

## تأثیر آرام‌سازی به روش مراقبه بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در زنان نخست‌زا

شهناز گلیان تهرانی\* فاطمه واثق رحیم‌پرور\* عباس مهران\*\* عصمت نیکخواه\*\*\*

### چکیده

**زمینه و هدف:** درد زایمان یکی از شدیدترین انواع درد است و کنترل آن یکی از معضلات بهداشتی، درمانی بیشتر کشورهاست. هدف از این بررسی تعیین تاثیر آرام‌سازی به روش مراقبه بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در زنان نخست‌زا می‌باشد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. تعداد ۹۰ نفر (۴۵ نفر مورد و ۴۵ نفر شاهد) از مادران نخست‌زای مراجعه‌کننده به درمانگاه مادران باردار بیمارستان فاطمیه همدان، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با همگن بودن سن و میزان تحصیلات به طور تصادفی در دو گروه تجربه و شاهد قرار گرفتند. آرام‌سازی به روش مراقبه از سه ماهه سوم بارداری (۳۰-۲۸ هفتگی) به این مادران آموزش داده شد. دو گروه در ابتدای فاز فعال در دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی‌متر بستری شدند. پس از آموزش مقیاس بصری اندازه‌گیری شدت درد به هر دو گروه، میزان درد ساعت به ساعت تا انتهای فاز فعال در آنان مورد سنجش قرار گرفت. از ابزار استاندارد مک‌گیل برای سنجش میزان درد و پرسشنامه جمع‌آوری داده‌های بیوفیزیکی زایمان و همچنین از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** آزمون من‌ویننی نشان داد که میزان درد در ابتدای ساعت اول، دوم و سوم در دو گروه با  $p < 0.001$  اختلاف معناداری دارد. طول فاز فعال زایمان با آزمون  $t$  و با  $p < 0.001$  بین دو گروه تجربه و شاهد اختلاف معناداری داشت. بین درجه حرارت بدن مادران و فشار خون سیستولیک در دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت. اما فشار خون دیاستولیک مادران با آزمون  $t$  و با  $p = 0.029$  اختلاف معناداری وجود داشت که این اختلاف در دامنه فشار خون دیاستولیک طبیعی بود. بین تعداد نبض مادران در دو گروه با آزمون من‌ویننی و با  $p < 0.01$  اختلاف معناداری وجود داشت. در مورد تنفس نیز بین تعداد تنفس مادران با آزمون من‌ویننی و با  $p < 0.006$  اختلاف معناداری وجود داشت. به طوری که تنفس مادران در گروه تجربه آرام‌تر بود.

**نتیجه‌گیری:** در این بررسی آرام‌سازی به روش مراقبه باعث شد تا طول فاز فعال زایمان و شدت درد در گروه تجربه کمتر شده و هیچ نوع عوارض جانبی از این روش بر مادران و نوزادان دیده نشود.

نویسنده مسئول: شهناز گلیان تهرانی؛ دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

e-mail: Golian2005@yahoo.com

**واژه‌های کلیدی:** درد زایمان، فاز فعال زایمان، آرام‌سازی، مراقبه

- دریافت مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۵ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۸۵

### مقدمه

درد یک تجربه حسی ناخوشایند است که شایع‌ترین علت برای جستجوی مراقبت بهداشتی را تشکیل می‌دهد (۱). در این میان درد زایمان به

عنوان یکی از شدیدترین نوع درد مطرح است که علی‌رغم استفاده از داروهای مختلف تسکین‌دهنده، کنترل آن هنوز یکی از معضلات بهداشتی درمانی بیشتر کشورها است. زنانی که زایمان طبیعی کرده‌اند این تجربه را با عباراتی

\* مربی گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\* مربی گروه آموزشی پرستاری بهداشت جامعه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران  
\*\*\* کارشناس ارشد مامایی

مانند درد بسیار شدید، درد کشنده، دردی مساوی با مرگ توصیف می‌کنند (۲).

درد بیش از حد در مادر منجر به تشدید ترس و اضطراب در هنگام زایمان و تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک می‌شود که نتیجه آن افزایش کاتکول آمین‌هایی مانند اپی‌نفرین و نور اپی‌نفرین خواهد بود. همزمان با افزایش کاتکول آمین‌ها، گیرنده‌های آلفا تحریک می‌شود که در نهایت انقباض عروقی و افزایش تون عضلانی رحم را به دنبال دارد و باعث کاهش جریان خون رحم و افزایش فشار خون در مادر می‌گردد. نتایج دیگری که از افزایش کاتکول آمین‌ها به دنبال درد شدید زایمان حاصل می‌شود، کاهش عبور خون از مادر به جنین، محدودیت منابع اکسیژن برای مصارف جنینی، کاهش انقباضات مؤثر رحمی و کند شدن سیر زایمان، افزایش سوخت و ساز متابولیک در مادر و مصرف اکسیژن را می‌توان نام برد. به دنبال درد شدید و اضطراب مادر، سرعت تنفس در او بالا رفته و دفع دی‌اکسیدکربن افزایش می‌یابد. این تغییرات تبادلات جنینی را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد که نتیجه آن کاهش اکسیژن مورد نیاز جنین و کاهش مبادله دی‌اکسید کربن بین مادر و جنین خواهد بود. بنابراین تنفس بی‌هوایی و اسیدوز متابولیک در جنین ایجاد می‌شود که اصلاح آن بلافاصله بعد از تولد امکان‌پذیر نبوده و دوره‌های کوتاهی از هیپوکسی را برای جنین در پی خواهد داشت. علاوه بر عوارض یاد شده، درد زایمان منجر به بروز اختلالاتی در مراقبت از کودک توسط مادر شده و خاطره بد یک زایمان دردناک پاسخ جنسی او را نیز تحت تأثیر خود قرار

خواهد داد. ترس و اضطراب، کشش و تنش عضلانی را بالا برده و اکسیژن خون را به سمت مغز و عضلات مادر هدایت می‌کند. بنابراین تنش، خستگی و حساسیت نسبت به درد در مادر افزایش یافته و از توانایی سازگاری او با درد می‌کاهد (۳).

ترس از درد زایمان منجر به اسیدوز متابولیک پیشرونده در مادر و افزایش الگوهای غیرعادی ضربان قلب جنین و پایین بودن نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد خواهد شد. پیامد دیگری که ترس از درد زایمان ایجاد می‌نماید افزایش سزارین‌های انتخابی است (۴).

امروزه ترس غیرعادی از درد زایمان به صورت اندیکاسیون جدیدی برای سزارین درآمده است (۵).

کالج پرستاری مامایی آمریکا در سال ۲۰۰۳ اعلام نمود: از هر چهار زایمان یکی به طریقه سزارین انجام می‌شود که مهم‌ترین علت درخواست مادر برای این نوع زایمان، ترس از درد زایمان طبیعی است. سازمان بهداشت جهانی از این موضوع به عنوان زنگ خطری برای جامعه مامایی نام برده است (۶).

نتایج تحقیقات انجام شده توسط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۲ نشان داد که ۶۶/۵٪ زایمان‌ها در شهر تهران به روش سزارین انجام شده است. نکته حایز اهمیت در این مطالعه آن است که ۷۱٪ از مادران به دلیل ترس از درد زایمان متقاضی سزارین انتخابی شده‌اند (۷).

آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت و درمان حاکی از افزایش آمار سزارین در بیشتر استان‌ها است. این رقم در مراکز دولتی شهر

تهران ۳۳/۹ و در مراکز دولتی شهر همدان ۳۸/۱٪ می‌باشد. آنچه مسلم است این که افزایش میزان سزارین‌های انتخابی به دلیل ارتقا و بهبود وضعیت جراحی و تکنیک‌های بیهوشی نیست، بلکه علت واقعی آن را ترس از درد زایمان طبیعی و نیز تجربه بد زایمان طبیعی قبلی تشکیل می‌دهد (۸).

خطراتی که در انجام جراحی بزرگ سزارین متوجه مادران است باید به عنوان نکته هشداردهنده‌ای جهت متوقف ساختن سزارین‌های انتخابی مد نظر قرار گیرد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که احتمال مرگ و میر مادران سزارینی ۲ تا ۸ برابر و میزان خونریزی در آن‌ها ۲ برابر بیشتر از زایمان طبیعی است. از طرفی احتمال بروز عفونت پس از عمل ۵۰٪ و احتمال عوارض ترومبوآمبولیک در وریدهای عمقی آنان تا ۲۴٪ بیشتر از مادران با زایمان طبیعی است (۹). تحقیقاتی که در سال ۲۰۰۴ انجام شد، نشان داد که خطر به دنیا آمدن فرزند مرده در حاملگی بعدی زنان سزارینی به میزان ۲ برابر وجود دارد که علت خاصی را برای آن نمی‌توان یافت (۱۰). سه اصل اساسی در تسکین درد مامایی وجود دارد که این سه اصل شامل سادگی، بی‌خطری و حفظ هموستاز جنینی می‌باشد (۱۱).

روش تسکین درد زایمان عمدتاً به دو گروه دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شود. شایان ذکر است که تقریباً هر دارویی که برای بی‌دردی مادر در زایمان مورد استفاده قرار گیرد از جفت عبور نموده و اُفت تنفسی و هیپوکسی در جنین را به دنبال خواهد داشت (۱۲).

وجود عوارض فوق استفاده از داروها را برای تسکین درد زایمان محدود ساخته است در حالی که استفاده از روش‌های غیردارویی مانند ماساژ، استفاده از گرما و سرمای موضعی و همین‌طور روش‌های روان‌شناختی تسکین درد مانند آرام‌سازی، هیپنوتیزم و تصورات هدایت شده، در جهان به شدت رو به افزایش است (۱۳).

از مهم‌ترین مزایای استفاده از روش‌های غیردارویی می‌توان به عدم تأثیر بر سیر زایمان و همین‌طور فقدان عوارض جانبی بر مادر و جنین اشاره کرد. در میان روش‌های غیردارویی، آرام‌سازی کنترل درد بیشتری را ایجاد می‌نماید. از مزایای دیگر آرام‌سازی آن است که در هر زمان و هر مکانی به سادگی قابل اجرا است. روش‌های آرام‌سازی به ایجاد تون خوب عضلات و کنترل انقباضات در هنگام زایمان کمک خواهند نمود (۱۴). کمک به مادر در هنگام درد باعث شکستن سندرم ترس، درد و تنش شده و سیکل معیوب زمانی رخ می‌دهد که ترس، ایجاد تنش ماهیچه‌ای و درد نموده و تنش ایجاد شده ترس را تشدید نماید و این سیکل معیوب به همین ترتیب ادامه پیدا می‌کند (۱۵). جهت دستیابی به هدف شکست سندرم ترس، تنش و درد می‌توان از روش‌های آرام‌سازی که یک پاسخ عمومی، آرام‌بخش و تسکین‌دهنده است، استفاده نمود (۱۶).

در میان روش‌های آرام‌سازی، مراقبه یا TM=Transcendental Meditation یکی از مؤثرترین روش‌ها محسوب گردیده و احساس آرامشی که با آن ایجاد می‌گردد نه تنها دردها را قابل کنترل می‌کند، بلکه توانایی

### روش بررسی

بررسی حاضر یک مطالعه مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی است که در آن تأثیر آرام‌سازی به روش مراقبه بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفته است. نمونه‌گیری به صورت تصادفی و از نوع نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۸۴ (طی ۶ ماه از اردیبهشت تا آبان) تشکیل می‌دهد.

نحوه نمونه‌گیری به این صورت بود که مادران گروه تجربه که مایل به شرکت در این بررسی بودند در سه ماهه سوم بارداری (هفته ۳۰-۲۸) تحت آموزش مراقبه قرار گرفتند. سپس در ابتدای فاز فعال زایمان این مادران در صورتی که از مراقبه دو بار در روز و حداقل دو بار در هفته استفاده کرده بودند در گروه تجربه قرار گرفتند و مادران گروه شاهد نیز از مادرانی که در ابتدای فاز فعال زایمان بستری شده بودند به طور کاملاً تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل ابزار استاندارد مقیاس دیداری مدرج برای سنجش میزان درد و برگه جمع‌آوری داده‌های بیوفیزیکیال زایمان بود.

با فرض افزایش درد متوسط به ۷۰٪ بر اساس مقیاس مک‌گیل پس از مداخله تعداد نمونه ۴۵ نفر در گروه تجربه و ۴۵ نفر در گروه شاهد تعیین گردید. در ضمن با انتخاب  $\alpha=0/05$  و  $\beta=0/1$  و سطح اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪ در نظر گرفته شد.

مقابله با ناراحتی‌های جسمی و روانی را نیز بالا می‌برد. مراقبه در لغت به معنای آگاهی ناب و فارغ از دغدغه‌های فکری است. در این روش روزی دو بار و هر بار به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه به خالی کردن فکر از استرس‌های زندگی روزمره و شل کردن عضلات همراه با تنفس عمیق پرداخته می‌شود. روش یادگیری مراقبه بسیار آسان بوده و از همه مهم‌تر آن که هیچ عارضه جانبی از این روش گزارش نگردیده است (۱۷).

مطالعه ۱۰۸ بیمار مبتلا به درد نشان می‌دهد که به‌کارگیری مراقبه درد را تا ۳۶٪ کاهش داده و باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های پزشکی بیماران به میزان ۲۴۰۰۰ دلار در سال شده است. به‌کارگیری مراقبه می‌تواند به کاهش استرس و عوارض ناشی از آن تا ۸۰٪ کمک نماید (۱۸).

با توجه به سیاست کشوری مبنی بر کاهش آمار سزارین انتخابی و دستورالعمل شماره ۱۶ وزارت بهداشت و درمان (۱۹) مبنی بر استفاده از روش‌های غیردارویی تسکین درد زایمان توسط متخصصین زنان و ماماها، ایجاد زمینه مناسب برای تعدیل درد زایمان، سبب خواهد شد تا مادران و خانواده‌های آنان به جای تحمل هزینه‌های گزاف سزارین به زایمان طبیعی تمایل یافته و ماماها نیز به نقش اصلی خود که اداره و انجام زایمان طبیعی است بپردازند. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آرام‌سازی به روش مراقبه بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در زنان نخست‌زای انجام شد.

فشارسنج مورد استفاده مدل ALK2 ساخت ژاپن بود. درجه حرارت مادران نیز توسط ترمومتر جیوه‌ای اندازه‌گیری شد. ترازوی مورد استفاده نوع SECA و سونی کیت مورد استفاده TSC 500 ساخت آلمان بودند و برای اطمینان از دقت دستگاه فشارخون و دماسنج در ۵ مادر چک شد. که در همه موارد عدد یکسانی به دست آمده بود.

اولین برگه جمع‌آوری اطلاعات که در هنگام آموزش روش مراقبه، تکمیل شده بود حاوی مشخصات فردی مادر، تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی، تاریخ تقریبی زایمان، تلفن، آدرس دقیق محل سکونت همراه با رضایت‌نامه کتبی مادر برای شرکت در این مطالعه بود.

دلیل کسب اطلاعات فوق آن بود که نام مادر باردار و نام پدر او، مانع از ایجاد مشابهت اسمی در هنگام پذیرش شده و با استفاده از اعلام تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی و تاریخ تقریبی زایمان به همکاران بخش زایمان امکان ریزش نمونه کم شده و امکان پیگیری دقیق‌تری وجود داشته باشد.

برگه دوم همان فرم جمع‌آوری داده‌های بیوفیزیکیال درحین زایمان می‌باشد که از ابتدای فاز فعال توسط همکاران تحقیق تکمیل شد. علت ثبت دیلاتاسیون و افاسمان، نزول، پرزانتاسیون در ابتدای فاز فعال همسان‌سازی مادران در هنگام پذیرش بود تا این اطمینان حاصل شود که تمام نمونه‌ها در شرایط یکسانی بستری شده‌اند.

علت سنجش وزن نوزادان پس از تولد حصول اطمینان در مورد عدم ماکروزومی و

تأخیر رشد در نوزادان و تأثیر آن بر سیر زایمان بود. علت تعیین نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان برای مقایسه در دو گروه تجربه و شاهد و کشف تأثیر احتمالی روش مراقبه بر این مقیاس در این تحقیق بود.

ابزار استاندارد مقیاس دیداری سنجش درد (Mc Gill) نیز برای تعیین شدت درد، به این ترتیب مورد استفاده قرار گرفت: (۱-۰ = بدون درد)، (۲-۴ = درد تخفیف)، (۵-۷ = درد متوسط)، (۸-۱۰ = درد شدید).

روش آموزش به این صورت بود که ابتدا یکی از اتاق‌های معاینه درمانگاه که دارای محیط آرام و بی‌سر و صدایی بود انتخاب شد سپس از مادران خواسته شد تا مراحل زیر را به ترتیب در حضور محقق انجام دهند:

- مادر در وضعیت راحت و تکیه داده به صندلی قرار گرفته و کف پاها بر روی زمین قرار بگیرد.

- انگشت میانی و شست مادر روی هم قرار گرفته و روی زانو قرار داده شود.

- از مادر خواسته شد تا کلمه‌ای را برای آرامش ذهن خود به دلخواه انتخاب کند. بیشتر از ۹۸٪ مادران از ذکر مبارک یا ابوالفضل (ع) برای این منظور استفاده نمودند.

- آموزش شلی و سفتی عضله به طور دقیق به مادران داده شد.

- آموزش تنفس عمیق با ۳ شماره و بازدم عمیق با ۴ شماره به مادر داده شد.

- از مادران خواسته شد تا ابتدا ۱۰ دم و بازدم عمیق انجام دهند تا از نحوه درست تنفس آنان توسط محققین اطمینان حاصل شود.

• از مادران خواسته شد تا در هنگام انجام مراقبه چشمان خود را بسته و ذهن خود را از هر تفکری به غیر از ذکر انتخاب شده خالی کنند.

• تمرکز مادران به مدت ۱۵ دقیقه تحت نظارت قرار گرفت.

پس از اتمام تمرکز با کسب اطمینان از یادگیری روش توسط مادر، تلفن در دسترس در اختیار مادران قرار داده شد تا در صورت وجود ابهامی در مورد روش مراقبه و یا هر مسأله و سؤالی در مورد بارداری، در هر ساعت شبانه‌روز تماس بگیرند (این کار منجر به ایجاد رابطه خوبی بین واحدهای مورد مطالعه با محققین شد). همچنین در مورد درد زایمان و مشخصات آن به مادران توضیحاتی داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا با آغاز شروع این دردها تماس گرفته و به بخش زایمان مراجعه نمایند. در مورد مادران کم سواد، شوهران‌شان نیز همراه با آنان تحت آموزش قرار گرفتند. به همه مادران قبل از ترک درمانگاه برگه آموزش مراقبه تحویل داده شد.

سپس طی مراجعات بعدی مادران به درمانگاه برای کنترل بارداری و از طریق پیگیری تلفنی از انجام روش توسط مادران اطمینان حاصل شد. چنانچه مادر به هر دلیلی کمتر از ۲ بار در هفته از مراقبه استفاده کرده بود از مطالعه کنار گذاشته شد. تأکید بر استفاده مستمر از مراقبه در سه ماهه سوم بارداری بود و در هنگام فاز فعال زایمان مادر از این روش استفاده نمی‌کرد. تعداد انجام مراقبه توسط مادران گروه تجربه در این مطالعه ۷-۵ بار در هفته بود.

پس از انجام اقدامات فوق در هر سه نوبت کاری زایشگاه روش انجام کار، هدف و مراحل آن را برای انجام این بررسی توضیح داده شد.

تمام مادران با دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی‌متر و در ابتدای فاز فعال بستری شدند و از القاکننده زایمان و مسکن در آن‌ها استفاده نشد. علایم حیاتی مادر (فشار خون، درجه حرارت، نبض، تنفس) در هنگام پذیرش و میزان درد، تعداد ضربان قلب جنین پس از پایان هر انقباض توسط دستگاه الکترونیکی ثبت ضربان و در ابتدای هر ساعت از فاز فعال در یک دقیقه اندازه‌گیری می‌شد. آموزش ابزار اندازه‌گیری درد در ابتدای فاز فعال زایمان به هر دو گروه داده شد.

میزان درد مادر توسط بیان او از شدت درد در ابتدای هر ساعت از فاز فعال سنجیده شد. نمره آپگار دقیقه اول و پنجم در اتاق زایمان و وزن نوزاد در بخش بعد از زایمان توسط همکاران طرح تعیین گردید.

لازم به ذکر است که در صورت نیاز به استفاده از مسکن و یا القای زایمان در فاز فعال، مادر از ادامه مطالعه کنار گذاشته می‌شد. به دلیل احتمال ریزش نمونه‌ها به دلایل مختلف به جای ۴۵ مادر، ۱۰۵ مادر تحت آموزش مراقبه قرار گرفتند.

پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده گردید. از آمار توصیفی به صورت جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین، انحراف معیار و میانه استفاده شده است.

در بخش آمار استنباطی آزمون‌های مورد استفاده را، آزمون تی، تست دقیق فیشر و آزمون من‌ویتنی‌یو تشکیل می‌دهد. کلیه محاسبات توسط نرم‌افزار SPSS انجام شد.

## یافته‌ها

نتایج یافته‌ها نشان داد که بیشترین درصد واحدهای مورد بررسی (در گروه تجربه ۵۷/۸٪ و گروه شاهد ۷۱/۱٪)، در گروه سنی بالای ۲۰ سال قرار داشتند (دامنه سنی در هر دو گروه ۱۸ تا ۳۰ سال بود).

آزمون تی درباره مقایسه میانگین سنی بین دو گروه تجربه و شاهد انجام شد. نتیجه آزمون نشان داد که میانگین سنی در دو گروه همگن بوده و اختلاف معناداری بین دو گروه وجود ندارد.

مادران دو گروه خانه‌دار بوده و میزان تحصیلات در مادران گروه تجربه در ۴۸/۹٪ و در مادران گروه شاهد در ۶۲/۲٪ موارد تحصیلات ابتدایی بوده است. نتیجه آزمون دقیق فیشر نشان داد دو گروه از نظر میزان تحصیلات همگن بوده و اختلاف معناداری بین آن‌ها وجود ندارد.

همچنین یافته‌ها نشان داد که در ابتدای ساعت اول فاز فعال زایمان در گروه تجربه، در ۶۸/۹٪ موارد درد خفیف بوده، در ابتدای ساعت دوم فاز فعال زایمان در ۹۴/۱۲٪ درد متوسط بوده و در ابتدای ساعت سوم فاز فعال زایمان در ۷۱/۴٪ موارد درد در دامنه درد متوسط قرار داشته است. در ابتدای ساعت اول فاز فعال زایمان، در گروه شاهد در ۷۱/۱٪ موارد درد متوسط بوده، در ابتدای ساعت دوم فاز فعال

زایمان در ۹۱/۱٪ موارد درد شدید بوده، در ابتدای ساعت سوم فاز فعال در ۹۷/۸٪ موارد درد شدید بوده و در ابتدای ساعت چهارم، پنجم و ششم فاز فعال زایمان در ۱۰۰٪ موارد درد در دامنه درد شدید قرار داشت (جدول شماره ۲۱).

به دلیل این که تمام مادران در گروه تجربه تا ساعت سوم زایمان نمودند مقایسه آماری در مورد شدت درد در ساعت‌های چهارم، پنجم و ششم صورت نگرفت.

یافته‌ها نشان داد که طول فاز فعال زایمان در ۶۱/۱٪ موارد در دامنه ۶۰-۱۲۰ دقیقه قرار داشته است.

در ابتدای ساعت اول، دوم و سوم فاز فعال زایمان تعداد ضربان قلب جنین با  $p < 0.001$  در هر سه مورد دارای اختلاف معناداری بوده است. به طوری که تعداد ضربان قلب جنین در گروه تجربه بین ۱۵۰-۱۴۰ عدد و در گروه شاهد بین ۱۴۰-۱۳۰ عدد در دقیقه بود که هر دو مورد در دامنه تعداد ضربان طبیعی قلب جنین (۱۶۰-۱۲۰) قرار داشت. در ضمن در هیچ یک از نمونه‌ها، دفع مکنیوم وجود نداشت. بنابراین دیسترس جنینی در گروه تجربه و شاهد بروز نکرد. نمره آپگار نیز در تمام نوزادان گروه تجربه و در ۸۲/۲٪ از نوزادان گروه شاهد در دقیقه اول برابر ۹ بود. آپگار دقیقه پنجم نیز در تمام نوزادان گروه تجربه و در ۹۵/۶٪ از نوزادان گروه شاهد برابر ۱۰ بود و در دقایق اول و پنجم در هیچ کدام از گروه‌ها آپگار کمتر از ۷ وجود نداشت. در مورد فشار خون سیستولیک اختلاف معناداری بین دو گروه وجود نداشت و در ۶۶/۶٪ از مادران گروه تجربه و ۸۹/۲٪ از مادران گروه شاهد این میزان در

مشخص شد که اختلاف معناداری بین تعداد تنفس در دو گروه وجود دارد، تعداد تنفس در گروه تجربه آرام‌تر بود. در مورد تعداد نبض، ۵۳/۳٪ از مادران در گروه تجربه و ۷۵/۶٪ از مادران در گروه شاهد دارای نبض کمتر از ۸۰ عدد در دقیقه بودند و با  $p < 0.01$  اختلاف معناداری از این نظر بین دو گروه وجود داشت. در مورد درجه حرارت، ۸۶/۷٪ از مادران در گروه تجربه و ۷۷/۸٪ از مادران گروه شاهد دارای درجه حرارت کمتر از ۳۷ درجه سانتی‌گراد بودند و اختلاف معناداری در مورد درجه حرارت بین دو گروه وجود نداشت.

دامنه ۹۰-۱۱۰ میلی‌متر جیوه قرار داشت. فشارخون دیاستولیک با  $p < 0.029$  بین دو گروه تفاوت معناداری داشت به طوری که در ۶۰٪ موارد فشار دیاستولیک در مادران گروه تجربه در دامنه ۶۰-۷۰ میلی‌متر جیوه بود اما در گروه شاهد در ۹۳/۳٪ موارد فشار دیاستولیک در دامنه ۸۰-۹۰ میلی‌متر جیوه قرار داشت که البته این اختلاف در دامنه فشار دیاستولیک طبیعی است. در مورد تعداد تنفس، ۷۱/۱٪ از مادران در گروه تجربه دارای تعداد تنفس بین ۱۸-۲۲ عدد در دقیقه بوده و در گروه شاهد ۵۱/۱٪ موارد تنفس بین ۱۸-۲۲ عدد در دقیقه قرار داشت. با  $p < 0.006$

**جدول ۱:** مقایسه میانه میزان درد در ساعت های اول، دوم و سوم فاز فعال زایمان واحدهای مورد مطالعه در گروه‌های تجربه و شاهد در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۸۴

| نتیجه آزمون<br>U من‌ویتنی | گروه  |       |
|---------------------------|-------|-------|
|                           | شاهد  | تجربه |
|                           | میانه | میانه |
| ۱۰۶/۵<br>$p < 0.001$      | ۷     | ۴     |
| ۷۰/۵<br>$p < 0.001$       | ۸     | ۷     |
| ۷/۵<br>$p < 0.001$        | ۱۰    | ۷     |

**جدول ۲:** مقایسه متوسط طول فاز فعال زایمان واحدهای مورد مطالعه در گروه‌های تجربه و شاهد در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۱۳۸۴

| نتیجه آزمون<br>t                 | شاهد         |         | تجربه        |         |
|----------------------------------|--------------|---------|--------------|---------|
|                                  | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| -۱۲/۶۶۸<br>df= ۸۸<br>$p < 0.001$ | ۴۵/۱۷۴       | ۲۳۰/۴۴  | ۴۱/۱         | ۱۱۵/۱۱  |

## بحث

نتایج نشان داد که در ابتدای ساعت اول، دوم و سوم فاز فعال زایمان میزان درد در گروه تجربه در هر سه مورد کمتر از گروه شاهد بوده و طول فاز فعال زایمان نیز در گروه تجربه به طور معناداری کمتر از گروه شاهد بود. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۳ بر روی عکس‌العمل‌های رفتاری ناشی از درد مادران که تحت حمایت مداوم در طی مرحله زایمانی قرار گرفته بودند انجام گرفت، شدت درد در ساعت دوم و در ساعت سوم اختلاف معناداری نشان می‌داد (۲۰).

طول فاز فعال زایمان در مادران گروه تجربه دارای اختلاف معناداری نسبت به گروه شاهد بود. مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۹ انجام شد نشان داد که آماده‌سازی مادر با روش‌های آرام‌سازی پیش‌رونده تنفسی و عضلانی در هفته ۳۲ بارداری، طول فاز فعال زایمان را در گروه تجربه نسبت به گروه شاهد تحت تأثیر قرار داده است (۲۱).

از طرفی هیچ یک از نوزادان در گروه تجربه دیسترس جنینی پیدا نکردند و نمره آپگار دقیقه اول بالاتری نیز در مقاسه با گروه شاهد داشتند. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۳ انجام شد، مادرانی که تحت حمایت مستقیم و آموزش آرام‌سازی در لیبر قرار گرفته بودند در حدود ۹۰٪ موارد زایمان طبیعی داشتند که آپگار ۹۵٪ نوزادان آن‌ها در دقیقه اول ۹ بوده در حالی که در ۶۱٪ از مادرانی که در گروه شاهد قرار داشتند زایمان طبیعی انجام گرفته و ۱۲٪ علت سزارین اورژانسی را زجر جنینی تشکیل می‌داد و آپگار دقیقه اول در ۷۶٪ موارد

۹ بود. در همین مطالعه آپگار دقیقه پنجم در گروه تجربه در تمام موارد ۱۰ بود اما در گروه شاهد در ۹۵/۶٪ موارد نمره آپگار دقیقه پنجم برابر ۱۰ بود (۲۲).

مقایسه علایم حیاتی مادران در گروه تجربه و شاهد حاکی از آن است که آرام‌سازی به روش مراقبه تأثیر سویی بر مادران باردار نداشته است. از این نکته می‌توان نتیجه گرفت که مراقبه روش بی‌خطری برای مادر و جنین بوده است.

سه اصل اساسی در تسکین درد مامایی وجود دارد که این سه اصل شامل: سادگی، بی‌خطری و حفظ هموستاز جنینی می‌باشد. در بین روش‌های غیردارویی، آرام‌سازی کنترل درد بیشتری ایجاد می‌کند (۲۳). از مهم‌ترین مزایای استفاده از روش‌های غیردارویی می‌توان از عدم تأثیر بر سیر زایمان و عدم عوارض جانبی بر روی جنین را نام برد. مراقبه یکی از مؤثرترین روش‌ها برای کنترل درد می‌باشد.

## نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر، برای کاهش آمار فزاینده سزارین در کشورمان، که طبق آمار وزارت بهداشت عمده‌تأ به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی است، می‌توان از آرام‌سازی به روش مراقبه بهره گرفت. به این ترتیب استفاده از این روش، کمک شایانی به تسکین درد مادران و کاهش هزینه‌های گزاف سزارین می‌نماید.

چون ماماها از جمله افرادی هستند که در تماس مستقیم و تنگاتنگ با مادران باردار قرار

منوپوز، پره‌اکلامپسی، فشار خون مزمن در بارداری، مشکلات دوران بلوغ و... نتایج سودمندی در پی خواهد داشت.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه مسئولین دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت بهداشت و درمان بیمارستان فاطمیه همدان، مسئول درمانگاه مادران باردار و همکاران اتاق زایمان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

دارند، به خوبی می‌توانند از ترس و اضطراب مادر در این دوران بکاهند. یادگیری و اجرای روش‌های غیردارویی درد، قدم مؤثری در کاهش آمار سزارین‌های انتخابی است. با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت به دلیل آن که روش مراقبه روش بی‌خطر و ساده‌ای بوده و اجرای آن مستلزم تغییر در سبک زندگی و یا استفاده از ابزار خاصی نیست و با توجه به گسترش روزافزون استفاده از روش‌های طب جانبی، همچنین وجود تحقیقات متعدد درباره کاربرد مراقبه در زمینه‌های مختلف، مطالعه در زمینه‌های زنان و مامایی مانند دیسمنوره،

### References

- ۱ - برونر و سودارث. پرستاری داخلی و جراحی، پوران سامی، انتشارات بشری، ۱۳۷۹.
- ۲ - جویباری لیلا. بررسی تجربیات زنده درد زایمانی در زنان مراجعه‌کننده به زایشگاه‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجموعه مقالات همایش سراسری درد با تأکید بر جنبه‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شاهد ۱۳۸۱.
- 3 - Murray SH. Foundation of maternal newborn nursing. New York: St. Louis; 2002. P. 365-366.
- 4 - Bogad D. Option for pain control in labor anesthesia. London: Lipincotte Co; 1998.
- 5 - Derenzo G. A new indication for cesarean delivery?. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2003; 13(4): 217.
- 6 - American academy nursing and midwifery, expanded (report), rising cesarean rate is cause for alarm, say nurse-midwives, medical letters on CDC& FDA. Atlanta; 2003.
- ۷ - شریعت محمدعلی، علی محمدیان معصومه، محمودی محمود. بررسی تأثیر درخواست زنان باردار بر میزان سزارین انتخابی. فصلنامه پایش دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۸۲: ص ۱۳۹-۱۳۳.
- 8 - Amuo R, Boloji I. Maternal choice alone should not determine method of delivery british. Medical Journal. 1998; 317: 460.
- ۹ - محبیان مهدیه. مامایی کتاب جامع برای آموزش و رفرنس، تهران: انتشارات صدا. ص ۳۰، ۱۳۷۹.
- 10 - Schaffer S. Relaxation and pain management: the relaxation response can play a role in managing chorionic and acute pain. American Journal of Nursing. 2004; 104(8): 75-82.
- ۱۱ - کانینگهام، اف گاری و همکاران. بارداری و زایمان ویلیامز، ترجمه بهرام قاضی جهانی، جلد اول، تهران: انتشارات گلپان، ۱۳۸۱، ص ۳۶۳.
- ۱۲ - میرحقیقو ناهید، فرامرزی محبوبه. راهنمای مشکلات بالینی در مامایی، گیلان: انتشارات معاونت پژوهشی، ۱۳۷۹: ص ۱۷۸.
- 13 - Potter P, Perry A. Fundamental in nursing theory and practice. St. Louis: Mosby Co; 1995. P. 1175.
- ۱۴ - رنجبر نوازی منیژه، حاملگی و زایمان آسان با یوگا، تهران: نشر ناهید، ۱۳۷۵: ص ۱۱.
- 15 - Varny H. Midwifery. Sudbury & Jones & Bartlett Co; 1997. P. 118.
- ۱۶ - کارل و بوشر. بررسی، شناخت و درمان درد، ترجمه افشین شروفی، تهران: انتشارات چهر، ۱۳۷۶: ص ۲۲۸.
- ۱۷ - نویدی علی اصغر. طب سنتی، دایره‌المعارف طب جامعه‌نگر، تهران: انتشارات تیمورزاده، ۱۳۸۲: ص ۱۸۱.

- ۱۸ - کیارزم ب. ذهن شما می‌تواند بدن شما را شفا دهد، مجله سبز در سبز، ۱۳۸۳؛ شماره ۱۶، ص ۱۹-۱۸.
- ۱۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اطلاعیه شماره ۵، از مراقبت‌های مدیریت شده ۱۳۸۵/۲/س.
- ۲۰ - بحری بینا باج نرجس، لطیف‌نژاد ر، اسماعیلی حبیب الله. بررسی تأثیر حمایت مداوم مادر طی مراحل زایمانی بر تعدیل عکس‌العمل‌های رفتاری و پاسخ‌های فیزیولوژیک نسبت به درد زایمان، فصلنامه اسرار، مجله علوم پزشکی و خدمات درمانی سبزوار، سال ۱۳۸۳؛ (۱۱) ۱: ص ۳۳-۲۴.
- ۲۱ - تارویردی معصومه، صحاف فریده، صادقی خامنه صدیقه. بررسی تأثیر حمایت‌های مستقیم مادران باردار در لیبر و آموزش آرام‌سازی بر میزان درد لیبر و سرانجام حاملگی در مراجعین به بیمارستان آموزشی طالقانی تبریز، مجموعه مقالات اولین همایش سراسری راهکارهای ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و مامایی، یزد، ۱۳۸۳، ص ۱۰.
- ۲۲ - کهن شهنواز. تأثیر آماده‌سازی زایمان بر شدت درد و طول مدت زایمان، دانشگاه اصفهان، مجموعه مقالات همایش سراسری درد با تأکید بر جنبه‌های پرستاری مامایی، تهران دانشکده پرستاری مامایی شاهد، ۱۳۸۱.
- 23 - Roykulcharoen V, Good M. Systematic relaxation to relive postoperative pain. Journal of Advanced Nursing. 2004; 48(2): 140-150.

