

تأثیر حضور همراه آموزشی دیده منتخب در طول لیبر بر طول فاز فعال زایمان در زنان باردار کم خطر

* زهرا رستم پی (MSc)^۱ - دکتر زهره خاکبازان (Ph D)^۲ - دکتر بنفشه گلستان (Ph D)^۳

*نویسنده مسئول: آستارا، بیمارستان شهید دکتر بهشتی

پست الکترونیک: rostampeiz@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۸/۲۳ تاریخ پذیرش: ۸۹/۲/۹

چکیده

مقدمه: ترس و استرس ناشی از زایمان باعث اختلال در انقباضهای رحمی به صورت انقباضهای ناکافی می شود و در نتیجه لیبر طولانی سبب مشکلات مادری و نوزادی، مرگ پرناتال و افزایش خطر سزارین می شود. زنان برای تطابق با این ترس نیازمند به حمایت هستند.

هدف: تعیین تأثیر حضور همراه آموزشی دیده منتخب در طول زایمان بر طول فاز فعال زایمان در زنان باردار کم خطر مراجعه کننده به بیمارستان شهید دکتر بهشتی آستارا سال ۱۳۸۸.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است که روی ۹۰ نفر از زنان باردار کم خطر که همه مشخصات واحدهای پژوهش را دارا بودند انجام گرفت. نمونه ها با انتخاب تصادفی در دو گروه ۴۵ نفری قرار گرفتند. گروه مداخله از زمان بستری تا دو ساعت بعد از زایمان در کنار خود همراه منتخب داشتند در حالی که گروه کنترل بدون همراه بودند. اطلاعات توسط پرسشنامه ای شامل طول لیبر استفاده از اکسی توسین و نوع زایمان جمع آوری شد. داده ها با استفاده از آزمون های آماری تی تست، کای دو با نرم افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: یافته ها نشان داد که هر دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک (میانگین سنی ۲۴/۳-۲۴/۶، سال متوسط تعداد بارداری ۱/۶، میانگین تعداد زایمان ۱، میانگین سن بارداری ۲۳/۷±۰/۲ روز، میانگین اتساع سرویکس موقع بستری ۳/۷±۳/۴ سانتی متر و ...)، طول مرحله دوم ($p < ۰/۰۰۱$) و نوع زایمان اختلاف معنی دار آماری نداشتند. در گروه مداخله، میانگین طول فاز فعال زایمان ۱۴۳/۷ دقیقه و در گروه کنترل ۲۵۳/۵ دقیقه بود ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین مصرف اکسی توسین در گروه مداخله ۵/۲۴ درصد در مقابل ۵۵/۵ درصد در گروه کنترل بود ($p = ۰/۰۴۶$).

نتیجه گیری: حمایت همراه منتخب توسط مادر (دوست یا بستگان) می تواند سبب کاهش دوره فاز فعال زایمان باشد.

کلید واژه ها: آبنسیتی / استرس / زایمان / همکاری بیمار

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره نوزدهم شماره ۷۵، صفحات: ۷۹-۸۵

مقدمه

پیشرفت لیبر می شود (۳) همچنین ترس و اضطراب ناشی از فرایند زایمان اصلی ترین علت سوق بیماراران به انتخاب سزارین است (۴). بر اساس مطالعات انجام شده حضور همراه در این شرایط استرس زا و تشویق و 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 (۵). ژانگ (Zhange) در گزارش تحقیق نیمه تجربی خود درباره تأثیر وجود همراه حمایت کننده طی مراحل زایمان بر پیامدهای زایمان می نویسد: "حمایت زایمانی زنان نخست زاء، در اصلاح عملکرد رحمی مؤثر بوده، طول زایمان و میزان سزارین را کاهش می دهد و زنان حمایت شده خستگی کمتر و رضایت بیشتری را پس از زایمان گزارش

در طول تاریخ همواره زنان در منزل زایمان می کردند و از طرف زنان خویشاوند خود که تجربه زایمان طبیعی داشتند حمایت می شدند (۱). با پیشرفت علم و تکنولوژی و انجام زایمان در بیمارستان به دلیل جدایی خانم باردار از خانواده و محیط امن و آشنای منزل، استرس و اضطراب آنها طی مراحل زایمانی افزایش یافت (۲). استرس و اضطراب موجب ترشح اپی نفرین و نوراپی نفرین می شود. اپی نفرین از طریق گیرنده های بتا آدرنژیک در رحم منجر به هیپوکسی عضله رحم و اختلال در خون رسانی رحمی-جفتی و در نتیجه هیپوکسی جنین می شود و نوراپی نفرین هم از طریق گیرنده های آلفا آدرنژیک باعث اختلال در انقباضات رحمی به صورت انقباضات ناکافی می شود و در نتیجه باعث عدم

زنان باردار با بارداری اول یا دوم انجام گرفته‌است. معیار ورود به مطالعه عبارتند از: سن بارداری ۳۶ تا ۴۰ هفته در صورت شروع لیبر، بارداری تک قلو با عضو نمایش سر، وزن تخمینی جنین بین ۲۵۰۰ تا ۴۰۰۰ گرم، عدم وجود بیماری‌هایی نظیر بیماری تیروئید، کلیه، قلب، دیابت و عوارض بارداری مانند دیابت بارداری، فشارخون بارداری، خونریزی (دکولمان، جفت سر راهی)، عدم وجود اندیکاسیون سزارین در هنگام ورود به لیبر (CPD، زجر جنین، انجام جراحی قبلی روی رحم)، وجود همراه خویشاوند یا دوستی که برای حضور و همراهی خود در کنار بیمار موافقت کند، منتخب زائو بوده و بتواند ارتباط مطلوب عاطفی با زائو برقرار نماید، حداقل دارای سواد ابتدایی و همچنین تجربه زایمان طبیعی باشد، در زایشگاه آستارا انجام گرفت. معیار خروج از مطالعه شامل، عدم حضور مداوم همراه تا ۲ ساعت بعد از زایمان، بروز هر گونه عارضه در حین لیبر و زایمان و نیاز به انجام سزارین، عدم تمایل نمونه‌ها برای ادامه شرکت در مطالعه و مراجعه دیرتر از موعد واحدها به زایشگاه (اتساع بالاتر از ۴ سانتی‌متر) بود. روش جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از طریق اندازه‌گیری داده‌های فیزیولوژی و مصاحبه و ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی شامل مشخصات دموگرافی و اطلاعات زایمانی بود. محقق با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی و خانه‌های بهداشت، زنانی که در سن بارداری ۳۶ هفته به بالا قرار داشتند را در صورت داشتن مشخصات واحدهای پژوهش انتخاب و بعد از معرفی خود، بیان اهداف و روش کار و با اخذ رضایت کتبی به مطالعه وارد کرد و در صورت تمایل آنها به زایمان طبیعی در زایشگاه شهید بهشتی با انجام تخصیص تصادفی (Random Allocation) به یکی از دو گروه مداخله (داشتن همراه) و کنترل (بدون همراه) با انتخاب یک کارت از دو کارت موجود (مداخله، کنترل) تقسیم شدند. بنابراین در هر دو گروه خانم باردار با شکم اول یا دوم وجود داشت و در نتیجه عامل مداخله‌گر تعداد زایمان کنترل شد. در بدو ثبت نام قسمت اول پرسشنامه (مشخصات دموگرافی) برای هر دو گروه تکمیل شد. در گروه مداخله برای خانم باردار و همراهش دو جلسه آموزشی دو ساعته در فاصله هفته

می‌نمایند(۶). "هافمیر (Hafmieri) در ارایه گزارش نیمه‌تجربی خود بیان داشته که حمایت مادر حین زایمان می‌تواند تغییرات قابل توجهی در روند زایمان ایجاد کند که از جمله این تغییرات، کاهش در طول زایمان، درد، اضطراب مادر، فشار خون سیستولیک و افزایش شیردهی انحصاری است(۷).

همراه آموزش دیده و منتخب زائو، به اندازه یک دولا (Dulla) (فردی که چه بسا ماما یا پرستار نیست ولی در زمینه حمایت‌های لازم در لیبر در آموزشگاه‌های خاص آموزش دیده و بعد از هماهنگی با خانم زائو و خانواده‌اش با شروع لیبر، بیمار را در سراسر لیبر و زایمان و بعد از آن همراهی نموده و در قبال ارایه خدمات از زائو هزینه دریافت می‌کند) از بیمار حمایت می‌کند و بدین ترتیب در خانواده‌های کم‌درآمد که امکان استفاده از خدمات دولا وجود ندارد، می‌توان از خویشاوند آموزش دیده استفاده کرد(۸). وقتی که خویشاوند یا دوستی که با بیمار ارتباط مطلوب عاطفی دارد، در کنار زائو حاضر می‌شود، بدون آنکه با روند زایمان تداخل داشته باشد، با کمک، حمایت، دلداری، اطمینان دادن به زائو و بیان تجربه شخصی خود از زایمانش و همچنین با انجام اقدامات فیزیکی، می‌تواند نقش بسزایی در خوشایندسازی زایمان و کاهش آمار سزارین انتخابی و صرفه‌جویی در هزینه‌های نظام بهداشتی درمانی هر کشور باشد(۹). با توجه به تجارب کاری نویسنده در بخش زایمان شهرستان آستارا در مورد این که پرسنل ناکافی نمی‌توانند حمایت عاطفی لازم را از مادران به‌عمل آورند و معمولاً آنها تنها رها شده و مورد حمایت کسی قرار نمی‌گیرند و از یک‌سو، سیاست نظام بهداشتی و درمانی کشور در راستای کاهش آمار سزارین و تسهیل فرایند زایمان از سوی دیگر با توجه به اینکه هیچ مطالعه‌ای در داخل کشور در مورد حضور فرد منتخب زائو در لیبر انجام نگرفته است، بنابراین در این مطالعه تأثیر حضور همراه منتخب زائو بر طول فاز فعال زایمان در زنان باردار کم‌خطر بررسی شد.

مواد و روش‌ها

تحقیق ما یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که بر ۹۰ نفر از

سی‌وشش‌ام بارداری تا زمان ترم در هر مکان یا زمانی که مادر می‌خواست برگزار شد. موضوع جلسه اول آموزشی شامل موارد زیر بود.

توضیح مراحل مختلف لیبر، تشریح اقدامات مراقبتی بخش زایمان که به‌طور معمول انجام می‌شود و توضیح اقدامات لازم برای تسهیل روند زایمان، بیان نقش همراه قبل از آمدن به بیمارستان مثل همراهی با زائو در منزل، کمک به دوش گرفتن در دردهای خفیف، خوردن غذای کم‌حجم، پوشیدن لباس راحت و کم، درآوردن طلا و زیورهای دیگر، کمک به راه رفتن در منزل، مراجعه به بیمارستان در صورت علایمی مثل آبریزش، نشانه خونی و... بیان نقش همراه طی لیبر و زایمان مانند کمک به تنفس‌های عمیق در بین انقباضات، تشویق به زور زدن در موقع زایمان، همراهی با زائو تا دو ساعت بعد از زایمان.

آموزش حمایت عاطفی از بیمار مانند دل‌داری، اطمینان، تشویق، صحبت، دعا کردن، حمایت فیزیکی برای کنترل درد زائو مانند کمک به تغییر وضعیت در تخت (مثلاً خوابیدن به پهلو چپ) و راه رفتن در لیبر، باد زدن مادر، پاک‌کردن عرق، ماساژ دست، پا، شانه و لمس وی، اعمال فشار متقابل بر ساکروم بیمار، روش تشخیص پیشرفت زایمان (احساس فشار به پشت و احساس دفع مدفوع و...) بود. جلسه دوم شامل مرور مطالب قبلی و اجرای عملی اقدامات و در نهایت پاسخ به سئوالات مادر و همراه وی بود. همچنین در انتها بروشور آموزشی نیز شامل خلاصه مطالب بالا همراه با تصاویری برای تسهیل زایمان در اختیار آنها قرار گرفت.

به گروه مداخله و کنترل، شماره تماس داده شد تا در صورت شروع درد و مراجعه به زایشگاه اطلاع دهند. به محض تماس، پژوهشگر به زایشگاه آمده و بعد از معاینه واژینال در صورتی که بیمار در ابتدای فاز فعال بودند (دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر) بستری و وارد مطالعه شدند. طبق معمول اتاق زایمان، در تمام واحدهایی که کیسه آب سالم داشتند، پس از رسیدن به شرایط مطلوب برای آمنیوتومی (ثابت بودن سر جنین، دیلاتاسیون ۵ سانتی‌متر و طبیعی بودن ضربان قلب جنین) پارگی مصنوعی کیسه آب انجام می‌شد و در صورت تشخیص و صلاح‌دید پزشک و نداشتن انقباض‌های رحمی

مطلوب برای اداره فعال لیبر طبق پروتکل بیمارستان از ۱۰ واحد ستوسینون در یک لیتر سرم رینگر با ۴ قطره در دقیقه شروع و هر ربع ساعت با کنترل ضربان قلب جنین، تعداد قطرات دو برابر شد تا زمانی که در هر ۱۰ دقیقه سه انقباض ایجاد شد که از نظر قدرت و طول انقباض (بیشتر از ۴۵ ثانیه) مؤثر در نظر گرفته شود.

در صورتی که گروه مداخله و کنترل با هم مراجعه می‌کردند در دو اتاق جداگانه تحت مراقبت قرار می‌گرفتند. این کار برای جلوگیری از Cross Contamination بود تا گروه کنترل دچار احساس کم‌توجهی نشوند.

در گروه مداخله حضور مداوم همراه در طول لیبر، زایمان ضروری بود. همراه باید مطالب آموزش‌دیده در زمینه حمایت‌های لیبر را برای زائو انجام می‌داد. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. البته مراقبت معمول در هر دو گروه مثل کنترل سیر لیبر، اداره لیبر فعال، سمع ضربان قلب جنین و انجام زایمان و تعیین آپگار توسط محقق انجام گرفت. بنابراین کورسازی به معنای واقعی انجام نشد فقط آمارگر با کددار کردن پرسشنامه‌ها از واحدها اطلاعی نداشت. معاینه واژینال در هر ساعت از لیبر برای تعیین طول فاز فعال و میزان پیشرفت زایمان انجام شد. طول مرحله اول از دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر تا دیلاتاسیون کامل محاسبه شد. پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۹۰ نفر بررسی شدند و کسی از مطالعه خارج نشد. همه زایمان طبیعی کردند که شاید دلیل آن، انتخاب واحدها از میان زنان باردار کم‌خطر باشد. از طرفی اکثر واحدهای مطالعه زنانی بودند که به خاطر هزینه سزارین، واقعا خواستار زایمان طبیعی بودند.

جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که دو گروه از نظر مشخصات دموگرافی در بدو مطالعه، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. بیشترین درصد همراهان (۶۷/۷) در محدوده سنی ۳۹-۵۹ سال بوده، ۵۵/۶ درصد مادر زائو بوده، ۷۵/۶ درصد در حد ابتدایی تحصیلات داشتند و ۹۵/۶ درصد خانه‌دار بودند.

T اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد ($p=0/76$). طبق جدول شماره ۳ بیشترین درصد واحدها در گروه مداخله، ۷۵/۵ از اکسی‌توسین استفاده نکردند در حالی که در گروه کنترل، ۵۵/۵ درصد از اکسی‌توسین استفاده کردند. آزمون کای دو اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان داد ($P=0/046$). در دو گروه از نظر نوع زایمان تفاوتی وجود نداشت و همه واحدها به‌طور طبیعی زایمان کردند.

یافته‌های این تحقیق طبق جدول ۲ درمورد طول فاز فعال زایمان نشان داد که میانگین و انحراف معیار طول فاز فعال زایمان در گروه مداخله $143/5 \pm 77/85$ دقیقه و در گروه کنترل $129/92 \pm 253/5$ دقیقه بوده و نتیجه آزمون T اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد. همچنین یافته‌ها نشان داد که میانگین طول مرحله دوم در مادران گروه همراه ۲۱/۳ دقیقه و در مادران گروه بدون همراه ۱۹/۹ دقیقه بوده و آزمون

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	گروه	مداخله	کنترل	P value
میانگین سن (سال)		$24/6 \pm 4/345$	$24/3 \pm 4/944$	۰/۷۹
تعداد بارداری	اول دوم	$(/42/2) 19$ $(/57/8) 26$	$(/33/3) 15$ $(/66/7) 30$	$t=-0/212$ $df=88$ $p=0/83$
تعداد زایمان (یک زایمان قبلی)		$(/57/8) 26$	$(/57/8) 26$	-
شغل (خانه‌دار)		$(97/8) 44$	$(95/5) 43$	۰/۵۶
تحصیلات (ابتدایی)		$(33/3) 15$	$(51/1) 23$	۰/۵۱
درآمد (تأخیر می‌کند)		$(66/7) 30$	$(51/1) 23$	۰/۲۳
تمایل به بارداری	خواسته ناخواسته	$(93/3) 42$ $(6/7) 3$	$(82/2) 37$ $(17/8) 8$	۰/۱۰۸
شغل همسر (آزاد)		$(86/7) 39$	$(82/2) 37$	۰/۷
میانگین سن بارداری (روز)		$273/7 \pm 7/38$	$273/9 \pm 6/64$	۰/۹۹
میانگین اتساع سرویکس زمان بستری (cm)		$3/7 \pm 0/47$	$3/44 \pm 0/5$	۰/۱۰۳

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی طول فاز فعال لیبر واحدهای مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

میانگین زمان فاز فعال (دقیقه)	گروه	مداخله	کنترل	نتیجه آزمون t
کمتر از ۱۳۰		۲۱	۵	۱۱/۱
۱۳۰-۲۳۰		۱۹	۱۹	۴۲/۲
۲۳۰-۳۳۰		۳	۱۳	۲۸/۹
۳۳۰-۴۳۰		۲	۲	۴/۴
۴۳۰-۵۳۰		۰	۳	۶/۷
بیشتر از ۵۳۰		۰	۳	۶/۷
جمع		۴۵	۴۵	۱۰۰
میانگین		۱۴۳/۷	۲۵۳/۵	
انحراف معیار		۷۷/۸۵	۱۲۹/۹۲	

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی تحریک زایمان با اکسی توسین در واحدهای مورد پژوهش

نتیجه آزمون X^2	کنترل		مداخله		گروه مصرف اکسی توسین
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$X^2=3/99$	۵۵/۵	۲۵	۲۴/۵	۱۱	بلی
$df=1$	۴۴/۵	۲۰	۷۵/۵	۳۴	خیر
$P=0/046$	۱۰۰	۴۵	۱۰۰	۴۵	جمع

بحث و نتیجه‌گیری

استفاده شد که امکان وجود اختلاف فردی و در نتیجه تفاوت در ارایه حمایت وجود داشت. در شیوه حمایت توسط فرد منتخب زائو، همراه، زن را یاری می‌کند تا هنگام رویارویی با انقباضات دردناک رحمی بجای واکنش همزمان با اضطراب، ناآرامی و بی‌قراری، عکس‌العمل همراه با آگاهی، حفظ آرامش و کنترل داشته باشد. چنین به نظر می‌رسد که این اقدامات سبب تسهیل روند طبیعی زایمان و کاهش موارد عدم پیشرفت شود. از نظر بیولوژی، فرض بر این است که کاهش استرس مادر و ایجاد محیط آرام و بدون سر و صدا، باعث آزاد شدن اکسی‌توسین طبیعی در بدن می‌شود که نقش اساسی حمایت همراه را نشان می‌دهد. نتایج تحقیق تروبا و همکاران (۱۱) نشان داد که ۴۲ درصد مادران در گروه دولا در مقابل ۹۶ درصد گروه کنترل احتیاج به اکسی‌توسین پیدا کردند که به دلیل عملکرد قوی دولا و تعداد کم واحدها، نیاز به اکسی‌توسین کمتر بود. از نظر نبود تفاوت در طول مرحله دوم شاید این‌گونه بتوان گفت که چون مرحله دوم زمان تولد نوزاد و مرحله‌ای بحرانی است که مادر توسط پرسنل بیشتری احاطه می‌شود و امکان حمایت فیزیکی و روانی توسط همراه کمتر می‌شود، بنابراین احتمالاً تفاوتی در طول مرحله دوم دیده نمی‌شود.

با توجه به یافته‌های تحقیق، حمایت مداوم حین زایمان توسط همراه منتخب زائو باعث کاهش طول فاز فعال زایمان شد و از آنجایی که الگوی حمایت زایمان توسط همراهان منتخب زائو صورت گرفت، که به نظر می‌رسد بتوان در بخش‌های زایمان برای تسهیل روند زایمان در این الگو استفاده نمود.

با توجه به میانگین و انحراف معیار طول فاز فعال در دو گروه، می‌توان دریافت که این مدت در گروه مداخله (دارای همراه) به طور متوسط حدود ۱/۵ ساعت کاهش یافت. در این پژوهش یاری و ترغیب زن به تحرک و تغییر وضعیت متناوب یکی از اقدامات انجام شده توسط همراه بود. حال آنکه در گروه بدون همراه زنان اغلب به خوابیدن در بستر محدود بوده و به تحرک و تغییر وضعیت ترغیب و یاری نمی‌شدند. در این ارتباط کانینگهام و همکاران (۱۰) توصیه می‌کنند، زنان طی زایمان‌های بدون عارضه در انتخاب وضعیت و داشتن تحرک آزاد باشند که می‌تواند طول مرحله اول زایمان را کاهش دهد. ژانگ می‌نویسد: "حمایت مداوم طی لیبر توسط یک همراه می‌تواند طول مراحل زایمان را ۲/۸ ساعت کاهش دهد" (۶).

تروبا و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که متوسط طول لیبر در گروه دولا ۱۴/۵۱ ساعت در مقابل ۱۹/۳۸ ساعت در گروه کنترل بود. در مطالعه تروبا از اشخاص حرفه‌ای (دولا) برای حمایت استفاده شد که از روش‌های لاماز برای پیشرفت زایمان استفاده کردند (۱۱). همچنین کمپل و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که گروه دارای حامی به‌طور معنی‌داری طول لیبر کوتاه‌تری (۱۰/۴ ساعت در مقابل ۱۱/۷ ساعت) نسبت به گروه کنترل داشتند (۸). اما ادالنا و گراث و همکاران از نظر طول لیبر در دو گروه اختلاف معنی‌داری ندیدند در این تحقیقات که روی افراد طبقه متوسط به بالای جامعه انجام شد، واحدهای پژوهش اجازه داشتند همسر یا سایر اعضای خانواده را با خود همراه داشته باشند و بنابراین میزان حمایت در هر دو گروه بالا بود (۱۲ و ۱۳). دکتر جوان‌منش و یزدانی (۱۴) در تحقیق خود دیدند که میانگین طول لیبر در دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشتند در مطالعه جوان‌منش از چند نفر دستیار آموزش‌دیده به‌عنوان حمایت‌گر

1. Hodnett ED, Grates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous Support for Women During Childbirth. Cochrane Database Systematic Review 2007: 3, CD003766
2. Simkin P. The Experience of Maternity in a Women Life. Obstet and Gynecol Nursing 1996; 25(3): 247-52.
3. Campbell DA, Lake MF, Falk MA. Randomized Control Trial of Continuous Support in Labour by a Lay Doula. JOGNN 2006; 35(4):456-464.
4. Soltani H, et al. Reduce Labour Pain with Fentanyl Infusion. J of Isfahan Medical science 2002; 6(2): 2. [Text in persian]
5. 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.
6. Zhang R. Effects of Psychosocial Support During labour and Childbirth on Breastfeeding, Medical Interventions, and Mothers' Wellbeing in a Mexican Public Hospital: a Randomised Clinical Trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1998; 1(105): 1056-1063.
7. Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman W, et al. Companionship to Modify the Clinical Birth Environment: Effects on progres and perceptions of Labour and Breast Feeding. Br J Obstet Gynecol 1991; 98: 756-764.
8. Campell DA, Lake MF, Falk M. A Randomized Control Trail of Cntinuous Support DuringL abour by a Lay Doula. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35: 456-464.
9. Simkin P. The Experience of Maternity in a Women Life. Obstet and Gynecol Nursing 1996; 25(3): 247-52.
10. Cunningham G, Gilstrap C. Williams Obstetrics. Philadelphia;Mc Grow Hill,2005:630-635.
11. Trubea B, Wolman W. Social Support in Labour: a Selective Review. J Psychosom Obstet Gynecol 1993; 14(1):1-7
12. Bruggemann OM, parpinelli MA. Support to Women by a Companion of Her Choice During Childbirth: Reproductive Health 2007; 4(5):128-134.
13. Mc.Susan GK, Kennell JH. A Randomized Controlled Trial of Continuous Labor Support for Middle-Class Couples: Effect on Cesarean Delivery Rates. BIRTH 2008; 35:2;92-97.
14. Javanmanesh F, Yazdan Doost R. Evaluation of Emotional Support During Labour on Delivery Length. J of Iran Obstat & Gyn 2002; 5(2):28 32.

Effect of Trained Female Relative on Active Phase Length during Labor among Low Risk Pregnancies

Rostampey Z.(MSc)¹ - Khakbazan Z.(Ph D)² - Golestan B.(Ph D)³

*Corresponding Address: Shahid Dr. Beheshti Hospital, Astara, Guilan, IRAN

E-mail: rostampeiz@yahoo.com

Received: 14 Nov/2009 Accepted: 29 Apr/2010

Abstract

Introduction: One of the most serious and stressful event in womens life is labor. They need comprehensive support to enable them to encounter with the stress of labor. Prolonged labor is associated with maternal and neonatal complications, prenatal morbidity and increase cesarean danger.

Objective: To study the effect of trained female relative on active phase length during labor among low risk Pregnancies in Astara Shahid Beheshti hospital in 2009.

Materials and Methods: This randomized control trial study was carried out on 90 low risk pregnant women. They were randomly divided to two 45 members groups. Both the case and control groups had socio- demographic characteristics. The case group got a support from trained relative during labor until 2 hours after delivery and control group received routine care. Data was collected by using restructured questionnaire which included length of labor, use of Oxytocin and type of delivery. Data was analyzed by χ^2 and T test in SPSS (11.5).

Results: Finding showed there is no statistically significant difference between demographic characteristics: (mean of age was 24.3– 24.6 years old, mean of number of Pregnancy was 1.6, mean of number of delivery was 1, mean of term of Pregnancy was 273.7– 273.9 days, mean of cervix spasm was 3.44-3.7 cm, length of second stage) and kind of delivery in two groups ($p < 0.663$). The mean duration of active phase in case group was 143.5 minute versus 253.5 minute in control group ($p < 0.001$). The 24.5 % of case and 55.5 % of control groups used oxytocin ($p = 0.046$).

Conclusion: Labor support by a minimally trained female friend or relative who selected by the mother can be reduce the mean duration of active phase of labor.

Key words: Labor /Patient compliance /Pregnancy /Stress

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 75, Pages: 79-85

1. Shahid Dr. Beheshti Hospital, Astara, Guilan, IRAN

2. Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IRAN

3. Department of Bio Statistics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, IRAN