مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره نهم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۹، ۳۰۴-۲۹۳

بررسی تأثیر حمایت مداوم ماما در طی لیبر و زایمان بر شدت درد زایمان

زهرا احمدی[۱]

دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۱۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۸۸/۲/۱۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۸۹/۵/۶ پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: شیوع فراوان درد شدید زایمان و عوارض نامطلوب آن بر مادر و جنین، لزوم شناسایی روش‌های مؤثر در کاهش درد را ایجاب می‌کند. یکی از روش‌های غیر دارویی تسکین درد زایمان، حمایت مداوم مامایی می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر حمایت مداوم مامایی در طی لیبر و زایمان بر شدت درد زایمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، تعداد ۱۰۰ نفر از خانم‌های اول‌زا در بخش زایمان بیمارستان امام حسین (ع) شهر زنجان در سال ۱۳۸۶ به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و بطور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش، افراد گروه آزمون تحت حمایت مداوم ماما (بر اساس دستورالعمل حمایت زایمان طبیعی) شامل حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و جسمانی قرار گرفتند و افراد گروه کنترل، فقط مراقبت‌های معمول بخش زایمان را دریافت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه و چک لیست بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های من ویتنی، T و مجذورکای، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میزان شدت درد لیبر و درد مرحله دوم زایمان در گروه حمایت شده، کمتر از گروه حمایت نشده بود (به ترتیب p=۰/۰۰۲، p=۰/۰۰۹). همچنین طول مدت لیبر (p=۰/۰۰۵) و مرحله دوم زایمان (p=۰/۰۰۱) در گروه آزمون پایین‌تر از گروه کنترل بود. بین شدت درد و مشخصات دموگرافیک نظیر سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: حمایت مداوم ماما همراه با رعایت اصول زایمان طبیعی، به میزان قابل توجهی از شدت درد لیبر و زایمان می‌کاهد.

واژه‌های کلیدی: درد زایمان، حمایت مداوم در لیبر، مراقبت‌های مامایی، تسکین درد

۱- (نویسنده مسئول) مربی عضو هیئت علمی گروه آموزشی مامایی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان
تلفن: ۲۲۲۲۰۹۵-۰۴۲۳، دور نگار: ۲۲۲۱۹۲۷-۰۴۲۳، پست الکترونیکی: ahmadi.zahra4@gmail.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

مقدمه

درد، پدیده شگفت، پیچیده و یک تجربه انسانی همگانی است که از ابتدای خلقت بشر با انسان همراه بوده است [۱]. یکی از شدیدترین دردهایی که زن طی زندگی خود تجربه می‌کند درد زایمان است [۳-۲]. میانگین درد زایمان ۱۰-۸ نمره بیشتر از دردهای مزمنی نظیر کمردرد، درد سرطان، دردهای پس از ابتلا به زونا و ۱۴-۱۰ نمره بیشتر از دردهای حاد شدید می‌باشد [۴].

تحقیقات متعدد نشان می‌دهند که وجود درد و استرس شدید در طی لیبر و زایمان، کاتکول‌آمین‌های مادر را افزایش داده و باعث کاهش فعالیت رحمی و طولانی شدن لیبر می‌گردد [۴].

همچنین، درد و استرس شدید مادر منجر به کاهش رسیدن خون و اکسیژن به جنین شده و در نهایت، باعث ایجاد الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین و کاهش آپگار نوزادی در طی دقایق اول و پنجم بعد از تولد و افزایش عوارض و مرگ و میر پری‌ناتال می‌گردد [۴، ۲]. درد شدید زایمان علاوه بر تأثیرات زیانبخش بر سلامت جسمی و روانی مادر و نوزاد، در برقراری ارتباط مناسب بین مادر و نوزاد تأثیر منفی داشته و به علت ایجاد ترس از حاملگی‌های آینده، بر ارتباط جنسی مادر نیز تأثیر نامطلوبی می‌گذارد [۶-۴، ۲].

درد شدید زایمان به خصوص درد مرحله دوم، موجب ترس شدید از زایمان طبیعی و افزایش میزان سزارین در حدود ۲۲٪-۸٪ در بین زنان باردار جامعه می‌شود که با افزایش عوارض جراحی و بی‌هوشی همراه می‌باشد [۷].

با توجه به شیوع زیاد درد شدید زایمان و عوارض نامطلوب و تأثیرات بسیار زیانبخش حاصل از درد شدید زایمان بر مادر، جنین و نتایج حاملگی و زایمان، اداره و کنترل ایمن و مؤثر درد زایمان بسیار ضروری می‌باشد.

کنترل و اداره درد لیبر و زایمان از اهداف عمده حمایت‌ها و مراقبت‌های مامایی است. به طور کلی، برای تسکین درد زایمان دو روش عمده دارویی و غیردارویی وجود دارد. با توجه به این که روش‌های دارویی دارای عوارض متعددی است، برای تسکین درد زایمان استفاده از روش‌های غیردارویی ترجیح داده می‌شود. استفاده از روش‌های غیردارویی به مادر این فرصت را می‌دهد که درباره روند زایمان تصمیم بگیرد و بر خود کنترل داشته باشد [۱۱-۸]. یکی از روش‌های غیردارویی و مؤثر تسکین درد زایمان، حمایت مداوم ماما در طی لیبر و زایمان می‌باشد [۱۴-۱۲].

تحقیقات انجام شده توسط Simkin نشان داد مؤثرترین عامل کاهش شدت درد زایمان از نظر مادران، وجود فردی حمایت‌کننده طی مراحل زایمان می‌باشد [۱۵]. در این رابطه، Hofmeyr نیز گزارش نمود که حمایت از مادر باعث کاهش شدت درد زایمان می‌گردد [۱۶].

پژوهشی که توسط Kennell و همکارانش در آمریکا تحت عنوان بررسی تأثیر حمایت عاطفی مداوم بر نتایج زایمانی در طی لیبر انجام شد، نشان داد که حمایت عاطفی مداوم در طی لیبر و زایمان، با کاستن از شدت درد، میزان نیاز به بی‌حسی اپیدورال را کاهش می‌دهد. [۱۷].

تحقیقات متعدد نشان می‌دهند که حمایت مداوم ماما از مادر دارای فواید فراوان فیزیولوژیک و روان‌شناختی بوده و به علت کاستن از شدت درد زایمان، دریافت داروهای

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

ضد درد را به میزان قابل‌توجهی کاهش داده و باعث بهبود نتایج حاملگی و زایمان می‌گردد [۲۱-۱۸].

از سوی دیگر، برخی تحقیقات نشان می‌دهند که حمایت مادر در طی لیبر و زایمان تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد [۲۴-۲۲].

با توجه به نتایج متناقض برخی تحقیقات در زمینه تأثیر حمایت ماما بر شدت درد زایمان، همچنین تحقیقات محدود در این زمینه در کشورمان، تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر حمایت مداوم ماما در طی مراحل زایمانی بر شدت درد زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پس از تصویب طرح در معاونت پژوهشی دانشگاه و تأیید آن توسط کمیته اخلاق، مجوز کتبی از مدیریت درمان تأمین اجتماعی جهت انجام تحقیق در بیمارستان تأمین اجتماعی امام حسین (ع) اخذ گردید. این مطالعه از ۱۳۸۶/۰۲/۱۵ لغایت ۱۳۸۶/۰۷/۲۱ انجام شد. در این کارآزمایی بالینی، با بررسی پرونده‌های پزشکی و گرفتن شرح حال، از بین ۶۱۰ خانم مراجعه‌کننده جهت زایمان اول که پرونده بستری توسط ماما یا متخصص زنان برای آنان تشکیل شده بود، تعداد ۱۰۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب گردیده و به طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند و در اتاق‌های بخش زایمان به صورت جداگانه قرار گرفتند.

حجم نمونه: در این پژوهش با توجه به مطالعات انجام شده، شیوع درد شدید زایمان حدود ۴۰٪، اطمینان ۹۵٪، خطای نوع اول (α) ۵٪ و خطای نوع دوم (β)۱۰٪، تعداد نمونه ۳۸ نفر برآورد شد ولی به علت این که احتمال داشت تعدادی از افراد از پژوهش خارج شوند، در هر گروه ۵۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌ها از زنان شوهردار و باسواد، دارای جنین تک قلوی سالم و با نمایش سر که مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت نموده و تمایل به زایمان واژینال داشتند، انتخاب شدند.

ابتلا به بیماری‌های طبی (قلبی، عروقی، ریوی، کلیوی، عفونی و ...)، اختلالات روانی، افسردگی و اضطراب، مصرف انواع داروها توسط مادر (نظیر داروهای آرام‌بخش، ضد اضطراب و ضدافسردگی)، وجود عوارض حاملگی و زایمانی و بیماری‌ها و ناهنجاری‌های نوزاد از شرایط عدم ورود به مطالعه بود.

لازم به ذکر است که واحدهای پژوهش، آموزش ویژه‌ای جهت آمادگی زایمان دریافت ننموده، جزء پرسنل بهداشتی و درمانی نبودند و بستگان آنها نیز در بیمارستان محیط پژوهشی اشتغال نداشتند. در طی مراحل زایمانی هیچ فردی آنها را همراهی نمی‌نمود و در بلوک زایمان اجازه ملاقات با آنها داده نمی‌شد، همچنین انقباضات رحمی خود به خود شروع شده و تناوب آن در زمان پذیرش ۵ تا۱۰ دقیقه، مدت آن ۲۰ تا ۳۵ ثانیه، پرده‌های جنینی سالم و اتساع دهانه رحم ۳ تا ۴ سانتی‌متر بود.

ویژگی خاص این طرح، حمایت مادر همراه با کمک به پیشبرد روند فیزیولوژیک زایمان بر اساس رعایت اصول زایمان طبیعی (Bologna score) بود که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ به تصویب رسید [۲۵].

لازم به ذکر است که پژوهشگر ضمن حضور در کنار مادر و حمایت مداوم مامایی، با پزشک متخصص و همکاران ماما همکاری نزدیک داشته است، همچنین، دو گروه آزمون و کنترل طبق معمول توسط پزشک متخصص معاینه می‌شدند. در طی مراحل پژوهش، ۱۹ نفر در اثر بروز مشکلاتی نظیر دیسترس جنینی، خونریزی شدید

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

قبل از زایمان، عدم پیشرفت زایمان و در نتیجه نیاز به انجام مداخلاتی نظیر تحریک زایمان، زایمان با ابزار یا سزارین، به علت اختلال در روند زایمان طبیعی و فیزیولوژیک و ۳ نفر نیز به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری از پژوهش خارج شدند.

در این مطالعه از پرسش‌نامه دموگرافیک و چک لیست مراحل اول و دوم زایمان (شامل طول مدت مرحله اول و دوم زایمان، شدت درد مرحله اول و دوم زایمان) و پرسش‌نامه استاندارد تعیین شدت درد (پرسش‌نامه مک گیل) جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید که به روش نوشتاری و مصاحبه تکمیل شد. همچنین جهت سنجش پایایی پرسش‌نامه از روش آلفای کرونباخ (Alpha=۰/۹۳۰) و جهت بررسی روایی، از روایی محتوا با استفاده از کتب و مقالات موجود و راهنمایی و نظرات کارشناسان مامایی و متخصصان زنان و اعضای هیئت علمی استفاده گردید.

لازم به ذکر است که پرسش‌نامه مک‌گیل استاندارد بوده و مناسب‌ترین ابزار اندازه‌گیری شدت درد می‌باشد که به طور شایع مورد استفاده قرار می‌گیرد و در تحقیقات متعدد روایی و پایایی آن تأیید شده است [۲۶، ۲۴، ۱۲].

شدت درد بر اساس نمره کسب شده از پرسش‌نامه مک‌گیل، به چهار طبقه تقسیم شده است که عبارتند از: درد کم: ۱۶-۲، درد متوسط ۳۱-۱۷، درد شدید ۴۶-۳۲، درد خیلی شدید ۶۲-۴۷.

در این مطالعه، افراد گروه آزمون بر اساس دستورالعمل حمایت در لیبر و زایمان در سه حیطه جسمی، روانی و آموزشی همراه با رعایت اصول زایمان طبیعی (از ابتدای پذیرش تا یک ساعت بعد از زایمان) مورد حمایت قرار گرفتند.

برای افراد گروه کنترل اقدام خاصی انجام نشد و این افراد فقط مراقبت‌های معمولی بخش زایمان را دریافت می‌کردند و به صورت غیرمستقیم جهت کنترل عوامل مداخله‌گر تحت نظر بودند.

در هر دو گروه در زمان پذیرش و سپس هر یک ساعت یکبار تا انتهای مرحله اول و همچنین در مرحله دوم زایمان، شدت درد به وسیله پرسش‌نامه مک‌گیل مورد سنجش قرار گرفت.

به طور اختصار حمایت‌های ارائه شده به گروه آزمون توسط ماما، شامل موارد زیر بودند:

۱- حمایت‌های ارائه شده به مادر در مرحله اولیه لیبر توسط ماما عبارت بودند از:

حضور مداوم، جلب اطمینان، ایجاد رابطه صمیمانه بر مبنای احترام و اعتماد متقابل، عکس‌العمل و رفتار مناسب، همدردی کافی، گوش فرادادن فعالانه به صحبت‌ها و نگرانی‌ها، توجه کافی، داشتن آرامش، برقراری تماس چشمی، داشتن تون صدای آرام و تشویق‌کننده، یادآوری در مورد گذرا بودن این فاز مشکل، تشویق به تنفس، ماساژ یا لمس کردن، صحبت نمودن در فاصله انقباضات، راهنمایی جهت استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی، دادن اطلاعات ساده و قابل فهم درباره مراحل زایمانی و ارائه راهنمایی و توضیحات کافی، درک و فهم مشکلات، انجام معاینات واژینال و ارائه توضیح کافی قبل از معاینه و ارائه اطلاعات در مورد پیشرفت زایمان بعد از معاینه، فرصت دادن به مادر برای سؤال نمودن، مطلع نگه داشتن کامل مادر از پیشرفت و روند زایمانی، تأمین نیازها، کنترل زمان انقباضات رحمی، دادن اطمینان در طی هر انقباض، کمک برای قرار گرفتن در یک وضعیت راحت، کمک جهت انجام و تمرکز بر تکنیک‌های تنفسی و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

سبک‌سازی بدن، تشویق به زور زدن در هنگام نیاز، تقویت روحیه.

تکنیک‌های تنفسی مناسب در دیلاتاسیون دهانه رحم حدود ۴ تا ۷ سانتی‌متر: از مادر خواسته می‌شد تا در وضعیت راحتی قرار گرفته و یک نفس عمیق بکشد. در طی ۱۵ ثانیه، ابتدا دو نفس آرام کشیده و سپس سرعت تنفس را تا زمان ۴۵ ثانیه افزایش دهد. سپس تنفس سریع را از راه بینی انجام و از راه دهان بیرون دهد و هنگامی که اوج انقباضات سپری می‌شد از سرعت تنفس کاسته و ثانیه‌های آخر هر انقباض را با یک نفس عمیق خاتمه دهد.

تکنیک تنفس مناسب در دیلاتاسیون دهانه رحم حدود ۸ تا ۱۰ سانتی‌متر: از مادر خواسته می‌شد به سرعت سه تا چهار نفس از راه دهان کشیده، بازدم آخر را از میان لب‌های نزدیک به هم با فشار بیرون دهد. تنفس در این مرحله سطحی، سبک و منظم است.

۲- حمایت‌های ارائه شده به مادر در مرحله دوم لیبر توسط ماما عبارت بودند از:

حضور مداوم، رفتار ملایم و توأم با اطمینان و آرامش، برخورد مناسب، تأمین نیازها و توجه به خواسته‌ها، صحبت کردن رو در رو و گوش فرا دادن به صحبت‌های وی، صبور بودن، آماده شدن برای انجام زایمان، راهنمایی در مورد نحوه زور زدن با هر انقباض، ترغیب و تشویق به خاطر تلاش‌هایش، دادن اطلاعات لازم در فواصل بین انقباضات در مورد آنچه در حال وقوع است، آگاه نمودن از پیشرفت زایمان، نشان دادن نوزاد به وی و قرار دادن نوزاد در محل گرم و مناسب.

تکنیک تنفسی مناسب در مرحله دوم لیبر: از مادر خواسته می‌شد یک نفس عمیق بکشد، سپس نفس دیگری کشیده و اجازه دهد نیمی از آن از راه دهان خارج شود و سپس نفس خود را نگاه داشته و زور بزند و دوباره اگر در مرحله زور زدن است نفس را به آرامی بیرون دهد. درطی این مرحله به مادرگفته می‌شد که سعی نماید عضلات کف لگن و لگن را شل نگاه دارد.

۳- حمایت‌های ارائه شده در مرحله سوم لیبر عبارت بودند از:

خارج نمودن جفت، تأمین نیازهای نوزاد، صحبت با مادر و کمک به برقراری ارتباط اولیه با نوزاد، تحسین مادر به خاطر تلاش‌هایش طی زایمان، دادن توضیحات واضح و دقیق درمورد مراقبت از خود و نوزادش، دادن امکان پرسش به مادر، پرورش اعتماد به نفس مادر در زمینه رسیدگی به خود و نوزادش [۲۸-۲۷، ۸].

در این مطالعه، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۴) و از روش آماری توصیفی و آمار استنباطی (آزمون‌های من ویتنی، t و مجذور کای) استفاده شد.

نتایج

بیشترین درصد فراوانی در هر دو گروه، مربوط به گروه سنی ۱۸ تا ۲۳ سال (آزمون۶۳/۴٪ و کنترل ۶۰٪)، تحصیلات دبیرستان و دیپلم (آزمون ۴۸/۸٪ و کنترل ۴۷/۵٪)، وضعیت اقتصادی متوسط (آزمون۴۶/۳٪ و کنترل ۴۷/۵٪) و وضعیت شغلی خانه‌دار (آزمون ۷۵/۶٪ و کنترل ۷۵٪) بود (جدول ۱) که با توجه به سطح معنی‌داری، از نظر مشخصات دموگرافیک بین دو گروه حمایت‌شده و حمایت‌نشده، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و این امر نشان‌دهنده همسانی گروه‌ها می‌باشد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

جدول ۱- توزیع فراوانی زنان اول‌زا بر حسب سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی و شغل در گروه حمایت شده و حمایت نشده

		آزمون (حمایت شده) فراوانی (درصد)	کنترل(حمایت نشده) فراوانی (درصد)
سن (سال)	۱۸-۲۳	۲۶ (۶۳/۴)	۲۴ (۶۰)
	۲۴-۲۹	۱۲ (۲۹/۳)	۱۳ (۳۲/۵)
	۳۰-۳۵	۳ (۷/۳)	۳ (۷/۵)
تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۱۲ (۲۹/۲)	۱۲ (۳۰)
	دبیرستان و دیپلم	۲۰ (۴۸/۸)	۱۹ (۴۷/۵)
	فوق دیپلم و لیسانس	۹ (۲۲)	۹ (۲۲/۵)
وضعیت اقتصادی	پایین	۷ (۱۷/۱)	۵ (۱۲/۵)
	متوسط	۱۹ (۴۶/۳)	۱۹ (۴۷/۵)
	بالا	۱۵ (۳۶/۶)	۱۶ (۴۰)
وضعیت شغلی	شاغل	۱۰ (۲۴/۴)	۱۰ (۲۵)
	خانه‌دار	۳۱ (۷۵/۶)	۳۰ (۷۵)

اثر حمایت مداوم بر شدت درد لیبر: از نظر میزان شدت درد لیبر، در گروه آزمون، درد متوسط (۴۴٪) و در گروه کنترل، درد شدید (۵۰٪) بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده و شدت درد لیبر در گروه آزمون کمتر از گروه کنترل بود (p=۰/۰۰۲) که از نظر آماری این اختلاف معنی‌دار می‌باشد (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی زنان اول زا برحسب شدت درد لیبر و مرحله دوم زایمان در دو گروه آزمون و کنترل

گروه		آزمون (حمایت شده) فراوانی (درصد)	کنترل (حمایت نشده) فراوانی (درصد)
شدت درد لیبر	خیلی شدید	۵ (۱۲/۲)	۱۱ (۲۷/۵)
	شدید	۱۲ (۲۹/۲)	۲۰ (۵۰)
	متوسط	۱۸ (۴۴)	۷ (۱۷/۵)
	کم	۶ (۱۴/۶)	۲ (۵)
شدت درد مرحله دوم زایمان	خیلی شدید	۲۶ (۶۲/۵)	۳۳ (۸۱/۶)
	شدید	۱۰ (۲۵)	۵ (۱۳/۱)
	متوسط	۵ (۱۲/۵)	۲ (۵/۳)

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

اثر حمایت مداوم ماما بر شدت درد مرحله دوم زایمان: از نظر میزان شدت درد در مرحله دوم زایمان در بین دو گروه، بیشترین فراوانی مربوط به درد خیلی شدید در گروه کنترل بود و شدت درد در مرحله دوم زایمان در گروه آزمون کمتر از گروه کنترل مشاهده شد (p=۰/۰۰۹) که از نظر آماری این اختلاف نیز معنی‌دار می‌باشد.

اثر حمایت مداوم ماما بر طول مدت لیبر و مرحله دوم زایمان: طول مدت لیبر در گروه آزمون (۱/۸±۰/۶۰۱ ساعت) به طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل (۲/۲۵±۰/۷۷۶ ساعت) (p=۰/۰۰۵) بود. اختلاف طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه آزمون (۰/۸۴±۰/۴۶ ساعت) و گروه کنترل (۱/۱۳±۰/۳۹۵ ساعت) نیز معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۱).

بحث

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حمایت مداوم ماما، شدت درد لیبر و مرحله دوم زایمان را در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد. که این یافته با یافته‌های اکثر مطالعات در این زمینه همخوانی دارد.

تحقیق انجام شده توسط Mc Grath نشان می‌دهد که حمایت مداوم در طی لیبر به میزان قابل توجهی نیاز به بی‌دردی را کاهش می‌دهد [۲۹].

پژوهش انجام شده توسط Pascali-Bonaro نشان داد که حمایت از مادر در طی لیبر و زایمان منجر به تسهیل زایمان، کاهش شدت درد، کوتاه‌تر شدن طول مدت لیبر و افزایش تجارب مثبت مادر از زایمان می‌گردد، همچنین در این مطالعه، میزان نیاز به تسکین دارویی در گروه حمایت شده ۲۸٪ کمتر از گروه حمایت نشده بود [۲۵].

در مطالعه حاضر، طول مدت لیبر و زایمان در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش یافته بود که مطالعات انجام شده نیز این یافته را تأیید می‌نمایند [۳۱-۳۰، ۱۹]. به طور کلی حمایت مؤثر و مداوم در طی لیبر و زایمان، چرخه ترس- استرس- درد را خاموش می‌نماید [۳۲].

ارائه حمایت مداوم به مادران در طی لیبر و زایمان، ضمن کاهش دادن ترس و نگرانی و ایجاد آرامش باعث کاهش ترشح کاتکول‌آمین‌ها می‌گردد. بنابراین، از شدت درد کاسته و با بهبود قدرت انقباضی رحم، طول مدت لیبر و زایمان را کاهش داده و منجر به پیشبرد و تسریع زایمان فیزیولوژیک می‌گردد [۲۷].

نتایج حاصل از دو مطالعه انجام شده در سال‌های ۱۹۹۷ و ۲۰۰۲، با نتایج مطالعه حاضر مغایر است. یافته‌های دو مطالعه فوق نشان می‌دهند که حمایت در طی لیبر، تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد [۲۳-۲۲].

علت این امر، شرکت داشتن مادران با حاملگی پرخطر (حاملگی دوقلو، زایمان زودرس و پاریتی بالا) در مطالعه بوده است. با توجه به این که اداره زایمان افراد پرخطر، متفاوت با افراد کم‌خطر می‌باشد و همچنین در این مطالعات به میزان زیادی از مداخلات طبی و جراحی استفاده شده و دو گروه آزمون و کنترل از نظر داشتن همراه (همسر یا دوست) همسان‌سازی نشده بودند، تمامی این موارد تأثیرات حمایت را مخدوش نموده است.

تأثیرات حمایت عاطفی: تحقیقات نشان می‌دهند که در هنگام ترس و استرس در زن، تحت تأثیر فعالیت شیمیایی مغز و ترشح اکسی‌توسین، تمایل به ارتباط با سایر زنان افزایش یافته و به وسیله ایجاد ارتباط و پیوستگی با سایر زنان احساس آرامش و آسودگی بیشتری

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

می‌کند [۲۵]. بنابراین، ارائه حمایت عاطفی در طی لیبر شامل لمس کردن و ماساژ مادر همراه با محبت نمودن، اطمینان و قوت قلب دادن باعث ایجاد ارتباط مثبت، افزایش راحتی و آسودگی مادر، تسهیل زایمان و کاهش درد و رنج وی می‌گردد [۸].

تأثیرات حمایت اطلاعاتی: در طی لیبر و زایمان، ارائه اطلاعات صحیح و مناسب منجر به آرامش و آسایش بیشتر مادران شده و باعث می‌شود که آنان منشأ درد را به خوبی شناخته و به زایمان به عنوان یک تجربه زندگی غیرتهدیدکننده بنگرند و برای پیشبرد طبیعی زایمان همکاری و تلاش نمایند [۳۳].

تأثیرات حمایت جسمانی: کمک به آسودگی جسمانی مادر نظیر کمک به تغییر وضعیت و حرکت باعث کاهش درد می‌شود، بدین ترتیب که فعالیت و تغییر وضعیت به پیشبرد فیزیولوژیک لیبر و سازگاری و تطابق جنین با لگن مادر کمک می‌کند و قرار گرفتن در وضعیت ایستاده، گردش خون رحمی جفتی را بهتر کرده و با بهبود انقباضات رحمی باعث پیشرفت طبیعی لیبر، تسهیل زایمان، کاهش شدت درد و کاهش نیاز به تسکین دارویی شده و رضایت و استقلال مادر را افزایش می‌دهد [۳۲، ۸].

کاربرد تکنیک‌های تنفسی در طی لیبر و زایمان باعث افزایش حس کنترل شخصی زن و سازگاری او در لیبر گشته و توانایی او را در غلبه بر درد افزایش می‌دهد [۸].

رعایت اصول زایمان طبیعی منجر به همکاری و تلاش بیشتر مادر و تسهیل زایمان می‌گردد [۲۵].

ویژگی خاص این تحقیق حمایت مداوم از ابتدای لیبر تا یک ساعت بعد از زایمان بر اساس دستورالعمل حمایت در لیبر و زایمان در سه حیطه جسمی، روانی، آموزشی و رعایت اصول زایمان طبیعی و فیزیولوژیک (Bologna score) بود. به نظر می‌رسد رعایت شرایط فوق، جزء نقاط قوت این مطالعه می‌باشد و باعث اثربخشی بیشتر حمایت‌ها شده است.

در این مطالعه، حمایت در طی یک دوره کوتاه از ابتدای لیبر تا یک ساعت بعد از زایمان ارائه شد، توصیه می‌شود در مطالعات آینده، اثرات حمایت گسترده ماما از ابتدای حاملگی تا بعد از زایمان مورد بررسی قرار گیرد.

در حال حاضر به علت کمتر بودن نسبت مراقبان مامایی به مراجعان، جهت زایمان در اکثر مراکز درمانی در کشورمان امکان ارائه کامل حمایت مامایی وجود ندارد، همچنین مداخلات طبی و جراحی رو به افزایش است که این روند بسیار آسیب‌زا می‌باشد. لذا توصیه می‌شود با افزایش نیروهای مامایی در محیط زایمان و ارتقاء آگاهی و نگرش مثبت ماماها و متخصصان زنان نسبت به اصول زایمان طبیعی و حمایت مداوم مامایی در طی لیبر و زایمان، با ارائه حمایت مداوم، توأم با رعایت اصول زایمان طبیعی، از درد و رنج فراوان مادران کاسته و در جهت ارتقاء سلامت آنها تلاش نمود.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که حمایت مداوم ماما ضمن رعایت اصول زایمان طبیعی، باعث کاهش شدت درد لیبر و درد مرحله دوم زایمان در مادران می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی به شماره ۸۶/۲۹۰۹ می‌باشد و بدین‌وسیله از استاد محترم، سرکار خانم دکتر عابدسعیدی که با راهنمایی‌های ارزنده‌شان، اینجانب را در انجام این پژوهش یاری نمودند و همچنین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان که با تأمین هزینه‌های مالی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

این طرح، امکان اجرای این پژوهش را فراهم نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

[1] Tailor C, Louis C. Principel nursing of tailor. Translated by fatemeh larijany. Tehran. Boshra. 2003. [Farsi]

[2] Lang AJ. Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *Eur J Pain* 2006; 10(3): 263-70.

[3] Joanne E lally, Madeleine J Murtagh, Sheila Macphail, Richard Thomason. More in hope than expectation: a systematic review of womans expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 2000; 6(7).

[4] Bonica JJ. The management of pain. 2 nd ed. Lea, febiger, Philadelphia. 1990.

[5] Dannenbring D, Stevens MJ, House AE. Predictors of childbirh pain and maternal satisfaction. *J Behav Med* 1997; 20(2): 127-42.

[6] Lund GI, DahIberg K. Women's Experience of pain during child birth. *Midwifery* 1998; 14: 105-10.

[7] Saisto T, kaaja R, ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and afrer pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain* 2001; 93(2): 123-7.

[8] Simkin P, Boldin A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwiftry Womens Health* 2004; 49(6): 489-504.

[9] Niven CA, Gijsbers K. Coping with labor pain. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11(2): 116-25.

[10] Simkin PT, Penny, O'Hara, MaryAnn. Nonpharmacologic relief of pain during Labor: Systematic reviews of five methods. American. *J Obstet Gyneocol* 2002; 186(5): 131-59.

[11] Leah L. Albers. The Evidence for phyiologic Management of he Active phase of the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health may-june* 2007; 52(3): 207-15.

[12] Caton D, Corry M, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L, et al. The nature and management of labor pain. *Am J Obstet Gyneocol* 2002; 186(5suppl Nature): 1-15.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

[13] Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (cochrane Review). In: The Cochrane Library 2002; Issue (4).Oxford: update soft ware.

[14] Zhang J , Bernasko J, Leybovich E, Fahs M, Hatch M. Continuous Labor Support from Labor attendant for Primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 88: s9-s44.

[15] Simkin P, Frederick E. Supportive Strategies for childbirth :Labor support.In: F.H. Nichols and S.S. Humenick, Editors, Childbirth education, practice, research and theory (2nd ed) ,WB saunders, philadeLphia(PA) 2000.

[16] Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE, Kramer T. Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98(8): 756-64.

[17] Kennell J, Klaus M, Mc Grath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous emotional support during labor in a US hospital. A randomized controlled trial. *JAMA* 1991; 265(17): 2197-201.

[18] Hunter LP. Being with woman: A guiding concept for the care of laboring women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002; 31(6): 650-7.

[19] Romano AM, Lothian JA. promoting, prtecting and supporting normal birth: A Look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nursing* 2008; 37(1): 94-105.

[20] Hodnett E, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syste Rev* 2007; 18(3): CD003766.

[21] Hunter, Lauren p. A Descriptive study of Being with woman During labor and Birth. *J Midwifery Women Health* 2009; 50: 111-8.

[22] Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(11): 1373-81.

[23] Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C: A randomized trial of one-to-one nares support of woman in labor. *Birth* 1997; 24(2): 71-7.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

[24] Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. In: D.C. Turk and R. Melzack, Editors, Handbook of pain assessment (2nd ed.), Guilford press, New York. 2001; 35-52.

[25] Pascali-Bonaro D, Kroeger M. Continuous female companionship during childbirth: a crucial resource in times of stress or calm. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(4Suppl1): 19-27.

[26] Stockman Altmair. Relation of self-efficacy to reported pain and pain medication usage during labor. *J Clin Psychol Med* 2001; 8: 463-83.

[27] Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of care givers. *J Midwifery Womens Health* 2004; 49(1): 24-31.

[28] Simkin PT, Penny O'Hara, Mary A. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gyneocol* 2002; 186(5): s131-s159.

[29] Mc Grath SK, Kennell JH. A randomized controlled trial of continuous labor support for Middle- class couples: effect on cesarean delivery rates. *Birth* 2008; 35(2): 92-7.

[30] Scott KD, Klaus PH, Klaus MH. The obstetrical And postpartum benefits of continuous Support during childbirth. *J Womens Health Gend Based Med Dec* 1990; 8: 1257-64.

[31] Langer A, Camper L, Garcia C Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and child birth on breastfeeding,medicaL interventions, and mothers' wellbeing in a Maxican public hospital: a randomised clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105(10): 1056-63.

[32] Albers LL. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health* 2007; 52(3): 207-15.

[33] Lowe NK. The nature of Labor Pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(suppl Nature5): l6-24.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]

Evaluation of the Effect of Continuous Midwifery Support on Pain Intensity in Labor and Delivery

Z. Ahmadi[1]

Received: 01/03/09 **Sent for Revision: 06/05/09** **Received Revised Manuscript: 28/07/10** **Accepted: 17/08/10**

Background and Objectives: Because of high prevalence of severe labor pain and adverse complications for the mother and baby, seeking methods for pain relief is necessary. Continuous midwifery support is one of the nonpharmacologic methods of pain relief. The aim of this study was to determine the effect of continuous midwifery support on the pain intensity of labour and delivery.

Materials and Methods: In this clinical trail, 100 primiparous women in delivery department of Emam Hossein hospital in Zanjan, Iran, in 2007, were randomly selected and divided into two groups. The exprerimental group received continuous midwifery support based on the effective management of normal childbirth, consistsing of: emotional, information, and physical support. The control group received only usual care. The scale of collection of data was questionnaire and check list. Data were analyzed using descriptive and analytic methods (t-test, chi-squre and Mann-Whitney tests).

Results: Pain intensity of Labour (p= 0.002) and the second stage of delivery (p= 0.009) among the supported or (experimental) group was less than that of the control group. Duration of labour (p= 0.005) and second stage of delivery (p= 0.001) in the supported group was also less than that of the control group. There was no relations between pain intensity with age, educatinal level, job and economic status.

Conclusion: Continous midwifery support along with management of normal childbirth principles reduce intensity of pain labour and delivery.

Key words: Labor pain, Continuous Labor support, Midwifery care, Pain relief

Funding: This research was funded by Islamic Azad University, Zanjan Branch.

Confilict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics committee of Islamic Azad University, Zanjan Branch, approved the study.

1- Academic Member, Dept. of Midwifery, Faculty of Medical Sciences, Islamic Azad University, Zanjan Branch, Iran
Corresponding autor, Tel: (0423) 2222095, Fax: (0423) 2221927, E-mail:ahmadi.zahra4@gmail .com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-13]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1389.9.4.4.3]