

ارزیابی آگاهی و عملکرد ماماهاى شاغل در بیمارستان هاى آموزشى شهر مشهد در رابطه با تغذیه حین زایمان بر اساس مراقبت مبتنى بر شواهد

صدیقه یوسف زاده^۱، مهین تفضلی^{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، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۷ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۲۶

خلاصه

مقدمه: هرچند زنان در هنگام زایمان به مقادیر زیادی انرژی نیاز دارند، اما اطلاعات علمی اندکی در رابطه با اثر خوردن و آشامیدن بر پیشرفت زایمان موجود است. از آنجایی که 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 آگاهی و عملکرد ماماها در رابطه با تغذیه حین زایمان بر اساس مراقبت مبتنی بر شواهد انجام شد.

روش کار: این مطالعه توصیفی تک گروهی یک مرحله ای در سال ۱۳۸۹ بر روی ۵۵ مامای شاغل در بیمارستان هاى دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. ابتدا منابع علمی معتبر مبتنی بر شواهد در رابطه با تغذیه حین زایمان بررسی شد. سپس پرسشنامه پژوهشگر ساخته (تدوین شده بر اساس رفرنس های معتبر و مطالعات مبتنی بر شواهد) 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.

یافته ها: اکثر افراد مورد مطالعه (۷۲/۸٪) آگاهی کافی نسبت به نقش تغذیه در طی زایمان داشتند. نتایج مطالعه در رابطه با تأثیر تغذیه بر مدت زایمان نشان داد که ۴۴ نفر (۷۹/۴٪) از ماماها معتقد بودند که تغذیه در طی زایمان باعث کاهش مدت زایمان می شود و در حیطه عملکرد، ۳۷ نفر (۶۷/۲٪) از ماماها تغذیه در طی زایمان را بر اساس مواد غذایی توصیه شده در مراقبت مبتنی بر شواهد به مادران پیشنهاد کردند.

نتیجه گیری: اکثر ماماها آگاهی کافی (۷۲/۸٪) در مورد اهمیت مصرف مواد غذایی در حین زایمان دارند، اما آگاهی آنها در مورد نوع مواد مصرفی ایمن توصیه شده بر اساس مطالعات مبتنی بر شواهد، متوسط (۶۶/۶۷٪) به نظر می رسد.

کلمات کلیدی: آگاهی، تغذیه، زایمان، ماما، مراقبت مبتنی بر شواهد

* نویسنده مسئول مکاتبات: مهین تفضلی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱
پست الکترونیک: tafazolim@mums.ac.ir

مقدمه

زنان در هنگام زایمان به مقادیر زیادی انرژی نیاز دارند، ولی مسئله خوردن و آشامیدن در طی مرحله اول زایمان، یک مسأله ضد و نقیض است (۱). به محض آغاز لیبر و تجویز عوامل ضد درد، زمان تخلیه معده به طور قابل ملاحظه ای طولانی می شود، در نتیجه غذای خورده شده و اکثر داروهای تجویز شده در داخل معده باقی مانده و جذب نمی شوند. همچنین ممکن است که زائو استفراغ کرده و محتویات معده را آسپیره کند. اولین بار مندلسون، استنشاق حجیم محتویات اسیدی معده که در اثر پنومونی آسپیراسیون باعث نارسایی ریه شده بود را توصیف کرد (۲، ۳).

ترس از آسپیراسیون محتویات معده، باعث اعمال استانداردهای محافظه کارانه ناشتا ماندن طولانی مدت قبل از اعمال جراحی شده است. در حال حاضر مطالعات اندکی وجود دارد که ارتباط بین ناشتا بودن و خطر آسپیراسیون ریوی در طی زایمان را بیان می کنند. بر اساس نظر "واحد ویژه انجمن متخصصان بیهوشی آمریکا در مورد بیهوشی زایمانی" (۲۰۰۷)، در زمینه مدت ناشتایی برای مایعات صاف شده و خطر آسپیراسیون ریوی در خلال زایمان، داده های کافی در دست نیست. هرچند که این خطر پایین به نظر می رسد، کالج زنان و مامایی آمریکا و انجمن بیهوشی آمریکا توصیه می کنند که زنان در حال زایمان از مصرف مواد غذایی جامد خودداری کنند (۴، ۵). از طرفی گرسنگی طولانی مدت باعث افزایش حجم و بالا رفتن غلظت اسید معده شده و خطر آسپیراسیون را تشدید می کند (۶). در حالی که مطالعات مبتنی بر شواهد معتقدند از آنجایی که زایمان، امری عادی و طبیعی تلقی می شود، بسیاری از مداخلات از جمله ناشتا نگه داشتن زنان در طول زایمان غیر ضروری بوده و باعث کاهش میزان آزادی زنان و افزایش اضطراب شده و زایمان را به امری ناخوشایند برای زنان تبدیل می کند (۷، ۸). مطالعه اسپیریز و همکاران (۲۰۰۱) و ترانمر (۲۰۰۵) نشان داد که خوردن و آشامیدن نتیجه سویی بر سرانجام مادر و نوزاد ندارد. همچنین در مطالعه اسپیریز و همکاران (۲۰۰۱)، تعداد موارد زایمان طبیعی در گروهی که مواد نیروزا دریافت

کرده بودند، به طور معنی داری بیشتر از گروهی بود که این مواد را دریافت نکرده بودند (۹، ۱۰).

مطالعات جدید نشان داده اند که مشکلات مربوط به آسپیراسیون در طی زایمان اندک است. همچنین مطالعات بالینی نشان داده اند که تغذیه در طول فاز نهفته، هیچ خطر شناخته شده ای بر نتایج زایمان ندارد و فقط به میزان کمی، طول مدت زایمان را افزایش می دهد (۱۱). لذا مطالعات اخیر از محدود کردن مایعات در هنگام لیبر به منظور کم کردن خطر آسپیراسیون حمایت نمی کنند. در یک مرور کوکران که بر روی ۳۱۳۰ زن با خطر کم انجام شد، هیچ فایده یا عارضه ای در محدود کردن مصرف مایعات شناسایی نشد (۱۲). گروه زایمانی کوکران استفاده از رژیم غذایی کم چرب که مدت کمی در معده باقی می ماند را در طول زایمان توصیه می کنند (۱۲).

بر اساس نظر آکادمی متخصصان کودکان آمریکا و کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا (۲۰۰۷)، مصرف تدریجی مایعات صاف شده (بدون تفاله)، مصرف گاه گاه تکه های یخ و استفاده از مرطوب کننده های لب مشکلی ندارد. توصیه های ارائه شده به این صورت است که مقادیر اندک مایعات صاف شده (بدون تفاله) مانند آب، چای، قهوه تلخ، نوشابه های کربناته و آبمیوه های بدون تفاله را می توان در زنان بدون عارضه ای که در حال زایمان هستند، مجاز شمرد. سازمان جهانی بهداشت توصیه می کند زنان به خوردن و آشامیدن در طی زایمان حتی مراحل انتهایی آن تشویق شوند، اما باید از مصرف غذاهای کاملاً جامد پرهیز شود (۱۳). در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۸۸)، مصرف خوراکی شربت عسل خرما در طی زایمان، بر پیشرفت زایمان زنان نخست زا مؤثر بود (۴).

رحمانی بیلندی و همکاران (۱۳۸۸) تأثیر دریافت مواد غذایی قندی هنگام زایمان طبیعی را در ۱۸۰ زن باردار که بارداری کم خطر داشتند، مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از قندهای طبیعی، طول مدت مرحله دوم زایمان را کاهش می دهد. همچنین این مطالعه نشان داد که دریافت مواد غذایی حاوی مواد قندی در هنگام زایمان، خطر استفراغ را افزایش نمی دهد (۱۴).

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته ای بود که بر اساس منابع ذکر شده، تهیه شد. این پرسشنامه شامل دو قسمت بود، بخش اول شامل مشخصات فردی واحدهای پژوهش و بخش دوم شامل سؤالات سنجش آگاهی و عملکرد ماماها در رابطه با تغذیه در طی زایمان بر اساس نتایج مبتنی بر شواهد بود. جهت نمره گذاری پرسشنامه آگاهی به انتخاب های درست نمره ۱ و به انتخاب های غلط، نمره صفر تعلق گرفت. جهت تفسیر نمرات، مانند سایر مطالعات (نظیر بنائیان، ۱۳۸۵) عمل شد. به این صورت که نمراتی که یک انحراف معیار از میانگین فاصله داشتند به عنوان آگاهی متوسط (نسبتاً آگاه)، بالای یک انحراف معیار آگاهی کافی (آگاه) و زیر یک انحراف معیار به عنوان آگاهی ضعیف (ناآگاه) در نظر گرفته شدند. روایی پرسشنامه به روش روایی محتوا تأیید شد، به این منظور ابتدا پرسشنامه در اختیار تعدادی از اعضاء هیأت علمی دانشکده پرستاری مامایی مشهد قرار گرفت و پس از گردآوری نظرات آنان، اصلاحات پیشنهادی انجام شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش پایایی هم ارز استفاده شد به این صورت که ابتدا پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از زنان ماما تکمیل شد. این پرسشنامه مجدداً یک هفته بعد تکمیل شد. سپس همبستگی بین آنها با $r=0/98$ مورد تأیید قرار گرفت. در نهایت پس از کسب رضایت نامه کتبی از ماماها جهت شرکت در مطالعه، پرسشنامه در اختیار آنان قرار داده شد و توسط آنها تکمیل شد. جهت جلوگیری از تورش، از ماماها خواسته شد پرسشنامه های تکمیل شده خود را داخل جعبه ای که در زایشگاه قرار داده شده بود، بگذارند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمون های آماری توصیفی (توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس نتایج مطالعه، از ۵۵ مامای شرکت کننده در مطالعه، ۱۳ نفر (۲۳/۶۴٪) سن کمتر از ۳۰ سال، ۲۷ نفر (۴۹/۰۹٪) بین ۳۰-۳۵ و ۱۵ نفر (۲۷/۲۷٪) بیشتر از ۳۵ سال سن داشتند. ۵۱ نفر (۹۲/۷۳٪) از ماماها مدرک

هرچند مطالعاتی در زمینه آگاهی ماماها از قوانین حقوقی و مصرف داروها در مامایی، آگاهی و نگرش ماماها در زمینه موضوعات اخلاقی و آگاهی از قوانین مجازات های اسلامی، آگاهی از قوانین و مقررات حرفه ای انجام شده است، اما مطالعه منتشر شده ای در زمینه آگاهی ماماها در رابطه با تغذیه حین زایمان بر اساس مراقبت های مبتنی بر شواهد در داخل و خارج کشور وجود ندارد (۲، ۱۵، ۱۶). علی رغم نبودن اطلاعات قابل اعتماد در مورد خطر مصرف مایعات در طی زایمان، هنوز در اکثر بیمارستان ها محدودیت مصرف مایعات برای زائوها رعایت می شود. با توجه به اینکه ماماها در بیشتر مراحل زایمان در کنار زنان زائو قرار دارند، آگاهی آنان از اهمیت مصرف مواد غذایی در طی زایمان در تأمین نیازهای زنان بسیار مهم است. از آنجایی که آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم منطقی در مراقبت، جزء جدایی ناپذیر کار روزمره ماماها می باشد و با توجه به نبودن پیشینه کافی در زمینه آگاهی ماماها از لزوم تجویز مواد غذایی در طی زایمان، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی آگاهی و عملکرد ماماها در رابطه با تغذیه حین زایمان بر اساس مراقبت مبتنی بر شواهد انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی تک گروهی یک مرحله ای در سال ۱۳۸۹ بر روی ۵۵ مامای شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار، داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد و شاغل در زایشگاه بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مشهد (بیمارستان امام رضا (ع)، بیمارستان قائم (عج)، بیمارستان ام البنین (س) و بیمارستان شهید هاشمی نژاد) و تمایل جهت شرکت در مطالعه بود. جهت انجام این مطالعه، ابتدا منابع علمی معتبر مبتنی بر شواهد بررسی شد. به این منظور سایت های معتبر در رابطه با مراقبت های مبتنی بر شواهد مانند *Cochrane*, *JAMA*, *nursing*, *Pub med*, *consult*, *up To date* مورد بررسی قرار گرفتند.

کارشناسی و ۴ نفر (۷/۲۷٪) مدرک کارشناسی ارشد داشتند. ۱۶ نفر (۲۹/۰۹٪) از ماماها بین ۱۰-۵ سال و ۳۹ نفر (۷۰/۹۱٪) بیشتر از ۱۰ سال سابقه کار داشتند. همچنین ۴۵ نفر (۸۱/۸۲٪) از افراد مورد مطالعه استخدام

رسمی بودند و ۱۰ نفر (۱۸/۱۸٪) به صورت قراردادی فعالیت می کردند. ۳۷ نفر (۶۷/۲۷٪) از ماماها در کلاس های آموزش ضمن خدمت برگزار شده در رابطه با زایمان ایمن به صورت فعال شرکت کرده بودند (جدول ۱).

جدول ۱- بررسی اطلاعات فردی افراد مورد مطالعه در بررسی آگاهی و عملکرد ماما نسبت به تغذیه در زایمان

متغیر	تعداد (درصد)
مدرک تحصیلی	کارشناس ۵۱ (۹۲/۷۳)
	کارشناس ارشد ۴ (۷/۲۷)
سن	کمتر از ۳۰ سال ۱۳ (۲۳/۶۴)
	بین ۳۰-۳۵ سال ۲۷ (۴۹/۰۹)
	بیشتر از ۳۵ سال ۱۵ (۲۷/۲۷)
سابقه کار	بین ۵-۱۰ سال ۱۶ (۲۹/۰۹)
	بیشتر از ۱۰ سال ۳۹ (۷۰/۹۱)
نوع استخدام	رسمی ۴۵ (۸۱/۸۲)
	قراردادی ۱۰ (۱۸/۱۸)
شرکت در کلاس های آموزش ضمن خدمت در رابطه با زایمان ایمن	داشته اند ۳۷ (۶۷/۲۷)
	نداشته اند ۱۸ (۳۲/۷۳)

(۶۹٪) بود. در مورد ویژگی های مهم مواد غذایی توصیه شده (نظیر کم حجم، بدون باقیمانده، شیرین) تقریباً ۴۱ نفر (۷۵/۵۴٪) افراد آگاهی ضعیف داشتند. بر اساس نتایج مطالعه، ۱۰۰ درصد ماماها اطلاع داشتند که تغذیه در طی زایمان بر طول زایمان تأثیر دارد، بر اساس تجربیاتشان ۴۳ نفر (۷۸/۱۸٪) از موارد معتقد بودند که تغذیه باعث کاهش طول مدت زایمان می شود (جدول ۲).

در رابطه با هدف اول مطالعه یعنی تعیین آگاهی ماماها در مورد تغذیه حین زایمان، اکثر افراد مورد مطالعه (۷۲/۸٪) آگاهی کافی داشتند. همچنین در پاسخ به علل توصیه به مصرف مواد غذایی در هنگام زایمان، مهمترین علل مطرح شده از طرف ماماها، پیشگیری از کتوز در هنگام زایمان (۷۸٪)، رضایت بیشتر مادران از زایمان و نادر بودن احتمال بروز آسپیراسیون ریوی

جدول ۲- بررسی آگاهی ماماها در رابطه با تغذیه در طی زایمان آگاهی و عملکرد ماما نسبت به تغذیه در زایمان

متغیر	آگاهی کافی تعداد (درصد)	نسبتاً آگاه تعداد (درصد)	آگاهی ضعیف تعداد (درصد)
آگاهی ماماها نسبت به تغذیه در زمان زایمان	۴۰ (۷۲/۸)	۱۳ (۲۳/۶)	۲ (۳/۶)
آگاهی ماماها نسبت به ویژگی های مواد غذایی در زمان زایمان	۸ (۱۴/۵۴)	۶ (۱۰/۹)	۴۱ (۷۵/۵۴)
آگاهی ماماها نسبت به تأثیر مثبت تغذیه در زمان زایمان	۴۳ (۷۸/۱۸)	۴ (۱۴/۵۴)	۸ (۷/۲۷)

بودند. همچنین ۴۵ نفر (۸۱/۸٪) از ماماها مواد غذایی را در طی زایمان به دلایل مناسب به مادران توصیه می کردند (جدول ۳).

در رابطه با هدف دوم مطالعه یعنی عملکرد ماماها در مورد تغذیه در طی زایمان، ۴۸ نفر (۸۷/۲۷٪) از ماماها مخالف ممنوعیت مصرف مواد غذایی در هنگام زایمان

جدول ۳- بررسی عملکرد ماماها در رابطه با تغذیه در طی زایمان آگاهی و عملکرد ماما نسبت به تغذیه در زایمان

متغیر	خوب		متوسط		ضعیف	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
عملکرد ماماها در رابطه با تجویز مناسب مواد غذایی در زایمان	۴۵ (۸۱/۸)	۸ (۱۴/۵۴)	۲ (۳/۶)			
عملکرد ماماها در رابطه با زمان مناسب تجویز مواد غذایی در زایمان	۳۶ (۶۵/۴۵)	۱۳ (۲۳/۶)	۶ (۱۰/۹)			
عملکرد ماماها در رابطه با نوع تجویز مواد غذایی در زایمان	۳۷ (۶۷/۲)	۱۴ (۲۵/۴۵)	۴ (۷/۲۷)			

در مطالعه حاضر، ۱۰۰ درصد ماماها اطلاع داشتند که تغذیه در طی زایمان بر طول زایمان تأثیر دارد که بر اساس تجربیاتشان در ۷۹/۴ درصد موارد معتقد بودند که تغذیه باعث کاهش طول مدت زایمان می شود. نتایج گزارش دوریندا (۲۰۱۲) نشان داد که گرسنگی باعث تبدیل چربی به گلیکوژن و در نتیجه تولید کتون می شود که این امر می تواند منجر به طولانی شدن زایمان و دیسترس جنینی شود (۱۸). کوبلی و همکاران (۲۰۰۱) به بررسی تأثیر یک نوع محلول ایزوتونیک خاص در طی لیبر پرداختند و به این منظور این محلول را با گروهی که آب مصرف می کردند مقایسه نمودند و تفاوتی در طول مدت مراحل زایمان بین دو گروه مشاهده نکردند. همچنین آنان دریافتند که خوردن و آشامیدن در طی زایمان مانع افزایش کتون و اسیدهای چرب حین زایمان می شود (۱۷). در مطالعه حاضر نیز ماماها یکی از علل توصیه مصرف مواد غذایی در طی زایمان را پیشگیری از کتوز در طی زایمان مطرح کردند که با نتایج مطالعه کوبلی و همکاران و دوریندا همخوانی داشت.

در مطالعه حاضر عملکرد ۶۶/۶۷ درصد ماماها خوب و مطابق مطالعات مبتنی بر شواهد بود. هرچند مطالعه مشابهی در این رابطه یافت نشد اما نتیجه مطالعه فرخی و همکاران (۱۳۸۷) در رابطه با کیفیت عملکرد ماماها در ارائه مراقبت های دوران بارداری نشان داد که تنها ۵۵/۸ درصد مراقبت ها به طریق صحیح انجام شده بود و مطلوب ترین وضعیت عملکرد ماماها در حیطه های ارجاع جهت آزمایشات دوران بارداری، ارزیابی سلامت جنین، کنترل وضعیت واکسیناسیون، تاریخ احتمالی زایمان و گرفتن شرح حال بود (۱۶) و نتایج مطالعه فرخی و همکاران 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

اگرچه در مورد نوع ماده مصرف شده، ۳۷ نفر (۶۷/۲٪) از ماماها مواد غذایی را مطابق مطالعات مبتنی بر شواهد توصیه می کردند. بر اساس نتایج مطالعه، ۳۶ نفر (۶۵/۴۵٪) از ماماها مواد غذایی را در زمان مناسب در طی زایمان توصیه می کردند. همچنین نتایج نشان داد که تمام ماماها ی مورد مطالعه (۱۰۰٪) دارای نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد غذایی در طی زایمان بودند.

بحث

سازمان جهانی بهداشت، عملکردها و مهارت های وسیع و گسترده ای را برای ماماها قائل شده است که از آن جمله می توان به نقش ماماها در مشاوره، آموزش، بسیج همگانی جامعه، سازماندهی، نظارت و اطلاع رسانی اشاره کرد (۱). از آنجایی که آگاهی افراد تأثیر مستقیمی بر عملکرد آنان دارد، لذا اجرای موفقیت آمیز وظایف در گرو آگاهی ماماها نسبت به مهارت های حرفه ای می باشد (۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، اکثر افراد مورد مطالعه در رابطه با تغذیه هنگام زایمان از آگاهی خوبی (۷۲/۸٪) برخوردار بودند. هر چند متأسفانه مطالعه مشابهی جهت مقایسه در این رابطه در ایران یافت نشد، اما آگاهی ماماها در رابطه با سایر موارد مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعه شاه حسینی و همکاران (۱۳۸۴) که در رابطه با میزان آگاهی ماماها از قوانین حقوقی و مصرف داروها در مامایی بود، ۶۴/۲ درصد افراد از سطح آگاهی بالایی در این رابطه برخوردار بودند (۳). همچنین در مطالعه نگارنده و همکاران (۱۳۷۹)، ۵۷/۷ درصد ماماها و پرستاران از آگاهی خوبی در زمینه موضوعات اخلاقی برخوردار بودند (۱۵). نتایج دو مطالعه مذکور با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت و نشان داد که ماماها از سطح آگاهی خوبی در زمینه های حرفه ای برخوردارند.

خوب داشتند (۱۶) در مقایسه با فرخی، به نظر می رسد مطالعه حاضر نشان دهنده عملکرد بهتر ماماها در رابطه با تغذیه حین زایمان است.

شریفی حسینی (۱۹۹۴) به مقایسه رژیم مایعات خوراکی و وریدی در بین سه گروه در طی لیبر پرداخت و هیچ تفاوتی در طول مدت مرحله دوم زایمان در بین سه گروه مشاهده نکرد (۱۹). برخلاف نتایج مطالعه شریفی حسینی، در مطالعه حاضر ۷۹/۴ ماماها معتقد بودند که مدت زایمان در مادرانی که از مایعات خوراکی در طی زایمان استفاده می کردند، کوتاه تر شد.

یکی از مهمترین عوارض مطرح شده در رابطه با مصرف مواد غذایی در طی زایمان، خطر آسپیراسیون ریوی محتویات اسیدی معده است. مطالعات اخیر احتمال افزایش این خطر را تأیید نمی کند. در مطالعه کردی و همکاران (۱۳۸۸) نیز موردی از آسپیراسیون ریوی ایجاد نشد و هیچگونه اثر سوئی در سرانجام مادر و نوزاد مشاهده نشد (۶). در مطالعه حاضر نیز ماماها معتقد به نادر بودن خطر آسپیراسیون ریوی در صورت مصرف مواد مایع در طی زایمان بودند که نتایج به دست آمده از نظرسنجی ماماها با مطالعات ذکر شده همخوانی داشت. اگرچه در مطالعه حاضر ماماها فواید دیگری در رابطه با تغذیه در هنگام زایمان ذکر نکردند، اما در مطالعه کارآزمایی بالینی آندرسون (۲۰۰۸)، مزایای تجویز مواد

غذایی حین زایمان علاوه بر رساندن مایعات کافی و دادن انرژی و راحتی، باعث کاهش سطح استرس شد و در نتیجه احساس کنترل داشتن بر روی زایمان به آنها می داد (۲۰). در مطالعه حاضر اکثر ماماها به دلیل رضایت بیشتر مادر از زایمان، مواد غذایی را توصیه می کردند، ولی لزوم انجام مطالعات بیشتر در این رابطه احساس می شود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ۶۷/۲۷ درصد ماماها که در کلاس آمادگی برای زایمان ایمن شرکت کرده بودند، آگاهی و عملکرد بالاتری نسبت به افرادی که دوره را نگذرانده بودند (۷۹/۱ درصد در مقابل ۶۱/۴ درصد)، داشتند که این مسئله نشان دهنده نیاز ماماها به شرکت در این دوره ها می باشد.

نتیجه گیری

ماماها آگاهی کافی (۷۲/۸٪) در مورد اهمیت مصرف مواد غذایی در حین زایمان دارند. هرچند آگاهی آنها در مورد نوع مواد مصرفی ایمن توصیه شده بر اساس مطالعات مبتنی بر شواهد، متوسط (۶۶/۶۷٪) به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می شود.

منابع

1. Dabiri F, Amir-Aliakbari S, Bakhshvari Z, Alavi Moghadam H. [The effects of increasing vein liquid volume on the labor process in primipara at Bandar Abbas, Dr Shariati Hospital] [Article in Persian]. J Hormozgan Univ Med Sci 2003 Spring;33:1.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York:McGrow Hill;2010.
3. 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.
4. Funai EF, Norwitz ER, Lockwood CJ, Barss VA. Management of normal labor and delivery. Literature review current through: Tue 2012 Jan;31 00:00:00 GMT.
5. Committee on Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. Obstet Gynecol 2009 Sep;114(3):714.
6. Kordi M, Salek Nasiri N, Safarian M, Esmayili H, Shadju Kh. [The effect of oral honey date juice on labor progress in primipara]journal of Obstetricians and Gynecologists of Iran[Article in Persian].:13/2::23-30-2009.
7. Hawkins J. Aspiration risk and NPO status during labor. 2003. Available at: www.choicesinchildbirth.com. Accessed Jun 8, 2007.
8. Scheepers HC, de Jong PA, Essed GG, Kanhai HH. Carbohydrate solution intake during just before the start of the second stage: a double-blind study on metabolic effect and clinical outcome. BJOG 2004 Dec;111(12):1382-7.
9. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005 May-Jun;34 (3):319-28.

10. WHO. General aspects of care in labour (part2): nutrition. Available at: www.who.int/reproductive_health/Publications/MSM/_96_24/Care_in_normal_birth_Practical_guide. Accessed Mar 7, 2006.
11. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Sys Rev 2010 Jan 20;(1):CD003930. doi: 10.1002/14651858.CD003930.pub2
12. Lamaze Institute for Normal Birth. Care practices that promote normal birth (4: No Routine Intraventions). 2003. Available at: <http://www.lamaz.org>. Accessed Jun 8, 2007.
13. Rahmani B, Moslem AR, Rahmani MR, Askari BF. [The effect of food intake during labor on maternal outcomes: a randomized controlled trial.] [Article in Persian] Ofogh-e-Danesh. GMUHS J 2009;15(3):17-23
14. Negarandeh R, Ghobadi S. [Study approach and knowledge of Zanjan hospitals midwives in moral affair] [Article in Persian]. J Zanjan Univ Med Sci 2001 Summer;(36):55-9
15. Hajfoghaha M, Keshavarz. [The knowledge of midwives working at the public and private sections towards some professional rules and regulations in Shiraz 2007] [Article in Persian]. Legal Med J 2008 Sprin;14(1):18-21.
16. Dorinda M. Nutrition and nourishment during labor. American College of Nurse-Midwives (ACNM). Available at: <http://www.thelaboroflove.com/forum/dorinda/1.html>. 2012
17. Farokhi F, Khadivzadeh T. [Quality assessment of midwives performance in prenatal care in urban health centers in Mashhad, Iran] [Article in Persian]. Payesh Health Monitor 2008;7(3):203-10.
18. Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "sportdrinks" during labor. Anesth Analg 2002 Feb;94 (2):404-8.
19. Sharifi Hossini S. [Studyof effect of liquid diet on labor progress in multipara that admitted in one hospitals of Tehran] [Article in Persian]. J Shahid Beheshti Univ Med Sci 1994:2-3.
20. Clinical Guidelines for Oral Nutrition during Labor. American College of Nurse-Midwives (ACNM). Available at: <http://www.medicalnewstoday.com/releases/108014.php> 2008