

شدت و کیفیت درد زایمان در زائوهای بستری در بخش زنان و زایمان بیمارستان افضل پور کرمان بر اساس معیار سنجش درد مک گیل

طاهره اشرف گنجوی*، فریده باغنده^۱، غلامرضا ابراهیمی نژاد^۲

خلاصه

مقدمه: نگرانی نسبت به درد زایمان یکی از علل اصلی تمایل زنان باردار به ختم حاملگی به روش سزارین می باشد. در این مطالعه عوامل مؤثر بر شدت و کیفیت درد زایمان به منظور دستیابی به راه کاری جهت کاهش میزان آمار سزارین مورد بررسی قرار گرفت.

روش: در این بررسی ۲۰۸ خانم زائو به صورت تصادفی از بین مراجعین به بیمارستان افضل پور کرمان انتخاب شده و با استفاده از پرسش نامه درد مک گیل مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۲۵/۲۳±۵/۵۳ سال بود. مقایسه دو مرحله زایمان از نقطه نظر میزان شدت و کیفیت درد حاکی از شدیدتر و ناراحت کننده تر بودن مرحله دوم نسبت به مرحله اول بود ($P < 0/0001$). همچنین زنان نخست زائو نسبت به زنان چندزائو درد شدیدتری را در مرحله دوم داشتند ($P = 0/002$) در حالی که زنان چندزائو زایمان سریع تری را نسبت به زنان نخست زائو تجربه کردند ($P < 0/0001$). بررسی متغیر سن نشان داد که در مرحله دوم زایمان، افزایش سن با کاهش شدت درد زایمان همراه می باشد ($P < 0/001$)، اما شدت درد با متغیرهای شغل، سطح تحصیلات، وزن نوزاد متولد شده و تعداد حاملگی های قبلی در زنان چندزائو ارتباط آماری معنی داری نداشت. شدت درد در زنانی که مراقبت های دوران بارداری خود را تحت نظر متخصصان مامایی سپری کرده بودند کمتر بود.

نتیجه گیری: به نظر می رسد که متخصصان زنان و مامایی می توانند در آماده سازی ذهنیت مناسب جهت تحمل این پدیده طبیعی و ترویج زایمان طبیعی به ویژه در زنان نخست زائو نقش مؤثری داشته باشند. واژه های کلیدی: زایمان طبیعی، پرسش نامه درد مک گیل، درد زایمان، شدت، کیفیت، کرمان

۱- دانشیار زنان و زایمان، دانشکده پزشکی افضل پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- کارشناس مامایی ۳- استادیار روان شناسی بالینی، دانشکده پزشکی افضل پور، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نویسنده مسؤول. آدرس: کرمان، انتهای بلوار ۲۲ بهمن، بیمارستان افضل پور، بخش زنان و زایمان • آدرس پست الکترونیک: dr_ganjoei@hotmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۴ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۹/۳/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۵/۶

مقدمه

درد زایمان یکی از شدیدترین تجربیات دردناک در زندگی است و با وجود پیشرفت‌های زیاد در زمینه مدیریت کنترل درد، همچنان اجتناب‌ناپذیر می‌باشد. درد زایمان از تداخل یک‌سری عوامل فیزیولوژیک از جمله انقباضات رحمی و اتساع سرویکس و عوامل روحی- روانی مانند استرس، اضطراب و ترس ناشی می‌گردد (۱). شدت دردی که حین مراحل زایمانی احساس می‌شود روی وضعیت روانی مادر، سیر زایمان و سلامت جنین تأثیرگذار است (۲).

میزان حس درد زایمان در افراد مختلف طیف گسترده‌ای دارد و تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد. تحقیقات نشان داده است که شدت بیشتر حس درد با عواملی چون سن پایین‌تر، تحصیلات کمتر، انتظار غیرواقعی از درد و موقعیت‌های اجتماعی اقتصادی پایین ارتباط دارد (۳). از سوی دیگر آموزش‌های دوران بارداری جهت آمادگی زایمان، شدت درد زایمان را کاهش می‌دهد (۴). یکی از اهداف اصلی طب مامایی فراهم‌سازی شرایط تجربه یک زایمان بدون خطر و با حداقل میزان درد برای زائو می‌باشد (۱). آگاهی از شدت درد در اداره صحیح سیر زایمان و تعیین نیاز به مسکن و مقدار آن الزامی است (۵). یکی از علل مهم تمایل شخصی مادران به انجام سزارین و افزایش آمار آن در جامعه ما، ترس ناشی از درد زایمان است. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین شدت و کیفیت درد زایمان و بررسی ارتباط آنها با متغیرهای جمعیتی و مامایی مربوطه در جامعه مورد بررسی به‌منظور دستیابی به راهکاری جهت کاهش میزان آمار سزارین، صورت پذیرفت.

روش بررسی

با توجه به معیارهای خروج از مطالعه، ۲۰۸ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. افراد مورد نظر به‌صورت تصادفی از بین زنانی که برای زایمان به بیمارستان اصلی پور کرمان مراجعه کرده بودند انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ایرانی بودن، حاملگی ترم تک قلو و با نمایش سر، عدم اعتیاد به مواد مخدر بنا به گفته مادر، نداشتن سابقه نازایی، نداشتن عوارض مامایی (دکولمان، جفت سرراهی و...)، عدم مصرف داروهای ضد درد حین یا طی چندین ساعت قبل از زایمان، نداشتن بیماری شناخته شده قلبی (از جمله فشار خون، بیماریهای قلبی، دیابت، اختلالات انعقادی و بیماری روانی)، اتساع دهانه رحم بیش از ۲ سانتی‌متر در بدو ورود به مطالعه، وزن تقریبی جنین کمتر از ۴ کیلوگرم، پیش‌بینی یک زایمان واژینال، عدم استفاده از اکسی‌توسین و عدم وجود زجر جنینی در هنگام پذیرش و مرحله اول زایمان.

نحوه انتخاب افراد بدین‌گونه بود که بعد از دادن توضیحات لازم به بیماران در مورد نحوه انجام و اهداف این مطالعه و کسب رضایت آنها برای همکاری، فرم مصاحبه که شامل خصوصیات جمعیتی برای به‌دست آوردن اطلاعات توصیفی پایه و متغیرهای مرتبط با بارداری بود تکمیل و سپس معاینه فیزیکی انجام می‌شد. فرد دارای شرایط، در طول مدت درد زایمان تحت نظر قرار می‌گرفت و در طول درد زایمان برای تعیین میزان بازشدن سرویکس، معاینه فیزیکی انجام می‌شد.

برای ارزیابی درد از پرسش‌نامه درد مک‌گیل استفاده شد (۶). این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری کلینیکی تجربه درد است که سه بعد تجربه درد یعنی بعد حسی (sensory)، هیجانی (affective) و ارزیابی‌کننده (evaluative) آن را می‌سنجد (۷). این پرسش‌نامه ابزاری قدرتمند برای بررسی جنبه‌های کمی و کیفی درد می‌باشد و اعتبار و قابل اعتماد بودن آن در مطالعات متعددی ثابت شده است (۸-۱۰). این پرسش‌نامه شامل ۲۰ گروه لغات برای توصیف درد است که ماهیت حسی، هیجانی و ارزیابی‌کننده درد را توصیف می‌کنند. پرسش‌گر لغات هر گروه را برای مادر می‌خواند و از او می‌خواهد که از هر گروه فقط یک لغت که ماهیت درد وی را توصیف می‌کند انتخاب نماید و در صورتی که مادر هیچ کدام از کلمات را مطابق احساس خود نیابد هیچ

PRI شدت درد را ولی به صورت کمی با مقیاس صفر تا ۵ می‌سنجد که در آن صفر بدون درد، یک: درد خفیف، دو ناراحت کننده، سه: پریشان کننده، چهار: وحشتناک و پنج: شکنجه آور تفسیر می‌شوند (۱۱). فرم پرسش نامه درد مک گیل در دو نوبت یعنی یک بار در دیلاتاسیون ۵-۳ سانتی متر و در نوبت دوم در دیلاتاسیون ۱۰-۶ سانتی متر در فاصله بین انقباضات برای هر زائو توسط ماما همکار طرح، تکمیل می‌شد. اطلاعات جمع آوری شده پس از ورود به کامپیوتر در بسته نرم‌افزاری SPSS و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و آزمون‌های t-test و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در مجموع ۲۰۸ زائو مورد مطالعه قرار گرفتند که در محدوده سنی ۱۶ تا ۴۳ سال قرار داشتند. ویژگی‌های دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آمده است.

لغتی انتخاب نمی‌شود (۷، ۸). نحوه امتیازدهی بر اساس ارزش مکانی لغات می‌باشد یعنی لغات اول از هر گروه نمره یک را می‌گیرد بنابراین لغات انتخاب شده نه تنها کیفیت درد بلکه شدت آن را نیز نشان می‌دهند. مجموعه نمرات حاصل از لغات انتخاب شده در گروه‌های مختلف PRI (Pain Rating Index) نامیده می‌شود. نمره PRI بالاتر نشانه شدت بیشتر درد است.

PRI را می‌توان بر اساس سه بعد تجربه درد (حسی، هیجانی و ارزیابی کننده) تقسیم‌بندی کرد: زیر گروه ۱-۱۰ مربوط به بعد حسی، زیر گروه ۱۱-۱۵ مربوط به بعد هیجانی و زیر گروه ۱۶ مربوط به ارزیابی کننده و زیر گروه ۱۷-۲۰ به عنوان متفرقه می‌باشند. بعد حسی از هیچ احساسی تا شدیدترین حس درد را نشان می‌دهد و بعد هیجانی از هیچ احساس ناخوش تا شدیدترین حس ناخوایسته و ناخوش را بیان می‌کند.

بخش دیگر پرسش نامه برای اندازه‌گیری میزان کمی درد فعلی است و (Present Pain Index) PPI نام دارد و مشابه

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک جمعیت مورد مطالعه

مشخصه	تعداد(%)
میانگین سن (سال)	۲۵/۲۳±۵/۵۳
تحصیلات	دیپلم و کمتر
	بیشتر از دیپلم
تعداد زایمان	نخست‌زا
	چندزا
	شاغل
وضعیت اشتغال	خانه‌دار
	منظم:
مراقبت‌های دوران بارداری	پزشک متخصص
	پزشک عمومی
	مطب ماما
	مراکز بهداشتی درمانی
	نامنظم

توزیع فراوانی زنان مورد مطالعه بر حسب شدت درد در دو مرحله زایمان در جدول شماره ۲ آورده شده است. همان گونه که جدول نشان می‌دهد میزان شدت درد بیان شده در مرحله دوم زایمان نسبت به مرحله اول بیشتر می‌باشد این امر در ابعاد مختلف تجربه درد و کیفیت آن نیز صادق بود (جدول ۳).

میانگین وزن نوزادان متولد شده 3182 ± 378 گرم بود. تعداد حاملگی‌های قبلی در زنان چندزا ($38/9\%$) از یک تا ۸ نوبت متفاوت بود. حاملگی اخیر در $80/2\%$ موارد خواسته و در $81/7\%$ با تمایل همسر حاصل شده بود. در مجموع $37/1\%$ ذهنیت سخت و دردناک از زایمان داشتند، $41/4\%$ حاملگی را طبیعی و قابل تحمل و $18/1\%$ آن را پرخطر و ترس آور دانسته و $3/4\%$ حاملگی را به دلیل مادر شدن خوشایند ارزیابی کرده بودند.

جدول ۲. توزیع فراوانی زنان مورد مطالعه بر حسب شدت درد مراحل ۱ و ۲ زایمان

مرحله زایمان	شدت درد				
	خفیف	ناراحت کننده	پریشان کننده	وحشتناک	شکجه آور
مرحله اول	38(18.3)	87(41.8)	44(21.1)	32(15.4)	7(3.4)
مرحله دوم	0	17(8.2)	13(6.3)	65(31.4)	113(54.1)

$$P=0.0001 \quad t=-91/875$$

جدول ۳. توزیع فراوانی میانگین نمره درد زایمان (در ابعاد مختلف درد) در زنان مورد مطالعه بر حسب پرسش نامه مک گیل (MPQ)

مرحله زایمان	نمره	بعد کیفی درد		
		حسی	هیجانی	ارزیابی کننده
مرحله اول	31/84 ± 10/28	16/87 ± 5/73	5/55 ± 2/58	2/94 ± 1/96
مرحله دوم	44/96 ± 10/53	23/55 ± 5/94	7/93 ± 7/84	3/83 ± 1/77
	t=-20/265	t=17/002	t=-12/223	t=-4/447
	P<0.001	P<0.001	P<0.001	P<0.001

از میان زنان مورد مطالعه ۱۲۷ نفر (61%) نخست‌زا بودند که مقایسه میزان شدت درد این گروه با زنان چندزا حاکی از بیشتر بودن شدت درد در مرحله دوم در آنان بود که از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۴).

مادرانی که سابقه حاملگی قبلی داشتند، $15/1\%$ شدت درد زایمان قبلی را خفیف، $33/6\%$ ناراحت کننده، $10/9\%$ پریشان کننده و $31/2\%$ وحشتناک و $9/2\%$ شکجه آور توصیف نمود.

جدول ۴. مقایسه میزان شدت درد مرحله اول و دوم زایمان در دو گروه نخست‌زا و چندزا

P	t	چندزا	نخست‌زا	شدت درد	
				مرحله اول	مرحله دوم
۰/۵۴۱	۰/۶۱۳	۲/۳۹±۱/۰۲	۲/۴۸±۱/۰۸	مرحله اول	
۰/۰۰۲	۳/۲۰۸	۴/۰۶±۰/۹۹	۴/۴۷±۰/۸۳	مرحله دوم	

ادراک حسی درد در مرحله دوم زایمان افراد شاغل دارای نمره درد بیشتری نسبت به افراد خانه‌دار بودند ($t = -۲/۶۳۱$ و $P = ۰/۰۱۲$).

در مورد سطح تحصیلات نیز با افزایش مدرک تحصیلی تا حد دیپلم بر شدت درد زایمان ($p = ۰/۰۴۵$ و $\chi^2 = ۸/۰۱۲$) افزوده می‌شد. ارزیابی عامل وجود دیسمنوره نشان داد ۸۷ نفر ایشان (۴۲٪) سابقه دیسمنوره داشتند و این افراد نسبت به سایرین دارای نمره درد بیشتری بودند.

مقایسه زنان مورد مطالعه از نظر خواسته یا ناخواسته بودن بارداری حاکی از تفاوت در شدت درد مرحله دوم زایمان بین دو گروه بود به نحوی که افرادی که حاملگی خواسته داشتند شدت درد مرحله دوم را شدیدتر از دیگران بیان نموده بودند ($p = ۰/۰۱۴$ و $t = ۲/۴۸۴$). همچنین بیان شدت درد در مرحله دوم زایمان در زنانی که تحت مراقبت متخصص زنان و زایمان بوده‌اند نسبت به سایرین کمتر بود ($p = ۰/۰۱$).

بحث

در این بررسی ۳۷/۱٪ زنان مورد مطالعه ذهنیت دردناکی از زایمان داشتند و ۱۸/۱٪ زائوها درد زایمان را غیر قابل تحمل ذکر کردند. بدین ترتیب به نظر می‌رسد درصد قابل توجهی از زنان حامله با نگرش منفی نسبت به درد زایمان، به اطاق زایمان پا می‌گذارند. Saisto و همکاران نشان داد که ترس از زایمان علت ۲۲-۸٪ موارد سزارین می‌باشد (۱۲). Janasson و همکاران نشان دادند تجویز

در بیان شدت درد، ۱۶/۸۴ درصد چندزها درد مرحله اول زایمان را شکنجه‌آور و وحشتناک بیان کردند در حالی که ۲۰/۵۲٪ نخست‌زها دردشان را با این شدت بیان نموده بودند. در مرحله دوم زایمان نیز در حالی که ۷۸/۹۵ درصد نخست‌زها درد مرحله دوم زایمان را شکنجه‌آور و وحشتناک عنوان کرده بودند، ۱۰/۷ درصد چندزها درد زایمان خود را با این شدت بیان کرده بودند که این تفاوت در بیان شدت درد معنی‌دار بود ($p = ۰/۰۱$) و ($f = ۶/۷۶۲$).

مقایسه مدت زمان زایمان در دو گروه چندزا و نخست‌زا نیز حاکی از کمتر بودن این زمان در چندزها بود ($p < ۰/۰۰۱$ و $C = ۸/۱۰۴$). مقایسه شدت درد و کیفیت آن بر حسب تعداد زایمان‌های قبلی تفاوتی را در معیارهای مورد سنجش بین دو گروه نشان نداد.

مقایسه بیان شدت درد در مرحله اول زایمان در گروه‌های سنی مختلف از نظر آماری معنی‌دار نبود در حالی که این امر در مرحله دوم زایمان معنی‌دار بود ($p = ۰/۰۰۱$ و $\chi^2 = ۱۷/۸۵۴$) به نحوی که با افزایش سن از بیان شدت درد مرحله دوم کاسته می‌شد. نمره درد در بعد هیجانی در زنان مورد مطالعه در مرحله اول زایمان ($p = ۰/۰۰۱$ و $\chi^2 = ۱۷/۷۵۸$) و همچنین در مرحله دوم زایمان ($p = ۰/۰۴۱$ و $\chi^2 = ۹/۹۹۲$) با افزایش سن کاهش می‌یافت.

در بررسی مقایسه‌ای اثر وزن نوزادان متولد شده بر شدت درد نیز ارتباط آماری معنی‌دار دیده نشد. بین دو گروه شاغل و خانه‌دار از نظر شدت درد در مراحل اول و دوم زایمان تفاوتی وجود نداشت. تنها در رابطه با نمره بعد

زنان چندزا نیز به طور معمول کوتاه تر از نخست زها می باشد و این امر در مطالعه حاضر نیز صادق بود. عدم تأثیر تعداد زایمان های قبلی بر میزان درد احساس شده در تحقیق حاضر با مطالعه Sittner و همکاران هم خوانی دارد (۱۸).

کاهش میزان شدت درد زایمان با افزایش سن زنان مورد مطالعه که با تحقیق Olayema هم خوانی دارد (۱۶) را می توان در ثبات روحی و روانی که با افزایش سن شکل می گیرد جستجو کرد و از سوی دیگر به عامل مخدوش کننده چندزا بودن که با افزایش سن بیشتر می شود ارتباط داد. بدیهی است اعلام نظر قطعی در این زمینه مستلزم حذف عوامل مخدوش کننده و اجرای مطالعه ای در قالب طرح مورد و شاهدهی می باشد.

هر چند نتایج مطالعات Olayema و همکاران (۱۶) حاکی از بیشتر بودن شدت درد در زنان با سطح تحصیلات کمتر است که در این مطالعه نظیر مطالعه Onah و همکاران (۱۷) زنان با تحصیلات بالاتر از شدت درد بیشتری شاکی بودند که به نظر می رسد علت تفاوت در این زمینه نوع طرح ریزی مطالعات مذکور باشد. بدیهی است شرایط روحی و انتظارات قشر تحصیل کرده از سویی و عملکرد عینی ایشان در انتخاب روش ختم حاملگی به نفع نظریه دوم باشد لذا، تصمیم گیری در این زمینه مستلزم بررسی نتایج مطالعات مشابه در جوامع مختلف می باشد. به نظر می رسد تفاوت در بیان شدت درد در حاملگی های خواسته و ناخواسته نیز به دلیل وجود الگویی مشابه صورت پذیرفته باشد چرا که در حذف عوامل مخدوش کننده در تصمیم گیری در این ارتباط بایستی چندزا بودن، افزایش سن و تحصیلات کمتر را در زمره علل همراه زنان با حاملگی ناخواسته برشمیریم.

افزایش شدت درد زایمان در زنان با سابقه دیسمنوره نیز شاید ریشه در سابقه ذهنی دردهای مربوط به سیستم تناسلی ایشان داشته باشد بدین ترتیب که افراد دارای دیسمنوره از ذهنیت منفی تری نسبت به درد زایمان برخوردار می باشند.

داروهای ضد اضطراب می تواند در کاهش درد زایمان مؤثر باشد (۱۳). از سوی دیگر آموزش های دوران بارداری جهت آمادگی برای زایمان، ترس از زایمان و شدت درد را کاهش می دهد (۵).

بررسی شدت درد در مرحله اول و دوم زایمان نشان داد که با پیشرفت زایمان شدت درد افزایش می یابد و این امر به ویژه در مورد زنان نخست زایمان صادق می باشد و این نکته بر اهمیت توجه به آموزش های قبل از زایمان در ایجاد نگرش مثبت و سازنده در رابطه با درد زایمان تأکید می ورزد. در سال ۲۰۰۶ تحقیق Chang نشان داد که با افزایش میزان اتساع دهانه رحم، شدت درد نیز بیشتر می شود (۱۴). Hiltunen در تحقیق سال ۲۰۰۴ نشان داد که با تسکین درد زایمان شیوع افسردگی بعد از زایمان کاهش می یابد (۱۵). ارزیابی طبیعت و شدت درد زایمان نشان گر اهمیت عامل روانی تجربه قبلی درد است به نحوی که افرادی که قبلاً سطح قابل ملاحظه ای از درد را حس کرده اند شدت درد زایمان را کم ذکر می کنند (۵).

مقایسه مرحله اول و دوم زایمان حاکی از شدیدترین احساس درد و کیفیت درد در مرحله دوم نسبت به مرحله اول در زنان مورد مطالعه بود که با توجه به مکانیسم ایجاد درد در دو مرحله قابل پیش بینی می باشد (۱۰).

Olayema در بررسی خود در سال ۲۰۰۵ نشان داد که با افزایش سن و تعداد حاملگی شدت درد زایمان کاهش می یابد (۱۶). در مطالعه حاضر نیز با افزایش سن از شدت درد مرحله دوم کاسته می شد و از طرفی در زنان چندزا به نحو چشمگیری شدت درد نسبت به زنان نخست زایمان کمتر بود که با مطالعه Onah و همکاران نیز هم خوانی دارد (۱۷). علت عمده آن جنبه روانی موضوع است زیرا فرد پس از یک بار تجربه درد آمادگی بیشتری برای پذیرش مجدد آن دارد و از طرفی تغییرات فیزیکی لگن متعاقب زایمان اول نیز در این امر دخیل می باشد (۱۱). مدت زمان زایمان در

نتیجه گیری

ارائه برنامه‌های مشاوره‌ای مناسب قبل از زایمان و آموزش روش صحیح زایمان به عنوان یکی از الویت‌های سیستم مراقبت دوران بارداری حائز اهمیت فراوان می‌باشد لیکن پاسخگویی شبهات ایجاد شده و نتیجه‌گیری در مطالعه‌ای این چنین مستلزم گردآوری نتایج مطالعات مشابه دیگر برای متاآنالیزی مناسب می‌باشد.

سپاسگزاری

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دلیل تأمین بودجه این طرح پژوهشی تشکر و قدردانی می‌شود.

نکته قابل توجه کمتر بودن میزان شدت درد در زنان باردار تحت نظر متخصصین زنان و زایمان، نسبت به آن دسته از مادرانی که مراقبت‌های دوران بارداری خود را در مراکز دیگر به انجام رسانده بودند می‌باشد. این مسئله بر اهمیت نقش متخصصین زنان و زایمان در ایجاد نگرش مثبت تأکید می‌ورزد. بدیهی است عدم اهتمام متخصصین محترم در این زمینه تمایل مادران جوان را به انتخاب روش سزارین برای ختم حاملگی به دلیل عدم تحمل درد زایمان افزایش می‌دهد. برنامه‌ریزی‌های بهداشتی درمانی از جمله

The Quality and Intensity of Labor Pain based on McGill pain Questionnaire in Parturient Women Admitted in the Maternity Ward of Afzalipour Hospital in Kerman

Ashrafganjooei T., M.D.^{1*} Paghande F., B.Sc.² Ebrahiminejad Gh., Ph.D.³

1. Associate Professor of Obstetrics & Gynecology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2. Midwife
3. Assistant Professor of Clinical Psychology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

* Corresponding author, e-mail: dr_ganjooei@hotmail.com

(Received: 24 Jan. 2010 Accepted: 28 July 2010)

Abstract

Background & Aims: Fear of labor pain is a principal factor in pregnant women's tendency for cesarean section. This study was done to investigate the factors that affect quality and intensity of labor pain in order to decrease the rate of elective cesarean sections.

Method: a prospective randomized study was performed on 208 parturient women in Maternity ward of afzalipour Hospital by using McGill Pain Questionnaire.

Results: Mean age of participants was 25.23 ± 5.54 years old. Comparison of intensity and quality of pain between stage I and Stage II of labor showed higher pain intensity in stage II ($P < 0.0001$). Nulliparous women reported higher pain intensity during stage II ($P = 0.002$), whereas multiparous women experienced shorter labor ($P < 0.0001$). In stage II of labor with increase of age, a decrease of labor pain intensity was observed ($P < 0.001$). There were no significant statistical relationships between labor pain and variables of job, education al level, weight of neonate and number of previous pregnancies in multiparous women. Labor pain intensity in women who had prenatal care in obstetrician's clinics was lower than others.

Conclusion: Lower intensity of labor pain in women who had prenatal care in obstetrician's clinics emphasizes on the role of obstetricians in recommending vaginal delivery to pregnant women as a physiologic phenomenon.

Keywords: Vaginal birth, McGill Pain Questionnaire, Labor Pain, Pain measurement, Kerman

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2011; 18(2): 163-171

References

1. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2005; 11(1):33-8.
2. Keskin HL, Keskin EA, Avsar AF, Tabuk M, Caglar GS. Pethidine versus tramadol for pain relief during labor. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 82(1):11-6.
3. Saisto T, Kaaja R, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Reduced pain tolerance during and after pregnancy in women suffering from fear of labor. *Pain* 2001; 93(2): 123-7.
4. McCrea H, Wright ME, Stringer M. Psychosocial factors influencing personal control in pain relief. *International Journal of Nursing Studies* 2000; 37(6): 493-503.
5. Ohel I, Walfisch A, Shitenberg D, Sheiner E, Hallak M. A rise in pain threshold during labor: a prospective clinical trial. *Pain* 2007; 132: S104-S108.
6. Strand LI, Wisnes AR. The development of a Norwegian pain questionnaire. *Pain* 1991; 46(1): 61-6.
7. Ebrahimi-Nejad G., Ebrahimi-Nejad A., Kohan S, Bahrampour A. The Evaluation of Pain in Neurosurgical Patients before and after Operation in Kerman Shahid Bahonar Hospital according to the McGill Pain Questionnaire. *J Kerman Univ Med Sci* 2004; 11(2):119-25 [Persian].
8. Brown ST, Compblell D, Kurtz A. Characteristics of labor pain at two stages of cervical dilation. *Pain* 1989; 38(3): 289-95.
9. Ebrahimi-Nejad G, Ebrahimi-Nejad A. Relationship between Coping Strategies, Personality Traits and Psychological Distress in Bam Earthquake Survivors. *Iranian Journal of Medical Sciences* 2006; 31(4): 191-5.
10. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *J Midwifery Women's Health* 2003; 48(5): 317-21.
11. Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J* 1981; 125(4): 357-63.
12. Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999; 94(5pt1):679-82.
13. Janssen SA, Arntz A. No interactive effects of naltrexone and benzodiazepines on pain during phobic fear. *Behav Res Ther* 1999; 37(1):77-86.
14. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *J Nurs Res* 2006; 14(3):190-7.
15. Hiltunen P, Raudaskoski T, Ebeling H, Moilanen I. Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83(3):257-61.

16. Olayemi O, Adeniji RA, Udoh ES, Akinyemi OA, Aimakhu CO, Shoretire KA. Determinants of pain perception in labour among parturients at the University College Hospital, Ibadan. *J Obstet Gynaecol* 2005; 25(2):128-30.
17. Onah HE, Obi SN, Oguanuo TC, Ezike HA, Ogbuokiri CM, Ezugworie JO. Pain perception among parturients in Enugu, South-eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2007; 27(6):585-8.
18. Sittner B, Hudson DB, Grossman CC, Gaston-Johansson F. Adolescent's perceptions of pain during labor. *Clin Nurs Res* 1998; 7(1): 82-93.