

تأثیر ماساژ توأم با تکنیک‌های تنفسی بر رضایت‌مندی زایمان زنان نخست‌زا

آرزو حاصلی^۱، فریده اقدام‌پور^۲، اشرف قیاسی^{۱*}

۱. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، واحد مرنده، دانشگاه آزاد اسلامی، مرنده، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶

خلاصه

مقدمه: در زمانی که تلاش‌های جهانی برای کاهش سزارین و افزایش زایمان طبیعی صورت یافته است، رضایت مادران و ابعاد آن نیز باید توسط کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار گیرد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر ماساژ شکم توأم با تکنیک‌های تنفسی بر رضایت‌مندی زایمان زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۶۴ زن باردار نخست‌زا که در بخش زایمان بیمارستان لولاگر شهر تهران بستری شدند، انجام گردید. افراد به روش تخصیص تصادفی ساده در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمون، ماساژ شکمی افلورج به همراه تکنیک‌های تنفسی لاماز را طی ۳۰ دقیقه ابتدایی فازهای فعال و انتقالی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. میزان رضایت‌مندی از زایمان با استفاده از ابزار رضایت‌مندی مکی بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون‌های آماری تی مستقل و من ویتنی انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین رضایت‌مندی کلی از زایمان پس از مداخله در گروه آزمون $(64/08 \pm 5/68)$ به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل $(42/87 \pm 7/09)$ بود $(p < 0/001)$. ابعاد مختلف رضایت‌مندی شامل رضایت کلی $(p = 0/01)$ ، رضایت از خود $(p < 0/001)$ ، رضایت از ماما $(p = 0/001)$ و رضایت از وضعیت نوزاد $(p < 0/001)$ ، به جز بُعد رضایت از حمایت همسر $(p = 0/606)$ ، بین دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت.

نتیجه‌گیری: ماساژ شکمی افلورج توأم با تکنیک‌های تنفسی موجب افزایش رضایت‌مندی از زایمان می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود استفاده از این روش غیردارویی طی لیبر جهت خوشایندسازی زایمان مورد توجه قرار گیرد.

کلمات کلیدی: تکنیک‌های تنفسی، خوشایندسازی زایمان، رضایت‌مندی، زنان نخست‌زا، ماساژ افلوراج

* نویسنده مسئول مکاتبات: اشرف قیاسی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. تلفن: ۰۲۳-۳۲۳۹۵۰۵۴؛ پست الکترونیک: a.ghiasi25@gmail.com

مقدمه

در زمانی که تلاش‌های جهانی برای کاهش مرگ‌ومیر مادران افزایش یافته است، رضایت مادران و ابعاد آن نیز باید توسط کشورهای در حال توسعه مورد توجه قرار گیرد (۱). رضایت زنان از خدمات زایمان، به خصوص مراقبت در دوران زایمان و تولد، برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، مدیران و سیاست‌گذاران بسیار مهم است (۲). هدف از توسعه علم مامایی و مراقبت مادر حین لیبر و تولد، ایجاد زایمانی ایمن برای مادر و نوزاد و افزایش رضایت‌مندی مادر از روند تولد می‌باشد (۳). رضایت‌مندی از زایمان، پدیده‌ای با ابعاد مختلف می‌باشد و تحت تأثیر فاکتورهای متفاوتی از جمله عوامل محیطی و فردی قرار می‌گیرد. زایمان خود یک پدیده چندبُعدی و متشکل از ابعاد جسمی، هیجانی، فیزیولوژیکی، اجتماعی، فرهنگی و روانی است و در نتیجه افراد می‌توانند در رابطه با هر جنبه‌ای از آن ناراضی باشند (۴). عدم رضایت‌مندی از زایمان موجب آثار روانی نامطلوبی برای زن و خانواده وی و انتخاب سزارین در زایمان‌های بعدی می‌شود و عوارضی مانند: اضطراب بعد از زایمان، کاهش توانایی شیر دادن، افسردگی بعد از زایمان، سقط در حاملگی‌های بعدی، کاهش توانایی جنسی و رفتار نامناسب و نادیده گرفتن کودک را به‌دنبال دارد (۵). علاوه بر آن باعث تحمیل هزینه‌های سنگین به فرد و سازمان‌های بیمه‌گر می‌شود. از طرفی رضایت‌مندی از زایمان، نقش مهمی در فرآیند بهبود سریع مادر ایفا می‌کند و باعث افزایش اعتماد به نفس و مثبت شدن انتظارات مادر در مورد زایمان‌های بعدی و روابط محکم او با نوزاد می‌شود (۶). یکی از عوامل مهم در افزایش میزان رضایت‌مندی زایمان، استفاده از روش‌های کاهش درد زایمان می‌باشد. در برخی بیمارستان‌ها به علت عوارض جانبی داروهای ضد درد بر مادر و جنین، از روش‌ها و تکنیک‌های غیر دارویی متعددی جهت کنترل درد، کاهش مدت درد و خوشایندسازی زایمان استفاده می‌کنند (۷-۱۰). این روش‌ها می‌توانند فرآیند زایمان را به یک اتفاق خوشایند تبدیل نمایند (۱۱)، معمولاً اثر مضر بر مادر و جنین ندارند، آسان‌تر بوده و هزینه کمتری دارند و عمدتاً با استقبال بیشتری از طرف

کادر درمانی و مددجویان مواجه می‌شوند (۱۲). از میان این روش‌ها، دو روش ماساژ و تکنیک‌های تنفسی لاماز، جزء روش‌های اصلی طب جایگزین هستند (۱۳). روش لاماز تأکید بر کنترل ذهنی درد و احساس خوشایند دارد. این روش تلفیق تکنیک تنفس و تن‌آرامی کنترل شده است که طی لیبر می‌توان از یک روش جایگزین تن‌آرامی مانند ماساژ استفاده نمود (۱۴). تکنیک‌های تنفسی معمولاً به‌تنهایی به‌منظور اداره درد زایمان به کار نمی‌روند و ارجح است با تکنیک‌های دیگر شل‌سازی مانند ماساژ استفاده شوند (۱۵).

سیمکین و همکار (۲۰۰۲) معتقدند بکارگیری دو یا چند تکنیک نسبت به به‌کار بردن یک روش به تنهایی، اثربخشی بیشتری در مادران، حین لیبر دارد (۱۲). ماساژ می‌تواند باعث تقویت رابطه زانو با عامل زایمان گردد، بدین‌صورت که رفتارهای حمایتی موجب تشویق و مشارکت مادر طی روند لیبر و زایمان می‌شود و در نتیجه باعث افزایش کیفیت مراقبت‌های مامایی و خوشایندسازی زایمان می‌شود (۱۱).

با این‌که رضایت از زایمان یکی از جنبه‌های زایمان است و تاکنون مطالعات فراوانی در این زمینه انجام شده است، اما یک پدیده نامفهوم در خدمات بهداشتی است (۱۶). بررسی رضایت‌مندی، جنبه‌هایی از مراقبت را که روی رضایت یا عدم رضایت مددجویان تأثیر دارد، تعیین می‌کند و می‌تواند در طراحی ارائه سیستم بهداشتی تغییراتی ایجاد نماید (۱۷). بررسی رضایت مددجویان از اولویت‌های بهداشت و درمان است و سازمان را در ارائه خدمات با کیفیت بالا کمک می‌نماید (۲)، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر ماساژ شکم و تکنیک‌های تنفسی در فاز فعال زایمان بر میزان رضایت‌مندی از زایمان در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان لولاگر تهران انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی از مرداد ماه تا آذر ماه سال ۱۳۸۹، پس از تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد اخلاق ۱۷۴۴۲۸۴ و شماره ثبت کارآزمایی بالینی N1 ۱۳۸۸۰۷۱۹۲۲۴۸ بر روی ۶۴

نفر از زنان نخست‌زای بستری شده در بیمارستان لولاگر شهر تهران انجام شد. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ با استفاده از یافته‌های مطالعه مشابه (۱۱) و با فرض اینکه اختلاف شدت درد در هر یک از گروه‌ها در مقایسه با گروه کنترل حداقل به میزان ۲ نمره (در مبنای ۱۰) کاهش یابد تا تأثیر آن از نظر آماری معنی‌دار تلقی شود، با استفاده از فرمول برآورد اندازه نمونه برای تشخیص اختلاف میانگین در دو جامعه مستقل با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و $\beta=0/2$ ، ۲۹ نفر در هر گروه برآورد شد که با توجه به احتمال افت نمونه در طول مطالعه، ۱۰٪ به حجم نمونه فوق اضافه شد، لذا ۳۲ نفر در هر گروه و در مجموع ۶۴ نفر در دو گروه وارد مطالعه شدند. لازم به ذکر است که بر اساس مطالعات مشابه، S برابر ۲/۵ برآورد گردید.

نمونه‌ها بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به روش تخصیص تصادفی ساده در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند؛ بدین ترتیب که با قرار گرفتن نمونه‌ها در گروه‌های دو نفره، نفر اول از داخل کیسه که حاوی گوی‌های A، B، C و D بود، یکی از گوی‌ها را انتخاب و بر اساس آن در صورتی که گوی A یا C خارج می‌شد در گروه مداخله و در صورتی که گوی B یا D خارج می‌شد، در گروه کنترل قرار می‌گرفت. از مزایای تصادفی ساده، استفاده آسان این روش است. به منظور یکسان ماندن تعداد افراد در دو گروه، در صورت خروج افراد از مطالعه، گوی مربوط به نمونه خارج شده مجدداً داخل کیسه قرار می‌گرفت تا حجم نمونه کاهش نیابد، اگرچه مشخصات فرد، نتایج و علت خروج افراد ثبت می‌شد.

زنان باردار تک‌قلو با نمایش سفالیک جنین، حاملگی ترم و کم‌خطر، عدم پارگی کیسه آب به مدت بیش از ۱۲ ساعت، داشتن انقباضات خودبه‌خودی و اتساع ۴ سانتی‌متر دهانه رحم، تخمین وزن جنین بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، اثبات سلامت جنین بر اساس یافته‌های سونوگرافی و یا آزمون سه‌گانه دوران بارداری، عدم شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان، عدم ابتلاء به بیماری‌های مزمن شناخته شده، عدم ابتلاء به

اختلالات روانی و آناتومیک، بیماری‌های پوستی مانند اگزما و التهاب در ناحیه ماساژ، تب بالا، فلبیت، ترومبوز و یرقان وارد مطالعه شدند و در صورت استفاده از داروهای تسکین‌دهنده درد یا تحریک کننده زایمان، بروز انقباضات هیپرتونیک رحم، بروز حساسیت پوستی حین مطالعه، انجام ندادن صحیح تکنیک‌های تنفسی، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و نیز خروج از سیر لیبر و زایمان طبیعی مانند دکولمان، پرولاپس بندناف و زجر جنین، از مطالعه خارج می‌شدند. از گروه ماساژ شکم توأم با تکنیک‌های تنفسی، ۳ نفر به علت القاء زایمان به دلیل زایمان طولانی و ۱ نفر به دلیل عدم تمایل به انجام ماساژ شکم در فاز انتقالی و ۲ نفر به دلیل عدم انجام تکنیک‌های تنفسی به‌طور صحیح در مراحل زایمان از مطالعه خارج شدند. همچنین در گروه کنترل ۹ نفر به علت القاء زایمان به دلیل زایمان طولانی و ۱ نفر به دلیل درخواست مددجو در فاز انتقالی از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۶۴ نفر از نمونه‌ها مورد بررسی نهایی قرار گرفتند.

داده‌ها توسط پرسشنامه اطلاعات فردی (مشخصات مادری و مامایی)، چک لیست ثبت اطلاعات لیبر و زایمان (برگه ثبت معاینه و مشاهده)، خط‌کش درد و پرسشنامه رضایت‌مندی زایمان مکی گردآوری شد. برای تعیین شدت درد از مقیاس دیداری درد (VAS)^۱ که ابزاری استاندارد می‌باشد و روایی و پایایی آن در سطح جهانی ثابت شده است، استفاده گردید. ابزار تعیین رضایت‌مندی زایمان مکی در قالب ۱۸ گویه، میزان رضایت یا عدم رضایت از زایمان را تعیین می‌نمود. هر گویه بر اساس طیف ۵ قسمتی لیکرت از ۱ تا ۵ طبقه بندی شده بود که امتیاز ۱ بسیار ناراضی، ۲ ناراضی، ۳ بی‌نظر، ۴ راضی و ۵ بسیار راضی تخصیص یافت و در مجموع نمرات ۱-۲۲ جزء گروه بسیار ناراضی، ۲۳-۴۵ ناراضی، ۴۶-۶۸ راضی و ۶۹-۹۰ بسیار راضی محسوب می‌شد. در این پرسشنامه رضایت‌مندی در ۵ بُعد رضایت کلی (گویه‌های ۱ و ۲)، رضایت از خود (گویه‌های ۳، ۴، ۵ و ۶)، رضایت از همسر (گویه ۷)، رضایت از ماما (گویه‌های ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳،

¹ Visual Analogue Scale

گروه‌ها، به‌طور جداگانه توضیحات لازم در مورد محرمانه بودن اطلاعات، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه، اهداف، مراحل و مدت مطالعه به نمونه‌های هر دو گروه ارائه شد.

در هر دو گروه مورد مطالعه پس از گرفتن شرح حال و بررسی سلامت عمومی مادر و جنین، علائم حیاتی کنترل شده و معاینات مادر و ضربان قلب جنین ثبت می‌شد. این مراقبت‌های معمول در هر دو گروه توسط پژوهشگر انجام می‌شد. افزون بر مراقبت‌های معمول، در گروه مداخله، پژوهشگر ماساژ شکم را به مدت ۳۰ دقیقه در ابتدای فاز فعال در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متری و ابتدای فاز انتقالی در دیلاتاسیون ۸ سانتی‌متری دهانه رحم انجام می‌داد. همزمان با ۳۰ دقیقه ماساژ شکم، تکنیک‌های تنفسی مناسب فاز فعال و فاز انتقالی توسط مادر آموزش دیده (قبل از ورود به مطالعه)، با نظارت پژوهشگر انجام می‌شد. گزارش شدت درد توسط نمونه‌ها با استفاده از خط‌کش درد بلافاصله قبل و بعد از مداخله در فازهای فعال و انتقالی زایمان توسط کمک پژوهشگر در هر دو گروه مداخله و کنترل ثبت می‌شد.

نحوه کار بدین‌صورت بود که پس از اینکه نمونه در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت، کف دست‌های پژوهشگر به روغن زیتون بدون بو ساخت شرکت لابراتوار دارویی و غذایی بالک به میزان ۲ سی‌سی آغشته می‌شد و ماساژ شکمی افلورج^۱ (به‌صورت ضربه‌های ملایم و روان بوده و فشار این ماساژ تا حدی است که توسط زائو احساس شود) (۱۵) حین انقباضات رحمی به‌وسیله نوک انگشتان به مدت ۳۰ دقیقه از ناحیه تحتانی شکم به سمت کناره‌های فوقانی رحم در کانون‌های انتشار درد، امتداد می‌یافت و سپس انگشتان به سمت داخل در خط میانی شکم به سمت پایین حرکت داده می‌شد تا هر دو دست همزمان به نقطه شروع ماساژ یعنی ناحیه تحتانی شکم برسند (شکل ۱).

۱۴ و ۱۵) و رضایت از نوزاد (گویه‌های ۱۶، ۱۷ و ۱۸) سنجیده شده است. در انتها این پرسشنامه دارای ۴ سؤال ۴ گزینه‌ای در رابطه با ارزیابی و انتظار مادر از درد و زایمان می‌باشد؛ به‌طوری‌که ۲ سؤال در مورد تجربه مورد انتظار از درد و زایمان که هر گویه آن بر اساس طیف ۴ قسمتی لیکرت از یک تا چهار (به‌ترتیب بدون شباهت، شباهت کم، تا اندازه‌ای شباهت، دقیقاً شبیه) و نیز ۲ سؤال در مورد ارزیابی از درد و زایمان که هر گویه آن بر اساس طیف ۴ قسمتی لیکرت از یک تا چهار (به ترتیب بسیار منفی، تا حدودی منفی، تا حدودی مثبت، بسیار مثبت) طبقه‌بندی شده بود (۱۸). به منظور روایی پرسشنامه ۱ و ۲ اطلاعات فردی (مشخصات مادری و مامایی)، چک لیست ثبت اطلاعات لیبر و زایمان از روش اعتبار ظاهری و محتوی استفاده شد؛ بدین ترتیب که ابتدا با مطالعه مقالات معتبر و جدید و راهنمایی اساتید، ابزار گردآوری داده‌ها انتخاب شد، سپس به‌منظور جمع‌آوری نظرات اصلاحی، پرسشنامه‌ها در اختیار ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و پس از آن جهت داوری نهایی در اختیار ۲ نفر از همین اعضاء قرار گرفت و پس از بررسی نهایی، اصلاحات نهایی انجام شد. جهت پایایی پرسشگر از روش مشاهده همزمان استفاده شد؛ به‌طوری‌که پرسشنامه برای ۱۰ نمونه توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر تکمیل شد و $I=0/88$ تأیید شد.

پرسشنامه رضایتمندی زایمان مکی توسط پرتا گودمن و مارلن مکی (۲۰۰۳) بر روی ۶۰ زن بعد از زایمان گروه کم‌خطر که زایمان طبیعی داشتند، در آمریکا استفاده شد و اعتبار و اعتماد ظاهر و محتوای آن ثابت شد. ضرایب درجه اعتماد داخلی در این مطالعه در ابعاد رضایتمندی کلی ۰/۹۴، خود ۰/۹۰، همراه ۰/۹۷، نوزاد ۰/۷۰، ماما ۰/۹۷، پزشک ۰/۸۳ و در مجموع ۰/۹۳ تعیین شد (۱۶). نظر به آنکه در مطالعات قبلی از این پرسشنامه به منظور تعیین رضایتمندی زایمان استفاده شده است، نیاز به آزمون مجدد پایایی ابزار نمی‌باشد. روش کار در این مطالعه به این ترتیب بود که پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از بیماران و تعیین

¹ Effleurage



شکل ۱- نحوه ماساژ افلورج شکم (برگرفته از کتاب *Maternal & Neonatal Nursing*) (۱۵)

صورت بی‌سواد یا کم‌سوادی مادر، کمک پژوهشگر اقدام به ثبت پاسخ‌های مادر در پرسشنامه مورد نظر نمود. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۷) و آزمون‌های کای دو، دقیق فیشر، تی مستقل و من‌ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. جهت توصیف مشخصات واحدهای پژوهش از جداول توزیع فراوانی و آمار توصیفی استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه مداخله و کنترل قبل از شروع مداخله از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مداخله‌گر احتمالی همگن بودند (جدول ۱).

مداخله تکنیک‌های تنفسی در این پژوهش توسط مادر و با نظارت پژوهشگر انجام می‌شد؛ بدین‌صورت که در ابتدای فاز فعال، در شروع و پایان هر انقباض رحمی یک تنفس عمیق سینه‌ای و در طول انقباض، از تنفس سطحی کوتاه استفاده می‌شد و در مرحله انتقالی از الگوی تنفسی ۴ به ۱ یعنی هر چهار نفس یک فوت استفاده می‌شد؛ بدین‌نحو که در شروع و پایان هر انقباض رحمی یک تنفس عمیق سینه‌ای و در طول انقباض پس از هر چهار تنفس سطحی دهانی، یک بازدم عمیق سینه‌ای با فشار، استفاده می‌شد (۱۹).

تکمیل پرسشنامه و همچنین انجام معاینات توسط کمک پژوهشگر انجام شد. در هر دو گروه مورد مطالعه پس از زایمان و قبل از ترخیص، به مادر پرسشنامه تعیین رضایت‌مندی مادر از مراحل لیبر و زایمان داده شد.

جدول ۱- مقایسه مشخصات فردی و مامایی واحدهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه		
	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون تی مستقل
سن (سال)	۲۵/۲۱±۴/۴۳	۲۴/۱۵±۴/۲۲	$p=۰/۴۵۸, t=۰/۷۴۷$
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۷/۱۸±۲/۶۲	۲۷/۲۶±۳/۱۳	$p=۰/۲۹۴, t=۱/۰۵۷$
سن بارداری (روز)	۲۷۵/۷۵±۵/۱۶	۲۷۵/۷۰±۶/۱۲	$p=۰/۵, t=۰/۶۷۳$
وزن نوزاد (گرم)	۳۲۴۷±۳۲۹	۳۱۵۸±۳۷۰	$p=۰/۰۸۳, t=۱/۷۵$
قد نوزاد (سانتی‌متر)	۴۹/۳۸±۲/۲۴	۵۰/۰۸±۱/۳۴	$p=۰/۰۸۹, t=-۱/۷۲۳$

($p=۰/۰۱$)، رضایت از خود ($p<۰/۰۰۱$)، رضایت از ماما ($p=۰/۰۰۱$) و رضایت از وضعیت نوزاد ($p<۰/۰۰۱$) بین دو گروه تفاوت آماری معناداری داشت، در حالی که در بُعد رضایت از حمایت همسر ($p=۰/۶۰۶$) تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد (جدول ۲). در بررسی میانگین نمره ۱۸ سؤال رضایت‌مندی از زایمان، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، به ترتیب بیشترین میانگین رضایت-مندی ($۴/۷۶±۰/۶۰$ در مقابل $۲/۵۱±۰/۲۶$) در بُعد

بر اساس نتایج مطالعه، گروه مداخله از زایمان راضی (میانگین نمره کل رضایت‌مندی از زایمان $۵/۶۸±۶۴/۰۸$) و گروه کنترل از زایمان ناراضی (میانگین نمره کل رضایت‌مندی از زایمان در گروه کنترل $۷/۰۹±۴۲/۸۷$) بودند ($p<۰/۰۰۱$). همچنین رضایت از زایمان بر اساس پرسشنامه رضایت‌مندی مکی در ۵ بُعد رضایت کلی، رضایت از خود، همسر، ماما و نوزاد مورد بررسی قرار گرفت که میزان رضایت‌مندی در ابعاد رضایت کلی

"رضایت از نوزاد"، گویه فاصله زایمان تا اولین بار در آغوش گرفتن نوزاد ($p < 0.001$) و کمترین میانگین رضایتمندی ($3/35 \pm 0/91$) در مقابل ($3/57 \pm 1/09$) در

بعد "رضایت از خود"، گویه کنترل احساسات درد هنگام زایمان ($p = 0/71$) بود.

جدول ۲- مقایسه میانگین ابعاد رضایتمندی از زایمان زنان در دو گروه مداخله و کنترل

ابعاد رضایتمندی زنان پس از زایمان	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون تی مستقل
رضایت کلی	6/81 ± 2/32	4/62 ± 2/28	p = 0/01, t = 3/261
رضایت از خود	12/81 ± 3/26	9/09 ± 4/13	p < 0/001, t = 4/439
رضایت از همسر	3/62 ± 0/98	3/48 ± 0/94	p = 0/606, t = -0/517
رضایت از ماما	30/71 ± 6/07	20/24 ± 8/87	p = 0/001, t = 4/909
رضایت از وضعیت نوزاد	11/08 ± 3/1	7/64 ± 3/15	p < 0/001, t = 6/098
نمره کلی رضایتمندی	64/08 ± 5/68	42/87 ± 7/09	p < 0/001, t = 5/592

بر اساس نتایج، میانگین شدت درد زایمان بعد از مداخله در فاز فعال در گروه مداخله $3/98 \pm 0/88$ و در گروه کنترل $4/79 \pm 1/06$ بود که بین دو گروه اختلاف آماری معناداری مشاهده شد ($p = 0/002$). همچنین میانگین شدت درد زایمان بعد از مداخله فاز انتقالی در گروه مداخله $7/71 \pm 0/89$ و در گروه کنترل $7/95 \pm 0/87$ بود ($p = 0/081$). بر اساس نتایج بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر ارزیابی مثبت آنها از درد زایمان و زایمان

تفاوت آماری معناداری وجود داشت؛ به طوری که ۱۹ نفر ($59/37\%$) از شرکت کنندگان در گروه مداخله ارزیابی مثبتی (تا حدودی مثبت و بسیار مثبت) از درد زایمان داشتند ($p < 0/001$)، در حالی که بین گروه مداخله و کنترل از نظر تجربه آنها از زایمان و نیز درد زایمان تفاوتی وجود نداشت (به ترتیب $p = 0/18$, $p = 0/08$) (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳- مقایسه فراوانی نسبی میزان ارزیابی مادر از درد و زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون من ویتنی	بسیار منفی		تا حدودی منفی		تا حدودی مثبت		بسیار مثبت		متغیر ارزیابی
	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	
p < 0/001	37/5	18/75	47/87	37/5	9/37	37/5	28/12	6/25	ارزیابی درد زایمان (درصد)
p < 0/001	18/75	31/25	43/75	28/12	21/87	28/12	18/75	12/5	ارزیابی زایمان (درصد)

جدول ۴- مقایسه فراوانی نسبی میزان انتظار مادر از درد و زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

آزمون من ویتنی	بدون شباهت		شباهت کم		تا اندازه‌های شباهت		دقیقا شبیه		متغیر انتظار
	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	گروه مداخله	گروه کنترل	
p = 0/08	28/12	33/3	28/12	33/3	18/75	13/3	25	20	تجربه از درد زایمان (درصد)
p = 0/18	21/87	34/37	28/12	25	15/62	15/62	21/8	18/75	تجربه از زایمان (درصد)

زهرانی و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی داشت؛ به طوری که در مطالعه آنان بیش از نیمی از نمونه‌ها در گروه ماساژ (52%) رضایت خیلی زیاد از زایمان داشتند (۲۰). در این رابطه فیشر و همکاران (۲۰۰۰) می‌نویسند: ماساژ اقلورج، خوشایند بوده و باعث شل‌سازی می‌شود و در کاهش درد زایمان مؤثر است و یکی از فاکتورهای افزایش

بحث
در مطالعه حاضر نمره کلی رضایتمندی از زایمان در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). همچنین ۱۹ نفر ($59/37\%$) از شرکت کنندگان در گروه مداخله ارزیابی مثبتی (تا حدودی مثبت و بسیار مثبت) از درد زایمان داشتند. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ترک

رضایت‌مندی زایمان، استفاده از روش‌های کاهش درد می‌باشد (۲۱).

در این راستا در مطالعه دکلرک و همکاران (۲۰۰۷)، ۶۹٪ از زنان که طی لیبر از تکنیک‌های تنفسی استفاده نمودند، از کاهش درد زایمان بسیار راضی بودند (۲۲). در مطالعه حاضر مادرانی که تکنیک‌های تنفسی و ماساژ برای آنها در فاز فعال به‌کار برده شد، به‌طور مشخصی شدت درد کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند ($p < 0/001$). یاق و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که بکارگیری تکنیک‌های تنفسی، یک روش اثربخش و بی‌خطر برای حمایت از زائو در بهبود و کنترل درد آنها حین زایمان می‌باشد و کاهش درد زایمان، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی مادران می‌باشد (۲۳). همچنین نتایج مطالعه سیمکین و همکار (۲۰۰۴) نشان داد میزان رضایت بالای اکثر زنان، به این دلیل است که آرامش و تنفس بیشتر به توانایی زن برای مقابله با درد زایمان بیشتر کمک می‌کند (۲۴). اگرچه میزان رضایت‌مندی از ماساژ و تکنیک‌های تنفسی زمان زایمان در مطالعه فیلد و همکاران (۱۹۹۹) تفاوتی با گروه کنترل نداشت (۲۵). علت عدم همخوانی نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر احتمالاً ناشی از تفاوت در سطوح فرهنگی اجتماعی و سطح توقعات مادران در دو محیط و تفاوت در نوع ابزار بررسی رضایت‌مندی باشد؛ به‌طوری‌که در مطالعه فیلد و همکاران (۱۹۹۹)، جهت سنجش رضایت‌مندی از زایمان، از شاخص مشاهده رفتاری استفاده شد که این ابزار، یک ابزار عمومی برای بررسی درد، رضایت‌مندی و موارد دیگر است که در تمام افراد در مورد هر موضوعی قابل استفاده است، در حالی که در مطالعه حاضر از پرسشنامه رضایت‌مندی زایمان مکی که ابزار اختصاصی برای سنجش رضایت‌مندی مادران پس از زایمان است، استفاده شد.

در مطالعه حاضر مادران در گروه مداخله تجربه مثبتی از زایمان ($p = 0/008$) و درد زایمان ($p = 0/002$) نسبت به گروه کنترل داشتند. نتایج مطالعه مرتضوی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد ماساژ در دو فاز لیبر، افزایش معناداری در میزان رضایت‌مندی زنان ایجاد می‌کند که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. مدت ماساژ (۳۰

دقیقه) و زمان انجام ماساژ (فاز فعال و انتقالی) در مطالعه مرتضوی با مطالعه حاضر یکسان بود (۲۶). خاشحلی و همکار (۲۰۱۰) در پاسخ به این دو سؤال که آیا لمس در طول لیبر ارزش درمانی داشته و لمس چه قسمتی از بدن و در چه مواقعی از لیبر لمس درمانی محسوب می‌شود، دریافت که تمام نمونه‌ها از لمس شدن احساس مثبتی داشتند و بیشترین مرحله‌ای که نمونه‌ها اظهار داشتند لمس درمانی مؤثر است، مرحله انتقالی بود. همچنین نتیجه‌گیری کردند که لمس کردن زنان در طول لیبر، جنبه درمانی و معانی همدردی، تشویق و مشارکت داشته و موجب کاهش درد می‌شود و چون به سازگاری با تجربه لیبر کمک می‌کند، مفید می‌باشد (۲۷، ۲۱).

در مطالعه حاضر بین کنترل احساسات مادر و روش ماساژ توأم با تکنیک‌های تنفسی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعه نقیبی (۲۰۰۱) نشان داد که احساسات و ترس مادر باردار با روش‌های مراقبتی و روانی و حضور همسر بر بالین مادر در لیبر و حمایت روانی پرسنل تخفیف می‌یابد. علاوه بر آن حمایت روانی مداوم حین لیبر و زایمان ارزش زیادی دارد و احساسات مادر را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸)، در حالی که در مطالعه حاضر، ماساژ به مدت ۳۰ دقیقه (و نه به‌صورت مداوم) در فازهای فعال و انتقالی تأثیری بر احساسات مادر طی لیبر و زایمان نداشت و با توجه به شرایط اتاق‌های زایمان در بیمارستان‌های دولتی ایران، امکان حضور همسر به هنگام لیبر و زایمان وجود نداشت و ماساژ توسط ماما انجام می‌گرفت.

در ارتباط با تأثیر ماساژ شکم توأم با تکنیک‌های تنفسی بر رضایت از ماما و نوزاد در مطالعه حاضر، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل وجود داشت. محمدی‌تبار و همکار (۲۰۰۳) در مطالعه خود دریافتند حمایت زائو توسط ماما و استفاده از روش‌های کاهش درد غیردارویی می‌تواند تأثیر مثبتی بر روابط مادر و نوزادش داشته باشد (۲۹). در مطالعه خاوندی‌زاده اقدم و همکار (۲۰۱۲) نیز طب فشاری طی لیبر باعث افزایش رضایت‌مندی و بهبود تغذیه با شیر مادر در نوزاد شده بود (۳۰). در مطالعه ییلدیریم و همکار (۲۰۰۴) مادران

نتیجه گیری

روش ماساژ شکمی اقلورج توأم با تکنیک‌های تنفسی، موجب افزایش رضایت‌مندی از تجربه زایمان می‌شود، لذا به منظور ارتقای کیفیت مراقبت‌های انجام شده حین زایمان و افزایش رضایت مادران از فرآیند زایمان، روش ماساژ شکمی اقلورج توأم با تکنیک‌های تنفسی به عنوان یک مراقبت رایج پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۴۲۸ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۱۲۳۷۲ انجام شد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ریاست بیمارستان و ماما‌های شاغل در زایشگاه بیمارستان لولاگر، کمک پژوهشگر و تمامی زنان باردار شرکت‌کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

در گروه تحریک پوستی و تکنیک‌های تنفسی، از اتاق زایمان وحشت کمتری داشته، روابط آنها با مراقبشان بهبود یافت و این روش‌ها باعث خوشایندسازی زایمان شد (۳۱). بر اساس تئوری کنترل دروازه‌ای درد، هر شکل از تماس پوستی شامل لمس، ضربه، حرکات ملایم و یا ماساژ می‌تواند راحتی و آسایش را در بیمار ترفیع دهد و ارتباط او با نوزادش را بهبود ببخشد (۳۲). از نقاط قوت مطالعه حاضر نسبت به مطالعات گذشته، بررسی رضایت‌مندی از زایمان با ابزار استاندارد به‌دنبال ماساژ یک نقطه اختصاصی بدن (شکم) بود که تمام ابعاد مؤثر در رضایت‌مندی زنان را مورد بررسی قرار می‌داد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تصمیم‌گیری برخی از پزشکان متخصص زنان در مورد گروه کنترل بود که با نزدیک شدن به پایان شیفت کاری آن‌ها و یا کافی ندانستن مراقبت معمول برای مادران نخست‌زا، پس از چندین ساعت از شروع فاز فعال با تشخیص لیبر طولانی، اینداکشن را برای این مادران شروع می‌نمودند و پژوهشگر به ناچار نمونه را از مطالعه خارج می‌کرد.

منابع

1. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15(1):97.
2. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13(1):108.
3. Geranmayeh M, Rezaeipour AF, Haghani HA, Akhoondzadeh E. The impact of training on the application of palliative methods for labor pain reduction. *J Hayat* 2006; 12(2):13-21. (Persian).
4. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl):S160-72.
5. Wilde Larsson B, Larsson G, Kvist LJ, Sandin-Bojo AK. Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *J Clin Nurs* 2010; 19(11-12):1748-60.
6. Dolatian M, Sayyahi F, Simbar M. Satisfaction rate of normal vaginal delivery and its relative factors among childbearing women in "Mahdiye, Tehran" and "Shaheed Chamran, Boroujerd" hospitals, 2006. *Pajoohandeh J* 2008; 13(3):259-68. (Persian).
7. Rafiee Vardanjani L, Safdari Dahcheshmeh F. The effect of the presence of an attendant on anxiety and labor pain of primiparae referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2012; 9(1):41-50.
8. Rahani T, Boskabadi H, Sadeghi T, Boskabadi MH, Gharaei R, Pasban F. Comparison of the effect of cotoneaster manna drop (Bilineaster) and massage on bilirubin in neonates under phototherapy. *J Babol Univ Med Sci* 2017; 19(11):21-7. (Persian).
9. Haseli A, Akbari M, Neisani Samani L, Haghani H, Jahdi F. The effect of abdominal massage along with breathing techniques during labor on duration of uterine contractions in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(3):1-8. (Persian).
10. Bolbol-haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(4):QC12-5.
11. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002; 38(1):68-73.
12. Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5):S131-59.
13. Taavoni S, Abdolahian S, Haghani H. Effect of birth ball on pain severity during the active phase of physiologic labor. *Arak Med Univ J* 2010; 13(1):25-31. (Persian).

14. Fahami F, Masoudfar S, Davazdahemami S. The effect of Lamaze practices on the outcome of pregnancy and labor in primipara women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2008; 12(3):111-4.
15. May KA, Mahlmeister LR. *Maternal & neonatal nursing.* 23th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P. 424-6, 496.
16. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med* 1992; 14(3):236-49.
17. Zimlichman E, Kreiss Y, Mandel D, Wartenfeld R, Ohana N, Cohen-Rosenberg G, et al. Evaluating delivery of primary health care to military personnel during low-intensity conflict using a patient satisfaction survey. *Mil Med* 2003; 168(6):471-4.
18. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004; 46:212-9.
19. McKinney ES, Ashwill JW, Murray SS, James S, Gorrie T, Droske SC. *Maternal-child nursing.* New York: Elsevier Health Sciences; 2000. P. 430-6.
20. Honarjoo M, Alavi H. The effect of massage on intensity of pain during first stage of labor. *Res Med* 2008; 32(2):141-5.
21. Fischer RL, Bianculli KW, Sehdev H, Hediger ML. Does light pressure effleurage reduce pain and anxiety associated with genetic amniocentesis? A randomized clinical trial. *J Matern Fetal Med* 2000; 9(5):294-7.
22. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: report of the second national US survey of women's childbearing experiences: conducted January–February 2006 for childbirth connection by Harris Interactive in partnership with Lamaze International. *J Perinatal Educ* 2007; 16(4):9.
23. Pugh LC, Milligan RA, Gray S, Strickland OL. First stage labor management: an examination of patterned breathing and fatigue. *Birth* 1998; 25(4):241-5.
24. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(6):489-504.
25. Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Theakston H, Schanberg S, Kuhn C. Pregnant women benefit from massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999; 20(1):31-8.
26. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286(1):19-23.
27. Khaskheli M, Baloch S. Subjective pain perceptions during labour and its management. *J Pakistan Med Assoc* 2010; 60(6):473-6.
28. Naghibi KH. *Painless birth or cesarean, which one is better?* 1st ed. Isfahan: Farhang Mardom; 2001. P. 167.
29. Mohammadi Tabar S, Kab A. Midwife's role in health and treatment services giving. *J Holist Nurs Midwifery* 2003; 4:42-6. (Persian).
30. Khavandzadeh Aghdam S, Daryabakhsh A. Effect of acupressure at Hugo point (LI4) on the process and outcomes of labor in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2012; 15(27):14-20. (Persian).
31. Yildirim G, Sahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. *Pain Res Manag* 2004; 9(4):183-7.
32. Chung UL, Hung LC, Kuo SC, Huang CL. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *J Nurs Res* 2003; 11(4):251-60.