی شناخته شده قبل و در طی حاملگی، انجام زایمان طبیعی زائوها توسط ماما و تمایل به شرکت در مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه شامل ناهنجاری‌های واضح در جنین، بارداری‌های پر خطر، سابقه سزارین قبلی، سابقه پارگی رحم، جفت سرراهی، پرولاپس بند ناف و تشخیص عدم تطابق سر با لگن بود. پژوهشگر پس از کسب اجازه از بیمارستان و ضمن معرفی خود از مادرانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند رضایت نامه آگاهانه کتبی اخذ نمودند و توضیح دادند که افراد هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از نمونه‌گیری خارج شوند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه بر اساس اهداف پژوهش بود. ابزارها شامل فرم مشخصات فردی- اجتماعی و مامایی شامل ۱۸ سوال و پرسشنامه مربوط به بررسی نگرش، آگاهی و تجربیات زنان از القاء لیبر شامل ۲۳ سوال که به هر یک از اظهار نظرهای (کاملا موافقم، موافقم، مخالفم، کاملا مخالفم) امتیاز ۴-۱ تعلق گرفت. سطح نگرش و آگاهی افراد در سه سطح کمتر از ۴۶ (ضعیف)، بین ۶۹-۴۶ (متوسط) و بیشتر از ۶۹ (خوب) قرار گرفت.

بررسی سطح کلی رضایتمندی از روش القاء (طول مدت لیبر، شدت درد لیبر، عوارض همراه با القاء و دریافت حمایت ماما) در پنج سطح بسیار ضعیف تا بسیار خوب سنجش شد. در روایی پرسشنامه‌های استفاده شده در مطالعه از روش روایی محتوا استفاده گردید و در پایایی از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه فوق برای بررسی در اختیار ۱۵ نفر افراد واجد شرایط مطالعه قرار گرفت. سپس با فاصله زمانی ۱۰ روز بعد مجددا این عمل تکرار شد و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ضریب پایایی پرسشنامه تعیین شد. برای پرسشنامه مربوط به نگرش و تجربیات زنان از القاء زایمان ضریب پایایی ۰/۸۳ به دست آمد.

ذکر این نکته لازم است زمانی که حال عمومی مادران خوب و قادر به پاسخگویی به سؤالات بودند با آنان مصاحبه انجام شده اطلاعات بعد از زایمان و در طی مرحله چهارم زایمان جمع‌آوری شد. حجم نمونه بر اساس فرمول برآورد میانگین با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد، میزان دقت تست برابر با ۰/۰۵ و انحراف معیار نمونه برابر ۵ (از مطالعه مشابه) ۳۸۴ نفر به دست آمد که جهت افت احتمالی نمونه ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزارSPSS و روش‌های آمار توصیفی و کای دو، تی استودنت و ضریب همبستگی پیرسون در سطح خطای ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

در این مطالعه میانگین سنی زنان نخست‌زا ۳/۹۹±۲۲/۸۷ سال و میانگین سنی زنان چندزا ۶/۶۴ ±۲۷/۷۷ سال بود. ۳۳/۷ درصد زنان نخست‌زا و ۲۳ درصد زنان چندزا دارای تحصیلات ابتدایی بودند. ۴۹ درصد نخست‌زاها و ۴۶/۵ درصد چندزاها سن حاملگی بین ۳۸-۳۷ هفته داشتند. در ۶۱/۵ درصد زنان نخست‌زا و ۶۷/۵ درصد زنان چندزا پارگی کیسه آب به صورت خودبخودی بود. ۴۸ درصد زنان نخست‌زا و ۴۴/۵ درصد زنان چندزا بین۷-۵ بار در اتاق درد تحت معاینه مهبلی قرار گرفته بودند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب مشخصات مامایی

Table 1: Frequency distribution of participant according to obstetric characteristics

متغیر	نخست‌زا		چندزا	
سن حاملگی (هفته)	فراوانی	درصد	فراوانی	**درصد**
۳۸-۳۷	۹۸	۴۹	۹۳	**۴۶/۵**
۳۹-۴۰	۵۶	۱۶/۵	۴۵	**۲۲/۵**
۴۱-۴۲	۴۶	۲۳	۶۲	**۳۱**
نوع شروع زایمان				
خودبخودی	۱۱۲	۵۶	۱۲۰	**۶۰**
ایندااکشن	۸۸	۴۴	۸۰	**۴۰**
نوع پارگی کیسه آب				
خودبخودی	۱۲۳	۶۱/۵	۱۳۵	**۶۷/۵**
مصنوعی	۷۷	۳۸/۵	۶۵	**۳۲/۵**
طول مدت مرحله اول زایمان (ساعت)				
<۴	۲۹	۱۴/۵	۷۵	**۳/۵**
۶-۴	۹۱	۴۵/۵	۸۱	**۴۰/۵**
۸-۶	۴۲	۲۱	۱۵	**۷/۵**
۱۰-۸	۳۸	۱۹	۲۹	**۱۴/۵**
طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)				
۱۰-۵	۳۰	۱۵	۱۳۶	**۴۵/۳**
۱۵-۱۰	۱۱۲	۵۶	۱۱۶	**۳۸/۷**
۲۰-۱۵	۴۹	۲۴/۵	۴۳	**۱۴/۳**
۲۵-۲۰	۹	۴/۵	۵	**۱/۷**

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، پیاپی (۱)۳۲ ص ۱۴۸-۱۵۹
Family and health Quarterly, vol12, Issue 1, Spring 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.1.5.5

تعداد معاینات واژینال (مطالعه پرونده)				
۱-۴	۶۸	۳۴	۷۲	۳۶
۵-۷	۹۶	۴۸	۸۹	۴۴/۵
۸-۱۲	۳۶	۱۸	۳۹	۱۹/۵

در ارتباط با دلایل انجام القاء زایمان در زنان نخستزا، ۱۹ درصد پارگی طولانی مدت پرده جنینی و ۱۶ درصد عدم شروع خودبخودی زایمان و در زنان چندزا، ۲۲/۵ درصد پارگی طولانی مدت پرده جنینی و ۱۸ درصد کاهش حرکات جنین از مهمترین دلایل انجام القاء زایمان بود (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب دلایل انجام ایندکشن

Table 2: Frequency distribution of participant according to reasons for induction of labour

دلایل انجام ایندکشن	نخستزا		چندزا	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پارگی طولانی مدت پرده جنینی	۳۸	۱۹	۴۵	۲۲/۵
طولانی شدن مدت حاملگی	۲۹	۱۴/۵	۳۵	۱۷/۵
عدم شروع خودبخودی زایمان	۳۲	۱۶	۲۷	۱۳/۵
فعالیت ناکافی رحم	۱۹	۹/۵	۱۶	۸
خونریزی	۱۷	۸/۵	۲۱	۱۰/۵
کاهش حرکات جنین	۳۰	۱۵	۳۶	۱۸
بیماری مادر	۱۶	۸	۱۲	۶
اولیگوهیدرآمنیوس	۱۹	۹/۵	۸	۴

در این مطالعه آگاهی و تجربیات زنان در ارتباط با ایندکشن مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های پژوهش از دیدگاه زنان نشان داد که در ارتباط با آگاهی درباره روش القاء زایمان در زنان نخست زا، ۶۹ درصد انجام معاینات واژینال مکرر، ۶۲ درصد ترس از آسیب به نوزاد، ۵۹ درصد درد بیشتر در مقایسه با زایمان خودبخودی و ۴۳ درصد در ارتباط با دلایل انجام القاء زایمان و در زنان چندزا ۶۵ درصد عدم آزادی حرکت در زنان القاء زایمان، ۶۱ درصد انجام معاینات واژینال مکرر، ۵۷ درصد عدم مشارکت مادران در فرایند تصمیم گیری درباره زمان شروع و پایان زمان القاء و ۴۶ درصد درد بیشتر در مقایسه با زایمان خودبخودی را بیان نمودند. در ارتباط با سوالات مرتبط با عوارض ناشی از القاء، ۶۴ درصد زنان نخستزا طولانی شدن طول مدت لیبر، ۵۹

درصد تهاجمی بودن روش القاء و ۵۲ درصد افزایش نیاز به داروهای کاهنده درد و در زنان چندزا ۵۸ درصد افزایش دیسترس جنینی، ۴۹ درصد افزایش انقباضات رحمی و ۴۳ درصد عدم موفقیت و شکست اینداکشن را ذکر نمودند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب بیشترین پاسخ مثبت مادران به سوالات در زمینه آگاهی از القاء زایمان

Table 3: Frequency distribution of participant according to highest scored of attitudes to labour induction

سوالات	نخست زا	چندزا
۱. رعایت حریم خصوصی بیمار در زمان انجام تمام مراقبتها	۱۴٪	۲۳٪
۲. نگرانی و اضطراب در ارتباط با آسیب نوزاد	**۶۲٪**	۴۳٪
۳. خستگی از انتظار برای شروع لیبر به دنبال القاء	۳۸٪	۳۶٪
۴. اقامت طولانی مدت در بیمارستان	۳۱٪	۳۹٪
۵. احساس درد و ناراحتی بیشتر در مقایسه با زایمان خودبخودی	**۵۹٪**	۴۶٪
۶. همکاری مداوم ماما و اعتماد به مراقبین در امر مراقبت و کنترل مادر و جنین	۴۲۵	۳۸٪
۷. کمک به کاهش ترس و اضطراب مادران در زمان انجام القاء زایمان	۲۹٪	۳۲٪
۸. معاینات واژینال مکرر بر اساس شرایط مادر در زمان القاء زایمان	**۶۹٪**	**۶۱٪**
۹. عدم آزادی حرکت در زمان القاء زایمان	۴۲٪	**۶۵٪**
۱۰. انجام القاء زایمان به صورت بدون درد	۲۲٪	۳۸٪
۱۱. طول مدت زایمان از زمان شروع القاء تا زایمان	۴۰٪	۳۵٪
۱۲. مشارکت مادران در فرایند تصمیم گیری درباره زمان شروع و پایان القاء	۳۴٪	**۵۷٪**
۱۳. دلایل انجام القاء زایمان (اندیکاسیون‌ها)	۴۳٪	۳۲٪
۱۴. دریافت اطلاعات صحیح و مناسب در ارتباط با القاء زایمان	۳۹٪	۴۰٪
۱۵. محیط فیزیکی مناسب در لیبر برای انجام القاء زایمان (نور، دما، صدا)	۲۳٪	۲۸٪
۱۶. آموزش در ارتباط با مراقبتهای انجام شده در خصوص القاء زایمان	۲۶٪	۳۸٪
سوالات مرتبط با عوارض القاء زایمان	نخست زا	چندزا
۱. افزایش دیسترس جنینی	۴۹٪	**۵۸٪**

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، پیاپی (۱)۳۲ ص ۱۴۸-۱۵۹
Family and health Quarterly, vol12, Issue 1, Spring 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.1.5.5

۲. طولانی شدن طول مدت لیبر و زایمان	**۶۴٪**	۲۳٪
۳. افزایش میزان سزارین	۳۴٪	۲۹٪
۴. عدم موفقیت و شکست القاء زایمان	۳۸٪	۴۳٪
۵. تهاجمی و غیر طبیعی بودن القاء زایمان	**۵۹٪**	۳۶٪
۶. افزایش تعداد انقباضات رحمی	۴۸٪	۴۹٪
۷. افزایش نیاز به داروهای کاهش درد زایمان	**۵۲٪**	۴۰

* **اعداد Bold بیان کننده بیشترین درصد پاسخ به سوالات می‌باشند.**

بررسی سطح آگاهی و نگرش از القاء زایمان در دو گروه بیانگر آن بود که ۶۳ درصد زنان نخستزا و ۷۰ درصد زنان چندزا آگاهی در سطح متوسط داشتند. میانگین نمره سطح آگاهی و نگرش در زنان نخستزا ۴۳/۵۰±۴/۴۰ و در زنان چندزا ۴۵/۰۹±۵/۳۲ بود. مقایسه میانگین نمره آگاهی و نگرش با آزمون تی استیودنت در بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار را نشان نداد (p=۰/۴۲۳) (جدول ۴). در ارتباط با میزان رضایتمندی زنان از القاء زایمان (طول مدت لیبر، شدت درد لیبر، عوارض همراه با القاء و دریافت حمایت از جانب ماما) یافته‌ها نشان داد که در ۵۸ درصد زنان نخستزا و ۶۳ درصد زنان چندزا سطح رضایتمندی از القاء زایمان ضعیف بود.

جدول ۴: توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش بر حسب پاسخ افراد به سوالات در زمینه آگاهی و نگرش نسبت به القاء زایمان

Table 4. : Frequency distribution of participant according to women's knowledge and attitude of labour induction

سطح آگاهی و نگرش	نخستزا	چندزا
	فراوانی (درصد)	**فراوانی (درصد)**
خوب	۳۵ (۱۷/۵)	**۲۸ (۱۴)**
متوسط	۱۲۶ (۶۳)	**۱۴۰ (۷۰)**
ضعیف	**۳۹ (۱۹/۵)**	**۳۲ (۱۶)**

میانگین طول مدت فاز فعال زایمان (مرحله اول) در زنانی که تحت ایندکشن قرار گرفته بودند در نخستزا ۵/۸۶±۱/۶۴ ساعت و در چندزا ۴/۹۷±۱/۷ ساعت و میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در نخستزا ۱۴/۹۰±۳/۴۰ دقیقه و در چندزا ۱۲/۳±۷۶/۷۰ دقیقه بود. مقایسه میانگین‌های طول مدت مرحله اول زایمان و مرحله دوم زایمان با آزمون تی استیودنت در بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار را نشان داد (p<۰/۰۰۰۵). بررسی نتایج نشان داد که با استفاده از آزمون آماری همبستگی پیرسون بین طول مدت مرحله اول زایمان با سطح رضایتمندی در زنان نخستزا (p<۰/۰۰۳ ، r= -۰/۱۵) و چندزا (۰/۰۰۳

p<، r=-۰/۱۲) و طول مدت مرحله دوم زایمان با سطح رضایتمندی در زنان نخستزا (p<۰/۰۰۲ ، r=-۰/۱۷) و چندزا (P <۰/۰۰۲ ، r=-۰/۱۴) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت.

بحث و نتیجه‌گیری:

القاء زایمان یکی از بخش‌های مهم در مامایی مدرن محسوب می‌شود به خصوص در مواردی که ادامه حاملگی خطرات جدی برای مادر و جنین دارد. روزانه تعداد زیادی از زنان در بیمارستان ها تحت تحریک یا القاء زایمان با اکسی توسین قرار می‌گیرند. با توجه به اهمیت موضوع هدف این مطالعه بررسی سطح آگاهی و نگرش زنان از این مداخله و تاثیرات آن بر ابعاد جسمی و روانی آنها بود. با توجه به نتایج مطالعه یکی از مهمترین موارد ذکر شده در زنان نخستزا که تحت القاء با اکسی توسین قرار گرفته بودند ترس از آسیب به نوزاد بود که با مطالعات دیگر همخوانی دارد (۷، ۱۲). یکی از دلایل انجام القاء زایمان بیماری مادر و یا عوارض حاملگی است که به نوبه خود می‌تواند بر سلامتی جنین و ترس مادران از آسیب به نوزاد تاثیرگذار باشد. این در حالی است که برای تعدادی از مادران علی رغم افزایش طول مدت لیبر القاء زایمان روشی ایمن برای مادر و نوزاد محسوب می‌شود (۵، ۱۴).

القاء لیبر در مقایسه با لیبر خودبخودی می‌تواند منجر به تجربه درد بیشتری شود که این امر می‌تواند ناشی از افزایش شدت انقباضات رحمی، معاینات واژینال و حتی ترس و اضطراب مادر در ارتباط با روش ایندکشن باشد (۱۲، ۱۵). همچنین عدم دریافت داروهای کاهش درد زایمان، وضعیت و پوزیشن نامناسب مادر در زمان القاء و عدم رعایت حریم خصوصی بیمار نیز به نوبه خود می‌تواند بر تجربه درد مادران تاثیرگذار باشد (۲). رعایت حریم خصوصی بیمار یکی از مهمترین نیازهای زنان در طی لیبر و زایمان می‌باشد که می تواند در کاهش اضطراب و استرس مادران نقش عمده‌ای داشته باشد.

معاینه واژینال یک بخش ضروری در مراقبت‌های زنان و مامایی است و زنان بسته به زمان بستری در بیمارستان و چگونگی پیشرفت لیبر به تعداد متفاوتی تحت معاینه واژینال قرار می‌گیرند (۱۶). احساس ناامنی و شرمندگی در زمان انجام معاینه، ترس از درد و افزایش تعداد معاینه کنندگان در شیفت های مختلف کاری و لیبر طولانی مدت از دلایل عمده افزایش تعداد معاینات واژینال در زنانی می‌باشد که تحت القاء زایمانی قرار می‌گیرند که این امر می‌تواند یک عامل ایجاد کننده اضطراب و تنش در زنان بوده و بسیاری از افراد آن را یک عامل تهاجمی در نظر می‌گیرند (۱۷) که در مطالعه حاضر زنان نخستزا و چندزا آن را به عنوان یک عامل تنش‌زا بیان کردند.

در این مطالعه مادران بیان نمودند که اطلاعات و آموزش کافی در ارتباط با القاء زایمان از ماماها دریافت نکرده‌اند و بنابراین زنان درک کافی از اقدامات انجام شده مرتبط با القاء زایمان داشتند. نداشتن اطلاعات صحیح و کافی منجر به محدودیت تصمیم‌گیری زنان در امر مراقبت و وابستگی بیشتر آنها به مراقبین می‌گردد (۱۴). ارتباطات نامناسب و پاسخ دهی ناکافی به سوالات و نیازهای بیماران منجر به محدودیت در ارتباطات دو سویه بین مادران و مراقبین شده و تمرکز بر اداره بیمار با تاکید بر تشخیص مشکلات در لیبر توسط ماماها منجر به کاهش توجه به تجربیات و انتظارات زنان از زایمان و پیامد آن می‌شود(۲). برنامه‌های آموزشی در ارتباط با زایمان، هدفی است که بر روی آموزش زنان در ارتباط با توضیح صحیح و مناسب محیط تولد و مراقبتهای پزشکی توجه دارد و مادر را برای تجربیات بیمارستانی آماده می‌سازد. شرکت در کلاسهای آماده‌سازی زایمانی منجر به ایجاد اطمینان و اعتماد به نفس در مادران شده و توانایی آنها برای دریافت مسئولیتها و کنترل فعالیتهای مناسب در طی زایمان را افزایش داده و در ایجاد ارتباطات مناسب و سازگاری بین آنها و ماماها نقش اساسی دارد. با این حال، علی رغم شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان ممکن است زنان نیازمند دریافت اطلاعات بیشتری در ارتباط با دلایل انجام القاء زایمان، انواع

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، پیاپی (۱)۳۲ ص ۱۴۸-۱۵۹
Family and health Quarterly, vol12, Issue 1, Spring 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.1.5.5

روش‌های القاء زایمان، عوارض داروها، تکنیک های متفاوت تجویز اکسی توسین و همچنین نیازمند آگاهی در مورد نوع حمایت-های مورد نیاز و توانایی در تصمیم‌گیری و مشارکت در امر مراقبت‌ها می‌باشند (۵، ۱۲، ۱۸).

در زنانی که تحت القاء لیبر قرار می‌گیرند امکان حرکت و انتخاب پوزیشن مناسب برای راحتی وضعیت مادر کاهش می‌یابد و همین امر باعث ناراحتی و اضطراب در مادران می‌گردد. همچنین انقباضات کمتر موثر هستند و طول مدت لیبر افزایش یافته و این امر می تواند بر تجربه درد و زایمان موثر باشد. شواهدی مبنی بر فواید بستری شدن طولانی مدت در تخت وجود ندارد (۲). برقراری امکان راه رفتن مادر در لیبر و برخورداری از پوزیشن‌های مختلف طبق خواسته مادر و توجه به راحتی مادر در زمان لیبر و زایمان جزیی از مراقبتهای موثر در لیبر و زایمان می‌باشد.

زنان نخست‌زا معمولا بیشتر از زنان چندزا تحت القاء زایمان قرار می‌گیرند. در مقایسه با زایمان خودبخودی زنانی که تحت القاء زایمان قرار می‌گیرند طول مدت لیبر خود را طولانی گزارش می‌کنند (۱۹). به طور کلی هر چه طول مدت لیبر طولانی‌تر شود این امر منجر به خستگی مادر، کاهش تحمل فرد در ارتباط با شرایط محیطی و اضطراب و نگرانی مادر نسبت به خود و نوزادش شده که می‌تواند بر تجربه درد و زایمان موثر باشد (۲). همچنین لیبر طولانی منجر به افزایش تعداد معاینات مهبلی می‌گردد. فاصله زمانی بین شروع القاء تا زمان زایمان نقش مهمی در دیدگاه زنان نسبت به ایندکشن دارد و این امر می‌تواند منجر به کاهش رضایتمندی در تجربه زایمان گردد (۵). تغییر در شیفت‌های کاری و انجام مراقبت‌های مرتبط با القاء توسط ماماهای مختلف و عدم تداوم مراقبت‌ها با تغییر مراقبین نیز از دلایل مرتبط با طولانی شدن لیبر در فرآیند القاء زایمان می‌باشد.

زایمان به روش القا به ندرت با شکست مواجه می‌شود و در چنین شرایطی گزینه‌ی انتخابی سزارین است. پیشرفت لیبر القاء شده یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر رضایتمندی زنان است. علت ایندکشن هر چه باشد در مواردی به ویژه در زنان نخست‌زا ممکن است منجر به انجام سزارین گردد. مطالعاتی بیان می‌دارند که ترس و اضطراب و نا امیدی در زمان شکست القاء و لیبر طولانی بیشتر است و این امر می‌تواند منجر به تجربه زایمان منفی گردد (۶، ۱۴، ۲۰).

یافته‌های حاصل از این پژوهش بیانگر این واقعیت است که رضایتمندی زنان نخست‌زا و چندزا از القاء زایمان در سطح ضعیف بود. نکته قابل توجه این است که در زنان چندزا به دلیل داشتن تجربه زایمان کمتر به تاثیر مداخلات درمانی بر ابعاد جسمی و روانی توجه شده است. در حالیکه داشتن تجربیات منفی در ارتباط با زایمان و عدم تطابق صحیح با آن و تکرار مجدد این تجربیات عامل عمده تاثیرگذار بر روند زایمان بعدی زنان چندزا می‌باشد. برای ارتقاء آگاهی مادران در ارتباط با القاء زایمان باید برنامه‌ریزی و مداخلات آموزشی لازم صورت گیرد و در این زمینه پزشکان و ماماها نقش عمده‌ای در ایجاد آگاهی و نگرش مثبت در زنان دارند.

محدودیت‌های پژوهش

تفاوت‌ها و حالات روحی- روانی، خستگی، شدت درد زایمان تجربه شده و ناراحتی مادران بعد از زایمان و همچنین نداشتن اطلاعات کافی و مناسب در ارتباط با القاء زایمان ممکن بود بر نحوه پاسخ‌دهی پرسشنامه‌ها تأثیر داشته باشد. از سویی ازدحام بخش لیبر و زایمان و کمبود پرسنل در اجرای کامل مراقبت‌ها در بخش، در نحوه پاسخگویی به پرسشنامه تأثیر داشته است. لذا سعی شد پرسشنامه‌ها در زمان آرام بودن بخش تکمیل شود. از طرف دیگر به دلیل کمبود مطالعات مشابه در ایران امکان انجام مقایسه دقیق و مناسب برای محقق فراهم نبود. سطح سواد و تحصیلات و تجربیات قبلی در ارتباط با زایمان این امکان را

در برداشت که پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها را با مشکل مواجه نماید. لذا، محقق پرسشنامه‌ها را به صورت مصاحبه ساختار یافته با شرکت کنندگان در زمان ۲۰-۱۵ دقیقه تکمیل کرد. با این حال کنترل کامل این مورد از عهده پژوهشگر خارج بوده است.

ملاحظات اخلاقی

در خصوص ملاحظات اخلاقی، قبل از شروع مصاحبه و تکمیل پرسشنامه رضایت نامه کتبی از افراد مورد مطالعه اخذ شد و برای آنها اهداف مطالعه توضیح داده شد و بر محرمانه ماندن اطلاعات تاکید گردید. همچنین اصول اخلاقی و امانت داری در استفاده از سایر منابع و تحقیقات رعایت شد

سپاسگزاری

در پایان بر خود واجب می‌دانم از همکاران محترم بیمارستان شهید بهشتی و مادرانی که در اجرای این مطالعه ما را یاری رساندند کمال تشکر را داشته باشیم.

REFERENCES

1. Bugg GJ., Siddiqui F., Thornton JG.. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (6): CD007123.
2. Henderson J., Redshaw M.. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013; 92(10): 1159-67.
3. Espada-Trespalacios X.. Oxytocin Administration in Low-Risk Women, a Retrospective Analysis of Birth and Neonatal Outcomes. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18(8): 43-75.
4. Selin L., Berg M., Wennerholm UB., Dencker A.. Dosage of oxytocin for augmentation of labor and women's childbirth experiences: a randomized controlled trial**.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2021; 100: 971–978.
5. Shetty A., Burt R., Rice P.. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour - A questionnaire-based study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2005; 123(1):56-61.
6. Adler K., Rahkonen L, Kruit H. Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020; 20:415.
7. Stock S.. Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population-based study. BMJ. 2012; 344: 1-13.
8. Reid M.. The home as an appropriate setting for women undertaking cervical ripening before the induction of labour. Midwifery. 2011; 27(1):30-5.
9. OBrien E.. Women's experiences of outpatient induction of labour with remote continuous monitoring. Midwifery. 2013; 29(4):325-31.
10. Datta S., farrant N., Opara E., Hanna L.. Location of induction of labour must be considered further. Lancet. 2012; 15:976.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره دوازدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۱، پیاپی (۱)۳۲ ص ۱۴۸-۱۵۹
Family and health Quarterly, vol12, Issue 1, Spring 2022, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1401.12.1.5.5

11. Falk M, Nelson M, Blomberg M. The impact of obstetric interventions and complications on women's satisfaction with childbirth a population-based cohort study including 16,000 women. BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19: 494.
12. Hildingsson I., Karlstrom A., Nystedt A.. Women's experiences of induction of labor-findings from a Swedish regional study. Aust New Zealand J Obstet Gynecol. 2011; 51(2):151–7.
13. Strandberg M., Wallstrom T., Wiberg-Itzel E.. Women's expectations and experiences of labor induction – a questionnaire-based analysis of a randomized controlled trial. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021; 21(355): 2-10.
14. Konig-Bachmann M., Schwarz CH., Zenzmaier CH.. Women's experiences and perceptions of induction of labour: Results from a German online-survey. European Journal of Midwifery. 2017; 1(2): 1-8.
15. Hermus M.. Comparison of induction of labour and expectant management in post term pregnancy: a matched cohort study. J Midwifery Women's Health. 2009; 54(5):351-356.
16. Ulker K., Kivrak Y.. The Effect of Information About Gynecological Examination on the Anxiety Level of Women Applying to Gynecology Clinics: A Prospective, Randomized, Controlled Study. Iran Red Crescent Med J. 2016; 18(6): 1-8.
17. Hannah W.. Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2018; 39(2):90-95.
18. Schwarz C., Gross MM., Heusser P., Berger B.. Women's perceptions of induction of labour outcomes: Results of an online-survey in Germany. Midwifery. 2016; 35:3–10.
19. Gross MM.. Onset of labour: Women's experiences and midwives' assessments in relation to first stage duration. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2009; 280(6):899-905.
20. Gatward H.. Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. Women Birth.2010; 23(1):3–9.