

تأثیر حمایت مداوم طی زایمان بر پیشرفت زایمان زنان نخست باردار

معصومه کردی^۱، محدثه بخشی^{۲*}، دکتر فاطمه تارا^۳

۱. استادیار گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات اختلالات تخمک گذاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۵/۲

خلاصه

مقدمه: زایمان سخت، شایع ترین علت سزارین اولیه است. عوامل روحی- روانی، جسمی و فیزیولوژیک در پیشرفت زایمان نقش دارند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت مداوم طی زایمان بر پیشرفت زایمان زنان نخست باردار انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۸۷-۱۳۸۶ بر روی ۸۰ زن نخست باردار در بیمارستان ام البنین (س) مشهد انجام شد. افراد به صورت تصادفی در گروه مراقبت حمایتی و گروه مراقبت معمول قرار گرفتند. در هر دو گروه اطلاعات مربوط به لیبر و زایمان توسط پژوهشگر در فرم معاینه و مشاهده ثبت شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون‌های تی، من ویتنی، کای دو و دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: دو گروه مراقبت حمایتی و مراقبت معمول از نظر میزان سزارین تفاوتی نداشتند (۲/۵ درصد در گروه مراقبت حمایتی و ۲/۵ درصد در گروه مراقبت معمول؛ $p=0/562$). اما دو گروه از نظر طول مدت بخش فعال مرحله اول زایمان ($p=0/018$)، نیاز به تقویت زایمان با اکسی توسین ($p=0/033$) و استفاده از داروهای ضد درد تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p=0/042$).

نتیجه گیری: حمایت مداوم ماما طی زایمان باعث کاهش مداخلات حین زایمان می شود.

کلمات کلیدی: حامی زایمان، زایمان، مرحله اول زایمان

* نویسنده مسئول مکاتبات: محدثه بخشی؛ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۱۰۲۶۱۸۹؛ پست الکترونیک:

bakhshi.t@gmail.com

مقدمه

پیشرفت غیر طبیعی به معنای پیشرفت آهسته یا عدم پیشرفت زایمان است که از عوارض دشوار و غیر قابل پیش بینی می باشد. زایمان سخت، شایع ترین دلیل سزارین اولیه و علت ۸ درصد مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه می باشد (۱). پیشرفت زایمان به ۴ عامل: بافت استخوانی، شکل لگن مادر، انقباضات رحم، وضعیت و اندازه جنین و عوامل روانی بستگی دارد (۱، ۲). زایمان، محیط اتاق زایمان و همچنین اقداماتی که در اتاق زایمان انجام می شود، باعث ایجاد تنش در مادر می شود (۳، ۴). سیمکین این وضعیت را به عنوان "دستوشی روانی"^۱ توصیف می کند؛ به طوری که درد، اضطراب و تنش با افزایش آزاد شدن کاتکول-آمینها، باعث کاهش جریان خون رحمی- جفتی، کاهش انقباضات رحمی، طولانی شدن زایمان، کاهش سرعت اتساع دهانه رحم و زجر جنین می شود (۷-۲). مطالعات نشان داده اند که یکی از عواملی که باعث بهبود روند تطابق با تنش زایمان می شود، دریافت مراقبت‌ها و حمایت‌های مامایی است که باعث می شود مادر، آسایش و راحتی بیشتر و اضطراب کمتری را تجربه کند (۸).

نیکل (۱۹۹۶) بیان می کند زایمان یک فرآیند اجتماعی- فرهنگی، روان شناسی و فیزیولوژیک است که زن طی این فرآیند، به حمایت حرفه‌ای خاصی نیاز دارد (۹). رابین نیز معتقد است که مهم ترین قسمت مراقبت‌های حین زایمان، تمرکز بر موقعیت روانی- اجتماعی و اعتماد به نفس مادر است. وی در توصیف تکامل تدریجی هیجانات و رفتارهای زائو در حین زایمان و پس از آن بیان می کند که زائو نیاز به حمایت فراهم شده توسط ماماها دارد (۱۰).

حمایت مداوم مادر در حین زایمان، تأثیر قابل توجهی بر کاهش میزان ترس، درد و اضطراب او دارد. کاهش تنش باعث کاهش سطح کاتکول آمین‌ها می شود (۳، ۶، ۹، ۱۱) که منجر به بهبود انقباضات رحم، افزایش جریان خون رحمی- جفتی و کاهش طول مدت زایمان می شود (۳، ۶، ۱۱، ۱۲). مطالعه نیمه تجربی هین هور

(۲۰۰۱) نشان داد که حمایت پرستاری فرد به فرد در کاهش درد زایمان و همچنین افزایش تجربه مثبت از تولد، در زنان نخست زا مؤثر می باشد (۱۳). هودنت و همکاران (۲۰۱۳) با مروری بر نتایج ۲۲ مطالعه کارآزمایی بالینی گزارش کردند که حمایت مادر در طی زایمان، میزان نیاز به داروهای مسکن و بی حسی‌ها، طول مدت زایمان، زایمان مهلبلی با وسایل کمکی، سزارین و تقویت زایمان با اکسی توسین را کاهش می دهد (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر هودنت و همکار (۱۹۸۹) گزارش کردند که حمایت حرفه‌ای حین زایمان میزان نیاز به تسکین درد، اپی زیاتومی و انجام زایمان در وضعیت لیتوتومی را کاهش می دهد، اما بر طول مدت زایمان و سزارین تأثیری ندارد (۱۵). با توجه به اینکه انجام زایمان ایمن، یکی از ستون‌های تأمین سلامت مادر و نوزاد می باشد و سازمان جهانی بهداشت، طرح مراقبت با حداقل مداخله را در مراحل زایمان طبیعی تأکید می کند، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حمایت مداوم طی زایمان بر پیشرفت زایمان زنان نخست باردار انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه، از آذر ماه سال ۱۳۸۶ تا خرداد سال ۱۳۸۷ بر روی ۸۰ زن نخست باردار مراجعه کننده به بیمارستان ام البنین (س) شهر مشهد انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه راهنما که بر روی ۱۸ نفر از واحدهای پژوهش انجام شد، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها، ۳۸ نفر در هر گروه محاسبه شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن بین ۱۸-۳۵ سال، شاخص توده بدنی بین ۱۹/۸-۲۶ کیلوگرم بر متر مربع، جنین زنده، واحد و با نمایش ورتکس، شروع خود به خود دردهای زایمانی همراه با انقباضات منظم رحم با تناوب ۲-۵ عدد و مدت ۲۰-۹۰ ثانیه، اتساع دهانه رحم حدود ۳ تا ۴ سانتیمتر، پرده‌های جنینی سالم، وزن تخمینی جنین بر اساس قانون جانسون بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، نداشتن مشکلات طبی، مامایی و

¹ Emotional dystocia

تنفسی، نحوه صحیح زور زدن و آموزش شیردهی) بود، از بخش فعال مرحله اول زایمان (اتساع دهانه رحم حدود ۴-۳ سانتیمتر) تا یک ساعت پس از زایمان انجام شد.

همچنین مراقبت های معمول نیز مانند زدن آنژیوکت، تزریق دارو، آمنیوتومی و گذاشتن سوند ادراری، حتی الامکان توسط پژوهشگر انجام شد. گروه کنترل مراقبت های معمول را توسط مامای بخش دریافت کردند و پژوهشگر هیچگونه مداخله ای در این گروه انجام نمی داد. در بخش فعال مرحله اول زایمان، علائم حیاتی هر ۴ ساعت یک بار، معاینات مهبلیه جهت بررسی اتساع و کوتاه شدن دهانه رحم، تعیین موقعیت و ایستگاه سر جنین هر ۱ ساعت، تعداد ضربان قلب جنین و انقباضات رحم از لحاظ مدت، شدت و تعداد طی ۱۰ دقیقه هر ۵/۰ ساعت و در مرحله دوم زایمان انقباضات رحم و تعداد ضربان قلب جنین هر ۱۵ دقیقه کنترل می شد. اگر زائو در مرحله اول و دوم زایمان به انفوزیون اکسی توسین نیاز داشت، ضربان قلب جنین و انقباضات رحم به ترتیب هر ۱۵ دقیقه و ۵ دقیقه کنترل می شد. پس از تأیید مرحله دوم زایمان و هنگامی که حدود ۲ سانتیمتر از سر جنین در مدخل مهبل رؤیت می شد، زائو به اتاق زایمان هدایت می شد. در مرحله دوم زایمان مراقبت حمایتی با حضور پژوهشگر بر بالین زائو در گروه تجربی ادامه داشت، اما در گروه کنترل هیچگونه مداخله ای انجام نمی شد و فقط مشاهدات ثبت می شد. اطلاعات مربوط به زایمان، وضعیت نوزاد و مرحله سوم زایمان توسط پژوهشگر، پس از زایمان در فرم معاینه و مشاهده ثبت می شد. در هر دو گروه ۲۴ ساعت پس از زایمان؛ اضطراب آشکار و پنهان و تجربه مادر از زایمان از طریق مصاحبه بررسی شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و آزمون های کای دو، دقیق فیشر، تی دانشجویی و من ویتنی بر روی ۸۰ نفر انجام شد. جهت بررسی همگنی و مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کمی ابتدا توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نرمال بودن متغیرهای کمی تعیین شد. برای آزمون متغیرهای کمی با توزیع نرمال از آزمون تی

روانی، عدم استفاده از سیگار و مواد مخدر، عدم وجود علائم زجر جنین و عدم تناسب سر جنین با لگن مادر^۱ و معیارهای خروج از مطالعه شامل: وجود مشکلاتی مانند پرولاپس بندناف، خونریزی شدید مهبلیه و فشارخون بالا طی زایمان، خونریزی پس از زایمان و انجام زایمان توسط دانشجوی مامایی بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم مصاحبه، فرم معاینه و مشاهده، چک لیست، مقیاس تطابق دیداری و مقیاس اضطراب اشپیل برگر^۲ بود. روایی فرم های مصاحبه، مشاهده و چک لیست ثبت مراقبت حمایتی، به روش محتوا و پایایی آن ها به روش توافق ارزیابان به ترتیب با $r=0/95$ و $r=0/80$ تأیید شد. نمونه گیری به روش در دسترس انجام شد و افراد با استفاده از جدول اعداد تصادفی و بلوک های تصادفی (یک روز در میان) در دو گروه مراقبت حمایتی و مراقبت معمول قرار گرفتند. سپس در هر دو گروه، شدت اضطراب آشکار و پنهان با مقیاس اضطراب اشپیل برگر و شدت درد و خستگی با مقیاس تطابق دیداری سنجیده شد.

مراقبت حمایتی در گروه تجربی توسط پژوهشگر و بر اساس چک لیست که شامل ۲۸ اقدام مراقبتی در سه زمینه حمایت جسمی (۹ مورد شامل کمک به زائو جهت خروج از تخت، انتخاب وضعیت مناسب، ماساژ محل های دردناک، توجه به دریافت مایعات، تخلیه مثانه، بهداشت فردی، انجام اولین شیردهی پس از زایمان)، روانی (۱۳ مورد شامل حضور مداوم بر بالین زائو، تماس چشمی، گرفتن دست زائو، تشویق و گفتن جملات تحسین آمیز، صدا زدن با اسم کوچک، گوش دادن و احترام گذاشتن به صحبت های زائو، پاسخ دادن به سؤالات زائو با زبان ساده، ارائه مراقبت با آرامش، آگاه نمودن زائو از وضعیت زایمان و جنین، آشنا کردن با محیط زایمان، توضیح گفته های پزشک و کارکنان به زائو و انتقال خواسته های زائو به پزشک و کارکنان) و آموزشی (۶ مورد شامل صحبت با زائو در مورد فرآیند زایمان، دادن توضیحات کافی قبل از انجام هرگونه اقدام، آموزش انتخاب وضعیت مناسب، آموزش الگوهای

¹ Cephalic- pelvic disproportion

² Spielberger anxiety scale

دانشجویی و متغیرهای کمی غیر نرمال از آزمون من ویتنی استفاده شد. جهت بررسی همگنی و مقایسه دو گروه از نظر متغیرهای کیفی از آزمون‌های کای دو و دقیق فیشر استفاده شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و سطح معنی داری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه بر اساس نتایج آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر، دو گروه از نظر سطح تحصیلات مادر ($p=0/701$) و همسر ($p=0/668$) و شغل مادر ($p=0/359$) همگن بودند؛ سطح تحصیلات مادر در ۱۹ نفر ($p=0/47/5$) از گروه مراقبت حمایتی و ۲۲ نفر ($p=0/55$) از

گروه مراقبت معمول، دبیرستانی بود. سطح تحصیلات همسر ۸ نفر ($p=0/20$) در گروه مراقبت حمایتی و ۱۰ نفر ($p=0/25$) در گروه مراقبت معمول دبیرستانی بود. ۷۵ نفر ($p=0/93/7$) از واحد‌های پژوهش خانه دار و ۵ نفر ($p=0/139$)، آنان شاغل بودند. دو گروه از نظر سن مادر ($p=0/357$)، سن بارداری ($p=0/761$)، شدت درد زایمان ($p=0/357$)، خستگی ($p=0/478$)، اضطراب آشکار ($p=0/697$) و پنهان ($p=0/625$)، اتساع ($p=0/361$) و کوتاه شدن دهانه رحم ($p=0/817$)، تعداد ($p=0/610$) و مدت انقباضات رحم ($p=0/460$) در ۱۰ دقیقه در بدو پذیرش همگن بودند (جدول ۱، ۲).

جدول ۱- مقایسه میانگین سن بارداری، سن مادر، شدت درد زایمان و خستگی، نمره اضطراب آشکار و پنهان در بدو پذیرش در

دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	
	مراقبت حمایتی میانگین \pm انحراف معیار	مراقبت معمول میانگین \pm انحراف معیار
سن بارداری (هفته)	۳۹/۶ \pm ۰/۸۲	۳۹/۷ \pm ۰/۷۷
سن مادر (سال)	۲۱/۵ \pm ۲/۶	۲۱/۶ \pm ۲/۱
نمره شدت درد زایمان (میلی متر)	۵۰/۷ \pm ۸/۳	۵۲/۱ \pm ۶/۳
نمره شدت خستگی (میلی متر)	۳۰/۳ \pm ۱۱/۸	۳۰/۵ \pm ۱۱/۲
نمره اضطراب آشکار	۴۱/۴ \pm ۶/۲	۴۱/۸ \pm ۵/۴
نمره اضطراب پنهان	۴۵/۴ \pm ۴/۳	۴۶/۷ \pm ۴/۲

*من ویتنی

**تی دانشجویی

جدول ۲- مقایسه میانگین اتساع و کوتاه شدن دهانه رحم، تعداد و مدت انقباضات رحم در بدو پذیرش در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	
	مراقبت حمایتی میانگین \pm انحراف معیار	مراقبت معمول میانگین \pm انحراف معیار
اتساع دهانه رحم (سانتیمتر)	۳/۹ \pm ۰/۲۲	۳/۹ \pm ۰/۲۶
کوتاه شدن دهانه رحم (درصد)	۵۱/۷ \pm ۷/۸	۵۲/۷ \pm ۸/۱
تعداد انقباضات رحم در ۱۰ دقیقه	۳/۵ \pm ۰/۵۹	۳/۶ \pm ۰/۷۰
مدت انقباضات رحم در ۱۰ دقیقه (ثانیه)	۴۲/۲ \pm ۷/۴	۴۳/۲ \pm ۸/۳

*من ویتنی

زایمان ($p=0/018$) تفاوت آماری معنی داری وجود داشت، اما از نظر طول مدت مرحله دوم ($p=0/119$) و سوم زایمان ($p=0/564$) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول ۳).

بین دو گروه از نظر نحوه پارگی پرده های جنینی ($p=0/378$)، میزان اتساع دهانه رحم در زمان پارگی پرده های جنینی ($p=0/530$) و رنگ مایع آمنیوتیک ($p=0/518$) تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. بین دو گروه از نظر طول مدت بخش فعال مرحله اول

جدول ۳- مقایسه میانگین طول مدت بخش فعال مرحله اول زایمان، طول مدت مرحله دوم و سوم زایمان در دو گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه	
	مراقبت حمایتی میانگین \pm انحراف معیار	مراقبت معمول میانگین \pm انحراف معیار
طول مدت بخش فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)	۲۲۰/۰ \pm ۴۴/۵	۲۶۰/۸ \pm ۶۹/۸
طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۴۶/۸ \pm ۲۲/۲	۴۷/۲ \pm ۳۸/۹
طول مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)	۷/۸ \pm ۴/۸	۷/۸ \pm ۳/۶

*من ویتنی
**تی دانشجویی

حدود ۳ تا ۶ سانتی متر) بین سطح اپی نفرین، تنش، اضطراب و طول مدت زایمان ارتباط وجود دارد (۱۱). مطالعه کمپل و همکاران (۲۰۰۶) نشان داد که حمایت مادر در مراحل زایمان باعث کاهش میزان اضطراب، کاهش سطح کاتکول آمین ها و کوتاه شدن طول مدت زایمان می شود (۱۱) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین در مطالعه حاضر دو گروه مورد مطالعه از نظر طول مدت مرحله دوم زایمان تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/119$).

در مطالعه برگمن و همکاران (۲۰۰۷) دو گروه حمایت و مراقبت معمول از نظر طول مدت مرحله دوم زایمان تفاوتی نداشتند (۱۶). در مطالعه کمپل و همکاران (۲۰۰۶) نیز دو گروه از نظر طول مدت مرحله دوم زایمان تفاوت آماری معنی داری با هم نداشتند (۱۱). اما در مطالعه احمدی (۲۰۱۰) میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه حمایت به طور معنی داری کوتاه تر از مراقبت معمول بود. در مطالعه مذکور تمام معاینات توسط پزشک متخصص انجام می شد (۱۷).

در مطالعه حاضر و مطالعه برگمن و همکاران (۲۰۰۷)، کمپل و همکاران (۲۰۰۶)، هودنت (۲۰۰۲) و گانگن (۱۹۹۷) دو گروه از نظر روش زایمان تفاوت آماری معنی داری نداشتند (۱۱، ۱۶، ۱۸ و ۲۳). هودنت و همکاران (۲۰۰۲) بیان می کنند افزایش زایمان سزارین ناشی از بالا بودن مداخلات پزشکی در محیط تولد است که باعث خنثی کردن اثر حمایت مداوم مادر طی زایمان می شود (۱۸). اما در مطالعه جوادنوری و همکاران (۲۰۰۸) میزان سزارین در گروه حمایت شده به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود (۱۹). در آن

از نظر روش زایمان، ۱ نفر (۲/۵٪) در گروه تجربی و ۱ نفر (۲/۵٪) در گروه کنترل سزارین شدند و تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/562$). دو گروه از نظر نیاز به اپی زیاتومی و صدمات پرینه تفاوت آماری معنی داری نداشتند ($p=0/308$). دو گروه از نظر نیاز به داروهای ضد درد و مصرف اکسی توسین در مرحله اول زایمان تفاوت آماری معنی داری داشتند؛ به گونه ای که ۳ نفر (۷/۵٪) در گروه مراقبت حمایتی و ۱۰ نفر (۲۵٪) در گروه مراقبت معمول در مرحله اول زایمان نیاز به انفوزیون اکسی توسین داشتند ($p=0/033$). ۴ نفر (۱۰٪) در گروه مراقبت حمایتی و ۱۱ نفر (۲۷/۵٪) در گروه مراقبت معمول نیاز به داروی ضد درد داشتند ($p=0/042$).

نتایج آزمون تی دانشجویی نشان داد دو گروه از نظر میانگین نمرات اضطراب آشکار و پنهان ۲۴ ساعت پس از زایمان اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p=0/108$, $p=0/116$). ۱۴ نفر (۳۵٪) از افراد گروه مراقبت حمایتی و ۶ نفر (۱۵٪) از گروه مراقبت معمول، زایمان را آسان تر از تصور ذهنی خود گزارش کردند که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی داری داشتند ($p=0/016$).

بحث

در مطالعه حاضر میانگین طول مدت بخش فعال مرحله اول زایمان در گروه مراقبت حمایتی به طور معنی داری کوتاه تر از گروه مراقبت معمول بود. لیدرمن (۱۹۸۵) می نویسد در مرحله اول زایمان (اتساع دهانه رحم

مطالعه زنان توسط فردی از بستگان یا دوستان که خود حداقل سابقه یک زایمان مهبل‌ی با پیامد خوب را تجربه کرده بودند، حمایت می‌شدند اما در مطالعه حاضر، گروه تجربی توسط ۱ ماما حمایت می‌شدند. در مطالعه کاشانیان و همکاران (۲۰۱۰) نیز میزان سزارین در گروه حمایت شده کمتر از مراقبت معمول بود (۲۰).

در مطالعه حاضر دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان نیاز به استفاده از داروهای ضد درد طی زایمان اختلاف آماری معنی‌داری داشتند؛ چنانچه ۱۰ درصد از افراد گروه مراقبت حمایتی و ۲۷/۵ درصد از گروه مراقبت معمول، داروی ضد درد دریافت کردند.

در مطالعات مروری کوکران (۲۰۰۳) حمایت مداوم زایمان به عنوان یک روش تسکین درد، که می‌تواند جایگزین بی‌حسی اپی‌دورال شود، گزارش شد؛ زیرا اثرات ناخوشایند روش‌های مورد استفاده جهت تسکین درد زایمان باعث افزایش چندین برابر مداخلات پزشکی برای پایش، پیشگیری و حتی درمان اثرات ناخوشایند این روش‌ها می‌شود که آبخشاری از مداخلات را ایجاد می‌کند. حمایت مداوم فرد به فرد، این آبخشار را محدود می‌کند و در مقایسه با مراقبت‌های معمول اثراتی متفاوت ایجاد می‌کند (۲۱). در مطالعه یام (۲۰۰۰) بین حمایت جسمی توسط همسر و میزان نیاز به داروهای ضد درد در مادر ارتباط معنی‌داری وجود داشت (۲۲).

در مطالعه حاضر دو گروه از نظر مصرف اکسی‌توسین در مرحله اول زایمان اختلاف آماری معنی‌داری داشتند؛ اما از نظر مصرف اکسی‌توسین در مرحله دوم زایمان تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند. گانگن و همکاران (۱۹۹۷) تنها مزیت حمایت پرستاری فرد به فرد را طی زایمان، کاهش استفاده از اکسی‌توسین به میزان ۱۷ درصد گزارش کردند (۲۳)، اما مطالعه هودنت و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که حمایت مداوم پرستار طی زایمان، تأثیری بر میزان استفاده از اکسی‌توسین ندارد (۱۸) و معیارهای ورود به مطالعه، روش کار و شرایط محیط پژوهش با مطالعه حاضر کاملاً متفاوت بود؛ در آن مطالعه سن بارداری بیشتر از ۳۴ هفته، بارداری دوقلوئی و چندزایی جزء معیارهای

ورود به مطالعه در نظر گرفته شدند و در هر دو گروه، همسر یا یکی از اعضاء خانواده در زمان زایمان حضور داشتند؛ محققین یکی از دلایل مؤثر نبودن مداخله را، حمایت بیشتر گروه کنترل توسط همسر یا اعضاء خانواده عنوان کردند که می‌تواند بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارد. همچنین در مطالعه آن‌ها در ۶۲ درصد موارد از اکسی‌توسین برای تحریک و القاء زایمان و در ۷۵ درصد موارد از بی‌حسی منطقه‌ای استفاده شده بود.

در مطالعه حاضر دو گروه مورد مطالعه از نظر میانگین نمرات اضطراب آشکار و پنهان ۲۴ ساعت پس از زایمان اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. در مطالعه سنگستانی و همکاران (۲۰۱۳) میانگین نمره اضطراب پنهان بین گروه حمایت شده و گروه مراقبت معمول تفاوتی نداشت که با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۲۴). اما میانگین نمره اضطراب آشکار در گروه حمایت شده، کمتر از گروه مراقبت معمول گزارش شد که با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. در آن مطالعه اضطراب آشکار در ۴ مرحله شامل: بدو بستری در اتاق لیبر، در اواخر بستری در اتاق لیبر، در اواخر بستری در اتاق زایمان و اواخر بستری در اتاق ریکاوری مورد ارزیابی قرار گرفت اما در مطالعه حاضر در قبل از مداخله و ۲۴ ساعت پس از زایمان ارزیابی شد.

در مطالعه حاضر بررسی دو گروه مورد مطالعه از نظر دیدگاه مادر نسبت به تجربه زایمان نشان داد ۳۵ درصد افراد در گروه مراقبت حمایتی و ۱۵ درصد در گروه مراقبت معمول، زایمان را آسان تر از تصور ذهنی خود گزارش کردند که دو گروه از این نظر تفاوت آماری معنی‌داری داشتند. بحری بیناباج و همکاران (۲۰۰۲) کارآزمایی بالینی جهت بررسی تأثیر حمایت حرفه‌ای طی زایمان بر میزان رضایت زنان نخست باردار از تجربه زایمان انجام دادند، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد حمایت مداوم طی زایمان باعث می‌شود که مادران تجربه خود را مثبت ارزیابی کنند به طوری که ۲۹ درصد افراد حمایت شده، زایمان را آسان تر از تصور ذهنی خود گزارش کردند (۲۵) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

حمایتی، پیشرفت زایمان را تسهیل و استفاده بی رویه از داروها را کاهش داد.

از محدودیت های این مطالعه این بود که امکان انجام مطالعه به صورت کور وجود نداشت.

تشکر و قدرانی

مطالعه حاضر بخشی از طرح پایان نامه تحقیقاتی مصوب با کد ۸۶۳۶۷ می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد، بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر و قدردانی می شود.

نتیجه گیری

حمایت مداوم زائو بر پیشرفت زایمان زنان نخست باردار مؤثر است و نیاز به مصرف داروهای اکسی توسین و ضد درد را کاهش می دهد، لذا می توان با استفاده از حمایت مداوم زائو توسط ماما به عنوان یک روش

منابع

1. Managing prolonged and obstructed labour. Education material for teachers of midwifery: midwifery education modules. Geneva: Department of Making Pregnancy Safer family and Community Health; 2006. Available at: <http://www.who.int/en/>.
2. Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia. 3rd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011:29.
3. Fraser DM, Cooper MA, Myles MF. Myles textbook for midwives. 15th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2009:435.
4. Cheung NF. Pain in normal labor. Midwives Chron 1994 Jun; 107 (1277):212-6.
5. Pascali-Bonaro D, Kroeger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. J Midwifery Womens Health 2004 Jul-Aug; 49(4 Suppl 1):19-27.
6. Abushaikha L, Sheil EP. Labor stress and nursing support: how do they relate? J Int Woman's Stud 2006 May; 7(4):198-208.
7. Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. J Midwifery Womens Health 2004 Jan- Feb; 49(1):24-31.
8. Omidvar AD. [The assessment and comparative quality of perinatal care as point of view in primiparous and multiparous mothers] [Thesis in Persian]. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2002.
9. Sauls DJ. Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2002 Nov-Dec; 31(6):733-41.
10. Sleutel MR. Intrapartum nursing: integrating Rubin's framework with social support theory. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003 Jan-Feb; 32(1):76-82.
11. 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 Jul-Aug; 35(4):456-64.
12. Ross-Davie MC, Cheyne H, Niven C. Measuring the quality and quantity of professional intrapartum support: testing a computerized systematic observation tool in the clinical setting. BMC Pregnancy Childbirth 2013 Aug 14; 13:163.
13. Haenhur M. Effects of one-to-one labor support on labor pain, labor stress response, childbirth experience and neonatal status for primipara. Korean J Women Health Nurse 2001 Jun; 7(2):188-202.
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2013 Jul 15; 7:CD003766.
15. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. Res Nurs Health 1989 Oct; 12(5):289-97.
16. Bruggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJ, Cecatti JG, Carvalhinho Neto AS. Support to women by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Reprod Health 2007 Jul 6; 4:5.
17. Ahmadi Z. [The effect of continuous midwifery support on pain intensity in labor and delivery] [Article in Persian]. J Rafsanjan Univ Med Sci 2010 Winter; 4(9):293-304.
18. Hodnett ED, Lowe NK, Willan AR, Stevens B, Weston JA, Ohlsson A, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. JAMA 2002 Sep 18; 288(11):1373-81.
19. Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. [The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process] [Article in Persian]. J Ahvaz Univ Med Sci 2008 Spring; 7(56):32-8.
20. Khashanian M, Javadi F, Moshkhabid Haghighi M. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet 2010 Jun; 109(3):198-200.
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jul 18; 3:CD003766.

22. Yim W. Relationship between partner's support during labour and maternal outcomes. J Clin Nurs 2000 Mar;9(2):265-72.
23. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A randomized trial of one to one nurse support of women in labor. Birth 1997 Jun;24(2):71-7.
24. Sangestani G, Khatiban M, Pourolajal J, Oshvandi Kh. [Influence of doula on the primiparaous parturients' anxiety in delivery ward] [Article in Persian]. J Facul Nurs Midwifery Tehran Univ Med Sci 2013;19(4):48-60.
25. Bahri Binabaj N, Latifenezad R, Tafazoli M. [The effect of professional continuous support during labor on experience childbirth in primigravida womens] [Article in Persian]. J Shaeed Sdoughi Yazd Univ Med Sci 2002 Fall;3:73-9.