

بررسی مراقبت های مامایی مبتنی بر شواهد آمنیوتومی زمان زایمان در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد سال ۹۱-۱۳۹۰ مهین تفضلی^۱، صدیقه یوسف زاده^{۱*}، دکتر سلمه دادگر^۲

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۶/۱۵

خلاصه

مقدمه: زایمان ایمن و مداخله کمتر در امر زایمان در سال های اخیر در مراقبت های مبتنی بر شواهد مورد توجه قرار گرفته است. از آنجایی که آمنیوتومی، یک مداخله رایج در زایمان می باشد و از طرفی آگاهی افراد، تأثیر مستقیمی بر عملکرد آنان دارد، لذا انجام موفقیت آمیز وظایف با بالا بردن سطح آگاهی امکان پذیر است. مطالعه حاضر با هدف بررسی مراقبت های مامایی مبتنی بر شواهد آمنیوتومی زمان زایمان انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۹۱-۹۰ بر روی ۹۵ مامای شاغل در زایشگاه های بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. ابتدا منابع علمی معتبر مبتنی بر شواهد در رابطه با آمنیوتومی زمان زایمان بررسی شد. سپس پرسشنامه پژوهشگر ساخته توسط ماماها تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری توصیفی انجام شد. $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: در رابطه با آگاهی ماماها، اکثر ماماها (۸۳/۱۶٪) اطلاعات متوسط در مورد نقش آمنیوتومی در زایمان فعال داشتند. در رابطه با کاربرد آمنیوتومی در زمان زایمان، اکثر ماماها (۸۴/۲۱٪) معتقد بودند که این اقدام برای کشف مکنونیوم انجام می شود. در رابطه با پیامدهای آمنیوتومی در زمان زایمان، ماماها شایع ترین عارضه را پرولاپس بندناف (۸۳/۱۵٪) و ناشایع ترین عارضه را پرزانتاسیون معیوب و آسنکلتیسم بیان کردند. نتایج مطالعه در بررسی عملکرد ماماها نشان داد که بیش ترین علت انجام آمنیوتومی توسط آن ها، کشف مکنونیوم (۸۶/۳۱٪) و کاهش طول مدت زایمان (۷۱/۵۸٪) و کم ترین دلیل آن، شک به دکولمان (۱/۰۵٪) بود.

نتیجه گیری: بررسی آگاهی و عملکرد ماماها در رابطه با آمنیوتومی به عنوان بخشی از مراقبت های مامایی، نشان دهنده لزوم ارتقاء کیفیت ارائه مراقبت های مامایی از طریق افزایش سطح دانش و مهارت کارکنان ارائه دهنده می باشد.

کلمات کلیدی: آگاهی، آمنیوتومی، عملکرد، ماما، مراقبت مبتنی بر شواهد

* نویسنده مسئول مکاتبات: صدیقه یوسف زاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: yousefzadehs@mums.ac.ir

مقدمه

پیشرفت های مداوم علمی و وضعیت متفاوت مددجویان، مستلزم آن است که پرسنل بهداشتی بتوانند با تلفیق مهارت های فنی و دانش حرفه ای خود و بر اساس شواهد علمی، مشکلات مددجویان را تشخیص داده و به طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه مراقبتی برای حل مشکلات بپردازند (۱).

با توجه به وظایف خطیر حرفه مامایی و اهمیت این رشته، نیاز به ماماها با معلومات به روز وجود دارد تا نقش خود را در مراقبت های حیات بخش به نحو احسن ارائه کنند. از طرفی سازمان جهانی بهداشت عملکرد ها و مهارت های وسیع و گسترده ای را برای ماماها قائل شده است و از آنجایی که آگاهی های افراد، تأثیر مستقیمی بر عملکرد آنان دارد، لذا اجرای موفقیت آمیز وظایف، در گرو آگاهی ماماها نسبت به مهارت های حرفه ای می باشد. به همین دلیل در سال های اخیر، تأکید بر مراقبت مبتنی بر شواهد به عنوان راهی جهت اعتلای خدمات سلامت، مورد تأکید سیاست گذاران نظام سلامت قرار گرفته است (۲).

زایمان ایمن و مداخله کمتر در امر زایمان در سال های اخیر در مراقبت های مبتنی بر شواهد مورد توجه قرار گرفته است. یکی از معمول ترین مداخلات مدرن مامایی در زایمان، پاره کردن کیسه آب به طور مصنوعی یا آمنیوتومی^۱ می باشد (۳). آمنیوتومی انتخابی یا پاره کردن مصنوعی پرده ها به طور علمی جهت القاء یا تقویت زایمان، پایش الکترونیکی داخلی ضربان قلب جنین، بررسی داخل رحمی انقباض ها، کشف مکنونوم و درمان اختلال انقباضات رحم مورد استفاده قرار می گیرد (۴). خارج شدن مایع آمنیوتیک، باعث کوتاه تر شدن رشته های عضلانی میومتر و افزایش قدرت و طول انقباضات می شود. عاقلانه است که برای انجام این روش تا شروع مرحله فعال صبر کرد (۵). بر اساس مطالعات وتریچ (۱۹۸۸)، آمنیوتومی باعث کوتاه شدن طول مرحله اول زایمان در زنان نخست زا می شود. بنابراین می توان از این روش در درمان زایمان طولانی استفاده کرد (۶). در بررسی متاآنالیزهای مبتنی بر

شواهد در کوکران^۲، مدلاین^۳ و EMBASE-MIDIRS در مورد تأثیر تقویت انقباضات رحمی با اکسی توسین و آمنیوتومی با اداره انتظاری در کاهش سزارین، ۱۰ مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۷۶۵۳ زن انجام شده بود. نتایج در مجموع نشان داد که طول زایمان در گروه اکسی توسین و آمنیوتومی، ۱/۱ ساعت کوتاه شده بود (۷). با این حال، شواهد اندکی وجود دارد که زایمان کوتاه تر برای مادر و کودک دارای مزایایی باشد (۸). خطرات مهم و نادر در ارتباط با آمنیوتومی نظیر مشکلات بند ناف و یا اختلال در ضربان قلب جنین مطرح شده است (۹).

امروزه در مورد منافع آمنیوتومی نسبت به مضرات آن اختلاف نظر وجود دارد (۱). ربکا و همکاران (۲۰۰۷) در ۱۴ مطالعه بر روی ۴۸۹۳ زن با هدف بررسی تأثیر و فواید آمنیوتومی در زایمان در دو گروه با و بدون آمنیوتومی تفاوت معناداری از نظر کوتاه شدن طول زایمان، میزان سزارین، رضایتمندی از زایمان و آپگار پایین تر از ۷ در بین دو گروه مشاهده نکردند. همچنین مدت زمان بین انجام آمنیوتومی تا زایمان در دو گروه تفاوت معناداری نداشت و حتی درد مادر در گروه آمنیوتومی معمول افزایش یافته بود. بنابراین نتیجه گرفتند که آمنیوتومی معمول را نمی توان در استاندارد اداره و مراقبت زایمان توصیه کرد، ولی می توان در زایمان طولانی شده استفاده کرد (۱۰).

از جمله معایب آمنیوتومی می توان به کوریوآمینیوتیت، پرولاپس بندناف، ایجاد تعهد شدید برای ختم بارداری، ایجاد الگوهای غیرطبیعی قلب بر اثر فشردن بندناف و زجر جنینی اشاره کرد. ایراد اصلی آمنیوتومی در مواردی که به تنهایی برای شروع زایمان به کار برده می شود این است که فاصله زمانی تا آغاز انقباض های رحمی را غیر قابل پیش بینی و گاهی طولانی مدت می کند (۱۰). در مطالعه سدلر و همکاران (۲۰۰۰) در بیمارستان دانشگاهی کاپلان، میزان سزارین در گروه آمنیوتومی زودرس به طور معنی داری بیشتر و افزایش آن به طور عمده ناشی از دیستوشی بود (۱۱). بیگی و

² Cochrane
³ MEDLINE

¹ Amniotomy

امر آموزش، شناخت و تجزیه و تحلیل آگاهی، نگرش و عملکرد جامعه مورد نظر است (۱۷). با توجه به این نکته که تاکنون گزارشی در رابطه با بررسی آگاهی و عملکرد ماماها در ایران در زمینه مراقبت مبتنی بر شواهد آمنیوتومی ارائه نشده است و از آنجایی که آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم منطقی در مراقبت، جزء جدایی ناپذیر کار روزمره ماماها می باشد (۱۸)، مطالعه حاضر با هدف تعیین مراقبت های مامایی مبتنی بر شواهد آمنیوتومی زمان زایمان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی - مقطعی در سال های ۹۱-۱۳۹۰ بر روی ۹۵ مامای شاغل در ۴ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد (بیمارستان امام رضا (ع)، بیمارستان قائم (عج)، بیمارستان ام البنین (س) و بیمارستان شهید هاشمی نژاد) انجام شد. نمونه گیری به روش سرشماری انجام شد.

جهت انجام این مطالعه، ابتدا با جستجوی اینترنتی در منابع علمی معتبر مبتنی بر شواهد درباره آمنیوتومی، مشکل شناسایی شد. به این منظور سایت های معتبر در رابطه با مراقبت های مبتنی بر شواهد مانند Up To Date، JAMA، Nursing Consult، Cochrane و Pubmed مورد بررسی قرار گرفتند. از این جستجو حدود ۲۰ مقاله به دست آمد. سپس بر اساس منابع، پرسشنامه پژوهشگر ساخته تهیه شد. پرسشنامه شامل دو قسمت بود که بخش اول آن شامل مشخصات فردی واحد های پژوهش و بخش دوم شامل سؤالات سنجش آگاهی و عملکرد ماماها در رابطه با انجام آمنیوتومی در طی زایمان بر اساس یافته های مبتنی بر شواهد بود. به منظور تأیید روایی محتوا، ابتدا پرسشنامه در اختیار تعدادی از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد قرار گرفت و پس از گردآوری نظرات آنان، اصلاحات پیشنهادی انجام شد و پایایی آن توسط همسانی درونی با آلفای کرانباخ تعیین شد ($\alpha=0.95$).

همکار (۲۰۰۵) نتیجه گرفتند که آمنیوتومی زودرس معمول در شروع فاز فعال زایمان بدون اینکه تأثیر سویی بر سلامت مادر و نوزاد داشته باشد، باعث کمک به پیشرفت زایمان و کوتاه شدن مدت زایمان می شود و می تواند به عنوان یک مداخله معمول در مامایی استفاده شود (۱۲).

از طرفی دلیل و زمان مناسب انجام آمنیوتومی قابل بحث است. به طور رایج آمنیوتومی زود هنگام در زایمان عمدتاً با هدف افزایش انقباضات رحمی و در نتیجه کوتاه شدن طول زایمان انجام می شود (۱۳). در مطالعه شایلت و همکار (۲۰۰۹) که با هدف مقایسه اثر آمنیوتومی زود هنگام و اکسی توسین جهت پیشگیری یا درمان مرحله اول طول کشیده زایمان با مراقبت معمول انجام شد، در گروه مطالعه طول زایمان کوتاه شدولی از نظر آماری معنادار نبود (۱۴)، اما مطالعه کارآزمایی بالینی فراسر و همکاران (۱۹۹۱) نشان داد که آمنیوتومی زود هنگام نسبت به گروه کنترل طول زایمان را کاهش داده و در صدای قلب جنین غیر طبیعی، آپگار کمتر از ۷ و pH خون بند ناف کمتر از ۷/۲۰ اختلاف معنی داری وجود ندارد و می توان برای کوتاه کردن طول زایمان استفاده کرد (۱۵).

مامایی یکی از حرف پزشکی و آمیخته ای از هنر و علم است که نیاز به قابلیت هایی نظیر هوش، دانش، خلاقیت، تجربه، درک منطقی و تفکر انتقادی دارد. حرفه مامایی با قضاوت های بالینی درگیر است که تأثیر مستقیم روی سلامت مادر و جنین دارد (۴). مطالعات خارج از کشور بیانگر کفایت عملکرد ماماها برای مادران باردار کم خطر است (۱۶). گزارشات موجود در رابطه با نحوه آگاهی و عملکرد ماماها بر اساس مراقبت مبتنی بر شواهد در ایران در امر بارداری و زایمان مبهم می باشد.

یکی از عوامل قابل بررسی که منعکس کننده برنامه ریزی آموزشی خوب یک رشته است، ارزشیابی سطح آگاهی و عملکرد دانش آموختگان آن رشته می باشد که این امر باعث برخورداری ماماها از دانش لازم و کافی و منجر به توانایی در تصمیم گیری و بهبود عملکرد آنان خواهد شد (۱۶) و از طرفی اولین قدم در

معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار، داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد و شاغل در زایشگاه و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود و معیار خروج از مطالعه عدم تکمیل کامل پرسشنامه بود. در نهایت پس از کسب رضایت نامه از ماماها جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه در اختیار آنان قرار داده شد و توسط آن ها تکمیل شد. از ماماها خواسته شد به منظور محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه های تکمیل شده خود را داخل جعبه ای که در زایشگاه قرار داده شده بود، قرار دهند. به شرکت کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که نتایج مطالعه در پایان به نحو مقتضی در اختیار آنان قرار خواهد گرفت.

جهت نمره گذاری پرسشنامه آگاهی، به انتخاب های درست نمره ۱ و به انتخاب های غلط نمره صفر تعلق گرفت. جهت تفسیر نمرات، مشابه مطالعات بنائیان و همکاران (۲۰۰۷) و یوسف زاده و همکار (۲۰۱۳) عمل شد (۱۸، ۱۹). به این منظور نمراتی که یک انحراف معیار از میانگین فاصله داشتند به عنوان آگاهی متوسط، کمتر از آن آگاهی ضعیف و بیشتر از آن به عنوان آگاهی زیاد در نظر گرفته شدند. جهت تفسیر عملکرد نیز طبق شیوه بالا عمل شد؛ نمراتی که یک انحراف معیار از میانگین فاصله داشتند به عنوان عملکرد مطلوب، کمتر از آن عملکرد کمتر از حد مطلوب و بیشتر از آن به عنوان عملکرد بیشتر از حد مطلوب در نظر گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) انجام شد. $p < 0/05$ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها

اطلاعات فردی به دست آمده در رابطه با افراد مورد مطالعه نشان داد که ۸۸ نفر (۹۲/۷۳٪) از ماماها پاسخ دهنده، دارای مدرک کارشناسی و ۷ نفر (۷/۳۷٪) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ماماها با حداقل ۵ سال سابقه کار در مطالعه شرکت کردند. ۶۷ نفر

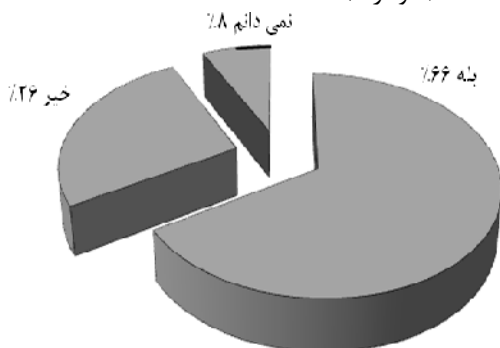
(۷۰/۵۳٪) از ماماها سابقه کار بیشتر از ۱۰ سال و ۲۸ نفر (۲۹/۴۷٪) سابقه کار بین ۵-۱۰ سال داشتند. نحوه استخدام در ۷۸ نفر (۸۲/۱۲٪) از افراد مورد مطالعه رسمی بود و ۱۷ نفر (۱۷/۸۹٪) به صورت قراردادی فعالیت می کردند. همچنین ۲۳ نفر (۲۴/۲۱٪) از ماماها مورد مطالعه کمتر از ۳۰ سال، ۴۶ نفر (۴۸/۴۲٪) بین ۳۰-۳۵ و ۲۶ نفر (۲۷/۳۶٪) بیشتر از ۳۵ سال سن داشتند. ۶۴ نفر (۶۷/۳۶٪) از ماماها در کلاس های آموزش ضمن خدمت برگزار شده در رابطه با زایمان ایمن به صورت فعال شرکت کرده بودند.

نتایج مطالعه در رابطه با تعیین آگاهی نسبت به مراقبت های مامایی مبتنی بر شواهد آمنیوتومی نشان داد که ۷۹ نفر (۸۳/۶٪) از ماماها آگاهی متوسط داشتند و در رابطه با عملکرد بالینی کلی ماماها درباره آمنیوتومی، ۷۱ نفر (۷۴/۷۳٪) عملکرد نسبتاً مطلوب داشتند (جدول ۱).

جدول ۱- آگاهی و عملکرد بالینی کلی ماماها در رابطه با آمنیوتومی

متغیر	آگاهی کلی ماماها	عملکرد بالینی کلی
مطلوب تعداد (درصد)	۱۶ (۱۷/۸۴)	۲۴ (۲۶/۲۷)
نسبتاً مطلوب تعداد (درصد)	۷۹ (۸۳/۱۶)	۷۱ (۷۴/۷۳)
ضعیف تعداد (درصد)	۰ (۰)	۰ (۰)

نتایج مطالعه در رابطه با بررسی آگاهی ماماها در مورد نقش آمنیوتومی در زایمان فعال نشان داد که اکثر افراد مورد مطالعه (۶۳ نفر) اطلاعات کافی در مورد آن داشتند (نمودار ۱).



نمودار ۱- آگاهی ماماها در مورد نقش آمنیوتومی در زایمان فعال

در رابطه با آگاهی ماماها در مورد تأثیر آمنیوتومی در کوتاه کردن طول لیبر برای مادر، ۵۶ نفر (۵۸/۹۴٪) از ماماها معتقد به سودمند بودن این تکنیک بودند و ۱۴ نفر (۱۴/۷۳٪) نظری نداشتند. همچنین نتایج مطالعه در زمینه آگاهی ماماها در مورد تأثیر آمنیوتومی در کوتاه کردن طول لیبر برای جنین نشان داد که ۲۷ نفر (۲۸/۴۲٪) از ماماها به سودمندی آن برای جنین اعتقاد داشتند و ۳۰ نفر (۳۱/۵۷٪) نظری در این مورد نداشتند.

نتایج مطالعه در بررسی عملکرد ماماها نشان داد که بیش ترین علت انجام آمنیوتومی توسط آن ها، کشف مکنیوم (۸۶/۳۱٪) و کاهش طول مدت زایمان (۷۱/۵۸٪) و کمترین دلیل آن، شک به دکولمان (۱/۰۵٪) بود (جدول ۴).

جدول ۴- دلایل انجام آمنیوتومی توسط ماماها

درصد	تعداد	دلایل آمنیوتومی
۸۶/۳۱	۸۲	کشف مکنیوم
۷۱/۵۸	۶۸	کاهش طول مدت زایمان
۶۰	۵۷	افزایش دیلاتاسیون
۳۴/۷۵	۳۲	جلوگیری از طولانی شدن زایمان
۸/۴۵	۸	کشف پرولاپس بندناف
۸/۴۵	۸	تشخیص پرزانتاسیون و پوزیشن
۶/۳۲	۶	افزایش انقباضات رحمی
۶/۳۲	۶	تقویت اینداکشن
۵/۲۶	۵	کاهش طول مرحله اول
۵/۲۶	۵	درمان دیستوشی زایمان
۱/۰۵	۱	کاهش درد زایمان
۱/۰۵	۱	شک به دکولمان

نتایج مطالعه نشان داد که ۲۸ نفر (۲۹/۴۷٪) از ماماها آمنیوتومی را در اواخر مرحله اول زایمان انجام می دادند. همچنین بر اساس نتایج مطالعه، ۱۴ نفر (۱۳/۶۸٪) از ماماها آمنیوتومی را به طور معمول انجام نمی دادند و تا پاره شدن خودبخودی کیسه آب صبر می کردند (نمودار ۲).

در رابطه با کاربرد آمنیوتومی در زمان زایمان، اکثر ماماها (۸۴/۲۱٪) معتقد بودند که این اقدام برای کشف مکنیوم انجام می شود (جدول ۲).

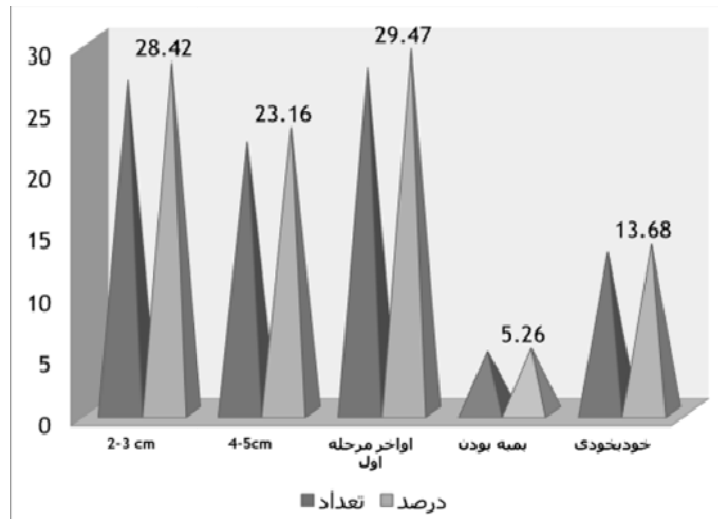
جدول ۲- آگاهی ماماها در مورد کاربرد آمنیوتومی

کاربرد آمنیوتومی	تعداد	درصد
کشف مکنیوم	۸۰	۸۴/۲۱
کاهش طول زایمان	۵۶	۵۸/۹۴
مانیتورینگ داخلی	۲۵	۲۶/۳۱
افزایش انقباضات رحمی	۱۷	۱۷/۸۹
کاهش درد زایمان	۱۴	۱۴/۷۳
جلوگیری از شلویی زایشگاه	۹	۹/۴۷
شک به دکولمان	۲	۲/۱۰
سوفرانس جنینی	۱	۱/۰۵
پست ترمی	۱	۱/۰۵

در رابطه با پیامدها و عوارض آمنیوتومی در زمان زایمان، شایع ترین عارضه را پرولاپس بندناف (۸۳/۱۵٪) و ناشایع ترین عارضه را پرزانتاسیون معیوب، آسنکلیتیسیم و کاهش آپگار (۱/۰۵٪) بیان کردند (جدول ۳).

جدول ۳- آگاهی ماماها در مورد پیامد انجام آمنیوتومی در زمان زایمان

پیامد آمنیوتومی	تعداد	درصد
پرولاپس بندناف	۷۹	۸۳/۱۵
کاپوت سر جنین	۷۴	۷۷/۸۹
فشار به بندناف	۳۹	۴۱/۰۵
افزایش عفونت پس از زایمان	۳۵	۳۶/۸۴
افزایش سزارین	۲۳	۲۴/۲۱
کاهش طول لیبر	۱۶	۱۶/۸۴
افزایش درد زایمان	۱۶	۱۶/۸۴
اختلال صدای قلب جنین	۱۵	۱۵/۷۸
کاهش مصرف اکسی توسین	۱۱	۱۱/۵۷
جلوگیری از عدم پیشرفت	۹	۹/۴۷
تقویت اثر اکسی توسین	۶	۶/۳۱
طولانی شدن لیبر	۵	۵/۲۶
دیسترس تنفسی جنین	۵	۵/۲۶
اصطکاک سر به لگن	۲	۲/۱۰
کاهش آپگار	۱	۱/۰۵
پرزانتاسیون معیوب	۱	۱/۰۵
ایجاد آسنکلیتیسیم	۱	۱/۰۵



نمودار ۲- عملکرد ماماها در مورد زمان انجام آمنیوتومی

بحث

از آنجایی که آگاهی افراد تأثیر مستقیمی بر عملکرد آنان دارد، لذا اجرای موفقیت آمیز وظایف در گروه آگاهی ماماها نسبت به مهارت های حرفه ای می باشد (۱۹).

در مطالعه حاضر آگاهی کلی ماماها در رابطه با مراقبت های مبتنی بر شواهد آمنیوتومی متوسط بود (۸۳/۱۶٪). نتایج مطالعه حاضر در رابطه با نقش آمنیوتومی در زایمان فعال نشان داد که اکثر ماماها (۶۶٪) آگاهی بالا داشتند. در مطالعه شاه حسینی و همکاران (۲۰۰۵) که در رابطه با میزان آگاهی ماماها از قوانین حقوقی و مصرف داروها در مامایی انجام شد، ۶۴/۲ درصد افراد از سطح آگاهی بالایی در این رابطه برخوردار بودند (۲). در مطالعه محمدی (۲۰۰۶)، در برخی از موارد ماماها از مجاز بودن تکنیک ها اطلاع نداشته و آن را غیر قانونی می دانستند، برخی تکنیک غیر مجاز را قانونی تلقی می کردند و در دیگران نیز میزان آگاهی از قوانین حرفه ای رضایت بخش بود (۲۰). همچنین بر اساس مطالعات مبتنی بر شواهد، آمنیوتومی در هنگام زایمان به طور معمول توصیه نمی شود و جزء زایمان فعال می باشد (۱۰). نتایج مطالعه سدلر و همکاران (۲۰۰۰) در رابطه با مقایسه اداره فعال با اداره معمول زایمان نشان داد که اداره فعال از جمله آمنیوتومی زود هنگام، میزان

سزارین را کاهش نمی دهد اما باعث کاهش ۵۰ دقیقه ای در مدت زایمان می شود (۱۱). نتایج مطالعه متآنالیز توسط فراسر و همکاران نشان داد که آمنیوتومی زود هنگام هر چند باعث کاهش طول زایمان می شود، اما تأثیری در کاهش شیوع سزارین ندارد و مطالعه کارآزمایی بالینی که تأثیر آمنیوتومی به تنهایی را در درمان زایمان طول کشیده بررسی کرده باشد، در دسترس نیست (۲۱). سرسون و همکار (۲۰۰۹) بیان کردند که انجام آمنیوتومی، طول مرحله اول زایمان را در زنان نخست زا و چندزا کاهش نمی دهد، اما طول مرحله دوم زایمان را در زنان نخست زا کمی کاهش می دهد (۲۲).

در مطالعه حاضر اکثر ماماها در مورد انجام آمنیوتومی در زمان زایمان به دلیل کشف مکونیوم (۸۴/۲۱٪) و کاهش طول زایمان (۵۸/۹۸٪) آگاهی بیشتری داشتند، ولی در مواردی مانند شک به دکولمان، سوفرانس جنینی و گذشتن ترم که جزء مهم ترین موارد کاربرد آمنیوتومی است، آگاهی ماماها ضعیف بود. در ۹ مطالعه بررسی شده توسط برگلا و همکاران بر روی ۴۰۰۰ زن تک قلو با نمایش ورتکس و ترم نشان داد که آمنیوتومی زود هنگام معمول در مقایسه با آمنیوتومی انتخابی (دیر هنگام یا عدم آمنیوتومی) باعث کوتاه تر شدن طول زایمان (به خصوص طول مرحله اول) کاهش مصرف

اکسی توسین و افزایش سزارین (۲۶٪) شد ولی میزان سوفرانس جنین و نتایج نوزادی مشابه بود (۷).

نتایج مطالعه حاضر در رابطه با عملکرد ماماها در زایشگاه در مورد آمنیوتومی نشان داد که ۸۳/۱۶ درصد ماماها دارای عملکرد نسبتاً مطلوب می باشند که مطابق با مطالعات مبتنی بر شواهد بررسی شده است. در مطالعه یوسف زاده و همکاران (۲۰۱۳) عملکرد ۶۶/۶۷ درصد ماماها در رابطه با تغذیه هنگام زایمان، خوب و مطابق مطالعات مبتنی بر شواهد بود (۱۸). نتایج مطالعه فرخی و همکار (۲۰۰۸) در رابطه با کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت های دوران بارداری نشان داد که ۷۰ درصد ماماها عملکرد متوسط و تنها ۱۸/۵ درصد ماماها عملکرد خوب داشتند (۲۳) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

همچنین نتایج مطالعه حاضر در مورد بررسی عملکرد ماماها نشان داد که دلایل عمده انجام آمنیوتومی توسط ماماها کشف مکنونیوم (۸۶/۳۱٪)، کاهش طول مدت زایمان (۷۱/۵۸٪) و افزایش دیلاتاسیون (۶۰٪) بود. گروچ و همکار (۲۰۰۷) مهم ترین علت انجام آمنیوتومی توسط ماماها را افزایش انقباض رحمی و در نتیجه تسریع زایمان اعلام کردند (۱۳). نتیجه یک مطالعه مرور نظام مند حاصل از ۸ کارآزمایی بالینی بر روی ۴۰۰۸ زن که در سال ۱۹۹۹ انجام شد، نشان داد که آمنیوتومی معمول با فواید و عوارض جانبی همراه است. میزان سزارین به دلیل سوفرانس جنین افزایش یافته است، لذا آمنیوتومی جهت زایمان فعال در افرادی که پیشرفت زایمان غیر طبیعی است، مفید می باشد (۲۴) مطالعات مشابه این موضوع را تأیید کردند که اداره فعال زایمان (نظیر استفاده از آمنیوتومی)، میزان سزارین و عوارض مادری نوزادی را افزایش نمی دهد (۲۵).

مطالعات مبتنی بر شواهد گزارش کرده اند که بهتر است در طی زایمان، اقدام به آمنیوتومی نشده و فرصت داده شود تا کیسه آب به طور خودبخودی پاره شود. در مطالعه حاضر نتایج بررسی عملکرد ماماها در رابطه با زمان انجام آمنیوتومی نشان داد که فقط ۱۳/۶۸ درصد ماماها آمنیوتومی را به طور معمول انجام نمی دادند و تا پاره شدن خودبخودی کیسه آب صبر می کردند.

گروچ و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند که هیچ توافقی در مورد زمان انجام آمنیوتومی وجود ندارد (۱۳). در مطالعه بارت و همکاران (۱۹۹۲) طول مراحل زایمان بین گروه آمنیوتومی زود هنگام و گروهی که کیسه آب آن ها به طور خودبخودی در زمان های متفاوت پاره شده بود، تفاوتی نداشت، همچنین بی حسی اپیدورال به دلیل افزایش درد زایمان و عوارض زایمانی تفاوتی نداشت و توصیه می شود که کیسه آب خودبخود پاره شود (۲۶). در مطالعه فراسر و همکاران (۱۹۹۳) آمنیوتومی زود هنگام، طول مرحله زایمان و ایجاد دیستوشی و استفاده از اکسی توسین را به طور معنی داری کاهش داد (۲۷). همچنین اثر آمنیوتومی ارتباطی به تعداد زایمان ها و دیلاتاسیون سرویکس ندارد (۲۸)، (۲۹).

از آنجایی که هدف ماماها، ارتقاء سلامت مادر و نوزاد است، آموزش آن ها از اهمیت خاصی برخوردار است. دیک رید در مقاله زایمان بدون ترس، پیشنهاد کلاس های آموزشی را برای پرستاران، ماماها مطرح کرده است (۲۱). امروزه یکی از ضروری ترین نیازها، اتخاذ سیاست ها و روش های نوین به منظور توانمندسازی و بهبود عملکرد ماماهاست (۴). ماماها باید در راستای انجام یک زایمان طبیعی ایمن و سالم و در عین حال تأمین رضایت مادر و خوشایندسازی تجربه تولد توانا باشند (۳۰). لوسواینچ و همکاران (۲۰۱۰) اثر آموزش را بر کیفیت رعایت احتیاط های استاندارد بررسی کرده و اذعان داشتند که عملکرد می تواند متأثر از آموزش و افزایش سطح آگاهی باشد اما همیشه افزایش آگاهی و داشتن دانش منجر به عملکرد مناسب نمی شود (۲۵). در این مطالعه پاسخ ماماها، ملاک ارزیابی عملکرد آن ها بود که یکی از محدودیت های مطالعه بود.

نتیجه گیری

به منظور انجام زایمان فیزیولوژیک و افزایش راحتی مادران در هنگام زایمان، برگزاری بازآموزی در رابطه با آمنیوتومی بر اساس مطالعات مبتنی بر شواهد جهت افزایش آگاهی و ارتقاء عملکرد ماماها توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی و سوپروایزرهای آموزشی و ماماهاى محترم بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که در

منابع

- Movahed F, Norozi N. [Comparison of early versus late amniotomy following cervical ripening with Foley catheter] [Article in Persian]. *J Qazvin Univ Med Sci* 2008;12(3):26-31.
- Shahhosseini Z, Rashidi S, Abedian K. [The level of midwife's knowledge about civil lows and using of drugs in midwifery] [Article in Persian]. *Legal Med J* 2005 Autumn;11(3):132-5.
- Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 Jan 31;1:CD006167. doi: 10.1002/14651858.CD006167.pub3.
- Olfati F, Golshahi T, Laluha F. [Effect of amniotomy in latent and active phase on rate of cesarean section] [Article in Persian]. *J Qazvin Univ Med Sci* 2007;11(1):56-62.
- DeCherney A, Nathan L, Murphy Goodwin T, Laufer N, Roman A. *Current diagnosis & treatment obstetrics & gynecology*. 11th ed. New York:McGraw-Hill;2013.
- Wetrich DW. Effect of amniotomy upon labor. A controlled study. *Obstet Gynecol* 1970 May;35(5):800-6.
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008 Nov;199(5):445-54.
- Davis L, Riedmann G. Recommendations for the management of low risk obstetric patients. *Int J Gynaecol Obstet* 1991 Jun;35(2):107-15.
- Neilson JP. Amniotomy for shortening spontaneous labor. *Obstet Gynecol* 2008 Jan;111(1):204-5. doi: 10.1097/01.AOG.0000298951.92845.82.
- Rebecca MD Smyth, S Kate Alldred, C Markham. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (Impact Factor: 5.7). 02/2007; DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub2
- Sadler LC, Davison T, McGowan LM. A randomized controlled trial and meta-analysis of active management of labour. *BJOG* 2000 Jul;107(7):909-15.
- Baigi A, Zarinkob F. [Comparison of early amniotomy with intention to leave membranes intact in normal term delivery. *Tehran Univ Med Sci J* 2005;63(9):697-702.
- Groch J, Agus ZS. Amniotomy during Spontaneous labor benefits neither mother nor child. Available at: <http://www.medpagetoday.com/OBGYN/Pregnancy/7010>.
- Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth* 2007 Mar;34(1):53-64.
- Fraser WD, Sauve R, Parboosingh IJ, Fung T, Sokol R, Persaud D. A randomized controlled trial of early amniotomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991 Jan;98(1):84-91.
- Rahimikian F, Mirmolaei T, Samizadeh Z, Shirazi M, Mehran A. [Evaluation of knowledge and practice of newly graduated midwives in normal vaginal delivery in hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences] [Article in Persian]. *Iran J Med Educ* 2007;7(1):51-7.
- Esmailpour N, Mirblouk F, Shodjaei Tehrani H, Poorseyad-Reza A, Dalil Heirati SF. [Survey the knowledge, attitude and practice on Pop smear in nurses and midwives] [Article in Persian]. *J Guilan Univ Med Sci* 2010;19(77):81-8.
- Yousefzadeh S, Tafazoli M, Dadgar S. [Evaluation of knowledge and practice of midwife's in nutrition during labor by evidence based care] [Article in Persian]. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013;15(36):15-21.
- Banaeian Sh, Sereshti M. [Knowledge of midwives, from Chaharmahal and Bakhtiary province to ward midwifery legal and religious commandments and some of the relevant factors in 2006] [Article in Persian]. *Shahrekor Univ Med Sci J* 2007;9(3):37-44.
- Mohammadi F. [Midwives' knowledge of professional rules and its relation with some factors in Qazvin] [Article in Persian]. *J Qazvin Univ Med.Sci* 2006 Summer;10(39):95-6.
- Fraser W, Vendittelli F, Krauss I, Bréart G. Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 Feb;105(2):189-94.
- Searson S, Blackwell JC. Clinical inquiries: does routine amniotomy have a role in normal labor? *J Fam Pract* 2009 Mar;58(3):E2.
- Farokhi F, Khadivzadeh T. [Quality assessment of midwives performance in prenatal cares in urban health centers in Mashhad, Iran] [Article in Persian]. *Payesh J* 2008;7(3):203-10.
- Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005 Feb;19(1):103-15.
- Fontein Y. The comparison of birth outcomes and birth experiences of low-risk women in different sized midwifery practices in the Netherlands. *Women Birth* 2010 Sep;23(3):103-10.

26. Barrett JF, Savage J, Phillips K, Lilford RJ. Randomized trial of amniotomy in labour versus the intention to leave membranes intact until the second stage. *Br J Obstet Gynaecol* 1992 Jan;99(1):5-9.
27. Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. The Canadian Early Amniotomy Study Group. *N Engl J Med* 1993 Apr 22;328(16):1145-9.
28. Franks P. A randomized trial of amniotomy in active labor. *J Fam Pract* 1990 Jan;30(1):49-52.
29. Brisson-Carroll G, Fraser W, Bréart G, Krauss I, Thornton. The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996 May;87(5 Pt 2):891-6.
30. Geranmayeh M, Hadian T, Rezaepur A, Akhondzadeh E, Haghani H. [Effect of education on midwives' knowledge, attitude and practice about non-pharmacologic labor pain relieving methods] [Article in Persian]. *J Qazvin Univ Med Sci* 2011;15(2):34-40.