

تأثیر حضور ماما و آموزش تن آرامی بر طول مدت مرحله فعال زایمان زنان بستری در زایشگاه تأمین اجتماعی بوشهر

سیدموسی گلستانه¹، یوسف دهقانی^{2*}، الهه میرشکاری³

تاریخ دریافت 1393/01/05 تاریخ پذیرش 1393/03/03

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: داشتن یک همراه زایمانی حمایتگر، آرام و باتجربه خواسته هر فرد در حال مادر شدن است. اضطراب و استرس حین زایمان باعث کاهش سرعت پیشرفت زایمان می‌گردد. هدف این مطالعه مقایسه حضور ماما و تن آرامی بر طول مرحله فعال زایمان در زنان نخست‌زا است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک مطالعه آزمایشی می‌باشد که در مدت‌زمان ۳ ماه انجام شده است. در این مطالعه تعداد ۹۰ نفر از بین زنان نخست‌زا که در مرحله فعال زایمانی بودند، به‌طور تصادفی انتخاب و در سه گروه (یک گروه گواه و دو گروه آزمایش) ۳۰ نفره قرار گرفتند. گروه گواه مراقبت معمول پرستاری را دریافت کردند. در یکی از گروه‌های آزمایشی اعضاء آن تحت مراقبت اضافی یک ماما بودند و در گروه دیگر آزمایشی علاوه بر حضور ماما، تن آرامی نیز دریافت کردند. در این تحقیق از مشاهده و ثبت فراوانی طول زمان مرحله فعال استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین طول مرحله فعال زایمان در گروه‌های آزمایشی کمتر از گروه گواه بود، و تفاوت میانگین‌ها از نظر آماری معنادار بود (گروه آزمایشی اول ۱۸۳/۸۳، گروه آزمایشی دوم ۱۳۸/۶۷ و گروه گواه ۱۰۲۴۵/۵۰، $P < 0.001$). زنان نخست‌زای (گروه گواه) در حال زایمانی که مراقبت‌های معمول پرستاری را دریافت می‌کردند در مقایسه با زنانی که تحت مراقبت اضافی با ماما بودند (گروه آزمایش اول) طول مرحله فعال زایمان بیشتری داشتند. همچنین نتایج نشان داد زنانی که علاوه بر حضور ماما، آموزش تن آرامی داشتند (گروه آزمایش دوم)، طول مرحله فعال زایمان کمتری نسبت به زنانی داشتند که فقط تحت مراقبت اضافی ماما بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: حضور ماما و آموزش تن آرامی باعث کاهش مرحله فعال زایمان می‌شود.

کلید واژه‌ها: ماما، تن آرامی، مرحله فعال زایمان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره چهارم، پی در پی 57، تیر 1393، صص 276-285

آدرس مکاتبه: بوشهر، خیابان شهید ماهینی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۷۳۱۰۶۷۴
Email: ydehghani@yahoo.com

مقدمه

مرحله فعال. شروع مرحله نهفته لیبر، لحظه‌ای است که مادر انقباضات منظم را احساس می‌کند. مرحله نهفته در اکثر زنان در اتساع بین ۳ تا ۵ سانتی‌متر پایان می‌یابد. مرحله فعال زایمان بازشدگی ۳ تا ۵ سانتی‌متری دهانه رحم در حضور انقباضات رحمی شروع مرحله فعال زایمان است که تا بازشدگی کامل آن (۱۰ سانتی‌متر) ادامه می‌یابد که با انقباضات پیش‌رونده عضلات رحم و شدت درد نیز همراه است. طول این مرحله به‌طور متوسط در زنان شکم اول ۴/۹ ساعت با انحراف معیار ۳/۴ ساعت می‌باشد. این انحراف معیار زمان بسیار زیادی است و بر اساس آن حداکثر مدت مرحله فعال زایمان ۱۱/۷ ساعت است.

زایمان طبیعی به چهار مرحله تقسیم می‌شود: (۱) مرحله اول از شروع انقباضات زایمانی تا اتساع کامل دهانه رحم؛ (۲) مرحله دوم: از زمان اتساع کامل دهانه رحم (دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر) تا تولد کامل نوزاد، (۳) مرحله سوم: از زمان تولد نوزاد تا خروج کامل جفت و (۴) مرحله چهارم: ساعات اولیه پس از زایمان.

طول مدت طبیعی مرحله اول زایمان در زنان شکم اول ۶ تا ۲۰ ساعت (به‌طور متوسط ۱۰ تا ۱۲ ساعت) و در زنان شکم دوم به بالا بین ۲ تا ۱۲ ساعت (به‌طور متوسط ۸ ساعت) است. دو مرحله برای اتساع دهانه رحم توصیف‌شده‌اند. مرحله نهفته و

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر

^۲ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خلیج فارس بوشهر (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

اختلالات مرحله فعال زایمان بسیار شایع هستند که منجر به طول کشیدن یا توقف مرحله فعال زایمان می‌شوند و در این موارد احتمال انجام سزارین افزایش می‌یابد. زنانی که حمایت مداوم لیبر دارند زمان درد کوتاه‌تری دارند و اختلالات مرحله فعال زایمان به‌طور چشمگیری کمتر است (۱).

انسان موجودی اجتماعی است و در هر وضعیتی که باشد نیاز به یک همراه دارد. در بسیاری از کشورها، همراه بیمار و ترجیحاً همسر وی می‌تواند تا پایان مراحل زایمان در کنار بیمار بماند و این امر در افزایش قدرت مقابله با ترس از زایمان و سرعت روند زایمان تأثیر چشمگیری دارد. بر اساس مطالعات متعددی، حمایت اجتماعی به‌صورت حمایت مداوم حین زایمان با نتایج بعدی ارتباط دارد که یکی از این نتایج کوتاه‌تر شدن زمان زایمان است (۶-۱).

اما در اکثر بیمارستان‌های دولتی کشور ما حضور همراهان ممنوع است. دلیل اصلی برای اجازه ندادن به اعضای خانواده یا دوستان برای ماندن کنار زن در لیبر^۱ این است که همراهان می‌توانند منبع عفونت باشند و اینکه فضای محدودی در واحد مادران وجود دارد. به نظر می‌رسد نگرانی در مورد عفونت بی‌مورد باشد زیرا نشان داده‌شده که داشتن ملاقات‌کنندگان در بیمارستان‌ها با افزایش ابتلا نه برای زن در حال زایمان و نه برای بچه‌اش ارتباطی ندارد (۷). فریدمن^۲ در سال ۱۹۷۲ مشکلات مرحله فعال زایمان را به اختلالات طول کشیدن و توقف تقسیم‌بندی می‌کند و عوامل دخالت‌کننده در اختلالات طول کشیدن و توقف را به‌صورت تسکین بخشی بیش‌ازحد، بی‌حسی اپیدورال و وضعیت نامناسب جنین عنوان می‌کند (۸، ۹).

تن‌آرامی باعث کاهش استفاده از بی‌حسی‌های بی‌مورد و در نتیجه کاهش زمان فعال زایمان می‌شود. الکساندر، شارما و ملنتایر^۳ در سال ۲۰۰۲ در مطالعه‌ای که در بیمارستان پارکلند انجام دادند دریافتند در زنانی که تحت بی‌حسی اپیدورال قرار می‌گیرند مدت مرحله فعال زایمان افزایش می‌یابد. این افزایش ناشی از سرعت نسبتاً کمتر اما قابل توجه دیلاتاسیون دهانه رحم (۱/۴ سانتیمتر در ساعت) در زنانی بود که تحت بی‌حسی اپیدورال قرار گرفته بودند. اما در زنانی که تحت بی‌حسی اپیدورال قرار نگرفته بودند این سرعت بیشتر بود (۱/۶ سانتیمتر در ساعت) (۱۰).

بنابراین در نحوه برخورد با درد در بیماران بستری در زایشگاه، کنترل و درمان درد با روش‌های غیرتهاجمی و یا غیر فارماکولوژیک

مانند ماساژ درمانی و تن‌آرامی که استفاده از بی‌حسی و تسکین‌بخشی‌های بی‌مورد را به حداقل میزان خود می‌رساند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مداخله‌های غیر دارویی از نظر اقتصادی بسیار کم‌هزینه و باصرفه بوده و کنترل دردی بدون بروز عوارض جانبی برای مادر و جنین زنده در رحم او ایجاد خواهند نمود. در مطالعه جانک^۴ در سال ۱۹۹۹ تأثیر تن‌آرامی در نتایج زایمانی از قبیل طول زمان زایمان موردسنجش قرار گرفت. ۱۰۷ زن باردار را در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار دادند. در یکی از گروه‌های آزمایشی زنان باردار تمرینات روزانه تن‌آرامی انجام می‌دادند. در گروه آزمایشی دیگر زنان باردار تن‌آرامی را انجام می‌دادند ولی مجبور به انجام روزانه آن نبودند. زنانی که تمرینات تن‌آرامی روزانه داشتند طول زمان زایمان کمتر و کمترین میزان مداخله را تجربه کردند (۱۱). مطالعه‌ای توسط باستانی و همکاران در سال ۲۰۰۵ در آمریکا بر روی اثرات کاربرد تن‌آرامی بر روی کاهش اضطراب و استرس در زنان حامله انجام شد. نتایج این مطالعه حاکی از آن بود که تن‌آرامی اثرات مفیدی بر روی کاهش درد، اضطراب و استرس دریافت شده توسط خانم حامله، و همین‌طور کاهش استفاده از دارودرمانی در زایمان دارد (۱۲).

مشکل استفاده از این روش‌ها زمان‌بر بودن آن‌ها است. درمان‌های غیر دارویی نسبت به درمان دارویی به صرفه‌وقت بیشتری از کارکنان احتیاج دارد که به دلیل حجم کاری زیاد و نوبت‌بندی‌های پشت سر هم به دلیل کمبود کارکنان این امر خصوصاً در روستاها و شهرستان‌های خارج از مرکز استان به‌آسانی امکان‌پذیر نیست در نتیجه کارکنان بیمارستانی از اقدام به این‌گونه روش‌ها سر باز می‌زنند.

با توجه به اینکه در بیشتر بیمارستان‌های دولتی ایران با توجه به مسائل اخلاقی و مذهبی و نبود امکانات لازم جهت حفظ حریم بیماران دیگر، امکان حضور همسر در کنار تخت بیمار وجود ندارد، در صورت نقش فعال روانشناسان ماما به‌عنوان همراهان حرفه‌ای زنان در زایشگاه‌ها مشکلاتی از قبیل عدم اجازه ورود همراه به بخش زایمانی و زمان‌بر بودن درمان‌های غیر دارویی کمتر می‌شود.

یک نقش منحصر به فرد و هنوز معنی‌دار برای همراهان حرفه‌ای توسط پاسکالی - بونارو^۵ در سال ۲۰۰۳ مطالعه شد. این مطالعه استرس و غم روی زنان بیوه حامله را به‌بوته آزمایش گذاشت. نتایج نشان داد که استرس و غم آن‌ها طول مرحله فعال زایمان را طولانی‌تر می‌کند. همچنین این مطالعه نشان داد که چگونه همراهان

¹ Labor

² Friedman

³ Alexander, Sharma & McIntire

⁴ Janke

⁵ Pascali- Bonaro

در ابتدا نحوه انجام مطالعه به طور کامل برای افراد تشریح و شرایط برای حضور داوطلبانه آن‌ها مهیا گردید. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد و در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه هر کدام به تعداد ۳۰ نفر قرار گرفتند. حجم نمونه به استناد نظر دل‌آور که حداقل حجم نمونه می‌باشد در نظر گرفته شد (۱۲). روش جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش به این صورت بود که در گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای انجام نگرفت و فقط مراقبت‌های روتین کارکنان زایشگاه را دریافت می‌کردند. در هر دو گروه‌های آزمایشی، ماما از لحظه ورود زنان در مرحله فعال زایمان یا به عبارتی از دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر در کنار بیمار باقی می‌ماند و تمام مشاهدات و نتایج توسط ماما ثبت شد. در گروه آزمایشی تن‌آرامی و حضور ماما، علاوه بر حضور مداوم ماما، آموزش تن‌آرامی به آن‌ها داده شد. با حضور ماما خدماتی همچون آموزش نحوه صحیح نفس کشیدن، آموزش تصویرسازی ذهنی، همدلی با بیمار، ارائه اطلاعات موردنیاز، تشویق و دلگرمی و اطمینان بخشی به مادر انجام می‌شد.

در گروه آزمایشی تن‌آرامی و حضور ماما، به منظور تشویق زنان در حال درد در انجام تن‌آرامی ابتدا به تأثیر استرس هنگام درد زایمان بر سلامت مادر و کودک و خانواده اشاره شد. سپس بر منطق تن‌آرامی، تأثیر تن‌آرامی بر کوتاه شدن مراحل زایمان، تأثیر استرس و ناکامی بر بلوکه شدن و عدم پیشرفت زایمان تأکید گردید و تن‌آرامی به عنوان مهارت مقابله با درد زایمان به زنان آموزش داده شد. اهم آموزش‌های داده شده شامل انجام تنفس عمیق، آرمیدگی از راه انقباض-انبساط عضلات، آرام‌سازی به روش رهاسدگی، آرام‌سازی افتراقی و تصویرسازی مرتبط با نوزادی که متولد می‌شود بود. در تحقیق حاضر از مشاهده و ثبت فراوانی طول زمان درد مرحله فعال زایمان توسط ماما استفاده شد. لازم به ذکر است که در مدت‌زمان اجرای آزمایش، تمام آزمودنی‌ها در آزمایش شرکت فعال داشتند و هیچ‌گونه خروجی صورت نگرفت.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاکی از آن است که میانگین سن مادران ۲۵/۶۸ سال، میانگین سن حاملگی ۲۷۰/۲۱ روز (اواخر ۳۸ هفته حاملگی)، میانگین طول زمان فعال زایمان ۱۸۹/۳۳ دقیقه معادل ۳/۱۵ ساعت بوده است. به طور متوسط ۸۳ درصد از زنان در گروه‌ها از اکسیژن‌سین و ۲۸ درصد از زنان از مسکن استفاده کرده‌اند (جدول ۱).

حرفه‌ای می‌توانند به مادران نگران طی زایمان با ایجاد امنیت، محیط راحت، تشویق زنان به طراحی یک برنامه زایمانی که شامل راه‌هایی برای ایجاد حس امنیت طی لیبر و زایمان قبل از اینکه هر اتفاق فاجعه‌آمیزی رخ دهد، و تمهید ارتباط مثبت بین زنان حامله و مراقبت‌کننده کمک کنند. چنین اطلاعاتی می‌تواند احتمالاً به جمعیت زنان حامله عمومی که به صورت ناپیدا حداقل در جاتی از تنش و نگرانی را تجربه می‌کنند بسط یابد (۱۳).

وسیع‌ترین مطالعه نظام‌مند حمایت مداوم هنگام درد زایمان که در سال ۲۰۱۱ به چاپ رسید، نتایج ترکیبی از ۲۱ کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی، شامل بیش از ۱۵۰۰۰ زن را گزارش داد (۶). این آزمایش‌ها «مراقبت معمولی» در بیمارستان را با انواع مختلف تأمین‌کنندگان حمایت‌های مداوم هنگام درد زایمان مقایسه کردند: یکی از کارکنان بیمارستان (یعنی یک پرستار)؛ یکی از اعضای خانواده یا دوست؛ و یک همراه حرفه‌ای که تنها مسئولیت او فراهم کردن یک مراقبت حمایتی نقره‌نفر بود. روی هم رفته، زنان دارای حمایت نتایج بهتری نسبت به گروه مراقبت معمولی داشتند. زنانی که حمایت مداوم داشتند احتمال کمتر برای مصرف داروهای کم‌کننده درد داشتند و زایمان کوتاه‌تری داشتند. نوزادان آن‌ها نیز احتمال کمتری برای داشتن نمره آپگار دقیقه پنج پایین داشتند. همراهان حرفه‌ای که کارکنان بیمارستان نبودند و از خویشان و دوستان نیز نبودند بیشترین منافع را نشان دادند. در گروه همراهان حرفه‌ای بیشترین کاهش در طول مرحله فعال زایمان مشاهده شد. از آنجا که طولانی شدن زمان زایمان می‌تواند خطراتی برای مادر و جنین دربر داشته باشد (۱۴) و به دلیل اینکه تحقیقات اندکی در این زمینه صورت گرفته، تحقیق حاضر به دنبال بررسی نقش حضور روانشناسان ماما و آموزش تن‌آرامی در کوتاه شدن مرحله فعال درد زایمان است.

مواد و روش کار

در این تحقیق سه گروه شرکت داشتند؛ دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه. هر سه گروه پس‌آزمون دریافت کردند. گروه‌های آزمایشی مداخله موردنظر دریافت کردند اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنانی تشکیل دادند که در زمان جمع‌آوری اطلاعات جهت زایمان در زایشگاه تأمین اجتماعی بوشهر بستری بودند. گروه نمونه از بین زنانی انتخاب شدند که شرایط ورود به پژوهش را داشتند که این شرایط شامل زنان نخست‌زا، تک‌قلو، پرزنتاسیون سفالیک، و دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر بود.

جدول شماره (۱): شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های تحقیق

شاخص‌های آماری	گروه	سن مادر	سن حاملگی	استفاده از اکسیتوسین	استفاده از مسکن	طول زمان فعال زایمان	علاقه به شیردهی پس از زایمان
تعداد	۹۰	۹۰	۹۰	۹۰	۹۰	۹۰	۹۰
میانگین	۲	۲۵/۶۸	۲۷۰/۲۱	۰/۸۳	۰/۲۸	۱۸۹/۳۳	۰/۸۷
انحراف استاندارد	۰/۸۲۱	۴/۸۳۶	۹/۰۷۱	۰/۳۷۵	۰/۴۵۰	۹۳/۵۲۹	۰/۳۴۲

برای بررسی فرضیه تحقیق از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

جدول شماره (۲): مقایسه طول زمان فعال زایمان گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه

مؤلفه	گروه	تعداد	میانگین	مقدار F
طول زمان فعال زایمان	گواه	۳۰	۲۴۵/۵۰	
	حضور	۳۰	۱۸۳/۸۳	*۱۲/۳۶۶
	حضور و تن‌آرامی	۳۰	۱۳۸/۶۷	

*: معنی‌دار در سطح ۰/۰۵. **: معنی‌دار در سطح ۰/۰۱.

زایمان در گروه آزمایشی دوم به‌طور معناداری کمتر از گروه آزمایشی اول بود (۱۳۸/۶۷ در مقایسه با ۱۸۳/۸۳). مقدار آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه $F=12/366$ است که در سطح $P<0/01$ تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار است. از آنجاکه آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه معنی‌دار است به‌منظور بررسی بیشتر از آزمون توکی استفاده شد. نتایج حاصله از آزمون توکی در جدول ۳ گزارش شده است.

آزمون F نشان داد از نظر طول زمان فعال زایمان بین گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میانگین طول مرحله فعال زایمان در گروه‌های آزمایشی کمتر از گروه گواه بود (میانگین طول مرحله فعال زایمان در گروه آزمایشی اول، دوم و گروه گواه به ترتیب ۱۸۳/۸۳، ۱۳۸/۶۷ و ۲۴۵/۵۰ دقیقه بود)، و تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بود ($P<0/01$). میانگین طول مرحله فعال

جدول شماره (۳): نتایج آزمون تعقیبی

سطح معنی‌داری	تفاوت بین میانگین‌ها		گروه
	حضور	گواه	
۰/۰۰۱	۷۰/۶۷	-	گواه
۰/۰۰۱	-	۷۰/۶۷	حضور
۰/۰۰۱	۴۵/۱۶	۱۱۵/۸۳	حضور و تن‌آرامی

تعامل از نظر آماری معنی‌دار نیست؛ پس داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند و لذا انجام تحلیل کوواریانس امکان‌پذیر می‌باشد. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه در جدول ۴ ارائه گردیده است.

همچنین به‌منظور مقایسه طول زمان فعال زایمان گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه ضمن کنترل آماری متغیر سن حاملگی از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد. پیش‌فرض لازم برای انجام تحلیل کوواریانس این است که باید همگنی رگرسیون وجود داشته باشد. نتایج نشان داد با توجه به مقدار $F=1/20$ و $P=0/36$ ، این

جدول شماره (۴): مقایسه طول زمان فعال زایمان گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه با کنترل آماری سن حاملگی

منشأ تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	مقدار F	سطح معنی داری
سن حاملگی	۳۶۷۶/۰۹۹	۱	۳۶۷۶/۰۹۹	۰/۵۲۴	۰/۴۷۱
گروه‌ها	۱۶۶۸۲۸/۸۹۳	۲	۸۳۴۱۴/۴۴۷	۱۱/۸۹۰	۰/۰۰۰
خطا	۶۰۳۳۵۸/۲۳۵	۸۶	۷۰۱۵/۷۹۳		
کل	۴۰۰۵۸۳۶/۰۰۰	۹۰			
جمع	۷۷۹۵۹۶/۰۰۰	۸۹			

حضور روانشناس همراه با تن آرامی تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد؛ در حالی که بین گروه‌های حضور روانشناس و حضور روانشناس همراه با تن آرامی تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۵ وجود ندارد.

بر اساس آنچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین گروه‌های مختلف از نظر طول زمان فعال زایمان با کنترل آماری سن حاملگی تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین با استفاده از آزمون بنفرونی (جدول ۵۶) مشخص گردید که بین گروه گواه و گروه حضور روانشناس تفاوت معنی داری در سطح ۰/۰۵ و بین گروه گواه و گروه

جدول شماره (۵): مقایسه زوجی میانگین حاشیه‌ای طول زمان فعال زایمان گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه با کنترل آماری سن حاملگی

مقایسه گروه‌ها	تفاوت بین میانگین گروه‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
گواه	حضور	۵۹/۳۵۱*	۲۱/۸۶۲
	حضور و تن آرامی	۱۰۵/۵۹۲**	۲۱/۶۹۵
حضور	گواه	-۵۹/۳۵۱*	۲۱/۸۶۲
	حضور و تن آرامی	۴۶/۲۴۱	۲۱/۶۷۸
حضور و تن آرامی	گواه	-۱۰۵/۵۹۲**	۲۱/۶۹۵
	حضور	-۴۶/۲۴۱	۲۱/۶۷۸

*: معنی دار در سطح ۰/۰۵ **: معنی دار در سطح ۰/۰۱

طول زمان فعال زایمان بین پاسخگویان مختلف برحسب استفاده از مسکن تفاوت معنی داری وجود دارد. توجه به میانگین رتبه‌های گروه‌های مختلف نشان می‌دهد افرادی که از مسکن استفاده نکرده‌اند به‌طور معنی داری زمان فعال زایمان کمتری داشته‌اند.

یکی دیگر از فرضیه‌های این پژوهش تعیین رابطه بین طول زمان فعال زایمان و استفاده یا عدم استفاده از مسکن بود. به‌منظور مقایسه طول زمان فعال زایمان برحسب استفاده از مسکن با توجه به مقیاس اندازه‌گیری و تعداد افراد در هر یک از دسته‌ها از آزمون من ویتنی یو استفاده شد. همان‌گونه که جدول ۶ نشان می‌دهد از نظر

جدول شماره (۶): مقایسه طول زمان فعال زایمان برحسب استفاده از مسکن

مؤلفه	پاسخ	تعداد	میانگین رتبه‌ها	مقدار U
استفاده از مسکن	خیر	۶۵	۳۶/۱۲	۲۰۲/۵۰**
	آری	۲۵	۶۹/۹۰	

*: معنی دار در سطح ۰/۰۵ **: معنی دار در سطح ۰/۰۱

مسکن با توجه به مقیاس اندازه‌گیری از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. نتایج حاصله از جدول ۷ بیانگر آن است که بین گروه‌های مختلف تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

هدف دیگر پژوهش بررسی تفاوت بین گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه از نظر استفاده یا عدم استفاده از مسکن بود. به‌منظور بررسی تفاوت گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه از نظر استفاده از

جدول شماره (۷): مقایسه توزیع فراوانی و درصد استفاده از مسکن در گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه

کل	استفاده از مسکن		فراوانی	گواه	گروه
	آری	خیر			
۳۰	۱۶	۱۴	فراوانی	گواه	
%۱۰۰/۰۰	%۵۳/۳	%۴۶/۷	درصد		
۳۰	۶	۲۴	فراوانی	حضور	
%۱۰۰/۰۰	%۲۰/۰۰	%۸۰/۰۰	درصد		
۳۰	۳	۲۷	فراوانی	حضور و تن‌آرامی	
%۱۰۰/۰۰	%۱۰/۰۰	%۹۰/۰۰	درصد		
۹۰	۲۵	۶۵	فراوانی	کل	
%۱۰۰/۰۰	%۲۶/۷	%۷۲/۲۰	درصد		

حضورداشته قرار دارد و این گروه نیز تفاوت معنی‌داری با گروهی که روانشناس هم حضورداشته و هم تن‌آرامی اعمال نموده دارد. کمترین میزان طول زمان فعال زایمان مربوط به گروه حضور ماما و آموزش تن‌آرامی بوده است. با حضور یک ماما، طول مرحله فعال زایمان کاهش می‌یابد. طبق نتایج تحقیق حاضر، زنان نخست زای در حال زایمانی که مراقبت‌های معمول پرستاری را دریافت می‌کردند در مقایسه با زنانی که تحت مراقبت اضافی با ماما بودند طول مرحله فعال زایمان بیشتری داشتند. نتایج این تحقیق با پژوهش‌های دیگر همسو می‌باشد (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۱۳، ۱۴، ۲۰).

اکثر مطالعات حضور یک فرد حامی در سرتاسر زایمان را حتی اگر هیچ‌گونه دخالت دارویی یا غیر دارویی در کاهش درد صورت نگیرد در کاهش طول مدت زایمان مؤثر دانسته‌اند. همسو با پژوهش بحری بیناباج، لطیف نژاد و تفضلی و بحری و همکاران (۱۵)، حمایت حرفه‌ای مداوم طی مراحل زایمانی بر میزان رضایت‌مندی زنان نخست‌زا از تجربه زایمان تأثیر می‌گذارد. با پیشرفت علم و فناوری و انجام زایمان در بیمارستان‌ها به دلیل جدایی خانم باردار از خانواده و محیط امن و آشنای منزل، استرس و اضطراب آن‌ها طی مراحل زایمانی افزایش یافته است که عاملی در بلوکه شدن پیشرفت در مراحل زایمانی است. زن طی دوران بارداری و زایمان به‌طور محسوسی به دیگران متکی می‌شود، بنابراین هراندازه توجه و محبت بیشتری از اطرافیان خود ببیند، احساس بهتر و رضایت بیشتری خواهد داشت. توجه به رضایت زن از تجربه زایمان بسیار مهم بوده و

جدول شماره (۸): مقایسه گروه‌های مختلف آزمایشی و گواه از نظر

استفاده از مسکن		
مقدار χ^2	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۱۵/۳۹۷**	۲	۰/۰۰۰
*: معنی‌دار در سطح ۰/۰۵؛ **: معنی‌دار در سطح ۰/۰۱		

داده‌های جدول نشان می‌دهد ۵۳/۳ درصد از زنان در گروه گواه از مسکن استفاده کرده و ۴۶/۷ درصد از مسکن استفاده نکرده‌اند. در گروه حضور ماما ۲۰ درصد از زنان در گروه گواه از مسکن استفاده کرده و ۸۰ درصد از مسکن استفاده نکرده‌اند. در گروه حضور ماما و آموزش تن‌آرامی ۱۰ درصد از زنان در گروه گواه از مسکن استفاده کرده و ۹۰ درصد از مسکن استفاده نکرده‌اند. درصد استفاده از مسکن توسط هر یک از این سه گروه در جدول ۷ به تفصیل نشان داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود بیشترین درصد استفاده از مسکن در گروه گواه (۵۳/۳ درصد) وجود داشته و پس از آن به ترتیب گروه‌های حضور روانشناس (۲۰ درصد) و حضور روانشناس به همراه تن‌آرامی (۱۰ درصد) قرار دارند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشترین میزان طول زمان فعال زایمان مربوط به گروه گواه بوده و پس از آن گروهی که در آن ماما صرفاً

دردی که یک ماما در کنار خود داشتند و آموزش تن‌آرامی دیده بودند به صورت معنی‌داری بیشترین کاهش در استفاده از مسکن داشتند. بیشترین استفاده از مسکن در گروه گواه وجود داشته و پس از آن در گروه حضور ماما بود. زنان به هنگام درد بر رها سازی عضلات بدن خود به غیر از عضلاتی که به طور طبیعی در هنگام زایمان منقبض هستند یا به بیان دیگر بر تن‌آرامی افتراقی تمرکز می‌کنند در نتیجه درد کمتری را متحمل می‌شوند و یا به علت حفظ آرامش خود، از حرکات اضافه خودداری کرده، کارکنان بیمارستانی را به آرام کردن آن‌ها به شیوه استفاده از مسکن ترغیب نمی‌کنند.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به محدود بودن تحقیق به یک بیمارستان دولتی اشاره کرد. بر اساس نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود در انجام طرح تحقیقاتی از ۴ گروه به صورت یک گروه گواه و سه گروه آزمایشی استفاده شود. در گروه یک آزمایشی فقط حضور ماما، در گروه دوم آزمایشی انجام تن‌آرامی به تنهایی، و در گروه سوم آزمایشی حضور ماما به علاوه انجام تن‌آرامی قرار گیرند تا بتوان نقش تک‌به‌تک این عوامل را سنجید. در صورت امکان بهتر است برای تعیین تأثیر تن‌آرامی در پژوهش، آموزش تن‌آرامی در سه ماهه دوم شروع شود و با تمرینات روزانه به مهارت لازم دست پیدا کنند تا نتایج بهتری از این فن در هنگام درد زایمان حاصل شود. قبل از انجام تحقیق بیمارستان یا زایشگاه مورد نظر باید مورد بازدید قرار گیرد. بهتر است مراکز درمانی آموزشی و تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی در اولویت قرار گیرند زیرا این مراکز بیشتر از سایر مراکز درمانی روند علمی مداخلات را پیگیری می‌کنند و در نتایج تحقیقاتی اثر سوء به جای نمی‌گذارند. همچنین امکانات مراکز درمانی می‌توانند در نتایج تحقیقات سوگیری ایجاد کنند. مثلاً اگر یک زایشگاه مراجعان خود را به مداخلاتی نظیر استفاده از مسکن‌های خاصی تشویق کنند، فراوانی افراد مصرف‌کننده مسکن افزایش یافته و در نتایج اثر می‌گذارند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی کارکنان بیمارستان تأمین اجتماعی شهر بوشهر و شرکت‌کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

ثابت شده که رضایت زن با حمایت‌های دریافت شده طی زایمان ارتباط مستقیم دارد. تحقیقات بیانگر این واقعیت هستند که در شرایط بحرانی و تنش‌زای زایمان پشتیبانی و تقویت مداوم مادر به وی احساس امنیت و رضایت شدید بخشیده و وجود یک فرد حمایت‌کننده می‌تواند در کاهش اضطراب و تنش مادر بسیار مؤثر باشد.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که زنانی که علاوه بر حضور ماما، آموزش تن‌آرامی داشتند، طول مرحله فعال زایمان کمتری نسبت به زنانی داشتند که فقط تحت مراقبت اضافی ماما بودند که با نتایج پژوهش‌های جانک، سیستو و همکاران، و اسمیت و همکاران همسو می‌باشد (۵، ۱۱، ۱۴).

روباوری با استرس جزء جدانشدنی زندگی هر انسانی است که اگر به شیوه‌ای صحیح با آن برخورد نشود، اثرات منفی بسیار از جمله ترس و فرسودگی را متحمل می‌شود. ولی با آموختن چگونگی پیشگیری از انباشتن استرس و ساماندهی آن می‌توان به جای تحمل ترس و فرسودگی با آن مقابله کرد و بر آن فائق آمد. این امر وقتی میسر است که هر فرد با یادگیری مهارت‌های ویژه مانند تن‌آرامی توانمندی خود را افزایش داده، هیجانات خود را کنترل کرده و از واکنش‌های هیجانی بپرهیزد. بنابراین با کسب توانمندی‌های ذکر شده می‌توان با موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌ای درست مواجه شد، وضعیت استرس را به درستی ارزیابی کرد و در نتیجه بحران را با آرامش سپری کرد.

همچنین یافته پژوهش حاضر نشان می‌دهد؛ افرادی که از مسکن استفاده نکرده‌اند به طور معنی‌داری زمان فعال زایمان کمتری داشته‌اند. این نتایج با برخی پژوهش‌ها (۱۱، ۶، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۹) همسو می‌باشد. طبق مطالعه فریدمن در سال ۱۹۷۲ یکی از عوامل دخالت‌کننده در اختلالات طول کشیدن و توقف مرحله فعال زایمان را تسکین بخشی بیش‌از حد عنوان می‌کند. همچنین این رابطه می‌تواند در نتیجه عواملی باشد که استفاده از مسکن را کاهش می‌دهند (مانند حمایت مداوم، کاهش ترس و اضطراب، تن‌آرامی تنفس صحیح، تصویرسازی ذهنی، ماساژ درمانی). به بیان دیگر رابطه بین عدم استفاده از مسکن و کوتاه شدن زمان فعال زایمان یک رابطه علی نباشد (۹، ۱۸). یافته پژوهش نشان می‌دهد زنان در حال

References:

1. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labor and child- birth on breastfeeding, medical interventions, and

mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105(10): 1056-63.

2. Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180(5): 1054-9.
3. Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *J Women Health Gend Bsaed Med* 1999; 8(10):1257-64.
4. Sauls DJ. Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(6): 733-41.
5. Saisto T, Salmela-Aro K, Kononen T, Nurmi JE, Halmesmaki E. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2002; 98(5): 820-6.
6. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochra Data Syst Rev* 2011; 16(2):3766-70.
7. Maimbolwa MC, Sikazwe N, Yamba B, Diwan V, Ransjo-Arvidson AB. Views on involving a social support person during labor in Zambian maternities. *J Midwifery Women Health* 2001; 46(4): 226-34.
8. Aune I, Amundsen HH, Skaget LS. Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives' experiences and thoughts about factors that may influence their continuous support of women during labor. *Midwifery* 2014; 30(1): 89-95.
9. Friedman E.A. An objective approach to the diagnosis and management of abnormal labor. *Bull N Y Acad Med* 1972; 48(6): 842.
10. Alexander JM, Sharma SK, melntire DD. Epidural analgesia lengthens the friedman active phase of labor. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1): 46-50.
11. Janke J. The effect of relaxation therapy on preterm laboroutcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999; 28(3): 255-63.
12. Bastani F, Heidarnia A, Kazem Nezhad A, Vafayi M, Kashanian M. The effect of relaxation training on reducing anxiety and stress in pregnant women, a randomized controlled effort. *J Women Health Nurs* 2005; 50(4): 36-40. (Persian)
13. Pascali-Bonaro D. Childbirth education and doula care during times of stress, trauma, and grieving. *J Perin Edu* 2003; 12(4): 1-7.
14. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labor. *Cochra Data Syst Rev* 2011; 7(12): 9514-18.
15. Latif Nezhad R, Tafazoli M. Effect of continuous professional support during labor in primiparous women experiencing childbirth on satisfaction. *J Shaeed Sdoughi Uni Med Sci Yazd* 2000; 11(3): 73-79. (Persian)
16. Gordon NP, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization hospitals. *Obstet Gynecol* 1999; 93(3): 422-26.
17. De Boer HJ, Cotingting C. Medicinal plants for women's healthcare in southeast Asia: A meta-analysis of their traditional use, chemical constituents, and pharmacology. *J Ethnopharmacol* 2014; 151 (2, 3):747-67.
18. King TL. Can a Vaginal Birth after Cesarean Delivery be a Normal Labor and Birth? Lessons from Midwifery Applied to Trial of Labor After a Previous Cesarean Delivery. *Clinic Perinatol* 2011; 38(2): 247-63.
19. Hammond A, Foureur M, Homer SE, Davis D. Space, place and the midwife: Exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwifery practice. *Women Birth* 2013; 26 (4): 277-81.

20. Davey MA, McLachlan HL, Forster D, Flood M.
Influence of timing of admission in labor and
management of labor on method of birth: Results

from a randomised controlled trial of caseload
midwifery. *Midwifery* 2013; 29(12): 1297-302.

THE ROLE OF MIDWIFERY AND RELAXATION THERAPY ON THE DURATION OF THE ACTIVE PHASE OF LABOR IN TAMIN- E EJTEMAEE HOSPITAL OF BOUSHEHR

Golestane SM¹, Dehghani Y^{2*}, Mirshekari E³

Received: 25 Mar , 2014; Accepted: 24 May , 2014

Abstract

Background & Aims: To have a supportive, calm, experienced birth partner is every mother-to-be's wish. Anxiety and stress during labor could decrease the progress of labor. The aim of this study is the investigation of effects of presence of midwifery and relaxation therapy on the speed of active phase of delivery in primiparous women.

Materials & Methods: This study is an experimental study that was conducted in the period of 3 months. In this study, 90 primiparous women in active phase of labor were randomly selected and divided into three groups (one control and two experimental groups) with 30 subjects in each group. The control group received routine nurse care. In one experimental group, the subjects were under midwifery extra care, and in another experimental group the subjects received relaxation therapy in addition the presence of a midwifery psychologist. Observation and record of active time length phase frequency was used.

Results: The mean lengths of active phase among experimental groups were lower than control group, and the differences were statistically significant (the first experimental group= 183/83, the second experimental group= 138/67 and the control group= 245/50, $p < 0/01$). The mean length of active phase in the 2nd experimental group was significantly lower than the 1st experimental group. Primiparous women who received routine nurse care (the control group) had increased length of active phase of delivery compared to the women who were under extra care by midwifery (first experimental group). Women, who had relaxation therapy in addition to presence of midwifery (the second experimental group), had decreased length of active phase of delivery compared to the women who were just under extra care by midwifery.

Conclusion: The presence of midwifery and relaxation therapy can cause the decreasing of labor active phase.

Key words: midwifery, relaxation, active phase of delivery

Address: Department of Psychology, faculty of literature and humanities, Persian Gulf University, Bushehr, Iran, **Tel:** (+98) 917378902

Email: ydehghani@yahoo.com

¹ Assistant professor of psychology, Persian Gulf University

² Assistant professor of psychology, Persian Gulf University (Corresponding author)

³ MA in clinical Psychology