

تاثیر مانور ریتگن و عدم لمس پرینه بر آسیب های پرینه در زمان زایمان

ام البنین زارع^{۱*}، هاجر پاشا^۱، بیتا جمالی^۱، آزاده کیاپور^۲

تاریخ وصول: ۹۱/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲۰

چکیده

زمینه و هدف: آسیبهای پرینه که به دنبال زایمان طبیعی ایجاد می شود، عوارض کوتاه و بلند مدتی را به دنبال دارد، که نیازمند مداخلاتی است که احتمال شانس پرینه سالم را افزایش دهد. این مطالعه به منظور مقایسه تاثیر مانور ریتگن و عدم لمس پرینه بر آسیبهای پرینه در زمان زایمان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه، کارآزمایی بالینی بر روی ۷۰ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام علی (ع) آمل انجام شد. افراد به ترتیب ورود، یک در میان، در یکی از دو گروه ریتگن (۳۵ نفر) و یا عدم لمس پرینه (۳۵ نفر) قرار گرفتند، در گروه ریتگن در مرحله دوم زایمان هنگامی که سر جنین پرینه را متسع می کرد؛ از طریق فشار رو به بالا بر سر جنین (اکسی با یک دست بر روی چانه جنین؛ فشار رو به جلو اعمال می شد و در همان زمان با دست دیگر فشار رو به بالا بر سر جنین (اکسی پوت) وارد می گردید. در گروه عدم لمس پرینه در مرحله دوم زایمان تا زمان خروج سر جنین، پرینه لمس نمی شد. سپس فراوانی پرینه سالم، اپی زیاتومی، پارگی پرینه، میانگین طول مرحله دوم لیبر، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه تعیین و با یکدیگر مقایسه شد.

یافته ها: در گروه ریتگن فراوانی پرینه سالم (۳۰ نفر) ۸۵/۷٪، اپی زیاتومی (۲۶ نفر) ۷۴/۳٪ و پارگی پرینه (۵ نفر) ۱۴/۳٪ و در گروه عدم لمس پرینه این مقادیر به ترتیب (۲۸ نفر) ۸۰٪، (۲۹ نفر) ۸۲/۹٪ و (۲ نفر) ۵/۸٪ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. در گروه ریتگن فراوانی پارگی درجه یک (۵ نفر) ۱۴/۳٪ و در گروه عدم لمس پرینه فراوانی پارگی درجه یک (۷ نفر) ۲۰٪ بود که این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. در گروه ریتگن و عدم لمس پرینه پارگیهای درجه دو، سه و چهار رخ نداد.

بحث و نتیجه گیری: استفاده از عدم لمس پرینه به عنوان تکنیک کنترل پرینه براساس معیارهای زایمانی و راحتی و تمایل زن در حین زایمان، بدون خطر می باشد.

واژگان کلیدی: مانور ریتگن، عدم لمس پرینه، آسیب پرینه، زایمان.

مقدمه

و حتی احساس بهبودی بعد از وضع حمل خلل وارد می کند) و ضعف عضلات کف لگن همراه است (۳، ۴ و ۵). خونریزی های بعد از زایمان در اثر برش وسیع اپی زیاتومی گسترش پارگیها و تاخیر در ترمیم اپی زیاتومی سلامت مادر را به خطر می اندازد. گسترش اپی زیاتومی یا پارگی های درجه ۳ یا ۴ علاوه بر خونریزی می تواند فرد را به سوی صدمات غیر قابل جبرانی چون بی اختیاری مدفوع و مقاربت دردناک هدایت نماید (۱). زنانی که با پرینه سالم زایمان کردند، درد پرینه کمتری را بلافاصله بعد از زایمان و عملکرد جنسی بهتر را ۳ ماه بعد از زایمان گزارش کردند (۶ و ۳). شواهد قطعی و آشکاری در دسترس است که نشان می دهد انجام روتین اپی زیاتومی، به عنوان شکلی از مراقبت چندان موثر نبوده و مضر می باشد (۷-۱۰). جهت کاهش استفاده از اپی

هرگونه صدمه به پرینه حین تولد نوزاد، آسیب پرینه تعریف می شود که ممکن است متعاقب اپی زیاتومی و یا خود به خود ایجاد شود. ۸۵٪ زنان در حین زایمان طبیعی انواعی از صدمات پرینه را تجربه می کنند و بیش از ۲/۳ زنان نیاز به ترمیم پیدا می کنند (۲ و ۱). آسیب پرینه در زمان زایمان با عوارض کوتاه مدت و بلندمدتی همچون خونریزی، عفونت، نیاز به سوچور زدن، بی اختیاری ادرار و مدفوع، درد هنگام مقاربت، درد مداوم پرینه (که به برقراری تعامل بین مادر و نوزاد و روابط جنسی، شیردهی

۱. گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل

*نویسنده مسؤول (Email: mahya.zare@yahoo.com)

۲. گروه آمار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل

زیاتومی و کاهش میزان آسیب پرینه و دستگاه تناسلی، ماماها از تکنیکهای متعدد در مرحله دوم زایمان استفاده می کنند؛ اما مدرکی از یک روش به عنوان تکنیک مؤثر کنترل پرینه، قبل از زایمان در جهت کاهش پارگی های خود به خود پرینه وجود ندارد (۱۱). مانور ریتنگن یک روش حمایت از پرینه در مرحله دوم زایمان می باشد، که به نام فرد پیشنهاد دهنده آن می باشد. در این مانور با یک دست از طریق پرینه و درست در جلوی استخوان دنبالچه بر روی چانه جنین، فشار رو به جلو اعمال می شود و در همان زمان با دست دیگر فشار رو به بالا بر سر جنین (اکسی پوت) وارد می گردد، منابع زیادی این روش را توصیف و حمایت کرده اند و در حال حاضر، شایع ترین تکنیک استفاده شده در ایران می باشد (۱۲). در روش عدم دستکاری پرینه در مرحله دوم زایمان، پرینه لمس نمی شود و تنها از قسمت قدامی و پیشابراه به هنگام خروج سر حمایت می شود (۱۳).

در مطالعه ای بر روی ۷۰ زن اول زا با استفاده از تکنیک عدم تماس پرینه تغییری در میزان یا درجه آسیب پرینه به

هنگام زایمان وجود نداشت (۱۴). اما در مطالعه دیگر، میزان پارگی پرینه در روش عدم دستکاری پرینه کمتر بود (۱۵). ارزیابی کاملی در جهت موافقت و یا مخالفت با این نظریه وجود ندارد و مطالعات انجام گرفته در زمینه تاثیر تکنیک های اداره پرینه در مرحله دوم زایمان در پیشگیری از آسیب پرینه بسیار محدود بوده و ناکافی می باشد. هدف این مطالعه مقایسه تاثیر دو روش کنترل پرینه، عدم لمس پرینه و مانور ریتنگن، بر میزان و درجه پارگیهای پرینه و ترمیم پارگیها در مرحله دوم زایمان می باشد تا دستیابی به روش کنترل پرینه با کمترین تروما امکان پذیر باشد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. در این مطالعه ۷۰ زن اول زایی که به مرکز آموزشی درمانی امام علی (ع) آمل مراجعه کرده بودند و تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط انجام زایمان طبیعی را داشتند، در صورتی که سن ۲۰-۳۵ سال، عدم ابتلا به هر گونه بیماری زمینه ای، و وزن تخمینی نوزاد کمتر از ۴۰۰۰ گرم، زایمان تک قلو و جنین زنده ترم داشتند، انتخاب شده و پس از توضیح شرایط کار و احتمال آسیب پرینه به مادران رضایت نامه کتبی از آنها گرفته می شد. سپس افراد، یک

در میان در یکی از دو گروه ریتنگن (۳۵ نفر) و عدم لمس پرینه (۳۵ نفر) قرار گرفتند. همه زایمانها توسط محقق انجام می گرفت و به علت ماهیت تحقیق، امکان کور کردن مطالعه برای محقق و مادر باردار وجود نداشت. در روش ریتنگن، در طی مرحله دوم زایمان، هنگامی که سر جنین پرینه را متسع می کرد و واژن ۵ سانتیمتر یا بیشتر باز می شد؛ از طریق پرینه و درست در جلوی استخوان دنبالچه با یک دست بر روی چانه جنین، فشار رو به جلو اعمال می شد و در همان زمان با دست دیگر فشار رو به بالا بر سر جنین (اکسی پوت) وارد می گردید. در روش عدم لمس پرینه در مرحله دوم زایمان و تا زمان خروج سر جنین لمس نمی شد و تنها از قسمت قدامی و پیشابراه به هنگام خروج سر حمایت می گردید. افراد در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری، طولانی شدن مرحله دوم لیبر، دیسترس جنینی، دفع مکنونوم، دیستوشی، دکولمان، اقدام به استفاده از واکیوم، اینداکشن و زایمان تسریع شده از مطالعه خارج می شدند. ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش پرسشنامه بود که داده ها از طریق مصاحبه و مطالعه پرونده مددجویان و مشاهده، اخذ و ثبت می گردید. پرسشنامه در سه بخش تنظیم شده بود. بخش اول سوالات مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و باروری بود. بخش دوم اطلاعات مربوط به مرحله اول و دوم، هرگونه حوادث غیر منتظره حین تولد، وزن و نمره آپگار را شامل می شود. بخش سوم شامل اطلاعات مربوط به وجود یا عدم وجود تروما، درجه ترومای پرینه، وجود تروما در محل دیگر دستگاه تناسلی و نیاز به ترمیم تروما بود. پارگی درجه یک، عبارت بود از آسیب پوست و مخاط ناحیه پرینه، پارگی درجه دو پارگی درجه یک و آسیب عضلات، پارگی درجه سه پارگی درجه دو و آسیب اسفنکتر مقعد و پارگی درجه چهار پارگی درجه سه و آسیب مخاط رکتوم (۱۱). برای تعیین اعتبار علمی ابزار گردآوری داده ها از روش اعتبار محتوا و پایایی آن به روش توافق مشاهده گران^۱ تایید گردید. داده های بدست آمده به وسیله روشهای آمار توصیفی، تستهای کای دو و تی و با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ مورد بررسی قرار می گیرد. در این مطالعه، P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار تلقی گردید.

یافته ها

یافته های این پژوهش بین دو گروه از نظر میانگین سنی، میزان تحصیلات، محل سکونت، تعداد حاملگی، شاخص

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، میزان پارگی درجه یک در دو گروه ریتگن و عدم لمس پرینه یکسان بود. در مطالعه ای که کوستا^۲ و همکاران (۱۴) انجام دادند به نتایج مشابهی دست یافتند، مبنی بر اینکه میزان پارگیها در دو روش عدم دستکاری پرینه و ریتگن تفاوتی نداشت و با روش عدم دستکاری پرینه، میزان و درجه پارگیهای پرینه تغییری نکرد. در مطالعه ای که آلبرت^۳ (۵) به منظور بررسی روشهای کاهنده آسیب دستگاه ژنیتال هنگام زایمان بر روی سه گروه کمپرس گرم روی پرینه، ماساژ با لوبریکانت و عدم مداخله تا زمان کرونینگ انجام دادند، اختلاف معنی داری از نظر پارگیهای درجه یک و دو وجود نداشت. در مطالعه اسوزا^۴ و همکاران (۱۶) از نظر میزان پارگی پرینه در دو گروه ریتگن و عدم دستکاری تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در مطالعه فهامی و همکاران (۱۷) میزان پارگی در گروه ریتگن بیشتر از گروه عدم لمس پرینه بود و درجه پارگی نیز در گروه ریتگن بالاتر بود. در مطالعه سهرابی و همکاران (۱۸) میزان پارگی درجه ۱ و ۲ در گروه عدم تماس پرینه کمتر از گروه ریتگن بود.

در این مطالعه، میزان استفاده از اپی زیاتومی در دو گروه یکسان بود. در مطالعه آلبرت^۵ (۵) بین سه گروه کمپرس گرم روی پرینه، ماساژ با لوبریکانت و عدم مداخله اختلاف معنی داری از نظر اپی زیاتومی پیدا نشد. در مطالعه فروغی پور و همکاران (۱۹) در گروه عدم دستکاری میزان اپی زیاتومی کمتر اما میزان پارگی درجه یک بیشتر بود. در مطالعه مایرهورفر^۲ و همکاران (۱۳) میزان پارگیهای پرینه در روش عدم دستکاری پرینه کمتر بوده و پارگی درجه سه و میزان استفاده از اپی زیاتومی در گروه ریتگن بیشتر مشاهده شد. در مطالعه آنها استفاده از روش عدم دستکاری پرینه در مقایسه با روش ریتگن سلامت پرینه را با اختلاف معنی داری افزایش داد. در مطالعات جانسون و همکاران (۱۵) در میزان پارگی درجه ۳ و ۴ در بین دو گروه ریتگن و عدم دستکاری پرینه تفاوت معنی داری مشاهده نشد؛ البته در مطالعه حاضر پارگی درجه سه و چهار وجود نداشت.

در این مطالعه، میزان پارگیهای پرینه قدامی و نیاز به ترمیم پارگیها در دو گروه یکسان بود. در مطالعه کوستا و همکاران (۱۴) محل پارگیهای پرینه در دو گروه مشابه

توده بدنی، سن حاملگی، طول مرحله دوم زایمان، وزن هنگام تولد نوزاد، جنسیت نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم، تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۱). میزان پرینه سالم در گروه عدم لمس پرینه و در گروه ریتگن به ترتیب ۸۰ درصد و ۸۵/۷ درصد بود که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (۰/۵۲۶). $p=$ میزان پارگی درجه یک در گروه عدم لمس پرینه و در گروه ریتگن به ترتیب ۲۰ درصد و ۱۴/۳ درصد بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود نداشت (۰/۵۲۶). $p=$ میزان اپی زیاتومی در گروه عدم دستکاری پرینه و در گروه ریتگن به ترتیب ۸۲/۹ درصد و ۷۴/۳ درصد بود که از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود ندارد (۰/۳۸۲). $p=$ هیچ موردی از پارگی درجه ۲، ۳ و ۴ در دو گروه مشاهده نشد. میزان پارگیهای پرینه قدامی (اطراف پیشابراه، لیال و واژن) در گروه عدم لمس پرینه ۲/۹ درصد، ۲/۹ و ۰ درصد و در گروه ریتگن ۱۱/۴ درصد، صفر درصد و ۲/۹ درصد بود که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/164$; $0/314$; $0/314$) میزان ترمیم پارگی در دو گروه عدم لمس پرینه و گروه ریتگن به ترتیب ۱۱/۴ درصد و ۱۷/۱ درصد بود که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت ($p=0/393$).

جدول (۱): مقایسه برخی از مشخصات فردی باروری و زایمانی مادران

اول زا در دو گروه عدم لمس پرینه و ریتگن

نتایج	ریتگن (۳۵ نفر)	عدم دستکاری (۳۵ نفر)	P
سن (سال)	۲۲.۶±۳.۵۷	۲۲.۸۸±۳.۷۱	۰/۷۴۸
شاخص توده بدنی	۲۴.۸۵±۴.۵۳	۲۴.۶۶±۴.۰۸	۰/۸۵۳
سن بارداری (هفته)	۳۹/۴±۱/۲۷	۳۸/۸۳±۱/۵۴	۰/۰۹۵
میانگین طول مرحله دوم (دقیقه)	۳۴/۲۹±۱۳/۱۸	۳۴±۲۰/۱۰	۰/۹۴۴
میانگین وزن تولد (گرم)	۳۲۲۱/۴۱±۳۳۰/۶۲	۳۲۴۵/۷۱±۴۶۵/۶۴	۰/۸۰۲
جنس جنینی (پسر) %	۴۰	۴۸/۶	۰/۴۷
آپگار دقیقه اول	۹	۹	$P<0/0001$
آپگار دقیقه پنجم	۱۰	۱۰	$P<0/0001$

2. Costa

3. Alberts

4. Desouza

1. Alberts

2. Mayerhofer

زایمان تسریع شده، زایمان با ابزار و دفع مکنونیوم نمی باشد. همچنین مداخله در وضعیت لیتوتومی انجام شده است؛ لذا پیشنهاد می شود که چنین مطالعه ای در سایر پوزیشن های زایمانی انجام شود.

با توجه به اینکه نتایج استفاده از این دو روش با همدیگر تفاوتی ندارد؛ لذا از روش عدم دستکاری پرینه در مرحله دوم زایمان براساس معیارهای زایمانی و راحتی و تمایل شخصی مادران در حین زایمان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

در این پژوهش از همکاری انجمن دیابت شهرستان ساری، بیماران شرکت کننده در این پژوهش و پرسنل محترم کتابخانه دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تشکر می شود.

بود. در گروه عدم تماس پرینه افزایش خفیفی در پارگیهای قدامی پرینه وجود داشت که با نتیجه مطالعه حاضر همسو می باشد؛ البته در مطالعه حاضر، اختلاف آماری معنی داری در بین دو گروه وجود نداشت که در مطالعه سهرابی و همکاران (۱۸) نیز میزان پارگیها پرینه قدامی و نیاز به ترمیم پارگیها در گروه عدم دستکاری پرینه بیشتر بود؛ اما تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. در مطالعه آلبرت (۵) نیاز به ترمیم پارگیها در گروه های یکسان بوده است. در مطالعه سهرابی و همکاران (۱۹) در زمینه پارگی پرینه قدامی و نیاز به ترمیم پارگیها تفاوتی بین دو گروه وجود نداشت.

در این مطالعه، نمونه گیری توسط یک فرد (محقق) انجام شد؛ اما در بعضی از پژوهشها توسط چند نمونه گیر انجام شده است که می تواند در تعیین و تخمین نتایج مؤثر باشد، همچنین آموزش (نحوه کنترل تنفس و در نتیجه کنترل سرعت زایمان)، فاکتورهای دموگرافیکی یا تغذیه ای شرکت کنندگان در تحقیق از عوامل تأثیرگذار بر نتایج تحقیق می باشد که بایستی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج این مطالعه، قابل تعمیم به زنان مولتی پار، بارداریهای دوقلویی، ماکروزومی، زایمان طول کشیده،

Archive

References:

1. Howton K, Salkuvis keith C. Cognitive-behavioral therapy, Translated by Habibollah Qasemzadeh. First Printing. Tehran: Arjomand Publication. 2007. [persians]
2. Omidvar A. behavior change techniques, cognitive-behavioral therapy. Mashhad: Publication learns motivation. First Printing. 2006. [persian]
3. Sartippour M. Investigating the views of children and adolescents with diabetes toward diabetes and living. Isfahan: Endocrinology and Metabolism Research Center. Isfahan University of Medical Sciences. 2000. [persian]
4. Shams G. The use of cognitive therapy in emotional disorders, Tabib publication, First Printing. 2008. [persian]
5. Blackburn IM, Kate MD. Cognitive therapy of depression and anxiety (Training for adults), Translated by Hassan Tuzandehjani, Mashhad. Astan Qods Razavi publications .2001. [persian].
6. Amini M. Diabetic patients care". Isfahan: Isfahan Publications. 2000. [persian].
7. SurrIDGE DH, Lawson E, Donald JS, Monga MW, Bird TN, Letemednia FJ. Psychiatric aspects of diabetes mellitus. British Journal of Psychiatry. 2000; 145: 269 - 276.
8. Skinner BF. The operational analysis of psychological terms, Psychological Review. 2003; 52: 270 -7.
9. Meichenbaum D, Cameron R. Stress inoculation: A skill training approach
10. Meichenbaum D, Novaco R. Stress inoculation: A preventative approach. In c. spiel berger and L. (Eds). Stress and anxiety (vol.5). New York: Halsted press. Sarason.1978.
11. Snoek FJ, Jacobson AM Effect of cognitive behaviourul group training, (CBGT). In adult patients With Poorly Controlled insulin dependent diabetes: a pilot study, Patient Education and Counseling. 2001; 45: 143-148.
12. Liayd CE, Barntl AH Prevalence of Symptoms of depresión and anxiety in a diabetes clinic population. Diabetic Medicine, mar . 2000; 17 (3): 171.
13. Rose IF, Heick M C, Faugh K. The effects of Anxiety management training on the control of juvenile Diabetes mellitus". Journal of Behavioral medicine. 2007; 6 (4): 71-77.
14. Fosbury JA, Bosley CM, ASonksen PH, Judd SL .A trial of cognitive analytic therapy (CAT) in poorly controlled type 1 patients, Diabetes Care. 2000; 29: 959-964.
15. Lust man PJ, Griffith LS, Freed land KE, Kissel SS, & Clouse RE .Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. Ann Int Med. 2003;129: 613-621.
16. Weist MD, Ollendick TH, Finney JW. Toward the empirical validation of

- treatment targets in children. *Clinical Psychology Review*. 2000; 11: 515-520.
17. Mark B, person B, Fisher L, Rydelius PA "Symptoms of depression are important to psychological adaptation & metabolic control in children with diabetes mellitus". *J Diabetic Med*. 1999; 16: 14-22.
18. Ismailbeigi H .The role of exercise in the treatment of diabetes. *Journal of Medical Council*. No.1, Tehran: Tehran Medical Sciences Publications. 2002. [persian]
19. Javaherizadeh R. Investigating some social-psychological variables that influence the control of diabetes in youths with type 1 diabetes compared with non-diabetic youths. Master of Psychology thesis. Tehran: Institute of Psychiatry. 1995. [persian]

Archive of SID