



بررسی تأثیر وضعیت انتخابی مادر در فاز فعال زایمان بر پیامد بارداری در زنان نخست‌زا

مهناز معتمدی*^(M.Sc.)، پوران‌دخت افشاری^۱(M.Sc.)، سید محمود لطیفی^۲(M.Sc.)

۱- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز- دانشکده پرستاری و مامایی - گروه مامایی. ۲- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز- دانشکده بهداشت- گروه آمار حیاتی.

تاریخ دریافت: ۸۷/۱/۲۷، تاریخ پذیرش: ۸۸/۲/۱۹

چکیده

مقدمه: ساعات پایانی بارداری انسان با انقباضات پر قدرت رحمی که موجب باز شدن دهانه رحم و بیرون راندن جنین از مجرای زایمان می‌شود، مشخص می‌گردد. وضعیت مادر در طول زایمان می‌تواند بر روی انقباضات رحمی و همچنین عوامل روحی وی تأثیر بگذارد. در این مطالعه تأثیر وضعیت انتخابی مادر در مرحله زایمان بر پیامد بارداری مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی است. در این مطالعه از میان زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به زایشگاه یا زهرا (س) تعداد ۱۰۰ نفر که واجد شرایط مورد نظر در پژوهش بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۵۰ نفری بررسی شدند. در گروه شاهد در بدو پذیرش (دیلاتاسیون ۴ سانتیمتری) در اتاق درد به صورت خوابیده در تخت مراقبت-های معمول را دریافت می‌کردند ولی افراد گروه مداخله اجازه داشتند تا در هر وضعیتی که احساس راحتی بیشتری می‌کنند، قرار گیرند. اطلاعات از طریق فرم اطلاعاتی، ترازو، ساعت، معیار سنجش درد بورفورده، فرم ثبت مشاهدات و معاینات جمع‌آوری با آزمون‌های آماری t، کای-دو تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: متوسط طول فاز فعال زایمان در گروه مداخله ۱۴۲/۲ دقیقه و در گروه شاهد ۲۱۲/۴ دقیقه، میانگین نمره درد در گروه مداخله ۶/۹±۱/۱ و در گروه دوم ۸/۱±۱/۲ گزارش شدند که اختلاف آن‌ها معنادار می‌باشد. درصد فراوانی مصرف اکسی‌توسین (۸٪ در مقابل ۶۴٪) و همچنین میزان رضایت مادران از تجربه زایمان در گروه مداخله به‌طور معناداری بیشتر بود. میزان موارد غیرطبیعی صدای قلب جنین در گروه مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه شاهد بود. ۷۶٪ واحدهای پژوهش در گروه مداخله در مقابل این سوال که آیا در حاملگی آینده وضعیت آزاد را انتخاب خواهند کرد، پاسخ مثبت دادند.

نتیجه‌گیری: وضعیت انتخابی مادر در مرحله فعال زایمان نه تنها هیچ‌گونه اثر نامطلوبی بر پیامد بارداری ندارد بلکه بسیاری از نتایج بارداری را نیز بهبود می‌دهد و می‌توان آن را به‌عنوان روشی مناسب در زایمان‌های طبیعی و بدون عارضه به‌کار برد.

واژه‌های کلیدی: وضعیت انتخابی، مرحله فعال، پیامد بارداری، زایمان، نخست‌زا.

Original Article

Knowledge & Health 2009;4(1):30-35

Investigating the Effect of Maternal Elective Position during Active Phase on the First Pregnancy Outcome

Mahnaz Motamedi^{1*}, Porandokht Afshari¹, Seyd-Mahmoud Latifi³

1- Dept. of Midwifery, Jondi Shapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran. 2- Dept. of Biostatistic, Jondi Shapour University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Abstract:

Introduction: Final hours of human pregnancy are diagnosed with floored uterine contractions that induce the dilatation of cervix and pushing of the fetus throughout the delivery passage. Mother's position during labor can influence uterine contractions as well as the mother's psychological status. This study aimed at investigating the effect of maternal elective position in labor stage on the pregnancy outcome.

Methods: In this experimental study, a total of 100 people were randomly selected from the population of first pregnancy women referring to Ya Zahra Maternity Hospital and they were randomized into a 50- person usual care or control group and a 50-person elective position or case group. At admission (4- cm dilatation), women in the control group remained confined to the labor bed and received the usual medical care. But women in elective position were allowed to choose their preferred position such as walking, sitting, standing, knee-chest, etc. The Data were collected through information forms, scale, clock, Burford pain scale and observation record forms, and they were analyzed by t-test and Chi-square statistical tests.

Results: The results indicated that relative length of the active phase in the case and control groups was 142.2 and 212.4 minutes, respectively, which shows a significant reduction. The mean labor scores in the case and control groups were respectively reported as 6.9±1.1 and 8.1±1.2 which indicate a significant difference. The need for oxytocin augmentation reduced (8% vs 64%) and mothers' satisfaction of child birth experience significantly increased. The incidence of fetal heart rate abnormalities was significantly smaller in the case group. When asked whether they would choose elective position during future labors, 76% of women in the case group answered positively.

Conclusion: Maternal elective position during active phase not only has no abnormal effects on the pregnancy outcome but also it improves many of pregnancy outcomes and it can, therefore, be used as an appropriate and harmless method in normal deliveries.

Keywords: Elective position, Active phase, Pregnancy outcome, labor.

Received: 15 April 2008

Accepted: 9 May 2009

*Corresponding author: M. Motamedi, Email: mahnazmotamedi@yahoo.ca

*نویسنده مسوول: اهواز- دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه مامایی، تلفن: ۰۹۱۶۶۴۳۹۹۷، E-mail: mahnazmotamedi@yahoo.ca

مقدمه

ساعات پایانی بارداری انسان با انقباضات پر قدرت رحمی که موجب باز شدن دهانه رحم و بیرون راندن جنین از مجرای زایمانی می‌شوند مشخص می‌گردد (۱).

زایمان که در اوج حاملگی رخ می‌دهد واقعه‌ای است که اثرات روانی-اجتماعی و احساسی شدیدی روی مادر و خانواده‌اش می‌گذارد. مادر ممکن است استرس و درد جسمی را تجربه نماید و خطر هر لحظه در کمین باشد (۲). یکی از اقدامات مداخله‌ای که می‌تواند بر روی انقباضات رحمی، جنین و حتی عوامل روانی تأثیر بگذارد تغییر وضعیت قرار گرفتن مادر در طول مراحل زایمانی می‌باشد. از زمان‌های گذشته در تمامی تمدن‌ها همیشه از وضعیت مادر به‌عنوان راهی برای زایمان و تولد سریع‌تر، آسان‌تر و قابل تحمل‌تر استفاده نموده‌اند. در تمدن‌های ابتدایی زنان برای زایمان از وضعیت‌های قائم، چمباتمه، نشسته، زانو زده و تکیه داده به عقب استفاده می‌نمودند و در اکثر موارد وضعیت‌های قائم را ترجیح می‌دادند (۳).

اولین فردی که استفاده از بستر را برای زایمان به‌طور علمی مرسوم نمود یک پزشک فرانسوی به نام موریسو در قرن ۱۷ میلادی بود. پس از آن وضعیت خوابیده یک وضعیت ارجح مامایی برای زایمان در تمام قرن اخیر مطرح شد و با توجه به فرایندی که در کنترل الکترونیکی صدای قلب جنین داشت سایر وضعیت‌ها را تحت‌الشعاع قرار داد. در سال‌های اخیر با توجه به تمایل بسیاری از زنان جهت استفاده از روش‌های ساده‌تر در وضع حمل مجدداً به سایر وضعیت‌ها برای زایمان اهمیت داده شد (۳).

مادران در اتاق درد وضعیت‌های مختلفی را به‌طور متناوب به کار می‌بردند. آن‌ها به‌طور غریزی در هنگام درد از وضعیت‌هایی مثل: چمباتمه زدن، زانو زدن، ایستادن، نشستن، قدم زدن، چهار دست و پا و... استفاده می‌نمایند. مع‌هذا تعدادی از خانم‌ها یک وضعیت غیر فعال را انتخاب کرده و به تخت یا یک نگهدارنده تکیه می‌دهند (۴). مادر در طول زایمان می‌تواند بر روی انقباضات و شدت درد مادر تأثیر بگذارد. به‌طور مثال وضعیت‌های قائم مثل راه رفتن، ایستادن، نشستن نیروی وزن را به نیروی انقباضات رحمی اضافه می‌کنند. این وضعیت‌ها در مراحل ابتدایی زایمان مناسبند زیرا باعث فشار عضو نمایش جنین بر روی دهانه رحم می‌شوند. از طرفی شدت انقباضات رحم کم‌تر، ولی در عوض مؤثرتر می‌شوند که باعث تسهیل نزول جنین به داخل لگن و تطابق بهتر جنین با زاویه لگن می‌گردد (۵). در وضعیت خوابیده به پهلو نیروی انقباضات عضلانی، جریان خون رحمی و تبادل گازی جنین بیش‌تر از وضعیت خوابیده به پشت می‌باشد (۶).

تکیه دادن به جلو هنگام ایستادن، نشستن، زانو زدن و چهار دست و پا قرار گرفتن باعث می‌شود که مادر علاوه بر بهره‌مند شدن از مزایای

وضعیت‌های قائم، کم‌درد کم‌تری را نیز تجربه کند زیرا در این وضعیت‌ها جنین به طرف جلو رانده شده و از پرومونتور ساکروم دور می‌گردد (۵).

تکیه دادن به عقب نیز باعث می‌شود محورهای طولی رحم در جهت تنگه فوقانی لگن قرار گرفته و نیروی انقباضی رحم به مرکز لگن وارد شود. هم‌چنین در وضعیت چهار دست و پا، سرعت پیشرفت زایمان افزایش یافته و چرخش داخلی جنین نیز تسهیل می‌گردد. به همین دلیل می‌توان از آن در وضعیت‌های خلفی جنین استفاده کرد. از طرفی مادر در این وضعیت می‌تواند حرکت گهواره‌ای داشته باشد که باعث تسهیل حرکات جنین شده و از ایجاد فشار بر روی هموروئید کاسته می‌شود. استفاده از صندلی‌های راحتی نیز به علت ایجاد حرکات منظم و آزاد کردن مخدرهای داخلی در تسکین شدت درد زایمان مؤثر می‌باشد (۲).

به نظر می‌رسد که متمرکز شدن درد و وضعیت جنین با ترجیح و تمایل مادر در انتخاب وضعیت در ارتباط باشد (۷). به‌طوری‌که مشاهده شده مادرانی که جنین‌های آن‌ها در وضعیت اکسی پوت خلفی می‌باشند بیش‌تر تمایل دارند وضعیت چهار دست و پا به خود بگیرند (۸).

آزاد بودن مادر در اتاق درد برای قرار گرفتن در وضعیت‌هایی که در آن‌ها احساس راحتی بیش‌تری می‌کنند باعث می‌شود که توانایی مادر برای مقابله با دردهای زایمانی بالا رود. مادر از این‌که روی جسمش کنترل دارد احساس رضایت و خشنودی کرده و اعتماد به نفس او افزایش یافته و نیاز به تقویت و تشدید زایمان کاهش می‌یابد (۴).

به‌طور کلی مراقبت‌های بهداشتی حین زایمان از دو نظر حائز اهمیت می‌باشد: اول تأمین سلامت و بهداشت مادر و دوم نظارت بر ولادت هرچه راحت‌تر و کم‌عارضه‌تر نوزاد. نظر به اینکه مرحله اول زایمان شامل یک بخش اصلی و اساسی از کل روند زایمان می‌باشد هرگونه پیشنهادی هرچند ساده‌تر مانند تغییر وضعیت مادر که بتواند طول این مرحله را کوتاه‌تر کرده و نیاز به اکسی‌توسین و داروهای مخدر را کاهش دهد قابل توجه می‌باشد. از آن جایی‌که در اکثر بیمارستان‌ها وضعیت مادر از بدو پذیرش در اتاق درد بدون توجه به خواست مادر، به صورت استراحت در بستر می‌باشد و با نزدیک‌تر شدن به اواخر زایمان این محدودیت بیش‌تر می‌گردد، مادر از مزایای احتمالی تغییر وضعیت محروم می‌گردد. از طرفی این روش ساده بوده و هیچ‌گونه هزینه مالی را دربر ندارد.

پژوهش حاضر بر آن است تا فواید احتمالی وضعیت انتخابی مادر را بررسی کرده و تأثیر آن را با اثرات وضعیت رایج که همان وضعیت خوابیده در تخت می‌باشد، مقایسه کند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تجربی تعداد ۱۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه یازهرا (س) در طول اجرای تحقیق، تعدادی که واجد خصوصیات

مقایسه میانگین پیشرفت اتساع سرویکس بر حسب سانتی‌متر در ساعت نشان می‌دهد که در گروه مداخله به‌طور معناداری بیش‌تر از گروه شاهد است (۲/۷ در مقابل ۱/۸). متوسط طول فاز فعال زایمان در گروه مداخله $142/2 \pm 41/5$ دقیقه و در گروه شاهد $212/4 \pm 67/2$ دقیقه گزارش شده که اختلاف معناداری را نشان می‌دهد. درصد استفاده از اکسی‌توسین در گروه مداخله ۸٪ و در گروه شاهد ۶۴٪ گزارش شده که آزمون مجذور کای دو نشان داد که بین دو گروه اختلاف معناداری وجود دارد. به منظور مقایسه تأثیر وضعیت انتخاب مادر بر درد زایمان، میانگین نمره درد در دو گروه با هم مقایسه که در گروه اول $6/9 \pm 1/1$ و در گروه دوم $8/1 \pm 1/2$ گزارش شده که اختلاف آن‌ها معنادار می‌باشد. بررسی فراوانی شدت درد در دو گروه در جدول ۲ ارایه شده است. علاوه بر این میزان رضایت مادر از تجربه زایمان در دو گروه بررسی شده که نتایج آن در جدول ۲ ارایه شده است. همچنین میانگین نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان دو گروه نیز مقایسه شده که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد نوع وضعیت انتخاب شده توسط گروه مداخله

وضعیت انتخابی	تعداد	درصد
قدم زدن	۲۰	۴۰/۰
نشستن	۵	۱۰/۰
خوابیدن به پهلو	۳	۶/۰
ایستادن	۲	۴/۰
زانو زدن	۲	۴/۰
وضعیت ترکیبی	۱۸	۳۶/۰
جمع	۵۰	۱۰۰/۰

جدول ۲- مقایسه شدت درد و میزان رضایت مادران در دو گروه تحت مطالعه

متغیر	مداخله (%)	شاهد (%)
شدت درد		
مختصر تا متوسط (۵-۱)	۳۰/۱۵	۴/۰۲
زیاد (۶-۷)	۵۴/۰۳۷	۴۲/۰۳۱
بدترین درد ممکن (۸-۱۰)	۱۶/۰۸	۴۶/۰۳۳
بدون پاسخ	۰	۸/۰۴
میزان رضایت		
خیلی ناراضی	۶/۰۳	۲۰/۰۱۰
اندکی ناراضی	۱۰/۰۵	۱۴/۰۷
راضی	۵۲/۰۳۶	۴۴/۰۳۲
خیلی راضی	۳۲/۰۱۶	۱۰/۰۵
بدون پاسخ	۰	۱۲/۰۶

واحدهای پژوهش بودند و با میزان اتساع ۴ سانتی‌متری مراجعه می‌نمودند به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و مشاهده قرار گرفتند. در گروه شاهد، زنان نخست‌زا در اتاق درد به‌صورت خوابیده در تخت، مراقبت‌های معمول را دریافت کردند.

در مقابل به افراد گروه آزمون در بدو پذیرش گفته شد که آزاد هستند و می‌توانند در هر وضعیتی که احساس راحتی بیش‌تری می‌کنند، قرار گیرند. در دیلاتاسیون فول و همچنین در پایان مرحله دوم زایمان در مورد شدت درد زایمان از نمونه‌ها با استفاده از معیار سنجش درد بورفورد سؤال شد. این چارت متشکل از ارزش‌های رقمی و کلامی بوده که بر روی یک ترمومتر مشخص گردیده‌اند. بیمار بعد از مشاهده کلمات عددی را که بیش‌ترین ارتباط را با سطح درد او دارد انتخاب می‌کند (۹). در بخش هم‌اتاقی مادر و کودک پرسش‌نامه‌ای در مورد میزان رضایت آن‌ها از زایمان و این‌که برای زایمان بعدی خود چه روشی را انتخاب می‌کنند در اختیار آن‌ها قرار داده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه عبارت بودند از: فرم اطلاعاتی، ترازو، ساعت، معیار سنجش درد بورفورد، فرم ثبت مشاهدات و معاینات و پرسش‌نامه. فرم اطلاعاتی شامل ۴ سؤال مربوط به مشخصات دموگرافیک زنان و فرم ثبت مشاهدات و معاینات شامل ۱۷ سؤال در خصوص نوع زایمان، نیاز به اکسی‌توسین، آپگار نوزاد، صدای قلب جنین در فاز فعال زایمان، پیامدهای نامطلوب حاملگی بود که با مشاهده و معاینه توسط پژوهشگر تکمیل گردید. همچنین بعد از زایمان در بخش هم‌اتاق مادر و نوزاد در خصوص میزان رضایت مادر، انتخاب روش انجام زایمان بعدی، میزان درد و زمان آن سؤال شده است.

داده‌های به‌دست آمده با نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. آزمون‌های مورد استفاده شامل: مجذور کای، آزمون t و آزمون دقیق فیشر بودند. داده‌ها به صورت میانگین \pm انحراف معیار نمایش داده شده‌اند.

نتایج

در این مطالعه مقایسه‌ای، میانگین سنی زنان نخست‌زا در گروه مداخله برابر $21/4 \pm 1/9$ سال و شاهد $21/9 \pm 2/2$ سال گزارش شده که اختلاف معناداری ندارند. گروه‌های مطالعه از نظر تحصیلات همگن بوده و اکثریت افراد در هر دو گروه خانه‌دار بودند و در گروه مداخله ۲ نفر و در گروه شاهد ۴ نفر شاغل بودند و از نظر شغل نیز مشابه بودند. میانگین وزن نوزادان ($P=0/84$) و توزیع جنسی نوزادان در دو گروه اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد. در این مطالعه ۴۰٪ زنان نخست‌زا در گروه مداخله وضعیت قدم زدن را انتخاب کرده بودند، ۳۶٪ از وضعیت ترکیبی استفاده نمودند. به‌طور کلی ۹۴٪ افراد این گروه از وضعیت‌های قائم در طی لیبر استفاده کرده‌اند (جدول ۱).

وضعیت‌ها به‌طور معناداری کوتاه‌تر از زمانی است که مادر در وضعیت خوابیده در تخت می‌باشد.

در مطالعه بلوم و همکاران (۱۵) وضعیت مادر بر طول فاز فعال تأثیری نداشت. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر اکثر مادران (۹۴٪) از وضعیت‌های قایم مثل قدم زدن، ایستادن و نشستن استفاده کرده‌اند نتیجه پژوهش حاضر با نتایج حاصل از مطالعات فوق همسو می‌باشد.

این مطالعه نشان داد که ۸٪ از واحدهای پژوهش در گروه آزمون نیاز به تشدید زایمان توسط اکسی توسین پیدا کرده‌اند و این میزان در گروه شاهد ۹۶٪ بوده است. آزمون کای‌دو این اختلاف را معنادار نشان داد ($P=0/001$).

مطالعه نیکودم (۱۶) و بی‌شر (۱۷) در زمینه تأثیر وضعیت آزاد مادر بر زایمان نشان داد که وضعیت آزاد مادر میزان نیاز به اکسی توسین را کاهش می‌دهد. درحالی‌که مک مالنوس و کالدرا (۱۸) به چنین نتیجه‌ای دست پیدا نکردند. شاید دلیل این اختلاف تعداد کم نمونه در مطالعات مک مالنوس و کالدرا بوده است. هم‌چنین در مطالعه آن‌ها نیمی از واحدهای پژوهشی چند زا بوده‌اند، در حالی‌که در مطالعه حاضر تمام نمونه‌ها نخست‌زا بوده‌اند. تفاوت دیگر آن بود که در مطالعه حاضر و هم‌چنین در مطالعه نیکودم و بی‌شر واحدهای پژوهشی اجازه داشتند در تمامی وضعیت‌هایی که احساس راحتی می‌کنند قرار گیرند. یافته‌های پژوهشی حاضر نشان داد که ۱۶٪ از افراد گروه آزمون و ۴۶٪ از افراد گروه شاهد درد خود را به‌صورت بدترین درد ممکن گزارش کرده‌اند. از طرفی ۳۰٪ افراد گروه آزمون و ۴٪ گروه شاهد درد خود را به صورت مختصر تا متوسط بیان کرده‌اند. آزمون این اختلاف را معنادار نشان داد.

در مطالعه رابرتز و همکاران (۷) مادرانی که آزادانه وضعیت خود را انتخاب کرده بودند نسبت به گروه شاهد احساس راحتی و رضایت بیشتری داشتند. مطالعه مولینا و همکارانش (۱۹) نیز نشان داد که مادران در وضعیت‌های قایم (ایستاده و نشسته) در مقایسه با مادران خوابیده درد شکمی و کم‌تری را احساس می‌کنند. در حالیکه مک مالنوس و کالدرا (۱۸) در مطالعه خود بین نیاز به مسکن و احساس کاهش درد، در مادرانی که در وضعیت قایم (قدم زدن، ایستادن و نشستن) بودند و مادرانی که خوابیده در تخت بودند اختلاف معناداری مشاهده نکردند. به‌طور کلی ۹۰٪ گروه آزمون برای حاملگی بعدی خود زایمان طبیعی را انتخاب کردند در حالی‌که در گروه شاهد این میزان ۶۳/۴٪ بود. آزمون دقیق فیشر این اختلاف را معنادار نشان داد. این اختلاف می‌تواند به دلیل رضایت بیشتر مادر از تجربه زایمان باشد که آن هم به نوبه‌ی خود می‌تواند با شدت دردی که مادر در طول زایمان احساس می‌کند، ارتباط داشته باشد. طول مدت زایمان و آپگار نوزاد نیز می‌تواند این انتخاب را تحت تأثیر قرار دهد. بدین ترتیب زایمان طولانی مادر را خسته و ناامید کرده و او را برای روشی که سریع‌تر زایمان کند سوق می‌دهد.

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره آپگار نوزادان در دو گروه تحت مطالعه

نمره آپگار	گروه مداخله	گروه شاهد	P.V
دقیقه ۱	۸/۹±۰/۴	۸/۵±۱/۲	<۰/۰۵
دقیقه ۵	۱۰/۰±۰	۹/۹±۰/۶	N.S*

* در سطح $\alpha=0/05$ معنادار نمی‌باشد.

جدول ۴- توزیع فراوانی و درصد انتخاب نوع زایمان در حاملگی بعدی به تفکیک در دو گروه آزمون و شاهد (زایمان‌های طبیعی)

انتخاب نوع زایمان بعدی	گروه مداخله		گروه شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی + خوابیده در تخت	۴	۸/۰	۵	۱۱/۲
طبیعی + وضعیت انتخابی	۳۸	۷۶/۰	۱۵	۳۴/۱
طبیعی + نوع وضعیت فرقی ندارد	۳	۶/۰	۸	۱۸/۱
سزارین	۵	۱۰/۰	۱۶	۳۶/۶
جمع	۵۰	۱۰۰/۰	۴۴	۱۰۰/۰

در طی فاز فعال زایمان، صدای غیرطبیعی قلب جنین در ۸ نوزاد از گروه شاهد گزارش شده است در حالی‌که در گروه مداخله صدای قلب جنین در فاز فعال زایمان برای تمام نمونه‌ها طبیعی گزارش شده است.

در این پژوهش هم‌چنین وضعیت انتخابی برای زایمان بعدی پرسیده شد که ۷۶٪ زنان برای زایمان بعدی خود، زایمان طبیعی با وضعیت انتخابی را مجدد انتخاب کردند و ۱۰ درصد تمایل داشتند که در زایمان بعدی سزارین شوند در حالیکه در گروه شاهد ۳۶/۶٪ تمایل به انجام سزارین در زایمان بعدی را ذکر کردند و فقط ۱۳/۶٪ آن‌ها وضعیت خوابیده و در تخت را ترجیح می‌دادند (جدول ۴). میزان پیامدهای نامطلوب بارداری به‌طور معناداری در گروه مداخله کم‌تر از گروه دوم بوده است ($P=0/001$).

بحث

در مطالعه حاضر، میزان پیشرفت اتساع سرویکس بر حسب سانتی‌متر در ساعت، در گروه آزمون ۲/۷ و در گروه شاهد ۱/۷۶ بوده است. آزمون t اختلاف این میزان را در دو گروه معنادار نشان داد ($P=0/0001$). البرز و همکاران (۱۰) و استوارت (۱۱) پس از انجام پژوهش‌های جداگانه‌ای اعلام کردند که مادرانی که در طول فاز فعال (از بین وضعیت خوابیده و قدم زدن) وضعیت قدم زدن را انتخاب کرده بودند طول فاز فعال به‌طور معناداری کوتاه‌تر بوده است. اندروز و همکاران (۱۲) پس از انجام پژوهشی در زمینه تأثیر وضعیت‌های قایم (نشستن و ایستادن) بر لیبر نتیجه گرفتند که تعداد و شدت انقباضات رحمی در این وضعیت‌ها افزایش یافته و طول فاز فعال کوتاه‌تر می‌گردد. مطالعه پورجواد (۱۳) در مشهد و شهنازی (۱۴) در تبریز در زمینه تأثیر وضعیت‌های قایم نظیر قدم زدن و ایستادن بر زایمان نشان داد که طول فاز فعال در این

بود که می‌تواند سبب انجام سزارین شود. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه‌ی کاربن (۲۰) و شاشار (۲۱) مبنی بر کاهش اکسیژن رسانی جنین در وضعیت خوابیده به پشت این یافته‌ی ما بیش‌تر تأیید می‌گردد. بلوم (۱۵) و مندز (۲۲) ارتباط معناداری را بین وضعیت مادر و نوع زایمان پیدا نکردند در حالی که آلبرز و همکاران (۱۰) بین تحرک مادران در لیبر و نوع زایمان ارتباط معناداری را مشاهده کردند. در مطالعه‌ی آن‌ها میزان سزارین در مادرانی که در طول لیبر حرکت آزادانه داشتند نصف گروه شاهد بود. از یافته‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت انتخابی مادر در فاز فعال باعث بهبود عملکرد رحمی و بهبود اکسیژن رسانی جنین و کاهش زجر جنینی گردیده و در نتیجه میزان سزارین به علل جنینی را کاهش می‌دهد.

در این مطالعه آپگار دقیقه پنجم در دو گروه اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد که با نتیجه حاصل از مطالعه‌ی شهنازی (۱۴) مطابقت دارد. شاید احیاء سریع نوزادانی که نمره آپگار دقیقه اول آن‌ها پایین بوده است باعث شده که نمره‌ی آپگار دقیقه پنجم بالاتر باشد.

در گروه آزمون ۸۶٪ از واحدهای پژوهش از تجربه‌ی اولین زایمان خود راضی یا خیلی راضی بودند، این میزان در گروه شاهد ۵۹٪ بود. آزمون کای دو اختلاف را معنادار نشان داد ($P=0/006$). این یافته‌ها نشان می‌دهد مادران از اینکه در طول لیبر آزاد بوده و اجازه تحرک داشته باشند احساس رضایت بیش‌تری می‌کنند.

به‌طور کلی ۹۰٪ گروه آزمون برای حاملگی بعدی خود زایمان طبیعی را انتخاب کرده‌اند در حالی که این میزان در گروه شاهد ۶۳/۴٪ می‌باشد. آزمون دقیق فیشر نشان می‌دهد که انتخاب سزارین در زایمان بعدی به‌طور معناداری در گروه شاهد بیش‌تر است. انتخاب سزارین می‌تواند به دلیل رضایت کم‌تر مادر از تجربه‌ی زایمان باشد که آن هم به نوبه‌ی خود می‌تواند با شدت دردی که مادر در طول زایمان احساس می‌کند ارتباط داشته باشد.

طول مدت زایمان و وضعیت نوزاد نیز می‌تواند این انتخاب مادر را تحت تأثیر قرار دهد. بدین ترتیب که زایمان طولانی مادر را خسته و ناامید کرده و او را برای انتخاب روشی که سریع‌تر زایمان کند سوق می‌دهد. ۷۶٪ واحدهای پژوهشی در گروه مداخله مجدداً وضعیت را که در زایمان اخیر خود داشته‌اند، انتخاب کردند در حالیکه در گروه شاهد فقط ۱۱/۲۱٪ واحدهای پژوهشی وضعیت را که داشته‌اند مجدداً انتخاب کرده بودند. آزمون فیشر بین انتخاب مجدد وضعیت مادر در زایمان اخیر بین گروه آزمون و شاهد اختلاف معناداری را نشان می‌دهد. این نتیجه با نتایج حاصل از مطالعه‌ی بلوم (۱۵) مطابقت دارد. در مطالعه‌ی بلوم ۹۹٪ واحدهای پژوهشی مجدداً وضعیت آزاد (قدم‌زدن) را برای زایمان بعدی خود انتخاب کرده بودند.

در گروه آزمون ۹۳/۸٪ پیامدها، مطلوب (آپگار خوب نوزاد، عدم نیاز به اکسی‌توسین، انجام زایمان به روش طبیعی، افزایش میزان رضایت-

مشاهده نوزاد با آپگار پایین و تلاش تیم مامایی برای نجات نوزاد این تصور را در مادر ایجاد می‌کند که انجام زایمان به روش سزارین برای نوزاد بهتر و مناسب‌تر می‌باشد. همان‌طور که در نتایج قبلی ذکر گردید وضعیت انتخابی، طول فاز زایمان را کاهش داده بود که در نتیجه جلوی خستگی بیش از حد مادر را گرفته و از کاهش نمره آپگار نوزاد نیز جلوگیری کرده بود که این دو مورد به علاوه کاهش میزان احساس درد باعث افزایش میزان رضایت مادران و انتخاب مجدد زایمان طبیعی با وضعیت انتخابی در حاملگی بعدی می‌شود. در حالی که در گروه شاهد انتخاب مجدد وضعیت خوابیده در تخت ۱۱/۲ درصد بود. آزمون دقیق فیشر این انتخاب را معنادار نشان داد. در مطالعه بلوم نیز (۱۵) ۹۰ درصد از واحدهای پژوهشی، وضعیت انتخابی را برای زایمان بعدی خود انتخاب نموده بودند که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. یافته‌های پژوهشی حاضر نشان می‌دهد که نمره آپگار دقیقه اول در گروه آزمون به‌طور معناداری بالاتر از گروه شاهد بوده است ($P=0/15$). مطالعه شهنازی در این راستا نشان داد که وضعیت‌های قایم مادر آپگار دقیقه اول را بهبود می‌بخشد. از طرفی مطالعات پورجوادی (۱۳)، البرز و همکاران (۱۰)، استوارت (۱۱)، اندروز و همکاران (۱۲) همگی نشان دادند که در وضعیت‌های انتخابی و وضعیت‌های قایم طول فاز فعال زایمان و هم-چنین نیاز به اکسی‌توسین کاهش می‌یابد. از جمله دلایل کاهش نمره آپگار نوزاد، طولانی شدن مراحل زایمانی و هم‌چنین استفاده از اکسی‌توسین است. بنابراین در پژوهش حاضر به دلیل تأثیر وضعیت انتخابی بر کاهش طول فاز فعال و هم‌چنین کاهش نیاز به اکسی‌توسین نمره‌ی آپگار نوزادان نسبت به گروه شاهد افزایش نشان می‌دهد. در گروه شاهد در ۱۶٪ موارد صدای قلب جنین غیرطبیعی بوده است در حالی که این میزان در گروه آزمون صفر می‌باشد. هم‌چنین دفع مکونیوم در گروه شاهد بیش‌تر بوده است. از آنجایی که وضعیت غیرطبیعی قلب جنین در مرحله اول لیبر و هم‌چنین دفع مکونیوم از جمله عوامل مؤثر بر نمره‌ی آپگار می‌باشند می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت خوابیده مادر در مرحله فعال به علت افزایش موارد غیرطبیعی قلب جنین و افزایش میزان دفع مکونیوم آپگار دقیقه اول نوزادان را کاهش می‌دهد. با این وجود شهنازی (۱۴) بین وضعیت مادر و نمره آپگار دقیقه اول ارتباط معناداری را مشاهده نکرد. به نظر می‌رسد این اختلاف به علت تعداد کم نمونه در مطالعه شهنازی بوده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که همه‌ی واحدهای پژوهش در گروه آزمون زایمان طبیعی داشته‌اند در حالی که در گروه شاهد ۱۲٪ از واحدها به سزارین نیاز پیدا کرده بودند. ۳۳٪ از سزارین‌ها به دلیل عدم پیشرفت زایمان و ۶۶/۶٪ به علت دیسترس جنین و دفع مکونیوم انجام شده بود. در این مطالعه دفع مکونیوم در گروه شاهد بیش‌تر از گروه آزمون بود. از طرفی پیشرفت اتساع سرویکس نیز در گروه شاهد کم‌تر از گروه آزمون

5. Mario M, Garay. Delivery medicine. Translated to Persian by: Khoshzaban J, Mohamadi Ardehali Z. Tehran: Boshra;1989.[Persian].
6. Willson R. Obstetric & gynecology. Translated to Persian by: Kazemi D. Tehran: Danesh pazhooh; 2007.[Persian].
7. Roberts J, Malasanos L, Mendez-Bauer C. Maternal position labor: Analysis in relation to comfort and efficiency. Birth Defect Orig Artic Ser 1981;17(6):97-128.
8. Christine H, Kathleen J. Essential midwifery. New York: Mosby pub;1997.
9. Carol B. Diagnosis and treatment of pain. Translated to Persian by: Shoroofi. Tehran: chehr pup;1997.p.44.[Persian].
10. 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;42(1):4-8.
11. Stewart P, Calder AA. Posture in Labor: patients' choice and its effect of performance: Br Obstet Gynaecol 1984;91(11):1091-1095.
12. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor and comfort. Appl Nurs Res 1990;3(1):7-13.
13. Purjavad M. The effect of maternal position on the labor: Journal of Medical COUNCIL of Islamic Republic of Iran 1999;17(2).[Persian].
14. Shanazi M, Hamidi A. To evaluate the effect maternal position during active phase on the pregnancy outcome [dissertation]. Tabriz University of Medical Sciences;1997.[Persian].
15. Bloom sl, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery: N Engl J Med 1998, 339(2):76-79.
16. Bennet v Ruth, Broun Linda K. Myle's textbook for midwives. Newyork: Church Livingstone;1999.
17. Beischer NA, Mackay EV, colditz PB. Obstetvics and the newborn.. London: Sunders company;1997.
18. Mcmanus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labor. Lancet 1978;1(8055):72-74.
19. 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;13(2):98-103.
20. Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor: effect on fetal oxygen saturation measured by pulse oxymetry. Obstet Gynecol 1996;88(5):797-800.
21. Shachar IB, Welnetin D, Elchalai u. Maternal position and fetal Pulse oximetry. International Journal of Gynecology & Obstetrics 1998,60(1):67-68.
22. Mendez C, Roberts J. The effect of maternal position on contractility and efficiency. Birth 1983;10(4):243-249.

مندی، کاهش میزان درد و... و ۶/۲٪ نامطلوب بوده‌اند. این مقادیر در گروه شاهد به ترتیب ۷۲/۸ و ۲۷/۲ درصد بوده است. آزمون کای دو این اختلاف را معنادار نشان می‌دهد (P= ۰/۰۰۱). به‌طور کلی در مورد هدف کلی مبنی بر «تعیین تأثیر وضعیت انتخابی مادر در مرحله‌ی فعال زایمان بر پیامد بارداری در زنان نخست حامله» می‌توان نتیجه گرفت که وضعیت انتخابی مادر در مرحله فعال، پیامد بارداری را به‌طور معناداری بهبود می‌دهد و بدین علت که اثر نامطلوبی بر زایمان ندارد می‌توان آن را توصیه کرده و به‌کار برد. از آنجایی که اثرات مفید تغییر وضعیت در نتیجه‌ی مداخله‌ای بی‌خطر، کم هزینه و مطلوب برای مادران می‌باشد می‌توان آن را به‌عنوان راهکاری مناسب در بیمارستان-های کشور به اجرا گذاشت.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب قدردانی خود را نسبت به سرکار خانم پوران‌دخت افشاری، استاد محترم راهنما ابراز می‌دارم. تقدیم و سپاس خود را تقدیم به استاد مشاور علمی سرکار خانم شهناز نجار، استاد مشاور آمار جناب آقای سید محمود لطیفی، اساتید محترم ناظر سرکار خانم زهرا عباسپور و سرکار خانم پروین عابدی می‌نمایم. هم‌چنین از سرکار خانم فریبا قهرمانی و خانم دکتر الهام طافی که در طول انجام پژوهش اینجانب را یاری نمودند بینهایت سپاسگذارم.

References

1. Gary C, Kenneth LJ, Steven BL, John HC, Larry GC, Katharine WD. Williams obstetrics. Translated to Persian by: Ghazi jahani. Tehran: Golban pub;2005.[Persian].
2. Bennet V, Brown, Linda K. Myle's textbook for midwives. New Yourk: Livingstone;1999.
3. Fenwick L, Simkin P. Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor: Clin Obstet Gynecol 1987; 30(1):83-89.
4. Kean LH, Bacher PN, Edelstone DI. Best practice in labor ward management. Philadelphia: W.B. Sunders;2000.