

تأثیر مشاوره با زنان در سه ماهه سوم بارداری بر پیامد حاملگی

معصومه دلارام^{1*}، سید احمد رضا رئیسی دهکردی²

چکیده

زمینه و هدف: از آنجایی که ترس از ناشناخته‌های دوران بارداری و زایمان سبب افزایش مداخلات پزشکی می‌شود و روز به روز شاهد افزایش این مداخلات به‌خصوص در زمان زایمان هستیم، این پژوهش با هدف "تعیین تأثیر مشاوره با زنان اول‌زا بر پیامد حاملگی" انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی در مراکز بهداشتی-درمانی شهرکرد بر روی ۶۴ زن باردار با داشتن شرایط اول‌زا بودن، قرار داشتن در سه ماهه سوم و نداشتن سابقه سقط صورت گرفت. مادران به‌طور تصادفی در دو گروه مشاوره و بدون مشاوره قرار گرفته و در گروه اول با هر مراجعه درباره علائم شروع زایمان، مشکلات ناشی از زود بستری شدن، فواید زایمان طبیعی و مضرات سزارین و آشنایی با مراحل زایمان با مادر مشاوره شد. گروه دوم در این مدت مراقبت‌های معمول را دریافت کرده و سپس پیامد حاملگی در مادر و نوزاد پس از زایمان ثبت گردید. تحلیل اطلاعات با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶) انجام و میزان $P < 0/05$ معنادار تلقی شد.

یافته‌ها: تفاوت معناداری بین دو گروه مشاوره شده و بدون مشاوره در سن حاملگی بر اساس LMP ($P=0/01$)، سونوگرافی ($P=0/03$) و معاینه فیزیکی نوزاد ($P=0/008$)، پذیرش با شروع دردهای زایمانی ($P=0/04$)، میزان دیلاتاسیون سرویکس در هنگام پذیرش ($P=0/01$)، دریافت اکسی‌توسین ($P=0/04$)، طول مدت مرحله اول زایمان ($P=0/04$) و نوع زایمان ($P=0/01$) وجود داشت. وزن، قد، دور سر و آپگار نوزاد در دو گروه از تفاوت معناداری برخوردار نبود.

نتیجه‌گیری: مشاوره با زنان اول‌زا سبب بهبود پیامد مادری و جنینی می‌شود. این اقدام جهت خانم‌های باردار اول‌زا در سه ماهه سوم حاملگی پیشنهاد می‌گردد.

کلید واژگان: مشاوره، زنان اول‌زا، سه ماهه سوم بارداری، پیامد حاملگی.

۱- استادیار گروه مامایی.

۲- کارشناس ارشد گروه ریاضی.

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و

مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد،
ایران.

۲- گروه ریاضی، دانشکده ریاضی و آمار،
دانشگاه اصفهان، ایران.

* نویسنده مسؤل:

معصومه دل آرام؛ دانشکده پرستاری و
مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد،
ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۳۸۱-۳۳۳۵۶۴۸

Email: masoumehdelaram@
yahoo.com

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی همواره کاهش مرگ و میر مادران و کودکان را از اهداف اصلی فعالیت‌های خود قرار داده و یکی از کارهای اساسی جهت تحقق این هدف را ارائه مراقبت‌های قبل از زایمان می‌داند. مراقبت قبل از زایمان نوعی برنامه جامع مراقبتی است که طی رویدادهای هماهنگ به مراقبت‌های طبی، حمایت‌های روانی و اجتماعی مادران در این دوران می‌پردازد و در حالت بهینه قبل از بارداری شروع شده و در سرتاسر دوران بارداری تا زمان زایمان ادامه می‌یابد. این مراقبت‌های جامع شامل ارزیابی دقیق زنان قبل از بارداری، دوران بارداری و پس از زایمان می‌باشد (۱). با توجه به اهمیت مراقبت‌های قبل از زایمان و تأثیر آن بر شناسایی عوامل بالقوه خطرآفرین برای سلامت مادران و کودکان و اقدام به موقع جهت پیش‌گیری از بروز آثار سوء آنها، امروزه در سطح جهان و کشور ما تلاش‌های زیادی در جهت گسترش ارائه مراقبت‌های دوران بارداری به عمل آمده و تعداد زیادی از زنان باردار در شهر و روستا تحت پوشش مراقبت‌های قبل از زایمان قرار گرفته‌اند. ختم حاملگی در زمان ترم و تولد یک نوزاد سالم و زنده می‌تواند علاوه بر وضعیت سلامت زنان در جامعه نشانه کیفیت خدمات بهداشتی که در طی حاملگی و زایمان ارائه می‌شود نیز باشد و بهبود نتایج حاملگی یکی از اهداف عمده‌ای است که دست اندرکاران سلامت قصد دارند از طریق ارتقای سلامت مادران به این مهم دست یابند (۲-۴). در این راستا افزایش آگاهی زنان باردار از مسایل و مشکلات دوران بارداری که می‌تواند پیامد حاملگی را تحت تأثیر قرار دهد، بسیار مهم است. تحقیقات موجود نشان می‌دهند که مؤثرترین روش برای بهبود نتایج و کیفیت مراقبت و درمان، درگیر کردن بیمار در روند تصمیم‌گیری است. تنها گاهی اوقات (به‌خصوص در مراقبت‌های اورژانس)، حذف نظر بیمار از مشارکت فعال در روند انتخاب، صحیح می‌باشد. دادن اطلاعات صحیح و سودمند به بیمار در مورد اهداف

درمانی، باعث ایجاد اعتماد به نفس در او شده و در نتیجه بیمار توانایی لازم را برای تصمیم‌گیری صحیح پیدا خواهد کرد. با توجه به اینکه هر خانم بارداری که جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری مراجعه می‌کند، به دنبال دستیابی به بهترین کیفیت زندگی می‌باشد و اطلاعی از پیامد حاملگی ندارد، در اینجا مراقبت بهداشتی و مشاوره با وی در مورد مسایل مختلف معنا می‌یابد. بدین ترتیب می‌توان از طریق مشاوره با مادر در هر بار مراجعه جهت کنترل بارداری و یا حتی در کلاس‌های دسته جمعی و یا رسانه‌های عمومی، زنان باردار و بستگان آنها را در تصمیم‌گیری جهت ختم حاملگی دخیل کرد (۵). یکی از مناسب‌ترین مداخلات مامائی برای افزایش آگاهی زنان، مشاوره است، چرا که مشاوره جریان یاری رساندن به مدد جو است تا بتواند آگاهانه و داوطلبانه و با در نظر گرفتن همه جوانب، خود تصمیم بگیرد. به‌عبارت دیگر مشاوره، بررسی عمیق مشکلاتی است که فرد با آنها مواجه می‌باشد (۶). در این رابطه نروم (۲۰۰۶) گزارش کرده است که زنانی که به‌علت ترس از زایمان تمایل به سزارین داشتند، بعد از مشاوره، ۸۶ درصد آنها از سزارین صرف نظر کرده و خواهان داشتن یک زایمان واژینال شدند (۷). میمبورگ و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کرده‌اند که شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان ممکن است به زنان کمک کند تا بتوانند بهتر با جریان زایمان و مسایل مربوط به آن سازگار شوند (۸). در مطالعه‌ای گزارش شده است که توانایی سازگار شدن به جریان لیبر و زایمان، نیاز به بی‌حسی اپیدورال را کاهش می‌دهد. در این مطالعه آمده است که زنانی که جهت کاهش درد زایمان بی‌حسی اپیدورال دریافت کرده‌اند، ترس بیشتری را تجربه کرده و مدت مراحل زایمانی نیز در آنها بیشتر بوده است، اگرچه درد کمتری را احساس کرده‌اند (۹). امروزه به علت گسترش روش‌های تنظیم خانواده و محدود شدن تعداد فرزندان، اکثر مراجعان به بخش‌های زایمان را زنان

ماهیهان یک بار، در ماه هشتم ماهیهان دو بار و در ماه نهم ماهیهان چهار بار بود، توسط دو کارشناس مامائی به صورت چهره به چهره در مورد آشنایی با مراحل مختلف زایمان طبیعی، بهداشت بعد از زایمان، مراقبت از نوزاد، ترویج تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده، فواید زایمان طبیعی، مضرات سزارین، علائم شروع زایمان، زمان مراجعه به بیمارستان جهت زایمان و مشکلات ناشی از بستری شدن زودرس برای مادر و نوزاد، با مادران مشاوره شد و شکایات و مشکلات آنها در بارداری مورد بحث و بررسی قرار گرفت و راهنمایی‌های لازم ارائه گردید. همچنین شماره تلفنی در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که در هر ساعت از شبانه روز که دچار مشکلی شدند و یا سؤالی داشتند، با مشاورین تماس بگیرند. همچنین از کلیه واحدهای مورد پژوهش درخواست گردید که زمان بستری شدن خود در بیمارستان جهت ختم حاملگی را با همین شماره تلفن به مشاورین جهت بررسی پیامد حاملگی اطلاع دهند. افراد گروه شاهد در این مدت مشاوره‌ای نداشته و از مراقبت‌های معمول دوران بارداری برخوردار شدند. سپس مشاوران با تماس تلفنی واحدهای مورد پژوهش در زمان بستری شدن جهت زایمان، در بیمارستان هاجر حاضر شده و پیامد حاملگی را در دو گروه مورد بررسی قرار دادند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم ثبت اطلاعات استفاده شد و اطلاعات مادر و نوزاد در آن ثبت گردید و اعتبار این فرم از طریق اعتبار محتوا تعیین شد. جهت رعایت مسایل اخلاقی پژوهش، اهداف پژوهش برای واحدهای مورد تحقیق توضیح داده شد و آنها در ورود به تحقیق آزاد بودند. ۳ نفر از افرادی که مورد مشاوره قرار گرفته بودند، به علت عدم همکاری تا پایان مطالعه از بررسی خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۲۹ نفر از گروه مشاوره شده و ۳۲ نفر از گروه بدون مشاوره صورت گرفت. داده‌ها پس از ورود به کامپیوتر با نرم‌افزار SPSS (نسخه ۱۶)، آزمون کا-

اولزا تشکیل می‌دهند که چندان از تغییرات دوران بارداری و ناراحتی‌های این دوران و علائم شروع زایمان، مزایای زایمان طبیعی و عوارض سزارین مطلع نیستند و بیشتر تحت تأثیر اطرافیان خود هستند و با شنیدن این مسأله که بدون شروع دردهای زایمان هم می‌توان زایمان کرد، وقتی با ناراحتی‌ها و مشکلات اواخر حاملگی مواجه می‌شوند، با مراجعه مکرر به پزشک درخواست بستری شدن زودرس و ختم حاملگی را دارند، بدون اینکه از عوارض و پیامدهای این کار مطلع باشند. با توجه به اینکه اکثر مراجعان به بخش زایمان مرکز آموزشی - درمانی هاجر شهرکرد را زنان اولزا تشکیل می‌دهند و بیشتر آنها بدون شروع دردهای زایمانی بستری می‌گردند و از عوارضی که به دنبال بستری شدن زود هنگام آنها اتفاق می‌افتد، اطلاعی نداشته و میزان عمل سزارین نیز در این گروه بیشتر می‌باشد و با توجه به اینکه تأثیر مشاوره دوران بارداری بر پیامد حاملگی تا به حال در کشور بررسی نشده است، هدف این مطالعه "تعیین تأثیر مشاوره با زنان اولزا در سه ماهه سوم بارداری بر سرانجام حاملگی" بود.

روش بررسی

در این مطالعه نیمه تجربی، جامعه پژوهش را کلیه زنان اولزای مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد در سال ۸۹-۸۸ که در سه ماهه سوم بارداری قرار داشتند، تشکیل داده‌اند. شرایط ورود به پژوهش شامل اولزا بودن واحد مورد پژوهش، قرار داشتن در سه ماهه سوم بارداری و رضایت به شرکت در پژوهش بود. تعداد نمونه ۶۴ نفر بود که از دو مرکز بهداشتی - درمانی با شرایط اجتماعی - اقتصادی مشابه به طور تصادفی انتخاب شده و در دو گروه ۳۲ نفره با مشاوره و بدون مشاوره قرار گرفتند. در گروه مورد مشاوره، در هر بار مراجعه زنان به مراکز بهداشتی - درمانی که به طور متوسط در ماه هفتم بارداری

متر بود و تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. وزن ابتدای بارداری در گروه مشاوره شده $62/5 \pm 4/3$ و در گروه بدون مشاوره $62/1 \pm 4/7$ بود و تفاوت معناداری بین آنها وجود نداشت ($P=0/12$). مقایسه سن حاملگی بر اساس LMP و سونوگرافی، میزان دیلاتاسیون سرویکس در زمان بستری شدن جهت زایمان و طول مدت مرحله اول زایمان در دو گروه مشاوره شده و بدون مشاوره در جدول (۱) ارائه شده و نشان می‌دهد که دو گروه از نظر این متغیرها تفاوت معناداری با یکدیگر دارند.

اسکوئر و آزمون تی مورد قضاوت آماری قرار گرفته و میزان $P < 0/05$ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن واحدهای مورد پژوهش در گروه مشاوره شده $24/58 \pm 5/4$ و در گروه بدون مشاوره $24/62 \pm 3/9$ سال بود و تفاوت معنادار نبود. میانگین و انحراف معیار قد واحدهای مورد پژوهش در گروه مشاوره شده $162 \pm 4/9$ و در گروه بدون مشاوره $161 \pm 5/0$ سانتی-

جدول 1: مقایسه میانگین وزن ابتدای بارداری، سن حاملگی، دیلاتاسیون سرویکس و طول مرحله اول زایمان در دو گروه

شاخص آماری	گروه مشاوره شده	گروه مشاوره نشده	P
متغیر	X±SD	X±SD	
وزن ابتدای بارداری	$62/5 \pm 4/3$	$62/1 \pm 4/7$	$P=0/12$
سن حاملگی بر اساس LMP	$39/28 \pm 1/6$	$37/62 \pm 0/9$	$0/01$
سن حاملگی بر اساس سونوگرافی	$39/62 \pm 1/0$	$37/94 \pm 5/9$	$0/03$
میزان دیلاتاسیون سرویکس در زمان بستری	$3/37 \pm 2/1$	$1/24 \pm 1/6$	$0/01$
طول مدت مرحله اول زایمان	$6/41 \pm 2/7$	$4/25 \pm 1/1$	$0/04$

جدول 2: مقایسه متغیرهای کیفی در گروه مشاوره شده و مشاوره نشده در سه ماهه آخر بارداری

عوامل مرتبط	با مشاوره (تعداد)	بدون مشاوره (تعداد)	سطح معناداری
شغل	29(25)	32(30)	
خانه دار	29(4)	32(2)	$0/33$
میزان تحصیلات			
ابتدایی	29(1)	32(1)	
راهنمائی	29(0)	32(0)	$0/06$
دبیرستانی	29(11)	32(22)	
دانشگاهی	29(17)	32(9)	
سابقه بیماری			
بلی	29(0)	32(1)	
خیر	29(29)	32(31)	$0/33$
عوارض بارداری			
بلی	29(0)	32(2)	
خیر	29(29)	32(30)	$0/22$
تحت نظر			
پزشک	29(29)	32(18)	
مراکز بهداشتی	29(29)	32(32)	$0/13$

۰/۲۲	۳۲(۲۶) ۳۲(۶)	۲۹(۲۷) ۲۹(۲)	تمایل به انجام زایمان طبیعی بلی خیر
۰/۰۴	۳۲(۱۷) ۳۲(۵)	۲۹(۲۱) ۲۹(۸)	مراجعه به موقع برای زایمان بلی خیر
۰/۰۴	۳۲(۲۷) ۳۲(۵)	۲۹(۱۲) ۲۹(۱۷)	دریافت اکسی توسین بلی خیر
۰/۰۱	۳۲(۱۹) ۳۲(۱۳)	۲۹(۲۳) ۲۹(۶)	نوع زایمان طبیعی سزارین

جدول 3: مقایسه پیامدهای نوزادی در دو گروه مورد مشاوره و بدون مشاوره

P	شاخص آماری		متغیر
	مشاوره نشده X±SD	مشاوره شده X±SD	
۰/۰۵	۳۰۰۰±۵۶	۳۲۴۰±۳۳	وزن
۰/۱۲	۴۹±۲/۴	۵۰±۱/۲	قد
۰/۵۳	۳۲/۸±۱/۹	۳۳/۱±۲/۳	دور سر
۰/۶۷	۸/۸۹±۰/۴	۸/۹۰±۰/۳	نمره آپگار دقیقه ۵

بحث

بر مراجعه به موقع برای زایمان و در واقع مراجعه با شروع دردهای زایمانی، تأثیر مثبتی دارد و از ۲۹ خانمی که مورد مشاوره قرار گرفته بودند، ۲۱ نفر در زمان ترم با شروع دردهای زایمانی مراجعه کرده بودند، این در حالی است که از ۳۲ خانمی که مشاوره‌ای دریافت نکرده بودند، تنها ۱۷ نفر به موقع و با شروع انقباضات رحمی به بیمارستان مراجعه کرده و بستری شده بودند. هوملس (۲۰۰۱) در مطالعه خود گزارش کرده است که زنانی که در زمان پذیرش در بیمارستان میزان دیلاتاسیون سرویکس در آنها ۳ یا کمتر از ۳ سانتی‌متر است، زایمان طولانی‌تری داشته، مداخلات انجام شده در آنها بیشتر بوده و تشخیص زایمان

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در شروع مطالعه و قبل از انجام هر گونه مداخله‌ای، تمایل زنان به انجام زایمان طبیعی یا سزارین در دو گروه مورد مشاوره و بدون مشاوره، وضعیت مشابهی دارد و این از خطای تأثیر نظرات بیماران در مورد انتخاب نوع زایمان بر نتیجه حاصل از تحقیق جلوگیری نموده است. دو گروه مورد مطالعه از نظر سن نیز وضعیت مشابهی داشتند. در نتیجه عامل افزایش سن که احتمال انجام عمل سزارین را بیشتر می‌نماید و در سایر مطالعات نیز به آن اشاره شده است (۱۱،۱۰) در این مطالعه بر روی انتخاب زایمان بی‌تأثیر بوده است. یافته‌ها همچنین نشان داد که مشاوره با زنان باردار در سه ماهه آخر بارداری

بود. البته در مطالعه فوق‌الذکر، میزان دیلاتاسیون در زمان بستری شدن اندازه‌گیری نشده بود (۱۵). در مطالعه میمبورگ (۲۰۱۰) اختلاف میزان دیلاتاسیون سرویکس در زمان ورود به بخش زایمان در گروه مداخله و بدون مداخله ۰/۹ سانتی‌متر (۸) و در مطالعه حاضر میزان این اختلاف ۲/۱ سانتی‌متر بوده است. دیلاتاسیون بیشتر سرویکس در زمان ورود به بخش زایمان، با کاهش تعداد مداخلات زایمانی نظیر تحریک زایمان و استفاده از بی‌حسی اپیدورال همراه است و ورود دیرتر زنان کم‌خطر به بخش لیبر به نظر نمی‌رسد که خطری برای مادر یا جنین داشته باشد (۸). در مطالعه حاضر وزن، قد، دور سر و آپگار نوزاد در دو گروه وضعیت مشابهی داشت. هر چند که وزن نوزادان در گروهی که مورد مشاوره واقع شده بودند، بیشتر از گروه بدون مشاوره بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. مهدی‌زاده نیز یافته‌های مشابهی را گزارش کرده است (۱۵). هاکستاد (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود که با هدف تعیین تأثیر تمرینات ورزشی دوران بارداری بر رشد جنین، طول مدت زایمان، وزن و آپگار نوزاد انجام شد، یافته‌های مشابهی را گزارش کرده است (۱۶). یافته‌های مطالعه دیگری که با هدف تعیین پیامد آموزش در بارداری بر وزن زمان تولد نوزاد، انجام شده، نشان می‌دهد که آموزش زنان در دوران بارداری سبب می‌شود تا آنان آگاهانه زایمان طبیعی را انتخاب کرده و از اعتماد به نفس کافی جهت مقابله با درد زایمان برخوردار شوند. در این مطالعه همچنین آمده است که در زنان آموزش دیده طول مدت مراحل زایمانی کوتاهتر بوده و نوزاد کم‌وزن در آنها به‌ندرت دیده می‌شود (۱۷) که یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات ذکر شده همراستا می‌باشد و همان‌طور که ذکر شد با آنکه از نظر تمایل به زایمان طبیعی در شروع مطالعه دو گروه وضعیت مشابهی داشتند، اما گروه بدون مشاوره، بیشتر مورد عمل سزارین واقع شده بودند. مطالعه‌ای گزارش کرده است که بیشترین علت افزایش میزان سزارین، پزشکان هستند (۱۸). آیا با

عارضه دار نیز در آنها بیشتر است (۱۲). افزایش میزان سزارین در این افراد را می‌توان به دو صورت توجیه نمود. اول اینکه ممکن است این افراد دارای اختلال عملکردی رحم باشند و به این دلیل در مرحله نهفته بستری شده باشند که خود این عامل دلیلی برای سزارین محسوب می‌گردد و دیگر اینکه پذیرش زودرس و قرار گرفتن در محیط بیمارستان، احتمال انجام مداخلات پزشکی را افزایش می‌دهد و در نتیجه احتمال سزارین بالا می‌رود. وقتی مادری در مرحله نهفته زایمان بستری می‌گردد، به علت ناکافی بودن انقباضات رحمی، مورد القای زایمان قرار می‌گیرد که خود این کار می‌تواند شیوع عمل سزارین را به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد (۱۳). با آنکه تمایل زنان در سه ماهه آخر بارداری به داشتن زایمان طبیعی یا سزارین در دو گروه مشاوره شده و بدون مشاوره مشابه بود، اما در عمل افرادی که مشاوره دریافت کرده بودند، بیشتر زایمان واژینال داشتند و بر عکس افرادی که مشاوره‌ای دریافت نکرده بودند، بیشتر به روش سزارین زایمان کرده بودند. در مطالعه لشگری گروه آموزش دیده و بدون آموزش از این نظر که چه نوع زایمانی را ترجیح می‌دهند، تفاوتی با یکدیگر نداشتند (۵) که در این مورد بین یافته‌های دو مطالعه هم‌خوانی وجود دارد. البته در مطالعه فوق‌الذکر تنها تأثیر آموزش بر انتخاب نوع زایمان بررسی شده و سایر پیامدهای حاملگی مورد بررسی قرار نگرفته بود. در مطالعه کانسونی (۲۰۱۰) گزارش شده است که برنامه‌های مشاوره‌ای دوران بارداری سبب کاهش سطح اضطراب مادر، افزایش تعداد زایمان واژینال و کاهش طول مدت بستری شدن نوزادان می‌شود (۱۴). در مطالعه حاضر گروه مشاوره شده در زمان بستری شدن در بیمارستان جهت زایمان، میزان دیلاتاسیون سرویکس بیشتری داشته و استفاده از اکسی‌توسین جهت القاء و یا تحریک انقباضات رحمی در این گروه کمتر از گروه مقابل بود. در مطالعه مهدی‌زاده و همکاران، استفاده از اکسی‌توسین در گروه آموزش دیده و بدون آموزش مشابه

نتیجه گیری

مشاوره با زنان در سه ماهه سوم بارداری سبب مراجعه به موقع جهت زایمان، افزایش سن حاملگی به هنگام پذیرش در بیمارستان، میزان بیشتر دیلاتاسیون سرویکس، استفاده کمتر از اکسی توسین، انجام بیشتر زایمان طبیعی و کاهش طول مدت مرحله اول زایمان می گردد.

قدردانی

این مقاله بر گرفته از طرح پژوهشی شماره ۶۹۸ مصوب ۸۶/۱۲/۲۶ می باشد. نویسنده این مقاله بر خود لازم می داند که از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، پرسنل مراکز بهداشتی - درمانی، کارکنان بخش زایمان مرکز آموزشی - درمانی هاجر شهرکرد و کلیه مادرانی که در این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نماید.

آموزش منظم و داشتن جلسات مشاوره با زنان باردار، می توان میزان سزارین را کاست، سؤالی است که مطالعه کنونی به آن پاسخ مثبتی داده است. اینکه آیا مشاوره با زنان تعداد موارد القای زایمانی را در حاملگی طولانی شده کاهش می دهد یا نه، مشخص نیست. اقدامی که در مطالعه حاضر انجام شد، یعنی مشاوره با زنان اولزا در سه ماهه سوم بارداری، یک اقدام ساده، غیر تهاجمی و با هزینه اندک می باشد که در هر شرایطی قابل انجام بوده و می تواند پیامد بارداری را بهبود بخشد. تعمیم نتایج به زنان چندزا نیاز به مطالعات بیشتری دارد. کمی حجم نمونه، فضای نامناسب فیزیکی جهت انجام مشاوره و عدم همکاری حدود ۱۰ درصد از زنان در گروه مشاوره، از محدودیت های پژوهش حاضر می باشد. انجام مطالعه ای با تعداد نمونه بیشتر و فضای مناسب فیزیکی پیشنهاد می گردد.

منابع

- 1-Hemminki E, Long Q, Zhang WH, Wu Z, Raven J, Tao F, et al. Impact of Financial and Educational Interventions on Maternity Care: Results of Cluster Randomized Trials in Rural China, CHIMACA. *Matern Child Health J.* 2012.
- 2-Todorova K, Mazneikova V, Ivanov S. [Can education during pregnancy improve the perinatal outcome in diabetic pregnancies?] *Akush Ginekol (Sofia)* 2004;43(3):21-7. [Article in Bulgarian]
- 3-Escott D, Slade P, Spiby H. Preparation for pain management during childbirth: the psychological aspects of coping strategy development in antenatal education. *Clin Psychol Rev* 2009;29(7):617-22.
- 4-Escott D, Slade P, Spiby H, Fraser RB. Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery* 2005;21(3):278-91.
- 5-Lashgari MH, Delavari S, Markazi Moghadam N, Gorouhi F. [Effects of training programs of pregnant women on their delivery type selection: A single blind, randomized control trial]. *Journal of Army University of Medical Sciences of the I.R. IRAN* 2005;3(4):679-84. [Article in Persian]
- 6-Jones HE, Berkman ND, Kline TL, Ellerson RM, Browne FA, Poulton W, Wechsberg WM. Initial feasibility of a woman-focused intervention for pregnant african-american women. *Int J Pediatr* 2011;2011:389285.
- 7-Nerum H, Halvorsen L, Sørlie T, Oian P. Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 2006;33(3):221-8.
- 8-Maimburg RD, Vaeth M, Dürr J, Hvidman L, Olsen J. Randomised trial of structured antenatal training sessions to improve the birth process. *BJOG* 2010;117(8):921-8.
- 9-Orejuela FJ, Garcia T, Green C, Kilpatrick C, Guzman S, Blackwell S. Exploring factors influencing patient request for epidural analgesia on admission to labor and delivery in a predominantly Latino population. *J Immigr Minor Health* 2012;14(2):287-91.
- 10-Green IF, Morgenstern H, Greenland S, Gifford DS. Explaining the association of maternal age with Cesarean delivery for nulliparous and parous women. *J Clin Epidemiol* 2003;56(11):1100-10.
- 11-Bell JS, Campbell DM, Graham WJ, Penney GC, Ryan M, Hall MH. Do obstetric complications explain high caesarean section rates among women over 30? A retrospective analysis. *BMJ* 2001;322(7291):894-5.

- 12-Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG* 2001;108(11):1120-4.
- 13-Delaram M, Hasanpoor A, Noorian K, Kazemian A. [Impact of early admission in labor on maternal and neonatal outcomes in Hajar health-care center of Shahr-e-Kord, Iran]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2007;14(3): 61-66. [Article in Persian]
- 14-Consonni EB, Calderon IM, Consonni M, De Conti MH, Prevedel TTs, Rudge MV. A multidisciplinary program of preparation for childbirth and motherhood: maternal anxiety and perinatal outcomes. *Reprod Health* 2010;7:28.
- 15-Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alaghebandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol* 2005;22(1):7-9.
- 16-Haakstad LA, Bø K. Exercise in pregnant women and birth weight: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011;11:66.
- 17-Tiembré I, Bi JV, Aké-Tano O, Dagnan S, Ekra D, Dogou-Wawayou B, et al. [Evaluation of the quality of prenatal consultations in the health district of Grand Bassam, Côte d'Ivoire]. *Sante Publique* 2010;22(2):221-8. [Article in French]
- 18-Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ* 2001;323(7322):1155-8.

The Effect of Counseling with Nulliparous Women During Third Trimester on Pregnancy Outcomes

Masoumeh Delaram^{1*}, Seyed Ahmad Reza Raesi Dehkordi²

1-Assistant Professor of Midwifery.
2-M.Sc. of Mathematics.

Abstract

Background and Objective: Since the fear of unknown events in pregnancy and delivery increases medical interventions, this study was carried out to assess the effects of counseling nulliparous women during their third trimester on pregnancy outcomes.

Subjects and Methods: This quasi-experimental study was carried out on 64 nulliparous women without abortion in their third trimester. The women, visiting Shahrekord Health Centers, were allocated randomly into counseling and non-counseling groups. In counseling group, pregnant women were counselled about the symptoms of beginning of labor, the problems could be resulted from the early admission, the benefits of normal delivery and the complications of cesarean section and familiarity with the stages of labor. The non-counseling group received the standard prenatal care. Then, maternal and neonatal outcomes were recorded. The data were analysed State the statistical method used (version 16) and $P < 0/05$ was considered significant.

Results: There was a significant difference in gestational age based on LMP ($P=0.01$), sonography ($P=0.03$), physical examination of infants ($P=0.008$), admission due to labor pains ($P=0.04$), dilatation at the time of admission ($P=0.01$), Taking the oxytocin ($P=0.04$), duration of first stage of labor ($P=0.04$) and mode of delivery ($P=0.01$) between two groups. No differences were found in weight, height, circumference and apgar score of newborns in two groups.

Conclusion: Counseling with nulliparous women improved the maternal and neonatal outcomes. The findings suggest counselling nulliparous women during their third trimester of pregnancy has favorable effects on pregnancy outcome.

Keywords: Counseling, Nulliparous women, Third trimester, Pregnancy outcome.

1-Department of Department of Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, school of Nursing and Midwifery, Shahrekord, Iran Sciences, school of Nursing and Midwifery, Shahrekord, Iran.

2-Department of Mathematics, School of Mathematics and Statistics, University of Isfahan, Iran.

*Corresponding author:
Masoumeh Delaram; Department of Midwifery, Shahrekord University of Medical Sciences, school of Nursing and Midwifery, Shahrekord, Iran.
Tel: +98381-3335648
Email: masoumehdelaram@yahoo.com

► Please cite this paper as:

Delaram M, Raesi Dehkordi SAR. The Effect of Counseling with Nulliparous Women During Third Trimester on Pregnancy Outcomes. *Jundishapur Sci Med J.* 2012;11(4):355-363

Received: June 18, 2011

Revised: Feb 26, 2012

Accepted: Mar 13, 2012