

بررسی تاثیر حضور همراه بر طول مدت زایمان و تمایل به شیردهی در مادران نخست‌زا

طیبه سمیعی‌زاده طوسی^{۱*}، منیژه سرشتی^۲، علیرضا داشی‌پور^۳، ندا محمدی‌نیا^۴، عابده ارزانی^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۱/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۳/۲۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: زایمان در زنان نخست‌زا عمیق‌ترین تجربه عاطفی است که زمینه سلامت یا بیماری آن‌ها را در دوره زندگی‌شان فراهم می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر حمایت مداوم هنگام زایمان توسط فرد همراه بر طول مدت زایمان و تمایل به شیردهی در مادران نخست‌زا انجام شده است. **مواد و روش کار:** در این مطالعه کارآزمایی بالینی دو سو کور، ۲۱۰ مادر نخست‌زای با سن ۱۸-۳۵ با حاملگی تک قلو، نمایش قله سر، سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته، شروع خودبخود زایمان و بدون عوارض بارداری و بیماری طی مراجعه کننده به بیمارستان ایران ایرانشهر انتخاب شدند. با گزینش تصادفی در دو گروه ۱۰۵ نفری آزمون و شاهد قرار گرفتند. در گروه آزمون زائو از زمان پذیرش تا یک ساعت پس از زایمان توسط فرد همراه که زنی از بستگان و یا دوستان زائو بود و خود تجربه یک زایمان واژینال با پیامد مطلوب و نداشتن ترس و وحشت از محیط زایمان، زائو را حمایت می‌کرد. حمایت‌ها شامل: تشویق، دلداری و نوازش زائو بود. ابزار گردآوری داده‌ها فرم مصاحبه و فرم مشاهده بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و آزمون‌های تی‌تست، کای‌دو و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر خصوصیات دموگرافیک، سن حاملگی، وزن جنین و میزان اضطراب بدو ورود به زایمان همسان بودند. طول مدت زایمان ($p=0/003$)، زمان شروع اولین شیردهی از پستان ($P<0/001$) و نیاز به اکسی‌توسین ($p=0/003$) در گروه مورد به‌طور معنی‌داری کم‌تر از گروه شاهد بود. آپگار دقیقه اول ($p=0/002$) و مدت در آغوش گرفتن نوزاد ($P<0/012$) در گروه مورد به‌طور معنی‌دار بیشتر از گروه شاهد بود. میزان نگاه کردن به نوزاد در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بود، ولی اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/063$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش، حمایت مداوم زائو توسط همراه موجب کاهش مدت زایمان، شروع زود هنگام شیردهی از پستان و بهبود روابط مادر و نوزاد بدون ایجاد عوارض و مداخله همراه در امور پزشکی می‌شود، لذا می‌توان از این راهبرد کم هزینه و مفید جهت پیشبرد سلامت مادر و نوزاد استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: همراه، زایمان، شیردهی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره چهارم، پی در پی ۳۳، مهر و آبان ۱۳۹۰، ص ۲۶۹-۲۶۲

آدرس مکاتبه: ایرانشهر، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی، تلفن محل کار: ۰۵۴۷۳۳۱۰۴۸۵ و تلفن همراه: ۰۹۱۲۵۲۲۸۴۸۹

Email: samieizadeht@zaums.ac.ir

مقدمه

و پرسنل، درد و ناراحتی و نگرانی، از دست دادن کنترل حین

دردهای زایمانی و تطابق با نقش غیرفعال خود هنگام زایمان

می‌باشد (۲). طی زایمان تظاهرات روان رنجوری بسیار شایع

است و در این میان اضطراب و ترس بی‌جهت شایع‌تر از همه

زایمان واقع‌ای است که اثرات روانی اجتماعی و احساسی

شدیدی بر مادر دارد (۱). تجربه زایمانی می‌تواند احساس تنهایی

و استرس باشد. علل استرس و اضطراب شامل ناآشنایی با محیط

^۱ مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده پرستاری و مامایی ایرانشهر (نویسنده مسئول)

^۲ مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دانشکده پرستاری و مامایی شهرکرد

^۳ مربی، کارشناس ارشد تغذیه، گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دانشکده پزشکی زاهدان

^۴ کارشناس ارشد بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

^۵ کارشناس مامایی. بیمارستان ایران، ایرانشهر

مادر به نیازهای شیرخوار است (۱۱). حمایت متناوب هیچ یک از مزایای فوق را ندارد (۱۰).

سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌نماید زنان هنگام زایمان باید توسط افرادی نظیر زنان معتمد و امین و یا افرادی که زائو با آنان (نظیر دوست، همسر یا DOULA) احساس راحتی می‌کند، حمایت شوند (۱۲). در سال ۱۹۸۵ سازمان جهانی بهداشت، اعلام کرد جهت اطمینان از سلامت مادران و احساس رضایت‌بخش مادران جدید، باید حق انتخاب اختیاری، حضور همراه هنگام زایمان وجود داشته باشد. مطالعات متعددی از این نظریه حمایت کردند (۱۳).

اما در مطالعه‌ای که توسط Bruggemann نشان داده شد که که در گروهی که حین زایمان توسط همراه حمایت می‌شدند در مقایسه با زنانی که فاقد حمایت بودند، رضایت بیشتر و میزان دفع مکنونیوم کم‌تر بود. اما از نظر سایر متغیرهای زایمانی بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌دار وجود نداشت (۱۲). در مطالعه Langer نیز تفاوتی بین میزان رضایت مددجویانی که حین زایمان همراه داشتند با کسانی که فاقد همراه بودند، وجود نداشت (۱۴).

نتایج مطالعات بیانگر تاثیر فرهنگ و مذهب بر دیدگاه زنان در مورد حضور همراه هنگام زایمان می‌باشد، از جمله مطالعه Rassin نشان داد بین زنان عرب و یهودی تفاوت در تعداد و نوع همراه حین زایمان وجود دارد (۱۵). در این زمینه از طرفی طبق نظر چالمرز^۱ و همکاران تحقیقات بیشتری نیاز است تا تاثیر اختلافات فرهنگی بر حمایت زایمان مشخص شود (۱۶). با تغییر محل زایمان از خانه به بیمارستان، روش‌های مرسوم زایمان جای خود را به مداخلات تکنولوژیک دادند و بسیاری از مددجویان از همراهی سایر زنان طی زایمان محروم شدند، اما اخیراً نیاز به حمایت و همراهی دوباره مورد توجه قرار گرفته و پذیرفته شده است. در آمریکا و انگلیس تقریباً در ۹۵ درصد موارد همسر زائو حین زایمان

است. حالت اضطرابی به صورت ترس و تحریک‌پذیری، احساس فشار و نگرانی آشکار می‌شود که ممکن است با تغییرات فیزیولوژیک مثل لرز تهوع و احساس گرما یا سرما و گیجی بروز کند (۳). اضطراب شدید مادر نسبت به زایمان می‌تواند یک عامل خطر برای مادر و جنین باشد. اضطراب زیاد باعث افزایش ایپی‌نفرین در خون شده و این ماده باعث انقباض عروقی مادر و در نتیجه کمبود اکسیژن در جنین می‌شود. از طرفی افزایش این هورمون با تشدید تنش عضلانی و گرفتگی عضلات کف لگن و گردن رحم، پیشرفت زایمان را مختل کرده و در نهایت منجر به طولانی شدن زایمان می‌گردد (۴). پیشرفت زایمان به چهار عامل، بافت استخوانی، شکل لگن مادر، انقباضات رحم وضعیت و اندازه جنین و عوامل روانی بستگی دارد. مراقبت گسترده و هوشمند برای تامین سلامت مادر هنگام زایمان، امری بسیار ضروری است (۵). حمایت مداوم حین زایمان ممکن است بر پیامد مادری و نوزادی موثر باشد (۶،۷). یک همراه حمایت‌کننده ممکن است از طریق کاهش اضطراب مادر، فعالیت‌های انقباضی و جریان خون رحم را تسهیل نماید (۸). از آنجا که در بخش زایمان توجه به نیازهای جسمی مادر اهمیت و بیشترین توجه را می‌طلبد. نیاز روحی مادر ممکن است فراموش شود (۹). مطالعات مروری، نشان داده است که حمایت مداوم حین زایمان، موجب افزایش زایمان طبیعی، نگرش مثبت در مورد تجربه زایمانی و کاهش استفاده از مسکن می‌شود. این نویسنده معتقد است، حمایت مداوم همراه، زمانی بهترین پیامد را در بر دارد که از شروع دردهای زایمان آغاز گردد و فرد حمایت‌کننده از کارکنان، موسسه زایمانی نباشد. حمایت مداوم توسط "دولا" (حمایتگر آموزش دیده) موجب، کاهش نیاز به استفاده از مسکن، اکسی‌توسین، فورسپس و همچنین باعث کاهش میزان سزارین و مدت مراحل زایمانی می‌گردد (۱۰). سایر فواید حمایت مداوم شامل: کاهش علائم افسردگی، بهبود عزت نفس و افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر و افزایش توجه

¹ Chalmers

او را حمایت می‌کند. مادر یا سایر اعضای خانواده، دوستان، یا افراد حرفه‌ای ممکن است علاوه بر همسر زن یا به جای او زائو را همراهی کنند (۲) ولی در برخی از کشورهای در حال توسعه نظیر ایران همراهان اجازه حضور در بخش زایمان را ندارند. یکی از دلایل عدم قبول همراه در بخش زایمان توسط مسئولین، احتمال ایجاد اغتشاش و مداخله در امور پزشکی و مامایی است. تعداد اندک کارکنان در مقابل انبوه بیماران و عدم دریافت حمایت کافی، زایمان را تبدیل به تجربه‌ای هولناک و اضطراب‌آور نموده است و منجر به افزایش آمار سزارین انتخابی توسط مادر شده است (۱۷).

یکی از برنامه‌های وزارت بهداشت و درمان ترویج زایمان طبیعی و ایجاد بیمارستان‌های دوست‌دار مادر و کاهش زایمان‌های غیربهداشتی است. نتایج تحقیقات بیانگر میزان نسبتاً بالای مرگ و میر مادران و انجام زایمان‌های غیربهداشتی توسط افراد آموزش ندیده در استان سیستان و بلوچستان می‌باشد (۱۸). با توجه به نتایج ضد و نقیض مطالعات، عدم انجام مطالعه‌ای در این زمینه در ایران‌شهر و تاثیر عوامل مذهبی و فرهنگی بر پذیرش همراه و با توجه به این که یکی از عوامل انتخاب زایمان در منزل حتی توسط فرد دوره ندیده توسط مادر می‌تواند ترس از محیط‌های بیمارستانی و تنهایی باشد، انجام تحقیق حاضر با هدف حضور زنی از بستگان و دوستان زائو که فقط آموزش مختصری در ابتدای ورود در مورد حمایت از زائو دریافت کند و با کم‌ترین هزینه بتواند اثرات سودمندی بر عاقبت مادر و نوزاد ایجاد نماید طرح ریزی شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی دو سوکورمی باشد که پس از تایید کمیته اخلاق و ثبت کارآزمایی بالینی در فاصله تیر ماه ۸۸ لغایت خرداد ۸۹ در مرکز آموزشی و درمانی ایران‌شهر بر روی ۲۱۰ زن نخست حامله انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه خانم‌هایی بود که جهت زایمان به مرکز آموزشی و درمانی ایران‌شهر مراجعه کرده بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل

حاملگی اول تک قلو با نمایش قله سر و مادر نخست‌زای با سن ۱۸-۳۵ با حاملگی تک قلو، نمایش قله سر و موقعیت اکسی پوت قدمی، سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته و شروع خودبخود زایمان و اتساع ۳ سانتی‌متری دهانه رحم هنگام پذیرش بود. معیارهای خروج شامل داشتن هرگونه بیماری طبی و جراحی، بیماری روانی و افسردگی، مصرف دارو، جدایی از همسر و سفرهای طولانی مدت او، اعتیاد به مواد مخدر، ممنوعیت زایمان طبیعی و عوارض مامایی نظیر دکولمان و جفت سر راهی جنین ناهنجار، پره اکلامپسی..... بود.

حجم نمونه بر اساس نظر مشاور آماری و اهداف پژوهش وبا

استفاده از فرمول

$$N = \frac{(z_1 - \frac{\alpha}{2} + z_1 - B)[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}{(p_1 - p_2)^2}$$

با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد ۲۱۰ نفر در نظر گرفته شد. با کسب اجازه از مسئولین معاونت پژوهشی و رئیس بیمارستان و مسئول بخش مامایی جهت نمونه‌گیری به بخش زایمان بیمارستان ایران‌شهر مراجعه شد.

نمونه‌گیری به صورت تصادفی به روش بلوک‌بندی شده انجام شد. به این طریق که از مادران واجد شرایط که وارد مطالعه می‌شدند، خواسته شد یکی از کارت‌های که در بلوک‌های ده‌تایی بود را بردارد. در این بلوک‌ها کارت‌ها به صورت تصادفی پنج مورد مربوط به گروه مورد و پنج مورد مربوط به گروه شاهد بود که توسط واحد پژوهش انتخاب می‌گردید و پس از انتخاب کارت توسط زائو مشخص گردید که جزو کدام گروه است. واحدهای پژوهش به طور تصادفی در گروه با همراه و یا بدون همراه قرار گرفته سپس به اتاق درد منتقل شدند. پس از برقراری انفوزیون وریدی مراقبت‌های معمول مامایی مثل کنترل قلب جنین، معاینات واژینال انجام شد. گروه مورد نیز مشابه گروه شاهد کنترل شد با این تفاوت که از ابتدا تا یک ساعت پس از زایمان توسط همراه مورد حمایت قرار گرفت. دو گروه مورد و شاهد از نظر

انحراف معیار، فراوانی... و استنباطی (تی مستقل، تی زوج، کای‌اسکوار، آنالیز واریانس) انجام شد.

یافته‌ها

۲۱۰ مادر نخست‌زا در این مطالعه شرکت کردند که ۱۰۵ نفر در گروه شاهد (بدون همراه) و ۱۰۵ نفر در گروه مورد (با همراه) قرار گرفتند. میانگین سن گروه مورد $21/5 \pm 3/5$ سال و در گروه شاهد $21/6 \pm 3/3$ بود. تفاوتی آماری معنی‌دار بین سن دو گروه وجود نداشت ($p=0/714$).

میانگین وزن نوزاد هنگام تولد در گروه مورد $2972/09 \pm 373$ گرم و در گروه شاهد $2958/29 \pm 345$ گرم بود. تفاوتی آماری معنی‌دار بین میانگین وزن نوزاد هنگام تولد دو گروه وجود نداشت ($p=0/781$). میانگین سن حاملگی در گروه مورد $39/2 \pm 0/8$ و در گروه شاهد $38/9 \pm 2$ هفته بود. دو گروه از نظر آماری طبق آزمون کای‌اسکوار تفاوت آماری معنی‌دار بین سن حاملگی دو گروه وجود نداشت ($p=0/918$). اکثریت واحدهای پژوهش ($93/3\%$) خانه‌دار و بقیه شاغل بودند. تفاوت آماری معنی‌دار بین شغل دو گروه وجود نداشت ($p=0/261$). تحصیلات اکثریت افراد ($45/7\%$) گروه مورد تحصیلات متوسطه و در گروه شاهد ($42/9\%$) درصد تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند. تفاوت آماری معنی‌دار بین میزان تحصیلات دو گروه وجود نداشت ($p=0/262$).

میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در گروه مورد $227/04 \pm 111$ دقیقه و در گروه شاهد $283 \pm 135/26$ دقیقه بود. اختلاف آماری معنی‌دار بین میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در دو گروه وجود داشت ($p=0/001$).

تفاوتی معنی‌دار آماری در میانگین مرحله دوم زایمان وجود نداشت. اما میانگین طول مدت کل زایمان در گروه مورد کوتاه‌تر بوده و این تفاوت معنی‌دار بود ($p=0/003$) (جدول شماره ۱).

دریافت اقدامات مامایی و معاینات لگنی به‌طور یکسان مراقبت شدند. شرایط زن همراه جهت ورود به مطالعه شامل: داشتن سابقه حداقل یک زایمان طبیعی، از بستگان یا دوستان زائو، نداشتن ترس و وحشت از محیط زایشگاه و تقبل حضور در زایشگاه تا انتهای زایمان بدون مداخله در امور مامایی و پزشکی و تغذیه مادر بود. همراه حین زایمان مادر را دل‌داری و نوازش کرده، دست‌های زائو را در دست می‌گرفت و تماس چشمی با او برقرار می‌کرد. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل فرم مصاحبه پژوهشگر ساخته شامل دو بخش مشخصات فردی و زایمانی واحدهای پژوهش و فرم مشاهده بود که ویژگی‌های زایمانی و ارتباط بین مادر و نوزاد بعد از مشاهده در فرم ثبت می‌گردید. جهت تعیین روایی ابزار مورد استفاده، از روایی محتوی استفاده شد به این طریق که جهت تهیه سوالات از کتب مرجع و مقالات استفاده گردید.

پس از تهیه فرم مصاحبه و مشاهده، ابزار در اختیار اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ابرانشهر قرار داده شد و روایی محتوایی آن پس از اعمال نظر کارشناسان مذکور صورت گرفت. برای تعیین پایایی ابزار از پایایی هم‌ارز استفاده شد. بدین ترتیب که فرم مصاحبه و مشاهده جهت ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش توسط دو کارشناس مامایی با تحصیلات و سابقه کار مشابه به‌طور جداگانه تکمیل و همبستگی بین آن‌ها با $r=0/95$ تایید گردید. در ابتدای ورود به مطالعه فرم مصاحبه تکمیل می‌گردید و حین درد و زایمان و تا یک ساعت بعد از آن، وضعیت زائو توسط یک کارشناس مامایی مشاهده می‌گردید و سپس فرم مشاهده توسط او تکمیل می‌شد. جمع‌آوری اطلاعات توسط دو پرسشگر کارشناس مامایی که از نظر سابقه کار و مهارت‌های عملی و تحصیلات مشابه بودند انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های توصیفی (میانگین،

جدول شماره (۱): مقایسه میانگین و انحراف معیار طول مدت مرحله اول و دوم زایمان، طول مدت کل زایمان، آپگار نوزاد در دقیقه اول، زمان شروع شیردهی در دو گروه

نتیجه آزمونی مستقل	گروه شاهد		گروه مورد		متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
t=-۳/۳۱۵ p=۰/۰۰۱	۱۳۵/۲۶	۲۸۳/۶۶	۱۱۱/۰	۲۲۷/۰۴	طول مدت مرحله اول زایمان(دقیقه)
t=-۱/۸۲۴ p=۰/۰۷۰	۲۲/۲	۴۳/۲	۱۶/۹	۳۹/۲۸	طول مدت مرحله دوم زایمان
t=-۳/۰۴ p=۰/۰۰۳	۴/۱۴۵	۳۲۲/۶	۱۱۷/۷	۲۶۷/۰	طول مدت کل زایمان(دقیقه)
t=-۳/۱۴ p=۰/۰۰۲	۰/۴	۸/۹	۰/۳	۹/۱	آپگار دقیقه اول نوزاد
t=-۴/۸ p=۰/۰۰۰۱	۲۰/۶۶	۴۱/۷۰	۱۵/۰	۲۹/۶۴	زمان شروع شیردهی(دقیقه)

میزان نیاز به استفاده از اکسی توسین در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۳) (جدول شماره ۲).

شماره ۲).

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی واحدهای پژوهش درمیزان نیاز به استفاده از اکسی توسین و درآغوش گرفتن نوزاد در دو گروه

نتیجه آزمون کای دو	جمع		گروه شاهد		گروه مورد		متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
P=۰/۰۱۲	۱۰۰	۱۲۷	۵۲/۴	۵۵	۶۸/۶	۷۲	بله
	۱۰۰	۸۳	۴۷/۶	۵۰	۳۱/۴	۳۳	خیر
p=۰/۰۰۳	۱۰۰	۱۰۵	۵۲/۴	۵۵	۳۲/۴	۳۴	بله
	۱۰۰	۱۰۵	۴۷/۶	۵۰	۶۷/۶	۷۱	خیر

بود (P=۰/۰۱۲) (جدول شماره ۲).

میزان نگاه کردن به نوزاد در گروه مورد (۹۹ درصد) بیشتر از گروه شاهد (۹۴ درصد) بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود (P=۰/۰۶۳).

۷۴/۳ درصد عاملین زایمان از حضور همراه در بخش زایمان احساس رضایت و ۲۵/۷ ناراضی بودند. ۸۱/۹ درصد عاملین زایمان حضور همراه را جهت حمایت عاطفی از زائو ضروری دانستند و ۱۸/۱ درصد این حمایت را مفید قلمداد نکردند.

میزان دخالت همراه در مراقبت‌های پزشکی و مامایی به ترتیب ۲۳/۸ و ۲۱ درصد بود.

میانگین آپگار دقیقه اول نوزاد هنگام تولد در گروه مورد

۹/۱۶±۰/۳ و در گروه شاهد ۸/۹±۰/۴ بود. تفاوت آماری معنی‌دار بین میانگین آپگار دقیقه اول نوزاد در دو گروه وجود داشت (P=۰/۰۰۲) (جدول شماره ۱).

میانگین زمان شروع شیر دهی از پستان در گروه مورد ۲۹/۶±۱۵/۰۷ دقیقه و در گروه شاهد ۴۱/۷±۲۰/۶۶ دقیقه بود. اختلاف آماری معنی‌دار بین میانگین زمان شروع شیر دهی در دو گروه وجود داشت (P<۰/۰۰۰۱) (جدول شماره ۱).

میزان در آغوش گرفتن نوزاد در گروه مورد ۶۸/۶ درصد و در گروه شاهد ۵۲/۴ درصد بود و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق بیانگر کاهش طول مدت کل زایمان و مرحله اول زایمان می‌باشد که با مطالعه اسکات (۱۱)، جواد نوری (۱۹) و خاوندی (۱۷) هم‌خوانی داشت. اما با نتایج مطالعه Bruggemann (۱۲) تفاوت داشت که علت احتمالی تفاوت می‌تواند به دلیل متفاوت بودن فرد همراه و تفاوت‌های فرهنگی واحدهای پژوهش باشد، زیرا در مطالعه Bruggemann در برخی از موارد همراهان تجربیات زایمانی نداشتند و یا همراهان آنان مرد بودند. لذا پیشنهاد می‌شود در یک مطالعه تاثیر حضور همسر با یک همراه زن مورد بررسی قرار گیرد.

یافته‌های بررسی بیانگر عدم تفاوت طول مدت مرحله دوم زایمان در دو گروه بود که با یافته‌های تحقیقات اسکات (۱۱)، جواد نوری (۱۹) و Khresheh (۲۰) یکسان بود، اما با نتایج تحقیق کاشانیان (۲۱) اختلاف داشت که علت احتمالی تفاوت، متفاوت بودن روش بررسی در مطالعه کاشانیان باشد، زیرا در مطالعه کاشانیان فرد همراه یک مامای با تجربه بوده و با فن‌های نظیر ماساژ، تشویق و اطمینان دادن... جهت کمک به زائو استفاده شده و همچنین مراقبت از گروه مورد با گروه شاهد متفاوت بوده و گروه مورد، حق قدم زدن، مصرف مواد غذایی و پوزیشن دلخواه را داشته درحالی که در گروه شاهد اقدامات معمول انجام شده است و کاهش مرحله دوم زایمان در مطالعه کاشانیان می‌تواند به دلیل مواردی نظیر ماساژ، وضعیت مناسب یا مصرف مواد غذایی به همراه حمایت‌گر با تجربه باشد.

آپگار دقیقه اول تولد نوزاد در گروه مورد بالاتر بود که با مطالعه خاوندی هماهنگی داشت اما با یافته‌های Bruggemann و کاشانیان متفاوت بود، که علت احتمالی تفاوت متفاوت بودن حجم نمونه و متدولوژی تحقیق می‌باشد.

میزان رضایت مادر از تجربه زایمان در گروه مورد بیش از گروه شاهد بود که با مطالعه نوری (۱۹) و Bruggemann (۱۲)

هماهنگ بود. اما با نتایج مطالعه Langer (۱۴) متفاوت بود. همچنین در مطالعه لانگر (۱۴) که تاثیر حمایت روانی اجتماعی حمایت‌گر آموزش دیده بر شیردهی و وضعیت روحی و روانی مادر بررسی شده بود، گروه مورد و شاهد طی یک ساعت اول پس از زایمان از نظر اضطراب آشکار، اعتماد به نفس و رضایت تفاوتی نداشتند. که علت احتمالی اختلاف به دلیل متفاوت بودن همراه بوده است زیرا در این مطالعه همراهان و مادران هیچ‌کدام در کلاس‌های آمادگی زایمان شرکت نکرده بوده‌اند و همراه تنها در مدت کوتاهی قبل از ورود به بخش در مورد قوانین بخش و نحوه پوشش و حضور در کنار زائو آموزش دیده و فرد همراه فردی آموزش دیده و حرفه‌ای نبوده است در حالی که در مطالعه لانگر دولا به عنوان حمایت‌گر بوده است. در این زمینه سازمان جهانی بهداشت پیشنهاد می‌نماید زنان حین زایمان توسط افراد غیرحرفه‌ای حمایت شوند (۱۲). بنابراین پیشنهاد می‌شود در یک بررسی نقش حمایت‌گر آموزش دیده با حمایت‌گر بدون آموزش‌های تخصصی بر روند زایمان مورد مقایسه قرار گیرد.

از نتایج دیگر این تحقیق کاهش نیاز به اکسی توسین در گروه مورد بود که با مطالعه جواد نوری هم‌خوانی دارد. او می‌نویسد: حمایت عاطفی همراه احتمالاً می‌تواند سبب تقویت و افزایش میزان ترشح اکسی توسین طبیعی بدن مادر گردد (۱۹). نتایج مطالعه معصومی نیز نشان داد میزان اضطراب در گروهی دریافت کننده اکسی توسین کم‌تر از گروه شاهد بود وی به نقل از فلد من می‌نویسد که بین سطح پلاسمایی اکسی توسین مادر و رفتارهایی عاطفی نظیر برقراری آرامش ارتباط وجود دارد (۲۲).

نتایج بررسی بیانگر اختلاف معنی‌دار در زمان شروع شیردهی از پستان در دو گروه و شروع زودتر آن در گروه مورد بود که با نتایج مطالعه خاوندی هماهنگ بود. اما با نتایج مطالعه Bruggemann متفاوت بود (۱۲). علت احتمالی تفاوت شاید به دلیل متفاوت بودن مذهب در دو جامعه باشد. زیرا در مطالعه

بنابراین پیشنهاد می‌شود مسئولین بیمارستان‌ها و بخش‌های زایمان اقدامات لازم جهت حضور همراه حمایت‌گر در کنار مددجویان خود را فراهم آورند.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج که نشان داد که حمایت عاطفی و حضور همراه، در کنار مادران نخست‌زا از ابتدای پذیرش تا یک ساعت پس از زایمان می‌تواند سبب کاهش طول مدت زایمان، آپگار بالاتر نوزاد هنگام تولد، تاثیر مثبت بر روابط مادر و نوزاد بدون مداخله قابل توجه همراه در مراقبت‌های مامایی و پزشکی گردد. بنابراین پیشنهاد می‌شود از این روش بدون هزینه جهت حمایت از زائو، بهبود شرایط محیط‌های زایمانی و افزایش رضایت‌مندی عامل زایمان و ایجاد تجربیات مثبت زایمانی در مددجویان بهره گرفت.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شده است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، سرپرست دانشکده پرستاری مامایی ابرانشهر، رئیس، مترون، مسئول و پرسنل بخش زایمان بیمارستان ایران و نمونه‌های پژوهش که مقدمات و شرایط انجام این طرح را فراهم نمودند، سپاسگذاری می‌نمایم.

حاضر تمام واحدهای پژوهش و همراهان مسلمان بودند و شاید همراهان به اهمیت تغذیه با شیر مادر از دیدگاه مذهبی، مادران جوان را راهنمایی کرده باشند.

میزان در آغوش گرفتن نوزاد در گروه مورد بیش از گروه شاهد بود که با نتایج مطالعه سوسا هماهنگ بود. اما در نگاه کردن به نوزاد بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، و با یافته‌های مطالعه سوسا مغایرت دارد که ممکن است تفاوت‌های فرهنگی و فردی در این مورد دخالت داشته باشد (۲۳).

نتایج مطالعه بیانگر دخالت اندک همراه در مراقبت‌های پزشکی و مامایی بود اما تاکنون در مورد میزان مداخلات همراه در امور پزشکی مطالعه‌ای انجام نشده است. Maimbolwa در بررسی خود می‌نویسد پرسنل معتقدند همراهان سبب مداخلات بی‌جا در پروسه زایمان می‌شوند (۲۴). لذا پیشنهاد می‌شود در نمونه‌ای با حجم بیشتر ابعاد مختلف دخالت همراهان در امر زایمان به‌صورت مجزا مورد بررسی قرار گیرد.

یافته‌های این تحقیق بیانگر رضایت‌مندی قابل توجه عاملین زایمان از حضور همراه در بخش زایمان بود. که با نتایج بررسی Brüggemann هماهنگ است (۱۲). تحقیقات نشان داده است که کادر درمانی فقط قادر است کم‌تر از ۱۰ درصد زمان خود را صرف حمایت نماید، لذا با توجه به کمبود پرسنل درمانی انتظار حمایت کافی ماماها از زنان در حال زایمان مشکل به نظر می‌رسد (۲۵).

References:

1. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL. Varney Midwifery 4th Ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers; 2007. P. 641.
2. Essex HN, Pickett KE. Mothers without companionship during childbirth: an analysis within the Millennium Cohort Study. Birth 2008; 35(4):266-76.
3. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. William's Obstetrics. 23rd Ed. New York: McGraw-Hill; 2009. P.1181.
4. Engebretson J, Mahoney J. Maternal, neonatal, and women's health nursing. NY: Delmar Publishing; 2004. P. 741.
5. Fraser DM, Cooper MA. Myles textbook for midwives. 15th Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008. P. 434-5,740.
6. Samieizadeh Toosi T. The effect of companionship on duration of labor in primiparous mothers (Dissertation). Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2001. (Persian)

7. Cashion K. Nursing care of the postpartum women. In Lowdermilk D, Perry Sh. Maternity nursing and women health care. 8th Ed. St. Louis: Mosby Co; 2004. P. 575.
8. Sadoc BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th Ed. Philadelphia: Lippincott. Williams and Wilkins; 2009.
9. Lifer G. Maternity nursing: an introductory text book. 9th Ed. St. Louis: Saunders; 2005. P.109.
10. Lundgren I. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. Midwifery 2010; 26(2):173-80.
11. Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. J Womens Health Gend Based Med 1999; 8(10):1257-64.
12. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, Neto AS. Support to women by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Reprod Health 2007 6; 4:5.
13. Ip WY. Chinese husbands' presence during labor: a preliminary study in Hong Kong. Int J Nurs Pract 2000; 6(2):89-96.
14. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomized clinical trial. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105(10):1056-63.
15. Rassin M, Klug E, Nathanzon H, Kan A, Silner D. Cultural differences in child delivery: comparisons between Jewish and Arab women in Israel. Int Nurs Rev 2009; 56(1):123-30.
16. Chalmers B, Wolman W. Social support in labor – a selective review. J Psychosom Obstet Gynaecol 1993; 14:1-15.
17. Khavandizadhadghdam S. Effect of continuous support during labor on outcome of childbirth in primigravida. J Ardabil Univ Med Sci 2005;6(4):368-73. (Persian)
18. Salehi M, Ghasemipour Z. Reasons for Zahedan's women for not referring to delivery ward for child delivery. J Reprod Infert 2002; 3(1 (9)):50-5.
19. Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. The effect of continuous support by a accompanying person during labor process. Sci J Med 2008; 7(1): 32-8.
20. Khresheh R. Support in the first stage of labor from a female relative: the first step in improving the quality of maternity services. Midwifery 2010; 26: e21-4.
21. Kashanian M, Javadi F, Moshkbid Haghghi M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet 2010; 109: 198-200
22. Masoomi R, Lamiyan M, Ghaedi S. Role of oxytocin in Anxiety in normal parturition. J Tabibe Shargh 2008;10(1):53-8.
23. Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. N Engl J Med 1980; 303(11):597-600.
24. Maimbolwa MC, Sikazwe N, Yamba B, Diwan V, Ransjö-Arvidson AB. Views on involving a social support person during labor in Zambian maternities. J Midwifery Wom Heal 2001; 46(4):226-34.
25. Tork Zahrani SH, Honarjou M, Jannesari SH, Alavi Majd H. Effects of massage on delivery satisfaction in primiparous women referring to Ayatollah Shaheed Beheshti Hospital in Isfahan. Fac Nurs Midwif Q 2006; 16(53):3-10. (Persian)