

تاثیر وضعیت قرار گرفتن مادر در مرحله فعال زایمان بر طول مدت زایمان

میترا ریحانی*، شمیلا مشرف*، روشنک حسن زهرایی**

*مربی گروه مامایی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، **مربی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

تاریخ دریافت: ۱۶/۸/۲۲ تاریخ تایید: ۸۷/۱/۲۸

چکیده:

زمینه و هدف: استفاده از روشهایی که بتواند الگوی انقباضات رحمی را نظم بخشیده و به تسریع لیبر کمک کند، همیشه مدنظر بوده است. یکی از این روشها استفاده از پوزیشنهای مختلف در طی لیبر می باشد. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت قرار گرفتن مادر در مرحله فعال زایمان بر طول مدت فاز فعال، آپگار نوزاد و نوع زایمان بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۲۰۰ نفر از زنان باردار که برای انجام زایمان طبیعی به زایشگاه بیمارستان امام خمینی فلاورجان مراجعه و بستری شده بودند به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه: وضعیت خوابیده به پهلو، نشسته، در حرکت و آزاد (هر گروه ۵۰ نفر) تقسیم بندی شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به زایمان و نوزاد جمع آوری و به کمک آزمون های آماری کای دو و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: میانگین طول مدت مرحله فعال زایمان در گروه خوابیده به پهلو، نشسته، در حرکت و گروه آزاد به ترتیب $۳/۵۷ \pm ۰/۵۲$ ، $۲/۲۳ \pm ۰/۳۱$ ، $۲/۴۶ \pm ۰/۲۵$ و $۲/۲۵ \pm ۰/۱۶$ ساعت بود. در گروه خوابیده به پهلو طول مدت مرحله فعال زایمان بیشتر از سه گروه دیگر بود ($P < ۰/۰۱$). همچنین میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه خوابیده به پهلو و نشسته بیشتر از گروه در حرکت و آزاد بود ($P < ۰/۰۱$). آپگار دقیقه اول نوزادان در چهار گروه تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند. اما آپگار ۱۰-۸ در دقیقه پنجم در گروه خوابیده به پهلو به طور معنی داری کمتر از سه گروه دیگر بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، پوزیشن های عمودی در لیبر می تواند از طریق تسهیل پیشرفت انقباض های رحمی و کاهش طول مدت فاز فعال زایمان، آسایش و راحتی بیشتری برای مادر فراهم کند و نیاز مادر به مسکن های مخدر در لیبر را کاهش دهد.

واژه های کلیدی: لیبر، فاز فعال، وضعیت قرار گرفتن مادر.

مقدمه:

قرار می گیرند که غیر از موارد خاص پزشکی و مامایی که استراحت مادر در بستر لازم است، فایده اثبات شده دیگری ندارد (۱).

توصیه به استراحت یا تحرک در لیبر در طول زمان دستخوش تغییر شده و هر از چند گاهی یکی از اقدامات توصیه می شود. طرفداران قدم زدن در لیبر گزارش کرده اند که این کار مدت زمان لیبر را کوتاه می کند، نیاز به تقویت با اکسی توسین و نیاز به بی حسی را کاهش می دهد و سبب کاهش زایمان های واژینال ابزاری

زایمان یک جریان دینامیکی است که به موجب آن انقباض های رحمی به طور منظم شدت و زمان آن افزایش و باعث پیشرفت دیلاتاسیون و افاسمان و نزول جنین از کانال زایمان می شود (۱).

استفاده از روش هایی که بتواند الگوی انقباض های رحمی را نظم بخشیده و به تسریع لیبر کمک کند همیشه مدنظر بوده است. یکی از این روش ها استفاده از پوزیشن های مختلف در طی لیبر و زایمان می باشد. اغلب مادران در طی لیبر در پوزیشن خوابیده به پهلو

نویسنده مسئول: اصفهان - شهرستان فلاورجان - بلوار دانشگاه - دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه مامایی

تلفن: ۰۳۳۵ - ۳۲۲۰۱۳۵ E-mail: Mosharraf@iaufala.ac.ir

می‌شود (۲،۱).

فعال مادر، علاوه بر رهایی مادر از دردی جانکاه و کاهش احساس خستگی پرسنل شاغل در زایشگاه، مواردی مانند بهبود نتایج زایمان، آپگار بالاتر، تسریع زایمان، کاهش عوارض و عفونت های مادری و جنینی نیز بدست خواهد آمد. همچنین مادرانی که در طی لیبر پوزیشن فعال را انتخاب می‌نمایند احساس راحتی بیشتری نموده و زمانی که دچار اختلال در پیشرفت لیبر می‌شوند اختلال تا حدودی با اعمال پوزیشن فعال رفع می‌گردد (۱۰).

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر وضعیت قرار گرفتن مادر در مرحله فعال زایمان بر طول مدت زایمان و آپگار نوزادان در خانم های بستری در زایشگاه امام خمینی شهرستان فلاورجان انجام گرفت.

روش بررسی:

این پژوهش بصورت کارآزمایی بالینی، ۴ گروهی و تک مرحله ای طراحی شد. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان بارداری که برای انجام زایمان طبیعی به زایشگاه بیمارستان امام خمینی فلاورجان مراجعه کرده و بستری شده بودند، تشکیل داد. طول مدت نمونه گیری از خرداد ماه ۸۲ تا زمانی که ۲۰۰ نمونه مطالعه تکمیل گردید در نظر گرفته شد که حدود ۸ ماه به طول انجامید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: حاملگی ترم، یک قلوئی، پرزانتاسیون سفالیک بدون ممنوعیت برای زایمان واژینال و بدون عدم تطابق قطعی سر جنین با لگن مادر و دیلاتاسیون ۴ سانتی متر بود.

در صورت پارگی کیسه آب، وزن جنین کمتر از ۲/۵ کیلوگرم، قرار عرضی یا پرزانتاسیون بریچ، دارو درمانی در مادر که باعث گیجی یا خواب آلودگی مادر می‌شود، لیبر سریع، اواخر مرحله فعال در زنان مولتی پار و مرحله دوم لیبر در زنان پرایمی پار، وقتی به علل پزشکی یا مامایی مادر باید در تخت استراحت کند یا بدون حرکت بماند (تحریک زایمانی، دکولمان و پرویا)

Bolding و Simkin معتقدند قدم زدن در لیبر و پوزیشن های آزاد نیاز به تجویز مسکن ها در لیبر را کاهش می‌دهد (۳). Melzack و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که شدت درد در لیبر در پوزیشن های عمودی کمتر از پوزیشن های افقی می باشد و زنان در این پوزیشن ها احساس راحتی بیشتری می کنند (۴).

انقباضات رحم در حالت خوابیده به پشت در مقایسه با حالت خوابیده به پهلو تعداد بیشتر اما شدت کمتری دارند (۱). Molina و همکاران گزارش نمودند که تعداد و شدت انقباضات با ایستادن افزایش می‌یابد (۵). هیچ گونه مدرک قطعی در این مورد که وضعیت ایستاده یا راه رفتن مادر می‌تواند سبب بهبود لیبر شود وجود ندارد. کالج متخصصان زنان و مامایی آمریکا (۲۰۰۳) بیان می‌دارد که راه رفتن در طی لیبر مضر نیست و تحرک ممکن است راحتی بیشتری را برای مادر ایجاد کند (۱).

Bloom و همکاران در یک کارآزمایی تصادفی بر روی ۱۰۰۰ زن در خصوص تاثیر پوزیشن های مختلف در لیبر بر طول مدت زایمان به این نتیجه رسیدند که قدم زدن در لیبر سبب تشدید یا اختلال لیبر فعال نمی‌شود و زیان آور نیست (۶). Storton نیز معتقد است آزادی حرکت و قدم زدن در لیبر برای زنان مضر نمی باشد (۷). در انتخاب پوزیشن مناسب در لیبر، یکی از مهمترین نکات تمایل مادر به انتخاب یکی از وضعیت های پیشنهادی می باشد و تا آنجایی که امکان دارد باید مادر در پوزیشنی قرار گیرد که احساس راحتی بیشتری نماید (۸).

تغییر پوزیشن و حرکت در لیبر باعث احساس راحتی بیشتر، افزایش احتمال زایمان واژینال می‌شود. چون در این پوزیشن ها عضلات رحم بهتر کار می کند و تغیر مکرر پوزیشن در لیبر باعث می شود که جنین با کانال زایمان بهتر تطابق پیدا کند (۹).

افزایش سرعت مرحله لیبر از طریق پوزیشن

CPD (Cephalo pelvic disproportion) قطعی، پره مجبوریتی که می‌تواند روی وزن و اندازه جنین تاثیر بگذارد و طول مدت زمان فاز فعال را تغییر دهد، مادر از پژوهش خارج می‌شد.

روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ترتیب ورود زنان و در صورت دارا بودن شرایط ورود به پژوهش بصورت تصادفی با قرعه‌کشی پوزیشنی پیشنهاد می‌شد. در صورتی که مادر مایل به انتخاب آن پوزیشن نبود از وی خواسته می‌شد که پوزیشن دیگری را به تصادف انتخاب کند، ولی اگر مادر به اصرار می‌خواست در پوزیشن خاص یا انتخابی خودش باقی بماند از پژوهش خارج می‌شد.

به ترتیب ذکر شده تعداد ۲۰۰ نمونه انتخاب و در چهار گروه در حرکت، نشسته، خوابیده به پهلو و آزاد که در هر گروه ۵۰ نفر در نظر گرفته شد، قرار گرفتند.

منظور از گروه "در حرکت" مادرانی بودند که وضعیت راه رفتن (قدم زدن) را در لیبر انتخاب و گروه آزاد مادرانی بودند که بطور داوطلبانه ترکیبی از سه وضعیت خوابیده به پهلو، نشسته و در حرکت را انتخاب کرده بودند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه بود که به روش مصاحبه و مشاهده تکمیل گردید. پرسشنامه از چندین بخش شامل اطلاعات دموگرافیک، طول مدت مرحله اول و دوم زایمان، آپگار نوزاد و نوع زایمان تشکیل شده بود که در صورت لزوم و جهت اطمینان بیشتر مشاهدات با اطلاعات موجود در پرونده مراقبت‌های پره‌ناتال تطبیق داده می‌شد.

از ابتدای ورود مطالعه از مادران خواسته می‌شد که زمان بین دیلاتاسیون ۱۰-۴ سانتی متر در پوزیشن تعیین شده قرار گیرند. لازم به ذکر است که آنالیز آماری فقط روی نمونه‌هایی انجام می‌شد که بیش از دو ساعت در پوزیشن خواسته شده قرار گرفته باشند.

نیاز مادر به بی‌حسی یا بی‌دردی حین زایمان، نیاز به فورسپس یا واکيوم، وجود CPD نسبی (منظور از CPD نسبی طولانی شدن لیبر بیش از ۸ ساعت در زنان پرایمی و بیشتر از ۵ ساعت در زنان مولتی پار با معاینه واژینال توسط پرسشگر، مامای بخش و تایید پزشک متخصص زنان مبنی بر وجود CPD نسبی بوده است (۱۱)). با تایید پزشک متخصص، نیاز به اپی در برگه پرسشنامه ثبت می‌گردید.

داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های کای دو و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها:

میانگین سنی، وزن، قد، نمایه توده بدنی (BMI)، تعداد حاملگی و تعداد زایمان در مادران به ترتیب $24/24 \pm 23/23$ سال، $67/62 \pm 13/02$ کیلوگرم، $157/42 \pm 20/4$ سانتی متر، $1/1 \pm 1/2$ و $1/7 \pm 1/03$ بار بود و ۱۵/۵ درصد آنان شاغل بودند. بین گروه‌ها از نظر شاخص‌های فوق اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

میانگین طول مدت مرحله فعال زایمان در گروه خوابیده به پهلو $3/57 \pm 0/52$ ساعت، در گروه نشسته $2/23 \pm 0/31$ ساعت، در گروه در حرکت $2/46 \pm 0/25$ ساعت و در گروه آزاد $2/25 \pm 0/16$ ساعت بود. با استفاده از مدل آنالیز واریانس میانگین طول مدت مرحله فعال زایمان گروه خوابیده به پهلو به طور معنی‌داری بیشتر از سه گروه دیگر بود ($P < 0/01$). میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه خوابیده به پهلو $17/06 \pm 8/53$ ، گروه نشسته $18/83 \pm 17/8$ ، گروه در حرکت $10/65 \pm 4/8$ و گروه آزاد $14/34 \pm 11/86$ دقیقه بود. با استفاده از مدل ANOVA میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه خوابیده به پهلو و نشسته بیشتر از گروه در حرکت و آزاد بود ($P < 0/01$).

جدول شماره ۱: مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش گروه‌های چهارگانه

مشخصات فردی	گروه خوابیده	گروه نشسته	گروه در حرکت	گروه آزاد
میانگین سن (سال)	۲۳/۵۲±۴/۳۶	۲۴/۲±۵/۰۸	۲۴/۰۲±۵/۲۲	۲۳/۳۸±۴/۹۵
میانگین وزن (کیلوگرم)	۶۷/۶۴±۱۰/۵۳	۶۹/۸۷±۱۶/۵۳	۶۶/۰۶±۱۲/۱۴	۶۷/۹۹±۱۳/۳۱
میانگین قد (سانتی متر)	۱۵۸/۰۳±۶/۶	۱۵۵/۷±۲۰/۳۳	۱۵۴/۷۲±۲۰/۵۲	۱۵۸/۰۵±۴/۴۷
میانگین BMI کیلوگرم/سانتی مترمربع	۲۷/۰۹±۴/۰۷	۲۲/۱۷±۲/۰۹	۲۵/۸۳±۳/۹	۲۷/۲۷±۵/۴۳
میانگین تعداد حاملگی قبلی	۰/۹۶±۱/۰۶	۱/۱۲±۱/۷۵	۱/۱۶±۱/۰۵	۱/۶۴±۵/۶۳
میانگین تعداد زایمان قبلی	۰/۹۲±۱/۰۶	۱/۰۲±۱/۶۲	۱/۰۴±۱/۴۲	۰/۸۴±۰/۹۹
زایمان طبیعی قبلی	%۱۰۰	%۱۰۰	%۹۶	%۹۶
مادران شاغل	%۱۶	%۱۸	%۲۰	%۸

BMI=میانگین شاخص توده بدنی.

P>۰/۰۵ در همه متغیرها بین گروهها.

حاصل از پژوهش نشان داد که اگر چه آپگار دقیقه اول نوزادان در ۴ گروه تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارند اما نمره آپگار ۸-۱۰ در دقیقه پنجم نوزادان در گروه های نشسته و در حرکت و آزاد به طور معنی داری نسبت به گروه خوابیده به پهلو افزایش نشان داده است (۹۸٪، ۱۰۰٪ و ۱۰۰٪ در برابر ۸۰٪ گروه خوابیده به پهلو) (P<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۳).

در گروه خوابیده به پهلو، فقط ۱۸/۲ درصد زنان شکم اول طول مرحله فعال کمتر از ۳ ساعت داشتند در حالی که ۷۰/۸ درصد زنان شکم اول گروه در حرکت طول فاز فعال کمتر از ۳ ساعت داشته اند (P<۰/۰۱). در زنان چند زا نیز فقط ۲۱/۴ درصد زنان گروه خوابیده به پهلو، طول مرحله فعال کمتر از ۳ ساعت داشته اند در حالی که در سه گروه دیگر این رقم بالاتر بود (P<۰/۰۱) (جدول شماره ۲). همچنین نتایج

جدول شماره ۲: تعداد واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت قرار گرفتن مادر در لیبر با طول مدت مرحله فعال زایمان

طول مدت مرحله فعال	زنان شکم اول			زنان چند زا			میتلایان به CPD نسبی		
	کمتر از ۳ ساعت	۳-۸ ساعت	بیشتر از ۸ ساعت	کمتر از ۳ ساعت	۳-۸ ساعت	بیشتر از ۸ ساعت	کمتر از ۳ ساعت	۳-۸ ساعت	بیشتر از ۸ ساعت
خوابیده به پهلو	۴	۱۸	۰	۶	۲۱	۱	۰	۷	۱
نشسته	۱۵	۱۱	۱	۱۷	۶	۰	۶	۱	۱
در حرکت	۱۷	۷	۰	۱۹	۷	۰	۵	۲	۰
آزاد	۱۱	۱۲	۰	۱۸	۹	۰	۴	۲	۰
Pvalue	P<۰/۰۰۵			P<۰/۰۰۱			P<۰/۰۰۵		

منظور از CPD نسبی طولانی شدن لیبر بیش از ۸ ساعت در زنان پرایمی پار و بیشتر از ۵ ساعت در زنان مولتی پار با معاینه واژینال توسط پرسشگر، مامای بخش و تایید پزشک متخصص زنان مبنی بر وجود CPD نسبی بوده است.

جدول شماره ۳: تعداد واحدهای مورد پژوهش بر حسب وضعیت قرار گرفتن مادر در لیبر با سرانجام بارداری

Pvalue	گروه آزاد	گروه در حرکت	گروه نشسته	گروه خوابیده	وضعیت قرارگرفتن مادر در لیبر	
					عوامل مرتبط	
P>۰/۰۵	۴۳	۴۱	۳۸	۴۰	۸-۱۰	آپگار دقیقه اول نوزاد
	۷	۹	۱۲	۱۰	۴-۷	
P<۰/۰۰۱	۵۰	۵۰	۴۹	۴۰	۸-۱۰	آپگار دقیقه پنجم نوزاد
	۰	۰	۱	۱۰	۴-۷	
P<۰/۰۰۵	۵۰	۴۹	۴۹	۴۴	طبیعی	نوع زایمان
	۰	۱	۱	۶	سزارین	

Flynn و همکاران همخوانی دارد (۳)، اما مغایر با نتایج حاصل از تحقیق MaCmanus و Calder (۲) و Souza و همکاران (۱۳) می‌باشد. دل آرام و فروزنده نیز در تحقیق خود نشان دادند که طول مدت مرحله فعال زایمان در پوزیشن های عمودی کمتر از پوزیشن خوابیده به پهلو می‌باشد (۱۴).

در گروه خوابیده به پهلو فقط ۱۸/۲ درصد زنان شکم اول طول مرحله فعال کمتر از ۳ ساعت داشته‌اند، در حالی که ۷۰/۸ درصد زنان شکم اول گروه در حرکت طول فاز فعال کمتر از ۳ ساعت داشته‌اند. از آنجایی که آزمون‌های آماری نیز اختلاف معنی داری را در این زمینه مطرح کرده است شاید به این علت بوده که زنان گروه در حرکت فعال‌ترین زنان طی لیبر در ۴ گروه تحقیق بوده‌اند. در پوزیشن های عمودی عضلات رحم بهتر کار می‌کند (۹،۳) و طول مدت فاز حداکثر شیب در پوزیشن های عمودی کمتر از پوزیشن‌های خوابیده می‌باشد و پیشرفت انقباضات رحمی نیز بهتر صورت می‌گیرد (۱۵).

در زنان مولتی پار نیز فقط ۲۱/۴ درصد زنان گروه خوابیده به پهلو طول مرحله فعال کمتر از ۳ ساعت داشته‌اند، در حالی که در سه گروه دیگر این رقم بسیار بالا بود.

McDonald و Barclay نیز اختلاف معنی داری بین طول مدت مرحله اول زایمان در زنان خوابیده به

نتایج پژوهش نشان داد که از بین زنانی که در ابتدای پذیرش CPD نسبی در آنها تشخیص داده شده بود، ۷۵ درصد آنان در گروه نشسته و ۷۱/۵ درصد در گروه در حرکت و ۶۶/۶۶ درصد در گروه آزاد طول مرحله فعال کمتر از ۳ ساعت را تجربه کردند ولی در گروه خوابیده به پهلو همه زنان مبتلا به CPD نسبی طول فاز فعال بیشتر از ۳ ساعت را تجربه کردند. یعنی پوزیشن های غیر از خوابیده به پهلو به طور معنی داری طول فاز فعال زنان مبتلا به CPD نسبی را بهبود بخشیده است (P<۰/۰۵) (جدول شماره ۲).

همچنین ۱۲ درصد زنان گروه خوابیده به پهلو سرانجام سزارین داشته‌اند در حالی که در گروه های نشسته، در حرکت و آزاد میزان سزارین زنان به ترتیب ۲ درصد، ۲۰ درصد و صفر درصد بود (P<۰/۰۰۵) (جدول شماره ۳).

بحث:

با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد وضعیت های غیر از خوابیده به پهلو در طی لیبر (نشسته، در حرکت، آزاد) بتواند طول فاز فعال زایمان را بطور موثری کوتاه تر نماید در پژوهش حاضر طول متوسط مرحله فعال زایمان در گروه خوابیده به پهلو بالغ بر یکساعت بیشتر از میانگین طول مدت مرحله فعال زایمان در سه گروه دیگر بود، که با نتایج حاصل از پژوهش

پهلوی در لیبر و وضعیت راه رفتن در حین لیبر در زنان پرایمی پار و مولتی پار گزارش کرده اند (۱۶).

بر اساس نتایج این مطالعه وضعیت فعال مادران در طی لیبر آپگار دقیقه پنجم نوزادان را نیز بهبود می‌بخشد که با نتایج تحقیق Flynn و همکاران و Carbonne و همکاران همخوانی دارد (۱۷،۲) این امر می‌تواند بهبود وضعیت نوزاد را در مادرانی که در لیبر در وضعیت فعال تری قرار داشته‌اند را مطرح نماید. علت بهبود نمره آپگار در پوزیشن‌های غیر خوابیده می‌تواند افزایش میزان اشباع اکسیژن خون جنین در پوزیشن‌های عمودی باشد. Carbonne و همکاران در تحقیق خود نشان داد که میزان اشباع اکسیژن جنین در پوزیشن خوابیده کمتر از پوزیشن‌های عمودی می‌باشد (۱۷). اما نتایج تحقیق دل آرام و فروزنده (۱۴)، MaCmanus و Calder (۱۲)، Souza و همکاران (۱۳) نشان دادند که پوزیشن مادر در طی لیبر تاثیری روی وضعیت نوزاد و نمره آپگار ندارد.

همچنین وضعیت قرار گرفتن مادر در لیبر طول فاز فعال زنان مبتلا به CPD نسبی را به طور موثری بهبود می‌بخشد، از بین زنانی که در ابتدای پذیرش CPD نسبی در آنها تشخیص داده شده بود، ۷۵ درصد در گروه نشسته، ۷۱/۵ درصد در گروه در حرکت و ۶۶/۶ درصد در گروه آزاد طول مرحله فعال کمتر از ۳ ساعت را تجربه کردند، در حالی که در گروه خوابیده به پهلوی همه زنان مبتلا به CPD نسبی طول فاز فعال بیشتر از ۳ ساعت را تجربه کردند، این نتایج موافق نتایج حاصل از تحقیق Sarac و Talkman می‌باشد (۱۸). پوزیشن‌های عمودی باعث می‌شود که تحت تاثیر نیروی جاذبه جنین به راحتی به سمت پایین حرکت کند و همچنین تغییر مکرر پوزیشن در لیبر باعث می‌شود که جنین با کانال زایمان بهتر تطابق پیدا کند.

زایمان سزارین در گروه خوابیده به پهلوی بیشتر از گروه‌های نشسته، در حرکت و آزاد بود. Shilling و

همکاران در تحقیق خود نشان داد که زنانی که حداقل نیمی از فاز فعال زایمان خود را در پوزیشن حرکت طی کرده اند، شانس زایمان با فورسپس، واکيوم و سزارین در آنها کاهش می‌یابد (۹). دلیل کاهش میزان سزارین در پوزیشن‌های عمودی و فعال می‌تواند بهبود انقباضات رحمی و نزول جنین و پیشرفت سریع تر لیبر باشد.

نتایج پژوهش نشان داد که در گروه‌های غیر خوابیده به پهلوی میزان زایمان طبیعی افزایش، طول فاز فعال زایمان کاهش و نمره آپگار نوزادان بهبود می‌یابد، علاوه بر این وضعیت غیر خوابیده به پهلوی آزادی و راحتی بیشتری برای مادر فراهم و از طریق کاهش درد زایمان و تسهیل پیشرفت انقباض‌های رحمی نیاز مادر به مسکن و بی‌حسی در طی لیبر را کاهش می‌دهد. لذا تغییر وضعیت مادر در لیبر و قرار گرفتن در وضعیت‌های فعال و غیر از خوابیده در جریان زایمان می‌تواند به عنوان آموزش‌های لازم زایمان قلمداد شود و پیشنهاد می‌گردد توسط پزشکان و ماماها و مراقبین بهداشتی به مادران باردار آموزش داده شود.

نتیجه گیری:

با توجه به یافته‌های این پژوهش، پوزیشن‌های عمودی در لیبر می‌تواند از طریق تسهیل پیشرفت انقباض‌های رحمی و کاهش طول مدت فاز فعال زایمان، آسایش و راحتی بیشتری برای مادر فراهم کند و نیاز مادر به مسکن‌های مخدر در لیبر را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از همکاران در معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی، معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، پرسنل زایشگاه بیمارستان امام خمینی فلاورجان، واحد‌های مورد پژوهش و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند اعلام می‌دارند.

منابع:

1. Cunningham F Gary, Kenneth j leveno. Williams obstetrics. Translated to Persian by: Ghazi Jahani B. Tehran: Golban Pub. 2001; 375, 587.
2. Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF. Ambulation in labor. Br Med J. 1987 Aug; 2(6137): 591-3.
3. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery Women's Health. 2004 Nov-Dec; 49(6): 489-504.
4. Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. J Pain Symptom Manage. 1991 Nov; 6(8): 476-80.
5. Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. J Pain Symptom Manage. 1997 Feb; 13(2): 98-103.
6. Bloom SL, Mcentire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, Leveno KJ. Lack of effect of walking on labor and delivery. N Engl J Med. 1998 Jul; 339(2): 76-9.
7. Storton S. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move and assume positions of her choice: the coalition for improving maternity services: J Perinat Educ. 2007 Winter; 16(Suppl 1): 25S-7S.
8. Leonard D, Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity and women's health care. 8th ed. St. Louis: Mosby. 2003. p: 573.
9. Shilling T, Romano AM, Difranco JT. Care practice freedom of movement throughout labor. J Perinat Educ. 2007 Summer; 16(3): 21-4.
10. Decherney AH, Pernoll ML. Current obstetric & gynecology. Translated to Persian by: Ghotbi N, Vaziri A. 2nd ed. Tehran: Teimorzadeh Pub. 2000; 277.
11. Gharekhani P, Sadatian SA. Cardinal manifestations and management of diseases obstetricals. 1st ed. Tehran: Noordanesh Pub. 2005; 182.
12. MaCmanus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labour. Lancet. 1978 Jan; 1(8055): 72-4.
13. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. Reprod Health. 2006 Nov; 3: 10.
14. Delaram M, Foruzandeh N. [Effect of position during labor on the length of labor and apgar score of infants. Shahrekord Univ Med Sci J. 2003; 1(15): 10-15.Persian].
15. Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labor, and comfort. Appl Nurs Res. 1990 Feb; 3(1): 7-13.
16. Barclay LM, McDonald P. Walking in labor. Newsealand J Obstet Gynecol. 2000; 34(1): 1-7.
17. Carbonne B, Benachi A, Levaque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. Obstet Gynecol. 1996 Nov; 88(5): 797-800.
18. Sarac PT, Talkman MA. CPD and mothers position in second stage of labor. MCN. Am J Matern Child Nurs. 1998; 16(S): 250-4.