

تجربه ی زنان از زایمان: یک مطالعه ی پدیدار شناسی

فریبا عسکری^۱ - علیرضا عطاردی^۲ - شیرین ترابی^۳ - علی دلشاد نوقابی^۴
لیلا صادق مقدم^۵ - رقیه رحمانی^۶

چکیده

زمینه و هدف: در زندگی انسان بسیاری از مسائل و پدیده های فیزیولوژیک مثل تولد و مرگ وجود دارد، که جزء بدیهیات می باشند. اما این پدیده های طبیعی می توانند توسط فرآیندهای پاتولوژیک تحت تأثیر قرار گیرند که مراقبت های بهداشتی و درمانی را برای کنترل آن فرآیندها می طلبد. مطالعه ی حاضر با هدف تبیین تجربه ی زنان زایمان کرده از زایمان، در جهت برقراری امکان مراقبت های طبیعی برای این پدیده ی فیزیولوژیک انجام گرفت.

روش تحقیق: در این مطالعه از رویکرد پدیدار شناسی استفاده شده است. شرکت کنندگان از میان زنان نخست زای زایمان کرده در بیمارستان ۲۲ بهمن گناباد که زایمان واژینال و بدون عارضه داشته اند به روش مبتنی بر هدف انتخاب و اطلاعات از طریق مصاحبه ی باز و نیمه ساختارمند با شرکت کنندگان که تعداد آن ها با توجه به اشباع داده ها ۱۰ نفر بود، جمع آوری گردید. روش ۷ مرحله ای تجزیه و تحلیل کلایزی مورد استفاده ی پژوهشگران در این مطالعه بود.

یافته ها: متن مصاحبه با شرکت کنندگان، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و کدهای مفهومی از آن استخراج گردید. سپس کدها به سه مفهوم اصلی و زیرمفهوم های مربوطه دسته بندی شدند که عبارتند از: ۱- محیط (سر و صدا، فراهم بودن خلوت بیمار، رنگ محیط) ۲- اطمینان دادن به زائو (حمایت از زائو، مهارت ماما) ۳- تکنیک های روتین (سرم ترابی، خوابیدن در تخت، انجام معاینات واژینال، آمنیوتومی، ناشتا بودن). **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های این پژوهش شایسته است محیطی امن، خلوت و مناسب برای زایمان در نظر گرفته شود. زنان از طرف پرسنل مامایی مورد حمایت قرار گیرند و روند زایمانشان به زبان خودشان و به صورت واقعی برای آن ها توضیح داده شود. از مداخلات غیر ضروری که به صورت روتین به همه ی زنان و بدون توجه به نیازشان ارائه می شود مانند استراحت مطلق، برقراری راه وریدی، معاینات مکرر واژینال، آمنیوتومی زود هنگام و ناشتا بودن پرهیز شود. با امید به این که تجربه ی زایمان را برای مادران به تجربه ای خوشایند و لذت بخش تبدیل نماییم.

کلید واژه ها: زایمان فیزیولوژیک؛ لیبر؛ ماما؛ تکنیک های مامایی؛ پدیدار شناسی

افق دانش؛ فصلنامه ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ی ۱۵؛ شماره ی ۴؛ زمستان سال ۱۳۸۸)

دریافت: ۱۳۸۸/۵/۸ اصلاح نهایی: ۱۳۸۸/۱۱/۲۰ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۲/۱۸

۱- مربی، کارشناس ارشد مامایی، گروه آموزشی مامایی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۲- نویسنده ی مسؤول؛ مربی هیأت علمی مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

آدرس: گناباد- حاشیه ی جاده ی آسیایی- مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

تلفن: ۰۵۳۳-۷۲۲۹۰۲۵ نامبر: ۰۵۳۳-۷۲۲۹۰۲۵ پست الکترونیکی: aratarodi1387@yahoo.com

۳- استادیار، متخصص زنان و زایمان، گروه آموزشی مامایی، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۴- مربی، کارشناس ارشد پرستاری بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۵- مربی، کارشناس ارشد روان پرستاری، گروه آموزشی پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

۶- مربی، کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد

مقدمه

مداخلات روتین طی لیبر و زایمان مثل شیوینگ پرینه، انما، اپی زیوتومی، مونیترینگ الکترونیکی جنین در تایوان رایج و متداول است. اما این مداخلات اغلب مورد نیاز نبوده و هیچ مدرکی دال بر سودمند بودن آن ها برای کاهش عفونت زخم و یا عفونت نوزاد وجود ندارد.

اپی زیوتومی روتین نیز مزایای قابل توجهی در مورد کاهش شدت جراحات پرینه و شلی های لگنی ندارد (6). مطالعات تاریخی نشان می دهد که زنان در موقع وضع حمل همیشه توسط یک زن مورد حمایت و مراقبت قرار می گرفته اند. اما در دنیای امروز، در بسیاری از کشورها با توجه به این که زایمان ها در بیمارستان انجام می شود، زنان این حمایت را دریافت نمی نمایند. مطالعاتی که بر روی تجربیات زایمان زنان انجام شده، نشان داده است که این مراقبت مداوم از طرف یک همراه زن بایستی صورت پذیرد (7).

طی 30 سال گذشته مراقبت های هنگام زایمان تغییر چندانی نکرده اند. امروزه گرایش هایی به سمت زایمان فیزیولوژیک به وجود آمده که با توجه به جنبه های احساسی و انسانی لیبر، مادر را فردی فعال در امر زایمان قلمداد می کند و زایمان را روندی مکانیکی برای تولد فرزند نمی داند (6).

یکی از اصول بیمارستان های دوستدار مادر، طبیعی بودن روند زایمان است. در این پروتکل اعتقاد بر این است که مادر و نوزاد، شعور فطری لازم برای شناخت زایمان و تولد را دارند. زایمان یک فرآیند طبیعی و سرشتی است که با حداقل مداخلات پزشکی بایستی انجام می پذیرد و این گونه مداخلات تنها در مواردی که جان مادر یا جنین در خطر باشد، می بایست انجام شوند (8).

عقاید زنان در مورد مراقبت های مورد نیازشان در طی مراحل مختلف زایمان بر چگونگی انجام این مراقبت ها و به دنبال آن پذیرش زنان و تحت تأثیر قرار گرفتن روند زایمانشان مؤثر است. اما اطلاعات کمی در باره ی این طرز فکر، عقیده و تجربه وجود دارد. درک مراقبت از دیدگاه زنان می تواند توانایی پرسنل مامایی را برای انجام مناسب وظایف خویش افزایش دهد. با توجه به اینکه ارائه خدمات بارداری و زایمان نباید مبتنی بر نیازهای ارائه دهنده ی خدمت، بلکه

در دنیای انسانی بسیاری از پدیده ها مانند تولد و مرگ، طبیعی و بدیهی هستند. اما پدیده های طبیعی می توانند به صورت پاتولوژیک درآیند که مراقبت های بهداشتی را برای بهبود روند آن ها می طلبند و در پزشکی معاصر تکنیک های کنترل و درمان آن ها به وجود آمده است (1). اگر چه لحظه ی تولد، زمانی شاد در زندگی انسان محسوب می شود و می تواند تأثیری مثبت در زندگی زن و وضعیت روحی و روانی او داشته باشد، اما از طرفی می تواند اثرات زیان آوری نیز در احساسات و سلامت او باقی بگذارد (2). زایمان فرآیندی دردناک است و حمایت عاطفی از زائو می تواند این استرس و درد را کاهش دهد (3) و روحیه ی بیمار در پیشرفت و نتیجه ی نهایی فرآیند زایمان بسیار مؤثر است (4). زنان ایرانی مانند زنان دیگر مناطق دنیا دوست دارند زایمانی موفقیت آمیز داشته باشند. زمانی که فرآیندی در طول مراقبت های مامایی زنان به کار گرفته می شود و خارج از روند طبیعی پروسه زایمان است، می بایست به دو سؤال اساسی پاسخ داد:

1- آیا این فرآیند پیامد مادر را بهبود خواهد بخشید؟

2- آیا این فرآیند پیامد نوزاد را بهبود خواهد بخشید؟

متأسفانه تکنیک هایی وجود دارند که به طور بسیار معمول در روند زایمان زنان به کار گرفته می شوند اما نه تنها هیچ نفعی برای پیامد مادر و نوزاد ندارند که بالقوه می توانند برای آن دو خطراتی نیز ایجاد نمایند (5). هنگام انجام یک پروتکل درمانی ماما یا متخصص مامایی باید به این نکته توجه نماید که چگونه انجام یک مراقبت معمول می تواند نگرشی منفی در زائو ایجاد نماید. به طور مثال انجام تکنیک شیوینگ¹ به طور روتین سبب نگرانی زائو می شود چرا که به نظر او پرسنلی که مراقبت از او را به عهده دارند ظاهراً قادر به انجام زایمان وی نبوده و او را آماده ی جراحی می نمایند و یا مثلاً اگر به زائو اجازه داده نشود که خارج از تخت وضعیت مناسبی برای خود اختیار نماید، وی احساس می کند که ناتوان است و قدرت کمک کردن به خود را جهت زایمان نخواهد داشت (5).

1- Shaving

باید مبتنی بر نیازهای مادر و کودک باشد، پژوهشگران مطالعه ی حاضر را برای بررسی تجارب زنان از زایمانشان در بیمارستان 22 بهمن گناباد با هدف برقراری امکان مراقبت های طبیعی طی لیبر و انجام زایمان فیزیولوژیک بر اساس انتخاب آگاهانه ی مادران به انجام رساندند.

روش تحقیق

در این مطالعه که در سال 1387 صورت گرفت از روش پدیدار شناسی با هدف کسب فهم عمیقی از مراقبت های زایمانی از طریق بررسی تجارب زنان زایمان کرده استفاده شده است. این روش مطالعه ی کیفی می کوشد تا تجربیات انسان را در متن و زمینه ای که در آن روی می دهد توصیف نماید. بسیاری از پدیده ها در مراقبت های بهداشتی کمی نبوده و قابل اندازه گیری نمی باشند. لذا غیر علمی خواهد بود اگر آن ها را به ماتریکس تبدیل کرده و تحت کنترل در آوریم. به نظر می رسد یک فرایند علمی مورد نیاز است تا دنیای زنان را برای تولد آن طور که هست نمایان سازد. در این پژوهش از مکتب فلسفی هاسرل¹ استفاده شده است. در واقع تمایل و نگرش به حقیقت تجربه با هدف درک یک واقعیت و راه جدید برای انجام مراقبت های زایمانی مطرح شده است. نمونه ی مبتنی بر هدف این پژوهش شامل 10 زن نخست زا با طیف سنی 19-29 سال بود که به روش زایمان واژینال و بدون عارضه در بیمارستان 22 بهمن گناباد وضع حمل کرده و حاضر به شرکت داوطلبانه در مطالعه بودند. جهت جمع آوری اطلاعات، شرکت کنندگان هنگام مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی برای دریافت دومین مراقبت پست پارتوم خود، دو هفته پس از زایمان مورد مصاحبه ی باز و نیمه ساختارمند قرار گرفتند. پس از مراجعه به هر کدام از شرکت کنندگان، اهداف کار و چگونگی انجام آن برای آن ها توضیح داده می شد. قبل از شروع مصاحبه از شرکت کنندگان جهت ضبط مصاحبه ها اجازه و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند. در ابتدای مصاحبه از شرکت کنندگان خواسته شد تا توضیح

دهند که مرحله ی اول زایمان برای آن ها چگونه گذشت و تحت چه مراقبت هایی قرار گرفتند؟ و سپس این سؤال اختصاصی تر پرسیده شد که چقدر این اقدامات برای شما قابل تحمل بود؟ زمانی که شرکت کنندگان تجربه ی خود را شرح می دادند و توضیح دیگری لازم نبود، مصاحبه پایان یافته تلقی می شد. مدت زمان هر مصاحبه 60 - 45 دقیقه (دو جلسه) به طول انجامید. پیش فرض های محقق که ناشی از تجربه، متون و تحقیقات قبلی بود مشخص و کنار گذارده شد و مرور مطالعات تا پس از اتمام تحلیل داده ها به تعویق انداخته شد. سپس محتوای مصاحبه ها عیناً روی کاغذ پیاده شد و مجدداً با اطلاعات ضبط شده مطابقت داده شد. روایی و پایایی مطالعه ی حاضر، ریشه در چهار محور ارزش واقعی، کاربردی بودن، ثبات و مبتنی بر واقعیت بودن دارد که توسط گوبا² و لینکلن³ پیشنهاد شده است (9). در این پژوهش با به تأیید رساندن بیانیه ها توسط شرکت کنندگان (ارزش واقعی)، انتخاب شرکت کنندگان از طیف نسبتاً گسترده ی سنی، فرهنگی و اجتماعی (کاربردی بودن)، پاسخ یکسان شرکت کنندگان به سؤالی مشابه در قالب های متفاوت (ثبات) و دوری از هر گونه تعصب و جهت گیری در هنگام مصاحبه (مبتنی بر واقعیت بودن) این امر محقق گشت.

2- Guba
3- Lincoln
1- Kolizi

1- Hosslerl

توضیح تکنیک ها و روند پیشرفت زایمان شان سبب آرامش روحی و روانی آن ها در بخش زایمان شده بودند. به عنوان نمونه یکی از شرکت کنندگان در این باره چنین می گوید: «در شیفت صبح که من بستری شدم یکی از خانم های ماما با اخلاقی خوش، مرتب همه ی کارهای مرا انجام می داد و حتی در مورد طرز نفس کشیدن من موقعی که درد داشتم هم برایم توضیح می داد. این کار باعث می شد که من درد را بهتر تحمل کنم». هم چنین شرکت کننده ی دیگری می گفت: «بعضی ماماها خیلی وارد بودند، مرتب صدای قلب جنین را کنترل می کردند، قطرات سرم را تنظیم می کردند و اگر مشکلی پیش می آمد، سریع به دکتر اطلاع می دادند، معاینات را خیلی راحت و بدون درد انجام می دادند و هر سؤالی از آن ها می پرسیدم خیلی خوب جواب می دادند».

3- **اقدامات مراقبتی معمول (روتین):** این مفهوم اصلی از چند زیرمفهوم سرم تراپی، وضعیت قرار گیری، معاینات لگنی، آمنیوتومی، و ناشتا بودن تشکیل شده است.

اکثریت شرکت کنندگان از اقداماتی گفتگو می کردند که سبب افزایش ناراحتی و اضطرابشان شده است. به عنوان نمونه، به صحبت های یکی از شرکت کنندگان اشاره می شود: «در زمانی که درد داشتم دوست داشتم راه بروم، اما چون به من سرم وصل بود مجبور بودم در تخت بمانم و حتی برای دستشویی رفتن مشکل داشتم». هم چنین شرکت کننده ی دیگری می گفت: «به محض بستری شدن در موقع معاینه داخلی کیسه آبم را پاره کردند و من احساس می کردم داغ شده ام یا تب دارم و اصلاً احساس خوبی نداشتم. تمام لباس هایم خیس شده بود. زمانی که حرکت می کردم بیشتر خیس می شدم و همین موضوع سبب می شد که در تخت و بی حرکت بمانم. این بی حرکتی در زمان شروع دردها سخت تر و عذاب آورتر بود». بیانیه ی شرکت کننده ی دیگری چنین است: «خیلی تشنه و گرسنه بودم و از ظهر روز قبل چیزی نخورده بودم. دوست داشتم کمی آب یا آب میوه بخورم، اما فقط با یک گاز مرطوب لب هایم را خیس می کردند. لب هایم ترک خورده بود». تقریباً تمامی شرکت کنندگان، ترس از معاینات لگنی و ناراحتی حاصل از آن را به عنوان یکی از تلخ ترین و

کاملی از تجربه ی زایمان شرکت کنندگان در مطالعه ترکیب گشت و جهت دستیابی به مفاهیم واضح و بدون ابهام بازنگری شد. در پایان، یافته ها جهت تعیین اعتبار به شرکت کنندگان ارجاع داده شده و موثق بودن نتایج به دست آمده در مصاحبه ی پایانی به تأیید آنان رسید.

یافته ها

مفاهیم اصلی به دست آمده از تحلیل اطلاعات مطالعه ی حاضر و زیرمفهوم های آن به شرح زیر می باشد:

1- **محیط زایمان:** این مفهوم کلی است و ابعاد وسیعی را در بر می گیرد. زیر مفهوم هایی مثل وجود سر و صدا در محیط زایمان، فراهم بودن خلوت بیمار و رنگ غالب محیط در قالب کدهای استخراج شده، اجزای این مفهوم را تشکیل می دهند. به عنوان نمونه یکی از زنان گفت: «محیط زایمان خیلی مهم است. در محیطی که سر و صدا زیاد است و زائو دایم صدای فریاد بیماران دیگر را می شنود، اضطرابش خیلی بیشتر می شود». فراهم بودن محیط خلوت و امن برای بیشتر زنان جزو ضروری ترین احتیاجات آنان در هنگام زایمان عنوان شد؛ چنانچه زنی گفت: «پاراوان کشیدن و ایجاد محیط خصوصی یا تخت خصوصی برای زائو واجب است، چون وقتی محیط خلوت نیست انسان احساس نا امنی و خجالت می کند که این مسأله باعث می شود تحمل آن شرایط در حالی که زائو درد شدیدی را تجربه می کند برای او سخت تر شود». شرکت کننده ی دیگری می گفت: «وقتی محیط شلوغ بود همکاری من هم با ماما کمتر می شد و قدرت تحملم را از دست می دادم». محیط نا آشنا با اسباب و تجهیزات عاملی برای تشدید اضطراب بیماران عنوان شده است. از جمله یکی از زنان می گفت: «آن جا همه چیز ترسناک بود. رنگ دیوارها و پرده ها و وسایل آن جا انسان را به یاد اتاق عمل می انداخت و من حتی در زمانی که درد نداشتم باز احساس آرامش نمی کردم».

2- **اطمینان دادن به زائو:** این مفهوم اصلی از دو زیرمفهوم حمایت از زائو و مهارت ماما تشکیل شده است. شرکت کنندگان از ماما هایی صحبت می کردند که با حضور مداوم بر بالین آن ها و صحبت کردن به زبان خودشان و

شد. در این مقاله وی خاطر نشان می کند که چه انسان و چه حیوان در صورتی که در هنگام زایمان دچار ترس، تهدید و یا وحشت شوند، هورمون کاتکول آمین آزاد و زایمان را دچار مشکل می سازد. وقتی که وضعیت روحی و سلامتی زن دچار تغییر شود سطح کاتکول آمین خون افزایش یافته و زایمان را کند و یا متوقف می کند. این مقاله به اهمیت فراهم بودن محیطی امن و خلوت برای زائو می پردازد و افراد را از مداخله ی غیر ضروری باز می دارد و خواستار دادن اعتماد به نفس و استفاده از توانایی های ذاتی و درونی برای زایمان طبیعی است.

هم چنین این تحقیق بیان می دارد که حمایت های فیزیکی و روانی می بایست ادامه یابد. حتی تحقیق روی موش نشان داده است که زمانی که خلوتی برای آنان وجود ندارد زایمانشان دچار اشکال می شود (11).

در محیط بیمارستان ها زنان در هر نوبت با وسایل، دستگاه ها، مداخلات و افراد نا آشنا به علت مختل شدن خلوتشان دچار اضطراب می شوند که این باعث آزاد شدن هورمون های استرس زا شده و خود مشکلاتی را برای زایمان ایجاد می کند (11).

مفهوم اصلی دیگری که از یافته های این پژوهش آشکار شده است، اطمینان دادن به زائو می باشد. حمایت موقع زایمان یک فاکتور کلیدی مهم و مثبت از تجربه ی زایمان است. زنان زائو به حمایت نیاز دارند. این حمایت می تواند از طرف نزدیکان یا بستگانشان که در لیبر حضور دارند باشد و یا این که از طرف مراقبین زن که ماماها، پزشکان و پرستاران می باشند، ارایه شود (1).

مطالعه ی والدن استرم و همکاران با عنوان تجربه ی زایمان در سال 1996 نشان داد که حمایت از طرف پرسنل، تأثیر مثبتی در طول تجربه ی زایمان دارد. حمایت طی لیبر سبب افزایش موفقیت در شیردهی از پستان و ارتباط مثبت و قوی بین مادر و نوزاد شده و نیاز به مداخله را کاهش می دهد. این حمایت شامل حضور مداوم و تشویق بیمار است (12).

یک مطالعه ی کیفی به وسیله ی برگ و همکاران با عنوان مطالعه ی فنومنولوژی تجربه ی زنان از زایمان عارضه

سخت ترین تجربیات زایمانشان مطرح نمودند. یکی از زنان می گفت: «برای فرار از معاینات مکرر داخلی مرتب از ماماها و پزشک در خواست سزارین داشتم». دیگری می گفت: «اگر معاینه ی داخلی انجام نمی شد مرحله ی دردهای زایمان راحت تر تحمل می شد». این بیانیه ها حاوی کدهای مرتبطی است که مجموعاً پس از تجزیه و تحلیل، زیر ساخت های مفهوم اصلی اقدامات مراقبتی معمول را تشکیل می دهند.

بحث

نتایج مطالعه ی حاضر نشان می دهد که با فراهم بودن موقعیت ها و امکانات مناسب و استفاده از تجربیات زنان زایمان کرده می توان شرایطی را مهیا کرد که این پدیده ی فیزیولوژیک با کمترین مداخله، به بهترین صورت ممکن اتفاق افتد.

فراهم بودن محیط مناسب به اعتقاد زنان زایمان کرده، یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر پیشرفت زایمان می باشد. محیط آرام و بی سر و صدا با رنگ هایی ملایم و فراهم بودن محیط اختصاصی برای هر بیمار می تواند اضطراب او را کاهش دهد. اضطراب سبب افزایش ترشح کاتکول آمین ها و این خود سبب کاهش اکسی توسین خون می شود که می تواند در پیشرفت زایمان اختلال ایجاد نماید (4). به این ترتیب با ایجاد محیط مناسب می توان سبب کاهش استرس، کاهش ترشح آدرنالین و افزایش ترشح اکسی توسین از هیپوفیز گردید و در نتیجه نیاز به مصرف اکسی توسین آگروژن را به حداقل رسانید و از طرفی پیشرفت زایمان را سرعت بخشید.

هم جهت با نتیجه گیری از پژوهش حاضر، دالبرگ در مطالعه ای کیفی با عنوان مطالعه ی تجربه ی زنان از زایمان بیان می کند که بسیاری از زنان زایمان سریع و بدون درد را می خواهند. کوتاه شدن و قابل تحمل شدن دوره درد زایمان می تواند با فراهم کردن محیطی مناسب تا حدود زیادی محقق شود (1).

همچنین در سال 2004 مقاله ای با عنوان اهمیت خلوت در زایمان توسط لوسیان در نیوجرسی امریکا انجام

تهدید نمی کند، برای جلوگیری از دهیدراتاسیون و کتوزیس، مادر باید به مقدار کافی غذا بخورد و مایعات بنوشد (15).

معاینات واژینال اگر چه یک ابزار حیاتی برای تشخیص های مامایی طی لیبر است، اما اگر مکرراً انجام شود برای مادر ناراحت کننده و دردناک بوده و خطر عفونت را افزایش می دهد. سازمان جهانی بهداشت توصیه می کند که معاینات واژینال هر 4 ساعت یکبار و نه زودتر انجام شود، مگر این که دلیل خاصی برای انجام آن وجود داشته باشد (16).

خوابیدن در تخت سبب فشار روی ورید اجوف تحتانی و افت فشار خون و کاهش جریان خون رحمی - جفتی خواهد شد. انقباضات غیر مؤثر بوده و لیبر طولانی می شود. ریدلی در مطالعه ی خود در سال 2007 عنوان می کند که زنان باید در طی لیبر تشویق شوند که هر وضعیتی (پوزیشنی) دوست دارند داشته باشند، ولی در تخت نمانند و ماماها و متخصصین زنان یاد بگیرند که مراقبت ها و مشاهدات روتین را برای زنان خارج از تخت انجام دهند (17).

کردی و همکاران در مطالعه ی خود تحت عنوان بررسی اثر قرار گرفتن مادر در وضعیت های انتخابی خود بر طول بخش فعال مرحله ی اول زایمان بیان می نماید که طول بخش فعال مرحله ی اول زایمان در گروه وضعیت های انتخابی نسبت به گروه وضعیت متداول به طور معنی داری کمتر بوده و لذا جهت کاهش مدت اقامت زائو در بخش زایمان می توان از وضعیت هایی غیر از وضعیت های متداول استفاده نمود (18).

نتیجه گیری

امروزه باید برای انجام مراقبت های بهداشتی به جای تأکید بر ابزار و فنون جدید و مسائلی چون اقتصاد، کارایی و کاهش هزینه ها بر علایق، رنج ها، مشکلات و سلامت بیماران تمرکز نماییم و تجارب واقعی را برای ابداع روش های جدید مراقبت بهداشتی مادران مورد توجه قرار دهیم. به زائو حق انتخاب و تصمیم گیری بدهیم و در عین حال از مراقبت های مامایی نیز بهره مند گردانیم و هم چنین با پرهیز از مداخلات غیر ضروری تجربه ی زایمان

دار در سال 1998 نشان داد که ماهیت اصلی رویارویی زن با ماما و حمایت او طی لیبر حضور است. بدین معنی که مراقبت ها توسط یک ماما انجام شود و وضعیت زائو با زبان خودش برایش توضیح داده شود (13).

لاندا و دالبرگ نشان دادند که حضور ماما و تماس او با زائو می تواند کمک کند تا مادر از قدرت و توان خود برای مقابله با علامتی که از طرف بدنش در طی زایمان صادر می شود (درد) استفاده نماید. روش های کاهش درد توسط دارو هیچ گاه نمی توانند جانشین ارتباطات و توجهات و حمایت های پرسنلی برای زائو باشند (14).

مطالعه ی دیگری توسط دالبرگ و برگ نشان داد که در زایمان هایی که زنان دچار عوارض مامایی می شوند اشاره ای به طول مدت لیبر و مداخلات پزشکی ندارند، بلکه چیزی که اصل و مهم است تمایل آن ها به تشخیص درست و دقیق (مهارت ماما) و بیان حقایق می باشد (13).

سومین مفهومی که از مصاحبه با شرکت کنندگان در این مطالعه به دست آمده، اقدامات مراقبتی معمول (روتین) بود. تجربه ی زنان زایمان کرده حاکی از این بود که بعضی اقدامات معمول از جمله آمنیوتومی زود هنگام، گرسنگی طی لیبر، خوابیدن در تخت و معاینات لگنی مکرر که در لیبر انجام می شود برای آن ها آزار دهنده بوده و تحمل درد را برایشان سخت تر می کند.

مطالعه بریسون - کرل و همکاران در سال 1996 نشان داد که 31/2 درصد از مولتی پارها مخالف انجام آمنیوتومی بودند. آمنیوتومی روتین مزایا و معایبی دارد که برای انجام آن باید تمام این جنبه ها را در نظر گرفت. سود آمنیوتومی شامل کاهش طول لیبر و کاهش احتمال آپگار پایین دقیقه ی پنجم بعد از تولد است. اما بین آمنیوتومی زودرس و افزایش میزان سزارین به دلیل دیسترس جنین، ارتباط وجود دارد. به همین علت پیشنهاد شده است که آمنیوتومی فقط در مواردی که سیر پیشرفت لیبر دچار اشکال شده است، باید انجام شود (13).

بر اساس مطالعه ی دالبرگ و لرد گنو مداخله در زایمان فقط در صورتی که نیاز باشد استفاده شود. مطالعات نشان داده است که در طول لیبر اگر عارضه ای مادر و جنین را

زایمان چطور و به چه شکل است؟ و چه معنایی می دهد؟

را برای زانو به تجربه ای خوشایند و لذت بخش تبدیل نمایم که این خود سبب کاهش میزان سزارین و در نتیجه کاهش خطرات ناشی از آن و موفقیت در امر شیردهی خواهد شد. تنها کاری که ما باید انجام دهیم تولید دانش در مورد مراقبت های بهداشتی است که با استفاده از تجارب زنان و به روش علمی حاصل می شود. به این ترتیب که از آن ها بپرسیم

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می دانند از پرسنل مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان گناباد و واحدهای مورد مطالعه، تشکر و قدردانی نمایند.

References:

- 1- Krin D, Marie B. Commentary: Studying maternal experience of childbirth. Birth 1999; 26(4).
- 2- Murphy DJ, Pope C, Frost J, Liebling RE. Women's views on the impact of operative delivery in the second stage of labour: qualitative interview study. BMJ 2003; 327: 1132.
- 3- Javanmanesh F, Yekkeh yazdandoost R, Bastani F. The survey of emotional supports impact during labor on labor duration time in first labored women in Firoozbadi hospital. Iran midwifery & women Journal. Tehran: Iran medical University, Firoozgar hospital 2002; 5(13-14): 28-33. [In Persian].
- 4- Javadnoori M, Afshari P, Montazeri S, Latifi SM. The survey of labor continous support by the patient family on labor process. Ahvaz: Jondi shapoor University 2008; 7(1): 32-38. [In Persian].
- 5- Robertson A. Safe labor. Health ministry of Iran. Tehran, 2008. [Intl workshop] [In Persian].
- 6- Chen-Yu Chen, Kuo-Gon Wang. Are routine interventions necessary in normal birth? [REVIEW ARTICLE] Taiwanese J Obstet Gynecol 2006; 45(4).
- 7- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007(3).
- 8- Health ministry of Iran. Mother's hospitals guideline. Mothers health department. Tehran; 2006. [In Persian].
- 9- Alavi M, Abedi HA. Nursing student's experience from clinical education impact. Sabzevar: Medical University Journal 2006; 13(2): 122- 127 [In Persian].
- 10- Sane A, Nikbakht N. AR. Methodology of qualitative research in medical sciences. Tehran: For Tomorrow 2004 [In Persian].
- 11- Judith A. Lothian. The Importance of Privacy in Labor. J Perinat Educ 2004; 13(3): 4-6.
- 12- Waldenström U, Borg I, Olsson B, Sköld M, Sigrid Wall. The Childbirth Experience: A Study of 295 New Mothers. Birth 2007; 23(3): 144-153.
- 13- Berg M, Dahlberg K. A phenomenological study of women's experience of complicated childbirth. Elsevier: Midwifery 1998.
- 14- World Health Organization. Women experience from labor [CITATION] Care in Normal Birth: a practical guide. Motherhood - Genève; WHO, 1996.
- 15- Gyte GML, Richard Y. Routine prophylactic drugs in normal labor for reducing gastric aspiration and its effects. Cochrane Database sys rev 2006, 3: CD005298.

-
- 16 - World Health Organization. Care in normal birth: a practical guideline. Genève; WHO, 1988.
- 17- Ridly RT. Diagnosis and intervention for occiput posterior sposition. J Obst Gynecol Neonatal Nurs 2007; 36(2): 135-43.
- 18- Kordi M, Nazari F, Mansouri A, Esmaeeli H. The survey of mother selected position on labor duration in the first labor. Sabzevar: Asrar 2006; 13(1): 19-26. [In Persian].

Women's Labor Experience: A Phenomenological Study

Fariba Askari¹, Alireza Atarodi², Shirin Torabi³, Ali Delshad Noghabi⁴, Leila Sadegh Moghadam⁵, and Roghayeh Rahmani⁶

Abstract

Background and Aim: There are so many events and physiologic phenomena in human life that are very natural such as birth and death. But these natural phenomena can be affected by pathologic processes for the control of which health and treatment cares will be necessary. This study is intended in comprehension of labored women's experience in natural cares possibilities for this physiologic phenomenon.

Materials and Methods: In this study, the phenomenology method was used. The participants were selected from the first labored women who had vaginal labor without any complication in 22 Bahman Hospital, Gonabad, Iran. Sampling was done based on the research aim and the data were collected by semi-structured and open interviews with the participants who were 10 women based on data saturation. Colaizzi's seven-step stage analysis method was used to analyze the data.

Results: The interview transcripts of the participants were analyzed and the significant codes were derived from them, then the codes were classified into three main themes and sub-themes groups that are: 1. Environment (noise, patient's privacy, and environment color), 2. Assuring the labor (from laborer support and midwife skills), and 3. Routine techniques (serum therapy, bed rest, vaginal examinations, amniotomy, and fasting).

Conclusion: Today, we should not only concentrate on the patients' interests, pains, difficulties and health instead of modern tools and techniques and the affairs such as economy, efficiency and cost reduction but also regard women's real experience for creating new methods of maternal health cares. According to the research findings, it seems necessary to consider and prepare both privacy and a safe and proper environment for labor. The women should be supported by midwifery personnel and their labor should be explained in a simple way and in a real form to them. Some unnecessary interventions such as complete bed rest, IV line, frequent vaginal examinations, early amniotomy and NPO should be avoided. It is hoped that labor experience change into a fantastic and positive experience for the mothers since this will lead to a decrease both in caesarian and its complications and will also lead to successful breastfeeding.

Keywords: Physiologic labor, labor, midwife, midwifery techniques, phenomenology

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2010; Vol. 16, No. 1

1- Faculty Member, MSc. in Midwifery, Department of Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

2- **Corresponding Author:** MSc. in Medical Information Sciences, Department of Basic sciences. Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran. **Tel:** +98 533 7229025 **Fax:** +98 533 7229025 **E-mail:** aratarodi1387@yahoo.com

3- Faculty Member, Obstetrician and Gynecologist, Department of Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

4- Faculty Member, MSc. in Nursing, Department of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

5- Faculty Member, MSc. in Nursing, Department of Nursing, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

6- Faculty Member, MSc. in Midwifery, Department of Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran