Original Article

Paramedical Sciences and Military Health
Volume 16, Number 2, 2021

The Effect of Pregnancy Education on The Health Index of Infants and the Delivery Process of Pregnant Mothers in Ghaen City in 1397

Mohammad Alinezhad moqaddam[1], Fatemeh Mohalli[1]*, Ali Dashtgerd[1], Maryam Sadat Katebi [2], Mohammad Hadi Sarvari[1]

[1] *Department of Nursing, Faculty qaen School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*
[2] *Department of Midwifery Faculty qaen School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran*

Abstract

Introduction: Pregnancy is one of the most important and dangerous periods in the life of the mother and fetus. Maternal health or illness during this period affects not only the quality of life but also the health of the fetus and mother. Therefore, this study aimed to investigate the effect of pregnancy education on the health index of infants and the process of childbirth in pregnant mothers.

Methods and Materials: This study of double-blind clinical trial was conducted on 187 pregnant women referred to the pregnancy clinic of Shohada Ghaen Educational and Medical Center in 2018. The sample was randomly selected and it was randomly divided into two groups of experimental and control. The experimental group took part in preparation classes for child birth during 8 sessions of 1.5 hours. Moreover, the control group received the usual prenatal care. To collect data, an individual information questionnaire, a physiological index record sheet, a partographic form, and a scale were used to weigh the baby. Data analysis was performed through statistical experiments of Key and Square test, independent t-test and ManWittney using SPSS statistical software (version 16).

Results: In the study of health indexes of infants, statistical results showed that there was no significant statistical difference between the two groups in birth weight, head circumference, height of the infant and Apgar in the first and fifth minutes. The duration of labor showed that the length of the first stage was 184.92± 13 in the experimental group and it was 252.58±14 in the control group, which is statistically significant (P = 0.002). However, there was no significant difference between the second and third stage in two groups.

Discussion and Conclusion: Pregnancy classes reduce the duration of childbirth. Thus, it is recommended that these classes be more extensively organized in the Pregnancy and Childbirth Care Centers.

Keywords: consequence, infant, prenatal care, pregnancy

*(Correspondin Author) Fatemeh Mohalli, Department of Nursing, Faculty qaen School of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. Email: fatemeh_mohalli@yahoo.com

مجله علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی
سال شانزدهم، شماره دو، ۱۴۰۰

مقاله تحقیقاتی

بررسی تاثیر آموزش‌های دوران بارداری بر شاخص سلامت نوزادان و روند زایمان مادران باردار در شهرستان قاین درسال ۱۳۹۷

محمدعلی نژادمقدم[۱]، فاطمه محلی[۱*]، علی دشتگرد[۱]، مریم سادات کاتبی[۲]، محمد هادی سروری[۱]

[۱] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
[۲] گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

چکیده

مقدمه: دوران بارداری یکی از مهم‌ترین و پرمخاطره‌ترین دوران زندگی مادر و جنین است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی تاثیر آموزش‌های دوران بارداری بر شاخص سلامت نوزادان و روند زایمان در مادران باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی دوسو کور در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۸۷ نفر از زنان باردار انجام شد، نمونه به روش مبتنی برهدف انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمون به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته در کلاس‌های آموزشی آمادگی برای زایمان شرکت کردند و گروه کنترل مراقبت‌های معمول دوران بارداری را دریافت نمودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات فردی، برگه ثبت شاخص‌های فیزیولوژیک، فرم پارتوگراف و ترازو جهت توزین نوزاد استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه۱۶) وآزمون‌های آماری آزمون کای اسکوئر، تی مستقل و من‌ویتنی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج آماری نشان داد که در وزن هنگام تولد، دور سر، قد نوزاد و آپگار دقیقه اول و پنجم تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد. طول مدت زایمان نشان داد که طول مرحله اول در گروه آزمون ۱۳±۱۸۴/۹۲ و در گروه کنترل ۱۴±۲۵۲/۵۸ بود که از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد (P=۰/۰۰۲) ولی در طول مرحله دوم و سوم زایمان تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری: برگزاری کلاس‌های دوران بارداری سبب کاهش طول مدت زایمان می‌شود، لذا پیشنهاد می‌گردد این کلاس‌ها به طور گسترده‌تری در مراکز مراقبت بارداری و زایمان تشکیل گردد.

کلمات کلیدی: پیامد، نوزاد، مراقبت‌های دوران بارداری، بارداری

مقدمه

دوران بارداری یکی از مهم‌ترین و پرمخاطره‌ترین دوران زندگی مادر و جنین است که از نظر بهداشتی و اجتماعی برای فرد، خانواده و جامعه اهمیت زیادی دارد. سلامتی یا بیماری مادر در این دوران نه‌تنها کیفیت زندگی او بلکه وضع سلامت جنین و نسل آینده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). این دوران به دلیل ایجاد تغییرات دائمی در زندگی زنان و مسئولیت جدید نگهداری از کودک درگیری ذهنی زیادی ایجاد می‌کند و احساسات دوگانه زنان باردار یک‌روند طبیعی این دوران است. اما این احساسات در برخی زنان شدیدتر است و آنان را به‌سوی ترس از زایمان و اضطراب مرتبط با بارداری سوق می‌دهد (۲). مطالعات نشان داده‌اند که نزدیک به یک چهارم از زنان باردار علائم افسردگی را

* (نویسنده مسئول) فاطمه محلی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قاین، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.
شماره تماس: ۰۵۶۳۲۵۳۱۷۶۳ آدرس الکترونیکی: fatemeh_mohalli@yahoo.com

در دوران بارداری خود تجربه می‌کنند (۳). هم چنین نشان داده‌اند که عدم آگاهی و ترس از ناشناخته‌های دوران بارداری و زایمان، باعث اضطراب مادران در این دوران می‌شود. درنتیجه استرس و اضطراب طولانی‌مدت با تحریک سیستم عصبی اتونوم و انقباض عضلات صاف شریان‌ها سبب کاهش جریان خون رحمی جفتی و کاهش خون‌رسانی به رحم شده و الگوی ضربان قلب جنین غیرطبیعی می‌گردد (۴) و این امر سبب بروز پارگی زودرس کیسه آب و زایمان زودرس (۵، ۶) و وزن کم هنگام تولد (۷) و کاهش نمره آپگار (۸) می‌شود. هم‌چنین با برخی از نقایص جسمانی، مانند شکاف کام و تنگی پیلور مرتبط است (۸). از طرفی اثرات استرس در مادران باعث تضعیف سیستم ایمنی شده و درنتیجه مادران را نسبت به بیماری‌های عفونی آسیب‌پذیرتر می‌سازد (۴). همچنین می‌تواند باعث علائم جسمی، عاطفی، شناختی و رفتاری در مادر شده و در پذیرش بارداری و پذیرش کودک از سوی مادر اخلال ایجاد کند (۹)، به علاوه ترس و اضطراب در هنگام زایمان باعث ترشح هورمون‌هایی مانند کاتکولامین‌ها، کورتیزول، اپی نفرین و بتا آندروفین‌ها می‌شود که می‌توانند باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانه رحم گردیده و با اثر بر عضلات صاف رحم باعث کاهش قدرت انقباضی رحم و کارایی آن در روند زایمان می‌شود به طوری‌که در نهایت باعث طولانی شدن مراحل زایمان، افزایش درد و ایجاد اضطراب می‌گردد (۱۰).

ازآنجا که رابطه مادر و جنین بسیار نزدیک است، به‌گونه‌ای که تولد نوزاد سالم درگرو حفظ سلامت مادر است، از این رو بهبود وضعیت سلامت مادران و توانمندسازی آنان در راستای این هدف یکی از پیش‌نیازهای توسعه جوامع و از ارکان اساسی مراقبت‌های بهداشتی است (۱۱).

مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های آمریکا، بهبود آگاهی، نگرش و رفتار زنان در خصوص لزوم مراقبت‌های بارداری به موقع را جزء اهداف چهارگانه بهبود نتایج زایمان و تولد ایمن اعلام کرده است و هم چنین این مراقبت‌ها را برای به حداقل رساندن مشکلات سلامتی مادران و فرزندان آینده ضروری می‌داند (۱۲).

افزایش آگاهی و مهارت در دوران بارداری باعث آمادگی مادر برای زایمان و ارتقای سلامت وی می‌گردد. امروزه یادگیری یکی از اجزای جدایی‌ناپذیر زندگی انسان است و از مواردی است که توسط سازمان یونسکو بر آن تأکید شده است (۵).

بنابراین کلاس‌های آمادگی برای زایمان در دوران بارداری ممکن است راه‌حل مناسبی برای رفع مشکلات زیاد در دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان باشد (۱۳). استفاده از کلاس‌های آموزشی شاید بتواند زایمان را به یک فرایند خوشایند و لذت بخش برای مادر تبدیل کرده و با کاستن از شدت ترس و اضطراب، تمایل مادران را نسبت به سزارین انتخابی کاهش دهد.

مطالعات بسیاری در سطح جهان در مورد تأثیرات این کلاس‌ها انجام‌شده است. که در مطالعات زیادی نقش مثبت آموزش و حمایت‌های دوران بارداری را بر روند زایمان و پیامدهای بارداری ازجمله افزایش وزن نوزادان، تأثیر مثبت بر نمره آپگار دقیقه اول و پنجم، کاهش میزان خونریزی، تشنج در طول زایمان، میزان سزارین و کاهش طول مدت زایمان شده است را نشان دادند (۱۲، ۱۴-۱۶). ولی از طرفی مطالعات دیگر انجام‌شده در این زمینه نشان دادند که این آموزش‌ها و مراقبت‌های دوران بارداری تأثیر چندانی در نمره آپگار، وزن، قد، دور سر نوزادان و طول مراحل زایمان و نوع زایمان نداشته است (۱۷).

با توجه به نتایج متناقض مطالعات و با توجه به این واقعیت که برخی عوامل خطر از طریق آموزش و مراقبت‌های قبل از زایمان قابل اصلاح هستند و در این زمینه مطالعات کمی انجام‌شده است. این مطالعه به‌منظور تعیین تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر شاخص‌های نوزادی و روند زایمان مادران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی دوسو کور در سال ۱۳۹۷ بر روی ۱۸۷ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به درمانگاه بارداری مرکز آموزشی درمانی شهداء قاین از شهریور ۱۳۹۶تا شهریور ۱۳۹۷ انجام شد. برای تعیین حجم نمونه در دو گروه بر اساس نتایج حاصل از مطالعه صحتی شقایی و همکاران (۱۸) و فرمول مقایسه دو میانگین با توان آزمون ۹۰٪ و ضریب اطمینان ۹۹٪، با احتساب ۱۰٪ ریزش برای هر گروه ۹۵ نفر برآورد شد. واحدهای پژوهش به روش در دسترس انتخاب و برای تخصیص تصادفی افراد از روش بلوک‌های جایگشتی تصادفی استفاده شد. این روش تضمین می‌کند که تعداد افراد در دو گروه آزمون و کنترل مساوی

شوند که این امر منجر به افزایش توان آزمون‌ها می‌گردد. به عنوان مثال بلوک‌هایی با چهار نفر تشکیل دادیم. این بلوک‌ها شامل جایگشت‌های مختلف چهارنفری (۲ نفر آزمون، ۲ نفر کنترل) بودند. سپس بلوک‌ها را به‌تصادف شماره‌گذاری و انتخاب کرده و روش اجرا مبتنی بر جایگشت درون بلوک، انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سطح تحصیلات مادر حداقل پنجم ابتدایی، سن حاملگی در شروع کلاس‌ها بالای ۲۰هفته، شرکت در کلاس‌ها حداقل ۵ جلسه عدم وجود عوارض بارداری شناخته‌شده، عدم سابقه بیماری طبی، عدم مصرف مواد مخدر در طول دوران بارداری و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش و مرده‌زایی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات فردی، برگه ثبت شاخص‌های فیزیولوژیک، فرم پارتوگراف (Partograph) و ترازو جهت توزین نوزاد استفاده شد. فرم پارتوگراف در مطالعات مختلف ازجمله مطالعه مارکوس (Markos) و همکاران (۲۰۱۶) از نظر روایی و پایایی درونی اجزای پرسشنامه مورد تایید قرارگرفته است (۱۹) و جهت پایایی فرم پارتوگراف در ۱۰ تن از مددجویان، ابتدا معاینات توسط محقق انجام و در فرم مذکور ثبت گردید و بلافاصله ۱۰ دقیقه‌ای مجدداً توسط فرد همکار پژوهش با سابقه یکسان با محقق معاینات تکرار و در فرم مربوطه ثبت گردید. سپس امتیازات محاسبه‌شده و ضریب همبستگی بین آن‌ها بررسی شد و ضریب همبستگی ۰/۸ به دست آمد.

مداخله شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که در ابتدای هر جلسه ۱۵ دقیقه اول سلام و احوالپرسی، ۳۰دقیقه بعد مطالب تئوری و سپس ۱۵ دقیقه پرسش و پاسخ و ۳۰ دقیقه تمرین ارائه شد که این آموزش‌ها توسط ۳ مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامایی در مرکز آموزشی درمانی شهداء قاین توسط یک ماما ارائه شد، که این آموزش‌ها در هر جلسه به شرح ذیل بوده است:

جلسه اول (۲۳-۲۰ هفته): هدف از برگزاری کلاس‌ها، معارفه مادران، بهداشت فردی بر اساس تغییرات جسمی دوران بارداری، شکایات شایع تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی

جلسه دوم (۲۷-۲۴ هفته): تغذیه دوران بارداری، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی

جلسه سوم (۲۹-۲۸ هفته): بهداشت روانی، رشد و تکامل جنین، اصلاح وضعیت در بارداری، (آموزش همسران)، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی

جلسه چهارم (۳۱-۳۰ هفته): علائم خطر در دوران بارداری، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی

جلسه پنجم (۳۳-۳۲ هفته): فواید و مشکلات زایمان طبیعی و سزارین، روش‌های بی‌دردی و کاهش درد زایمان، انتخاب روش زایمان، برنامه‌ریزی برای زایمان، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی، بازدید از مراکز زایمانی

جلسه ششم (۳۵-۳۴هفته): آشنایی با مراحل زایمان و وضعیت‌های مختلف زایمان، مداخلات ضروری حین زایمان، نقش همراه، نمایش فیلم زایمان طبیعی، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی، نمایش فیلم روش‌های کاهش درد

جلسه هفتم (۳۶ هفته): مراقبت پس از زایمان و علائم خطر پس از زایمان، ورزش‌های پس از زایمان، آموزش شیردهی و نمایش فیلم آن، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی

جلسه هشتم (۳۷ هفته): مراقبت از نوزاد و علائم خطر نوزاد، شیردهی، آمادگی سایر اعضای خانواده، تمرین‌های کششی، تنفسی و تن آرامی بود و در شروع هر جلسه مطالب آموزشی هفته قبل مرور و به سئوال‌های افراد پاسخ داده می‌شد.

بعد از زایمان پژوهشگر با مراجعه به بخش زایمان، اطلاعات دقیق تمامی نوزادان ازجمله ضریب آپگار، وزن، اندازه قد و دور سر و طول مراحل زایمان را ثبت کرد.

پس از جمع‌آوری و واردکردن داده‌ها در نرم‌افزار SPSS، نسخه ۱۶، داده‌های خام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. داده‌های کمی به‌صورت میانگین (انحراف معیار) و متغیرهای کیفی به‌صورت تعداد (درصد) توصیف شدند. جهت مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. متغیرهای کمی ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیر نوف از نظر نرمال بودن بررسی شدند، در مواردی که متغیر کمی و نرمال بود، از آزمون تی مستقل و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون من ویتنی استفاده شد. در تمام آزمون‌ها سطح معنی‌داری (P=۰/۰۵) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان می‌دهد که میانگین سن مادران در گروه آزمون

۲۷/۰۷±۴/۷۵ و در گروه کنترل ۲۸/۲۶±۴/۴۵ بود که از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (P=۰/۸۶) و همچنین دو گروه از نظر میزان تحصیلات مادر، شغل مادر، شغل همسر، محل زندگی و زایمان تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند. (جدول شماره۱)

در بررسی شاخص‌های سلامت نوزاد، نتایج آماری نشان داد که در وزن هنگام تولد، دور سر، قد نوزاد و آپگار دقیقه اول و پنجم تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وجود ندارد. (جدول شماره۲) نتایج مطالعه از نظر بررسی طول مدت زایمان نشان داد که طول مرحله اول در گروه آزمون ۱۸۴/۹۲±۱۳ دقیقه و در گروه کنترل ۲۵۲ /۵۸±۱۴ دقیقه بود که از نظر آماری معنی‌دار است (P=۰/۰۰۲) ولی در طول مرحله دوم و سوم زایمان تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. (جدول شماره۳)

هم چنین نتایج پژوهش نشان داد که میانگین مدت‌زمان شروع شیردهی در هنگام تولد در گروه آزمون ۴۶/۱±۹/۶ دقیقه و در گروه کنترل ۴۶/۵۳±۱۵/۳ دقیقه بود که از آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (P=۰/۳). هم چنین مقایسه نوزادان از نظر نیاز به احیا در گروه آزمون ۱/۱ درصد و در گروه کنترل ۵/۶ درصد

جدول ۱- توزیع فراوانی اطلاعات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	گروه	آزمون تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	P.value
سطح تحصیلات مادر	ابتدایی	۱۷ (۱۹/۱)	۲۷ (۳۰/۷)	P=۰/۳۳۶ df= ۲
	راهنمایی	۱۴ (۱۵/۷)	۲۵ (۲۸/۴)	
	متوسطه	۲۲ (۲۴/۷)	۱۱ (۱۲/۵)	
	دانشگاهی	۳۶ (۴۰/۴)	۲۵ (۲۸/۴)	
شغل مادر	خانه‌دار	۷۲ (۸۰/۹)	۷۵ (۸۵/۲)	P=۰/۶۷۲ df= ۲
	شاغل	۱۷ (۱۹/۱)	۱۳ (۱۴/۸)	
شغل پدر	کارگر	۲۳ (۲۵/۸)	۳۳ (۳۷/۵)	P=۰/۲۹۳ df=۴
	کارمند	۳۱ (۳۴/۸)	۲۵ (۲۸/۴)	
	آزاد	۳۵ (۳۹/۳)	۳۰ (۳۴/۱)	
محل زندگی	شهر	۳۹ (۴۳/۸)	۴۷ (۵۳/۴)	P=۰/۲۶۲ df =۲
	روستا	۵۰ (۵۶/۲)	۴۱ (۴۶/۶)	
پاریتی	پرایمی پار	۴۶ (۵۱/۷)	۳۸ (۴۳/۲)	P=۰/۳۳۶ df =۲
	مولتی پار	۴۳ (۴۸/۳)	۵۰ (۵۶/۸)	

جدول ۲- مقایسه شاخص‌های رشد و فیزیولوژیک نوزادان مادران گروه آزمون و کنترل

شاخص	گروه مورد مطالعه		p-value
	آزمون	کنترل	
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
وزن هنگام تولد (گرم)	۳۱۲۵/۲۱±۵۵۶/۸	۳۰۲۱/۶۴±۴۳۹/۱	۰/۰۸
قد هنگام تولد (cm)	۵۰/۷±۱/۸	۵۰/۲±۲/۳	۰/۲۳
دور سر هنگام تولد (cm)	۳۴/۴±۱/۱	۳۴/۲±۱/۰	۰/۳۱۷
آپگار دقیقه اول	۸/۹۵±۰/۲	۸/۸۶±۰/۴۰	۰/۹۱
آپگار دقیقه پنجم	۹/۹۷±۰/۱۴	۹/۸±۰/۳	۰/۳۰

جدول ۳- نتایج مربوط به طول مراحل زایمان در دو گروه آزمون و کنترل

طول مراحل زایمان	گروه مورد مطالعه		p-value
	آزمون	کنترل	
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
از زمان شروع فاز فعال مرحله اول (دقیقه)	۱۸۴/۹۲±۱۳	۲۵۲/۵۸±۱۴	۰/۰۰۲
مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۱۶/۸۸±۲/۳	۱۷/۲±۲/۳	۰/۳۹
مرحله سوم زایمان (دقیقه)	۵/۲±۰/۷۲	۵/۲±۰/۷۱	۰/۷۴

بود که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشت (P=۰/۰۹۷) و از نظر میزان بستری نوزادان در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ۵/۶ درصد از نوزادان گروه کنترل در این بخش بستری شدند ولی هیچ‌کدام از نوزادان گروه آزمون نیازی به بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان پیدا نکردند ولی اختلاف آماری معنی‌داری از این نظر در دو گروه مشاهده نشد (P=۰/۱۶۹). هم چنین مقایسه نوع زایمان در دو گروه آزمون و کنترل نشان داد که ۰/۲۷درصد مادران گروه آزمون و ۳۰/۳درصد مادران گروه کنترل زایمان به روش سزارین داشتند که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (P=۰/۶۱۹).

بحث و نتیجه‌گیری

دوران بارداری یک دوره مهم و پرخطر برای زنان است. با توجه به اهمیت رشد و نمو مناسب جنین در دوران بارداری، هرگونه کاهش یا افزایش غیرطبیعی میزان رشد با مرگ و میر و عوارض ناخواسته بارداری همراه است (۴). لذا این مطالعه باهدف تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر شاخص‌های سلامت نوزاد و طول روند زایمان انجام شد.

در این مطالعه ۸۹ خانم باردار در گروه آزمون در فاز فعال زایمان با ۸۹ خانم باردار در گروه کنترل در فاز فعال بستری شده بودند و از نظر شاخص‌های نوزادی و طول روند زایمان مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که از نظر شاخص‌های وزن هنگام تولد، قد و دور سر نوزادان بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد که با نتایج مطالعه طوسی و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی تاثیر تمرینات آرام سازی بر شاخص‌های سلامت نوزادان و مادران باردار پرداختند (۲۰)، فیروز بخت و همکاران (۴)، مهدی زاده و همکاران (۱۳۹۲) با مطالعه‌ای تحت عنوان تاثیر کلاس‌های آموزشی دوران بارداری بر روند زایمان (۱۲)، گالیانو (Galiano) و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی آموزش‌های دوران بارداری بر پیامدهای نوزادی پرداختند، همخوانی داشت (۲۲). هم چنین در مطالعه‌ای دلارام (۱۳۹۱) و همکاران، پیندو (Pinedo) و هم کاران که به بررسی تاثیر آموزش بر نتایج بارداری پرداختند، نتایج نشان داد که این آموزش‌ها بر نتایج قد، وزن، دور سر و نمره آپگار تأثیری نداشته است (۲۴-۲۳).

از نتایج مطالعات فوق می‌توان نتیجه گرفت که عوامل متعددی از جمله وضعیت تغذیه‌ای، شرایط اجتماعی و اقتصادی و فردی مادر، بیماری‌های جنینی، فاکتور ژنتیک، شاخص توده بدنی و میزان اضافه‌وزن در طی بارداری بر وزن و رشد جنین تأثیر دارد (۲۷-۲۵). نتایج مطالعه قلعه خانی و همکاران (۱۳۹۷) تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر خود مراقبتی، با افزایش نمره آپگار در گروه مداخله همراه بود. این اختلاف نتایج ممکن است به دلیل درمان شناختی رفتاری با محتوای آموزشی متفاوت باشد. تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی و تنفسی باعث کاهش تنش مادر باردار و کاهش ترشح هورمون اپی نفرین در پلاسما و بالطبع الگوی منظم ضربان قلب جنین و بهبود نمره آپگار شده بود (۲).در مطالعه دا سیلوا و همکاران (۲۰۱۷) که به بررسی تأثیر تمرینات ورزشی بر شاخص سلامت مادران و نوزادان پرداختند، نتایج نشان‌دهنده عدم تأثیر مثبت بر قد، وزن، دور سر و نمره آپگار بود که با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۲۸). هم چنین در مطالعه فرگوسن (Ferguson) و همکاران (۲۰۱۳) نتایج نشان داد که آموزش‌های دوران بارداری با تأثیر کاهش اضطراب در مادران باعث بهبود نتایج بارداری شده است (۱۶). در مطالعه بستانی و همکاران (۱۳۸۴) در شاخص قد

و دور سر نوزاد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد، ولی از نظر شاخص وزن موقع تولد، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شد (۹). در مطالعه موسوی اصل و همکاران (۱۳۸۹) نیز به بررسی تأثیر آموزش آرامش مادران باردار بر شاخص‌های سلامت نوزادان پرداختند که نتایج در شاخص وزن هنگام تولد، قد و دور سر نوزاد تفاوت معنی‌داری را نشان داد (۸) که با نتایج مطالعه حاضر همسو نیست. علت آن می‌تواند اختلاف در نوع مداخله باشد و مداخلات ریلکسیشن که با تکرار و استمرار بیشتر ارائه شده و آرامش روانی کسب شده توسط مادر از این آموزش‌ها توانسته از تولد نوزاد زودرس و با وزن کم جلوگیری نماید.

نتایج مطالعه از نظر مدت‌زمان مراحل زایمان نشان داد که در طول مرحله دوم و سوم زایمان نتایج بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است ولی در طول مرحله اول زایمان نتایج بین دو گروه معنی‌دار بوده و در گروه مداخله با دریافت آموزش طول مدت این مرحله کوتاه‌تر شده بود. با توجه به اینکه عوامل مؤثر بر طول مدت مراحل اول و دوم و سوم زایمان با یکدیگر متفاوت می‌باشند، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش‌ها از طریق کاهش سطح استرس و اضطراب مادر سبب کاهش چرخه معیوب درد و ایجاد انقباضات مؤثر شده و طول مدت مرحله اول را کاهش داده است. هم چنین این آموزش‌ها میزان همکاری مادران جهت انجام تکنیک‌های تنفسی، پوزیشن‌ها را افزایش داد که با نتایج مطالعه محمد خانی (۱۳۹۲) درمطالعه‌ای تحت عنوان تاثیر آروماتراپی با اسطوخودوس بر کاهش طول مدت مرحله اول و دوم زایمان نخست زا همسو است (۲۹). نتایج مطالعه هوهارن (Howharn) و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که کلاس‌های دوران بارداری سازگاری زنان را با درد زایمان افزایش داده و ترس آن‌ها را کاهش می‌دهد، ولی بر انتخاب نوع زایمان و طول زایمان تأثیر نداشته است (۳۰). هم چنین نتایج مطالعه دلارام (۱۳۹۱) و همکاران با عنوان «بررسی تأثیر آموزش‌های دوران بارداری بر نتایج بارداری» نشان داد که آموزش‌های داده شده تاثیری بر طول مدت مرحله اول زایمان نداشته است (۲۳) که با نتایج مطالعه حاضر غیرهمسو می‌باشد که علت این امر را می‌توان تفاوت در حجم نمونه بیان نمود.

اگرچه نتایج این مطالعه کاهشی را در شاخص‌های نوزادی ازجمله قد، وزن و دور سر نوزادان نشان نداده است اما طول مدت زایمان را در مرحله اول کاهش داده است. از آنجا که مدت طولانی زایمان و شدت درد آن، از دلایل اصلی ترس مادران از زایمان و رو آوردن آن‌ها به سزارین می‌باشد و از طرفی طولانی شدن مراحل زایمان عوارضی برای مادر، جنین و نوزاد به همراه دارد این کلاس‌ها می‌تواند با توانمند ساختن مادران باردار موجب کاهش مشکلات دوران بارداری، پس از زایمان و انتخاب آگاهانه و صحیح زایمان شود. از این رو تشویق مادران به شرکت فعال در این کلاس‌ها و توسعه این کلاس‌ها برای آمادگی زایمان توصیه می‌شود و از آنجا که نتایج این کلاس‌ها و آموزش‌ها منوط به مراحل زایمان و پیامدهای نوزادی در بدو تولد است، لذا پیشنهاد می‌گردد که سایر شاخص‌ها در دوران شیرخوارگی و نوپایایی بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب با کد اخلاق IR.BUMS.REC.۱۳۹۶.۲۳۸ است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی که در تأمین هزینه‌های لازم در اجرای این طرح همکاری نمودند و هم چنین از مادران شرکت‌کننده در طرح، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1- Mohebi S, Sharifirad G, Rasekhi H, Matlabi M, Shahsiah M, Tabaraie Y. Effect of Nutrition Education Program on the Recommended Weight Gain in during Pregnancy Application of Health Belief Model: A Randomaized Cilinical Trial. Qom Univ Med Sci J. 2012; 6 (1): 23-30.

2- Ghalehkhani Safat S, Iravani M, Sayah Bargard M, Latify M. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy-Based Self-Management Intervention on Labor Outcome in Nulliparous Women J Mazandaran Univ Med Sci. 2018; 28 (160):123-132.

3- Beyene GM, Azale T, Gelaye KA, Ayele TA. Depression remains a neglected public health problem among pregnant women in Northwest Ethiopia. Arch Public Health. 2021 Jul 12;79(1):132.

4- Firouzbakht M, nikpour M, Asadi sh. The Effect of Prenatal Education Classes on the Process of Delivery.journal of Health Breeze.2014; 2(1): 45-52.

5- Owen M, Wood L, Tomenson B, Creed F, Neilson J.

Physiological and Traditional Delivery: A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013; 16(49):16-22.

19- Markos D, Bogale D. Knowledge and utilization of partograph among health care professionals in public health institutions of Bale zone, Southeast Ethiopia..Public Health. 2016;137:162-8.

20- Toosi M, Akbarzadeh M, Zare N, Sharif F. The Role of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Health Index of Infants. jmj. 2013; 11 (1): 15-21.

21- Mehdizadeh A, Roosta F, Kamali Z, Khoshgoo N. Eevaluation of the effectiveness of avtenatal preparation forchildbirth courses on the health of mother and the newborn. RJMS. 2003; 10 (35): 455-461.

22- Martinez Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Attendance to a health education program for pregnant women and outcomes of the newborn: health education of pregnant women and newborn. Minerva Pediatr. 2016 Jun; 68(3):177-81.

23- Delaram M, Aein F. The Effects of Antenatal Training Sessions on Prenatal Outcomes. J Family Reprod Health. 1; 6(1): 29-34.

24- Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, Payo J. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. Nurs Res. 2010; 59(3):194-202.

25- Zhangbin Yu, Shuping Han, Jingai Zhu, Xiaofan Sun, Chenbo Ji, Xirong GuoZhangbin Yu 1, Shuping Han, Jingai Zhu, Xiaofan Sun, Chenbo Ji, Xirong Guo. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis.PLoS One. 2013; 4(8):16.

26- Vannuccini S, Clifton VL, Fraser IS, Taylor HS, Critchley H, Giudice LC, Petraglia F. Infertility and reproductive disorders: impact of hormonal and inflammatory mechanisms on pregnancy outcome. Hum Reprod Update. 2016; 22(1):104-15.

27- Gete DG, Waller M, Mishra GD. Effects of maternal diets on preterm birth and low birth weight: a systematic review. Br J Nutr. 2020; 123(4):446-461.

28- da Silva SG, Hallal PC, Domingues MR, Bertoldi AD, da Silveira MF, Bassani D, da Silva IC, da Silva BG, Coll CD, Evenson K. A randomized controlled trial of exercise during pregnancy on maternal and neonatal outcomes: results from the PAMELA study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2017; 14(1):1-11.

29- Mohamadkhani SHahri L, Sabetbirjandi S, Mohamadkhani SHahri H. Effect of massage Aromatherapy with lavandula on the duration of first and second stage of labor in nulliparous women Hormozgan Medical Journal. 2012; 17(2):145-54.

30- Howharn C. Effects of childbirth preparation classes on self-efficacy in coping with labor pain in Thai primiparas. The University of Texas at Austin; 2008.

Social stress predicts preterm birth in twin pregnancies. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2017; 38(1):63-72.

6- Wang W, Wen L, Zhang Y, Wang L, Wang L, Chen Z, et al. Maternal prenatal stress and its effects on primary pregnancy outcomes in twin pregnancies. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2019;41(3):198-204.

7- Littleton HL, Bye K, Buck K, Amacker A. Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2010; 31(4):219-28.

8- Mosaviasl S, Kharamin S, Hadinia A, Rakhsha S, Poursamad A. The Role of Relaxation Training to Pregnant Mothers on Health Index of Infants. Armaghane danesh. 2009; 14 (2):97-104.

9- Bastani F, Hidarnia A, Kazemnejad A, Vafaei M, Kashanian M. A randomized controlled trial of the effects of applied relaxation training on reducing anxiety and perceived stress in pregnant women. J Midwifery Womens Health. 2005; 50(4):36-40.

10- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2009; 38(5):567-76.

11- Rajabi Naeeni M, Simbar M. Effect of child birth preparation classes on empowering Iranian pregnant women: a systematic review. Journal of Education and Community Health. 2018;5(1):61-71.

12- Kharazi S, Peyman N, H E. Effect of an Educational Intervention Based on Self-efficacy Theory and Health Literacy Strategies on Pregnancy Outcomes: A Randomized Clinical Trial. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2018; 21(5):33-46.

13- Jamilian M, Mobasseri S, Wakilian K, Jamilian H. Effect of Childbirth preparation Classes on the duration of admission and satisfaction of mothers. sjimu. 2013; 21(2):44-50.

14- Shimpuku Y, Madeni FE, Horiuchi S, Kubota K, Leshabari SC. A family-oriented antenatal education program to improve birth preparedness and maternal-infant birth outcomes: A cross sectional evaluation study Reprod Health. 2019 Jul 16; 16(1):107.

15- Rahimi F, Islami F, Kahangi M M. Effects of Prenatal Education on Maternal and Neonatal Outcomes in High risk Pregnant Women. psj. 2018; 16 (3):48-57.

16- Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature.. Women Birth. 2013; 26(1): 5-8.

17- Ashraf-Ganjoei T, Mirzaei F, Anari-Dokht FJOJOG. Relationship between prenatal care and the outcome of pregnancy in low-risk pregnancies. Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011;1(3):109-12.

18- Sehhati Shafaie F, Kazemi S, Ghujazadeh M. Comparison of Neonatal Outcomes in Nulliparous Women in both