

# پیامد زایمان و ارتباط آن با وضعیت قرار گیری مادر در مرحله اول لیبر

نازنین شماعیان رضوی\*<sup>۱</sup>، صدیقه عباسپور<sup>۲</sup>، اکرم فرهادی فر<sup>۳</sup>

## چکیده

**زمینه و هدف:** مطالعات مختلف اثرات وضعیت انتخابی مادر را در مراحل مختلف زایمان بررسی نموده اند. تأثیر وضعیت مادر بر شدت درد و پیامد زایمان عاملی است که برخی از محققان به آن اشاره نموده اند. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر دو وضعیت خوابیده و قائم بر پیامد زایمان انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه نیمه تجربی، ۵۶ خانم باردار مراجعه کننده به بیمارستان ۲۲ بهمن شهر گناباد، به طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند؛ سپس هر دو گروه ابتدا مقیاس اضطراب اشیپیل برگر را تکمیل و پس از تعیین شدت درد با مقیاس دیداری درد (VAS) گروه الف در وضعیت نشسته و گروه ب در وضعیت خوابیده قرار گرفتند. در طی ۲ ساعت و در فواصل ۳۰ دقیقه‌ای این وضعیتها به طور متناوب جابه‌جا و در پایان هر ۳۰ دقیقه شدت درد بر اساس VAS سنجیده شد. داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری Mann-Whitney، Wilcoxon و آنالیز واریانس یک طرفه در سطح معنی‌داری  $P \leq 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین زمان شروع شیردهی، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم، میزان رضایت مادر از تجربه زایمان و زمان شروع شیردهی مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در انتهای ساعت اول و دوم و در هر دو گروه شدت درد در دو وضعیت نشسته و خوابیده اختلاف آماری معنی‌داری نشان نداد؛ همچنین میانگین شدت درد در کل وضعیتهای نشسته و کل وضعیتهای خوابیده در کل افراد مورد مطالعه نیز اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. میزان رضایتمندی مادران از تجربه زایمان و نیز زمان شروع شیردهی در گروه مادران الف تفاوت معنی‌داری را در مقایسه با مادران گروه ب نشان داد ( $p=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش بیانگر آن است که وضعیت مادر در مرحله اول لیبر تأثیری بر شدت درد زایمان، طول مرحله دوم زایمان و نمره آپگار دقیقه پنجم ندارد؛ بنابراین وضعیت خاصی را نمی‌توان برای کاهش شدت درد تعیین نمود؛ از طرفی وضعیت مادر بر میزان رضایتمندی مادران از تجربه زایمان، زمان شروع شیردهی، میزان نیاز به تشدید زایمان با اکسی‌توسین و میزان زایمان به روش سزارین تأثیر مثبت دارد. در این خصوص پیشنهاد می‌شود در صورت عدم ممنوعیت پزشکی، مادر در وضعیتی قرار گیرد که در آن احساس راحتی بیشتری کند.

**کلید واژه‌ها:** مرحله اول زایمان؛ درد؛ وضعیت مادر؛ پیامد زایمان

فصلنامه علمی دانشکده علوم پزشکی تربت حیدریه، دوره اول، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲

۱- نویسنده مسؤوول؛ مربی، عضو هیأت علمی گروه آموزشی مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران  
آدرس: تربت حیدریه، خیابان رازی، دانشکده علوم پزشکی

تلفن: ۰۵۳۱ - ۲۲۲۶۰۱۴

پست الکترونیکی:

Nazanin\_sh\_razavi@yahoo.com  
۲- مربی، عضو هیأت علمی گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۳- کارشناس مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

## مقدمه

با مروری بر تاریخ مامایی می توان دریافت که از زمان های گذشته در تمامی تمدن ها از وضعیت مادر به عنوان راهی برای زایمان و تولد سریع تر، آسانتر و قابل تحمل تر استفاده شده است. درد زایمان در ردیف شدیدترین دردهای گزارش شده در انسان می باشد؛ به طوری که با درد ناشی از قطع انگشتان دست مقایسه شده است (۱، ۲). این دردهای بسیار شدید باعث بروز اثرات نامطلوبی بر مادر و جنین می گردد؛ از جمله کاهش جریان خون رحمی - جفتی، اختلال در صدای قلب جنین، خونریزی، پایین بودن نمره آپگار نوزاد، تأخیر تخلیه گوارشی و افزایش احتمال آسپیراسیون ریوی در مادر، ایجاد انقباض در عضلات کف لگن و اختلال در سیر پیشرفت زایمان و نزول عضو نمایشی جنین (۳)، به همین دلیل تسکین دردهای زایمانی به عنوان یکی از مهمترین موضوعات علم مامایی از دیرباز مطرح بوده است.

روشهای تسکین درد زایمان را می توان به سه گروه عمده شامل روشهای دارویی، سایکولوژیکی و فیزیولوژیکی تقسیم کرد (۴). تغییر وضعیت مادر طی مراحل لیبر، به عنوان یکی از روشهای فیزیولوژیک کاهش درد زایمان مطرح شده است. برخی تحقیقات نشان داده اند که وضعیتهای قائم از نظر مادران راحت تر است؛ در برخی دیگر، وضعیت خوابیده به پشت، بیشتر مورد تمایل مادران گزارش شده است (۵)؛ به نظر برخی محققان، نه تنها عملکرد رحمی در زنانی که ایستاده اند، بهتر از کسانی است که خوابیده اند، بلکه در این وضعیت، مادران درد کمتری را احساس می کنند (۶)؛ همچنین اعلام شده است که مادران در وضعیت نشسته، طول زایمان کوتاهتر و درد کمتری نسبت به وضعیت خوابیده دارند (۶). نتایج تحقیقی که در یازده بیمارستان از هفت کشور انجام شد، نیز نشان داد، مادرانی که در طی مراحل زایمانی، در وضعیت قائم قرار گرفته بودند، نسبت به دیگران طول زایمان کوتاهتر و شدت درد کمتری داشتند (۶)، اما Flynn و همکاران، طی مطالعه ای با عنوان «حرکت

کردن مادر طی زایمان» نشان دادند که در صورت راه رفتن مادر، فوایدی چون کوتاه شدن طول زایمان و کاهش دردهای زایمانی کمتر خواهد شد (۷). Calder و McManus نیز به این نتیجه رسیدند که وضعیتهای قائم، نسبت به وضعیتهای خوابیده مزیتی ندارند و تعدادی از مادران، بخصوص نخست زایان، رغبت کمتری به وضعیتهای قائم دارند (۵)؛ گزارش شده است زنانی که قسمتی از طول مرحله اول زایمان را راه می رفتند، نسبت به گروهی که کاملاً در تخت مانده بودند، درد و مشکلات بیشتری داشتند (۶)؛ Calvert و همکاران اظهار داشتند که شدت درد و اضطراب در مادران نخست زایی که طی مراحل زایمانی راه می رفتند، بیشتر از نخست زایانی بود که در تخت دراز کشیده بودند (۸). Adachi و همکاران نیز گزارش کردند که درد ناحیه تحتانی کمر طی لیبر در حالت نشسته بسیار کمتر از حالت خوابیده است (۹). خاوندی زاده و همکاران نیز گزارش کردند که وضعیت انتخابی و آزاد مادر در طی مرحله فعال زایمان تأثیر مثبت بر نتایج زایمان و آپگار دقیقه اول دارد (۱۰) روشهای تسکین درد و کارایی آنها همواره مورد اختلاف نظر بوده است. (۱۰). با توجه به نتایج متناقض تحقیقات انجام شده در مورد تأثیر وضعیت قرارگیری مادر بر شدت درد و پیامد زایمان، که به گوشه ای از آن اشاره شد، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی تأثیر وضعیت مادر طی لیبر، بر شدت درد و پیامد زایمان زایمان انجام شد.

## روش بررسی

در این مطالعه نیمه تجربی، ۵۶ نفر از خانمهای باردار مراجعه کننده به زایشگاه ۲۲ بهمن شهر گناباد مورد بررسی قرار گرفتند. واحدهای پژوهش خانمهای نخست باردار ۱۶-۳۵ ساله ای بودند که حاملگی ترم، تک قلو و پرده های جنینی سالم داشتند.

این خانمها سابقه هیچ گونه مشکل طبی، جراحی یا روانی نداشتند و در طول بارداری نیز مشکل خاصی نداشتند. انقباضات واحدهای پژوهش خودبه خود شروع شده و در هنگام پذیرش تکرر انقباضات هر ۵-۱۰ دقیقه و اتساع دهانه

رحم ۲-۵ سانتیمتر بود. این افراد به طور تصادفی در دو گروه «الف» و «ب» قرار گرفتند. در طی مراحل پژوهش نیز مواردی مانند استفاده از اکسی توسین، بروز زجر جنینی و غیر طبیعی شدن سیر زایمان، از مطالعه خارج شدند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل فرم مصاحبه (مشمتمل بر مشخصات فردی، تاریخچه بارداری، وضعیت خانوادگی، اطلاعات بارداری و ...)، فرم مشاهده (مشمتمل بر اطلاعات ارزیابی شدت درد، انقباضات رحمی، ضربان قلب جنین و ارزیابی سیر پیشرفت مرحله اول زایمان و مشخصات نوزاد و زمان شروع اولین شیردهی)، مقیاس اضطراب آشکار اشیپیل برگر (مشمتمل بر ۲۰ عبارت و امتیاز بین ۲۰-۷۶ که در شش طبقه تقسیم بندی می شود) و مقیاس دیداری درد (خطی عمودی به طول ۱۰ سانتیمتر است که از صفر تا ۱۰ شماره گذاری شده است. صفر به معنای «کاملاً بدون درد» و ۱۰ «حداکثر شدت درد» است) بود.

جهت تعیین روایی دو فرم مصاحبه و مشاهده از روش روایی محتوی استفاده شد. پایایی این فرم ها نیز با استفاده از روش همبستگی بین پژوهشگران و با  $r=0.97$  مورد تأیید قرار گرفت. مقیاس دیداری درد نیز ابزاری استاندارد بوده و مورد تأیید می باشد. استفاده از این فرم در دردهای حاد نسبت به سایر روشهای اندازه گیری درد نظیر مقیاس مک گیل نتایج دقیقتری به دست می دهد (۱۱).

مقیاس اضطراب اشیپیل برگر نیز استاندارد می باشد و پایایی آن تأیید شده است. فرم مورد استفاده در این پژوهش، توسط بهروز مهram در سال ۱۳۷۲ در سطح شهر مشهد هنجاریابی شده است (۱۱).

در مرحله جمع آوری اطلاعات، ابتدا مقیاس اضطراب اشیپیل برگر در مورد واحدهای پژوهش تکمیل گردید و شدت درد بر اساس مقیاس VAS سنجیده می شد؛ سپس واحدهای پژوهش به مدت دو ساعت تحت کنترل قرار می گرفتند. در طی این مدت مادران در گروه «الف» در چهار دوره ۳۰ دقیقه ای به ترتیب در وضعیتهای نشسته- خوابیده

به پشت- نشسته- خوابیده به پشت و مادران در گروه «ب» نیز در چهار دوره ۳۰ دقیقه ای به ترتیب در وضعیتهای خوابیده به پشت، نشسته، خوابیده به پشت، نشسته قرار می گرفتند. در پایان هر ۳۰ دقیقه، شدت درد زایمان در واحدهای پژوهش بر اساس VAS مورد ارزیابی قرار می گرفت؛ در طی این مدت انقباضات رحمی، وضعیت اتساع دهانه رحم و نزول سر جنین، یک بار قبل از تعیین وضعیت و سپس در پایان ساعت اول و پایان ساعت دوم کنترل و ثبت می شد. پس از زایمان نیز اطلاعات مربوط به مشخصات زایمان و نوزاد با توجه به پرونده مادر در فرم مشاهده ثبت می شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از آزمونهای آماری Wilcoxon, Mann-Whitney, Chi-Square و آنالیز واریانس یک طرفه در سطح معنی داری  $p \leq 0.05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

#### یافته ها

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در بررسی مشخصات فردی واحدهای پژوهش از جمله سن، تحصیلات، شغل مادر و تحصیلات همسر بیانگر آن بود که دو گروه از نظر این متغیرها اختلاف آماری معنی دار ندارند.

میانگین سن در واحدهای پژوهش  $27/39 \pm 11/08$  سال بود و  $47/5\%$  ایشان تحصیلاتی در حد دیپلم و بالاتر داشتند و  $59/3\%$  آنها نیز خانه دار بودند.

دو گروه از نظر وزن مادر، قد مادر، وزن نوزاد و نمره آپگار نوزاد، اختلاف آماری معنی داری نداشتند. میانگین وزن و قد مادران به ترتیب  $69/71 \pm 9/98$  کیلوگرم و  $153/87 \pm 11/42$  سانتیمتر و میانگین وزن نوزادان  $3150 \pm 373/13$  گرم بود.

دو گروه از نظر برخی دیگر از عوامل مداخله گر از جمله سابقه قاعدگی دردناک، درد کمر طی دوران بارداری، مدت زمان پیاده روی طی دوران بارداری، وضعیت ثبات خانوادگی و اعتقادات مذهبی نیز اختلاف آماری معنی داری نداشتند.

بررسی سطح اضطراب آشکار واحدهای پژوهش در زمان پذیرش نشان داد که  $67/3\%$  از افراد مورد مطالعه، اضطرابی

گروه الف به طور معنی داری کوتاهتر از گروه ب بود.  
 $p=0/001$  آپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه تفاوت معنی داری را نشان نداد.

### بحث

یافته اصلی پژوهش حاضر بیانگر آن بود که میانگین شدت درد زایمان در کل وضعیتهای نشسته و کل وضعیتهای خوابیده در کل واحدهای پژوهش اختلاف آماری معنی داری ندارد. این یافته به معنای آن است که بر این اساس وضعیت قرار گرفتن مادر طی لیبر، تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد. در مورد تأثیر وضعیت مادر طی لیبر، بر شدت درد زایمان، برخی از پژوهشگران نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند؛ از جمله McManus و Calder گزارش کردند که بین وضعیتهای قائم در مادر و استفاده از مواد ضد درد ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد (۵). Williams نیز ارتباط معنی داری بین مصرف ضد دردها و وضعیت مادر طی لیبر گزارش نکرد (۱۱). Calvert و همکاران، گزارش کردند که شدت درد در گروهی از زنان که طی زایمان راه می‌رفتند، شدیدتر از گروه خوابیده بود و بالاترین سطح درد مربوط به نخست‌زایانی بود که در گروه متحرک قرار داشتند (۸) همچنین گزارش شده است که فقط ۴۱٪ از افراد طی زایمان وضعیت قائم را انتخاب نمودند و از میان نخست‌زایان، تنها یک سوم افراد تمایل به راه رفتن داشتند (۶). گوهرنژاد نیز در پژوهشی مشابه گزارش نمود که وضعیت مادر تأثیری بر شدت درد زایمان ندارد و شدت درد مرحله اول زایمان در دو وضعیت قائم و خوابیده یکسان است (۶). آندروس و کورزانسکی بیان نمودند که وضعیت قائم مادر بدون این که تأثیر سوء بر روی سلامت مادر و نوزاد داشته باشد تأثیر واضحی بر انقباضات رحمی داشته و مدت زمان حداکثر شیب زایمانی را کاهش می‌دهد که پرستاران و ماماها باید نسبت به آن آگاه باشند (۵).

در این پژوهش، در هر دو گروه، میانگین شدت درد در وضعیتهای قائم و خوابیده تفاوت آماری معنی داری داشت؛ به

در حد متوسط داشتند؛ سطح اضطراب ۲۲/۴٪ از آنها خفیف بود و تنها ۱۰/۲٪ اضطراب بسیار شدید داشتند؛ بر اساس نتایج آزمون Chi-Square دو گروه از این نظر همگن بودند. پس از کنترل همه عوامل مداخله‌گر، در بررسی اهداف اختصاصی، نتایج آزمون Mann-Whitney نشان داد که میانگین شدت درد قبل از تعیین وضعیت در دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نداشته است.  
 $(P=0/825, U=391/50, Z=-0/221)$ .

دیگر نتایج آزمون Mann-Whitney در بررسی میانگین شدت درد، در پایان ساعت اول نشان داد که دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی‌داری نداشته‌اند.  
 $(P=0/239, U=355/00, Z=-1/178)$ .

همچنین بر اساس نتایج آزمون Mann-Whitney، اختلاف میانگین شدت درد بر اساس VAS در پایان ساعت دوم نیز بین دو گروه معنی‌دار نبود.  
 $(P=0/203, U=355/50, Z=-1/273)$ .

مقایسه شدت درد در کل وضعیتهای نشسته و خوابیده در گروه الف (شروع با وضعیت نشسته) نشان داد که میانگین شدت درد در وضعیت نشسته  $13/57 \pm 3/44$  و در وضعیت خوابیده  $12/59 \pm 3/77$  بوده که بر اساس نتایج آزمون Wilcoxon، میانگین شدت درد در این دو وضعیت، اختلاف آماری معنی‌داری نشان داد ( $P=0/038, Z=2/071$ ) (جدول ۱).

همچنین مقایسه شدت درد در کل وضعیتهای نشسته و خوابیده گروه ب (شروع با وضعیت خوابیده) نشان داد که میانگین شدت درد در وضعیت نشسته  $11/43 \pm 4/04$  و در وضعیت خوابیده  $12/78 \pm 3/32$  بوده که بر اساس نتایج آزمون Wilcoxon، میانگین شدت درد در این دو وضعیت اختلاف آماری معنی‌داری داشت ( $P=0/007, Z=-2/691$ ) (جدول ۲).

میانگین شدت درد در کل وضعیتهای نشسته و کل وضعیتهای خوابیده به ترتیب  $12/39 \pm 3/90$  و  $12/69 \pm 3/50$  بود و مقایسه دو وضعیت، اختلاف آماری معنی‌داری را نشان نداد ( $P=0/574, Z=-0/562$ ) (جدول ۳). همچنین زمان شروع شیردهی و میزان رضایتمندی مادر از تجربه زایمان در

طوری که میانگین شدت درد، در گروهی که با وضعیت قائم وارد پژوهش شدند، در وضعیت خوابیده و در گروهی که با وضعیت خوابیده وارد پژوهش شدند، در وضعیت قائم بالاتر بود. میزان فراوانی سزارین، نمره اپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

جدول ۱: مقایسه میانگین شدت درد بر اساس VAS (در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده گروه الف)

وضعیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قائم	۲۸	۱۳/۵۷	۳/۴۴	۶	۱۹
خوابیده	۲۷	۱۲/۵۹	۳/۷۷	۴	۱۷
نتیجه آزمون Wilcoxon Test: $Z=-۲/۰۷۱$ , $P=۰/۰۳۸$					

جدول ۲: مقایسه میانگین شدت درد بر اساس VAS (در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده گروه ب)

وضعیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قائم	۲۸	۱۱/۴۳	۴/۰۴	۳	۲۰
خوابیده	۲۷	۱۲/۷۸	۳/۳۲	۵	۲۰
نتیجه آزمون Wilcoxon Test: $Z=-۲/۶۹۱$ , $P=۰/۰۰۷$					

جدول ۳: مقایسه میانگین شدت درد بر اساس VAS (در کل وضعیت‌های نشسته و خوابیده در کل واحدهای پژوهش)

وضعیت	تعداد	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قائم	۵۸	۱۲/۳۹	۳/۹۰	۳	۲۰
خوابیده	۵۹	۱۲/۶۹	۳/۵۰	۴	۲۰
نتیجه آزمون Wilcoxon Test: $Z=-۰/۵۶۲$ , $P=۰/۵۷۴$					

گذاشته شود؛ زیرا در هر فرد بنا به وضعیت خاص وی، قرار گرفتن در وضعیت‌های قائم یا خوابیده، می‌تواند راحت‌ترین وضعیت باشد و نباید مادر را بدون تمایل خودش مجبور به راه رفتن یا دراز کشیدن در تخت نمود؛ بلکه مادران با تغییر وضعیت در اوایل یا اواخر مرحله اول زایمان می‌توانند به وضعیت مناسبی که در آن احساس راحتی بیشتری می‌کنند، دست یابند. در این رابطه گفته شده است که نقش ماما در کمک به مادر مبنی بر اتخاذ یک وضعیت مناسب طی لیبر، بسیار تعیین‌کننده است و توصیه ماما در این رابطه بسیار مهم می‌باشد؛ بنابراین ماماها باید مادر را در انتخاب یک وضعیت مناسب و راحت و بنا به میل مادر یاری دهند (۱۱). پژوهشگران در این مطالعه با محدودیتهای غیر قابل کنترلی از جمله وجود آستانه درد متفاوت در افراد، تفاوت

با توجه به این که با پیشرفت زایمان، شدت درد نیز افزایش می‌یابد، می‌توان با توجه به جابه‌جایی متناوب وضعیت‌ها، این اختلاف معنی‌دار را ناشی از سیر پیشرفت زایمان دانست و نه تغییر وضعیت‌ها. در این رابطه گزارش شده است که پیشرفت زایمان با افزایش شدت درد ارتباط معنی‌داری دارد (۱)، گوهرنژاد نیز در پژوهش خود به نتایج مشابهی دست یافت (۶).

### نتیجه‌گیری

به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان گفت که شدت درد مادران در دو وضعیت نشسته و خوابیده یکسان است؛ بنابراین توصیه می‌شود تعیین وضعیت مادر در صورتی که منع پزشکی نداشته باشد، به عهده خود مادر

## تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق با پژوهشگران همکاری داشته اند کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

تصور از درد زایمان و تفاوت میزان استراحت و خواب قبل از شروع درهای زایمانی روبه‌رو بودند

### References:

- 1- Melzack R. The myth of painless childbirth. *Pain*. 1984; 19 (4): 321-37.
- 2- Lurie S. Euphemia Maclean, Agnes Sampson and pain relief during labour in 16th century Edinburgh. *Anaesthesia*. 2004; 59 (8): 834-35.
- 3- May KA, Mahlmeister LR. *Comprehensive maternity nursing*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 1999.
- 4- Beischer N, Mackay P. *Care of the pregnant woman and her baby*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders; 1989.
- 5- McManus TJ, Calder AA. Upright posture and the efficiency of labor. *Lancet*. 1978; 1 (8055): 72-4.
- ۶- Flynn N, Jkelly H, Chollins M. Ambulation in labor. *Br Med J*. 1998; 3 (11): 591- 593.
- ۷- Calvert JP, Newcombe RG, Hibbard BM. An assessment of radiotelemetry in the monitoring of labor. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982; 89 (4): 285-91.
- ۸- Adachi K, Shimada M, Usui A. The relationship between the parturient position and perceptions of labor pain intensity. *Nurs Res*. 2003; 52 (1): 47-51.
- ۹- Camann W. Pain relief during labor. *New England J Med*. 2009 352(7): 718-20.
- ۱۰- Cunningham M, Gant W. *Obstetrics*. 20<sup>th</sup> ed. St.Louis: Simons & Lang Schuster; 2005.
- ۱۱- De Jonge A, Lagro- Janssen AL. Birthing position. A qualitative study into the views of woman about various birthing positions. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2008; 25(1): 47-55.

## The impacts of maternal position at first stage of labor on delivery outcomes

*Shamaeiyan R. N<sup>1</sup>, Abbaspour S<sup>2</sup>, Farhadifar A<sup>3</sup>*

1. **Corresponding author:** MSc in Midwifery, Faculty Member at Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

2. MSc in nursing, Faculty Member at Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

3. Graduated of Midwifery, Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences, Torbat Heydariyeh, Iran.

### **Abstract:**

**Background:** A number of studies investigated the effects of maternal position in different stages of delivery. Some of these studies mentioned the effects of maternal position on pain and delivery's outcome. This study aimed to compare effects of two sitting and supine positions on delivery's outcome.

**Materials and Methods:** In this quasi-experimental study, 56 pregnant women randomly allocated to two groups. Then both groups were asked to fill Berger Nervousness Measure and determine their pain using Visual Analog Scale (VAS). Group A began with 30 min in the sitting position and group B began with 30 min supine position, followed by 30 min supine sitting position. Therefore maternal position in group A was sitting- supine- sitting- supine, and in group B was supine- sitting-supine sitting. Each 30 min period the woman asked to rate the labor pain using visual Analog scale (VAS). Data was analyzed using Chi-Square, Mann-Whitney, Wilcoxon and Variance Analysis.

**Results:** There were no statistically significant differences between mean pain in sitting and supine position in all women. There were significant differences in satisfaction with labor experience and time to start breastfeeding in two groups ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** We conclude that a certain position can not provide less pain through the first Stage of labor. Therefore is no reason to discourage patients from adopting the position of their choice in labor. On the other hand, maternal position has positive impact on Satisfaction, earlier time to start breastfeeding, need for accelerating labor with oxytocin and cesarean rate. So it is recommended to apply most convenient maternal status if there is no medical problem.

**Keywords:** First stage of labor, Pain, outcome of Delivery, Maternal position