

تأثیر تامین نیازهای عاطفی توسط ماماها بر سیر بالینی زایمان

دکتر حیدرعلی عابدی*، پروین نیکبخت**، کتابون صالحی***

چکیده:

حاملگی و به ویژه زایمان با توجه به اثرات طولانی مدت که در زندگی زنان دارد، واقعه ای مهم تلقی گردیده و از دیرباز مورد تعمق و بررسی بوده است. بر همین اساس لزوم بررسی هایی در شیوه های مراقبتی در این زمان مطرح گردیده است، تا با ایجاد شرایطی مطلوب تر، این امر تحقق یابد.

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بوده است که در طی انجام پژوهش ۹۴ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به زایشگاه مورد نظر با توجه به داشتن شرایط ورود به مطالعه انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه مراقبت معمول (شاهد) و مراقبت تحت مداخله (مورد) تقسیم بندی گردیدند. اطلاعات با استفاده از چک لیست و از طریق مصاحبه، پرسشگری و مشاهده و اندازه گیری جمع آوری گردید. اطلاعات به دست آمده با استفاده از آزمونهای آماری توصیفی و استنباطی و با نرم افزار کامپیوتری اس.پی.اس.اس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج پژوهش نشان داد که با تامین نیازهای عاطفی مددجویان حداقل طول مدت فاز فعال زایمان در گروه تحت مراقبت مداخله ای ۱۲۰ دقیقه و در گروه شاهد ۲۰۰ دقیقه بوده است و حداکثر طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه مورد ۴۵ دقیقه و در گروه شاهد ۹۰ دقیقه بوده است. و با توجه به بررسی انتظارات مددجویان از عامل زایمانی، رفتارهای حمایتی مهمترین مسئله مورد توجه اکثریت واحدهای مورد پژوهش در دو گروه بوده است که با توجه به انجام آزمونهای آماری نیز مورد تایید قرار گرفت.

نتایج نشان می دهد که زنان در جریان زایمان نیاز به حمایتهای عاطفی دارند و با اعمال رفتارهای حمایتی طول مدت زایمان کوتاهتر می گردد.

واژه های کلیدی: حمایت روحی، زایمان، حمایت ماماها.

مقدمه:

یکی از گامهای اساسی در ایجاد سلامتی توجه و شناسایی نیازهای افراد در زندگی روزمره، وقایع و بحرانهای خاص می باشد که از مهمترین

عناوین مذکور می توان به نیازهای اساسی و به ویژه نیازهای عاطفی اشاره نمود و در صورت عدم تامین آنها در نتیجه ناکامی، تنش حاصل می گردد.

* استادیار دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - خ هزار جریب تلفن: ۷۹۲۲۹۲۸ - ۰۳۱۱ (مؤلف مسئول)

** عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - خ هزار جریب

*** کارشناسی ارشد مامایی

خواب مصنوعی، هیدروتراپی، استفاده از وسایل شخصی، همراهی همسر یا یکی از بستگان نزدیک، میتوان اشاره نمود (۵). طی تحقیقی که Waghorn با اعمال حمایت های عاطفی زنان در جریان زایمان انجام داده، مشخص نمود که میزان عمل سزارین و طول مدت زایمان نسبت به گروه کنترل کمتر بوده است (۸). همچنین نتایج مطالعه Sleutel مؤید آن است که لزوم حمایت های عاطفی در طی جریان زایمان به علت اثرات مثبت بر روند زایمان می- باشد که از جمله کاهش میزان عمل سزارین از مهمترین اثرات آن می باشد (۱۲). با توجه به اثرات مثبت اعمال حمایت های عاطفی بر روند زایمان و نیز اهمیت بهداشت و سلامتی روان زنان که محورهای اساسی در ارتقاء سطح بهداشت و سلامت جامعه محسوب می گردند و همچنین از آنجا که اعمال حمایت های عاطفی یک روش غیرتهاجمی است و بدون مداخله طبی و درمانی امکان پذیر می گردد و نیاز به امکانات و تجهیزات خاصی نیز نمی باشد، مطالعه فوق با هدف تعیین تاثیر تأمین نیازهای عاطفی توسط ماماها بر روند بالینی زایمان در زنان بستری در زایشگاه انجام گردید و اثر تأمین نیازهای عاطفی توسط ماماها بر طول مدت فاز فعال و طول مدت مرحله دوم زایمان در دو گروه (گروه مداخله و مراقبت معمول) مورد مقایسه قرار گرفت.

مواد و روشها:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. جامعه مورد نظر این پژوهش را کلیه زنان بارداری

که از مهمترین عوامل مخرب سلامتی بر شمرده می شود (۱). در این خصوص می توان از حاملگی بعنوان یک موقعیت خاص نام برد، زیرا در این وضعیت زنان مستعد نگرانی و اضطراب بیشتری می گردند (۱۳). خصوصاً در اواخر بارداری به علت نگرانی از عوارض زایمان، دیر رسیدن به زایشگاه، شدت دردهای زایمان، تنها ماندن در بیمارستان و ترس از مرگ متداول می باشد (۴).

ترس و اضطراب روند هماهنگ انقباضات عضلات رحم را در حین زایمان بر هم زده و موجب کند شدن سرعت پیشرفت زایمان می گردند (۱۰). در عین حال انقباضات نامنظم منجر به زجر جنین و در نهایت افزایش دستکاریها و مداخلات طبی و جراحی می شود (۱). مضافاً اینکه طولانی شدن طول مدت زایمان می تواند موجب افزایش میزان خونریزیهای مرحله سوم و چهارم زایمان و مرگ و میر مادران گردد (۲). با توجه به اینکه خونریزیها مهمترین علل مرگ و میر مادران در سنین باروری محسوب می شوند (۱۱). و مادران در این خصوص از اطرافیان به طور پراکنده و ناقص مطالب بسیاری شنیده اند، این حالت می تواند موجب تشدید تنش و نگرانی آنان گردد از طرفی با شروع دردهای زایمانی و وارد شدن به محیط غریب و ناآشنای بیمارستان استرس و نگرانی در آنان به شدت افزایش می یابد (۷). در کشورهای غربی روشهای متعددی جهت کاهش تنیدگی در این زمان بکار گرفته میشوند از جمله به روشهای تسکینی لاماز،

سوم مربوط به ثبت طول مدت فاز فعال زایمان و طول مدت مرحله دوم زایمان بود. که پس از مشاهده بر حسب دقیقه ثبت میگردید. و در قسمت چهارم ۲۰ رفتار حمایتی امتیازبندی گردیده بود که قبل از ترخیص از بخش زایمان مورد پرسشگری قرار می گرفت. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری از اعتبار محتوی استفاده شده است و در جهت تعیین پایایی ابزار پرسشنامه برای ۱۰ نفر از واحدهای مورد پژوهش در دو گروه تکمیل گردیده و پس از تجزیه و تحلیل آلفای کرونباخ ۰/۹۷ برآورد گردیده است و همچنین جهت معتبر بودن تعیین زمان مرحله دوم زایمان از ساعت مجهز به ثانیه شمار استفاده شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای آمار استنباطی و کای دو، آزمون مان ویتینی و آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شده است.

نتایج:

یافته های این پژوهش نشان داد که مشخصات دموگرافیک ۹۴ نفر واحدهای مورد پژوهشی در دو گروه مورد (تحت مراقبت مداخله ای) و شاهد (تحت مراقبت معمول) علیرغم اختلافات جزئی، با توجه به آزمونهای آماری تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در این خصوص دامنه سنی گروه مورد ۱۷-۳۵ سال با میانگین ۲۲ سال و در گروه شاهد دامنه سنی بین ۱۶-۳۷ سال با میانگین ۲۳ سال بود که با توجه به آزمون تی و $P=0/976$ تفاوت معنی داری را نشان نداد. در مورد متغیر میزان تحصیلات، اکثریت واحدهای

تشکیل داده اند که دارای دردهای حقیقی زایمان بوده ملیت ایرانی داشته، سن حاملگی ۴۲-۳۸ هفته بوده و دارای دیلاتاسیون ۲ سانتیمتر برای زنان نخست زای، ۳ سانتیمتر برای زنان چندزای بوده است. و زنانی که حاملگی با عارضه، بیماری شناخته شده در حاملگی، نمایش های غیرطبیعی، چندقلویی، سابقه نوزاد مرده یا ناهنجاری جنینی، سابقه اعمال جراحی رحمی و وجود مشکلات خانوادگی، حاملگی ناخواسته و طلاق داشته اند، در این مطالعه پذیرفته نشده اند. مطالعه بر روی دو گروه ۴۷ نفری شامل یک گروه تحت مراقبت مداخله ای (مورد) و یک گروه تحت مراقبت معمول (شاهد) که بطور تصادفی انتخاب شده بودند، جهت جمع آوری اطلاعات، پژوهشگر در زایشگاه مورد نظر حضور یافته و رفتارهای حمایتی عاطفی را در حین زایمان در گروه مورد مداخله اعمال نموده است. (رفتارهای حمایتی عاطفی شامل: استقبال، پذیرش، همراهی، مصاحبت، اطلاع رسانی، تقویت ارتباط از طریق آرام سازی و اجرای الگوی تنفسی زن باردار در جریان زایمان می باشد). جهت جمع آوری اطلاعات، چک لیست خود ساخته بر اساس چک لیست های موجود در پژوهش های دیگر در ۴ بخش تهیه گردید. که قسمت اول در رابطه با ثبت مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش (سن، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی، تعداد حاملگی، تعداد زایمان و سن حاملگی) و قسمت دوم در خصوص انتظار زنان از عامل زایمانی که به صورت یک پرسش باز مطرح گردید. قسمت

بوده است که با توجه به انجام آزمون تی و $0/001 < P$ تفاوت معنی دار آماری مشاهده گردید. (جدول شماره ۲) همچنین در خصوص بررسی رفتارهای حمایتی در دو گروه مورد مطالعه یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که امتیازات در گروه تحت مراقبت مداخله ای (مورد) بیشتر از گروه تحت مراقبت معمول (شاهد) بوده است که با توجه به آزمون اسپیرمن و $0/001 < P$ تفاوت ها معنی دار بود.

بحث:

در رابطه با اعمال حمایت های عاطفی در جریان زایمان Kennel و همکاران طی تحقیقی نشان دادند که با حمایت هنگام زایمان میزان عمل سزارین، تحریک با اکسی توسین و طول مدت مراحل زایمان بطور قابل ملاحظه ای کاهش داشته است (۹).

نتایج به دست آمده در این پژوهش در مورد تأثیر تأمین نیازهای عاطفی توسط ماماها بر سیر بالینی زایمان نشان داد که طول مدت فاز فعال و طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه تحت مراقبت مداخله ای کوتاهتر بوده است. و همچنین بیشترین انتظار زنان از عامل زایمانی، حضور مداوم ماما در بالین مددجو بوده است که نتایج مطالعه Corbort & Galister نیز بر این امر تأکید دارد که مددجویان در لیبر به رفتارهای حمایتی عاطفی بیشتر نیازمند می باشند (۶).

بنابراین با توجه به نتایج این مطالعه و نتایج حاصل از مطالعات دیگر پژوهشگر امیدوار است که جهت آموزش شیوه های حمایتی به عنوان

مورد پژوهش در دو گروه در مقطع زیر دیپلم بوده که با توجه به آزمون مجذور کای و $0/095 = P$ تفاوت معنی دار آماری مشاهده نشد. وضعیت شغلی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در دو گروه، خانه داری بوده است که با توجه به آزمون مجذور کای و $0/164 = P$ تفاوت آماری معنی دار بین دو گروه مشاهده نشد. در خصوص متغیر تعداد حاملگی ها و تعداد زایمان اکثریت واحدهای مورد پژوهش در دو گروه حاملگی اول و اولین تجربه زایمانی آنها بوده است که با توجه به آزمون من ویتنی تفاوت آماری قابل ملاحظه مشاهده نگردید. در رابطه با متغیر سن حاملگی نیز اکثریت واحدهای مورد پژوهش در دو گروه سن حاملگی ۴۰ هفته و بیشتر داشته که با توجه به آزمون منتل هاوزل تفاوت معنی دار آماری مشاهده نگردید.

یافته های پژوهش در خصوص تأثیر مداخله بر طول مدت فاز فعال زایمان در دو گروه نشان داد که در گروه مورد حداقل ۱۲۰ دقیقه و حداکثر ۴۲۰ دقیقه و میانگین ۲۷۳ دقیقه و در گروه شاهد (مراقبت معمول) طول مدت فاز فعال زایمان حداقل ۲۰۰ دقیقه و حداکثر ۴۳۵ دقیقه و میانگین ۳۴۸ دقیقه بوده است که با توجه به انجام آزمون و $0/001 < P$ تفاوت قابل ملاحظه آماری مشاهده گردید. (جدول شماره ۱) همچنین در رابطه با تأثیر مداخله بر طول مدت مرحله دوم زایمان نتایج نشان داد که در گروه مورد طول مدت مرحله دوم زایمان حداکثر ۴۵ دقیقه با میانگین ۲۰ دقیقه و در گروه شاهد حداکثر ۹۰ دقیقه با میانگین ۳۳ دقیقه

کشور قرار گیرد تا با برنامه ریزی دقیق و هماهنگی های لازم با مسئولین ذیربط، کیفیت مراقبت در طی زایمان افزایش یافته و نیز سطح بهداشت و سلامت روان، مادران ارتقاء یابد.

واحد درسی به دانشجویان پرستاری و مامائی در سطوح آموزش عالی، برنامه ریزیهای صورت گیرد همچنین نتایج این پژوهش می تواند مورد توجه مدیریت های درمانی و بهداشتی

جدول شماره ۱: جدول مقایسه طول مدت فاز فعال زایمان در نمونه های مورد پژوهش

گروه شاهد	گروه مورد	گروهها	مدت زمان فاز فعال زایمان
۲۰۰	۱۲۰		حداقل
۴۳۵	۴۲۰		حداکثر
۳۴۸	۲۷۳		میانگین
۷۰/۸	۷۴/۹		انحراف معیار
$t=۴/۹۷$	$df=۹۲$		$P<۰/۰۰۱$

جدول شماره ۲: جدول مقایسه طول مدت مرحله دوم زایمان در نمونه های مورد پژوهش

گروه شاهد	گروه مورد	گروهها	طول مدت مرحله دوم زایمان بر حسب دقیقه
۵	۵		حداقل
۹۰	۴۵		حداکثر
۳۳/۶۳	۲۰/۷		میانگین
۲۰/۶۳	۱۲/۵۳		انحراف معیار
$t=۳/۶۷$	$df=۷۵$		$P<۰/۰۰۱$

منابع:

- ۱- دلارام معصومه، درسی، فاطمه . بررسی علل مادری و جنینی سزارین بار اول در استان چهار محال و بختیاری . مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۴: ۵۳-۴۹، ۱۳۷۶ .
- ۲- ژبانی یعقوبی پروین. بررسی عوامل موثر در مدت زمان مرحله سوم زایمان در زایشگاههای منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۷۲. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی ، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۲، ۱۳۷۲ .
- ۳- مازلو ابراهام. انگیزش شخصیت. ترجمه احمد رضوانی ، چاپ چهارم ، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی ، ۱۶۵ ، ۱۳۷۵
- ۴- نصیری، محمود. بهداشت روانی بارداری و زایمان. تهران، نشر و تبلیغ بشری، ۴۰-۳۹، ۱۳۷۹ .
- 5- Benett R . Myles Textbook For Midwives . Churchill livingstone . London , 297,1999.

- 6 - Corbertt CA; Gallister LC. Nursing Support During Labor. *Clinical Nursing Research*, 9(1): 70- 83, 2000.
- 7- Enkin M. *A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth*. 3Th Oxford. 3th ed. 256, 2000.
- 8 - Gaghon A ; Waghom K ; Cavell. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth* , 24 (2) : 72-7, 1997.
- 9 - Kenell J; Klaus m; Mccorath S; Robertson S ; Hinkleyc. Continuous emotional support during labor in a U.S Hospital. A randomized controlled trial. *JAMA* , 265(17): 2197-201, 1991.
- 10- Nicholas F ; Hamenich S . *Childbirth Education*. 2th edi Saunders : USA , 310, 2000.
- 11- Ranson SB. *Practical Strategies in Obstetrics And Gynecology*. Philladephia , Saunders . 311, 2000.
- 12- Sleutel MR . *Intrapartum Nursing Care A Case study Of Supportive Interventions And Ethical Conflicts* . *Birth* , 27(1) : 43, 2000.
- 13- Sweet TR . *Mays*. Saunders , U.K 12th ed , 359, 1997.