

## Evaluation of the Relationship between the Attendance of a Companion Midwife and Maternal and Neonatal Consequences

Mehri Rezaie<sup>1</sup>, Sheida Dakhesh<sup>2</sup>, Seyedeh Fatemeh Parpuchi<sup>3</sup>

1-M.Sc in Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

2- Medical Student, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran.

3- Bachelor, Bachelor of Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

**Corresponding Author:** Mehri Rezaie, **Email:** mehrangize\_rezai@yahoo.com

**Received:** 25 Aug 2020

**Accepted:** 1 Mar 2021

### Abstract

**Background & Aim:** The quality of support a mother receives from a companion midwife during labor plays an important role in maintaining the health of all family members. Therefore, the present study aimed to evaluate the relationship between the attendance of a companion midwife (DULLA) and maternal and neonatal consequences.

**Materials & Methods:** This research implemented during 2013-2018. The research population included mothers referring to the maternity wards of hospitals in Saveh, Iran. The participants were selected based on the inclusion and exclusion criteria related to the maternal and neonatal consequences of childbirth. In addition, data analysis was carried out using descriptive and inferential statistics.

**Results:** In this research, no significant difference was observed between the groups in terms of demographic characteristics. However, there was a significant difference between the groups in terms of the type of childbirth, and the number of natural deliveries was higher in the case group ( $P=0.001$ ). Moreover, the duration of the active phase of the first and second stages of labor was less in the control group, compared to the other group ( $P=0.001$ ). Similarly, post-partum delivery was lower in the control group and there was a significant difference between the groups in this regard ( $P=0.001$ ). Nevertheless, no significant difference was observed between the groups regarding the initiation of lactation within one hour of birth ( $P=0.08$ ).

**Conclusion:** According to the results of the study, the attendance of a companion midwife improved some of the childbirth consequences. Therefore, it is recommended that more research be conducted in this field of the health system and the necessary corrective interventions be carried out in this respect.

**Keywords:** Childbirth, DULLA, Labor Pain

### How to cite this article:

Rezaie M, Dakhesh Sh, Parpuchi SF. Evaluation of the Relationship between the Attendance of a Companion Midwife and Maternal and Neonatal Consequences in 2013-2018. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty*. 2021; 6(3): 88-96.

URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-346-fa.html>

## بررسی تأثیر حضور مامای همراه و پیامدهای مادر و نوزاد

مهري رضايي<sup>۱\*</sup>، سيده فاطمه پربوچي<sup>۲</sup>، شيدا دخش<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد مامایی، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

۲- کارشناس، کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

۳- دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

نویسنده مسئول: مهري رضايي، ایمیل: mehrangize\_rezai@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** کیفیت حمایتی که مادر در طی لیبر و زایمان توسط مامای همراهِ دریافت می‌کند برای تداوم سلامت تمام افراد خانواده مهم است به همین دلیل این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین حضور مامای همراه و پیامدهای مادر و نوزاد انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۲ اجرا شد. جامعه پژوهش شامل مادران مراجعه‌کننده به بلوک زایمان بیمارستانهای شهرستان ساوه بود. بر اساس معیارهای ورود و خروج اطلاعات مرتبط با پیامدهای زایمانی مادر و نوزاد جمع‌آوری گردید. داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** مشخصات دموگرافیک بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نداشت. از نظر نوع زایمان بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده و در گروه مورد میزان زایمان طبیعی بیشتر مشاهده شد ( $p=0/001$ ). طول مدت فاز فعال مرحله اول و مرحله دوم زایمان در گروه شاهد کمتر مشاهده شد ( $p=0/001$ ). از نظر میزان خونریزی پس از زایمان بین دو گروه اختلاف معنی‌دار مشاهده و در گروه شاهد کمتر مشاهده شد ( $p=0/001$ ). بین دو گروه از نظر شروع شیردهی در ساعت اول پس از تولد تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ( $p=0/08$ ).

**نتیجه‌گیری:** حضور مامای همراه در کنار مادر برخی پیامدهای زایمانی را بهبود می‌بخشد. توصیه می‌شود در این زمینه مطالعات در حیطه سیستم بهداشتی صورت گرفته و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی انجام شود.

**واژه‌های کلیدی:** زایمان، دولا، درد زایمان

### مقدمه

با سلامت نسل آینده به عنوان یک اولویت مهم در نظر می‌گیرد (۲). زایمان واقعه‌ای است که اثرات روانی، اجتماعی و احساسی شدیدی بر مادر دارد (۳). با شروع دردهای زایمانی اکثر زنان با وارد شدن به بیمارستان و بستری شدن دچار اضطراب می‌شوند. اضطراب مادر با افزایش کاتکول آمین‌ها از طریق کشش و انقباض عضلات سبب ایجاد درد می‌شوند (۴، ۵). زایمان طولانی می‌تواند با عوارض مادری و جنینی از قبیل افزایش مواردی چون میزان خستگی مادر، اینداکشن، میزان سزارین و زایمان ابزاری، آتونی رحم، مرگ و

زایمان یک مقطع بحرانی و فیزیولوژیک در تکامل انسان به شمار می‌رود و ممکن است با درد شدید و احساس عدم اطمینان همراه باشد. کاهش اعتماد به نفس ممکن است در آینده برای برقراری یک ارتباط مثبت با دیگر اعضای خانواده تأثیرگذار باشد؛ بنابراین کیفیت حمایتی که مادر در طی لیبر و زایمان دریافت می‌کند برای تداوم سلامت تمام افراد خانواده مهم است (۱). به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت نیاز بهداشتی زنان را به دلیل ارتباط تنگاتنگ سلامت آنان

میر مادری و همچنین افزایش میزان دیسترس جنینی، هیپوکسی، آپگار پایین و در نهایت مرگ جنین همراه باشد (۶). بر اساس بررسی‌های انجام شده علت مرگ و میر ۲۷/۳٪ زنان زیر ۱۵ سال و ۷/۹٪ مرگ و میر زنان بالای ۱۵ سال در کشورهای در حال توسعه، زایمان طولانی می‌باشد (۷). از آنجایی که مراقبت مداوم حین زایمان باعث کاهش پیامدهای مادری و نوزادی می‌شو (۸) اداره و کنترل مداوم لیبر و زایمان از اهداف عمده مراقبت‌های مامایی می‌باشد (۹).

با توجه به این که در طول تاریخ همواره زنان در منزل زایمان کرده و از طرف زنان خویشاوند خود که تجربه زایمان طبیعی داشتند حمایت می‌شدند (۱۰) سازمان جهانی بهداشت اعلام می‌کند که مادران باید در هنگام لیبر و زایمان مورد حمایت قرار می‌گیرند و این حمایت باید توسط افرادی باشد که مادر با آنان احساس راحتی می‌کند (۱۱). بر همین اساس در کشورهای توسعه یافته در ۹۵٪ موارد مادر مورد حمایت همسر و یا سایر اعضای خانواده قرار می‌گیرد (۹).

واژه حمایت‌های حین زایمان یا حمایت‌های دولا (دولا فردی) است که به عنوان پشتیبان مادر در اتاق زایمان حضور می‌یابد و در طول زایمان برای مادر حمایت مداوم جسمی و عاطفی را فراهم می‌کند (۱۲) که امروزه در مامایی نوین زیاد به آن پرداخته می‌شود دلالت بر مراقبت‌های غیر طبی مداوم و حمایت‌های عاطفی می‌باشد (۱۳). نقش دولا در جهت تسکین و تشویق مداوم مادر و ایجاد احساس اطمینان و اعتماد به نفس و کاهش ترس در حین زایمان است. از طرفی پشتیبانی و حمایت در حین زایمان، بروز الگوهای غیر طبیعی لیبر را کاهش می‌دهد و وضعیت سلامت نوزادان را بهبود می‌بخشد (۱۴). تحقیقات نشان می‌دهد که در هنگام ترس و استرس تحت تأثیر فعالیت شیمیایی مغز و ترشح

اکسی توسین، تمایل به ارتباط با سایر زنان افزایش می‌یابد (۱۵)؛ بنابراین ارائه حمایت عاطفی در طی لیبر باعث ایجاد ارتباط مثبت، افزایش راحتی و آسودگی مادر، تسهیل زایمان و کاهش درد و رنج وی می‌گردد (۱۶، ۱۷). حضور همراه آموزش دیده بر بالین مادر با کاهش اضطراب مادر و افزایش جریان خون رحمی و فعالیتهای انقباضی رحم منجر به کاهش طول مدت زایمان می‌شود (۱۹، ۱۸)، همچنین موجب کاهش نیاز به استفاده از مسکن، اکسی توسین، زایمان با ابزار و کاهش میزان سزارین می‌گردد (۲۰). سایر فواید حمایت مداوم شامل کاهش علائم افسردگی، بهبود عزت نفس و افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر و افزایش توجه مادر به نیازهای شیرخوار است (۲۱).

هنگامی که حضور مامای همراه یا فرد آموزش دیده قابلیت اجرایی پیدا می‌کند بایستی نظارت و پایش‌های لازم صورت بگیرد تا دستورالعمل از مسیر خود منحرف نشود و در صورت لازم در حین اجرای آن اقدامات اصلاحی صورت پذیرد. در صورتی که پایش مداوم انجام نشود ممکن است نتایجی که از اجرای برنامه مد نظر است حاصل نشود. پژوهشگر با مشاهده افزایش میزان سزارین از ۳۷٪ در سال ۹۲ به ۴۴٪ در پایان سال ۹۵ و همچنین افزایش موارد موربیدیتی مادر و نوزاد حتی با حضور مامای همراه، بر آن شد پژوهشی با عنوان بررسی تأثیر بین حضور مامای همراه و پیامدهای زایمانی مادر و نوزاد زایمان در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۲ انجام دهد تا بدین وسیله پیامدهای حضور مامای همراه مورد بررسی قرار گیرد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۲ اجرا شد. جامعه مورد پژوهش شامل کلیه زنانی است که جهت زایمان در بخش زایشگاه بیمارستانهای شهرستان ساوه بستری شدند.

سپس از دو نفر از همکاران ماما درخواست نمود که آنها نیز بررسی‌های خود را یادداشت کنند و با استفاده از آزمونهای آماری ضریب همبستگی پایایی ابزار ۸۶٪ برآورد گردید. پژوهشگر پس از کسب مجوزهای کتبی لازم و معرفی نامه از دانشکده علوم پزشکی ساوه و ارائه آن به مسئولین بیمارستانهای مورد نظر و کسب اجازه جهت انجام پژوهش، به بلوک زایمانها مراجعه و بر اساس دفتر مخصوص ثبت حضور مامای همراه، شماره پرونده تعیین و سپس با مراجعه به بایگانی واحدهای مورد پژوهش بر اساس معیار ورود و خروج وارد مطالعه و اطلاعات مورد نظر بر اساس مندرجات پرونده از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۷ استخراج شد. همزمان بر اساس شماره پرونده گروه مورد، شماره پرونده بعد یا قبل از شماره گروه مورد به عنوان گروه کنترل وارد مطالعه می‌شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از نرم افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و همچنین آزمون کای اسکور استفاده شد. برای تمام آزمونها سطح معنی‌دار کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۵۴۵ نمونه در هر گروه وارد مطالعه شدند. طبق نتایج آماری، از نظر مشخصات دموگرافیک تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مشاهده نشد.

(جدول ۱)

میانگین طول مدت فاز فعال مرحله اول زایمان در گروه مورد  $83/97 \pm 129/66$  دقیقه و در گروه شاهد  $89/00 \pm 89/77$  مشاهده شد. میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه مورد  $26/81 \pm 44/33$  و در گروه شاهد  $26/81 \pm 25/83$  دقیقه مشاهده شد. توزیع فراوانی پیامدهای مادری در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

در گروه مورد از نمونه‌های که خونریزی پس از زایمان داشتند (۲۴۱)  $45/50\%$  فقط ماساژ رحمی، (۱۱)  $2/10\%$  تجویز ۴۰ واحد اکسی‌توسین، (۱۵)  $2/80\%$  استفاده از

معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار با محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته، زنان در دیلاتاسیون ۴-۶ سانتیمتر یا بیشتر (فاز فعال مرحله اول زایمان)، نمایش سر، شروع انقباضات خودبخودی رحم، حضور مامای همراه یا دولا از شروع فاز فعال زایمان تا ۲ ساعت پس از زایمان در نظر گرفته شد. تمام موارد پرخطر (وجود اسکار قبلی بر روی رحم و شکم، زنان دیابتیک، پره اکلمپسی و اکلمپسی، پلی هیدرآمنیوس، الیگو هیدر آمنیوس، مرگ جنین و زایمان زودرس و ...) معیارهای عدم ورود به مطالعه و ناقص بودن پرونده از موارد خروج از مطالعه بود.

حجم نمونه بر اساس فرمول مورگان و با در نظر گرفتن حدود ۵۰۰ زایمان در ماه در بیمارستانهای مورد نظر ۵۴۵ در هر گروه در نظر گرفته شده است. نمونه‌گیری به صورت سرشماری و تمامی مواردی که مامای همراه کنار مادر حضور داشته به عنوان واحد مورد پژوهش وارد مطالعه شدند. در گروه کنترل نیز در هر بار نمونه‌گیری گروه مورد یک نمونه همزمان در گروه کنترل وارد مطالعه می‌شد.

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته و شامل ۲ بخش بود. بخش اول شامل خصوصیات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات مادر و همسر، وضعیت اشتغال و سکونت، سن بارداری و بخش دوم پرسشنامه، اطلاعات مربوط به پیامدهای مادری و نوزادی بود. پرسشنامه ثبت اطلاعات با توجه به اهداف مطالعه و با استفاده از کتب و مقالات و منابع معتبر علمی تهیه شده و سپس با نظر خواهی از اساتید هیئت علمی و اعمال اصلاحات لازم اعتبار علمی آن تایید شد. در خصوص پایایی پرسشنامه ثبت اطلاعات، از روش ارزیابی همزمان استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر نتایج حاصل از بررسی‌های خود را در واحدهای مورد پژوهش به تعداد ۲۵ نفر ثبت کرده و

۱۲/۸۷٪ تجویز ۴۰ واحد اکسی‌توسین، (۸۴) ۱۹/۳۱٪ استفاده از میزوپروستول مشاهده شد و (۱۲۳) ۲۸/۲۶٪ بیش از یک مورد از موارد ذکر شده جهت کنترل خونریزی استفاده شده است. توزیع فراوانی پیامدهای نوزادی در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

میزوپروستول مشاهده شد و (۲۴۸) ۴۱/۱۰٪ بیش از یک مورد از موارد ذکر شده جهت کنترل خونریزی استفاده شده است. در گروه کنترل از نمونه‌های که خونریزی پس از زایمان داشتند (۱۷۲) ۳۹/۵۴٪ فقط ماساژ رحمی، (۵۶)

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک زنان در دو گروه

P- value	گروه شاهد	گروه مورد	مشخصات دموگرافیک
			سن (سال)
۰/۲۶	۲۷/۵۵±۵/۹۰	۲۶/۵۵±۴/۹۰	
۰/۸۷	۳۸/۳۹±۱/۷۸	۳۸/۴۳±۲/۱۱	سن بارداری بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول
۰/۹۰	۳۸/۴۹±۲/۱۳	۳۸/۷۶±۱/۲۷	سن بارداری بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی
			تحصیلات مادر
	۳/۸۵ (۲۱)	۴/۵۹ (۲۵)	بی سواد
	۲۵/۱۴ (۱۳۷)	۱۹/۶۳ (۱۰۷)	زیر دیپلم
۰/۹۲	۲۵/۳۲ (۱۳۸)	۲۹/۵۴ (۱۶۱)	دیپلم
	۴۵/۶۹ (۲۴۹)	۴۶/۲۴ (۲۵۲)	دانشگاهی
			شغل مادر
	۶۶/۷۹ (۳۶۴)	۷۰/۸۳ (۳۸۶)	خانه دار
۰/۲۸	۳۳/۲۱ (۱۸۱)	۲۹/۱۷ (۱۵۹)	شاغل
			شغل همسر
	۱۵/۶۰ (۸۵)	۹/۱۷ (۵۰)	کارمند
۰/۶۵	۸۴/۴۰ (۴۶۰)	۹۰/۸۳ (۴۹۵)	آزاد
			محل سکونت
	۹۱/۳۸ (۴۹۸)	۹۵/۴ (۵۱۹)	شهری
۰/۷۵	۸/۶۲ (۴۷)	۴/۶ (۲۵)	روستایی
			وضعیت سکونت
	۳۴/۳۱ (۱۸۷)	۳۷/۴۳ (۲۰۴)	شخصی
۰/۵۳	۶۵/۳۲ (۳۵۸)	۶۲/۵۷ (۳۴۱)	استیجاری

جدول ۲: توزیع فراوانی پیامدهای مادری زایمان در زنان در فاز فعال زایمان در دو گروه

p- value	Chi-square	گروه شاهد	گروه مورد	متغیر
۰/۰۰۱	۳۵۲/۵۰۲	۶۶/۰۶ (۳۶۰)	۸۵/۶۹ (۴۶۷)	*طول مدت فاز فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)
		۳۳/۹۴ (۱۸۵)	۱۴/۳۱ (۷۸)	>۲۴۰ دقیقه
۰/۰۰۱	۴۷۲/۲۹۰	۵۵/۴۱ (۳۰۲)	۸۹/۹۱ (۴۹۰)	**طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)
		۴۴/۵۹ (۲۴۳)	۱۰/۰۹ (۵۵)	>۱۲۰ دقیقه
۰/۰۰۱	۲۸۰/۵۱۶	۷۰/۸۳ (۳۸۶)	۸۵/۹۰ (۴۶۸)	نوع زایمان
		۲۱/۱۰ (۱۱۵)	۹/۱۰ (۵۰)	واژینال
		۸/۰۷ (۴۴)	۵ (۲۷)	سزارین
				زایمان با ابزار

			٪۶۲/۷۰ (۳۴۲)	بلي	تجويز اكسي توسين
۰/۰۰۱	۳۵/۰۰۷	٪۱۸/۹۰ (۱۰۳)	٪۳۷/۳۰ (۲۰۳)	خير	
			٪۴۹/۷۲ (۲۷۱)	بلي	نياز به تسكين دارويي
۰/۰۷۹	۳/۰۸۴	٪۵۰/۲۸ (۲۷۴)	٪۵۳/۸۰ (۲۹۳)	خير	
			٪۷۹/۸۲ (۴۳۵)	بلي	***خونريزي پس از زايمان
۰/۰۰۱	۴۷۱/۶۹۸	٪۲۰/۱۸ (۱۱۰)	٪۵/۵۰ (۳۰)	خير	
			٪۶۸/۴۴ (۳۷۳)	بلي	ابي زياتومي
۰/۰۲۳	۵/۱۵۴	٪۳۱/۵۶ (۱۷۲)	٪۴۵/۱۰ (۲۴۶)	خير	
			٪۵۰/۰۰ (۲۷۸)	بلي	پارگي كانال زايمان
۰/۰۰۱	۸۶/۴۰۲	٪۴۸/۹۹ (۲۶۷)	٪۶۹/۹۰ (۳۸۱)	خير	
			٪۳۱/۹۳ (۱۷۴)	درجه ۱	درجه پارگي زايمان
			٪۱۷/۹۸ (۹۸)	درجه ۲	
۰/۰۰۱	۳۹۸/۸۴۹	٪۱/۴۷ (۸)	٪۰/۶ (۳)	درجه ۳	
		-	٪۰/۲ (۱)	درجه ۴	

\*\*\* خونريزي بيش از ۵۰۰ ميلي ليتر به عنوان خونريزي پس از زايمان در نظر گرفته شده است. مبنای تشخيص خونريزي نياز به ماساژرحمی و تجويز ۴۰ واحد اكسي توسين يا ميزوپروستول بوده است.

\* طول مدت فاز فعال زايمان تا ۲۴۰ دقيقه (۴ ساعت) طبيعي و بيشتر از ۴ ساعت طولاني شدن فاز فعال مرحله اول زايمان در نظر گرفته شده است

\*\* طول مدت مرحله دوم زايمان بيشتر از ۱۲۰ دقيقه (۲ ساعت) را طولاني شدن مرحله دوم زايمان در نظر گرفته شده است.

جدول ۳: توزيع فراواني پيامدهای نوزادي زايمان در دو گروه

متغير	گروه مورد	گروه شاهد	Chi- square	p- value
احياء نوزاد	بلي	٪۲۱/۸۳ (۱۱۹)	۴۷۱/۶۵۰	۰/۰۰۱
	خير	٪۹۶/۵۰ (۵۲۶)		
بستري در بخش نوزادان	بلي	٪۱۳/۹۰ (۷۶)	۳۸۳/۳۹۳	۰/۰۰۱
	خير	٪۷۷/۰۶ (۴۲۰)		
شروع شيردهي در يك ساعت اول پس از تولد	بلي	٪۸۲/۸۰ (۴۵۱)	۲۳۳/۸۵۱	۰/۰۰۸
	خير	٪۱۷/۲۰ (۹۴)		
آپگار دقيقه اول	>۷	٪۹۳/۲۰ (۵۳۱)	۴۹۰/۴۳۹	۰/۰۰۱
	≤۷	٪۶/۸۰ (۱۴)		
آپگار دقيقه پنجم	>۷	٪۹۸/۹۰ (۵۳۹)	۵۲۵/۱۸۳	۰/۰۰۱
	≤۷	٪۸/۴۴ (۴۶)		

## بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر حمایت مادر توسط ماما همراه با افزایش زایمان طبیعی، کاهش مصرف اکسی توسین جهت بهبود دردهای زایمانی، کاهش اپی زیاتومی و پارگی کانال زایمان و بهبود پیامدهای نوزادی همراه بود. خونریزی پس از زایمان در گروه شاهد کمتر مشاهده شد. دادشاهی در مطالعه خود با عنوان «آیا حمایت‌های مداوم مادر توسط ماما همراه در پیامدهای زایمانی تغییری ایجاد می‌کند؟» گزارش نمود که پیامدهای مادری مانند نوع زایمان، طول مدت فاز فعال مرحله اول زایمان، مصرف اکسی‌توسین و میزان پارگی پرینه بین دو گروه مورد و کنترل تفاوت معنی‌دار نداشته است. از پیامدهای نوزادی میزان شیردهی در یک ساعت اول پس از تولد در گروه مورد بیشتر گزارش کرده است (۲۲).

نامسن (۲۰۰۹) در مطالعه خود کاهش طول مدت زایمان، کاهش زایمان با ابزار و افزایش شیردهی در ۷۲ ساعت اول پس از تولد را گزارش نموده است (۲۳). پازنده (۱۳۹۴) در مطالعه خود استفاده از اکسی توسین به میزان ۳۳٪ (۲۴) و رسولی (۲۵) افزایش میزان اپی زیاتومی به ۴۱/۵٪ در زنانی که ماما همراه داشتند گزارش کردند. ترک زهرانی (۱۳۹۱) در مطالعه خود افزایش میزان شیردهی در مادرانی که ماما همراه داشتند گزارش نموده است (۲۶). خاوندی‌زاده (۱۳۹۴) کاهش طول مدت لیبر و کاهش سزارین در مادرانی که ماما همراه داشتند گزارش نمود (۲۷). مطالعه لاندگرین (۲۰۱۰) نشان داد که مراقبت مداوم حین زایمان توسط ماما همراه (دولا)، باعث کاهش طول مدت زایمان، میزان مصرف اکسی توسین، میزان

سزارین، زایمان با ابزار و افزایش میزان زایمان طبیعی می‌شود (۲۰). مطالعه سمیعی‌زاده طوسی و همکاران (۱۳۹۰) که با هدف بررسی تأثیر حضور همراه بر طول مدت زایمان و تمایل به شیردهی در مادران نخست‌زا انجام شد، نشان داد که حمایت مداوم مادر توسط ماما همراه باعث کاهش طول مدت زایمان می‌شود (۱۹). در مطالعه حاضر در ۹۴/۵۰٪ موارد خونریزی بیش از ۵۰۰ مشاهده شد اساس تشخیص خونریزی بکارگیری ماساژ رحمی پس از زایمان، تجویز ۴۰ واحد اکسی‌توسین و یا استفاده از میزوپروستول بود. با توجه به این که حضور ماما همراه حساسیت نسبت به خونریزی پس از زایمان را بیشتر می‌کند و از سوی دیگر درصد زیادی از میزان خونریزی در محدوده بین ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ میلی‌لیتر قرار گرفته بود و خونریزی تا ۱۰۰۰ میلی‌لیتر خونریزی در محدوده طبیعی در نظر گرفته شده است (۷)، بنابر این ممکن است درصد بیشتری از نمونه‌ها میزان خونریزی در محدوده طبیعی داشته‌اند.

حضور ماما همراه در کنار مادر در اتاق زایمان برخی پیامدهای زایمانی را بهبود می‌بخشد. توصیه می‌شود در این زمینه مطالعات در حیطه سیستم بهداشتی صورت گرفته و در صورت نیاز مداخلات اصلاحی انجام شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی (SAVEHUMS.REC 1396.56) و با حمایت های مالی دانشگاه علوم پزشکی ساوه انجام شد. بدین وسیله از همکاری کلیه مسئولین و پرسنل محترم مراکز بهداشتی و درمانی و همچنین واحد بایگانی و مدارک پزشکی بیمارستان ها تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

1. Umeora J, Ukkaegbe OU, Eze CI, Masekoameng JN, Kelly A. Spousal companionship in labor in an urban facility in south east Nigeria. *Anatolian Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2011; 2: 1-5.

2. Noorbala AA. Psychosocial health and ways to improve it Iranian. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, Vol. 17, No. 2, Summer 2011, 151-156 (Persian).
3. Barakzai A, Haider G, Yousuf F, Haider A, Muhammad N. Awareness of women regarding analgesia during labour. J Ayub Med Coll Abbottabad 2010; 22(1): 73-75 (Persian).
4. Jafari E, Mohebi P, Sedaghatpisheh T, Mazloomzadeh S. Comparison of Personal Control and Its Related Factors, Pain and Labor Outcomes in Physiological and Routine Childbirth Groups. Rafsanjan Univ Med Sci. 2015; 14(12): 1033-48(Persian).
5. Reeder M, Honiak G. Maternity Nursing: family, newborn and Womens health care, 18th ed. The United State, 1997:557.
6. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High Risk Pregnancy: Management [10]Options - Expert Consult: Elsevier Health Sciences; 2010.
7. Cunningham fAFG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse D, Spong CY. Gant Nf, et al. Williams Obstetrics. 23th ed. Newyork: McGraw Hill Professional; Volum 1.Newyork: Mc Graw Hill; 2014. Pp.252,426,428,443.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support [6]for women during childbirth. The Cochrane database of systematic reviews. 2011;(2):Cd003766.
9. Silva RM, Barros NF, Jorge HM, Melo LP, Ferreira Junior AR. Qualitative evidence of monitoring by doulas during labor and childbirth. Cien Saude Colet. 2012 Oct; 17(10): 2783-94.
10. Essex HN, Pickett KE. Mothers without companionship during childbirth: an analysis within the millennium cohort study. Birth 2008; 35(4):266-76.
11. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6
12. Hodnett ED, Frederick S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birsweight babies. Cochrane Databas Syst Rev. 2010 Jun 16(6).
13. Paterno MT, Van Zandt SE, Murphy J, Jordan ET. Evaluation of a student-nurse doula program: an analysis of doula interventions and their impact on labor analgesia and cesarean birth. J Midwifery Womens Health. 2012 Jan-Feb; 57(1): 28-34.
14. Akhavan S, Lundgren I. Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden-a qualitative study. Midwifery. 2012 Feb; 28(1): 80-5.
15. Sangestani G, Khatiban M, Pourolajal J Oshvandi Kh. Influence of Doula on the Primiparous Parturients' Anxiety in the Delivery Ward. Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (HAYAT). 2014; 19(4): 48-60.
16. Campbell-Voytal K, Fry McComish J, Visger JM, Rowland CA, Kelleher J. Postpartum doulas: motivations and perceptions of practice. Midwifery 2011; 27(6):e214-21
17. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2011;(2):CD003766
18. Fortier JH, Godwin M. Doula support compared with standard care. Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. Can Fam Physician 2015; 61(6):e284-92.
19. Samieizadeh Toosi T, Sereshti M, Dashipur AR, Mohammadinia N, Arzani A. The effect of supportive companionship on length of labor and desire to breastfeed in primiparous women. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2011;9(4): 262-69(Persian).
20. Lundgren I. Swedish women's experiences of doula support during childbirth. Midwifery 2010; 26(2):173-80.
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyer GJ, Skala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2011; (2): CD003766.
22. Dadshahi S, Tork Zahrani SH, Ganati Atae P, Nasiri M. Does maternal continuous support BY midwife change the outcome of childbirth? Iranian Journal of Gynecology, Obstetrics and Infertility 2018;20(12):67-76(Persian).
23. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, Cullum AS, Dewey KG. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2009; 38(2):157-73.



24. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, House A, Baghban AA. An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: the use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery* 2015; 31(11):1045-1053(Persian).
25. Rasouli M, Keramat A, Khosravi A, Mohabat PZ. Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, northeast of Iran. *Int J Womens Health Reprod Sci* 2016; 4(3):125-9(Persian).
26. Tork Zahrani SH, Karamollahi Z, Azgoli G, Akbarpur Baghian A, Sheikhan Z. Effect of support from the mothers with positive breast feeding experience on breast feeding pattern and duration among primiparous women referred to maternityward of Ilam hospital, 2010. *J Ilam Univ Med Sci* 2012; 20(2):9-16 (Persian).
27. Khavandizadeh Aghdam S, Kazemzadeh R, Nikjoo R. The effect of the doula support during labor on delivery length in primigravida women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;18(150): 8-13. (Persian).