

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزش حمایت های

مداوم مامایی طی لیبر به دانشجویان مامایی

فاطمه واثق رحیم پرور^۱، گلنار ناصحی^{۲*}، زهره خاکبازان^۱، دکتر انوشیروان

کاظم نژاد^۳

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. استاد گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۹/۲۰

خلاصه

مقدمه: آموزش دانشجویان مامایی، در توانمندسازی زائو جهت سازگاری با لیبر، بسیار مهم است. مطالعه حاضر با هدف طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزش حمایت های مداوم مامایی طی لیبر بر اساس کتاب های درسی رشته مامایی به این دانشجویان انجام شد.

روش کار: این مطالعه مداخله ای در سال ۱۳۸۹ بر روی ۷۰ دانشجوی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری انجام شد. جهت سنجش میزان بکارگیری رفتارهای حمایتی طی لیبر از پرسشنامه حمایت لیبر استفاده شد. جهت ارزشیابی برنامه، تمام دانشجویان در آغاز مطالعه و بعد از انجام سه زایمان، پرسشنامه LSQ را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های کای اسکوئر، کولموگروف-اسمیرنوف، من ویتنی یو و تی مستقل انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین امتیاز LSQ قبل از مداخله در گروه شاهد $14/10 \pm 63/82$ و در گروه مداخله $9/44 \pm 70/84$ و پس از مداخله در گروه شاهد $19/40 \pm 59/54$ و در گروه مداخله $18/74 \pm 90/78$ بود. پس از مداخله، امتیاز LSQ در گروه آموزش به طور معناداری بیشتر بود ($p < 0/001$). میانگین اختلاف امتیاز LSQ قبل و بعد از مداخله در حیطه فیزیکی، عاطفی و اطلاعاتی بین دو گروه تفاوت معناداری داشت ($p < 0/001$) اما در حیطه طرفداری از تصمیم زائو، تفاوت معنی داری در دو گروه وجود نداشت ($p = 0/061$). دانشجویان گروه شاهد بیشتر از گروه مداخله، فقدان مهارت و تجربه را به عنوان مانع بکارگیری این حمایت ها مطرح کردند.

نتیجه گیری: برنامه آموزش حمایت های مداوم مامایی بر اساس کتاب های درسی رشته مامایی، در ارتقاء بکارگیری این حمایت ها توسط دانشجویان مامایی طی لیبر مؤثر است.

کلمات کلیدی: آموزش، حمایت های مداوم مامایی، لیبر، مامایی

* نویسنده مسئول مکاتبات: گلنار ناصحی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۳۸۳۸۷۵۱۵۲؛ پست الکترونیک:

gol.nasehi@gmail.com

مقدمه

درد زایمان، شدیدترین دردی است که اکثر زنان در طول زندگی خود تجربه می کنند (۱). ترس و اضطراب ناشی از درد زایمان و عدم آگاهی مادر از چگونگی مراحل لیبر، باعث سوق مادران به انتخاب سزارین می شود (۲-۶).

عوارض داروهای بی دردی، استفاده از این داروها را برای تسکین درد در هنگام زایمان محدود ساخته است. شواهد دال بر این است که روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان به طور وسیعی، باعث افزایش رضایت مندی مادران می شود و استفاده از آنها در جهان رو به افزایش است (۷-۹). از بین روش های غیر دارویی کنترل درد زایمان، حضور مداوم ماما بر بالین زائو و اجرای حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر جهت توانمندسازی زائو در کنترل درد زایمان اهمیت بسزایی دارد (۱۰).

واری و همکاران (۲۰۰۹) معتقدند یکی از وجوه مشخصه یک ماما، انجام مراقبت دائم از مادر در تمام طول لیبر و زایمان می باشد. این بدان معنا نیست که مادر، تحت نظارت و کنترل از راه دور باشد، بلکه به معنای حضور فعال ماما در اتاق زایمان و مشارکت در اداره مراقبت های مامایی از مادر و تأمین و تسهیل اقدامات لازم برای مراقبت های حمایتی ضروری می باشد. ماماها بیشترین زمان را در کنار انسان هایی می گذرانند که از درد رنج می برند (۱۰). آنها باید بیاموزند که چگونه بدون اینکه دچار تنش، اضطراب و یا احساسات نامطلوب شوند، در این لحظات حساس از زنان حمایت و مراقبت کنند (۱۱، ۱۲). بسیاری از مادران کشور در طی لیبر به دلیل عدم برخورداری از حمایت های مناسب، گرفتار ترس و به دنبال آن، عدم پیشرفت زایمان شده و در نهایت به دلیل عدم پیشرفت، جهت انجام سزارین راهی اتاق عمل می شوند (۲).

امروزه آموزش ماماها، موضوع مورد بحث در بسیاری از کشورهاست و یکی از اولین نیازهای آموزشی، اتخاذ سیاست ها و روش های نوین به منظور توانمندسازی و بهبود عملکرد ماماها می باشد. از آنجایی که ماماها، یکی از اعضای جامعه پزشکی هستند که هدفشان، ارتقاء سلامت مادر و نوزاد است و به عنوان عضوی ماهر و فعال

ایفای نقش می کنند، آموزش این گروه، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱۱). به گونه ای که مطالعه مرتضوی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بکارگیری روش های حمایت مداوم مامایی مانند ماساژ، باعث بهبود پیامدهای زایمانی مانند کاهش طول فاز فعال زایمان، کاهش درد زایمان و افزایش رضایتمندی مادران می شود (۱۳). همچنین مطالعه آخوندزاده و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که آموزش روش های کاهش درد زایمان به ماماها شاعل، به عنوان یکی از مهمترین رفتارهای حمایتی در طی لیبر، باعث افزایش آگاهی ماماها و بکارگیری این روش های حمایتی توسط آنها می شود (۱۴).

در رابطه با آموزش مامایی، با توجه به مسئولیت های گسترده ماما در امر مراقبت های دوران بارداری و زایمان، این سؤال مطرح شد که آیا ماماها کشور، این آمادگی های وسیع و مهارت های لازم را در خلال آموزش علوم اختصاصی کسب نموده اند؟ آیا به آن نوع آموزشی که متضمن بیشترین توسعه قابلیت ها و قدرت هایشان می شود، دسترسی داشته اند؟ آیا برنامه های آموزشی مامایی بر اساس علم روز در کشور اجرا می شود؟ به نظر می رسد این قبیل برنامه های آموزشی اختصاصی، روش های کاهش درد زایمان و آمادگی برای زایمان به طور مطلوب به دانشجویان مامایی کشور آموزش داده نمی شود (۲، ۱۵).

در این راستا ضرورت ارتقاء معلومات، نگرش و کفایت حرفه ای ماماها نسبت به روش های حمایتی در طی لیبر و کاهش درد زایمان، با اهمیت تلقی می شود. از آنجایی که ماماها نقش حساسی در امر زایمان دارند، باید از اطلاعات کافی و مناسب جهت حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر برخوردار باشند. دانشجویان مامایی باید در کسب دانش و مهارت هایی که آنها را در انجام مسئولیت هایشان یاری می کنند، حمایت شوند. حمایت های مداوم مامایی علی رغم اینکه به وسایل خاصی نیاز ندارد، اما لازمه آن، افراد آموزش دیده می باشد. در دانشگاه های علوم پزشکی کشور، مطالب نظری و دوره های عملی برای آموزش دانشجویان مامایی پیش بینی شده است که در این میان، به حمایت های مداوم مامایی به عنوان یک واحد ویژه در این مقطع، کمتر بها داده

شده است. از آنجایی که بحث در زمینه حمایت های مداوم مامایی به صورت مطلوب در واحدهای درسی دانشجویان مامایی گنجانده نشده است، مطالعه حاضر با هدف طراحی یک برنامه آموزش حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر و اجرای آن بر روی دانشجویان مامایی و تعیین تأثیر این آموزش بر رفتارهای حمایتی آنها انجام شد تا بر اهمیت بکارگیری این آموزش ها که امروزه در بسیاری از دانشگاه های معتبر دنیا انجام می شود، تأکید شود.

روش کار

این مطالعه مداخله ای نیمه تجربی در سال ۱۳۸۹ بر روی ۷۰ دانشجوی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری انجام شد. دانشجویان سال آخر و ما قبل آخر، شبانه و روزانه به شیوه نمونه گیری سهمیه ای به دو گروه تقسیم شدند. در هر گروه دانشجویان هر دوره، به تعداد مساوی قرار گرفتند. گروه های کارآموزی دانشجویان، ۴ نفره بود. تقسیم بندی به گونه ای انجام شد که در هر گروه کارآموزی فقط دانشجویان گروه شاهد یا مداخله قرار داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: دانشجویان مامایی سال آخر و ما قبل آخر، گذراندن تمام واحدهای نظری بارداری و زایمان، داشتن واحد کارآموزی زایمان در یکی از بیمارستان های امام علی آمل، شهدای بهشهر و امام ساری و نگذراندن دوره آموزشی در زمینه حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم حضور دانشجویان گروه مداخله در کلاس آموزشی یا غیبت بیش از یک روز در کارآموزی بود.

روش گردآوری داده ها در این مطالعه، پرسشنامه و مشتمل بر ۲ بخش: مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد حمایت لیبر (LSQ)^۱ بود که توسط خود دانشجویان تکمیل می شد. این پرسشنامه ۲۷ مورد داشت و برای هر مورد بر اساس میزان بکارگیری رفتار حمایتی، نمره صفر تا ۵ در نظر گرفته می شد. در مجموع این پرسشنامه ۱۳۵ امتیاز داشت که رفتار حمایتی به صورت ضعیف (امتیاز ۰-۴۴)، متوسط (امتیاز

۴۵-۸۹) و خوب (امتیاز ۹۰-۱۳۵) سنجیده می شد. رفتار حمایتی در ۴ حیطه فیزیکی، عاطفی، طرفداری از تصمیمات زائو و اطلاعاتی مورد ارزیابی قرار می گرفت.

جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. پرسشنامه استاندارد LSQ، توسط دو فرد مسلط به زبان انگلیسی، به زبان فارسی ترجمه شد، سپس اصلاحات لازم توسط ۶ نفر از اعضاء هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. این پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از ماماها که مشخصات مشابه واحدهای پژوهش داشتند، نیز قرار گرفت و توسط آنها تکمیل شد. در این روند، اعضاء تیم تحقیق با مشارکت ۵ نفر از اعضاء هیئت علمی خبره که به زبان انگلیسی نیز مسلط بودند، سعی کردند تا سؤالاتی که از نظر پاسخ دهندگان مبهم بودند، شناسایی و آنها را طوری اصلاح کنند که درک پاسخ دهندگان با منظور اصلی سؤال در پرسشنامه انگلیسی هماهنگ باشد. سپس سؤالات مشکل دار مجدداً توسط دو نفر از افراد مسلط به زبان انگلیسی ترجمه شد. این ترجمه با پرسشنامه اصلی تطبیق داده شد و تفاوت چندانی نداشت. همچنین جهت تعیین اعتماد علمی این پرسشنامه، از روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی ۰.۸۰ استفاده شد. لازم به ذکر است که نسخه انگلیسی این پرسشنامه با ضریب آلفا کرونباخ ۰.۹۵، از روایی و پایایی معتبر برخوردار بوده است اما در نسخه فارسی آن، روان سنجی کامل با بکارگیری تمام مراحل علمی انجام نشده است. با توجه به اطلاعات موجود که نسبت تغییرات عملکرد ماماها در بکارگیری روش های کاهش درد زایمان پس از آموزش ۱۲٪ است، چنانچه محقق بخواهد این تغییرات را در گروه مداخله ۳۰٪ افزایش دهد، تعداد نمونه لازم با اطمینان ۰.۹۵ و توان آزمون ۰.۸۰ برابر با ۳۰/۶ یعنی ۳۱ نفر در هر گروه و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۳۵ نفر در هر گروه، در مجموع ۷۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به تعداد واحدهای پژوهش، دانشجویان به شیوه در دسترس در دو گروه ۳۵ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه های کارآموزی دانشجویان، ۴ نفره بود. تقسیم بندی به

¹ Labor support questionnaire

کردن حواس وی، آموزش روش‌های تنفسی همزمان با آرام کردن زائو، ایستادن در کنار وی و پاسخ به خواسته‌های زائو بود. بحث پیرامون چگونگی دادن اطلاعات به زائو درباره نحوه پیشرفت لیبر و صحبت کردن با زائو زمانی که اعتمادش را از دست می‌دهد، بود. بحث پیرامون برقراری امنیت و حیطه طرفداری از تصمیمات زائو در طی لیبر از طریق حذف عوامل استرس‌زای محیط و اقداماتی نظیر کاهش ملاقات‌کنندگان و از بین بردن عوامل نفرت‌زای محیط در حد لزوم و مناسب، ایجاد احساس امنیت با کنترل مرتب زائو و پاسخ صریح و واضح به سؤالات زائو بود.

بدین ترتیب دانشجویان گروه مداخله با تعریف حمایت‌های مداوم مامایی، با انواع این حمایت‌ها و روش‌های بکارگیری آنها آشنا شدند. در پایان این کلاس آموزشی، یک کتابچه آموزشی تحت عنوان "حمایت‌های مداوم مامایی در طی لیبر" که در برگزیده مطالب آموزشی کلاس بود، به دانشجویان گروه مداخله ارائه شد. همچنین این دانشجویان، طی یک واحد کارآموزی نیز آموزش‌های بالینی در مورد حمایت‌های مداوم مامایی را کسب کردند.

این طرح به تأیید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران رسید و کد ثبت کارآزمایی بالینی آن IRCT201103025918N2 می‌باشد.

جهت ارزشیابی برنامه اجرا شده و تعیین تأثیر برنامه آموزشی، میزان بکارگیری رفتارهای حمایتی دانشجویان گروه شاهد و مداخله، قبل و پس از مداخله در دو گروه با استفاده از پرسشنامه LSQ مقایسه شد. بدین منظور از آزمون کای اسکوئر، کولموگروف-اسمیرنوف دو نمونه‌ای، من ویتنی یو و تی مستقل استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۳ نفر از افراد گروه مداخله به دلیل عدم حضور در کلاس آموزشی، از مطالعه خارج شدند و ۳۲ نفر در گروه مداخله و ۳۵ نفر در گروه شاهد در مطالعه شرکت کردند. نتایج آزمون آماری نشان داد دو گروه مورد

گونه‌ای بود که در هر گروه کارآموزی فقط دانشجویان گروه شاهد یا مداخله قرار می‌گرفتند. نمونه‌های پژوهش از بین دانشجویان ترم ۸، ۶ یا ۵ که در دوره روزانه یا شبانه قرار داشتند، به طور در دسترس انتخاب شدند. این دانشجویان در سه بیمارستان امام علی آمل، شهدای بهشهر و امام ساری، دوره کارورزی را می‌گذراندند. این سه بیمارستان، آموزشی و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد. پس از انتخاب دانشجویان در این مرحله، پرسشنامه مشخصات فردی به همراه پرسشنامه LSQ توسط دانشجویان هر دو گروه تکمیل شد. لازم به ذکر است که قبل از مداخله، طی ۲ ماه اول شروع ترم از دانشجویان گروه شاهد نمونه‌گیری به عمل آمد، به این دلیل که احتمال تبادل اطلاعات بین دو گروه مداخله و شاهد به کمترین میزان برسد.

در دو ماه بعدی ترم، برنامه آموزشی طراحی شده برای گروه مداخله اجرا شد. برای تهیه این برنامه، ابتدا پژوهشگران با استفاده از کتب درسی معتبر مامایی دنیا و مقالات مرتبط (به خصوص مطالعه ساولز و همکاران در سال ۲۰۰۵ (۱۶)) و با توجه به روش‌های مؤثر آموزشی، برنامه اولیه را تهیه کردند. سپس از ۱۶ نفر از اعضای هیئت علمی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در مورد برنامه نظرخواهی شد و اصلاحات لازم اعمال گردید.

برای گروه مداخله (۳۵ نفر)، کلاس آموزشی یک روزه به مدت ۵ ساعت به شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ همراه با نمایش فیلم و اسلاید با تأکید بر ارتقاء توانمندی دانشجویان مامایی در طی لیبر در ارتباط با حمایت‌های مداوم مامایی و رفتارهای حمایتی آنها در جهت انجام بهینه زایمان طبیعی برگزار شد. محتوای کلاس آموزشی، بحث پیرامون حمایت‌های مامایی، تشویق لیبر و شامل: اهمیت حمایت‌های مداوم مامایی، تشویق به راه رفتن و تغییر وضعیت زائو، حضور مداوم ماما در کنار زائو و برطرف کردن نیازهای فیزیکی وی، ماساژ پشت، شکم و پای زائو بود.

بحث پیرامون حمایت‌های عاطفی و روحی شامل: تشویق زائو به ادامه و همکاری لیبر، برقراری تماس چشمی با زائو و صحبت کردن آرام با زائو جهت پرت

مطالعه از نظر سن، بیمارستان محل کارورزی، ترم و دوره تحصیلی همگن بودند.

نتایج حاصل از مشخصات فردی دانشجویان مامایی نشان داد که میانگین سنی دانشجویان مامایی در گروه شاهد $21/74 \pm 0/92$ سال و در گروه مداخله $21/66 \pm 0/66$ سال بود. بیشترین درصد نمونه های پژوهش را دانشجویان مامایی ترم ۸ در گروه شاهد ($37/1$) و مداخله ($43/8$) تشکیل می دادند. اکثر دانشجویان گروه مداخله ($71/9$) و شاهد ($65/7$) در دوره روزانه بودند. بیشترین درصد دانشجویان گروه مداخله ($40/6$) و شاهد (40) در بیمارستان بهشهر کارورزی داشتند. همچنین تجزیه و تحلیل یافته ها بیانگر آن بود که میانگین امتیاز پرسشنامه LSQ قبل از مداخله در گروه شاهد $70/84 \pm 9/44$ و در گروه مداخله $63/82 \pm 14/10$ بود و دو گروه از این نظر همسان بودند. همچنین میانگین امتیاز پرسشنامه LSQ پس از مداخله در گروه شاهد $59/54 \pm 19/40$ و در گروه مداخله $18/74 \pm 90/78$ بود که بین دو گروه از این نظر اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$).

به منظور دستیابی به نتایج دقیق تر در رابطه با میزان بکارگیری حمایت های مداوم مامایی توسط دانشجویان مامایی، میانگین اختلاف امتیازات LSQ قبل و بعد از مداخله در چهار حیطة فیزیکی، عاطفی، اطلاعاتی و طرفداری از تصمیمات در دو گروه تعیین شد. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، میانگین اختلاف امتیاز LSQ قبل و بعد از مداخله در ۴ حیطة در بین دو گروه شاهد و مداخله به جز در حیطة طرفداری از تصمیمات زائو، در بقیه حیطة ها اختلاف معناداری داشت ($p < 0/001$). میانگین اختلاف امتیاز کل LSQ قبل و بعد از مداخله در گروه شاهد $4/28 \pm 9/06$ و در گروه مداخله $19/94 \pm 12/45$ بود و تفاوت میانگین اختلاف امتیاز کل LSQ در دو گروه بعد و قبل از مداخله از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$) (جدول ۱)؛ به این معنا که آموزش باعث افزایش میزان بکارگیری حمایت های مداوم مامایی (در حیطة های فیزیکی، عاطفی، اطلاعاتی) توسط دانشجویان مامایی شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار اختلاف امتیاز پرسشنامه LSQ قبل و بعد از مداخله در چهار حیطة در دو گروه شاهد و مداخله

سطح معنی داری*	گروه مداخله میانگین \pm انحراف معیار	گروه شاهد میانگین \pm انحراف معیار	اختلاف امتیاز LSQ قبل و بعد از مداخله حیطة ها
$p < 0/001$	$6/03 \pm 4/08$	$2/76 \pm 1/51$	فیزیکی
$p = 0/061$	$2/66 \pm 3/14$	$2/08 \pm 1/43$	طرفداری از تصمیمات
$p < 0/001$	$3/84 \pm 6/40$	$-6/23 \pm 4/90$	عاطفی
$p < 0/001$	$3/84 \pm 2/64$	$-0/6 \pm 1/24$	اطلاعاتی
$p < 0/001$	$19/94 \pm 12/45$	$-4/28 \pm 9/07$	کلیه حیطة ها

*آزمون تی مستقل

ای که دانشجویان گروه شاهد، بیشتر از گروه مداخله فقدان مهارت و تجربه را به عنوان مانعی جهت بکارگیری حمایت های حرفه ای در طی لیبر اظهار داشتند ($p = 0/003$) و این نشان می دهد که آموزش این دانشجویان، تأثیر مثبتی در کاهش موانع بکارگیری حمایت های مداوم مامایی در گروه مداخله داشته است. در رابطه با سؤال موانع انجام مراقبت حمایتی، دانشجویان عدم امکانات محیط مانند نداشتن وان آب، جکوزی، عدم حضور همراه خصوصاً همسر زائو و اتاق

در ارتباط با سؤال "آیا مواردی وجود داشت که مانع بکارگیری حمایت های حرفه ای در طی لیبر شود"، بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت ($p = 0/047$). ۴ نفر ($12/5$) از دانشجویان مامایی گروه شاهد بیشتر از دانشجویان گروه مداخله اظهار داشتند که مواردی وجود داشت که مانع اجرای حمایت های مداوم مامایی توسط این دانشجویان در طی لیبر شود. همچنین در ارتباط با موانع انجام مراقبت حمایتی، بین دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی داری وجود داشت؛ به گونه

مداوم مامایی ذکر کردند (جدول ۲).

های چند تخته که مانع طرفداری از تصمیمات زائو می شود را به عنوان مانعی جهت بکارگیری حمایت های

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دانشجویان مامایی در ارتباط با موانع انجام مراقبت حمایتی در دو گروه مداخله و شاهد

موانع	گروه شاهد تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)
کارکنان بخش	۲ (۵/۷)	۱۰ (۳۵/۷)
فقدان مهارت و تجربه	۳۳ (۹۴/۳)	۱۸ (۶۴/۳)
جمع	۳۵ (۱۰۰)*	۲۸ (۱۰۰)*

* در گروه مداخله ۴ نفر اظهار کردند که مانعی وجود نداشت.

بحث

به طور کلی مطالعه حاضر نشان داد که آموزش در بکارگیری رفتارهای حمایتی توسط دانشجویان مامایی آموزش دیده تأثیر مثبت دارد. در مطالعه آخوندزاده و همکاران (۲۰۰۵) که اثر آموزش را بر عملکرد ماماهاى شاغل در بکارگیری روش های کاهش درد زایمان سنجیدند، نتایج آزمون تی زوج نشانگر افزایش معنی دار عملکرد ماماها در مورد روش های کاهش درد زایمان به عنوان یکی از مهمترین رفتارهای حمایتی بعد از آموزش بود (۱۴). همچنین در مطالعه حقیقی و همکاران (۲۰۰۷) که با هدف بررسی "تأثیر آموزش بر میزان آگاهی و مهارت دانشجویان مامایی در خصوص احیاء نوزاد" انجام شد، میانگین نمره کل مهارت دانشجویان در بکارگیری روش های احیاء قبل از آموزش ۱۳/۸۳٪ بود که بعد از آموزش به ۹۱/۷۵٪ افزایش یافت (۱۷). همچنین چندین مطالعه دیگر بیانگر تأثیر مثبت آموزش در افزایش بکارگیری روش های مطلوب بود (۱۸-۲۰). نتایج این مطالعات مشابه مطالعه حاضر می باشد و بیانگر تأثیر مثبت آموزش در عملکرد افراد می باشد.

همچنین در مطالعه حاضر، نبودن مهارت و تجربه، از عوامل مهم در عدم بکارگیری رفتارهای حمایتی توسط دانشجویان بود. در مطالعه واثق رحیم پرور و همکاران (۲۰۱۲) در تهران، دانشجویان مامایی یکی از مهمترین موانع را در بکارگیری حمایت های مامایی، فقدان مهارت و تجربه مطرح کردند (۲۱) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

تکمیل کردن پرسشنامه LSQ توسط خود دانشجویان، یکی از محدودیت های مطالعه حاضر بود که می توانست در امتیاز پرسشنامه تأثیر بگذارد که جهت بررسی این محدودیت، همزمان با پر کردن پرسشنامه توسط ۱۴ نفر از دانشجویان، پژوهشگر نیز ۱۴ پرسشنامه را از طریق مشاهده برای همان دانشجویان تکمیل کرد. سپس این پرسشنامه ها از طریق ضریب همبستگی پیرسون مورد ارزیابی قرار گرفتند که ضریب همبستگی $r=0.87$ بود. عدم وجود امکانات کافی و مناسب در زایشگاه، یکی دیگر از محدودیت هایی بود که مانع اجرای برخی حمایت های مداوم مامایی می شد. به طور مثال عدم امکان حضور همراه در طی لیبر و نبودن برخی تجهیزات لازم مانند استخر آب از موانع اساسی بود. همچنین مخالفت برخی پرسنل زایشگاه با انجام این حمایت ها به دلیل عدم آگاهی آنها نیز یکی دیگر از مشکلات بود. از نقاط قوت این مطالعه، علاقمندی دانشجویان به شرکت در برنامه آموزشی و انجام حمایت های مامایی در طی لیبر بود.

از آنجایی که ارزشیابی آگاهی و عملکرد دانش آموختگان جدید مامایی می تواند تا حد زیادی منعکس کننده نتایج برنامه ریزی آموزشی آن رشته باشد و با توجه به نتایج مطالعه حاضر، توصیه می شود مطالب اختصاصی تر مانند حمایت های مداوم مامایی و حیطه های آن در برنامه آموزشی دروس دانشگاهی دانشجویان مامایی گنجانده شود.

به نظر می رسد کتب درسی رشته مامایی در ایجاد نگرش حرفه ای و آموزش وظایف اختصاصی حرفه، نقش بسزایی داشته باشد. در حال حاضر منبع درسی اصلی

نتیجه گیری

طراحی آموزش حمایت های مداوم مامایی طی لیبر برای دانشجویان مامایی، بر اساس کتب درسی مختص رشته مامایی و اجرای آن، موجب توانمندی و ارتقاء عملکرد دانشجویان مامایی در بخش های زایمان در مورد بکارگیری حمایت های مداوم مامایی می شود. لذا لازم است مسئولین برنامه ریزی آموزش دانشجویان مامایی کشور، در مورد آموزش حمایت های مداوم مامایی بر اساس کتب درسی مختص حرفه مامایی، توجه بیشتری داشته باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه یک پایان نامه و طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرار داد ۳۲۶۷/۲۵۰/د می باشد. بدین وسیله از مسئولان و اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری، مسئولین زایشگاه بیمارستان امام علی آمل، امام ساری و شهدای بهشهر، تمام دانشجویان و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

برای آموزش واحد بارداری و زایمان دانشجویان مامایی در دانشگاه های کشور، کتاب "بارداری و زایمان ویلیامز" است که کتاب درسی برای متخصصین زنان و زایمان می باشد. این کتاب بیشتر به مباحث مربوط به متخصصین زنان پرداخته و بکارگیری حمایت های مداوم مامایی طی لیبر در آن بسیار کم رنگ می باشد. لذا پیشنهاد می شود در آموزش دانشجویان مامایی به حمایت های مداوم مامایی تأکید بیشتری شود و برای این منظور لازم است رفرنس های اصلی در آموزش دانشجویان مامایی کشور، مانند سایر کشورها، کتاب های درسی مختص رشته مامایی باشد.

پیشنهاد می شود مطالعاتی مشابه در سایر محیط های آموزش مامایی کشور انجام شود. همچنین انجام مطالعاتی در مورد راهکارهای بکارگیری این آموزش ها، نگرش مدرسان و دانشجویان مامایی در مورد کتب درسی مامایی و دلایل عدم استفاده از کتب مامایی توسط دانشجویان مامایی پیشنهاد می شود. امید است با بکارگیری برنامه آموزش حمایت های مامایی برای دانشجویان مامایی در تمام دانشگاه های کشور و انجام بهینه زایمان طبیعی، گامی مؤثر در جهت ارتقاء حرفه ای و بهبود سلامت زنان کشور برداشته شود.

منابع

1. Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL. Maternal child nursing care . 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2002.
2. Vasegh Rahimparvar SF, Hamzehkhani M, Geranmayeh M, Rahimi R. Effect of educational software on self-efficacy of pregnant women to cope with labor: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet 2012 Jul; 286(1):63-70.
3. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav 2004 Apr; 31(2):143-64.
4. Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. Birth 2002 Jun; 29(2):101-11.
5. Saisto T, Toivanen R, Salmela-Aro K, Halmesmaki E. Therapeutic group psychoeducation and relaxation in treating fear of childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85(11):1315-9.
6. Badakhsh MH, Seifoddin M, Khodakarami N, Gholami R, Moghimi S. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran, Iran. Arch Iran Med 2012 Jan; 15(1):4-7.
7. Simkin P, Bolding A. Update on non-pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery Womens Health 2004 Nov-Dec; 49(6):489-504.
8. Page L. The new midwifery. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2002.
9. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Med 2010 Nov 10; 8(1):71.
10. Varney H, Kriebs JM, Gegor CL. Varney's midwifery.; 2009.
11. Fraser MF, Cooper MA. Myles textbook for midwives. 15th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2009.
12. Albers L. Midwifery management of pain in labor. J Nurse Midwifery 1998 Mar-Apr; 43(2):77-80.

13. Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor, Arch Gynecol Obstet 2012 Jul;286(1):19-23.
14. Akhoondzadeh A, Geranmayeh M, Rezaeepoor A, Mahmoodi M. [Survey of effect of education of labore pain relief on knowledge, attitude and practice of midwives] [Thesis in Persian]. Tehran:Nursing and Midwifey School of Tehran University of Medical Sciences;2005.
15. Torkzahrani S. Commentary: childbirth education in Iran. J Perinat Educ 2008 Summer;17(3):51-4.
16. Sauls DJ. Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. J Nurs Scholarsh 2006;38(1):36-41.
17. Bolbol Haghigi N, Ebrahimi H, Delvariyanzadeh M, Hasani MR. [Effects of education on midwifery students' knowledge and skill in neonatal resuscitation] [Article in Persian]. J Med Educ Dev Cen Kerman Univ Med Sci 2007;4(2):116-24.
18. Ger LP, Chang CY, Ho ST, Lee MC, Chiang HH, Chao CS, et al. Effects of a continuing education program on nurses' practices of cancer pain assessment and their acceptance of patients' pain reports. *J Pain Symptom Manage* 2004 Jan;27(1):61-71.
19. McCourt C, Page L, Hewison J, Vail A. Evaluation of one-to-one midwifery: women's responses to care. Birth 1998 Jun;25(2):73-80.
20. Kimber L, McNabb M, McCourt C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or music for pain relief in labor: a pilot randomized placebo controlled trial. Eur J Pain 2008 Nov;12(8):961-9.
21. Vasegh Rahim Parvar F, Velashjerdi M, Notaj Sh, Nasehi G, Daemi N. [Application of professional labor support in university hospitals of Tehran city and related affecting factors] [Article in Persian]. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012 May;15(4):29-39.

Archive of SID

