

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

118222



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
دانشکده پرستاری و مامایی

بررسی مقایسه ای تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست (TENS) در نقاط
مختلف، بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مامایی (گرایش آموزش مامایی)

استاد راهنما:

سرکار خانم سیده فاطمه واثق رحیم پرور

استاد مشاور:

سرکار خانم مینو پاک گوهر

استاد مشاور آمار:

جناب آقای دکتر محمودی

دانشجو:

ظاهره صدیقیان

تیر ۱۳۸۷

۱۳۸۸/۵/۱۷

انتهای اطلاعات بزرگ علمی بود
تمت بزرگ

۱۱۵۶۴۴

سپاس

اینک که به شکرانه ایزد منان این پژوهش به پایان رسیده، جای دارد که مراتب تشکر و قدردانی خود را نثار عزیزانی کنم که در تمام مراحل انجام این پژوهش اینجانب را مورد لطف خود قرار دادند و کمک خود را از من دریغ نمودند.

صمیمانه ترین مراتب تشکر و سپاس خود را حضور استاد محترم راهنما سرکار خانم سیده فاطمه واثق رحیم پرور تقدیم می کنم که در تمامی مراحل پژوهش با راهنمایی های خردمندانه خود به کیفیت مطالب آن افزودند.

سپاس و تشکر فراوان حضور استاد محترم مشاور سرکار خانم مینو پاک گوهر که با دقت نظر برای ارتقای کیفیت پژوهش مرا یاری کردند، تقدیم داشته و موفقیت بیش از پیش ایشان در کسب مدارج علمی را آرزومندم.

دروود و سپاس حضور استاد محترم مشاور آمار جناب آقای دکتر محمودی که با وجود مشغله فراوان با سعه صدر در زمینه تجزیه و تحلیل آماری این پژوهش از معلومات خود بیدریغ برای اعتلای این پژوهش کوشش نمودند، تقدیم می دارم.

از استاد محترم جناب آقای علیرضا احسنی همکار اصلی طرح که در شکل گیری و به بار نشستن این طرح بسیار همکاری نمودند، سپاسگزارم.

دروود و سپاس فراوان حضور اساتید محترم ناظر سرکار خانم مدرس و سرکار خانم سیده طاهره میرمولایی که با دقت این پایان نامه را مطالعه و نکات اصلاحی را یادآور شدند، تقدیم می دارم.

همچنین مراتب تشکر خود را از همکاری ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران جناب آقای دکتر رضا نگارنده، معاون محترم آموزشی و مسئول تحصیلات تکمیلی سرکار خانم دکتر ناهید دهقان نیری، معاون محترم پژوهشی سرکار خانم مهرناز گرانمایه، کلیه اساتید محترم گروه مامایی، پرسنل محترم کتابخانه و مرکز اطلاع رسانی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام می دارم.

از همکاری ریاست، مدیریت، دفتر پرستاری، مسئول و پرسنل محترم اتاق زایمان زایشگاه ایزدی قم که در طول انجام پژوهش با اینجانب نهایت همکاری را به عمل آوردند، بسیار سپاسگزارم.

برای تمامی مادران به ویژه مادرانی که با شرکت در این پژوهش مرا یاری نمودند، آرزوی سلامتی می کنم.

از همسر عزیزم جناب آقای مهندس حسین فراهانی که همواره مشوق من در عشق به علم بوده و در طول تحصیل تمام کاستی ها را با بردباری تحمل نموده است، همچنین از خانواده محترم ایشان به ویژه مادر بزرگوارشان که کمک شایانی به بنده نمودند بسیار سپاسگزارم.

از دو گل زیبای زندگی، معصومه و احسان کوچکم که با صبوری کودکانه شان نبودنهایم را در تمام لحظاتی که نیازمند حضورم بودند، به انتظار نشستند ممنونم.

از خانواده محترم خود به خصوص پدر و مادر عزیزم که در زندگی زحمت فراوانی برایم کشیده اند، بسیار متشکرم.

تقدیم به:

بانوی دو عالم ریحانه رسول، حضرت فاطمه زهرا
(سلام الله علیها)

و دختر گرانقدرشان، اسوه صبر و شکیبایی حضرت
زینب کبری (سلام الله علیها)

و بانوی کرامت، شفیعه دو سرا حضرت فاطمه
معصومه (سلام الله علیها) که هر چه دارم از یمن
وجود آن بانوی بزرگوار است.

و خانم حضرت ام البنین (سلام الله علیها) والاترین
نمونه مادری فداکار که به بار نشستن این پژوهش
را مدیون آن خانم هستیم.

مسئولیت:

صحت مطالب موجود در این پایان نامه بر عهده پژوهشگر می باشد.

چکیده:

عنوان: بررسی تأثیر تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست در نقاط مختلف بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در مادران نخست‌زا

مقدمه: تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست یا تنس یکی از روش‌های غیر دارویی است که برای تسکین درد زایمان به کار می‌رود. مطالعات متعدد در مورد تأثیر آن در محل مرسوم (مهره‌های کمری- ساکرال) نتایج متناقضی ارائه داده‌اند. استفاده از تنس روی نقاط طب سوزنی روش جدیدی است که اخیراً در مورد کاهش درد زایمان نیز به کار رفته، اما تا کنون مطالعه‌ای جهت مقایسه اثر بخشی این روش جدید با روش مرسوم انجام نشده است. این مطالعه با هدف تعیین نقاط موثرتر کاربرد تنس بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در مادران نخست‌زا انجام گرفته است.

روش: پژوهش حاضر یک کارآزمایی مقایسه‌ای تصادفی است که بر روی ۸۴ زن نخست‌زا (در هر گروه ۴۲ نفر) انجام شد. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه کاربرد تنس روی نقاط طب سوزنی (هگو و سان اینجائو) و مهره‌های کمری- ساکرال (T10-L1 و S2-S4) تقسیم شدند. دستگاه روی جریان مداوم، فرکانس ۱۰۰ هرتز در دقیقه و طول موج ۲۵۰ میکروثانیه تنظیم شد. در طول فاز فعال زایمان به طور متناوب ۲۰ دقیقه روشن و ۲۰ دقیقه خاموش بود. شدت درد قبل از مداخله و سپس هر یک ساعت تا پایان فاز فعال با ابزار استاندارد دیداری VAS در دو گروه ثبت شد. مشخصات انقباضات، علائم حیاتی مادر و ضربان قلب جنین در طی فاز فعال و همچنین طول فاز فعال، طول مرحله دوم زایمان، مدت استفاده از تنس، میزان استفاده از سنتوسینون، نمره آپگار و وزن نوزاد ثبت و در طی ۳ ساعت پس از زایمان پرسشنامه رضایت از نوع مداخله در دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری تی تست، کای دو و فیشر و با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و خصوصیات مربوط به بارداری و وضعیت پذیرش همگن بودند. شدت درد دو گروه پیش از مداخله و در هیچ یک از ساعات پس از مداخله تفاوت معنادار نداشت اما روند افزایش درد در گروه نقاط طب سوزنی از ساعت سوم به بعد کندتر شد و شیب ملایمتری داشت. طول فاز فعال زایمان در گروه نقاط طب سوزنی به طور معناداری کوتاهتر از گروه مهره‌های کمری- ساکرال بود ($P=0/007$). میزان استفاده از سنتوسینون در گروه طب سوزنی به طور معناداری کمتر از گروه دیگر بود ($P=0/024$). دو گروه از نظر طول مرحله دوم زایمان، نمره آپگار، وزن نوزاد، علائم حیاتی مادر و میزان رضایت از نوع مداخله تفاوت معنادار نداشتند.

نتیجه‌گیری نهایی: با توجه به کندتر بودن روند افزایش درد و کوتاه‌تر بودن طول فاز فعال در گروه نقاط طب سوزنی نسبت به گروه مهره‌های کمری- ساکرال، پیشنهاد می‌شود در مادران نخست‌زا در طی زایمان، تنس روی نقاط طب سوزنی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست (تنس)، درد زایمان، فاز فعال زایمان، نخست‌زا، طب سوزنی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: معرفی پژوهش

۲زمینه پژوهش

۷اهداف پژوهش

۷فرضیات پژوهش

۸پیش فرض ها

۹تعریف واژه ها

فصل دوم: دانستنی های موجود در مورد پژوهش

۱۵چهارچوب پژوهش

۷۷مروری بر مطالعات

فصل سوم: روش پژوهش

۹۷نوع پژوهش

۹۷جامعه پژوهش

۹۷نمونه پژوهش

۹۷روش تعیین حجم نمونه

۹۸روش نمونه گیری

۹۸مشخصات واحدهای پژوهش

۹۹معیارهای خروج از مطالعه

۹۹محیط پژوهش

۹۹روش و ابزار گردآوری داده ها

۱۰۰روش تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها

۱۰۰روش تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده ها

۱۰۱روش جمع آوری داده ها

۱۰۴روش تجزیه و تحلیل داده ها

۱۰۴ملاحظات اخلاقی

۱۰۵محدودیت های پژوهش

فصل چهارم: یافته های پژوهش

جداول و نمودارها.....۱۰۷

فصل پنجم: نتایج پژوهش

تجزیه و تحلیل یافته ها.....۱۶۳

نتیجه گیری نهایی.....۱۹۲

کاربرد یافته ها.....۱۹۷

پیشنهادات.....۱۹۹

فهرست منابع:

فهرست منابع فارسی.....۲۰۱

فهرست منابع انگلیسی.....۲۰۵

پیوست ها:

پیوست شماره (۱): چکیده پژوهش به زبان انگلیسی

پیوست شماره (۲): پرسشنامه، برگ ثبت مشاهدات و فرم رضایت آگاهانه

فهرست جداول و نمودارها

- جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۰
- جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تحصیلات واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۱
- جدول شماره (۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شغل واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۲
- جدول شماره (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تحصیلات همسر در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۳
- جدول شماره (۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شغل همسر در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۴
- جدول شماره (۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان درآمد ماهیانه خانواده در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۵
- جدول شماره (۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی کفایت درآمد ماهیانه خانواده در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۶
- جدول شماره (۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی خواسته بودن حاملگی از نظر واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۷
- جدول شماره (۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی خواسته بودن حاملگی از نظر همسر در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۸
- جدول شماره (۱۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاع از جنسیت جنین در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۱۹
- جدول شماره (۱۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی رضایت همسر از جنسیت جنین در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۰
- جدول شماره (۱۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد سقط در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۱
- جدول شماره (۱۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تعداد دفعات دریافت مراقبت های بارداری در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۲
- جدول شماره (۱۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شیوه دریافت مراقبت در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۳
- جدول شماره (۱۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی شرکت در کلاس های آمادگی زایمان در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۴

- جدول شماره (۱۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آشنایی با روش های کاهش درد زایمان در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۵
- جدول شماره (۱۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آشنایی با روش تنس در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۶
- جدول شماره (۱۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی میزان تحمل درد از نظر فرد در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۷
- جدول شماره (۱۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی سهولت استفاده از مسکن در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۸
- جدول شماره (۲۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی سابقه قاعدگی دردناک در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۲۹
- جدول شماره (۲۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی سن حاملگی در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۰
- جدول شماره (۲۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات واحدهای پژوهش در زمان پذیرش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۱
- جدول شماره (۲۳): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات واحدهای پژوهش هنگام پارگی کیسه آب در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۲
- جدول شماره (۲۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مشخصات واحدهای پژوهش جهت دریافت سنتوسینون در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۳
- جدول شماره (۲۵): توزیع فراوانی مطلق و نسبی دریافت مسکن در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۴
- جدول شماره (۲۶): توزیع فراوانی مطلق و نسبی مجموع زمان روشن بودن دستگاه تنس در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۵
- جدول شماره (۲۷): توزیع فراوانی مطلق و نسبی طول فاز فعال زایمان در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۶
- جدول شماره (۲۸): توزیع فراوانی مطلق و نسبی طول مرحله دوم زایمان در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۷
- جدول شماره (۲۹): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آپگار دقیقه اول در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۸
- جدول شماره (۳۰): توزیع فراوانی مطلق و نسبی آپگار دقیقه پنجم در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۳۹
- جدول شماره (۳۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی وزن نوزاد در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۰

- نمودار شماره (۱): نمودار مقایسه ای میانگین فاصله انقباضات واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۱
- نمودار شماره (۲): نمودار مقایسه ای میانگین طول انقباضات واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۲
- نمودار شماره (۳): نمودار مقایسه ای میانگین شدت انقباضات واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۳
- نمودار شماره (۴): نمودار مقایسه ای میانگین میزان دیلاتاسیون سرویکس واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۴
- نمودار شماره (۵): نمودار مقایسه ای میانگین میزان افسمان سرویکس واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۵
- نمودار شماره (۶): نمودار مقایسه ای میانگین جایگاه سر جنین واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا ۱۴۶
- نمودار شماره (۷): نمودار مقایسه ای میانگین تعداد ضربان قلب جنین واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۷
- نمودار شماره (۸): نمودار مقایسه ای میانگین فشار خون سیستولیک واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۸
- نمودار شماره (۹): نمودار مقایسه ای میانگین فشار خون دیاستولیک واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۴۹
- نمودار شماره (۱۰): نمودار مقایسه ای میانگین تعداد نبض واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۵۰
- نمودار شماره (۱۱): نمودار مقایسه ای میانگین تعداد تنفس واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۵۱
- نمودار شماره (۱۲): نمودار مقایسه ای میانگین درجه حرارت واحدهای پژوهش در زمان های مختلف در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۵۲
- نمودار شماره (۱۳): نمودار مقایسه ای درصد رشد درد در طی فاز فعال در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۵۳
- جدول شماره (۳۲): میانگین، انحراف معیار و تغییرات شدت درد پیش از مداخله و ساعت اول پس از مداخله در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۵۴
- جدول شماره (۳۳): میانگین، انحراف معیار و تغییرات شدت درد ساعت اول و دوم پس از مداخله در واحدهای پژوهش در دو گروه کاربرد تنس روی مهره های کمری - ساکرال و نقاط طب سوزنی در زنان نخست زا..... ۱۵۵

فصل اول

زمینه پژوهش:

زایمان یک پدیده مهم در زندگی مادر می باشد، ولی نگرانی هایی را نیز به علت درد زایمانی و خطرات احتمالی که او را تهدید می کند به دنبال دارد. درد زایمان یکی از جانکاه ترین دردهایی است که مادران از ابتدای آفرینش تجربه کرده اند، ولی چون نوزادی متولد می شود این درد و رنج تا حدودی فراموش می شود (طاهریان، ۱۳۸۴، ص ۲۶۲). زایمان یک پدیده فیزیولوژیک طبیعی است که به صورت دردناک توصیف شده است (تروت^۱، ۲۰۰۴، ص ۴۸۲). درد زایمان پدیده شایعی است که اکثر زنان حین زایمان با آن درگیر هستند. به طوری که ۱۵٪ درد خفیف، ۳۵٪ درد متوسط، ۳۰٪ درد شدید و ۲۰٪ درد غیرقابل تحمل در حین زایمان دارند. زنان نخست زا درد زایمان را شدیدتر توصیف می کنند (پازنده به نقل از بونیکا، ۱۳۸۳، ص ۲۶۹).

درد حس نامطبوعی است که شایع ترین علت شکایت بیمار و مراجعه او را به پزشک تشکیل می دهد و در این بین احتمالاً درد زایمان شدیدترین دردی است که یک مادر در طول عمر خویش تجربه می کند (رفیعی، ۱۳۸۴، ص ۲۸).

با وجودی که زایمان یکی از زیباترین پدیده های خلقت است، اما درد آن باعث اضطراب در مادر، انقباض عضلانی و خونرسانی کمتر به رحم شده در نتیجه موجب زایمان طولانی تر و درد بیشتر می گردد (قمیان، ۱۳۸۳، ص ۲). درد شدید زایمان باعث اختلال در کارایی انقباضات رحمی، طولانی شدن زایمان، مداخله های مامایی و عوارض ناشی از آن می گردد. به علاوه این درد باعث آشفتگی هیجانی مادر شده، سلامت روانی او را مختل و در روابط او با نوزاد و همسرش تأثیر منفی می گذارد (شهشهان، نصر اصفهانی و پورمومنی، ۱۳۷۹، ص ۲۰۸).

درد زایمان دارای دو جزء احشایی و سوماتیک می باشد. درد احشایی به طور اولیه از سگمان تحتانی رحم و سرویکس منشأ می گیرد و از طریق اعصاب حسی پاراسرویکال^۲ همراه اعصاب سمپاتیک به سیستم عصبی مرکزی منتقل می شود. درد سوماتیک در زایمان مرتبط با کشش کف لگن، واژن و پرینه می باشد. درد انتهای مرحله اول و دوم زایمان به طور عمده از

1 Trout

2 Paracervical

گیرنده های واژن و پرینه و اعصاب شرمگاهی به ناحیه S2-S4 انتقال می یابد (مک دونالد، ۲۰۰۱، ص ۱۳۴۰).

طبق بررسی های انجام شده یکی از علل عمده سزارین ترس از زایمان می باشد (جعفرنژاد، ۱۳۸۳، ص ۴۱). متأسفانه امروزه مادران باردار به دلیل بیم از زایمان طبیعی بدون اطلاع از خطرات سزارین، طالب آن بوده و جهت انجام آن به پزشک خود اصرار می ورزند (شاکریان، ۱۳۸۳، ص ۶۳). تجارب گذشته درد می تواند بر زایمان بعدی نیز تأثیر بگذارد. زنان خاطرات قبلی خود را در حین لیبر به یاد می آورند، حتی اگر این خاطرات در سطح خود آگاه نباشند. زمانی که درد به خوبی رهبری شود و بیمار در کنترل آن همکاری کند، می تواند تأثیر مثبتی در آینده داشته باشد (تروت، ۲۰۰۰، ص ۴۸۵).

علیرغم پیشرفت های پزشکی نحوه برخورد با درد ناشی از زایمان هم چنان یکی از معضلات در مراقبت های بهداشتی است. این موضوع تحت تأثیر عوامل متعددی است که از آن جمله می توان ابهام در مورد ماهیت و تأثیر این درد و روش های کنترل آن را ذکر کرد. به طوری که عده ای از متخصصین بهره گیری از هر داروی ضد درد را غیرمجاز دانسته و از آن خودداری می کنند، درحالی که برخی دیگر با تجویز نامناسب ضددردها باعث ایجاد مخاطراتی برای مادر و نوزاد می گردند (پوریا مفرد، ۱۳۸۰، ص ۲۰).

باتوجه به این که زایمان یک روند فیزیولوژیک است و ترویج زایمان طبیعی یکی از سیاست های اساسی خدمات بهداشتی و درمانی جامعه به شمار می آید، می توان با کاهش میزان درد به این مهم دست یافت (جهانی شوراب، میرزاخانی و حسن زاده، ۱۳۸۳، ص ۳). آنچه در مورد زایمان مهم است، قابل تحمل ساختن آن برای مادر در حال زایمان است (قمیان، ۱۳۸۳، ص ۳). برای کاهش درد باید به روش های بی خطر برای مادر و جنین متوسل شد که در عین مؤثر بودن اختلالی در روند زایمان، هوشیاری، رفلکس زورزدن و اعمال فیزیولوژیک مادر به وجود نیاورد. تمام این عوارض به دنبال مصرف داروهایی که امروزه به این منظور به کار می رود کم و بیش مشاهده می گردد (شهشهان و همکاران، ۱۳۷۹، ص ۲۱۰).

مزایای روش های غیر دارویی تسکین درد زایمان شامل در دسترس و ارزان بودن، کاربرد آسان، عوارض جانبی اندک، قابلیت کاربرد با سایر روش ها، کاهش ترس و اضطراب مادر، تقویت مشارکت و ایجاد اطمینان به نفس در او و شروع هر چه سریع تر ارتباط مادر و نوزاد می باشد (گاپتا، کمار و سینگال^۱، ۲۰۰۶، ص ۳۶۴ و سیمکین و بولدینگ^۲، ۲۰۰۴، ص ۵۰۲).

تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست (تنس)^۳ یک روش ایمن، ساده و غیرتهاجمی است که برای تسکین درد به کار می رود (اسکوفیلد^۴، ۲۰۰۶، ص ۱۱۳). پس از تعیین تئوری کنترل دریاچه ای^۵ درد توسط ملزاک^۶ در سال ۱۹۶۲، علاقمندی بسیاری از متخصصین برای به کار بردن این روش افزایش یافت، به طوری که امروزه به عنوان یکی از روش های کاهش درد در بسیاری از بیماریهای حاد و مزمن به کار می رود. از آنجا که این روش غیر تهاجمی و غیرشیمیایی است، طرفداران زیادی پیدا کرده است و تأثیر سوئی روی مادر و جنین ندارد (پوریامفرد، ۱۳۸۰، ص ۲۱). در روش مرسوم استفاده از تنس برای تسکین درد زایمان دو جفت الکترود بر روی مهره های سینه ای- کمری T10-L1 و ساکرال S2-S4 قرار می گیرد (وندروپلوگ، وروست، لایم و لون^۷، ۱۹۹۶، ص ۷۵ و وندراسپانک، گامبیر، دیپپ، دنلس، ویتورو و بیرنز^۸، ۲۰۰۰، ص ۱۳۲). نتایج یک مطالعه مروری سیستماتیک که در سال ۱۹۹۷ توسط کارول، ترامر و مک کوای^۹ روی ۸ مطالعه کنترل شده تصادفی صورت گرفت از این قرار می باشد: از مجموع ۷۱۲ نمونه که در این پژوهش ها شرکت داشتند، ۳۵۲ نفر تنس واقعی و ۳۶۰ نفر پلاسبوی تنس دریافت کرده بودند. در نهایت محققین اعلام کردند این روش کاربرد تنس در تسکین درد زایمان نتایج ضعیفی داشته است (کارول و همکاران، ۱۹۹۷، ص ۱۷۰).

طب سوزنی یک روش درمانی قدیمی است که در بعضی کشورها به صورت گسترده در مامایی و زنان به کار می رود. مطالعاتی راجع به استفاده از طب سوزنی برای کاهش درد

1 Gupta, kumar & Singhal

2 Simkin & Bolbing

3 Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)

4 Schofield

5 Gate theory

6 Melzack

7 Van der ploeg, Vervest, Liem & Leevwen

8 Van der spank, Gambier, Depaep, Danneels, Witvrouw & Beerens

9 Carrol, Tramer & Mc Quay

زایمان وجود دارد (رامنرو، هانسون و کیلگرن^۱، ۲۰۰۲، ص ۶۳۷). ترکیب تنس و طب سوزنی برای تسکین کمردرد در سال ۱۹۷۶ توسط فوکس^۲ و ملزاک و در سال ۱۹۸۶ توسط لهما، راسل، اسپرات، کلبی، لیو و فیرچیلد^۳ و همکاران به همین منظور به کار رفت. آنان نتیجه گرفتند که برای تسکین درد این ترکیب مؤثرتر از کاربرد تنس به تنهایی می باشد (فوکس و ملزاک، ۱۹۷۶، ص ۱۴۵، لهما و همکاران، ۱۹۸۶، ص ۲۸۰). چاو^۴ و همکاران نیز در سال ۲۰۰۶ اعلام نمودند که برای اولین بار از این ترکیب به صورت کاربرد تنس بر روی نقاط طب سوزنی برای تسکین درد فاز فعال زایمان استفاده کردند. آنان روشی را طراحی نمودند که تنس با فرکانس ۱۰۰ هرتز در دقیقه و طول موج ۲۵۰ میکرو ثانیه و شدت ۱۸-۱۰ میلی آمپر روی نقاط طب سوزنی هگو^۵ LI4: نقطه میانی اولین و دومین انگشت دست اولین فضای پشت دست و سان اینجائو^۶ SP6: ۵ سانتیمتر بالای مالتوس میانی^۷ در پایین پا به مدت ۳۰ دقیقه به کار گرفته می شد. در صورت نیاز این روش مجدداً تکرار می شد. پژوهشگران پی بردند که این روش به دلیل توأم شدن اثرات مرکزی و محیطی مؤثر بر تسکین درد و آزاد سازی پپتیدهای اپیوئیدی^۸ داخلی بیشتر، تسکین و رضایت مطلوبی را فراهم نموده است (چاو، ۲۰۰۶، ص ۲۱۸).

اکثر مطالعات موجود که به بررسی تأثیر کاربرد تنس بر طول فاز فعال زایمان پرداخته اند، روش مرسوم (کاربرد تنس روی مهره های سینه ای کمری- ساکرال) را در کوتاه تر کردن این فاز مؤثر دانسته اند، اما تنها مطالعه موجود که در آن روش جدید (کاربرد تنس روی نقاط LI4 و SP6) به کار گرفته شده است، تفاوتی از این نظر بین گروه تنس و تنس نما نشان نداده است (شهشهان، ۱۳۸۰، ص ۲۱۰، پوریا مفرد، ۱۳۸۰، ص ۲۰ و چاو، ۲۰۰۶، ص ۲۲۰).

از آنجا که مامابه عنوان یکی از اعضای تیم زایمان محسوب شده و در تمام مراحل زایمانی همراه مادر می باشد و تسکین درد زایمان یکی از نقش های کلیدی ماما است

1 Ramnero, Hanson & Kihlgren

2 Fox

3 Lehmann, Russell, Spratt, Colby, Liu & Frirchild

4 Chao

5 Hegu

6 Saninjiao

7 Median malleolu

8 Opioid peptides

(روسن^۱، ۲۰۰۳، ص ۱۱۲). همچنین با توجه به افزایش رویکرد جهانی به اهمیت زایمان بی درد، ماماها نیز می توانند با تحقیقات گسترده ای که در این زمینه انجام می دهند، از نتایج مثبت این بررسی ها در مراقبت های خود استفاده کنند (هودنت^۲، ۱۹۹۵، ص ۲).

پژوهشگر طی مطالعات خود و مرور مقالات و سایت های اینترنتی به نتایج ضد و نقیضی از کاربرد تنس به روش مرسوم دست یافته است. تنها مطالعه موجود در زمینه کاربرد تنس روی نقاط طب سوزنی نیز، تاثیر آن را در مقطع کوتاهی از فاز فعال سنجیده است. در ضمن تاثیر این دو روش روی فاز فعال زایمان متفاوت گزارش شده است و هیچ تحقیقی که به مقایسه روش مرسوم و جدید کاربرد تنس پرداخته باشد یافت نشده است. لذا پژوهشگر در صدد برآمد تا با مقایسه دو روش کاربرد تنس در نقاط مهره های کمری و ساکرال و نقاط طب سوزنی، محل مطلوب کاربرد تنس از لحاظ تسکین درد، کوتاه تر کردن فاز فعال زایمان و رضایت بیشتر بیماران از این روش را بیابد و با رسیدن به یک راه حل مؤثر، بدون عوارض جانبی، ساده و قابل اجرا در محیط های درمانی کشور بتواند توجه مادران و پرسنل تیم درمانی را به سوی روش های تسکین درد زایمان جلب نماید و با ارتقا خدمات حین زایمان و کاهش موارد سزارین انتخابی، خاطره ای شیرین از این مهمترین تجربه زندگی مادران در ذهن آن ها بر جای بگذارد تا در آینده نیز از آثار مثبت آن بهره مند شوند.

1 Rosen
2 Hodentt

هدف اصلی پژوهش:

مقایسه تأثیر تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست (تنس) در نقاط مختلف بر شدت درد و طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا

اهداف ویژه پژوهش:

۱. مقایسه مشخصات انقباضات رحمی در طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه
۲. مقایسه شدت درد در طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه
۳. مقایسه میزان تغییرات شدت درد در طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه
۴. مقایسه طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه
۵. مقایسه طول مرحله دوم زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه
۶. مقایسه نمره آپگار^۱ نوزادان مادران نخست زا، در دو گروه
۷. مقایسه میزان رضایتمندی از نوع مداخله در مادران نخست زا، در دو گروه

فرضیات پژوهش:

۱. مشخصات انقباضات رحمی در طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه متفاوت است.
۲. شدت درد فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه متفاوت است.
۳. میزان تغییرات شدت درد فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه متفاوت است.
۴. طول فاز فعال زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه متفاوت است.
۵. طول مرحله دوم زایمان در مادران نخست زا، در دو گروه یکسان است.
۶. نمره آپگار نوزادان مادران نخست زا، در دو گروه یکسان است.
۷. میزان رضایتمندی از نوع مداخله در مادران نخست زا، در دو گروه متفاوت است.

1 Apgar score

پیش فرض ها:

۱. درد زایمان از جمله دردهای طاقت فرسایی است که زنان در طول عمر خود تجربه می کنند (قمیان، ۱۳۸۳، ص ۱).
۲. عوارض دردهای شدید زایمانی شامل زجر جنین، طولانی شدن زایمان، افزایش مداخلات مامایی، افزایش میزان زایمان توأم با روش های جراحی، کاهش نمره آپگار نوزاد و اختلالات روانی پس از زایمان می باشد (میلر و استرلینگ^۱، ۲۰۰۰، ص ۱۰۲۴).
۳. مزایای روش های غیر دارویی تسکین درد زایمان شامل در دسترس و ارزان بودن، کاربرد آسان، عوارض جانبی اندک، قابلیت کاربرد با سایر روش ها، کاهش ترس و اضطراب مادر، تقویت مشارکت و ایجاد اطمینان به نفس در او و شروع هر چه سریع تر ارتباط مادر و نوزاد می باشد (گاپتا، کمار و سینگال، ۲۰۰۶، ص ۳۶۴ و سیمکین و بولدینگ، ۲۰۰۴، ص ۵۰۲).
۴. تنس روش غیرتهاجمی، سالم، ارزان و دارای تکنیکی ساده است و استفاده از آن هیچگونه عارضه جانبی برای مادر و جنین ندارد (ونگ^۲، ۱۹۹۷، ص ۴۰۶ و بنت و براون^۳، ۱۹۹۹، ص ۴۳۷).
۵. طب سوزنی یک روش درمان قدیمی است و تنس در تحریک نقاط طب سوزنی مؤثر است (چاو و همکاران، ۲۰۰۶، ص ۲۱۸ و ونگ، ۱۹۹۷، ص ۴۰۵).
۶. کاربرد مرسوم تنس در نقاط مهره های کمری - ساکرال نتایج ضعیفی در کاهش درد فاز فعال زایمان داشته است اما طول فاز فعال را کاهش می دهد (وندلر پلوگ، ۱۹۹۶، ص ۷۶ و کارول، ۱۹۹۷، ص ۱۷۰ و اثنی عشری، ۱۳۷۹، ص ۱۹).
۷. باتوجه به اینکه ماما در تمام مراحل زایمان همراه مادر است، یکی از بهترین افرادی است که می تواند به مادر در انتخاب بهترین روش بی دردی و اجرای آن کمک کند (روسن، ۲۰۰۲، ص ۱۱۲).

1 Miler & sterling
2 Vang
3 Bennet & Brown

تعریف واژه ها:

درد زایمان (نظری): درد زایمان با انقباضاتی مشخص می شود که فواصل آن به تدریج کاهش و شدت آن افزایش می یابد و موجب اتساع سرویکس می شود. درد انقباض ها ناشی از هیپوکسی میومتر منقبض شده، فشار بر گانگلیون های عصبی سرویکس و بخش تحتانی رحم و کشیده شدن پریتوئن پوشاننده رحم است (کانینگهام، گانت، لونو، گیلسترپ و ونستروم^۱، ۲۰۰۵، ص ۱۸۱).

شدت درد زایمان (عملی): منظور از شدت درد زایمان در این پژوهش عددی است که توسط واحدهای مورد پژوهش بر اساس یک خط کش مدرج با مقیاس دیداری درد یا VAS (۱۰-۰)^۲ بیان می شود که به صورت ۰ بدون درد، ۳-۱ درد کم، ۶-۴ درد متوسط، ۹-۷ درد شدید و ۱۰ درد غیر قابل تحمل طبقه بندی می شود. در این پژوهش شدت درد زایمان قبل از مداخله (دیلاتاسیون ۵-۴ سانتیمتر) و پس از مداخله هر یک ساعت تا پایان فاز فعال زایمان اندازه گیری شده است.

انقباضات رحمی (نظری): انقباضات رحمی منبع بزرگی از نیرو هستند که باعث افاسمان و دیلاتاسیون سرویکس، آنگاژمان، چرخش و زایمان جنین و بالاخره جدا شدن و خروج جفت می شوند. انقباضات رحمی با توجه به سه ویژگی فرکانس^۳، طول^۴ و شدت^۵ انقباضات توصیف می شوند (باروس، ۱۹۹۷، ص ۱۵۲). فرکانس انقباض عبارت است از تعداد دفعات انقباض و مدت زمان بین شروع یک انقباض تا شروع انقباض بعدی یا از اوج یک انقباض تا اوج انقباض بعدی را شامل می شود. طول انقباض عبارت از مدت زمان بین شروع و انتهای یک انقباض می باشد. شدت انقباض عبارت است از قدرت یک انقباض که به صورت خفیف، متوسط و قوی تعیین می شود (لودرمیک، ۲۰۰۴، ص ۳۶۴).

مشخصات انقباضات رحمی (عملی): در این پژوهش انقباضات رحمی از نظر تعیین طول، فاصله و شدت آنها بررسی شده و این مشخصات با معاینه دستی فوندوس رحم توسط

1 Kunningham, Gant, Leveno, Gilstrape & Wenstrom

2 Visual Analogue Scale(VAS)

3 Frequency

4 Duration

5 Intensity