

## تأثیر آموزش بر میزان به‌کارگیری روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان

مهرناز گرانمایه\* افسر رضایی‌پور\* حمید حقانی\*\* الهام آخوندزاده\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** درد شدید زایمان، همواره باعث نگرانی و ترس زن باردار می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی تأثیر آموزش بر میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ماما انجام شده است. **روش بررسی:** این یک مطالعه مداخله‌ای و نیمه تجربی است. نمونه‌ها شامل ۵۹ نفر از ماماها بخش‌های زایمان بیمارستان‌های غیرآموزشی گیلان بودند. که با روش نمونه‌گیری به شیوه سهمیه‌ای انتخاب شده بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که اعتبار علمی با روش اعتبار محتوی و پایایی آن با روش آزمون مجدد سنجیده شد. داده‌ها در دو مرحله قبل و بعد از آموزش جمع‌آوری گردید. روش‌های مختلف کاهش درد با تأکید بر به‌کارگیری روش‌های غیردارویی نظیر ماساژ ملایم، برقراری تماس چشمی با مادر، تشویق زانو به نکر دعا و روش‌های حمایتی، فیزیولوژیک و جایگزینی (مانند استفاده از ماساژ، کمپرس گرم، تغییر وضعیت، استفاده از روغن‌های معطر) در کارگاه یک روزه آموزش داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تی زوج ( $p < 0/05$ ) نشانگر افزایش معنادار در به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ماماها بعد از آموزش بود. میانگین امتیازات حاصل از به‌کارگیری روش‌های کاهش درد توسط ماماها بر حسب مشخصات فردی قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار آماری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** آموزش به شیوه برگزاری کارگاه در ارتقای میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد توسط ماماها شاغل در بخش‌های زایمان مؤثر بود؛ به ویژه آن دسته از روش‌هایی که دارای عوارض کمتر، اثربخشی بیشتر و کاربرد ساده‌تری هستند.

نویسنده مسؤول: مهرناز گرانمایه؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail:  
geranmay@sina.tums.  
ac.ir

واژه‌های کلیدی: روش‌های غیردارویی کاهش درد، زایمان، ماما

- دریافت مقاله: آذر ماه ۱۳۸۴ - پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۵

### مقدمه

زایمان یکی از بزرگ‌ترین حوادث زندگی یک زن باردار و زمان خاصی از نظر جسمانی و احساسی برای مادر و نوزاد است که اگر چه فرآیندی طبیعی به شمار می‌رود ولی بالقوه خطرناک می‌باشد (۱).

درد زایمان همواره نگرانی زن باردار را فراهم می‌سازد و گاهی مهم‌ترین موضوع نگران‌کننده برای زن و خانواده او می‌باشد (۲).

بنا به تعریف انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد احساسی ناخوشایند و تجربه‌ای ذهنی - عاطفی است که با آسیب بافتی همراه می‌باشد، در حالی که انواع دیگر درد نشانه آسیب است، اما درد زایمان با دیگر دردها تفاوت دارد و ناشی از آسیب یا بیماری نیست (۳).

درد زایمان درد حادی است که به سرعت افزایش می‌یابد و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فیزیولوژیک، روانی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی قرار دارد (۴). در سال ۱۹۳۰ Dick Read نشان داد که ترس از پدیده‌های

\* مربی گروه آموزش مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* مربی گروه آموزشی آمار دانشگاه علوم پزشکی ایران  
\*\*\* کارشناس ارشد مامایی

ناشناخته از جمله زایمان موجب انقباض عضلات و در نتیجه افزایش شدت درد زایمان می‌گردد (۵).

درد شدید زایمان، اثرات زیان‌باری برای مادر و جنین به همراه دارد. که از جمله می‌توان به افزایش برون‌ده قلبی، افزایش فشارخون و تاکی‌کاردی مادر (۶) کاهش اثربخشی انقباضات و کندی پیشرفت زایمان، کاهش جریان خون جفت و محدودیت اکسیژن‌رسانی به جنین، اشاره داشت (۷).

مطالعات همچنین نشان داده است در مادرانی که درد و اضطراب شدید دارند شیوع اشکال غیرطبیعی ضربان قلب جنین و کاهش آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان شایع‌تر است (۶).

بر اساس آمارهای منتشر شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۹ میزان انجام سزارین در مناطق شهری کشور ۴۱/۹٪ و در مناطق روستایی ۲۲/۵٪ بوده است. در استان گیلان در سال ۱۳۷۹ آمار کلی سزارین ۴۲/۷٪ و در مناطق شهری ۵۷/۶٪ گزارش شده است (۸).

نوری می‌نویسد: ۳۶٪ از زنان باردار استان گیلان ترس از درد را به عنوان دلیل اصلی انتخاب سزارین مطرح کرده‌اند (۹). بنابراین کاهش ترس از درد زایمان می‌تواند منجر به کاهش میزان سزارین گردد (۱۰). تحقیقات نشان داده‌اند اگر هنگام زایمان به نیاز مادر برای تسکین درد توجه شود حتی اگر سرانجام بارداری خوب نباشد باز هم احساس رضایت خواهد کرد.

توجه به امر کاهش درد زایمان و ایجاد زمینه مناسب برای به‌کارگیری روش‌های کاهش درد در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های کشور تمایل مادران را برای انجام زایمان به روش طبیعی افزایش خواهد داد (۱۱).

روش‌های غیردارویی کنترل درد از اجزای مهم مراقبت‌های مامایی بوده و در بسیاری از زنان انتخاب اول می‌باشد. شواهد نشان‌دهنده این است که تمامی روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان به طور گسترده موجب رضایتمندی بیماران می‌شود (۱۲).

امروزه آموزش مداوم ماماها موضوع مورد بحث بسیاری از کشورها بوده و یکی از فوری‌ترین نیازهای آموزشی، اتخاذ سیاست‌ها و روش‌های نوین به منظور توانمندسازی و بهبود عملکرد ماماها می‌باشد (۵). آموزش ماماها در حیطه آموزش بزرگسالان جای دارد. بدین معنا که افراد بزرگسال تمایلی به پشت میزنشینی و یادگیری انفعالی ندارند. آن‌ها می‌خواهند خود موقعیت‌های یادگیری را خلق نمایند و در یادگیری سهم باشند. یکی از مهارت‌های مورد نیاز این افراد شرکت در فعالیت‌های گروهی است (۱۳).

برگزاری کارگاه یک روش آموزشی مؤثر برای یادگیری در کوتاه مدت و مناسب برای آموزش بزرگسالان و آموزش مداوم است. در کارگاه باید با فراهم آوردن انواع فعالیت‌های یادگیری امکان آشنایی افراد با روش‌های مختلف یادگیری را فراهم نمود (۱۴).

تقویت نقش ماما در امر مراقبت از مادران باردار زمینه‌ساز افزایش زایمان‌های طبیعی و کاهش میزان سزارین خواهد بود.

در این راستا ضرورت ارتقای دانش و مهارت ماماها نسبت به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان نیازمند توجه و تحقیقات بیشتری است.

هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش بر میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ماماها در بخش‌های زایمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان می‌باشد.

### روش بررسی

این مطالعه مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی است. نمونه‌ها شامل ۵۹ نفر از ماماها کارکنان و کارشناس رسمی یا قراردادی شاغل در بخش‌های زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان بودند، که ابتدا جهت شرکت در کارگاه آموزشی و پاسخ به پرسشنامه رضایت همگی آن‌ها جلب شد و به همه آن‌ها در مورد محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده اطمینان داده شد.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه به شیوه سهمیه‌ای و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود، که در قالب ۱۱ سؤال مشخصات فردی و ۴۴ سؤال عملکرد در مورد میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان، تنظیم گردید. پاسخ‌های این سؤالات به صورت همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت و هیچگاه با امتیاز ۵ تا صفر تنظیم شد، بعد از احتساب امتیازات و تبدیل بر مبنای صد، میزان به‌کارگیری به سه دسته ضعیف، متوسط و خوب تقسیم‌بندی شد.

داده‌ها در دو مرحله به شیوه پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری گردید. با توجه به تعداد نمونه‌های مورد مطالعه، دو نوبت کارگاه

آموزشی یک روزه به مدت ۸ ساعت برگزار گردید که طی آن روش‌های مختلف کاهش درد زایمان با تأکید بر به‌کارگیری روش‌های غیردارویی نظیر ماساژ ملایم، برقراری تماس چشمی با مادر، تشویق زانو به ذکر دعا و روش‌های حمایتی، فیزیولوژیک و جایگزینی (مانند استفاده از ماساژ، کمپرس گرم، تغییر وضعیت، استفاده از روغن‌های معطر)، که ماماها مجاز به انجام آن هستند، آموزش داده شد. پرسشنامه‌های پیش‌آزمون قبل از شروع کارگاه و پرسشنامه‌های پس‌آزمون بعد از گذشت ۴ ماه از برگزاری کارگاه توسط ماماها تکمیل شد. برای کسب اعتبار علمی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش اعتبار محتوا و به منظور تعیین اعتماد علمی یا پایایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش آزمون مجدد استفاده شد. پاسخ‌های دو مرحله با ضریب پایایی ۰/۷۸ مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، آمار توصیفی (جداول توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، آمار استنباطی نظیر تی زوج، آنالیز واریانس و آزمون غیرپارامتری ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

بر اساس یافته‌های این بررسی، میانگین سنی ماماها ۳۷/۵ سال با انحراف معیار ۵/۴ سال بود. همچنین ۷۹/۷٪ ماماها متأهل بودند و ۷۸٪ دارای مدرک کارشناسی و ۸۸/۱٪ آن‌ها از دانشگاه‌های دولتی فارغ‌التحصیل شده بودند. اکثریت (۸۸/۱٪) ماماها در استخدام رسمی بودند و ۳۹٪ سابقه کار بین ۱۰-۵ سال داشته و ۴۴/۱٪

دارای ۱۰-۵ سال سابقه کار در بخش‌های زایمان بودند. همچنین اکثریت (۷۹/۷٪) ماماها نوبت کاری در گردش داشتند و تنها ۳/۴٪ دارای شیفت کار ثابت بودند.

همچنین ۷۲/۹٪ ماماها اظهار داشتند با روش‌های کاهش درد زایمان تاحدودی آشنایی دارند. ۲۲٪ از ماماها تجربه شخصی زایمان نداشتند، و زایمان ۳۹٪ آنان با روش سزارین بوده است.

تجزیه و تحلیل یافته‌ها در مورد میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ماماها شاغل در بخش‌های زایمان قبل و بعد از آموزش بیانگر آن است که قبل از آموزش، به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ۷۶/۳٪ ماماها در حد متوسط بوده و بعد از آموزش این میزان به ۸۴/۷٪ رسیده است. میانگین امتیاز کسب شده قبل از آموزش ۴۷/۶ با انحراف معیار ۱۲/۹ و بعد از آموزش ۵۳/۳ با انحراف معیار ۱۱/۲ بوده است.

بر اساس نتایج آزمون تی زوج ( $t=۳/۰۵$  و  $p=۰/۰۰۳$ ) بعد از آموزش افزایش معناداری در میانگین امتیازات کسب شده در مورد به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان مشاهده شده است (جدول شماره ۱).

جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر، روش‌های کاهش درد زایمان بر حسب ماهیت به تفکیک در هر یک از حیطه‌های سه‌گانه روش‌های شناختی - رفتاری یا حمایتی مانند (توجه به شرایط فیزیکی اتاق درد و زایمان و ...)، روش‌های فیزیولوژیک (نظیر استفاده از ماساژ،

کمپرس گرم و ...) و روش‌های تکمیلی جایگزینی (مانند پخش آوای قرآن یا موسیقی، استفاده از روغن گیاهی و ...) مشخص گردید. یافته‌ها نشان داد میانگین امتیاز ماماها در میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان در سه حیطه شناختی - رفتاری یا حمایتی، فیزیولوژیک و روش‌های تکمیلی جایگزینی بر اساس آزمون تی زوج با  $p<۰/۰۵$  قبل و بعد از آموزش دارای تفاوت معنادار بوده است. همچنین با استفاده از آزمون غیرپارامتری ویلکاکسون تغییر میانگین امتیاز به‌کارگیری برای هر یک از عبارات در حیطه‌های شناختی - رفتاری، فیزیولوژیک و تکمیلی جایگزینی نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و مشخص شد عملکرد ماماها در برخی از روش‌ها بعد از آموزش دارای تفاوت معنادار آماری بود ( $p<۰/۰۵$ ) یعنی آموزش موجب به‌کارگیری روش‌های فوق شده است (جدول شماره ۲ و ۳، ۴).

نتایج نشان داد میانگین امتیازات کسب شده از میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان بر حسب مشخصات فردی در گروه‌های مختلف سنی، میزان تحصیلات، نوع دانشگاه محل تحصیل، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، سابقه کار، سابقه کار در اتاق زایمان، نوبت کاری، منابع کسب اطلاعات و تجربه شخصی زایمان قبل و همچنین بعد از آموزش بر اساس نتایج آزمون تی و آنالیز واریانس از نظر آماری تفاوت معنادار آماری نداشته است.

**جدول ۱:** توزیع فراوانی ماما‌های شاغل در بخش‌های زایمان دانشگاه علوم پزشکی گیلان بر حسب میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان قبل و بعد از آموزش در سال ۱۳۸۴

نتیجه آزمون	بعد از آموزش		قبل از آموزش		مرحله فراوانی عملکرد
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$p=0/003$	۱۳/۶	۸	۱۰/۲	۶	خوب (۱۰۰-۶۶/۷)٪
	۸۴/۷	۵۰	۷۶/۳	۴۵	متوسط (۶۶/۶-۳۳/۴)٪
	۱/۷	۱	۱۳/۵	۸	ضعیف (۳-۰-۳۳/۳)٪
	۱۰۰	۵۹	۱۰۰	۵۹	جمع
	$\bar{X}=53/3$ $sd=11/2$		$\bar{X}=47/6$ $sd=12/9$		میانگین و انحراف معیار
	$5/7 \pm 14/3$				$\bar{X} \pm sd$ تغییرات میزان به‌کارگیری

**جدول ۲:** تعیین تغییر نحوه پاسخگویی ماما‌های شاغل در بخش‌های زایمان به عبارات به‌کارگیری روش‌های شناختی - رفتاری یا حمایتی کاهش درد زایمان بعد از آموزش در سال ۱۳۸۴

$p$ value	Z	نتایج آماری عبارات
0/031	2/16	۱ - معرفی و آشنا نمودن مادر با کارکنان اتاق درد و زایمان
0/239	1/177	۲ - دادن آگاهی به مادر در مورد روند پیشرفت زایمان
0/327	0/98	۳ - خطاب کردن مادر با نام به جای بیمار
0/012	2/507	۴ - به‌کارگیری واژه انقباض به جای درد در حین صحبت با مادر
0/001	3/437	۵ - برقراری تماس چشمی و گفتگو با لحن آرام بخش با مادر
0/182	1/236	۶ - توجه به علائم ظاهری وجود درد
0/009	2/601	۷ - پرسش از مادر برای کمک به مقابله با درد
0/019	2/355	۸ - دادن توضیح و آمادگی قبل از انجام مداخلات دردناک
0/238	1/18	۹ - توجه به شرایط فیزیکی اتاق درد و زایمان
1/000	0/000	۱۰ - پیشگیری از تردد غیرضروری در اتاق زایمان
0/097	1/661	۱۱ - حفظ حریم خصوصی زانو
0/346	0/934	۱۲ - کاهش منابع جانبی ایجاد درد
0/784	0/274	۱۳ - حضور مداوم ماما یا شخص همراه در طول زایمان
0/824	0/223	۱۴ - اجازه حضور همراه مورد اعتماد مادر در اتاق زایمان
0/194	1/298	۱۵ - ملاقات با مادر و نوزاد در منزل حداقل یک بار بعد از زایمان
0/677	0/416	۱۶ - تشکیل کلاس‌های آمادگی قبل از زایمان
0/008	2/647	۱۷ - استفاده از روش Lamaz
0/077	1/767	۱۸ - استفاده از روش Bradly
0/000	3/503	۱۹ - استفاده از روش Dick-read

**جدول ۳:** تعیین تغییر نحوه پاسخگویی ماماها‌ی شاغل در بخش‌های زایمان به عبارات به‌کارگیری روش‌های فیزیولوژیک کاهش درد زایمان بعد از آموزش در سال ۱۳۸۴

<i>p</i> value	Z	نتایج آماری عبارات
۰/۹۷۰	۰/۳۷	۱- آموزش به مادر در مورد شل کردن عضلات بدن و کف لگن
۰/۸۴۸	۰/۱۹۲	۲- به‌کارگیری تکنیک‌های تنفسی مناسب در مرحله اول زایمان
۰/۴۶۸	۰/۷۲۶	۳- به‌کارگیری تکنیک‌های تنفسی مناسب در مرحله دوم زایمان
۰/۰۳۲	۲/۱۴۲	۴- استفاده از ماساژ ملایم روی شکم
۰/۰۴۴	۲/۰۱۱	۵- ماساژ ملایم پشت، شانه، پاها و سایر نواحی
۰/۰۰۰	۳/۶۰۹	۶- تشویق مادر به خود ماساژدهی در طول لیبر
۰/۰۴۷	۰/۹۸۳	۷- استفاده از فشار در جهت مخالف (فشار محکم و یکنواخت روی ساکروم)
۰/۰۶۷	۱/۸۳۲	۸- آزادی حرکت و راه رفتن در مرحله اول زایمان
۰/۰۰۴	۲/۸۷۴	۹- تشویق مادر به تغییر وضعیت هر چند وقت یک بار
۰/۸۴۹	۰/۱۹۰	۱۰- استفاده از کیف آب گرم
۰/۲۲۸	۱/۲۰۶	۱۱- استفاده از کمپرس گرم و مطلوب
۰/۱۱۶	۰/۵۷۱	۱۲- استفاده از حوله‌های خنک و مرطوب روی سر، گلو یا ...
۰/۸۷۵	۰/۱۵۷	۱۳- گذاردن کیسه یخ روی پشت و شکم مادر
۰/۶۱۸	۰/۴۹۸	۱۴- استفاده از دوش یا وان آب گرم

**جدول ۴:** تعیین تغییر نحوه پاسخگویی ماماها‌ی شاغل در بخش‌های زایمان به عبارات به‌کارگیری روش‌های تکمیلی و جایگزینی کاهش درد زایمان بعد از آموزش در سال ۱۳۸۴

<i>p</i> value	Z	نتایج آماری عبارات
۰/۲۱۵	۱/۲۴۰	۱- استفاده از تحریک الکتریکی پوست
۰/۹۷۹	۰/۰۲۷	۲- پخش موسیقی مورد علاقه یا آوای قرآن کریم به دلخواه مادر
۰/۰۰۲	۳/۱۳۶	۳- کمک به مادر برای متمرکز کردن فکر روی موضوع خاص
۰/۰۱۰	۲/۵۵۹	۴- کمک به مادر برای تجسم موقعیت دلپذیر و آرام بخش
۰/۰۰۰	۴/۲۱۳	۵- تشویق مادر به تمرکز بر شیء خاص در اتساق یا نگاه کردن به تصویر مورد علاقه‌اش
۰/۲۰۹	۱/۲۵۵	۶- اجازه انجام کارهای مورد علاقه مادر مثل تماشای تلویزیون
۰/۲۱۲	۱/۲۴۷	۷- خوشبو کردن اتاق و محیط با رایحه مورد علاقه مادر
۰/۹۲۷	۰/۰۹۲	۸- استفاده از روغن‌های معطر گیاهی برای ماساژ شکم یا پشت
۰/۷۲۲	۰/۳۵۵	۹- استفاده از داروهای گیاهی برای کاهش درد
۰/۰۰۷	۲/۷۱۷	۱۰- استفاده از نقاط مخصوص فشار برای کاهش درد
۰/۰۰۷	۲/۶۸۵	۱۱- تشویق مادر به ذکر دعا و کمک از پروردگار و توسل به ائمه اطهار (ع)

## بحث

فوق‌العاده شدید است، به همین دلیل هرگونه اقدامی در جهت تسکین آن ارزشمند است. نتایج این تحقیق نشانگر افزایش معنادار میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان توسط ماماها بعد از آموزش بوده است. این

درد زایمان برای بیشتر زنان شدیدترین دردی است که در عمرشان حس کرده‌اند، وقتی که شدت درد زایمان با دیگر دردها مقایسه می‌شود نمره متوسط آن نشان‌دهنده یک درد

نتایج با پژوهش Ping Ger و همکاران در تایوان مشابه است. آن‌ها دریافتند که آموزش مداوم به صورت کارگاه یک روزه تأثیر رضایت‌بخشی بر بهبود عملکرد پرستاران در بررسی شدت درد و به‌کارگیری روش‌های تسکین درد در بیماران مبتلا به کانسر داشت. به طوری که تفاوت بین میانگین به‌کارگیری قبل و بعد از آموزش معنادار بود (۱۵).

Frank و همکاران در آمریکا نیز به نتایج مشابهی دست یافتند، در تحقیق آن‌ها اجرای برنامه آموزش مداوم موجب بهبود میزان به‌کارگیری روش‌های تسکین درد توسط پرستاران شد. به طوری که نتایج آنالیز واریانس نشانگر تفاوت معنادار در میانگین نمره به‌کارگیری قبل و بعد از آموزش بود (۱۶).

نکته قابل توجه این که بیشترین افزایش در میزان به‌کارگیری، مربوط به روش‌هایی بوده است که نیاز به امکانات، تجهیزات یا اعمال سیاست‌های جدید نداشته و پس از آموزش، به‌کارگیری آن‌ها با همت و تلاش ماماها یا شاغل در بخش‌های زایمان امکان‌پذیر بوده است؛ به عنوان مثال روش‌هایی مانند معرفی کارکنان اتاق زایمان به مادر، برقراری تماس چشمی با مادر، استفاده از ماساژ ملایم اندام‌ها یا آموزش خود ماساژدهی (روش‌های فیزیولوژیک) روش‌هایی بوده است که ماماها به خوبی به کار بسته‌اند و میزان به‌کارگیری قبل و بعد از آموزش تفاوت معنادار داشته است.

از سوی دیگر در مورد آن دسته از روش‌هایی که بعد از آموزش تغییر معنادار در میزان به‌کارگیری نداشته‌اند، تفسیر منطقی شاید

این باشد که بخش قابل ملاحظه‌ای از این اقدامات مانند «پیشگیری از رفت و آمد غیرضروری در اتاق زایمان»، «حفظ حریم خصوصی زائو»، «دادن آزادی حرکت و اجازه راه رفتن به مادر در مرحله اول زایمان»، به دلیل تطابق با روند مراقبت معمول بخش، قبل از آموزش هم توسط ماماها انجام می‌شده است، و چون آموزش حاضر نیز به همان اقدامات به عنوان یکی از روش‌های کاهش درد اشاره داشته، بنابراین پس از آموزش تغییر چندانی در به‌کارگیری روش‌های مزبور مورد انتظار نبوده است. از طرف دیگر، به کار بستن برخی از روش‌های کنترل درد زایمان مستلزم فراهم بودن امکانات و تجهیزات، نیروی کار، فضای فیزیکی مناسب و یا حتی اعمال مقررات جدید در بیمارستان است که به دلیل فقدان این شرایط، حتی با وجود آموزش، تغییر معناداری در به‌کارگیری این روش‌ها حاصل نشده، هر چند که افزایش مختصری در میزان به‌کارگیری به وجود آمده است. از این گروه اقدامات می‌توان به مواردی چون «تشکیل کلاس‌های آمادگی قبل از زایمان»، «حضور همسر یا همراه مورد اعتماد مادر در اتاق زایمان»، «استفاده از دوش یا وان آب گرم»، «تحریک الکتریکی پوست»، «استفاده از روغن‌های گیاهی» اشاره نمود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد میانگین امتیاز حاصل از میزان به‌کارگیری روش‌های کاهش درد توسط ماماها بر حسب مشخصات فردی تفاوت معناداری قبل و همچنین بعد از آموزش نداشته است. این نتایج مشابه یافته‌های

و عوارض جسمی و روانی و مرگ و میر ناشی از سزارین اهتمام ورزند. ایجاد شرایط و امکانات مساعد در بیمارستان‌ها می‌تواند ضمانت اجرایی خوبی جهت به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان باشد. تحقیقات بیشتری لازم است تا نشان دهد وجود چه شرایط و موانع اجرایی بر به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان مؤثر است. از جمله این تسهیلات می‌توان به مواردی از قبیل پشتیبانی مالی و تأمین تجهیزات مصرفی، آماده‌سازی شرایط ساختاری و فضای فیزیکی بخش‌های زایمان، به‌کارگیری نیروی کار کافی در بخش‌های زایمان، برگزاری کلاس‌های آمادگی زایمان برای مادران باردار، تأمین پشتوانه قانونی و حمایت مسئولین ذیربط از ماماها در برابر عواقب احتمالی، تعریف روشن به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان در شرح وظایف مامایی مصوب سازمان نظام پزشکی کشور و مورد تأیید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اشاره نمود. همچنین بررسی نگرش مسئولین ذیربط و پزشکان متخصص در مورد استفاده از روش‌های غیردارویی کاهش درد، طی انجام پژوهش‌های علمی در ایجاد شرایط لازم برای به‌کارگیری این روش‌ها کمک مؤثری خواهد کرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در کارگاه آموزشی که زمینه لازم برای انجام این مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی به عمل آورند.

پژوهشی است که توسط Ping Ger و همکاران در تایوان انجام شد مبنی بر این که میزان به‌کارگیری روش‌های مراقبت درد توسط پرستاران در گروه‌های مختلف سنی، سابقه کار و دانشگاه محل تحصیل تفاوت معنادار آماری نداشت (۱۵).

این مسأله نشان‌دهنده این است که آموزش این روش‌ها در کلیه ماماها با گروه‌های سنی مختلف با سابقه کار مختلف و ... مؤثر می‌باشد و بهتر است در برنامه آموزش مداوم برای تمامی ماماها قرار گیرد.

همچنین نتایج تحقیق Graninger و Mccool در آمریکا نیز بیانگر عدم ارتباط آماری معنادار بین به‌کارگیری یکی از روش‌های دارویی کنترل درد (بی‌حسی اپیدورال) و مشخصات فردی ماماها مانند سابقه کار، آموزش دوران تحصیل و تجارب بالینی بوده است (۱۷).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد برنامه آموزش به شیوه کارگاه به طور معناداری موجب افزایش به‌کارگیری روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان توسط ماماها شاغل در بخش‌های زایمان بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان شده است. با توجه به تأثیر مطلوب آموزش، می‌توان این روش‌ها را در قالب برنامه آموزش مداوم برای کلیه ماماها شاغل به اجرا گذاشت. چرا که ماماها به عنوان یکی از اعضای گروه بهداشتی درمانی با به‌کارگیری روش‌های کاهش درد زایمان و خوشایندسازی فرآیند زایمان قادر خواهند بود در راستای ترویج زایمان طبیعی و به دنبال آن تعدیل میزان سزارین و کاهش هزینه‌های گزاف



## References

- 1 - Kean L, Baker P, Edelstone D. Best practice in labour. Ward Management. London: Harcourt Publishers Ltd; 2000. P. 20.
- 2 - Wong D, Perry S, Hockenberry M. Maternal child Nursing Care. 2nd edition. London: Mosby St. Louis; 2002. P. 330.
- 3 - Kimberly K. Trout CNM. The neuromatrix theory of pain: Implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor. Journal of Midwifery & Women's Health. 2004; 49(6): 482-488.
- 4 - Leeman L, Fontaine P, King V, et al. The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacological pain relief. American Family Physician. 2003; 68(6): 1109-1112.
- 5 - Bennett VR, Brown LK, Myles MF, et al. Myles textbook for midwives. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1999. P. 437.
- ۶ - جعفری جاوید مینا، بیهوشی در مامایی و زایمان بی‌درد، تهران: انتشارات پورسینا، ۱۳۸۰: ص ۳۹.
- 7 - Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. Foundations of maternal newborn nursing. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1994. P. 364.
- ۸ - معاونت سلامت دفتر سلامت خانواده و جمعیت با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و دیگران. سیمای جمعیت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: یونیسف (صندوق کودکان سازمان ملل متحد)، ۱۳۸۰: ۵۲.
- ۹ - نوری طاهره. بررسی دلایل انتخاب زایمان به روش سزارین توسط مادران باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۳.
- 10 - Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, et al. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. International Association for the Study of Pain. 2001; 93(2): 123-127.
- 11 - Pillitteri A. Maternal & child health nursing. Care of the Childbearing and Childrearing Family. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. P. 520.
- 12 - Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. Journal of Midwifery & Women's Health. 2004; 49(6): 489-504.
- 13 - Webberjones JE. A practical approach to problem solving registered nurse. Journal of Nurse Education. 1999; 62(10): 30-33.
- 14 - Brooks HJ, Stok WS. Workshops. London: SAGE publications; 1999. P. 36-37.
- 15 - Ger LP, Ghang CY, Ho ST, et al. Effects of a continuing education program on nurses' practices of cancer pain assessment and their acceptance of patients' pain reports. Journal of Pain and Symptom Management. 2004; 27(1): 61-71.
- 16 - Francke AL, Luiken JB, Schepper AM. Effects of continuing education program on nurses' pain assessment practices. Journal of Pain and Symptom Management. 1997; 13(2): 90-97.
- 17 - Graninger EM, McCool WP. Nurse-midwives' use of and attitudes toward epidural analgesia. Journal of Nurse-Midwifery. 1998; 43(4): 250-261.

