مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات) دوره ۲۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۷، ۲۶۰-۲۴۴

چالش‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت: مطالعه کیفی

سمیه مکوندی* خدیجه میرزایی نجم‌آبادی* نجمه تهرانیان**

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: *برنامه زایمان فیزیولوژیک در ایران برنامه نوظهوری است که مانند هر برنامه دیگری برای بهبود کیفیت و روند خود نیاز به ارزیابی دارد. شواهد نشان می‌دهند که اجرای برنامه زایمان فیزیولوژیک با چالش‌هایی مواجه است. پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت انجام گرفته است.*

روش بررسی: *این مطالعه کیفی به شیوه تحلیل محتوا در دو بیمارستان دوستدار مادر شهرهای اهواز و مشهد در سال ۶-۱۳۹۵ انجام یافته است. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با ۱۷ نفر از ارایه‌دهندگان خدمات زایمان فیزیولوژیک جمع‌آوری شد. از روش تحلیل محتوای Elo و Kyngas برای تحلیل داده‌های کیفی استفاده شد.*

یافته‌ها: *از تحلیل داده‌ها ۵ طبقه اصلی شامل: کم انگیزگی ماماها در تلاش همه جانبه جهت انجام زایمان فیزیولوژیک؛ موانع برگرفته از نیروی انسانی؛ مداخلات پزشکی در زایمان فیزیولوژیک؛ چالش‌های نشأت گرفته از محیط و امکانات؛ و موانع آموزشی سد راه تحقق کامل زایمان فیزیولوژیک، به دست آمد.*

نتیجه‌گیری: *چالش‌های مختلف در تعامل با یکدیگر سبب ایجاد یک فضای پیچیده شده که در آن انجام زایمان فیزیولوژیک سخت‌تر می‌شود. لذا لازم است، سیاست‌گذاران، مسؤولان رده‌های بالا، پزشکان، ماماها و مادران در رفع چالش یاد شده تلاشی هماهنگ داشته باشند.*

نویسنده مسؤول: خدیجه میرزایی نجم‌آبادی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
e-mail: MirzaiiKH@mums.ac.ir

واژه‌های کلیدی: *زایمان فیزیولوژیک، برنامه، چالش‌ها، مطالعه کیفی*

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۳۹۷ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۷ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۷/۸/۲۳

مقدمه

در پاسخ به افزایش بی‌رویه آمار سزارین و عوارض ناشی از مداخلات پزشکی در امر زایمان طبیعی، در سال ۱۹۹۶ ائتلافی در آمریکا تحت عنوان ائتلاف برای ارتقای خدمات مادر و کودک، اولین توافق خود را برای بهبود خدمات زایمان طبیعی به ثبت رساند. بدین ترتیب اصطلاح خدمات دوستدار مادر یا «بیمارستان‌های دوستدار مادر» برای اولین بار متولد شد (۱). اصول بیمارستان‌های دوستدار مادر شامل طبیعی بودن روند زایمان، توانمندسازی مادر، آزادی عمل و استقلال، انجام مداخلات براساس موارد لازم مشخص و نه به صورت معمول و مسؤولیت‌پذیری است (۱و۲). در ایران از نیمه دوم سال ۱۳۸۱ اداره سلامت مادران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طراحی محتوای ارایه خدمات بیمارستان‌های دوستدار مادر را آغاز نمود. در این طرح احداث بیمارستان‌های جدید مدنظر نبود؛ بلکه اصلاح گردش کارها و تغییر محتوای ارایه خدمات و اصول حاکم بر آن در بخش‌های

* گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
** گروه آموزشی مامایی دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

موجود زایمان و مامایی بیمارستان‌ها مورد نظر بود (۳).

در طراحی قسمتی از برنامه خدمات بیمارستان‌های دوستدار مادر، پروتکل اولیه‌ای برای استانداردهای انجام زایمان طبیعی و کم دردِ غیردارویی موسوم به «زایمان فیزیولوژیک» تدوین شده است. این پروتکل پس از بررسی دقیق و علمی و انجام اصلاحات نهایی، از سال ۱۳۸۷ در چندین بیمارستان کشور اجرا شد که در نهایت، طبق آخرین گزارش‌های هشت بیمارستان در سطح کشور، موفق به دریافت لوح دوستدار مادر از وزارت بهداشت شدند. اهمیت ترویج زایمان طبیعی و فیزیولوژیک به اندازه‌ای برای نظام سلامت کشور، مهم و حیاتی است که در طرح تحول نظام سلامت که از سال ۱۳۹۳ در کشور در حال اجرا است، دستورالعمل مجزایی برای برنامه ترویج زایمان طبیعی ارایه شده است؛ چرا که طبق اعلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مرداد ۱۳۹۳ ایران با داشتن دومین میزان سزارین در جهان با نسبت ٥٤٪، وضعیت نامطلوبی از این حیث داشته است (۳و٤).

پس از جستجوی پایگاه‌های اطلاعاتی اولین تعریف از زایمان فیزیولوژیک در اسناد سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹٦) یافت شد. این سازمان زایمان طبیعی را فرآیندی می‌داند که خود به خود آغاز می‌شود و با تولد یک نوزاد ترم با نمایش سفالیک به پایان می‌رسد. طبق این تعریف، در زایمان طبیعی فیزیولوژیک، عدم دخالت‌های پزشکی غیرضروری در سیر طبیعی زایمان، حمایت شخصی از زنان در حال زایمان توسط یک فرد قابل اعتماد، آزادی تحرک در لیبر، وضعیت‌های غیرسوپاین، تماس پوستی نوزاد و مادر بلافاصله بعد از زایمان و شیردهی توصیه می‌شود (٥). سازمان بین‌المللی Lamaze نیز شش شیوه مراقبتی را برای حمایت و ترویج زایمان فیزیولوژیک، طراحی کرده و انجام آن‌ها را به تمام ارایه‌دهندگان مراقبت‌های زایمانی توصیه می‌کند. این شیوه‌های مراقبتی عبارتند از: شروع خودبه‌خودی زایمان، آزادی حرکت در لیبر، حمایت شدن از طرف یک همراه، اجتناب از مداخلات پزشکی معمول، زور زدن خودبه‌خودی در وضعیت‌های عمودی و هم اتاقی مادر و نوزاد و تسهیل موقعیت تغذیه با شیر مادر (۲). طرح برنامه زایمان فیزیولوژیک مبتنی بر حقوق انسانی مادران طراحی شده است. در این نوع زایمان به توانمندسازی مادران و آزادی عمل و خودکنترلی توجه می‌شود. توانایی زنان برای حس خودکنترلی در طی فرایند زایمان اساس یک تجربه زایمانی مثبت است (٦و۷).

از آن‌جا که طبیعت زایمان، درد است، در زایمان به شیوه فیزیولوژیک، تأکید ویژه‌ای بر اداره زایمان با استفاده از انواع روش‌های غیردارویی کاهنده درد مثل ماساژتراپی، آروماتراپی، گرمادرمانی، سرمادرمانی، طب فشاری، موسیقی درمانی، رفلکسولوژی، آرام‌سازی، تکنیک‌های تنفسی و غیره می‌شود (۲و۹-۷).

با توجه به این که سلامت زنان و کودکان که گروه آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌روند و تعیین‌کننده سلامت جامعه می‌باشند، از اهمیت

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

خاصی برخوردار بوده و زن سالم محور خانواده و جامعه سالم است، به نظر می‌رسد توجه به ارتقای کیفیت خدمات زایمانی ارایه شده به زنان در جهت نیل به اهداف بهداشت باروری در ایران ضروری باشد. برنامه زایمان فیزیولوژیک در ایران برنامه نوظهوری است که مانند هر برنامه دیگری برای بهبود کیفیت و روند خود نیاز به ارزیابی دارد. شواهد نشان می‌دهند که اجرای برنامه زایمان فیزیولوژیک با چالش‌هایی مواجه است. در این راستا چنانی و همکاران، فراهم ساختن زمینه سازمانی مناسب، بررسی سیاست‌ها و مقررات، نیاز به اصلاحات عمده در آموزش بالینی دانشجویی و ارتقای دانش و نگرش زنان نسبت به زایمان طبیعی را از عواملی می‌دانند که سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان بهداشتی برای ارتقای برنامه زایمان فیزیولوژیک باید در نظر داشته باشند (۱۰). نتایج مطالعه فرج‌زادگان و همکاران در خصوص ارزشیابی برنامه تسهیل زایمان فیزیولوژیک با استفاده از نقطه نظرات زنان باردار شرکت‌کننده در برنامه، همسرانشان، ماماهای مجری، متخصصان زنان و رؤسای بیمارستان‌ها در اصفهان، نشان داد که این برنامه از نظر ارزشیابی فرایند خوب است؛ اما در ارزشیابی درونداد، برونداد و زمینه اجرایی جای پیشرفت دارد. به عبارت دیگر محتوای طراحی شده قابل قبول است ولی از نظر محیط و زمینه اجرایی نیاز به تجدیدنظر داشته و پس از رفع معایب و همکاری گسترده ذینفعان قابلیت اجرایی در کشور را داراست (۱۱). در طی سالیانی که از اجرای برنامه زایمان فیزیولوژیک توسط بیمارستان‌های دوستدار مادر می‌گذرد، مطالعات جامعی که بتوانند درک و تجربه عمیق ارایه‌دهندگان خدمت را از موانع و چالش‌های اجرای این برنامه تبیین کنند، بسیار انگشت شمارند. به نظر می‌رسد مطالعات کیفی بتوانند بینش منحصر به فردی را نسبت به پدیده زایمان فیزیولوژیک فراهم آورند. کلمات و عبارات افرادی که پدیده زایمان فیزیولوژیک را لمس کرده‌اند، می‌توانند درک عمیقی از آن چه که این افراد آن را به عنوان برنامه زایمان فیزیولوژیک تجربه کرده‌اند، ایجاد کنند. دستیابی به این مهم در ارتقای برنامه زایمان فیزیولوژیک کشوری تأثیر به سزایی را خواهد داشت (۱۲). لذا پژوهش حاضر با هدف تبیین چالش‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوای کیفی از نوع مرسوم در فاصله تیر ماه ۱۳۹۵ تا اردیبهشت ۱۳۹۶ انجام گرفته است. تحلیل محتوای کیفی مرسوم مبتنی بر استقرا بوده و زمانی ضرورت می‌یابد که نظریه‌های موجود یا متون تحقیق درباره پدیده مورد مطالعه کافی نیست و محقق می‌خواهد دانش زمینه‌ای لازم را در این خصوص فراهم کند. در این حالت پژوهشگران از به کار گرفتن مقوله‌های پیش پنداشته می‌پرهیزند و در عوض ترتیبی می‌دهند که مقوله‌ها از داده‌های واقعی ناشی شود (۱۳). طرح اولیه این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد IR.MUMS.REC.1394.500 تصویب شده

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

است. محیط این پژوهش دو بیمارستان بزرگ دوستدار مادر در جنوب غربی و شرق ایران بود: بیمارستان‌های دوستدار مادر سینای شهر اهواز و حضرت ام‌البنین (س) شهر مشهد. هر دو مرکز یاد شده جزو مراکز پایلوت زایمان فیزیولوژیک کشوری بودند. در این بیمارستان‌ها مادران باردار در صورت تمایل پس از گذراندن کلاس‌های آمادگی برای زایمان با استفاده از ترکیبی از روش‌های غیردارویی تسکین‌دهنده درد و با اجازه حضور همراه آموزش دیده در زمان لیبر، به شیوه فیزیولوژیک زایمان می‌کنند.

در پژوهش حاضر مشارکت‌کنندگان از بین ماماهای مسؤول بخش زایمان فیزیولوژیک، ماماهای عامل زایمان، مامای مدرس کلاس‌های آمادگی برای زایمان، ماماهای خصوصی، اعضای هیأت علمی گروه مامایی و متخصصان زنان و زایمان در صورت رضایت داشتن به شرکت در مطالعه، درگیر بودن در برنامه زایمان فیزیولوژیک و داشتن توانایی توصیف تجربه موردنظر انتخاب شدند. تلاش شد با کمک روش نمونه‌گیری هدفمند با رعایت حداکثر تفاوت نمونه، اطلاعات بهینه به دست آید. به این منظور از افراد یاد شده بالا، با توجه به ویژگی‌هایی نظیر سن، تحصیلات و سابقه کاری برای حضور در مطالعه دعوت به عمل آمد. تعیین حجم نمونه براساس اشباع داده‌ها بود که در این پژوهش اشباع زمانی اتفاق افتاد که در ادامه جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده قبلی تکرار شده و اطلاعات جدیدی حاصل نشد. این شرایط پس از ۱۷ مصاحبه اتفاق افتاد.

جهت گردآوری داده‌ها از روش مصاحبه عمیق و ضبط آن، مشاهده و یادداشت‌های در عرصه استفاده شد. مصاحبه به صورت نیمه ساختار یافته بوده و با یک سؤال کلی و باز شروع شده و سپس با سؤالات اکتشافی و عمق‌دهنده ادامه می‌یافت. هر مصاحبه به مدت ٤٥ تا ٦٠ دقیقه بود. مصاحبه با مشارکت‌کنندگان در محیطی که به انتخاب خودشان بود انجام می‌گرفت.

کلیه مطالب با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط، سپس به طور کامل روی کاغذ نوشته می‌شد. تحلیل همزمان مصاحبه‌ها دسترسی به افراد کلیدی برای مصاحبه بعدی را میسر می‌نمود که از این طریق اطلاعات غنی‌تری حاصل می‌شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های مرحله دوم مطالعه از تحلیل محتوای کیفی Elo و Kyngas استفاده شد. این فرایند شامل سه مرحله مهم می‌باشد که عبارتند از: آماده‌سازی، سازمان‌دهی و گزارش‌دهی. مرحله اول تحلیل محتوای کیفی، آماده‌سازی است که خود شامل سه زیر مرحله است: اول انتخاب واحد تحلیل، دوم آماده‌سازی و سوم تلاش جهت درک داده‌ها و غرق شدن در آن می‌باشد. به این منظور باید بارها متن مصاحبه خوانده شود. مرحله دوم تحلیل محتوای کیفی، سازمان‌دهی است که به شیوه استقرا، داده‌ها منجر به ظهور کدهای باز، زیرطبقات و طبقات اصلی می‌شود. مرحله سوم تحلیل محتوا، گزارش‌دهی است (١٤).

جهت تأمین اعتبار داده‌ها تلاش شد زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها صرف شود. همچنین داده‌ها از منابع مختلفی مانند ماماهای

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

شاغل در بخش زایمان فیزیولوژیک، ماماهای مدرس کلاس‌های آمادگی برای زایمان، ماماهای خصوصی، اعضای هیأت علمی گروه مامایی و متخصصان زنان و زایمان جمع‌آوری شد. متون کدگذاری شده در اختیار شرکت‌کنندگان در مطالعه و افرادی که در زمینه پژوهش کیفی و نیز موضوع مورد مطالعه تبحر داشتند، قرار گرفت. همچنین تلاش شد با توصیف کامل جزئیات و کاربرد عبارات شرکت‌کنندگان و تحلیل دقیق، صدای مشارکت‌کنندگان به گونه‌ای منعکس شود که صحت پژوهش حاصل گردد.

یافته‌ها

در این راستا ۱۷ مشارکت‌کننده به شرح زیر از هر دو مرکز دوستدار مادر سینای اهواز و ام‌البنین (س) مشهد در مطالعه شرکت نمودند: ۳ مامای مدرس کلاس آمادگی برای زایمان، ٦ نفر مامای عوامل زایمانی، ۲ مامای مسؤول بخش زایمان فیزیولوژیک، ۲ مامای خصوصی، ۳ عضو هیأت علمی دانشگاه در رشته مامایی و ۲ پزشک متخصص زنان. خصوصیات مشارکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

از تحلیل داده‌ها ٥ طبقه اصلی شامل: کم انگیزگی ماماها در تلاش همه جانبه جهت محقق ساختن زایمان فیزیولوژیک، موانع برگرفته از نیروی انسانی، چالش‌های مربوط به مداخلات پزشکی در زایمان فیزیولوژیک، چالش‌های نشأت گرفته از محیط و امکانات و موانع آموزشی سد راه تحقق کامل زایمان فیزیولوژیک، به دست آمد (جدول شماره ۲).

طبقه اول: کم انگیزگی ماماها در تلاش همه جانبه جهت محقق ساختن زایمان فیزیولوژیک

تحلیل داده‌ها حکایت از کم انگیزگی ماماها در راستای تلاش همه جانبه برای محقق‌سازی زایمان فیزیولوژیک دارد که خود عامل مهمی در عدم تحقق یافتن زایمان طبیعی است. این کم انگیزگی ناشی از دو زیرطبقه مشکلات نظام پرداخت و عدم دریافت حمایت کافی از عاملان زایمانی در مواقع بروز مشکل بوده است.

۱- مشکلات نظام پرداخت عامل کم انگیزگی ماماها

مسایل اقتصادی و مشکلات نظام پرداخت عامل بسیار مهمی در کم انگیزگی ماماها در تلاش همه جانبه جهت تحقق زایمان فیزیولوژیک است. این مسأله در تجارب تمامی ارایه‌دهندگان خدمت، مسأله‌ای مشترک بوده و به وفور به چشم می‌خورد. آن‌ها زایمان فیزیولوژیک را خدمتی می‌دانستند که برای ارایه آن هیچ گونه هزینه قابل پرداختی به سود ماماها تعریف نشده و بیمه‌ها هم هیچ گونه تعهدی در قبال آن ندارند. مشارکت‌کنندگان با اشاره به این موضوع می‌گفتند:

- «اصلاً مریض تا میاد مطب سؤال می‌کنه که اگه من از این روش‌ها استفاده کنم آیا هزینه دیگه‌ای هم داره یا نه؟ حتی در اذهان مردم اینه که وقتی که داره از این روش‌ها استفاده می‌کنه برا این که کاهش درد پیدا کنه باید هزینه‌ای داده بشه. دولت هم باید همین کارو کنه برا ماما باید هزینه جداگونه منظور کنه تا ترغیب بشن که زایمان فیزیولوژیک رو بهتر انجام بدن» (مامای خصوصی، ٥۲ ساله، لیسانس، ۳۰ سال سابقه کار، اهواز)

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

- «حالا اون مامایی که زمان داره، عشق داره، تعهد بیش‌تر داره، پای‌بندیش بیش‌تره، می‌خواد ادامه بده و واقعاً فیزیولوژیک کار کنه؛ بعد از قریب به ۱۲ ساعت که وقت می‌گذاره برای یک زایمان چقدر عایدش می‌شه؟ تعریف تعرفه زایمان فیزیولوژیک واقعی نیست و برای این تعریف جوانب دیگه دیده نشده ... بیمه این تعرفه رو پوشش نمی‌ده ... متخصص این تعرفه رو باش بیگانه است ... میگه مشکل خودته ... خودت هماهنگ کن. اون سهم خودش رو از زایمان می‌گیره و ماما بایستی خودش با مادر هماهنگ کنه برای گرفتن هزینه بیش‌تر برای خدمات فیزیولوژیک!» (مامای خصوصی، ٤٨ ساله، فوق لیسانس، ١٨ سال سابقه کار، اهواز)

- «بیمه، پوششی برای حق زایمان فیزیولوژیک نداره ... اصلاً از مسأله زایمان فیزیولوژیک هیچ حمایتی نمی‌کنه» (ماما ٥١ ساله، مسؤول بخش، لیسانس، ٢٩ سال سابقه کار، مشهد)

بسیاری از ماماها معتقد بودند که تعرفه پایین‌تر زایمان طبیعی نسبت به سزارین از عواملی است که باعث می‌شود از طرفی تلاش ماماها جهت تحقق زایمان طبیعی کاهش یابد و از سویی تمایل متخصصان به انجام سزارین حتی در مواردی که می‌توان فرصت به زایمان طبیعی داد، بیش‌تر گردد. وجود کارانه‌های مامایی ناچیز و عدم پرداخت به موقع آن به ماماها نیز سبب انگیزه کمرنگ آن‌ها برای تحقق زایمان فیزیولوژیک می‌شود. بعضی از ماماها ادعا می‌کردند که تعرفه زایمان واژینال ارزش زمان صرف شده برای زایمان و استرس آن را ندارد ماماها در این باره چنین اظهار داشتند:

- «من اگر بدونم لااقل کارانه زایمانم رو سر وقت میدن صد در صد انگیزم برای زایمان فیزیولوژیک گرفتن بیش‌تر می‌شه الان متأسفانه بعد از طرح تحول نظام سلامت اولین کارانه مامایی ما مربوط به حدود شش ماه قبل بوده و مبلغش هم فقط دویست تومن بوده! این هم خیلی به نظرم تأثیر داره!» (ماما ٢٩ ساله، لیسانس، ٦ سال سابقه کار، اهواز)

٢- ضعف انگیزه ناشی از عدم دریافت حمایت کافی در مواقع بروز مشکل

اکثر ماماها بیان کردند که در صورتی که بخواهند تمام مراحل زایمان را به صورت کاملاً فیزیولوژیک اجرا نمایند در صورت بروز مشکلات و عوارض زایمانی حمایت کافی را سوی پزشکان، مسؤولان بیمارستان و سازمان نظام پزشکی دریافت نخواهند کرد و همین امر منجر به سستی انگیزه آن‌ها جهت جدیت در اجرای زایمان فیزیولوژیک شده بود. دو نفر از مشارکت‌کنندگان در راستای تأیید این مطلب چنین بیان کردند:

- «وقتی شما برای من ماما هیچ انگیزه‌ای هنوز ایجاد نکردید به من می‌گید زایمان فیزیولوژیک انجام بده ولی اگر مشکلی پیش بیاد نه پزشکش از من حمایت می‌کنه و نه بیمارستان ازم حمایتی می‌کنه! خب طبیعتاً منم انگیزم کم می‌شه» (ماما ٣٢ ساله، لیسانس، ٨ سال سابقه کار، مشهد)

- «متخصصانی که مسؤولیت زایمان را برعهده دارند یا متخصصی که باید در کنار مامای زایمان فیزیولوژیک همکار باشه و یعنی تحت نظر اون متخصص، زایمان باید نهایتاً انجام بشه حمایت نمی‌کنه! من مریض

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

خصوصی بردم برای زایمان فیزیولوژیک. ارست داد. زایمان نکرد. خب پیش میاد. انکال جلوی همه به من که سی سال سابقه مامایی دارم گفت تو اصلاً بلد نیستی زایمان بگیری! پشت سرم هم گفته بود اینا گند میزنن ما باید جمعش کنیم!» (ماما خصوصی، ۵۲ ساله، لیسانس، ۳۰ سال سابقه کار، اهواز)

طبقه دوم: موانع برگرفته از نیروی انسانی

تحلیل داده‌های مطالعه حکایت از نیروی انسانی ناکافی یا نامتناسب در زایشگاه‌های دوستدار مادر دارد که همین امر به تحقق کامل برنامه زایمان فیزیولوژیک لطمه وارد می‌کند.

۱- تعداد ناکافی نیروی انسانی

یافته‌ها بیانگر تعداد ناکافی مربیان کلاس‌های دوران بارداری در بیمارستان است. تمامی مربیان دوران بارداری و برخی از مادران اذعان داشتند که اگر امکان حضور مربیان بر بالین مددجویان در زمان زایمان فراهم بود، نتایج کار بسیار بهتر می‌شد:

- «الان از این همه مامایی که هستیم، ما حدود چهل پنجاه تا ماماییم، ولی سرجمع که بکنیم با مثلاً مسؤول بخشمون که اونم این دوره‌ها رو گذرونده و یکی از سوپروایزرها که اونم ماما بوده و اونم گذرونده، شاید کلاً ۸-۷ تا بشیم که این دوره‌ها رو گذروندیم، از توی ۵۰-۴۰ تا ماما!» (ماما ۳۵ ساله، مربی دوران بارداری، لیسانس، ۸ سال سابقه کار، مشهد)

«مثلاً من خودم الان دارم می‌گم من مربی‌ام. دارم باشون کار می‌کنم ... ماساژ کار می‌کنم ... طب فشاری باشون کار می‌کنم. ورزش‌ها رو کار می‌کنم. تکنیک تنفسی ... ولی این‌ها تا موقع زایمان همه توی ذهنشون نمی‌مونه. خیلی بهتر هستش که من موقع زایمان هم، حالا من یا هر مربی دیگری، باهاشون باشیم تا همه این‌ها باز موقع زایمان براشون review بشه، مرور بشه ... ولی خب نیستیم ... تعدادمون اجازه نمیده» (ماما ۳۳ ساله، مربی دوران بارداری، لیسانس، ۹ سال سابقه کار، اهواز)

«یه موضوع مهم اینه که مربی‌هامون اون قدر نیستن. مثلاً ما سه چهار تا مربی‌ایم. خب؟! بعد خب احتمال داره اون روزی که مثلاً این مریض میاد که اومده توی کلاس این همه آموزش دیده حالا بعد از یک یا دو ماه، یک ماه اکثراً اومده برا زایمانش، اصلاً احتمال داره توی اون روز از ما سه چهار تایی که مربی هستیم هیچ کسی توی شیفت نباشه یا اگر من خودم هستم، سر مریض دیگه‌ای هستم. فکر می‌کنم تعداد کم مربی‌های کلاس‌ها مؤثره. اگه بیشتر باشیم خیلی بهتره ...» (ماما ٤٨ ساله، مربی دوران بارداری، لیسانس، ۲۲ سال سابقه کار، اهواز)

۲- عدم تعادل بین آمار زایمان و تعداد ماماها

تمامی ماماها آمار بالای زایمان در مقابل تعداد کم ماماها و در نتیجه عدم تناسب نسبت ماما به زائو در نوبت کاری را عامل مهمی در کم شدن انگیزه ماماها جهت اجرای کامل تمامی مراحل زایمان به صورت فیزیولوژیک و بدون مداخله دانستند. چند تن از ماماها در بیان این مطلب چنین گفتند:

- «اون موقع آمار زایمان تقریباً خوب بود، زیاد بالا نبود، ما مثلاً اون وقتا آمار زایمانمون در سال ۲۸۰۰ تا ۳۰۰۰ تا زایمان

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

طبیعی بود، خیلی راحت می‌تونستیم این برنامه زایمان فیزیولوژیک رو به خوبی انجام بدیم» (ماما ۵۳ ساله، مسؤول بخش، لیسانس، ۳۰ سال سابقه کار، اهواز)

– «زایمان فیزیولوژیک یعنی one to one، یعنی یک ماما به یک مادر نه یک ماما به هشت تا بیمار! ما الان اینجا حداقلش یک ماما به چهار بیماریم. وقتی چهار تا زائو داری زیر دستت تو نمی‌تونی به همشون به یه اندازه برسی» (ماما ۲۹ ساله، لیسانس، ٦ سال سابقه کار، اهواز)

– «بواسطه شلوغی که این بیمارستان داره اگر بخوان این طرح برقرار باشه تعداد ماماها باید بیش‌تر باشه که بتونن به همه مریضا برسن و دست کم هر دو تا مریض یه ماما در کنارشون باشه ک بتونن اون اقداماتی که برای یک زایمان فیزیولوژیک لازمه به طور کامل اجرا کنن و مریض با رضایت کامل خارج بشه» (ماما ۳۰ ساله، فوق لیسانس، ۵ سال سابقه کار، اهواز)

طبقه سوم: چالش‌های مربوط به مداخلات پزشکی در زایمان فیزیولوژیک

عاملان زایمانی در جای جای تجارب خود به نقش بازدارنده مداخلات پزشکی در تحقق زایمان طبیعی اشاره داشتند. آن‌ها معتقد بودند مداخلات پزشکی عاملی است که پیکره زایمان فیزیولوژیک را مخدوش کرده و آن را از سیر طبیعی خود خارج می‌سازد و در نهایت می‌تواند سبب انجام سزارین اورژانسی شود.

۱- دخالت‌های پزشکی جهت تسریع زایمان

تحلیل داده‌ها نشان داد که گاهی مداخلاتی برای کاهش مدت زمان زایمان چه از سوی پزشک یا ماما صورت می‌گیرد که خاصیت فیزیولوژیک زایمان را مخدوش می‌کند. دو تن از مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند:

– «مریضی که خودش ٤ سانته. خودش درد منظم داره. من می‌تونم ببرمش توی آب گرم یا بذارمش روی توپ، ممکنه نهایتش چهار ساعت طول بکشه تا زایمان کنه. پزشک‌هامون حوصله ندارن این چهار ساعت رو تحمل کنن می‌گن بذار مریض به جای چهار ساعت مثلاً سه ساعته زایمان کنه ... بنابراین دخالت‌هایی انجام می‌دن که سیر زایمان رو کوتاه‌تر کنن» (ماما ۳۲ ساله، لیسانس، ۸ سال سابقه کار، مشهد)

– «به نظر من این که مثلاً بگیم ماما یا پزشک یه توجیه کادر زایشگاهیه! من تیم زایمان رو می‌گم، یعنی هر کسی که دخالتی داره توی زایمان مادر. متأسفانه نه تنها پزشک‌ها، یعنی حتی گاهی کارکنانی که حوصله مدت زمان زایمان رو ندارن. مثلاً ما می‌گیم تا دو ساعت، تا سه ساعت با این شرایط اجازه می‌دیم به زائو تا پیشرفت کنه. خود ماما تحمل نمیاره، مداخله می‌کنه طوری که بقیه‌اش دیگه از کنترل ما خارج می‌شه. دیگه از فیزیولوژیک بودنش خارج می‌شه. این جاست که زایمان به اصطلاح فیزیولوژیکمون دچار عوارض می‌شه» (هیأت علمی گروه مامایی، ٤۵ ساله، فوق لیسانس، ۱۰ سال سابقه کار، اهواز)

۲- دخالت‌های پزشکی ناشی از سیاست‌های بیمارستانی و بهداشتی

برخی از مداخلاتی که در زایمان فیزیولوژیک اجرا می‌شود به دلیل سیاست‌های داخل بیمارستانی از جمله خالی کردن سریع

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

تخت‌های اشغال شده برای بستری کردن بیماران جدید و مشخص شدن تکلیف بیمار در پایان نوبت کاری یک آنکال است. سه نفر از مشارکت‌کنندگان گفتند:

– «در واقع می‌تونم بگم یکی از دلایل این که پزشک‌ها می‌گفتن توی سیر زایمان دخالت کنیم، همین نبودن تخت خالیه. می‌خوان سریع‌تر مریضا زایمان کنن و تخت خالی شه برای بعدی» (ماما ۳۰ ساله، فوق لیسانس، ۵ سال سابقه کار، اهواز)

– «من اوایل کارم توی این بیمارستان این طور نبودم ... ولی الان ترجیح می‌دم بخشم رو خالی تحویل بدم به همکارم ... یا با مریضای اکتیو فاز بدم .... تکلیف فاز نهفته‌ها رو مشخص کنم ... در غیر این صورت حس می‌کنم همکارم فکر می‌کنه که خواستم به اصطلاح بهش مریض بندازم! ... همون‌طور که خودمم دوست ندارم یه مریضی فرضا دو سه نوبت کاری قبل بستری بشه و بین آنکال‌ها بچرخه و آخرش توی نوبت کاری من بخواد تکلیفش معلوم شه» (پزشک متخصص زنان و زایمان ۴۲ ساله، ۲ سال سابقه کار، اهواز)

از تحلیل داده‌ها مشخص شد که برنامه طرح تحول نظام سلامت نیز در افزایش مداخلات پزشکی در زایمان طبیعی بی‌تأثیر نبوده است. یکی از ماماها و یکی از پزشکان در این مورد چنین بیان نمودند:

– «مشکلی که ایجاد شده اینه که توی طرح تحول نظام سلامت که ما فوکوس کردیم روی مسأله افزایش زایمان طبیعی، باعث شده پزشک‌هامون بخوان مریض‌ها زودتر زایمان طبیعی کنن. به خاطر این که اگر آمار سزارین یک پزشک بالا باشه به خصوص آمار سزارین شکم اول‌هاش، باهاش قرارداد نمی‌بنده بیمارستان و حتی اجازه مطب هم بهش نمی‌دن. چون می‌گن شما پزشکی هستی که نمی‌تونی یه زایمان طبیعی رو به خوبی کاور کنی. خیلی مهمه که آمار سزارین شکم اول برای پزشک‌ها بالا نباشه ... به همین علت پزشک‌ها ترجیح میدن روی مریض کار کنن و مداخله کنن تا زودتر و به هر قیمتی که شده زایمان طبیعی کنه» (ماما ۵۳ ساله، مسؤول بخش، لیسانس، ۳۰ سال سابقه کار، اهواز)

– «اگر آمار سزارین هر پزشکی بالا باشه اون رو ما به عنوان معاون بیمارستان، بررسی می‌کنیم. اندیکاسیون‌ها و پرونده‌ها بررسی می‌شن. اگر بدون اندیکاسیون علمی بود، دفعه اول بهش تذکر می‌دیم و اگر باز هم تکرار شد در مراحل بعدی تنبیهات دیگه‌ای هم انجام می‌شه» (پزشک متخصص زنان و زایمان ۵۰ ساله، ۲۰ سال سابقه کار، مشهد)

طبقه چهارم: چالش‌های نشأت گرفته از محیط و امکانات

طبق تجارب مشارکت‌کنندگان، مشکلات مربوط به محیطی که زایمان فیزیولوژیک در آن به وقوع می‌پیوندد و امکاناتی که در این راستا کمک‌کننده هستند، از چالش‌هایی هستند که تحقق پدیده زایمان فیزیولوژیک را متأثر می‌سازند.

۱- محیط و تجهیزات ناکافی

برخی از مشارکت‌کنندگان کمبود تجهیزات و محیط فیزیکی کوچک را عاملی برای عدم تحقق کامل زایمان فیزیولوژیک می‌دانستند. همین طور مشارکت‌کنندگان گفتند:

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

- «دیگه کمبود امکانات هم خیلی هست. الان کپسول انتونوکس خیلی نداریم. یکی دوتا مثلاً بیش‌تر تو بخش نیست. باید از این مریض بگیریم و بدیم به اون مریض! از اون بگیریم و بدیم به بعدی» (ماما ٤٠ ساله، لیسانس، ٩ سال سابقه کار، مشهد)

- «فضامون تنگه ... ناجوره ... مثلاً ویلچر از در اتاق زایمان رد نمی‌شه ... تنگه ... باید از اون جا به بعد مریض بلند شه با پای خودش یه مسافتی رو بره» (ماما ٢٩ ساله، لیسانس، ٦ سال سابقه کار، اهواز)

٢- عدم استفاده کافی از امکانات موجود

تحلیل داده‌ها نشان داد که در برخی موارد عدم استفاده کافی از امکانات موجود نیز یکی از چالش‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک است:

- «دو تا وان آب هم داریم توی بخش‌مون که میگن قبلنا یه خانم دکتری اومد باشون کار تحقیقاتی در مورد زایمان در آب انجام داد و قدیمی‌ترها هم میگن قبلاً استفاده می‌شدن ... ولی من که ندیدم استفاده‌ای بشه ... به جز این که فضای اتاق رو تنگ کرده» (ماما ٣٥ ساله، لیسانس، ٦ سال سابقه کار، مشهد)

طبقه پنجم: موانع آموزشی سد راه تحقق کامل زایمان فیزیولوژیک

تحلیل داده‌های پژوهش نشان داد موانع آموزشی زیادی بر سر راه تحقق کامل زایمان فیزیولوژیک وجود دارد. این موانع عمدتاً ناشی از دسترسی ناکافی ارایه‌دهندگان خدمت به دوره‌های بازآموزی زایمان فیزیولوژیک و آموزش ناکافی روش‌های زایمان فیزیولوژیک به آن‌ها است.

١- دسترسی ناکافی به دوره‌های بازآموزی زایمان فیزیولوژیک

کم‌تر شدن تعداد کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک جهت بازآموزی ماماها و هزینه بردار بودن این کلاس‌ها یکی از مشکلات آموزشی است. ماماها برای شرکت در کلاس‌های آموزش زایمان فیزیولوژیک مجبورند از نوبت کاری غیبت کنند و مسؤولیت این غیبت و تعیین جانشین نیز بر عهده خود آنان است. یکی از ماماها در این خصوص گفت:

- «متأسفانه الان از وقتی که کلاس برای ماماها هزینه‌ای شده خیلی‌ها دیگه کلاس نمی‌رن و آموزش نمی‌بینن. بیمارستان در دو سال گذشته ندیدم دیگه کسی رو بفرسته برای آموزش ... الانم دوره رایگان می‌گذاره معاونت درمان اما خیلی کم‌تر شده. سالی حدود شاید دو دوره. اگر دوره‌ای باشه بیمارستان پولش رو می‌ده که ماما بره آموزش ببینه اما خب باید یک هفته سر کار نیاد و تازه خودش هم برای خودش دنبال جانشین باشه توی اون یک هفته ... این خودش مشکلاتی رو ایجاد می‌کنه. الان اکثراً باید پول بدن تا دوره زایمان فیزیولوژیک رو بگذرونن ماماها» (ماما ٥٠ ساله، لیسانس، ٢٥ سال سابقه کار، اهواز)

٢- عدم آموزش کافی روش‌های زایمان فیزیولوژیک به ارایه‌دهندگان خدمت

از دیگر مشکلات آموزشی عدم آموزش کافی نظری و عملی به دانشجویان مامایی در مورد زایمان فیزیولوژیک و لذا کم تجربگی آنان بعد از فراغت از تحصیل در اداره فیزیولوژیک زایمان است. دو تن از اعضای هیأت علمی

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

گروه مامایی و یک تن از پزشکان در این باره گفتند:

- «توی کوریکولوم دانشگاه چند ساله که زایمان فیزیولوژیک، تئوریش آموزش داده می‌شه. من می‌دونم. چون هم روش‌های بی‌دردی آموزش داده می‌شه، هم زایمان در آب. ولی در حد یک واحد یا کم‌تر. اما توی کوریکولوم بالینی چی؟» (هیأت علمی گروه مامایی، ۵۱ ساله، فوق لیسانس، ۲۷ سال سابقه کار، مشهد)

- «من به عنوان مربی دانشگاه دوره زایمان فیزیولوژیک رو رفتم. دوبار هم رفتم! می‌خواستم تأثیراتی رو که توی دوره می‌گفتن داره چک کنم روی مریض‌ها. مثلاً می‌گفتن این کارو کنید توی نزول کمک می‌کنه؛ یا اون کار توی کاهش درد کمک می‌کنه یا فلان پوزیشن رو ... برای دانشجوا می‌گفتم توی بالین؛ انجام می‌دادیم به خصوص توی op هایی که داشتیم پوزیشن می‌دادیم ... خیلی تأثیر داشت. خب این‌جوری چون خودم دوست داشتم پراکنده می‌گفتم برای دانشجو. ولی این که دانشجو آموزش منظم و کلاسیکی داشته باشه نبود. حالا شایدم آموزش دیده بود ولی چیزایی که من می‌گفتم انگار براشون تازگی داشت. واحد بارداری ٤ رو گذرونده بود ولی انگار ازش برداشتی نداشت. این واحد اول birth home بود ولی الان شده زایمان فیزیولوژیک.» (هیأت علمی گروه مامایی، ٤٥ ساله، فوق لیسانس، ۱۰ سال سابقه کار، اهواز)

- «بعضی ماماها به خصوص ماماهای جدیدشون متأسفانه یاد نگرفتن که به مریض در مواقع لزوم چه پوزیشنی بدن. مثلاً به مریض اکسیپوت خلفی چه پوزیشنی بدن که پیشرفت کنه. به مریض ترانسورس همین‌جور. زنگ می‌زنن که خانم دکتر دو ساعته دیلاتاسیون پیشرفت نکرده» (پزشک متخصص زنان و زایمان ۵۰ ساله، ۲۰ سال سابقه کار، مشهد)

عدم آموزش زایمان فیزیولوژیک به پزشکان هم به عنوان یک مانع آموزشی دیگر در راستای تحقق بخشی به زایمان فیزولوژیک بوده و در گفته‌های اکثر ارایه‌دهندگان خدمت به چشم می‌خورد:

- «نکته بعدی اینه که نقش پزشک در اجرای برنامه زایمان فیزیولوژیک طبق پروتکل تقریباً هیچ بود، صفر بود. اصلاً برای پزشک‌ها هیچ کلاسی نذاشتن. قرار بود همه پزشک‌ها هم برن دوره زایمان فیزیولوژیک رو آموزش ببینن اما متأسفانه دوره‌هایی که می‌رن اصلاً مؤثر نیست چون یه دوره یک روزه است ... فقط در حد تئوریه. بعضی پزشک‌هامون اون موقع دوره می‌رفتن، ولی متأسفانه فقط تئوری بود و براشون خیلی مؤثر نبود. این یکی از نقایص برنامه است. چون خواه ناخواه اجازه زایمان با پزشکه» (ماما ۵۰ ساله، لیسانس، ۲۵ سال سابقه کار، اهواز)

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

جدول ۱- ویژگی‌های گروه‌های مختلف ارایه‌دهندگان خدمت مشارکت‌کننده در پژوهش

ردیف	سن	نوع خدمت	تحصیلات	سابقه کار	شهر
۱	۳۲	مامای عامل زایمان	لیسانس	۸	مشهد
۲	۳۵	مامای عامل زایمان	لیسانس	٦	مشهد
۳	٤۰	مامای عامل زایمان	لیسانس	۹	مشهد
٤	۲۹	مامای عامل زایمان	لیسانس	٦	اهواز
٥	۳۰	مامای عامل زایمان	فوق لیسانس	٥	اهواز
٦	٥۰	مامای عامل زایمان	لیسانس	۲٥	اهواز
۷	٥۱	مامای مسؤول بخش	لیسانس	۲۹	مشهد
۸	٥۳	مامای مسؤول بخش	لیسانس	۳۰	اهواز
۹	٤۸	مامای خصوصی	فوق لیسانس	۱۸	اهواز
۱۰	٥۲	مامای خصوصی	لیسانس	۳۰	اهواز
۱۱	۳٥	مامای مدرس کلاس	لیسانس	۸	مشهد
۱۲	۳۳	مامای مدرس کلاس	لیسانس	۹	اهواز
۱۳	٤۸	مامای مدرس کلاس	لیسانس	۲۲	اهواز
١٤	٥۱	هیأت علمی مامایی	فوق لیسانس	۲۷	مشهد
۱٥	٤٥	هیأت علمی مامایی	فوق لیسانس	۱۰	اهواز
١٦	٥۰	پزشک زنان و زایمان	دکتری تخصصی	۲۰	مشهد
۱۷	٤۲	پزشک زنان و زایمان	دکتری تخصصی	۲	اهواز

جدول ۲- طبقات اصلی و زیرطبقات حاصل از تحلیل داده‌ها

طبقه	زیرطبقه
کم انگیزگی ماماها در تلاش همه جانبه جهت محقق ساختن زایمان فیزیولوژیک	مشکلات نظام پرداخت عامل کم انگیزگی ماماها
	ضعف انگیزه ناشی از عدم دریافت حمایت کافی در مواقع بروز مشکل
موانع برگرفته از نیروی انسانی	تعداد ناکافی نیروی انسانی
	عدم تعادل بین آمار زایمان و تعداد ماماها
چالش‌های مربوط به مداخلات پزشکی در زایمان فیزیولوژیک	دخالت‌های پزشکی جهت تسریع زایمان
	دخالت‌های پزشکی برگرفته از سیاست‌های بیمارستانی و بهداشتی
چالش‌های نشأت گرفته از محیط و امکانات	محیط و تجهیزات ناکافی
	عدم استفاده کافی از امکانات موجود
موانع آموزشی سد راه تحقق کامل زایمان فیزیولوژیک	دسترسی ناکافی به دوره‌های بازآموزی زایمان فیزیولوژیک
	عدم آموزش کافی روش‌های زایمان فیزیولوژیک به ارایه‌دهندگان خدمت

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد برنامه زایمان فیزیولوژیک با چالش‌های گوناگونی روبه‌رو است. براساس تجارب ارایه‌دهندگان خدمت، کم انگیزگی عاملان زایمانی در تلاش همه جانبه جهت تحقق زایمان فیزیولوژیک که ناشی از مشکلات نظام پرداخت و عدم دریافت حمایت کافی در مواقع بروز مشکل است، مسأله‌ای درخور توجه بوده و در تجارب تمامی ماماهای شرکت‌کننده در این پژوهش به عنوان نقطه مشترکی جلوه می‌کرد که نشان از درجه اهمیت این موضوع دارد. طبق شواهد

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

ماماهایی که مسؤول کنترل و انجام زایمان فیزیولوژیک هستند، نقش مهمی در تحقق و ارتقای زایمان فیزیولوژیک ایفا می‌کنند. بسیاری از پزشکان معتقدند که وجود ماماهای با انگیزه در این سیستم بسیار مهم است (۱۵). Bermudez-Tamayo و همکاران در پژوهش خود با عنوان تعیین موانع و عوامل مؤثر در اجرای برنامه کاهش سزارین نشان دادند که یکی از موانع مهم عدم تحقق زایمان طبیعی در حیطه ارایه‌دهندگان خدمت، کم انگیزگی دست‌اندرکاران زایمانی به دلیل شرایط کاری و مسایل قانونی مرتبط با حرفه بوده است. آن‌ها بر پاداش ناکافی برای انجام کار و مشکلات حمایتی به عنوان موانع اجرای برنامه کاهش سزارین تأکید کردند (۱۶) که این یافته‌ها با مطالعه حاضر همسویی دارد. فرج‌زادگان و همکاران نیز در طرح ارزشیابی برنامه تسهیل زایمان فیزیولوژیک در بیمارستان‌های منتخب اصفهان خاطر نشان کردند که عدم پرداخت دستمزد کافی به ماماها از دلایلی بوده که سبب می‌شده برنامه زایمان فیزیولوژیک در زمینه آمادگی بیمارستان‌ها برای اجرای طرح، نمره کافی را دریافت ننماید (۱۱). یافته‌های مطالعه کیفی لطفی و همکاران نیز بیانگر آن است که غیرواقعی بودن تعرفه‌های زایمان طبیعی و سزارین و از طرفی نظام پرداخت کارانه‌ای عاملی برای افزایش سزارین می‌باشد (۱۷). به نظر می‌رسد که اصلاح سیستم پرداخت می‌تواند به طور مؤثر سبب کاهش میزان سزارین شود. علاوه بر این، تعریف تعرفه برای خدمات زایمان فیزیولوژیک و تغییر تعرفه‌ای که به زایمان طبیعی و سزارین تعلق می‌گیرد، از جمله موارد اصلی است که نیازمند بازنگری بیش‌تر در این زمینه است.

از گفته‌ها و تجارب مشارکت‌کنندگان چنین استنباط شد که نیروی انسانی ناکافی و مسایل مربوط به محیط و امکانات هم به نوبه خود در عدم تحقق زایمان طبیعی فیزیولوژیک نقش دارند. در یک مطالعه کیفی در ایران بر استانداردسازی محیط فیزیکی و تعداد نیروی انسانی به عنوان عامل مهمی در کاهش زایمان سزارین تأکید شده است (۱۷). استانداردسازی منابع انسانی شامل مربیان دوران بارداری و ماماهای بخش لیبر و زایشگاه و بهبود وضعیت فیزیکی محیط و امکانات نه تنها باعث می‌شود که روند زایمان فیزیولوژیک برای مادران دلپذیر باشد، بلکه بر تصمیم آن‌ها برای تعیین روش زایمان در بارداری‌های آینده نیز تأثیر می‌گذارد (۱۵).

مداخلات پزشکی در زایمان طبیعی (دخالت‌های پزشکی جهت تسریع زایمان و دخالت‌های پزشکی ناشی از سیاست‌های بیمارستانی و بهداشتی) از دیگر عواملی بود که از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت، سبب عدم تحقق زایمان طبیعی می‌شد. مطالعات زیادی نشان می‌دهند که مداخلات غیرضروری در زایمان بسیار زیاد است و سبب افزایش بی‌رویه سزارین می‌شود (۱۸و۱۹). در مطالعه حاضر بخشی از مداخلات پزشکی با هدف تسریع زایمان، ناشی از سیاست‌های جاری نظیر خالی کردن سریع‌تر تخت برای بستری بیمار بعدی بود. این مسأله در مطالعه کیفی لطفی و همکاران نیز تصریح شده است (۱۷). اجرای طرح تحول نظام سلامت نیز در ازدیاد مداخلات

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

پزشکی سهم ویژه‌ای دارد. یکی از ۸ بسته طرح تحول نظام سلامت که به عنوان اولین برنامه از نیمه اردیبهشت سال ۱۳۹۳ آغاز و به تمامی دانشگاه‌های کشور ابلاغ گردید، سیاست ترویج زایمان طبیعی است. باید گفت یکی از مهم‌ترین اهداف طرح تحول نظام سلامت، برنامه ترویج زایمان طبیعی از طریق رایگان شدن زایمان طبیعی و برگزاری کلاس‌های آموزشی رایگان در زمینه زایمان فیزیولوژیک و همچنین بهبود خدمات طی فرآیند زایمان است که با هدف ارتقای سلامت مادر و نوزاد در بیمارستان‌های کشور به اجرا درآمد. بر این اساس، همه بیمارستان‌های کشور به کاهش سزارین به میزان ۲/۵٪ در هر سه ماه موظف شدند. به طوری که در پایان سال اول اجرای طرح تحول نظام سلامت، میزان سزارین، به ۱۰٪ در پایان سال کاهش یابد (۲۰). به همین دلیل در مطالعه حاضر پزشکان موظف به کاهش نرخ سزارین در نوبت کاری آنکالی خود بودند. برای نیل به اهداف طرح تحول نظام سلامت، برخی سیاست‌های تنبیهی در خصوص پزشکان در بیمارستان‌ها اتخاذ شده بود. برخی از مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند که اگر آمار سزارین یک پزشک در بیمارستان به طور مکرر بالاتر از آن چه مدنظر بیمارستان است، باشد تنبیهاتی در طیف بازخواست شدن توسط مقام ارشد تا اخراج از کار برای وی در نظر گرفته می‌شود. لذا برخی پزشکان برای در امان بودن از چنین تنبیهاتی تلاش می‌کردند مداخلاتی را به کار ببندند تا در کشیک‌های خود آمار زایمان طبیعی را افزایش دهند. تحلیل تجارب مشارکت‌کنندگان نشان داد که اجرای طرح تحول نظام سلامت در برخی موارد سبب ایجاد رویکردی نادرست در بین پزشکان شده که اگر چه هدف نهایی آن‌ها افزایش نرخ زایمان طبیعی بوده ولی برای رسیدن به این خواسته به کارگیری انواع مداخلات پزشکی نقش عمده‌ای ایفا می‌کرد و همچنین در برخی موارد پزشکان سعی می‌کردند زایمان طبیعی را «به هر قیمتی» انجام دهند.

در مطالعه حاضر موانع آموزشی که بر سر راه ماماها، پزشکان و دانشجویان قرار داشت، از دیگر عواملی بود که از دیدگاه ارایه‌دهندگان خدمت سبب عدم تحقق زایمان فیزیولوژیک می‌شد. مشارکت‌کنندگان اشاره به این مسأله داشتند که بسیاری از دانش‌آموختگان مامایی و متخصصان زنان و زایمان مهارت کافی در زمینه شیوه اداره زایمان فیزیولوژیک ندارند. معصومی و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که اگر چه برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان برای زنان باردار سبب کاهش ترس از زایمان و تمایل به انجام زایمان فیزیولوژیک در مادران شده، اما در نهایت میزان زایمان فیزیولوژیک در گروه آموزش دیده بسیار پایین بوده است (۸٪ از کل زایمان‌ها) و میزان سزارین اورژانسی نیز در دو گروه یکسان بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. دلیل بیش‌تر سزارین‌ها در مطالعه آن‌ها تمایل ارایه‌دهندگان خدمت به انجام سزارین به علت آموزش ناکافی آن‌ها بود. نویسندگان بیان کرده‌اند که برای اجرای زایمان فیزیولوژیک، آموزش و مشاوره تمامی ذینفعان شامل زنان باردار، پزشکان و ماماها مورد نیاز است (۲۱). در مورد پزشکان متخصص زنان و زایمان، برگزاری دوره‌های

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

آموزش زایمان فیزیولوژیک برای آن‌ها به منظور تغییر نگرش آن‌ها نسبت به زایمان فیزیولوژیک و بهبود مهارت آن‌ها در انجام آن باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین تغییر قوانین آموزشی برای رزیدنت‌ها نیز می‌تواند نقش مهمی در افزایش گرایش آن‌ها به تلاش برای تحقق زایمان فیزیولوژیک داشته باشد. در طول سال‌های گذشته، با توجه به تغییرات وضعیت اشتغال ماماها در کشور، آن‌ها با مشکلات بسیاری مواجه بوده‌اند. بسیاری از آن‌ها نقش پرستار یا منشی را در بیمارستان ایفا می‌کنند. این عامل همراه با عوامل دیگر سبب کاهش انگیزه و توانایی دانشجویان مامایی و ماماها در درگیر شدن با زایمان طبیعی و زایمان فیزیولوژیک و کاهش کیفیت آموزش آن‌ها می‌شود (۱۵). بهبود سطح آموزشی ماماها با کمک برگزاری منظم دوره‌های زایمان فیزیولوژیک از سوی نهادهای معتبر و حمایت بیمارستان از آن‌ها برای شرکت در این دوره‌ها به همراه بهبود کیفیت و کمیت آموزش در دانشگاه‌ها می‌تواند به طور مؤثر به موفقیت زایمان فیزیولوژیک و کاهش میزان سزارین کمک کند.

یکی از نقاط قوت این مطالعه استفاده از دو مرکز بزرگ و استاندارد دوستدار مادر در کشور برای نمونه‌گیری بود که هر دو جزو مراکز پایلوت وزارت بهداشت در خصوص برنامه زایمان فیزیولوژیک بودند و این موضوع امکان دستیابی به تجارب مختلف، فارغ از محیط جغرافیایی را برای محقق فراهم نمود. از دیگران نقاط قوت مطالعه روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع بود که امکان دستیابی به تجارب مختلف را در مورد پیامدهای زایمان فیزیولوژیک فراهم نمود. یکی از محدودیت‌های این پژوهش آن بود که فقط صدای ارایه‌دهندگان خدمت در خصوص چالش‌های برنامه زایمان فیزیولوژیک شنیده شد و گیرندگان خدمت در جمعیت هدف حضور نداشتند. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در این خصوص در مورد مادرانی که تجربه زایمان فیزیولوژیک دارند، نیز انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که دیدگاه‌ها و تجارب سیاست‌گذاران بهداشتی در مورد برنامه زایمان فیزیولوژیک تبیین شود.

چالش‌های مطرح شده در تحقیق حاضر در تعامل با یکدیگر سبب ایجاد یک فضای پیچیده شده که در آن تحقق زایمان فیزیولوژیک و کاهش سطح سزارین سخت‌تر می‌شود. تحقق زایمان فیزیولوژیک مستلزم تلاش مشترک سیاست‌گذاران، مسؤولان رده‌های بالاتر، پزشکان، ماماها و مادران در رفع و تعدیل چالش‌های یاد شده است، به خصوص اهمیت زایمان فیزیولوژیک در زمان حاضر که سیاست‌های جمعیتی در شرایط کنونی به سوی تشویق به زاد و ولد بوده و بارداری‌های متعدد در شرایط سزارین تکراری مشکلات و پیامدهای خاص خود را به همراه خواهد داشت، بیش‌تر نمایان است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه دکتری تخصصی رشته بهداشت باروری دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۴۰۴۹۳ است. بدین‌وسیله از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد سپاسگزاری می‌شود.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

منابع

1 - Lothian JA. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. J Perinat Educ. 2007 Winter; 16(Suppl 1): 89S-92S.
2 - Lamaze International. Position paper: promoting, supporting, and protecting normal birth. J Perinat Educ. 2007 Summer; 16(3): 11-5.
3 - A national Guide of obstetric services. Iran's Ministry of Health and Medical Education. Maternity Health Office, Family and population Health Office. Third edition. 2012
4 - A national guide for normal vaginal delivery and the pharmacological and non-pharmaceutical methods for reducing labor pain. Iran's Ministry of Health and Medical Education. Maternity Health Office, Family and population Health Office. 2011
5 - World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1996.
6 - Bryanton J, Gagnon AJ, Johnston C, Hatem M. Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008 Jan-Feb; 37(1): 24-34.
7 - Perla L. Patient compliance and satisfaction with nursing care during delivery and recovery. J Nurs Care Qual. 2002 Jan; 16(2): 60-6.
8 - Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. BMC Med. 2008 Mar 14; 6: 7.
9 - Makvandi S, Mirzaiinajmabadi Kh, Mirteimoori M, Esmaily H. Effect of normal physiologic childbirth program in mother-friendly hospitals on duration of labor. Electronic Journal of General Medicine. 2018; 15(3): em21.
10 - Janani F, Kohan Sh, Taleghani F, Ghafarzadeh M. Challenges to implementing physiologic birth program (PBP): a qualitative study of midwives opinion in Iran. Acta Medica Mediterranea. 2015; 31(Special Issue 1): 1373- 1380.
11 - Farajzadegan Z, Zamani AR, Valiani M, Golshah E. [Evaluation of “facility of physiologic delivery program” in selective hospitals of Isfahan, Iran]. Journal of Isfahan Medical School. 2011; 28(122): 1814-1819. (Persian)
12 - Bowers BB. Mothers' experiences of labor support: exploration of qualitative research. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2002 Nov-Dec; 31(6): 742-52.
13 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005 Nov; 15(9): 1277-88.
14 - Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008 Apr; 62(1): 107-15.
15 - Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2011 Jul 5; 11: 159.
16 - Bermudez-Tamayo C, Fernandez Ruiz E, Pastor Moreno G, Maroto-Navarro G, Garcia-Mochon L, Perez-Ramos FJ, et al. Barriers and enablers in the implementation of a program to reduce cesarean deliveries. Reprod Health. 2017 Aug 29; 14(1): 106.
17 - Lotfi R, Ramezani Tehrani F, Torkestani F, Rostami Dovom M, Abedini M, Sajedinejad S. [Health system management and strategies to decrease elective cesarean section: a qualitative study]. Payesh Journal. 2015; 14(1): 59-71. (Persian)
18 - Indraccolo U, Calabrese S, Di Iorio R, Corosu L, Marinoni E, Indraccolo SR. Impact of the medicalization of labor on mode of delivery. Clin Exp Obstet Gynecol. 2010; 37(4): 273-7.
19 - Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Biosci Trends. 2011 Aug; 5(4): 139-50.
20 - Fouladi Z, Shoarbafchi Zadeh N, Shaikhvaisi Y, Alimoradnuri M, Bagheri F. [The effect of healthcare reform plan to reduce the rate of cesarean in hospitals affiliated to Qom university of medical sciences]. Military Caring Sciences. 2017; 4(3): 207-212. (Persian)
21 - Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaeili-Vardanjani A, Rafiei H. Effect of training preparation for childbirth on fear of normal vaginal delivery and choosing the type of delivery among pregnant women in Hamadan, Iran: a randomized controlled trial. J Family Reprod Health. 2016 Sep; 10(3): 115-121.

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]

The challenges of the physiologic childbirth program from the perspective of service providers: A qualitative approach

Somayeh Makvandi* Khadigeh Mirzaiinajmabadi* Najmeh Tehranian**

Abstract

Article type:
Original Article

Received: May 2018
Accepted: Aug. 2018
e-Published: 14 Nov. 2018

Corresponding author:
Khadigeh Mirzaiinajmabadi
e-mail:
MirzaiiKH@mums.ac.ir

Background & Aim: The physiologic childbirth program in Iran is an emerging program that needs to be evaluated like any other program to improve its quality and process. Evidence suggests that the implementation of the physiologic childbirth program faces some challenges. The present research aimed to explore the challenges of the physiologic childbirth program from the perspective of service providers.

Methods & Materials: This qualitative research was carried out through a content analysis method in two mother-friendly hospitals of Ahwaz and Mashhad in 2016-2017. Data were collected through semi-structured interviews with 17 physiologic childbirth service providers. The content analysis method of Elo and Kyngas was used for qualitative data analysis.

Results: Data analysis led to five main categories: low motivation of midwives in performing physiologic childbirth; barriers related to manpower; medical interventions in physiologic childbirth; challenges from the environment and facilities; and educational barriers.

Conclusion: Different challenges in interaction with each other create a complex environment in which the implementation of physiologic childbirth program becomes more difficult. Therefore, policymakers, authorities, doctors, midwives and mothers need to work in a coordinated way to resolve the mentioned challenge.

Key words: physiologic childbirth, program, challenges, qualitative study

Please cite this article as:
- Makvandi S, Mirzaiinajmabadi Kh, Tehranian N. [The challenges of the physiologic childbirth program from the perspective of service providers: A qualitative approach]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2018; 24(3): 244-260. (Persian)

* Dept. of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
** Dept. of Midwifery, School of Medical Sciences, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

[Downloaded from hayat.tums.ac.ir on 2025-12-05]