

بررسی شدت انواع دردهای مرحله اول زایمان: تأثیر قرارگرفتن مادر در وضعیت‌های انتخابی خود

فتانه نظری^۱، معصومه کردی^۲، دکتر عطیه منصوری^۳، دکتر حبیب‌ا... اسماعیلی^۴

^۱ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده علوم پزشکی سبزوار

^۲ کارشناس ارشد مامایی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۳ متخصص زنان و زایمان، دانشیار دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

^۴ دکترای آمار زیستی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نشانی نویسنده مسؤل: سبزوار، دانشکده علوم پزشکی، فتانه نظری

E-mail: nazari_mw@yahoo.com

وصول: ۸۵/۴/۶، اصلاح: ۸۵/۷/۳، پذیرش: ۸۶/۲/۲۳

چکیده

زمینه و هدف: توجه به درد زایمان و تسکین آن از اجزاء مهم مراقبت از مادر طی زایمان است. به نظر می‌رسد تغییر وضعیت مادر بر شدت درد زایمان مؤثر باشد. وضعیت‌هایی که مادر جهت راحتی بیشتر انتخاب می‌کند، غالباً سبب بهبود نزول جنین در کانال زایمان می‌شوند. اغلب هنگامی که جنین به خوبی با لگن مادر تطابق دارد، مادر درد کمتری را ابراز می‌کند. لذا پژوهش حاضر با هدف کلی بررسی تأثیر قرارگرفتن مادر در وضعیت‌های انتخابی خود بر شدت انواع دردهای مرحله اول زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، ۶۸ زن باردار که جنین تک قلو با عضو نمایش سر در سنین ۳۸ تا ۴۲ هفته و سیر طبیعی زایمان داشتند، در بیمارستان حضرت زینب (س) شهر مشهد در طی سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. واحدهای پژوهش به طور تصادفی در گروه وضعیت‌های انتخابی و گروه وضعیت‌های متداول قرار گرفتند. طی بخش فعال مرحله اول زایمان، مادران در گروه وضعیت‌های انتخابی بسته به تمایل خودشان تغییر وضعیت می‌دادند، در حالی که مادران در گروه وضعیت‌های متداول، در بستر مراقبت می‌شدند. شدت انواع دردهای کمر و شکم هر یک ساعت به وسیله مقیاس تطابق دیداری ارزیابی می‌شد. جهت گردآوری داده‌ها از فرم‌های مصاحبه و مشاهده و مقیاس تطابق دیداری استفاده می‌شد. داده‌های حاصل با نرم‌افزار آماری SPSS و با استفاده از آزمون‌های تی دانشجویی، مجذور کای، من ویتنی و فیشر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نمره درد کلی (میانگین نمره‌های کمردرد و درد شکم) و نمره کمردرد در گروه وضعیت‌های انتخابی نسبت به گروه وضعیت‌های متداول به طور معنی‌داری کمتر بود (به ترتیب $P=0/007$ و $P<0/001$)، اما نمره درد شکم بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. با در نظر گرفتن محل و زمان درد، تنها نمره کمردرد بین انقباضات بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار داشت ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که در صورت قرارگرفتن مادر در وضعیت‌های انتخابی خود، شدت کمردرد بین انقباضات، طی بخش فعال مرحله اول زایمان کاهش پیدا می‌کند. بنابراین، می‌توان از وضعیت‌های قرارگیری مختلف طی زایمان که شیوه‌ای ساده و کم‌هزینه است، برای کاهش شدت درد زایمان استفاده کرد. (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۴/شماره ۱ / صص ۲۲-۱۵).

واژه‌های کلیدی: وضعیت قرارگیری؛ مرحله اول زایمان؛ درد؛ سنجش درد؛ کمردرد؛ درد شکم؛ مقیاس تطابق دیداری.

مقدمه

برای اکثر زنان، زایمان طبیعی یکی از دردناک‌ترین وقایع زندگی است. شدت و محل درد زایمان، از فردی به فرد دیگر و در یک فرد در مراحل مختلف زایمان فرق می‌کند. درد ممکن است در ناحیه کمر یا شکم، و زمان آن طی انقباضات و یا دائمی باشد. ملزاک و کافلبرگ گزارش کردند که زائو حداقل سه نوع درد جداگانه را حس می‌کند که شامل درد شکمی طی انقباض (در اغلب زنان)، کمردرد طی انقباض (در ۱۵ تا ۷۴ درصد زنان) و کمردرد دائمی (در حدود ۳۰ درصد زنان) است و احتمالاً نوع اخیر به وضعیت قرارگیری مادر و جنین بستگی دارد (۷-۱). البته هیچ وضعیت خاصی برای تمام شرایط یا برای چند ساعت مناسب نیست و آزادی مادر برای انتخاب و عمل کردن به شیوه خودش اهمیت دارد (۱۱-۸).

هنگامی که به زنان حق انتخاب وضعیت داده می‌شود، وضعیت‌هایی را انتخاب می‌کنند که در آن احساس راحتی بیشتری می‌نمایند (۱۲). زنان به طور غریزی وضعیت‌های قائم را برمی‌گزینند و طی زایمان، به دفعات تغییر وضعیت می‌دهند (۱۵-۱۳). تغییر وضعیت مادر سبب تغییر در شکل و فضای لگن و تطابق بهتر محور بدن جنین با کانال زایمان می‌شود (۱۰، ۹). اغلب هنگامی که جنین به خوبی با لگن مادر تطابق دارد، مادر درد کمتری را ابراز می‌کند (۱۰). اگر چه عقیده عموم این است که درد زایمان به سرعت و به طور کامل فراموش می‌شود، تحقیقات خلاف آن را نشان می‌دهد (۱۶). استوارت موارد متعددی از افسردگی شدید، اضطراب، رفتار وسواسی اجباری، علائم ترس مرضی و مشکلات جنسی را به دنبال زایمان طبیعی دردناک گزارش کرد (۱)، بنابراین، تسکین درد زائو یکی از اجزاء مهم مراقبت طی زایمان است.

تغییر وضعیت مادر شیوه‌ای ساده و کم هزینه است (۱۷) که سبب احساس مشارکت بیشتر وی در

زایمان و کنترل بیشتر مادر روی بدن خود می‌شود (۱۸)، همچنین به نظر می‌رسد با حذف کردن دقیق زائوهای در معرض خطر، دلیلی برای منع کردن زائوها از تغییر وضعیت و راه رفتن وجود نداشته باشد (۱۹). از آن-جا که مطالعات معدودی درباره توجه به حق انتخاب مادر در تعیین وضعیت‌های زایمانی وجود دارد، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر قرارگرفتن مادر در وضعیت‌های انتخابی خود بر شدت انواع دردهای مرحله اول زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

در این کارآزمایی بالینی که طی سال‌های ۱۳۸۳-۴ در زایشگاه بیمارستان حضرت زینب (س) شهر مشهد انجام شد، ۶۸ زن با بارداری کم خطر شرکت داشتند. حجم نمونه بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه مقدماتی، ۶۰ نفر (در هر گروه ۳۰ نفر) تعیین شده بود. واحدهای پژوهش در سنین ۳۸ تا ۴۲ هفته بارداری قرار داشتند و در بدو پذیرش، اتساع ۳ تا ۴ سانتی‌متر دهانه رحم و انقباضات منظم رحمی با تناوب ۲ یا بیشتر در ۱۰ دقیقه و مدت حداقل ۲۰ ثانیه داشتند. همچنین واحدهای پژوهش بایستی به زبان فارسی صحبت می‌نمودند، با همسر خود زندگی می‌کردند و سن ۱۸ تا ۳۵ سال، تعداد زایمان صفر تا ۳ و جنین تک قلو با عضو نمایش سر داشتند. مادران باردار در صورت داشتن مشکلات گفتاری، شنیداری یا ذهنی که مانع برقراری ارتباط با پژوهشگر شود، قد کوتاه‌تر از ۱۴۵ سانتی‌متر، فعالیت مستمر در یک رشته ورزشی خاص، بارداری ناخواسته، سابقه بیماری‌های طبی مهم، سابقه جراحی بر روی رحم یا دهانه رحم، مشکلات مامایی و علائم کم آبی در بدو پذیرش، وارد پژوهش نمی‌شدند. در صورتی که مادر برای شروع زایمان یا تسکین درد آن، از داروی شیمیایی یا گیاهی استفاده نموده بود نیز وارد پژوهش نمی‌شد. در حین پژوهش در صورتی که از روش‌های دارویی و غیردارویی برای

وضعیت‌های انتخابی توضیح می‌داد که طی مدت پژوهش می‌توانند بر حسب راحتی و تمایل خود، در وضعیت‌های نشسته، نیمه نشسته، ایستاده، راه رفتن، خوابیده به پشت، خوابیده به پهلو و چهار دست و پا قرار گیرند. مادران در گروه وضعیت‌های متداول، در وضعیت‌های خوابیده به پشت، خوابیده به پهلو چپ و راست قرار می‌گرفتند و در بستر مراقبت می‌شدند و در صورت قرارگرفتن در وضعیت‌های دیگر جهت رفتن به دستشویی، نوشیدن مایعات، تعویض ملحفه‌ها و ... مدت قرارگرفتن ایشان در این وضعیت‌ها ثبت می‌شد. وضعیت‌های مختلفی که مادر می‌توانست انتخاب کند گذگذاری شد و مادر هر ۵ تا ۱۵ دقیقه یک بار از نظر نوع وضعیتی که در آن قرار داشت، بررسی و کُد مربوطه در فرم مشاهده ثبت می‌شد. در مدت پژوهش یعنی اتساع ۴-۳ تا ۹-۸ سانتی‌متر دهانه رحم، مراقبت از مادران هر دو گروه به عهده پژوهشگر بود.

شدت درد هر یک ساعت به وسیله مقیاس تطابق دیداری سنجیده می‌شد، بدین صورت که ابتدا طی ۳۰ ثانیه اول پس از پایان انقباض، از مادر درباره شدیدترین درد کمر و درد شکم که حین انقباض حس کرده است، سؤال می‌شد و مادر در دو برگه جداگانه، شدت کم‌ر درد و درد شکم را روی مقیاس تطابق دیداری علامت می‌گذاشت. پس از ۳۰ ثانیه اول از هنگام پایان انقباض، درباره شدت کم‌ر درد و درد شکم که مادر در آن لحظه حس می‌کرد، از وی سؤال می‌شد و مادر مجدداً روی دو برگه جداگانه، شدت درد هر یک را روی مقیاس تطابق دیداری علامت می‌زد. هر چهار عدد به دست آمده با ذکر ساعت و تعیین محل/ زمان درد در فرم مشاهده ثبت می‌شد. با رسیدن به اتساع ۹-۸ سانتی‌متر دهانه رحم، مادر جهت ادامه مراقبت‌های زایمانی به پرسنل بخش تحویل داده می‌شد. پس از تولد نوزاد، پژوهشگر آپگار، جنسیت و وزن نوزاد را بررسی و در فرم مشاهده ثبت می‌نمود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری

تقویت زایمان یا تسکین درد آن استفاده می‌شد، مایعات وریدی تجویز می‌شد، اختلال در سیر زایمان و یا علائم زجر جنینی وجود داشت، وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ گرم و یا مساوی یا بیشتر از ۴۰۰۰ گرم بود و یا واحد پژوهش تمایل به ادامه شرکت در پژوهش نداشت، واحد پژوهش از مطالعه حذف می‌شد.

داده‌ها با استفاده از فرم‌های مصاحبه و مشاهده و مقیاس تطابق دیداری گردآوری شد. روایی فرم‌های مصاحبه و مشاهده به روش روایی محتوا و پایایی آن‌ها، به روش پایایی هم ارز تأیید شد. مقیاس تطابق دیداری برای سنجش درد، ابزاری استاندارد است که روایی و پایایی آن تأیید شده است (۲۰). روایی و پایایی مقیاس تطابق دیداری برای سنجش اضطراب توسط هورن بلو و کیدسون (۲۱)، برای سنجش خستگی توسط گیفت (۲۰) و لی و همکاران (۲۲) و برای سنجش گرسنگی توسط دیدی (۲۳) تأیید شده است. در مدت نمونه‌گیری، پژوهشگر در درمانگاه مامایی بیمارستان حضرت زینب (س) حضور می‌یافت و افراد واجد شرایط پژوهش را به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی مبتنی بر هدف از بین زنان باردار مراجعه‌کننده به این درمانگاه انتخاب می‌کرد. سپس ضمن معرفی خود و ارائه شرح مختصری از هدف و روش کار، از زنان باردار انتخاب شده، رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش می‌گرفت. واحدهای پژوهش به طور تصادفی در دو گروه وضعیت‌های انتخابی و متداول قرار می‌گرفتند.

در بدو پذیرش مادر در زایشگاه، سطح اضطراب، خستگی و گرسنگی وی با استفاده از مقیاس تطابق دیداری ارزیابی می‌شد. شدت دردهای کمری و شکمی، در حین انقباض و بین انقباضات نیز به وسیله مقیاس تطابق دیداری در چهار صفحه جداگانه ثبت می‌گردید. با در نظر گرفتن امکانات و فضای موجود در اتاق درد، وضعیت‌های مختلفی که مادر می‌توانست انتخاب کند، تعیین و جزوه ای مصور درباره این وضعیت‌ها تهیه شد. پژوهشگر با نشان دادن جزوه مذکور به مادران در گروه

درصد)، ترجیح روش زایمان (۸۱/۱ درصد زایمان طبیعی در مقابل ۸۰/۶ درصد زایمان طبیعی)، داشتن سابقه کمردرد هنگام قاعدگی (۵۶/۸ درصد در مقابل ۵۸/۱ درصد)، شدت انقباضات رحم، میانگین نمره‌های اضطراب، خستگی و گرسنگی مادر و انواع دردهای کمری و شکمی در بدو پذیرش همگن بودند (جدول ۱).

طبق نتایج آزمون تی، دو گروه از نظر مدت قرارگیری در وضعیت‌های خوابیده در بستر (خوابیده به پشت و خوابیده به پهلو) اختلاف آماری معنی‌دار داشتند ($P < 0/001$)، به طوری که مادران در گروه وضعیت‌های انتخابی کمتر در این وضعیت‌ها قرار گرفتند (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون تی نشان داد که دو گروه از نظر نمره درد کلی (میانگین نمره‌های کمردرد و درد شکم) و نمره کمردرد طی بخش فعال مرحله اول زایمان اختلاف آماری معنی‌دار داشتند (به ترتیب $P = 0/007$ و $P < 0/001$). اما نمره درد شکم طی بخش فعال مرحله اول زایمان، بین دو گروه تفاوت آماری

SPSS انجام شد. از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای تعیین نرمال بودن متغیرهای کمی و برای مقایسه بین گروه‌ها از آزمون‌های تی دانشجویی، مجذور کای، من ویتنی و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی‌داری ۵ درصد برای آزمون‌ها مد نظر قرار گرفت.

یافته‌ها

دو گروه وضعیت‌های انتخابی و متداول از نظر سن ($23/89 \pm 3/98$ سال در مقابل $23/48 \pm 4/17$ سال)، قد ($155/86 \pm 3/41$ سانتی‌متر در مقابل $155/45 \pm 4/22$ سانتی‌متر) و وزن مادر ($64/43 \pm 4/97$ کیلوگرم در مقابل $64/17 \pm 5/27$ کیلوگرم)، تعداد زایمان، سن بارداری ($39/64 \pm 0/78$ هفته در مقابل $39/45 \pm 0/85$ هفته)، آپگار (در تمام موارد، بالاتر از ۷)، پسر بودن جنسیت نوزاد ($54/1$ درصد در مقابل $58/1$ درصد) و وزن نوزاد ($3188/37 \pm 283/27$ گرم در مقابل $3186/77 \pm 272/51$ گرم)، طبقه اجتماعی اقتصادی ($81/1$ درصد از طبقه متوسط در مقابل $87/1$ درصد از همین طبقه)، داشتن اطلاعاتی درباره زایمان ($75/7$ درصد در مقابل $74/2$

جدول ۱: مقایسه برخی متغیرها در هنگام پذیرش مادر در دو گروه وضعیت‌های انتخابی و متداول

متغیرها	گروه‌ها	وضعیت‌های انتخابی (n=۳۷)	وضعیت‌های متداول (n=۳۱)	مقدار p
تعداد زایمان:	.	٪۶۲/۲	٪۶۱/۳	۰/۹۵
	≥ 1	٪۳۷/۸	٪۳۸/۷	
شدت انقباضات رحم:	متوسط	٪۴۰/۵	٪۵۱/۶	۰/۳۶۱
	قوی	٪۵۹/۵	٪۴۸/۴	
میانگین نمره اضطراب مادر (میلیمتر)		$47/59 \pm 18/84$	$46/9 \pm 19/24$	۰/۸۸۲
میانگین نمره خستگی مادر (میلیمتر)		$20/18 \pm 11/53$	$19/87 \pm 13/16$	۰/۹۱۶
میانگین نمره گرسنگی مادر (میلیمتر)		$10/13 \pm 8/11$	$10/54 \pm 7/31$	۰/۸۲۸
میانگین نمره کمردرد حین انقباض (میلیمتر)		$28/86 \pm 12/85$	$30/8 \pm 13/38$	۰/۵۴۵
میانگین نمره کمردرد بین انقباضات (میلیمتر)		$33/48 \pm 8/22$	$34/64 \pm 7/35$	۰/۵۴۶
میانگین نمره درد شکم حین انقباض (میلیمتر)		$22/62 \pm 11/92$	$24/48 \pm 12/75$	۰/۵۳۶
میانگین نمره درد شکم بین انقباضات (میلیمتر)		$9/51 \pm 7/27$	$9/35 \pm 7/50$	۰/۹۳۰
میانگین نمره درد کلی (میلیمتر)		$23/62 \pm 6/57$	$24/82 \pm 7/21$	۰/۴۷۶

معنی داری نداشت. با در نظر گرفتن محل / زمان درد، تنها نمره کمردرد بین انقباضات در طی بخش فعال مرحله اول زایمان بین دو گروه اختلاف آماری معنی- دار داشت ($P < 0.001$) (جدول ۳).

آماري معنی داری نداشت (۲۴). آنها کاهش معنادار شدت کمردرد حین انقباضات در وضعیت نشسته نسبت به وضعیت خوابیده را گزارش کردند که با نتیجه پژوهش ما تفاوت دارد. احتمالاً علت این اختلاف، یکسان نبودن مرحله زایمانی مورد بررسی و نیز متفاوت بودن وضعیت- های به کار رفته مادران طی زایمان است.

جدول ۲: مقایسه میانگین مدت قرارگیری مادر در وضعیت‌های خوابیده در بستر بر حسب دقیقه در دو گروه وضعیت‌های انتخابی و متداول

متغیرها	گروه‌ها	وضعیت‌های انتخابی	وضعیت‌های متداول	مقدار p
مدت قرارگیری در وضعیت خوابیده به پشت	۶/۶۲±۹/۳۵	۵۲/۵۸±۳۰/۱۹	<۰/۰۰۱	
مدت قرارگیری در وضعیت خوابیده به پهلو	۶۹/۸۶±۵۶/۷۳	۱۴۷/۴۱±۵۶/۲۴	<۰/۰۰۱	

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره انواع درد طی بخش فعال مرحله اول زایمان بر حسب میلی‌متر در دو گروه وضعیت‌های انتخابی و متداول

متغیرها	گروه‌ها	وضعیت‌های انتخابی	وضعیت‌های متداول	مقدار p
نمره درد کلی	۴۳/۳۳±۷/۵۱۳	۴۸/۱۷±۶/۵۸۳	۰/۰۰۷	
نمره کمردرد	۵۵/۱۲±۷/۶۳۴	۶۲/۴۶±۷/۳۲۲	<۰/۰۰۱	
نمره درد شکم	۳۱/۵۴±۷/۸۳۹	۳۳/۸۷±۶/۴۱۰	۰/۹۱۰	
نمره کمردرد حین انقباض	۵۸/۶۶±۱۴/۴۸۴	۶۳/۸۷±۱۰/۵۰۲	۰/۱۰۰	
نمره کمردرد بین انقباضات	۵۱/۵۸±۵/۵۳۲	۶۱/۰۶±۶/۹۴۸	<۰/۰۰۱	
نمره درد شکم حین انقباض	۵۱/۴۱±۱۴/۲۳۳	۵۶/۰۴±۱۱/۴۸۴	۰/۱۵۰	
نمره درد شکم بین انقباضات	۱۱/۶۷±۳/۸۷۸	۱۱/۷۰±۴/۲۴۰	۰/۹۷۳	

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شدت درد کلی بخش فعال مرحله اول زایمان در گروه وضعیت‌های انتخابی کمتر از گروه وضعیت‌های متداول است. آداکی و همکاران گزارش کردند که در اتساع ۸-۶ سانتی‌متر دهانه رحم، میانه نمره‌های دردهای کمری و شکمی (درد کلی) مداوم و حین انقباضات در وضعیت نشسته نسبت به وضعیت خوابیده کمتر است. در پژوهش آن‌ها، شدت کمردرد مداوم و حین انقباضات در وضعیت نشسته کمتر از وضعیت خوابیده بود و شدت درد شکمی، چه به طور مداوم و چه حین انقباضات در بین دو وضعیت، اختلاف

ملزاک و همکاران در یک پژوهش دو گروه متقاطع گزارش کردند که در وضعیت‌های قائم نسبت به وضعیت‌های خوابیده، درد کمر و شکم به ترتیب به میزان ۵۰ و ۳۵ درصد کاهش می‌یابد که این کاهش درباره درد مداوم کمری به ۸۳ درصد می‌رسد ($P = 0.006$) (۲۵). در پژوهش ملزاک و همکاران، مادران با اتساع ۲ تا ۵ سانتی‌متر دهانه رحم وارد پژوهش می‌شدند، لذا ممکن است برخی از زائوها وارد بخش فعال مرحله اول زایمان نشده باشند. همچنین در پژوهش آن‌ها، شدت درد به تفکیک محل و زمان حس کردن درد ارزیابی نشده است و مادران فقط شدیدترین دردی را که حس می‌کردند

گزارش نموده‌اند.

مندزباور و همکاران در یک پژوهش نیمه تجربی، ۲۰ زن نخست‌زای کم‌خطر را به طور متناوب در وضعیت‌های ایستاده و خوابیده قرار دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت خوابیده، شدت درد مادران، کمتر و میزان راحتی آن‌ها بیشتر است (۲۶). در پژوهش آن‌ها مشخص نیست که مادران در بخش نهفته یا فعال مرحله اول زایمان وارد پژوهش می‌شدند. طرح پژوهشی مذکور (یک گروه و قراردادن متناوب مادران در وضعیت‌های ایستاده و خوابیده) برای فرآیند زایمان که در طی زمان دستخوش تغییر می‌شود، مناسب نمی‌باشد. مقیاس سنجش درد در این پژوهش، یک مقیاس کیفی بوده است.

البته در تمام پژوهش‌های مذکور، وضعیت قرارگیری مادران توسط پژوهشگران معین شده است و هیچ کدام وضعیت‌های انتخابی مادر را بررسی نکرده‌اند. لذا مطالعه دقیقاً مشابهی برای مقایسه یافته‌های آن با یافته‌های پژوهش حاضر وجود ندارد.

گوهرنژاد (۲۷) و مولینا و همکاران (۵) پژوهش‌هایی دو گروه و متقاطع به منظور بررسی تأثیر وضعیت‌های قائم و خوابیده بر شدت درد مرحله اول زایمان انجام دادند. در پژوهش گوهرنژاد، تفاوت آماری معنی‌داری در شدت درد کلی و وضعیت‌های قائم و وضعیت‌های خوابیده مشاهده نشد. در این پژوهش، مادران در اتساع ۲ تا ۵ سانتی‌متر دهانه رحم وارد پژوهش می‌شدند، بنابراین تعدادی از مادران در بخش نهفته و تعدادی دیگر در بخش فعال مرحله اول زایمان قرار داشتند. شدت درد بر حسب محل و زمان حس کردن درد ارزیابی نشده است و فقط مادران شدیدترین دردی را که حس می‌نمودند، بیان می‌کردند. همچنین بین ۴ دوره وضعیت‌های قائم و خوابیده، هیچ زمانی جهت حذف شدن تأثیر وضعیت قرارگیری قبلی مادر وجود نداشته است. در پژوهش مولینا و همکاران، مادران با پیشرفت اتساع دهانه رحم در

وضعیت‌های خوابیده نسبت به وضعیت‌های قائم درد کمتری احساس می‌کردند. در پژوهش مذکور، مادران در اتساع‌های مختلف دهانه رحم وارد پژوهش می‌شدند، از بین انواع دردهای کمری و شکمی، حین و بین انقباضات، فقط شدیدترین درد را گزارش می‌کردند و احتمالاً به این علت که نیمی از تمرین‌های تن آرامی در وضعیت خوابیده انجام می‌شود، مادران به این وضعیت تمایل بیشتری نشان دادند. در حالی که در پژوهش حاضر، مادران برای زایمان، هیچ نوع آمادگی‌ای کسب نکرده بودند و به علت کم بودن حجم نمونه، شدت درد بخش فعال مرحله اول زایمان در اتساع‌های مختلف دهانه رحم و در وضعیت‌های مختلف قرارگیری مادر تفکیک نشده است.

در پژوهش اندروز و چرزانوسکی، شدت درد یا راحتی مادر در اتساع ۹-۴ سانتی‌متر دهانه رحم در بین وضعیت‌های قائم و خوابیده تفاوتی نداشت (۲۸). در پژوهش مذکور، شدت درد مادر توسط فرد مراقبت‌کننده تعیین می‌شد در حالی که در پژوهش حاضر، شدت درد توسط خود زائو گزارش می‌شد.

انجام پژوهش حاضر، با محدودیت‌هایی همراه بود، از جمله این که به دلیل واضح بودن وضعیت زایمانی برای پژوهشگر و واحدهای پژوهش، انجام مطالعه به صورت کور (blind) ممکن نبود. همچنین پژوهشگر از وضعیت‌های قبلی مادران طی بخش نهفته مرحله اول زایمان بی‌اطلاع بوده است و این وضعیت‌ها ممکن است بر روند بخش فعال مرحله اول زایمان تأثیر گذاشته باشد. متنوع بودن وضعیت‌هایی که مادران در گروه وضعیت‌های انتخابی می‌توانستند انتخاب کنند، دریافت مایعات خوراکی در مدت پژوهش و محدود نشدن مادران به تخت به علت تجویز مایعات وریدی، استفاده از شیوه خود گزارش‌دهی شدت درد و تفکیک و بررسی انواع چهارگانه درد زایمان بر حسب محل/زمان احساس درد از جمله نقاط قوت پژوهش حاضر است. انجام مطالعاتی

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل انجام پایان نامه تحقیقاتی مصوب ۱۳۸۳/۱۱/۷ کد ۸۳۰۲۰ دانشگاه علوم پزشکی مشهد است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی این دانشگاه صورت گرفته است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر می‌شود.

با حجم نمونه بیشتر جهت تفکیک شدت درد زایمان در هر یک از وضعیت‌های مختلف قرارگیری مادران و نیز در اتساع‌های مختلف دهانه رحم پیشنهاد می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در خدمات بالینی جهت کاهش شدت درد کشیدن مادران حین زایمان به کار برد و لازم است که به مراقبین مامایی و دانشجویان این رشته، نحوه مراقبت از زائو در وضعیت‌های قرارگیری مختلف، آموزش داده شود.

References

1. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; (59 suppl 1): S9–S12.
 2. Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *J Adv Nurs* 2001; 35 (2): 171-9.
 3. Mc Crea H, Wright ME, Stringer M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *Int J Nurs Stud* 2000; 37: 493-503.
 4. Melzack R, Schaffelberg D. Low-back pain during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1987. Apr; 156 (4): 901-5.
 5. Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: Relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manage* 1997. Feb; 13 (2): 98-103.
 6. Capogna G, Camorcia M. Factors Influencing Analgesic Requirements in Labour . European Society of Anaesthesiologists [online]. 2003 May 31; [92-3]. Available at: URL: http://www.euroanesthesia.org/education/rc_2003_glasgow/11rc_1.pdf. Accessed Sep 7, 2004.
 7. Lowe N. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002. May; 186 (5): S16–24.
 8. Fenwick L, Simkin P. Maternal Positioning to Prevent or Alleviate Dystocia in labor. *Clin Obstet Gynecol* 1987. Mar; 30 (1):83-9.
 9. Shilling T, Difranco J. Care Practices That Support Normal Birth: #2 Freedom of Movement Throughout Labor. Lamaze institute for Normal Birth [online]. 2003; [1-4]. Available at: URL: <Http://www.normalbirth.lamaze.org/institute/carepractices/Freedom.asp>. Accessed Jun 14, 2004.
 10. Simkin P, Ancheta R. The Labor Progress Handbook, Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. London: Blackwell Science Ltd, 2000. p. xiv, 4, 16-8, 46, 65, 70-6, 80-1.
 11. Best Practices, Woman-Centered Care. Maternal Neonatal Health [online]. Available at: URL: <http://www.mnh.jhpiego.org/best/wcc.pdf>. Accessed Jul 12, 2004.
- ۱۲- کردی معصومه، نظری فتانه، منصورى عطیه، اسماعیلی حبیب الله. بررسی اثر قرارگرفتن مادر در وضعیت‌های انتخابی خود بر طول بخش فعال مرحله اول زایمان. فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۳۸۵: دوره ۱۳، شماره ۱، صفحات ۱۹ تا ۲۶.
13. Positions in labour and delivery (for professionals). Infoemed Choice [online]. 2003 Nov; [1-6]. Available at: URL: [http://www.infochoice.org/ic/icfile.nsf/ICZ11/2F11F7663E37AA1A80256D24002E6E82/\\$file/5-pro.pdf](http://www.infochoice.org/ic/icfile.nsf/ICZ11/2F11F7663E37AA1A80256D24002E6E82/$file/5-pro.pdf). Accessed May 25, 2004.
 14. Kakol k. Position in labour-Does mother know best? *J prof Nurs* 1989. Jul; 4 (10): 481-4.
 15. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, et al. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. *J Nurse Midwifery* 1997. Jan /Feb; 42 (1): 4-8.
 16. Niven CA, Brodie EE. Memory for labor pain: Context and quality. *J Pain* 1995; 64: 387-92.

17. The CNM Data Group, 1996. Midwifery management of pain in labor. *J Nurse Midwifery* 1998. Mar /Apr; 43(2): 77-82.
 18. Vandekieft GK, Lansing E. Lack of effect of walking on labor and delivery. *J Fam Pract* 1998. Oct; 47(4): 254.
 19. Lupe PJ, Gross TL. Maternal upright posture and mobility in labor: A review. *Obstet Gynecol* 1986. May; 67 (5): 727-33.
 20. Gift AG. Visual analogue scales: Measurement of subjective phenomena. *J Nurs Res* 1989. Sep/ Oct; 38(5): 286-8.
 21. Hornblow AR, Kidson MA. The visual analogue scale for anxiety: A validation study. *Aust N Z J Psychiatry* 1976; 10: 339-41.
 22. Lee KA, Hicks G, Nino-Murcia G. Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Res* 1991. Mar; 36(3): 291-8.
 23. Didie ER. The power of food scale (PFS): Development and theoretical evaluation of a self-report measure of the perceived influence of food. A thesis submitted to the faculty of Drexel university by Elizabeth Rose Didie in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy. 2003. Jun; [1-125]. Available at: URL: <http://www.dspace.librarydrexel.edu/retrieve/1605/didie-thesis.pdf>. Accessed Jun 23, 2004.
 24. Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *J Nurs Res* 2003. Jan/Feb; 52(1): 47-51.
 25. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: Effect of maternal position on front and back pain. *J pain symptom Manage* 1991; 6 (8): 476-80.
 26. Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia Ramos C, Menendez A, Lovilla M, Izquierdo F, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975; 3(2): 89-100.
- ۲۷- گوهرنژاد کیانوش. تأثیر وضعیت مادران در دو حالت قائم و خوابیده بر شدت درد مرحله اول زایمان. پایان نامه کارشناسی ارشد مامایی. مشهد: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۶.
28. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. *Appl Nurs Res* 1990. Feb; 3(1): 7-13.