

بررسی رویکرد مشاوره‌ی ماماها و تقویت روحیه مادران بعد از زایمان در زمان کرونا و ویروس

هانیه سعیدی گراغانی

لیسانس مامایی

چکیده

بررسی رویکرد مشاوره‌ی ماماها و تقویت روحیه مادران بعد از زایمان در زمان کرونا و ویروس می باشد. یک پرسشنامه برای ماماها برای ارسال شد که دارای مراجعه کنندگانی بودند که در یک RCT متشکل از یک پکیج آموزش آمادگی برای زایمان (روش کیت صورتی) PK برای زایمان بهتر که به والدین تحویل داده شده بود شرکت کرده بودند. ماماها در مطب خصوصی خود را حضور داشتند و به عنوان مراقبان دوران بارداری برای مادران نخست زای نیوزیلندی عمل می کردند. یک صد و چهار مامای مستقل در این تحقیق شرکت کردند. یک پرسشنامه کوتاه با استفاده از یک مقیاس آنالوگ بصری برای به تصویر کشیدن میزان درک استرس مرتبط با کار و یک پرسش بله/خیر در مورد عوارض فیزیکی منتظره و یا غیرمنتظره. ماماها با بیمارانی شرکت کننده در گروه تداخلی کار میکردند، بعد از اصلاح عوارض پزشکی، استرس مرتبط با کار کمتری را در مقایسه با دو گروه شاهد تجربه می کردند. کار کردن با مادرانی که از برنامه های استفاده کرده اند که باعث افزایش خودکارآمدی زایمان شان شده است، استرس مرتبط با کاری را که بوسیله ماماها تجربه شده بود کاهش داد. تشویق زنان باردار به توسعه مهارت‌های زایمان، ارزش انجام تحقیقات بیشتر برای کاهش استرس مرتبط با کار تجربه شده بوسیله ماماها را دارد.

واژه‌های کلیدی: مراقب دوران بارداری، ماماها دارای کیس، آمادگی برای زایمان مبتنی بر نوشته مهارت، استرس مرتبط با کار تطبیقی

مقدمه

اگر به اهداف توسعه هم در سطح جهان نگاه کنیم می بینیم در اهداف توسعه، هدف سوم مربوط به سلامت هست که به قول معروف پایه ی باقی اهداف توسعه است و کارحرفه مامایی نیز در این زمینه است. به خصوص نمایش حوزه ی سلامت مادران و کودکان بسیار اهمیت دارد و این مهم برعهده ای ماماها گذاشته شده است. در اهداف توسعه به جزهدف سوم، هدف هفدهم را هم داریم که درباره ی partnership است. به نظر من و مشارکت برای رسیدن به اهداف بسیار خوب هست و همین و بینارها به نوعی مشارکت طلبی با دیگران هست که میتواند به ماکمک کند تا به اهدافمان برسیم؛ بنابراین گروه مامایی و سلامت باروری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان بزرگترین دانشگاه کشور، تصمیم گرفته تا سلسله و بینارهایی را برگزار کند. به خصوص در این ایام کرونا که حضور فیزیکی مقدور نیست. این اولین و بینار از این سری است که امیدواریم در ادامه عرض این است که باید بدانیم که سازمانهای جهانی و جامع علمی بین المللی درباره ی ماماها چه میگویند که اگر خواستیم چشم انداز خودمان را ترسیم کنیم با کمک از آنها باشد و ببینیم در خصوص مامایی چه مواردی را متذکر می شوند. به طور مثال، در SoWMy ۲۰۱۴، UNFPA گفت که ۸۷٪ مراقبت های قبل، حین و بعد از تولد می تواند توسط ماماها انجام شود که این باعث کاهش مرگ و میر مادران و کودکان تا دوسوم می شود. سازمان جهانی بهداشت نیز در ۲۰۱۴ درباره ی تدارک حمایت حرف های، آموزش و regulation مامایی و advocacy برای مامایی تایید کرد. همچنین در سری مامایی النس، در ۲۰۱۴ نکات عمده ای را مطرح ساختند که از جمله این که ۸۰٪ مرگ های مادری و نوزادی به وسیله ی ماماها قابل پیشگیری است و اینکه تداوم مراقبت ها و مراقبت کننده بسیار مهم است که ماماها به این شکل ارائه خدمت بکنند و نکته ی مهم دیگر اینکه مامایی اغلب به دلیل اراده ی سیاسی و حمایت ناکافی مورد غفلت قرار میگیرد که جای توجه دارد. حالاببینیم که درعرضه ای عمل، سازمانهای جهانی برای مامایی چه کار کرده اند. معمولاً سازمان های جهانی برای پشتیبانی جامعه ای را تشکیل می دهند و بیانه هایی را صادر می کنند و سندهایی را تدوین می کنند که میتواند ساپورت و حمایت کننده برای مامایی باشد.

ازجمله اینکه درسال ۲۰۱۳، ۲۰۱۴، ۲۰۱۸ و ۲۰۱۹ مواردی این چنین بوده است. در SoWMy ۲۰۱۴ آورده شده است که ماماها باید quality, acceptability, accessibility, availability درخدمات داشته باشند. موارد دیگری که اهمیت دارند این است که باید روی نیروی انسانی مامایی و آموزش سرمایه گذاری شود و برنامه های آموزشی شان توسعه پیدا کند و practice نیز توسعه یابد و تقویت شود و خدمات شان در استرس مردم قرار بگیرد و سعی کنند درهر کشوری روی مامایی برنامه ریزی ریزی کنند تا نتایجش رادرسلامت مادر و کودک ببینند. در سطح جهانی و جامع علمی هنوز به سال ۲۰۲۰ نرسیده برای ۲۰۳۰ نیز برنامه ریزی کرده اند. ما نیز باید از آنها خط بگیریم و برنامه های داخلی خودراتنظیم کنیم و برای سال ۲۰۳۰ هدف گذاری کنیم.

بیان مساله

چالش های پیش روی ما برای توسعه ی آموزشی و حرفه ای شامل این موارد می شود که بعضی از آنها را نوشته ام. گاهی می بینیم که رقابت های نامناسبی بین متخصصین زنان و ماماها وجود دارد یا تناسب تعدادی و یا خدمتی بین آنها و ماماها وجود ندارد یا در همه جا ممکن دسترسی به ماما برای همه امکان پذیر نباشد. استقلال آموزشی و محیط بالینی مستقل برای آموزش رشته مامایی وجود ندارد. درایران هم می شود مثل کشورهای پیشرفته از مراکز زایمانی و بخش های زایمان کم خطر برای

آموزش بالینی مامایی استفاده کرد. مورد دیگر این که ما در وزارت بهداشت به اندازه ی کافی در سیاست گذاری ها قدرت نداریم تا همه جانبه وارد شویم. ما نیازمندیم که از طریق جامع قانون گذاری برای تقویت حرفه، توانمندی ها و توسعه ی آن تالش کنیم. گاهی نیز می بینیم که در برخی از دانشجویان، فارغ التحصیلان و شاغلان این حرفه افسردگی هایی نیز پیش می آید و نارضایتی هایی وجود دارد که باید طی ۱۰ سال پیش رو برنامه ریزی کنیم رمزدم و این مشکلات را برطرف سازیم و کمک کنیم مامایی توسعه ی بهتری یابد. همانطور که می دانید درل حال حاضر دنیا با پاندمی کرونا دست و پنجه نرم می کند. به تبع آن طی دو ۳ ماه اخیر به دلیل فاجعه ی کرونا، ماماهاى ایران نیز در این حرفه فعالیت زیادی داشته اند و باعث شده که وارد بطن زندگی مردم شوند و آموزش های لازم را به آنها بدهند و کمک کنند و در این خصوص مشاوره بدهند. به نظر من کرونا به جز مضراتی که داشته، منافعى نیز داشته است و برای ما حالت فرصت ایجاد کرده است. ماماهاى ما در مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری مان در غربالگری ها خیلی فعال بوده اند و همچنین، در بیمارستان ها و زایشگاه ها ماماها فعال بوده اند و به مادران کرونایی ارائه خدمت کرده آند. حتی در کارهای غیر و در بیمارستان هایی که بخش های زایشگاه تعطیل شده اند، ماماها به طور داوطلبانه درکنار پرستاران عزیز برای بیماران مبتلا به کرونا، خدمات را ارائه دادند؛ بنابراین، کرونا فرصت بسیار خوبی را برای نشان دادن خدمات ماماها فراهم کرد.

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

زایمان میتواند برای والدین جدید یک زمان پراز نگرانی و اضطراب باشد. گاهی اوقات تمرکز روی اینکه چه مشکلی ممکن است در طول دوران بارداری و زایمان پیش آید، ممکن است باعث ایجاد وضعیتی شود که زنان باردار رادچار اضطراب کند و آنها را به طور روز افزونی به تخصص مراقب دوره بارداری^۱ خودمتکی سازد (میلر، ۲۰۰۳). فورد و همکارانش ۲۰۰۹ دریافتند زبان انگلیسی به شدت به حمایت پرسنل بیمارستان و ماماها وابسته هستند تا در پیدا کردن این احساس که فرایندهای زایمان خودرا درکنترل دارند به آنها کمک کنند. در تحقیقات کیفی مشخص شده است که انتخاب ماما یم مورد ایمنی مهم برای این زنان به شمار می رود و ارتباط پس از آن باماما یک پیش بینی کننده اصلی برای رضایت مندی زایمان محسوب می شود (هوورات و همکاران، ۲۰۱۰، ۲۰۱۱، ۲۰۱۳). کونیاک-گریفین ۱۹۹۳ دربررسی و بازنگری آثار گذشته، فقدان اعتماد به نفس، آمادگی ناکافی و وابستگی به متخصصین را به عنوان عوامل خطرناک بالقوه برای ازدست دادن کنترل شخصی مادران در طول فرایند زایمان شناسایی کرد. جونز (۲۰۱۲) اظهار کرد اضطراب بالا *maternity carer1* دردوران بارداری می تواند منجر به افزایش درکی از درد طی زایمان و ایجاد چرخ های از رفتارهایی شود که باعث افزایش هرچه بیشتر اضطراب طی زایمان^۲ می شوند و از این طریق حتی موجب بیشتر شدن وابستگی به مراقبان دوره بارداری می گردند. میلر (۲۰۰۳) اظهار کرد این وابستگی به دانش و عقیده متخصص می تواند باعث ایجاد فرهنگی از وابستگی به مراقب دوره بارداری گردد. دریک مطالعه کیفی از ۸ مادر جدید، ویل کینز (۲۰۰۶) بیان کرد زنان برخی از توصیه های ارائه شده درکلاس های پیش از تولد در انگلیس، به ویژه توصیه های مربوط به مراقبت های اولیه از نوزاد را غیرکاربردی و غیرسودمند یافته اند. آنها همچنین به شدت به حمایت عملی و فردی ارائه شده توسط ماماها برای مقابله با نقش جدید خود وابسته بودند. همه این موارد انتظارات و توقعاتی را بر ماما تحمیل می کنند که باعث می شوند ماما دچار افزایش استرس مرتبط با کار شود.

¹ maternity carer

² labour

در نیوزیلند انتظار می رود ماما‌های مراقبت‌های دوران بارداری دارای کیس، ۲۴ ساعته و ۷ روز هفته آن کامل باشند. با وجود اینکه مامایی در نیوزیلند یک شغل چالش برانگیز است، ولی برای آن دسته از ماما‌هایی که علاقه بسیار زیادی به مامایی دارند پاداش‌های مداومی نیز به همراه دارد (مک آرا- کوپر و همکاران، ۲۰۱۴). در یک مطالعه کیفی چند موضوع مشخص شد؛ در این مصاحبه با ۱۱ ماما که حداقل به مدل ۸ سال فعالیت کاری داشتند درباره اینکه چه چیزی باعث باقی ماندن آنها بر سرکارشان شده بود مصاحبه شد. مخصوصاً، مک آرا- کوپر و همکارانش (۲۰۱۴)، لذتی را که ماماها در کار با مشارکت زنان و خانواده‌های آنها تجربه می کنند و به زنان کمک می کنند تا آن گونه که مایل هستند زایمان کنند شرح می دهند. مک آرا- کوپر و همکارانش (۲۰۱۴) همچنین بر اهمیت تشکیل مرزهایی که آنها را قادر به ایجاد توازن حرف‌های و شخصی در زندگی خود می سازد تأیید می ورزند. با وجود اینکه ماماها باز هم از طریق رابطه خود با سایر ماماها و جامعه مامایی بر سر خود دوام می آورند، فرسودگی شغلی^۳ آنها خطری برای ماماها محسوب می شود. این امر در ۳ بعد زیر منعکس شده *labor* *3 occupational burnout* است: احساس مسخ شخصیت^۴، خستگی عاطفی و احساس اندک کفایت شخصی (سندال، ۱۹۹۸). یانگ (۲۰۱۱) در پایان نامه دکترای خود که به بررسی فرسودگی شغلی در ماما‌های دارای کیس برخوردار از استقلال شغلی می پرداخت، با ۱۲ ماما و ۴ نفر از همسران شان مصاحبه کرد تا به درکی از اینکه فرسودگی شغلی برای این ماماها به چه معنا است دست پیدا کند. با وجود اینکه ماماها در ابتدا سعی میکردند پیامدهای سنگین آن کامل بودن در یک شغل سخت و پرس زحمت را مخفی کنند، ولی نتوانستند دوام بیاورند و هزینه سنگین درد عاطفی که متحمل می شدند و تأثیر آن روی زندگی شان و زندگی خانواده شان سرانجام خود را نشان داد. یانگ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسید که ماماها باید از پدیده فرسودگی شغلی آگاه باشند و برای جلوگیری از فرسودگی شغلی دارای حد و مرزهای باشند و از سیستم‌های موجود حمایت کنند یک بازنگری جدید از استرس ماماها نشان داد که استرس از دو منبع عمده نشأت می گیرد: اول استرس شغلی^۵ و نیز استرس سازمانی^۶. مواردی مانند فرهنگ محل کار ناکارآمد، زورگویی و فقدان حمایت و پشتیبانی شایع به نظر می رسند و نیز باید به عنوان منابع استرس در نظر گرفته شوند (پیزارو و همکاران، ۲۰۱۵). تحقیق حاضر، بحث استرس رابه استرس شغلی یا مرتبط با کار محدود خواهد کرد. در یک مطالعه کیفی دیگر که توسط کاکس و اسمیت (۲۰۱۱) انجام شد، با ۳ ماما که به تازگی شغل مراقبت از دوران بارداری را رها کرده بودند مصاحبه شد. این گونه نتیجه گیری شد که علاقه و تعهد ماماها نسبت به مامایی می تواند پیامدها و هزینه‌های عاطفی بسیار بالایی برای برخی از ماماها به بار آورد. یک مطالعه در استرالیا که به بررسی سطح استرس مرتبط با کار تجربه شده توسط ماما‌های شاغل نمایش دو بخش زایمان از بیمارستان دولتی می پرداخت دریافت که ۶۰/۷٪ ماماها سطوح متوسط تا بالای خستگی عاطفی را گزارش دادند، ۳۰/۳٪ امتیاز پایینی به کفایت شخصی دادند و ۳۰/۳٪ مسخ شخصیتی (به بیان ساده، حسی مانند روبات داشتن) را اظهار کردند که مشخص شد همه ویژگی‌ها با فرسودگی شغلی در ارتباط هستند (مولارت و همکاران، ۲۰۱۳؛ سندال، ۱۹۹۸). از آنجایی که نرخ پاسخگویی به دست آمده از جمعیت هدف پایین بود (۳۶/۸٪)، این امکان وجود دارد که این سطوح استرس مرتبط با کار و فرسودگی شغلی بتوانند بیشتر باشند (مولارت و همکاران، ۲۰۱۳). با وجود اینکه بخش اعظم این تحقیق به صورت کیفی است و تعداد شرکت کنندگان آن کم هستند، ولی نشان می دهد که استرس مرتبط با کار برای ماماها یک مسئله به شمار می رود. تحقیقات جدیدتر در زمینه

³ occupational burnout⁴ sense of depersonalization⁵ occupational stress⁶ organisational stress

استرس ماماها تمرکز خود را به سمت زایمان تروماتیک^۷ معطوف داشته است برای مثال لین وبر و همکاران، ۲۰۱۶؛ والبرگ و همکاران، ۲۰۱۶. تحقیق حاضر در عوض، تولدهای پیچیده از نظر غیر پزشکی را که اکثر مراجعین یک ماما را تشکیل می دهند بررسی می کند. تحقیق حاضر استرس ماماها را حالی که مراجعین و بیماران آنها در یک RCT شرکت می کنند مورد مطالعه قرار می دهد؛ در این RCT مشخص شده است که پکیج تداخلی باعث افزایش خودکارآمدی^۸ مادرانی می شود که در انتظار اولین فرزند خود هستند. تداخل در تحقیق حاضر عبارت است از برنامه آمادگی برای زایمان که روش کیت صورتی برای زایمان بهتر نامیده می شود (اعتماد دانش مشترک، ۲۰۰۱). از ماماهایی که شرکت کنندگان را در این تحقیق حاضر کردند خواسته شد اظهار کنند چه میزان استرس مرتبط با کار رادر مقایسه با استرس مرتبط با کاری که هنگام کار کردن با بیماران خود دچارش می شوند تجربه می کنند. این گونه فرض شد که بیماران درگیر در این تداخل فراینده خودکارآمدی، باعث کاهش استرس وارده بر ماماها می شوند.

روش تحقیق

این یک تحقیق نظارتی از ماماهایی است که مراجعین آنها به منظور بهبود خودکارآمدی زایمان، در یک آزمایش کنترل شده تصادفی (RCT) شرکت کردند (به هوواری و همکاران، ۲۰۱۶) مراجعه کنید. در این آزمایش، شرکت کنندگان به طور تصادفی به یکی از ۳ گروه اختصاص داده شدند: یک گروه تداخلی که در معرض برنامه آمادگی زایمان مبتنی بر مهارت^۹ قرار داده شدند؛ یک گروه شاهد فعال که کتابچه ای متشکل از داستانهای مختلف درباره زایمان به آنها داده شد؛ و یک گروه شاهد منفعل که هیچ گونه اطلاعات و مطالب اضافی در اختیار آنها قرار نگرفت. شرکت کنندگان در این آزمایش ماماها خود را انتخاب کردند. در نتیجه ماماها براساس گروه بندی تصادفی شرکت کنندگانی که برای آنها به عنوان مراقبان دوران بارداری عمل می کردند طبقه بندی شدند. بعد از اینکه مراقبت از شرکت کننده به پایان می رسید، یک پرسشنامه که درباره استرس پرسش هایی مطرح می کرد برای ماماها فرستاده شد.

شرکت کنندگان

برای نزدیک شدن به ماماهایی که در این تحقیق برای شرکت کنندگان به عنوان مراقبان دوران بارداری بوده اند و به عنوان مطلع عمل می کردند تاییدیه اخلاقی اعطا می شد (شماره ارجاع: LRS/10/11/052) فقط ماماهایی که برای شرکت کنندگان به عنوان مراقبان دوران بارداری عمل کرده بودند واجد شرایط بودند. موافقت ماماها از طریق برگرداندن پرسشنامه تکمیل شده نشان داده شد. ۱۰۴ ماما برای شرکت در این تحقیق انتخاب شدند (۷۰٪ نرخ پاسخگویی).

روش کار

پرسشنامه هایی که از ماماها می خواستند استرس مرتبط با کار خود را درجه بندی کنند- به همراه یک نامه مقدماتی کوتاه و یک پاکت نامه برگشت تمبردار و آدرس دار- برای ماماها فرستاده شد که این ارسال بعد از به پایان رسیدن نقش این ماماها به عنوان مراقب دوران بارداری برای یک شرکت کننده خاص صورت گرفت (حداقل ۶ هفته بعد از تولد). در صورتی که هیچ

⁷ traumatic birth

⁸ Self-efficacy

⁹ Skills-based childbirth preparation

پاسخی دریافت نمی شد، پرسشنامه مجدد ارسال می شد. برای ماماهايي که آدرس پستی آنها موجود نبود پیامک ارسال شد و از آنها خواسته شد به وب سایت تحقیق مراجعه کنند و افرادی که برای شرکت در تحقیق موافقت خود را اعلام کردند. آدرس پستی خود را صرفاً ارائه دادند.

اندازه گیری ها

استرس مرتبط با کاربرد تطبیقی براساس یک مقیاس آنالوگ بصری^{۱۰} (VAS=0 [سطح بسیار پایین تر استرس -100] سطح بسیار بالاتر استرس در پاسخ به پرسش‌های ذیل برآورد شد. پرسش‌ها این موارد را در برمی گرفتند: استرس مرتبط با کار تطبیقی لطفاً از مقیاس زیر استفاده نمایید تا این مطلب را درجه بندی کنید که هنگام مراقبت از این مراجعه کننده/بیمار و همسرش چقدر استرس کمتر یا چقدر استرس بیشتری، در مقایسه با استرسی که معمولاً هنگام مراقبت از یک مراجعه کننده/بیمار و همسرش دچارش می شوید، تجربه می کنید.

عوارض

آیا هرگونه مسئله فیزیکی منتظره (برای مثال وضعیت بریج^{۱۱}) یا هرگونه مسئله فیزیکی غیره منتظره ای (فقط فیزیکی) وجود داشته است که نشان دهنده استرسی باشد که تجربه کرده اید؟ تمهیدات لازم برای اظهار نظر ماماها نیز فراهم شد. تجربه قبلی نشان میداد که ماماها در مقابل پرسشنامه های وقت گیر و پرسشنامه هایی که به طور بالقوه فضولانه و مداخله آمیز هستند مقاومت می کنند و به همین دلیل تصمیم بر این شد که جزئیات دموگرافیک یا جزئیات مرتبط با کار جمع آوری نشوند.

تحلیل داده ها

داده های مربوط به شرکت کنندگانی که انصراف دادند و افرادی که تولد فرزند خود را گزارش ندادند از تحقیق حذف شدند. داده های مربوط به آن دسته از شرکت کنندگانی که تحت مراقب یک مراقب دوران بارداری به غیر از یک ماما قرار داشتند و آن شرکت کنندگانی که به ماماها خود اجازه نداده بودند با آنها تماس بگیرند نیز از تحقیق حذف شدند. این موارد، ۱۴۸ ماما را برای شرکت در این مطالعه واجد شرایط می ساخت. از میان این ۱۴۸ ماما، ۱۰۴ نفر داده های خود را برای تحلیل ارائه دادند. داده های حاصل از پرسش VAS با استفاده از یک آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) بررسی شدند؛ طبق پرسش VAS گاز ماماها تقاضا می شد استرس مرتبط با کار خود را هنگام مراقبت از مراجعین حاضر در مطالعه تجربه می کردند با استرسی که معمولاً در کار با مراجعین مطب های خصوصی خود را تجربه می کردند. مقایسه کنند (استرس تطبیقی^{۱۲}).

¹⁰ visual analogue scale

¹¹ Breech position

¹² comparative stress

یافته های تحقیق

خصوصیات دموگرافیک

ماماهایی که به عنوان مراقبین دوران بارداری درمطب های خصوصی واقع در نواحی روستایی و همچنین شهری سرتاسر نیوزیلند کار می کردند، به عنوان مطالعه این تحقیق عمل کردند. همه شرکت کنندگان زن بودند. هیچ گونه پرسش دموگرافیک از ماماها پرسیده نشد.

سطوح استرس مرتبط با کار تطبیقی

از ماماها خواسته که سطح استرسی را که هنگام کار با مراجعین شرکت کننده در این تحقیق تجربه می کنند با سطح استرسی که معمولاً موقع کار با مراجعین خود تجربه می کنند مقایسه نمایند. یک آنالیز واریانس یک طرفه مشخص کرد که از نظر آماری هیچ گونه اختلاف معنی داری بین گروه ها از نظر سطوح استرس مرتبط با کار تطبیقی ماماها وجود ندارد ($F=2/918$ ، $p=0/059$) با این وجود، میانگین ها مشابه نبودند (گروه آمادگی زایمان مبتنی بر مهارت = $30/13$ ؛ گروه شاهد داستانهای زایمان = $43/95$ ؛ گروه شاهد = $41/52$) و آنالیز در حال رسیدن به معنی داری بود، ولی به دلیل وجود انحراف معیارهای بزرگ، معنی داری آماری به دست نمی آمد دوم اینکه، از ماماها پرسیده شد که آیا مراجعین آنها در طول زایمان و یا تولد، با عوارض فیزیکی^{۱۳} مواجه شده اند یا خیر. عوارض فیزیکی عبارت بودند از لزوم هریک از موارد زیرچه به تنهایی یا به صورت ترکیبی: القاء، اگمنتاسیون، اپیزیوتومی^{۱۴}، زایمان با فورسپس، زایمان با ventouse، زایمان با سزارین و سایر موارد شامل زایمان دوقلوها، پارگی ها، خونریزی^{۱۵} و هرگونه مسائل فیزیکی دیگری که توسط ماماها مشخص شده بود. آنها اظهار کردند ۵۰٪ از مراجعین شان در گروه تداخلی، ۴۶٪ از مراجعین شان در گروه شاهد فعال و ۵۲٪ از مراجعین شان در گروه شاهد انفعالی حداقل یک عارضه و مشکل را طی زایمان و یا تولد تجربه کردند. در نتیجه، یک آنالیز کوواریانس (ANCOVA) که مشکلات فیزیکی را کنترل می کرد انجام شد. این آنالیز مشخص کرد که از نظر استرس مرتبط با کار تطبیقی تجربه شده توسط ماماها $F=3/150, p>0/05$ وجود دارد نوارهای خطای مربوط به میانگین ها نشان میدهند که بعد از کنترل عوارض فیزیکی طی زایمان و یا تولد، ز نظر آماری اختلاف معنی داری بین سطوح استرس تطبیقی ماماهاهایی که از شرکت کنندگان گروه آمادگی زایمان مبتنی بر مهارت مراقبت می کنند در مقایسه با سطوح استرس تطبیقی ماماهاهایی که از شرکت کنندگان گروه های شاهد فعال و شاهد انفعالی مراقبت می کنند وجود دارد. میانگین های سطوح استرس مرتبط با کار تطبیقی (۰-۱۰۰ VAS با مقادیر بالاتری که نشان دهنده استرس مرتبط با کار بیشتری هستند) بین گروههای ماماها بعد از اصلاح عوارض فیزیکی طی زایمان و یا تولد. * گروه ۱ = گروه آمادگی زایمان مبتنی بر مهارت؛ گروه ۲ = گروه شاهد داستان های زایمان؛ گروه ۳ = گروه کنترل.

بحث

بعد از کنترل اثرات عوارض فیزیکی طی زایمان و یا تولد، اختلاف معنی داری بین گروه ها از نظر استرس مرتبط با کار تطبیقی تجربه شده بوسیله ماماها در مراقبت از شرکت کنندگان حاضر در این مطالعه مشاهده شد. ماماهاهایی که با شرکت

¹³ physical complications¹⁴ episiotomy¹⁵ haemorrhage

کنندگان گروه تداخلی کار می کردند که با استفاده از روش کیت صورتی برای زایمان بهتر آماده شده بودند، در مقایسه با دو گروهی که شرکت کنندگان آنها به این روش آماده نشده بودند، استرس کمتری نسبت به آنچه معمولاً هنگام کار کردن با مراجعین خود تجربه می کردند تجربه نمودند. نتایج بدست آمده نشان می دهند شرکت کنندگانی که مهارت های تولد بچه را یاد گرفته بودند برای کار کردن درطول زایمان هایی که از نظر غیر پزشکی^{۱۶} پیچیده هستند نسبت به شرکت کنندگانی که این مهارت ها را یاد نگرفته بودند کمتر استرس زا^{۱۷} هستند.

همان گونه که سایر محققان نیز اظهار کرده اند، زنان شرکت کننده در این مطالعه به اینکه تجربه زایمان شان چگونه خواهد بود امید و از آن توقع داشتند و این توقعات روی نحوه پیش بینی و نزدیک شدن آنها به تولد فرزند شان تاثیر می گذاشت (آیز و پیکرینگ، ۲۰۰۵؛ گیبینز و تامسون، ۲۰۰۱). بااین وجود، همانطور که کوهن (۲۰۰۸) دریافت، زنان میدانستند که اتفاقات غیرمنتظره می توانند رخ دهند و اینکه بارداری و زایمان سفری به درون ناشناخته ها است. علی رغم این موضوع، ممکن است همانند آنچه قبل از آنها نیز مشاهده شده است، برخی از زنان شرکت کننده در این مطالعه با یکسری توقعات و انتظارات غیرواقعه گرایانه وارد دنیای زایمان خود شدند (لالی و همکاران، ۲۰۰۸؛ میلر، ۲۰۰۷). این امر از پتانسیل تاثیرگذاری روی استرس مرتبط با کار که یک ماما ممکن است تجربه کند برخوردار می باشد.

پژوهش های قبلی، دوران بارداری را به عنوان زمانی برای آماده شدن برای زایمان مشخص کردند و نیز نشان دادند برخیز مادران مسئولیت شخصی مدیریت دوران بارداری و زایمان را که منجر به نوعی کنترل شخصی می شود برعهده می گیرند (هووارت و همکاران، ۲۰۱۱). این اعتقاد که فرد میتواند لحظه به لحظه آنچه را تجربه می کند کنترل نماید و اینکه فرد از انگیزه انجام چنین کاری برخوردار است، به خود کارآمدی برمبگردد (فیشر و فیشر، ۲۰۰۰). این موضوع به چیزی بیشتر از اطلاعات نیز دارد.

انتظار می رفت اطلاعات گنجانده شده در برنامه آمادگی به ایجاد خود کارآمدی کمک کنند و این را از طریق مشارکت در ارائه انگیزه موردنیاز برای ایجاد مهارت های خود تنظیمی^{۱۸} ضروری انجام دهند. همان گونه دراین تحقیق مشخص شد، زنانی که بااین فرایند ها کار کرده بودند بیشتر از این احتمال برخوردار بودند که در نتیجه داشتن خودکارآمدی زایمان بالاتر بتوانند کنترل شخصی را دست گیرند و درنتیجه وابستگی خود را به مراقب دوران بارداری که در نیوزیلند معمولاً ماماها هستند، کاهش دهند.

محققان دریافته اند که خود کارآمدی زایمان پایین تر باترس بیشتر از زایمان درارتباط است (کارلسون و همکاران، ۲۰۱۵؛ سالم ونسون و همکاران، ۲۰۱۳). ناتوانی در مدیریت، یا فکرکردن بیش از حد به درد خود میتواند منجر به از دست دادن کنترل و از دست دادن ورود به فرایند زایمان گردد و میتواند یک زن را در معرض خطر داشتن یک تجربه زایمان منفی قرار دهد (آیز و پیکرینگ، ۲۰۰۵؛ مارتین و فلمینگ، ۲۰۰۱؛ ریندرز و همکاران، ۲۰۰۸؛ لالی و همکاران، ۲۰۰۸). این امر احتمالاً وابستگی را که زن به مراقب دوران بارداری خود احساس می کرد افزایش می داد و یک توجیه ممکن برای برخی از استرس های تجربه شده توسط ماماها حاضر در این مطالعه به شمار می رود. ترس از درد و ناتوانی در مدیریت درد ممکن است موجب توقف زایمان و یک عامل موثر در زایمان باکمک عمل جراحی^{۱۹} باشد (لالی و همکاران، ۲۰۰۸).

¹⁶ non-medically

¹⁷ Stressful

¹⁸ regulatory skills-self skills

¹⁹ surgical delivery

هوورات و همکارانش (۲۰۱۲) اظهار کردند هنگامی که عوارض و مشکلاتی مطرح می شوند مادران ممکن است احساس کنند حس کنترل خود را از دست داده اند. و این امر احتمالاً نشان می دهد هنگامی که عوارض غیرمنتظره حس کنترل برخی از مادران شرکت کننده در تحقیق حاضر را به چالش می کشد، آمادگی این مادران مهارت های لازم برای مقابله با این عوارض را به آنها نمی دهد و عوارض غیر منتظره هرگونه اعتماد به نفس اولی های را که ممکن است داشته باشند تضعیف می کنند و به همین دلیل باعث افزایش وابستگی آنها به مراقب دوران بارداری شان و دیگر متخصصین پزشکی نامشخص می شود. کاهش استرس مرتبط با کار ماماها امر مهمی به شمار می رود، هم از نظر حمایت محل کار از افرادی که در حرفه مامایی مشغول به کار هستند و هم برای بالا نگه داشتن استانداردهای مراقبت^{۲۰} از زنان (پیزارو و همکاران، ۲۰۱۵).

نقاط ضعف و محدودیت ها

ماماها به طور جداگانه و به صورت تصادفی به گروه ها اختصاص داده نشدند و به همین دلیل حصول اطمینان از عدم وجود اختلاف در میان خصوصیات شخصی که می توانستند روی نتایج مطالعه تاثیر داشته باشند امکان پذیر نبود. همچنین، هیچ گونه اطلاعات بافتی^{۲۱} درباره ماماها و منابع استرس احتمالی دیگر جمع آوری نشد. در عوض، براساس گروه هایی طبقه بندی شدند که مراجعین آنها به طور تصادفی تعیین شده بودند. علی رغم این محدودیت، از آنجایی که مراجعین ماماها خود برآورده ساختن و رفع نیازهای خود انتخاب کرده بودند و از آنجایی که مراجعین از نظر خصوصیات شخصی و نیز معیارهای مرتبط پایه (به آن نحوی که در مطالعات وسیع تر برآورد شده بودند) تفاوتی باهم نداشتند، این گونه فرض شد که ماماها نیز از نظر ویژگی های شخصی شبیه یکدیگر هستند زیرا این خصوصیات برای مراجعین، هنگامی که ماماها خود را انتخاب می کنند مهم هستند. ماماها هم در زمینه های روستایی و هم زمینه های شهری سراسر نیوزیلند با مراجعین کار کرده بودند و به همین دلیل پتانسیل قابلیت تعمیم را افزایش داده بودند. ۱۰۴ ماما در این مطالعه شرکت کرده بودند (نرخ پاسخگویی ۷۰٪) و تعداد آنها برای حفظ قدرت آماری کافی بود.

نتیجه گیری

یافتن راه هایی برای کاهش استرس ماماها یک اولویت محسوب می شود، مخصوصاً همان طور که شواهد گفتاری نشان می دهند بسیاری از ماماها در حال دوری گزیدن و کنار رفتن از حرفه مامایی هستند و به همین دلیل فشار بیشتری بر افرادی که برسر کار باقی می مانند وارد می کنند و مناطقی از کشور را با کمبود ماماها متخصص مواجه می کنند (موسن و متی و سون، ۲۰۱۵). سایر ماماها مطب های خصوصی خود را به عنوان مراقبان دوره بارداری دارای کیس ترک می کنند تا در بیمارستان هایی که دارای شیفت های کاری منظمی هستند مشغول به کار شوند (موسن و متی و سون، ۲۰۱۵) این مطالعه در تلاش بود تا پی ببرد که آیا والدین دارای خود کارآمدی زایمان قوی که در نتیجه استفاده از روش آمادگی زایمان مبتنی بر مهارت به دست آمده بود باعث می شوند که ماماها را به عنوان استرس مرتبط بار کمتری را تجربه کنند یا خیر. با وجود این که این یافته به دلیل استرس ناشی از عوارض فیزیکی در طول زایمان یا تولد دچار پیچیدگی شده بود، ولی نشان می دهد که دانش و آگاهی بیشتر از مهارت های زایمان از سوی زنان درباره زایمان خود می تواند استرس مرتبط با کاری را که ماماها تجربه می کنند

²⁰ standards of care

²¹ contextual information

کاهش دهد، مخصوصاً در یک زایمان غیر پیچیده. از آنجایی که زنان دارای مهارت های زایمان استقلال و عدم وابستگی بیشتری از خود نشان می دهند و در نتیجه باعث کاهش تعداد زانی می شوند که در همه جوانب زایمان و مراقبت های زایمان خود طور کامل به ماماهایشان وابسته هستند، چنین امری محتمل به نظر می رسد. در نتیجه، آمادگی برای مهارت های زایمان می تواند یک رویکرد مثبت برای آمادگی زایمان باشد. به همین دلیل تحقیقات بیشتر در زمینه کاهش استرس ماماها ممکن است روی آمادگی زایمان زنان به عنوان بوسیله ای برای کاهش استرس ماماها تمرکز کند. این امر از این قابلیت برخوردار است که نقش مراقبان دوران بارداری را در نیوزیلند برای حرف های که ممکن است احساس کنند بیش از حد کار میکند و کم ارزش تلقی می شود قابل مدیریت تر سازد.

منابع و ماخذ

1. Ayers, S. Pickering, A.D. 2005. Women's expectations and experience of birth. *PsychologyHealth* 20, 79–92.
2. Carlsson, I.M. Ziegert, K. Nissen, E. 2015. The relationship between childbirth self-efficacy And aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery* . <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.05/05/2015>.
3. Common Knowledge Trust (CKT), 2001. *The Pink Kit (PK) Method for Birthing Better*. Anchor Press, Nelson, New Zealand.
4. Cox, P. Smythe, L. 2011. Experiences of midwives' leaving Lead Maternity Care (LMC) Practice. *New Zealand College of Midwives Journal* 44, 17–21.
5. Fisher, J.D. Fisher, W.A. 2000. Approaches to individual-level change in HIV risk Behavior. In: Peterson, J.L. DiClemente, R.J. (Eds.), *of HIV Prevention*. Kluwer /Plenum Publishers, New York.
6. Ford, E. Ayers, S. Wright, D.B. 2009. Measurement of maternal perceptions of support and in birth (SCIB). *Journal of Women's Health* 18, 245–252.
7. Gibbins, J. Thomson, A.M. 2001. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery* 17, 302–313.
8. Howarth, A. Scott, K. Swain, N. 2016. First-time fathers' perception of their childbirth Experiences. *Journal of Health Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316687628>.
9. Howarth, A. Swain, N. Treharne, G. 2010. A review of psychosocial predictors of outcome in labour and childbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*.
10. Howarth, A. Swain, N. Treharne, G. 2011a. Taking personal responsibility for wellbeing Increases birth satisfaction for first time mothers. *Journal of Health Psychology* 16, 6–11.
11. Howarth, A. Swain, N. Treharne, G.J. 2011b. First-time New Zealand mothers' experience of Birth: importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*.
12. Howarth, A. Swain, N. Treharne, G. 2012. First-time mothers' perspectives on relationships With and between midwives and doctors: insights from a qualitative study of giving birth in New Zealand. *Midwifery* 28, 429–434.

13. Howarth, A. Swain, N. Treharne, G. 2013. The safety-net: what influences New Zealand first-Time mothers perceptions of safety for self and unborn child? *New Zealand College of Midwives Journal* 48, 24–28.
14. Jones, L. 2012. Pain management for women in labour: an overview of reviews . *Journal of Evidence-Based Medicine* 5, 101–102.
15. Koehn, M. 2008. Contemporary women's perceptions of childbirth education. *The Journal of Perinatal Education* 17, 11.
16. Koniak-Griffin, D. 1993. Maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship* 25, 257,262
17. Lally, J.E. Murtagh, M.J. Macphail, S. Thomson, R. 2008. More hope than expectation: a Systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 6, 7, (Retrieved 3, 2010, from)(<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/6/7>)
18. Leinweber, J. Creedy, D.K. Rowe, H. Gamble, J. 2016. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth*.
19. McAra-Couper, J. Gilkison, A. Crowther, S. Hunter, M. Hotchin, C. Gunn, J. 2014 . Partnership and reciprocity with women sustain Lead Maternity Carer midwives in practice . *New Zealand College of Midwives Journal* 49, 23–33.
20. <http://dx.doi.org/10.12784>
21. nzcomjnl49.05/29/2014-33