

بررسی تاثیر کلاسهای آموزش دوران بارداری بر روند زایمان

مژگان فیروزبخت^{۱*}، مریم نیکپور^۱، شایسته اسدی^۲

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: افزایش آگاهی و مهارت در دوران بارداری باعث آمادگی مادر باردار برای زایمان و ارتقای سلامت وی می شود. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزشهای دوران بارداری بر روند زایمان در زنان آموزش دیده در بیمارستان امام علی (ع) آمل، ایران انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۱۹۵ (۱۳۲ نفر گروه کنترل، ۶۳ نفر گروه آزمون) خانم باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر آمل، از هفته ۲۰ بارداری به بعد انجام شد. گروه آزمون به مدت ۶-۸ جلسه ۱.۵ ساعته با تناوب تقریباً هر سه هفته یکبار در کلاسهای آموزشی آمادگی برای زایمان ایمن شرکت کردند. گروه کنترل فقط مراقبتهای روتین را دریافت نمودند. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه، خصوصیات دموگرافیک و زایمانی و پرسشنامه استاندارد اضطراب و افسردگی بیمارستانی، سنجش شدت درد با مقیاس دیداری درد (VAS) و مقیاس مگگیل (McGill) صورت گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای T و کای دو مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: شدت اضطراب بیمارستانی در مادران آموزش دیده به طور معنی داری کاهش یافته بود. ($p=0.1002$). میزان شدت درد با مقیاس دیداری در فاز انتقالی (دیلاتاسیون سرویکس ۸cm-10) در گروه آزمون (۸۵/۶۸) به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل (۹۰/۹۹) بود ($p=0.003$). در بررسی شدت درد با مقیاس مگ گیل، نتایج مطالعه تفاوت معنی داری را در گروه آزمون (۸/۳۴) نسبت به گروه کنترل (۹/۱۶) نشان می دهد ($p=0.018$). طول مرحله اول و دوم و سوم زایمان، نیاز به مسکن، وضعیت نوزاد (وزن، آپگار، شروع شیردهی) در دو گروه تفاوتی مشاهده نشد. میزان انجام اپی زیاتومی ($p=0.000$) و سزارین اورژانس ($p=0.01$) در گروه آموزش دیده کاهش یافته بود.

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه، بیانگر آنست که آموزش دوران بارداری و حمایت روحی روانی مادران در طی زایمان سبب کاهش اضطراب مادر و شدت درد و مداخلاتی از قبیل اپی زیاتومی و سزارین اورژانس شده است. برگزاری کلاسهای آموزش دوران بارداری به عنوان بخشی از مراقبتهای دوران بارداری برای کلیه زنان باردار توصیه می شود.

واژگان کلیدی: مراقبت دوران بارداری، کلاسهای آموزش بارداری، زایمان.

مقدمه

بیش از ۹۰٪ تنش و اضطراب دوران بارداری مربوط به فرایند زایمان است (۵). عدم آگاهی و ترس از ناشناخته های دوران بارداری و زایمان، باعث اضطراب مادران در این دوره می شود. در نتیجه ترس و اضطراب، ترشح هورمونهای استرس افزایش یافته و می تواند منجر به زایمان زودرس، عدم پیشرفت، تولد نوزاد کم وزن و هیپوکسی جنین می شود (۶). دسترسی زنان به ارائه کلیه خدمات بهداشتی همراه با افزایش آگاهی آنان از طریق آموزش و مشاوره در دوران بارداری و زایمان از عوامل موثر در پیشگیری از وقوع مرگ و میر و عوارض این دوران می باشد. افزایش آگاهی و مهارت در دوران بارداری باعث آمادگی مادر برای زایمان و ارتقای سلامت وی می گردد. امروزه یادگیری یکی از اجزای جدایی ناپذیر زندگی انسان است و از مواردی است که توسط یونسکو بر آن تأکید شده است (۷).

زایمان یک پدیده حیات بخش جهانی است. تولد نوزاد تمام ابعاد زندگی والدین را تغییر می دهد. در بسیاری از جوامع و فرهنگ ها استراتژی های مختلفی جهت رویارویی با این تغییر مهم زندگی وجود دارد. زنان در طی زایمان به دلیل ماهیت دردناک آن و عوارض مادری و نوزادی نیاز به حمایت دارند. نیاز به حمایت حتی در زمانی که امکان دسترسی به خدمات مدرن مامایی و روشهای کاهش درد زایمان را دارند و عوارض بارداری کمتر دیده می شود، به دلیل اضطراب زنان باردار و همسرانشان وجود دارد (۱،۲،۳،۴).

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی بابل، بابل، ایران
*نویسنده مسؤول Email: firouzbakht_m@yahoo.com
۲. کارشناس مامایی، بیمارستان امام علی (ع) آمل، آمل، ایران

در زنان آموزش دیده کمتر بود. میزان سزارین و مدت مراحل زایمان در گروه آموزش دیده به طور معنی داری کمتر بود (۶). در مطالعه برگستروم^۴ (۲۰۰۹) میزان استفاده از بیحسی اپیدورال در گروه آموزش دیده در مقایسه با گروه استاندارد کاهش نیافته بود، همچنین در تجربه زایمانی و میزان استرس والدین بهبودی مشاهده نشده بود (۹). این مطالعه با هدف بررسی تأثیر کلاسهای آمادگی زایمان بر روند زایمان در بیمارستان امام علی (ع) آمل در سال ۹۱-۹۲ انجام شده است.

روش بررسی

این مطالعه مداخله ای از تیر ماه ۱۳۹۰ تا اردیبهشت ۱۳۹۱ بر روی ۱۹۵ خانم باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان آمل انجام شد. نمونه گیری به صورت نمونه در دسترس و حجم نمونه با مطالعه پایلوت به دست آمد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سطح تحصیلات مادر حداقل پنجم ابتدایی، سن حاملگی بین ۲۰-۱۶ هفته، سن مادر بین ۱۷-۳۵ سال، عدم ممنوعیت برای زایمان طبیعی، عدم وجود عوارض بارداری شناخته شده و عدم سابقه بیماری طبی و عدم مصرف مواد مخدر بود. زنان بارداری که تمایل به شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان داشتند به عنوان گروه مطالعه و زنان بارداری که در کلاسهای آموزش شرکت نکردند، گروه کنترل را تشکیل دادند.

زنان باردار در گروه مطالعه در ۸ جلسه کلاس آموزشی توسط ۴ ماما در دو مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی شهر آمل تحت آموزش قرار گرفتند. هر جلسه در سه بخش به مدت ۹۰ دقیقه تشکیل می شد. بخش اول: شامل آموزش تغییرات آناتومیک و فیزیولوژیک دوران بارداری، تغذیه دوران بارداری، بهداشت روان، علائم هشداردهنده در دوران بارداری، آشنایی با مزایا و معایب زایمان واژینال و سزارین، آشنایی با مراحل مختلف زایمان طبیعی و بهداشت بعد از زایمان و تشویق برای تغذیه با شیر مادر و نوزاد و تنظیم خانواده می باشد (آموزش تئوری با استفاده از ابزار سمعی و بصری مثل فیلم های زایمانی ارائه می شد). بخش دوم: مشاوره به صورت پرسش و پاسخ در مدت ۱۵ دقیقه ارائه می شد و در بخش سوم: تمرینهای عصبی و عضلانی، آموزش وضعیتهای مناسب در حین لیبر و زایمان، نحوه تنفس صحیح در دوران بارداری، حین لیبر و زایمان و ریلکسیشن در مدت ۳۰ دقیقه مادران باردار به صورت عملی تمرین می کردند.

در بسیاری از نقاط جهان، آموزشهای دوران بارداری و زایمان که در مورد زایمان و والد شدن به زنان باردار و همسرانشان آگاهی می دهد، به عنوان بخشی از مراقبت های روتین بارداری، به زنان ارائه می شود (۸).

محتوای کلاسهای آمادگی زایمان در طول زمان، تغییر بسیاری یافته است. در ابتدا بیشتر تأکید بر فعالیت های فیزیکی به عنوان راهی جهت تطبیق با تغییرات دوران بارداری بود. دیک رید^۱ نظریه خود را مبنی بر آنکه درد زایمان به دنبال انقباض عضلانی ناشی از ترس افزایش می یابد، بیان نمود. با دادن اطلاعات مناسب در مورد روند زایمان و تمرینهای عملی و ریلکسیشن ترس و انقباض عضلانی و به دنبال آن درد زایمان کاهش می یابد. بعد از آن لاماز^۲ نظریه سایکو پروفیلاکسی را بیان نمود. استفاده از تکنیک ریلکسیشن در زمان دردهای زایمان، همراه با الگوهای تنفسی مناسب، سبب بهبود اکسیژناسیون شده و با انتقال پیام های درد از رحم به مغز مقابله می کند (۹).

در ایران، مراقبتهای دوران بارداری محدود به معاینات منظم، انجام آزمایش ها و سونوگرافی است. این برنامه برای مادران کافی نبوده و عدم آگاهی و آمادگی آنها سبب اضطراب و افزایش مداخلات پزشکی و بخصوص سزارین می شود (۶، ۱۰). به طوری که آمار سزارین در ایران بیش از ۴۰٪ است، این در حالی است که آمار WHO ۱۵٪، آمریکا ۲۳٪ و سوئد ۱۰٫۷٪ است (۶). اجرای سیاست زایمان ایمن، بیمارستانهای دوستدار مادر و کلاسهای آمادگی زایمان و بر پایی بخشهای استاندارد زایمان به همراه تغییر نگرش و رفتار ماماها و متخصص های زنان می تواند سبب کاهش سزارین و سایر مداخلات زایمانی شود (۱۱).

مطالعات متعددی اثرات مفید و مثبت کلاسهای آموزش بارداری را نشان می دهد، اما مقالاتی وجود دارد که بی اثر بودن این روش را بیان می کند. در مطالعه مک گرانس^۳ (۲۰۰۸) در سوئد، میزان سزارین و نیاز به بی حسی اپیدورال در گروه آموزش دیده به نحو چشمگیر کاهش یافته بود. (۱۲)

در مطالعه ای که در اسپانیا (۲۰۱۰) صورت گرفت، سطح اضطراب مادران آموزش دیده در مقایسه با مادرانی که مراقبت روتین دریافت کرده بودند، کمتر بود، ولی در طول مدت مرحله اول و دوم زایمان، نوع زایمان، صدمات پرینه، آپگار دقیقه ۵ نوزاد در دو گروه تفاوتی مشاهده نشد (۱۳).

در مطالعه ای که در ایران توسط مهدیزاده (۱۳۸۲) صورت گرفت، میزان درد کم و لگن و خستگی مادر در دوران بارداری

دیلاتاسیون) و مرحله دوم زایمان و با مقیاس مک گیل فقط در فاز فعال زایمانی در دو گروه ثبت شد اطلاعات مربوط به زایمان، طول مراحل زایمان، نیاز به مسکن، اکسی توسین، وضعیت نوزاد (وزن نوزاد، آپگار دقیقه پنجم، شروع شیر دهی)، نوع زایمان، نیاز به اپی زیاتومی و سزارین در دو گروه ثبت شد. اطلاعات پس از جمع آوری توسط نرم افزار SPSS 16 و به وسیله ی آزمون های آماری آنالیز X2 و T test مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ضریب اطمینان ۹۵٪ مورد نظر می باشد.

یافته‌ها

ابتدا ۲۹۲ نمونه وارد مطالعه شدند که ۹۷ نفر (۱۰ نفر به علت عدم همکاری، ۴ نفر عدم تکمیل پرسشنامه، ۱۲ نفر حاملگی پرخطر در طی بارداری و ۷۱ نفر به علت سزارین اورژانس (گروه آزمون ۱۳ نفر، گروه آزمون ۵۸ نفر) از مطالعه حذف شدند. تجزیه و تحلیل آماری بر روی ۱۹۵ نمونه (۱۳۲ گروه کنترل، ۶۳ در گروه مداخله) انجام گرفت. میانگین سنی افراد 25.6 ± 5.2 بود. بین دو گروه از لحاظ میزان تحصیلات مادر ($p=0.03$) اختلاف آماری معنی داری بین گروهها یافت شد. ۲۰٪ مادران در گروه مراقبتهای روتین و ۳۵٪ مادران در گروه آموزش دیده تحصیلات دانشگاهی داشتند. دو گروه از نظر سایر خصوصیات فردی، تفاوت قابل ملاحظه ای نداشتند (جدول شماره ۱).

با شروع درد زایمان و نیاز به بستری شدن در گروه مداخله، یک مامای همراه (دولا^۱) با او وارد زایشگاه شده و در طول زایمان تا یک ساعت بعد از زایمان در کنار او بود. اعمالی چون دلداری، اطمینان، تشویق، صحبت، ماساژ کمر، شانه ها، دست و پا، وضعیت های مناسب در مراحل مختلف لیبر، استفاده از طب فشاری برای کاهش درد، استفاده از توپ زایمانی و اعمال فشار متقابل بر ساکروم بیمار، تشویق به راه رفتن برای زائو انجام می شد. در گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشده و تحت مراقبت معمول دور انبار داری قرار گرفتند و در حین زایمان توسط پرسنل بخش زایشگاه مراقبت روتین زایمان را دریافت کردند. در زمان بستری اطلاعات فردی و اجتماعی، اطلاعات بارداری، اطلاعات شرکت در جلسات کلاسهای آمادگی برای زایمان در دو گروه با استفاده از پرسشنامه ثبت شد. برای بررسی اضطراب از پرسشنامه اضطراب بیمارستانی و برای بررسی درد از مقیاس دیداری درد^۲ و پرسشنامه مک گیل استفاده شد. ابزار اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۳ ابزار استاندارد شده ای است (۱۴) اعتبار و اعتماد علمی ترجمه ی فارسی آن توسط علی منتظری بررسی شده است (۱۵) پرسشنامه اضطراب بیمارستانی با ۷ سؤال با معیار لیکرت تنظیم شده که نمرات پایین تر نشان دهنده اضطراب کمتر می باشد. مقیاس دیداری درد یکی از مقیاسهای چشمی عددی می باشد. درجه بندی روی مقیاس از صفر تا صد است. درجه صفر نشان دهنده عدد موجود درد و درجه صد نشان دهنده شدیدترین درد است. اعتبار و پایایی آن توسط هاسکیسون مورد تایید قرار گرفته است. پرسشنامه مک گیل ابزاری قدرتمند برای بررسی درد است و اعتبار و قابل اعتماد بودن آن در مطالعات متعددی ثابت شده است (۱۶-۱۷). دارای سه بعد حسی، هیجانی و ارزیابی کننده می باشد. در این مطالعه، بعد عاطفی درد (شامل ۴ جزء: خستگی مفرط- ناخوشی- ترسناک بودن- بیرحمانه و مجازات کننده بودن درد زایمان) سنجیده شد؛ چون بعد هیجانی احساس ناخوش تا شدیدترین حس ناخواسته و ناخوش درد را بیان می کند (۱۴). در این پرسش نامه هم، نمرات کمتر نشان دهنده درد کمتر می باشد. پرسشنامه اضطراب در ابتدای ورود به زایشگاه تکمیل گردید. شدت درد با مقیاس دیداری درد، در مرحله فاز نهفته (۴- ۳ cm دیلاتاسیون) و فاز انتقالی (۸-۱۰ سانتی متری

1. Doula
2. visual Analogue Scale (VAS)
3. HADS

جدول (۱): خصوصیات دموگرافیک در گروههای مطالعه

| P-value | گروه کنترل | گروه مطالعه | خصوصیات فردی |
|---------|------------|-------------|----------------|
| ۰/۹۹ | ۲۵/۶۲±۵/۲۸ | ۲۵/۴۲±۴/۹ | سن (سال) |
| ۰/۸۸ | ۶۷/۸±۱۳/۴ | ۶۸/۲±۱۱/۸ | وزن (کیلو گرم) |
| ۰/۵۶ | ۱/۵۹±۰/۱۷ | ۱/۶۲±۰/۱۴ | قد (متر) |
| | | | تحصیلات مادر |
| | ۶۶(۵۰/۰٪) | ۱۵(۲۴/۲٪) | ابتدایی |
| ۰/۰۰۳ | ۴۰(۳۰/۳٪) | ۲۸(۴۵/۲٪) | متوسطه |
| | ۲۶(۱۹/۷٪) | ۱۹(۳۰/۶٪) | دانشگاهی |
| | | | تحصیلات پدر |
| | ۷۱(۵۳/۸٪) | ۱۹(۳۱/۷٪) | ابتدایی |
| ۰/۱۲ | ۳۵(۲۶/۵٪) | ۲۰(۳۳/۳٪) | متوسطه |
| | ۲۶(۱۹/۷٪) | ۲۱(۳۵/۵٪) | دانشگاهی |
| | | | شغل مادر |
| | ۱۱۶(۸۷/۹٪) | ۵۲(۸۲/۹٪) | خانه دار |
| ۰/۴۴ | ۱۶(۱۲/۱٪) | ۱۰(۱۶/۱٪) | شاغل |
| | | | شغل پدر |
| | ۱۸(۱۳/۶٪) | ۱۷(۲۷/۴٪) | کارگر |
| ۰/۰۸ | ۳۰(۲۲/۷٪) | ۱۱(۱۷/۷٪) | کارمند |
| | ۸۴(۶۳/۶٪) | ۳۴(۵۴/۸٪) | آزاد |
| | | | محل زندگی |
| | ۵۹(۴۸/۴٪) | ۳۶(۶۳/۲٪) | شهر |
| ۰/۰۶ | ۶۳(۵۱/۶٪) | ۵۶(۹۰/۳٪) | روستا |
| | | | سطح درآمد |
| | ۱۵(۱۱/۴٪) | ۶(۹/۷٪) | کم |
| ۰/۷۲ | ۱۱۷(۸۸/۶٪) | ۵۶(۹۰/۳٪) | متوسط |

داده ها به صورت انحراف معیار \pm میانگین و یا (درصد) تعداد بیان شده اند.

میانگین نمرات اضطراب در گروه مادران که آموزش دیده $۱۴/۴۷ \pm ۴/۶۹$ گروه مادران آموزش ندیده $۱۶/۷۶ \pm ۴/۸۶$ بود که اختلاف معنی داری را نشان می داد ($p=۰/۰۰۲$).

از نظر شدت درد با مقیاس دیداری درد، نتایج مطالعه نشان داد در مرحله دیلاتاسیون ۳-۴ و مرحله دوم بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد. اما در مرحله انتقالی (۸cm-)

(۱۰)

شدت درد در گروه مادران آموزش دیده به طور معنی داری کمتر بوده است. در دو گروه میانگین نمرات درد با مقیاس مک گیل در فاز فعال زایمانی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج نشان داد که نمرات مک گیل در گروه مادران آموزش دیده به طور معنی داری کمتر بوده است (جدول شماره ۲).

جدول (۲): شدت درد در دو گروه

| P-value | گروه کنترل M±SD | گروه مورد M±SD | شدت درد |
|---------|--------------------|-------------------|-------------------------|
| | | | VAS |
| | | | مرحله اول |
| ۰/۵۸ | ۴۰/۶۱±۲۹/۵۶ | ۱۳/۳۸±۲۸/۰۷ | فاز نهفته (۳-۴ سانت) |
| ۰/۰۳ | ۹۰/۹۹±۱۴/۷۲ | ۸۵/۶۸±۱۸/۵ | فاز انتقالی (۸-۱۰ سانت) |
| | | | مرحله دوم |
| ۰/۱۹ | ۹۰/۴۴±۱۶/۶۴ | ۸۶/۰۸±۱۸/۳۷ | |
| ۰/۰۱۸ | ۹/۱۶±۲/۱۴ | ۸/۳۴±۲/۳۵ | مک گیل |

کاهش یافته بود. ($P=0/000$) میزان سزارین اورژانس در گروه مادران آموزش دیده به طور معنی داری کمتر بود. ($P=0/01$) از نظر وضعیت نوزاد در دو گروه از نظر وزن نوزاد، دور سر نوزاد و آپگار دقیقه ۵ و شروع شیر دهی تفاوتی مشاهده نشد. (جدول شماره ۳).

نتایج مطالعه نشان داد که طول مرحله اول و دوم زایمان در دو گروه، تفاوت معنی داری نداشت. همچنین در میزان استفاده از اکسی توسین و نیاز به مسکن بین دو گروه تفاوتی مشاهده نشد، ولی انجام اپی زیاتومی در گروه آموزش دیده به طور معنی داری

جدول (۳): خصوصیات ماماوی و زایمانی در دو گروه

| P-value | گروه کنترل | گروه مطالعه | متغیر |
|---------|-------------|-------------|--------------------------|
| ۰/۰۹ | ۶۶ (۵۰٪) | ۳۹ (۶۳/۹٪) | پارینی |
| | ۶۶ (۵۰٪) | ۲۲ (۳۶/۱٪) | پریمی پای |
| | | | مولتی پار |
| ۰/۰۶ | ۳۹±۲/۳ | ۳۸/۷±۱/۸ | سن حاملگی (هفته) |
| ۰/۰۳ | ۳/۲۶±۰/۳۹ | ۳/۵۸±۰/۴۹ | وزن نوزاد (کیلو گرم) |
| ۰/۰۳۲ | ۳۴/۳±۱/۳ | ۳۴/۱±۲/۸ | دور سر نوزاد (سانتی متر) |
| ۰/۰۵۴ | ۹/۴۹±۰/۶۲ | ۹/۳±۰/۸۹ | آپگار (دقیقه پنجم) |
| ۰/۰۵۵ | ۳۶/۲±۲۲/۲ | ۳۸±۱۶/۸ | شروع شیر دهی (دقیقه) |
| | | | مدت مراحل زایمان |
| ۰/۰۵۲ | ۵/۹۲±۴/۹۴ | ۶/۴۳±۳/۶۵ | مرحله اول (ساعت) |
| ۰/۰۴۶ | ۴۱/۷۸±۲۸/۶ | ۴۱/۰۴±۲۵/۷۵ | مرحله دوم (دقیقه) |
| ۰/۰۸۹ | ۴/۱۲±۲/۲۵ | ۴/۴۰±۲/۵۷ | مرحله سوم (دقیقه) |
| | | | نوع زایمان |
| ۰/۰۰۲ | ۱۲۲ (۶۷/۷٪) | ۶۳ (۸۲/۹٪) | واژینال |
| ۰/۰۸ | ۱۷ (۱۳/۹٪) | ۱۱ (۱۶٪) | خود به خود |
| ۰/۰۰۰ | ۸۰ (۷۲/۸٪) | ۳۹ (۶۶/۱٪) | اپی زیاتومی |
| ۰/۰۷ | ۲۵ (۲۰/۵٪) | ۱۳ (۱۹/۱٪) | پارگی |
| ۰/۰۱ | ۵۸ (۳۲/۳٪) | ۱۳ (۱۷/۱٪) | سزارین |

نتایج حاصل از پژوهشهای بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی بر روی ۴۰۰۰ زن امریکایی نشان داد که استفاده از تکنیکهای تنفسی و ماساژ، موجب کاهش ترس و درد مادران می شود که در نتیجه آن میزان سزارین و عوارض مربوط به مادر و نوزاد کاهش می یابد. آنها در گزارش نهایی خود علت اصلی موفقیت را آموزش صحیح و منسجم شیوه های مقابله در کلاسهای دوران بارداری می دانستند (۱۸). آموزش کافی و

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که، آموزشهای دوران بارداری در زنان آموزش دیده سبب کاهش میزان اضطراب بیمارستانی و شدت درد زایمان شده و همچنین نیاز به انجام اپی زیاتومی و سزارین اورژانس کاهش می یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی بابل به شماره ۲۴۷ بوده و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. نویسندگان از معاونت پژوهشی این دانشگاه، کارکنان محترم زایشگاه بیمارستان امام علی (ع) آمل و از خانمها: فرشته حسینی و شایسته اسدی و از کلیه مادران باردار که بدون آنان انجام مطالعه ممکن نبود، تشکر می کند.

صحيح موجب افزايش ميزان آگاهی و مادر نسبت به مسأله بارداری و زایمان شده و او را قادر می سازد تا در این زمینه از راهبردهای حل مسأله بهره گیرد (۳،۱۹). همچنین سازگاری گروه آموزش دیده و استفاده از مهارت بیشتر برای به کار گیری تکنیکها موجب کاهش اضطراب، درد و حتی افسردگی پس از زایمان می شود (۲۱،۲۰).

نتایج این مطالعه نشان داد که طول مراحل مختلف زایمان تفاوت معنی داری نداشت. در صورتی که در مطالعه گاپتا^۱ (۲۰۰۱) مدت مراحل مختلف زایمان در زنان آموزش دیده کوتاه تر بود (۲۲). همچنین در مطالعه مهدی زاده (۱۳۸۲) آمادگی برای زایمان، باعث کاهش مدت مراحل مختلف زایمان شده بود (۶). در مطالعه برگستروم^۲ (۲۰۰۹) شرکت در کلاسهای آمادگی زایمان، سبب کاهش استفاده از بی حسی اپیدورال، کوتاه شدن طول مدت مراحل زایمان و بهبود تجربه زایمان در زنان نولی پار نشده بود (۹).

در بیمارستانی که مطالعه در آن انجام شده بود، استفاده از اکسی توسین به منظور تحریک زایمان به طور معمول برای مادران در حال زایمان استفاده می شود، همچنین به کار بردن روشهایی از قبیل تغییر وضعیت و آموزش تکنیک های تنفس توسط دانشجویان مامایی و برخی از پرسنل زایشگاه برای گروه مادران آموزش ندیده شاید یکی از دلایل عدم تفاوت در مدت زمان زایمان در دو گروه باشد. از طرفی از آنجا که بیمارستان مورد مطالعه از بیمارستانهای دوستدار کودک است، شروع شیردهی در نوزاد در نیم ساعت اول تولد برای تمام نوزادان که مشکل ندارند، شروع می شود. در این مطالعه تفاوتی در آپگار و وزن و شروع شیردهی نوزاد دیده نشد. در مطالعه لیفرمن^۳ (۲۰۰۳) نیز تفاوتی در آپگار و وزن نوزاد مشاهده نشد (۲۳).

آموزشهای دوران بارداری و حمایت های روحی و روانی در طی زایمان، سبب کاهش اضطراب و شدت درد مادر و مداخلاتی از قبیل اپی زباتومی و سزارین می شود. آموزشهای دوران بارداری به عنوان بخشی از مراقبتهای روتین بارداری می تواند به عنوان یک اقدام موثر جهت ارتقا سلامت مادران جامعه به کار گرفته شود.

از محدودیتهای این مطالعه این بوده که به علت مشکلات اخلاقی، نمونه ها به صورت تصادفی انتخاب نشدند، چون اگر مادر بارداری دوست داشت در کلاسهای آموزشی شرکت کند؛ نباید محروم می شد. نمونه های دو گروه از لحاظ تحصیلات همگن نبودند مادرانی که تحصیلات بالاتری داشتند در کلاسهای آموزشی شرکت کرده بودند.

References:

1. Stem D. The motherhood constellation. A unified view of parent-infant psychotherapy. London: H. Karnac Books Ltd. 1998.
2. Melzack R. The Myth of painless childbirth. *Pain*. 1984;19(19):321-37.
3. Sasito T, Halmesmaki E. Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta obstet Gynecol Scand*. 2003;82(3):201-8.
4. Waldenstrom V. Giving Birth. From Natural birth to high technology. (In Swedish). Stockholm: Karolinska University Press. 2007:155-61.(Thesis).
5. Hosseininasab D, Taghavi S. The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences & Health Services*. 2010;31(4): 24-30. [Persian]
6. Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z, Khoshgoo N. Evaluation of the effectiveness of antenatal preparation for child birth course on the health of the mother and the newborn. *RJMS*. 2003; 10(35): 455-61[Persian].
7. Toghyani R, Ramezani MA, Izadi M, Shahidi SH, Aghdak P, Motie Z, Nikkhah Fard M. The effect of prenatal care group education on pregnant mothers' knowledge, attitude and practice. *Iranian Journal of medical education*. 2008; 7(2):317-23. [Persian]
8. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenstrom U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84: 436-43.
9. Bergstrom M, Kieler H, Waldenstrom U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomized controlled multicenter trial. *BJOG*. 2009;1167-76.
10. Saghiri M, Satarzadeh N. Comparison the severity of labor pain with and without the use of Entonox and its effects on nullipara mothers neonat. *Tabriz Nursing & Midwifery Journal*. 2007; 5:29-36 [Persian].
11. Yazdizadeh B, Nedjat S, Mohammad K, Rashidian A, Changizi N, Majdzadeh R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 159. [Persian]
12. Mac Grath SK, Kennell J. A randomized controlled trial of continuous labor support for middle-class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth*. 2008; 35 (2): 92-7.
13. Antieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa GO, Driozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010; 59(3):194-202

14. Mayou R, Springings D, Birkhead J, Price J. A randomized controlled trial of a brief educational and psychological intervention for patients presenting to a cardiac clinic with palpitation. *Psychol Med.* 2002; 32(4):699-706.
15. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale (HADS): Translation and validation study of the Iranian version. *Health Qual Life Outcomes.* 2003; 28;1:14. [Persian]
16. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277-99
17. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch R A. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J.* 1981; 125(4): 357-63.
18. Youngs J. Practical and essential guide for education. Moments and milestones pregnancy Journal. 2006; 2(1) :120-167.
19. Browner CH, Preloran M, Press NA. The effects of ethnicity, education and an informational video on pregnant women's knowledge and decisions about a prenatal diagnostic screening test. *Patient Educ Couns.* 1996;27(2):135-46.
20. Roberts G. Try hypnosis instead of an epidural. *Obstetric interventions and Childbirth Journal.* 2007; 8(4): 34-7.
21. Heardman H, Show M. Relaxation and exercise for painless childbirth. 1st. Washington, Rockville. 2007; 11
22. Gupta JK, Nikodem VC. Commercial hospital discharge packs for breast feeding women. *Birth.* 2001;28(1):62.
23. Lifereman JA, Evenson KR. The effect of regular leisure physical activity on birth outcomes. *Matern Child Health J.* 2003;7(1):59-64.