

اثر مصرف خوراکی شربت عسل خرما طی زایمان بر پیشرفت زایمان زنان نخست‌زا

معصومه کردی^{۱*}، نسرين سالک نصیری^۲، محمد صفريان^۳، حبيب اله اسماعیلی^۴، خدیجه شادجو^۵

۱. مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. کارشناس ارشد مامایی، بیمارستان امام سجاد (ع) شهریار، تهران، ایران
۳. استادیار گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. متخصص زنان و زایمان، بیمارستان امام سجاد (ع) شهریار، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۸۷/۱۰/۲۸

خلاصه

مقدمه: پیشرفت غیرطبیعی زایمان شایعترین علت سزارین است. خوردن و آشامیدن طی زایمان یکی از سیاست‌ها جهت پیشگیری از زایمان سخت در زنان با حاملگی کم‌خطر است. امروزه اطلاعات علمی کمی در مورد اثر خوردن و آشامیدن بر پیشرفت زایمان و بهترین ماده غذایی طی زایمان موجود است. این مطالعه با هدف تعیین اثر مصرف خوراکی شربت عسل خرما در طی زایمان، بر پیشرفت زایمان در زنان نخست‌زا انجام شده است.

روش کار: این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی دوسوکور بر روی ۹۰ زن نخست‌زا با سن بارداری ۳۷-۴۲ هفته و حاملگی کم‌خطر مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهریار در سال ۱۳۸۶ انجام شد. واجدین شرایط بطور تصادفی به سه گروه مورد (دریافت کننده شربت عسل خرما)، شاهد ۱ (دریافت کننده پلاسبو) و شاهد ۲ (مراقبت معمول) تقسیم شدند. از اتساع دهانه رحم ۴ سانتی‌متر تا زایمان، گروه شربت عسل خرما و پلاسبو به ترتیب شربت عسل خرما و پلاسبو (ترکیبی از آب، سدیم ساخارین و غلظت دهنده سدیم سی‌ام‌سی دریافت کردند و خوردن و آشامیدن گروه مراقبت معمول به جرعه‌های آب در حد رفع تشنگی محدود شد. اطلاعات به دست آمده شامل پیشرفت طبیعی زایمان و طول مدت زایمان پس از جمع آوری در سه گروه مورد مطالعه با استفاده از آزمونهای آنالیز واریانس یک‌طرفه، کروسکال‌والیس و مجذور کای تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میزان پیشرفت طبیعی زایمان در گروه شربت عسل خرما (۹۶/۷٪) بیشتر از دو گروه دیگر شامل گروه پلاسبو (۶۶/۷٪) و در گروه مراقبت معمول (۶۰/۰٪) بود ($P < ۰/۰۰۲$)، همچنین طول زایمان در گروه شربت عسل خرما (۳۵۱/۰ دقیقه) کوتاهتر از دو گروه دیگر شامل در گروه پلاسبو (۴۸۴/۲) و در گروه مراقبت معمول (۴۷۵/۷) بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه حاضر مصرف خوراکی شربت عسل خرما می‌تواند موجب افزایش میزان پیشرفت طبیعی زایمان گردد. مصرف این نوشیدنی طی زایمان ممکن است از زایمان طولانی پیشگیری نماید اما مطالعات بیشتری در این زمینه ضروری است.

کلمات کلیدی: خوردن و آشامیدن؛ عسل خرما؛ پیشرفت زایمان؛ زایمان طولانی

* نویسنده مسؤول مکاتبات: معصومه کردی؛ مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دانشکده پرستاری و مامایی؛ تلفن: ۰۵۱۱-۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: KordiM@mums.ac.ir

مقدمه

پیشرفت غیرطبیعی زایمان با شیوع ۶/۲-۱۷/۲ درصد در جهان، عامل ۸ درصد از موارد مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه بوده و شایعترین علت سزارین اولیه می باشد (۱-۴). بر اساس اطلاعات آماری بدست آمده در سال ۲۰۰۲ از ایالات متحده ۲۶/۱ درصد کل زایمان‌ها در امریکا به روش سزارین انجام می‌شود که شایعترین علت آن پیشرفت غیرطبیعی زایمان است و انقباضات غیر موثر رحم از شایعترین علت پیشرفت غیرطبیعی زایمان می باشد (۳-۶).

عدم کفایت انقباضات رحم تحت تاثیر عوامل متعدد جسمی و روانی قرار دارد (۳،۵،۷). طی دهه گذشته، توجه پژوهشگران به امر پیشگیری از زایمان سخت بر اساس نیازهای جسمی و روانی مادر معطوف شده است، یکی از این موارد نیاز زن به انرژی و ضرورت خوردن و آشامیدن وی طی زایمان می‌باشد بطوریکه میزان انرژی مورد نیاز در بخش فعال زایمان، ۵۰-۱۰۰ کالری در ساعت تخمین زده شده است که با انرژی مورد نیاز در ورزش‌های مداوم متوسط هوازی^۱ قابل مقایسه می‌باشد (۶، ۸).

با وجود نیاز مداوم انقباضات عضلانی بالقوه قوی رحم به انرژی، خطمشی محدودیت خوردن و آشامیدن در طول زایمان، بطور گسترده بدون هیچگونه مدرکی از اثر مفید آن بر بهبود سرانجام مادر و نوزاد، از اوایل دهه ۱۹۴۰ در بیمارستان‌ها شروع به اجرا شده و بصورت یک سنت ادامه دارد (۵، ۹، ۱۰).

اعتقاد طرفداران خطمشی محدودیت خوردن و آشامیدن بر این بود که رعایت آن موجب کاهش خطر آسپیراسیون مادر در موقع بیهوشی عمومی می‌شود. اما مطالعات اخیر نشان داده‌اند که این روش ضرورتاً کاهش حجم محتویات معده در زیر بیهوشی عمومی را تضمین نمی‌کند (۹، ۱۱-۱۳) و گرسنگی طولانی مدت موجب افزایش حجم و بالا رفتن غلظت اسید معده شده و خطر آسپیراسیون را تشدید می‌کند (۵، ۸، ۱۰).

برخلاف طرفداران خطمشی محدودیت خوردن و آشامیدن در طی زایمان، انجمن متخصصان بیهوشی و انجمن متخصصین زنان و مامایی امریکا، مصرف مایعات صاف شده

مانند آب، آب‌میوه، چای، قهوه توسط زنان بدون عارضه در طی زایمان را مجاز شمرده اند (۱۴). در این رابطه سازمان جهانی بهداشت توصیه می‌کند زنان به خوردن و آشامیدن در طی زایمان، حتی در مراحل انتهایی آن تشویق شوند ولی مصرف غذای جامد را جایز نمی‌داند (۸، ۱۵).

مطالعات انجام شده در این زمینه به نتایج مشابه و گاه متفاوتی دست یافته‌اند بطوری که نتیجه مطالعه اسپچیرز (۲۰۰۱) نشان داد مصرف کربوهیدرات موجب کاهش احتمال پیشرفت غیرطبیعی زایمان و شیوع زایمان با وسیله می‌شود (۱۶). اما مطالعه کوبلی (۲۰۰۱) نشان داد گرچه خوردن و آشامیدن مایع ایزوتونیک مانع از افزایش کتون و اسیدهای چرب در حین زایمان می‌شود اما تاثیری بر سرانجام زایمان ندارد (۱۷). همچنین اسپچیرز (۲۰۰۱) و ترانمر (۲۰۰۵) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که خوردن و آشامیدن، اثر سوئی بر سرانجام مادر و نوزاد ندارد (۶، ۱۶). نتیجه پژوهش جرالدين (۲۰۰۹) نشان داد که خوردن غذای سبک طی درد زایمان اثر سوئی بر سرانجام مادر و نوزاد ندارد و مدت زایمان، نوع زایمان و بروز تهوع و استفراغ نسبت به گروه کنترل تفاوتی نداشته است (۱۸).

گروه زایمانی کوکران استفاده از رژیم کم چرب و که مدت کمی در معده باقی می‌مانند^۲ را در طول زایمان توصیه می‌کنند (۱۴).

با توجه به اینکه در طی دردهای زایمان نیاز به انرژی افزایش می‌یابد تامین این انرژی ضروری است، بعضی مراکز زایشگاهی مصرف خوراکی مواد انرژی‌زا مانند عسل یا ترکیبی از آب، عسل، آب لیمو، نمک، قرص کلسیم و منیزیم^۳ را با حجم کم و دفعات مکرر در طی زایمان به زائوها تجویز می‌کنند (۱۹، ۲۰).

یکی از این مواد انرژی‌زا خرما می‌باشد که حاوی مقادیر زیادی مواد قندی است که هضم و جذب آسانی دارد و می‌تواند انرژی مورد نیاز برای پیشگیری از ضعف جسمانی را فراهم آورد (۲۱).

² Low residue

³ Labor aide

از فرم‌های یادآور غذای دریافتی طی ۲۴ ساعت قبل و بسامد خوراکی تعیین می‌شد.

برای هر واحد پژوهش در گروه دریافت کننده شربت عسل خرما، ۱۳۲ گرم عسل خرما (معادل ۱۰۰ گرم کربوهیدرات)، در نظر گرفته شد. بر اساس روش توصیه شده برای بارگیری انرژی در ورزش‌های مداوم متوسط، ابتدا ۹۲ گرم عسل خرما (معادل ۷۰ گرم کربوهیدرات) با ۱۴۰ میلی‌لیتر آب بصورت محلول درآورده و در اتساع دهانه رحم ۴ سانتی متر به زائو داده می‌شد و سپس ۴۰ گرم عسل خرما (معادل ۳۰ گرم کربوهیدرات) در ۶۰۰ میلی‌لیتر آب حل کرده هر نیم ساعت ۶۰ میلی‌لیتر از این محلول به وی داده می‌شد (۲۳).

در گروه شاهد (۱) ابتدا ۱۴۰ میلی‌لیتر از محلول پلاسبو مشابه شربت حاوی ۹۲ گرم عسل خرما (به ازای هر ۱۰۰ میلی‌لیتر آب حاوی ۸ عدد قرص ساخارین با غلظت سی ام سی ۰/۲۵٪) در اتساع دهانه رحم ۴ سانتی‌متر و سپس هر نیم ساعت ۶۰ میلی‌لیتر از محلول پلاسبو مشابه شربت حاوی ۴۰ گرم عسل خرما (به ازای هر ۱۰۰ میلی‌لیتر آب حاوی ۲ عدد قرص ساخارین با غلظت سی ام سی ۰/۵٪) جهت مصرف خوراکی به زائو داده می‌شد. در این پژوهش پلاسبو خاصیت انرژی زایی نداشته و ترکیبی از آب، سدیم ساخارین و غلظت دهنده سدیم سی ام سی بود.

در گروه شاهد (۲) واحد پژوهش می‌توانست خوردن و آشامیدن در حد رفع تشنگی با جرعه‌های آب داشته باشد و برای رفع خشکی لب‌ها از گاز آغشته به آب استفاده نماید.

شربت عسل خرما و محلول پلاسبو صبح روز نمونه‌گیری توسط کمک پژوهشگر تهیه و کدگذاری شده و در موعدهای مقرر توسط وی به گروه مورد و شاهد (۱) داده می‌شد و به گروه شاهد (۲) نیز آب جهت رفع تشنگی داده می‌شد. کنترل پیشرفت زایمان توسط پژوهشگر انجام می‌شد که از نوع مایع مصرفی که توسط کمک پژوهشگر به گروه‌ها داده می‌شد بی اطلاع بود.

معاینه مهیلی واحدهای پژوهش هر یک ساعت توسط پژوهشگر انجام شده، در صورت پیشرفت غیرطبیعی زایمان (اتساع دهانه رحم کمتر از یک سانتی متر در

یکی از محصولات تولید شده از خرما، عسل خرما است که دارای گلوکز، فروکتوز، سدیم، پتاسیم، کلسیم و منیزیم می‌باشد که به دلیل جدا شدن ذرات جامد از بخش مایع در این محصول می‌توان از آن شربت و نوشیدنی‌های شفاف تهیه کرد (۲۲).

با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت به دریافت مایعات شفاف توسط زائو طی زایمان و پیروی اکثر بیمارستان‌های کشور ما از روش محدودیت خوردن و آشامیدن و همچنین نتایج متناقض مطالعات انجام شده در این زمینه و الویت مسأله پیشگیری از پیشرفت غیرطبیعی زایمان، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثر مصرف خوراکی شربت عسل خرما در طی زایمان، بر پیشرفت زایمان زنان نخست‌زا صورت پذیرفت.

روش کار

مطالعه حاضر با کسب موافقت کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد و به صورت طرح مصوب این دانشگاه انجام شد.

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی دوسوکور بر روی ۹۰ زن نخست‌زا و حاملگی کم‌خطر مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) شهرستان شهرداری در سال ۱۳۸۶ با سن ۱۸-۳۵ سال، سن بارداری ۳۷-۴۲ هفته، جنین تک‌قلو، دارای نمایش سر و شروع خودبخودی انقباضات رحم به روش آسان انتخاب و بطور تصادفی به سه گروه مورد (دریافت کننده شربت عسل خرما)، گروه شاهد ۱، (دریافت کننده پلاسبو) و گروه شاهد ۲ (مراقبت معمول) تقسیم شدند. حجم نمونه پس از مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر (در هر گروه ۱۰ نفر) و بر اساس هدف کلی مطالعه و استفاده از فرمول مقایسه نسبت‌ها با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان دستیابی ۸۰٪ در هر گروه ۳۰ نفر (در مجموع ۹۰ نفر) تعیین شد.

$$n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

در بدو پذیرش سطح اضطراب و خستگی و گرسنگی با استفاده از مقیاس تطابق دیداری (VAS)، دریافت غذا طی ۲۴ ساعت قبل و الگوی غذایی به ترتیب با استفاده

ساعت طی دو ساعت متوالی در بخش فعال مرحله اول زایمان و نزول کمتر از یک سانتی متر در ساعت یا طول بیشتر از ۲ ساعت در مرحله دوم زایمان (۲۴) خوردن و آشامیدن قطع شده و با نظر پزشک متخصص مامایی انفوزیون ۵ واحد اکسی توسین محلول در ۵۰۰ میلی لیتر سرم رینگر دریافت کرده و در انتهای مطالعه به عنوان پیشرفت غیرطبیعی در سه گروه مورد مقایسه قرار گرفتند.

برای تعیین کتون ادرار اولین ساعت پذیرش و اولین ساعت بعد از زایمان از تجزیه کامل ادرار استفاده می شد. جهت تجزیه و تحلیل داده ها در مورد متغیرهای کمی پس از کنترل نرمالیتت حسب مورد از آزمون آنالیز

واریانس یا کورسکال والیس و در مورد متغیرهای کیفی از آزمون کای دو و در صورت عدم وجود شرایط لازم از آزمون دقیق کای دو با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۴) استفاده گردید. نتایج در سطح معنی داری ۰/۰۵ گزارش گردید.

نتایج

تعداد ۹۰ زن در سه گروه، مطالعه را به طور کامل به پایان رساندند که از نظر متغیرهای مداخله گر مختلف بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین متغیرهای مداخله گر در مطالعه اثر مصرف خوراکی شربت عسل خرما طی زایمان بر پیشرفت زایمان زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) شهریار، ۱۳۸۶ گروههای مورد مطالعه دریافت کننده خوراکی

متغیرهای مداخله گر	مراقبت معمول	پلاسیبو	عسل خرما	آزمون آماری	P
سن (سال)	۲۱/۱۷ ± ۲/۸۱	۲۱/۲۳ ± ۲/۷۰	۲۰/۹۳ ± ۲/۲۵	آنالیز واریانس	۰/۸۹۶
شاخص توده بدنی	۲۱/۳ ± ۲/۸	۲۱/۳ ± ۲/۹	۲۱/۱ ± ۲/۸	مربع کای	۰/۲۹۴
مدت ورزش در هفته (دقیقه)	۱۲۳/۰ ± ۲۶/۰۳	۲۴۶/۵ ± ۶۱/۴۰	۱۷۵/۷ ± ۳۶/۴۰	کورسکال والیس	۰/۲۹۴
مدت خواب طی ۴۸ ساعت قبل (ساعت)	۱۳/۹۳ ± ۴/۱۶	۱۳/۶۰ ± ۶/۴۳	۱۳/۱۰ ± ۴/۵۹	آنالیز واریانس	۰/۸۲۱
سن بارداری (هفته)	۳۹/۳ ± ۰/۹۶	۳۹/۴ ± ۰/۹۳	۳۹/۴ ± ۱/۱	کورسکال والیس	۰/۷۵
نمره سطح اضطراب	۵۴/۰۷ ± ۳۲/۶۵	۵۷/۸۷ ± ۳۰/۰۹	۴۹/۴۷ ± ۳۲/۲۰	آنالیز واریانس	۰/۵۹۱
نمره سطح گرسنگی	۴۲/۲۷ ± ۳۳/۰۰	۳۲/۶۷ ± ۲۸/۲۴	۴۲/۸۰ ± ۳۱/۷۸	آنالیز واریانس	۰/۸۹۶
نمره سطح خستگی	۴۹/۰۰ ± ۲۸/۹۱	۴۳/۸۳ ± ۲۷/۶۳	۴۴/۷۰ ± ۳۴/۲۳	آنالیز واریانس	۰/۷۸۰
نمره بی شاپ سرویکس	۶/۵ ± ۱/۵	۶/۸ ± ۱/۴	۶/۴ ± ۱/۴	آنالیز واریانس	۰/۴۸
مدت قرارگیری مادر در وضعیت قائم (دقیقه)	۱۷۴/۳ ± ۱۰۹/۶	۱۸۳/۰ ± ۷۵/۲	۱۲۳/۶ ± ۴۸/۱	آنالیز واریانس	۰/۰۷۲
مدت قرارگیری مادر در وضعیت افقی (دقیقه)	۲۰۸/۴۱ ± ۱۰۴/۰	۲۰۴/۵۰ ± ۹۷/۹	۱۶۷/۷۸ ± ۸۴/۳	آنالیز واریانس	۰/۳۶۵
تعداد حلقه های بندناف دور گردن	۰/۰۳ ± ۰/۱۸۳	۰/۱۳ ± ۰/۳۴۶	۰/۲۰ ± ۰/۶۶۴	آنالیز واریانس	۰/۳۴۹
دور سر نوزاد (سانتی متر)	۳۵/۲۰ ± ۰/۹۷۷	۳۴/۸۳ ± ۱/۰۵۳	۳۴/۹۷ ± ۰/۸۰۹	کورسکال والیس	۰/۳۶۲
وزن نوزاد (گرم)	۳۲۴۳/۳ ± ۳۳۸/۵	۳۳۱۶/۱ ± ۳۷۳/۳	۳۲۱۰/۰ ± ۳۲۶/۰	آنالیز واریانس	۰/۴۷۸

گروه های مداخله و شاهد (۱) به ترتیب جهت دریافت شربت عسل خرما و پلاسیبو تشویق می شدند اما گروه شاهد (۲) طبق مراقبت معمول و درخواست خود جهت رفع تشنگی آب دریافت می نمودند. بر این اساس، متوسط حجم مایع دریافتی طی زایمان توسط گروه شربت عسل خرما ۴۸۷/۳۳، پلاسیبو ۴۹۰/۳۳ و مراقبت معمول ۱۰۹/۳ میلی لیتر در ساعت بود. از این نظر

تفاوت معنی داری بین گروه شربت عسل خرما و پلاسیبو با گروه مراقبت معمول وجود داشت (p=۰/۰۰۱). از نظر پیشرفت طبیعی زایمان در مرحله اول زایمان بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت، اما در مرحله دوم زایمان و از اتساع ۴ سانتی متری دهانه رحم تا خروج جنین این تفاوت معنی دار بود (جدول ۲). از نظر طول بخش فعال مرحله اول و مرحله دوم زایمان و طول زایمان از ابتدای بخش فعال مرحله اول تا خروج

دو گروه پلاسبو و مراقبت معمول وجود داشت در حالیکه بین دو گروه مراقبت معمول و دارو نما اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت.

جنین در کل زایمانها بین گروه شربت عسل خرما با دو گروه پلاسبو و مراقبت معمول اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد (جدول ۳). نتیجه آزمون آماری کای دو حاکی از این بود که اختلاف بین گروه عسل خرما با

جدول ۲- مقایسه میزان پیشرفت طبیعی زایمان در مطالعه اثر مصرف خوراکی شربت عسل خرما طی زایمان در زنان نخست‌زای زنان مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) شهریار، ۱۳۸۶

P	آزمون دقیق کای دو	عسل خرما	پلاسبو	مراقبت معمول	
۰/۲۲۷	$X^2=۲/۹۶۳$	٪۹۶/۷	٪۹۰/۱۰	٪۸۳/۳	پیشرفت طبیعی بخش فعال مرحله اول زایمان
٪۰۰۹	$X^2=۹/۴۷۸$	٪۱۰۰	٪۷۴/۱	٪۷۲/۱۰	پیشرفت طبیعی مرحله دوم زایمان
۰/۰۰۲	$X^2=۱۲/۰۳۱$	٪۹۶/۷	٪۶۶/۷	٪۶۰/۱۰	پیشرفت طبیعی از اتساع ۴ سانتی متر سرویکس تا خروج جنین

جدول ۳- مقایسه طول مدت زایمان در مطالعه اثر مصرف خوراکی شربت عسل خرما طی زایمان در زنان نخست‌زای زنان مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) شهریار، ۱۳۸۶

P	آزمون آنالیز واریانس	عسل خرما	پلاسبو	مراقبت معمول	
۰/۰۰۳	$F=۶/۳۰۶$	۸۳/۱±۳۰۲/۶۷	۱۲۵/۰±۳۹۹/۰	۱۴۴/۷±۳۹۷/۵	طول بخش فعال مرحله اول زایمان (دقیقه)
۰/۰۰۱	$F=۱۴/۷۷۳$	۴۸/۳۳±۱۵/۱۶	۸۶/۱۷±۴۰/۳۸	۷۸/۱۷±۴۲/۷۸	طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)
۰/۰۰۱	$F=۸/۸۳۴$	۹۰/۳±۳۵۱/۰	۱۴۵/۵±۴۸۴/۲	۱۶۵/۲±۴۷۵/۷	طول زایمان از اتساع ۴ سانتی متر سرویکس تا خروج جنین (دقیقه)

تفاوت آماری معنی داری نداشت اما در مرحله دوم زایمان و از اتساع ۴ سانتی متر سرویکس تا خروج جنین پیشرفت طبیعی زایمان در گروه دریافت کننده عسل خرما بطور معنی داری بیشتر از گروه‌های پلاسبو و مراقبت معمول بود. همچنین متوسط طول بخش فعال مرحله اول زایمان، مرحله دوم زایمان و از ابتدای بخش فعال مرحله اول تا خروج جنین در گروه پلاسبو و مراقبت معمول بیشتر از گروه عسل خرما بود.

به نظر می‌رسد در پژوهش ما شربت عسل خرما با تامین مداوم گلوکز و حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌های بدن توانست موجبات پیشرفت طبیعی زایمان را فراهم آورد اما دو گروه شاهد احتمالاً به دلیل محدود بودن ذخایر گلیکوژنی و دفع آب از طریق تنفس، ادرار و تعریق، در نتیجه کاهش خورسانی و تغذیه رحم با پیشرفت غیرطبیعی و زایمان طولانی مواجه شدند.

در پژوهش حاضر میزان اتساع دهانه رحم به عنوان معیار ارزیابی پیشرفت بخش فعال مرحله اول زایمان مورد بررسی قرار گرفت. متوسط اتساع دهانه رحم در گروه عسل خرما بطور معنی داری بیشتر از گروه پلاسبو

پیشرفت اتساع دهانه رحم در گروه شربت عسل خرما $۱/۲۹±۰/۴۱$ در گروه پلاسبو $۰/۹۹±۰/۳۱$ و در گروه مراقبت معمول $۱/۰۵±۰/۴۴$ سانتی متر در ساعت بود ($p=۰/۰۰۸$). بر اساس تست کای دو اختلاف بین گروه عسل خرما با دو گروه دارو نما و مراقبت معمول بوده است. در گروه مراقبت معمول $۱/۱۳/۳$ موارد زایمان با واکيوم انجام شد که در دو گروه دیگر موردی دیده نشد ($p=۰/۰۱۵$). همه زایمانها در سه گروه به روش مهیلبی انجام گرفت. از نظر کتون موجود در نمونه‌های ادرار تهیه شده در یک ساعت اول پژوهش و یک ساعت اول بعد از زایمان بین سه گروه مورد مطالعه، تفاوت معنی داری وجود نداشت.

بحث

نتیجه کلی پژوهش نشان داد مصرف خوراکی شربت عسل خرما در طی زایمان، بر پیشرفت زایمان زنان نخست‌زا مؤثر است. یافته‌ها نشان دادند پیشرفت زایمان در بخش فعال مرحله اول زایمان بین سه گروه دریافت کننده عسل خرما، پلاسبو و مراقبت معمول

و مراقبت معمول بود. یافته‌ها نشان دادند میزان اتساع دهانه رحم در گروه عسل خرما تقریباً با میزان طبیعی مطرح شده توسط فریدمن برابر است.

در مطالعه ترانمر و همکاران (۲۰۰۵) که بر روی دو گروه مراقبت معمول و مصرف کربوهیدراتها انجام شد گروه کربوهیدرات از نظر دریافت مواد جامد و مایعات محدودیتی نداشتند. پژوهش آنان نشان داد پیشرفت زایمان بخش فعال مرحله اول زایمان گروه کربوهیدرات در ۶۴٪ موارد طبیعی و ۳۶٪ موارد غیرطبیعی و گروه مراقبت معمول در ۶٪ موارد طبیعی و ۴۴٪ موارد غیرطبیعی بود و تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (۶). در این مطالعه میزان پیشرفت غیرطبیعی زایمان گروه دریافت خوراکی کربوهیدرات در مقایسه با گروه مشابه در مطالعه فوق کمتر بود. احتمال دارد این تفاوت به علت استفاده شایع از بی‌حسی اپیدورال بوده و همچنین گروه مورد در طی پژوهش علاوه بر مایعات، غذاهای جامد را نیز مصرف می‌کردند.

در پژوهش اسپچیرز و همکاران (۲۰۰۱) که با هدف تعیین میزان تشویق زنان هلندی به خوردن و آشامیدن در طی زایمان و میزان تاثیر این تشویق بر تغییر رفتار زنان، به روش کوهورت انجام شد، تعداد زایمان طبیعی در گروه دریافت کننده مواد انرژی‌زا در مقایسه با گروه بدون دریافت مواد انرژی‌زا بیشتر و تفاوت معنی‌دار بود ($p=0/013$) و عدم مصرف مواد انرژی‌زا در طی زایمان با افزایش میزان زایمان با وسیله به دنبال عدم پیشرفت مرحله دوم زایمان، ارتباط داشت (۱۶) از این نظر با این مطالعه همخوانی دارد.

اسکروتان و همکاران (۱۹۹۹) نیز طی پژوهش دو گروه، اثر دریافت رژیم سبک طی زایمان را بررسی کردند. این پژوهشگران در طی زایمان از بی‌حسی اپیدورال و مایعات وریدی نیز استفاده کردند. نتایج پژوهش آنان نشان داد مداخله آنان بر روش زایمان، نیاز به اکسی‌توسین تاثیر نداشت. در این مطالعه جهت انرژی‌زایی از مواد جامد و نیمه جامد استفاده شد. محققین عنوان کردند مصرف بی‌حسی اپیدورال و مایعات وریدی همراه آن احتمال دارد بر یافته‌های این مطالعه مؤثر بوده باشد (۲۵).

در مطالعه کوبلی و همکاران (۲۰۰۱) مصرف نوشیدنی ورزشی ایزوتونیک در طی زایمان بر طول مراحل زایمان مؤثر نبود. این مایع صناعی بطور متوسط ۴۷ کیلوکالری در ساعت انرژی برای گروه کربوهیدرات تأمین کرد (۱۷). اما در مطالعه سه گروه حاضر با استفاده از مایع طبیعی، بطور متوسط ۷۸/۲۸ کیلوکالری در ساعت برای گروه مداخله انرژی تأمین شد. روش هر دو مطالعه متفاوت بوده و یافته‌ها با هم همخوانی ندارد.

تولید کتون از عواقب فیزیولوژیک گرسنگی می‌باشد. در موارد گرسنگی و کمبود کربوهیدرات، جهت تأمین انرژی مورد نیاز اعضای جنین و مادر نظیر انقباض رحم، اسیدهای چرب غیراشباع موجود در بدن تجزیه شده و تولید کتون می‌نمایند (۱۱). در این مطالعه کتون موجود در نمونه‌های ادرار تهیه شده در یک ساعت اول پژوهش و یک ساعت اول بعد از زایمان تفاوت نداشتند. احتمال دارد استفاده از دریافت وریدی جهت درمان پیشرفت غیرطبیعی زایمان، بر این یافته مؤثر بوده باشد.

در مطالعه ترانمر و همکاران (۲۰۰۵) نیز کتون موجود در ادرار بین گروه کربوهیدرات و مراقبت معمول تفاوتی با هم نداشتند. اما در مطالعه کوبلی و همکاران (۲۰۰۱) مصرف نوشیدنی ایزوتونیک ورزشی و در مطالعه اسکروتان و همکاران (۱۹۹۹) مصرف رژیم سبک طی زایمان توانست از کتونوری پیشگیری کند (۱۷۶).

در مطالعه حاضر و سایر مطالعات در این زمینه موردی از اسپیراسیون ریوی ایجاد نشد و هیچگونه اثر سوئی نیز بر سرانجام مادر و نوزاد مشاهده نگردید.

انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله تفاوت‌های ژنتیکی که از عوامل تأثیرگذار بر پیشرفت زایمان هستند (۱۱،۳) همراه بود که از کنترل پژوهشگر خارج بوده است. همچنین امکان استفاده از مانیتورینگ داخلی و اندازه‌گیری فشار داخل رحمی جهت تعیین اثر تأمین انرژی بر شدت انقباضات رحم مقدور نبود.

نتیجه گیری

نتیجه کلی پژوهش نشان داد مصرف خوراکی شربت عسل خرما در طی زایمان، بر پیشرفت زایمان زنان نخست‌زا مؤثر است بر این اساس به نظر می‌رسد یافته‌های پژوهش حاضر را بتوان در خدمات بالینی جهت پیشگیری از پیشرفت غیرطبیعی زایمان و کاهش میزان زایمان‌های طولانی بکار برد. امید است این یافته‌ها اطلاعاتی در زمینه اثر مصرف خوراکی در طی زایمان بر پیشرفت زایمان به سیاست‌گزاران سلامت ارائه داده و انگیزه‌ای برای پژوهش‌های دیگر در زوایای مختلف مبحث خوردن و آشامیدن طی زایمان باشد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل انجام پایان‌نامه تحقیقاتی مصوب ۸۵/۵/۴ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی آن دانشگاه انجام گرفته است. بدین‌وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر و قدردانی می‌شود. از مدیر عامل محترم کارخانه دمباز و شرکت خرما بن جنوب نیز که در تامین عسل خرما ما را یاری کردند تشکر می‌شود.

منابع

1. World Health Organization. Evidence and information for policy. Available at: <http://www.searo.who.int/En>. Accessed Jul 23, 2006.
2. Hofmeyr GJ. Obstructed labor: using better technologies to reduce mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2004 Jun;85 Suppl1:S62-72.
3. Lowe NK. A review of factors of associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *J Midwifery Womens Health* 2007 May-Jun;52(3):216-28.
4. Hammamy E, Arulkumarans S. Poor progress of labour. *Curr Obstet Gynaecol* 2005;15(1):1-8.
5. Simkin P, Ancheta RS. The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia. 2nd ed. Oxford: Blackwell; 2005.
6. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005 May-Jun;34(3):319-28.
7. Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. New York: Oxford, 2000.
8. American College of Nurse Midwives. Intrapartum nutrition: clinical bulletin 1999;3. Available at: www.midwife.org. Accessed Jun 8, 2007.
9. WHO. General aspects of care in labour(part2): nutrition. Available at: www.who.int/reproductive_health/Publications/MSM/_96_24/Care_in_normal_birth_Practical_guide. Accessed Mar 7, 2006.
10. Sleutel M, Golden SS. Fasting in labor: relic or requirement. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1999 Sep-Oct;28(5):507-12.
11. Oral Intake During Labour3. Available at: http://Library.uws.edu.au/adt-NUWS/uploads/approved/adt-NUWS20060706_131824_public/04chapter3.Pdf
12. Scheepers HCJ, de Jong PA, Essd GGM, Saskia LC, Kanhai HHH. Carbohydrate solution intake during just before the start of the second stage: A double-blind study on metabolic effect and clinical outcome. *BJOG* 2004 Dec;111(12):1382-7.
13. Hawkins J. Aspiration risk and NPO status during labor. 2003. Available at: www.choicesinchildbirth.com. Accessed Jun 8, 2007.
14. Lamaze Institute for Normal Birth. Care practices that promote normal birth(4: No Routine Interventions). 2003. Available at: <http://WWW.lamaz.org>. Accessed Jun 8, 2007.
15. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice: Integral management of pregnancy and childbirth. Geneva; 2003: D6-10.
16. Scheepers HC, Thans MC, de Jong PA, Essed GG, Le Cessie S, Kanhai HH. Eating and drinking in labor: the influence of caregiver advice on women's behavior. *Birth* 2001 Jun;28(2):119-23.
17. Kubli M, Scrutton MJ, Seed PT, O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "sportdrinks" during labor. *Anesth Analg* 2002 Feb;94(2):404-8.

18. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomized controlled trial. *BMJ* 2009 Mar 24;338:b784.
19. Seeds N. The importance of eating and drinking in labour. 2005. Available at: www.seedsofbirth.com/resources/articles/eat.htm. Accessed Jun 8, 2007.
20. Klein S, Miller S, Thomson F. A book for midwives: care for pregnancy, birth, and women's health, new ed. Available at: www.globalhealth.org. Accessed Dec 30, 2005.
21. Amer WM. Alchemy in Islamic times: history of botany Part1". Available at: <http://www.Levity.Com/alchemy/islam08.html-36k>. Accessed Jun 5, 2006.
22. Aliaghaei M, Mirnezamizabary SH. Honey therapy. 3rd ed. Tehran: Nourpardazan Publisher; 2000: 17-21. [Persian].
23. McArdle WD, Katch FL, Katch VL. Exercise physiology: energy, nutrition and human performance. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 21.
24. Morgan G, Hamilton C. Practice guidelines for obstetrics & gynecology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 59.
25. Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C, Seed PT, O'Sullivan G. Eating in labour. A randomised controlled trial assessing the risks and benefits. *Anaesthesia* 1999 Apr;54(4):329-34.