

The Effect of Local Heat Therapy Method on Pain, Childbirth's Outcomes, and Rate of Satisfaction in Primiparous Women: Randomize Clinical Trial

Soheila Moghimi Hanjani^{1*}, Zahra Mehdizadeh Tourzani², Sharareh Zeighami Mohammadi³, Sedigheh Nasrollahi¹, Neda Haghighi Khoshkhou³, Mansooreh Tajvidi³

¹Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

²Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.

³Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

***Corresponding Author:**
Soheila Moghimi Hanjani;
Department of Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email:
somoghimi@yahoo.com

Received: 26 Sep, 2017

Accepted: 29 Oct, 2017

Abstract

Background and Objectives: Labor pain is one of the most severe pains. Given the importance of reducing labor pain and prioritizing natural delivery, this study was performed with the objective of investigating the effect of local heat therapy on pain, delivery outcomes, and rate of satisfaction in primiparous women.

Methods: This clinical trial study was conducted on 80 primiparous women in Karaj city. The samples were selected using easy sampling and assigned to two groups, then, pain severity, delivery outcomes, and rate of satisfaction, were recorded in the two groups,. Data were analyzed using independent and dependent t-tests at the significance level of $p < 0.05$.

Results: In this study, there was a significant difference between the two groups in variables of severity of pain, mean duration of first and second stages of the labor, frequency distribution of satisfaction of the studied subjects in terms of the type of intervention, satisfaction from the delivery process, first experience of breastfeeding, and mothers' satisfaction from embracing their newborn babies ($p < 0.05$); however, there was no significant difference between the two groups in terms of the mean duration of the third stage, the mean Apgar score, the duration of embracing the infant, and the first infant's breastfeeding.

Conclusion: Based on the results of this study, it seems that control of pain and making satisfaction using noninvasive methods of local heat therapy without affecting adverse maternal and fetal outcomes, promote progression and encourage mothers for normal delivery.

Keywords: Hyperthermia, Induced; Labor pain; Natural childbirth; Primiparous women; Randomize Clinical Trial.

تأثیر روش گرمادرمانی موضعی بر درد، پیامدهای زایمان و میزان رضایتمندی زنان نخست‌زا: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

سهیلا مقیمی هنجانی^۱، زهرا مهدی‌زاده تورزنی^۲، شراره ضیغمی محمدی^۳، صدیقه نصرالهی^۱، ندا حقیقی خوشخو^۳، منصوره تجویدی^۳

چکیده

زمینه و هدف: درد زایمان از نظر شدت در ردیف شدیدترین دردها قرار دارد. با توجه به اهمیت کاهش درد زایمان و الویت‌دهی بر انجام زایمان طبیعی، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر گرمادرمانی موضعی بر درد، پیامدهای زایمان و میزان رضایتمندی زنان نخست‌زا صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی در بیمارستان‌های شهر کرج بر روی ۸۰ زن باردار نخست‌زا انجام شد. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، سپس شدت درد، پیامدهای زایمان و میزان رضایتمندی زنان در هر دو گروه ثبت گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون تی مستقل و وابسته در سطح معنی‌داری، $p < 0.05$ تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه از لحاظ متغیرهای میانگین شدت درد، طول مدت مراحل اول و دوم زایمان، توزیع فراوانی‌های رضایت واحدهای مورد پژوهش نسبت به نوع مداخله، رضایت از روند زایمان، تجربه اولین شیردهی و رضایت مادر از در آغوش گرفتن نوزاد در دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.05$)، ولی از نظر میانگین طول مدت مرحله سوم، میانگین نمره آپگار، زمان در آغوش گرفتن نوزاد و اولین شیردهی، بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد کنترل درد و ایجاد رضایتمندی با استفاده از روش‌های غیرتهاجمی گرمادرمانی موضعی بدون تأثیر بر پیامدهای نامطلوب مادری و جنینی سبب ارتقای پیشرفت و تشویق مادران نسبت به زایمان طبیعی می‌شود.

کلید واژه‌ها: گرمادرمانی موضعی؛ درد زایمان؛ زایمان طبیعی؛ زنان نخست‌زا؛ کارآزمایی بالینی تصادفی شده.

^۱گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

^۲گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

^۳گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

سهیلا مقیمی هنجانی؛ گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

آدرس پست الکترونیکی:

somoghi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۴

تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۷

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Moghimi Hanjani S, Mehdizadeh Tourzani Z, Zeighami Mohammadi Sh, Nasrollahi S, Haghighi Khoshkhou N, Tajvidi M. The effect of local heat therapy method on pain, childbirth's outcomes, and rate of satisfaction in primiparous women: Randomize Clinical Trial. Qom Univ Med Sci J 2018;12(5):35-43. [Full Text in Persian]

مقدمه

یکی از متداول‌ترین دردها از آغاز خلقت بشر، درد زایمان بوده است. درد پدیده‌ای شایع و جزء اجتناب‌ناپذیر فرآیند زایمان است (۱). درد زایمان از لحاظ شدت و موقعیت بسیار متنوع بوده و از نظر شدت در ردیف شدیدترین دردها قرار دارد (۲). توجه به بی‌دردی در زایمان، امری ضروری است؛ زیرا هم مادران و هم عوامل زایمان به سمت زایمان طبیعی به جای سزارین تمایل خواهند یافت، ازجمله محاسن این امر می‌توان به کاهش مرگ‌ومیر ناشی از عمل، بیهوشی، کاهش زمان بستری در بیمارستان و کاهش هزینه‌ها اشاره کرد؛ به‌همین دلیل کنترل مؤثر درد زایمان همانند دیگر دردهای حاد، به‌عنوان موضوع مهم جامعه و بهداشت مطرح است. برای کاهش درد زایمان، روش‌های مختلفی وجود دارد که به دو دسته کلی روش‌های غیردارویی و دارویی تقسیم می‌شوند (۳-۵). اقدامات غیردارویی کاهش درد زایمان، اغلب ساده و ارزان بوده و می‌توانند به‌عنوان درمان جایگزین یا درمان فرعی همراه با داروها استفاده شوند، این اقدامات نه تنها حس فیزیکی درد را کاهش می‌دهند؛ بلکه با بالابردن توان روحی و روانی مادر، از رنج کشیدن او جلوگیری می‌کنند (۶). گرمادرمانی با مکانیسم‌های مختلف ممکن است بر کاهش درد مؤثر باشد. به‌نظر می‌رسد گرما، گیرنده‌های گرمایی پوست و بافت‌های عمقی‌تر را تحریک می‌کند و ممکن است با تئوری کنترل دروازه‌ای، درد را کاهش دهد (۷). این تئوری نشان می‌دهد در طناب نخاعی، مکانیسم دروازه‌ای وجود دارد که عبور سیگنال‌های درد را با بستن سیستم دروازه‌ای در طناب نخاعی مهار می‌کند (۸). همچنین گرما آستانه درد را از طریق افزایش دما، گردش خون و متابولیسم باقی‌بالا برده و اسپاسم ماهیچه‌ای را کاهش می‌دهد (۹)؛ از این‌رو به‌نظر می‌رسد گرما در کاهش درد زایمان مؤثر است. مطالعات نشان داده‌اند گرما افزایش معنی‌داری در فعالیت رحمی، بدون بروز هرگونه تغییرات غیرطبیعی قلب جنین ایجاد می‌کند (۶، ۷، ۱۰). همچنین آب گرم بر کاهش طول مدت مرحله اول زایمان مؤثر است (۱۱).

با توجه به اهمیتی که برای کاهش درد زایمان در نظر گرفته شده و بنا بر تمرکز برنامه توسعه بهداشت و آموزش پزشکی جامعه‌نگر بر الویت‌دهی انجام زایمان طبیعی (۱۲)، استفاده از روش‌های

غیردارویی ایمن بر کاهش درد زایمان می‌تواند با کاهش درد، رنج و ترس از زایمان به کاهش سزارین و استقبال از زایمان طبیعی منجر گردد. بیشتر تحقیقات انجام‌شده پیشین در زمینه درد زایمان بوده و بر روی سایر پیامدها، مطالعات اندکی صورت گرفته است. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر روش گرمادرمانی موضعی بر شدت درد، پیامدهای زایمان و میزان رضایتمندی زنان انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه کارآزمایی بالینی در زایشگاه‌های شهر کرج در طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۶ انجام شد. در این مطالعه دو گروه (شامل: گرمادرمانی و کنترل) با یکدیگر مقایسه و دو متغیر مستقل گرمادرمانی، مراقبت‌های روتین و متغیرهای وابسته (شامل: شدت درد مرحله اول و دوم، طول مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان، تعداد ضربان قلب جنین در مرحله اول، نوع زایمان و آپگار نوزاد) بررسی گردید. در این مطالعه تمامی زنان نخست‌زای ۱۸-۳۵ ساله مراجعه‌کننده به بلوک زایمان، ابتدا با استفاده از نمونه‌گیری آسان انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. نمونه‌گیری تا زمان دستیابی به تعداد مورد نظر ادامه داشت. لازم به ذکر است روزهای نمونه‌گیری نیز با استفاده از جدول اعداد تصادفی، تقسیم‌بندی و در هر روز یک گروه کنترل و مداخله بررسی گردید (به‌صورتی که دو گروه با هم تماسی نداشته باشند تا از نوع مداخله آگاهی یابند). در این پژوهش (با استفاده از فرمول آماری و با ضریب اطمینان ۹۵٪) تعداد نمونه برای هر گروه، حداقل ۳۷ نفر بود که برای جبران ریزش احتمالی، نمونه‌ها ۱۰٪ و برای هر گروه، ۴۰ نفر در نظر گرفته شد و بدین ترتیب حجم نهایی برای دو گروه (با احتساب هر گروه ۴۰ نفر)، ۸۰ نفر تعیین گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها، از طریق مشاهده، معاینه و پرونده زائو، اقدام به تکمیل پرسشنامه شد.

پرسشنامه این مطالعه مشتمل به چهار بخش بود: بخش اول مربوط به خصوصیات دموگرافیک و مامایی (جهت بررسی همگن بودن گروه‌ها) و بخش دوم نیز مربوط به ویژگی‌های زایمان، پیامدهای آن، اقدامات و شرایط نوزاد بود؛ بخش سوم پرسشنامه، خط‌کش اندازه‌گیری درد مک‌گیل بود که توسط واحد مورد پژوهش در

دیلاتاسیون‌های مورد نظر علامت زده شد و بخش چهارم از سؤالات مربوط به میزان رضایتمندی تشکیل می‌شد. روایی صوری و محتوی پرسشنامه رضایتمندی توسط ۱۰ نفر از متخصصین بهداشت باروری سنجیده و پایایی ابزار با روش آزمون مجدد ($r=0.78$) به دست آمد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا ترم (در محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال)، دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر، پرزانتاسیون سفالیک، جنین تک‌قلو و بدون آنومالی از پیش تعیین شده بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: اختلالات روانی و آناتومیک تشخیص داده شده (سایکوز، اسکیزوفرنی، ناهنجاری‌های رحمی و تنگی لگن)، بیماری‌های مزمن شناخته شده شامل: بیماری‌های قلبی، ریوی، فشارخون، دیابت و بیماری‌های پوستی (شامل هرگونه ضایعه، التهاب و اگزما در ناحیه گرمادرمانی)، داشتن اندیکاسیون سزارین، الگوهای غیرطبیعی قلب جنین، سابقه دردهای مزمن لگنی، زنان دارای سابقه نازایی (از طرف خود یا همسر)، هرگونه مشکل ایجادشده در طی زایمان (پرولاپس بندناف، پوزیشن غیرطبیعی جنین، دکولمان و...)، عدم تمایل زائو به ادامه گرمادرمانی، استفاده از نارکوتیک (حدوداً ۸ ساعت قبل از مرحله فعال زایمان) و زنانی که جدا از همسرشان زندگی می‌کردند (به دلیل قهر، طلاق و در شرف طلاق).

نمونه‌های مورد پژوهش براساس معیارهای ورود و خروج، در صورت داشتن دیلاتاسیون ۳ سانتی‌متر به تخصیص تصادفی در دو گروه شامل گرمادرمانی و کنترل (مراقبت‌های روتین) قرار گرفتند، سپس با اخذ رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌ها، در مورد روش انجام کار و استفاده از خط‌کش درد، به هرگروه به‌طور مجزا توضیحات کامل داده شد.

در تمامی مراحل مطالعه ارتباط عاطفی، کلامی و غیرکلامی لازم و حمایت روحی بین زائو و پژوهشگر برقرار بود. قبل از هرگونه مداخله، ابتدا شدت درد در دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر (ابتدای فاز فعال) در هر دو گروه اندازه‌گیری شد، سپس در گروه گرمادرمانی، پژوهشگر در تمام طول مراحل زایمان با استفاده از کیسه آب گرمی که به‌وسیله یک حوله پوشانده شده بود، قسمت تحتانی پشت، شکم و قسمت تحتانی شکم زائو را گرم کرد و در زمان انقباض، از کیسه آب گرم (در مرحله اول زایمان) استفاده

نمود (حداقل زمان مورد استفاده در مرحله اول، ۶۰ دقیقه بود). پژوهشگر برای هر زائو دو کیسه آب گرم در اختیار داشت و تا قبل از اینکه کیسه اول گرمای خود را از دست دهد (با چک کردن درجه حرارت توسط دماسنج جیوه‌ای) هر ۱۰ دقیقه، کیسه دوم را آماده می‌کرد. با توجه به اطلاعات حاصل از مطالعات (۱۳)، پژوهشگر گرمای کیسه آب گرم را با قرار دادن آن بر قسمت جلوی بازو به مدت چند ثانیه آزمایش کرده و در صورتی که دمای آن قابل تحمل بود با قرار دادن یک حوله بین پوست بدن زائو و کیسه آب گرم، در قسمت‌های مورد نظر قرار می‌داد. با استناد به مطالعات پیشین، دمای کیف آب گرم در این وضعیت بین ۳۸-۴۰ درجه سانتیگراد تنظیم شد (۱۴-۱۵). دمای کیسه آب گرم با استفاده از دماسنج جیوه‌ای مجدداً چک شد تا از درجه حرارت مذکور اطمینان حاصل گردد. (لازم به ذکر است دماسنج تا زمانی که دمای کیسه آب گرم ثابت شود و درجه حرارت بین ۳۸-۴۰ درجه سانتیگراد را نشان دهد، کنار کیسه باقی می‌ماند، سپس بر بالین بیمار برده می‌شد).

در مرحله دوم زایمان قبل از انتقال به تخت زایمان، پژوهشگر کیسه آب گرم را با پوشاندن به‌وسیله یک حوله استریل، در زمان انقباض بر روی پرینه، حداقل به مدت ۴ دقیقه قرار می‌داد (۸). شدت درد در مرحله اول علاوه بر دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر در دیلاتاسیون‌های ۵-۶ سانتی‌متر (مرحله تسریع)، ۷-۸ سانتی‌متر (مرحله حداکثر شیب) و ۹-۱۰ سانتی‌متر (مرحله افت) و در مرحله دوم بعد از اتمام زایمان، ارزیابی شد. جهت ارزیابی و اندازه‌گیری شدت درد، مقیاس خطی درد مک‌گیل توسط پژوهشگر برای مادر توجیه و توسط وی علامت زده شد.

سایر متغیرهای مورد بررسی پیامدهای زایمان شامل طول مدت مرحله اول، دوم و سوم زایمان، تعداد ضربان قلب جنین در مرحله اول، نوع زایمان، آپگار نوزاد، از طریق مشاهده پرونده زائو و سؤال از وی تکمیل گردید. مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج به تصویب رسید.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، آزمون تی مستقل، تی زوجی، آزمون کولموگروف - اسمیروف (جهت بررسی همگنی متغیرهای کمی و نرمال بودن متغیرهای کمی در دو گروه) و آزمون ناپارامتری من‌ویتنی (برای بررسی

یافته‌ها

تأثیر مداخله گرمادرمانی بر متغیرهای شدت درد، طول مراحل زایمان، پیامد زایمان و همگنی دو گروه، تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در مطالعه حاضر، ۸۰ زن نخست‌زا در دو گروه گرمادرمانی (۴۰ نفر) و کنترل (۴۰ نفر) بررسی شدند. براساس جدول شماره ۱، گروه‌ها از نظر مشخصات فردی و مامایی، تفاوت معنی‌داری نداشتند.

جدول شماره ۱: مشخصات فردی و مامایی در واحدهای مورد پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه‌ها	گرمادرمانی	کنترل	سطح معنی‌داری
سن (سال) شغل تحصیلات	۲۵±۵/۴	۲۴/۷±۴/۹	۰/۷۱	
	خانه‌دار	٪۴۰	٪۳۴/۳	۰/۸۴
	شاغل	٪۶۰	٪۶۵/۷	
	بیسواد	۱۷/۱	٪۱۱/۴	
	سیکل	٪۲۰	٪۲۰	۰/۸۴
	دیپلم	٪۴۰	٪۴۰	
	دانشگاهی	٪۲۲/۹	٪۲۸/۶	
سن بارداری (هفته)	۳۹/۱±۱/۱	۳۸/۷±۰/۹	۰/۲۰	
وضعیت کیسه آب	سالم	٪۵۱/۴	٪۵۷/۱	۰/۸۵
	پاره	٪۴۸/۶	٪۴۲/۹	
زمان پارگی کیسه آب (دقیقه)	۵۸/۶±۴۰/۹	۵۳/۸±۵۰/۶	۰/۶۹	
مدت زمان استفاده از اکسی‌توسین	۳۹/۱±۱/۱	۳۸/۷±۰/۹	۰/۰۷	

دو گروه قبل از مداخله از نظر میانگین شدت درد در دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر، تفاوت آماری معنی‌داری نشان ندادند، ولی بعد از مداخله بین دو گروه در دیلاتاسیون ۵-۶ سانتی‌متر ($p=0/03$)، دیلاتاسیون ۷-۸ سانتی‌متر ($p=0/01$) و دیلاتاسیون ۹-۱۰ سانتی‌متر ($p=0/001$) در مرحله اول زایمان، همچنین در مرحله دوم زایمان ($p=0/001$)، تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: میانگین شدت درد در دیلاتاسیون‌های مختلف در دو گروه

گروه	کنترل	گرمادرمانی	سطح معنی داری
شدت درد			
میانگین شدت درد قبل از مداخله دیلاتاسیون (۳-۴ سانت)	۳/۵±۱/۱	۳/۸±۱/۱	۰/۳۵
میانگین شدت درد بعد از مداخله دیلاتاسیون (۵-۶ سانت)	۴±۱/۳	۳/۲±۰/۹۱	۰/۰۳
میانگین شدت درد بعد از مداخله دیلاتاسیون (۷-۸ سانت)	۴/۹±۱/۷	۴±۰/۹	۰/۰۱
میانگین شدت درد بعد از مداخله دیلاتاسیون (۹-۱۰ سانت)	۷/۹±۱/۱	۶/۰±۱/۳	۰/۰۰۱
میانگین شدت درد در مرحله دوم	۸±۱/۱	۶/۲±۱/۱	۰/۰۰۱

بین دو گروه از نظر میانگین طول مدت مرحله اول و دوم، اختلاف معنی‌داری وجود داشت، ولی از نظر میانگین طول مدت مرحله سوم، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: میانگین طول مدت مراحل اول، دوم و سوم زایمان در دو گروه

گروه	طول مرحله اول (دقیقه)	طول مرحله دوم (دقیقه)	طول مرحله سوم (دقیقه)
گرمادرمانی	۲۹۳/۷±۶۸/۹	۴۰/۷±۱۱/۳	۱۰/۶±۵/۳
کنترل	۴۰۰/۸±۷۷/۴	۴۶/۸±۱۳/۶	۹/۲±۴/۰
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۰/۱۹

میانگین نمره آپگار در دقیقه اول و پنجم بین دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری نداشت، همچنین بین دو گروه از نظر زمان در آغوش گرفتن و اولین شیردهی نوزاد، اختلاف آماری معنی‌داری دیده نشد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴: میانگین نمره آپگار در دقیقه اول و پنجم، زمان در آغوش رفتن و اولین شیردهی نوزاد بین دو گروه				
گروه	آپگار دقیقه اول	آپگار دقیقه پنجم	زمان در آغوش گرفتن نوزاد	زمان اولین شیردهی
گرمادرمانی	۸/۶±۰/۴	۹/۸±۰/۳	۴/۱۴±۰/۹	۵/۲±۱/۹
کنترل	۸/۶±۰/۴	۹/۹±۰/۱	۴/۳±۱/۲	۵/۹±۲/۱
سطح معنی‌داری	۰/۸۴	۰/۱۷	۰/۸۶	۰/۴۳

بین تمایل به استفاده مجدد از روش‌های مداخله و استفاده از روش‌های مداخله به تفکیک در هر گروه، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت، ولی بین دو گروه از نظر رضایت

جدول شماره ۵: فراوانی رضایتمندی زنان در دو گروه

متغیر	گروه‌ها	گرمادرمانی	کنترل	سطح معنی‌داری
رضایت نسبت به نوع مداخله	بسیار راضی	٪۳۱/۴	٪۲/۸	۰/۰۰۱
	راضی	٪۳۷/۲	٪۲۸/۶	
	نظری ندارم	٪۳۱/۴	٪۴۰	
	ناراضی	٪۰	٪۱۴/۳	
تمایل به استفاده مجدد	بسیار ناراضی	٪۰	٪۱۴/۳	۰/۳۹
	بلی	٪۷۱/۴	٪۶۰	
	خیر	٪۲۸/۶	٪۴۰	
	بلی	٪۷۴/۳	٪۷۷/۱	
نظر زنان در مورد استفاده از این روش برای دیگر زنان	خیر	٪۲۵/۷	٪۳۷/۱	۰/۳۷
	بسیار راضی	٪۲۵/۷	٪۲/۸	
	راضی	٪۵۱/۴	٪۲۲/۹	
	نظری ندارم	٪۲۲/۹	٪۳۷/۱	
رضایت از روند زایمان	بسیار ناراضی	٪۰	٪۲۲/۹	۰/۰۰۱
	بسیار راضی	٪۳۴/۳	٪۰	
	راضی	٪۴۸/۶	٪۲۸/۶	
	نظری ندارم	٪۱۷/۱	٪۴۰	
رضایت از اولین تجربه شیردهی	بسیار ناراضی	٪۰	٪۱۴/۳	۰/۰۰۱
	بسیار راضی	٪۳۴/۳	٪۰	
	راضی	٪۴۸/۶	٪۲۸/۶	
	نظری ندارم	٪۱۷/۱	٪۴۰	

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین شدت درد قبل از مداخله در دیلاتاسیون ۴-۳ سانتی متر (آغاز فاز فعال زایمان) در دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد، ولی در سایر دیلاتاسیون در طی مرحله اول (دیلاتاسیون ۶-۵ سانتی متر، دیلاتاسیون ۸-۷ سانتی متر و دیلاتاسیون ۱۰-۹ سانتی متر)، همچنین در مرحله دوم زایمان، میان دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد.

یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعه انجام‌شده توسط گنجی و همکاران تحت عنوان «تأثیر به‌کارگیری گرما و سرمای متناوب بر روی درد و پیامدهای زایمانی»، همخوانی داشت. در مطالعه گنجی و همکاران، روش کار شامل استفاده از کیسه آب گرم با دمای ۴۰-۳۸ درجه، در حوله پوشیده‌شده بر روی شکم، زیرشکم و پشت کمر برای ۳۰ دقیقه در طی انقباض بود، سپس آن‌ها کیسه یخ پوشیده‌شده با حوله را در همان محل‌های قبلی به مدت ۱۰ دقیقه در طی مرحله اول زایمان استفاده می‌کردند.

این اعمال به‌طور متناوب در طول مرحله اول زایمان تکرار می‌شد. در مرحله دوم نیز کیسه آب گرم به مدت ۱۵ دقیقه بر روی پرینه قرار داده می‌شد، سپس کیسه یخ به مدت ۵ دقیقه در محل قبلی قرار می‌گرفت. این اعمال به‌طور متناوب در طی این مرحله تکرار می‌شد. نتایج مطالعه نشان داد طی مرحله اول شدت درد (در دیلاتاسیون ۵-۶ سانتی‌متر، دیلاتاسیون ۷-۸ سانتی‌متر و دیلاتاسیون ۹-۱۰ سانتی‌متر)، همچنین طی مرحله دوم، کاهش می‌یابد که کاهش شدت درد در گروه مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری با گروه کنترل نشان داد (۱۵). در مطالعه حاضر اگرچه روش کار به‌صورت گرمادرمانی و سرمادرمانی متناوب نبود و تأثیر گرمادرمانی بررسی شد، ولی از نظر تأثیر گرما بر کاهش شدت درد در مرحله اول (در دیلاتاسیون ۵-۶ سانتی‌متر، دیلاتاسیون ۷-۸ سانتی‌متر و دیلاتاسیون ۹-۱۰ سانتی‌متر) و در مرحله دوم زایمان با این مطالعه همخوانی داشت. در همین رابطه، نتایج پژوهش تعاونی و همکاران که در آن به بررسی تأثیر گرمادرمانی روی ساکروم - پرینه بر درد فاز فعال زایمان و رضایت مراجعه‌کنندگان پرداخته شده بود، نشان داد میانگین امتیاز درد به‌طور معنی‌داری در گروه گرما کمتر از گروه کنترل بوده است (۱۶).

در مطالعه Dahlen و همکاران با بررسی تأثیر استفاده از گرما بر روی ناحیه پرینه در مرحله دوم زایمان در کاهش شدت درد، گزارش گردید شدت درد مادران معمولاً پس از زایمان و ۳-۴ ساعت قبل از خروج از بخش زایمان در مقایسه با گروه کنترل، به‌طور معنی‌داری از لحاظ آماری کمتر بوده است (۱۷). نتایج مطالعه بهمنش و همکاران نیز در بررسی تأثیر گرمادرمانی بر شدت درد و طول مدت مراحل زایمان در زنان نخست‌زا، نشان داد میانگین نمره شدت درد در دیلاتاسیون ۶-۷ سانتی‌متر، دیلاتاسیون ۹-۱۰ سانتی‌متر و میانگین کل نمره شدت درد مرحله اول در گروه گرما، کمتر از گروه کنترل بوده است، همچنین شدت درد مرحله دوم زایمان در گروه گرمادرمانی، کمتر از گروه کنترل گزارش گردید (۱۴). در مطالعه حاضر، میانگین طول مدت مرحله اول و دوم در دو گروه، اختلاف معنی‌داری داشت، ولی بین دو گروه از نظر میانگین طول مدت مرحله سوم، اختلاف معنی‌دار نبود، این یافته با نتایج مطالعه بهمنش و همکاران که

گزارش کردند طول مدت مرحله دوم در دو گروه گرمادرمانی و کنترل، تفاوت معنی‌داری نداشته است، همخوانی نداشت (۱۴). احتمالاً یکی از علل تفاوت نتایج مطالعه حاضر با بهمنش و همکاران در عدم کاهش طول مدت مرحله دوم زایمان می‌تواند به دلیل عدم همسان‌سازی عوامل مداخله‌گر مانند پارگی کیسه آب، همچنین عدم استفاده از اکسی‌توسین در مطالعه آن‌ها باشد. از آنجا که گرما باعث افزایش جریان خون در محل مورد استفاده (رحم) می‌شود و با توجه به اینکه افزایش جریان خون می‌تواند در تعداد، قدرت و شدت انقباض عضله رحم مؤثر باشد، شاید اگر به‌منظور تقویت انقباضات رحمی از کیف آب گرم در طی مرحله دوم بر روی کمر و شکم علاوه بر پرینه نیز استفاده می‌شد، در طول مدت مرحله سوم زایمان مؤثر بود.

در مطالعه حاضر، از نظر میانگین نمره آپگار دقیقه اول و پنجم در سه گروه و زمان در آغوش گرفتن و اولین شیردهی در دو گروه، تفاوت معنی‌دار آماری گزارش نشد که با مطالعات دیگر همسو بود (۱۶، ۱۱)؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد مداخله گرمادرمانی اثر سویی بر امتیاز نمره آپگار یا موارد دیگری چون زمان در آغوش گرفتن نوزاد پس از زایمان و اولین شیردهی نداشته است. نتایج مطالعه حاضر با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته سنجش رضایت مادران و رضایتمندی زنان نسبت به نوع مداخله، رضایت از روند زایمان و رضایت از اولین تجربه شیردهی، بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری را نشان داد، ولی درخصوص آیت‌های تمایل به استفاده مجدد از روش‌های مداخله و استفاده از روش‌های مداخله به تفکیک هر گروه، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. در این راستا، نتایج پژوهش تعاونی و همکاران (سال ۱۳۹۲) نشان داد میانگین امتیاز رضایتمندی در گروه سرمادرمانی به میزان معنی‌داری بالاتر از گروه کنترل بوده است (۱۶). به‌نظر می‌رسد زنانی که قادر به مشارکت فعال در امر تولد نوزاد و اداره درد خود باشند، رضایت بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۸). از دیگر فاکتورهای مرتبط با رضایت مادر از فرآیند زایمان می‌توان به عواطف و احساسات مادر، مدت زایمان، نیاز برای مداخله، شرایط نوزاد، حمایت اطرافیان و تیم درمان اشاره کرد (۱۹). در مطالعه حاضر، صرف‌نظر از مداخله به‌کاررفته احتمالاً به دلیل برقراری روابط عاطفی بیشتر و احساس مورد توجه بودن مددجو

شیردهی در تصمیم‌گیری‌های آینده مادر مبنی بر تولد نوزاد دیگر، آن‌هم به روش طبیعی، تأثیر به‌سزایی خواهد داشت.

توسط تیم درمان (حتی در گروه کنترل)، افزایش رضایت مادران قابل توجه است؛ هرچند که با توجه به نتایج مشروح در بالا، کاهش شدت درد زایمان و طول مدت مراحل آن، در رضایت کسب‌شده تأثیر به‌سزایی داشته است.

تشکر و قدردانی

این مقاله توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج (با کد ۰۰۶۴) تأیید شده است. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج که هزینه این طرح پژوهشی (شماره ۱۸۱۸۸۷) را متقبل شدند، همچنین همکاران این طرح که در تمامی مراحل تحقیق ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

شماره ثبت بالینی:

IRCT: 2015031021020N1

نتیجه‌گیری

با توجه به تغییر سیاست‌های کنترل جمعیتی و رویکردهای مبتنی بر افزایش زاد و ولد با تأکید بر زایمان طبیعی در ایران و یا کشورهایی که رشد جمعیتی منفی دارند، به‌نظر می‌رسد استفاده از روش‌های ایمن، غیرتهاجمی، ساده، ارزان و کم‌خطر مانند گرمادرمانی و سرمادرمانی با هدف تسکین شدت درد و کاهش طول مدت مراحل زایمانی می‌تواند کارآمد و مؤثر باشد. از سوی دیگر، در صورت مشارکت فعال مادر در فرآیند اداره زایمان و تولد نوزاد، رضایت مادران از پروسه زایمان افزایش یافته که در نتیجه با برقراری ارتباط عاطفی مستحکم‌تر با نوزاد (باندینگ میان مادر و کودک)، اعتماد به‌نفس مادران در امر شیردهی موفق‌تر شده و مادران توانمندی بیشتری در امر مراقبت از نوزاد خود احساس خواهند کرد؛ لذا ایجاد تجربه شیرین پروسه زایمان و

References:

1. Carvalho B, Cohen SE. Measuring the labor pain experience: Delivery still far off. Int J Obstet Anesth 2013;22(1):6-9. PubMed
2. Janssen P, Shroff F, Jaspar P. Massage therapy and labor outcomes: A randomized controlled trial. Int J Ther Massage Bodywork 2012;5(4):15-20. PubMed
3. Yazdkhasti M, Pirak A. The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. Complement Ther Clin Pract 2016;25:81-86. PubMed
4. Arendt KW, Tessmer-Tuck JA. Nonpharmacologic labor analgesia. Clin Perinatol 2013;40(3):351-71. PubMed
5. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Abnormal labor. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill Professional Pub; 2010. p. 452-4.
6. Simkin PP, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. Am J Obstet Gynecol 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59. PubMed
7. Reis M Modern heat therapy. Business Briefing: US Pharmacy Review; 2004.
8. Simkin P, Ancheta R. The labor progress hand book: Early interventions to prevent and treat dystocia. Pennsylvania: Blackwell Science; 2000.
9. Susan C. Fundamental concepts and skills for nursing. 2nd ed. New York: Sanders Pub; 2005.
10. Khamis Y. Effect of heat on uterine contractions during normal labor. Int J Gynaecol Obstet 1983;21(6):491-3. PubMed

11. Malarewice A, Wydrzyhski G. The influence of water immersion on the course of first Stage of parturition in Primiparous women. *Med Wieku Rozwoj* 2005;9(4):773-80. PubMed
12. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl Nature):S16-24. PubMed
13. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):489-504. PubMed
14. Behmanesh F, Fahami F, Zeinalzadeh M, Bijani A. Effect of heat therapy on pain severity and duration of labor in primigravida women. *J Babol Univ Med Sci* 2008;10(3):48-54. [Full Text in Persian] Link
15. Ganji Z, Shirvani MA, Rezaei-Abhari F, Danesh M. The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2013;18(4):298-303. PubMed
16. Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H. Effect of Sacrum-Perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: A randomized, controlled trial study. *Pain Medicine* 2013;14(9):1301-6. PubMed
17. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS. Soothing the ring of fire: Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery* 2009;25(2):e39-48. PubMed
18. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004;46(2):212-9.
19. Christiaens W, Bracke P. Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:26. PubMed