

# آیا حمایت مداوم مادر توسط ماما همراه در

## پیامدهای زایمانی تغییری ایجاد می کند؟

صاحبه دادشاهی<sup>۱</sup>، شهناز ترک زهرانی<sup>۲\*</sup>، پدیده جنتی عطایی<sup>۱</sup>، دکتر ملیحه

نصیری<sup>۴،۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و ماماایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. مربی گروه ماماایی، دانشکده پرستاری و ماماایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پرستاری و ماماایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۴

### خلاصه

**مقدمه:** حمایت مداوم مادر توسط "مامای همراه" حین لیبر و زایمان، یکی از مهم ترین راهکارهای بهبود روند زایمان می باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه پیامدهای زایمانی بین دو گروه دریافت کننده حمایت مداوم ماما همراه و عدم دریافت حمایت انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی - تحلیلی، پیامدهای ۲۲۰ زایمان در دو گروه از مادران در شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۵ مورد مشاهده قرار گرفت. در گروه اول علاوه بر مراقبت های معمول، حمایت های عاطفی، جسمانی و اطلاعاتی توسط ماما همراه به مادر ارائه و گروه دوم، فقط مراقبت های معمول ارائه می شد. پیامدهای زایمانی شامل طول فاز فعال، مصرف اکسی توسین، شدت درد، نوع زایمان، میزان پارگی پرینه، نمره آپگار، تماس پوست به پوست و شروع شیردهی به وسیله چک لیست مشاهدات پژوهشگر ساخته مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون های تی تست، کای دو، من ویتنی و رگرسیون لجستیک دوگانه انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** تماس پوست به پوست ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و شیردهی یک ساعت اول تولد ( $p < ۰/۰۰۱$ ) بین دو گروه تفاوت آماری قابل توجهی داشت. بقیه پیامدها بین دو گروه تفاوت آماری نداشت. شانس این دو پیامد در مادرانی که ماما همراه داشتند، به ترتیب تقریباً ۶ و ۹ برابر بود.

**نتیجه گیری:** حمایت مداوم مادر در طی لیبر و زایمان توسط ماما همراه می تواند تماس پوست به پوست و شیردهی یک ساعت اول بعد از تولد را ارتقاء بخشد.

**کلمات کلیدی:** پیامد زایمانی، تماس پوست به پوست، حمایت مداوم، شیردهی، ماما همراه

\* نویسنده مسئول مکاتبات: شهناز ترک زهرانی؛ دانشکده پرستاری و ماماایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲  
پست الکترونیک: zahnishahnaz@yahoo.com

## مقدمه

زایمان یکی از اتفاقات مهم زندگی زن است که می‌تواند تجربیات متفاوتی برای مادر به همراه داشته باشد. این تجارب، مادر و خانواده او را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). اگرچه زایمان یک روند فیزیولوژیک است، اما ممکن است با درد شدید، حس عدم اطمینان و ناکامی همراه بوده و زائو احساس کند در طی زایمان، تنها و آسیب‌پذیر است (۲). ترس از زایمان باعث نگرانی و اضطراب مادر شده و در نتیجه اثرات منفی بر روی پیامدهای مادر و نوزادی خواهد داشت (۳). راهکارهای متعددی برای کاهش ترس و اضطراب مادر و در نتیجه بهتر شدن روند لیبر و زایمان وجود دارد که حمایت، از مؤثرترین این روش‌ها می‌باشد.

تاریخچه حمایت از مادر نشان می‌دهد که این حمایت معمولاً از طرف خانواده انجام می‌گرفته است، ولی با تغییر محل زایمان از خانه به بیمارستان و بکارگیری مداخلات متعدد طبی، بسیاری از مددجویان از همراهی و دریافت حمایت از طرف خانواده و سایر زنان طی زایمان محروم شده‌اند. با این حال اخیراً نیاز به حمایت و همراهی مادر در طی لیبر و زایمان دوباره مورد توجه قرار گرفته و پذیرفته شده است (۴). در همین رابطه بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت، جهت کاهش ترس و اضطراب مادران در هنگام لیبر و زایمان، آنان باید مورد حمایت قرار گیرند (۵). حمایت مادر در طی لیبر و زایمان می‌تواند از طرف همسر، خانواده، دوستان و یا افراد حرفه‌ای و دوره دیده با عنوان دولا باشد. مراقبت مامای همراه یا دولا یک راهکار حمایتی مادر در طی زایمان بوده که ریشه در سنت حمایت سایر زنان از زائوها در طی لیبر و زایمان دارد و در زمان‌های قدیم توسط اعضای خانواده و یا یک بانوی باتجربه انجام می‌شده است، اما از آنجا که مراقبت از مادران در کشورهای صنعتی در جهت مراقبت‌های طبی تمایل یافته و خانواده‌ها از هم فاصله گرفته‌اند، زائوها حمایت کمتری را دریافت کرده و تدریجاً نیاز به حضور مامای همراه مورد توجه قرار گرفته است (۶). حمایت مداوم مامای همراه، شامل حمایت عاطفی (حضور مداوم، اطمینان‌بخشی و تشویق)، حمایت جسمانی (کاهش

تشنگی، گرسنگی و درد)، دادن اطلاعاتی در مورد فرآیند زایمان و چگونگی اداره آن، احترام به مادر در روند تصمیم‌گیری و کمک به برقراری ارتباط با مراقبین دیگر می‌باشد (۷).

مطالعات زیادی نقش مثبت حضور مامای همراه در طی لیبر و زایمان را نشان داده‌اند. مامای همراه آموزش دیده در بالین زائو به حمایت، پشتیبانی و مراقبت مداوم او در حین زایمان کمک کرده و از این طریق با ایجاد آرامش در مادر، باعث افزایش انقباضات رحم و پیشرفت دیلاتاسیون سرویکس و در نتیجه کاهش طول مدت زایمان و کاهش مرگومیر می‌شود (۷-۱۲). همچنین، مامای همراه با حمایت مداوم از مادر و پیشنهاد وضعیت‌های متنوع در طی لیبر، به نزول جنین کمک می‌کند، این حمایت مداوم منجر به کاهش طول مدت لیبر، کاهش مصرف اکسی‌توسین برای تقویت لیبر، میزان کمتر زایمان ابزاری، کاهش آنالژزی اپیدورال و نارکوتیک‌ها و میزان کمتر سزارین (۱۳) شده و بر روی شیردهی اولیه و شیردهی در هفته‌های آتی زایمان (۲۱) و نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد تأثیر مثبت داشته است (۲۲).

تحقیقات نشان داده‌اند که در زمان واکنش زن به استرس در حین لیبر، یک سری مواد شیمیایی به صورت فرآیند آشناری از مغز تولید می‌شود که رفتار مادر را به سمت ارتباط با سایر زنان و نوزادش در آینده سوق می‌دهد و از این طریق در او ایجاد آرامش می‌نماید (۱۴، ۱۵). در برخی مطالعات، مادرانی که توسط مامای همراه حمایت می‌شدند، دیدگاه مثبتی در مورد خود و انتظاراتشان در مورد تجربه از زایمان داشتند (۱۶-۱۸). این دیدگاه مثبت منجر به حس خودکفایی و درک بهتر مادر می‌گردید (۱۷، ۱۸). همچنین، حمایت مداوم مادر در طی لیبر و زایمان و ارائه اطلاعات صحیح و مناسب به او، منجر به آرامش و آسایش بیشتر شده و باعث می‌شود که مادر منشأ درد را به خوبی شناخته و به زایمان به عنوان یک تجربه مثبت در زندگی نگرسته و برای پیشبرد طبیعی زایمان همکاری و تلاش نماید (۱۹).

احتمال خطای نوع اول و دوم به ترتیب ۱/۹۶٪ و ۰/۸۵٪ و با در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۸۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۱۱۰ نفر در هر گروه تعیین شد. متغیر اصلی مورد مطالعه، پیامدهای زایمانی بود. معیارهای ورود مادران به مطالعه شامل: ملیت ایرانی، سن ۳۵-۱۸ سال، داشتن سواد، بارداری ترم و خواسته، عدم سابقه نازایی، دریافت مراقبت‌های دوران بارداری با حاملگی کم‌خطر، جنین زنده و سالم و شروع خود به‌خودی دردهای زایمانی و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به همکاری، قطع حمایت مادر، بستری نوزاد در بیمارستان، ناهنجاری و بیماری خاص و یا مرگ نوزاد بود. در گروه دریافت‌کننده حمایت، مادران علاوه بر مراقبت‌های معمول بخش، حمایت مداوم شامل حمایت عاطفی، جسمانی و دادن اطلاعات توسط یکی از ۱۵ نفر مامای همراه آموزش دیده (دوره ۶۰ ساعته زایمان فیزیولوژیک) را دریافت می‌کردند. مامای همراه به درخواست مادر و طبق توافق قبلی، از زمان شروع فاز فعال زایمانی تا ۲-۱ ساعت بعد از زایمان در کنار مادر قرار می‌گرفت.

حمایت مداوم که توسط مامای همراه برای مادر ارائه می‌شد، شامل: حمایت عاطفی یعنی داشتن صبر و حوصله، برقراری رابطه همدلانه با زائو و خانواده‌اش، رعایت ادب، دادن امید و دلگرمی، ایجاد اعتماد به نفس در مادر، ایجاد نگرش مثبت در مورد زایمان، حضور مداوم طی لیبر، رفتار دلسوزانه، همراهی تا ۲ ساعت بعد از زایمان، کمک به برقراری ارتباط بین مادر و نوزاد، برقراری تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و کمک به مادر در شروع شیردهی موفق طی یک ساعت بعد از تولد بود. حمایت جسمانی شامل: برطرف نمودن تشنگی و گرسنگی زائو، کاهش درد زائو از طریق تکنیک‌های مختلف مانند ماساژ درمانی، آروماتراپی، تن‌آرامی، تکنیک تنفس عمیق، طب فشاری، حرکت و پوزیشن، موزیک ملایم، کمپرس سرد و گرم و توپ زایمانی بود. قسمت سوم حمایت شامل: ارائه اطلاعات مانند پاسخ‌گویی به سؤالات زائو در مورد روند لیبر، دادن پاسخ‌های قابل فهم به زائو، مشارکت دادن زائو در روند لیبر، آموزش در مورد روش‌های پیشگیری از بارداری، شیردهی صحیح، واکسیناسیون نوزاد، تغذیه زائو و

با اینکه تأثیرات مثبت حضور مامای همراه در مطالعات متعدد تأیید و مطرح شده است، ولی نتایج متناقض برخی مطالعات بیانگر این مسئله است که حضور مامای همراه بر استفاده از بی‌حسی نخاعی و استفاده از اکسی‌توسین برای تقویت لیبر تأثیر قابل توجهی نداشته (۲۰)، در میزان سزارین و نمره آپگار تغییری ایجاد نکرده (۲۷) و تأثیری بر شدت درد نداشته است (۲۹-۳۱). با این حال حمایت مداوم زائو، از اصول شناخته شده مراقبت‌های مادر در طی لیبر و زایمان است.

در مجموع با توجه به نقش بسیار مؤثر حمایت در روند زایمان، طرح بکارگیری "مامای همراه" طبق بخشنامه وزارت بهداشت و آموزش پزشکی از سال ۱۳۸۹ در ایران آغاز شده است. در این بخشنامه شرح وظایف و ضوابط کاری مامای همراه در ایران بیان شده است. اجرای طرح بکارگیری مامای همراه، بخشی از برنامه کشوری ارتقای زایمان طبیعی و کاهش میزان سزارین در ایران است که به منظور افزایش تمایل مادر به انجام زایمان طبیعی در سراسر کشور به اجرا درآمده است. از آنجایی که در زمینه پیامدهای انجام این طرح مهم تا به حال پژوهشی در کشور انجام نگرفته و از طرفی، نتایج متناقضی در زمینه برخی پیامدهای زایمانی در حضور مامای همراه مشاهده شده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی پیامدهای زایمانی در زایمان‌ها با حضور مامای همراه و مقایسه آن با موارد عدم دریافت این حمایت‌ها در مراجعین به زایشگاه تأمین اجتماعی، بندرعباس انجام شد.

## روش کار

در این مطالعه توصیفی تحلیلی ۲۲۰ زایمان انجام شده در دو گروه دریافت‌کننده حمایت مداوم توسط مامای همراه (۱۱۰ نفر) و گروه عدم دریافت حمایت (۱۱۰ نفر) در زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی بندرعباس از شهریور تا بهمن ماه سال ۱۳۹۵ مورد مشاهده قرار گرفتند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام گرفت؛ به‌طوری‌که همه نمونه‌ها در یک زایشگاه و به صورت تصادفی در ۳ اتاق مجزا که معمولاً در تماس با یکدیگر نبودند، انتخاب می‌شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعه احمدی (۲۸) و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین با

ضریب همبستگی برای سؤالات رتبه‌ای ۹۵٪ به دست آمد. روایی و پایایی خط‌کش درد مک‌گیل در مطالعات متعددی تأیید شده است (۳۳-۳۵). جهت انجام کار، پس از تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه و توضیح در مورد هدف و انجام مطالعه و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات پژوهش، پیامدهای زایمانی در هر دو گروه از زمان پذیرش تا پس از زایمان مورد مشاهده قرار گرفت. شدت درد به وسیله خط‌کش درد مک‌گیل در دیلاتاسیون ۴-۳، ۵-۷ و ۱۰-۸ سانتی‌متر از طریق مصاحبه با مادر مورد سنجش قرار گرفت. همچنین، سایر پیامدهای زایمانی از طریق مشاهده روند زایمان و بررسی پرونده در مورد وضعیت مادر و جنین در طول لیبر و پس از زایمان توسط پژوهشگر تکمیل گردید. پیامدهای زایمانی شامل: طول فاز فعال زایمانی، میزان و مدت مصرف اکسی‌توسین، شدت درد، مایع آمنیون مکنونیومی، نوع زایمان، میزان پارگی پرینه، نمره آپگار نوزاد، تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و شروع شیردهی مادر در ساعت اول بعد از زایمان گردآوری و در دو گروه مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۰) و آزمون تی‌تست، کای دو، من‌ویتنی و رگرسیون لجستیک دوگانه انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲۰ زایمان مورد مشاهده قرار گرفت. از بین مشخصات فردی مادران زایمان کرده، بیشتر مادران دارای میانگین سنی  $25/79 \pm 4/4$  سال، بیشتر مادران دارای تحصیلات دبیرستان و دیپلم (۴۸٪) و خانه‌دار (۹۱٪) بودند. میانگین سن حاملگی در دو گروه ۳۹-۳۸ هفته بود (جدول ۱).

بهداشت فردی بود. در گروه عدم دریافت حمایت، فقط مراقبت‌های معمول از طرف پرسنل بخش برای مادر ارائه می‌شد. معاینات توسط رزیدنت زنان و متخصصین و مامای مراقبت‌کننده انجام می‌شد و در پرونده ثبت می‌گردید و مامای همراه به جز وظایف مربوط به حیطة خود، هیچ مداخله دیگری انجام نمی‌داد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی و چک لیست مشاهدات (پژوهشگر ساخته) و خط‌کش درد مک‌گیل بود. پرسشنامه مشخصات فردی و مامایی حاوی ۲۳ سؤال در مورد مشخصات فردی و سوابق مامایی و چک لیست مشاهدات شامل ۳۱ سؤال در مورد ارزیابی وضعیت بالینی مادر و جنین حین لیبر (فشارخون، نبض، میزان دیلاتاسیون، نوع پارگی کیسه آب، وضعیت ضریان قلب جنین و ...) و بعد از زایمان (نوع زایمان، نوع پارگی، نمره آپگار نوزاد و ...) بود. خط‌کش درد مک‌گیل نیز که شدت درد را می‌سنجد از "صفر به معنی کمترین نمره درد" و "۱۰" به معنی بیشترین نمره درد" بود. روایی پرسشنامه مشخصات فردی و چک لیست از طریق روایی محتوا انجام پذیرفت؛ بدین صورت که محتوای چک لیست توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه مطالعه و ارزیابی شد و پس از جمع‌آوری نظرات آنها، اصلاحات لازم انجام گرفت. در مورد پایایی چک لیست از آزمون مشاهده همزمان استفاده شد؛ به این منظور به طور همزمان چک لیست ۱۰ نفر از نمونه‌ها توسط پژوهشگر و یکی از همکاران که از نظر علمی همسطح با پژوهشگر بود، تکمیل گردید و برای تعیین همبستگی آنها برای سؤالات کیفی از آزمون مک‌نمار و برای سؤالات رتبه‌ای از آزمون اسپیرمن استفاده شد و اختلاف آماری معنی‌داری بین نتایج دو گروه مشاهده نشد و حداقل

جدول ۱- اطلاعات فردی و مامایی در دو گروه مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی بندرعباس

متغیر	گروه حمایت (۱۱۰ نفر)	گروه عدم حمایت (۱۱۰ نفر)	سطح معنی‌داری
میانگین سن (سال)*	$25/81 \pm 4/3$	$25/78 \pm 4/6$	۰/۴۶
میانگین سن حاملگی (به هفته)*	$38/9 \pm 1/03$	$39 \pm 1/07$	۰/۸۴
ابتدایی	۶ (۵/۵)	۱۵ (۱۳/۶)	
راهنمایی	۸ (۷/۳)	۱۷ (۱۵/۵)	۰/۰۱
وضعیت تحصیلات فرد**	۴۸ (۴۳/۶)	۵۹ (۵۳/۶)	
دبیرستان و دیپلم	۴۸ (۴۳/۶)	۵۹ (۵۳/۶)	
دانشگاه	۴۸ (۴۳/۶)	۵۹ (۵۳/۶)	

۰/۲۳	۱۰۳ (۹۳/۶)	۹۸ (۸۹/۱)	خانه‌دار	وضعیت شغلی فرد***
	۷ (۶/۴)	۱۲ (۱۰/۹)	شاغل	
۰/۲۴	۲۷ (۳۴/۵)	۳۵ (۳۲/۱)	کارمند	وضعیت شغلی همسر***
	۸۱ (۷۳/۶)	۷۵ (۶۷/۹)	آزاد	
۰/۰۰۳	۳۷ (۳۳/۶)	۱۹ (۱۷/۳)	کمتر از ۱ میلیون	وضعیت درآمد**
	۷۲ (۶۵/۴)	۸۹ (۸۰/۹)	۱-۲ میلیون	
۰/۰۰۷	۱ (۰/۹)	۲ (۱/۸)	بیش از ۲ میلیون	تعداد زایمان**
	۵۱ (۴۶/۴)	۶۹ (۶۲/۷)	۰	
۰/۰۰۷	۳۵ (۳۱/۸)	۳۰ (۲۷/۳)	۱	تعداد زایمان**
	۲۰ (۱۸/۲)	۹ (۸/۲)	۲	
۰/۰۳	۴ (۳/۶)	۲ (۱/۸)	۳ و بیش‌تر	تعداد شرکت در کلاس آمادگی جهت زایمان***
	۱۳ (۱۱/۸)	۲۵ (۲۲/۷)	۰	

\* آزمون تی تست، \*\* آزمون من ویتنی، \*\*\* آزمون کای اسکور، متغیرهای کمی بر اساس میانگین انحراف معیار و متغیرهای کیفی بر اساس تعداد (درصد) بیان شده‌اند.

شرکت در کلاس‌های آمادگی جهت زایمان در افراد گروه حمایت بیشتر بود (P=۰/۰۳). نتایج پیامدهای زایمانی در جدول ۲ بیان شده است.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های آماری پیامدهای زایمانی بین دو گروه حمایت و عدم حمایت در مراجعه‌کنندگان به زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی بندرعباس

متغیر	گروه حمایت (۱۱۰ نفر)	گروه عدم حمایت (۱۱۰ نفر)	سطح معنی‌داری
نوع زایمان***	طبیعی	سزارین	۰/۴۹
تعداد مایع آمنیون آغشته به مکونیم**	۱۸ (۱۶/۴)	۹ (۸/۲)	۰/۰۷
تعداد پارگی پرینه درجه ۱**	۱۸ (۷۸/۳)	۲۳ (۶۷/۷)	۰/۳۹
تعداد پارگی پرینه درجه ۲**	۵ (۲۷/۱)	۱۰ (۳۲/۳)	۰/۳۹
اکسی‌توسین مصرف شده**	عدم استفاده	۵ واحد	۰/۴۶
تعداد تماس پوست به پوست***	۸۱ (۷۳/۶)	۱ (۰/۹)	۰/۴۶
تعداد شیردهی یک ساعت بدو تولد***	۲۸ (۲۵/۵)	۳۳ (۳۰)	۰/۴۶
در دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی‌متر	۹۶ (۸۷/۳)	۵۹ (۵۳/۶)	<۰/۰۰۱
میانگین شدت درد زایمان**	۸۵ (۸۱)	۳۶ (۳۲/۷)	<۰/۰۰۱
در دیلاتاسیون ۷-۵ سانتی‌متر	۲/۴±۰/۵۹	۲/۳±۰/۶۸	۰/۲۷
در دیلاتاسیون ۱۰-۸ سانتی‌متر	۲/۷±۰/۴۶	۲/۶±۰/۴۹	۰/۱۹
میانگین نمره آپگار دقیقه اول*	۳/۱±۲/۶	۲/۹±۰/۲۵	۰/۷۸
میانگین مدت استفاده از اکسی‌توسین (ساعت)*	۸/۹±۰/۲۲	۸/۹±۰/۲۶	۰/۹۷
میانگین مدت فاز فعال (ساعت)*	۳/۵۴	۳/۶۲	۰/۳
	۲/۲۱	۲/۱۱	۰/۵

\* آزمون تی تست، \*\* آزمون من ویتنی، \*\*\* آزمون کای اسکور

متغیرهایی که همگن نبودند و تفاوت آماری معنی‌دار بود، جهت بررسی ارتباط‌سنجی با پیامدهای زایمانی از رگرسیون لجستیک دوگانه استفاده شد و مشاهده گردید که تأثیر مخدوش کننده‌ای ندارند. چنانچه پس از ورود متغیرها به مدل رگرسیون لجستیک، متغیرهای میزان تحصیلات ( $p=0/94$ )، میزان درآمد ( $p=0/65$ )، تعداد زایمان ( $p=0/83$ ) و شرکت در کلاس‌های آمادگی جهت زایمان ( $p=0/93$ ) با داشتن حمایت، ارتباط معنی‌داری نداشتند (جدول ۳).

از بین پیامدهای زایمانی، طول فاز فعال زایمان ( $p=0/5$ )، میزان اکسی‌توسین ( $p=0/46$ )، مدت مصرف اکسی‌توسین ( $p=0/3$ )، شدت درد زایمان به ترتیب در دیلاتاسیون ۳-۴ ( $p=0/78$ )، ۵-۷ ( $p=0/19$ ) و ۸-۱۰ سانتی‌متر ( $p=0/29$ )، مایع آمنیون مکونیومی ( $p=0/29$ )، نوع زایمان ( $p=0/49$ )، پارگی پرینه درجه یک و دو ( $p=0/39$ ) و نمره آپگار نوزاد ( $p=0/97$ ) بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت، اما تماس پوست به پوست ( $p<0/001$ ) و شیردهی یک ساعت اول تولد ( $p<0/001$ ) در گروه حمایت شده بیشتر بود. برای

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون لجستیک برای تعیین و مقایسه تماس پوست به پوست و شیردهی یک ساعت اول تولد در مراجعین به زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی بندرعباس

متغیرها	نسبت شانس	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای نسبت شانس
اولین پیامد زایمانی که معنی‌دار شده است	تماس پوست به پوست	$p<0/001$	۲/۸-۱۱/۵
متغیرهای مداخله‌گر در دو گروه	میزان تحصیلات	۰/۹۴	۰/۶۸-۱/۵
	میزان درآمد	۰/۶۵	۰/۷-۱/۲
	تعداد زایمان	۱	۰/۷-۱/۵
	شرکت در کلاس‌های آمادگی جهت زایمان	۱/۰۳	۰/۴۲-۲/۵
دومین پیامد زایمانی که معنی‌دار شده است	شیردهی یک ساعت اول تولد	$p<0/001$	۴/۵-۱۷/۳
متغیرهای مداخله‌گر در دو گروه	میزان تحصیلات	۰/۸۷	۰/۵۸-۱/۳
	میزان درآمد	۰/۸۵	۰/۶۴-۱/۱
	تعداد زایمان	۰/۶۹	۰/۴۵-۱
	شرکت در کلاس‌های آمادگی جهت زایمان	۰/۶۹	۰/۲۸-۱/۶

( $OR=8/89$ ,  $p<0/001$ )، بنابراین شانس شیردهی در یک ساعت اول بعد از تولد در مادرانی که مامای همراه داشتند، تقریباً ۹ برابر مادرانی بود که مامای همراه نداشتند.

### بحث

در مطالعه حاضر حمایت مداوم مادر توسط مامای همراه توانست فقط تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و شیردهی را در یک ساعت اول بعد از تولد افزایش دهد و سایر پیامدهای زایمانی در حضور مامای همراه تغییری نشان نداد و این در حالی است که مطالعات متعددی تأثیرات مثبت حمایت مداوم مادر در روند زایمان را

با فرض ثابت ماندن سایر متغیرها، ارتباط متغیر تماس پوست به پوست و دریافت حمایت معنادار بود ( $OR=5/74$ ,  $p<0/001$ )، بنابراین شانس تماس پوست به پوست در مادرانی که مامای همراه داشتند، تقریباً ۶ برابر مادرانی بود که مامای همراه نداشتند. همچنین در مورد متغیر شیردهی، پس از ورود متغیرها به مدل رگرسیون لجستیک، متغیرهای میزان تحصیلات ( $p=0/87$ )، میزان درآمد ( $p=0/85$ )، تعداد زایمان ( $p=0/69$ ) و شرکت در کلاس‌های آمادگی جهت زایمان ( $p=0/41$ ) با داشتن حمایت ارتباط معنی‌داری نداشتند. با فرض ثابت ماندن سایر متغیرها، ارتباط متغیر شیردهی یک ساعت اول تولد با دریافت حمایت معنادار بود

مطالعات در ایران نشان داده‌اند که تعداد زیادی از مداخلات مانند بستری کردن مادر قبل از شروع انقباضات رحمی و مانیتورینگ دائمی قلب جنین در ارائه مراقبت‌های حین لیبر انجام می‌شود (۳۸). مداخلات حین لیبر مانند بکارگیری اکسی‌توسین به عنوان اینداکشن در ۳۳٪، تقویت دردهای زایمانی در ۴۵٪، عدم اجازه حرکت در ۷۸٪ (۳۹) و اپی‌زیاتومی در ۴۱/۵٪ موارد (۴۰) گزارش شده است. به نظر می‌رسد با وجود این مداخلات زمینه‌ای، شاید نقش و حضور مامای همراه نتواند تأثیرات طبیعی خود را در بهبود پیامدهای زایمانی نشان دهد.

مسئله بعدی که باید در مورد اثرات حمایت مامای همراه در نظر داشت، چگونگی ارائه این مراقبت‌ها از طرف فرد حمایت کننده است. در مطالعه حاضر مامای همراه آموزش دیده اقدام به حمایت مادر نمود. این افراد همگی دوره ۶۰ ساعته آموزش‌های لازم را گذرانیده‌اند. حمایت مامای همراه در بیمارستان مورد مطالعه طبق معمول بیمارستان از زمان شروع فاز فعال زایمانی به مادر ارائه شد و مادر قبل از آن حمایتی دریافت نکرده بود. دوران قبل از شروع فاز فعال یا به عبارتی فاز نهفته، زمان بسیار مهمی از لیبر یک زن محسوب می‌شود. علت این مسئله، مدت زمان نسبتاً طولانی این مرحله از یک طرف و استرس‌زا بودن آن از طرف دیگر است. استرس مادر در این دوره زمانی می‌تواند کاتکول‌آمین‌ها را آزاد نموده و دردهای زایمانی غیر مؤثر ایجاد و با کارکرد نامناسب عضلات رحمی، زایمان را در شروع با مشکل روبرو سازد (۴۱). حمایت مادر در این دوره مورد تأکید بوده و محروم نمودن مادر از حمایت در این دوران توصیه نشده است (۵). در مطالعه خاوندی‌زاده (۲۰۰۶) و احمدی (۲۰۱۰)، حمایت مادر از فاز پذیرش زائو آغاز شد و شاید یکی از علل تأثیر مثبت حمایت مامای همراه در مطالعات فوق و مغایرت با مطالعه حاضر، همین مسئله باشد (۲۸، ۳۲).

در مطالعه حاضر، میزان تماس پوست به پوست و شیردهی در یک ساعت بعد از تولد در گروه حمایت بیشتر از گروه کنترل بود ( $p < 0.001$ ). مطالعه خاوندی‌زاده (۲۰۰۶) نشان داد که حمایت مداوم حین

نشان داده‌اند. بر اساس نتایج مطالعات انجام شده، حمایت مداوم مادر باعث کاهش مرحله اول لیبر (۲۱، ۲۲)، کاهش میزان استفاده از فورسپس (۲۴)، کوتاه‌تر شدن لیبر و کاهش آمار سزارین (۲۶-۲۳، ۳۶)، کاهش مدت فاز فعال زایمان (۱۱، ۳۶)، کاهش نیاز به اکسی‌توسین و شدت درد زایمان (۱۱، ۲۸)، افزایش نمره آپگار دقیقه اول و پنجم (۲۲، ۲۳)، شروع زودتر تغذیه با شیر مادر (۳۲)، آغاز شیردهی در ۷۲ ساعت اول زایمان (۲۱) و کاهش زمان شروع اولین شیردهی از پستان (۱۲) می‌شود، البته در برخی مطالعات نیز حمایت مامای همراه بر پیامدهایی مانند کاهش طول مدت فاز فعال زایمان، کاهش شدت درد زایمان و نمره آپگار دقیقه اول تأثیر بسزایی نداشت (۵، ۲۷، ۳۱-۲۹).

اینکه حمایت مادر در طی لیبر در چه شرایطی می‌تواند نتیجه بهتری برای مادر ایجاد نماید، در مطالعاتی مورد توجه قرار گرفته است. سازمان جهانی بهداشت معتقد است حمایت باید از طرف کسانی باشد که مادر آنها را ترجیح می‌دهد و با آنها راحت‌تر است (۵). همچنین حمایت مداوم همراه، زمانی بهترین پیامد را در بردارد که از شروع دردهای زایمانی آغاز گردد و فرد حمایت‌کننده از کارکنان مؤسسه زایمانی نباشد (۱۲). در برخی منابع تأکید بر آموزش دیده بودن همراه شده است (۳۷). به نظر می‌رسد صرف‌نظر از این که چه کسی اقدام به همراهی و حمایت مادر دارد، شرایط موجود در ارائه مراقبت‌ها در طول لیبر و زایمان، عامل بسیار مهمی در کسب نتایج مطلوب حمایت مداوم مادر باشد. در مطالعه خاوندی‌زاده (۲۰۰۶) و احمدی (۲۰۱۰) که با هدف بررسی تأثیر حمایت مامای همراه بر پیامدهای زایمانی انجام شد، محققین با طراحی یک مطالعه کارآزمایی بالینی، شرایط محیطی را در هر دو گروه دریافت‌کننده مراقبت و عدم دریافت حمایت مهیا نموده تا با کنترل متغیرهای مؤثر بر پیامدها بتوانند تأثیر همراهی را بسنجند؛ و در نهایت تأثیر همراهی توانست بر اغلب پیامدها مؤثر باشد؛ در حالی که در مطالعه توصیفی حاضر که فقط به شرح شرایط موجود پرداخت و کنترلی روی محیط در چگونگی ارائه حمایت نداشت، نتایج متفاوت بود (۲۸، ۳۲).

شیر مادر در دو گروه حمایت مداوم مامای همراه و عدم حمایت تا ۶ ماهگی نوزاد بررسی شود.

### نتیجه‌گیری

حمایت مداوم حین لیبر توسط مامای همراه در مقایسه با مراقبت معمول به طور قابل توجهی تماس پوست به پوست مادر و نوزاد و شیردهی یک ساعت اول تولد را افزایش می‌دهد، در حالی که نوع زایمان، رنگ مایع آمنیون، طول فاز فعال زایمانی، طول مدت و میزان استفاده از اکسی‌توسین، شدت درد در هر سه مرحله دیلاتاسیونی ۴-۳، ۷-۵، ۱۰-۸ سانتی‌متری، پارگی پرینه درجه یک و دو و نمره آپگار دقیقه اول بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری ندارد و حضور مامای همراه، تأثیری بر روی این پیامدهای زایمانی نداشته است. بر اساس تحلیل رگرسیون لجستیک، شانس تماس پوست به پوست و شیردهی یک ساعت اول تولد در کسانی که مامای همراه داشتند نسبت به کسانی که نداشتند، به ترتیب تقریباً ۶ و ۹ برابر بود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی صاحب‌داده‌های به راهنمایی دکتر شهناز ترک زهرانی است که در تاریخ ۱۳۹۵/۰۲/۰۷ در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تأیید شد. بدین‌وسیله از مسئولین محترم دانشکده پرستاری- مامایی شهید بهشتی و مسئولین محترم مرکز مشاوره مهر مادران و مدیریت محترم درمان تأمین اجتماعی و مسئولین و همکاران زایشگاه بیمارستان تأمین اجتماعی بندرعباس و نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

زایمان باعث شروع زودتر تغذیه با شیر مادر می‌شود (۳۲). مطالعه نامسن رایورز و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که حضور مامای همراه طی لیبر بر روی آغاز شیردهی در ۷۲ ساعت اول زایمان و ۶ هفته اول زایمان تأثیر بسزایی دارد (۲۱). در مطالعه سمیعی‌زاده طوسی و همکاران (۲۰۱۱) در حضور همراه حین لیبر، زمان شروع اولین شیردهی از پستان کاهش و مدت در آغوش گرفتن نوزاد افزایش یافته بود (۱۲). همچنین در مطالعه ترک زهرانی و همکاران (۲۰۱۲) حضور حمایت‌گر در کنار مادر بر طول مدت شیردهی نقش بسزایی داشت (۴۲). نتایج مطالعات ذکر شده مؤید یافته‌های پژوهش حاضر بود.

ملاحظات اخلاقی این مطالعه با کسب مجوز اخلاقی به شماره IR.SBMU.PHNM.1395.405 از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ریاست و مدیر محترم بیمارستان تأمین اجتماعی بندرعباس و کسب رضایت‌نامه آگاهانه از شرکت‌کنندگان و اعلام نتایج به مسئولین زیربط انجام گرفت.

در مطالعه حاضر اگرچه با تعیین مشخصات لازم نمونه‌ها برای ورود به مطالعه سعی شد متغیرهای مؤثر بر پیامد زایمانی به جزء حمایت مداوم، کنترل شود، ولی به نظر می‌رسد به دلیل نوع مطالعه و توصیفی بودن آن، همچنان محدودیت عدم کنترل کامل این متغیرها پابرجا باشد.

به دلیل اینکه که یافته‌های مطالعه حاضر مربوط به شهر بندرعباس است، پیشنهاد می‌شود که برای پی بردن به پیامدهای زایمانی به دنبال حمایت مامای همراه در ایران، مطالعات مشابه در نقاط مختلف دیگر انجام گیرد. از آنجایی که در مطالعه حاضر حضور مامای همراه، شیردهی یک ساعت بعد از تولد را تحت تأثیر قرار داد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر، تغذیه انحصاری با



1. Stager L. Supporting women during labor and birth. *Midwifery Today Int Midwife* 2009; 92:12-5.
2. Umeora J, Ugochukwu O, Ukkaegbe CI, Eze JN, Masekoameng AK. Spousal companionship in labor in an urban facility in South East Nigeria. *Anatol J Obstet Gynecol* 2011; 2:1-5.
3. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal distress questionnaire. *Midwifery* 2011; 27(4):553-9.
4. Essex HN, Pickett KE. Mothers without companionship during childbirth: an analysis within the millennium cohort study. *Birth* 2008; 35(4):266-76.
5. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, Neto AS. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. *Reprod Health* 2007; 4(1):5.
6. Teshome M, Abdella A, Kumbi S. Parturients' need of continuous labor support in labor wards. *Ethiopian J Health Dev* 2016; 21(1):35-9.
7. Lundgren I. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery* 2010; 26(2):173-80.
8. Klaus MH, Kennell JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr* 1997; 86(10):1034-6.
9. Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 88(4 Pt 2):739-44.
10. 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.
11. Javad NM, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process. *Jundishapur Sci Med J* 2008; 7(1):32-8.
12. Samieizadeh Toosi T, Sereshti M, Dashipur AR, Mohammadinia N, Arzani A. The effect of supportive companionship on length of labor and desire to breastfeed in primiparous women. *J Urmia Nurs Midwifery Facul* 2011; 9(4):262-9. (Persian).
13. Gilliland AL. After praise and encouragement: emotional support strategies used by birth doulas in the USA and Canada. *Midwifery* 2011; 27(4):525-31.
14. Pascali-bonaro D, Kroeger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(4 Suppl 1):19-27.
15. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(6):489-504.
16. Campero L, García C, Díaz C, Ortiz O, Reynoso S, Langer A. Alone, I wouldn't have known what to do: a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico. *Soc Sci Med* 1998; 47(3):395-403.
17. Manning-Orenstein G. A birth intervention: the therapeutic effects of Doula support versus Lamaze preparation on first-time mothers' working models of caregiving. *Altern Ther Health Med* 1998; 4(4):73-81.
18. Campbell-Voytal K, Fry McComish J, Visger JM, Rowland CA, Kelleher J. Postpartum doulas: motivations and perceptions of practice. *Midwifery* 2011; 27(6):e214-21.
19. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S16-24.
20. Fortier JH, Godwin M. Doula support compared with standard care. Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Can Fam Physician* 2015; 61(6):e284-92.
21. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, Cullum AS, Dewey KG. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(2):157-73.
22. Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F. Effect of continued support of midwifery students in labour on the childbirth and labour consequences: a randomized controlled clinical trial. *J Clin Diagn Res* 2016; 10(9):QC14-7.
23. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006; 35(4):456-64.
24. 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.
25. Kozhimannil KB, Hardeman RR, Attanasio LB, Blauer-Peterson C, O'Brien M. Doula care, birth outcomes, and costs among Medicaid beneficiaries. *Am J Public Health* 2013; 103(4):e113-21.
26. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Jou J, Joarnt LK, Johnson PJ, Gjerdingen DK. Potential benefits of increased access to doula support during childbirth. *Am J Manag Care* 2012; 20(8):e340-52.
27. Nobakht F, Safdari Df, Parvin N, Rafiee VL. The effect of the presence of an attendant on anxiety and labor pain of primiparae referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2010; 9(1):41-50. (Persian).
28. Ahmadi Z. Evaluation of the effect of continuous midwifery support on pain intensity in labor and delivery. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2010; 9(4):293-304. (Persian).
29. Melzack R, Katz J. *The McGill pain questionnaire: appraisal and current status*. New York: Guilford Press; 2001. P. 35-53.

30. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one-to-one nurse support of women in labor. *Birth* 1997; 24(2):71-7.
31. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(11):1373-81.
32. Khavandizadeh Aghdam S. The effect of the continuous labor support from a supportive companion on the process and outcomes of labor in primigravida. *J Ardabil Univ Med Sc* 2006; 6(4):368-73. (Persian).
33. Gharloghi S, Zahrani ST, Heshmat R, Akbarzade A. The effects of acupressure points in SP6 and SP8 on primary dysmenorrhea. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2011; 15(4):245-50. (Persian).
34. Melchart D, Streng A, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, Wagenpfeil S, et al. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331(7513):376-82.
35. Burckhardt CS, Jones KD. Adult measures of pain: the McGill Pain Questionnaire (MPQ), Rheumatoid Arthritis Pain Scale (RAPS), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Verbal Descriptive Scale (VDS), Visual Analog Scale (VAS), and West Haven-Yale Multidisciplinary Pain Inventory (WHYMPI). *Arthritis Care Res* 2003; 49:S5.
36. Khavandizadeh Aghdam S, Kazemzadeh R, Nikjoo R. The effect of the doula support during labor on delivery length in primigravida women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(150):8-13. (Persian).
37. Yuenyong S, Jirapaet V, O'Brien BA. Support from a close female relative in labour: the ideal maternity nursing intervention in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2011; 91(2):253-60.
38. Mobarakabadi SS, Najmabadi KM, Tabatabaie MG, Esmaily H. Predictors of mode of childbirth based on medicalized maternal care: a cross-sectional study. *Iran Red Crescent Med J* 2017; 19(2):e25073.
39. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, House A, Baghban AA. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: the use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery* 2015; 31(11):1045-53.
40. Rasouli M, Keramat A, Khosravi A, Mohabat PZ. Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, northeast of Iran. *Int J Womens Health Reprod Sci* 2016; 4(3):125-9.
41. Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. *J Midwifery Womens Health* 2005; 50(4):e36-40.
42. Tork Zahrani SH, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian A, Sheikhan Z. Effect of support from the mothers with positive breast feeding experience on breast feeding pattern and duration among primiparous women referred to maternityward of Ilam hospital, 2010. *J Ilam Univ Med Sci* 2012; 20(2):9-16 (Persian).

