

بررسی تأثیر وضعیت مادر با یک جنین در وضعیت اکسی پوت خلفی در طول لیبر بر شدت درد و رضایت مادر

کبری بهمنی^۱، دکتر مینا ایروانی^{۲*}، پروانه موسوی^۳، محمد حسین
حقیقی زاده^۴

۱. دانشجوی کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۲. دکترای تخصصی بهداشت باروری، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۳. کارشناس ارشد مامایی، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.
۴. کارشناس ارشد آمار حیاتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۶

خلاصه

مقدمه: وضعیت‌های اکسی پوت خلفی، شایع‌ترین نوع وضعیت‌های نامناسب اکسی پوت هستند. افزایش شدت درد مادر و همچنین افزایش نیاز به استفاده از بی حسی اپیدورال، یکی از عوارض این وضعیت می‌باشد. وضعیت قرارگیری مادر در طول لیبر می‌تواند شدت درد وی را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر وضعیت مادر در مرحله فعال زایمان بر شدت درد و رضایت مادر انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۸۰ زن نخست باردار با بارداری تک‌قلو و ترم و دارای جنین با وضعیت اکسی پوت خلفی که جهت انجام زایمان به زایشگاه شهرستان رامهرمز مراجعه نمودند، انجام شد. افراد به‌طور تصادفی در یکی از سه گروه وضعیت نیمه دمر (۴۵ نفر)، وضعیت سجده (۴۵ نفر) و وضعیت خوابیده به پشت (۹۰ نفر) قرار گرفتند. نیم ساعت بعد از تصادفی‌سازی تا زمان زایمان، تمام شرکت‌کنندگان به‌طور متناوب (۳۰-۱۵ دقیقه در هر ساعت) در وضعیت‌های تعریف شده قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل معیار دیداری سنجش درد و فرم ثبت مشاهدات و معاینات بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های کای دو و آنووا انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین شدت درد لیبر در گروه‌های مورد مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری کمتر بود ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میزان رضایت مادر در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل بیشتر بود ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: وضعیت‌های نیمه دمر و سجده مادر دارای جنین با وضعیت اکسی پوت خلفی در طول فاز فعال زایمان و مرحله دوم زایمان در کاهش درد لیبر و افزایش رضایت مادر سودمند است.

کلمات کلیدی: درد زایمان، رضایت مادر، وضعیت سجده، وضعیت نیمه‌دمر

* نویسنده مسئول مکاتبات: مینا ایروانی؛ مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۳۲۲۲۸۹۹، پست الکترونیک: minairavani2004@yahoo.com

مقدمه

وضعیت‌های اکسی‌پوت خلفی، شایع‌ترین نوع وضعیت‌های نامناسب اکسی‌پوت هستند که تقریباً در ۳۰-۱۰٪ لیبرها مشاهده می‌شود، اما تنها در ۵٪ زایمان‌ها وجود دارند (۱). افزایش شدت درد مادر و همچنین افزایش نیاز به استفاده از بی‌حسی اپیدورال، یکی از عوارض این وضعیت می‌باشد (۲). در واقع، زایمان جنین‌های دارای وضعیت یا پرزانتاسیون نامناسب، طولانی، خسته‌کننده و دردناک خواهد بود و به همدردی، تشویق و حمایت مداوم زائو نیاز دارد. برخلاف اکثر دردها، درد زایمان حاصل فرآیندهای پاتولوژیکی یا تروما نبوده، بلکه در نتیجه تعامل میان عوامل فیزیولوژیکی و روانی به وجود می‌آید (۱). احساس درد لیبر، پاسخی کاملاً فردی در برابر محرک‌های متغیری است که هر یک از زنان بر اساس وضعیت خود، آنها را به صورت منحصر به فرد دریافت و تفسیر می‌کنند. درد، استرس و اضطراب، سبب آزاد شدن هورمون‌های استرس مانند کورتیزول و بتا-آندروفین‌ها می‌شوند. همچنین پاسخ دستگاه عصبی سمپاتیک به درد، سبب افزایش چشمگیر میزان کاتکول‌آمین‌ها در گردش خون می‌شود که باعث کاهش جریان خون رحمی جفتی و نیز کاهش فعالیت رحمی می‌شود (۳). دردی که زنان در طول لیبر تجربه می‌کنند، جزء شدیدترین دردها می‌باشد (۴) و یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر میزان رضایت‌مندی مادر از تجربه زایمان می‌باشد (۵). یکی از شاخص‌های مهم و مورد توجه در کیفیت خدمات سلامت از طرف سازمان‌های بهداشتی درمانی، میزان رضایت‌مندی بیماران می‌باشد (۶). تجربه به‌دست آمده از فرآیند زایمان، یک پیامد مهم است که کیفیت آن، بر سلامت مادر و فرزندش و ارتباط عاطفی آنها، فعالیت جنسی و تمایل به داشتن فرزند بعدی در آینده، تأثیرگذار می‌باشد (۷). در صورت عدم رضایت‌مندی مادر از تجربه زایمان، احتمال انتخاب روش سزارین در زایمان‌های بعدی افزایش می‌یابد که علاوه بر افزایش خطرات مادری و نوزادی، هزینه‌های سنگینی به فرد و دولت نیز تحمیل می‌نماید (۸). از آنجا که ماهیت زایمان درد است، هرگونه اقدام در کاهش احساس ناخوشایند از این امر

فیزیولوژیک و افزایش میزان رضایت مادران، می‌تواند در ترویج زایمان طبیعی و کاهش عوارض سزارین مفید باشد (۹). بر همین اساس، دو روش دارویی و غیر دارویی برای کنترل درد در لیبر وجود دارد (۱۰). از مهم‌ترین مزایای استفاده از روش‌های غیر دارویی می‌توان به عدم تأثیر بر سیر زایمان و فقدان عوارض جانبی بر مادر و جنین اشاره کرد (۹). روش‌های غیردارویی کنترل درد، از اجزای مهم مراقبت‌های مامایی و در بسیاری از زنان انتخاب اول می‌باشد. شواهد نشان‌دهنده این است که تمامی روش‌های غیردارویی کاهش‌دهنده درد زایمان، به‌طور گسترده موجب رضایت‌مندی مادران می‌شود (۱۱). تعداد روزافزونی از زنان از روش‌های غیر دارویی برای کنترل لیبر استفاده می‌کنند. یکی از این روش‌های غیر دارویی، تغییر وضعیت و حرکت مادر در طول لیبر می‌باشد. در واقع بسیاری از زنان متوجه می‌شوند که با جابه‌جا کردن لگن و سایر حرکات ریتمیک می‌توانند به کاهش درد کمک کنند (۱۰). محدود کردن مادر در لیبر، باعث کاهش احساس رضایت‌مندی مادر از روند زایمان می‌شود (۱۲). در مقابل، تغییر وضعیت در طول لیبر، علاوه بر ایجاد تجربه مثبت زایمان (۱۳)، باعث راحتی مادر و مقابله بهتر مادر با درد می‌شود (۱۴). اصلاح وضعیت مادر در مراحل مختلف زایمان، راهی برای سریع‌تر و آسان‌تر کردن زایمان است و نیاز به داروی ضد درد را کمتر می‌کند. این زنان باید در طول لیبر به قرار گرفتن در وضعیت‌های بدنی راحت و حفظ تحرک تشویق می‌شوند (۹). سیمکین، دو وضعیت نیمه دمر و سجده را به عنوان وضعیت‌هایی که باعث افزایش راحتی مادر می‌شود، معرفی می‌کند (۱۱). همچنین، قرارگیری مادر در وضعیت چهار دست‌وپا، باعث کاهش احساس درد مادر می‌شود (۱۲). در مطالعه گویبتر (۲۰۱۶) که در ژنو انجام شد، وضعیت‌های چهار دست‌وپا مانند سجده بر کاهش شدت درد مادر در مرحله اول در موارد اکسی‌پوت خلفی^۱ سر جنین در لیبر بی‌تأثیر بود، ولی باعث افزایش میزان رضایت‌مندی مادر شد (۱۵). در مطالعه گیزو و همکاران (۲۰۱۴)، وضعیت چهار

¹ Occiput posterior

دست‌وپا در کاهش شدت درد مادران در لیبر مؤثر بود (۱۶). در مطالعه دزبرابر و همکاران (۲۰۱۳) دو وضعیت چهار دست‌وپا و نیمه‌دمر، بر کاهش شدت درد مادران با اکسی‌پوت خلفی سر جنین، بی‌تأثیر بودند (۱۷). در مطالعه لی ری و همکاران (۲۰۱۶) نیز، قرار گرفتن مادر در پهلوئی مخالف سمت اکسی‌پوت در موارد وضعیت خلفی سر جنین، بر میزان شدت درد و رضایت‌مندی مادر بی‌تأثیر بود (۱۸). در مطالعه شمعیان رضوی و همکاران (۲۰۰۶) نیز وضعیت قرارگیری مادر در لیبر بر شدت درد مادر بی‌تأثیر بود (۱۹). در مقابل در بسیاری از مطالعات، وضعیت مادر در کاهش شدت درد زایمان و افزایش میزان رضایت‌مندی وی مؤثر بود (۲۰-۲۲).

بنابراین با توجه به نتایج متناقض حاصل از پژوهش‌های ذکر شده در مورد تأثیر وضعیت مادر بر شدت درد زایمان، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر وضعیت مادر با یک جنین در وضعیت اکسی‌پوت خلفی در طول لیبر بر شدت درد و رضایت مادر انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی (شاهددار تصادفی) بر روی ۱۸۰ زن نخست باردار با حاملگی ترم که در فاصله زمانی اردیبهشت تا مرداد سال ۱۳۹۶ جهت انجام زایمان به زایشگاه شهرستان رامهرمز مراجعه نمودند، انجام شد. این مطالعه در قالب یک طرح تحقیقاتی دانشگاهی مورد تصویب کمیته اخلاق دانشگاه جندی شاپور اهواز با شماره طرح RHPRC-9601 قرار گرفت و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2017082111360N3 ثبت گردید. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۱۸۰ نفر به دست آمد که ۴۵ نفر در گروه مداخله یک، ۴۵ نفر در گروه مداخله دو و ۹۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زایمان نخست‌زا، سن حاملگی برابر با ۳۷ هفته یا بالاتر، حاملگی تک‌قلو، محدوده سنی مادر بین ۱۸-۴۰ سال، شاخص توده بدنی بین ۱۸-۳۰ کیلوگرم بر متر مربع و قرارگیری مادر در فاز فعال زایمانی (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر) و معیارهای

خروج از مطالعه شامل: زایمان زودرس، لزوم اینداکشن و وجود خونریزی واژینال شدید و یا مواردی که حرکت فعالانه مادر در لیبر ممنوع بود، در نظر گرفته شدند.

بعد از توضیح اهداف پژوهش و اطلاعات مربوط به مطالعه به صورت شفاهی و کتبی به داوطلبین شرکت در پژوهش و اطمینان دادن به آنها در خصوص محرمانه ماندن مشخصات افراد و دارا بودن شرایط ورود به مطالعه و تمایل به شرکت در مطالعه، افراد پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی وارد مطالعه شدند. شرکت کنندگان در همان ابتدا پرسشنامه اولیه را که شامل اطلاعات فردی، اجتماعی و مامایی بود، تکمیل نمودند.

پس از بستری زائو در بخش زایشگاه، معاینه واژینال جهت تعیین دیلاتاسیون و وضعیت سر جنین توسط دو مامای حرفه‌ای انجام شد. پس از تأیید وضعیت اکسیپوت خلفی سر جنین، سونوگرافی واژینال جهت تأیید نهایی وضعیت اکسیپوت خلفی سر جنین توسط سونوگرافست انجام گردید. سونوگرافی توسط متخصص زنان مقیم و در غیاب ایشان توسط مامای آموزش دیده انجام شد. تمامی نمونه‌ها از دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر وارد مطالعه شدند.

افراد وارد شده به مطالعه به صورت مبتنی بر هدف و بر اساس معیارهای ورود، با استفاده از تولید اعداد تصادفی با استفاده از نرم‌افزار کامپیوتری به‌طور تصادفی به گروه مداخله یک (نیمه دمر-۴۵ نفر)، گروه مداخله دو (سجده-۴۵ نفر) و گروه کنترل (خوابیده به پشت -۹۰ نفر) اختصاص یافتند. در بدو ورود به مطالعه شدت درد زایمان با استفاده از پرسشنامه دیداری درد در هر سه گروه آزمون و مداخله سنجیده و در برگ مشاهدات ثبت شد. مقیاس سنجش دیداری درد از یک خط افقی به طول ۱۰ سانتی‌متر تشکیل شده و انتهای آن، حداقل و حداکثر درد را نشان می‌دهد؛ به این معنا که نمره صفر بدون درد و نمره ۱۰ حداکثر درد را نشان می‌دهد و روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد به اثبات رسیده است (۲۳).

نحوه انجام صحیح وضعیت نیمه دمر و سجده بر روی تخت لیبر توسط پژوهشگر به گروه مداخله آموزش داده شد. وضعیت نیمه دمر مشابه وضعیت به پهلو خوابیده است، با این تفاوت که وزن قدامی بدن بر روی شانه و

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۱۸۰ نفر وارد مطالعه شدند که از این تعداد، ۴۵ نفر در گروه مداخله یک، ۴۵ نفر در گروه مداخله دو و ۹۰ نفر در گروه شاهد قرار داشتند، در نهایت ۲ نفر از افراد گروه یک مداخله، ۳ نفر از گروه دو مداخله و ۴ نفر از گروه شاهد (به علت عدم تمایل به ادامه همکاری) در حین مطالعه خارج شدند. میانگین سنی در گروه نیمه دمر $4/09 \pm 22/75$ ، در گروه سجده $4/21 \pm 24/08$ و در گروه شاهد $4/20 \pm 24/47$ سال و میانگین سنی در هر سه گروه $7/5 \pm 23$ سال بود. میانگین سن بارداری در گروه نیمه دمر $37/87 \pm 264/64$ و در گروه شاهد $17/16 \pm 267/07$ بود. میزان تحصیلات اکثر واحدهای پژوهش یعنی ۱۱۰ نفر ($61/11$ ٪) دیپلم به بالا بود. ۱۲۴ نفر ($68/88$ ٪) از افراد شرکت کننده در مطالعه، خانه‌دار بودند. همچنین ۱۱۴ نفر ($63/33$ ٪) از واحدهای پژوهش از درآمد بالای یک میلیون تومان برخوردار بودند. بر اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس، اختلاف آماری معناداری بین سه گروه از نظر میانگین سن مادر، سن همسر، سن حاملگی و شاخص توده بدنی وجود نداشت ($p > 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو، بین سه گروه از نظر قومیت، سطح تحصیلات، شغل و میزان درآمد اختلاف آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0/05$). بر اساس یافته‌های جدول ۱ و با استفاده از آزمون آنالیز واریانس، بین سه گروه از نظر شدت درد در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر (قبل از مداخله)، تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p = 0/419$)، ولی بعد از مداخله، در دیلاتاسیون ۶، ۸، ۱۰ سانتی‌متر و نیز مرحله دوم لیبر، تفاوت آماری معناداری بین سه گروه وجود داشت ($p < 0/05$). همچنین بر اساس یافته‌های جدول ۱، تفاوت آماری معناداری در میانگین شدت درد بین گروه نیمه دمر و شاهد و همچنین بین گروه سجده با گروه شاهد یافت شد ($p < 0/05$)، ولی بین گروه نیمه دمر و سجده، تفاوت آماری معناداری یافت نشد ($p > 0/05$).

لگن تحمل می‌شود. در این حالت دست زیرین بیمار به طرف پشت قرار دارد و دست رویی از ناحیه شانه و ارنج خم می‌شود. پای رویی به شدت در ناحیه لگن و زانو خم شده تا خط کمر بالا می‌آید. پای زیرین به مقدار کمتری در ناحیه لگن و زانو خم می‌شود. با قرار دادن یک بالش کوچک در زیر شکم بیمار به محافظت وضعیت بیمار کمک می‌شود. با قرار دادن بالش در زیر دست‌وپای رویی از نزدیک شدن این اندام‌ها به خط میانی بدن جلوگیری و با قرار دادن بالش زیر سر بیمار از چرخش سر به پهلو جلوگیری می‌شود.

در وضعیت سجده نیز فرد بر روی دست‌ها و زانوهایش قرار می‌گیرد، سپس قفسه سینه را بر روی تخت به گونه‌ای قرار می‌دهد که باسن نسبت به قفسه سینه بالاتر قرار گیرد و باسن به صورت گهواره‌ای توسط زانو حرکت داده می‌شود. در صورت لزوم از بالش یا توپ زایمان فیزیولوژیک برای زیر سینه و بازوهایش استفاده می‌کند. افراد گروه یک (نیمه دمر) و گروه دو (سجده) مداخله علاوه بر دریافت مراقبت‌های معمول مامایی (معاینه، چک علائم حیاتی، سمع ضربان قلب جنین) تا زمان زایمان به صورت متناوب در یک دوره زمانی ۳۰-۱۵ دقیقه‌ای، در هر ساعت در وضعیت مربوط به گروه خود قرار گرفته و این سیکل تا زمان زایمان ادامه می‌یافت. از زنان گروه کنترل نیز خواسته شد در وضعیت معمول بخش (خوابیده به پهلو یا پشت) قرار گیرند و مراقبت‌های معمول را دریافت نمودند. سپس شدت درد زایمان در دیلاتاسیون‌های ۴، ۶، ۸ و ۱۰ سانتی‌متر و نیز مرحله دوم در هر سه گروه سنجیده و ثبت شد. پس از زایمان نیز پرسشنامه رضایت‌مندی زانو از وضعیت قرارگیری در لیبر بر اساس معیارهای خیلی ناراضی، ناراضی، بی‌تأثیر، راحت و خیلی راحت پرسیده و تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های کای دو و آنووا انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان بر اساس معیار سنجش دیداری درد به تفکیک گروه

گروه	نیمه دمر (۱)	سجده (۲)	شاهد (۳)	سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری ۱ به ۲	سطح معنی‌داری ۳ به ۲	شدت درد لیبر
دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر	۳/۷۶±۱/۳۸	۳/۵۸±۱/۱۷	۳/۹۱±۱/۴۹	۰/۴۱۹	-	-	
دیلاتاسیون ۶ سانتی‌متر	۴/۷۸±۱/۶۶	۴/۰۴±۱/۸۳	۵/۷±۲/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۱۶	۰/۰۱	
دیلاتاسیون ۸ سانتی‌متر	۵/۴±۱/۹۷	۵/۴۹±۲/۰۰۷	۶/۶۴±۱/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۶	۰/۰۰۳	
دیلاتاسیون کامل	۶/۳۷±۱/۳۹	۶/۲۴±۱/۷۶	۷/۳۸±۱/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱	
مرحله دوم	۷/۵۳±۱/۲۱۹	۶/۹۵±۱/۳۸	۸/۹۳±۰/۹۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۶۵	۰/۰۰۰۱	

معناداری از نظر میزان رضایت‌مندی مادر بین گروه نیمه دمر و شاهد ($P=0/001$) و نیز بین گروه سجده و شاهد ($P=0/001$) وجود داشت، ولی تفاوت آماری معناداری از نظر میزان رضایت‌مندی مادر بین گروه نیمه دمر و سجده یافت نشد ($P=0/59$).

بر اساس نتایج آزمون کای دو و ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲، از نظر میزان رضایت‌مندی مادر، اختلاف آماری معناداری بین سه گروه مورد مطالعه وجود داشت ($P=0/001$). همچنین بر اساس جدول فوق و با استفاده از آزمون مربع کای، تفاوت آماری

جدول ۲- میزان رضایت مادر از وضعیت قرارگیری در طول لیبر در سه گروه مورد مطالعه

مشخصات	نیمه دمر	سجده	شاهد	سطح معنی‌داری ۱ به ۳	سطح معنی‌داری ۲ به ۳	سطح معنی‌داری ۳ گروه	میزان رضایت‌مندی
خیلی ناراضی	۴ (۹/۳۱)	۴ (۹/۵۲)	۲۷ (۳۱/۳۹)				
ناراضی	۱۲ (۲۷/۹۰)	۹ (۲۱/۴۳)	۳۱ (۳۶/۰۵)				
بی‌تأثیر	۸ (۱۸/۶۱)	۱۰ (۲۳/۸۱)	۲۴ (۲۷/۹۰)	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	
راحت	۱۷ (۳۹/۵۳)	۱۳ (۳۰/۹۵)	۴ (۴/۶۶)				
خیلی راحت	۲ (۴/۶۵)	۶ (۱۴/۲۹)	۰ (۰/۰)				

دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر، شدت درد در سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. با توجه به اینکه دردهای زایمان برخلاف سایر دردها شدت ثابتی نداشته و با پیشرفت زایمان افزایش پیدا می‌کند، در مطالعه حاضر شدت درد زایمان پس از شروع مداخله و در دیلاتاسیون‌های ۶، ۸ و ۱۰ سانتی‌متر و مرحله دوم لیبر مورد ارزیابی قرار گرفت که با توجه به یافته‌های پژوهش، در تمام دیلاتاسیون‌های ذکر شده شدت درد در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه شاهد کاهش یافته بود.

سیمکین و همکار (۲۰۰۴)، دو وضعیت نیمه دمر و سجده را به عنوان وضعیت‌هایی که باعث افزایش راحتی مادر می‌شود، معرفی کردند (۱۱). مطالعه گیزو و همکاران (۲۰۱۴) در ایتالیا که به منظور ارزیابی تأثیر وضعیت مادر در لیبر انجام شد، نشان داد که وضعیت‌های قائم در کاهش احساس درد مادر مؤثر بوده و باعث افزایش راحتی مادر در لیبر می‌شوند. در مطالعه

بحث

در مطالعه حاضر میانگین سن مادر و سن حاملگی در هر سه گروه تفاوت آماری نداشت. ملزاک و همکار (۲۰۰۵) بین وضعیت اقتصادی - اجتماعی و میزان تحصيلات زانو با شدت درد زایمان همبستگی معکوسی نشان دادند (۲۴). در رابطه با تأثیر شغل بر میزان اضطراب می‌توان گفت مشاغل دشوار و سنگین با درد رابطه مثبت داشته و در مقابل مشاغل ساده و غیرحادثه‌ساز با درد رابطه منفی دارند و باعث کمتر شدن اثر اضطراب بر میزان درد می‌شوند (۲۵). در این مطالعه، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، تحصيلات و شغل به عنوان متغیرهای مداخله‌گر در نظر گرفته شدند که از این نظر بین سه گروه اختلاف آماری معناداری وجود نداشت.

در مطالعه حاضر در رابطه با شدت درد زایمان، نوع وضعیت مادر در لیبر بر احساس شدت درد و رضایت‌مندی مادر تأثیر داشت. در ابتدای مطالعه یعنی

مذکور وضعیت چهار دست‌وپای مادر به عنوان وضعیتی که در کاهش شدت درد مادران در لیبر مؤثر است، مورد بررسی قرار گرفت (۱۶) که با توجه به اینکه وضعیت سجده نیز نوعی از وضعیت چهار دست‌وپا می‌باشد، با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

در مطالعه گویبتر و همکاران (۲۰۱۶)، قرارگیری مادر در یکی از انواع مختلف وضعیت‌های چهار دست‌وپا (یکی از این وضعیت‌ها، وضعیت سجده بود) به مدت حداقل ۱۰ دقیقه در طول مرحله اول زایمان، بر روی میزان احساس شدت درد تأثیری نداشت (۱۵) که به نظر می‌رسد، عدم همسو بودن نتایج آن با مطالعه حاضر به دلیل تفاوت در روش کار باشد. در مطالعه حاضر، وضعیت سجده همراه با حرکات گهواره‌ای لگن اعمال می‌شد که در مطالعات متعددی نیز از جنباندن لگن در طول لیبر به عنوان روشی برای کاهش درد لیبر و افزایش راحتی مادر اشاره شده است. در واقع، جنباندن لگن به عنوان یک روش غیر دارویی برای کاهش درد لیبر مفید می‌باشد (۲۶، ۲۷). همچنین در مطالعه زاکی (۲۰۱۶) نیز جنباندن لگن در حالت نشسته بر توپ تولد در طول لیبر در کاهش احساس درد مادر مفید بود (۲۰). از تفاوت‌های دیگر این مطالعه با مطالعه گویبتر، می‌توان به طول مدت قرارگیری مادر در یکی از وضعیت‌های چهار دست‌وپا، نسبت به مطالعه حاضر اشاره کرد؛ به این ترتیب که در مطالعه حاضر برخلاف مطالعه گویبتر، مادر علاوه بر مرحله اول، در مرحله دوم نیز به طور دوره‌ای به مدت حداقل ۱۵ دقیقه در وضعیت مربوطه به خود قرار می‌گرفت. یک تفاوت عمده مورد اشاره نیز استفاده از بی‌حسی اپیدورال جهت اکثر نمونه‌های مورد پژوهش (بالای ۹۰٪ در هر دو گروه کنترل و مداخله) مطالعه گویبتر بود، ولی در مطالعه حاضر از هیچ‌گونه روش دارویی جهت کاهش درد مادران استفاده نشده بود که به نظر می‌رسد همین عامل نیز نقش مهمی در ملموس شدن تأثیر وضعیت مادر در کاهش احساس درد داشت. در مطالعه آل سعادی و همکاران (۲۰۱۷)، وضعیت‌های قائم از قبیل راه رفتن، ایستاده، زانو زده و چمباتمه در مقایسه با وضعیت‌های خوابیده، باعث کاهش شدت درد در مرحله اول زایمان شدند (۲۱). مطالعه مینا (۲۰۱۷)

نشان داد که حرکت کردن و تغییر وضعیت در لیبر باعث کاهش احساس درد می‌شود (۲۲). بنابراین با توجه به پژوهش‌های قبلی و نیز یافته‌های مطالعه حاضر، به نظر می‌رسد وضعیت سجده با حرکات گهواره‌ای لگن در کاهش درد لیبر تأثیر ملموسی دارد.

در مطالعه دزبرایر و همکاران (۲۰۱۳)، قرارگیری مادر در دو وضعیت چهار دست‌وپا و نیمه‌دمر در طول لیبر، در کاهش شدت درد مادر در لیبر بی‌تأثیر بودند (۱۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. به نظر می‌رسد تفاوت در یافته‌های این دو مطالعه به روش کار مربوط باشد؛ به این صورت که در مطالعه دزبرایر، مادر با توجه به ایستگاه‌های مختلف سر جنین در یک وضعیت خاص به‌طور ثابت قرار می‌گرفت؛ به این ترتیب که از ایستگاه ۵- تا ۳- مادر در وضعیت چهار دست‌وپا، در ایستگاه ۲- تا صفر در وضعیت نیمه دمر قرار می‌گرفت و امکان جابجایی و تغییر وضعیت تا زمان رسیدن سر جنین به ایستگاه مورد نظر وجود نداشت و ممکن بود این مدت زمان طولانی و خسته کننده باشد، ولی در مطالعه حاضر، مادر به صورت دوره‌ای (۱۵ تا حداکثر ۳۰ دقیقه در هر ساعت) در وضعیت مربوطه قرار می‌گرفت تا از ایجاد خستگی زانو از قرارگیری در وضعیت مربوطه پرهیز شود. از تفاوت‌های بارز دیگر مطالعه دزبرایر با مطالعه حاضر، مانند مطالعه گویبتر، می‌توان به استفاده از بی‌حسی اپیدورال جهت اکثر نمونه‌های حاضر در گروه کنترل و شاهد اشاره داشت. همچنین در مطالعه لی ری و همکاران (۲۰۱۶)، قرارگیری مادر در وضعیت خوابیده به پهلوی مخالف اکسی‌پوت در موارد اکسی‌پوت خلفی سر جنین همراه با بالا آوردن پای فوقانی با کمک یک نگهدارنده، در کاهش شدت درد مادر، بی‌تأثیر بود (۱۸) که به نظر می‌رسد از دلایل تفاوت با نتیجه مطالعه حاضر این باشد که در مطالعه لی ری، علاوه بر اینکه فقط در مرحله اول لیبر از وضعیت خاصی استفاده می‌شد، همانند گویبتر و دزبرایر نیز از بی‌حسی اپیدورال جهت کاهش درد استفاده شده بود.

نتایج مطالعه حاضر شاهدهی است بر اینکه قرارگیری زانو در این وضعیت تا حد زیادی بر میزان شدت درد تأثیر دارد. مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که تحرک و تغییر

وضعیت در طی لیبر، باعث بهبود تجربه مادر و نتایج زایمان می‌شود و بهتر است مادر در وضعیتی قرار گیرد که احساس راحتی بیشتری می‌کند (۱).

در مطالعه اظهري و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف مقایسه وضعیت‌های نشسته و زانویی و معمول در مرحله دوم زایمان بر شدت درد و طول مرحله دوم زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد، وضعیت زانویی در زنان نخست‌زا با درد کمتر و طول مرحله دوم زایمان کوتاه‌تر نسبت به وضعیت نشسته و معمول همراه بود (۲۸).

در مطالعه حاضر، مقایسه میزان رضایت‌مندی سه گروه از فرآیند زایمان، نشان‌دهنده تفاوت آماری معنادار بین سه گروه بود؛ به طوری که اغلب نمونه‌ها در گروه نیمه‌دمر و سجده اظهار داشتند که فرآیند راحت بود، اما اغلب نمونه‌ها در گروه شاهد، فرآیند زایمان را خیلی ناراضی یا ناراضی گزارش کردند. در مطالعه گوییتز و همکاران (۲۰۱۶) ثابت شد که قرارگیری مادر در انواع مختلف وضعیت چهار دست‌وپا مانند وضعیت سجده، در مرحله اول زایمان با افزایش میزان رضایت‌مندی مادر در لیبر همراه بود (۱۵). در مطالعه آل‌سعادی و همکاران (۲۰۱۷) نیز میزان رضایت مادر در وضعیت‌های قائم (راه رفتن، ایستاده، زانو زده و چمباتمه) با افزایش میزان رضایت‌مندی مادر همراه بود (۲۱). در مطالعه هودنت و همکاران (۲۰۱۳) نیز رضایت‌مندی مادر در وضعیت چهار دست‌وپا بیشتر گزارش شد (۲۹). در مطالعه زاکی (۲۰۱۶) نیز به افزایش میزان رضایت‌مندی مادر، از قرارگیری در وضعیت نشسته بر توپ تولد همراه با حرکات جنبشی لگن اشاره شد (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر در خصوص وضعیت سجده همراه با حرکات گهواره‌ای لگن، همسو بود. همچنین در مطالعه حاضر وضعیت نیمه دمر با افزایش میزان رضایت‌مندی مادر همراه بود که با نتایج مطالعه لی ری (۲۰۱۶) متناقض

بود، که البته می‌توان این تفاوت را به متفاوت بودن روش کار آن و نیز استفاده از بی‌حسی اپیدورال اشاره کرد (۱۸). قابل ذکر است که در مطالعه حاضر، در بررسی مقایسه‌ای میان دو گروه مداخله، تفاوت آماری معناداری بین دو گروه وضعیت نیمه دمر و گروه سجده در کاهش احساس درد و نیز میزان رضایت‌مندی مادر وجود نداشت. با توجه به نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد پیشنهاد وضعیت‌های نیمه‌دمر و سجده به مادر در طول لیبر، بتواند به عنوان یک روش غیر دارویی در جهت کاهش شدت درد در طول مرحله اول و دوم زایمان و کسب رضایت بیشتر مادر از فرآیند زایمان طبیعی مؤثر واقع گردد. با این وجود مطالعات بیشتری در آینده مورد نیاز است تا بتوان با اطمینان، این وضعیت‌ها را در طول لیبر به منظور کاهش شدت درد زایمان و افزایش رضایت به مادران پیشنهاد داد.

نتیجه‌گیری

وضعیت‌های نیمه دمر و سجده مادر دارای جنین با وضعیت اکسی‌پوت خلفی در طول فاز فعال زایمان و مرحله دوم زایمان در کاهش درد لیبر و افزایش رضایت مادر سودمند می‌باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دانشجویی با کد اخلاق IR.AJUMS.REC.1396.85 و شماره طرح RHPRC-9601 می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، پزشکان و کارکنان محترم بیمارستان‌های محل پژوهش و همچنین از تمام زنان بارداری که با عشق و شور فراوان در تمام مراحل تحقیق ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Marshall JE, Raynor MD. Myles textbook for midwives. Trans: Brahimi N, Taghizadeh Z. 16th ed. Tehran: Jamee Negar; 2014. (Persian).
2. Barth Jr WH. Persistent occiput posterior. *Obstet Gynecol* 2015; 126(1):213-4.
3. Garry G, Leveno C, Bloom E. Williams obstetric. Trans: Ghazi Jahani B, Gotbi R. 24th ed. Tehran: Golban; 2014.

4. Dehcheshmeh FS, Rafiei H. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: a comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. *Complement Ther Clin Pract* 2015; 21(4):229-32.
5. Goodman P, Mackey M, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004; 46(2):212-9.
6. Sadeghieh Ahari S, Tazakori Z, Habibzadeh S, Yahyavi O, Novrozi V, Namadi Vosogh M. Respecting patients' rights and expectations' of patients in hospitals of medical sciences university of Ardabil in 2012. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2015; 22(3):472-80.
7. Lundgren I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 2005; 21(4):346-54.
8. Waldenstrom U, Hildingson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006; 113(6):633-46.
9. Nazarpour S. *Physiological delivery without pain*. Tehran: Golban; 2017.
10. Oreily B, Bottomley C, Rymer J. *Essentials of obstetrics and gynecology* 2010. Trans: Ghazi Jahani B. Tehran: Golban; 2015.
11. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(6):489-504.
12. Zwelling E. Overcoming the challenges: maternal movement and positioning to facilitate labor progress. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2010; 35(2):72-8.
13. Akbarzadeh M, Moradi Z, Jowkar A, Zare N, Hadianfard MJ. Comparing the effects of acupressure at the Jian Jing-Gall Bladder Meridian (GB-21) point on the severity of labor pain, duration and cesarean rate in mono- and bi-stage interventions. *Womens Health Bull* 2015; 2(1):e24981.
14. Susan OA. *Maternity, newborn and women's health nursing*. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
15. Guittier MJ, Othenin-Girard V, de Gasquet B, Irion O, Boulvain M. Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG* 2016; 123(13):2199-207.
16. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *BioMed Res Int* 2014; 2014:638093.
17. Desbriere R, Blanc J, Le Dû R, Renner J, Carcopino X, Loundou A, et al. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208(1):60.e1-8.
18. Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, et al. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 215(4):511-e1-7.
19. Shamaeian Razavi N, Bahri Binabaj N, Hoseyni Shahidy L, PourHeidari M. The effect of maternal position on labor pain. *Horizon Med Sci* 2006; 12(2):16-21.
20. Zaky NH. Effect of pelvic rocking exercise using sitting position on birth ball during the first stage of labor on its progress. *IOSR J Nurs* 2016; 5(4):19-27.
21. Al-Seady MY, Fadel EA, El-Gohary AM, Marzouk T. Labour Pain and Satisfaction of Primipara Assume Upright versus Recumbent Positions during First Stage of Labour. *IOSR J Nurs Health Sci* 2017; 6(4):24-30.
22. Meena P. A study to assess the effect of ambulation in reduction of labour pain among pregnant women in the regional hospital Kullu (HP). *IJAR* 2017; 3(6):291-4.
23. Hosseini Amiri M, Manzari ZS, Tavoosi H. Effect of transcranial direct current stimulation on pain intensity and quality of burn dressing. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 24(120):75-87. (Persian).
24. Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. 4th ed. London: Churchill Living Stone; 2005. P. 56.
25. Sajjadian I, Neshat Dost HT, Molavi H, Bagherian Sararoudi R. Cognitive and emotional factors effective on chronic low back pain in women: explanation the role of fear-avoidance believes, pain catastrophizing and anxiety. *J Res Behav Sci* 2011; 9(5):79-90.
26. Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H, Neysani L. Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor. a randomized controlled trial. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56(2):137-40.
27. Vajjayanthimala M, Judie A. Effectiveness of birth ball usage during labour on pain and childbirth experience among primi parturient mothers: a randomized interventional study. *Int J Sci Res* 2014; 33(7):416-8.
28. Azhari S, Khalilian Muvahhed H, Tara F, Esmaeli H. Comparison the effect of sitting and kneeling positions during the second stage of labor on pain and duration of second stage of labor in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(38):7-16. (Persian).
29. Hodnett ED, Stremler R, Halpern SH, Weston J, Windrim R. Repeated hands-and-knees positioning during labour: a randomized pilot study. *Peer J* 2013; 1:e25.