

بررسی تأثیر وضعیت های مختلف قرارگیری در طی مرحله دوم زایمان بر درد، اضطراب، خستگی و تجربه مادر از زایمان

لیلا امیری فراهانی^۱
فاطمه رجبعلی پور^۲
وحیده شیرازی^۲

چکیده

سابقه و هدف: زایمان یکی از بحران های زندگی یک زن و مرحله دوم زایمان فوق العاده دردناک می باشد که نیازمند صرف انرژی بسیار است و موجب درد، اضطراب و خستگی در مادر می شود، اتخاذ تدابیر لازم جهت جلوگیری از این معضلات ضروری است. با توجه به ابهامات موجود در زمینه انتخاب یک وضعیت مناسب در طی این مرحله مطالعه ای با هدف مقایسه وضعیت های مختلف قرارگیری طی مرحله دوم زایمان بر درد، اضطراب، خستگی و تجربه مادر از زایمان طرح ریزی شد.

مواد و روش ها: مطالعه ای از نوع شبه تجربی که بر روی زنان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر اراک در سال ۸۸ و ۸۹ انجام شد. شرایط انتخاب افراد شامل زایمان اول، تک قلو و باسن حاملگی ۴۲-۳۷ هفته بود. ۱۴۸ نفر به صورت تصادفی ساده در سه گروه، وضعیت لیتوتومی (۴۹ نفر)، چمباتمه (۴۹ نفر) و زانوئی (۵۰ نفر) تخصیص یافتند و افراد از زمان کامل شدن دیلاتاسیون و افسامان تا تاجی شدن سر جنین در وضعیت ها قرار گرفتند. درد، اضطراب، خستگی و تجربه مادر از قرارگیری در وضعیت مورد نظر اندازه گیری شد. فرم وضعیت اجتماعی-دموگرافیک و مامایی جهت افراد تکمیل گردید. جهت مقایسه متغیرهای کمی از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و در متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوئر استفاده گردید.

یافته ها: از نظر میانگین نمره شدت درد، اضطراب و خستگی در بدو پذیرش، در زمان شیب حداکثر (دیلاتاسیون ۹-۴ سانتی متری) و تاجی شکل شدن سر جنین تفاوت آماری معنی داری بین سه گروه دیده نشد ($p>0/05$). از نظر متغیرهای احساس مادر از شدت درد با نزدیک شدن به زمان زایمان، احساس مادر نسبت به زایمان، رضایت مادر از قرارگیری در وضعیت مورد، تمایل مادر به قرارگیری در وضعیت مورد نظر در حاملگی بعدی تفاوت آماری معنی داری بین گروه ها دیده نشد ($p>0/05$).

استنتاج: با توجه به این که ایجاد یک تجربه مثبت از زایمان و کسب رضایت مادر هدف تیم مراقبت کننده است و با توجه به این که نتایج مطالعه ما نتوانست نشان دهد که وضعیت های قایم منجر به ایجاد تجربه زایمانی بهتر برای مادر می شود، لذا توصیه می شود که زنان را در این مرحله آزاد گذاشت تا در وضعیت دلخواه خود قرار گیرند.

واژه های کلیدی: وضعیت قرارگیری، زنان نخست زاء، درد، اضطراب، خستگی

مقدمه

یکی از بحران های زندگی یک زن حاملگی و به دنبال آن زایمان است و حاملگی با شروع تولد جنین خاتمه می یابد. مراحل فیزیولوژیک دخیل در زایمان و وضع حمل در انسان شامل مرحله یک از شروع دیلاتاسیون

مؤلف مسئول: لیلا امیری فراهانی- اراک: سردشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

۲. دانشگاه علوم پزشکی اراک

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱۱/۱۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۰/۱۲/۲۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۹/۶

سرویکس تا کامل شدن آن، مرحله دو از کامل شدن دیلاتاسیون سرویکس آغاز می‌شود و با زایمان جنین خاتمه می‌پذیرد (۱). مرحله دوم وضع حمل با علایم افزایش نمای خونی^۱، بی اختیاری در دفع مدفوع، افزایش در میزان زور زدن‌های خودبه‌خودی مادر، انقباضات پر قدرت رحمی، برجسته شدن پرینه و تلاش‌های مادر برای خروج جنین شناسایی می‌شود (۲). مرحله دوم لیبر مرحل‌های فوق‌العاده دردناک برای مادر می‌باشد و به طور متوسط در زنان نخست‌زا ۵۰ دقیقه طول می‌کشد این مدت ممکن است به شدت متغیر باشد و به طور غیر طبیعی طولانی شود (۱). از جمله عوامل مؤثر در طولانی شدن مرحله دوم لیبر عدم دیلاتاسیون کامل سرویکس، عدم حرکات اصلی جنین که برای عبور از مجرای زایمانی ضروری هستند و عدم تناسب سر جنین با لگن (۱).

از آغاز ثبت تاریخ در همه تمدن‌ها، زنان از وضعیت‌های زایمانی به‌عنوان روشی که زایمان را سریع‌تر و آسان‌تر می‌نماید استفاده کرده‌اند (۴). زنان طی زایمان به دفعات تغییر وضعیت می‌دهند (۳، ۵، ۶) و به طور غریزی جهت زایمان وضعیت‌های قائم را بر می‌گزینند (۷-۹). اغلب هنگامی که جنین به خوبی با لگن مادر تطابق دارد، مادر درد کمتری را ابراز می‌کند (۸). بنابراین وضعیت‌هایی که مادر جهت راحتی بیشتر انتخاب می‌کند، غالباً آن‌هایی هستند که سبب نزول جنین در کانال زایمانی می‌شود (۳، ۶).

در مطالعات مختلف وضعیت‌های متفاوتی اتخاذ شده است که زنان در طی مرحله دوم لیبر در آن وضعیت قرار گرفته‌اند مانند وضعیت لیتوتومی (۱۰)، وضعیت‌های قائم^۲ مانند گربه‌ای یا زانوپی (۱۱)، وضعیت چمباتمه، استفاده از صندلی تولد (۱۰) و غیرهمی باشد. تغییر وضعیت مادر شیوه ساده، کم هزینه و عموماً مورد پذیرش زائوس (۱۴-۱۲). که سبب احساس مشارکت بیشتر زنان در زایمان، کنترل داشتن مادر روی بدن خود و

اضطراب کمتر و اعتماد به نفس بیشتر (۱۵، ۱۶) و در نتیجه پیشرفت طبیعی زایمان می‌شود (۱۷). ۸۷ درصد زائوها تمایل دارند که در طی مرحله دوم لیبر زایمان در بستر استراحت کنند (۱۶). بنابراین ماماها باید بتوانند در هر وضعیتی که مادر قرار می‌گیرد از وی مراقبت کنند (۱۸). استفاده از وضعیت‌های خوابیده طی زایمان بیش از آن‌که به صورت علمی ارزیابی شوند، رواج یافته‌اند (۹). وضعیت‌های مناسبی که زائو تمایل دارد در آن وضعیت‌ها قرار گیرد انحصاری نیست، بیشتر مطالعاتی که قبلاً در این زمینه انجام شده بر روی وضعیت مادر در وضعیت‌های ایستاده و خوابیده به پشت متمرکز شده است و هر کدام از این وضعیت‌ها دارای مزایا و معایبی می‌باشند. وضعیت قائم سبب کاهش درد، افزایش اقطار لگن، کاهش خطر فشار بر روی ورید اجوف تحتانی و انقباضات مؤثرتر رحمی می‌شود و در مقابل باعث افزایش خونریزی بعد از زایمان در مقایسه با وضعیت خوابیده می‌شود (۱۹). وضعیت خوابیده نسبت به قائم باعث افزایش چندین برابر درد، موارد بیشتر اپی‌زیاتومی، الگوی غیر طبیعی ضربان قلب جنین و کاهش PH شریان نافی جنین در مقایسه با سایر وضعیت‌ها می‌شود (۱۰، ۱۹). بر اساس نتایج مطالعات افزایش ۲۰-۳۰ درصد ابعاد خروجی لگن در وضعیت چمباتمه در مقایسه با وضعیت خوابیده به پشت وجود دارد (۵).

دانش ما در زمینه تجربه مادر از زایمان بعد از قرارگیری در وضعیت‌های مختلف در طی مرحله دوم زایمان بسیار اندک است. عوامل زیادی در ایجاد تجربه مثبت یا منفی مادر مؤثرند و مطالعات محدودی در خارج از ایران به بررسی اثر وضعیت مادر در طی مرحله دوم زایمان بر تجربه زایمانی مادر پرداخته است. مقایسه رضایت مادر در وضعیت قائم و لیتوتومی در طی مرحله دوم زایمان بر اساس نتایج مطالعه جانگک و همکارانشان داد تفاوتی از نظر رضایت مادر بین دو وضعیت وجود

1. Bloody show
2. Upright

ندارد و از آنجا که براساس نتایج همین مطالعه میزان خونریزی بعد از زایمان و مداخلات مامایی در دو گروه یکسان بود با وضعیت قایم مخالفتی نگردید (۲۰). هیچ مطالعه‌ای در ایران یافت نشد که تجربه مادری، اضطراب و خستگی مادر در طی وضعیت‌های مختلف را بررسی کرده باشد، با توجه به اهمیت ایجاد یک تجربه خوشایند از فرایند زایمان در مادر و تداوم آن در زایمان‌های بعدی و ترویج هر چه بیشتر زایمان طبیعی و ابهام موجود در این زمینه، مطالعه‌ای با هدف مقایسه وضعیت‌های مختلف فرارگیری طی مرحله دوم زایمان بر درد، اضطراب، خستگی و تجربه مادر از زایمان در مرکز آموزشی- درمانی طالقانی شهر اراک در سال ۸۸ و ۸۹ طرح ریزی گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت شبه تجربی که ثبت شده در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT201105113869N3 می‌باشد که بر روی ۱۶۰ زن باردار مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی شهر اراک در سال ۸۸ و ۸۹ جهت زایمان که دارای شرایط لازم جهت انجام پژوهش بودند، انجام شد. این شرایط شامل رضایت جهت شرکت در مطالعه، زایمان اول، تک قلبی، سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، لیبر خودبه خودی، عضو نمایش سر، نژاد ایرانی، سن ۱۸-۳۵ ساله، وزن موقع تولد نوزادشان بین ۴۰۰۰ - ۲۵۰۰ گرم، عدم پارگی طولانی مدت کیسه آب (بیشتر از ۱۲ ساعت)، عدم ابتلا به بیماری داخلی- جراحی در مادر، عدم وجود دیسترس جنینی و زایمان تسریع شده یا زایمان طول کشیده می‌باشد. در صورت داشتن شرایط مطالعه فرم وضعیت اجتماعی- دموگرافیک مادر و فرم مشخصات مامایی تکمیل گردید. سپس با ترازو و متر، وزن و قد مادران جهت اندازه گیری شاخص توده بدنی اندازه گیری شده و ثبت گردید. افراد واجد شرایط (۱۶۰ نفر) به صورت تصادفی به ترتیب ورود به زایشگاه در ۳ گروه، گروه

اول: وضعیت لیتوتومی (n=۵۲)، گروه دوم: وضعیت چمباتمه (n=۵۳) و در گروه سوم: وضعیت زانوپی (n=۵۵) قرار گرفتند. ۳ نفر در گروه لیتوتومی و ۴ نفر در گروه چمباتمه و ۵ نفر در گروه زانوپی به جهت طولانی شدن مرحله اول یا دوم زایمان، الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین و مشکلات مامایی از مطالعه حذف گردیدند و در نهایت ۱۴۸ نفر مطالعه را به پایان رساندند، ۴۹ نفر در گروه لیتوتومی، ۴۹ نفر در گروه چمباتمه و ۵۰ نفر در گروه زانوپی.

گروه اول، کلیه افراد این گروه در وضعیت لیتوتومی که وضعیت معمول در طی مرحله دوم لیبر است، قرار گرفتند و شامل خوابیدن به پشت همراه با خم کردن پاها از ناحیه زانوهاست (۲۱). گروه دوم، کلیه افراد این گروه در وضعیت چمباتمه که تخت تحت زاویه ۶۰ درجه قرار گرفته به طوری که پشت مادر حمایت شده و زانو دست‌ها و پاها را به داخل شکم جمع کرده، قرار گرفتند (۱۶). گروه سوم، کلیه افراد این گروه در وضعیت گربه‌ای قرار گرفتند که در این وضعیت دست‌ها از کف دست و پاها از ناحیه زانو بر روی زمین قرار گرفته و لگن و شانه‌ها همسطح می‌باشد و سر مادر توسط صندلی که بر روی زمین قرار گرفته حمایت شده و سطح اتکا مادر زمین می‌باشد (۲۲). مدت زمان فرارگیری افراد شرکت کننده در هر کدام از این سه وضعیت از زمان کامل شدن دیلاتاسیون و افاسمان تا تاجی شدن سر جنین بود که در هر سه گروه، در زمان انقباضات رحمی، مادر در وضعیت مورد نظر خود قرار گرفته و با افزایش فشار داخل شکم زور می‌زند و در فواصل انقباضات رحمی به مادر اجازه استراحت داده شده و می‌توانست در وضعیت دلخواه خود قرار گیرد. در طی مرحله اول زایمان مادران براساس تمایل خود آزادانه در وضعیت دلخواه قرار می‌گرفتند. فاکتورهایی که مورد سنجش قرار گرفت شامل تجربه مادر از فرارگیری در وضعیت مورد نظر که براساس پرسشنامه پژوهشگر ساخته که شامل سوالات احساس

یافته‌ها

نتایج مطالعه بر اساس انجام تجزیه و تحلیل آماری بر روی ۱۴۸ نفر می‌باشد. ۴۹ نفر در گروه لیتوتومی، ۴۹ نفر در گروه چمباتمه و ۵۰ نفر در گروه زانویی. به طور کلی یافته‌های این مطالعه در سه بخش آورده شده است: الف) شامل توصیف واحدهای پژوهش (جدول شماره ۱). ب) یافته‌های حاصل از تجربه مادر از زایمان بعد از قرارگیری در وضعیت‌های لیتوتومی، چمباتمه و زانویی در طی مرحله دوم زایمان (جدول شماره ۲). ج) شامل یافته‌های مربوط به نمره درد، اضطراب، خستگی مادر به ترتیب در سه مرحله، بدو ورود به مطالعه، مرحله حداکثر شیب (دیلاتاسیون ۹-۴ سانتی متری سرویکس) و در مرحله تاجی شکل شدن سر جنین است (جدول شماره ۳).

مقایسه متغیرهای دموگرافیک و مامایی در سه گروه را نشان می‌دهد. از نظر وضعیت قرارگیری مادر در طی مرحله اول زایمان تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌ها دیده نشد (جدول شماره ۱). نتایج نشان داد که سه گروه از نظر متغیرهای طول مدت انقباضات رحمی، فاصله بین آن‌ها، دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس و جایگاه سر جنین هر یک ساعت یک‌بار مورد سنجش قرار گرفت، تفاوت آماری معنی‌داری ندارند و همچنین تفاوت آماری معنی‌داری از نظر طول مدت مرحله دوم زایمان، آسیب وارد شده به پرینه، میزان انجام اپی‌زیاتومیو آپگار دقیقه ۱ و ۵ بین سه گروه مورد مطالعه دیده نشد ($p > 0.05$).

بر اساس نتایج حاصل از جدول شماره ۲ تفاوت آماری معنی‌داری از نظر مقایسه سوالات در زمینه تجربه مادر از قرارگیری در وضعیت مورد نظر بین سه گروه دیده نشد. بیشتر افراد از قرار گرفتن در وضعیت مورد نظر رضایت داشتند و همچنین تمایل داشتند در زایمان بعدی در وضعیت مورد نظر قرار گیرند ولی این تفاوت از نظر آماری بین گروه‌ها معنی‌دار نبود ($p > 0.05$).

مادر از شدت درد با نزدیک شدن به زمان زایمان، احساس مادر نسبت به زایمان، رضایت مادر از قرارگیری در وضعیت مورد نظر، تمایل مادر به قرارگیری در وضعیت مورد نظر در حاملگی بعدی بود. فاکتورهایی دیگری که مورد سنجش قرار گرفت نمره درد، اضطراب و خستگی مادر بر اساس مقیاس تطابق دیداری ۱۰ نقطه‌ای که از شدت ۰ تا ۱۰ (به سانتی متر) تقسیم‌بندی شده است که در بدو پذیرش زائو، در مرحله حداکثر شیب (دیلاتاسیون ۹-۴ سانتی متری سرویکس) (۲۳) و بعد از کامل شدن دیلاتاسیون سرویکس مادر در وضعیت مورد نظر قرار گرفت و مجدداً فاکتورهای ذکر شده در زمان تاجی شدن سر جنین اندازه‌گیری شد؛ همچنین سایر متغیرهایی که مورد سنجش قرار گرفت شامل طول مدت مرحله دوم زایمان، آسیب وارد شده به پرینه، میزان انجام اپی‌زیاتومی و آپگار دقیقه ۱ و ۵ در سه گروه بود. در طی مرحله اول زایمان طول مدت انقباضات رحمی، فاصله بین آن‌ها، دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس و جایگاه سر جنین هر یک ساعت یک‌بار مورد بررسی قرار گرفت. روایی فرم‌های مصاحبه، مشاهده و فرم پژوهشگر ساخته در مورد تجربه مادر از قرارگیری در وضعیت مورد نظر به روش روایی محتوا و پایایی آن‌ها، به روش پایایی هم‌ارز تأیید شد. مقیاس تطابق دیداری ابزاری استاندارد است که روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد به تأیید رسیده است (۲۴). روایی و پایایی مقیاس تطابق دیداری برای سنجش اضطراب توسط هورن بلو و کیدسون (۲۵) و برای سنجش خستگی توسط همکاران (۲۶) به تأیید رسیده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. در بررسی اولیه بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنف وضعیت توزیع داده‌های کمی مورد بررسی قرار گرفت. برای مقایسه گروه‌ها با یکدیگر از آزمون مجذور کای و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۵ درصد برای کلیه آزمون‌ها مد نظر قرار گرفت.

جدول شماره ۱: متغیرهای دموگرافیک و مامایی در واحدهای پژوهش

سطح معنی داری	پوزیشن زانویی (n=50) تعداد (درصد)	پوزیشن چمباتمه (n=49) تعداد (درصد)	پوزیشن لیتوتومی (n=49) تعداد (درصد)	سن (سال) میانگین±انحراف معیار
۰/۴	۳/۹±۲۵/۲	۳/۸±۲۶/۴	۴±۲۵/۴	سن حاملگی (هفته) میانگین±انحراف معیار
۰/۳	۳±۳۹	۴±۳۹	۱±۳۹	شاخص توده بدنی (kg/m2) میانگین±انحراف معیار
۰/۳۱	۳/۵۴±۲۸/۱۳	۳/۶±۲۷/۶	۳/۳۷±۲۷	طول مرحله اول زایمان (دقیقه) میانگین±انحراف معیار
۰/۲۷	۱۰۰/۵۴±۱۶۸/۵۲	۱۲۴/۵۸±۱۹۸/۱۵	۱۴۰/۷۱±۱۹۲/۶۸	مایعات خوراکی دریافتی در طی مرحله اول (سی سی) میانگین±انحراف معیار
۰/۹۲	۱۰۲/۱۵±۲۱۵/۷۸	۹۶/۳۴±۲۲۸/۱۲	۸۵/۰۴±۱۷۷/۶۴	وزن نوزاد موقع تولد (گرم) میانگین±انحراف معیار
۰/۶۳	۳۲۵۵±۳۲۴/۲	۳۱۵۳/۶۳±۳۱۲/۵۶	۳۰۷۸±۵۰۸/۴۹	تحصیلات
	(۲۸) ۱۴	(۲۲/۴۴) ۱۱	(۲۶/۵۳) ۱۳	بیسواد
۰/۸۴	(۱۸) ۹	(۲۴/۴۸) ۱۲	(۲۴/۴۸) ۱۲	ابتدایی
	(۵۴) ۲۷	(۵۳/۰۶) ۲۶	(۴۸/۸۷) ۲۴	راهنامه‌ای و بالاتر
				شغل
۰/۲۰۳	(۱۰۰) ۵۰	(۹۳/۸۷) ۴۶	(۹۳/۸۷) ۴۶	خانه دار
	(۰) ۰	(۶/۱۲) ۳	(۶/۱۲) ۳	شاغل
				محل سکونت
۰/۲۳	(۶۴) ۳۲	(۵۵/۱) ۲۷	(۵۱/۰۲) ۲۵	شهر
	(۳۶) ۱۸	(۴۴/۹) ۲۲	(۴۸/۹۸) ۲۴	روستا
				علت بستری
۰/۵۲	(۳۶/۷۲) ۱۸	(۴۰/۸) ۲۰	(۴۶/۹۲) ۲۳	درد
	(۲۲/۴۴) ۱۱	(۳۶/۷۲) ۱۸	(۲۴/۴۸) ۱۲	پارگی کیسه آب
	(۴۲/۸۴) ۲۱	(۴۲/۸۴) ۲۱	(۲۸/۵۶) ۱۴	سایر علل
				پوزیشن مادر در طی مرحله اول زایمان
۰/۰۶۴	(۸۸) ۴۴	(۸۹/۷۹) ۴۴	(۸۳/۶۷) ۴۱	نشسته و راه رفته
	(۸) ۴	(۸/۱۶) ۴	(۱۰/۲) ۵	خوابیده به پشت
	(۴) ۲	(۲/۰۴) ۱	(۶/۱۲) ۳	خوابیده به پهلو
				نشستن چهار دست و پا
				دریافت داروهای ضد درد در طی مرحله اول زایمان
۰/۲۷	(۸۸) ۴۱	(۸۹/۷۹) ۴۴	(۹۳/۸۷) ۴۶	بله
	(۱۸) ۹	(۱۰/۲) ۵	(۶/۱۲) ۳	خیر
				نحوه پاره شدن پرده های جنینی
۰/۲۹	(۴۴) ۲۲	(۴۴/۸۹) ۲۲	(۵۹/۱۸) ۲۹	خودبخودی
	(۵۶) ۲۸	(۱/۵۵) ۲۷	(۴۰/۸۱) ۲۰	مصنوعی
				جنس نوزاد موقع تولد
۰/۱۷	(۴۴) ۲۲	(۴۰/۸۱) ۲۰	(۵۱/۰۲) ۲۵	پسر
	(۵۶) ۲۸	(۵۹/۱۸) ۲۹	(۴۸/۹۷) ۲۴	دختر

جدول شماره ۲: مقایسه توزیع فراوانی تجربه مادر از زایمان بعد از قرارگیری در وضعیت های لیتوتومی، چمباتمه و زانویدر طی مرحله دوم زایمان

P	پوزیشن زانویی (n=50) تعداد (درصد)	پوزیشن چمباتمه (n=49) تعداد (درصد)	پوزیشن لیتوتومی (n=49) تعداد (درصد)	متغیر
				احساس مادر از شدت درد با نزدیک شدن به زمان زایمان
۰/۴۲	(۲۴) ۱۲	(۲۴/۴۸) ۱۲	(۳۴/۶۹) ۱۷	کمتر
	(۲۲) ۱۱	(۱۸/۳۶) ۹	(۲۶/۵۳) ۱۳	بدون تغییر
	(۵۴) ۲۷	(۵۷/۱۴) ۲۸	(۳۸/۷۷) ۱۹	بیشتر
				احساس نسبت به زایمان
۰/۴۲	(۴) ۲	(۱۴/۲۸) ۷	(۱۰/۲) ۵	ناراحت
	(۸) ۴	(۶/۱۲) ۳	(۱۰/۲) ۵	بی تفاوت
	(۶۶) ۳۳	(۵۹/۱۸) ۲۹	(۴۸/۹۷) ۲۴	خوشحال
	(۲۲) ۱۱	(۲۰/۴) ۱۰	(۳۰/۶۱) ۱۵	حیلی خوشحال
				رضایت مادر از قرارگیری در وضعیت مورد نظر
۰/۹۸	(۵۸) ۲۹	(۵۹/۱۸) ۲۹	(۵۷/۱۴) ۲۸	بلی
	(۴۲) ۲۱	(۴۰/۸۱) ۲۰	(۴۲/۸۵) ۲۱	خیر
				تمایل مادر به قرارگیری در وضعیت مورد نظر در حاملگی بعدی
۰/۶۷	(۵۶) ۲۸	(۵۹) ۲۹	(۵۵) ۲۷	بلی
	(۴۴) ۲۲	(۴۱) ۲۰	(۴۵) ۲۲	خیر

براساس نتایج حاصل از جدول شماره ۳ در مقایسه گروه‌ها با یکدیگر با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه تفاوت آماری معنی‌داری از نظر نمره درد، اضطراب، خستگی در بدو پذیرش زائو، در مرحله حداکثر شیب و تاجی شکل شدن سر جنین دیده نشد ($p > 0/05$). در مقایسه نمرات درد، اضطراب و خستگی بین مراحل پذیرش زائو، حداکثر شیب و تاجی شکل شدن سر جنین تفاوت آماری معنی‌داری دیده شد که نشان دهنده آن است که با پیشرفت زایمان از مرحله پذیرش زائو تا مرحله حداکثر شیب و مرحله تاجی شکل شدن سر جنین درد، اضطراب و خستگی مادر بیشتر می‌شود که در مقایسه دو به دو آن‌ها این تفاوت در مقایسه شدت درد، اضطراب و خستگی بین زمان‌های بدو پذیرش زائو و دیلاتاسیون کامل سرویکس، بدو پذیرش زائو و تاجی شکل شدن سر جنین معنی‌دار بود ($p < 0/05$) و در زمان‌های دیلاتاسیون کامل سرویکس و تاجی شکل شدن سر جنین تفاوت آماری معنی‌داری دیده نشد ($p > 0/05$).

بحث

این پژوهش به عنوان اولین مطالعه در ایران در زمینه مقایسه وضعیت‌های مختلف قرارگیری طی مرحله دوم زایمان بر تجربه زایمانی، درد، اضطراب، خستگی مادر در مرکز آموزشی- درمانی طالقانی شهر اراک در سال ۸۸ و ۸۹ طراحی و اجرا شد.

اطلاعات بسیار اندکی در زمینه اثرات وضعیت‌های مختلف زایمانی در طی مرحله دوم زایمان بر اضطراب و خستگی مادر وجود دارد. مطالعات مختلفی به مقایسه وضعیت‌های مختلف زایمانی قایم و اثرات آن بر سلامت جنین و مادر پرداخته است در این مطالعات نشان داده شده که اثرات زیان‌آوری بر مادر و جنین ندارد (۲۰، ۲۷، ۲۸). این مطالعه که به صورت تحقیق شبه تجربی است و تخصیص افراد در سه گروه وضعیت لیتوتومی، چمباتمه و زانویی به صورت تصادفی انجام شد. تفاوت آماری معنی‌داری از نظر تجربه زایمانی مادر در سه گروه وضعیت لیتوتومی، چمباتمه و زانویی وجود نداشت، براساس سوالاتی که از مادر در این زمینه پرسیده شد بیشتر مادران احساس می‌کردند با نزدیک شدن به زمان زایمان شدت درد آن‌ها بیشتر می‌شود که مسأله کاملاً بدیهی به نظر می‌رسد که شدت، طول مدت انقباضات رحمی با نزدیک شدن به زمان زایمان بیشتر می‌شود ولی این تفاوت از نظر آماری بین سه گروه معنی‌دار نبود و هر سه گروه این افزایش شدت درد را به یک اندازه احساس می‌کردند بر اساس نتایج مطالعه حاضر به ترتیب ۵۷/۱۴ درصد، ۵۹/۱۸ درصد، ۵۸ درصد در وضعیت‌های لیتوتومی، چمباتمه و زانویی از نظر قرارگیری در وضعیت مورد نظر احساس رضایت می‌کردند ولی این تفاوت از نظر آماری بین گروه‌ها معنی‌دار نبود، مقایسه نتایج ما با مطالعه Ragnar و همکاران (۲۰۰۶) در

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمره درد، اضطراب، خستگی مادر در بدو پذیرش زائو، در مرحله حداکثر شیب و تاجی شکل شدن سر جنین در سه گروه

p	پوزیشن زانویی (n=50) انحراف معیار± میانگین	پوزیشن چمباتمه (n=49) انحراف معیار± میانگین	پوزیشن لیتوتومی (n=49) انحراف معیار± میانگین	
				بدو پذیرش زائو
۰/۷۲	۷/۵۲ ± ۲/۳۶	۷/۵۲ ± ۲/۶۴	۷/۴۵ ± ۲/۵۴	درد
۰/۵۴	۵/۳۳ ± ۳/۵۳	۵/۶۵ ± ۳/۱۶	۵/۵۵ ± ۳/۶۲	اضطراب
۰/۶	۶/۱۲ ± ۳/۰۴	۵/۸ ± ۳/۵	۵/۳۵ ± ۴/۲	خستگی
		۹/۸ ± ۰/۴۹		مرحله حداکثر شیب
۰/۱۱	۹/۵۶ ± ۱/۱۷	۶/۱ ± ۳/۹	۹/۳۷ ± ۱/۱۵	درد
۰/۵۳	۶/۲۲ ± ۳/۴۸	۸/۵۲ ± ۲/۸	۶/۰۴ ± ۴/۲۷	اضطراب
۰/۳	۸/۷۲ ± ۱/۹۸		۸/۱۶ ± ۳/۵۷	خستگی
				مرحله تاجی شکل شدن سر جنین
۰/۲۲	۹/۹۳ ± ۱/۸۶	۹/۷۳ ± ۰/۷۵	۹/۴۴ ± ۱/۱۴	درد
۰/۶۱	۶/۸۸ ± ۳/۴۲	۶/۷۲ ± ۳/۶۳	۶/۵۳ ± ۴/۱	اضطراب
۰/۴۳	۸/۲۷ ± ۲/۸۹	۸/۷۲ ± ۲/۶	۸/۳۴ ± ۳/۷۴	خستگی

و Ragnar هم در مطالعه خود به همین نتایج رسیده بود. که از این جهت با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. نتایج مطالعات نشان داده است وضعیتی که زنان معمولاً ترجیح می‌دهند معمولاً وضعیت‌های قایم یا خمیده است که در آن احساس راحتی بیشتری می‌کنند (۲۹)، بیشتر زنان در طی لیبر وضعیتی را انتخاب می‌کنند که مراقبت‌کنندگان به آن‌ها توصیه می‌کنند (۳۰، ۳۱). بنابراین مراقبت‌کنندگان نقش مهمی را در ارایه یک وضعیت مناسب به بیمار دارند که در آن احساس آرامش، راحتی، رضایت و تجربه بهتری از زایمان می‌کنند.

در پایان می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با توجه به این‌که ایجاد یک تجربه مثبت از زایمان و کسب رضایت مادر منجر به تداوم انتخاب زایمان طبیعی برای یک زن در بارداری‌های بعدی و ترویج هر چه بیشتر آن می‌شود ولی نتایج مطالعه ما نتوانست نشان دهد که وضعیت‌های قایم منجر به ایجاد تجربه زایمانی بهتر و رضایت بیشتری برای مادر می‌شود. براساس آن توصیه می‌شود که زنان را در این مرحله آزاد گذاشت تا در وضعیت دلخواه خود که احساس راحتی بیشتری می‌کنند و رضایت بیشتری دارند قرار گیرند.

سپاسگزاری

این مطالعه مورد پذیرش شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد ۳۹۴ می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم آموزشی، شورای پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی و شورای پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک، کلیه مادران شرکت‌کننده در طرح تحقیقاتی و کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics and Gynecology 2010. 23th ed. USA: MCGRAW-Hill; 2010.
2. Cohen WR. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. *Obstet Gynecol* 1977; 49(3): 266-269.

سوند که به بررسی احساس رضایت مادر از قرارگیری در دو وضعیت نشسته و زانویی پرداخت نشان داد که مادران از قرارگیری در وضعیت زانویی احساس رضایت بیشتری کردند و تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان بین دو گروه دیده نشد (۱۰) و در این مطالعه نیز تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین طول مرحله دوم زایمان بین سه گروه دیده نشد. براساس نتایج مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری از نظر تمایل مادر به قرارگیری در وضعیت مورد نظر در حاملگی بعدی بین سه گروه دیده نشد که از این نظر مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Ragnar و همکاران همخوانی دارد (۱۰).

براساس نتایج مطالعه حاضر تفاوت آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمره درد، اضطراب، خستگی مادر در زمان حداکثر شیب و تاجی شکل شدن سر جنین بین سه گروه دیده نشد، این در حالی است که Ragnar در مطالعه خود گزارش کرد از نظر درد زایمان گروه وضعیت زانویی احساس درد کمتر و احساس راحتی بیشتری داشتند و همچنین زنان در وضعیت زانویی در مقایسه با وضعیت نشسته اضطراب کمتری داشتند و احساس می‌کردند بهتر می‌توانند خود را کنترل کنند که کاملاً برخلاف نتایج حاصل شده از مطالعه ماست. براساس نتایج مطالعه می‌توان گفت که زنان در بدو پذیرش دارای نمره اضطراب بالایی هستند و این شاید به این جهت باشد که عدم آشنایی آن‌ها با محیط، عدم آگاهی از فرآیند زایمان و ترس از درد و زایمان منجر به ایجاد اضطراب در آن‌ها می‌شود.

در مطالعه ما گروه‌ها از نظر میانگین نمره خستگی که مادران بعد از زایمان گزارش کردند تفاوتی نداشتند

3. Fenwick L, Simkin P. Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia in labor. *Clin Obstet Gynecols* 1987; 30(1): 83-89.
4. Positions in labor and delivery for professionals. *Infoemed choice* [online]. 2003 nov [1-6]. Available at URL.
5. Shilling T, Difranco J, Simkin P. Care practices that Support normal birth: #2 freedom of movement throughout labor. *Lamaze institute for normal birth* [online] 2003, [1-4]. Available at URL: <http://www.normalbirth.lamaze.org/institute/carepractices/freedom.asp>. Accessed June 14, 2004.
6. Simkin PP, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl): S131-159.
7. Simkin P, Anchetc R. *The labor progress hand book. Early inteaventions to prevent and treat dystocil.* London: black well science Ltd, 2000.
8. Rooks JP. Evidence-based practice and its application to childbirth care for low-risk women. *J Nurse Midwifery* 1999; 44(4): 355-369.
9. 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.
10. Ragnar I, Altman D, Tydén T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions-a randomized controlled trial. *BJOG* 2006; 113(2): 165-170.
11. Golay J, Vedam S, Sorger L. The squatting position for the second stage of labor: Effect on labor and on maternal and fetal well-being. *Birth* 1993; 20(2): 73-78.
12. Lupe PJ, Gross TL. Maternal upright posture and mobility in labor--a review. *Obstet Gynecol* 1986; 67(5): 727-734.
13. No authors listed. *Midwifery management of pain in labor.* The CNM Data Group, 1996. *J Nurse Midwifery* 1998; 43(2): 77-82.
14. Kakol K. Position in labour-does mother knows best? *Prof Nurse* 1989; 4(10): 481-484.
15. Williams RM, Thom MH, Studd JW. A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1980; 87(2): 122-126.
16. Otte T. *The Illustrated guide to pregnancy and birth.* London new Holland publishers (UK) Ltd, 1998. p.53, 62-3, 77-8, 84-95.
17. Roberts J, Malasanos L, Mendez-Bauer C. Maternal positions in labor: analysis in relation to comfort and efficiency. *Birth Defects Orig Artic Ser* 1981; 17(6): 97-128.
18. Lowe NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse* 1996; 25(1): 82-92.
19. de Jonge A, Rijnders ME, van Diem MT, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour. *Midwifery* 2009; 25(4): 439-448.
20. de Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, van der Westhuisen S, Jones PW. Randomized trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labor. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 567-571.
21. Nasir A, Korejo R, Noorani KJ. Child birth in squatting position. *J Pak Med Assoc* 2007; 57(1): 19-22.
22. Reihani M, Moshref S, Zahraee H. Effect of Maternal position during the active phase of labor on the diration of labor. *Journal of*

- Shahrood University of Medical Sciences 2008; 10(2): (Persian).
23. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. "Active labor" duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55(4): 308-318.
24. Gift AG. Visual analogue scales: Measurement of subjective phenomena. *J Nurs Res* 1989; 38(5): 286-288.
25. Hornblow AR, Kidson MA. The visual analogue scale for anxiety: A validation study. *Aust N Z J Psychiatry* 1976; 10(4): 339-341.
26. Lee KA, Hicks G, Nino-Murcia G. Validity and reliability of a scale to assess fatigue. *Psychiatry Res* 1991; 36(3): 291-298.
27. Crowley P, Elbourne D, Ashurst H, Garcia J, Murphy D, Duignan N. Delivery in an obstetric birth chair: a randomized controlled trial. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 667-674.
28. Downe S, Gerrett D, Renfrew MJ. A prospective randomized trial on the effect of position in the passive second stage of labor on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery* 2004; 20(2): 157-168.
29. Robert CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural anesthesia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84(8): 794-798.
30. DeJonge A, Largo-Janssen AL. Birthing positions: A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25(1): 47-55.
31. Hanson L. Second-stage positioning in midwifery practices. Part 2: Factors affecting use. *J Nurse Midwifery* 1998; 43: 326-330.

Archive of SID