

میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر و برخی عوامل مؤثر بر آن در بیمارستان های دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۸۹

فاطمه واثق رحیم پرور^۱، محبوبه ولاشجردی^{۲*}، شهلا نوتاج^۳، گلنار ناصحی^۴، نفیسه دائمی^۵

۱. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. کارشناس مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۴. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. کارشناس مهندسی فناوری اطلاعات، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۳

خلاصه

مقدمه: از جنبه های اساسی سلامت باروری طی زایمان، حمایت حرفه ای لیبر به مفهوم حمایت مداوم و رفع مناسب نیازهای عاطفی، جسمی و اطلاعاتی زن است. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر و برخی از عوامل مؤثر بر آن توسط ماماها و دانشجویان مامایی انجام شد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی ۸۱ دانشجوی مامایی و ماماهاى بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی بررسی شدند که جهت تعیین میزان، اهمیت و برخی از موانع بکارگیری حمایت های لیبر از پرسشنامه استاندارد حمایت لیبر (LSQ) با امتیاز بین ۰-۱۳۵ و در سه سطح ضعیف، متوسط و خوب استفاده شد.

یافته ها: به طور کلی میانگین میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر $85/56 \pm 21/7$ (حد متوسط) بود که به تفکیک توسط دانشجویان $82/44 \pm 22/46$ (حد متوسط) و توسط ماماها $94/52 \pm 16/98$ (حد خوب) بود. همچنین میزان بکارگیری حمایت ها در زمینه های فیزیکی، عاطفی و طرفداری از تصمیمات زانو متوسط و در حیطه اطلاعاتی خوب بود. بکارگیری حمایت ها از نظر ماماها و دانشجویان، در تمام بخش ها با اهمیت بود. بین میزان اهمیت دادن به حمایت ها و مشخصات فردی دانشجویان و ماماها، با میزان بکارگیری حمایت ها ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$). مهمترین موانع بکارگیری رفتارهای حمایتی از دید ماماها، امور مربوط به ثبت پرونده و ارزشمند نبودن حمایت ها برای زانو و از دید دانشجویان، کارکنان بخش فقدان مهارت و تجربه بودند.

نتیجه گیری: با توجه به میزان متوسط بکارگیری حمایت ها و موانع بکارگیری آنها چون فقدان مهارت، ارزش قائل نبودن و امور مربوط به ثبت پرونده ها، نیاز به برنامه ریزی در جهت ارزش گذاری و رفع این موانع احساس می شود.

کلمات کلیدی: حمایت اطلاعاتی، حمایت عاطفی، حمایت فیزیکی، لیبر، ماما

* نویسنده مسئول مکاتبات: محبوبه ولاشجردی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۹۳۵۴۷۲۵۱۹۳؛ پست الکترونیک: m-velashjerdi@razi.tums.ac.ir

مقدمه

انتظارات مادر از زایمان، نقش مهمی را در تعیین پاسخی که زن به تجربه زایمان خود می دهد، بازی می کند (۱) و آنچه که از زایمان در خاطر زنان باقی می ماند، به خودی خود یکی از پیامدهای مهم زایمان به شمار می روند (۲). در واقع زایمان اثرات عمیق فیزیکی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی دارد (۳). این در حالی است که حمایت حین لیبر و زایمان اثر مثبتی بر روی پیامدهای زایمان دارد (۴، ۵).

از جنبه های اساسی بهداشت باروری کیفیت مراقبتی است که زنان دریافت می کنند (۶). کلمه "حمایت لیبر" اشاره به مراقبت غیر دارویی مداوم زنان در لیبر دارد. حمایت لیبر شامل راحتی فیزیکی مانند لمس، ماساژ، دوش گرفتن، آراستن، کمپرس سرد یا گرم و حمایت عاطفی شامل همراهی مداوم، اطمینان دادن، تشویق، حمایت اطلاعاتی و توصیه غیر دارویی است (۷) که این حمایت ها توسط زنان مختلفی از جمله ماماها، دانشجویان مامایی، پرستاران، اعضای خانواده و غیره فراهم شده اند (۸).

زن برای تطبیق خود با زایمان به عنوان یک واقعه پر استرس، نیازمند کمک و حمایت یک فرد متخصص در این امر است. ترس و اضطراب منجر به عدم پیشرفت زایمان و در نتیجه انجام مداخلات جراحی می شود (۹). در ایران میزان سزارین حدود ۴۰٪ است (۱۰) و در شهر تهران این میزان ۵۰/۳٪ گزارش شده است (۱۱) که تفاوت قابل ملاحظه ای با آمار مقبول اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی یعنی ۱۵-۵٪ دارد (۱۲). نکته مهم آن است که در مطالعات انجام شده یکی از مهمترین علل این افزایش، درخواست مادران برای انجام سزارین به علت ترس می باشد (۱۳).

به همین دلیل توصیه شده است که هر زن جهت رفع نیازهای عاطفی و حمایتی زنان از جمله کنترل درد و سازگاری با استرس زایمان به طور اختصاصی و مداوم توسط یک ماما تحت مراقبت و حمایت قرار گیرد (۹). گاگنون و واگهورن در مطالعه خود در کانادا بیان می کنند چون پرستار ماماها زمان زیادی از وقت شان را در اتاق زنان نمی گذرانند و حدود ۴۷/۶٪ آنها در حال

فراهم کردن مراقبت های غیر مستقیم هستند مراقبت های حمایتی را فراهم نمی کنند. علت دیگر اینکه، در طبقه بندی مراقبت های غیر مستقیم بیشتر از نصف وقت این افراد به ارائه و گرفتن گزارش از وضعیت بیمار و مراقبت یا جدول بندی می گذرد و بیشتر از یک چهارم آنها در حال آماده کردن وسایل و داروها بوده اند. پزشکان، ماماها و مدرسین باید باور کنند که چنین مراقبت هایی ارزش مساوی یا بیشتر از مراقبت های تکنیکی دارند (۱۴).

طبق بررسی پژوهش حاضر، مطالعاتی که در جهان جهت ارزیابی میزان بکارگیری این حمایت ها انجام شده اند اغلب بر اساس مشاهده میزان زمانی بوده که ماماها یا پرستار ماماها صرف چنین مراقبت هایی کرده اند و بیشتر مطالعات نیز به بررسی تأثیرگذاری حمایت های حرفه ای لیبر (حمایت اختصاصی مامایی) بر روند لیبر و زایمان پرداخته اند. در ایران نیز با بررسی های به عمل آمده به نظر می رسد مطالعه ای در زمینه میزان بکارگیری این حمایت ها انجام نشده و تنها چند مطالعه به بررسی تأثیر آموزش حمایت ها بر میزان بکارگیری آنها یا اثر حمایت ها بر پیامدهای لیبر و زایمان پرداخته اند. این مطالعه با هدف تعیین میزان بکارگیری حمایت های حین لیبر و برخی از عوامل مؤثر بر آن، بر اساس پرسشنامه استاندارد حمایت لیبر (LSQ) انجام شده است. بررسی ها نشان دادند، میزان بکارگیری حمایت های لیبر و عوامل مؤثر بر آن در جوامع مختلف متفاوت است. لذا لازم است جهت برنامه ریزی در این رابطه، شرایط خاص هر جامعه در نظر گرفته شود و با توجه به موانع و عوامل تسهیل کننده بکارگیری حمایت های لیبر برنامه ریزی مناسبی به عمل آید.

روش کار

این مطالعه مقطعی به منظور تعیین میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر و برخی از عوامل مؤثر بر آن بر روی ۸۱ نفر از ماماها و دانشجویان مامایی واجد شرایط در بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۹ انجام شده است. شرایط ورود به مطالعه شامل این موارد بودند: ۱- ماما

بندی به صورت (۰) بدون اهمیت تا (۵) دارای بیشترین اهمیت، و بخش سوم در جهت تعیین عوامل مؤثر بر انجام رفتارهای حمایتی لیبر طراحی شده است. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر بخش دوم پرسشنامه که تعیین میزان اهمیت بکارگیری روش‌ها از نظر ماماها و دانشجویان است، به عنوان یکی از عوامل احتمالی مؤثر بر میزان بکارگیری رفتارهای حرفه‌ای لیبر مد نظر قرار گرفت، زیرا ممکن است بکارگیری یا عدم بکارگیری حمایت‌ها به علت میزان اهمیتی باشد که شرکت‌کنندگان به انجام آنها می‌دهند.

امتیاز پرسشنامه در بخش اول و دوم از ۰ تا ۱۳۵ بود که برای بخش اول در سه سطح ضعیف (با امتیاز ۰-۴۴)، متوسط (با امتیاز ۴۵-۸۹) و خوب (با امتیاز ۹۰-۱۳۵)، و برای بخش دوم در سه سطح کم اهمیت (با امتیاز ۰-۴۴)، تاحدودی با اهمیت (با امتیاز ۴۵-۸۹) و با اهمیت (با امتیاز ۹۰-۱۳۵) دسته‌بندی شد. این پرسشنامه رفتارهای حمایتی را در ۴ حیطه فیزیکی، عاطفی، اطلاعاتی و طرفداری از تصمیمات زائو بررسی می‌کند. حمایت در حیطه فیزیکی ۶ سؤال، با امتیاز ۰ تا ۳۰، در حیطه عاطفی ۱۳ سؤال با امتیاز ۰ تا ۶۵، در زمینه اطلاعاتی ۳ سؤال با امتیاز ۰ تا ۱۵ و در بخش طرفداری از تصمیمات زائو ۵ سؤال با امتیاز ۰ تا ۲۵ را با طبقه‌بندی در سه سطح شامل می‌شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۸) صورت گرفت. برای تعیین ارتباط متغیرهای مستقل از جمله مشخصات فردی و اهمیت بکارگیری حمایت‌ها با میزان بکارگیری حمایت‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر و تی تست مستقل استفاده شد و $p < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد. همچنین یافته‌های مطالعه به صورت میانگین و انحراف معیار (انحراف معیار \pm میانگین) و فراوانی نسبی و مطلق گزارش می‌شوند.

یافته‌ها

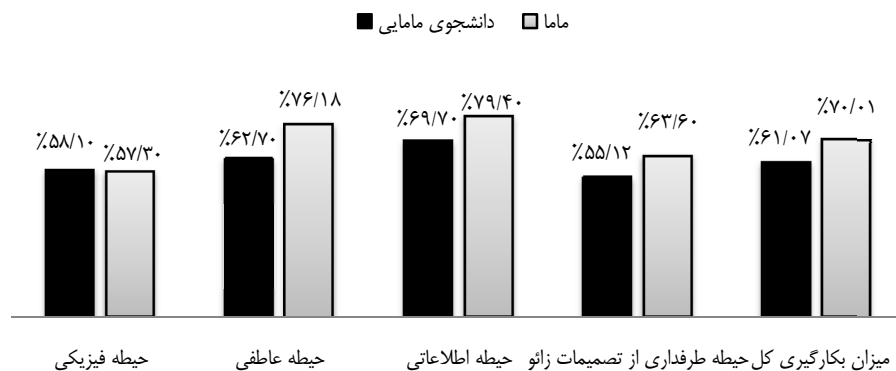
در مطالعه حاضر ۶۰ نفر (۷۴/۰۸٪) از شرکت‌کنندگان، دانشجوی مامایی و ۲۱ نفر (۲۵/۹۲٪) آنها ماماها بودند. ۴۳ دانشجو (۷۱/۷٪) و ۱۵ ماما از دانشگاه علوم

باید حداقل یک سال در زایشگاه مورد نظر مشغول به کار باشد، ۲- دانشجوی مامایی سال ۳ و بالاتر باشد، ۳- دانشجوی مامایی حداقل ۲ زایمان در زایشگاه انجام داده باشد. به علت کم بودن تعداد ماماها شاغل در بخش زایمان بیمارستان‌های غیر آموزشی وابسته به دو دانشگاه، تمام ماماها واجد شرایط و مایل به شرکت در مطالعه، وارد مطالعه شدند که در مجموع ۲۱ نفر بودند. این تعداد ماما از دو بیمارستان غیر آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و تنها بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انتخاب شدند. حجم نمونه برای دانشجویان بر مبنای $p=0/3$ از مطالعه گرانمایه و همکاران (۱۵)، ۶۰ نفر تعیین شد. پس از تعیین تعداد نمونه‌ها برای هر دانشگاه بر اساس نسبت جمعیت دانشجویان مامایی هر یک از آنها و با مراجعه در شیفت‌های مختلف کاری به بیمارستان‌های مربوط به هر دانشگاه و به صورت در دسترس (آسان) نمونه‌گیری به عمل آمد. پس از بیان هدف از انجام مطالعه و اطمینان دادن از محرمانه ماندن اطلاعات توسط پژوهشگر، افرادی که دارای مشخصات واحدهای پژوهش و مایل به شرکت بودند، وارد مطالعه شدند. جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه انجام شد. که شامل ۱۲ سؤال مشخصات فردی برای ماماها و ۸ سؤال برای دانشجویان مامایی بود. تعیین میزان بکارگیری حمایت‌های حرفه‌ای لیبر در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد حمایت لیبر (LSQ¹) که توسط خانم سائولز به صورت خود گزارش دهی طراحی شده است، استفاده شد (۱۶). این پرسشنامه به زبان فارسی ترجمه شده است و از روایی و پایایی خوبی برخوردار می‌باشد. ناصحی و همکاران ضریب پایایی پرسشنامه را توسط ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۷ ($p=0/000$) تعیین کرده‌اند (۱۷). پرسشنامه LSQ خود مشتمل بر ۳ بخش است: بخش اول جهت تعیین میزان بکارگیری ۲۷ مورد از حمایت‌های حرفه‌ای لیبر (مامایی) با امتیاز بندی از (۰) هرگز استفاده نمی‌کنم تا (۵) همیشه استفاده می‌کنم، بخش دوم جهت تعیین میزان اهمیت بکارگیری رفتارهای حمایتی با امتیاز

¹ Labor Support Questionnaire

پزشکی تهران و ۱۷ نفر (۲۸/۳٪) از دانشجویان و ۶ نفر (۲۸/۶٪) از ماماها از دانشگاه علوم پزشکی بهشتی بودند. توزیع مشخصات دانشجویان و ماماها در جدول ۱ و ۲ آمده است. نتایج تحلیل یافته های حاصل از مشخصات فردی شرکت کنندگان نشان می دهد، میانگین سنی دانشجویان مامایی ۲۱/۷±۱/۴۳ سال و میانگین سنی ماماها ۳۷/۸±۸/۹ سال می باشد. بیشترین درصد مربوط به دانشجویان سال سوم کارشناسی مامایی بود. میانگین سنوات خدمت ماماها ۱۳±۸/۳۴ سال بود. ۶ دانشجو (۱۰٪) متأهل بودند و از این میان هیچ یک تجربه شخصی زایمان نداشته و فرزند نداشتند. میانگین تعداد فرزندان ۱۳ مامایی (۶۱/۹٪) که دارای تجربه شخصی زایمان بودند، ۱/۶۹ فرزند بود. تنها ۴ دانشجو (۶/۷٪) در حین تحصیل شاغل بودند که نیمی از آنها اشتغال به کار دانشجویی داشتند. اکثر دانشجویان یعنی ۴۲ نفر (۷۰٪) از آنها در زمینه حمایت های حین لیبر آموزش ندیده بودند. میانگین ساعت دوره های آموزشی حمایت های مامایی گذرانده شده توسط دانشجویان ۸/۶±۷/۸ ساعت بود. غالب ماما دوره های آموزشی حمایت های مامایی را گذرانده بودند که میانگین ساعت دوره های طی شده، ۶۰/۹±۱/۶ ساعت بود. یافته های این مطالعه نشان داد، بر اساس امتیاز پرسشنامه LSQ میانگین میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر ۸۵/۵۶±۲۱/۷ (در حد متوسط) و به تفکیک در میان دانشجویان ۸۲/۴۴±۲۲/۴۶ (در حد

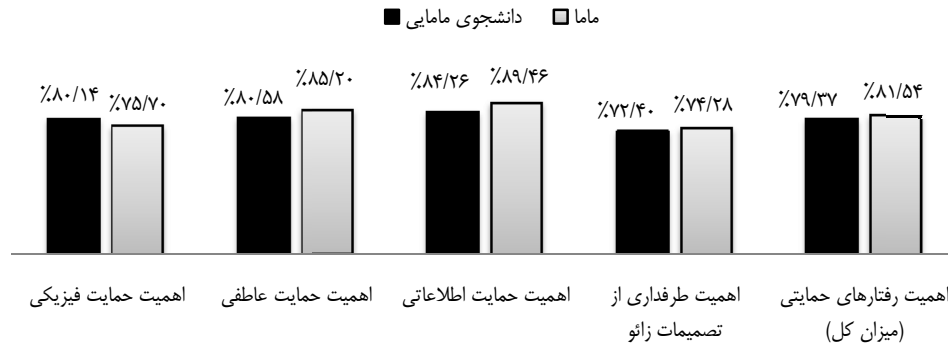
متوسط) و در میان ماماها ۹۴/۵۲±۱۶/۹۸ (در حد خوب) بوده است. در این مطالعه قصد مقایسه بین ماماها و دانشجویان مامایی نبوده است. همچنین یافته ها نشان می دهند میانگین میزان بکارگیری حمایت های حین لیبر بر اساس امتیاز پرسشنامه LSQ در حیطه حمایت های فیزیکی ۱۷/۳۷±۶/۱۲ (در حد متوسط)، در حیطه حمایت عاطفی ۴۳/۰۳±۱۱/۱۴ (در حد متوسط)، در حیطه حمایت اطلاعاتی ۱۰/۸۲±۲/۸۷ (در حد خوب) و در حیطه طرفداری از تصمیمات زانو ۱۴/۳۴±۴/۸۷ (در حد متوسط) بوده است. همین طور میانگین میزان بکارگیری حمایت های حین لیبر بر اساس امتیاز پرسشنامه LSQ به تفکیک توسط دانشجویان در حیطه حمایت فیزیکی ۱۷/۴۴±۶/۲۷ (در حد متوسط)، در حیطه حمایت عاطفی ۴۰/۷۶±۱۱/۱۷ (در حد متوسط)، در حیطه حمایت اطلاعاتی ۱۰/۴۵±۲/۹۴ (در حد خوب) و در حیطه طرفداری از تصمیمات زانو ۱۳/۷۸±۵/۰۴ (در حد متوسط) بود و این میزان توسط ماماها در حیطه حمایت فیزیکی ۱۷/۱۹±۵/۸ (در حد متوسط)، در حیطه حمایت عاطفی ۴۹/۵۲±۸/۳۱ (در حد خوب)، در حیطه حمایت اطلاعاتی ۱۱/۹±۲/۴۲ (در حد خوب) و در حیطه طرفداری از تصمیمات زانو ۱۵/۹±۴/۰۶ (در حد متوسط) بود. میزان بکارگیری حمایت های لیبر توسط دانشجویان و ماماها و مجموع دو گروه، برحسب درصد امتیازات پرسشنامه LSQ در شکل (۱) آمده است.



شکل ۱- نمودار میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر توسط دانشجویان مامایی و ماماها (بر اساس درصد امتیازات پرسشنامه LSQ)

اهمیت بکارگیری حمایت های لیبر توسط دانشجویان و ماماها و مجموع دو گروه، برحسب درصد امتیازات پرسشنامه LSQ در شکل (۲) آمده است.

یافته های مطالعه حاکی از آن است که بکارگیری حمایت های لیبر از نظر دانشجویان مامایی با میانگین امتیاز $107/15 \pm 22/09$ و از نظر ماماها با میانگین امتیاز $110/09 \pm 13/82$ با اهمیت تلقی شده بود. میزان



شکل ۲- نمودار میزان اهمیت حمایت های حرفه ای لیبر از نظر دانشجویان مامایی و ماماها (بر اساس درصد امتیازات پرسشنامه LSQ)

بکارگیری حمایت های لیبر با سن، سال تحصیلی، وضعیت تأهل، زمان معمول کارآموزی، علاقه به رشته تحصیلی، اشتغال حین تحصیل، گذراندن دوره های آموزشی و وجود مانع برای بکارگیری حمایت ها ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت (جدول ۱).

تست کای اسکوتر بین میزان بکارگیری حمایت ها توسط دانشجویان و ماماها با میزان اهمیتی که برای انجام آنها قائل بودند، رابطه آماری معنی داری را نشان نداد. بر اساس آزمون تی تست مستقل و تست کای اسکوتر، با اطمینان ۹۵٪ در میان دانشجویان بین میزان

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات دانشجویان مامایی بیمارستان های دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۸۹

متغیر	فراوانی (درصد)	p-value
سن	۲۰-۲۲ (۷۱/۷) ۴۳	۰/۱۶۵
	۲۳-۲۷ (۲۸/۳) ۱۷	
سال تحصیلی	سوم کارشناسی (۵۸/۳) ۳۵	۰/۸۶۱
	چهارم کارشناسی (۴۱/۷) ۲۵	
وضعیت تأهل	مجرد (۹۰) ۵۴	۰/۵۰۲
	متأهل (۱۰) ۶	
زمان معمول انجام کارآموزی	ثابت صبح (۳۱/۷) ۱۹	۰/۷۴۴
	ثابت صبح و عصر (۴۱/۷) ۲۵	
	شیفت در گردش (۲۶/۷) ۱۶	
علاقه به رشته	بله (۱۳/۳) ۸	۱/۰۰۰
	تا حدودی (۵۸/۳) ۳۵	
	خیر (۲۸/۳) ۱۷	
اشتغال به کار حین تحصیل	خیر (۹۳/۳) ۵۶	۱/۰۰۰
	بله (۶/۷) ۴	
گذراندن آموزش در مورد حمایت های مامایی	خیر (۷۰) ۴۲	۰/۸۵۵
	بله (۳۰) ۱۸	

در میان ماماها نیز بین بکارگیری حمایت های لیبر با سن، سنوات خدمت، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، نحوه زایمان، سطح تحصیلات، نوع دانشگاه محل تحصیل، وضعیت استخدام، وضعیت شیفت کاری، علاقه به رشته، رضایت شغلی، وضعیت اقتصادی، گذراندن دوره های آموزشی و وجود مانع برای بکارگیری حمایت ها ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی مشخصات ماماها در بیمارستان های دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۸۹

متغیر	فراوانی (درصد)	p-value
سن	۲۰-۳۵ (۳۸/۱) ۸	۰/۵۲۶
	۳۶-۵۰ (۶۱/۹) ۱۳	
سنوات خدمت	۱-۱۰ (۳۳/۳) ۷	۱/۰۰۰
	۱۱-۲۰ (۵۲/۴) ۱۱	
	۲۱-۳۰ (۱۴/۳) ۳	
وضعیت تأهل	مجرد (۲۳/۸) ۵	۰/۵۳۰
	متأهل (۷۶/۲) ۱۶	
تعداد فرزندان	۰ (۳۸/۱) ۸	۰/۶۷۶
	۱ (۲۳/۸) ۵	
	۲ و بیشتر (۳۸/۱) ۸	
نحوه زایمان	طبیعی (۳۸/۴۶) ۵	۱/۰۰۰
	سزارین (۵۳/۸۴) ۷	
	طبیعی و سزارین (۷/۷) ۱	
نوع دانشگاه محل تحصیل	دولتی (۶۶/۷) ۱۴	۰/۳۷۷
	آزاد (۳۳/۳) ۷	
سطح تحصیلات	لیسانس (۹۰/۵) ۱۹	۰/۵۸۱
	فوق لیسانس (۹/۵) ۲	
وضعیت استخدامی	رسمی (۶۶/۷) ۱۴	۰/۸۷۴
	غیر رسمی (۳۳/۴) ۷	
نوع شیفت کاری	ثابت صبح (۱۴/۳) ۳	۰/۶۴۷
	شیفت در گردش (۸۵/۷) ۱۸	
علاقه به رشته	بله (۴۲/۹) ۹	۱/۰۰۰
	تاحدودی (۳۸/۱) ۸	
	خیر (۱۹) ۴	
رضایت از شغل	زیاد (۲۳/۸) ۵	۰/۳۳۱
	تا حدودی (۶۶/۷) ۱۴	
	کم (۹/۶) ۲	
وضعیت اقتصادی	مطلوب (۱۹) ۴	۰/۵۱۴
	تاحدودی مطلوب (۴۲/۹) ۹	
	نامطلوب (۳۸/۱) ۸	
گذراندن دوره های آموزشی حمایت مامایی	بله (۶۶/۷) ۱۴	۰/۵۳۳
	خیر (۳۳/۳) ۷	

اکثر دانشجویان یعنی ۵۴ نفر (۹۰٪) و اکثر ماماها یعنی ۱۵ نفر (۷۱/۴٪) به این سؤال پرسشنامه LSQ که "آیا چیزهایی وجود دارند که مانع شما از بکارگیری حمایت های حرفه ای در طی لیبر شوند؟" پاسخ مثبت دادند. پاسخ شرکت کنندگان به این قسمت پرسشنامه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳- درصد موانع بکارگیری حمایت های حرفه ای مامایی از نظر دو گروه ماماها و دانشجویان مامایی بیمارستان های دانشگاهی شهر تهران در سال ۱۳۸۹

دانشجویان مامایی		ماماها		گروه
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	موانع ذکر شده در برابر بکارگیری حمایت ها
۴۱/۵۰	۴۴	۸/۳۴	۱	کارکنان بخش
۲۴/۵۲	۲۶	۰	۰	فقدان مهارت و تجربه
۷/۵۴	۸	۵۸/۳۲	۷	کارهای مربوط به ثبت پرونده
۷/۵۴	۸	۸/۳۴	۱	ارزشمند نبودن رفتارهای حمایتی برای مسئولین
۱۶/۰۳	۱۷	۸/۳۴	۱	ارزشمند نبودن رفتارهای حمایتی برای همکاران
۲/۸۷	۳	۱۶/۶۶	۲	ارزشمند نبودن رفتارهای حمایتی برای زائو

(۲۰۰۱) در مطالعه خود در امریکا بیان می کنند، درصد بالایی از حمایت های فیزیکی، عاطفی و اطلاعاتی توسط زنان مورد انتظار است. حمایت حین لیبر، پیامدهای لیبر و زایمان را ارتقاء می بخشد به طوری که وقتی به زنان برای تطابق با استرس لیبر با درجات بالایی از مهارت های فردی کمک شود، رضایت مندی زنان در ارتباط با تجربه زایمان شان افزایش می یابد (۱۸).

در این مطالعه میان هیچ یک از مشخصات فردی و میزان بکارگیری حمایت ها ارتباطی مشاهده نشد. ($p > 0.05$). بکارگیری حمایت ها در کل در حد متوسط و به تفکیک در حیطه های فیزیکی، عاطفی و طرفداری از تصمیمات زائو در حد متوسط و در حیطه اطلاعاتی در حد خوب بود. همچنین بکارگیری حمایت ها در تمام حیطه ها با اهمیت دانسته شده بود و بین اهمیت حمایت ها با میزان بکارگیری حمایت ها در مطالعه حاضر ارتباطی مشاهده نشد ($p = 0.259$) برای ماماها و $p = 0.481$ برای دانشجویان). مهمترین موانع بکارگیری رفتارهای حمایتی از دید ماماها، کارهای مربوط به ثبت پرونده و ارزشمند نبودن حمایت ها برای زائو و از دید دانشجویان، کارکنان بخش و فقدان مهارت و تجربه بودند. کمبود نیرو و عدم رعایت استاندارد نسبت ماما- زائو، عدم حمایت و رعایت سلسله مراتب و شرح وظایف

از میان مواردی که دانشجویان خود در قسمت سایر موارد به عنوان موانع بکارگیری رفتارهای حمایتی ذکر کرده اند می توان به انجام کارهای معمول بیمارستان، خستگی و بی حوصلگی، سیستم رزیدنتی بیمارستان های آموزشی، کمبود وقت و نبود امکانات، اهمیت ندادن سیستم زایمانی به این نوع رفتارها، ترس از به وجود آمدن ضرر برای زائو و ایجاد مسئولیت، ملزم بودن به توجه و یادگیری و غافل شدن از برقراری ارتباط با زائو را ذکر کرد. همچنین از مواردی که ماماها به عنوان مانع ذکر کرده اند می توان به عدم تمایل و همکاری متخصصین زنان، کمبود نیرو و عدم رعایت استاندارد نسبت ماما - زائو، عدم حمایت و رعایت سلسله مراتب و شرح وظایف توسط پزشکان، کاهش انگیزه به علت کافی نبودن حقوق و مزایا و پاداش های غیر مالی به خصوص در مورد شیفت های شب و روزهای تعطیل، عدم آگاهی زنان باردار و عدم همکاری آنها، موارد قانونی و دستورات مربوط به پزشکان و مسائل مربوط به قوانین پرستاری و عدم حمایت دفاتر پرستاری و نداشتن آزادی عمل اشاره کرد.

بحث

یکی از بخش های مراقبت سلامت عمومی، حمایت زنان در هنگام زایمان است (۷). تیموبلین و سیمکین

توسط پزشکان، کاهش انگیزه به علت کافی نبودن حقوق و مزایا و پاداش های غیر مالی نیز از موانع ذکر شده توسط شرکت کنندگان هستند.

میانگین امتیازات کسب شده از میزان بکارگیری روش های کاهش درد زایمان در مطالعه گرانامیه و همکاران (۱۳۸۵)، بر حسب مشخصات فردی در گروه های سنی مختلف، میزان تحصیلات، نوع دانشگاه محل تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، سابقه کار در اتاق زایمان، شیفت کاری و تجربه شخصی زایمان، قبل و بعد از آموزش از نظر آماری تفاوت معناداری نداشته است (۱۵) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. علاوه بر این موارد در این مطالعه میان میزان بکارگیری حمایت ها با میزان علاقه به رشته تحصیلی، وضعیت اقتصادی، رضایت شغلی و گذراندن دوره های آموزشی نیز، رابطه ای مشاهده نشد ($p > 0/05$).

با توجه به اینکه مطالعه مشابهی در مورد میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر در ایران یافت نشد، جهت مقایسه نتایج، به بررسی اطلاعات پایه دو مطالعه مداخله ای در ایران پرداخته شد. از جمله ناصحی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه خود میزان بکارگیری حمایت های حین لیبر در دو گروه مداخله و کنترل را قبل از انجام مداخله آموزشی، بر اساس امتیاز پرسشنامه LSQ در محدوده متوسط (۸۹-۴۵) تعیین کردند. همچنین به تفکیک، میزان بکارگیری حمایت های حین لیبر بر اساس امتیاز پرسشنامه LSQ در حیطه حمایت های فیزیکی، عاطفی و اطلاعاتی در محدوده متوسط و در حیطه طرفداری از تصمیمات زائو در محدوده ضعیف بود (۱۷). این نتایج در مورد میزان بکارگیری کل، میزان بکارگیری در حیطه عاطفی و فیزیکی با مطالعه حاضر همسو می باشد. همچنین در صورتی که میزان بکارگیری حمایت ها را در مطالعه ذکر شده، به علت دانشجو بودن شرکت کنندگان فقط با گروه دانشجوی مامایی در مطالعه خود مقایسه کنیم، باز هم در مورد میزان بکارگیری کل، میزان بکارگیری در حیطه عاطفی و فیزیکی با مطالعه ما همخوانی دارد.

گرانامیه و همکاران (۱۳۸۵) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. میزان بکارگیری روش های کاهش درد زایمان

توسط ماماها در سه حیطه شناختی- رفتاری یا حمایتی، فیزیولوژی و روش های تکمیلی جایگزینی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله آموزشی ۷۶/۳٪ و در حد متوسط قرار داشته است (۱۵). این میزان با میزان بکارگیری کل در این مطالعه مشابه اما به طور خاص با گروه ماماها در مطالعه حاضر تفاوت داشت که این تفاوت ممکن است ناشی از آن باشد که در مطالعه گرانامیه و همکاران تنها بکارگیری روش های کاهش درد بررسی شده است در حالی که بکارگیری روش های کاهش درد تنها بخشی از حمایت های حین لیبر است که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت.

در مطالعه گاگون و واگهورن (۱۹۹۶) زمان سپری شده جهت انجام مراقبت های حمایتی ۶/۱٪ تعیین شد که این پژوهشگران بیان می کنند پرستار ماماها تنها مقدار کمی از زمانشان را صرف مراقبت های حمایتی زنان واقع در لیبر می کنند. از این ۶ درصد زمان، حمایت های اطلاعاتی بیشترین درصد مراقبت های حمایتی را نسبت به سه حیطه حمایت های توصیه ای، عاطفی و فیزیکی به خود اختصاص داده بودند (۱۴).

میلنتر در پژوهش خود در سال ۲۰۰۲ در آمریکا نشان داد که ماماها ۳۱/۵٪ از زمان مشاهده شده را صرف فراهم کردن حداقل یک مداخله مراقبت حمایتی با یا بدون مداخله مراقبتی غیر مستقیم یا مراقبت همزمان کرده بودند (۱۹). این ماماها نسبت به مطالعات قبلی مراقبت های حمایتی بیشتری را فراهم کرده بودند. پیشنهاد شده است که کم بودن زمان صرف شده برای مراقبت های حمایتی در مطالعات قبلی می تواند به علت فقدان مهارت برای انجام این مراقبت ها یا فقدان ناشی از مدل های پرسنلی غیر قابل انعطاف است، که باعث شده تا ماماها نتوانند با تغییرات دائمی تعداد بیماران تحت مراقبت در واحد زایمان تطابق یابند (۵).

در مطالعه حاضر نیز اگر چه میزان کلی بکارگیری حمایت ها مانند مطالعه گرانامیه و همکاران در حد متوسط است اما به نظر می رسد از یک طرف تحت تأثیر بالاتر بودن تعداد دانشجویان مامایی نسبت به ماماها و از طرف دیگر نزدیک بودن میزان بکارگیری حمایت ها توسط ماماها به حد پایین محدوده خوب بکارگیری

پایان و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود در کشور کانادا مهمترین موانع مؤثر بر توانایی آنها در فراهم کردن حمایت مداوم لیبر را، اورژانس بودن واحد زایمان، روش واگذاری بیمار، نیاز به پوشش دادن کار دیگر ماماها در وقت استراحت، نسبت ماما به بیمار، طرز تفکر و بینش در مورد مراقبت‌ها و در نهایت، سرپرست تیم دانسته اند. از دیگر موارد ذکر شده می‌توان به انجام وظایف غیر مامایی، نیاز به مشورت خواستن از همکاران ایستگاه پرستاری مرکزی، مانیتور مرکزی جنین و تنظیم چارت بیمار اشاره کرد (۲۱).

در این مطالعه در مورد دانشجویان مامایی همانطور که خود آنها ذکر کرده اند فقدان مهارت، تجربه و تحت نظر مربی، کارکنان بخش و سیستم رزیدنتی بودن بیمارستان‌های آموزشی و انجام وظایف مربوط به یادگیری و کارآموزی در واقع مانعی برای بکارگیری رفتارهای حمایتی است و اینکه آنها نسبت به ماماها کمتر این حمایت‌ها را برای زنان در لیبر فراهم می‌کنند قابل توجهی است اما لازم است که دانشجویان مامایی با مدل‌های حمایتی آشنا شوند و به انجام آن عادت کنند. در صورتی که دانشجویان به انجام این مدل‌های حمایتی عادت نکنند در این صورت در آینده برای آنها مشکل خواهد بود (۲۲). در این مطالعه رفتارهای حمایتی هم از جانب دانشجویان مامایی و هم از جانب ماماها با اهمیت تلقی شده بودند. آنچه که بیش از همه در بین موارد بازدارنده در مطالعه حاضر و مطالعات فوق ذکر شده، حمایت مسئولین است. برای توسعه میزان مراقبت‌های حمایتی باید موانع سازمانی و فرهنگی واحد زایمان را ارزیابی کرد زیرا این افراد موانع سازمانی را به عنوان عامل مهم و مؤثر بر توانایی فراهم کردن حمایت مداوم لیبر نگاه می‌کنند (۲۱). در واقع ارزش گذاری این حمایت‌ها توسط مدیران سازمانی می‌تواند باعث فراهم کردن بیشتر امکانات و تجهیزات مورد نیاز برای حمایت‌ها، تعداد کارکنان کافی، ارتقاء دانش و مهارت‌های ماماها در زمینه حمایت‌های لیبر و در نهایت افزایش انگیزه آنها برای فراهم کردن این حمایت‌ها شود. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان جمعیت مورد پژوهش که تعداد بسیار کمی از ماماها شاغل در بخش

است. به هر حال در صورتی که تنها گروه ماماها با نتایج مطالعه گرانمایه و همکاران و گانگن و واگهورن مقایسه شوند که شرکت کنندگان شان ماماها و پرستار ماماها بودند، میزان بکارگیری حمایت‌های حین لیبر در مطالعه حاضر بیشتر (حد خوب بکارگیری) بوده است. اگرچه بین میزان بکارگیری و گذراندن دوره‌های آموزشی حمایت مامایی اختلاف آماری مشاهده نشد، که ممکن است ناشی از کوچک بودن حجم نمونه باشد، اما نمی‌توان نقش این آموزش‌ها را نادیده گرفت زیرا که حدود دو سوم ماماها‌های شرکت کننده این دوره‌ها را به میزان حدود ۶۰ ساعت گذرانده بودند و مطالعات ناصحی و همکاران و گرانمایه و همکاران هر دو نشان دهنده تأثیر مثبت آموزش بر میزان بکارگیری این حمایت‌ها بوده اند (۱۷، ۱۵). در طی سال‌های اخیر در ایران توجه زیادی به سمت بکارگیری حمایت‌های حین لیبر معطوف گشته و دوره‌های آموزشی این حمایت‌ها و روش‌های کاهش درد زایمان و انجام زایمان فیزیولوژی در بسیاری از استان‌های کشور برگزار شده اند و ماما حتی اگر این دوره‌ها را طی نکرده باشند تا حدودی با آنها آشنایی دارند، همانطور که گرانمایه و همکاران نیز در مطالعه خود ذکر می‌کنند ۷۲/۹٪ از ماماها اظهار داشتند با روش‌های کاهش درد تا حدودی آشنایی دارند (۱۵). به نظر می‌رسد عوامل دیگری نیز در میزان بکارگیری این حمایت‌ها مؤثر باشند.

در مطالعه دیویس و هادنت (۲۰۰۲) در کانادا مهمترین مانع انجام حمایت‌ها از دید ماماها، ناکافی بودن کارکنان ذکر شده است. موانع دیگری که در مطالعه آنها ذکر شده، نگرش منفی کارکنان، محیط فیزیکی و فقدان حمایت مدیر بوده است. بنابراین حمایت مدیر، آموزش، محیط فیزیکی مناسب، تعداد کارکنان کافی و کار تیمی، تسهیل کننده انجام حمایت‌ها دانسته شده است (۲۰). در مطالعه دیویس نگرش منفی افراد از موانع ذکر شده است، اگرچه در مطالعه حاضر به تعیین نگرش شرکت کنندگان به طور جداگانه پرداخته نشده است ولی با توجه به اینکه هر دو گروه شرکت کننده انجام رفتارهای حمایتی را با اهمیت دانسته اند به نظر می‌رسد نگرش آنها نسبت به این حمایت‌ها نیز مثبت باشد.

تسهیل کننده بکارگیری حمایت ها برای رسیدن به حد مطلوب در حمایت از زنان در هنگام زایمان، سعی و توجه لازم را مبذول دارند. برقراری دوره های آموزشی برای زنان باردار و ترغیب آنها به شرکت در این کلاس ها نیز می تواند منجر به ارزش گذاری بیشتر حمایت ها شده و پذیرش و همکاری بهتر زنان را در هنگام زایمان فراهم کند.

نتیجه گیری

میزان بکارگیری حمایت های حرفه ای لیبر توسط دانشجویان مامایی و ماماها در حد متوسط است و تحت تأثیر هیچ یک از مشخصات فردی قرار ندارد. موانع بکارگیری حمایت ها از دیدگاه شرکت کنندگان فقدان مهارت و تجربه، فقدان امکانات و تجهیزات، مسائل و مشکلات سازمانی و ارزش گذاری نشدن این حمایت ها در سطوح مختلف سازمانی و در بین زنان باردار است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره قرارداد ۸۸-۰۴-۶۱-۹۲۰۸ مورخ ۱۳۸۹/۰۳/۰۶ می باشد. بدینوسیله از حامیان طرح و نیز از کلیه ماماها و دانشجویان محترم مامایی که در این طرح شرکت داشتند تشکر و قدردانی می نمایم.

زایمان را شامل می شد را نام برد. بنابراین با وجود اینکه تمامی ماماها می که واجد شرایط شرکت در مطالعه و مایل به شرکت در آن بودند، وارد مطالعه شدند؛ تعداد نمونه در گروه ماماها کم بود. محدودیت دیگر همانطور که طراح پرسشنامه LSQ خانم سائولز عنوان می کنند پرسشنامه از نوع خود گزارش دهی است (۱۶)، در حالی که روش مشاهده می توانست نتایج دقیق تری را ارائه دهد. اگرچه سطح آگاهی و آموزش در زمینه حمایت های مامایی چند سالی است که در کشور ما افزایش داشته اما ممکن است اختلافی که بین میزان بکارگیری حمایت ها بین این مطالعه و مطالعات انجام شده در خارج از کشور مشاهده می شود، صرف نظر از معیار سنجش، نوع طراحی پرسشنامه باشد زیرا اغلب مطالعات به صورت مشاهده میزان زمانی بوده که ماماها یا پرستار ماماها صرف انجام حمایت های حین لیبر می کردند. بنابراین توصیه می شود مطالعات آینده از جمعیت های بزرگتر مامایی در سطح کشوری و به صورت مشاهده ای برای ارزیابی وضعیت بکارگیری حمایت ها در کشورمان صورت گیرند. همچنین با توجه به موانع ذکر شده برای بکارگیری حمایت ها در این مطالعه به نظر می رسد لازم است مطالعات دقیق تری برای شناسایی عوامل بازدارنده و تسهیل کننده انجام حمایت ها انجام شود. همچنین ضروری است مدیران و برنامه ریزان دانشگاه ها و بیمارستان ها در جهت رفع این موانع و تقویت عوامل

منابع

1. Beaton J, Gupton A. Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery* 1990 Sep;6(3):133-9.
2. Page LA. Keeping birth normal In: Page LA, Percival P. *The new midwifery: science and sensitivity in practice*. Edinburgh:Churchill Livingstone;2000:105-22.
3. Simkin P. Just another day in women's life? Part II: Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* 1992 Jun;19(2):64-81.
4. Hemminki E, Virta AL, Koponen P, Malim M, Kojo-Austin H, Tuimala R. A trial on continuous human support during labor: feasibility, interventions and mother's satisfaction. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1990 Jan 1;11(4):239-50.
5. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18;(3):CD003766.
6. Kabakian-Khasholian T, Campbell O, Shediak-Rizkallah M, Ghorayeb F. Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity. *Soc Sci Med* 2000 Jul;51(1):103-13.
7. Teshome M, Abdella A, Kumbi S. Parturients' need of continuous labor support in labor wards. *Ethiop J Health Dev* 2007;21(1):35-9.
8. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002 Sep 18;288(11):1373-81.
9. Moslemabadi Farahani SH, Malekzadegan A, Mohammadi R, Hosseini F. [Effect of the one to one midwifery care during labor on modes of delivery] [Article in Persian]. *Iran J Nurs* 2005 Autumn;18(43):71-82.

10. World Health Organisation. World Health Statistics 2011. Available at: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/en/index.html [Accessed 26 March 2012]
11. Ahmad-Nia S, Delavar B, Eini-Zinab H, Kazemipour S, Mehryar AH, Naghavi M. Caesarean section in the Islamic Republic of Iran: prevalence and some sociodemographic correlates. *East Mediterr Health J* 2009 Nov-Dec;15(6):1389-98.
12. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985 Aug 24;2(8452):436-37.
13. Azizi M, Salari P. [C-section in request: an ethical approach] [Article in Persian]. *J Med Ethics Hist* 2009;2(2):55-66.
14. Gagnon AJ, Waghorn K. Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit. *Birth* 1996 Mar;23(1):1-6.
15. Geranmayeh M, Rezaeipour A, Haghani H, Akhoondzadeh E. [The impact of training on the application of palliative methods for labor pain reduction] [Article in Persian]. *Hayat* 2006;12(2):13-22.
16. Sauls DJ. Dimensions of professional labor support for intrapartum practice. *J Nurs Scholarsh* 2006;38(1):36-41.
17. Nasehi G, Vasegh Rahimparvar SF, Khakbazan Z, Kazemnegad A. [The survey of the effects of education of continuous labor support to midwifery students on their supportive behavior and the mother's satisfaction] [Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences;2010.
18. Tumblin A, Simkin P. Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth* 2001 Mar;28(1):52-6.
19. Miltner RS. More than support: nursing interventions provided to women in labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 Nov-Dec;31:753-61.
20. Davies BL, Hodnett E. Labor support: nurses' self-efficacy and views about factors influencing implementation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002 Jan-Feb;31(1):48-56.
21. Payant L, Davies B, Graham ID, Peterson WE, Clinch J. Nurses' intentions to provide continuous labor support to women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 Jul-Aug;37(4):405-14.
22. Thorstensson S, Nissen E, Ekström A. An exploration and description of student midwives' experiences in offering continuous labor support to women/couples. *Midwifery* 2008 Dec;24(4):451-9.