

تأثیر دریافت مواد غذایی در طول زایمان بر میزان اضطراب و درد زنان باردار

رقیه رحمانی بیلندی^۱، زهره خاکبازان^۲، نرجس بحری^۱، طاهره بلوچی^۳، رقیه خرقانی^۴

۱. مربی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دانشکده پرستاری و مامایی

۲. مربی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دانشکده پرستاری و مامایی

۳. مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دانشکده پرستاری و مامایی

۴. مربی مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

تاریخ دریافت مقاله: ۸۹/۶/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: سیاست ناشناخته داشتن زنان در طول زایمان از جمله مداخلات غیر ضروری پزشکی است که باعث ایجاد پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی می‌شود. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تأثیر دریافت مواد غذایی بر میزان اضطراب و درد زنان باردار کم خطر انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۱۷۵ خانم باردار، در بیمارستان ۲۲ بهمن شهر گناباد در سال ۱۳۸۷ انجام شد. زنان در گروه آزمون اجازه دریافت خرما، آب پرتقال و آب داشتند و در گروه شاهد سیاست ناشناخته داشتن زنان در طول زایمان اعمال شد. ابزار مورد استفاده Visual Analogue Scale و PBI بود. اطلاعات دموگرافیک و زایمانی در فرم جمع‌آوری اطلاعات وارد شد. شدت درد و اضطراب در بین دو گروه در فاز نهفته، فاز فعال و مرحله انتقالی تعیین شد. داده‌ها به وسیله آزمون‌های t مستقل، χ^2 و با استفاده از نرم افزار SPSS-11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان اضطراب در دیلاتاسیون ۶-۷ سانتی متری ($p=0/001$) و مرحله انتقالی ($p=0/001$) و هم‌چنین شدت درد در طول زایمان ($p=0/001$) در گروه آزمون کمتر از شاهد بود. تفاوت آماری معنی‌داری از نظر طول فاز فعال زایمان و حجم استفراغ، در دو گروه مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه به نظر می‌رسد، مصرف مواد غذایی در طول زایمان باعث کاهش درد و اضطراب زنان شود. [م ت ع پ ز،

۱۳۹۰؛ ۱۳(۸): ۴۴-۴۷]

کلید واژه‌ها: مواد غذایی، زایمان، اضطراب، درد

مقدمه

بیهوشی عمومی ایجاد می‌شود، جلوگیری به عمل آید.^۱ ولی پیشرفت علم بیهوشی و مطالعات متعدد نشان داده است که استفاده از مواد مغذی سهل‌الهضم باعث افزایش پیامدهای نامطلوب زایمان نمی‌شود.^۲ Smikiin در مطالعه خود نشان داد که ۲۷ درصد از زنان عدم دریافت غذا و ۵۷ درصد از آن‌ها عدم دریافت مایعات را استرس آور بیان نمودند.^۳ امروزه اجرای برنامه تغذیه زنان در طول زایمان یکی از بحث‌انگیزترین موضوعات مامایی محسوب می‌شود. بنابراین با توجه به این که که زایمان یک فرآیند اضطراب‌آور برای زنان می‌باشد و از آن‌جا که رضایت‌مندی از خدمات درمانی وابسته به میزان اضطراب درک شده توسط بیماران می‌باشد به نظر می‌رسد، انجام پژوهشی با هدف بررسی تأثیر دریافت مواد غذایی بر میزان اضطراب زنان در طول زایمان ضروری باشد، تا در صورت کارآمد بودن این روش، بتوان از آن جهت کاهش میزان اضطراب و خوشایند سازی زایمان استفاده نمود.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. پس از دریافت مجوز کمیته اخلاق، ۱۸۰ نفر از زنان باردار کم خطر که در سال ۱۳۸۷ جهت انجام زایمان به بیمارستان ۲۲ بهمن شهر گناباد مراجعه کرده بودند، با شیوه نمونه‌گیری تصادفی آسان به عنوان نمونه انتخاب شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل داشتن انقباضات خودبخود رحمی و دیلاتاسیون کمتر مساوی ۳ سانتی‌متر سرویکس هنگام ورود به مطالعه (فاز نهفته)، سن بین ۳۵-۱۸، بارداری تک

زایمان یکی از مهم‌ترین رویدادهای زندگی انسان است و برای اکثر زنان رخدادی اضطراب‌آور به شمار می‌رود.^{۱،۲} زیرا در محیط‌های بالینی، ترس از ناشناخته‌ها و حوادث غیر قابل انتظار در مورد سلامتی و هر گونه اختلال در عملکرد بدن باعث ایجاد اضطراب می‌گردد.^۳ اضطراب ایجاد شده در طول زایمان باعث افزایش شدت درد^۴ و کاهش خوشایندسازی زایمان می‌شود.^۲ هم‌چنین موجب تحریک فعالیت دستگاه عصبی سمپاتیک شده و در نتیجه باعث افزایش ترشح کاتکولامین‌ها (نوراپی‌نفرین و اپی‌نفرین) می‌گردد. کاتکولامین‌ها گیرنده‌های آلفا و بتا را تحریک نموده و بر عروق خونی و عضلات رحم اثر می‌گذارد. تحریک گیرنده‌های آلفا موجب تنگی عروق رحمی شده و تحریک گیرنده‌های بتا موجب کاهش خونرسانی به رحم می‌شود. بنابراین ترشح کاتکولامین‌ها باعث پیامدهایی نظیر کاهش انقباضات رحمی و عدم پیشرفت زایمان می‌شود و سلامت جنین و نوزاد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.^{۵،۶}

لذا در این شرایط بحرانی، کاهش عوامل ایجادکننده اضطراب یکی از اولویت‌های مهم مراقبت به شمار می‌آید. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که مداخلات غیرضروری پزشکی در طول زایمان از جمله سیاست ناشناخته داشتن زنان در طول زایمان باعث افزایش اضطراب و درد زنان و کاهش خوشایندسازی زایمان می‌گردد.^۷ سیاست ناشناخته داشتن زنان در طول زایمان اولین بار توسط Mendelson در سال ۱۹۴۶ مطرح شد؛ تا بدین وسیله از مرگ مادران که به علت اسپیراسیون محتویات اسیدی معده در طی

پس از زایمان در گروه شاهد (۵/۱۵±۱/۸۷) بیشتر از گروه آزمون (۴/۵±۱/۸۴) بود.

جدول ۱: مقایسه میانگین شدت درد و اضطراب در طول زایمان در گروه آزمون

وشاهد		گروه آزمون	گروه شاهد	p
		Mean±SD	Mean±SD	
میزان اضطراب هنگام ورود به زایشگاه (فاز نهفته)	۵/۳۷±۲/۳	۵/۴±۱/۲	۰/۸۸	
میزان اضطراب بلافاصله پس از شروع مداخله (۳-۴)	۵/۸±۲/۱	۴/۵±۱/۶	۰/۰۰۱	
میزان اضطراب در دیلاتاسیون ۲-۶ سانتی-متری	۴±۰/۸	۵±۲	۰/۰۰۱	
میزان اضطراب در دوره انتقالی (۱۰-۸)	۴/۷±۱/۳	۸/۳±۲/۱	۰/۰۰۱	
شدت درد هنگام ورود به زایشگاه (فاز نهفته)	۲/۷±۰/۱	۲/۹±۱	۰/۲۹	
شدت درد بلافاصله پس از شروع مداخله (۳-۴)	۴±۱/۳	۳/۹±۱	۰/۸۴	
شدت درد در دیلاتاسیون ۲-۶ سانتی متری	۴/۸±۱/۱	۶/۲±۱/۹	۰/۰۰۱	
شدت درد در دوره انتقالی (۱۰-۸)	۷±۱/۶	۹±۱/۲	۰/۰۰۱	

جدول ۲: مقایسه اطلاعات دموگرافیک و مامایی دو گروه آزمون و شاهد

مشخصات جمعیت شناسی و سوابق مامایی	p
سن	۰/۱۶
تحصیلات	۰/۳۹
شغل	۰/۵۳
درآمد	۰/۰۷
تمایل به حاملگی	۰/۵
تعداد حاملگی	۰/۵۲
تعداد زایمان	۰/۹۴
سابقه سقط	۰/۲۸
سن حاملگی (هفته)	۰/۱۶
BMI	۰/۰۹
دیلاتاسیون سرویکس هنگام پذیرش	۰/۲۱
افاسمان سرویکس هنگام پذیرش	۰/۲
پارگی کیسه آب	۰/۱
دیلاتاسیون سرویکس هنگام پارگی کیسه آب	۰/۳۸
جایگاه سر جنین	۰/۶
اکسی توسین (IU)	۰/۲
مابع وریدی (CC)	۰/۲
نوع بی دردی	۰/۵۸
اپی زیاتومی	۰/۲
میزان پارگی	۰/۷
وزن نوزاد	۰/۲

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد، اجازه دادن به زنان جهت دریافت مواد غذایی سهل الهضم می تواند میزان اضطراب، خستگی و شدت درد زنان را کاهش دهد. در این مطالعه میزان نمره اضطراب بلافاصله پس از شروع مداخله در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود که می تواند ناشی از آن باشد که

قلوبی با نمایش سفالک جنین، حاملگی ترم، وزن تخمینی جنین بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، عدم سابقه سزارین یا زایمان با وسیله، عدم وجود اندیکاسیون سزارین، عدم وجود دیسترس جنینی، عدم پارگی کیسه آب هنگام ورود به مطالعه، عدم ابتلا به بیماری های سیستمیک شناخته شده و عوارض حاملگی از قبیل: پره اکلامپسی، خونریزی و عفونت ها بر اساس پرونده بیمار بود. پنج مورد از واحدهای پژوهش به علت انجام زایمان سزارین و عدم تمایل به همکاری از مطالعه حذف شدند. در نهایت ۱۷۵ آزمودنی در این پژوهش شرکت نمودند. که در دو گروه آزمون (۸۷ نفر) و گروه شاهد (۸۸ نفر) قرار گرفتند. هدف از انجام پژوهش برای افراد بیان شد و رضایت کتبی آن ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. واحدهای پژوهش در گروه مداخله با شروع فاز فعال زایمان (دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی متری سرویکس) اجازه دریافت خرماء، آب پرتقال و آب را داشتند ولی در گروه کنترل سیاست روتین بیمارستان ها (ناشتا نگه داشتن زنان در طول زایمان) اعمال گردید.

در این مطالعه از فرم جمع آوری اطلاعات، معاینه، ظروف مندرج و مقیاس تطابق دیداری اضطراب و خستگی (VAS: Visual Analogue Scale) و درد (PBI) استفاده گردید. مقیاس تطابق دیداری اضطراب به صورت خط کش ۱۰ سانتی متری می باشد که عدد صفر در این خط کش علامت کمترین میزان اضطراب و عدد ۱۰ نشان دهنده شدیدترین میزان اضطراب است. این وسیله ابزاری استاندارد جهت سنجش میزان خستگی، درد، اضطراب و گرسنگی می باشد و روایی و پایایی آن به تایید رسیده است. مقیاس درجه پاسخ به شدت درد (PBI) نیز جهت تشخیص میزان درد استفاده شد که روایی و پایایی آن در سال ۱۹۸۵ تعیین شده است.^۴ نحوه چگونگی بیان اضطراب، درد و خستگی با استفاده از این وسایل به واحدهای پژوهش آموزش داده شد. سپس میزان اضطراب و درد در بدو ورود به زایشگاه (فاز نهفته)، بلافاصله پس از شروع مداخله (دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی متری سرویکس)، دیلاتاسیون ۶-۷ سانتی متری، و مرحله انتقالی (۱۰-۸ سانتی متری) تعیین شد. میزان خستگی واحدهای پژوهش، یک ساعت پس از زایمان مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های χ^2 ، فیشر، t مستقل و من ویتنی یو و نرم افزار SPSS-11.5 انجام گرفت.

یافته ها

یافته ها نشان داد میزان اضطراب و درد در طول زایمان در دو گروه آزمون و شاهد تفاوت آماری معنی داری دارد (جدول ۱). اما واحدهای مورد مطالعه از نظر سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی و درآمد، تمایل به حاملگی، BMI، تعداد حاملگی، تعداد زایمان، تعداد سقط، سن حاملگی، دیلاتاسیون و افاسمان سرویکس هنگام پذیرش، میزان پارگی کیسه آب به روش مصنوعی، دیلاتاسیون و جایگاه سر جنین هنگام پارگی کیسه آب، میزان دریافت سرم رینگر و اکسی توسین، نوع بی دردی، میزان پارگی پرینه و وزن نوزاد هنگام تولد در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشتند (جدول ۲). هم چنین طول فاز فعال زایمان ($p=0/65$) و حجم استفراغ ($p=0/71$) در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت. میزان خستگی مادران یک ساعت

خون‌رسانی به معده شده و بالطبع میزان جریان خون عضلات رحمی کاهش و در نتیجه بازده کاری عضلات در طول زایمان کاهش می‌یابد.^{۱۳}

میانگین حجم استفراغ در دو گروه مداخله (۱۸۸ میلی‌لیتر) و کنترل (۱۷۸/۸ میلی‌لیتر) تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. در مطالعه Kubli و همکاران نیز میزان حجم استفراغ بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری نداشته است.^{۱۴} اما در مطالعه Scrutton و همکاران که با هدف بررسی تأثیر خوردن مواد غذایی در طول زایمان انجام شد، مشخص گردید که میانگین حجم استفراغ در گروه مداخله (۳۰۹ میلی‌لیتر) و کنترل (۱۰۴ میلی‌لیتر) متفاوت بوده است و آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری از نظر میزان حجم استفراغ در دو گروه نشان دادند.^{۱۵} به نظر می‌رسد، تفاوت در میزان بروز و حجم استفراغ در مطالعه Scrutton و همکاران با پژوهش حاضر به علت نوع غذای مصرف شده در گروه مداخله باشد. زیرا زنان در مطالعه Scrutton و همکاران از مواد غذایی شامل: نان تست، کره، مربا، عسل و شیر استفاده نموده بودند که سرعت هضم این مواد به علت دارا بودن چربی در مقایسه با مواد غذایی که تنها حاوی کربوهیدرات می‌باشد، کمتر می‌باشد.^{۱۵}

بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان اجازه دریافت غذاهای سهل‌الهضم را به مادران داد ولی با توجه به محدودیت‌های این پژوهش از قبیل: عدم کور سازی و عدم اندازه‌گیری هورمون‌های مشخص‌کننده اضطراب، انجام مطالعات بیشتر توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم رقیه رحمانی بیلندی به شماره ص/ ۱۴/۶۹/۲۵۰/ استخراج شده است.

References

- Perez C, Navarro A, Saldana MT, et al. Pregabalin and gabapentin in matched patients with peripheral neuropathic pain in routine medical practice in a primary care setting: Findings from a cost-consequences analysis in a nested case-control study. *Clin Ther* 2010; 32(7): 1357-70.
- Ceung M, Ip YW, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery* 2007; 23(2): 123-130
- Smeltzers SC, Bare BG, Hinkle JL, et al. Brunner & Suddarths textbook of medical-surgical nursing. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- Pilevarzadeh M, Salari S, Shafiei N. Effect of massage on reducing pain and anxiety during labour. *J Reprod Infertil* Fall 2002; 3 (12): 42-46.
- Murray SH. Foundation of mental newborn nursing. Philadelphia: ST Louis; 2002: 364.
- Parsons M. Midwifery dilemma: To fast or feed the labouring woman. Part 2: The case supporting oral intake in labour. *Aust J Midwifery* 2004; 17(1): 5-9.
- Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M and Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29(2): 237-58.
- Sharts-Hopko NC. Oral intake during labor: A review of the evidence. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2010; 35(4): 197-203.
- American college of nurse- midwives. Providing oral nutrition to women in labor. *J Midwifery Womens Health* 2008; 53(3): 276-283.
- Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(5 Suppl Nature): S16-S24.
- Scheepers HC, Thans MC, de Jong PA, et al. A double-blind, randomized, placebo controlled study on the influence of carbohydrate solution intake during labour. *BJOG* 2002; 109(2): 178-181.
- Parsons M, Bidewell J, Nagy S. Natural eating in latent and its effect on outcomes in active labor. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(1): 1-6.
- Enkin M, Keirse M, Neilson J, editors. A guide to effective care in pregnancy and birth. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- Kubli M, Scrutton J, Seed TP and O'Sullivan G. An evaluation of isotonic "Sport Drinks" during labor. *Anesth Analg* 2002; 94(2): 404-8.
- Scrutton MJ, Metcalfe GA, Lowy C, et al. Eating in labour a randomized controlled trial control assessing the risks and benefits. *Anesthesia* 1999; 54(4): 329-334.

The effect of food intake during labor on pain and anxiety in pregnant women

Roghaieh Rahmani-Bilandi,¹ Zohreh Khakbazan,² Narjes Bahri,³ Tahereh Baloochi,⁴ Roghaieh Khargani⁵

Received: 2/Sept/2011

Accepted: 5/Oct/2010

Background: The policy of fasting of pregnant women during labor is probably an unnecessary medical intervention. It may cause adverse consequences to mother and fetus. Therefore, the objective of this study was to assess the effect of food intake on pain and anxiety of low risk pregnant women.

Materials and Method: This is a semi-experimental study on 175 pregnant low risk women was elected at central hospital of Gonabad during 1387-88. Women in the intervention group (n=87) got dates, orange juice and water; and women in the control group (n=88) underwent fasting. The investigators used visual analogue scale (VAS) and (PBI). Data was analyzed using *t* and chi-squared tests. P-value of less than 0.05 was determined significant.

Results: Anxiety levels in 7-6 cm cervical dilatation and transition as well as pain during delivery in the intervention group were lower than control group ($p < 0.05$). However, during active phase of labor and volume of vomitous do not have any significant difference in both groups ($p > 0.05$).

Conclusion: We concluded that intake of food during labor could decrease pain and anxiety level during labor. [ZJRMS, 2012; 13(8): 44-47]

Keyword: food, labor, anxiety, pain

1. Instructor of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences and Health Services, Gonabad, Iran.
2. Instructor of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
3. Instructor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences and Health Services, Gonabad, Iran.
4. Instructor of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Arack, Iran.

Please cite this article as: Rahmani-Bilandi R, Khakbazan Z, Bahri N, Baloochi T, Khargani R. The effect of food intake during labor on pain and anxiety in pregnant women. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 13(8): 44-47.