

# نقش همسر بر رضایت از زایمان: یک رویکرد برای ترویج زایمان طبیعی

عاطفه صالحی<sup>۱</sup>، دکتر فریبا فهامی<sup>۲</sup>، نرجس آقایی<sup>۳</sup>، دکتر مرجان بیگی<sup>\*۲</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۵

## خلاصه

**مقدمه:** با توجه به سیاست‌های جمعیتی، خوشایندسازی و ایجاد رضایت از زایمان طبیعی به‌منظور ترویج این نوع از زایمان، ضروری به‌نظر می‌رسد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر نقش همسر بر رضایت از زایمان طبیعی انجام شد. **روش کار:** این مطالعه نیمه‌تجربی از دی ماه ۱۴۰۲ لغایت خرداد ۱۴۰۳ بر روی ۸۴ زن باردار در بیمارستان زهرای مرضیه شهر اصفهان انجام شد. افراد در سه گروه ۲۸ نفره (گروه‌های با حضور همسر، دارای همراه و بدون همراه) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی رضایت مادران از زایمان بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های کای اسکوئر، کروسکال والیس، آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی LSD انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** بر اساس نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه، میانگین نمره رضایت از زایمان در سه گروه پس از مرحله چهارم زایمان اختلاف معنی‌داری داشت ( $p < 0/001$ ). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمره رضایت از زایمان پس از مرحله چهارم زایمان در گروه با همسر به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه با همراه ( $p < 0/001$ ) و در گروه با همراه نیز به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون همراه بود ( $p = 0/03$ ).

**نتیجه‌گیری:** رضایت‌مندی از زایمان می‌تواند متأثر از انجام مداخلاتی همچون حضور همسر در طی مراحل لیبر باشد. پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی با استاندارد نمودن فضای فیزیکی، امکان حضور همسران را فراهم نمایند. این امر می‌تواند منجر به ترویج زایمان طبیعی شود.

**کلمات کلیدی:** بارداری، ترویج، حمایت عاطفی، رضایت‌مندی، زایمان طبیعی

\* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مرجان بیگی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. تلفن: ۰۳۱-۳۷۹۲۷۵۹۲؛ پست الکترونیک: beigi@nm.mui.ac.ir

## مقدمه

دوران بارداری و زایمان، فرآیندی منحصر به فرد در زندگی هر زن محسوب می‌شود؛ به طوری که می‌توان از آن به‌عنوان یک موقعیت خاص نام برد، زیرا در این وضعیت زنان مستعد نگرانی و اضطراب زیادی می‌شوند (۱، ۲). فرآیند زایمان و تولد فرزند موجب تغییرات فیزیکی، روحی - روانی و حتی اجتماعی زیادی در مادر باردار می‌گردد؛ به طوری که می‌تواند برای مادر باردار امری خوشایند باشد و یا اینکه به‌صورت یک تجربه دردناک و استرس‌آور تلقی شود (۳). این تغییرات و تجارب ناخوشایند باعث می‌شود که مادر دچار اضطراب زیادی شود (۴). بنابراین هرچند زایمان، یکی از خاطره‌انگیزترین تجارب زنان در طول زندگی است، اما بسیاری از زنان به دلیل درد و نگرانی‌های ناشی از زایمان، آن را به‌صورت یک تجربه ناخوشایند درک می‌کنند (۵).

درد، ناخوشی و نگرانی از محیط استرس‌آور اتاق زایمان می‌تواند تحت تأثیر عواملی مانند اضطراب، ترس، تجربه قبلی بارداری، آمادگی برای زایمان و نیز سطح حمایت‌های عاطفی و اجتماعی تشدید شود (۶). این نگرانی‌ها باعث فاصله گرفتن زنان از زایمان طبیعی و روی آوردن به سوی جراحی سزارین شده و به همین سبب، خروج خارج از موعد جنین انجام می‌شود. مادرانی که سزارین را به‌عنوان روش انجام زایمان خود انتخاب می‌کنند، علاوه بر آنکه عارضه‌هایی را متحمل خود و نوزادشان می‌کنند، فرصت تکرار فرزندآوری را نیز از خود می‌گیرند. هم‌اکنون ۶۰/۱۴٪ زایمان‌ها در کشور به شیوه سزارین انجام می‌شود. همچنین ۵۴/۷۴٪ از سزارین‌ها به زنان نخست‌زا تعلق دارد که این نشان از تمایل مادران به انجام سزارین می‌باشد. در همین خصوص وزارت بهداشت، روند صعودی درصد سزارین را با عنوان یک هشدار اعلام و تدوین راهبردهای افزایش زایمان طبیعی را بسیار ضروری مطرح نموده است (۷).

در جوامع مختلف روش‌های متعددی جهت کاهش تنیدگی‌های حین زایمان به‌منظور ترویج زایمان طبیعی به‌کار گرفته می‌شوند. از آن جمله می‌توان به روش‌های

تسکینی لاماز، خواب مصنوعی، هیدروتراپی، حمایت عاطفی و همراهی یکی از بستگان در اتاق زایمان اشاره نمود (۸). حمایت‌های عاطفی در اتاق زایمان می‌تواند توسط پرسنل متخصص مانند ماما، پرستار و یا پزشک صورت گرفته و یا این‌که توسط زنان آموزش دیده، دوستان و یا یکی از بستگان و اعضای خانواده صورت گیرد. فراهم نمودن حمایت‌های عاطفی برای زنان باردار، یکی از سیاست‌های مهم نظام سلامت محسوب می‌شود و هدف اصلی از این حمایت‌ها، افزایش میزان رضایت‌مندی مادر حین فرآیند زایمان است (۹).

مطالعات زیادی به بررسی جنبه‌ها و عوامل مؤثر در فرآیند زایمان و سلامت جسمی و روانی مادر پرداخته‌اند. نتایج این مطالعات نشان داده‌اند که حمایت‌های صورت گرفته از سوی کادر درمانی و یا فرد مورد علاقه زن باردار به‌ویژه یکی از بستگان وی، موجب القاء آرامش و احساس امنیت در مادر شده و حتی اثرات مثبتی در مرحله پس از زایمان از جمله تجربه زایمان به‌عنوان یک امر خوشایند، خواهد داشت (۱۰، ۱۱). در بیشتر این مطالعات بر تأثیر مثبت حمایت‌های عاطفی از سوی کارکنان بیمارستان، دوستان، والدین و به‌ویژه همسر بر روی سلامت مادر و کودک تأکید شده است. این حمایت‌ها موجب احساس آرامش در مادر شده و در نتیجه زایمان با وجود درد، اضطراب و ناراحتی، به‌صورت تجربه‌ای خوشایند درک می‌شود که خود نتایج مثبتی در دوره پس از زایمان نیز به‌دنبال داشته و باعث سازگاری بهتر مادر و خانواده وی با شرایط جدید می‌شود (۱۲). حمایت عاطفی همسر در طول دوران بارداری و حضور وی در طول مدت زایمان، موجب احساس راحتی و امنیت خاطر مادر می‌شود؛ به‌ویژه هرچه رابطه زوجین مثبت‌تر باشد، این اثر به‌صورت بارزتری نمود پیدا می‌کند و موجب کاهش تنیدگی‌های پس از زایمان می‌شود (۱۳).

نتایج مطالعه پرکینز و همکاران (۲۰۱۹) در بنگلادش که به‌منظور بررسی وضعیت حمایت عاطفی از زنان باردار هنگام زایمان صورت گرفت، بیان‌گر این واقعیت بود که حضور همسر هنگام تولد نوزاد می‌تواند منجر به بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مادر و نوزاد در

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که در آن به بررسی تأثیر نقش همسران آموزش دیده بر احساس رضایت از زایمان زنان پرداخته شد. این مطالعه پس از اخذ کد اخلاق (IR.MUMS.REC.1402.126) در بیمارستان زهرای مرضیه اصفهان از دی ماه ۱۴۰۲ لغایت خرداد ۱۴۰۳ انجام شد. این مرکز، تنها مرکز تخصصی در شهر اصفهان است که از نظر ساختار فیزیکی، امکان حضور همسر زن باردار در بالین وی حین زایمان مهیا می‌باشد. جامعه مطالعه شامل تمام زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان بودند که در این مرکز زایمان کردند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ملیت ایرانی زنان، سن ۲۰-۳۵ سال (دلیل در نظر گرفتن این گروه سنی، فراوانی بالای زایمان طبیعی در این گروه سنی می‌باشد)، اولین تجربه بارداری، سن حاملگی ۳۷-۲۸ هفته و نداشتن سابقه بیماری‌های روحی روانی قبلی یا فعال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: ابتلای جنین به ناهنجاری‌های مادرزادی، مواجهه با هرگونه عامل استرس‌زا در حین مطالعه (فوت یا بیماری‌های خاص در بستگان درجه یک)، زایمان زودرس (قبل از ۳۷ هفته)، اندیکاسیون پیدا کردن زایمان به روش سزارین به هر دلیلی (پرولاپس بند ناف، جفت سرراهی، دکولمان، ناهنجاری‌های رحمی)، عدم تمایل زنان باردار به ادامه همکاری و شرکت در مداخله، عدم حضور زوجین در یکی از جلسات آموزشی و یا عدم تکمیل یکی از مراحل پرسشنامه، تعارض با همسر در طی برگزاری کلاس‌ها و یا در روز زایمان، بروز واکنش‌های غیرمعمول اضطرابی همسر و یا همراه در حین مراحل مطالعه و عدم حضور همسر حداقل در فاز فعال زایمانی بود.

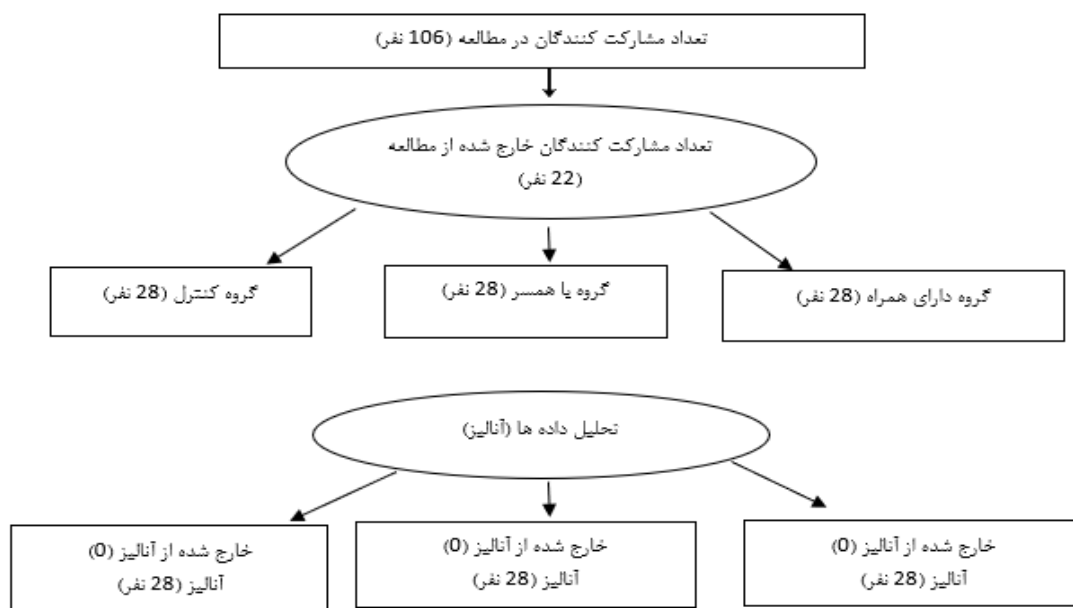
روش نمونه‌گیری به این صورت بود که اسامی تمام افرادی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، از روی کد بارداری ثبت شده در دفاتر بیمارستان زهرای مرضیه به صورت یک در میان از آخر لیست یادداشت گردید. بعد از بررسی پرونده‌های آنان، شماره تلفن و آدرس آن‌ها استخراج و با آن‌ها تماس تلفنی گرفته شد و در صورتی که حاضر به همکاری و شرکت در مطالعه

مراکز درمانی شده و تجربیات مثبتی را برای مادر دربر داشته باشد (۱۴). در مطالعه دیگری اوجلاد و همکاران (۲۰۱۷) به این موضوع اشاره کردند که برای بهبود تجارب زایمان زنان در مراکز بهداشتی، نیازهای روانی اجتماعی و ارتباطی آن‌ها باید برآورده شود؛ به طوری که برای افزایش، بهبود و تداوم زایمان طبیعی، علاوه بر بهبود کیفیت سیستم‌های بهداشتی و درمانی، بایستی نیازهای عاطفی هر زن در طول زایمان برآورده شود (۱۵). در مطالعه دیگری سان و همکاران (۲۰۲۰) به حمایت خانواده و به خصوص همسر به عنوان یک عامل محافظتی مهم برای زنان باردار جهت جلوگیری از پیامدهای روانی نامطلوب پس از زایمان اشاره کردند و صمیمیت رابطه زوجین در دوران بارداری زن را یک مزیت قابل ملاحظه دانستند (۱۶). بداسو و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه دیگری به این نکته اشاره کردند زنانی که در دوران بارداری از حمایت عاطفی و اجتماعی کم برخوردار می‌شوند، در معرض خطر مصرف مواد مخدر، ابتلاء به بیماری‌های روانی و پیامدهای نامطلوب زایمان قرار دارند؛ به طوری که داشتن مشکلات روانی، استرس، پایین بودن وضعیت اجتماعی-اقتصادی و نداشتن شریک زندگی صمیمی، از عوامل مؤثر در حمایت عاطفی و اجتماعی پایین در دوران بارداری بودند (۱۷).

با توجه به محدودیت‌های فرهنگی و ساختاری در کشور ایران در مورد حضور همسران در بالین زنان خود هنگام زایمان و با توجه به تأکید بر انجام زایمان طبیعی و بهبود ساختار فیزیکی محیط زایمان در جهت خوشایندسازی فرآیند زایمان در برنامه تحول نظام سلامت و از آنجایی که تاکنون مطالعات مبتنی بر شواهد قابل توجهی در کشور ایران در این خصوص انجام نشده است و یا نتایج آن هنوز در دسترس همگان قرار نگرفته است، پژوهشگران بر آن شدند تا در مورد پیامدهای روان‌شناختی حضور همسران آموزش دیده در بالین زنان در هنگام زایمان پژوهشی به عمل آورند، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر نقش همسر بر رضایت از زایمان طبیعی انجام شد.

بودند، وارد مطالعه شدند و از آن‌ها دعوت شد به بیمارستان زهرای مرضیه مراجعه کنند. در زمان مراجعه، افراد به روش نمونه‌گیری آسان و به ترتیب مراجعه وارد مطالعه شده و سپس به صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به تعداد برابر در یکی از سه گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. شیوه تصادفی سازی بدین صورت بود که، در ابتدا اولین عدد در جدول به صورت تصادفی در نظر گرفته شد. این عدد به اولین نمونه در گروه همسر دار، عدد دوم به گروه

دارای همراه و عدد سوم به گروه کنترل اختصاص داده شد. اعداد بعدی با همین روند به ۳ گروه مذکور اختصاص داده شدند و بدین ترتیب نمونه‌ها با حجم کافی در مطالعه قرار گرفتند. تعیین حجم نمونه برای برآورد میانگین در درون گروه‌ها و بین آنها، با در نظر گرفتن  $Z_1=1/96$ ،  $Z_2=0/84$ ،  $d=0/85$ ، ۲۵ نفر در هر گروه به دست آمد که با پیش‌بینی احتمال ۱۰٪ ریزش در نمونه‌ها، حجم نمونه در هر گروه ۲۸ نفر در نظر گرفته شد.



نمودار ۱- نحوه ورود افراد به مطالعه

در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها ۲ پرسشنامه بود که با توجه به اهداف مورد مطالعه و بر اساس کتاب‌های مرجع مامایی تهیه شد و توسط نمونه‌های مورد پژوهش تکمیل گردید. پرسشنامه مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای پژوهش شامل ۵ سؤال مربوط به تاریخ و زمان پذیرش، سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و مذهب بود. جهت ارزیابی میزان رضایت مادران از زایمان، از پرسشنامه محقق‌ساخته سنجش میزان رضایت از زایمان استفاده شد. این پرسشنامه با استفاده از مقالات مرتبط قبلی و تهیه لیستی از سؤالات پرکاربرد جهت ارزیابی میزان رضایت زنان باردار از زایمان توسط محقق

طراحی گردید. این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال چند گزینه‌ای بود. واحدهای پژوهش در هر سؤال گزینه‌ای را که به بهترین شکل، احساس آن‌ها را نسبت به تجربه زایمان بیان می‌کرد، انتخاب نمودند. گزینه‌های هر سؤال به صورت (کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف) بود. تعداد ۱۵ سؤال به جنبه‌های مثبت فرآیند زایمان و ۵ سؤال به جنبه‌های منفی آن توجه داشت. بنابراین ۱۵ عبارت به صورت ۱-۲-۳-۴ و ۵ عبارت به صورت ۱-۲-۳-۴ نمره‌گذاری شد. در پایان مجموع نمرات ۲۰ عبارت به عنوان نمره میزان احساس رضایت از زایمان در نظر گرفته شد. بنابراین محدوده نمرات این مقیاس از ۸۰-

۲۰ بود. جهت ارزیابی روایی پرسشنامه از روش سنجش روایی ظاهری و محتوایی استفاده شد. در این روش، پرسشنامه طراحی شده به ۲۰ نفر از متخصصین زنان، اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی و ماماها شاغل در زایشگاه مراکز دانشگاهی داده شد و از آنها درخواست گردید پرسشنامه را از نظر ظاهر سنجیده و تصحیح نمایند. همچنین بر اساس نظرات همین اساتید نسبت روایی محتوایی (CVR) و شاخص روایی محتوایی (CVI) تعیین شد. نسبت روایی محتوایی برای همه گویه‌ها بالای ۰.۴۲ و برای شاخص روایی محتوایی بالای ۰.۷۹ بود. جهت تعیین پایایی پرسشنامه سنجش میزان رضایت از زایمان، مطالعه پایلوت با حجم نمونه ۲۰ نفر (۱۳ متخصص سلامت باروری و ۷ متخصص زنان) در نظر گرفته شد. همبستگی سؤالات با استفاده از آزمون‌های آماری انجام و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۹۳ به دست آمد.

روش اجرای مطالعه بدین صورت بود که در زمان مراجعه زوجین، توضیحات کافی در مورد اهداف پژوهش و چگونگی برگزاری کلاس‌ها (کارگاه آموزشی و طی ۲ جلسه) به آنان داده شد و در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، از آنان رضایت‌نامه کتبی دریافت شد. تمام فرآیند ملاحظات اخلاقی بر مبنای بیانیه هلسینکی انجام شد. نمونه‌های مورد پژوهش در یکی از سه گروه حضور همسر در بالین زن باردار، گروه دارای همراه و گروه بدون همراه قرار گرفتند. شروع اعداد به صورت تصادفی در نظر گرفته شد. عدد اول به گروه همسر دار، عدد دوم به گروه دارای همراه و عدد سوم به گروه کنترل اختصاص داده شد و این روند به همین صورت تا پایان نمونه‌گیری ادامه یافت.

نحوه آموزش در جلسات بدین شرح بود: در جلسه اول، پژوهشگر به واحدهای پژوهش در گروه مداخله و همسران آن‌ها در مورد روند پذیرش در بیمارستان، فرآیند زایمان، مراقبت‌های زنان و مامایی که مادر و نوزاد در بیمارستان دریافت خواهند کرد، نحوه حضور همسر در بیمارستان و نقش وی بر بالین زن، حمایت عاطفی همسر، عوارض احتمالی حین زایمان و زایمان مشکل

آموزش داد. علاوه بر این، پس از پایان جلسه اول، جزوه آموزشی و اسلایدهای تهیه شده توسط محقق در مورد آنچه در کلاس آموزش داده شده بود، به زوجین جهت مطالعه و مشاهده مجدد در منزل داده شد. طول مدت این جلسه ۲ ساعت بود. در جلسه دوم آموزشی (۲ هفته پس از جلسه اول) که طول مدت این جلسه نیز ۲ ساعت بود، در مورد روش‌های کاهش درد با تمرکز بر ماساژ، پوزیشن‌های زایمانی و تکنیک‌های تنفسی با ارائه عکس و اسلاید توضیح داده شد و محقق به سؤالات، نگرانی‌ها و ابهامات احتمالی زن باردار و همسر وی در مورد مراحل مطالعه پاسخ داد. هر دو جلسه با هدف ارتقای آگاهی همسران در خصوص ارائه حمایت‌های عاطفی و روان‌شناختی و همچنین تسهیل روند زایمان در نظر گرفته شد.

در مورد دو گروه دیگر نیز روند کار و مراحل مطالعه توسط پژوهشگر توضیح داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه، فرم رضایت آگاهانه تکمیل شد. به واحدهای پژوهش در هر سه گروه اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه هیچ منعی جهت خروج از پژوهش وجود ندارد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی LSD) انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. نتایج به دست آمده در جداول توزیع فراوانی، همراه با میانگین و انحراف معیار توصیف شد.

### یافته‌ها

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه در جدول ۱، میانگین سن بین سه گروه اختلاف معنی‌داری نداشت ( $F=2/02$ ,  $p=0/34$ ). همچنین بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس در جدول ۱، بین سه گروه از نظر سطح تحصیلات ( $X^2=0/50$ ,  $p=0/77$ ) و بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر از نظر وضعیت شغلی ( $X^2=0/49$ ,  $p=0/784$ ) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار سن، سطح تحصیلات و شغل در سه گروه

شاخص	گروه			آزمون آماری
	گروه با همسر	گروه با همراه	گروه بدون همراه	
سن	۲۸/۷±۲/۴	۲۹/۹±۲/۳	۲۹/۱±۲/۲	$p=۰/۳۴, F=۲/۰۲$
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۷ (۲۵)	۸ (۲۹)	۸ (۲۸/۵)
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۲ (۴۳)	۱۳ (۴۶)	۱۲ (۴۳)
	لیسانس و بالاتر	۹ (۳۲)	۷ (۲۵)	۸ (۲۸/۵)
	جمع	۲۸ (۱۰۰)	۲۸ (۱۰۰)	۲۸ (۱۰۰)
شغل	شاغل	۶ (۲۱/۴)	۴ (۱۴/۳)	۵ (۱۷/۹)
	غیر شاغل	۲۲ (۷۸/۶)	۲۴ (۸۵/۷)	۲۳ (۸۲/۱)
	جمع	۲۸ (۱۰۰)	۲۸ (۱۰۰)	۲۸ (۱۰۰)

متغیرهای کمی بر اساس میانگین  $\pm$  انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند. \* آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، \*\* آزمون کروסקال والیس، \*\*\* آزمون کای اسکوئر

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه در جدول ۲، میانگین نمره رضایت از زایمان در سه گروه پس از مرحله چهارم زایمان اختلاف معنی‌داری داشت ( $F=۴۰/۸۸, p<۰/۰۰۱$ ). بر اساس نتایج آزمون تعقیبی LSD، میانگین نمره رضایت از زایمان پس از مرحله چهارم زایمان در گروه با همسر به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه با همراه ( $p<۰/۰۰۱$ ) و در گروه با همراه به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه بدون همراه ( $p=۰/۰۳$ ) بود.

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره رضایت از زایمان در سه گروه بعد از مرحله چهارم زایمان

شاخص	گروه			آزمون آماری
	گروه با همسر	گروه با همراه	گروه بدون همراه	
میانگین	۷۰/۶	۵۲/۱	۴۵/۹	آنالیز واریانس یک‌طرفه
انحراف معیار	۶/۹	۱۰/۶	۱۳/۳	$F=۴۰/۸۸, P<۰/۰۰۱$

## بحث

کارآزمایی تصادفی شده اکباس و همکاران (۲۰۲۲) به این نتیجه رسیدند که راهبردهای حمایتی و عاطفی مناسب می‌تواند بر روی مقابله زنان با درد زایمان، رضایت از تولد و ترس از زایمان تأثیر بگذارد؛ به‌طوری‌که زنان گروه مداخله بهتر می‌توانستند با درد زایمان کنار بیایند، رضایت بیشتری از زایمان داشتند و ترس کمتری از زایمان را تجربه کردند (۲۱) که با یافته‌های مطالعه حاضر مطابقت داشت. در مطالعه دیگری ونتور و همکاران (۲۰۲۳) به این موضوع اشاره کردند که حضور شریک زندگی در زایشگاه در حین زایمان مادر باردار و صحبت کردن و ایجاد همراهی مثبت با وی می‌تواند رضایت‌مندی مادر را از زایمان خود افزایش دهد، ولی بایستی نگرانی‌ها و تهدیدهای امنیتی در این خصوص برطرف شود (۲۲). کاشاجا و همکاران (۲۰۲۰) در طی یک مطالعه کیفی پیشنهاد دادند که به‌منظور بهبود کیفیت مراقبت از زایمان و افزایش رضایت زنان از روند

با توجه به تأکید بر انجام زایمان طبیعی و بهبود ساختار فیزیکی محیط زایمان در جهت خوشایندسازی فرآیند زایمان در برنامه تحول نظام سلامت؛ هدف از مطالعه حاضر تعیین تأثیر نقش همسر بر رضایت از زایمان طبیعی بود. بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، میانگین نمره رضایت از زایمان در سه گروه پس از مرحله چهارم زایمان اختلاف معنی‌داری داشت؛ بدین معنی که گروه با حضور همسر در مقایسه با دو گروه دیگر، میزان رضایت‌مندی بیشتری را تجربه کردند. مادران، یکی از مهم‌ترین دریافت‌کنندگان خدمات سلامت هستند. اندازه‌گیری کیفیت مراقبت مادر مستلزم توجه دقیق به جنبه‌های روان‌شناختی خدمات مادر، به‌ویژه ارزیابی رضایت از زایمان است (۱۸، ۱۹). بنابراین رضایت از زایمان، یک شاخص مهم ارزیابی کیفیت خدمات بارداری و زایمان است (۲۰). در مطالعه

از برگزاری دوره‌های ارتباط زوجین و حمایت از بارداری و زایمان، تفاوت آماری معنی‌داری در میزان رضایت و علاقه زنان نسبت به مشارکت همسران در طی زایمان ایجاد نشد (۲۶). تفاوت‌ها در نتایج پژوهش را می‌توان به باورهای غلط فرهنگی و تحصیلات پایین شوهران در مطالعه ابراهیم نسبت داد که با باورهای غیرسنستی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر همخوانی ندارد. در سال‌های اخیر، نقش مردان در حفظ سلامت مادر مورد توجه قرار گرفته است (۲۷)؛ به طوری که در مطالعه الهی و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی نگرش‌ها و موانع حضور شوهران به همراه همسرانشان در اتاق زایمان حین زایمان در ریاض، عربستان سعودی پرداختند، بالاترین نگرش مثبت عمدتاً به این موضوع مربوط می‌شد که مادر با حضور همسر خود حس آرامش و رضایت‌مندی بیشتری پیدا می‌کند. نویسندگان سیاست‌های بیمارستانی انعطاف‌پذیری را برای حمایت از حضور شوهران به همراه همسرانشان در اتاق زایمان و ایجاد حریم خصوصی برای آنها در هنگام زایمان توصیه کردند. این سیاست‌ها، حمایت روانی اجتماعی را برای همسر فراهم می‌کند و این بخش مهمی در انتقال به بیمارستان‌های دوستدار مادر است (۲۸). در مطالعه دیگری ویلسون و همکاران (۲۰۱۶) به ارتباط حمایت عاشقانه و عاطفی شریک زندگی در طول زایمان طبیعی با کاهش اضطراب و درد فیزیکی زن باردار و در نتیجه بهبود وضعیت رضایت‌مندی بیماران اشاره کردند (۲۹). در مطالعه ابیده و همکاران (۲۰۲۱) اعلام شد که بین حمایت شوهر و سطح اضطراب مادر همبستگی معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه، حمایت شوهر به طور قابل توجهی سطح اضطراب مادر را در دوران بارداری در سه ماهه سوم و در طول فرآیند زایمان کاهش می‌دهد و احساس رضایت‌مندی زیادی به دنبال دارد (۳۰) و بالاخره مطالعات کانکایا و همکاران (۲۰۲۱) و هیدی و همکاران (۲۰۲۳) نیز بر اهمیت حمایت‌های عاطفی همسر به منظور افزایش رضایت‌مندی مادران در طول زایمان طبیعی اشاره نمودند (۳۱، ۳۲). همان‌گونه که مشخص است، یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات مذکور مطابقت داشت و همه آنها بیانگر آن است که پیامدهای

زایمان، به هر زنی امکان تجربه زایمان با همسر خود داده شود. از طرفی دیگر این نتیجه حاصل شد که شوهرانی که در دوران بارداری و زایمان از شریک زندگی خود حمایت می‌کنند، خود را مردی مدرن می‌دانند، زیرا در خانه علاوه بر وظایف معمول خود، به همسرانشان اجازه می‌دهند زمان کافی برای استراحت در دوران بارداری داشته باشند. پژوهشگران این مطالعه پیشنهاد نمودند که کادر سلامت در مراکز مراقبتی بایستی مردان را جهت حمایت از همسران خود توانمند نمایند تا تجارب خوشایند زایمانی فراهم شود (۹). در مطالعه سیلوا و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی تجارب رضایت‌مندی زنان در طول زایمان طبیعی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که رضایت‌مندی زنان با نحوه برخورد و ارتباطات با متخصصین سلامت و حضور یک همراه و یا اعضای خانواده به خصوص همسر در طول فرآیند زایمان مرتبط است، این مطالعه پیشنهاد کرد که برای ترویج تحولات اجتماعی فرهنگی مربوط به زایمان طبیعی، سرمایه‌گذاری فوری صورت پذیرد (۲۳). در حالی که این مطالعات همراستا با مطالعه حاضر بر نیاز مادران به حمایت از همسر و رضایت‌مندی ایشان متعاقب مشارکت همسران در امر زایمان تأکید نمودند، دیگر مطالعات نتایج مخالف و یا غیرمرتبطی با مطالعه حاضر داشتند. در مطالعه چونان و همکاران (۲۰۰۹) که با هدف ارزیابی تأثیر حضور یکی از بستگان یا نزدیکان زن باردار بر بالین وی حین زایمان انجام شد، از نظر میزان رضایت از زایمان، تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و گروه کنترل مشاهده نشد (۲۴) که با نتایج مطالعه حاضر متفاوت بود. بر اساس مطالعه کیفی رضایی ابهری و همکار (۲۰۲۳)، مشارکت برخی از همسران در طی زایمان موجب افزایش اضطراب، نگرانی و نارضایتی زنان می‌شود (۲۵) که با نتایج مطالعه حاضر غیرهمسو بود. البته تعمیم‌پذیری این نتایج با توجه به اینکه نوع مطالعه کیفی می‌باشد، پایین است، اما به هر ترتیب وجه افتراق این دو مطالعه می‌تواند ناشی از ساختارهای متفاوت بیمارستانی، نگرش پرسنل زایمانی شیفت مربوطه و پیچیدگی نیازهای زنان باشد. نتایج مطالعه ابراهیم و همکاران (۲۰۱۴) در نیجریه نیز نشان داد که حتی پس

روان‌شناختی مادران باردار و احساس رضایت از زایمان متأثر از انجام مداخلاتی چون حضور همسر است. از نقاط قوت مطالعه حاضر، سه گروهی بودن مطالعه و مقایسه رضایت‌مندی در بین آنها بود. البته اجرای مطالعه فقط در یک بیمارستان شهر اصفهان، از محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه آتی در حجم بزرگ‌تر و در تعداد بیشتری از بیمارستان‌های شهر اصفهان در نظر گرفته شود.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج، حضور همراه و همسر آموزش دیده، موجب رضایت‌مندی از زایمان برای زنان می‌باشد و این رضایت در موارد حضور همسر اثربخش‌تر است. ایجاد رضایت از زایمان برای مادران می‌تواند ترویج زایمان طبیعی و متعاقب آن سلامت ایشان را راهگشا باشد. با در نظر گرفتن این امر، پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی با استاندارد نمودن ساختارها و فضای فیزیکی بیمارستان، امکان حضور همراهان و به‌ویژه همسران زنان باردار را فراهم نمایند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مادران باردار و همسران ایشان، پرسنل ملامایی بیمارستان زهراى مرضیه (س) و همچنین از

معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

تضاد منافی بین نویسندگان وجود نداشت.

### ملاحظات اخلاقی

مطالعه حاضر با تصویب در کمیته اخلاق با کد اخلاق (IR.MUMS.REC.1402.126) انجام شد. تمام فرآیند ملاحظات اخلاقی در این مطالعه بر مبنای بیانیه هلسینکی انجام شد.

### حمایت مالی

کلیه هزینه‌های این پژوهش بر عهده دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

### مشارکت نویسندگان

خانم فریبا فهامی و دکتر مرجان بیگی به‌عنوان صاحب ایده و طراحی‌کننده این مطالعه، خانم‌ها عاطفه صالحی و نرگس آقایی با عنوان جمع‌آوری‌کننده اطلاعات، دکتر مرجان بیگی و خانم عاطفه صالحی در تحلیل آماری مطالعه و در نوشتن مقاله نقش داشتند. تمام نویسندگان در مرور نهایی و بازنگری مقاله ایفای نقش نمودند.

### منابع

- Jokić-Begić N, Žigić L, Nakić Radoš S. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2014; 35(1):22-8.
- Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *Plos one* 2020; 15(7):e0230992.
- Zhang K, Dai L, Wu M, Zeng T, Yuan M, Chen Y. Women's experience of psychological birth trauma in China: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth* 2020; 20:1-8.
- Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy—A psychological view. *Ginekologia polska* 2018; 89(2):102-6.
- Hosseini Tabaghdehi M, Kolahdozan S, Keramat A, Shahhossein Z, Moosazadeh M, Motaghi Z. Prevalence and factors affecting the negative childbirth experiences: a systematic review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2020; 33(22):3849-56.
- Arfaie K, Nahidi F, Simbar M, Bakhtiari M. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electronic physician* 2017; 9(2):3733.
- Office of Mothers' Health, Bureau of Family- Population and School Health. Report on the Maternal Health Monitoring Program in 2023, Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2023:2-5.
- Asselmann E, Kunas SL, Wittchen HU, Martini J. Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Plos one* 2020; 15(8):e0237609.



9. Kashaija DK, Mselle LT, Mkoka DA. Husbands' experience and perception of supporting their wives during childbirth in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20:1-9.
10. Gudmundsson P, Elden H, Larsson A, Sundén J, Björkman A, Tegnér H, et al. A qualitative study of the experience of doula support to women in socially disadvantaged positions in Sweden: The voices of women and doulas. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2024; 41:101016.
11. Satrianegea MF, Hadju V, Kurniati Y. The importance of husband support during childbirth in Indonesia. *Al-Sihah: The Public Health Science Journal* 2021: 74-87.
12. Lee JY, Lee E. What topics are women interested in during pregnancy: exploring the role of social media as informational and emotional support. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2022; 22(1):517.
13. Eddy BP, Fife ST. Active husband involvement during pregnancy: A grounded theory. *Family Relations* 2021; 70(4):1222-37.
14. Perkins J, Rahman AE, Mhajabin S, Siddique AB, Mazumder T, Haider MR, et al. Humanised childbirth: the status of emotional support of women in rural Bangladesh. *Sexual and reproductive health matters* 2019; 27(1):228-47.
15. Ojelade OA, Titiloye MA, Bohren MA, Olutayo AO, Olalere AA, Akintan A, et al. The communication and emotional support needs to improve women's experience of childbirth care in health facilities in Southwest Nigeria: A qualitative study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2017; 139:27-37.
16. Sun S, Yang M, Zhang J, Zhou X, Jia G, Yu X. Family support for pregnant women with foetal abnormality requiring pregnancy termination in China. *Health & social care in the community* 2020; 28(3):1020-9.
17. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. Prevalence and determinants of low social support during pregnancy among Australian women: a community-based cross-sectional study. *Reproductive Health* 2021; 18:1-11.
18. Mokhtari F, Mousavi S, Nourizadeh R, Hakimi S, Mehrabi E, Shamsalizadeh N. Childbirth satisfaction in women with psychological traumatic childbirth. *Int J Womens Health* 2021; 9(4):1-5.
19. Hinic K. Understanding and promoting birth satisfaction in new mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2017; 42(4):210-5.
20. Esan DT, Sokan-Adeaga AA, Rasaq NO. Assessment of satisfaction with delivery care among mothers in selected health care facilities in Ekiti state, Nigeria. *Journal of Public Health Research* 2022; 11(4):22799036221127572.
21. Akbaş P, Özkan Şat S, Yaman Sözbir Ş. The Effect of Holistic Birth Support Strategies on Coping With Labor Pain, Birth Satisfaction, and Fear of Childbirth: A Randomized, Triple-Blind, Controlled Trial. *Clinical Nursing Research* 2022; 31(7):1352-61.
22. Ventour D, Gardiner K. The perception of obstetric healthcare workers to the partners' presence in the operating room-a phenomenological study. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care* 2023; 27(4):528-34.
23. Silva RC, Souza BF, Wernet M, Fabbro MR, Assalin AC, Bussadori JC. The satisfaction of the normal delivery: finding oneself. *Revista gaucha de enfermagem* 2018; 39:e20170218.
24. Chunuan S, Somsap Y, Pinjaroen S, Thitimapong S, Nangham S, Ongpalanupat F. Effect of the presence of family members, during the first stage of labor, on childbirth outcomes in a provincial hospital in Songkhla Province, Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2009; 13(1):16-27.
25. RezaeiAbhari F, Hesamzadeh A. Experience of Husbands on Barriers of Active Participation in Their Wives' Physiological Childbirth: A Conventional Content Analysis Study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences* 2023; 10(1).
26. Ibrahim MS, Idris S, Asuke S, Yahaya SS, Olorukooba AA, Sabitu K. Effect of a behavioral intervention on male involvement in birth preparedness in a rural community in Northern Nigerian. *Ann Niger Med* 2014; 8(1):20.
27. Kainz G, Eliasson M, von Post I. The child's father, an important person for the mother's well-being during the childbirth: a hermeneutic study. *Health care for women international* 2010; 31(7):621-35.
28. Alharbi AA, Alodhayani AA, Aldegether MS, Batais MA, Almigbal TH, Alyousefi NA. Attitudes and barriers toward the presence of husbands with their wives in the delivery room during childbirth in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018; 7(6):1467-75.
29. Wilson CL, Simpson JA. Childbirth pain, attachment orientations, and romantic partner support during labor and delivery. *Personal Relationships* 2016; 23(4):622-44.
30. Abidah SN, Anggraini FD, Nuriyana M, Halwa R. Husband Support Correlates with Maternal Anxiety Levels During Pregnancy in The Third Trimester. *Journal of Health Sciences* 2021; 14(3):174-80.
31. Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: A prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research* 2021; 30(6):818-29.
32. Heidi K, Emin WS, Taqiyah Y, Asnaniar WS. Husband's Support for the Childbirth Process: Concept Analysis. *An Idea Nursing Journal* 2023; 2(02):87-91.

# The role of husband on satisfaction of childbirth: an approach to promote natural childbirth

Atefeh Salehi<sup>1</sup>, Fariba Fahami<sup>2</sup>, Narjes Aghaie<sup>3</sup>, Marjan Beigi<sup>2\*</sup>

1. M.Sc. in Midwifery, Vice President of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
3. M.Sc. in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: Sep 24, 2024 Accepted: Dec 25, 2024

## Abstract

**Introduction:** According to demographic policies, it seems necessary to make natural childbirth pleasant and satisfying in order to promote this type of delivery. The present study was conducted with aim to determine the role of husbands on satisfaction of natural childbirth.

**Methods:** This quasi-experimental study was conducted in Zahraye Marzieh Hospital, Isfahan from January 2023 to June 2024. The research population were placed in 3 groups of 28 people (with husband, accompanied and unaccompanied). The tool of data collection was the researcher-made Childbirth Satisfaction Questionnaire. The data were analyzed using SPSS software (version 20) and chi-square, Kruskal-Wallis, one-way analysis of variance and LSD tests.  $P < 0.05$  was considered significant.

**Results:** The results of ANOVA showed that the mean score of satisfaction with childbirth in the three groups had a significant difference after the fourth stage of labor ( $P < 0.001$ ) and the LSD test showed that the mean score of satisfaction with childbirth after the fourth stage of labor was significantly higher in the group with husband than the group with a companion ( $P < 0.001$ ), and in the group with a companion it was significantly higher than the group without a companion ( $P = 0.03$ ).

**Conclusion:** Satisfaction with childbirth can be affected by interventions such as the presence of husband during the stages of labor. It is suggested that medical centers provide the possibility of the presence of husbands by standardizing the physical space of the hospital environment. This can lead to the promotion of childbirth.

**Keywords:** Emotional support, Natural childbirth, Pregnancy, Promotion, Satisfaction

► Please cite this article as:

Salehi A, Fahami F, Aghaie N, Beigi M. The role of husband on satisfaction of childbirth: an approach to promote natural childbirth. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2024; 27(10):53-62. DOI: 10.22038/ijogi.2025.83182.6229