

بررسی تأثیر ماساژ میاندوره دوران بارداری بر وقوع و درجه برش و پارگی میاندوره زنان نخست حامله

مریم بلندهمت* پروین سالاری*
مهین تفضلی* سیدرضامظلوم*

اپی زیاتومی در ۵۰ تا ۹۰ درصد زایمان‌ها رخ می‌دهد. پارگی‌های کانال زایمان نیز شیوع زیادی دارد که به دلیل عوارض آنها بر مادر، بررسی شیوه‌های مؤثر بر کاهش برش و پارگی، در حرفه‌های مامایی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تأثیر ماساژ میاندوره دوران بارداری بر وقوع و درجه برش و پارگی میاندوره زنان نخست حامله انجام شد. پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است که به شیوه نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بر روی ۸۲ زن نخست باردار واجد شرایط مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بجنورد انجام شد. گروه آزمون تحت آموزش ماساژ میاندوره قرار گرفتند. داده‌ها توسط برگه مصاحبه و مشاهده در حین بارداری و زایمان جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل، فیشر، کندال تاؤوبی، من‌وینتی، تحلیل داده‌ها توسط آزمون‌های آماری مجذور کای، تی خطی و آنالیز واریانس دوطرفه، Student لگای انجام شد. وقوع برش در دو گروه آزمون و شاهد، به ترتیب ۹/۷ در مقابل ۴۵/۲ درصد بود. وقوع پارگی در صورت عدم انجام برش، در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۸۵/۷ و ۶۴/۷ درصد موارد بوده است. زایمان با میاندوره سالم در دو گروه آزمون و شاهد، به ترتیب ۱۴/۳ در مقابل ۳۵/۳ درصد بود. میانگین طول برش در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب 3 ± 1 و 3.7 ± 1.7 سانتی‌متر و میانگین عمق برش در دو گروه به ترتیب 1.7 ± 0.6 و 2.1 ± 1 سانتی‌متر بود. همچنین یافته‌ها نشان دادند که وقوع برش و پارگی با شغل، دور سر، فاز فعال مرحله دوم زایمان ارتباط معنی‌داری دارد. ماساژ میاندوره، وقوع برش حین زایمان را کاهش و پارگی‌های پارایورترال و درجه یک را افزایش می‌دهد؛ پس، این روش می‌تواند به عنوان روشی ایمن و کم هزینه، در جهت کاهش صدمات میاندوره حین زایمان مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: ماساژ میاندوره؛ صدمات میاندوره؛ اپی‌زیاتومی؛ نخست حامله؛ نخست‌زا.

* - کارشناس ارشد آموزش مامایی

* - کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

* - کارشناس ارشد مامایی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

* - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد

مقدمه

در هر زایمان، ساختمان‌های بافت نرم مجرای زایمان و اعضای مجاور تا حدودی آسیب می‌بینند. این آسیب معمولاً در زنان نخست‌زا که بافت‌های آنها مقاومت بیشتری در برابر نزول جنین نشان می‌دهند، وسیع‌تر است (۱). در کشورهای توسعه یافته، حدود $\frac{1}{3}$ کل زنان در طی زایمان، دچار صدمه میان‌دوره می‌شوند که این صدمه ممکن است در اثر پارگی خودبخود یا اپی‌زیاتومی^۱ باشد (۲). برای جلوگیری از آسیب ناحیه میان‌دوره و بافت‌های اطراف آن، عامل زایمان ناحیه میان‌دوره را قبل از خروج جنین، برش می‌دهد که اصطلاحاً اپی‌زیاتومی اطلاق می‌شود. اپی‌زیاتومی از شایع‌ترین انواع جراحی در غرب می‌باشد (۳ و ۴). حدود ۵۰ درصد زایمان‌های واژینال در آمریکا همراه با اپی‌زیاتومی می‌باشد (۵). در ایران آمار دقیقی در دسترس نیست، ولی با توجه به مشاهدات تجربی، اپی‌زیاتومی از شیوع بالایی برخوردار است (۶). اپی‌زیاتومی، مانند هر روش جراحی، سبب ایجاد خطرانی نظیر گسترش برش به بافت‌های عمقی‌تر، خونریزی شدید، عفونت، ادم، کوفتگی و درد پس از مقاربت می‌شود (۷).

متقی (۱۳۷۹) طی یک بررسی، دلایل مادران را در انتخاب نوع زایمان بدین صورت گزارش کرد که ۹ درصد مادران به علت ترس از معاینه، بخیه و زایمان، تن به انتخاب سزارین می‌دهند (۸). سیاست اجتناب از اپی‌زیاتومی، شیوع آن را از حدود ۸۰ درصد به ۴۰ درصد و میزان صدمات میان‌دوره را از حدود ۸۵ درصد به ۷۰ درصد کاهش می‌دهد (۷). پارگی‌های کانال زایمان نیز شیوع زیادی دارد که ممکن است در غیاب اپی‌زیاتومی یا همراه با آن اتفاق بیفتند که به چهار درجه تقسیم می‌شود: پارگی درجه یک، پارگی پوست و مخاط می‌باشد. درجه دو، پارگی عضلات جسم پرینه را نیز در بر می‌گیرد. درجه سه اسفنگتر مقعد هم پاره می‌شوند. درجه چهار، جدار قدامی رکتوم نیز پاره می‌شود (۱). در طی قرن ۱۹ موفقیت‌هایی در پیشگیری از صدمات میان‌دوره بدست آمد (۹). اقدامات مراقبتی جهت انجام زایمان با میان‌دوره سالم، شامل تشویق به زور زدن آهسته طی مرحله دوم زایمان، آموزش ورزش کجلی^۲، فونونی نظیر روش لاماز^۳، کشش حلقه عضلانی فاسیایی مدخل واژن حین زایمان، جهت جلوگیری از اسپاسم خودبخودی و انجام ماساژ میان‌دوره در دوران حاملگی توسط زن و یا همسر وی می‌باشند (۷ و ۱۰). از جمله اقداماتی که در این زمینه مورد بررسی قرار گرفته، ماساژ میان‌دوره می‌باشد، که از هفته ۳۵ بارداری به مدت تقریبی ۱۰ دقیقه روزانه توصیه می‌شود (۱۱). پیشتر، تحقیقاتی در ارتباط با تأثیر ماساژ میان‌دوره بر کاهش صدمات زایمانی انجام گرفته و نتایج متفاوتی گزارش شده است.

لابریک و همکاران (۱۹۹۲) در کانادا، طی تحقیق خود اعلام نمودند که انجام ماساژ میان‌دوره، سبب کاهش صدمات زایمانی نمی‌شود (۱۲). شیب‌من و همکاران (۱۹۹۴) مطرح نمودند که ماساژ میان‌دوره دوران بارداری سبب کاهش اپی‌زیاتومی، پارگی‌های درجه دو، سه و زایمان با فورسپس و واکيوم می‌شود. این تأثیر در گروه سنی بالای ۳۰ سال قویتر بود (۱۳). لابریک (۱۹۹۴) در پژوهش دیگر خود بیان نمود که ماساژ، احتمال زایمان بدون صدمات میان‌دوره را افزایش می‌دهد (۹). با توجه به نتایج متفاوت مطالعات انجام شده در تأثیر ماساژ بر کاهش صدمات زایمانی و عدم وجود مطالعاتی در کشور و به دلیل سهولت اجرا و بی‌خطر بودن انجام ماساژ، پژوهشگران بر آن شدند تا تحقیقی به منظور بررسی تأثیر ماساژ دوران بارداری، بر وقوع و درجه برش و پارگی میان‌دوره زنان نخست‌زا انجام دهند.

1 - Episiotomy
2 - Kegel exercise
3 - Lamaz method

روش پژوهش

این پژوهش، از نوع کارآزمایی بالینی یک سوکور و دو گروهی بوده که در آن ۸۲ خانم نخست باردار (۴۱ نفر در هر گروه)، با سن حاملگی ۳۷ تا ۳۴ هفته از جامعه مراجعین نخست حامله، به درمانگاه‌های بهداشتی درمانی شهرستان بجنورد که قصد زایمان در زایشگاه بنت‌الهدی آن شهر را داشتند، با مشخصات زیر انتخاب شدند:

ملیت ایرانی، فارسی زبان، ساکن شهر بجنورد، دارای سواد خواندن و نوشتن، از نظر روانی ظاهراً سالم، دارای حاملگی کم‌خطر، فاقد شرایط ورزشکار حرفه‌ای، عدم وجود نشانه‌ای از زخم، قرمزی، واریس یا ضایعه‌ای دیگری مانند تبخال تناسلی یا ترشحات غیرطبیعی و سوزش و خارش در ناحیه میاندوره، بدون وجود علائم رکتوسل، سیستوسل و عدم وجود شکم پاندولی.

روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بوده به این صورت که ابتدا شهر بجنورد از لحاظ جغرافیایی به سه قسمت تقسیم شد، طوری که در هر محدوده جغرافیایی دو درمانگاه قرار گرفت. سپس به قید قرعه از میان دو درمانگاه، یک درمانگاه به عنوان درمانگاه آزمون و دیگری به عنوان شاهد انتخاب گردید. انتخاب واحدهای پژوهش در هر درمانگاه، به روش مبتنی بر هدف انجام شد. جهت ردّ مواردی چون واریس، تبخال تناسلی و ترشحات غیرطبیعی، افراد مورد نظر با کسب اجازه قبل از ورود به مطالعه، معاینه شدند و پس از اطمینان از دارا بودن مشخصات واحدهای پژوهش و جلب رضایت آگاهانه آنان، برگه مصاحبه و مشاهده (مشخصات بدنی) تکمیل گردید. تونیسیتۀ عضلات کف لگن، با استفاده از معیار سنجش قدرت عضلات کف لگن، مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت تعیین روایی برگه مصاحبه و مشاهده از اعتبار محتوا و برای تعیین پایایی آنها، به ترتیب از روش آزمون مجدد و هم‌ارز استفاده شد. روایی فرم سنجش قدرت عضلات کف لگن، مورد تأیید علمی قرار گرفته است (۱۴) و صلاحیت پژوهشگر جهت تعیین تونیسیتۀ عضلات کف لگن و طول میاندوره به روش پایایی هم‌ارز مشاهده‌گران، تحت نظر متخصص زنان تأیید گردید؛ همچنین جهت گردآوری داده‌ها در زایشگاه، از فرم مشاهده حین زایمان استفاده شد که روایی آن به روش روایی محتوا و پایایی آن به روش پایایی هم‌ارز مورد تأیید قرار گرفت. آموزش ماساژ میاندوره به شیوه انفرادی، چهره به چهره، همراه با ارائه فرم آموزش و فرم ثبت روزانه، به گروه آموزش ارائه می‌شد، به این ترتیب که به آنها توصیه شد با رعایت نکات بهداشتی (خالی بودن مثانه، شستن دستها، کوتاه کردن ناخنها و...) در وضعیت راحتی قرار گرفته و انگشت شصت خود را به روغن بادام آغشته کرده و به میزان ۴ سانتیمتر داخل مهبل نمایند و در دیواره طرف مهبل فشاری به سمت رکتوم وارد آورند، این فشار را به مدت ۲ دقیقه ادامه داده، سپس همین عمل را در سمت دیگر تکرار نموده و این عمل را به مدت ۱۰ دقیقه به طور متناوب ادامه دهند، لازم به ذکر است که جهت اطمینان از انجام صحیح ماساژ، اولین تمرین‌ها به طور مستقیم، تحت نظر پژوهشگر انجام شد. سپس از آنها خواسته شد که در هر بار انجام ماساژ، تاریخ، روز و زمان انجام آن را در فرم مربوطه ثبت نمایند و در هر بار ویزیت به همراه خود بیاورند. در ویزیت‌های بعدی معیارهای حذف مرحله اول، نظیر مخالفت همسر برای انجام ماساژ در گروه آزمون، انجام ماساژ کمتر از ۵ دقیقه در روز، تعداد روزهای انجام ماساژ کمتر از ۱۴ روز و ایجاد عوارضی نظیر دکولمان، جدا شدن زودرس پرده‌ها، پلی هیدرآمینوس، جفت سرراهی و... مدنظر قرار گرفت، در این مرحله ۸ نفر از پژوهش حذف شدند. در صورتی که واحدهای پژوهش هنوز واجد شرایط بودند به هر دو گروه یادداشت‌هایی با محتوا و شکل ظاهر یکسان جهت اطلاع پژوهشگر و کمک پژوهشگران در موقع ورود به زایشگاه ارائه شد. از واحدهای پژوهش خواسته می‌شد که گروه خود را برای عامل زایمان بازگو نمایند و ساعت شروع دردهای زایمانی را بخاطر بسپارند، با مراجعه واحدهای پژوهش به زایشگاه، پژوهشگر در زایشگاه حضور یافته

و تا زمان وضع حمل آنها را تحت نظر می‌گرفت و نکات لازم در مرحله اول و دوم زایمان را در برگه مشاهده ثبت نمود. در حین لیبر معیارهای حذف مرحله دوم نظیر مواردی چون زایمان زودرس، زجر جنینی، اکسی پودخلفی پایدار، لیبر سریع، فشارخون بالای مادر، دیستوشی شانه، پرزانتاسیون^۱ و وضعیت قرارگیری^۲ معیوب جنین، یکی از انواع تنگی‌های لگن، عوارض مامایی نظیر جدا شدن زودرس جفت، جفت‌سراهی و پرولاپس بند ناف، استفاده از فورسپس و واکيوم، وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ یا بیشتر از ۴۰۰۰ گرم و دور سر نوزاد کمتر از ۳۲ سانتیمتر یا بیشتر از ۳۶ سانتیمتر مدنظر قرار گرفت که در این مرحله ۱۲ نفر از پژوهش حذف شدند. در صورتی که واحد پژوهش هنوز واجد شرایط پژوهش بود به اطلاع یکی از دو کمک پژوهشگر می‌رسید تا زایمان وی را انجام دهند. با در نظر گرفتن موارد کاربرد اپی‌زیاتومی عامل زایمان، به تنهایی مسئول تصمیم‌گیری در مورد انجام یا عدم انجام اپی‌زیاتومی بود. در صورت تصمیم به انجام اپی‌زیاتومی، از لیدوکائین ۲ درصد به میزان ۳-۲ cc استفاده شده و اپی‌زیاتومی انجام شد. در ضمن طول مرحله دوم، فاز فعال مرحله دوم زایمان و مدت زمان زور زدن مادر، در فاز فعال ثبت و پس از خروج نوزاد موارد مربوط شامل وزن و دور سر و... یادداشت گردید. بعد از زایمان، میان‌دوره و پارایورترال توسط عامل زایمان و تحت نظر پژوهشگر بررسی می‌شد. در صورت انجام برش، طول و عمق برش توسط سواب استریل اندازه‌گیری و سپس توسط خط‌کش مدرج ظریفی خوانده شد، در صورت گسترش برش، درجه آن ثبت می‌گردید و در مواقع عدم انجام برش و ایجاد پارگی، درجه آن مشخص شد.

جهت بررسی همگنی دو گروه از نظر متغیرهای کیفی، از آزمون مجذور کای و در موارد کم‌بودن تعداد در خانه‌های جدول و عدم اعتبار آزمون، از آزمون‌های کندال تائوبی و فیشر استفاده شد. برای متغیرهای کمی با توزیع نرمال، از آزمون تی دانشجویی و در موارد توزیع غیرنرمال، از آزمون آماری من‌ویت‌نی، استفاده گردید. جهت بررسی اثر برخی متغیرهای مداخله‌گر بر وقوع و درجه برش و پارگی، از آزمون لگای خطی و آنالیز واریانس دو طرفه استفاده شد. در تمام آزمون‌های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی‌داری $\alpha = 0/05$ مدنظر بوده است. جهت انجام آزمون‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از پژوهش، نشان داد که میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه آزمون ۲۱/۱ سال و در گروه شاهد ۲۰/۷ سال بود. بیشتر افراد گروه آزمون ۳۵/۵ درصد (۱۱ نفر) در سطح راهنمایی و گروه شاهد ۳۵/۵ درصد (۱۱ نفر) در سطح ابتدایی بودند. در هر دو گروه، زنان خانه‌دار بیشتر از شاغلین بودند، بطوری که ۷۱ درصد (۲۲ نفر) در گروه آزمون و ۹۳/۵ درصد (۲۹ نفر) در گروه شاهد، خانه دار و مابقی شاغل بودند. همچنین از نظر طبقه اجتماعی ۵۸/۱ درصد گروه آزمون و ۷۱ درصد گروه شاهد در طبقه اجتماعی ۲ قرار داشتند. در این پژوهش، دو گروه از نظر سن مادر، اندکس توده بدنی، سطح تحصیلات مادر و همسر، طبقه اجتماعی، متوسط ساعات کار در حالت ایستاده یا راه‌رفتن، متوسط زمان چمباتمه زدن برای انجام فعالیت‌های روزانه، انجام ورزش کجبل، رضایت از حاملگی توسط زن، رضایت همسر از بچه‌دار شدن، تونیسیتیه عضلات کف لگن و طول میان‌دوره، با یکدیگر همگن بودند (جدول ۱).

1 - Persentation

2 - Position

جدول (۱): مقایسه میانگین اندیکس توده بدنی، متوسط زمان چمباتمه زدن، طول میان‌دوره، تونسیته عضلات کف لگن، در دو گروه مورد مطالعه

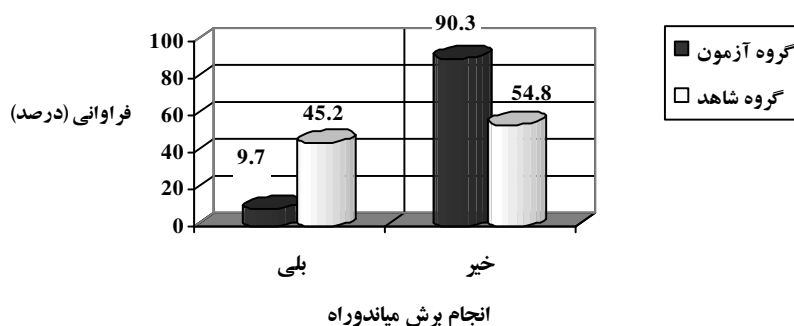
نتیجه	شاهد	آزمون	گروه
			شاخص آماری
T- test	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	متغیر
P = ۰/۲۸۸	۲۵/۹ \pm ۳	۲۴/۹ \pm ۳	اندکس توده بدنی (متر مربع / کیلوگرم)
P = ۰/۲۹۷	۴۰/۸ \pm ۲۴/۲	۴۹/۵ \pm ۳۹/۵	متوسط زمان چمباتمه زدن (دقیقه)
P = ۰/۹۱۶	۲/۶ \pm ۰/۶	۲/۶ \pm ۰/۶	طول میان‌دوره (سانتیمتر)
P = ۰/۴۱۲	۹/۳ \pm ۱/۷	۹/۰۶ \pm ۱/۲	تونسیته عضلات کف لگن (نمره)

جدول (۲): میانگین سن حاملگی در شروع زایمان، تعداد معاینات واژینال در مرحله اول، طول مرحله اول، مدت زمان و فاصله انقباضات، در ابتدای مرحله دوم، مدت زمان زورزدن مادر در فاز فعال مرحله دوم، طول فاز فعال مرحله دوم، طول مرحله دوم زایمان، وزن و دور سر نوزاد، در دو گروه مورد مطالعه

نتیجه	شاهد	آزمون	گروه
			شاخص آماری
T- test	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	متغیر
P = ۰/۰۶۹	۳۹/۶ \pm ۰/۹	۳۹/۹ \pm ۰/۷	سن حاملگی (هفته)
P = ۰/۶۵۰	۳ \pm ۱/۹	۴ \pm ۱/۹	تعداد معاینات واژینال در مرحله اول
P = ۰/۰۹۱	۱۱/۳ \pm ۴/۲	۹/۷ \pm ۳/۱	طول مرحله اول (ساعت)
P = ۰/۴۷۵	۴۶/۳ \pm ۱۱/۵	۴۸/۶ \pm ۱۳/۲	مدت زمان انقباضات رحمی در ابتدای مرحله دوم (ثانیه)
P = ۰/۰۸۸	۱۰۱/۹ \pm ۴۰/۶	۱۲۰ \pm ۴۱/۳	میانگین فاصله انقباضات رحمی در ابتدای مرحله دوم (ثانیه)
P = ۰/۳۴۸	۱۳۴/۶ \pm ۷۴/۶	۱۵۸/۱ \pm ۱۱۰/۳	مدت زمان زورزدن مادر در فاز فعال مرحله دوم (ثانیه)
P = ۰/۴۹۰	۲۲/۱ \pm ۱۵۸/۹	۲۴/۸ \pm ۱۴/۳	طول فاز فعال مرحله دوم زایمان (دقیقه)
P = ۰/۵۵۴	۵۲/۷ \pm ۲۶/۵	۵۶/۸ \pm ۲۶/۹	طول مرحله دوم زایمان (دقیقه)
P = ۰/۹۷۳	۳۲۱۹/۴ \pm ۳۴۸/۹	۳۲۲۲/۹ \pm ۳۸۴/۲	وزن نوزاد (گرم)
P = ۰/۸۴۷	۳۴/۲ \pm ۱/۲	۳۴/۱ \pm ۱/۴	دور سر نوزاد (سانتیمتر)

همچنین دو گروه از نظر سن حاملگی در هنگام شروع زایمان، تعداد معاینات واژینال در مرحله اول، طول مرحله اول، استفاده از اکسی‌توسین در مرحله اول و دوم، جایگاه سر به هنگام کامل شدن دیلاتاسیون، شدت، مدت زمان و فاصله انقباضات رحمی در ابتدای مرحله دوم، وضعیت سر جنین در ابتدای مرحله دوم، طول مرحله دوم، فاز فعال مرحله دوم زایمان، مدت زمان زور زدن مادر در فاز فعال، چگونگی خروج سر جنین، وزن تولد، دور سر نوزاد و آپگار دقیقه اول، همگن بودند (جدول ۲).

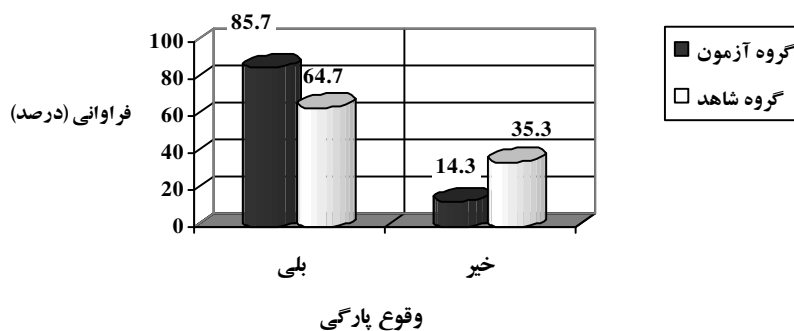
یافته‌ها نشان دادند که وقوع برش میان‌دوره، با و بدون گسترش برش، در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۹/۷ و ۴۵/۲ درصد بود، که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود داشت (نمودار ۱).



Chi-square: $X^2=8.1$ DF=1 P<0.004

نمودار (۱): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه، بر حسب انجام برش میان‌دوره به تفکیک گروه

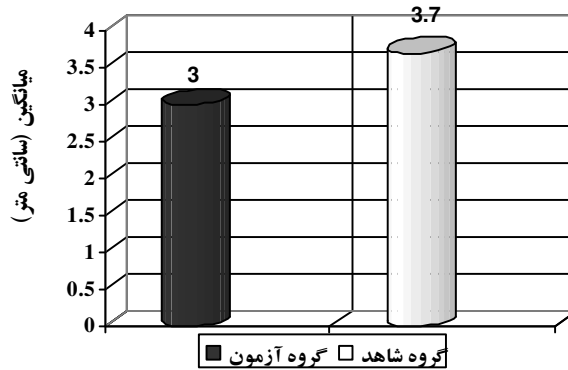
اما وقوع پارگی میان‌دوره، در صورت عدم انجام برش، در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۸۵/۷ و ۶۴/۷ درصد بود که با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند (نمودار ۲).



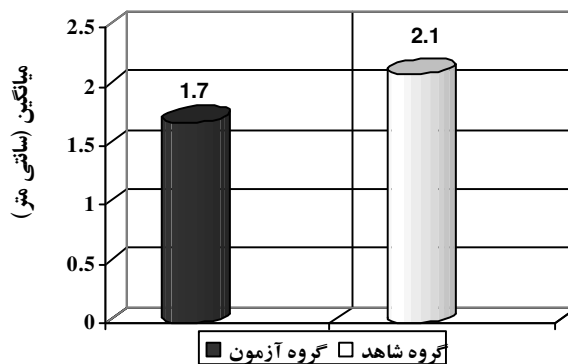
Chi-square: $X^2=1.6$ DF=1 P<0.202

نمودار (۲): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه، بر حسب وقوع پارگی در صورت عدم انجام برش به تفکیک گروه

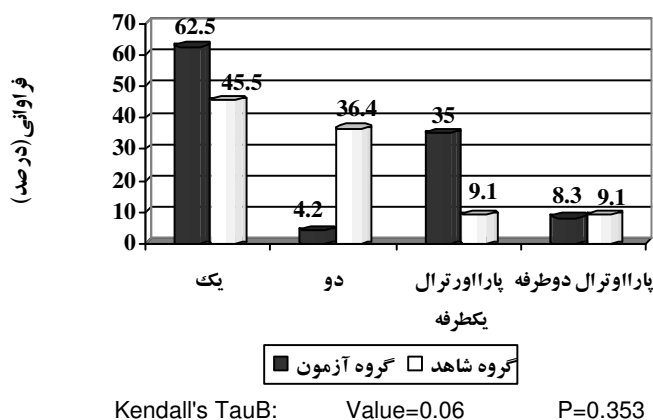
یافته‌ها نشان دادند که میانگین طول برش، در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب $3/0 \pm 1/0$ و $3/7 \pm 1/7$ و میانگین عمق برش به ترتیب $1/7 \pm 0/6$ و $2/1 \pm 1/0$ بود که دو گروه از این نظر تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند (نمودار ۳ و ۴).



Mann-Withney: $Z=0.5$ $P<0.600$
 نمودار (۳): مقایسه میانگین طول برش در دو گروه مورد مطالعه



Mann-withney: $Z=-0.6$ $P=0.521$
 نمودار (۴): مقایسه میانگین عمق برش در دو گروه مورد مطالعه



نمودار (۵): توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه، بر حسب درجه پارگی در صورت عدم انجام برش میان‌دوره به تفکیک گروه

همچنین درجه پارگی، در دو گروه آزمون و شاهد با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند (نمودار ۵). یافته‌ها نشان دادند که وقوع برش و پارگی میان‌دوره در خانه‌دارها بیشتر از شاغلین بود ($P < 0/05$). همچنین بیشترین میزان پارگی میان‌دوره زمانی که فاز فعال بین ۲۰ تا ۵۰ دقیقه طول کشیده است ایجاد شده و کمترین میزان را زمانی که فاز فعال بین ۵۱ تا ۷۰ دقیقه طول کشیده داریم، که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

بحث

بر اساس یافته‌های پژوهش، وقوع برش میان‌دوره با و بدون گسترش برش، در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۹/۷ درصد (۳ نفر) و ۴۵/۲ درصد (۱۴ نفر) می‌باشد که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P < 0/0044$). اوری (۱۹۸۷) در مطالعه‌ای مشابه، وقوع برش میان‌دوره را در دو گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۳۸ و ۶۵ درصد گزارش نمود (۱۵). شیب‌من و همکاران (۱۹۹۴)، وقوع برش و پارگی را توأمأ در گروه آزمون و شاهد ۷۵/۱ و ۶۹ درصد گزارش نمودند (۱۳) که در هر دو مطالعه این تفاوت به ترتیب با $P < 0/05$ و $P = 0/24$ معنی‌دار بود. در مطالعه لابریک (۱۹۹۴)، وقوع برش در دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشت (۹). علت احتمالی تفاوت نتایج پژوهش لابریک با پژوهش حاضر این است که لابریک، زایمان‌های با فورسپس و واکيوم و موارد استفاده از بی‌حسی اپیدورال را از پژوهش خود حذف نمود، در حالی که در پژوهش حاضر، تمامی این موارد از نمونه حذف شدند. از طرفی در پژوهش لابریک زایمان‌های واحدهای پژوهش توسط پزشک کشیک انجام می‌شد و در نتیجه، فاکتور مهم مهارت عامل زایمان که در پژوهش حاضر سعی شده بود با انجام زایمان توسط دو کمک پژوهشگر، تحت کنترل نسبی قرار گیرد، کنترل نشد. همچنین در مطالعه لابریک، شغل به عنوان متغیر مداخله‌گر مدنظر نبوده است اما پژوهش حاضر با محدودیت عدم همگنی شغل در دو گروه روبرو بود که البته با حذف اثر شغل، باز هم دو گروه از نظر وقوع برش با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند. وقوع پارگی میان‌دوره، در صورت عدم انجام برش در گروه آزمون و شاهد، به ترتیب ۸۵/۷ درصد (۲۴ از ۲۸ نفر) و ۶۴/۷ درصد (۱۱ از ۱۷ نفر) بود که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد.

($P=0/202$). در مطالعات لابریک (۹۵ و ۱۹۹۴) نیز وقوع پارگیها در دو گروه آزمون و شاهد با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند (۹ و ۱۶). البته در پژوهش حاضر، بعد از حذف اثر متغیر ناهمگن شغل، این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار شد. به نظر می‌رسد علت افزایش پارگی در گروه آزمون به دلیل انجام کمتر اپی‌زیاتومی در این گروه بود که احتمال وقوع پارگی را افزایش داده است. البته اغلب پارگیها در گروه آزمون، پارگی درجه یک، پارایورترال یک‌طرفه و دو طرفه بودند.

همچنین، یافته‌های این مطالعه نشان داد که دو گروه آزمون و شاهد از نظر درجات برش با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند و پس از حذف اثر شغل باز هم این تفاوت معنی‌دار نشد. همچنین درجات پارگی میان‌دوره نیز در دو گروه حتی بعد از حذف متغیر غیرهمگن شغل با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند. در مطالعات لابریک (۱۹۹۴ و ۱۹۹۵) (۱۶ و ۹). و شیب‌من (۱۹۹۴) نیز درجات پارگی در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشتند، اما بعد از حذف اثر وزن جنین و سن مادر که از متغیرهای غیرهمگن اثرگذار در پژوهش شیب‌من بودند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار شد، بطوری که درجات پارگی در گروه شاهد بیشتر از گروه آزمون بود (۱۳). بر اساس یافته‌های پژوهش، فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه ماساژ میان‌دوره درصد انجام برش را کاهش می‌دهد، تأیید شد. اما فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر اینکه ماساژ میان‌دوره درصد وقوع پارگی را کاهش می‌دهد، مورد تأیید قرار نگرفت. در واقع یافته‌های پژوهش، نشان دادند که ماساژ میان‌دوره، علی‌رغم این که انجام برش را کاهش می‌دهد درصد وقوع پارگیهای درجه یک و پارایورترال را افزایش می‌دهد، بدون آنکه سبب صدمات وسیع میان‌دوره گردد. با ارائه نتایج این تحقیق به کارکنان بهداشتی، پزشکان و بخصوص ماماها، می‌توان سبب رایج نمودن آموزش ماساژ میان‌دوره در مراکز بهداشتی، درمانی، مطب‌های پزشکان و ماماها شد و با تشویق زنان به انجام آن جهت تسهیل زایمان، اپی‌زیاتومی انتخابی را جایگزین اپی‌زیاتومی روتین نمود. همچنین با افزایش انگیزه خود مراقبتی در مادر باعث کاهش موارد سزارین شد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران، لازم می‌دانند مراتب سپاس و تشکر خود را از خانم‌ها دکتر آذری آزاد، تیزآهنگی، فرشباف اعظمی، کارکنان درمانگاههای بجنورد، زایشگاه بنت‌الهدی و واحدهای پژوهش که انجام این پژوهش جز با کمک و همکاری آنان میسر نبود، اعلام نمایند.

Abstract

The Effect of Perineal Massage During Pregnancy on the Perineal Laceration in Primiparous Women

Episiotomy occurs in 50% to 90% of labors . Perineal laceration is also quite common , with complications affecting women's health . This study was conducted to survey the effects of the perineal massage on the decreasing of the lacerations in primiparous women . This blind clinical trial involved two groups . The samples including 80 primiparous women referring to Health Clinics in Bojnourd , Iran , were collected in steps in 1379 . The experimental group was trained to do the perineal massage 10 minutes daily from the 34-37 weeks of their pregnancy to the labor ; they were asked to fill in a form to have a record of their massage . All labors were performed by two predetermined midwives . The study data were collected through interview forms and observation checklists during pregnancy and labor . The analyzed data indicated that the laceration incidence in control and experinental groups were 45.2% and 9.7% respectively . Laceration without episiotomy in control and experimental groups were 64.7% and 85.7% respectively . Childbriths with unharmed perineum were 14.3% and 35.3% for experimental and control groups respectively . The average episiotomy lengths for the control and experimental groups were 3.7 ± 1.07 and 3 ± 1 cm respectively ; the average depths were 2.1 ± 1 and 1.7 ± 0.6 cm for control and experimental groups respectively . First order laceration and unilateral paraurethral were more frequent in the experimental group than in the control group , the second order laceration and bilateral paraurethral being less frequent . It was also observed that episiotomy and laceration significantly correlated with occupation , second active phase of the labor and the infant's head . It was finally coucluded that perineal massage decreased labor episiotomy and increased first order and paraurethral laceration ; therefore , it can be recommended as a safe and inexpensive way to reduce perineal injuries during childbirth .

Key Words : *Perineal Massage ; Perineal Injuries; Episiotomy ; Perineal laceration ; Primipara .*

منابع

- ۱ - ویلسون، "مامایی و بیماریهای زنان". ترجمه کاظمی، داریوش ، چاپ دوم، تهران، دانش پژوه.
- 2 - Enkin, M. W; Keirse, M.INC; Neilson J.P "A Guide to effective care in pregnancy and child birth"-2nd ed. - Oxford university press, 1996.
- 3 - Belizon, J; [et al] "Routine V.S Selection Episiotomy: A randomized controlled trial" Lancet 1993; 342: 1517 - 18.
- 4 - Sciarra, J. S, "Sciarra Gynecology and obsterics". Philadelphia: JB lippincott company, 1995.
- 5 - Albers, L. L; Anderson, D; Gragin, L; [et al]. "Factors Related to perineal trauma in child birth". J of Nurse - Midwifery. 1996; 41 (4): 269 - 76.

۶ - امیری، معصومه، بررسی تأثیر شیاف ایندومتاسین بر درد پس از اپی‌زیاتومی در بیماران بستری در بیمارستان منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴.

7 - Beischer, NA; Mackay, E.V; Cold itz, PB "Obsetetrics and the Newborn" - 3d ed. - Landan :W.B Saunders, 1997.

۸ - متقی، زهرا، پایان‌نامه تحت عنوان "بررسی مقایسه‌ای مشخصات مامایی، اجتماعی، اقتصادی، در مادران سزارین انتخابی با زایمان طبیعی بستری در بیمارستان امام خمینی شهر خمین، سال ۱۳۷۹.

9 - Labreaque, M; Eason, E; Marcoux, S. "Randomized trial perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three month after delivery. "Am j obstet Gynecol; 2000; 182: 76 - 80.

10 - Katharyn, A. M; Laura, R.M. "Comprehensive maternity Nursing, Nursing process and the child bearing". - 2nd ed.- philadelphia: J. B Lippincott, 1990.

11 - Johanson, R. "perineal massage for prevention trauma in child birth. Lancet January 22. 2000; 355: 250 - 51.

12 - Labrecque, M; [et al]. "prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy: A pilot study. Birth 1994; 21 (1): 20-25.

13 - Shipman M.K, Boniface D.R, " Antenatal perineal massage and subsequent perineal out comes: a randomized controlled trial, British J of obstet and Gynecol. 1997: 104: 787 - 791.

14 - Carol, A; [et al]. "A digital test for pelvic muscle strength in women with urinary Incontinence." Nursing research 1994; 43 (6): 352 - 56.

15 - Avery, M.D; Arsdale, L.V."Perineal massage effect on the incidence of Episiotomy and Laceration in a Nulliparous papulation." J of Nurse midwifery, 1987; 32(3): 181 - 84.

16 - Labreaque, M; Eason, E; Marcoux, S. "Randomized trial perineal massage during pregnancy: perineal symptoms three month after delivery. "Am j obstet Gynecol; 2000; 182: 76 - 80.