

تأثیر مراقبت اختصاصی مامایی در طول لیبر بر نوع زایمان

* * * *

چکیده

زایمان واقعه پراسترسی است که در مدت کوتاهی رخ می‌دهد، زن برای تطابق با آن نیازمند کمک و حمایت یک فرد ماهر است. ترس و اضطراب سبب عدم پیشرفت زایمان و در نتیجه انجام مداخلات جراحی می‌گردد. لذا جهت کنترل درد و سازگاری با استرس زایمان توصیه شده است هر زن توسط یک ماما اختصاصاً و به طور مداوم مراقبت و حمایت گردد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر مراقبت اختصاصی مامایی در طول لیبر بر نوع زایمان برحسب مداخلات تحریکی و تعداد زایمان قبلی بود.

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بر روی ۲۹۰ زن باردار کم خطر که به شیوه مستمر نمونه‌گیری و به طور تصادفی در دو گروه مراقبت اختصاصی (۱۴۵) و مراقبت معمول (۱۴۵) مامایی تقسیم شدند، انجام گردید. در گروه مراقبت اختصاصی از شروع فاز فعال زایمان یک ماما ضمن حضور مداوم و مراقبت بالینی زن را جهت رویارویی با درد و استرس زایمان با استفاده از روش‌های غیردارویی کاهش درد (تکنیک‌های تنفسی، تن آرامی، ماساژ و ...) و حمایت عاطفی و فیزیکی یاری نمود. نمونه‌های گروه کنترل طبق روال معمول مراکز آموزشی - درمانی مراقبت شدند.

یافته‌ها نشان داد که در گروه مراقبت اختصاصی زایمان سزارین و زایمان با ابزار نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری ($P=0/000$) کاهش یافت. همچنین با انجام آزمون منتل هنزل جهت حذف اثر هر یک از متغیرهای مداخله‌گر (مخدوش‌کننده) تعداد زایمان قبلی و مداخلات تحریکی (نحوه پارگی کیسه آب و استفاده از اکسی‌توسین) نتایج نشان داد که اختلاف نوع زایمان بین دو گروه معنی‌دار بود.

یافته‌های این پژوهش مؤید آن است که ارائه مراقبت اختصاصی مامایی به مفهوم مراقبت و حمایت مداوم و رفع مناسب و به موقع نیازهای عاطفی و جسمی زن طی لیبر سبب کاهش مداخلات جراحی در زایمان و بالطبع عوارض و هزینه‌های مربوطه می‌شود. لذا استفاده از این شیوه نوین مراقبتی در مراکز زایمانی توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی:

8 8

:/ / : . / / :

(8) è

مقدمه

زایمان واقعه‌ی پراسترس است که در مدت زمان نسبتاً کوتاهی رخ می‌دهد. لذا زن باردار جهت سازگاری و تطابق با آن نیازمند کمک و همراهی افراد دیگر می‌باشد. در بین ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، ماما نقش ویژه‌ای در این زمینه بر عهده دارد.^(۱) از آنجا که هنگام لیبر زن مضطرب و هیجان‌زده است، انتظار دارد شخصی باتجربه و ماهر با دلسوزی، ملایمت و توجه از وی مراقبت و حمایت کند. لذا در بعضی مراکز یک ماما مسؤول مراقبت از یک زن می‌شود و در تمام مراحل او را از نزدیک یاری و همراهی می‌نماید.^(۲) امروزه با بهره‌گیری از تعالیم دیک‌رید (Dick-read) و لاماز (Lamaze) مددجو هنگام رویارویی با درد و استرس زایمان با استفاده از روش‌های غیردارویی کنترل درد حمایت می‌شود. بدین لحاظ مراقبت مداوم توسط مامایی که در این زمینه مهارت دارد، ضروری می‌باشد. به اعتقاد لاماز هر زن می‌بایست در سرتاسر مراحل زایمان به طور مداوم بوسیله یک فرد صلاحیت‌دار (ماما یا پزشک) که درباره نحوه ارائه حمایت‌های زایمانی آموزش دیده است، همراهی گردد، زیرا سالم‌ترین و مؤثرترین راه کاستن از درد و اضطراب زایمان، همراهی و توجه دلسوزانه در طی لیبر می‌باشد^(۳) و اکثر زنان انتظار دارند، طی زایمان از طرف ماما مورد حمایت همه جانبه به ویژه حمایت عاطفی قرار گیرند، این حمایت تاثیر مثبتی بر نتایج زایمانی خواهد گذاشت.^(۴)

طبق شواهد مستند حمایت مداوم مامایی طی لیبر یکی از جنبه‌های حیاتی مراقبت از زن باردار است و تأثیر مثبت و مهمی بر سلامت مادر و جنین می‌گذارد.^(۵ و ۶) اما به طور معمول در بخش زایمان هر ماما مسئولیت

مراقبت از چند زن را برعهده دارد و اغلب با انجام اقداماتی نظیر ارزیابی سلامت مادر و جنین، تجویز داروها، ثبت در پرونده و... به مراقبت بالینی از آن‌ها می‌پردازد.^(۷) درحالی‌که طی زایمان زن علاوه بر مراقبت بالینی نیاز به توجه توأم با درک، همدلی، دلگرمی، راهنمایی و حمایت دارد.^(۳) اما وابستگی به استفاده از تکنولوژی در مراقبت‌های زایمانی منجر به نادیده گرفته شدن جوانب انسانی مراقبت شده است.^(۸) امروزه در بسیاری از موارد مشاهده می‌شود در اتاق لیبر زائو از یک سو به دستگاه پایش الکترونیکی جنینی و از سوی دیگر به سرم اکسی‌توسین جهت القای درد زایمان و پمپ انفوزیون بی‌حسی اپی‌دورال برای رهایی از درد متصل می‌باشد،^(۷) و در بیشتر اوقات در اتاق لیبر تنها می‌ماند.^(۹) این امر موجب افزایش احساس ترس و اضطراب در او می‌گردد.^(۱۰) علاوه بر تنهایی، درد، رنج، حقارت، ضرورت عریان بودن، از دست دادن کنترل رفتار، نگرانی از عدم سلامت نوزاد و مرگ شرایط را برای زن زائو دشوارتر می‌کند. رویارویی با این شرایط و همچنین اضطراب و فشار روانی ناشی از احتمال وقوع حوادث ناخوشایند، نقطه اوج تجربه زایمان می‌باشد، برای کمک به تطابق این شرایط بحرانی مددجو نیاز مبرم به حمایت و همراهی یک فرد ماهر دارد.^(۱۱)

بایستی در نظر داشت که فرآیند زایمان دارای دو بُعد روحی و جسمی می‌باشد که هر دو بُعد در چگونگی پیشرفت، سهولت یا دشواری، زایمان و در نهایت نتایج آن اثر گذار خواهد بود. فرضیه "زایمان روحی و جسمی" را اولین بار دیک‌رید (۱۹۴۴) در انگلستان ارائه نمود، این دانشمند به منظور پاسخ به این پرسش که آیا سختی و اشکال در زایمان موجب درد شدید و ترس فراوان زن می‌گردد؟ و یا ترس و هراس بیش از

حد موجب عدم پیشرفت زایمان و احساس درد شدید می‌گردد؟ مطالعه‌ای روی صدها زائو انجام داد و به این نتیجه رسید که وقتی زن مضطرب و هیجان زده است، دهانه‌ی رحمش به سهولت باز نمی‌گردد.^(۱۲) در واقع ترس تاثیر منفی بر انقباضات رحمی و اتساع دهانه رحم می‌گذارد.^(۱۳) ترس و اضطراب موجب انقباض عضلات بدن و افزایش دردهای زایمان گشته و چرخه معیوب ترس - انقباض عضلانی - تشدید درد را ایجاد می‌کند. متعاقب آن تولید و ترشح آدرنالین در خون افزایش می‌یابد. این امر علاوه بر تشدید دردها، مانع انقباضات طبیعی رحم شده و در نهایت طول مدت زایمان افزایش یافته و پیشرفت آن مختل می‌شود.^(۳) زایمان طولانی و سخت یک وضعیت بحرانی می‌باشد که معمولاً با معاینات واژینال متعدد و مداخلات تهاجمی دیگر همراه می‌شود، این امر خستگی، درد و ناراحتی بیشتر زائو را موجب می‌گردد.^(۱۳)

عدم پیشرفت زایمان شایع‌ترین علت سزارین اولیه می‌باشد.^(۱۵، ۱۴) طبق آمار ۶۸ درصد از عمل‌های سزارین برنامه ریزی نشده در نمایش قله سر بدین علت انجام می‌شود.^(۱۴) نتایج یک بررسی در تهران نشان داد که ۵۸/۱ درصد از موارد زایمان سزارین به علت عدم پیشرفت انجام شده است.^(۱۶) در سال‌های اخیر با افزایش استفاده از تکنولوژی در فرآیند زایمان، سزارین با تشخیص عدم پیشرفت (زایمان سخت) رشد سریع و نگران‌کننده‌ی داشته است.^(۱۷) تردیدی نیست که عوارض مادری ناشی از زایمان سزارین در مقایسه با زایمان طبیعی به میزان قابل توجهی افزایش می‌یابد^(۱۴) و این مسئله نه تنها در کشورهای در حال پیشرفت بلکه در کشورهای پیشرفته نیز مشاهده می‌گردد.^(۱۸)

علاوه بر عدم پیشرفت زایمان حفظ سلامت جنین عامل دیگری است که منجر به زایمان سزارین می‌شود. وقتی واکنش زن هنگام مواجهه با دردهای زایمان توأم با ترس، اضطراب و ناآرامی باشد، سلامت جنین ممکن است به خطر بیفتد. در چنین مواقعی افزایش فعالیت اعصاب سمپاتیک و متعاقب آن ترشح کاتکول آمین‌ها می‌تواند منجر به انقباض عروقی، افزایش فشار خون مادر و در نهایت کاهش جریان خون رحمی - جفتی و محدودیت ذخیره اکسیژن جنینی شده و انجام زایمان به طریق سزارین جهت حفظ سلامت نوزاد ضروری گردد.^(۱۹) بسیاری از محققین نشان داده‌اند که کاهش قابل توجه در میزان زایمان سزارین بدون افزایش معلولیت و مرگ و میر پرناتال امکان‌پذیر می‌باشد. این مهم از طریق همراهی مداوم یک مراقب با تجربه در تمام مدت زایمان میسر می‌باشد، که علاوه بر مراقبت مداوم بالینی با ارائه حمایت عاطفی، دادن اطلاعات درباره فیزیولوژی زایمان و اقداماتی که به طور معمول در زایمان انجام می‌شود، ترس و اضطراب مادر را کاهش داده و آرامش او را حفظ می‌نماید. بدین منظور امروزه در ایالات متحده آمریکا تغییرات قابل توجهی در ارتباط با تیم اداره کننده زایمان صورت گرفته است، سهم ماما در اداره زایمان در بیمارستان رو به افزایش است.^(۱۴) مطالعات در کشورهای توسعه یافته نشان داده است حضور مداوم ماما بر بالین زن و ارائه حمایت مؤثر عاطفی و فیزیکی در طول زایمان موجب کاستن از نسبت زایمان سزارین و زایمان با ابزار می‌شود.^(۲۰) مطالعات انجام شده در کشورهای توسعه یافته نشان داد که ارائه مراقبت اختصاصی یک ماما از یک زن در تمام مدت مراحل زایمانی مداخله‌ای است که به طور مشخص میزان سزارین را کاهش می‌دهد.^(۲۱) بدین

لحاظ دپارتمان بهداشت انگلستان (۱۹۹۳) در بیانیه‌ای تحت عنوان "اصلاحات زایمانی" توصیه نموده است که در همه مراکز زایمانی تمهیداتی در نظر گرفته شود تا یک ماما از هر زن در سراسر زایمان مراقبت نماید. زیرا اطمینان دادن به مادر در مورد داشتن یک حامی و مراقب بطور مداوم، یکی از مؤثرترین اقداماتی است که می‌توان حین زایمان انجام داد، این امر نه تنها یک پشتوانه عاطفی برای او است تا شادتر و آرامتر باشد، بلکه تاثیر مثبت مهمی بر روند فیزیولوژیک و نتایج زایمان دارد.^(۲۲) زیرا حضور مداوم ماما کنار بالین مادر در تمام مراحل زایمان و حمایت او، از طریق افزایش ترشح ضددردهای درونزا یا اندورفین‌ها و ممانعت از ترشح کاتکول آمین‌ها سبب تسهیل روند طبیعی زایمان می‌گردد.^(۲۳)

با توجه به افزایش موارد زایمان سزارین در کشور ما و اینکه نحوه ارائه مراقبت مامایی طی لیبر یکی از مسائلی است که تاثیر بسیاری بر نتایج زایمان می‌گذارد. این پژوهش جهت بررسی تاثیر مراقبت اختصاصی مامایی در طول لیبر بر نوع زایمان در مقایسه با مراقبت معمول برحسب مداخلات تحریکی و تعداد زایمان قبلی صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود که با حجم نمونه ۲۹۰ نفر انجام گردید. جامعه مورد نظر در این پژوهش شامل کلیه زنان باردار کم خطر، ۱۸-۳۵ ساله، با سن حاملگی ۳۸-۴۲ هفته، دارای جنین زنده، تک قلو و نمایش سر که جهت زایمان اول و یا دوم بستری شده بودند و از نظر پزشک متخصص شرایط زایمان طبیعی را داشتند.

معیارهای حذف نمونه شامل هرگونه بیماری شناخته شده جسمی و روانی، بارداری‌های پرخطر، سزارین قبلی با تشخیص عدم تطابق سر با لگن، سزارین انتخابی و تولد نوزاد با وزن کمتر از ۲۵۰۰ و بیش از ۴۰۰۰ گرم بود. افراد واجد شرایط در صورت تمایل به شرکت در پژوهش از اتساع ۴-۳ سانتی‌متری دهانه رحم به روش نمونه‌گیری مستمر گزینش شده و به طور تصادفی به دو گروه تجربه و کنترل تقسیم شده (۱۴۵ نفر در هر گروه) و جداگانه در اتاق‌های لیبر عمومی (دارای ۵-۴ تخت) بخش زایمان قرار گرفتند.

در گروه تجربه (مراقبت اختصاصی) مامای پژوهشگر ضمن حضور کنار بالین مادر و مراقبت مداوم مامایی، ارزیابی سیر پیشرفت زایمان، بررسی وضعیت سلامت مادر و جنین و کنترل مداوم انفوزیون وریدی اکسی‌توسین (در صورت تجویز) با پزشک متخصص کشیک و دستیاران همکاری نزدیک داشته و در عین حال به منظور حفظ روند فیزیولوژیک زایمان و پرهیز از مداخلات غیر ضروری با فراهم نمودن حمایت عاطفی، رعایت آسایش فیزیکی و دادن اطلاعات به زن در جهت رفع ترس و نگرانی، کاهش درد و افزایش آرامش و راحتی او به طریق ذیل تلاش کرده است:

الف) ارائه حمایت عاطفی با انجام اقداماتی چون:

- ایجاد رابطه‌ای اطمینان بخش و جوی قابل اعتماد از طریق برخورد صمیمانه و محترمانه، توجه توأم با درک و رفتار گرم و آرامش دهنده

- مطمئن نمودن مادر از حضور و مراقبت مداوم خود و اعلام اینکه قصد دارد به او کمک نماید تا زایمانی راحت، ایمن و با درد کمتر داشته باشد.

- لمس و نگر داشتن دست‌ها، نوازش پیشانی و ... جهت ایجاد احساس آرامش، تایید و دلگرمی

- تقویت روحیه، تشویق، قدردانی و ابراز بیانات تاییدی

- شناخت نیازها، تمایلات و نگرانی‌های زن و تلاش در جهت رفع آن‌ها، مصاحبت با زن به منظور انحراف حواس از درد، جلب اطمینان، اعتماد و همکاری او

- جلب رضایت و دقت در رعایت حریم زائو ضمن انجام معاینات معمول مامایی

ب) دادن اطلاعات و افزایش آگاهی زن بوسیله:

- ارائه مطالب به بیانی ساده و قابل فهم درمورد فیزیولوژی و نحوه پیشرفت مراحل مختلف زایمان به منظور کاهش ترس و اضطراب مادر

- تاکید مداوم بر طبیعی بودن فرآیند زایمان و رفتار به گونه‌ای که این امر را تایید نماید.

- آگاه نمودن زن از آنچه در حال وقوع است و توضیح در مورد اقدامات معمول مامایی

- تشریح این نکته که طبیعت زایمان همراه با درد است. ولی روش‌هایی وجود دارد که زن می‌تواند با فراگیری و اجرای آن‌ها از درد خود بکاهد و به جای واکنش توأم با ترس و اضطراب، ناآرامی و بی‌قراری انرژی خود را ذخیره کرده و به تسهیل روند زایمانش کمک کند.

- آموزش تن‌آرامی توأم با تصویرسازی و ترغیب و همراهی وی در انجام آن‌ها در فواصل بین انقباضات (تاکید بر شل‌سازی عضلات پرینه و کف لگن)

- آموزش تکنیک‌های کنترل و تمرکز بر تنفس، برقراری تماس چشمی در شروع هر انقباض، اجرای عملی تکنیک و سپس تشویق زن به تقلید و انجام آن در طول انقباضات رحمی

ج) رعایت آسایش فیزیکی با انجام اقداماتی که به کاهش ناراحتی جسمی او (درد، گرسنگی و تشنگی) کمک می‌کند نظیر:

- استفاده از ماساژ و کمپرس سرد و یا گرمای موضعی (بنا به تمایل زائو)

- توجه و کمک به حفظ بهداشت، پاکیزگی و راحتی زن و تشویق به تخلیه مکرر مثانه

- دادن مایعات خنک و تجویز سرم قندی هنگام ضعف و گرسنگی (با هماهنگی پزشک کشیک)

- یاری و تشویق زن به داشتن تحرک و تغییر وضعیت متناوب در مرحله اول زایمان و استفاده از وضعیت‌های قائم (قدم زدن، ایستاده با تکیه بر لبه تخت، نشسته و ...) با وجود انفوزیون وریدی

- در مرحله دوم زایمان، توصیه به قرارگیری در وضعیت‌های نیمه نشسته، چمباتمه و زانو زده با تکیه بر لبه تخت (تا قبل از انتقال به تخت زایمان) و یاری مادر در حفظ این وضعیت‌ها

در انتهای مرحله دوم زایمان مراقبت بالینی و ارائه حمایت‌های عاطفی و فیزیکی توسط مامای اختصاصی به طور بی‌وقفه ادامه یافته، نحوه صحیح تنفس و اعمال فشار هنگام تلاش برای خروج جنین آموزش داده شده و همچنین ارتباط و همکاری نزدیک با عامل زایمان که در هر دو گروه اغلب دستیار و کارورز زنان و گاهی دانشجوی مامایی و مربی بود، وجود داشت.

نمونه‌های گروه کنترل مطابق روال معمول مراکز آموزشی- درمانی توسط دستیاران و کارورزان زنان مشترکاً مراقبت شدند. شخص مراقب به فواصل زمانی مختلف تعویض شده، همچنین نمونه‌ها اغلب به استراحت در بستر محدود بوده، همراهی نداشتند و استفاده از روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان نیز معمول نبود. ماماهاى بخش زایمان در مدت پژوهش به وظایفی مانند: کنترل علائم حیاتی، چارت پرونده، وصل نمودن سرم، آماده نمودن و اعزام زنان به اتاق عمل، تکمیل اوراق شناسایی نوزاد و دیگر اقدامات معمول مشغول بودند.

در این پژوهش در هر دو گروه تجربه و کنترل از دارو برای کاهش درد استفاده نگردید و در مواردی که کیسه آب سالم بود، در صورت عدم پیشرفت مناسب مراحل زایمانی توسط پزشک کشیک یا دستیار زنان به طور مصنوعی پاره می‌شد و گردآوری داده‌ها در هر دو گروه با استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ها انجام شد. یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

میانگین سن نمونه‌ها در دو گروه تجربه و کنترل به ترتیب برابر $3/64 \pm 23/21$ و $4/21 \pm 23/79$ سال بود. جهت بررسی وضعیت توزیع متغیر سن از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد، نتیجه آن نشان داد که توزیع این متغیر نرمال نیست، لذا از آزمون من‌ویتنی جهت مقایسه سن دو گروه استفاده گردید که اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

()	()	
طبیعی	۱۴۰ (۹۶/۵)	۱۲۳ (۸۴/۸)
* با ابزار	۱ (۰/۷)	۳ (۲/۱)
* سزارین	۴ (۲/۸)	۱۹ (۱۳/۱)
جمع	۱۴۵ (۱۰۰)	۱۴۵ (۱۰۰)
P = ۰/۰۰۱		

* جهت انجام آزمون آماری زایمان با ابزار و سزارین (زایمان غیر طبیعی) با هم ادغام شدند.

به منظور بررسی و کنترل اثر هر یک از متغیرهای مداخله‌گر تعداد زایمان قبلی، استفاده از اکسی‌توسین و نحوه پارگی کیسه آب بر نوع زایمان نیز آزمون من‌تیل هنزل انجام گردید.

نتایج بدست آمده نشان داد که با حذف اثر متغیر مداخله‌گر تعداد زایمان قبلی اختلاف نوع زایمان در دو

در این پژوهش در هر دو گروه تجربه و کنترل از دارو برای کاهش درد استفاده نگردید و در مواردی که کیسه آب سالم بود، در صورت عدم پیشرفت مناسب مراحل زایمانی توسط پزشک کشیک یا دستیار زنان به طور مصنوعی پاره می‌شد و گردآوری داده‌ها در هر دو گروه با استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده‌ها انجام شد. یافته‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین سن نمونه‌ها در دو گروه تجربه و کنترل به ترتیب برابر $3/64 \pm 23/21$ و $4/21 \pm 23/79$ سال بود. جهت بررسی وضعیت توزیع متغیر سن از آزمون کولموگروف اسمیرنف استفاده شد، نتیجه آن نشان داد که توزیع این متغیر نرمال نیست، لذا از آزمون من‌ویتنی جهت مقایسه سن دو گروه استفاده گردید که اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

میانگین سن حاملگی در گروه تجربه $1/2 \pm 39/52$ و در گروه کنترل $1/13 \pm 39/59$ هفته بود. میانگین تعداد حاملگی در گروه تجربه $0/53 \pm 1/32$ و در گروه کنترل $0/68 \pm 1/44$ بود. حدود ۷۱ درصد واحدهای مورد پژوهش در هر دو گروه نخست‌زا و بقیه سابقه یک زایمان داشتند. ۹۹/۳ درصد زنان در هر دو گروه خانه‌دار بودند. تحصیلات اکثریت زنان در دو گروه تجربه ($29/7$ درصد) و کنترل ($34/5$ درصد) در سطح راهنمایی بود که نتیجه آزمون مجذور کای اختلاف معنی‌داری را در هیچ یک از موارد نشان نداد.

میانگین قد زنان در گروه تجربه $4/7 \pm 158/15$ سانتیمتر و در گروه کنترل $4/21 \pm 157/62$ بود. میانگین وزن آن‌ها در گروه تجربه $10/10 \pm 72/61$ و

گروه معنی‌دار بود (جدول شماره-۲). بدین معنی که ارائه مراقبت اختصاصی مامایی هم در زایمان‌های اول و هم در زایمان‌های دوم با کاهش معنی‌دار نسبت

۵ جهت انجام آزمون آماری زایمان با ابزار و سزارین (زایمان غیر طبیعی) با هم ادغام شدند.

همچنین تاثیر هر یک از مداخلات تحریکی استفاده از اکسی‌توسین و پارگی مصنوعی کیسه‌آب (آمنیوتومی) بر نوع زایمان به طور مجزا با استفاده از آزمون متل هنزل مورد بررسی قرار گرفت. اطلاعات بدست آمده نشان داد که با حذف اثر متغیر مداخله‌گر استفاده از اکسی‌توسین، اختلاف نوع زایمان در دو گروه معنی‌دار بود ($P=0.001$) (جدول شماره-۳). بدین مفهوم که زایمان غیرطبیعی در گروه تجربه در

$$P = \cdot / \cdot \cdot \cdot$$

کیسه آب، زایمان غیرطبیعی در گروه تجربه به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود.

به عبارت دیگر یافته‌های پژوهش مؤید آن است که همکاری مامای اختصاصی با دستیاران زنان در ارائه مراقبت‌های زایمانی تأثیر مثبتی در کاهش مداخلات جراحی داشته است. Rooks, ۱۹۹۹ معتقد است که مراقبت پزشکی جای مراقبت مامایی را نمی‌گیرد بلکه مکمل آن است.

بحث و نتیجه گیری

()	()	()	()	
۱۶ (۱۶/۸)	۷۹ (۸۳/۲)	۲ (۲/۹)	۶۸ (۹۷/۱)	مصنوعی
۵ (۱۱/۵)	۴۳ (۸۸/۵)	۲ (۲/۹)	۷۲ (۹۷/۱)	خودبده خود

P = - / . . ۲

در شیوه مراقبت اختصاصی، ماما زن را یاری می‌کند تا هنگام رویارویی با انقباضات دردناک رحمی به جای واکنش توأم با اضطراب، ناآرامی و بی‌قراری، عکس‌العملی همراه با آگاهی، حفظ آرامش و کنترل داشته باشد، چنین به نظر می‌رسد که این اقدامات سبب تسهیل روند طبیعی زایمان و کاهش موارد عدم پیشرفت گردیده است. ولی از آنجا که در گروه کنترل

یافته‌های پژوهش نشان داد که در گروه تجربه سزارین به علل جنینی هم کمتر انجام شده است (۲)مورد افت قلب و زجر جنین در برابر ۱۲ مورد). این امر می‌تواند علاوه بر تفاوت در کیفیت مراقبت زایمانی، به اختلاف در نسبت زائو به مراقب در دو گروه مربوط باشد. در گروه مراقبت اختصاصی یک ماما از ابتدا تا انتهای زایمان از هر زن مراقبت و حمایت نمود، که به نظر می‌رسد بدین ترتیب کنترل سلامت مادر و جنین (به ویژه هنگام تجویز اکسی‌توسین) با دقت، توجه و هماهنگی بیشتری انجام می‌شود، در مقایسه با زمانی که هر مراقب از دو یا چند نفر مراقبت می‌کند.

Beak و McCourt (۲۰۰۱) در مطالعه مشابهی که در انگلستان با هدف بررسی تاثیر مراقبت اختصاصی مامایی انجام دادند، دریافتند که در گروه مراقبت اختصاصی در مقایسه با گروه مراقبت معمول نسبت سزارین ($P < 0.01$) و زایمان با ابزار ($P = 0.02$) به طور معنی‌داری کاهش یافت. آنان ایشان نتیجه‌گیری نمودند که ادامه مراقبت‌های زایمانی توسط یک ماما به اندازه کیفیت مراقبت‌ها حائز اهمیت است و حفظ ارتباط ماما با مادر موجب افزایش اعتماد به نفس، آرامش و آسودگی خاطر زن می‌شود. (۲۴)

همچنین نتایج بررسی (Waghorn و Gagnon، ۲۰۰۱) در کانادا نشان داد زایمان سزارین در گروه مراقبت اختصاصی (۱۲/۷ درصد) نسبت به مراقبت معمول (۲۸/۹ درصد) به طور معنی‌داری کاهش یافت ($0.01 - 0.19 =$ فاصله اطمینان $0.44 =$ شانس خطر). ولی اختلاف زایمان با ابزار بین دو گروه معنی‌دار نبود. (۱۳)

Harvey و همکاران (۱۹۹۶) در مطالعه‌ای پی بردند، حضور و مراقبت مداوم مامایی حین لیبر موجب کاهش معنی‌دار نسبت زایمان سزارین می‌گردد (۴ درصد در

برابر ۱۵ درصد). (۲۵) روزجواد (۱۳۷۷) نیز در مطالعه خود دریافت که حمایت مداوم مامایی موجب کاهش نسبت زایمان سزارین (۱۰/۷ درصد در برابر ۲۴/۱ درصد) می‌شود ($P < 0.05$). (۲۶) یافته‌های یک بازنگری سیستماتیک روی ۱۴ کارآزمایی بالینی تصادفی نیز نشان داد زایمان سزارین و با ابزار در زمانی که حمایت مداوم مامایی دریافت کردند، بطور معنی‌داری کاهش یافت. (۲۰)

در این ارتباط سازمان بهداشت جهانی (WHO)، فدراسیون بین‌المللی متخصصین زنان و زایمان (FIGO) و کنفدراسیون بین‌المللی ماماها (ICM) با انتشار بیانیه مشترکی تحت عنوان "ایمن‌تر نمودن بارداری" تاکید نموده‌اند دستیابی به بهترین نتایج مادری و نوزادی زایمان از طریق ارتقاء کیفیت خدمات مامایی و ارائه مراقبت مداوم مامایی توسط یک مراقب ماهر میسر می‌باشد (۲۰۰۴). (۲۷)

لذا با توجه به اطلاعات بدست آمده از این پژوهش و پژوهش‌های فوق‌الذکر و همچنین به منظور عمل به بیانیه مذکور توصیه می‌گردد، در مراکز زایمانی از شیوه نوین مراقبت اختصاصی مامایی استفاده شود و نیازهای حمایتی و عاطفی هر زن به طور فردی توسط پرسنل مجرب مامایی برآورده شود تا از این طریق مداخلاتی چون زایمان سزارین و با ابزار کاهش یابد. که علاوه بر کاهش عوارض ناشی از آن‌ها و ارتقاء وضعیت سلامت مادر و نوزاد، با کاستن از هزینه‌های درمانی همراه می‌باشد. بدین منظور تنظیم و تعدیل وظایف ماماها در بخش زایمان، آموزش و تشویق آن‌ها جهت ارائه مراقبت اختصاصی مامایی ضروری به نظر می‌رسد. باتوجه به نتایج مثبت ارائه مراقبت اختصاصی مامایی در زایمان زنان کم‌خطر، پیشنهاد می‌شود، مطالعات مشابهی در زایمان‌های پرخطر انجام شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از زحمات سرکار خانم دکتر اسکویی ریاست محترم و سرکار خانم شاهپوریان، معاونت محترم پژوهشی و همچنین اساتید محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

- 9- Rooks PJ. The Midwifery model of care. *J Nurs-Mid* 1999; 44(4): 370-374.
- 10- England P, Horowitz R. Midwives as Teachers: The 5-minute curriculum. in: Walsh VL, editor. *Midwifery Community-Based Care During the Childbirth Bearing Year*, Philadelphia: WB Saunders Company; 2001.
- 11- Carr CA, Schott M. First - stage labor. In: Walsh VL, editor. *Midwifery Community-Based Care During the Childbirth Bearing Year*, Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. P. 271-2.
- آرام میترا. (مترجم) آبینی و زایمان ویلیامز. جلد اول. تهران: انتشارات چهر؛ ۱۳۶۹.
- 13- Gagnon A, Waghorn K. One to one nurse labor support of nuliparous women stimulated with oxytocin. *JOGNN* 1999; 28(4): 371-6.
- 14- Cunningham F, Gant NF, Leveno KJ, Glistrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. editors. *Williams Obstetrics*. VI 21th ed. Newyork: McGrawhill. Medival Publishing Division; 2001. p. 6,363,426, 544-5.
- 15- Leveno KJ. Normal and abnormal labor. In: Ransom SB, Dombrowski MP, Mcneely SG, Mpghissi KS, Munkarah AR. et al. *Practical strategies in obstetrics and Gynecology*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
- 16- تعاونی سیمین، بررسی مقایسه‌ای تعداد حاملگی و سن مادران سزارینی و زایمان واژینال مراجعه‌کننده به یکی از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۸. گزارش پایانی طرح تحقیقاتی. دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۰. ص. ۲۸.
- 17- Landon MB. Cesarean Section in Ransom SB. et al editor. *Practical strategies in obstetrics and gynecology*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000. P. 299-301.
- 18- Fraser WD, Kramer MS. Labor and delivery. In: Goldman MB, Hatch MC, editors. *Women & Health*. San Diego: Academic Press. AP; 2000.
- 19- Mc kinny ES, Ashwill JW, Murray SS, James SR, Gorrie MT, Droske CS. editors. *Maternal child Nursing*. Philadelphia: WB Saunders Company; 2000.
- 1- Bryanton G, Fraraser H & Sullivan P. Woman's perceptions of nursing support during labor. *GOGAN* 1994; 23(8): 638-44.
- 2- Bennet VR & Brown K, editors. *Myles text book for midwives*. London: Churchil Livingstone; 1999.
- 3- Simkin P & Fredrick E. Labor Support. In Nichols FH & Humenick SS, editors. *Childbirth education: practice: research and theory*, 2nd ed. Philadelphia: WB.Saunders Company; 2000.
- صالحی کتایون. بررسی رفتارهای حمایتی مورد انتظار زنان از ماما و اثرات آن بر روند بالینی زایمان در یکی از زایشگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۳۸۰. دومین کنگره مراقبت‌های پرستاری و مامایی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران. تهران: بهمن ۱۳۸۱: ص ۹۲.
- 5- Simpson KR, Creehan PA, editors. *Perinatal nursing: Association of Woman's Health, Obstetrics & Neonatal Nurses (AWHONN)*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott, Company; 2001. P. 420 -1.
- 6- Davies BI, Hodnet E, editors. Labor Support: Nurses' self-Efficacy & views about factors influencing implementation. *JOGNN* 2001. 31(1): 49.
- 7- Gale J. Fothergill-Bourbonnais F, Chamberlin M. Measuring nursing support during child birth. *MCN* 2001; 26(5): 264-71.
- 8- Kardong-Edgren S. Using Evidence-Based Practice to Improve Intrapartum Care. *JOGNN* 2001; 30(4): 371-5.

25- Harvey S, Jarrell J, Brant R, Stainton CA Randomized. Controlled Trial of Nurse-Midwifery Care. BIRTH. 1996; 23(3): 128-134.

- روزجودی فرح. بررسی تاثیر حمایت مداوم در طی لیبر بر طول مراحل زایمان، زایمان سزارین، نسبت استفاده از اکسی‌توسین و نمره آپگار نوزاد در زنان نخست حامله مراجعه کننده به یکی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری - مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۷۷. ص. ۱۰۸، ۱۰۲.

27- World Health Organization. Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant, A joint statement by WHO, ICM and FIGO. Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/2004/skilled_attendant.pdf Accessed Jan 20, 2004. 1.

20- Petree B, Walsh LV. Maintenance of comfort and management of pain. In: Walsh VL. editor. Midwifery community-based care during the childbirth bearing year. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. P. 249.

21- Kirchner JT. Effects of walking during the first stage of labor. Am Family Phy, Kansas City. 1998; 58(9): 2155 -2156.

22- Page LA. Keeping birth normal. In Page LA. editor. The New midwifery: science and sensitivity in practice. London: Churchul Livingstone; 2000.

23- Grabowska C. Alternative therapies for pain relief. In: Page L, & Yerby M. editors. Pain in child bearing: Key issue in management of pain. London: Bailliere Tindall; 2000.

24- Beak S, McCourt C, Page L. Evaluation of one to one midwifery: second cohort study [serial online] Available from: <http://www.wilfson.tvu.uk>. Accessed Jan, 20, 2003. P.29,36,47.

EFFECT OF THE ONE TO ONE MIDWIFERY CARE DURING LABOR ON MODES OF DELIVERY

**SH. Moslemabadi Farahani, MSc¹ A. Malekzadegan, MSc² R. Mohammadi, Ph.D³
F. Hosseini, MSc⁴*

Abstract

The period of labor in women is a great event as a result of a stressful situation, which occur in short-time. Laboring women need comprehensive support to enable themselves to cope with the stress of labor. Fear and anxiety may cause failure of progression and consequently, necessitate surgical interventions. The one to one midwifery care provides a situation in which the mother would be able to cope better with the stress of labor. This study with a randomized controlled clinical trial design was conducted on 290 low risk pregnant women. All the subjects were randomized into two groups of experimental (145) and control (145). Non-pharmacologic interventions to relief pain (such as breathing technique, relaxation, massage) were provided to the experimental group during caring the women to enhance their psychological and physical comfort during labor. The aim of this study was to determin the effects of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery. The study findings showed that significant decline in caesarean section and use of instrumental vaginal delivery ($P=0.001$), in the experimental group compared to the control group. According to the study results, one to one midwifery care as responding knowledgeably and sensitively to the individual needs of laboring women would eventually decrease surgical interventions, complications and medical costs. The researchers suggest that, this method can be used by midwives in obstetric centers. Therefore, providing of the one to one midwifery care in the delivery and labor rooms of birth centres is recommended.

Key Words: One to one midwifery care, Individual care, Modes of delivery, Non-pharmacologic pain relief

¹ MSc in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran. (*Corresponding Author)

² Senior Lectures, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

³ Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.

⁴ Senior Lectures, School of Management and Medical Information, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran