

بررسی تأثیر وضعیت مادر طی مرحله اول لیبر بر شدت درد زایمان

نازنین شماعیان رضوی^۱ - نرجس بحری بیناباج^۲ - لاله حسینی شهیدی^۳ - محبوبه پورحیدری^۴

چکیده

زمینه و هدف: درد زایمان از جمله شدیدترین دردهایی است که بشر تجربه می‌نماید و عوارض بسیار نامطلوب آن بر روند زایمان باعث شده است که تسکین دردهای زایمانی یکی از اولویتهای علم مامایی شود. تأثیر وضعیت مادر بر شدت درد زایمان عاملی است که برخی از محققان به آن اشاره نموده‌اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر دو وضعیت خوابیده و قائم بر شدت درد زایمان انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه نیمه تجربی، ۵۶ خانم باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهر گناباد، به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند؛ سپس هر دو گروه ابتدا مقیاس اضطراب اشیپیل برگر را تکمیل و پس از تعیین شدت درد با مقیاس دیداری درد (VAS) گروه الف در وضعیت نشسته و گروه ب در وضعیت خوابیده قرار گرفتند. در طی ۲ ساعت و در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای این وضعیتها به طور متناوب جابه‌جا و در پایان هر ۳۰ دقیقه شدت درد بر اساس VAS سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری Mann-Whitney، Wilcoxon و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در انتهای ساعت اول و دوم و در هر دو گروه شدت درد در دو وضعیت نشسته و خوابیده اختلاف آماری معنی‌داری نشان نداد؛ همچنین میانگین شدت درد در کل وضعیتهای نشسته و کل وضعیتهای خوابیده در کل افراد مورد مطالعه نیز اختلاف آماری معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش بیانگر آن است که وضعیت مادر تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد؛ بنابراین وضعیت خاصی را نمی‌توان برای کاهش شدت درد تعیین نمود؛ در این خصوص پیشنهاد می‌شود در صورت عدم ممنوعیت پزشکی، مادر در وضعیتی قرار گیرد که در آن احساس راحتی بیشتری کند.

کلید واژه‌ها: مرحله اول زایمان؛ درد؛ وضعیت مادر؛ لیبر

افق‌دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۲؛ شماره ۲؛ تابستان سال ۱۳۸۵)

دریافت: ۱۳۸۵/۹/۶ اصلاح نهایی: ۱۳۸۵/۱۰/۲۶ پذیرش: ۱۳۸۵/۱۱/۱۱

^۱ نویسنده مسؤول؛ عضو هیأت علمی گروه آموزشی مامایی، دانشکده علوم پزشکی گناباد

آدرس: گناباد- حاشیه جاده آسیایی - دانشکده علوم پزشکی گناباد
تلفن: ۰۵۳۵-۷۲۲۵۰۲۷ -۰۵۳۵ -نمبر: ۰۵۳۵-۷۲۲۳۸۱۴ - پست الکترونیکی: nazanin-sh-r@yahoo.ca

^۲ عضو هیأت علمی گروه آموزشی مامایی، دانشکده علوم پزشکی گناباد

^۳ عضو هیأت علمی گروه آموزشی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی گناباد

^۴ عضو هیأت علمی گروه آموزشی مامایی، دانشکده علوم پزشکی شاهرود

مقدمه

درد زایمان در ردیف شدیدترین دردهای گزارش شده در انسان می‌باشد؛ به طوری که با درد ناشی از قطع انگشتان دست مقایسه شده است (۱، ۲). این دردهای بسیار شدید باعث بروز اثرات نامطلوبی بر مادر و جنین می‌گردد؛ از جمله کاهش جریان خون رحمی - جفتی، اختلال در صدای قلب جنین، خونریزی، پایین بودن نمره آپگار نوزاد، تأخیر تخلیه گوارشی و افزایش احتمال آسپیراسیون ریوی در مادر، ایجاد انقباض در عضلات کف لگن و اختلال در سیر پیشرفت زایمان و نزول عضو نمایشی جنین (۳)؛ به همین دلیل تسکین دردهای زایمانی به عنوان یکی از مهمترین موضوعات علم مامایی از دیرباز مطرح بوده است.

روشهای تسکین درد زایمان را می‌توان به سه گروه عمده شامل روشهای دارویی، سایکولوژیکی و فیزیولوژیکی تقسیم کرد (۴). تغییر وضعیت مادر طی مراحل لیبر، به عنوان یکی از روشهای فیزیولوژیک کاهش درد زایمان مطرح شده است. برخی تحقیقات نشان داده‌اند که وضعیتهای قائم از نظر مادران راحت‌تر است؛ در برخی دیگر، وضعیت خوابیده به پشت، بیشتر مورد تمایل مادران گزارش شده است (۵)؛ به نظر برخی محققان، نه تنها عملکرد رحمی در زنانی که ایستاده‌اند، بهتر از کسانی است که خوابیده‌اند، بلکه در این وضعیت، مادران درد کمتری را احساس می‌کنند (۶)؛ همچنین اعلام شده است که مادران در وضعیت نشسته، طول زایمان کوتاهتر و درد کمتری نسبت به وضعیت خوابیده دارند (۶). نتایج تحقیقی که در یازده بیمارستان از هفت کشور انجام شد، نیز نشان داد، مادرانی که در طی مراحل زایمانی، در وضعیت قائم قرار گرفته بودند، نسبت به دیگران طول زایمان کوتاهتر و شدت درد کمتری داشتند (۶)، اما Flynn و همکاران، طی مطالعه‌ای با عنوان «حرکت کردن مادر طی زایمان» نشان دادند که در صورت راه رفتن مادر، فوایدی چون کوتاه شدن طول زایمان و کاهش دردهای زایمانی کمتر عاید خواهد شد (۷). Calder و McManus نیز به این نتیجه رسیدند که وضعیتهای قائم، نسبت به وضعیتهای خوابیده مزیتی ندارند و تعدادی از مادران، بخصوص نخست‌زایان، رغبت کمتری

به وضعیتهای قائم دارند (۵)؛ گزارش شده است زنانی که قسمتی از طول مرحله اول زایمان را راه می‌رفتند، نسبت به گروهی که کاملاً در تخت مانده بودند، درد و مشکلات بیشتری داشتند (۶)؛ Calvert و همکاران اظهار داشتند که شدت درد و اضطراب در مادران نخست‌زایی که طی مراحل زایمانی راه می‌رفتند، بیشتر از نخست‌زایانی بود که در تخت دراز کشیده بودند (۸). Adachi و همکاران نیز گزارش کردند که درد ناحیه تحتانی کمر طی لیبر در حالت نشسته بسیار کمتر از حالت خوابیده است (۹). روشهای تسکین درد و کارایی آنها همواره مورد اختلاف نظر بوده است (۱۰). با توجه به نتایج متناقض تحقیقات انجام شده در مورد تأثیر وضعیت قرارگیری مادر بر شدت درد زایمان، که به گوشه‌ای از آن اشاره شد، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر وضعیت مادر طی لیبر، بر شدت درد زایمان انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه نیمه تجربی، ۵۶ نفر از خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به زایشگاه ۲۲ بهمن شهر گناباد در فاصله زمانی مهر تا آذرماه ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. واحدهای پژوهش خانم‌های نخست باردار ۱۶-۳۵ ساله‌ای بودند که حاملگی ترم، تک قلو و پرده‌های جنینی سالم داشتند.

این خانم‌ها سابقه هیچ گونه مشکل طبّی، جراحی یا روانی نداشتند و در طول بارداری نیز مشکل خاصی نداشتند. انقباضات واحدهای پژوهش خودبه خود شروع شده و در هنگام پذیرش تکرر انقباضات هر ۵-۱۰ دقیقه و اتساع دهانه رحم ۲-۵ سانتیمتر بود. این افراد به طور تصادفی در دو گروه «الف» و «ب» قرار گرفتند. در طی مراحل پژوهش نیز مواردی مانند استفاده از اکسی‌توسین، بروز زجر جنینی و غیر طبیعی شدن سیر زایمان، از مطالعه خارج شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مصاحبه (مشمتمل بر مشخصات فردی، تاریخچه بارداری، وضعیت خانوادگی، اطلاعات بارداری و ...)، فرم مشاهده (مشمتمل بر اطلاعات ارزیابی شدت درد، انقباضات رحمی، ضربان قلب جنین و ارزیابی سیر پیشرفت مرحله اول زایمان و مشخصات نوزاد)،

Wilcoxon، Mann-Whitney، Chi-Square و آنالیز واریانس یک طرفه در سطح معنی داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در بررسی مشخصات فردی واحدهای پژوهش از جمله سن، تحصیلات، شغل مادر و تحصیلات همسر بیانگر آن بود که دو گروه از نظر این متغیرها اختلاف آماری معنی دار ندارند.

میانگین سن در واحدهای پژوهش $27/39 \pm 11/08$ سال بود و $47/5\%$ ایشان تحصیلاتی در حد دیپلم و بالاتر داشتند و $59/3\%$ آنها نیز خانه‌دار بودند.

دو گروه از نظر وزن مادر، قد مادر، وزن نوزاد و نمره آپگار نوزاد، اختلاف آماری معنی داری نداشتند. میانگین وزن و قد مادران به ترتیب $69/71 \pm 9/98$ کیلوگرم و $153/87 \pm 11/42$ سانتیمتر و میانگین وزن نوزادان $3150 \pm 373/13$ گرم بود.

دو گروه از نظر برخی دیگر از عوامل مداخله‌گر از جمله سابقه قاعدگی دردناک، درد کمر طی دوران بارداری، مدت زمان پیاده‌روی طی دوران بارداری، وضعیت ثبات خانوادگی و اعتقادات مذهبی نیز اختلاف آماری معنی داری نداشتند.

بررسی سطح اضطراب آشکار واحدهای پژوهش در زمان پذیرش نشان داد که $67/3\%$ از افراد مورد مطالعه، اضطرابی در حد متوسط داشتند؛ سطح اضطراب $22/4\%$ از آنها خفیف بود و تنها $10/2\%$ اضطراب بسیار شدید داشتند؛ بر اساس نتایج آزمون Chi-Square دو گروه از این نظر همگن بودند.

پس از کنترل همه عوامل مداخله‌گر، در بررسی اهداف اختصاصی، نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد که میانگین شدت درد قبل از تعیین وضعیت در دو گروه اختلاف آماری معنی دار نداشته است ($Z = -0/221$ ، $U = 391/50$ ، $P = 0/825$).

دیگر نتایج آزمون Mann-Whitney در بررسی میانگین شدت درد، در پایان ساعت اول نشان داد که دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($Z = -1/178$ ، $U = 355/00$ ، $P = 0/239$).

مقیاس اضطراب آشکار اشپیل برگر (مشمول بر ۲۰ عبارت و امتیاز بین ۲۰-۷۶ که در شش طبقه تقسیم‌بندی می‌شود) و مقیاس دیداری درد* (خطی عمودی به طول ۱۰ سانتیمتر است که از صفر تا ۱۰ شماره‌گذاری شده است. صفر به معنای «کاملاً بدون درد» و ۱۰ «حداکثر شدت درد» است) بود.

جهت تعیین روایی دو فرم مصاحبه و مشاهده از روش روایی محتوی استفاده شد. پایایی این فرم‌ها نیز با استفاده از روش همبستگی بین پژوهشگران و با $r = 0/97$ مورد تأیید قرار گرفت. مقیاس دیداری درد نیز ابزاری استاندارد بوده و مورد تأیید می‌باشد. استفاده از این فرم در دردهای حاد نسبت به سایر روشهای اندازه‌گیری درد نظیر مقیاس مک گیل نتایج دقیقتری به دست می‌دهد (۱۱).

مقیاس اضطراب اشپیل برگر نیز استاندارد می‌باشد و پایایی آن تأیید شده است. فرم مورد استفاده در این پژوهش، توسط بهروز مهram در سال ۱۳۷۲ در سطح شهر مشهد هنجاریابی شده است (۱۱).

در مرحله جمع‌آوری اطلاعات، ابتدا مقیاس اضطراب اشپیل برگر در مورد واحدهای پژوهش تکمیل گردید و شدت درد بر اساس مقیاس VAS سنجیده می‌شد؛ سپس واحدهای پژوهش به مدت دو ساعت تحت کنترل قرار می‌گرفتند. در طی این مدت مادران در گروه «الف» در چهار دوره ۳۰ دقیقه‌ای به ترتیب در وضعیتهای نشسته- خوابیده به پشت- نشسته- خوابیده به پشت و مادران در گروه «ب» نیز در چهار دوره ۳۰ دقیقه‌ای به ترتیب در وضعیتهای خوابیده به پشت- نشسته- خوابیده به پشت- نشسته قرار می‌گرفتند. در پایان هر ۳۰ دقیقه، شدت درد زایمان در واحدهای پژوهش بر اساس VAS مورد ارزیابی قرار می‌گرفت؛ در طی این مدت انقباضات رحمی، وضعیت اتساع دهانه رحم و نزول سر جنین، یک بار قبل از تعیین وضعیت و سپس در پایان ساعت اول و پایان ساعت دوم کنترل و ثبت می‌شد. پس از زایمان نیز اطلاعات مربوط به مشخصات زایمان و نوزاد با توجه به پرونده مادر در فرم مشاهده ثبت می‌شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمونهای آماری

Visual Analogue Scale of Pain (VAS)*.

همکاران، گزارش کردند که شدت درد در گروهی از زنان که طی زایمان راه می‌رفتند، شدیدتر از گروه خوابیده بود و بالاترین سطح درد مربوط به نخست‌زایانی بود که در گروه متحرک قرار داشتند (۸)؛ همچنین گزارش شده است که فقط ۴۱٪ از افراد طی زایمان وضعیت قائم را انتخاب نمودند و از میان نخست‌زایان، تنها یک سوم افراد تمایل به راه رفتن داشتند (۶). گوهرنژاد نیز در پژوهشی مشابه گزارش نمود که وضعیت مادر تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد و شدت درد مرحله اول زایمان در دو وضعیت قائم و خوابیده یکسان است (۶).

در این پژوهش، در هر دو گروه، میانگین شدت درد در وضعیت‌های قائم و خوابیده تفاوت آماری معنی‌داری داشت؛ به طوری که میانگین شدت درد، در گروهی که با وضعیت قائم وارد پژوهش شدند، در وضعیت خوابیده و در گروهی که با وضعیت خوابیده وارد پژوهش شدند، در وضعیت قائم بالاتر بود.

جدول ۱- مقایسه میانگین شدت درد بر اساس VAS در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده گروه الف

وضعیت شدت درد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قائم	۲۸	۱۳/۵۷	۳/۴۴	۶	۱۹
خوابیده	۲۷	۱۲/۵۹	۳/۷۷	۴	۱۷
نتیجه آزمون Wilcoxon Test: $Z=-۲/۰۷۱$, $P=۰/۰۲۸$					

جدول ۲- مقایسه میانگین شدت درد بر اساس VAS در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده گروه ب

وضعیت شدت درد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قائم	۲۸	۱۱/۴۳	۴/۰۴	۳	۲۰
خوابیده	۲۷	۱۲/۷۸	۳/۳۲	۵	۲۰
نتیجه آزمون Wilcoxon Test: $Z=-۲/۶۹۱$, $P=۰/۰۰۷$					

جدول ۳- مقایسه میانگین شدت درد بر اساس VAS در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده در کل واحدهای پژوهش

وضعیت شدت درد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قائم	۵۸	۱۲/۳۹	۳/۹۰	۳	۲۰
خوابیده	۵۹	۱۲/۶۹	۳/۵۰	۴	۲۰
نتیجه آزمون Wilcoxon Test: $Z=-۰/۵۶۲$, $P=۰/۵۷۴$					

همچنین بر اساس نتایج آزمون Mann-Whitney، اختلاف میانگین شدت درد بر اساس VAS در پایان ساعت دوم نیز بین دو گروه معنی‌دار نبود ($Z=-۱/۲۷۳$ و $U=۳۵۵/۵۰$ ، $P=۰/۲۰۳$).

مقایسه شدت درد در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده در گروه الف (شروع با وضعیت نشسته) نشان داد که میانگین شدت درد در وضعیت نشسته $۱۳/۵۷ \pm ۳/۴۴$ و در وضعیت خوابیده $۱۲/۵۹ \pm ۳/۷۷$ بوده که بر اساس نتایج آزمون Wilcoxon، میانگین شدت درد در این دو وضعیت، اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ($Z=-۲/۰۷۱$ ، $P=۰/۰۳۸$) (جدول ۱).

همچنین مقایسه شدت درد در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده گروه ب (شروع با وضعیت خوابیده) نشان داد که میانگین شدت درد در وضعیت نشسته $۱۱/۴۳ \pm ۴/۰۴$ و در وضعیت خوابیده $۱۲/۷۸ \pm ۳/۳۲$ بوده که بر اساس نتایج آزمون Wilcoxon، میانگین شدت درد در این دو وضعیت اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($Z=-۲/۶۹۱$ و $P=۰/۰۰۷$) (جدول ۲).

میانگین شدت درد در کل وضعیت‌های نشسته و کل وضعیت‌های خوابیده به ترتیب $۱۲/۳۹ \pm ۳/۹۰$ و $۱۲/۶۹ \pm ۳/۵۰$ بود و مقایسه دو وضعیت، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد ($Z=-۰/۵۶۲$ و $P=۰/۵۷۴$) (جدول ۳).

بحث

یافته اصلی پژوهش حاضر بیانگر آن بود که میانگین شدت درد زایمان در کل وضعیت‌های نشسته و کل وضعیت‌های خوابیده در کل واحدهای پژوهش اختلاف آماری معنی‌داری ندارد. این یافته به معنای آن است که بر این اساس وضعیت قرار گرفتن مادر طی لیبر، تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد.

در مورد تأثیر وضعیت مادر طی لیبر، بر شدت درد زایمان، برخی از پژوهشگران نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند؛ از جمله Calder و McManus گزارش کردند که بین وضعیت‌های قائم در مادر و استفاده از مواد ضد درد ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۵). Williams نیز ارتباط معنی‌داری بین مصرف ضد دردها و وضعیت مادر طی لیبر گزارش نکرد (۱۲). Calvert و

خوابیده، می‌تواند راحت‌ترین وضعیت باشد و نباید مادر را بدون تمایل خودش مجبور به راه رفتن یا دراز کشیدن در تخت نمود؛ بلکه مادران با تغییر وضعیت در اوایل یا اواخر مرحله اول زایمان می‌توانند به وضعیت مناسبی که در آن احساس راحتی بیشتری می‌کنند، دست یابند. در این رابطه گفته شده است که نقش ماما در کمک به مادر مبنی بر اتخاذ یک وضعیت مناسب طی لیبر، بسیار تعیین‌کننده است و توصیه ماما در این رابطه بسیار مهم می‌باشد؛ بنابراین ماماها باید مادر را در انتخاب یک وضعیت مناسب و راحت و بنا به میل مادر یاری دهند (۱۳).

پژوهشگران در این مطالعه با محدودیتهای غیر قابل کنترلی از جمله وجود آستانه درد متفاوت در افراد، تفاوت تصور از درد زایمان و تفاوت میزان استراحت و خواب قبل از شروع درهای زایمانی روبه‌رو بودند.

با توجه به این که با پیشرفت زایمان، شدت درد نیز افزایش می‌یابد، می‌توان با توجه به جابه‌جایی متناوب وضعیتهای، این اختلاف معنی‌دار را ناشی از سیر پیشرفت زایمان دانست و نه تغییر وضعیتهای. در این رابطه گزارش شده است که پیشرفت زایمان با افزایش شدت درد ارتباط معنی‌داری دارد (۱)، گوهرنژاد نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافت (۶).

نتیجه‌گیری

به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان گفت که شدت درد مادران در دو وضعیت نشسته و خوابیده یکسان است؛ بنابراین توصیه می‌شود تعیین وضعیت مادر در صورتی که منع پزشکی نداشته باشد، به عهده خود مادر گذاشته شود؛ زیرا در هر فرد بنا به وضعیت خاص وی، قرار گرفتن در وضعیتهای قائم یا

منابع:

- 1- Melzack R. The myth of painless childbirth. *Pain*. 1984; 19 (4): 321-37.
- 2- Lurie S. Euphemia Maclean, Agnes Sampson and pain relief during labour in 16th century Edinburgh. *Anaesthesia*. 2004; 59 (8): 834-35.
- 3- May KA, Mahlmeister LR. *Comprehensive maternity nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
- 4- Beischer N, Mackay P. *Care of the pregnant woman and her baby*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 1989.
- 5- McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labor. *Lancet*. 1978; 1 (8055): 72-4.
- ۶- گوهرنژاد ک. تأثیر وضعیت مادران در دو حالت قائم و خوابیده بر شدت درد مرحله اول زایمان. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی]. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۶.
- 7- Flynn N, Jkelly H, Chollins M. Ambulation in labor. *Br Med J*. 1998; 3 (11): 591- 593.
- 8- Calvert JP, Newcombe RG, Hibbard BM. An assessment of radiotelemetry in the monitoring of labor. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982; 89 (4): 285-91.
- 9- Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient position and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res*. 2003; 52 (1): 47-51.
- 10- Camann W. Pain relief during labor. *New England J Med*. 2005; 352(7): 718-20.
- ۱۱- بحری بیناباج ن. بررسی تأثیر حمایت روانی، فیزیکی و آموزشی ماما طی لیبر بر شدت درد زایمان. [پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی]. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۱۳۷۹.
- 12- Cunningham M, Gant W. *Obstetrics*. 20th ed. St.Louis: Simons & Lang Schuster; 2005.
- 13- De Jonge A, Lagro- Janssen AL. Birthing position. A qualitative study into the views of woman about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2004; 25(1): 47-55.

Title: The effect of maternal position on labor pain.

Authors: N. Shamaeian Razavi¹, N. Bahri Binabaj², L. Hoseiny Shahidi³, M. PourHeidari⁴

Abstract

Background and Aim: The optimal maternal position for the most comfortable, efficient delivery has long been a source of contention. The purpose of this study was comparison labor pain in first stage of labor.

Materials and Methods: In this study 56 primigravida women that had 2-5^{cm} cervical dilation and 5-10 minute frequency of contraction randomly assigned in two groups. Group A began with 30 min in the sitting position and group B began with 30 min supine position, followed by 30 min supine sitting position. Therefore maternal position in group A was sitting- supine- sitting- supine, and in group B was supine- sitting-supine sitting.

Each 30 min period the woman asked to rate the labor pain using visual Analugu scale (VAS)

Results: There were no statistically significant differences between mean pain in upright and supine position in all women.

Conclusion: We conclude that a certain position can not provide less pain through the first Stage of labor. Therefore is no reason to discourage patients from adopting the position of their choice in labor.

Key Words: Pain; Labor; Maternal position, First stage of labor

¹ Corresponding Author; Instructor, Department of Midwifery; Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran
nazanin-sh-r@yahoo.com

² Instructor, Department of Midwifery; Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran

³ Instructor, Department of Nursing; Gonabad University of Medical Sciences. Gonabad, Iran

⁴ Instructor, Department of Midwifery; Shahrood University of Medical Sciences. Shahrood, Iran