

## تأثیر حضور همراه بر رضایتمندی، اضطراب و درد زایمان در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان هاجر(س) شهر کرد در سال ۱۳۸۹

فریبا نوبخت<sup>۱</sup>، فرانک صفدری ده چشمه<sup>۲</sup>، ندا پروین<sup>۳</sup>، لیلا رفیعی وردنجانی<sup>۳\*</sup>

۱- کارشناس پرستاری، بیمارستان هاجر، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران. ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ایران. ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان

### چکیده

**زمینه و هدف:** رضایتمندی مادر از زایمان، به عنوان یک شاخص مهم از کیفیت مراقبتی مادر به حساب می آید و در بهداشت روانی خانواده و جامعه تأثیر دارد و روحیه مادر در نتیجه نهایی فرآیند زایمان تأثیرگذار است. حمایت زائو توسط بستگانش می تواند باعث کاهش اضطراب، تجربه یک زایمان با پیامد خوب و رضایتمندی مادر و همراهان را داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر حضور همراه بر رضایتمندی، اضطراب و درد زایمان در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان هاجر(س) شهرکرد انجام شده است.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی است که در آن ۶۰ نفر زن نخست زا واجد شرایط مراجعه کننده به زایشگاه بیمارستان هاجر(س) شهرکرد در سال ۱۳۸۹ به صورت تصادفی در دو گروه شاهد و آزمون قرار گرفتند. ۳۰ نفر در گروه آزمون اجازه حضور همراه داشتند و اقدامات معمول بخش را دریافت نمودند و ۳۰ نفر در گروه شاهد تنها اقدامات معمول بخش را دریافت نمودند. میزان اضطراب، درد، پیشرفت زایمان، آپگار دقیقه اول نوزاد، شروع شیردهی و رضایتمندی با چک لیست های تنظیم شده تا پایان زایمان مورد سنجش قرار گرفت. اطلاعات با کمک نرم افزار *SPSS-16* و آزمون های آماری تی استیودنت و کای-اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** یافته‌های مطالعه نشان داد که حمایت فرد همراه حین زایمان به شکل معنی داری باعث کاهش اضطراب آشکار، شروع زودرس تغذیه با شیر مادر و افزایش رضایت مادر از زایمان می شود ( $p < 0/05$ ). از نظر طول فاز فعال زایمان، طول مرحله‌ی دوم زایمان، آپگار دقیقه اول نوزاد و درد بین گروه آزمون و شاهد اختلاف معنی داری مشاهده نگردید.

**نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های فوق می توان نتیجه گرفت که حمایت همراه می تواند باعث افزایش رضایت از زایمان، کاهش اضطراب و شروع به موقع تغذیه با شیرمادر شود.

**کلید واژه ها:** رضایتمندی، اضطراب، درد زایمان، همراه

\* نویسنده مسئول: لیلا رفیعی وردنجانی، پست الکترونیکی: [Rafiee.leila@yahoo.com](mailto:Rafiee.leila@yahoo.com)

نشانی: گرگان، ابتدای جاده شصتکلا، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، دانشکده پرستاری و مامایی بویه. تلفن: ۴۴۳۰۳۵۵ (۰۱۷۱)

وصول مقاله: ۹۰/۹/۱۹، پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۲۴

## مقدمه

یکی از مهم‌ترین شاخص‌های کیفیت، سرویس - های مراقبت بهداشتی و رضایتمندی بیماران می - باشد (۱).

فرآیند زایمان، رضایت زنان از تجربیات زایمان از نظرائه دهندگان مراقبت، سیاست گذاران و مسئولان سیستم بهداشتی - درمانی به عنوان یکی از شاخص‌های مهم کیفیت مراقبت از مادر تلقی می گردد (۲). عوامل مختلفی مانند میزان درد در هنگام زایمان، کنترل شخصی و ویژگی های دموگرافیک بر این رضایتمندی تاثیرگذار هستند (۳). از طرفی عدم رضایتمندی از زایمان، موجب انتخاب سزارین در زایمان‌های بعدی شده که علاوه بر خطراتی که برای مادر و نوزاد دارد، باعث تحمیل هزینه‌های سنگین بر فرد و سازمان های بیمه‌گر می شود. به علاوه رضایتمندی مادر از زایمان، منجر به افزایش اعتماد به نفس، مثبت اندیشی انتظارات مادر در مورد زایمان‌های بعدی، ایجاد احساس خوب و روابط محکم با نوزاد می گردد (۴). این در حالی است که زایمان اثرات روانی، اجتماعی و احساسی شدید بر مادر دارد. با ورود فرد به بیمارستان و بستری شدن در زایشگاه، نگرانی و اضطراب او افزایش می یابد (۵).

ورود به لیبر مکان و کارکنان نا آشنا و بسیاری از روش ها و مراحل که یک تولد طبیعی را درگیر می - سازد، ممکن است استرس زا باشد. ترس، درد، نگرانی و اضطراب ناشی از برخورد با کارکنان و محیط شلوغ می تواند باعث شروع آزادسازی کاتکول آمین ها شده و در موارد شدید منجر به انقباضات ناکافی رحمی و ممانعت از پیشرفت لیبر شود. طول مدت زایمان از عوامل موثر بر نتایج بارداری و عوارض مادری و نوزادی است، به طوری که با طولانی شدن بیش از حد مدت زایمان، احتمال مرگ جنین و نوزاد، خفگی، عفونت و صدمه های جسمی و عصبی نوزاد افزایش یافته و مادر نیز در معرض خونریزی و عفونت پس از زایمان،

آشفته گی روحی به علت اضطراب، بی خوابی و خستگی قرار می گیرد (۶ و ۷).

پیشرفت های موجود در تیم مامایی، سلامتی فیزیکی بیشتری برای مادران و کودکان به ارمغان آورده است. متأسفانه بسیاری از این پیشرفت ها اغلب فقط بر سلامت جسمی زنان متمرکز شده و به جنبه های سنتی، فرهنگی، اجتماعی و روانشناسی زایمان توجهی نشده است. یکی از جدی ترین نتایج این بی توجهی، حذف همراهان زائو بوده است (۹).

نتایج برخی مطالعات نشان داده که در زنانی که احساس امنیت بیشتری می کنند، درد به شکل مناسبی کنترل شده و پیشرفت زایمان تسهیل می شود (۶). در طول تاریخ همواره زنان در منزل زایمان کرده و از طرف زنان خویشاوند خود که تجربه زایمان طبیعی داشتند حمایت می شدند (۱۰).

در بیمارستان های کشور ما همراهان بیمار اکثر اجازه حضور بر بالین بیمار خود و همراهی او را به جز در روزها و ساعات خاص ملاقات ندارند و این محدودیت در بخش زایمان و به خصوص اتاق زایمان بیشتر می باشد.

همچنین پیشرفت تکنولوژی در مامایی، سبب دور شدن پزشکان و ماماها از بالین بیمار و وابسته شدن آن ها به ابزارهای الکترونیکی شده است (۱۱)، این در حالی است که یک همراه حمایت - کننده ممکن است از طریق کاهش اضطراب مادر، فعالیت های انقباضی و جریان خون رحم را تسهیل نموده و باعث رضایتمندی مادر شود (۱۲).

بر اساس مطالعات انجام شده در این شرایط، حضور همراه، تشویق، دلداری و لمس زائو باعث افزایش تولید اکسی توسین و افزایش آستانه درد بیمار و در نتیجه اصلاح الگوی دردهای زایمانی و کاهش طول لیبر می شود (۱۳).

مطالعات مختلف به بررسی تاثیر حضور همراه بر روند

زایمان در زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان هاجر(س) شهرکرد مورد بررسی قرار گرفت.

### روش بررسی

پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و هماهنگی های لازم، اهداف و روش مطالعه به افراد واجد شرایط و مایل به شرکت در مطالعه (زنانی که از آبان ۸۹ تا اردیبهشت ۹۰ با درد زایمان به بیمارستان هاجر (س) شهرکرد مراجعه کرده بودند) توضیح داده شد و نمونه های مطالعه مشخص گردید. در این مطالعه نیمه تجربی، با در نظر گرفتن حدود اطمینان و فرمول آماری و احتمال ریزش نمونه ها ۶۰ زن باردارنخست‌زا، با روش در دسترس انتخاب و به روش تصادفی به دو گروه شاهد و مداخله (هر گروه ۳۰ نفر) تخصیص داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه برای هر دو گروه حاملگی نخست، نداشتن عوارض حاملگی (دیابت بارداری، فشارخون بارداری، خونریزی، دکولمان و جفت سرراهی)، محدوده سنی ۱۸ تا ۳۰ سال، سن دقیق حاملگی ترم (پایان ۳۷ تا ۴۰ هفتگی)، جنین زنده، تک قلو، نمایش سر، شروع انقباضات خود به خودی، کیسه آب سالم، نداشتن محدودیت لگنی و سابقه قبلی از بستری شدن و نداشتن بیماری‌هایی نظیر مشکلات تیروئید، کلیه، قلب و دیابت در بیمارستان بودند. معیارهای خروج از مطالعه، عدم تمایل مادر به شرکت در مطالعه، دیسترس جنین، تشخیص آنومالی جنین در حاملگی اخیر، پارگی زودرس کیسه آب، زایمان سریع یا زودرس، استفاده از داروهای تسکین دهنده، عدم تطابق سر با لگن، عدم حضور همراه تا ۲ ساعت بعد از زایمان، بروز هرگونه عارضه در حین لیبر و زایمان و نیاز به انجام سزارین بود.

روش جمع آوری اطلاعات در این پژوهش از طریق اندازه‌گیری داده های فیزیولوژیک و مصاحبه و ابزار

زایمان و رضایتمندی زنان نتایج متفاوتی را نشان داده‌اند.

خاوندی‌زاده اقدام در مطالعه‌ای (۱۳۸۵) در اردبیل نشان داد که حمایت در طول زایمان، باعث کاهش طول فاز فعال زایمان، کاهش زایمان به طریق سزارین، افزایش نمره آپگار دقیقه اول و شروع زودتر تغذیه با شیر مادر می شود (۵).

در بررسی جواد نوری (۱۳۸۷) در دزفول در گروه حمایت شده، طول فاز فعال زایمان، نیاز به تشدید زایمان با اکسی توسین، شدت درد زایمان و زایمان به طریق سزارین کمتر و همچنین میزان رضایت مادر از تجربه‌ی زایمان بیشتر بود (۱۱).

Hodnett و همکاران (۲۰۰۷) در یک مطالعه‌ی مروری به این نتیجه رسیدند زنانی که به شکل مداوم از حمایت‌های حین زیمان برخوردار بوده‌اند لیبرکوتاه‌تر، زایمان واژینال بیشتر و دریافت مسکن کمتری داشته و این افراد احساس نارضایتی کمتری نسبت به زایمان از خود نشان دادند (۱۰).

نگاهی به مطالعات نشان می‌دهد که در مورد به کارگیری و نتایج استفاده از درمان های حمایتی در فرآیند زایمان، نتایج متفاوتی وجود دارد، به علاوه وجود افراد ناراضی در گروه حمایت شده بیانگر آن است که حضور فرد همراه در تمام موارد نیز مفید تلقی نخواهد شد، شاید به این دلیل که فرد همراه الزاماً مهم‌ترین حامی نبوده یا به این دلیل که این زنان زایمان بدون حمایت را تجربه نکرده‌اند. از سوی دیگر حمایت خانواده یا دوستان به هنگام زایمان همیشه یک تجربه مثبت نبوده است، لذا هر چند که حمایت زنان به هنگام زایمان مفید به نظر می‌رسد هنوز ماهیت ماهیت و دامنه این فواید به طور دقیق بررسی نشده و تحقیقات بیشتری نیاز است تا تاثیر حمایت زایمان مشخص شود. بنابراین مطالعه حاضر تاثیر حضور همراه بر پیامدهای زایمان و میزان رضایتمندی از

مامای ثابت انجام و تمام مراقبت های مامایی به طور یکسان در هر دو گروه انجام گردید.

در گروه مداخله فرد زائو توسط همراه از بدو ورود به لیبر تا ۲ ساعت پس از زایمان به شکل مستقیم حمایت می شد، این فرد یکی از بستگان و یا دوستان مادر بود که خود حداقل یک تجربه زایمان واژینال با پیامد خوب را داشته و با انتخاب مادر و توافق همراه و مادر مشخص می شد، به علاوه همراه باید از نظر روحی آمادگی لازم برای حضور در بخش لیبر را می داشت که با سؤال از او در این زمینه مشخص می شد. همراه حمایت هایی مانند نوازش، دلداری، تشویق، اطمینان بخشی و حمایت های فیزیکی مانند کمک در تغییر وضعیت، خنک کردن مادر و برطرف کردن خشکی دهان را انجام می داد. فرد همراه توسط پژوهشگر در هنگام پذیرش به لیبر در خصوص مقررات بیمارستان و اقدامات حمایتی مورد نظر آموزش داده شده و توجیه می شد. در زنان گروه کنترل بر اساس روتین بیمارستان همراه وارد بخش لیبر نشده و تا ۲ ساعت بعد از زایمان بر بالین زائو حضور نداشت. انتخاب همراه در مرحله پذیرش، مشکل اصلی این مطالعه بود که واجد شرایط بودن همراه، نمونه گیری مطالعه را دشوار کرده بود.

بعد از گرفتن رضایتنامه از نمونه ها آن ها در گروه مورد و یا شاهد قرار گرفتند. در ابتدای ورود نمونه ها با دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی متر (شروع فاز اکتیو مرحله اول زایمان) و سپس در دیلاتاسیون ۸-۷ سانتی متر و دیلاتاسیون کامل پرسشنامه شدت درد تکمیل شد، به علاوه در دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی متر (شروع فاز اکتیو مرحله اول زایمان) و سپس در دیلاتاسیون ۸-۷ سانتی - متر پرسشنامه اضطراب تکمیل شد. پس از انجام زایمان طول مدت مرحله دوم، آپگار دقیقه اول نوزاد و زمان شروع شیردهی ثبت گردید. پس از انتقال و

گردآوری اطلاعات، فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر و شدت درد VAS بود که برای افراد شرکت کننده در مطالعه تکمیل و زمان شروع فاز فعال زایمان ثبت شد.

پرسشنامه اضطراب اشپیل برگریک پرسشنامه استاندارد است. بخش اضطراب آشکار پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال می باشد که در طیف ۴ گزینه لیکرت ۱ تا ۴ نمره و در مقیاس کلی ۲۰ تا ۸۰ نمره سنجیده می شود. نمره ۲۰ کمترین میزان اضطراب و نمره ۸۰ بیشترین میزان اضطراب را نشان می دهد. پایایی مقیاس مذکور برای اضطراب آشکار ۹۱ درصد می باشد (۱۵).

پرسشنامه درد VAS نیز معیار کلامی عددی و معیاری استاندارد است که در معیار کلامی عددی بی - دردی با نمره صفر و شدیدترین درد با نمره ۱۰ بیان می شود (۱۶).

رضایت مندی زنان از زایمان با یک سؤال در خصوص رضایت زنان از زایمان مورد بررسی قرار گرفت. این رضایت در طیف لیکرت چهار تایی از کاملاً راضی تا کاملاً ناراضی مورد ارزیابی قرار گرفت. به علاوه کیفیت و رضایت مندی از نحوه مراقبت های حین زایمان نیز با یک سؤال در طیف لیکرت چهار تایی در محدوده بسیار زیاد تا بسیار کم بررسی شد. گروه شاهد مراقبت های معمول بخش لیبر را طبق سیاست - های بیمارستان دریافت کردند. گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبت های معمول بخش لیبر، توسط فرد همراه (که اکثر مادرشان را به عنوان همراه انتخاب کردند) حمایت شدند. به همکار ماما در مورد نحوه اجرای طرح توضیحات و آموزش های لازم داده شد. در طی مراحل زایمان هیچ مداخله مامایی (پاره کردن کیسه آب، دادن اکسی توسین، دادن مسکن، استفاده از وکیوم و فورسپس) در دو گروه انجام نشده و کنترل مراحل زایمان در هر دو گروه توسط یک

پایدار شدن شرایط زانو در بخش زنان (۲ ساعت بعد از انتقال) فرم مصاحبه (مشمول بر ارزیابی دیدگاه‌ها و میزان رضایتمندی مادر) تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و آمار توصیفی مانند میانگین و استنباطی مانند تی استیودنت، ANOVA و کای اسکور تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۶۰ نفر زن نخست‌زا مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سن واحدهای پژوهش در گروه مداخله  $24 \pm 4/31$  سال و در گروه شاهد  $24 \pm 3/69$  سال بوده و ۸۷ درصد در گروه آزمون و ۹۰ درصد در گروه شاهد تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشتند، به علاوه اکثر واحدهای پژوهش، خانه‌دار (۹۳ درصد گروه آزمون ۹۶ درصد در گروه کنترل) و ساکن روستا (۷۳ درصد در گروه آزمون و ۸۰ درصد در گروه کنترل) بودند. آزمون t تفاوت آماری معنی‌داری را از نظر ویژگی‌های دموگرافیک نشان نداد و دو گروه همگن بودند. میانگین طول مرحله اول زایمان در گروه آزمون  $83/857$  دقیقه و در گروه کنترل  $116/529$  دقیقه بود و آزمون t بین دو گروه تفاوت معنی‌داری را نشان نداد، به علاوه از نظر طول مرحله دوم زایمان نیز اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نگردید (جدول ۱). در بررسی اولیه سطح اضطراب آشکار واحدهای پژوهش، میانگین اضطراب آشکار در گروه مداخله ( $35/43 \pm 15$ ) و در گروه شاهد ( $36/60 \pm 11$ ) بود. آزمون t نشان داد که جدول ۱: مقایسه طول فاز فعال و مرحله دوم زایمان در دو گروه شاهد و مورد

شاخص/متغیر	گروه	تعداد	میانگین و انحراف معیار (بر حسب دقیقه)	ارزش p
طول فاز فعال زایمان	با همراه	۳۰	$457/83 \pm 224/34$	$p > 0/05$
	بدون همراه	۳۰	$529/116 \pm 177/16$	
طول مرحله دوم زایمان	با همراه	۳۰	$43/50 \pm 24/81$	$p > 0/05$
	بدون همراه	۳۰	$44/50 \pm 14/10$	

جدول ۲: مقایسه اضطراب آشکار اولیه و نهایی در

شاخص/متغیر	گروه	تعداد	میانگین و انحراف معیار (بر حسب دقیقه)	ارزش p
اضطراب اولیه	با همراه	۳۰	$25/43 \pm 15/30$	$p > 0/05$
	بدون همراه	۳۰	$36/60 \pm 11/78$	
اضطراب نهایی	با همراه	۳۰	$30/8 \pm 12/02$	$p < 0/002$
	بدون همراه	۳۰	$41/33 \pm 13/55$	

میانگین شدت درد بر اساس شاخص VAS در گروه مداخله و کنترل در مرحله پذیرش با دیلاتاسیون ۳ تا ۴ سانتی متر و در مرحله دیلاتاسیون ۷ تا ۸ سانتی متر بایکدیگر مقایسه گردید که آزمون ANOVA این اختلاف را در دو گروه معنی‌دار نشان نداد (جدول ۳).

جدول ۳: وضعیت شدت درد در مراحل مختلف در

شاخص/متغیر	گروه	تعداد	میانگین و انحراف معیار (بر حسب دقیقه)	ارزش p
درد در مرحله اولیه	با همراه	۳۰	$4/46 \pm 1/13$	$p > 0/05$
	بدون همراه	۳۰	$4/93 \pm 1/38$	
درد در دیلاتاسیون ۸ تا ۷	با همراه	۳۰	$7/70 \pm 0/91$	$p > 0/05$
	بدون همراه	۳۰	$8/03 \pm 0/80$	
درد در دیلاتاسیون کامل	با همراه	۳۰	$9/56 \pm 1/16$	$p > 0/05$
	بدون همراه	۳۰	$9/90 \pm 0/30$	

رضایت از تجربه شیردهی در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشته و هر دو گروه  $86/66$  درصد تجربه خوشایندی داشتند و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد، به علاوه در مورد نمره آپگار دقیقه اول نوزادان در گروه مداخله و کنترل نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. در خصوص میزان رضایتمندی مادر از تجربه زایمان نتایج مطالعه نشان داد که گروه مداخله

نسبت به گروه کنترل میزان رضایت بیشتری داشتند، به نحوی که میزان رضایت بسیار زیاد و زیاد درگروه آزمون ۸۶/۶۶ درصد و درگروه کنترل ۵۶/۶۶ درصد تجربه بود و آزمون آماری کای اسکوئر تفاوت آماری معنی-دار را نشان داد ( $p=0/03$ ).

با توجه به این که مراحل زایمان در هر دو گروه توسط یک مامای ثابت انجام و تمام مراقبت‌های مامایی به طوریکسان در هر دو گروه انجام شد، کیفیت و رضایتمندی از نحوه مراقبت‌های حین زایمان، در دو گروه با آزمون آماری کای اسکوئر مقایسه شد که تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد، به نحوی که در گروه مداخله ۶۷/۴ درصد کاملاً راضی و ۵۳/۳ درصد راضی بودند، ولی درگروه کنترل ۲۰/۳ درصد راضی و ۳۰ درصد کاملاً راضی بودند ( $p<0/05$ ).

شروع به موقع تغذیه با شیر مادر بین دو گروه با آزمون  $t$  اختلاف معنی‌داری را نشان داد ( $p=0/018$ )، به نحوی که درگروه مداخله ۷۳/۳۳ درصد و در گروه کنترل ۳۳/۳۳ درصد شیردهی در فاصله ۱ تا ۵ دقیقه اول داشتند.

## بحث

در این مطالعه طول فاز فعال زایمان و میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در دو گروه تفاوت معنی-داری را نشان نداد که همسو با نتایج حاصل از مطالعه Gordon است.

Gordon و همکاران (۱۹۸۹) دریافتند که بین دو گروه دریافت‌کننده مراقبت‌های روتین و مراقبت از طرف فرد حمایت‌کننده تفاوت آماری معنی‌داری از نظر طول لیبر و میزان سزارین وجود ندارد (۱۷)، اما در بررسی سمیعی زاده طوسی، خواندی زاده، رستم پی و جوادی نوری طول مرحله اول زایمان در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشته، در حالی که در این دو مطالعه طول مرحله دوم زایمان در دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نداشت (۴ و ۵ و ۱۱ و ۱۸).

در بیشتر مطالعات که حمایت موجب کاهش طول لیبر شده بود، حامیان حرفه‌ای و آموزش دیده از کارکنان، دانشجویان مامایی و یا پژوهشگران متخصص تشکیل شده بودند، درحالی که در مطالعه ما همراه یکی از بستگان زائو بود که شاید بتواند احتمال کم بودن تاثیر حضور همراه در کاهش طول لیبر را توجیه نماید، به علاوه تفاوت‌های فردی بین همراهان و میزان یادگیری حمایت‌های آموزش داده شده و تفاوت‌های فرهنگی از جمله علل توجیه‌کننده این تفاوت‌ها می‌باشد. از طرفی کمتر شدن توجه مادر به همراه در مرحله دوم زایمان، به علت شرم حضور همراه یا به علت تحت تاثیر قرار نگرفتن حمایت زایمان در مرحله دوم زایمان نیز توجیه‌کننده بخش یافته مطالعه حاضر در خصوص مدت فاز دوم زایمان می‌باشد، به علاوه پیشرفت مرحله دوم زایمان به مقاومت نسوج نرم لگن و تطابق میان جنین و لگن مادر نیز مرتبط می‌باشد.

میانگین شدت درد زایمان در دو گروه تفاوت معنی-داری را نشان نداد.

در مطالعه‌ای که Langer و همکاران (۱۹۹۸) انجام دادند تاثیری از حمایت زایمان بر درد، اضطراب و رضایت مادر مشاهده نشد (۱۴). در حالی که در مطالعه Hodnett و همکاران گروه حمایت شده درد کمتری داشتند (۱۹). همچنین نتایج مطالعه جواد نوری و همکاران نیز موثر بودن حضور همراه را در کاهش شدت درد زایمان نشان داد (۱۱). احتمالاً به دلیل زمینه فرهنگی زنان، کوتاه بودن مدت حمایت و عوامل محیطی لیبر مثل سر و صدای سایر مادران به عنوان مانعی در تمرکز مادران نتایج بدست آمده قابل توجیه می‌باشد. از طرفی ممکن است حمایت فراهم شده از طرف پرستاران و همکاران در حدی بوده است که تاثیرات مثبت حاصل از آن اختلاف نتایج در دو گروه را کمتر کرده و همچنین ممکن است آموزش ناکافی

نزدیکی عاطفی و مهارت فرد همراه این تفاوت ایجاد شده است.

در مطالعه حاضر شروع به موقع شیردهی توسط مادر در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی-داری داشت که با نتایج مطالعه Zheng و همکاران، جواد نوری، Homfmeyr و همکاران همخوانی دارد (۱۱ و ۲۲ و ۲۳). این امر با دریافت کمک و حمایت از طرف همراه در مادر نخست زای که تجربه شیردهی قبلی را نداشته قابل توجهی می باشد، چرا که همراه در گروه مداخله به شروع شیردهی به موقع به این مادر کمک نموده است.

نتایج مطالعه در مورد نمره آپگار دقیقه اول نوزاد در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت معنی دار را نشان نداد که هم راستا با مطالعه Hodnett بود که به این نتیجه رسیدند که دریافت حمایت های مادران حین زایمان با بهبود پیامدهای پری ناتال ارتباطی ندارد (۱۹). در حالی که در مطالعات کشاورز و همکاران و Simikine و همکاران در گروه حمایت شده نمره آپگار دقیقه اول نوزاد بالاتر بوده است (۶ و ۲۴).

این یافته ها می تواند به دلیل اختلاف تعداد نمونه ها و یا وضعیت غیر طبیعی ضربان قلب جنین و دفع مکونیوم به عنوان عامل تاثیرگذار بر نمره آپگار باشد که در این مطالعه با مشاهده این موارد مادر از مطالعه خارج می شد. این مورد در برخی از مطالعات قبلی رعایت نشده بود.

### نتیجه گیری

حمایت از زایمان، اثرات مثبت قابل توجهی بر کاهش ترس و اضطراب مادر از زایمان دارد. همچنین روش های حمایتی در لیبیر اثرات روحی- روانی بر زنان باردار داشته و تجربه خوشایندتری از زایمان را برای ایشان فراهم خواهد ساخت.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه

همراهان و مادران قبل از زایمان با شیوه ها، تکنیک های غیر درمانی کاهش درد توجیه گر نتایج مطالعه حاضر باشد.

در این مطالعه در گروه واجد همراه سطح اضطراب کمتر از گروه کنترل بود. در مطالعه ای مشابه که Langer و همکاران انجام دادند نیز سطح اضطراب در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش نیافته بود، در حالی که در مطالعه سمیع زاده طوسی و همکارانش (۱۳۹۰) سطح اضطراب در گروه مورد بعد از مداخله کاهش یافت (۱۸). احتمالاً به علت تفاوت های فرهنگی و مهارت همراه توجیه گر نتایج بدست آمده باشد.

نتایج مطالعه حاضر در بررسی میزان رضایتمندی گروه ها نسبت به زایمان، دیدگاه مادران نسبت به تجربه زایمان، رضایت مادر از مراقبت های انجام شده و تصور ذهنی از درد زایمان نشان داد که رضایتمندی گروه آزمون به طور معنی دار بیشتر از گروه شاهد بوده، ولی علی رغم رضایتمندی بیشتر گروه آزمون نسبت به شاهد رضایت از شیردهی تفاوت معنی داری نداشت. تمام افراد مورد مطالعه در هر دو گروه تمایل به داشتن همراه در زایمان بعدی را ابراز نمودند.

نتایج این مطالعه با مطالعات خاوندی زاده همخوانی داشت. در مطالعه خاوندی زاده همراه، دانشجویان مامایی بودند که از روش های مشابه با مطالعه حاضر به منظور حمایت همراه استفاده کرده بودند (۵)، در صورتی که Field و همکاران (۱۹۹۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تاثیر حمایت زایمان بر رضایتمندی از زایمان نامشخص است و تفاوت معنی-داری در دو گروه وجود ندارد (۲۰).

Chalmers و همکاران (۱۹۹۳) در مطالعه ای که انجام دادند به این نتیجه رسیدند که حمایت خانواده و دوستان به هنگام زایمان همیشه یک تجربه مثبت نبوده است (۲۱). احتمالاً به علت تفاوت های فرهنگی،

معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد و کلیه بیماران و همراهان محترمی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند اعلام می‌دارند.

علوم پزشکی شهرکرد در قالب طرح های HSR به شماره ۸۶۳ بوده و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است و نویسندگان مراتب تشکر خود را از کارکنان محترم زایشگاه بیمارستان هاجر شهرکرد،

## References

- Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001;52(4):609-20.
- Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5): 160-72.
- Goodman P, Mackey M, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004; 46(2):212-19.
- Rostampey Z, Khakbazan Z, Golestan B. The effect of trained female relative on active phase length during labor among low risk pregnancies. *Journal of Medical Faculty Guilan University of Medical Sciences*. 2010;19(75): 79-85.
- Khavandizadeh Aghdam S. The Effect of the Continuous Labor Support from a Supportive Companion on the Process and Outcomes of Labor in Primigravida. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services*. 2006;6(4): 368-73.[Persian]
- Keshavarz M, Shariati M, Jahdi F. Effects of complementary therapies on pain and labor outcomes in nuliparous women referred to delivery unit in Fatemiyeh Hospital in Shahrood city(2003-2005) *Medical Science Journal of Islamic Azad University,tehran Medical Unite*. 2009;18(4): 245-50.
- Campbell DA, Lake MF, Falk M. A Randomized Control Trail of Cntinuous Support during Lab by a Lay Doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006; 35: 456-64.
- Khorsandi M, Ghofranipour F, Hidarnia A, Faghihzadeh S, Vafaei M, Roustaf, et al. The effect of childbirth preparation classes on childbirth fear and normal delivery among primiparous women. *Arak Medical University Journal(Rahavard Danesh)* 2008;11(3): 29-36.
- Tork Zahrani SH, Honarjoo M, Jannesari SH, Alavi H. The effect of massage on intensity of pain during first stage of labor. *Journal of The Shaheed Beheshti University of Medical Sciences And Health Services*. 2008;32(2): 141-45.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Cotiuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jun 18(3).
- Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi S-M. The effect of continuous labor support by accompanying person during labor process. *Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences*. 2008;7(56): 32-8.
- Kennel J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *JAMA*. 1991 May 1;265(17) :201- 2197.
- Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL. Biobehavioral Response to Stress in Females: Tend and Befriend, Not Fight or Flight. *Psychol Rev* 2000; 107:411-29.
- Langer A, Campero L, Garcia C, Reynosos .The effects of psychosocial support during labor and childbirth on breastfeeding. *Medical Interventions and mothers welling: A randomized clinical trial*. *BJOG* 1998;105(10):1056-63.
- Bahri Binabaj N, LatifNejad R, Abdollahian E, Esmaeili H. The effect of one to one midwife support on labor pain. *The Journal of Qazvin*
- Modarres M, Mirmohammad AM, Oshrieh Z, Mehran A . Comparison of the Effect of Mefenamic Acid and Matricaria Camomilla Capsules on Primary Dysmenorrhea. *Journal of BabolUniversity of Medical Sciences* 2011;13(3): 50-58.[Persian]
- Hodnett E, Osborn RA. Randomized trail of effects of the monitrice support during labor;mother's views two to four weeks postpartum. *Birth* 1989;16:177-83.
- Samieizadeh Toosi T, Sereshti M, Dashipur AR, Mohammadinia N, Arzani A. The effect of supportive companionship on length of labor and desire to breastfeed in primiparous women. *Journalof Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2011;9(4): 262-69. [Persian]
- Hodnett ED, Frederick S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of



low birthweight babies. Cochrane Databas Syst Rev.2010 Jun 16(6).

20. Field T, Hernandez-Reif M, Tatlor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massagetherapy.J Psychosom Obstet Gyncol 1997;18:286-91.

21.Chalmers B,Wolman W, Social L. Social support in labor--a selective review. Psychosom Obstet Gynaecol 1993;14:1-15.

22.Zheng J, Bernasco JW, Leybovich E, Fahs M,

Hatch MC.Continuous labor support from labor attendants for primiparous woman.Obstet Gynaecol 1998;88:39-440.

23. Homfmeyr GJ, Nikodem VC,Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T.Companionship to modify the clinical birth environment, effects on progress and perceptions of labour and breastfeeding.Br ObstetGynecol,1991 Aug;98(8):756-64.

24.Simikine PP, OHara MA.Non pharmacologic relief of pain during labor:Systemtic Reviewsof five methods.Am J Obstet Gynecol 2002;186:131-59.

## The Effect of the Presence of an Attendant on Anxiety and Labor Pain of Primiparae Referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010

Fariba Nobakht(BSc)<sup>1</sup>, Faranak Safdari Dahcheshmeh(MSc)<sup>2</sup>, Neda Parvin(MSc)<sup>2</sup>,  
Leila Rafiee Vardanjani(BSc)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> BSc of Nersing, Hajar Hospital, , Shahre Kurd University of Medical Sciences.

<sup>2</sup>MSc of Nersing, Shahre Kurd University of Medical Sciences. <sup>3</sup> BSc of Nersing, Member Student Research Committee, Golestan University of Medical Science

### Abstract

**Background and Objective:** Mother's satisfaction of childbirth is considered as an important criterion of maternal care quality and it has an effect on mental health of family and community, and Mother's mood is significant in the outcome of labor. The parturient supported by significant others has less anxiety, experience of safe childbirth and adequate satisfaction. Thus, we aimed at assessing the effect of the presence of an attendant on satisfaction, anxiety and labor pain of primiparae referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd, 2010.

**Material and Methods:** This pre-experimental study was conducted on 60 primiparous women, referring to Hajar Hospital in Shahre Kurd (2010), who were divided into equal experimental and control groups. The parturients of both groups received common cares, while those of experimental group were allowed to be with an attendant. Using a check list, we assessed the level of anxiety, labor pain, newborn's first- minute apgar, the onset of breastfeeding and childbirth satisfaction from beginning to end of labor, and analyzed the data by SPSS-16 software, using t-tests and Chi-square.

**Results:** Our findings show that the support given by an attendant during childbirth significantly decrease the level of anxiety, early start of breastfeeding and increased mother's satisfaction of childbirth ( $p < 0/05$ ). There is no significant difference between two groups on length of active phase, duration of second phase of childbirth and apgar of the first minute.

**Conclusion:** According to results, we conclude that being an attendant near parturient can bring about childbirth satisfaction, decreased anxiety, and early start of breastfeeding.

**Key words:** Attendant, Delivery process, Anxiety, Satisfaction

\* **Corresponding Author:** Leila Rafiee Vardanjani(BSc), **Email:** [Rafiee.leila@yahoo.com](mailto:Rafiee.leila@yahoo.com)