

بررسی تأثیر وضعیت سجده بر شدت درد و پیشرفت زایمان

در زنان نخست‌زا: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده

دکتر طیبه صدیقی دريجانی^۱، ساره مهني^{۲*}، ندا دستيار^۲، اعظم اميريان^۲،

اکبر مهرعلیزاده^۳

۱. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.
۳. دکتری آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۴

خلاصه

مقدمه: زایمان برای عده‌ای از زنان رضایت‌بخش نبوده و با درد، ترس و رنج همراه است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر وضعیت سجده بر شدت درد و طول مدت زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۹ بر روی ۱۰۰ نفر از زنان نخست‌زای بستری در بخش زایمان در جنوب استان کرمان انجام شد. افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۵۰ نفره وضعیت معمول و سجده قرار گرفتند. برای زنان وضعیت سجده، در ابتدای فاز فعال (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر)، به طور متناوب (هر یک ساعت، به مدت ۱۵ دقیقه) تا پایان دیلاتاسیون کامل دهانه رحم در وضعیت سجده قرار گرفتند. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و مقیاس دیداری درد و فرم پیشرفت زایمان (پارتوگراف) انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های تی مستقل، کای دو و آزمون دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج آزمون آماری، میانگین شدت درد در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری کمتر بود ($p < ۰/۰۰۱$). پیشرفت زایمان در مادران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری سریع‌تر بود که مدت زمان زایمان در گروه مداخله و کنترل به ترتیب $۴/۴۸ \pm ۱/۰۴$ و $۷/۱۶ \pm ۱/۷$ بود ($p < ۰/۰۰۱$). میزان رضایت مادران از وضعیت قرارگیری در پروسه زایمان در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: وضعیت سجده در زنان نخست‌زا در طول فاز فعال زایمان در کاهش شدت درد و تسریع پیشرفت زایمان سودمند است، لذا توصیه می‌شود که از این وضعیت به عنوان یک مراقبت معمول غیردارویی در بخش‌های زایمانی استفاده شود.

کلمات کلیدی: پیشرفت زایمان، درد زایمان، زنان نخست‌زا، وضعیت سجده

* نویسنده مسئول مکاتبات: ساره مهني؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جیرفت، جیرفت، ایران. تلفن: ۰۳۴-۴۳۳۱۶۳۸۳؛ پست الکترونیک: sareh.mehni@yahoo.com

مقدمه

هر سال بیش از ۲۰۰ میلیون زن در سراسر جهان باردار می‌شوند که برای عده‌ای از آنان، زایمان رضایت‌بخش نبوده و با درد، ترس و رنج همراه است (۱). زایمان یکی از وقایع مهم زندگی است که یک زن آن را تجربه می‌کند و خاطره آن برای همیشه در ذهن او می‌ماند (۲). برای هر زن، صاحب فرزند شدن آرزوی شیرینی است که متأسفانه به علت تحمل درد به تجربه دردناکی تبدیل می‌گردد و این تجربه دردناک، مسئله‌ای است که همواره ذهن هزاران زن باردار را به خود درگیر کرده است (۳). احساس درد لیبر پاسخی کاملاً فردی در برابر محرک‌های متغیری است که هر یک از زنان بر اساس وضعیت خود آن را به صورت منحصر به فرد دریافت و تفسیر می‌کنند. دردی که زنان در طول لیبر تجربه می‌کنند، جزء شدیدترین دردها می‌باشد (۴)؛ به طوری که در مطالعات متعدد فقط درد ناشی از قطع عضو و ایسکیمی میوکارد را برابر با آن دانسته‌اند و شدت این درد خصوصاً در زنان نخست‌زا شدیدتر و طولانی‌تر است (۵). بر اساس مطالعات انجام شده، ۷۷٪ زنان نخست‌زا، درد زایمان را شدید و غیرقابل تحمل توصیف کرده‌اند و اظهار داشته‌اند به جز درد زایمان، محیط اتاق زایمان و همچنین اقداماتی که در اتاق زایمان انجام می‌شود، باعث ایجاد تنش در مادر می‌شود (۶). سیمکین این وضعیت را به عنوان "دیستوشی روانی" توصیف می‌کند؛ به طوری که این درد، تنش، استرس و اضطراب، سبب آزاد شدن هورمون‌های استرس مانند کورتیزول و بتا آندروفین‌ها می‌شوند (۷). همچنین پاسخ دستگاه‌های عصبی سمپاتیک به درد، سبب افزایش چشمگیر میزان کاتکول‌آمین‌ها در گردش خون رحمی- جفتی، کاهش جریان خون رحمی- جفتی، کاهش انقباضات رحمی، طولانی شدن زایمان، کاهش سرعت اتساع دهانه رحم و زجر جنین می‌شود (۸). درد شدید زایمان می‌تواند منجر به عدم تعادل‌های هیجانی طولانی مدت در مادر شود و سلامت روانی مادر را مختل نماید، در نتیجه تأثیر نامطلوبی بر روی روابط مادر و نوزاد داشته باشد (۹). به علاوه درد زایمان باعث ایجاد ترس از حاملگی بعدی و ایجاد اختلال در روابط خانوادگی زنان می‌شود و تمایل

به سزارین را در آنان افزایش می‌دهد (۱۰). با توجه به دلایل ذکر شده، کنترل مؤثر درد زایمان همانند دیگر دردهای حاد، موضوع مهم جامعه و بهداشت محسوب می‌شود و با پیدایش مامایی نوین، این اعتقاد که زایشگاه محلی است که در آن درد کشیدن، قابل قبول و الزامی است، از بین رفته است (۱۱). از آنجایی که ماهیت زایمان درد است، هرگونه اقدام در کاهش احساس ناخوشایند از زایمان، می‌تواند در ترویج زایمان طبیعی و کاهش عوارض سزارین مفید باشد و بر اساس مطالعات صورت گرفته، امروزه بیشتر زنان خواهان شکلی از بی‌دردی در هنگام زایمان هستند (۱۲)، لذا در تخفیف دردهای زایمانی باید اهدافی در نظر گرفته شود؛ به طوری که بهتر است هوشیاری مادر را مختل ننماید تا امکان همکاری وی فراهم گردد، آثار سوئی برای جنین نداشته باشد و جریان خون رحمی جفتی را مختل نکند (۱۰). برای کاهش درد زایمان روش‌های مختلفی وجود دارند که به دو دسته کلی روش‌های دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند (۱۳). روش‌های غیردارویی کنترل درد، از اجزای مهم مراقبت‌های مامایی و در بسیاری از زنان انتخاب اول می‌باشند و تعداد روزافزونی از زنان روش‌های غیردارویی برای کنترل درد لیبر استفاده می‌کنند (۱۴). روش‌های غیردارویی زیادی برای کاهش درد زایمان پیشنهاد شده است که از آن جمله می‌توان به ورزش‌های تنفسی، ریلکسیشن عضلانی، ماساژ لومبو ساکرال، گوش کردن به موسیقی، دوش گرفتن، حرکت کردن و تغییر وضعیت قرارگیری زن در طول لیبر اشاره کرد (۹). در واقع بسیاری از زنان متوجه می‌شوند که با جابه‌جا کردن لگن و سایر حرکات ریتمیک می‌توانند به کاهش درد کمک کنند (۱۵). از انواع وضعیت‌های قرارگیری زن در حال زایمان شامل خوابیده، ایستاده، نشسته، چمباتمه زده، در حال راه رفتن و سجده را می‌توان نام برد (۱۶). سیمکین وضعیت سجده را به عنوان وضعیتی که باعث افزایش راحتی مادر می‌شود، معرفی می‌کند که در این وضعیت فرد بر روی دست‌ها و زانوهایش قرار می‌گیرد، سپس قفسه سینه را بر روی تخت به گونه‌ای قرار می‌دهد که با سن نسبت به قفسه سینه بالاتر قرار گیرد (۱۷). با وجود اینکه مشخص شده

است که محدود نکردن مادر در لیبر، باعث راحتی مادر و مقابله بهتر مادر با درد می‌شود (۱۸)؛ اما همچنان در اکثر زایشگاه‌های ایران، زنان در حال زایمان روی تخت و در حالت خوابیده به پشت این مرحله را طی می‌کنند و معمولاً هیچ تحرکی ندارند و باقی ماندن در حالت خوابیده به پشت باعث فشار رحم به عروق بزرگ بدن شده و در نتیجه حجم برگشتی خون به قلب کاهش یافته و منجر به هیپوتانسیون و گاهی اختلال عملکرد جفت و در برخی مواقع باعث کاهش تعداد ضربان قلب جنین می‌شود و متعاقباً منجر به انجام اقدامات مداخلاتی مانند سزارین می‌شود (۱۹). با در نظر گرفتن تمام موارد گفته شده و با اشاره به این موضوع که اقدامات غیردارویی کاهش درد زایمان از جمله تغییر وضعیت مادر، اغلب ساده و ارزان هستند و می‌توانند به‌عنوان درمان جایگزین یا درمان فرعی همراه با داروها استفاده شوند، به‌علاوه در روش‌های غیردارویی، خود زن تصمیم گیرنده است و این امر منجر به ایجاد احساس قوی بودن و کنترل داشتن بر خود در مادر می‌شود که در پیشرفت لیبر می‌تواند مؤثر باشد (۱۱) و با اشاره به اهمیت پیشرفت غیرطبیعی لیبر که از عوارض دشوار و غیرقابل پیش‌بینی زایمان می‌باشد و زایمان سخت، شایع‌ترین دلیل سزارین اولیه و علت ۷٪ مرگ‌ومیر مادران در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است (۱۸)؛ همچنین با توجه به نتایج ضدونقضی که در مطالعات مختلف در خصوص تأثیر تغییر وضعیت مادر بر درد زایمان و پیشرفت لیبر به‌دست آمده است، برای مثال در مطالعه گوتیر و همکاران (۲۰۱۶) در ژنو که مشخص شد وضعیت‌های چهار دست‌وپا مانند سجده، بر کاهش درد مادر در مرحله اول بی‌تأثیر بوده، ولی باعث افزایش رضایت‌مندی مادر شده است (۲۰)، در مطالعه گیزو و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد که وضعیت چهار دست‌وپا در کاهش درد مادران در لیبر مؤثر بوده و همچنین در مطالعه دزیایر و همکاران (۲۰۱۳) که مشخص شد دو وضعیت چهار دست‌وپا و نیمه‌دمر بر کاهش درد مادران با وضعیت اکسی‌پوت خلفی سرجنین، بی‌تأثیر بودند (۲۱، ۲۲)، لذا مطالعه حاضر با هدف

بررسی تأثیر وضعیت سجده بر شدت درد و پیشرفت زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده از خرداد ماه تا مهر ماه سال ۱۳۹۹ بر روی ۱۰۰ زن باردار با حاملگی ترم که جهت زایمان به زایشگاه آیت‌الله کاشانی شهرستان جیرفت، در جنوب استان کرمان مراجعه کردند، انجام شد. زنان باردار تک‌قلو با نمایش سفالیک جنین، حاملگی ترم و کم‌خطر، عدم پارگی کیسه آب به‌مدت بیش از ۱۲ ساعت، داشتن انقباضات خودبه‌خودی و اتساع ۴ سانتی‌متر دهانه رحم، تخمین وزن جنین بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، اثبات سلامت جنین بر اساس یافته‌های سونوگرافی و نوار قلب جنین، عدم ابتلاء به اختلالات روانی و آناتومیک وارد مطالعه شدند و در صورت استفاده از داروهای تسکین‌دهنده درد یا تحریک کننده زایمان، بروز انقباضات هیپرتونیک رحم حین مطالعه، عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و نیز خروج از سیر لیبر و زایمان طبیعی مانند دکولمان، پرولاپس بندناف و زجر جنین، از مطالعه خارج شدند. حجم نمونه با استفاده از متغیر طول مدت زایمان در نتایج حاصل از مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۱۸) و در نظر گرفتن خطای نوع اول ۰/۰۵ و خطای نوع دوم ۰/۲۰، در هر گروه ۳۵ نفر به‌دست آمد که با احتساب ریزش ۱۰٪، حداقل حجم نمونه ۴۰ نفر محاسبه گردید. به‌دلیل استقبال و تعداد زیاد بیماران، حجم نمونه به ۵۰ نفر افزایش داده شد (۲۳).

ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۴ بخش بود: بخش اول مربوط به مشخصات فردی و مامایی و شامل: تعداد بارداری، سن حاملگی، تعداد سقط، تحصیلات، شغل و سابقه بیماری در بارداری فعلی بود. جهت تعیین روایی این پرسشنامه از روایی محتوا استفاده شد؛ بدین ترتیب پس از مطالعه جدیدترین مقالات مرتبط و تدوین پرسشنامه در اختیار تعدادی از اعضاء هیأت علمی زنان و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت قرار گرفت.

بخش دوم فرم پارتوگراف بود که توسط سازمان جهانی بهداشت برای کشورهای جهان سوم تدوین شده است

شرایط را شناسایی کرد و به این افراد در مورد اهداف مطالعه، محرمانه بودن پاسخها و اطلاع از نتایج پژوهش به صورت کامل توضیح داد و بعد از گرفتن رضایت آگاهانه به صورت کتبی، مادران باردار واجد شرایط، به روش تخصیص تصادفی ساده در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند؛ به این ترتیب که ابتدا نمونه‌ها در گروه‌های ۲ نفره قرار داده شدند، نفر اول از داخل کیسه که حاوی گوی‌های A، B، C، D بود، یکی از گوی‌ها را انتخاب و بر اساس آن در صورتی که گوی A یا C را خارج می‌کرد، در گروه مداخله و در صورتی که گوی B یا D را خارج می‌کرد، در گروه کنترل قرار می‌گرفت. از مزایای تصادفی ساده، استفاده آسان این روش است. به منظور یکسان ماندن تعداد افراد در دو گروه، در صورت خروج افراد از مطالعه، گوی مربوط به نمونه خارج شده مجدداً داخل کیسه قرار می‌گرفت تا حجم نمونه کاهش نیابد. در هر دو گروه مورد مطالعه پس از گرفتن شرح حال و بررسی سلامت عمومی مادر و جنین، علائم حیاتی و معاینات واژینال مادر و ضربان قلب جنین به دقت توسط پژوهشگر کنترل و ثبت می‌شد. زنانی که در گروه کنترل بودند، فقط مراقب معمول را دریافت می‌کردند، اما در گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌های معمول، وضعیت سجده از ابتدای فاز فعال در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر شروع می‌شد و به طور متناوب (هر یک ساعت، به مدت ۱۵ دقیقه) بیمار در این وضعیت تا پایان دیلاتاسیون رحم قرار می‌گرفت (۲۵). وضعیت سجده بدین صورت بود که مادر بر روی دست‌ها و زانویش قرار می‌گرفت و در صورت لزوم، از بالش برای زیر سینه استفاده می‌شد (۱۷) (شکل ۱).

(۴). در این فرم، اتساع دهانه رحم در قسمت مربوطه علامت‌گذاری می‌شود و منحنی رسم می‌گردد و معاینه مهبل طبق پروتکل کشوری هر ۲ ساعت یکبار انجام می‌گیرد. این فرم توسط ۲ خط خطر و عمل به ۳ قسمت تقسیم می‌شود:

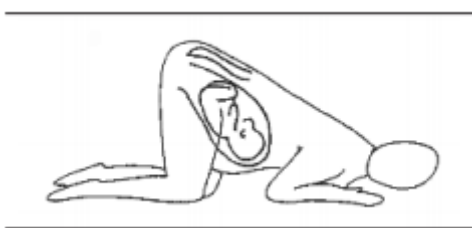
۱- صفر؛ چنانچه منحنی پیشرفت زایمان در ناحیه سمت چپ خط خطر یا روی آن واقع شود، نیاز به اقدام خاصی ندارد.

۲- یک؛ اگر منحنی اتساع دهانه رحم بین دو خط خطر و عمل قرار گیرد، باید بیمار تحت نظارت دقیق‌تری قرار گیرد.

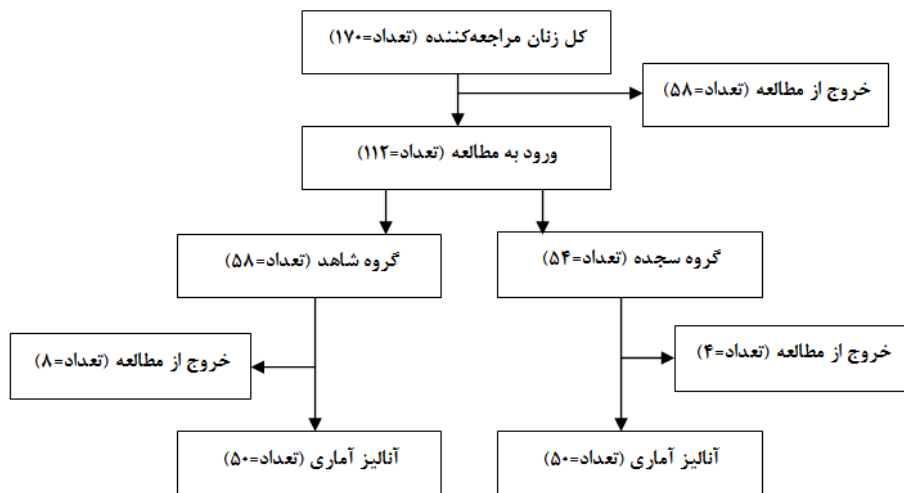
۳- دو؛ چنانچه منحنی پیشرفت روی خط عمل واقع شود، با توجه به وضعیت بیمار، ختم بارداری باید مدنظر قرار گیرد (۴).

بخش سوم مقیاس دیداری درد بود. این مقیاس خطی عمودی به طول ۱۰ سانتی‌متر است که از ۰-۱۰ شماره‌گذاری شده است. صفر به معنای بدون درد، نمره ۱-۳ نشان‌دهنده درد خفیف، نمره ۴-۷ بیانگر درد متوسط و نمره ۸-۱۰ حداکثر شدت درد است. مقیاس دیداری درد نیز ابزاری استاندارد می‌باشد که استفاده از این فرم در دردهای حاد نسبت به سایر روش‌های اندازه‌گیری درد نتایج دقیق‌تری به دست می‌دهد و در مطالعات مختلف روایی و پایایی شده است (۲۴).

بعد از زایمان نیز پرسشنامه رضایت مادر از وضعیت قرارگیری در مرحله زایمان بر اساس معیار رضایت ندارد، رضایت کم، رضایت متوسط و رضایت زیاد سنجیده شد. پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و گرفتن مجوز از مسئولین، پژوهشگر به بخش زایمان بیمارستان آیت‌الله کاشانی جیرفت، با رعایت تمامی اصول ایمنی و بهداشتی مراجعه و بیماران واجد



شکل ۱- وضعیت سجده



شکل ۲- فلوجارت ورود افراد به مطالعه

ملاحظات اخلاقی: پژوهش حاضر حاصل یک طرح تحقیقاتی می‌باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جیرفت به شماره IR.JMU.REC98.066 و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به شماره IRCT20200415047087N2 ثبت شده است. اطلاعات مربوط به اجرای پژوهش، مدت مطالعه، محرمانه بودن و ناشناس بودن پرسشنامه و اختیاری بودن شرکت در مطالعه به‌طور کامل به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، اطلاعات دموگرافیک، مدت زمان زایمان و شدت درد قبل و بعد از وضعیت سجده از ۵۰ شرکت‌کننده با وضعیت سجده (گروه مداخله) و ۵۰ شرکت‌کننده بدون وضعیت سجده (گروه کنترل) جمع‌آوری شدند. میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در گروه مداخله $24/60 \pm 4/93$ سال و در کنترل $24/56 \pm 5/69$ سال، میانگین سن حاملگی در گروه مورد $38/84 \pm 1/22$ هفته و در گروه کنترل $39/08 \pm 1/05$ هفته و میانگین تعداد سقط در افراد گروه کنترل $0/34 \pm 0/52$ و در مداخله $0/38 \pm 0/60$ بود. میزان تحصیلات اکثر واحدهای پژوهش یعنی ۵۹ نفر (۵۹٪) دیپلم و پایین‌تر بود و ۶۷ نفر (۶۷٪) خانه‌دار بودند. بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، اختلاف معنی‌داری بین

گزارش شدت درد قبل از شروع مداخله و در پایان دیلاتاسیون کامل دهانه رحم و در مرحله دوم زایمان بر اساس مقیاس دیداری درد سنجیده می‌شد. همچنین طول مدت زایمان بر اساس فرم پارتوگراف بررسی می‌گردید و در پایان، میزان رضایت مادر از وضعیت قرارگیری طی پروسه زایمان پرسیده می‌شد و نیز از هر دو گروه پرسیده می‌شد آیا در زایمان بعد، از وضعیت قرار گرفته شده در این زایمان هنگام لیبر استفاده خواهند کرد؟ در صورت بی‌سوادگی یا کم‌سوادگی مادر، کمک پژوهشگر اقدام به ثبت پاسخ‌های مادر در پرسشنامه مورد نظر می‌کرد. در این پژوهش، تصادفی‌سازی با استفاده از بلوک‌های جایگشتی تصادفی انجام شد، بلوک‌ها به‌صورت تصادفی در ۶ بلوک ۸، ۱۶، ۱۸، ۱۲، ۲۲ و ۲۴ تایی انتخاب شدند و در هر بلوک، تعداد مساوی از گروه مورد و شاهد قرار داشت. این نوع تصادفی‌سازی به‌منظور ایجاد توازن در تعداد نمونه‌های تخصیص یافته می‌باشد (۳۳).

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این مطالعه جهت مقایسه متغیرهای کمی با توجه به نرمال بودن آنها از آزمون تی مستقل و برای مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه مداخله و شاهد از آزمون کای دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد و مقایسات به‌صورت دوطرفه انجام شد.

دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ میانگین سن مادر، سن حاملگی و تعداد سقط وجود نداشت ($p > 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون کای اسکوئر، بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات، شغل و شرکت در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). با توجه به نرمال بودن داده‌ها بر اساس آزمون آماری کولموگروف-اسمیرنوف ($p > 0/05$) و بر اساس یافته‌های جدول ۱ و با استفاده از آزمون آماری تی مستقل، قبل از شروع مداخله شدت درد (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر) بین دو

گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($p = 0/514$)، ولی بعد از مداخله در دیلاتاسیون کامل (۱۰ سانتی‌متر) و مرحله دوم زایمان تفاوت آماری معنی‌دار بود ($p > 0/05$). کمترین و بیشترین نمره شدت درد زایمان در گروه کنترل به ترتیب ۵ و ۱۰ و کمترین و بیشترین نمره شدت درد زایمان در گروه مداخله (پس از قرار گرفتن در وضعیت سجده) ۳ و ۱۰ بود. برای بررسی ارتباط میزان رضایت زنان و مداخله انجام شده از آزمون دقیق فیشر استفاده شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار شدت درد در دو گروه بر اساس معیار سنجش دیداری درد

شدت درد گروه مطالعه	کنترل	مداخله	سطح معنی‌داری
دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر	۴/۹±۱/۳	۴/۴±۱/۶	۰/۵۱۴
دیلاتاسیون کامل	۸/۳±۱/۱	۶/۲±۱/۶	۰/۰۰۰۱
مرحله دوم	۸/۸±۱/۷	۶/۴±۱/۷۶	۰/۰۰۰۱

در ارتباط با میزان رضایت از وضعیت قرارگیری طی پروسه زایمان بر اساس آزمون آماری دقیق فیشر و بر طبق جدول ۲، بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/0001$).

طبق جدول ۲، بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p = 0/0001$).

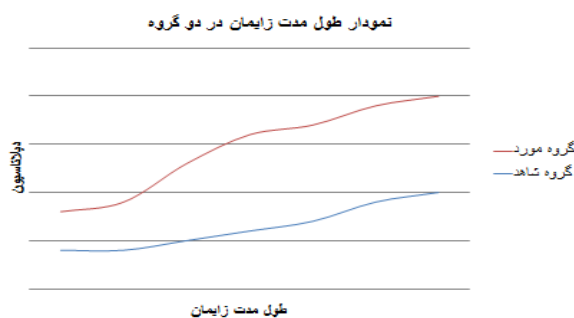
جدول ۲- میزان رضایت از وضعیت قرارگیری مادر طی پروسه زایمان در دو گروه

میزان رضایت	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	سطح معنی‌داری
رضایت ندارد	۲ (۴)	۱۵ (۳۰)	۰/۰۰۰۱
رضایت کم	۴ (۸)	۲۳ (۴۶)	
رضایت متوسط	۱۷ (۳۴)	۱۱ (۲۲)	
رضایت زیاد	۲۷ (۵۴)	۱ (۲)	

* تست دقیق فیشر

بر اساس نمودار طول مدت زمان زایمان، مدت زمان زایمان در زنان با وضعیت سجده نسبت به زنان در وضعیت معمول کوتاه‌تر بود. حداقل (حداکثر) مدت

نمودار طول مدت زایمان در دو گروه



نمودار ۱- طول مدت زایمان

بحث

در این مطالعه که به بررسی تأثیر وضعیت سجده بر میزان شدت درد زایمان، طول مدت زایمان و همچنین میزان رضایت مادر از کل مراحل زایمان پرداخته شد، میانگین سن مادر، میزان تحویلات، درآمد، دریافت مراقبت‌های بارداری و خواسته و ناخواسته بودن بارداری در دو گروه مورد مطالعه یکسان بود. در مطالعه حاضر میانگین نمره درد اکثر نمونه‌ها بر اساس خط‌کش درد در هر دو گروه قبل از مداخله $4/65 \pm 1/6$ بود که از نظر آماری تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$)، اما در مرحله بعد از مداخله میانگین نمره درد در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). از طرفی طول مدت زایمان بر اساس پارتوگراف در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و این تفاوت نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). در این راستا لارنس و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه متاآنالیز نشان دادند که وضعیت غیرخوابیده در مرحله اول زایمان طول مدت زایمان را به مدت یک ساعت و ۲۲ دقیقه کوتاه‌تر می‌کند (۲۶). همچنین خطر زایمان به‌شیوه سزارین و نیاز به اپیدورال را کاهش می‌دهد. در مطالعه لارگرگرین و همکاران (۲۰۱۲) کاهش طول مدت زایمان در مادران با وضعیت غیرخوابیده، یکی از مهم‌ترین یافته‌های مطالعه بیان شد (۲۷). در مطالعه خاوندی‌زاده و همکاران (۲۰۰۹) در زنان نخست‌زا که وضعیت‌های غیرخوابیده از جمله سجده داشتند، طول نسبی فاز فعال در گروه مورد و شاهد به ترتیب $142/2$ و $212/4$ دقیقه بود که کاهش قابل توجهی را نشان داد (۲۸). اما دسو و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که هنوز سؤالات زیادی در مورد مزیت یک موقعیت مادر در زمان زایمان نسبت به موقعیت دیگر وجود دارد (۲۹). بنابراین، می‌توان زایمان را به نوعی شاهکار ورزشی دانست که احتمالاً نیاز به انتخاب موقعیت‌های مطلوب دارد. این مورد باید به‌طور جداگانه متناسب با هر زن در مراحل مختلف زایمان باشد تا کارایی و اثربخشی آن افزایش یابد. در وضعیت سجده، فوندوس پایین‌ترین قسمت رحم نسبت به کف است و سر جنین پایین‌تر از سایر قسمت-

های جنین قرار گرفته است. این تغییر وضعیت جنین به شکل‌گیری مجدد رحم کمک می‌کند و باعث ریلکس شدن دیواره رحم در اطراف جنین در نتیجه کاهش نیروی اصطکاکی می‌شود. همانطور که سر سنگین و متراکم به پایین فشار می‌آورد (به سمت کف)، جابه‌جایی رحم جنینی به سمت پایین به وجود می‌آید. این جابه‌جایی به جنین کمک می‌کند تا از لگن حقیقی خارج شود. از طرفی ریلکس بودن شکم و رحم باعث می‌شود جنین فضای بیشتری برای بیرون آمدن از لگن داشته باشد. وقتی که مادر در این وضعیت قرار دارد، یک جنین قطعاً فضای کمتری اشغال می‌کند و باعث کوتاه شدن طول مدت زایمان می‌شود (۳۰، ۳۱).

همانطور که ذکر شد در مطالعه حاضر میانگین میزان درد بر اساس خط‌کش درد در زنان با وضعیت سجده از میانگین میزان درد در گروه شاهد به‌طور معنی‌داری کمتر بود. مادران در وضعیت سجده رضایت بیشتری از فرآیند زایمان نسبت به زنان در گروه معمول داشتند. مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که وضعیت سجده بر کاهش درد و افزایش رضایت مادر در مادران دارای جنین با وضعیت آکسی‌پوت خلفی سودمند است که با مطالعه حاضر همسو بود (۲۳). مطالعه زانگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که وضعیت زانویی در مرحله دوم زایمان، میزان نیاز به اپی‌زباتومی را در مادران کاهش می‌دهد (۳۲). مطالعه گیزو و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد که وضعیت چهار دست‌وپای مادر، به‌عنوان وضعیتی است که در کاهش شدت درد مادران در لیبر مؤثر است که با مطالعه حاضر همسو بود (۲۱). در مطالعه بهمنی و همکاران (۲۰۱۸) در وضعیت سجده، میانگین شدت درد در گروه سجده و نیمه‌دمر کمتر از گروه شاهد بود (۲۳)، اما در مطالعه دزبایر و همکاران (۲۰۱۳) قرارگیری مادر در وضعیت چهار دست‌وپا بر رضایت‌مندی مادر و طول مدت زایمان تأثیری نداشت که با مطالعه حاضر همسو نبود (۲۲). شاید دلیل این تفاوت استفاده از بی‌حسی اپیدورال در مطالعه دیزایر می‌باشد که در مطالعه حاضر از هیچ‌گونه بی‌حسی استفاده نشد. در پایان از مادران پرسیده شد آیا در زایمان آینده مایل به استفاده از موقعیت قرار گرفته در این زایمان

که گفته شد، درد زایمان یکی از مهم‌ترین علل تمایل زنان به سزارین می‌باشد و نتایج این مطالعه نشان داد که روش‌های کاهش درد غیردارویی، راهکاری مؤثر در کاهش شدت درد زایمان و طول مدت زایمان است و پیشنهاد می‌گردد قبل از استفاده از روش‌های دارویی کاهش درد زایمان و همچنین روش‌های دارویی تقویت کننده انقباضات رحم، از این روش‌ها استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی شماره p.98.345 مورخه ۹۸/۹/۶ و کد اخلاق IR.JMU.REC.98.066 در معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت می‌باشد، بدین‌وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جیرفت و همچنین همکاری صمیمانه و صادقانه مادران بارداری که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی با یکدیگر نداشتند.

هستند که ۳۹ نفر (۷۸٪) از زنان در گروه سجده و ۲۱ نفر (۴۲٪) در گروه معمول اظهار تمایل کردند.

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات پیشین می‌توان بیان داشت وضعیت سجده بر کوتاه شدن طول مدت لیبر و کاهش شدت درد و همچنین رضایت‌مندی مادر از پروسه زایمان در بارداری با وضعیت اکسی‌پوت قدامی مؤثر است و می‌توان با کمک مطالعات بیشتر با اطمینان به مادر طی پروسه زایمان پیشنهاد داد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تفاوت در آستانه تحمل درد واحدهای پژوهش در پاسخ به وضعیت سجده اشاره کرد که با تخصیص تصادفی کنترل شد. همچنین به دلیل ماهیت پژوهش در این مطالعه، هیچ‌گونه کورسازی انجام نشده بود که می‌تواند نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به اینکه مطالعه حاضر و برخی مطالعات مشابه که به بررسی اثر یک وضعیت مادر بر طول مدت زایمان و شدت درد زایمان پرداختند، لذا انجام تحقیق بر روی پیامد نوزادی این گونه وضعیت‌های مادر پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

وضعیت سجده باعث کاهش طول مدت زایمان و همچنین کاهش شدت درد زایمان می‌شود. همان‌گونه

منابع

1. Pasha H, Basirat Z, Hajahmadi M, Bakhtiari A, Faramarzi M, Salmalian H. Maternal expectations and experiences of labor analgesia with nitrous oxide. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2012; 14(12):792.
2. Parsa P, Saeedzadeh N, Roshanaei G, Shobeiri F, Hakemzadeh F. The effect of Entonox on labour pain relief among nulliparous women: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR* 2017; 11(3):QC08.
3. Murray SS, McKinney ES. *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences; 2014.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2014.
5. Dehcheshmeh FS, Rafiei H. Complementary and alternative therapies to relieve labor pain: A comparative study between music therapy and Hoku point ice massage. *Complementary therapies in clinical practice* 2015; 21(4):229-32.
6. Shahoei R, Shahghebi S, Rezaei M, Naqshbandi S. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: A clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2017; 28:176-80.
7. Simkin P, Hanson L, Ancheta R. *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia*. John Wiley & Sons; 2017.
8. Zaghini F, Biagioli V, Proietti M, Badolamenti S, Fiorini J, Sili A. The role of occupational stress in the association between emotional labor and burnout in nurses: A cross-sectional study. *Applied nursing research* 2020; 54:151277.

9. Chaillet N, Belaid L, Crochetiere C, Roy L, Gagné GP, Moutquin JM, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth* 2014; 41(2):122-37.
10. Valiani M, Rezaie M, Shahshahan Z. Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2016; 21(4):372.
11. Haratipour H, Partash N, Ebrahimi E, Zadeh MD, Bolbolhaghghi N. Non-physiological and physiological delivery method: comparison of maternal attachment behaviors and anxiety. *Journal of caring sciences* 2021; 10(1):37.
12. Mathur VA, Morris T, McNamara K. Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis. *Social Science & Medicine* 2020; 261:113240.
13. Wang E. Requests for cesarean deliveries: the politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. *Social Science & Medicine* 2017; 173:1-8.
14. Arulkumaran S, Sivanesaratnam V, Kumar P, Chatterjee A. *Essentials of gynecology*. Jaypee Brothers Medical Publishers; 2019.
15. Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2017; 22(4):257.
16. Reitter A, Daviss BA, Bisits A, Schollenberger A, Vogl T, Herrmann E, et al. Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis?. *American journal of obstetrics and gynecology* 2014; 211(6):662-e1.
17. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004; 49(6):489-504.
18. Ricci S. *Essentials of maternity, newborn, and women's health*. Lippincott Williams & Wilkins; 2020.
19. Akhlaghi F, Pourjavad M, Jafari S. Relation between position and feeling of labor pain in active phase of labor. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2011; 14(2):14-9.
20. 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: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016; 123(13):2199-207.
21. 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 research international*. 2014 Oct;2014.
22. Desbriere R, Blanc J, Le Dû R, Renner JP, Carcopino X, Loundou A, et al. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. *American journal of obstetrics and gynecology* 2013; 208(1):60-e1.
23. Bahmaei K, Iravani M, Moosavi P, Haghhighizadeh MH. Effect of Maternal Positioning with Occipito-posterior Fetal Position during Labor on Pain Intensity and Satisfaction of Mothers. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(5):66-73.
24. Hosseini Amiri M, Manzari ZS, Tavoosi H. Effect of transcranial direct current stimulation on pain intensity and quality of burn dressing. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 24(120):75-87.
25. Hodnett ED, Stremler R, Halpern SH, Weston J, Windrim R. Repeated hands-and-knees positioning during labour: a randomized pilot study. *PeerJ* 2013; 1:e25.
26. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews* 2013(8).
27. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Christensson K, Hildingsson I. Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position. *BMC pregnancy and childbirth* 2012; 12(1):1-9.
28. khavandzadeh Aghadam S, Shahbazzadegan S, Mahfoozi B. To Evaluate the effects of Maternal Elective Position during active phase on our come Labor and Delivery in the Health of Primigravida Women. *J Ardabil Univ Med Sci* 2009; 9(3):218-23.
29. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2017; 208:46-54.
30. Andrews CM, Andrews EC. Physical theory as a basis for successful rotation of fetal malpositions and conversion of fetal malpresentations. *Biological Research for Nursing* 2004; 6(2):126-40.
31. Biancuzzo M. Six myths of maternal posture during labor. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing* 1993; 18(5):264-9.
32. Zhang H, Huang S, Guo X, Zhao N, Lu Y, Chen M, et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery* 2017; 50:117-24.
33. Mohammady M, Janani L. Randomization in randomized clinical trials: From theory to practice. *Journal of hayat* 2016; 22(2):102-14.