

بررسی تاثیر استفاده از درمان حمایتی بر میزان درد و نتایج لیبر زنان باردار نولی پار مراجعه کننده به بیمارستان فاطمیه شاهرود در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۲

مریم کشاورز^۱، محمد شریعتی^۲، فرشته جهدی^۱

^۱ مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
^۲ استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

سابقه و هدف: درد زایمان در ردیف شدیدترین دردهای دنیاست و کنترل آن یکی از مهم‌ترین اهداف مراقبتی است. امروزه درمان‌های حمایتی مختلفی جهت کاهش درد زایمان پیشنهاد شده که در مورد به کارگیری و نتایج حاصل از آن نظرات ضد و نقیضی وجود دارد. مطالعه حاضر به بررسی تاثیر حمایت روحی و عاطفی و استفاده از روشهای غیر دارویی تسکین درد در لیبر می‌پردازد.

روش بررسی: در این مطالعه تجربی، ۳۰۰ زن باردار نخست‌زا (۱۵۰ نفر در هر یک از گروه‌های شاهد و تجربی) با حاملگی یک قلو و نمایش سر جنین که با دردهای زایمانی به زایشگاه فاطمیه شاهرود مراجعه کرده بودند، بررسی شدند. گروه تجربی تحت تاثیر روش‌های غیر دارویی تسکین درد شامل ماساژ، تکنیک‌های تنفسی، آرام‌سازی عضلانی، روش لمس شکم توسط بیمار (افلوریج) و حمایت روحی و عاطفی از طرف فرد حمایت کننده قرار گرفتند. شدت درد در مرحله اول و دوم زایمان با استفاده از معیار کلامی عددی (۱۰-۰ نمره) تعیین شد. اطلاعات بدست آمده با آزمون‌های آماری غیر پارامتریک من-ویتنی U، کای دو و دقیق فیشر تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سن، میزان تحصيلات، محل سکونت، معاینه واژینال در بدو پذیرش و مداخلات در حین لیبر در دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. در گروه شاهد، درخواست سزارین (۲۶/۶ درصد در مقابل ۱۶/۲ درصد، $p < 0/05$)، استفاده از وکیوم (۴/۵ درصد در مقابل صفر درصد، $p < 0/01$)، طول مرحله اول ($p < 0/001$) و دوم زایمان ($p < 0/05$) و نمره درد در مرحله اول ($p < 0/01$) و دوم زایمان ($p < 0/001$) بیشتر و میانگین نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول زایمان ($p < 0/01$) کمتر از گروه تجربی بود. نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر بیانگر تاثیر مثبت روش‌های حمایتی بر نتایج لیبر بود. لذا آموزش زنان باردار و افزایش آمادگی آنها جهت پذیرش زایمان طبیعی و هم‌چنین ارائه روش‌های حمایتی در لیبر پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: درمان‌های حمایتی، میزان درد، نتایج لیبر، زنان نخست‌زا.

مقدمه

بروز درد در طول روند زایمان بدیهی و اجتناب ناپذیر بوده و باید تحمل شود، امروزه تسکین درد زایمان به عنوان یک تفکر جدید مطرح شده است (۱،۲). نتایج نشان می‌دهد که ترس و اضطراب ناشی از زایمان، درد و ناراحتی بیمار را در اتاق زایمان افزایش می‌دهد (۳-۵). همین‌طور مشخص شده که هورمون‌هایی مانند کاتکول آمین‌ها، کورتیزول، اپی نفرین و نوراپی نفرین که در پاسخ به تنش و اضطراب در حین زایمان آزاد می‌شوند، از یک طرف باعث اختلال در پیشرفت اتساع

بارداری و زایمان وقایع ویژه زندگی زنان و خانواده‌های آنان است و درد زایمان بعنوان یکی از شدیدترین دردها، تجربه نامطلوبی برای زنان بشمار می‌رود. بر خلاف تصور قدیمی که

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری مامانی، گروه زنان و

مامانی، مریم کشاورز (email: m_keshir@yahoo.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۳/۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۸/۱۶

و تجربی قرار گرفتند. معیارهای حذف از مطالعه شامل تعداد زایمان ۱ و بالاتر، سن کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۳۰ سال، پارگی زودرس کیسه آب، استفاده از مسکن در لیبر، اکلامپسی، پره‌اکلامپسی و فشار خون در بارداری، بیماری‌های مزمن مادر (فشار خون، بیماری‌های قلبی، دیابت)، زایمان زودرس، زایمان سریع، نمایش غیر طبیعی جنین و نوزاد، خفگی، عفونت و صدمه‌های جسمی و عصبی نوزاد افزایش یافته و مادر نیز در معرض خون‌ریزی و عفونت پس از زایمان، آسفتگی روحی به علت اضطراب، بی‌خوابی و خستگی قرار می‌گیرد (۹-۷).

درمان‌های حمایتی (Complementary therapy) مختلفی جهت کم کردن دردهای زایمانی پیشنهاد شده است (۱۲-۱۰) و در این زمینه تحقیقات متعددی انجام گرفته است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد در زنانی که احساس امنیت بیشتری می‌کنند و درد در آنها به میزان مناسبی کنترل شده است، پیشرفت زایمان تسهیل می‌شود (۱۳). ورود به لیبر به عنوان مکان و پرسنل ناآشنا و بسیاری از روش‌ها و مراحل که یک تولد طبیعی را درگیر می‌سازد، می‌تواند استرس‌زا باشد. مدارکی موجود است مبنی بر اینکه ترس، درد، نگرانی و اضطراب ناشی از برخورد با پرسنل و محیط شلوغ می‌تواند باعث شروع آزادسازی کاتکول‌آمین‌ها شده و در موارد شدید منجر به انقباضات ناکافی رحمی و ممانعت از پیشرفت لیبر شود. به عبارتی در صورت آرامش و اطمینان خاطر زن، مسیر پیشرفت زایمان تسهیل می‌گردد (۱۴). از طرفی در بعضی از مطالعات، نظیر مطالعه گوردون و همکارانش (۱۹۹۹)، بین دو گروه دریافت‌کننده مراقبت‌های روتین و مراقبت از طرف فرد حمایت‌کننده، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر طول لیبر، میزان سزارین و استفاده از اکسی‌توسین مشاهده نشد (۱۵).

امروزه در مورد بکارگیری و نتایج استفاده از در مان‌های حمایتی نظریه‌های ضد و نقیضی وجود دارد (۱). لذا مطالعه حاضر با هدف مقایسه نتایج لیبر و پیش‌آگهی مادر و نوزاد در دو گروه دریافت‌کننده مراقبت‌های روتین و روش‌های حمایتی (گروه تجربی)، در اتاق زایمان بیمارستان فاطمیه شاهرود انجام شد.

در این مطالعه نیمه تجربی و آینده‌نگر ۱۵۰ نفر به عنوان گروه مورد یا گروه تجربی در مراحل زایمانی توسط پژوهشگر و همکاران او که تعدادی از دانشجویان مامائی آموزش دیده بودند، جهت به کارگیری روش‌های غیر داروئی تسکین درد همراهی می‌شدند. در هر دو گروه، میزان درد در مرحله اول (دیلاتاسیون ۵-۴ سانتی‌متر) و دوم زایمان با معیار کلامی عددی (Verbal numeric analog scale) اندازه‌گیری شد. در معیار کلامی عددی، بی‌دردی با نمره صفر و شدیدترین درد با نمره ۱۰ بیان می‌شد. اطلاعات بیمار در زمان پذیرش و پیشرفت زایمان، زمان پارگی کیسه آب، میزان قطرات مورد نیاز به انفوزیون اکسی‌توسین در فرم‌های مخصوصی ثبت شد. روش‌های غیرداروئی تسکین درد در لیبر شامل استفاده از ماساژ بازو و پشت، تکنیک‌های تنفسی، آرام‌سازی عضلانی (به صورت ایجاد شلی عضلات و جلوگیری از انقباض در عضلات دست و پا) و روش لمس شکمی توسط بیمار (افلوریج) با حضور پژوهشگر و با کمک تعدادی از دانشجویان مامائی آموزش دیده انجام شد. روش‌های ذکر شده در زمان درد یعنی از ابتدا تا انتهای هر انقباض رحمی و به منظور تاثیر بیشتر و جلوگیری از انطباق و سازگاری افراد، به تناوب اجرا می‌شد. در انتهای مرحله دوم زایمان و با افزایش شدت درد از دو یا چند روش هم‌زمان استفاده می‌شد. تکنیک‌های تنفسی شامل استفاده از تنفس عمیق و آهسته، تنفس سریع و سطحی و یا ترکیب این دو نوع تنفس، به صورت انجام تنفس عمیق و آهسته در ابتدای شروع انقباض، سپس تنفس سریع سطحی در اوج انقباض و مجدداً انجام تنفس عمیق و آهسته در انتهای انقباض انجام می‌شد. با توجه به اینکه خستگی افراد و زمان بستری شدن نمونه‌های مورد پژوهش در نتایج مطالعه تاثیر گذار است، دو گروه از لحاظ زمان بستری شدن (شیفت

دهانه رحم گردیده و از طرف دیگر سبب اختلال در انقباضات رحم و کاهش کارایی آن در روند زایمان شده، و در نهایت باعث ازدیاد دردها و طولانی شدن زایمان می‌شود (۱۶). طول مدت زایمان از عوامل موثر بر نتایج بارداری و عوارض مادری و نوزادی است، به طوری که با طولانی شدن بیش از حد زایمان، احتمال مرگ جنین و نوزاد، خفگی، عفونت و صدمه‌های جسمی و عصبی نوزاد افزایش یافته و مادر نیز در معرض خون‌ریزی و عفونت پس از زایمان، آسفتگی روحی به علت اضطراب، بی‌خوابی و خستگی قرار می‌گیرد (۹-۷).

درمان‌های حمایتی (Complementary therapy) مختلفی جهت کم کردن دردهای زایمانی پیشنهاد شده است (۱۲-۱۰) و در این زمینه تحقیقات متعددی انجام گرفته است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد در زنانی که احساس امنیت بیشتری می‌کنند و درد در آنها به میزان مناسبی کنترل شده است، پیشرفت زایمان تسهیل می‌شود (۱۳). ورود به لیبر به عنوان مکان و پرسنل ناآشنا و بسیاری از روش‌ها و مراحل که یک تولد طبیعی را درگیر می‌سازد، می‌تواند استرس‌زا باشد. مدارکی موجود است مبنی بر اینکه ترس، درد، نگرانی و اضطراب ناشی از برخورد با پرسنل و محیط شلوغ می‌تواند باعث شروع آزادسازی کاتکول‌آمین‌ها شده و در موارد شدید منجر به انقباضات ناکافی رحمی و ممانعت از پیشرفت لیبر شود. به عبارتی در صورت آرامش و اطمینان خاطر زن، مسیر پیشرفت زایمان تسهیل می‌گردد (۱۴). از طرفی در بعضی از مطالعات، نظیر مطالعه گوردون و همکارانش (۱۹۹۹)، بین دو گروه دریافت‌کننده مراقبت‌های روتین و مراقبت از طرف فرد حمایت‌کننده، تفاوت آماری معنی‌داری از نظر طول لیبر، میزان سزارین و استفاده از اکسی‌توسین مشاهده نشد (۱۵).

مواد و روشها

در این مطالعه تجربی، ۳۰۰ زن باردار نخست‌زا، با حاملگی یک قلو و نمایش سر که از مهرماه ۱۳۸۲ الی تیر ماه ۱۳۸۴ با دردهای خود به خودی به بیمارستان فاطمیه شاهرود مراجعه کرده بودند، به طور تصادفی و یکی در میان در دو گروه شاهد

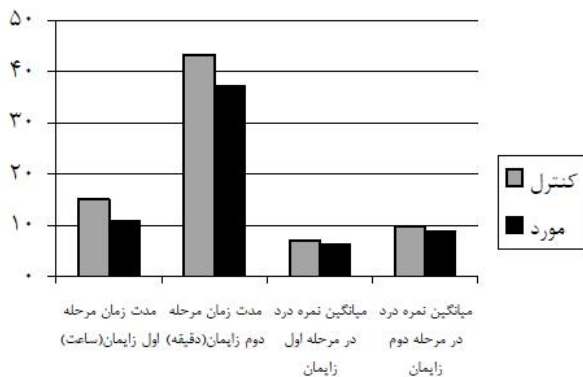
میزان سزارین بین دو گروه شاهد و گروه تجربی (به ترتیب ۱۲/۳ درصد در مقابل ۱۴/۲ درصد) تفاوت آماری معنی داری نداشت و در هر دو گروه از فورسپس استفاده نشد. زمان بستری شدن زنان باردار (شیفت صبح، عصر و شب) در هر دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت.

جدول ۲- مقایسه مشخصات لیبر در دو گروه

P-Value	گروه کنترل (۱۵۰ نفر)	گروه تجربی (۱۵۰ نفر)	
۰/۰۰۱	۵/۸±۱/۴	۵/۳±۱/۳	تعداد معاینات در لیبر
۰/۰۵	۷۳(۵۴/۱)	۸۸(۶۶/۲)	استفاده از اکسی توسین
۰/۰۵	۴۱(۲۶/۶)	۲۴(۱۶/۲)	درخواست سزارین
۰/۰۱	۷(۴/۵)	۰(۰)	استفاده از وکیوم
NS*	۱۹(۱۲/۳)	۲۱(۱۴/۲)	انجام عمل سزارین
NS	۱۸۰/۲±۱۵۳/۸	۲۲۶/۵±۲۲۵/۸	مدت زمان پارگی کیسه آب (دقیقه)
NS	۱۱۹±۱۴۷/۴	۱۰۶/۳±۹۵/۴	مدت زمان استفاده از سنتوسینون (دقیقه)
NS	۱۱/۲±۱۳/۲	۹/۳±۹	حداکثر قطرات سنتوسینون
NS	۲۳(۱۴/۹)	۳۰(۲۰/۳)	وضعیت اکسی پوت خلفی
NS	۱۰۶(۷۸/۵)	۹۶(۷۲/۲)	پارگی مصنوعی کیسه آب
NS	۱۰(۶/۴)	۹(۶/۱)	دفع مکنیوم
NS	۱۹(۱۲/۳)	۱۸(۱۲/۲)	دریافت آتروپین در لیبر

* Not Significant

بین دو گروه شاهد و تحت حمایت، طول مرحله اول (به ترتیب ۱۵/۱۲±۷/۵ ساعت در مقابل ۱۱±۵/۲ ساعت، $p < 0/001$) و دوم زایمان (۲۳/۹±۴۳/۳ دقیقه در مقابل ۱۸/۴±۳۷/۱ دقیقه، $p < 0/05$) و نمره درد در مرحله اول (۷±۱/۵ در مقابل ۶/۴±۱/۴، $p < 0/01$) و دوم زایمان (۹/۷۷±۰/۶۵ در مقابل ۸/۷۱±۱/۷، $p < 0/001$) تفاوت آماری معنی داری داشت (نمودار ۱).



نمودار ۱- مقایسه نتایج لیبر در دو گروه

صبح، عصر و شب) مقایسه شدند. طول مرحله اول زایمان از شروع دردها (شروع حداقل یک انقباض ۳۰ ثانیه ای هر ۲۰-۳۰ دقیقه) تا کامل شدن دیلاتاسیون دهانه رحم محاسبه می شد. سن حاملگی در زمان زایمان بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی و مقایسه آن با سونوگرافی ۳ ماهه اول بارداری تعیین می شد. زایمان سریع به دیلاتاسیون ۵ سانتی متر یا بیشتر دهانه رحم در عرض یک ساعت اطلاق گردید.

تعداد نمونه بر اساس فرمول محاسبه حجم نمونه و فراوانی ۰/۸ و احتمال خطای ۰/۰۵ محاسبه گردید. اطلاعات بدست آمده با استفاده از برنامه آماری غیرپارامتریک، من-ویتنی U، کای دو و دقیق فیشر و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS تحلیل شدند. از آزمون Sample KS جهت بررسی نرمالیتی متغیرهای کمی استفاده شد و در موارد نرمال نبودن متغیرها، از آزمون من-ویتنی U استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن، دیلاتاسیون و افسمان سرویکس، جایگاه نمایشی سر، سن حاملگی در زمان زایمان، میزان تحصیلات و محل سکونت بین دو گروه شاهد و تجربی تفاوت آماری معنی داری نداشت (جدول ۱). ۴۲/۲ درصد (۱۲۷ نفر) مادران ساکن شهر بودند. از نظر بعضی از فاکتورهائی که می توانست بر سیر لیبر و زایمان موثر باشد، نظیر مدت زمان پارگی کیسه آب، وضعیت خلفی سر جنین (اکسی پوت خلفی)، پارگی مصنوعی کیسه آب، آغشته شدن مایع آمنیوتیک به مکنیوم، دریافت آتروپین و فترگان عضلانی در لیبر، میزان استفاده از اکسی توسین، حداکثر قطرات مورد نیاز سنتوسینون و مدت زمان تجویز سنتوسینون تفاوت آماری معنی داری بین گروه‌ها مشاهده نشد (جدول ۲).

جدول ۱- مقایسه مشخصات دو گروه در زمان پذیرش (هر گروه ۱۵۰ نفر)

P	گروه کنترل	گروه تجربی	
NS*	۲۲±۳/۲	۲۱/۹±۲/۸	سن (سال)
NS	۳±۱/۲	۳/۲±۱/۳	دیلاتاسیون سرویکس در زمان پذیرش (cm)
NS	۵۲/۸±۱۴/۳	۵۰/۹±۱۵/۷	افسمان سرویکس در زمان پذیرش (%)
NS	-۲/۳±۰/۸	-۲/۴±۱	جایگاه نمایشی سر
NS	۲۷۷/۸±۶/۳	۲۷۶/۹±۹	سن حاملگی در زمان زایمان (روز)
NS	۷۱(۴۷/۳)	۵۷(۳۸/۳)	سکونت در شهر
NS	۷۴(۴۹/۳)	۶۸(۴۵/۳)	تحصیلات ابتدائی

* Not Significant

میزان استفاده از وکیوم ($p < 0/01$) و درخواست سزارین در گروه شاهد بیش از گروه تجربی بود (جدول ۲).

سزارین و انجام زایمان با اسباب (وکيوم و فورسپس) بين دو گروه دریافت کننده حمایت (حمایت عاطفی از طرف دولا [Doula] به عنوان یک فرد حمایت کننده بدون تحصیلات) و گروه شاهد تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در مطالعه حاضر میزان استفاده از وکیوم در گروه شاهد بیشتر از گروه تحت حمایت در لیبر بود. میزان انجام عمل سزارین در دو گروه تفاوتی را نشان نداد که این را می توان به تصمیم گیری متخصصین زنان و زایمان در انجام عمل سزارین ارتباط داد.

لذا حمایت بیشتر از انجام زایمان طبیعی، حمایت روحی و عاطفی از زنان باردار در لیبر، استفاده از روش های غیردارویی تسکین درد و در موارد ضروری استفاده هم زمان از روش های دارویی و غیر دارویی تسکین درد را در لیبر پیشنهاد می دهیم. لازم به ذکر است که در بیمارستان فاطمیه شاهرود و در اکثریت قریب به اتفاق بیمارستان های کشورمان از آنالژزی جهت تسکین دردهای زایمانی استفاده نمی شود، لذا بدین لحاظ تمایل زنان در انجام عمل سزارین افزایش می یابد. در این مطالعه ۲۶/۶ درصد (۴۱ نفر) از زنان در گروه شاهد در لیبر متقاضی انجام عمل سزارین بودند. میانگین طول مرحله اول و دوم زایمان و میانگین نمره درد در مرحله اول و دوم زایمان در گروه تحت حمایت در لیبر کمتر از گروه شاهد بود. Low در سال ۱۹۹۶ اظهار داشت که حمایت روحی و عاطفی در لیبر با افزایش اعتماد به نفس در زائو باعث کاهش شدت درد زایمان شده و از مصرف بی رویه داروهای بی دردی جلوگیری می کند (۱۷). هم چنین با کاهش طول مرحله اول و دوم زایمان از میزان بروز عوارض مادری، جنینی و نوزادی کاسته می شود.

نتایج حاصل از انجام یک متآنالیز که توسط سیمکین و همکارانش انجام شد، تاثیر حضور شخص حمایت کننده در لیبر را در کاهش میزان استفاده از مسکن ها، انجام بی حسی اپی دورال، پایین بودن آپگار نوزاد، استفاده از زایمان با اسباب و سزارین را مشخص می نماید (۱۸). اما در مطالعه هودنت که به منظور بررسی تاثیر نقش حمایت کننده در لیبر انجام شد، افزایش معنی داری را در نیاز به استفاده از اکسی توسین در لیبر در گروه دریافت کننده حمایت گزارش نمود (۱۹). فیلد و همکارانش در سال ۱۹۹۷ نتایج استفاده از ماساژ در لیبر را به صورت مقایسه دو گروه شاهد و تجربی (هر گروه ۱۴ نفر) ارائه دادند. در مطالعه آنان ماساژ در نواحی مختلف بدن از جمله پشت، سر، دست و پا انجام شد و میزان درد، اضطراب و طول لیبر به طور معنی داری در گروه تجربی کاهش یافته بود (۲۰). هم چنین در مطالعه چانگ و همکارانش که در سال

دو گروه از نظر مشخصات نوزادی نظیر میانگین وزن نوزاد، نمره آپگار دقیقه پنجم، میزان احیای نوزاد در بدو تولد تفاوتی نداشتند، در صورتی که میانگین نمره آپگار در دقیقه اول در گروه تجربی بالاتر از گروه شاهد بود ($p < 0.01$) (جدول ۳). میزان موارد حذف نمونه به دلیل عدم پیشرفت در گروه شاهد و گروه تجربی به ترتیب ۱۸ و ۲۰ مورد و تعداد زایمان سریع به ترتیب ۵ و ۴ مورد در هر گروه بود.

جدول ۳-مقایسه مشخصات نوزاد در دو گروه

p-Value	گروه کنترل (۱۵۰ نفر)	گروه تجربی (۱۵۰ نفر)	
	۸/۸±۰/۵	۸/۹±۰/۳	میانگین نمره آپگار دقیقه ۱
	۹/۹±۴	۹/۸±۱/۳	میانگین نمره آپگار دقیقه ۵
	۳۱۰۳/۸±۴۲۰/۳	۳۰۴۸/۴±۳۷۹/۸	میانگین وزن نوزاد (گرم)
	۸۲(۵۳/۲)	۶۷(۴۶/۵)	جنسیت پسر
	۱(۰/۶)	۰(۰/۰)	احیای نوزاد

* Not Significant

بحث

امروزه مشخص شده که نوع فرهنگ، ترس و اضطراب از درد در بیمار، وجود یا عدم وجود فرد حمایت کننده و تجربه قبلی درد زایمان از فاکتورهای روحی، روانی و اجتماعی موثر بر شدت درد لیبر می باشند (۲). لذا در این مطالعه، نمونه های پژوهش از بین زنان نخست زان انتخاب شدند و به دلیل تاثیر متغیر فرهنگ، مقایسه دو گروه از نظر محل سکونت (شهر یا روستا) انجام شد.

وجود حمایت در لیبر اهمیت داشته و حمایت مداوم در لیبر بر اساس این باور که شرایط زایمان و تولد یک پروسه روحی، روانی و اجتماعی است پایه گذاری شده است (۱۶). حمایت لیبر شامل حضور مداوم و ارائه حمایت های روحی و روانی (اطمینان بخشی، تشویق و راهنمایی مادر)، آسایش فیزیکی (همکاری در جهت انجام تکنیک های لمس، ماساژ، سرما، گرما و آب درمانی، تغییر پوزیشن و حرکت)، اطلاع رسانی و راهنمایی زن و همسرش، تسهیل در ایجاد ارتباط (کمک به زن در جهت بیان نیاز و خواسته هایش) می باشد (۲۰). در بعضی از مطالعات بیان شده که زنانی که از حمایت مداوم در زایمان برخوردار بودند، میزان نیاز به آنالژزی، زایمان با وسیله و سزارین کمتر بوده و گزارش کمتری از عدم موفقیت یا تجربیات منفی حین تولد را داشتند (۲). در صورتی که در مطالعه گوردون و همکارانش (۱۹۹۹) (۱۵) در میزان عمل

کاهش عمل‌های غیرضروری سزارین در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه مورد توجه سازمان بهداشت جهانی بوده و هست. مسلماً کاهش عمل سزارین و عوارض مادری ناشی از آن مانند عوارض بیپوشی، عفونت و حملات ترومبوآمبولی، کاهش روزهای بستری شدن در بخش‌های زایمان و ذخیره تخت‌های بیمارستان برای موارد اورژانس اهمیت داشته و در بهبود وضعیت اقتصادی و صرفه‌جویی ارزی کشورمان نقش بسیار مهمی خواهد داشت. از طرف دیگر ارائه روش‌های حمایتی برای زنان باردار در لیبر اثرات روحی- روانی بر زنان باردار گذاشته و تجربه خوشایندتری را از زایمان برایشان فراهم خواهد آورد.

تشکر و قدردانی

از پرسنل محترم اطاق زایمان بیمارستان فاطمیه شاهرود و دانشجویان عزیزی که در انجام این مطالعه ما را یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۲۰۰۲ میلادی بر روی ۶۰ نفر (۳۰ نفر در هر یک از دو گروه شاهد و تجربی) انجام شد، کاهش معنی‌داری در میزان اضطراب و درد در هر ۳ مرحله فاز مخفی، فاز فعال و مرحله انتقالی بدست آمد (۲۱).

در مطالعه ما زنان باردار بدون حمایت روحی و عاطفی از درد شدید زایمان رنج می‌بردند و آن را شکنجه‌آور بیان نموده و درصد قابل توجهی متقاضی انجام زایمان به وسیله عمل سزارین بودند. نتایج پژوهش بیانگر تاثیر مثبت استفاده از روش‌های حمایتی در لیبر، حتی بدون شرکت در کلاس‌های آموزشی دوران بارداری می‌باشد. با این وجود شرکت زنان در کلاس‌های آموزشی و آموزش قبل از زایمان نتایج بهتری را به همراه خواهد داشت. لذا آموزش زنان باردار در کلاس‌های ویژه آماده‌سازی زایمان و افزایش آمادگی آنها جهت پذیرش زایمان طبیعی و ارائه روش‌های غیردارویی تسکین درد در لیبر پیشنهاد می‌گردد.

REFERENCES

1. Jimenez SLM. Comfort and pain management. In: Nichols FH, Humenick SS, editors. Child birth education. 2nd ed. Edinburgh: W.B. Saunders Company; 2000. p.157-77.
2. Simkin P, Bolding A. Update on non pharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery women's Health 2004;49:489-504.
3. Hamilton A. Pain relief and comfort in labour. In: Fraser DM, Cooper MA, editors. Myles text book for midwives. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004. p.474.
4. Bachman JA. Management of discomfort. In: Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak AM, editors. Maternity women's health care. 7th ed. St-Louis: M Mosby; 1999. p.463-87.
5. Mccrea H, Wright ME, Stringer M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relieve. Int J of Nur Studies 2000;37:493-503.
6. Murry SS, McKinney ES, editors. Foundations of maternal-newborn nursing. 4th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2006. P.336.
7. Counningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD, editors. William's obstetrics. 22nd ed. New York: McGraw_hill; 2005.
8. Dudley DJ. Complications of labor. In: Scott JR, GIBBS RS, Karlan BY, Haney AF, editors. Danforth's obstetrics and gynecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p.397-417.
9. Gee H. Poor progress in labor. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, editors. High risk pregnancy. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p.1426-42.
10. Pillitteri A, editor. Maternal and child health nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. P.305-25.
11. Leifter G, editor. Introduction to maternity and pediatric nursing. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999. P.161-86.
12. Grabowska Ch. Alternative therapies for pain relief. In: Yerby M, Page L, editors. Pain in childbearing. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2000: P. 93-109.
13. Simkin P, Ancheta R. The labor progress handbook. Philadelphia: Blackwell Science; 2000. P.11.
14. Pascali-Bonaro D, kraeger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress of calm. J Midwifery women's Health 2004;49:19-27.

15. Gordon N, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garret L. Effects of providing hospital-based doulas in health maintenance organization. *Obstet Gynecol* 1999;93:422-26.
16. Dunkley-Bent J. Health promotion in midwifery. In: Henderson C, Macdonald S, editors. *Mayes' midwifery*. 13th ed. Edinburgh: Bailliere Tindall; 2004. p.347.
17. Low NK. The pain and discomfort of labor and birth. *J Obstet Gynecol Nur* 1996;25:82-92.
18. Simkin PP, O' Hara MA. Non pharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:131-59.
19. Hodnett E, Osborn R. A randomized trail of the effects of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. *Birth* 1989;16:177-83.
20. Field T, Hemandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1997;18:286-91.
21. Chang M, Wang S, Chen C. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002;38:68-73.

Archive of SID