

بررسی مقایسه‌ای زایمان در منزل و بیمارستان در زنان نخست حامله

سیما خاوندی‌زاده اقدم^۱ پروین عابدی^۲

^۱ مربی گروه بهداشت، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل ^۲ مربی گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز

مجله پزشکی هرمزگان سال دوازدهم شماره اول بهار ۸۷ صفحات ۶۷-۶۱

چکیده

مقدمه: زایمان در منزل اثرات مطلوبی در ایبر و زایمان دارد. هدف این مطالعه مقایسه زایمان در منزل و بیمارستان در زنان نخست حامله بود.

روش کار: در این مطالعه توصیفی تحلیلی، جامعه آماری کلیه زنان در محدوده سنی ۳۰-۱۸ سال، با حاملگی ترم، تک‌قلو، نمایش سر، شروع خودبخودی زایمان و بدون عوارض بارداری بودند که از میان آنها ۵۰ نفر در گروه زایمان در منزل و ۵۰ نفر در گروه زایمان در بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند. در این مطالعه مقایسه طول زایمان، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم، میزان اپی‌زیاتومی، میزان رضایت‌مندی از تجربه زایمان، زمان شروع تغذیه با شیر مادر جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون χ^2 کای‌اسکوئر و آزمون دقیق فیشر و توسط نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که زایمان در منزل باعث کاهش طول زایمان ($P < 0.01$)، کاهش میزان اپی‌زیاتومی ($P < 0.01$)، کاهش زمان شروع تغذیه با شیر مادر ($P < 0.01$) و افزایش میزان رضایت‌مندی مادران از تجربه زایمان می‌شود ($P < 0.01$). همچنین یافته‌ها نشان داد که طول مرحله دوم زایمان، آپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های فوق، می‌توان نتیجه گرفت نه تنها زایمان در منزل هیچگونه اثر نامطلوبی بر زایمان ندارد، بلکه بسیاری از نتایج زایمان را نیز بهبود می‌یابد و می‌توان آن را در زایمان‌های طبیعی بدون عارضه، در صورتی که بتوان شرایط بهین در کشور ایجاد نمود، به کار برد.

کلیدواژه‌ها: اپی‌زیاتومی - تغذیه با شیر مادر - تجربه زایمان

نویسنده مسئول:

سیما خاوندی‌زاده اقدم
دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد
اسلامی واحد اردبیل
اردبیل - ایران
تلفن: ۰۲۰-۷۷۲۸۰۲۰-۴۵۱-۹۸
پست الکترونیکی:
Khavandizadeh@yahoo.com

دریافت مقاله: ۸۵/۳/۱۶ اصلاح نهایی: ۸۶/۵/۲۴ پذیرش مقاله: ۸۶/۹/۲۲

مقدمه:

یکی از مواردی که ممکن است بر نتایج مادری و نوزادی زایمان تأثیر کند، محل تولد نوزاد است (۵،۶). به عقیده موریسون و همکاران انتخاب محل تولد مهمترین موضوع در بحث‌های پزشکی می‌باشد (۷). همچنین طبق نظر رولف و همکاران به منظور انتخاب آزاد و آگاهانه محل تولد به زنان بایستی قبل از حامله‌شدن آگاهی داده شود زیرا اغلب زنان در مورد انتخاب محل تولد اطلاعاتی ندارند (۸). در این زمینه سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌کند که انتخاب محل تولد و عاملین زایمان جزء حقوق

تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مادران و نوزادان ارتباط تنگاتنگ با سلامت نسل آینده دارد. سلامت زنان و نوزادان تحت تأثیر مخاطرات حین بارداری، زایمان و پس از زایمان قرار می‌گیرد (۱). هدف علم زایمان آن است که هر حاملگی نهایتاً به وجود مادر و نوزادی سالم خاتمه یابد (۲). زایمان واقعه‌ای است که اثرات روانی، اجتماعی و احساسی شدیدی بر مادر و خانواده‌اش دارد (۳، ۴).

اساسی زن است (۹).

در گذشته بسیاری از زایمان‌ها در منزل انجام می‌شد، اما در حال حاضر اکثر زایمان‌ها در بیمارستان انجام می‌شود. (۱۲،۱۱). کشور هلند در بین کشورهای اروپایی از نظر زایمان در منزل وضعیت استثنایی داشته، به طوری که حدود ۳۰٪ زایمان‌ها در منزل رخ می‌دهد (۱۳).

در کشور ما طبق بررسی شاخص‌های چندگانه وضعیت زنان و کودکان جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۶، ۱۶/۲٪ از زایمان‌ها در طی پنج سال در منازل انجام گرفته است (۱۴). زایمان در منزل در برخی از کشورهای از قبیل انگلستان، هلند، سوئد و آلمان همواره مورد توجه بوده است (۹). امروزه در آمریکا و کانادا نیز به زایمان در منزل توجه شده و تحقیقاتی در این زمینه صورت گرفته است، به طوری که مورفی و همکارانش در تحقیقی که در مورد زایمان‌های انجام گرفته در منزل توسط پرستار، ماماها انجام دادند، نتیجه گرفتند که زایمان در منزل تحت مراقبت ماماها ماهر و واجد شرایط، در سیستمی که در صورت ضرورت وسایل انتقال به بیمارستان مهیا باشد، می‌تواند نتیجه خوب و مرگ و میر جنینی و نوزادی کمی داشته باشد (۱۵). از مزایای زایمان در منزل، آزادی در حرکت و وضعیت، کاهش طول زایمان، کاهش خونریزی پس از زایمان، افزایش رضایت‌مندی مادر پس از زایمان (۶،۱۵،۱۶) و از معایب آن عدم دسترسی فوری به سرویس‌های بیمارستانی در مواقع خطر را می‌توان برشمرد.

بنابراین با توجه به آمار بالای زایمان در منزل در کشورمان، پژوهش حاضر بر آن است تا پیامدهای زایمان در منزل و بیمارستان را با اهداف ویژه مقایسه طول زایمان (فاز فعال + مرحله دوم)، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان، میزان اپی‌زیاتومی، میزان رضایت‌مندی مادران از تجربه زایمانی و زمان شروع تغذیه با شیر مادر در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان زنان نخست‌حامله، بررسی کند تا چنانچه نتایج مثبتی از زایمان در منزل حاصل گردد، در صورت

وجود شرایط ایتیم در کشورمان، پیشنهاد زایمان در منزل را مطرح نمود.

روش کار:

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، جامعه پژوهش کلیه زنان نخست‌حامله‌ای بودند که در مدت زمان اجرای پژوهش (از اسفندماه ۱۳۸۲ تا خرداد ماه ۱۳۸۳) در منزل یا بیمارستان تأمین اجتماعی شهرستان اردبیل زایمان نمودند. بنابراین محیط پژوهش، بیمارستان تأمین اجتماعی شهرستان اردبیل و منازل افراد بود که دلیل انتخاب بیمارستان تأمین اجتماعی به عنوان محیط پژوهش، تعداد زیاد مراجعین و میزان بالای زایمان بود. واحدهای پژوهش گروه زایمان در بیمارستان، در درمانگاه زنان، اتاق زایمان، اتاق پس از زایمان، بخش هم‌اتاقی مادر و نوزاد و اتاق عمل (در مورد خانم‌هایی که نیاز به سزارین پیدا می‌کردند) و واحدهای پژوهش گروه زایمان در منزل در منازل افراد مورد بررسی قرار گرفتند.

نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت مبتنی بر هدف انجام شد. واحدهای پژوهش در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان بر طبق معیارهای ورود و خروج وارد مطالعه شدند. تعداد نمونه‌ها با توجه به مطالعات قبلی و پس از مشاوره با استاد آمار، ۵۰ نفر به عنوان گروه زایمان در منزل و ۵۰ نفر به عنوان گروه زایمان در بیمارستان در نظر گرفته شدند. بر این اساس نمونه‌گیری از دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان از میان زنان نخست‌حامله، موافق شرکت در پژوهش با رعایت خصوصیات واحدهای پژوهش و با میزان اتساع سرویکس کمتر یا مساوی ۴ سانتی‌متر بدون هیچ مداخله‌ای در امر زایمان شروع شد. جهت جمع‌آوری نمونه‌های زایمان در منزل هماهنگی لازم با ماماها تحصیل کرده‌ای که اجازه زایمان در منزل داشتند به عمل آمد، به طوری که به هنگام انجام زایمان در منزل زنان نخست‌حامله، در هر زمانی از شبانه‌روز موارد سریعاً به اطلاع پژوهشگر رسانده می‌شد و پژوهشگر جهت ثبت اطلاعات به موقع در محل زایمان حاضر می‌شد. همچنین

زایمان در منزل و بیمارستان از نظر سن اختلاف معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه از نظر سطح تحصیلات نیز همگن بودند.

جدول شماره ۱ طول زایمان (فاز فعال + مرحله دوم) در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان را نشان می‌دهد. این میزان در گروه زایمان در منزل و بیمارستان به ترتیب ۲۲۰/۳ دقیقه و ۲۹۸/۴ دقیقه بوده است. طول زایمان در گروه زایمان در منزل به طور معنی‌داری کوتاه‌تر از گروه زایمان در بیمارستان بوده است ($P < 0/01$).

تمامی نوزادان در گروه زایمان در منزل و بیمارستان دارای امتیاز آپگار دقیقه اول ۷-۱۰ بودند. از آنجایی که وضعیت غیرطبیعی قلب جنین در طی زایمان و همچنین دفع مکنونیوم از جمله عوامل مؤثر بر نمره آپگار می‌باشند، می‌توان نتیجه گرفت که نمره آپگار دقیقه اول در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان به دلیل نبودن تفاوت معنی‌دار از نظر صدای قلب جنین و دفع مکنونیوم در دو گروه، مشابه می‌باشد.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار طول زایمان

(فاز فعال + مرحله دوم) بر حسب دقیقه در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان (زایمانهای طبیعی)

گروه	زایمان در منزل	زایمان در بیمارستان
طول زایمان	۵۰	۴۵
تعداد	۲۲۰/۳	۲۹۸/۴
میانگین	۴۲/۶۲	۳۵/۵۱
انحراف معیار		

جدول شماره ۲، توزیع استفاده از اکسی‌توسین را در واحدهای پژوهش در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان نشان می‌دهد. بر اساس نتایج حاصله، ۴٪ واحدهای پژوهش در گروه زایمان در منزل و ۳۸٪ از گروه زایمان در بیمارستان نیاز به تشدید زایمان توسط اکسی‌توسین پیدا کرده‌اند. آزمون مجذور کای نشان می‌دهد که نیاز به اکسی‌توسین در گروه زایمان در منزل به طور معنی‌داری کمتر از گروه زایمان در بیمارستان بوده است ($P < 0/01$).

برای نمونه‌گیری گروه زایمان در بیمارستان پژوهشگر در یکی از شیفت‌های صبح، عصر و شب در اتاق زایمان بیمارستان حضور می‌یافت و زنان باردار مورد نظر که جهت زایمان بستری می‌شدند را تحت نظر قرار می‌داد. اخذ اطلاعات و ثبت مشاهدات و معاینات لازم در هر دو گروه توسط پژوهشگر انجام می‌شد به طوری که جهت محاسبه و ثبت طول مدت زمان فاز فعال، معاینه توسط پژوهشگر در دیلاتاسیون ۴ و ۱۰ سانتی‌متری انجام می‌شد (بلافاصله بعد از گزارش نتیجه معاینه توسط مامای مسئول زایمان که هر یک ساعت انجام می‌شد). جهت محاسبه زمان مرحله دوم زایمان، مدت زمان از دیلاتاسیون کامل سرویکس تا خروج جنین ثبت می‌شد، مدت محاسبه زمان مرحله سوم زایمان نیز از زمان خروج جنین تا خروج کامل جفت و پرده‌های جنین در نظر گرفته می‌شد. آمنیوتومی طبق روتین اتاق زایمان بیمارستان و همچنین عاملین زایمان در منزل توسط مامای مسئول زایمان در دیلاتاسیون ۵ سانتی‌متری صورت می‌گرفت. کنترل هر نیم ساعت ضربان قلب جنین، تعیین آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد، ثبت موارد اپی‌زیوتومی و در صورت داشتن پارگی، تعیین درجه پارگی، میزان رضایت مادر از تجربه زایمانی خود و در نهایت زمان شروع شیردهی توسط پژوهشگر تعیین و ثبت می‌شد. جهت درمان اختلال توفقی در صورتی که عدم تناسب سر و لگن وجود نداشت از اکسی‌توسین استفاده می‌شد که میزان اکسی‌توسین ۱۰ واحد در یک لیتر سرم تزریقی بود که این اطلاعات نیز توسط پژوهشگر ثبت می‌شد.

اطلاعات بدست آمده پس از کدگذاری وارد کامپیوتر گردید و با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخصهای توصیفی آزمون آماری مجذور کای، آزمون t و آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

نتایج:

نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که بین دو گروه

جدول شماره ۲- استفاده از اکسی‌توسین در واحدهای

پژوهش به تفکیک در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان

گروه	زایمان در منزل		زایمان در بیمارستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
استفاده از اکسی‌توسین				
بلی	۲	۴	۱۹	۲۸
خیر	۴۸	۹۶	۳۱	۶۲
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

نتایج حاصل نشان می‌دهد که در گروه زایمان در منزل تمامی واحدهای پژوهش به روش طبیعی زایمان نموده‌اند. در حالی که در گروه زایمان در بیمارستان ۹۰٪ زایمان‌ها، طبیعی و ۱۰٪ به طریقه سزارین بوده است (جدول شماره ۵). آزمون دقیق فیشر بین دو گروه از نظر نوع زایمان اختلاف معنی‌داری را نشان نمی‌دهد ($P=0/056$).

جدول شماره ۵- توزیع نوع زایمان در واحدهای پژوهش به

تفکیک در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان

نوع زایمان	زایمان در منزل		زایمان در بیمارستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۵۰	۱۰۰	۴۵	۹۰
سزارین	۰	۰	۵	۱۰
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰

جدول شماره ۶، میزان رضایت مادر از تجربه زایمان در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان را نشان می‌دهد. بر طبق نتایج بدست آمده، در گروه زایمان در منزل ۸۲٪ از واحدهای پژوهش از تجربه اولین زایمان خود راضی و یا کاملاً راضی بوده‌اند در حالی که این میزان در گروه زایمان در بیمارستان ۲۴/۴٪ بوده است. آزمون مجذور کای نشان می‌دهد که میزان رضایت مادر در گروه زایمان در منزل بطور معنی‌داری بیشتر از این میزان در گروه زایمان در بیمارستان می‌باشد ($P < 0/01$).

جدول شماره ۶- توزیع میزان رضایت مادر از تجربه زایمان به

تفکیک در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان

میزان رضایت	زایمان در منزل		زایمان در بیمارستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کاملاً ناراضی	۱	۲	۱۳	۲۸/۹
ناراضی	۸	۱۶	۲۱	۴۲/۷
راضی	۲۶	۵۲	۹	۲۰
کاملاً راضی	۱۵	۳۰	۲	۴/۴
جمع	۵۰	۱۰۰	۴۵	۱۰۰

توزیع زمان شروع تغذیه با شیر مادر در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان در جدول شماره ۷ آمده

جدول شماره ۳، فراوانی اپی‌زیاتومی در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان را نشان می‌دهد. بر طبق این جدول بیشترین فراوانی اپی‌زیاتومی در گروه زایمان در بیمارستان بوده است به طوری که در گروه زایمان در منزل ۲۴٪ و در گروه زایمان در بیمارستان ۹۵/۶٪ زیاتومی صورت گرفته است. آزمون مجذور کای اختلاف معنی‌دار در دو گروه از لحاظ فراوانی اپی‌زیاتومی را نشان می‌دهد ($P < 0/01$).

جدول شماره ۳- توزیع میزان اپی‌زیاتومی در دو گروه

زایمان در منزل و بیمارستان

اپی‌زیاتومی	زایمان در منزل		زایمان در بیمارستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۱۲	۲۴	۴۳	۹۵/۶
خیر	۳۸	۷۶	۴/۴	۹
جمع	۵۰	۱۰۰	۴۷	۱۰۰

جدول شماره ۴، مربوط به مقایسه پارگی پرینه در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان می‌باشد. بر طبق این جدول پارگی پرینه در گروه زایمان در منزل ۱۴٪ و در گروه زایمان در بیمارستان ۱۱/۱٪ بوده است. آزمون مجذور کای اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر وجود پارگی نشان نمی‌دهد. همچنین لازم به ذکر است که تمام موارد پارگی‌های پرینه در دو گروه از نوع پارگی درجه اول بودند.

جدول شماره ۴- توزیع پارگی پرینه در دو گروه زایمان

در منزل و بیمارستان (زایمانهای طبیعی)

وجود پارگی پرینه	زایمان در منزل		زایمان در بیمارستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۷	۱۴	۵	۱۱/۱
خیر	۴۳	۸۶	۴۰	۸۸/۹
جمع	۵۰	۱۰۰	۴۵	۱۰۰

محیط آرام و راحت، سلامت و امنیت، ترس از بیمارستان، شناخت مامای مسئول زایمان، ارتباط نزدیک با همسر و فرزندان و رضایت خاطر می‌باشد (۱۰).

هودنت طی مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ و ۲۰۰۱ نتیجه گرفت که انجام زایمان در مکان‌های شبیه به منزل باعث کاهش استفاده از بی‌حسی و بیهوشی حین زایمان، اکسی‌توسین و مداخلات جراحی و افزایش رضایت مادر شده و به هیچ وجه، باعث افزایش مرگ و میر حوالی تولد نمی‌شود (۲۳، ۱۶). جانسون و همکاران طی مطالعه‌ای که در کلمبیای انگلیس ما بین سالهای ۱۹۹۹ - ۱۹۹۸ انجام دادند، دریافتند زمانی که در منزل زایمان کرده بودند مداخلات جراحی، بی‌حسی اپیدورال، تحریک یا تسریع زایمان با اکسی‌توسین و اپی‌زیوتومی کمتری نسبت به زایمان در بیمارستان داشتند. همچنین میزان مرگ و میر حوالی تولد، نمره آپگار دقیقه پنجم، سندرم آسپیراسیون مکنونیوم در دو گروه بسیار مشابه بوده است. آنها نتیجه گرفتند که هیچ افزایش خطر مادری یا نوزادی در رابطه با زایمان در منزل تحت مراقبت ماماها‌ی تحصیل کرده وجود ندارد (۶). مورفی و همکاران طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۸ در ایالت متحده نتیجه گرفتند که تولد در منزل می‌تواند تحت مراقبت پرسنل صلاحیت‌دار در یک سیستم مناسب برای انتقال به بیمارستان در مواقع ضروری با نتایج خوب همراه باشد (۱۵). همچنین دوراند طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۲ در ایالت تنس آمریکا، نتیجه گرفت که زایمان‌های انجام گرفته در منزل تحت شرایط معین می‌توانند از همان سلامت و امنیت زایمان‌های انجام گرفته در بیمارستان برخوردار باشند (۱۹).

در پژوهش‌های فوق همانند پژوهش حاضر دو محدودیت متفاوت بودن وضعیت روحی و روانی واحدهای پژوهش و پاسخگویی سرویکس‌شان به انقباضات رحمی خودبخود یا در اثر اکسی‌توسین وجود داشت که در نهایت با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر کاملاً با نتایج پژوهش محققین دیگر از نظر حصول مزایای زایمان در منزل مطابقت داشت، نتیجه می‌گیریم که زایمان در منزل هیچگونه اثر

است. بر طبق نتایج حاصله، ۳۰٪ از گروه زایمان در منزل و ۲/۲٪ از گروه زایمان در بیمارستان، شیردهی را بلافاصله پس از در اختیار داشتن نوزاد شروع کرده‌اند و همچنین ۲٪ از گروه زایمان در منزل و ۵۵/۶٪ از گروه زایمان در بیمارستان شیردهی را بیش از یک ساعت به تعویق انداخته‌اند. آزمون مجذور کای بین دو گروه از نظر زمان شروع شیردهی اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/01$). به طوری که زمان شروع شیردهی در گروه زایمان در منزل زودتر بوده است.

جدول شماره ۷- توزیع زمان شروع تغذیه با شیر مادر در

واحدهای پژوهش به تفکیک در دو گروه زایمان در منزل و بیمارستان

زمان شیردهی	زایمان در منزل		زایمان در بیمارستان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱-۵ دقیقه	۱۵	۳۰	۱	۲/۲
۶-۳۰ دقیقه	۲۵	۵۰	۴	۸/۹
۳۱-۶۰ دقیقه	۹	۱۸	۱۵	۳۳/۳
بیشتر از ۶۰ دقیقه	۱	۲	۲۵	۵۵/۶
جمع	۵۰	۱۰۰	۴۵	۱۰۰

بحث و نتیجه‌گیری:

در کشورهای صنعتی قبل از اینکه محل زایمان از منزل به بیمارستان تغییر کند، زنان در منزل بوسیله اعضای خانواده و اغلب به کمک یک ماما زایمان می‌کردند. قرن بیستم باعث افزایش مداخلات پزشکی در امر زایمان شد. پیشرفت‌های موجود در علم مامایی، سلامتی فیزیکی بیشتری برای مادران و کودکان به ارمغان آورده است. متأسفانه بسیاری از این پیشرفت‌ها، اغلب فقط بر سلامتی جسمی زنان متمرکز شده است و به جنبه‌های سنتی، فرهنگی، اجتماعی و روانشناسی زایمان توجه ننموده است (۱۷).

مطالعات مختلف، جنبه‌های روانی - اجتماعی تولد در منزل را مطرح نموده، به طوریکه اهمیت شرایط روانی - اجتماعی مددجو در پذیرش زایمان در منزل کمتر از عوامل طبی و مامایی نمی‌باشد (۱۸). طبق گزارش وینترتون تعدادی از زنان دوست دارند در منزل زایمان کنند و دلایل ارائه شده آنان برای انتخاب زایمان در منزل

بنابراین در صورت وجود شرایط اپتیمم، زایمان در منزل می‌تواند انجام گیرد و حتماً لازم است ماما یا پزشک بر بالین بیمار حاضر باشند. حال معتقد است که زایمان در منزل یک فرآیند فیزیکی، اجتماعی، آموزشی و اقتصادی است که ما باید به آن احترام گذارده و جنبه‌های مختلف آن را بشناسیم (۲۱). طبق نظر جکسون، زایمان در منزل هنر مامایی است که نباید بدست فراموشی سپرده شود (۲۲).

در نهایت با توجه به اینکه ممکن است شماری از اثرات مفید زایمان در منزل در طولانی مدت حاصل گردد، که در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار نگرفته است، توصیه می‌گردد در پژوهش‌های آینده، میزان عفونت و افسردگی پس از زایمان و تداوم شیردهی نوزاد با پستان مادر، در دو گروه نیز مورد توجه قرار گیرد.

سیاسگزاری:

در خاتمه لازم است از مسئول و همکاران محترم اتاق زایمان بیمارستان تأمین اجتماعی اردبیل و سایر همکاران تشکر و قدردانی نمایم.

نامطلوبی بر زایمان نداشته، بلکه بسیاری از نتایج زایمان را نیز بهبود می‌بخشد و می‌توان آن را در زایمان‌های طبیعی، بدون عارضه بکار برد. بنابراین از مزایای زایمان در منزل می‌توان، عدم استفاده از دارو یا تکنولوژی جز در موارد ضروری، درگیری اعضای خانواده و دوستان، آزادی مادر در حرکت و وضعیت، کاهش طول زایمان، کاهش میزان اپی‌زیاتومی، عدم محدودیت در تغذیه با شیر مادر، زایمان در محیط خلوت و آرام منزل و افزایش میزان رضایت مادر را برشمرد. از طرفی به علت شروع شیردهی بلافاصله بعد از زایمان علاوه بر برخورداری هر چه سریعتر نوزاد از مزایای شیرمادر، میزان خونریزی بعد از زایمان نیز کاهش قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت (۱۹، ۱۶، ۱۵، ۶).

یکی دیگر از مزایای زایمان در منزل هزینه کم آن است، طوری که هزینه زایمان در منزل بدون عارضه ۶۸٪ کمتر از زایمان در بیمارستان است (۲۰). از معایب زایمان در منزل از دیدگاه محققین مختلف، می‌توان به عدم دسترسی فوری به سرویس‌های بیمارستانی در مواقع خطر، ایجاد اثرات جانبی مخاطره‌آمیز در صورت مداخله نمودن در پیشرفت طبیعی زایمان و ایجاد اضطراب بسیار فراوان برای تعدادی از پزشکان و ماماها در صورت مواجهه با یک زن باردار متقاضی زایمان در منزل را می‌توان اشاره نمود (۲۵، ۲۴، ۱۵).

References

منابع

۱. نیکبخت، پروین. دوازده امامی، شراره. ارتباط مراقبت‌های حین زایمان با نوع آن. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامائی اصفهان. ۱۳۸۰، شماره ۱۷. ص ۵۵.
۲. دانش‌کجوری، مهوش. مامایی و مراقبت‌های ویژه. چاپ اول. تهران. انتشارات نشر و تبلیغ بشری. سال ۱۳۷۸.
3. Bennet V, Myles M, Brown L. Myles textbook for midwives. 13th ed. Churchill living stone; 1999.
۴. حبیبی‌نیا، اباذر. در ترجمه بیماری‌های زنان و مامایی کارنت. دچرنی، آلن. چاپ هشتم. تهران. انتشارات چهر. سال ۱۳۷۶.
5. Pang JW. Outcomes of planned home births in Washington state: 1989 – 1996. *Obstet Gynecol.* 2002;100(2):253-259
6. Jansson PA, Lee SK, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson DF, Peacock D, et al. Outcomes of planned home Birth Versus planned hospital births after regulation of midwifery in Biritish cloumbia. *CMAJ.* 2002;166:315-323.
7. Morison S, Hauck Y, Percival P, Mc Murray A. Constructing a home birth environment through assuming control. *Midwifery.* 1998;14:233-241.

8. Fordham S. Women's views of the place of confinement. *Br J Gen Pract.* 1997;47(415):77-81.
9. Beesely K. Home birth: The delivery of safe and satisfying care to women and their families. *J Nurse Midwifery.* 1995;40:463-473.
10. Sweet B. May's midwifery. A textbook for midwives. 12th ed. New York. W.B Saunders; 1997.
11. Visanen K. Interest in alternative birth setting in finland. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998;77:729-735.
12. Campbell S, Lees C. Obstetrics by ten teachers. Malta: Gutenberg press; 2000.
13. Wiegers TA, Vander zee J, Keirse MJ. Maternity Care in the Netherlands: The changing home birth rate. *Birth.* 1998;25:190-197.
۱۴. صلاحی، مهرداد. درسنامه جامع مامایی. چاپ سوم. تهران. انتشارات ایلیا. سال ۱۳۷۸.
15. Murphy PA, fullerton J. Outcomes of intended home births in nurs-midwifery practice: A prospective descriptive study. *Obstet Gyencol.* 1998;92:461-470.
16. Hodnett ED. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *ACP J Club.* 2001;137:29-31.
17. Chalmers B, Wolman W. Social support in labor-A selective review. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1993;14:1-15.
18. Vedam S, Kolodji Y. Guidelines for client selection in the home birth midwifery practice. *J Nurse Midwifery.* 1995;40:508-521.
19. Durand M. The safety of home birth. *AM J Public Health.* 1992;82:450-453.
20. Anderson RE, Anderson DA. The cost effectiveness of home birth. *J Nurse Midwifery.* 1998;44:30-35.
21. Hall J. Home birth: the midwife effect. *Br J Midwifery.* 1999;2:225-227.
22. Jackson ME, Bailes AJ. Home birth with certified nurse midwife attendants in the United States. *J Nurse Midwifery.* 1995;40:493-507.
23. Hodnett ED. Review: A home Like birth enviroment has beneficial effects on labor and delivery. *ACP J Club.* 2002;137:29-31.
24. Ford C, Iliffe S, Franklin O. Outcome of planned home births in an inner city practice. *BMJ.* 1997;303:1517-1519.
25. Tew MD. Obstetric intranatal interventions make birth safer. *Br J Obstet Gynaecol.* 1986;93:659-674.