

تأثیر برنامه آموزشی جاری در مراکز بهداشتی - درمانی بر نوع و پیامدهای زایمان: مطالعه توصیفی - تحلیلی

مهری رضایی^{۱*}، شیدا دخش^۲، المیرا انتظامی^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۱/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۴/۰۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: از علل مهم گرایش زنان به انجام سزارین، فقدان آگاهی، نگرش منفی به زایمان طبیعی و ترس از درد زایمان است. این مطالعه با هدف تأثیر برنامه‌های آموزشی جاری در مراکز بهداشتی - درمانی بر نوع و پیامدهای زایمانی صورت گرفته است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و مورد- شاهد از نوع آینده‌نگر که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ اجرا شد. جامعه پژوهش شامل مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز برگزاری آموزش دوران بارداری شهرستان ساوه بود. کلیه سرفصل‌های جلسات بر اساس پروتکل‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و توسط ماماها دارای گواهی ۶۰ ساعته زایمان فیزیولوژیک آموزش داده شد. داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: مشخصات دموگرافیک بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشت. از نظر نوع زایمان بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده و در گروه مورد میزان سزارین بیشتر مشاهده شد ($p=0/01$). میانگین طول مدت مرحله اول و دوم زایمان در گروه مورد بیشتر مشاهده شد ($p=0/01$). میزان پارگی و اپی زیاتومی در گروه مورد بیشتر مشاهده شد ($p=0/01$). میزان بستری شدن نوزاد در ۲۴ ساعت اول پس از تولد در گروه شاهد بیشتر مشاهده شد ($p=0/03$).

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش‌های کنونی تأثیری بر بهبود پیامدهای زایمانی نداشته است. با توجه به نتایج مطالعات مشابه، بایستی در این زمینه اصلاحات مناسب صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: کلاس‌های آمادگی برای زایمان، زایمان، برنامه‌های آموزشی

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره پنجم، ص ۳۷۲-۳۶۴، مرداد ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: ساوه، خیابان جمهوری اسلامی ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی ساوه، تلفن: ۰۹۱۷۷۹۲۰۱۶۹

Email: mehrangize_rezai@yahoo.com

مقدمه

دسترسی به مراقبت، کفایت و کیفیت مراقبت‌های سلامتی و ظرفیت سیستم ارائه خدمات در پاسخ‌گویی به نیازهای ایشان می‌باشد (۲، ۳). زایمان طبیعی بهترین روش زایمان در اغلب زنان باردار محسوب می‌شود که با روند فزاینده سزارین میزان آن رو به کاهش است. گرچه زمانی سزارین جان مادران و نوزادان بی‌شماری را نجات داده است ولی مسئله نگران‌کننده در این زمینه میزان بالای سزارین می‌باشد که هر روزه انجام می‌شود (۴). این در حالی است که ۹۰-۸۵ درصد زایمان‌ها می‌تواند بدون انجام هرگونه مداخله درمانی به صورت طبیعی انجام گیرد (۵).

زنان به عنوان نیروی عظیم در فعالیتهای اجتماعی با قابلیت‌ها و ظرفیتهای بسیار، از عوامل تأثیرگذار در پیشرفت و توسعه جوامع هستند. امروزه این نیروها مولد یک‌سوم نیروی رسمی کار در کلیه نقاط جهان را تشکیل می‌دهند، لذا تأمین و حفظ سلامت و توانمندسازی آنان در مقابله با شرایط مشکل‌زای دوران باروری و کاهش مرگ‌ومیر آنان نوعی سرمایه‌گذاری در جامعه محسوب می‌شود. در این بین میزان مرگ‌ومیر بر اثر عوارض بارداری و زایمان از مهم‌ترین شاخص‌هایی است که نشان‌دهنده توسعه کشورهاست (۱). از این رو نشانگری حساس از وضعیت زنان در جامعه از نظر

^۱ مربی، کارشناس ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

طبق مطالعه مروری که در سال ۲۰۱۰ بین ۳۷ کشور صورت گرفت میزان سزارین ۵۴ کشور زیر ۱۰ درصد، ۶۹ کشور بالای ۱۵ درصد و ۴۱ کشور بین ۱۵-۱۰ درصد بود. در این میان ایران ۴۱/۹ رتبه دوم را بعد از برزیل ۴۵/۹ درصد داشت که از درصد قابل قبول مطرح شده از سوی سازمان بهداشت جهانی برای سزارین بالاتر است (۶). همچنین آمار سزارین در دانشکده علوم پزشکی ساوه ۴۵ درصد در سال ۱۳۹۵ و ۴۲ درصد در سال ۱۳۹۶ گزارش شده است (۷).

از علل مهم گرایش زنان به انجام سزارین ترس، فقدان آگاهی از عوارض سزارین، نگرش منفی به زایمان طبیعی و نسبت دادن عوارض نادرست به زایمان طبیعی اشاره نمود (۸، ۹). بر این اساس همه زنان حق دارند درباره فرآیند لیبر و زایمان خود اطلاعات کاملی دریافت کنند و در انتخاب و تصمیم‌گیری و نحوه زایمان فعالانه شرکت داشته باشند. توانایی زنان در دانستن و پیش‌بینی کردن آنچه قرار است طی فرایند زایمان اتفاق افتد و در مورد آن شرکت فعالانه داشته باشند آنان را قادر می‌سازد تا زایمان را از یک تجربه ملال‌آور به یک وضعیت قابل کنترل مطلوب درآورند (۱۰).

با توجه به این مسائل واضح است که آموزش زایمان باید بر اساس مهارت‌های مبتنی بر یک رویکرد و افزایش‌دهنده سلامت روانی مادران باشد (۱۰). استراتژی‌های مهمی جهت دستیابی به این اهداف تدوین شده است که با هدف توانمندسازی مادر، آزادی عمل و استقلال بخشیدن به مادر می‌باشد. آمادگی برای زایمان به‌عنوان جزء اساسی آموزش‌های دوران بارداری برای مادران و مربیان این حرفه به شمار می‌رود که قبل از هفته ۳۶ بارداری ارائه می‌شود و فرصتی را برای مادران به وجود می‌آورد که خود را برای زایمان بهتر و راحت‌تر و نیز دوران پس از زایمان آماده سازند (۱۱). گرچه اجرای این برنامه در معبود شهرهای ایران موفقیت قابل‌ملاحظه‌ای در زمینه کاهش سزارین حاصل گردیده است. اما هنوز التزام به پیاده‌سازی صحیح این برنامه جهت پیشگیری از سزارین در بسیاری از شهرهای کشور فراگیر نبوده و همچنان میزان سزارین روند رو به افزایش خود را طی می‌کند (۱۲).

آمادگی برای زایمان به‌عنوان جزء اساسی آموزش‌های دوران بارداری برای مادران به شمار می‌رود که عمدتاً باید پیش از هفته ۳۶ بارداری ارائه شود و فرصتی را برای مادران به وجود می‌آورد که خود را برای زایمان بهتر و راحت‌تر و نیز دوران پس از زایمان آماده سازند (۱۱). بالاینکه اغلب مطالعات اثرات مفید و مثبت این کلاس‌ها را نشان می‌دهد اما مقالاتی نیز وجود دارد که بی‌اثر بودن این روش را گزارش می‌کنند (۱۶-۱۳).

پژوهشگر در تجربیات خود مشاهده نموده که باوجوداینکه اکثر زنانی که جهت زایمان به بیمارستان مراجعه می‌کنند آموزش

دوران بارداری را طی نمودند به دلیل نگرش منفی نسبت به زایمان یا درخواست سزارین دارند و یا اینکه مداخلات نامناسب در روند زایمان صورت گرفته و منجر به زایمان سزارین و ایجاد عوارض برای مادر و نوزاد می‌شود. به همین دلیل پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با عنوان "تأثیر برنامه آموزشی جاری در مراکز بهداشتی - درمانی بر نوع و پیامدهای زایمان" انجام دهد تا بدین‌وسیله وضعیت آموزش‌های ارائه‌شده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان را بررسی نماید.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و مورد- شاهد از نوع آینده‌نگر می‌باشد که در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵ اجرا شد. جامعه پژوهش شامل مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز برگزاری آموزش دوران بارداری شهرستان ساوه (بیمارستان ۱۷ شهریور، درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره مامایی) بود.

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار با محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته، مادرانی که حداقل در ۳ جلسه از کلاس‌های مراکز حضور داشته باشند، تک قلو بودن، نمایش سر و معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن بیماری‌های زمینه‌ای و مشکلات روانی قبل از بارداری، سابقه نازایی، سوءمصرف مواد، ختم بارداری به دلیل مشکلات زمینه‌ای قبل از هفته ۲۰ بارداری بود. زنان باردار شرکت‌کننده در کلاس‌های آمادگی برای زایمان به‌عنوان گروه مورد و زنانی بارداری که تحت مراقبت‌های دوران بارداری در همین مراکز بوده و در کلاس‌های آموزشی شرکت نکردند گروه مورد را تشکیل دادند. زنان باردار در گروه مورد در حداقل ۳ جلسه و حداکثر ۸ جلسه کلاس‌های آمادگی برای زایمان در بیمارستان ۱۷ شهریور، درمانگاه‌ها و مراکز مشاوره مامایی تحت آموزش قرار گرفتند. کلیه سرفصل‌های جلسات بر اساس پروتکل‌های وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برگزاری کلاس‌های آمادگی برای زایمان و توسط ماماها دارای گواهی ۶۰ ساعته زایمان فیزیولوژیک اجرا شد.

حجم نمونه بر اساس فرمول حجم کوکران برابر ۴۰۱ در نظر گرفته می‌شود. اما با توجه به مقایسه‌های متغیرهای کمی و کیفی حجم نمونه جهت دقت و اطمینان بیشتر با در نظر گرفتن $t=1/96$ ، $pq=0/5$ (واریانس)، $d=0/05$ برابر با ۴۵۰ و در هر گروه ۲۲۵ نفر در نظر گرفته شد. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی و بر اساس کارتهایی که بر روی آن‌ها کلمات بلی یا خیر نوشته و در پاکت گذاشته شده صورت گرفت.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته و شامل ۲ بخش بود. بخش اول شامل خصوصیات دموگرافیک شامل سن،

سطح تحصیلات مادر و همسر، وضعیت اشتغال و سکونت، سن بارداری، مراکز حضور کلاس‌های آمادگی برای زایمان، تعداد جلسات حضور در کلاس و بخش دوم پرسشنامه، اطلاعات مربوط به پیامدهای مادری و نوزادی بود.

جهت کسب اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوی استفاده شد و با توجه به اهداف مطالعه و با استفاده از کتب و مقالات و منابع معتبر علمی پرسشنامه تهیه و سپس با نظرخواهی از اساتید هیئت علمی و اعمال اصلاحات لازم اعتبار علمی آن تأیید شد. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از آزمون مجدد استفاده شد. پایایی ابزار ۸۳ درصد برآورد شد.

محقق پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و ارائه توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش به مادران شرکت‌کننده در مطالعه و این‌که تمام اطلاعات آن‌ها در راستای این پژوهش مورد استفاده قرار خواهد گرفت و همچنین تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط مادر و کسب رضایت آنان، اطلاعات

شرکت در کلاس‌ها جمع‌آوری شد. در مرحله بعد با مراجعه به پرونده‌های زایمانی واحدهای مورد پژوهش اطلاعات زایمانی ثبت شد. به منظور تکمیل اطلاعات با استفاده از شماره تلفن ثبت شده در پرسشنامه با مادر تماس گرفته و بقیه اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های کای اسکوتر، من ویتنی و آزمون t مستقل استفاده شد. برای تمام آزمون‌ها سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از ۴۵۰ نمونه مورد مطالعه ۲۲۵ نفر در دو گروه مورد و شاهد قرار داشتند. طبق نتایج آماری، نمونه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان بودند. (جدول ۱).

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک در دو گروه مورد و شاهد

مشخصات دموگرافیک	گروه مورد	گروه شاهد	P- value
سن (سال)	۲۶/۵۲ ± ۲/۱۳	۲۷/۵۵ ± ۵/۹۰	۰/۲۶
سن بارداری بر اساس سونوگرافی سه‌ماهه اول	۳۸/۴۳ ± ۲/۱۱	۳۸/۳۹ ± ۱/۷۸	۰/۸۷
سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی	۳۸/۵۲ ± ۲/۲۵	۳۸/۴۹ ± ۲/۱۳	۰/۹۰
تحصیلات مادر			
بی‌سواد	۲/۹ (۶)	۱۴/۳ (۱۶)	۰/۰۹
زیر دیپلم	۳۳/۸ (۷۰)	۵۰/۷ (۸۴)	
دیپلم	۴۹/۳ (۱۰۲)	۲۴ (۹۴)	
دانشگاهی	۱۴ (۲۹)	۱۱ (۲۳)	
تحصیلات همسر			
بی‌سواد	۱/۹ (۴)	۱۱/۱ (۱۲)	۰/۲۳
زیر دیپلم	۴۵/۹ (۹۵)	۴۹/۸ (۸۹)	
دیپلم	۳۷/۳ (۸۲)	۳۱/۳ (۸۹)	
دانشگاهی	۱۷/۱ (۲۶)	۷/۸ (۲۷)	
شغل مادر			
خانه‌دار	۹۶/۶ (۱۹۸)	۹۴/۴ (۲۰۴)	۰/۲۹
شاغل	۳/۴ (۷)	۵/۶ (۱۲)	
شغل همسر			
کارمند	۱۵/۸ (۳۲)	۸ (۳۵)	۰/۶۷
آزاد	۸۳/۲ (۱۶۸)	۹۱/۵ (۱۶۴)	
محل سکونت			
شهری	۸۹/۶ (۱۶۹)	۷۱/۴ (۱۵۷)	۰/۷۰
روستایی	۱۰/۴ (۳۲)	۱۵ (۳۳)	
وضعیت سکونت			
شخصی	۳۳/۲ (۶۸)	۳۴/۹ (۷۴)	۰/۵۳
استیجاری	۶۶/۸ (۱۳۷)	۶۱/۸ (۱۳۱)	

توزیع فراوانی مراکز شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان
 نشان داد که در گروه مورد (۱۵۴) ۷۰/۶ درصد در کلاس‌های درمانگاه‌ها، (۲۰) ۹/۲ درصد در کلاس‌های بیمارستان و ۲۰/۲ (۴۴) درصد در کلاس‌های مراکز مشاوره خصوصی شرکت داشتند.

توزیع فراوانی تعداد جلسات حضور در کلاس در گروه مورد
 نشان داد که (۷۴) ۳۳/۹ درصد بین ۳-۵ جلسه، (۱۴۴) ۶۵/۵ درصد بین ۶-۸ جلسه شرکت داشتند.

جدول (۲): پیامدهای زایمانی در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد	گروه شاهد	p- value
طول مدت مرحله اول زایمان (دقیقه)	۲۶۹/۱۵±۲۰۶/۵۵	۱۹۱/۸۷±۱۹۷/۵۲	۰/۰۱
طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۱۵/۱۶±۱۳/۷۰	۱۱/۴۰±۱۳/۵۲	۰/۰۱
طول مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)	۵/۱۲±۰/۹۷	۵±۰/۰۰	۰/۰۸
نوع زایمان	واژینال (۱۶۱) ۷۳/۲٪	واژینال (۱۸۳) ۸۳/۲٪	۰/۰۱۱
سزارین	(۵۹) ۲۶/۸٪	(۳۷) ۱۶/۸٪	۰/۰۱
مصرف اکسی توسین	(۱۹) ۲۷/۵٪	(۵۰) ۷۲/۵٪	۰/۰۱
تقویت زایمان	(۷۰) ۶۸/۶٪	(۳۲) ۳۱/۴٪	۰/۰۱
تسکین دارویی درد	(۱۱) ۲۹/۳٪	(۱۷) ۶۰/۷٪	۰/۲۶
زایمان	(۳۱) ۵۵/۴٪	(۲۵) ۴۴/۶٪	۰/۴۲
پتیدین + سرم هیوسین	(۸) ۱۰۰٪	۰	۰/۰۱
آپگار نوزاد	۸/۸۵±۰/۴۷	۸/۷±۱/۱۲	۰/۷۱
دقیقه اول	۹/۹۱±۰/۳۱	۹/۷۲±۱/۲۴	۰/۱۳
دقیقه پنجم	(۶) ۴۶/۲٪	(۷) ۵۳/۸٪	۰/۷۸
ماساژ رحمی	(۱۸۷) ۴۸/۶٪	(۱۹۸) ۵۱/۴٪	۰/۳۶
ماساژ رحمی + مصرف اکسی توسین	(۳۹) ۱۲/۹٪	(۷۳) ۳۵/۲٪	۰/۰۱
وضعیت پرینه بدون پارگی و اپی زیاتومی	(۹۹) ۵۲/۸٪	(۸۵) ۴۴٪	۰/۲۰
اپی زیاتومی	(۶۷) ۳۳/۱٪	(۴۶) ۱۹/۵٪	۰/۰۱
پارگی	(۱۵) ۱/۲٪	(۱۶) ۱/۳٪	---
اپی زیاتومی + پارگی	(۳۵) ۶۸/۶٪	(۱۶) ۳۱/۴٪	۰/۰۱
درجه ۱	(۱۷) ۵۶/۷٪	(۱۳) ۴۳/۳٪	۰/۴۷
درجه ۲	۰	۱۰۰٪	---
درجه ۳	(۷) ۷۷/۸٪	(۲) ۲۲/۲٪	۰/۲۱
غم پس از زایمان گریه و احساس غمگینی			

همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود بین دو گروه از جهت نوع زایمان اختلاف معنی‌دار و میزان سزارین در گروه شاهد کمتر مشاهده شد ($p < 0.05$).

توزیع فراوانی علل سزارین در دو گروه نشان داد (۶) ۱۰/۲ درصد به علت طولانی شدن مرحله دوم زایمان، (۲۷) ۴۵/۸ درصد جنینی و (۱۴) ۳۷/۸ درصد به علت دفع مکنونیوم سزارین شده‌اند.

به علت دیسترس جنینی، و (۲۶) ۴۴/۱ درصد به علت دفع مکنونیوم در گروه مورد سزارین شده‌اند. در گروه شاهد (۵) ۱۳/۵ درصد به علت طولانی شدن مرحله اول زایمان، (۱) ۲/۷ درصد به علت طولانی شدن مرحله دوم زایمان، (۱۷) ۴۵/۹ درصد به علت دیسترس جنینی و (۱۴) ۳۷/۸ درصد به علت دفع مکنونیوم سزارین شده‌اند.

از جهت علل سزارین بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد ($p>0/05$).

جدول (۳): پیامدهای زایمانی (نوزاد) در دو گروه مورد و شاهد

متغیر	گروه مورد	گروه شاهد	p- value
احیاء نوزاد	تحریک نوزاد (۵) ۶۲/۵٪	(۳) ۳۷/۵٪	۰/۴۸
تهویه مکانیکی	۲۵٪	(۳) ۷۵٪	۰/۳۲
بستری در بخش نوزادان	بلی (۱۵) ۷/۷٪	(۲۴) ۱۴/۵٪	۰/۰۳
خیر	(۱۸۰) ۹۲/۳٪	(۱۴۱) ۸۵/۵٪	
علت بستری نوزادان	دیسـتـرس (۷) ۳۱/۸٪	(۱۵) ۶۸/۲٪	۰/۰۹
تنفسی			
زایمان زودرس	(۶) ۶۰٪	(۴) ۴۰٪	۰/۵۳
آپگار پایین	۰	۱۰۰٪	---
بستری مجدد نوزاد پس از ترخیص	بلی (۱۸) ۹/۴٪	(۲۱) ۱۴/۳٪	
خیر	(۱۷۳) ۹۰/۶٪	(۱۲۶) ۸۵/۷٪	۰/۱۶
علت بستری مجدد نوزاد	زایمان زودرس (۳) ۶۰٪	(۲) ۴۰٪	۰/۶۶
زردی	(۷) ۳۵٪	(۱۳) ۶۵٪	۰/۱۸
تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۱ ماهه اول پس از تولد	بلی (۲۰۱) ۹۸/۵٪	(۱۸۵) ۹۶/۹٪	
خیر	(۱) ۱/۵٪	(۶) ۳/۱٪	۰/۲۶

میزان بستری نوزاد در بخش NICU در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان در گروه شاهد بیشتر و اختلاف معنی‌دار بود ($p<0/05$). میزان بستری مجدد نوزاد پس از ترخیص اولیه در گروه شاهد بیشتر مشاهده شد ولی اختلاف معنی‌دار نبود ($p>0/05$). در خصوص علت اولین بستری در نوزادان، در گروه شاهد، نوزادان به دلیل دیسترس تنفسی بیشتر بستری شده ولی اختلاف معنی‌دار نبود ($p>0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه از جهت نوع زایمان اختلاف معنی‌دار و میزان سزارین در گروه مورد بیشتر مشاهده شد و اختلاف معنی‌دار بود. بیشترین علت زایمان سزارین در دو گروه

دیسترس جنینی و دفع مکنونیوم مشاهده شد. همچنین طول مدت مراحل اول و دوم زایمان در گروه مورد طولانی‌تر و اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. در گروه شاهد پرینه سالم (بدون پارگی و اپی زیاتومی) بیشتر مشاهده و اختلاف معنی‌دار بود. میزان پارگی درجه ۱ در گروه مورد بیشتر مشاهده شد و اختلاف معنی‌دار بود. غم پس از زایمان در گروه مورد بیشتر مشاهده شد ولی اختلاف معنی‌دار نبود.

اسدی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در مطالعه نیمه تجربی و آینده‌نگر نشان دادند که پس از مداخله آموزشی ۴۶/۷ درصد در گروه شاهد و ۶۴/۴ درصد در گروه مورد قصد انجام زایمان طبیعی را داشتند ($P<0/01$) (۱۷).

زنانی که در کلاس‌ها، آموزش‌ها، مضرات القاء زایمان را دریافت کرده‌اند میزان کم‌تری مداخله القاء زایمان را داشته‌اند (۲۵). در نتایج پژوهشی در کانادا در سال ۲۰۱۲ میزان القاء و تقویت زایمان در گروه شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی قبل از زایمان در مقایسه با زنانی که در کلاس شرکت نکرده‌اند، اختلاف معنی‌دار مشاهده نشده است (۲۶).

از جهت پیامدهای نوزادی میزان بستری نوزاد در بخش NICU در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان در گروه شاهد بیشتر و اختلاف معنی‌دار بود. از جهت تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۱ ماه اول پس از تولد بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. در مطالعه کاترین در سال ۲۰۱۲ در خصوص تغذیه انحصاری با شیر مادر بین دو گروه شرکت‌کننده در کلاس‌های آموزشی و کسانی که شرکت نداشتند اختلاف معنی‌دار گزارش نشد (۲۶).

در پژوهش حاضر توزیع فراوانی مراکز شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان نشان داد که در گروه مورد (۱۵۴) ۷۰/۶ درصد در کلاس‌های درمانگاه‌ها، (۲۰) ۹/۲ درصد در کلاس‌های بیمارستان و (۴۴) ۲۰/۲ درصد در کلاس‌های مراکز مشاوره خصوصی شرکت داشتند. در مطالعه‌ای در کانادا ۳۵ درصد زنان در کلاس‌های آموزشی در بیمارستان‌ها، ۲۵ درصد در کلینیک‌های بهداشتی، ۲۱ درصد در مراکز اجتماعی، ۱۲ درصد در مراکز خصوصی و ۶ درصد از طریق رسانه‌های عمومی آموزش دیدند (۲۸).

یکی از محدودیت‌های اصلی پژوهش حاضر، عدم کامل بودن پرونده‌ها بود. به‌منظور به حداقل رساندن این مشکل سعی در حذف نمونه و جایگزین نمونه دیگر می‌شد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش عدم همکاری مادران بود که با توضیح دادن کامل طرح سعی در جلب رضایت آنان جهت همکاری با پژوهش شد.

با توجه به نتایج پیامدهای زایمانی مادر و نوزاد بازبینی کلاس‌های آموزشی دوران بارداری ضروری به نظر می‌رسد. به همین جهت بایستی بازبینی در ساختارها و آموزش بر اساس شواهد بالینی به‌منظور تصحیح شکاف بین کیفیت و نوع آموزش و بهبود پیامدهای زایمان صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت‌های مالی دانشگاه علوم پزشکی ساوه (کد اخلاق IR.Savehums. REC 1395.22) انجام شد. بدین‌وسیله از همکاری کلیه مسئولین و کارکنان محترم مراکز بهداشتی و درمانی و همچنین واحد بایگانی و مدارک پزشکی بیمارستان‌های تابعه تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مرادآبادی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در مطالعه‌ای گزارش کردند که پس از برنامه آموزشی در گروه مداخله ۴۵/۴ درصد از مادران روش زایمان طبیعی را به‌عنوان روش ارجح انتخاب نمودند ولی درنهایت ۳۱/۴۲ درصد زایمان طبیعی انجام دادند (۱۸). شهرکی ثانوی و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده نسبت به انتخاب نوع زایمان در زنان باردار در سال ۱۳۹۲ به این نتیجه رسیدند که ۲۲ درصد از گروه مداخله و ۴ درصد گروه کنترل، زایمان طبیعی نمودند (۱۹).

حاجیان در مطالعه خود در سال ۱۳۹۳ با عنوان "بررسی تأثیر مداخلات آموزشی دوران بارداری بر درک کارآمدی، قصد رفتاری و روش زایمان زنان باردار" که بر روی ۵۷۲ زن باردار کم‌خطر صورت گرفته بود نشان داد که میزان سزارین در گروه کنترل بیش از گروه آزمون بود (۵۲/۵ درصد در مقابل ۳۵/۹ درصد) (۲۰). نتایج مطالعات ذکرشده با پژوهش حاضر هم‌خوانی ندارد. اکثر مطالعات آموزش برنامه‌ریزی‌شده و مداخله‌ای جهت بررسی تأثیر آموزش بر پیامد زایمان انجام شده است. در صورتی که پژوهش کنونی تأثیر آموزش‌های جاری را مورد مطالعه قرار داده است.

فیروز بخت در مطالعه خود در سال ۱۳۹۲ با عنوان "بررسی تأثیر کلاس‌های آموزش دوران بارداری بر روند زایمان" مشاهده نمود در دو گروه آموزش‌دیده و گروه معمول طول مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان تفاوت معنی‌دار نداشته است (۲۱). در مطالعه برگستروم شرکت در کلاس‌های آموزشی دوران بارداری سبب کاهش استفاده از اپیدورال و کوتاه شدن طول مدت مراحل زایمانی نشده بود (۲۲) که با پژوهش کنونی هم‌خوانی دارند.

برخی از متاآنالیز کارآزمایی‌های بالینی نشان داده است در پیامدهای زایمانی مادرانی که در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت کرده‌اند بهبودی مشاهده نشده است. گرچه شرکت فعالانه مادر در مراقبت از خود در طول لیبر، کاهش به‌کارگیری از آنالژزی اپیدورال و تمایل بیشتر مادران جهت زایمان واژینال بیشتر از گروهی که آموزش‌های دوران بارداری را نداشتند مشاهده شده است (۲۳).

مطالعه‌ای در کانادا نشان داده است که ۳۰ تا ۵۰ درصد زنان در اولین بارداری خود علیرغم شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان آموزش کافی در زمینه اپی‌زیاتومی، علل سزارین، نقش دولا، القاء زایمان و بارداری دیررس نداشتند (۲۴).

در مطالعه ما القاء زایمان در گروه مورد کم‌تر مشاهده شد و اختلاف معنی‌دار بود. تقویت دردهای زایمانی در گروه مورد بیشتر مشاهده شد و اختلاف معنی‌دار بود. شواهد بالینی نشان می‌دهد

References:

- 1- Imami Afshar N, Jalilvand P, Delavar B, Radpoian L, Azemkhah A, Motalagh M, et al. National maternal mortality surveillance system. 1th ed. Tehran: Tandis Publication, 2010. P. 13-14. (Persian)
- 2- World Health Organization. World Health Statistics. 2010 and 2013. P. 61-83.
- 3- Zolali F, Haghdoost A. A gap between policy and practice: A case study on maternal mortality reports, Kerman. *Int J Prev Med* 2011; 2(2): 88-93.
- 4- Liu NH, Mazzone A, Zamberlin N, Colomar M, Chang OH, Arnaud L, et al. Preference for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. *Reprod Health J* 2013, 10(1): 2-9.
- 5- Hamzekhani M, Hamizadeh A. Vasegh Raimparvar SF, Montazeri AS. Effect of computerized educational program on self-efficacy of pregnant woman to cope with childbirth. *Knowledge and Health* 2014; 9(1): 13-20. (Persian)
- 6- Gibbons L, Belizan JM, Laure JA, Betran AP, Merildi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse a barrier to universal coverage. Geneva: WHO; 2010. P. 30.
- 7- Office of Midwifery, Department of Health, Saveh University of Medical Sciences. 2018.
- 8- Khorsandi M, Vakilian K, Nasir Zadeh M. Investigating different factors of fear in normal delivery among pregnant women, in Arak - A cross sectional study. *J Fasa Univ Med Sci* 2014; 4(2): 161-7. (Persian)
- 9- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei M. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011; 16(2): 169-73.
- 10- Fisher C, Hauck Y, Bayes S, Byrne J. Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2012; 12.
- 11- Iranian guidelines for obstetrics and midwifery care services in mother- friendly hospitals. Ministry of health and medical education. Office of family health and population. Maternal health affairs. Tehran: Charsooy-e-honar; 2010.
- 12- Hajian S, Vakilian K, Shariati M, Yunesian M and Ajami MI. Attitude of pregnant womens, midwives, obstetrician and anesthesiologists toward mode of delivery: a qualitative study. *Payesh Health Monitor* 2011; 1 (1) 39-48. (Persian)
- 13- Ghaffari M, Sharifirad G, Akbari Z, Khorsandi M, Hassanzadeh A. "The Health belief model- based education & reduction of cesarean among pregnant women: an intervention study. *J Health Sys Res* 2011; 7(2): 200-8. (Persian)
- 14- Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there "unnecessary" cesarean sections? Perception of women and obstetrician about cesarean sections for nonclinical indications. *Birth* 2007; 34(1): 32-41.
- 15- Kjaergaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low- risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *J Reprod Infant Psychol* 2008; 26(4): 340-50.
- 16- McGrath SK, Kennell JH. A Randomized controlled trial of continuous labor support for middle class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth* 2008; 35(2): 92-7.
- 17- SadatAsadi Z, Solhi M, Taghdisi M H, Moghaddam Hosseini V, Javan R, Hashemian, M. "Investigating the effect of educational intervention based on the theory of rational practice on the choice of delivery method in pregnant women seeking selective treatment". *Int J Gynecol Obstet* 2014; 17(109): 1-8. (Persian)
- 18- Safari Moradabadi A. Hassani L, GHanbarnejad A, Madani A, Rajaei M, Dadipoor S. The Effect of

- Education on Knowledge and Preferred Method of Delivery in Nulliparous Women. *J Ardabil Univ Med Sci* 2015; 16(1 and 2): 74-83. (Persian)
- 19- Shahraki Sanavi F, Navidian A, Rakhshani F, Ansari-Moghaddam, A. The effect of education on based The theory of Planned Behavior toward normal delivery in pregnant women with intention elective cesarean. *Hormozgan Med J* 2013; (17)6: 531-39.
 - 20- Hajian S, Shariati, M, Mirzaei Najmabadi Kh, Yunesian M, Ajami, MI. The effect of educational interventions on knowledge, perceived efficacy, self- efficacy, behavioral intention and mode of childbirth in pregnant women. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2015; 13(6).
 - 21- Firoozbakht M, Nikpour M, Asadi SH. The study of the effect of prenatal education classes on the process of childbirth. *Int J Med Sci* 2013;2(1): 48-55.
 - 22- Bergstrom M, Kieler H, Waldenstrom U. Effect 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.
 - 23- Sjöberg Brixval C, Solveig Forberg A, Stig Krøger A, Pernille D, Vibeke K. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev* 2014, 3: 12.
 - 24- Denise M. The Cesarean Decision Survey. *J Perinat Educ* 2013; 22(4).
 - 25- Simpson K R, Newman G, Chirino OR. Patient education to reduce elective labor inductions. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010, 35(4): 188-94.
 - 26- Kathrin H. Stoll. Wendy Hall, KH. Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low- Risk Canadian Women: Is There a Connection? *J Perinat Educ* 2012, 21(4): 229-37.
 - 27- Chalmers B, Kingston D. Prenatal classes. In *What mothers say: The Canadian Maternity Care Experience Survey*. Ottawa, Canada: PHAC 2009; 47-50.

THE EFFECT OF CURRENT EDUCATIONAL PROGRAM IN HEALTH CARE CENTERS ON THE TYPE AND OUTCOME OF CHILDBIRTH: AN ANALYTICAL DESCRIPTIVE STUDY

Mehri Rezaie^{*1}, Sheida Dakhesh², Elmira EntezamiLarki³

Received: 05 Apr, 2019; Accepted: 28 June, 2019

Abstract

Background & Aims: One of the most important causes of women's tendency to cesarean section is lack of awareness, negative attitude towards natural delivery, and fear of labor pain. The aim of this study was to investigate the effect of current educational programs in health centers on the type and consequences of delivery.

Materials & Methods: This research is a descriptive-analytical and case-control study of a prospective type that was conducted in 2016- 2017. The study population consisted of pregnant women attending prenatal education centers in Saveh. All sections were taught based on the protocols of the Ministry of Health and Medical Education and were provided by midwives with a 60-hour certificate of physiological delivery. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: Demographic characteristics were not significantly different between the two groups. There was a significant difference in the type of delivery between the two groups, and in the case group, the highest rate of cesarean section was observed ($p = 0.011$). The mean duration of the first and second stages of labor was more in the case group ($p = 0.01$). The rate of tear and episiotomy was higher in the case group ($p = 0.001$). The rate of hospitalization in the first 24 hours after birth was higher in the control group ($p = 0.03$).

Conclusion: Current education has not had an impact on the outcomes of childbirth and appropriate corrections should be made in this regard.

Keywords: Childbirth preparation class, childbirth, Instruction program

Address: Headquarters of Saveh University of Medical Sciences, Islamic Republic Street, Saveh, Iran.

Tel: +989177920169

Email: mehrangize_rezai@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2019; 30(5): 372 ISSN: 1027-3727

¹ Lecturer, M.Sc in Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran (Corresponding Author)

² Medical Student, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

³ Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran