

بررسی تأثیر حمایت مداوم مادر طی مراحل زایمانی بر تعدیل

عکس‌العمل‌های رفتاری و پاسخ‌های فیزیولوژیک نسبت

به درد زایمان

- نرجس بحری بیناباج
- ♦ رباب لطیف نژاد
- ♥ دکتر حبیب ا... اسماعیلی

وگد انسان یکی از لحظات مقدس و با شکوه خلقت است. اما اضطرابی که مادر در این زمان تجربه می‌نماید، با تحریک اعصاب سمپاتیک منجر به بروز تغییراتی در علائم حیاتی شده و باعث بروز رفتارهای غیرقابل کنترل وی می‌گردد. لذا این پژوهش با هدف بررسی اثر حمایت مداوم مادر طی مراحل زایمان بر عکس‌العمل‌های رفتاری و پاسخ‌های فیزیولوژیک خانم‌های نخست باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد انجام شد. در این کارآزمایی بالینی، ۶۲ خانم نخست باردار سالم، با حاملگی ترم و شروع خودبخودی دردهای زایمانی که در بدو پذیرش اتساع دهانه رحم ۳ سانتی‌متر و انقباضات با تناوب ۵ تا ۱۰ دقیقه و مدت ۲۰ تا ۳۵ ثانیه و پرده‌های جنینی سالم داشتند، به روش تخصیص - تصادفی در دو گروه تجربی و شاهد قرار گرفتند. در گروه تجربی از بدو پذیرش تا انتهای مرحله دوم زایمان، آزمودنی‌ها توسط پژوهشگر و بر اساس چک لیست تنظیم شده مورد حمایت مداوم قرار گرفتند. گروه شاهد حمایت خاصی را دریافت نکرده و تنها اقدامات معمول بخش در مورد آنها اجرا شد. سپس عکس‌العمل‌های رفتاری مادر (گریه کردن، فریاد کشیدن، چنگ زدن و ...) هر یکساعت و پاسخ‌های فیزیولوژیک وی (فشار خون سیستول، تعداد تنفس، نبض و درجه حرارت) هر دو ساعت تا انتهای مرحله دوم زایمان مورد سنجش قرار گرفت. نتایج تحقیق نشان داد که بطور کلی شدت عکس‌العمل‌های رفتاری در همه ساعات در گروه تجربی کمتر بوده است، بطوری که در ساعت اول ($P=0/004$)، ساعت دوم ($P=0/002$)، ساعت سوم ($P=0/016$) و مرحله دوم زایمان ($P=0/002$) این اختلاف معنی‌دار می‌باشد. همچنین بررسی پاسخهای فیزیولوژیک نیز نشان داد که در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد میانگین فشارخون سیستول در ساعت دوم ($P<0/0001$) و ساعت چهارم ($P<0/0001$) کمتر، میانگین فشارخون دیاستول در ساعت دوم ($P<0/0001$) و ساعت چهارم ($P<0/0001$) بالاتر، میانگین تعداد تنفس در ساعت دوم ($P<0/0001$) و ساعت چهارم ($P<0/0001$) کمتر و میانگین درجه حرارت در ساعت دوم ($P<0/0001$) کمتر بوده است و دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت مداوم ماما باعث تعدیل عکس‌العمل‌های رفتاری و پاسخ‌های فیزیولوژیک مادر نسبت به درد زایمان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حمایت مداوم؛ عکس‌العمل‌های رفتاری؛ پاسخ‌های فیزیولوژیک؛ زایمان.

- کارشناسی ارشد آموزش مامایی، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی گناباد، گروه مامایی
- ♦ کارشناسی ارشد آموزش مامایی، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی مشهد، گروه مامایی
- ♥ Ph.D آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه

حاملگی و زایمان بعنوان حیاتی‌ترین بحران‌های زندگی یک زن مطرح شده‌اند. گشوده شدن دریچه‌های زندگی در وجود یک زن از شکوهمندترین رویدادهایی است که دخالت استرس‌های روانی، هیجانی و فیزیکی در آن امری اجتناب ناپذیر است (۱). زایمان بعنوان واقعه‌ای با ابعاد روانی، اجتماعی و احساسی عمیق، برای همیشه در ذهن مادر مانده و وقایع منفی نظیر اضطراب و درد شدید می‌تواند آثار روانی بدی بر جای بگذارد (۲).

اودریسکل^۱ و میگر^۲ (۱۹۸۶) نیز در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که زایمان برای زنان نخست‌زا عمیق‌ترین تجربه عاطفی است که زمینه سلامت یا بیماری آن‌ها را در دوره زندگی‌شان فراهم می‌کند (۳). تنش و اضطراب ناشی از بحران حاملگی و زایمان با بستری شدن مادر در بیمارستان و همراهی این پدیده با بسیاری از دیگر عوامل تنش‌زا نظیر برخورد با افراد غریبه، احساس تنهایی مادر، وجود دستگاه‌های پیچیده، بوهای نامطبوع، سروصدای محیط و برخی اقدامات معمول مثل تزریقات وریدی، شیو، انما، محدودیت غذا و مایعات، معاینات مکرر مهبل، پایش مداوم قلب جنین، محدودیت حرکات مادر و ... تشدید می‌شود.

آنچه که باعث مضاعف شدن اضطراب و نگرانی مادر می‌شود دردهای شدید و هراس وی از این پدیده فیزیولوژیک بعلت عدم آگاهی از ماهیت انقباضات رحمی و دردهای زایمانی است. هنگامی که مادر درد دارد و تحت استرس ناشی از اقدامات درمانی می‌باشد، سیستم سمپاتیک در وضعیت تحریکی مداوم قرار دارد. ادامه این شرایط به مدت طولانی‌تر، وضعیت تحریکی را به نقطه‌ای می‌رساند که مکانیسم‌های تطابقی را به سختی متأثر می‌سازد. اضطراب شدید مادر حین مراحل زایمان همچنین با تحریک سیستم اعصاب خود مختار و هومورال، ترشح کاتکول آمین‌ها از جمله آدرنالین و نور آدرنالین را افزایش داده و باعث افزایش تعداد نبض و فشارخون سیستول می‌شود (۴). مک کافری^۳ بیان می‌دارد که در این شرایط زائو ممکن است که درد خود را به طر مختلف از جمله پاسخ‌های فیزیولوژیک، کلامی، صوتی، حرکات بدن، برخورد فیزیکی با سایرین، حالات چهره و ... نشان دهد (۵).

در این شرایط بحرانی مددجو نیاز دارد که احساس کند قادر به کنترل موقعیت خود می‌باشد؛ بدینوسیله حس اطمینانی در وی ایجاد خواهد شد که با تکیه بر آن می‌تواند در امر درمان مشارکت فعال داشته باشد. لذا آرامش بخشیدن به فردی که دچار اضطراب بسیار شدید است، همواره یکی از اولویت‌های مهم درمانی به شمار می‌رود (۵). تحقیقات نیز نشان داده است که در شرایط تنش‌زا و بحرانی زایمان، پشتیبانی و حمایت مداوم مادر، احساس امنیت و رضایت به او بخشیده و همراهی فردی مشو می‌تواند باعث کاهش تنش و اضطراب مادر شود. مک کافری نیز معتقد است که روش‌های آماده سازی زایمان و نیز آموزش الگوهای تنفسی می‌توانند علائم رفتاری درد را کاهش دهند (۶). هافمایر^۴ (۱۹۹۱) در ارائه گزارش

1. Odriscoli
2. Meagher
3. Mc- Cuffery
4. Hofmyer

پژوهش نیمه تجربی خود بیان داشته است که حمایت مادر حین زایمان می‌تواند تغییرات قابل توجهی در روند زایمان ایجاد کند که از جمله این تغییرات، کاهش طول زایمان، درد، اضطراب مادر، فشارخون سیستولیک و افزایش شیردهی انحصاری می‌باشد (۷). نتایج تحقیق تامپسون و کوردل تحت عنوان «حمایت از زنان مبتلا به انفارکتوس قلبی»، نیز نمایانگر آن بود که حمایت روحی - روانی و ارائه اطلاعات به مددجویان و برقراری ارتباط حمایت کننده با آنها، نقش مؤثری در کاهش اضطراب و پیشگیری از بروز الگوهای رفتاری غیر طبیعی دارد (۸).

از آنجایی که بستری شدن در بیمارستان و اجرای تکنیک‌های تشخیصی و مراقبتی حین زایمان باعث ایجاد اضطراب و عوارض مخرب آن نظیر پاسخ‌های فیزیولوژیک غیر طبیعی و عدم کنترل عکس‌العمل‌های رفتاری در مادر می‌شود، پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر حمایت مداوم ماما طی مراحل زایمانی را بر چگونگی عکس‌العمل‌های رفتاری و پاسخ‌های فیزیولوژیک مادران نخست‌باردار بررسی کنند.

روش پژوهش

در این کارآزمایی بالینی که از اوّل بهمن ماه سال ۱۳۷۸ تا اوّل اردیبهشت ۱۳۷۹ انجام شد، از بین ۴۰۷ خانم نخست‌باردار مراجعه کننده به بخش زایشگاه بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد، ۷۴ نفر به روش تخصیصی - تصادفی در دو گروه شاهد و تجربی قرار گرفتند. اهمّ مشخصات آزمودنی‌ها در این پژوهش عبارت بودند از سنّ ۱۸ تا ۳۵ سال، حاملگی اوّل، ترم و تک قلو با جنین سالم، فقدان هر گونه سوء سابقه طبی و اختلالات روانی، فقدان سابقه بستری شدن در بیمارستان و بروز عوارض بارداری و نیز عدم وجود سابقه استرس شدید طیّ ۶ ماه گذشته، عدم دریافت آموزش ویژه جهت آماده سازی زایمان و عدم وجود همراهی حین مراحل زایمانی انقباضات واحدهای پژوهش خودبخود شروع شده و در بدو مطالعه تناوب آن ۵ تا ۱۰ دقیقه و طول مدّت آن ۲۰ تا ۳۵ ثانیه بود؛ بعلاوه پرده‌های جنینی سالم و اتّساع دهانه رحم در حدّ ۳ سانتی‌متر بود. در طیّ تحقیق، ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها بدلائیل مختلف از پژوهش خارج شده و نهایتاً تجزیه و تحلیل در مورد ۶۲ نفر انجام شد.

ابزار مورد استفاده جهت جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم مصاحبه (مشمتمل بر مشخصات فردی، مشخصات طبی، اطلاعات مربوط به بارداری و اطلاعات پس از زایمان)، فرم ثبت مشخصات زایمان (مشمتمل بر اطلاعات مرحله اوّل و دوّم زایمان و پس از زایمان)، فرم مشاهده (مشمتمل بر ارزیابی پاسخ‌های فیزیولوژیک و عکس‌العمل‌های رفتاری)، چک لیست حمایت‌های زایمانی (شامل ۲۳ مورد اقدامات حمایتی) و مقیاس اضطراب آشکار اشپیل برگر^۱ می‌باشد. جهت سنجش پایایی فرم مصاحبه از روش آزمون مجدد ($P < 0/0001$ ، $r = 0/85$)، فرم ثبت مشخصات زایمان از روش پایایی هم ارز ($P < 0/000$ ، $r = 0/98$)، فرم مشاهده از روش پایایی هم ارز ($P = 0/0001$ ، $r = 0/90$) و چک لیست حمایت‌های زایمان از روش آلفای کرانباخ ($r = 0/97$) استفاده شده است. مقیاس اضطراب اشپیل برگر^۲ نیز ابزاری استاندارد می‌باشد. جهت ارزیابی فشارخون از دستگاه فشارسنج جیوه‌ای با مارک یاماسو مرکوریال^۳ ساخت ژاپن استفاده شده و صحت آن طیّ

1. Spielber ger stat anxiety anxiety inventory

2. Yamasu Mercurial

پژوهش توسط فشارسنج جیوه‌ای نو مورد تأیید قرار گرفته است. درجه حرارت واحدهای پژوهش نیز توسط ترمومتر استاندارد و نو کنترل شده است. پایایی فشارسنج و ترمومتر توسط روش پایایی مشاهده‌گران مورد تأیید قرار گرفته است. جهت سنجش تعداد نبض و تنفس از ساعت ثانیه‌شمار استاندارد با مارک اورینت^۱ استفاده شده است.

جهت جمع‌آوری اطلاعات، در ابتدای مطالعه مقیاس اضطراب آشکار اشیپیل برگر در هر دو گروه تکمیل شده و سپس جهت افراد گروه تجربی، حمایت مداوم از ابتدای ورود آزمودنی به پژوهش تا انتهای مرحله دوم زایمان بر اساس چک لیست مربوطه انجام شد؛ بعلاوه اقدامات مراقبتی معمول نظیر برقراری خط وریدی، تعویض سرم، سونداژ مثانه، آمنیوترمی و ... تا حد امکان توسط پژوهشگر انجام شد.

گروه شاهد هیچگونه حمایت خاصی دریافت نکرده و تنها اقدامات معمول بخش در مورد ایشان اجرا شد. این افراد بطور غیر مستقیم جهت کنترل مداخله‌گر و تکمیل فرم مشاهده و ثبت مشخصات زایمان تحت نظر بودند. در هر دو گروه عکس‌العمل‌های رفتاری^۲ مادر نسبت به درد زایمان در بدو مطالعه و سپس هر یک ساعت تا انتهای مرحله دوم زایمان و همچنین پاسخ‌های فیزیولوژیک مادر نسبت به درد زایمان (شامل فشارخون سیستول و دیاستول، نبض، تنفس و درجه حرارت) نیز در بدو مطالعه و سپس هر دو ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان کنترل و ثبت می‌گردید.

در این پژوهش از آزمون‌های آماری فیشر، مجذور کای، تی مزدوج، آنالیز واریانس دو طرفه و آزمون آنالیز کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در بررسی مشخصات دموگرافیک نشان داد که دو گروه تحت مطالعه از این نظر همگن هستند. در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار سن واحدهای پژوهش $21/05 \pm 2/7$ سال و میانگین و انحراف معیار تحصیلات مادر $9/25 \pm 3/2$ بود؛ بعلاوه اکثر واحدهای پژوهش ($93/5$ درصد) خانه‌دار بوده و $77/4$ درصد آنها در طبقه متوسط اجتماعی - اقتصادی قرار داشتند. میانگین و انحراف معیار وزن آنها $65/25 \pm 5/7$ کیلوگرم؛ میانگین و انحراف معیار قد آنها $160/1 \pm 5/7$ سانتی‌متر و میانگین و انحراف معیار سن حاملگی ایشان $39/7 \pm 0/9$ هفته بود. افراد تحت مطالعه در دو گروه از نظر تمامی متغیرهای ذکر شده همگن بوده‌اند.

در بررسی اطلاعات مربوط به بدو پذیرش، آزمون‌های آماری نشان دادند که دو گروه از نظر تصور ذهنی نسبت به شدت درد زایمان همگن بوده و $40/3$ درصد آنها بیان داشته‌اند که درد زایمان به نظر ایشان نسبتاً سخت می‌باشد. میانگین و انحراف معیار افراد در تماس با مادر $9/9 \pm 3/8$ نفر و میانگین و انحراف معیار مجموع زمان تماس آنها $18/2 \pm 5/5$ دقیقه بوده است و دو گروه از این نظر نیز اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند. همچنین بررسی اتساع دهانه رحم، جایگاه و موقعیت سر

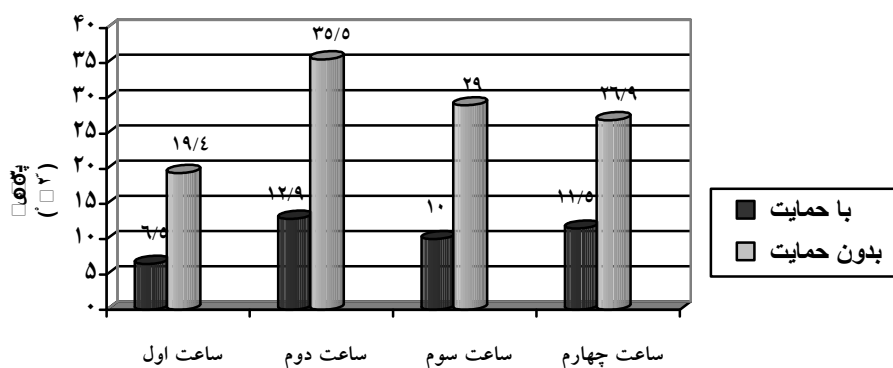
1. Orient

۵- هفت پاسخ رفتاری نسبت به درد به ترتیب زیر طبقه بندی شده‌اند:
خفیف: معمولی، اخم کردن، گازگرفتن لب
متوسط، چنک زدن، نالیدن
شدید: فریاد کشیدن، گریه کردن

جنین، شدت، طول مدت و تعداد انقباضات طی ده دقیقه، محل درد و نوع درد که هر یک ساعت تا انتهای مرحله دوم صورت گرفت، نشان داد که آزمودنی‌ها از نظر همه متغیرهای فوق در ساعات متوالی زایمان همگن بوده‌اند.

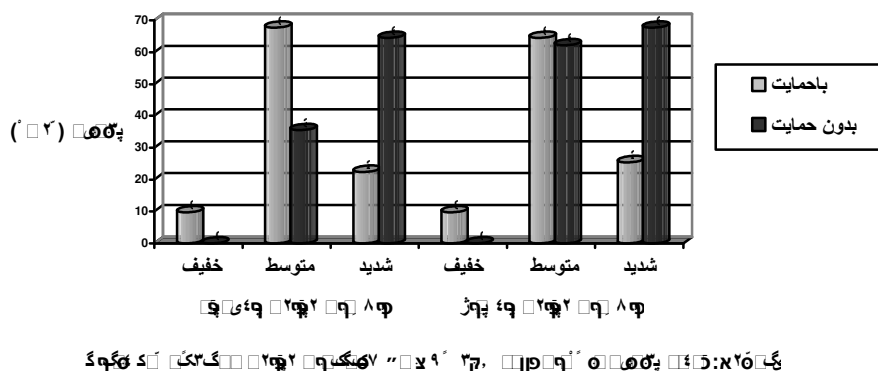
بررسی عکس‌العمل‌های رفتاری واحدهای پژوهش در بدو مطالعه نشان داد که پاسخ‌های رفتاری اکثر واحدهای پژوهش (۷۲/۶ درصد) خفیف بوده و دو گروه از این نظر همگن بوده‌اند. همچنین در بررسی پاسخ‌های فیزیولوژیک، نتایج آزمون تی استیودنت نشان داد که در بدو مطالعه میانگین و انحراف معیار فشارخون سیستول $110/7 \pm 10/5$ میلی‌متر جیوه، میانگین و انحراف معیار فشارخون دیاستول $90/6 \pm 10/0$ میلی‌متر جیوه؛ میانگین و انحراف معیار تعداد تنفس در دقیقه $23/4 \pm 4/1$ ؛ میانگین و انحراف معیار تعداد نبض در دقیقه $80/5 \pm 6/6$ و میانگین و انحراف معیار درجه حرارت $36/9 \pm 0/25$ درجه سانتی‌گراد بوده است که دو گروه از نظر تمامی این متغیرها اختلاف آماری معنی‌دار نداشته‌اند.

پس از کنترل همه عوامل مداخله‌گر در این پژوهش، تجزیه و تحلیل آماری جهت بررسی اهداف اختصاصی پژوهش انجام شد. بررسی عکس‌العمل رفتاری واحدهای پژوهش نسبت به درد که هر یکساعت تا انتهای مرحله دوم زایمان صورت گرفته بود، نشان داد که بطور کلی در همه ساعات زایمان در گروه با حمایت، پاسخ‌های رفتاری خفیف‌تر و پاسخ‌های رفتاری شدید کمتر بوده است. بطوری که در ساعت اول، عکس‌العمل‌های شدید رفتاری در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد $6/5$ درصد در مقابل $19/4$ درصد؛ در ساعت دوم $12/5$ درصد در مقابل $35/5$ درصد و در ساعت سوم 10 درصد در مقابل 29 درصد بوده است. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه از این نظر در ساعت اول ($P = 0/004$)، در مقابل 29 درصد بوده است. نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که دو گروه از این نظر در ساعت اول ($P = 0/004$)، $(X^2 = 10/97, DF = 2, P = 0/002)$ ، ساعت دوم ($X^2 = 12/11, DF = 2, P = 0/002$) و ساعت سوم ($P = 0/016, DF = 2$)، $(X^2 = 8/25)$ اختلاف آماری معنی‌داری نشان داده‌اند. در ساعت چهارم با وجود این که پاسخ‌های رفتاری خفیف در گروه با حمایت بیشتر و پاسخ‌های رفتاری شدید در آن‌ها کمتر بوده است ($11/5$ درصد در مقابل $26/9$ درصد)، نتایج آزمون مجذور کای اختلاف آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد ($P = 0/093, DF = 2, X^2 = 4/73$) (نمودار شماره ۱).



شکل ۱: درصد پاسخ‌های رفتاری خفیف و شدید در ساعات اول تا چهارم زایمان در گروه با حمایت و بدون حمایت

همچنین بر اساس نتایج آزمون مجذور کای واحدهای پژوهش در دو گروه از لحاظ پاسخ‌های رفتاری نسبت به درد در فاز نهفته مرحله دوم ($X^2 = 2/38, DF = 2, P = 0/002$) و فاز فعال مرحله دوم زایمان ($DF = 2, P = 0/002$)، نیز اختلاف آماری معنی‌داری داشته اندب طوری که پاسخ‌های رفتاری از نوع شدید در گروه حمایت شده کمتر بوده است: چنان که در فاز فعال (۲۵/۸ درصد در مقابل ۶۷/۷ درصد) در گروه حمایت شده کمتر بوده است (نمودار شماره ۲).

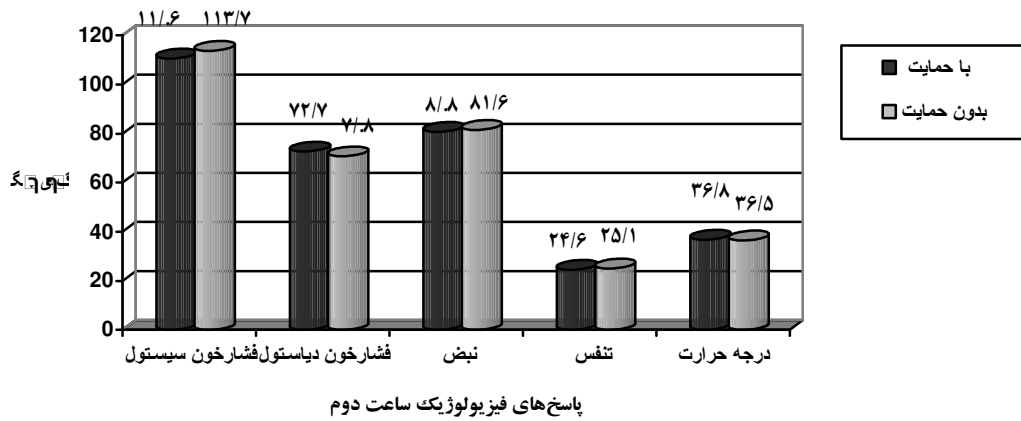


بررسی پاسخ‌های فیزیولوژیک طی مراحل زایمانی که هر دو ساعت یکبار تا انتهای مرحله اول زایمان کنترل می‌شد، نشان داد که میانگین فشارخون سیستول در ساعت دوم پایین‌تر ($F = 170/8, P < 0/0001$) و در ساعت چهارم نیز کمتر ($F = 102/5, P < 0/0001$) بوده است. نتایج آزمون آنالیز کوواریانس با حذف اثر مقادیر سایر پاسخ‌های فیزیولوژیک و اثر فشارخون سیستول در بدو پذیرش نشان داد که این اختلاف در دو گروه معنی‌دار بوده است (نمودار شماره ۳، ۴). همچنین نتایج آزمون آنالیز کوواریانس پس از حذف اثر مقادیر سایر پاسخ‌های فیزیولوژیک و اثر فشارخون دیاستول در بدو پژوهش، حاکی از آن بود که میانگین فشارخون دیاستول در ساعت دوم در گروه تجربی بالاتر از گروه شاهد ($P < 0/0001$)، و در ساعت چهارم نیز بیشتر بوده است ($F = 32/7, P < 0/0001$) و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند.

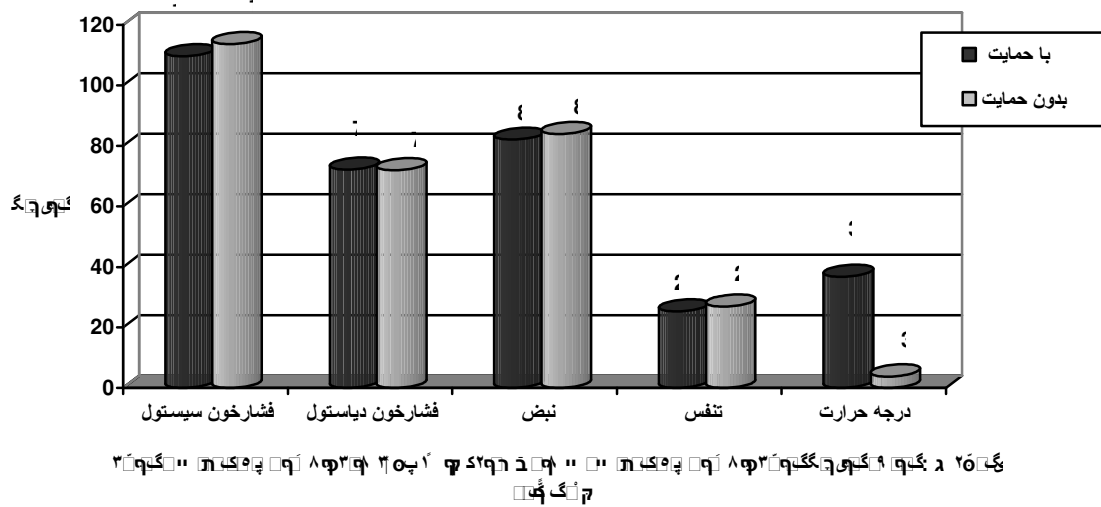
دیگر نتایج آزمون آنالیز کوواریانس حاکی از آن بود که پس از حذف اثر مقادیر سایر پاسخ‌های فیزیولوژیک و اثر تعداد نبض در بدو پژوهش، میانگین تعداد نبض در دقیقه در ساعت دوم ($F = 28/3, P < 0/0001$) و ساعت چهارم در گروه تجربی کمتر ($F = 39/9, P < 0/0001$) بوده است و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند.

در بررسی تعداد تنفس، نتایج آزمون آنالیز کوواریانس پس از حذف اثر مقادیر سایر پاسخ‌های فیزیولوژیک و اثر تعداد تنفس اولیه نشان داد که در گروه تجربی، میانگین تعداد تنفس در ساعت دوم کمتر ($F = 180/3, P < 0/0001$) و در ساعت چهارم پایین‌تر ($F = 6/6, P < 0/0001$) بوده است و دو گروه از این نظر در ساعات یاد شده اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند. همچنین دیگر نتایج آزمون آنالیز کوواریانس بیانگر آن بود که در گروه تجربی در ساعت دوم میانگین

درجه حرارت پایین تر بوده ($F = 16/8$, $P < 0/0001$) و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی داری داشته‌اند. در ساعت چهارم نیز میانگین درجه حرارت در گروه تجربی کمتر بود اما دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی داری نداشته‌اند ($F = 1/4$, $P = 0/23$) (نمودار شماره ۴ , ۳).



شکل ۴: میانگین پارامترهای فیزیولوژیک در گروه‌های با حمایت و بدون حمایت در ساعت دوم زایمانی



بحث

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که دو گروه تحت مطالعه از نظر پاسخ‌های رفتاری نسبت به درد در ساعات اول، دوم و سوم پس از شروع مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری نشان داده‌اند؛ بطوری که عکس‌العمل‌های شدید رفتاری نظیر فریاد کشیدن و گریه کردن در گروه با حمایت، کمتر بوده است. در ساعت چهارم نیز با این که عکس‌العمل‌های رفتاری شدید در گروه با حمایت، کمتر بوده است اما دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند. همچنین بررسی پاسخ‌های رفتاری نسبت به درد در دو فاز نهفته و فعال مرحله دوم زایمان نشان داد که پاسخ‌های رفتاری شدید طی این دو مرحله نیز در گروه آزمون کمتر بوده است.

در فرهنگ‌های مختلف عکس‌العمل‌های متفاوتی نسبت به درد زایمان مشاهده شده است. این رفتارها می‌توانند طیفی وسیع از سکوت کامل تا فریاد کشیدن را دربر گیرند (۹). مک کافری نیز بیان می‌دارد که زائو ممکن است درد خود را به طری مختلف از جمله پاسخ‌های فیزیولوژیک، کلامی، صوتی، حرکات بدن، برخورد فیزیکی با سایرین، حالات چهره و ... نشان دهد. وی معتقد است که روش‌های آماده‌سازی زایمان و نیز الگوهای تنفسی می‌توانند علایم رفتاری را کاهش دهند (۵). این واقعیت بیانگر یکی از نیازهای بسیار مهم انسان یعنی نیاز به آموزش و یادگیری است که در موارد بحرانی مثل زایمان شدیدتر می‌شود. مادر نیاز دارد مسائل مربوط به زایمان را بیاموزد و تمام برنامه‌های آموزشی نیز با هدف درهم شکستن سیکل معیوب ترس، اضطراب و درد طراحی شده‌اند و با انجام آن‌ها مادر می‌تواند عکس‌العمل‌های رفتاری را بطور مؤثرتری کنترل نمایند (۱۰).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که میانگین فشارخون سیستول در ساعات دوم و چهارم پس از مطالعه در گروه حمایت شده پایین‌تر بوده و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند. هافمایر (۱۹۹۱) که در تحقیق خود با عنوان «تأثیر وجود همراهی بر تعدیل محیط کلینیکی زایمان» به بررسی تأثیر همراه حمایت کننده بر فشارخون سیستول پرداخته بود، نتایج متفاوتی را گزارش نموده است که میانگین فشارخون سیستول یک ساعت پس از مطالعه در دو گروه همگن بوده و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند. بررسی فشارخون دیاستولیک نیز نشان داد که میانگین فشارخون دیاستول در ساعات دوم و چهارم در گروه حمایت شده بالاتر بوده و دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند. در این رابطه هافمایر (۱۹۹۱) نیز در بررسی میانگین فشارخون دیاستول یک ساعت پس از انجام حمایت دریافت که دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند. وی گزارش کرد که میانگین فشارخون دیاستول در گروه آزمون پایین‌تر بوده است.

بررسی میانگین نبض مادر نیز نشان داد که میانگین تعداد نبض در ساعات دوم و چهارم پس از مطالعه در گروه با حمایت، پایین‌تر بوده و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بوده است. هافمایر (۱۹۹۱) در بررسی تأثیر همراه حمایت کننده دریافت که میانگین تعداد نبض یک ساعت پس از مطالعه در واحدهای پژوهش، اختلاف آماری معنی‌داری نداشته است (۷).

تعداد تنفس یکی دیگر از پاسخ‌های فیزیولوژیک مادر نسبت به درد بود که در این پژوهش کنترل گردید. نتایج نشان داد که میانگین تعداد تنفس در ساعات دوم و چهارم پس از مطالعه در گروه حمایت شده کمتر بوده و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بوده است.

بررسی درجه حرارت واحدهای پژوهش نیز نشان داد که در ساعت دوم، میانگین درجه حرارت در گروه حمایت شده پایین‌تر بوده و دو گروه از این نظر، اختلاف آماری معنی‌داری داشته‌اند ولی در ساعت چهارم، دو گروه از نظر میانگین درجه حرارت همگن بوده و اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند.

بطور کلی مقایسه علایم حیاتی در این پژوهش نسبت به تحقیق هافمایر نشان می‌دهد که در تحقیق حاضر تمامی علایم حیاتی بجز درجه حرارت ساعت چهارم، اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه نشان دادند. اما در پژوهش هافمایر فقط فشارخون دیاستول در ساعت اول اختلاف آماری معنی‌داری داشته است. علت بوجود آمدن این نتایج متناقض ناشی از آن است که هافمایر علایم حیاتی را تنها یک ساعت پس از مداخله کنترل نموده و این فاصله زمانی جهت تأثیر بر کاهش اضطراب و درد زمانی بسیار کوتاه است. اما در پژوهش حاضر پاسخ‌های فیزیولوژیک در فواصل دو ساعت و چهار ساعت پس از مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند و لذا تأثیر کامل حمایت مداوم بر این متغیرها مشهود است.

حمایت و پشتیبانی مداوم مادر حین مراحل زایمانی، احساس امنیت و رضایت به وی بخشیده و وی را در تطابق بهتر با این شرایط تنش‌زایاری می‌دهد. لذا اضطراب وی کاهش یافته و بدنبال کاهش اضطراب، بروز تغییرات چشمگیر در علائم حیاتی، دور از ذهن نخواهد بود (۲). در مورد علت تأثیر کاهش اضطراب بر پاسخ‌های فیزیولوژیک، آرتور گایتون بیان داشته است که اضطراب باعث تحریک سیستم اعصاب خود مختار و هومورال می‌شود. بدنبال تحریک اعصاب سمپاتیک، بخش مرکزی غده فو کلیه فعال شده و ترشح کاتکول آمین‌ها نظیر اپی نفرین و نور اپی نفرین افزایش می‌یابد. نور اپی نفرین با افزایش نفوذپذیری غشاء سلول‌ها نسبت به سدیم و کلسیم، باعث افزایش پتانسیل غشایی در گروه سینوسی - دهلیزی شده و بدنبال آن با خود تحریکی سلول‌های عضلانی قلب، تعداد ضربان قلب و میزان فشارخون سیستولیک افزایش می‌یابد (۱۱). بعلاوه گرین نیز می‌نویسد که افت جریان خون کلیه‌ها که از پیامدهای اضطراب است، باعث تحریک سیستم رنین - آنژیوتانسین - آلدوسترون شده و بدنبال آن افزایش تعداد نبض و فشار خون ایجاد خواهد شد.

سایر تحقیقاتی که در زمینه تأثیر عوامل مختلف بر کاهش اضطراب انجام شده است، نیز بیانگر این واقعیت می‌باشد که کاهش اضطراب می‌تواند اثرات قابل توجهی بر پاسخ‌های فیزیولوژیک داشته باشد؛ از جمله وایت و همکاران (۱۹۹۲) در پژوهشی با عنوان «موسیقی درمانی: مداخله‌ای در جهت اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد» کاهش معنی‌داری را در تعداد نبض در گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل گزارش نمودند. جدن و همکاران (۱۹۸۸) و زیمرمن و همکاران (۱۹۹۸) نیز تعدیل فشار خون سیستولیک و دیاستولیک را بدنبال استماع موسیقی و کاهش اضطراب بیان داشته‌اند. نتایج تحقیقات وایت و همکاران نیز کاهش معنی‌داری در تعداد تنفس بدنبال کاهش اضطراب ناشی از استماع موسیقی نشان می‌دهد (۱۲).

بطور کلی پژوهشگران با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر تأثیرات مثبت حمایت مداوم مادر طی مراحل زایمانی بر تعدیل پاسخ‌های فیزیولوژیک و عکس‌العمل‌های رفتاری مادر، پیشنهاد می‌کنند که سیستم حمایت همه

جانبه مادر طی مراحل زایمانی در مورد تمامی مادران حین مراحل زایمان اجرا شود تا به این ترتیب به مادران در تطابق بهتر با این شرایط بحرانی و تنش‌زا کمک شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله با قدردانی و سپاس از زحمات و راهنمایی‌های ارزنده استاد گرانمایه جناب آقای دکتر ابراهیم عبداللہیان، دانشیار محترم گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مراتب سپاس و احترام خود را به پیشگاه تمامی همکاران پر تلاش ماما در زایشگاه بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد تقدیم می‌نمایم، که الطاف بیدریغ ایشان مرحله جمع‌آوری اطلاعات را در این پژوهش به خاطره‌ای شیرین مبدل ساخت.

Study of the Effect of Continuous Maternal Support on Behavioral and Physiologic Responses to Labor Pain

N. Bahri Binabaj, R. Latifnejad, Dr. H. Esmaili

Infant birth is one of the splendid and holy moments of creation but maternal anxiety and pain lead to changes in vital signs and uncontrollable behaviors. At Shahrivar 17 Hospital of Mashhad, Iran, this clinical trial was carried out with 62 primigravidas assigned into control and experimental groups through random allocation. The subjects were healthy primigravidas with full-term pregnancy, single fetus, spontaneous onset of labor, cervical dilation of 3 cm, intact membranes, contractions with 5-10 minutes interval and 20-30 seconds duration. The experimental group received continuous midwifery support by the researcher using Checklist from admission through the second stage. On the contrary, the control group received only the routine care. Their behavioral responses (such as crying, shouting, and scratching) were observed and recorded hour by hour and their physiologic responses (including systolic and diastolic BP, breathing and pulse rate and temperature) were recorded every two hours up to the end of the second stage. The findings revealed that the severity of behavioral responses, at all times, was lower in the experimental groups so that the differences were significant in the first hour ($p=0.004$), second hour ($p=0.002$), third hour ($p=0.016$) and second stage ($p=0.002$). As for the physiologic responses, the experimental group showed higher mean of diastolic BP in the second ($p<0.0001$) and fourth hours ($p<0.0001$); lower mean of systolic BP in second ($p<0.0001$) and fourth hours ($p<0.0001$); lower breathing rate in second and fourth hours ($p<0.0001$) as well as lower temperature mean in second hour ($p<0.0001$) which were all significant. Findings support the idea that continuous midwifery support in labor can help alleviate behavioral and physiologic responses to labor pain.

Key Words : *Continuous Support; Behavioral Responses; Physiologic Responses; Labor.*

منابع

۱- فیروزی، محبوبه. بررسی عوامل تنش‌زای بارداری در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مراقبت‌های قبل از تولد مشهد در سال ۱۳۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، ۱۳۷۷.

- ۲- بنت، براون. درسنامه مامایی میلز». ترجمه سید افشین شروفی، دکتر الهه قادری، دکتر فیروزه ساجدی. جلد دوم، چاپ اول، تهران: انتشارات چهر، پائیز ۱۳۷۵.
- ۳- سمیعی زاده طوسی، طیبه. بررسی تأثیر وجود همراه در کنار مادران نخست‌زا بر طول مدت زایمان شهر ملایر ۱۳۷۸. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، زمستان ۱۳۷۸.
4. Low NK. The Pain and Discomfort of labor and Birth J obstet & Gynecol Neonatal Nursing 1996 Jan: Vol. ۲۰, No.1, PP. 82-92.
5. Reeder SJ, Martin LL and Koniak Griffin D. Maternity Nursing Family, Newborn and womans health care 18 th edition. Lippincott Raven publisher 1997.
6. Hodnett ED, Osborn RW. A Randomized Trial Of The Effects Of Monitrice Support During Labor: Mother's Views Two to Four Weeks Postpartum. Birth 1989 December; Vol.15, No. 4, PP. 177-83.
7. Alexander J, Lery V and Roch S. Midwifery Practice Postnatal Care: A reaserch based approach. Macmillan Co, 1994.
- ۸- مالکی نامقی، افسانه. تأثیر ارائه اطلاعات بر اضطراب همراهان مبتلا به انفارکتوس میوکارد پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دی ماه ۱۳۷۳.
9. Lowdermilk D, Perry S and Bobak L. Maternity Nursing. Fifth edition. Mosby Company, 1999.
- ۱۰- ک.آر. نیسوندر. مامایی، تشخیص و درمان. ترجمه دکتر محمدرضا فره‌وش و همکاران، تهران: انتشارات چهر، ۱۳۶۸.
- ۱۱- گایتون آرتور. فیزیولوژی پزشکی. ترجمه فرح شادان، تهران: انتشارات چهر، ۱۳۶۸.
- ۱۲- طهماسبی، ملیحه. بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اثر صوت قرآن بر درد زایمان خانم‌های نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ۱۷ شهریور مشهد در سال ۱۳۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، دیماه ۱۳۷۷.