

تأثیر رفتارهای حمایتی بر روند درد زایمان در زنان نخست‌زا

صدیقه کمالی^۱، هدی احمري طهران^۲، سکینه محمدعلیزاده^۳، الهام جعفری^۴

^۱کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

^۲کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳استادیار بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

^۴کارشناس ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در گذشته در طول درد زایمان، مادران به‌طور سنتی توسط زنان دیگر حمایت می‌شدند. با وجود اینکه در دهه‌های اخیر مسئله حمایت مداوم از زنان در طول درد زایمان در بیمارستان‌های سراسر جهان مطرح می‌باشد، ولی این اقدام به جای یک امر معمول به یک استثنا تبدیل شده است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر رفتارهای حمایتی در مقایسه با مراقبت‌های معمول بر روند درد زایمان صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به‌صورت نیمه‌تجربی بر روی ۸۰ زن نخست‌زای که به‌علت درد زایمان و یا پارگی کیسه آب به بیمارستان ولیعصر زنجان مراجعه کرده بودند، انجام شد. ابتدا نمونه‌ها به روش مبتنی بر هدف انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. در گروه آزمون رفتارهای حمایتی توسط یک ماما انجام گرفت. گروه شاهد فقط مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات، از پرسشنامه و مقیاس سنجش درد (مقیاس دیداری درد) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی‌تست، مجذور کای، من‌ویتنی صورت گرفت. ۰/۰۵ سطح معنی‌داری داده‌ها در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، میانگین شدت درد بین دو گروه آزمون و شاهد در سه موقعیت (دیلاتاسیون ۵، ۷ سانتی‌متری و کامل)، اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). در گروه آزمون طول مدت فاز فعال درد زایمان ($p = 0/001$) و مرحله دوم زایمان در مقایسه با گروه شاهد به‌طور معنی‌داری کمتر بود ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد، رفتارهای حمایتی مداوم در روند درد زایمان، باعث پیشرفت سریع‌تر و کاهش شدت درد می‌شود. لذا گنجاندن آموزش این قبیل مهارت‌ها در برنامه‌های آموزشی دانشجویان مامایی و استفاده آن توسط کادر درمانی ضروری به‌نظر می‌رسد.
کلید واژه‌ها: رفتارهای حمایتی؛ درد زایمان؛ پیشرفت درد زایمان.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: kamalysg@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۱۰۳۶۷۵۷

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۰/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۸/۱/۱۵

مقدمه

عاطفی، عقلانی، روانی و جسمی می‌تواند بیمار را به‌خوبی برای زایمان آماده سازد (۴-۱). این حمایت‌ها در گذشته به‌طور سنتی توسط زنان دیگر انجام می‌گرفت. گرچه در دهه‌های اخیر در بیمارستان‌های سراسر جهان مسئله حمایت مداوم از مادران مطرح شده؛ ولی در واقع ارایه این اقدامات به جای یک امر معمول بیشتر به یک استثنا تبدیل شده است (۵، ۶). به‌طوری‌که گاه نگرانی در خصوص پیامدهای نامطلوب تجربه‌شونده در روند درد زایمان،

با آنکه زایمان یک عمل عادی و طبیعی است، ولی اغلب زنان با شروع دردهای زایمانی احساس تنهایی و درماندگی کرده و در واقع با ابتدایی‌ترین واکنش حسی به‌صورت انقباضات زایمانی، بدن خود را بیشتر منقبض می‌کنند. در نتیجه دوره معیوب درد، باعث تنش و درد بیشتر شده، و در پی آن ناراحتی بیمار نیز تشدید می‌شود. تحت چنین شرایطی یک حمایت همه‌جانبه از لحاظ

اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شد و به روش مصاحبه و مشاهده توسط پژوهشگر تکمیل گردید. همچنین به منظور تعیین شدت درد زایمان از مقیاس ۵ نقطه‌ای مقایسه‌ای بصری (VAS) استفاده شد. انتخاب گروه‌های آزمون و شاهد به گونه‌ای انجام گرفت که دو گروه از نظر متغیرهای مداخله‌گر شامل: سن حاملگی، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و جنسیت نوزاد، وضعیت کیسه آب، معاینه واژینال و نیز فاصله شروع دردهای زایمانی تا مراجعه به بیمارستان همسان بودند. به منظور اجتناب از ایجاد تورش، جمع آوری اطلاعات به وسیله پرسشگری که کاملاً نسبت به وضعیت نمونه‌ها بی‌اطلاع بود، انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی، کای دو، من ویتنی و نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۰ تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سنی گروه شاهد $21/71 \pm 3/21$ سال و گروه آزمون $21/96 \pm 3/57$ سال بود. بیشترین درصد واحدهای پژوهش ($66/8\%$) در گروه شاهد و ($63/6\%$) در گروه آزمون، تحصیلات ابتدایی و راهنمایی داشتند. $88/9\%$ از نمونه‌های گروه شاهد و 93% از نمونه‌های گروه آزمون خانه‌دار بودند. $65/1\%$ در گروه شاهد و $69/8\%$ در گروه آزمون در روستا سکونت داشتند. میانگین سن بارداری گروه شاهد $38/15 \pm 1/8$ و گروه آزمون $38/83 \pm 2/1$ سال بود. به ترتیب $93/4\%$ و $91/3\%$ از گروه شاهد و آزمون حاملگی خواسته داشتند. $14/8\%$ نمونه‌های گروه آزمون و $13/6\%$ نمونه‌های گروه شاهد با پارگی کیسه آب مراجعه کرده بودند. دفعات معاینه واژینال در گروه شاهد $5/34 \pm 1/8$ و در گروه آزمون $5/19 \pm 1/64$ بار گزارش گردید. فاصله شروع دردهای زایمانی تا مراجعه به بیمارستان در گروه شاهد $3/75 \pm 2/4$ و در گروه آزمون $3/14 \pm 1/92$ بود. بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای بالا به لحاظ آماری اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. مقایسه دو گروه از نظر جنس نوزاد اختلاف معنی‌داری نشان نداد. در دو گروه آزمون و شاهد، بین میانگین طول فاز فعال و نیز مرحله دوم زایمان و همچنین شدت درد در سه موقعیت، دیلاتاسیون ۵، ۷ سانتی‌متر و کامل، از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$)؛ به طوری که طول فاز فعال و

تمایل زنان را در بازگشت به روش‌های سنتی سوق داده است (۷-۱۱). هدف از این پژوهش نیز تعیین تأثیر رفتارهای حمایتی در مقایسه با مراقبت‌های معمول بر روند درد زایمان می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه نیمه تجربی با هدف تعیین تأثیر رفتارهای حمایتی بر روند درد زایمان (شدت درد و طول مدت درد زایمان) انجام گرفت. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان نخست‌زایی بود که به علت درد و یا پارگی کیسه آب به بیمارستان ولیعصر زنجان مراجعه کرده بودند. روند درد زایمان در این افراد به طور کاملاً خودبه‌خودی پیشرفت داشت و از شروع فاز فعال (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر) وارد مطالعه شدند. در هیچ‌یک از واحدهای مورد بررسی از اینداکشن (Induction) و یا سایر شیوه‌های القا استفاده نگردید و تنها آن تعداد از واحدها در گروه آزمون و شاهد که کیسه آب سالم داشتند، در صورت داشتن شرایط لازم آمنیوتومی شدند. ۸۰ نفر که دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بودند به روش مبتنی بر هدف از میان جامعه مطالعه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. افراد گروه آزمون عموماً فقط با یک ماما (پژوهشگر) برخورد داشته و تقریباً به مدت ۳ ساعت رفتارهای حمایتی از جانب وی بر روی آنها انجام گرفت. این رفتارها عبارت بودند از: ۱- ارایه آموزش‌های لازم در روند درد زایمان به طور جدی‌تر از معمول که شامل: توصیه‌هایی در جهت زدودن تنش اضافی و شل کردن بدن، نحوه صحیح تنفس، وضعیت مناسب و زور زدن در مرحله دوم بود. ۲- ماساژ که در این بررسی از ماساژ (Linda Kimber) افلوراج و نیز نوازش دست‌ها، پاها و بازوهای بیمار استفاده گردید. {ماساژ افلوراج یک نوع ماساژ سوئدی است که برای اولین بار توسط پروفیسور Lindakemiber (Distraction) در انگلستان و به هنگام دردهای زایمان استفاده گردید}. تکنیک ماساژ را می‌توان در نواحی ساکروم، باسن، سرتاسر پشت، شانه‌ها، کمر و حتی دست و پا انجام داد. ماساژ به مدت ۲۰ دقیقه در ۳ مرحله دیلاتاسیون ۵، ۷ سانتی‌متر و کامل، در حین و پس از انقباضات به بیمار داده شد ۳- ایجاد انحراف فکر در مادر از طریق ایجاد یک ارتباط صمیمی‌تر با وی و صحبت در خصوص مسایل مورد علاقه بیمار ۴- پاسخ‌گویی به سؤالات بیمار و ارائه راهنمایی‌های صحیح در خصوص شکایات مطرح شده در درد زایمان مثل تهوع، استفراغ، لرز و احساس سرما، گرفتگی پا و غیره.

انواع رفتارهای حمایتی، توسط ماما یا همراه آموزش دیده ارائه می شود و شامل مجموعه‌ای از حمایت‌های روانی فیزیکی، دادن اطلاعات مورد نیاز و پاسخگویی به سؤالات مادر است (۱۷). مطالعه مروری Cochrane بر روی ۱۲۷۹۱ زن که در درد زایمان از حمایت مداوم برخوردار بودند، نشان داد در این افراد میزان استفاده از روش‌های بی‌حسی و بی‌هوشی، زایمان با وسیله و سزارین کاهش یافته است و در مقابل، میزان رضایتمندی از تجربه زایمان افزایش داشت، همچنین در بررسی‌های متعدد مشخص گردید، اثربخشی این روش به‌ویژه در مواقعی که حمایت توسط افرادی غیر از کارکنان بیمارستانی انجام می‌گیرد، بیشتر است (۱۸).

Hodnett و همکارانش (سال ۲۰۰۳) در مطالعه خود با هدف بررسی تأثیر حمایت مداوم در درد زایمان با در نظر گرفتن یک ماما به ازای هر بیمار (one to one) مادر و نوزاد، نشان دادند که رفتارهای حمایتی مداوم سبب کاهش مصرف مسکن، دخالت‌های جراحی و افزایش رضایت از تجربه زایمانی می‌گردد. همچنین آثار مفید این حمایت‌ها در روند درد زایمان، زمانی بیشتر خواهد شد که این اقدامات در مراحل زودتر از درد زایمان شروع شده و مراقبت‌دهنده یکی از کارکنان بیمارستان نباشد (۵). پژوهش دیگری نیز نشان داد، در زنانی که توسط افرادی غیر از کارکنان بیمارستانی حمایت می‌شوند، در مقایسه با زنان تحت مراقبت‌های معمول، میزان سزارین ۲۶٪، زایمان با وسیله ۴۱٪، استفاده از بی‌حسی و بی‌هوشی ۲۸٪ و نارضایتی از زایمان ۳۳٪ کاهش می‌یابد (۱۹). Janssen و همکارانش در سال ۲۰۰۳، تحقیقی تحت عنوان بررسی تأثیر حمایت در منزل در مراحل اولیه درد زایمان انجام دادند. در نتایج این بررسی مشاهده گردید که تعداد کمی از زنان تحت پوشش برنامه بازدید از منزل، در فاز نهفته به بیمارستان مراجعه می‌کنند و نیز میزان مصرف مواد مخدر در طی درد زایمان و ناخوشی نوزادان در این گروه به‌طور معنی‌داری کمتر می‌باشد. در نهایت بیشتر زنانی که در برنامه مراقبت در منزل شرکت کرده بودند، از آن رضایت داشته و آن را به سایرین نیز توصیه می‌کردند، زیرا بازدید از منزل و دریافت برخی رفتارهای حمایتی از سوی پرستار یا ماما، علاوه بر ایجاد احساس امنیت در زنان و کاهش مداخلات، از مزایای زیادی برخوردار بود (۱۱). پژوهشگران اظهار می‌دارند اگر به زنان سوئدی

نیز مرحله دوم و همچنین شدت درد در سه موقعیت ارزیابی شده در گروه آزمون نسبت به شاهد کمتر بود (جدول).

جدول: توزیع زنان نخست‌زای دریافت‌کننده رفتارهای حمایتی و گروه شاهد آنان براساس طول مدت مراحل زایمان و شدت درد

شماره طول مدت مراحل زایمان	آزمون	شاهد
شدت درد	میانگین	میانگین
طول مدت فاز فعال (دقیقه)	۲۱۹/۸±۵/۶	۲۵۰/۳±۶/۶
طول مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)	۲۲/۷±۱/۰	۳۶/۰±۱/۶
شدت درد در دیلاتاسیون ۵ سانتی‌متر	۳/۷۳±۰/۰۸	۴/۳۷±۰/۰۱
شدت درد در دیلاتاسیون ۷ سانتی‌متر	۳/۵۷±۰/۰۷	۴/۷۰±۰/۰۷
شدت درد در دیلاتاسیون کامل	۴/۲۰±۰/۰۶	۴/۸۵±۰/۰۶

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که رفتارهای حمایتی اعمال شده در روند درد زایمان، می‌تواند سبب کاهش معنی‌داری در طول فاز فعال و مرحله دوم زایمان و نیز شدت درد در سه موقعیت اندازه‌گیری شده در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد گردد.

روش ایده‌آل تسکین درد زایمان بایستی به‌صورت روشی مؤثر، ایمن، با اثربخشی نسبتاً طولانی و برگشت‌پذیر باشد، تا استفاده از آن آسان و تحت کنترل مادر بوده و با سیر طبیعی زایمان و تحرک مادر تداخل ننماید (۱۲). در رویکرد انجام زایمان به شیوه فیزیولوژیک که امروزه بسیار بر آن تأکید می‌شود، درد به‌عنوان یک عارضه جانبی در روند طبیعی زایمان پذیرفته شده و هدف، آموزش و یاری مادر توسط ماما یا همراه آموزش دیده برای جلب همکاری وی و مشارکت او در تصمیم‌گیری‌ها، استفاده از روش‌های غیردارویی تسکین درد و کمک به پیشرفت زایمان می‌باشد. مشارکت فعال مادر در روند زایمان سبب افزایش اعتماد به نفس، احساس تسلط و تحمل بهتر درد می‌شود (۱۳). انجمن پزشکی بریتانیا گزارش نمود، به‌علت تمایل زیاد کارکنان بهداشتی و مددجویان به استفاده از درمان‌های مکمل، گنجاندن آن در آموزش‌های نظری و بالینی، ضروری به‌نظر می‌رسد (۱۴). در واقع رفتارهای حمایتی، گستره وسیعی از اقداماتی است که درمان‌های مکمل یکی از آنهاست و وجه مشترک همه آنها در نظر گرفتن تمامیت فرد متشکل از جسم، فکر و روح و روان می‌باشد (۱۵، ۱۶). حمایت مداوم در درد زایمان به‌عنوان یکی از

یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند؛ ولی به نظر می‌رسد تفاوت مشاهده شده در خصوص اثر بر طول مدت مرحله دوم زایمان، بین مطالعه حاضر و تحقیق خداکرمی و همکاران، ناشی از به کارگیری مجموعه‌ای از رفتارهای حمایتی در این مطالعه می‌باشد، که ماساژ فقط یکی از این رفتارها را شامل می‌شود؛ در حالی که در تحقیق خداکرمی تنها رفتار حمایتی ماساژ بوده است. از مجموعه پژوهش‌های انجام شده می‌توان نتیجه گرفت، رفتارهای حمایتی یکی از ساده‌ترین، ارزان‌ترین و در دسترس‌ترین شیوه‌های کمک به مادران جهت پیشرفت زایمان و تسکین درد آنها می‌باشد. گرچه بهترین گزینه برای حمایت مادر در مراحل زایمان، حضور یک همراه آموزش دیده است، ولی با توجه به محدودیت‌ها و امکانات موجود در بیمارستان‌های ایران باید کادر آموزشی-درمانی و به خصوص دانشجویان مامایی تحت آموزش‌های مقدماتی در رابطه با موارد فوق قرار گرفته و عهده‌دار انجام این اقدامات باشند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان از یک طرف به سیاست‌ها و اعمال معمول انجام شده توسط کارکنان اتاق زایمان و از سوی دیگر به محدودیت فضای فیزیکی مطلوب اشاره نمود. با توجه به مطالعه حاضر، در صورت حذف کامل این عوامل، می‌توان تأثیر بهتر این روش‌ها را بر روند درد زایمان مشاهده نمود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر و تحقیقات مشابه، رفتارهای حمایتی ماما در طول درد زایمان از طریق برقراری ارتباطی مؤثر با زانو و جلب مشارکت فعال وی در روند زایمان، می‌تواند سبب کاهش اضطراب و تنش‌های اضافی شده، و از شدت درد در طول مراحل زایمانی کاسته و در نهایت زایمان را به فرآیندی طبیعی و تجربه‌ای خوشایند تبدیل کند. بنابراین با توجه به رویکرد جهانی و کشوری نسبت به انجام زایمان به صورت فیزیولوژیک، در حال حاضر استفاده از این روش که آموزش و اجرای آن بسیار آسان، ارزان، در دسترس و بی‌خطر است، در مواجهه با دردهای زایمانی در طول زایمان توصیه می‌شود.

پیشنهاد شود که در تعیین محل تولد فرزند خود آزادند، تمایل به زایمان در منزل نسبت به بیمارستان‌های دارای زایشگاه ۱۰ برابر و نسبت به مراکز فاقد این بخش، ۲۰ برابر بیشتر خواهد شد. در واقع به نظر می‌رسد زنان به حمایت‌ها و مراقبت‌های مکمل در روند تولد فرزندان خود نیازمندند که معمولاً در بیمارستان‌ها به آنها توجهی نمی‌شود (۹). یکی از شیوه‌های حمایتی که اغلب به منظور کاهش درد زایمان توسط ماما یا همراه آموزش دیده به کار می‌رود، استفاده از تکنیک‌های مختلف ماساژدرمانی است. همچنین ماساژ یکی از روش‌های مناسب جهت آرام‌سازی و کاهش استرس می‌باشد که به واسطه آن، پیام‌های لمسی سریع‌تر از پیام‌های درد به مغز رسیده (۱۴)، و در عین حال با تحریک فیبرهای عصبی بزرگ از انتقال درد جلوگیری و از طریق ترشح آندورفین‌ها درد را کاهش می‌دهد (۲۰). مطالعه خداکرمی و همکارانش در سال ۱۳۸۴، نیز نشان داد که شدت درد و طول مدت مرحله اول زایمان در گروه ماساژدرمانی در مقایسه با گروه شاهد کمتر می‌باشد؛ ولی تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه از نظر طول مدت مرحله دوم زایمان مشاهده نگردید (۲۱). در صورتی که Brenda (سال ۲۰۰۱) در تحقیق خود گزارش نمود، اکثر مزایای درمان‌های تکمیلی (ماساژدرمانی، موسیقی‌درمانی و...) در فاز نهفته مرحله اول زایمان می‌باشد و در خصوص تأثیر این اقدامات بر فاز فعال و مرحله دوم زایمان اختلاف نظر وجود دارد (۲۲). در همین رابطه مطالعه ترک زهرانی و همکارانش در سال ۱۳۸۷، بیانگر این بود که ماساژ باعث کاهش شدت درد در مرحله اول زایمان می‌شود. در این بررسی نمونه‌ها در سه گروه ماساژ، مراقبت معمول و گروه حمایتی قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد، ماساژ در مقایسه با حمایت، در کاهش درد زایمان مؤثرتر است؛ ولی شدت درد زایمان در گروه مراقبت‌های معمول در تمام مراحل در مقایسه با قبل از مداخله با دو گروه دیگر افزایش دارد (۲۰). در مطالعه Linda Kemiber (سال ۲۰۰۳)، نیز مشاهده گردید که ۸۷٪ گروه ماساژدرمانی احساس خوبی از این عمل داشته و با توجه به اینکه ماساژ توسط همسر بیمار انجام شده بود، آن را دارای یک نقش حمایتی در کاهش درد و اضطراب زایمان ارزیابی نموده و برای مادران دیگر نیز توصیه کردند (۲۱). گرچه به‌طور کل نتایج پژوهش‌های انجام شده،

References:

1. Nourbakhsh M. Preparation for Childbirth: A Lamaza Guide. Tehran: Center Publishing Company; 1989. p. 17-25. [Text in Persian]
2. McCrea H, Wright ME, Stringer M. Psychosocial Factors Influencing Personal Control in Pain Relief. *Int J Nurs Stud* 2000;37(6):493-503.
3. Ip WY. Relationships between Partner's Support During Labor and Maternal Outcomes. *J Clin Nurs* 2000;9(2):265-72.
4. Hodnett ED. Caregiver Support for Women during Childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD000199.
5. Hodnett ED, Gates S, Hofmery GJ, Sakala C. Continuous Support for Women during Childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD003766.
6. Leeman L, Fontaine P, Klein MC, Ratcliffe S. The Nature and Management of Labor Pain: Part I, Nonpharmacologic Pain Relief. *Am Fam Physician* 2003;68(6):1109-1112 .
7. Cyna AM, McAuliffe GL, Andrew MI. Hypnosis for Pain Relief in Labor and Childbirth: A Systematic Review. *Br J Anaesth* 2004;93(4):505-11.
8. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labor. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003521.
9. Hildingsson I, Waldenstrom U, Radestad I. Swedish Womens Interest in Hom Birth and in Hospital Birth Center Care. *Birth* 2003;30(1):11-22.
10. Florence DJ, Palmer DG. Therapeutic Choices for the Discomforts of Labor. *J Perinat Neonatal Nurs* 2003;17(4):238-49.
11. Janssen PA, Iker CE, Cary EA. Early Labor Assessment and Support at Home: A Randomized Controlled Trial. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25(9):734-741.
12. McCrea H. Satisfaction in Childbirth and Perceptions of Personal Control in Pain Relief during Labor. *J Advanced Nurs* 1999;29(4):877-884.
13. Lowe NK. The Nature of Labor Pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186(5):16-24.
14. Najafi F. Complementary Therapies and Delivery. *Journal of Guilan School of Nursing and Midwifery* 2001;11:80-86. [Full Text in Persian]
15. Mosallam M, Rizk DE, Thomas L, Ezimokhai M. Womens Attitudes Towards Psychosocial Support in Labour in United Arab Emirates. *Arch Gynecol Obstet* 2004;269(3):183-187.
16. Manogin TW, Gregory A, Janet S. Caring Behaviors by Nurses: Womens Perceptions During Childbirth. *JOGNN* 2000;29(2):153-157.
17. Madi B, Sandall J, Bennett R, MacLeod C. Effects of Female Relative Support in Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth* 1999;26:4-8.
18. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous Support for Women during Childbirth (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software; 2003. p. 4.
19. Maternity Center Association. What Every Pregnant Woman Needs to Know about Cesarean Section. New York: Maternity Center Association; 2004. p. 23.
20. Tork Zahrani Sh, Honarjoo M, Jannesari SH, Alavi Majd H. The Effect of Massage on Pain in First Stage of Labor. *Journal of the Faculty of Medicine* 2008;32(2):141-145. [Full Text in Persian]
21. Khodakarami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N. Effect of Massage Therapy on Pain Severity and Labor of Primipara. *Iranian Journal Of Nursing & Midwifery Research* 2005;28(2). [Full Text in Persian]
22. Brenda, A. Alternative Therapies for the Management of Pain in Labor and Delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2002;44(4):704-732.