

تأثیر ماساژ پرینه بر طول مرحله دوم زایمان، پارگی پرینه و پیامدهای آن

آمنه پیری گله دار^{۱*}، مهوش دانش کجوری^۱، منصوره جمشیدی منش^۱، فاطمه حسینی^۲
گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛ ^۲گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۱۹ اصلاح نهایی: ۹۱/۲/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۱۱

چکیده:

زمینه و هدف: طولانی شدن مرحله دوم زایمان اغلب موجب خستگی و ناراحتی مادر می شود. طی زایمان واژینال اغلب زنان دچار آسیب و درد پرینه می شوند. درد پرینه مادر را در مراقبت از نوزاد ناتوان می کند. لذا این تحقیق با هدف بررسی تأثیر ماساژ پرینه بر طول مرحله دوم زایمان، پرینه سالم، اپی زیاتومی، درجات پارگی و شدت درد پرینه انجام شد.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی ۱۴۱ نفر (۷۱ نفر ماساژ و ۷۰ نفر کنترل) از زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان کوههدشت که برای زایمان طبیعی مراجعه کرده بودند، با نمونه گیری مستمر و به صورت تصادفی انتخاب شدند. در گروه ماساژ از دیلاتاسیون ۷-۶ سانتی متر سرویکس تا زمان زایمان، پس از آغشته کردن انگشت سبابه و میانی به ماده لغزنده (کی-وای ژل) و وارد کردن انگشتان به اندازه ۵-۴ سانتی متر به واژن، ماساژی در ناحیه پرینه بین ساعت ۳ و ۹ بطور متناوب انجام شد. جمع آوری داده ها از طریق پرسشنامه و برگه ثبت موارد صورت گرفت. داده ها با استفاده از آزمون های آماری تی، من ویتنی، کای اسکوئر و فیشر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: در این پژوهش میانگین طول مرحله دوم زایمان در گروه ماساژ $28/22 \pm 58/16$ و در گروه کنترل $28/93 \pm 57/07$ دقیقه بود، که این تفاوت معنی دار نبود ($P=0/723$). در گروه ماساژ فراوانی پرینه سالم $29/6\%$ ، اپی زیاتومی $32/4\%$ و پارگی پرینه 38% ، در گروه کنترل فراوانی پرینه سالم $11/4\%$ ، اپی زیاتومی $67/1\%$ و پارگی پرینه $21/4\%$ بود، که این تفاوت ها بین دو گروه از نظر آزمون های آماری معنی دار بود ($P<0/05$). در روز سوم پس از زایمان $50/7\%$ گروه ماساژ و 70% گروه کنترل ($P=0/019$) و در روز دهم پس از زایمان $29/6\%$ گروه ماساژ و $45/7\%$ گروه کنترل ($P=0/048$) درد پرینه داشتند. از نظر شدت درد پرینه بین دو گروه هم در روز سوم ($P=0/366$) و هم در روز دهم ($P=0/390$) تفاوتی مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد ماساژ پرینه شانس پرینه سالم را افزایش داده و موجب کاهش درد پرینه می شود.

واژه های کلیدی: ماساژ پرینه، مرحله دوم زایمان، اپی زیاتومی، پارگی پرینه، شدت درد پرینه

مقدمه:

زایمان و دوره نفاس از مهمترین موقعیت های زندگی زنان به حساب می آیند و می تواند بر جنبه های مختلف زندگی آنان تأثیر بگذارند (۱). زایمان گرچه فرایندی فیزیولوژیک بوده، ممکن است به طولانی شدن مرحله دوم منجر شود، این امر موجب خستگی و ناراحتی مادر شده و تجربه ی ناخوشایندی از زایمان ایجاد می کند (۲). به منظور تسهیل زایمان و پیشگیری از آسیب رکتوم اپی زیاتومی انجام می شود (۳). انجام

روتین اپی زیاتومی با پارگی درجه ۳ و ۴، درد پرینه، مقاربت دردناک و بی اختیاری مدفوع همراه می باشد (۴). در مقالات مختلف درصد انجام اپی زیاتومی ۳۰-۹۰ درصد گزارش شده است (۳).

آسیب پرینه در ۸۵ درصد زایمان های واژینال روی می دهد، که بیش از دو سوم آنها به بخیه نیاز پیدا می کنند (۵) و بیش از ۶۰ درصد متحمل رنج ناشی از این آسیب ها می گردند (۶). شیوع پارگی پرینه در زنان

مشابهی در کشور انجام گرفته است، اما از نظر زمان مداخله، پیامدهای بررسی شده و هدف تحقیق و نتایج بدست آمده با مطالعه حاضر متفاوت می باشد. علاوه بر این در برخی مطالعات به دلیل تصادفی نبودن نمونه گیری و یا عدم کنترل برخی عوامل مداخله گر از جمله تاثیر عوامل زایمانی، نتایج پژوهش تا حدی اغراق آمیز بوده است که در این مطالعه سعی شد با انجام ماساژ توسط محقق این عوامل کنترل شود تا به نتایج واقعی تری دست پیدا نمود.

با توجه به تجربیات پژوهشگر و مواجهه با زنانی که بعد از زایمان از چنین مشکلاتی رنج می بردند. بر آن شد تا با انجام ماساژ پرنه در فاز فعال زایمان، تا حدی از درد و رنج پس از زایمان در مددجویان بکاهد. تا با استفاده از این روش و اشاعه آن بتوان از هزینه های بهداشتی درمانی ناشی از درمان عوارض حاصل شده کاسته و در نتیجه با ایجاد تجربه ای خوشایند از زایمان در جهت افزایش زایمان به روش واژینال قدمی برداشته و موجب حفظ و ارتقاء سلامت مادران به عنوان رکن اصلی خانواده شود.

روش بررسی:

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی یک سوکور بود که با ثبت در پایگاه های ثبت کارآزمایی های بالینی کشور (IRCT201111053034N8) با هدف بررسی تاثیر ماساژ پرنه بر طول مرحله دوم زایمان، اپی زیاتومی، پارگی و درجات آن و شدت درد پرنه در روز سوم و دهم پس از زایمان در سال ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه پژوهش را زنان نخست زای سالم و ترم، سنین ۳۵-۱۸ سال که ایرانی و ساکن شهرستان کوهدشت بودند، تشکیل داد. نمونه های پژوهش ۱۴۱ نفر از زنان نخست زای بودند، که ۷۱ نفر در گروه ماساژ و ۷۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفت. نمونه گیری بطور مستمر و به صورت تصادفی انجام شد. معیار خروج از مطالعه، طولانی شدن مرحله دوم زایمان، زایمان سریع، سزارین، دیستوشی شانه، وضعیت خلفی سر جنین، زجر جنین، عدم تناسب

نخست زای ۴۰ درصد گزارش شد (۷). این صدمات عوارضی همچون خونریزی، هماتوم، عفونت، فیستول وزیکوواژینال و رکتوواژینال، مقاربت دردناک و بی اختیاری ادرار و مدفوع را در پی دارند (۸). این عوارض زندگی هزاران زن را تحت تاثیر قرار داده است و سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان را با مشکل مواجه نموده است (۵،۶). درد پرنه در زنان نخست زای از شیوع بالایی برخوردار می باشد و به عنوان شایع ترین عارضه پس از زایمان، با پیامدهایی چون بی خوابی، اضطراب، تاخیر در ایجاد همبستگی بین مادر و نوزاد، و گاهی اوقات جلوگیری از ایجاد رابطه عاطفی بین آنها و عدم وضعیت صحیح جهت تغذیه شیرخوار با پستان همراه است (۹،۱۰). درد پرنه مادر را در مراقبت از نوزاد ناتوان کرده و تداوم آن موجب هراس از روابط زناشویی می شود (۱۱). شیوع آن در روز اول بعد از زایمان ۹۲ درصد گزارش شده است (۱۲). این عارضه در ۱۰ درصد زنان تا ۱۸ ماه پس از زایمان ادامه می یابد (۳).

بدنبال چاره جویی جهت کاهش این مشکلات در مادران، ماساژ پرنه احتمال آسیب های پرنه و دردهای ناشی از آن را کاهش می دهد (۱۳،۵). نقش ماساژ پرنه در کاهش پارگی ها و اپی زیاتومی مورد حمایت قرار گرفته است. انجام این روش احتمال زایمان با پرنه سالم را افزایش می دهد (۱۳،۱۴). در برخی مطالعات جهت ارزیابی نقش ماساژ پرنه در حاملگی، ماساژ باعث کاهش ۲۱-۱۵ درصدی در میزان اپی زیاتومی، در مقایسه با گروه کنترل گزارش شده است (۱۵،۱۶). همچنین مطالعه ای در کانادا نشان داد، ماساژ پرنه بر کاهش درد پرنه موثر است (۱۷). ماساژ پرنه روشی ارزشمند جهت حفظ پرنه در برابر آسیب های احتمالی است (۱۸،۱۹). زنانی که ماساژ پرنه را انجام می دهند، هنگام خروج سر نوزاد درد کمتری را در ناحیه پرنه احساس می کنند (۲۰). لیکن تحقیقی که در استرالیا انجام شد، نشان داد ماساژ پرنه حین درد با افزایش احتمال پرنه سالم همراه نمی باشد (۲۱). اگر چه مطالعات

روزهای سوم و دهم بعد از زایمان با نمونه‌ها تماس حاصل شد و برگه ثبت موارد را که مربوط به شدت درد پرینه بود تکمیل گردید. در مورد نمونه‌هایی که امکان برقراری تماس با آنها مقدور نبود با مراجعه به درب منازل، اطلاعات مذکور جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری تی مستقل و من ویتنی برای متغیرهای کمی و آزمون‌های کای اسکوئر و فیشر برای متغیرهای کیفی استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج پژوهش نشان داد میانگین و انحراف معیار سن زنان باردار در گروه ماساژ $3/75 \pm 23/62$ و در گروه کنترل $4/35 \pm 23/33$ بود. بیشترین درصد گروه سنی در دو گروه، مربوط به گروه سنی ۲۰-۲۴ سال (ماساژ $47/9\%$ و کنترل $44/3\%$) بود. از نظر سطح تحصیلات بیشتر افراد دو گروه دیپلم بودند (ماساژ $43/7\%$ و کنترل 40%)، از نظر وضعیت اشتغال گروه ماساژ و کنترل به ترتیب $94/4$ و $92/9$ درصد خانه‌دار بودند. از نظر سن حاملگی $40/8$ درصد گروه ماساژ و $45/7$ درصد گروه کنترل در هفته ۴۰ بارداری قرار داشتند. از نظر تعداد بارداری در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب $87/3$ درصد و $95/7$ درصد حاملگی اول بودند. $84/5$ درصد گروه ماساژ و $87/1$ درصد گروه کنترل از سه ماهه اول بارداری تحت مراقبت‌های دوران بارداری قرار گرفته بودند و $97/2$ درصد گروه ماساژ و $98/6$ درصد گروه کنترل در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نداشتند. در گروه ماساژ حداقل وزن نوزادان 2500 و حداکثر 3900 گرم با میانگین و انحراف معیار $351/57 \pm 3180/28$ و در گروه کنترل حداقل وزن نوزادان 2600 و حداکثر 4000 گرم با میانگین و انحراف معیار $3272/14 \pm 313/19$ بود، نتیجه آزمون تی مستقل تفاوت معنی‌داری در دو گروه نشان نداد ($P=0/104$). بیشتر نوزادان دو گروه در محدوده وزنی $3500-3000$

سر با لگن، وزن نوزاد بیش از 4000 گرم و کمتر از 2500 گرم و تغییر آدرس یا تلفن بود. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه و برگه ثبت موارد بود که توسط پژوهشگر تهیه و تنظیم شد. روایی ابزار مورد استفاده در این پژوهش به روش اعتبار محتوا سنجیده شد و پایایی ابزار با استفاده از آزمون همزمان ($r=0/9$) انجام گرفت. ابتدا پژوهشگر سه نفر از کارشناسان مامایی با تجربه و علاقمند به پژوهش را آموزش داد، تا پژوهشگر را در امر زایمان و جمع آوری اطلاعات کمک کنند. پس از کسب رضایتنامه کتبی از نمونه‌ها، پرسشنامه اطلاعات فردی تکمیل شد. سپس پژوهشگر خارج از دید کمک پژوهشگران و در فاز فعال زایمان و در وضعیت طاقباز پس از نزول سر جنین در جایگاه صفر و از دیلاتاسیون ۶-۷ سانتی متر سرویکس با شروع هر انقباض تا زمان زایمان، پس از آغشته کردن انگشت سبابه و میانی به ماده لغزنده استریل (ماده بدون رنگ و بو و محلول در آب، به نام کی-وای ژل) و وارد کردن انگشتان به اندازه ۴-۵ سانتی متر به واژن، ماساژی در ناحیه پرینه بین ساعت ۳ و ۹ بطور متناوب در گروه ماساژ انجام داد. ولی هیچ مداخله‌ای جهت گروه کنترل انجام نشد. با توجه به اینکه در هیچ یک از نمونه‌ها ستوسینون استفاده نشد و تمامی نمونه‌ها نخست‌زا بودند و در صورت طولانی شدن مرحله دوم زایمان نمونه‌ها از مطالعه خارج می‌شدند، طول زمان ماساژ در تمامی نمونه‌ها یکسان بود. برگه ثبت موارد که شامل طول مرحله دوم زایمان، اپی‌زیاتومی، درجات پارگی پرینه، وزن، دور سر و جنس نوزاد بود، جهت هر دو گروه تکمیل شد. به منظور ثبت دقیق برگه مشاهده، بطور همزمان توسط پژوهشگر و یکی از کمک پژوهشگران مشاهده و ثبت درجات پارگی پرینه انجام شد، و همچنین در زمینه نحوه قرائت خط کش درد و گزارش صحیح آن، به نمونه‌ها آموزش لازم داده شد و با گرفتن شماره تلفن و آدرس از نمونه‌ها و دادن شماره تلفن پژوهشگر به آنان، هماهنگی کافی با نمونه‌ها در زمینه روزهای پیگیری انجام شد. در

محدوده ۹۰-۱۲۰ دقیقه قرار داشت. همچنین مقایسه اپی زیاتومی در گروه ماساژ و کنترل نشان داد، اپی زیاتومی در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۳۲/۴ و ۶۷/۱ درصد بود، که بر اساس آزمون کای اسکوئر این تفاوت معنی دار بود ($P < ۰/۰۰۰۱$). پارگی پرینه در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۳۸ و ۲۱/۴ درصد بود، که نتیجه آزمون کای اسکوئر تفاوت معنی داری در گروه ها نشان داد ($P = ۰/۰۳۱$). از نظر پرینه سالم در ۲۹/۶ درصد از گروه ماساژ و ۱۱/۴ درصد از گروه کنترل، پرینه سالم ماند که این تفاوت معنی دار بود ($P = ۰/۰۰۸$). اما از نظر درجات پارگی پرینه گروه ها یکسان بودند ($P = ۰/۱۳$) به طوری که ۴۶/۷ درصد گروه کنترل و ۷۰/۴ درصد گروه ماساژ پارگی درجه ۱ و ۵۳/۳ درصد گروه کنترل و ۲۹/۶ درصد گروه ماساژ پارگی درجه ۲ داشتند. در جدول شماره ۱ درد پرینه و شدت آن در روزهای سوم و دهم پس از زایمان مقایسه شده است.

گرم قرار داشتند (ماساژ ۴۵/۱٪ و کنترل ۵۵/۷٪). از نظر دور سر نوزاد گروه ماساژ با حداقل ۳۳ و حداکثر ۳۷ سانتی متر با میانگین و انحراف معیار $۰/۹۷۲ \pm ۳۴/۵۱$ و گروه کنترل با حداقل ۳۲ و حداکثر ۳۷ سانتی متر با میانگین و انحراف معیار $۱/۰۹ \pm ۳۴/۳۸$ بود، که نتیجه آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری در دو گروه نشان نداد ($P = ۰/۵۵۲$). از نظر جنس، نوزادان گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۵۲/۱ درصد و ۵۱/۴ درصد دختر بودند نتیجه آزمون آماری تفاوت معنی داری در گروه ها نشان نداد ($P = ۰/۹۳۵$).

نتایج این پژوهش در تعیین و مقایسه طول مرحله دوم زایمان در گروه ماساژ و کنترل نشان داد، گروه ماساژ دارای میانگین و انحراف معیار $۲۸/۲۲ \pm ۵۸/۱۶$ و گروه کنترل با میانگین و انحراف معیار $۲۸/۹۳ \pm ۵۷/۰۷$ بودند که نتیجه آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری در دو گروه نشان نداد ($P = ۰/۷۲۳$). در ۴۰/۸ درصد گروه ماساژ و ۴۵/۷ درصد گروه کنترل طول مرحله دوم زایمان در

جدول شماره ۱: مقایسه درد پرینه و شدت آن در روزهای سوم و دهم پس از زایمان در گروه ماساژ و کنترل

متغیر	گروه ها	ماساژ	کنترل	مقدار P
درد پرینه	روز سوم	۵۰/۷٪	۷۰٪	$P = ۰/۰۱۹$
	روز دهم	۲۹/۶٪	۴۵/۷٪	$P = ۰/۰۴۸$
شدت درد پرینه	روز سوم	۳۳/۳٪	۴۲/۹٪	$P = ۰/۳۶۶$
		متوسط	۵۰٪	
	روز دهم	۱۶/۷٪	۲۲/۴٪	$P = ۰/۳۹$
		شدید	۶۶/۷٪	
روز سوم	متوسط	۲۸/۶٪	۳۱/۳٪	$P = ۰/۳۹$
	شدید	۴/۸٪	۲۱/۹٪	

داده ها بر حسب درصد بیان شده اند.

بحث:

سالم در گروه ماساژ با عصاره اسطوخودوس ۶۰/۲ و در گروه کنترل ۲/۴ درصد گزارش گردید (۲۴). Labrecque و همکاران فراوانی پربینه سالم در گروه ماساژ را ۲۴/۳ درصد و در گروه کنترل ۱۵/۱ درصد و بلند همت و همکاران این متغیر را به ترتیب در گروه ماساژ و کنترل ۱۴/۳ و ۳۵/۳ درصد گزارش کردند (۲۲، ۲۳). همچنین فراوانی پربینه سالم در گروه ماساژ ۱۷ درصد و در گروه کنترل ۱۶/۵ درصد در مطالعه Eogan و همکاران گزارش شد که نشان داد انجام ماساژ پربینه در دوران بارداری اثر معنی داری بر فراوانی زایمان با پربینه سالم ندارد (۱۸). در مطالعه انجام شده توسط Stamp و همکاران فراوانی پربینه سالم را در زنان نخست زای گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۱۸ و ۲۰ درصد و در زنان چند زای گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۳۸ و ۳۵ درصد گزارش شده است (۲۱). در مطالعه دیگر فراوانی این متغیر در گروه ماساژ ۲۹/۸ و در گروه کنترل ۴۰ درصد عنوان شده است (۱۴). یافته‌های مطالعه حاضر با نتیجه تحقیقات عطارها و همکاران، Labrecque و همکاران (۱۷) مطابقت داشته، اما با نتیجه مطالعه Eogan و همکاران (۱۸)، Stamp و همکاران (۲۱) و Mei-don و همکاران (۱۴) مطابقت نداشت. Stamp و همکاران (۲۱) بیان کردند ماساژ پربینه چند هفته قبل از زایمان، قابلیت کشش پربینه را افزایش داده و موجب کاهش میزان پارگی و اپی زیاتومی می شود (۲۱). از دلایل تناقض مطالعه فعلی با مطالعه Mei-don می توان به عدم نمونه گیری به روش تصادفی، همگون نبودن گروه های ماساژ و کنترل و عدم انجام ماساژ مطابق آموزش های انجام شده در مطالعه Mei-don، اشاره کرد (۱۴).

نتایج نشان داده، ماساژ پربینه انجام اپی زیاتومی را در گروه ماساژ کاهش می دهد. در مطالعه عطارها و همکاران، فراوانی اپی زیاتومی در گروه ماساژ با عصاره

در این مطالعه، میانگین طول مرحله دوم زایمان در گروه ماساژ و کنترل تفاوت معنی داری نداشت ($P=0/723$ و $Z=-0/354$). Labrecque و همکاران میانگین و انحراف معیار طول مرحله دوم زایمان را در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب $63/4 \pm 89/9$ و $60/7 \pm 85/9$ گزارش نمودند (۲۲). همچنین بلند همت و همکاران میانگین و انحراف معیار طول مرحله دوم زایمان را در گروه ماساژ $26/9 \pm 56/8$ و در گروه کنترل $26/5 \pm 52/7$ گزارش کردند (۲۳). در مطالعه Bodner-Alder میانگین طول مرحله دوم زایمان در گروه ماساژ ۶۰ دقیقه با حداقل ۳۰ و حداکثر ۱۲۰ دقیقه و در گروه کنترل ۶۰ دقیقه با حداقل ۳۰ و حداکثر ۱۰۲ دقیقه گزارش گردید (۱۳). Stamp و همکاران میانگین طول مرحله دوم زایمان را در زنان نخست زای گروه ماساژ ۸۴ دقیقه و در گروه کنترل ۹۴/۶ دقیقه و در زنان چند زای، در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۳۷/۶ و ۳۹/۲ دقیقه گزارش نمودند و بیان کردند، اگر چه تفاوت طول مرحله دوم زایمان در گروه ماساژ و کنترل چشمگیر نبوده، اما این زمان در زنان نخست زای گروه ماساژ ۱۱ دقیقه کمتر از گروه کنترل بوده است (۲۱). یافته های مطالعه حاضر با نتیجه تحقیقات بلند همت (۲۲)، Bodner-Alder و همکاران (۱۳) و Labrecque و همکاران (۱۷) مطابقت داشت، اما با نتیجه تحقیق Stamp (۲۱) مطابقت نداشت، لذا یافته های پژوهش نشان می دهد، ماساژ پربینه طول مرحله دوم زایمان را در زنان کاهش نمی دهد و عوامل زیادی بر طول مرحله دوم زایمان موثر است که از مهمترین آنها می توان به نحوه انطباق سر با لگن و درست و بجا زور زدن مادر اشاره کرد.

بر اساس یافته های این پژوهش ماساژ پربینه احتمال پربینه سالم را در گروه ماساژ افزایش می دهد. در مطالعه عطارها و همکاران فراوانی پربینه

حالی که بلند همت و همکاران وقوع پارگی را در گروه ماساژ ۸۵/۷ و در گروه کنترل ۶۴/۷ درصد گزارش کردند، که تفاوت موجود از نظر آزمون آماری

معنی دار نبود (۲۳). Bodner-Alder و همکاران در مطالعات خود از نظر پارگی پربینه، پارگی واژن و پارگی در ناحیه لبها تفاوت معنی داری گزارش ننموده اند، اگر چه در مطالعه آنها وقوع پارگی درجه ۳ در گروه ماساژ کمتر از گروه کنترل بود، اما تفاوت موجود از نظر آماری معنی دار نبود (۱۳). همچنین ماساژ پربینه در چند هفته آخر بارداری، بر وقوع پارگی پربینه تاثیری نداشت. Bodner-Alder و همکاران (۱۳) تعداد کم نمونه ها و عدم نمونه گیری به صورت تصادفی را علت این امر بر شمردند. لذا یافته تحقیق حاضر با نتیجه مطالعه عطارها مطابقت داشته، اما با نتیجه مطالعه بلند همت و Bodner-Alder مطابقت نداشت. همچنین یافته ها نشان دادند، درجات پارگی پربینه در گروه ماساژ و کنترل تفاوت معنی داری نداشت. Stamp و همکاران نیز از نظر پارگی درجه ۱ و پارگی درجه ۲، تفاوت معنی داری در دو گروه ماساژ و کنترل گزارش نکردند، اما پارگی درجه ۳ بطور معنی داری در گروه ماساژ کمتر از گروه کنترل بود، و پارگی درجه ۴، تنها در یک مورد از زنان گروه کنترل بوقوع پیوست (۲۱). همچنین در مطالعه بلند همت و همکاران وقوع پارگی درجه ۱ در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۶۲/۵ و ۴۵/۵ درصد و پارگی درجه ۲ در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۴/۲ و ۳۶/۴ درصد گزارش شد (۲۳). در مطالعه دیگر پارگی درجه ۱ در گروه ماساژ ۷۳/۳ درصد و در گروه کنترل ۷۸/۹ درصد و پارگی درجه ۲ را در گروه ماساژ ۲۶/۷ درصد و در گروه کنترل ۱۹/۳ و پارگی درجه ۳ را در گروه ماساژ ۰ و در گروه کنترل ۱۸ درصد گزارش شد (۱۰). همچنین Eogan و همکاران فراوانی پارگی درجه ۱ را به ترتیب در گروه ماساژ و کنترل ۱۲ و

اسطوخودوس ۸ درصد و در گروه کنترل ۸۰ درصد گزارش گردید. همچنین نشان داده شده که ماساژ با عصاره اسطوخودوس، اپی زیاتومی و پارگی پربینه را در گروه ماساژ کاهش می دهد (۲۴). حال آنکه در این مطالعه، انجام ماساژ میزان اپی زیاتومی را کاهش داده اما با میزان بیشتر پارگی پربینه در مقایسه با گروه کنترل همراه بوده است. در مطالعه بلند همت و همکاران فراوانی اپی زیاتومی در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۹/۷ و ۴۵/۳ درصد گزارش شد (۲۳). در مطالعه Stamp و همکاران (۲۱) بین دو گروه ماساژ و کنترل از نظر فراوانی اپی زیاتومی تفاوتی وجود نداشت و این مطالعه همزمان در زنان نخست زا و چند زا انجام شده بود و یافته های به دست آمده مربوط به کل نمونه های مورد مطالعه بود (۲۱). حال آنکه مطالعه حاضر، در زنان نخست زا انجام شده بود. در مطالعه Shimeda در گروه ماساژ میزان اپی زیاتومی ۲۱ درصد کمتر از گروه کنترل گزارش گردید (۱۵). Eogan و همکاران فراوانی اپی زیاتومی را در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۳۸ و ۳۵/۴ درصد گزارش کردند، در مطالعه آنها دو گروه از نظر سن همگون نبودند و میانگین سن در گروه ماساژ ۳۰ و در گروه کنترل ۲۵/۹ سال بود، که تفاوت سنی دو گروه از نظر آزمون های آماری معنی دار بوده است. یافته های مطالعه حاضر با نتیجه مطالعه عطارها و همکاران، بلند همت و همکاران و Shimeda مطابقت داشته، اما با نتیجه مطالعه Eogan و همکاران و Stamp و همکاران مطابقت نداشت. ماساژ پربینه به عنوان روشی جهت کمک به شل شدگی پربینه و جلوگیری از اپی زیاتومی ذکر شده است (۲۱، ۲۲).

در مطالعه حاضر وقوع پارگی پربینه در گروه ماساژ بیش از گروه کنترل بود. در مطالعه عطارها و همکاران فراوانی پارگی پربینه در گروه ماساژ با عصاره اسطوخودوس ۳۱/۸ درصد و در گروه کنترل ۱۷/۶ درصد ($P < 0/0001$) گزارش شد (۲۴)، در

نشان داده شد ماساژ پیرینه بر کاهش درد پیرینه اثر چشمگیری دارد (۱۸).

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و نتایج مطالعات دیگر، انجام ماساژ پیرینه در فاز فعال زایمان به عنوان یک اقدام ایمن، ساده و کم هزینه به منظور کاهش موارد آسیب پیرینه و درد ناشی از این آسیب ها به کلیه همکاران ماما پیشنهاد می گردد. از آنجایی که مطالعه حاضر روی جمعیت محدودی انجام گرفت و این امر مقایسه برخی متغیرها را در دو گروه غیر ممکن نمود، پیشنهاد می شود، مطالعات مشابهی در نقاط دیگر کشور، در سایر گروه های سنی و روی جمعیت وسیع تر انجام گیرد.

تشکر و قدردانی:

پژوهشگر بر خود لازم می داند از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی، معاونت محترم پژوهشی، پرسنل محترم کتابخانه، مسئول محترم کامپیوتر دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ریاست محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان کوهدشت و کلیه مادران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تقدیر و تشکر نماید.

۱۰/۱ درصد و فراوانی پارگی درجه ۲ را در گروه ماساژ و کنترل به ترتیب ۱۳ و ۱۵/۲ درصد گزارش کردند (۱۸). میزان شیوع درجه پارگی در تحقیق حاضر با میزان شیوع درجه پارگی در سایر مطالعات ذکر شده همخوانی و مطابقت دارد.

یافته ها نشان دادند، در روز سوم پس از زایمان ۵۰/۷ درصد گروه ماساژ و ۷۰ درصد گروه کنترل و در روز دهم پس از زایمان ۲۹/۶ درصد گروه ماساژ و ۴۵/۷ درصد گروه کنترل درد پیرینه داشتند، این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود. اما Stamp و همکاران بین دو گروه ماساژ و کنترل از نظر فراوانی درد پیرینه در روز سوم و دهم بعد از زایمان تفاوتی گزارش نکردند (۲۱).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد شدت درد پیرینه در دو گروه ماساژ و کنترل در روز سوم و روز دهم تفاوت معنی داری ندارد. در مطالعه Eogan و همکاران شدت درد پیرینه در گروه ماساژ در روز سوم بعد از زایمان کمتر از گروه کنترل بود و این تفاوت معنی دار بود. همچنین در گروه ماساژ به ترتیب درد خفیف، متوسط و شدید را در روز سوم پس از زایمان ۵۰، ۱۸ و ۴ درصد و در گروه کنترل به ترتیب ۲۰/۳۴، ۳/۲ و ۱۵/۲ درصد گزارش گردید و

منابع:

1. Lorzadeh N, Kazemirad S. The effect of cesarian section in preventing postpartum stress urinary incontinence in primiparous women after a year of Delivery. *j Res Obstet Gynecol*. 2008; 2:1-5.
2. Astrid N, Ulfho J, Berit L. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. 2006 Mar; 22(1): 56-65.
3. Corroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000; (2): CD000081.
4. Signorello LB, Harlow BL, Cheko SAK, Repke JT. Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study. *BMJ*. 2000 Jan; 320(7227): 86-90.

5. Kalichman L. Perineal massage to prevent perineal trauma in childbirth. *Isr Med Assoc J.* 2008 Jul; 10(7): 531-3.
6. Fernando RJ. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstet Gynaecol Reproduct Med.* 2007; 17(8): 238-43.
7. Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. High risk pregnancy management options. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.
8. Williams A, Herron-Marx S, Knibb R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs.* 2007 Mar; 16(3): 549-61.
9. Thomson JF, Roberts CL, Currie M, Ellwood OA. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth.* 2002 Jun; 29(2): 83-94.
10. Ivan Bagha R, Fardi Azar Z, Kamran Poor SZ, Ghochan Zadeh M. Comparing the effect of acetaminophen - suppository diclofenac and ice on perineal pain after episiotomy cutting epinephrine in patients teaching hospital in Al-Zahra Tabriz. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2006; 13(3): 145-51.
11. Fardi Azar Z, Zaheri F, Sadeghi Ghamene S, Mohamad Alizade S, Koshavar H. The effects of Lidocaine 2% gel on pain and recovery period after delivery. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2006; 6(1): 61-6.
12. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia- A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2008 Apr; 137(2): 152-6.
13. Bodner-Adler B, Bodner K, Mayerhofer K. perineal massage during pregnancy in primiparous women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Jul; 78(1): 51-3.
14. Meidan E, Walfisch A, Raz I, Hallak M. Perineal Massage during Pregnancy: A prospective controlled trial. *Isr Med Assoc J.* 2008 Jul; 10(7): 499-502.
15. Shimada M. A Randomized controlled trial on evaluating effectiveness of perineal massage during pregnancy in Primiparous women. *Japan Sci Technol Agency.* 2005; 25(4): 22-9.
16. Kuehn BM. Massage during last weeks of pregnancy reduces episiotomies during delivery. *JAMA.* 2006 Mar; 295(12): 1361-2.
17. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Jan; 182(1 Pt 1): 76-80.
18. Eogan M, Daly LO, Herlihy C. The effect of regular antenatal perineal massage on postnatal pain and anal sphincter injury: a prospective observational study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2006 Apr; 19(4): 225-9.
19. Beckmann MM, Garrett AG. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan; 25(1): CD005123.
20. Zafarmandi N, Zafarmandi A, Zafarmandi Sh, Heravand Sh, Zaeri F, Hamze-Loo L. Factors associated with fourth-degree lacerations during vaginal delivery. *J Tehran Univ Med Sci.* 2006; 64(7): 75-80.
21. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *BMJ.* 2001 May; 322(7297): 1277-80
22. Labrecque M, Eason E, Marcoux S, Lemieux F, Pinault JJ, Feldman P, et al. Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1999 Mar; 180(3 Pt 1): 593-600.

23. Boland Hemmat M, Salari P, Tafazzoli M, Mazlom S R. The Effect of perineal massage during Pregnancy on perinea tears in nulliparous women. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2001; 8(2): 60-70.

24. Attarha M, Vakilian C, Bekhradi R, Roozbahani N. Comparing the effect of perineal massage with levander oil extract and perineal massage alone on episiotomy and perineal laceration in primiparous women. *J Babol Univ Med Sci.* 2005; 11(4): 4-12.

The effect of perineal massage on labor second stage period perineal tear and its outcomes

Piri-Gallerdar A (MSc)^{1*}, Danesh-Kojori M (MSc)¹, Jamshidi-Manesh M (MSc)¹, Hosseini F (MSc)²
¹Midwifery Dept., Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ²Vital statisticity Dept., Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 8/Jan/2012 Revised: 15/May/2012 Accepted: 1/Jul/2012

Background and aims: Long liness second stage of labor may cause fatigue and discomfort for women. Most of the women experience perineal injury and perineal pain during vaginal delivery. Perineal pain makes the mother too weak to take care their babies. The aim of this study was to investigate the effectiveness of perineal massage on labor second stage period, intact perineal, episiotomy and intensity of perineal pain.

Methods: This clinical trial study was performed on 141 nulliparous women (71 massages and 70 control group) who referred to Koozdasht Imam Khomeini hospital for normal vaginal delivery. Countinuous sampling method with random assignment was conducted. In massage group the there cervical dilatation (6-7) was used cm after dipping the pointing and middel fingers in to a lubricating substance (key jell) then dipping 4-5 cm offingers in to the vaginal of the parturing women massaging between 3 to 9 oclock alternatively. Questionnaire and code sheets were used for data collection. Data were analysed by SPSS version 14.

Results: The mean length of second stage of labor in massage group was 58.16 ± 28.22 and in control group was 57.07 ± 28.93 minutes, the difference between the two groups was not significant ($P=0.723$). In the massage group the prevalauce of safe perineal, was 29.6%, episiotomy 32.4% and perineal tear was 38%. In the control group the prevalance of safe perineal was 11.4%, episiotomy 67.1% and perineal tear was 21.4%. Perineal pain on the third day of postpartum in massage group was 50.7% and in control group was 70% ($P=0.019$). Perineal pain on the tenth day postpartum in massage group was 29.6%, and in control group was 45.7% ($P=0.048$). There was a significant difference between the two groups comparing perineal pain, but there was no significant difference comparing the pain inteasty between the two groups (the third day $P=0.036$), (the thenth day $P=0.390$).

Conclusion: The study shows that perineal massage is effective in increasing the likelihood of intact perineume and in decreasing the perineal pain.

Keywords: Episiotomy, Perineal massage, Perineal tear, Perineal pain intensity, Second stage of delivery.

Cite this article as: Piri-Gallerdar A, Danesh-Kojori M, JamshidiManesh M, Hosseini F. The effect of perineal massage on labor second stage period perineal tear and its outcomes. J Shahrekord Univ Med Sci. 2012 Dec, Jan; 14(5): 24-33.

***Corresponding author:**

Midwifery Dept., Tehran University of Medical Sciences, Kuhdasht Health and Treatment Center, Tehran, I.R. Iran. Tel: 00989166601097, E-mail: ameneh_piri@yahoo.com