

تأثیر ماساژ پشت بر شدت درد مرحله اول زایمان زنان نخست زا

زهرة عباسی^۱، زهرا عابدیان^۲، علیرضا فدایی^۳، حبیب‌الله اسماعیلی^۴

۱- کارشناس ارشد مامائی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

۲- کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۳- متخصص بیهوشی و مراقبتهای ویژه، فلوی درمان درد و طب سوزنی

۴- استاد یار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۶

خلاصه

مقدمه: درد زایمان یکی از شدیدترین دردها در انسان است که همراه با عوارض جسمی و روانی زیادی برای مادر و جنین می باشد. یکی از قدیمی ترین روشهای غیر داروئی کاهش درد زایمان، ماساژ است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر ماساژ پشت بر شدت درد مرحله زایمان زنان نخست زا مراجعه کننده به زایشگاه بنت الهدی بجنورد در سال ۱۳۸۴ انجام گردید.

روش کار: در این کار آزمایی بالینی یک سو کور (روش مداخله برای تمام واحد های پژ و هش توسط پژوهشگر انجام شده و در انتهای کار اندازه گیری شدت درد توسط کمک پژوهشگری که نسبت به گروه بی اطلاع بود اندازه گیری می گردید)، ۶۲ زن نخست زا، با سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته کامل، تک قلو، با نمایش قله سر و زایمان طبیعی به روش مبتنی بر هدف انتخاب و سپس به صورت تصادفی (یک روز در میان) در دو گروه ماساژ پشت و مراقبتهای معمول قرار گرفتند. گروه ماساژ (۳۲ نفر) ۳۰ دقیقه ماساژ منظم، محکم و یکنواخت در ناحیه پشت به روش افلوراج (سر خوردن و لغزاندن دست) در هر یک از فاز های زایمانی دریافت نمودند. گروه کنترل (۳۰ نفر) مراقبتهای معمول پرستاری را به مدت ۳۰ دقیقه در هر فاز توسط پژوهشگر دریافت می نمودند. شدت درد قبل و بلافاصله بعد از ۳۰ دقیقه مداخله در سه فاز نهفته (۴-۳ سانتی متر)، فاز فعال (۷-۵ سانتی متری) و فاز انتقالی (۱۰-۸ سانتی متر) در دو گروه توسط مقیاس تطابق دیداری درد اندازه گیری گردید. در تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای تی، کای دو و آزمون خطی استفاده گردید.

نتایج: مقایسه میانگین شدت درد در دو گروه بلافاصله بعد از انجام مداخله در سه فاز زایمانی اختلاف معنی دار آماری داشت ($p < 0/001$). اختلاف میانگین شدت درد قبل و بعد از انجام ماساژ در گروه ماساژ پشت نیز در هر سه فاز اختلاف معنی دار آماری داشت ($p < 0/001$). بر اساس مدل خطی، طول مدت انقباضات و تعداد دفعات معاینه و متغیر گروه با اختلاف میانگین شدت درد زایمان در فاز نهفته اختلاف آماری معنی دار داشتند ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: ماساژ پشت شدت درد مرحله اول زایمان را کاهش میدهد و می تواند به عنوان یک مداخله پرستاری آسان و غیر تهاجمی در کاهش درد زایمان مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: ماساژ پشت، روش غیر داروئی کاهش درد زایمان، درد زایمان، ماساژ درمانی

* نویسنده مسؤول: زهرة عباسی

آدرس: بجنورد، خیابان طالقانی شرقی، دانشکده پرستاری، مامای و

پهداشت Abasi_zohreh_55@yahoo.com

تلفن: ۲۲۴۷۲۸۱ (۵۸۳) +۹۸ شماره: ۲۲۶۰۰۰۷ (۵۸۳) +۹۸

مقدمه

زایمان یکی از رفتارهای فیزیولوژیک در انسان است و علامت شروع این روند درد است (۱). درد زایمان یکی از شدیدترین دردها در انسان است که معادل درد حمله قلبی حاد، گزارش گردیده است (۲). بسیاری از زنان جهت رهایی از این درد سزارین را به عنوان روش زایمان خود انتخاب می نمایند (۳). زایمان علاوه بر عوارض جسمی بر مادر و جنین (اضطراب، تنش، طولانی شدن زایمان، الگوی غیر طبیعی قلب جنین و آپگار پائین) (۴، ۵) می تواند باعث ایجاد اختلالات روانی دراز مدت شده و سلامت روانی فرد را به خطر اندازد (۶، ۷). بنابراین مقابله با درد در طول زایمان یکی از جنبه های مهم مراقبت های بهداشتی می باشد (۱).

امروزه جهت کاهش درد زایمان از روشهای دارویی (تزریق، استنشاقی و بلوک کننده های عصبی)، غیر دارویی (سایکولوژیک، فیزیولوژیک و تغییرات محیطی) و ترکیبی از این دو روش استفاده می گردد (۸، ۹).

در سیستم بهداشتی درمانی نوین توجه از متد رایج غربی (استفاده از داروها) در حال تغییر است و بسیاری از روش ها تحت عنوان روش های طب مکمل وارد فرهنگ ها و معالجات شده است. به طوری که امروزه در کشورهای اروپایی ۹۰ درصد افراد جهت کاهش درد زایمان از روش های طب مکمل استفاده می نمایند. این در حالی است که زایمان در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران با دورنمایی از ترس، وحشت، استرس و اضطراب همراه است (۱۰).

از بین روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان، ماساژ یکی از قدیمی ترین روش ها می باشد (۱۱). ماساژ به معنی لمس کردن، مالیدن و ورز دادن با دست یا وسیله دیگری است که گردش خون و دفع مواد زائد را در بدن بهبود می بخشد (۱۲، ۱۳). تحریکات مکانیکی در طی ماساژ از طریق تأثیر بر سیستم عصبی مرکزی و بلوک راه های عصبی بالا رونده به مغز (فیبرهای C

و A) به عنوان یک بی دردی عمل می نماید (۱۴-۱۶) و باعث ترشح مواد ضد درد مرکزی شامل بتا آندورفین^۱ و آنکافلین^۲ از مغز میانی گشته که این مواد با ورود به شاخ خلفی نخاع، از ترشح و آزاد سازی مواد P (انتقال دهنده های عصبی) جلوگیری نموده و باعث مهار حس درد می گردد (۱۴، ۱۵، ۱۷).

چنانچ و همکاران (۲۰۰۰) گزارش نمودند که انجام ماساژ در اندام های مختلف بسته به تمایل مادر منجر به کاهش درد زایمان در طی ۳ فاز نهفته، فعال و انتقالی می گردد. آنها همچنین گزارش نمودند که ماساژ میزان اضطراب را در مرحله نهفته زایمان کاهش داده و اثرات مثبتی بر روابط زائو، پرستار و همسر زائو دارد (۱۸).

فیلد و همکاران^۳ گزارش نمودند که انجام ۲۰ دقیقه ماساژ در ساعت (۵ دقیقه در هر اندام)، طی ۵ ساعت انتهایی زایمان، درد و اضطراب حین زایمان، طول مدت زایمان و مدت زمان بستری شدن در بیمارستان و افسردگی بعد از زایمان را کاهش داده است (۱۹).

سومرو همکاران نیز نشان دادند، ۱۰-۵ دقیقه ماساژ حین انقباضات در فاز انتقالی زایمان، دارای اثرات مثبتی در کاهش درد و اضطراب مادر بعد از زایمان است (۲۰). بت آل^۴ و همکاران در مطالعه ای در رابطه با اثر ماساژ سرد بر درد زایمان، گزارش نمودند که انجام ۲۰ دقیقه ماساژ توسط یخ در نقطه LI₄ هر دست باعث کاهش شدت درد از حالت غیر قابل تحمل (نمره ۳) به حالت قابل تحمل (نمره ۲) می گردد (۲۱).

فیلد و همکاران (۱۹۹۷) همچنین اظهار داشتند اگرچه ماساژ یکی از قدیمی ترین روش های کاهش درد زایمان است، اما تا کنون مطالعه ی کمی در رابطه با اثر ماساژ بر

1- β -Endorphin
2- Enkephalin
3- Change M
5- Sommer
6- Bett ALL

درد زایمان انجام نگرفته است (۱۸). امروزه ۷-۲۲ درصد زایمان‌ها در کشور فنلاند (۲۲) و ۳۷/۲ درصد زایمان‌ها در کشور ایران به علت ترس و نگرانی از درد زایمان به صورت سزارین انجام می‌گیرد. آرام و همکاران در مطالعه خود در رابطه با بررسی فراوانی نسبی روش انتخابی زایمان، مهمترین علت انتخاب روش سزارین را ترس و نگرانی از درد زایمان عنوان نموده اند (۳).

با توجه به عوارض جانبی ناشی از درد زایمان و پیامدهای ناشی از مصرف دارو در زایمان و سیاست مدون کشوری مبنی بر استفاده از روشهای بی‌دردی زایمان جهت ترغیب خانم‌ها به انجام زایمان طبیعی و اجتناب از سزارین‌های بی‌مورد، بر آن شدیم تا از بین روشهای طب مکمل، روشی آسان مؤثر و بی‌نیاز از تجهیزات و مطابق با نیاز زنان در زایمان به بررسی اثر ماساژ پشت بر درد مرحله اول زایمان در زنان نخست‌زا بپردازیم. بدان امید که این پژوهش گامی در جهت سلامت مادران و نوزادان باشد.

روش کار

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی، یک سوکور (به طوری که مداخله مورد نظر برای تمام واحد‌های پژوهش در دو گروه توسط پژوهشگر انجام شده و در انتهای کار اندازه‌گیری شدت درد توسط کمک پژوهشگری که نسبت به گروه بی‌اطلاع بود اندازه‌گیری می‌گردید)، دو گروه بر روی ۶۲ زن نخست‌باردار که جهت زایمان در تابستان ۱۳۸۴ به زایشگاه بنت الهدی بجنورد مراجعه کرده بودند انجام شد. ابتدا جامعه پژوهش متناسب با اهداف پژوهش تعیین گردید و سپس ایشان به صورت تصادفی (یک روز در میان) در یکی از دو گروه ماساژ پشت و مراقبت‌های معمول قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا ۱۸-۳۰ ساله، سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته کامل، با سواد، شروع خود به خود دردهای زایمانی و اتساع دهانه رحم ۲-۳

سانتی متر، عدم وجود اختلال قلب جنین، سالم بودن کیسه آب، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم ابتلاء به مشکلات طبی، روانی و حاملگی، عدم وجود مشکلات خانوادگی در ۶ ماه اخیر (مانند بحرانهای شدید روحی نظیر مرگ عزیزان، مهاجرت، جدائی از همسر و غیره) و عدم وجود موارد منع ماساژ (مانند تب، عفونت، دیسک کمر، بیماری پوستی، شکستگی استخوان و واریس شدید) بود. در طی مطالعه در صورت بروز اختلال در پیشرفت زایمان و انقباضات رحمی، وجود علائم زجر جنینی و استفاده از داروهای تسهیل و تسریع‌کننده زایمان و عدم تمایل مادر به ماساژ و ادامه شرکت در پژوهش از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه پس از ارائه توضیحات لازم در رابطه با هدف و نحوه انجام کار و کسب موافقت از واحدهای پژوهش ابتدا مشخصات فردی آنان ثبت گردید سپس چگونگی بیان درد، بر اساس مقیاس تطابق دیداری درد به آنها آموزش داده می‌شد و میزان درد توسط کمک پژوهشگر در ابتدای سه فاز زایمانی (نهفته، فعال، انتقالی) اندازه‌گیری گردید. سپس با شروع انقباضات رحمی، همراه با تنفس عمیق، شرکت‌کننده در وضعیت خوابیده به پهلو یا نشسته قرار گرفته و ماساژ به مدت ۳۰ دقیقه به صورت مداوم در زمان انقباض و بدون انقباض انجام می‌گردید. نحوه انجام ماساژ بدین طریق بود که با شروع انقباض، ماساژ از انتهای مهره‌های ساکرال در مسیر رو به بالا تا محازات مهره‌های کمری انجام می‌شد. سپس مسیر دست‌ها در مسیری رو به پائین حرکت کرده تا هر دو دست همزمان به نقطه شروع در انتهای مهره‌های ساکرال برسند (شکل ۱). پس از پایان انقباض تا شروع انقباض بعدی، ماساژ از نقطه شروع در مسیر رو به بالا توسط کف انگشتان دست در دو طرف مهره‌های ستون فقرات و بالای پشت و شانه ادامه می‌یافت. میزان تمایل شرکت‌کنندگان به

۱- اکسی‌توسین، پتدین، بوپروکائین، نیتروساکساید، انواع بی‌حسی‌ها

ماساژ در سایر قسمت های بدن نیز سوال می گردید. (شکل ۲) (۲۳).

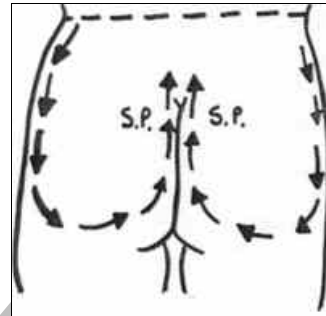
گردید. در آزمون های انجام شده ضریب اطمینان ۹۵٪ مد نظر بوده است.

نتایج

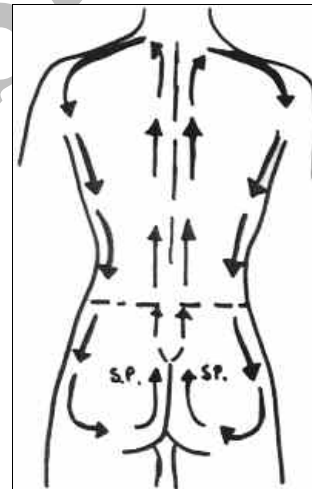
بر اساس یافته ها اکثریت واحدهای پژوهش (۶۸ درصد) در دو گروه در محدوده سنی ۲۰-۳۰ سال قرار داشتند (جدول ۱).

از لحاظ سطح تحصیلات و شغل، اکثریت واحدهای پژوهش در دو گروه دارای تحصیلات متوسطه و خانه دار بودند. همچنین دو گروه از لحاظ سطح درآمد یکسان بودند به طوری که ۶۶/۷ درصد افراد گروه ماساژ و ۶۷ درصد افراد گروه مراقبت های معمول درآمدی در حد کفاف داشتند. همچنین دو گروه از لحاظ عوامل موثر بر درد زایمان شامل محل سکونت، سابقه قاعدگی دردناک، شدت درد قاعدگی و وجود فرد حمایت کننده در امور منزل همگن بودند. در بدو پذیرش دو گروه از لحاظ اتساع دهانه رحم، شدت، مدت و فواصل انقباضات رحمی و میزان خستگی و اضطراب همگن بودند. اما دو گروه از لحاظ جایگاه سر جنین در بدو ورود به مطالعه ($p < 0/001$) و میزان رضایت از زندگی زناشویی ($p = 0/02$) اختلاف معنی دار آماری داشتند، که توسط مدل خطی عمومی اثر آنها حذف گردید.

همچنین دو گروه در ابتدای سه فاز نهفته ($p = 0/60$) فعال ($p = 0/75$) و انتقالی ($p = 0/05$) از لحاظ شدت درد اختلاف معنی دار آماری نداشتند. مقایسه میانگین شدت درد در دو گروه بلافاصله بعد از انجام مداخله در سه فاز زایمانی اختلاف معنی دار آماری داشت ($p = 0/001$). همچنین اختلاف میانگین شدت درد قبل و بعد از انجام ماساژ در گروه ماساژپشت در هر سه فاز زایمانی اختلاف معنی دار آماری داشت ($P = 0/001$) نتایج نشان داد شرکت کنندگان تمایل بیشتری به ماساژ در پشت دارند و نسبت به ماساژ در سایر قسمت های بدن تمایل بسیار اندک بود (جدول ۲).



شکل ۱- ماساژ حین انقباض



شکل ۲- ماساژ در زمان بدون انقباض

در گروه کنترل، مراقبت های معمول پرستاری به مدت ۳۰ دقیقه توسط پژوهشگر در هر سه فاز زایمانی انجام می گردید. تمام مادران در تمام مدت مطالعه توسط پژوهشگر همراهی شده و با شروع زایمان جهت انجام زایمان به پرسنل بخش تحویل می گردیدند. در این مطالعه جهت بدست آوردن نتایج دقیق تر تکنیک های ماساژ برای تمام ۵۲ شرکت کننده توسط یک نفر (کارشناس ارشد مامائی) انجام گردید.

جهت تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار آماری SPSS ۱۱/۵ و آزمون های تی تست، کای دو، من ویتنی و آزمون خطی عمومی تجزیه و تحلیل و پردازش

جدول ۱ - فراوانی زنان نخست‌زا بر حسب گروه سنی در بررسی تأثیر ماساژ پشت بر شدت درد در مرحله اول زایمان

| کل | مراقبت‌های معمول | ماساژ پشت | سن به سال |
|------------------|------------------|--------------|------------------------|
| درصد | درصد | درصد | زیر ۲۰ سال |
| ۳۲٪ | ۴۶٪ | ٪۳۳/۳ | ۲۰-۳۰ سال |
| ۶۸/۳٪ | ۵۲٪ | ٪۶۶/۷ | کل |
| ۱۰۰٪ | ۱۰۰٪ | ٪۱۰۰ | انحراف معیار ± میانگین |
| | ۲۲/۰۹ ± ۳/۶۷ | ۲۰/۶۲ ± ۲/۱۳ | |
| $\chi^2 = ۱۱/۵۶$ | $P = ۰/۳۹$ | | |

جدول ۲ - مقایسه میانگین شدت درد در سه فاز نهفته، فعال، انتقالی زنان نخست‌زا در بررسی تأثیر ماساژ پشت بر شدت درد در مرحله اول زایمان

| گروه | | ماساژ پشت | | کنترل | |
|--------------|------------------|-----------------------------|--|--------------|-------------|
| فاز | شدت درد | انحراف معیار ± میانگین | انحراف معیار ± میانگین | نتیجه آزمون | تی |
| | قبل از مداخله | ۴/۲۱ ± ۲/۰۶ | ۳/۴۹ ± ۱/۴۱ | $P = ۰/۶۰$ | $t = ۰/۵۱$ |
| فاز نهفته | بعد از مداخله | ۲/۸۳ ± ۱/۶۴ | ۴/۹۴ ± ۱/۷۵ | $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = ۴/۲۰$ |
| | اختلاف قبل و بعد | $-۱/۳۷ \pm ۰/۹۵$ | $-۰/۹۸ \pm ۱/۲۱$ | $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = ۵/۲۰$ |
| نتیجه تی-زوج | | $T = ۵/۲۰$ $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = ۳/۱۲$ (is not significant) $P = ۰/۰۵$ | | |
| | قبل از مداخله | ۵/۴۶ ± ۱/۶۴ | ۶/۵۳ ± ۲/۱۰ | $P = ۰/۷۵$ | $t = ۱/۸۲$ |
| فاز فعال | بعد از مداخله | ۳/۶۴ ± ۱/۰۴ | ۶/۵۳ ± ۲/۲۶ | $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = ۵/۱۳$ |
| | اختلاف قبل و بعد | $-۱/۸۲ \pm ۰/۶۰$ | $۰ \pm -۰/۱۶$ | $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = ۴/۱۲$ |
| نتیجه تی-زوج | | $T = -۵/۴۹$ $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = -۰/۰۱$ $P = ۰/۹۹$ | | |
| | قبل از مداخله | ۶/۷۰ ± ۲/۳۴ | ۸/۰۰ ± ۲/۱۱ | $P = ۰/۰۵۲$ | $t = -۱/۹۷$ |
| فاز انتقالی | بعد از مداخله | ۵/۱۰ ± ۲/۲۲ | ۸/۴۰ ± ۱/۷۶ | $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = -۵/۵۰$ |
| | اختلاف قبل و بعد | $۱/۶۵ \pm ۰/۱۲$ | $-۰/۴ \pm ۰/۳۵$ | $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = ۴/۱۵$ |
| نتیجه تی-زوج | | $T = ۳/۷۰$ $*P < ۰/۰۰۱$ | $t = -۱/۶۶$ $P = ۰/۱۱$ | | |

• اختلاف معنی‌دار آماری دارد.

جهت بررسی اثر متغیر های مداخله گر بر شدت درد زایمان، تمام متغیر های موثر بر درد زایمان در مدل خطی عمومی وارد گردیده (در هر فاز به صورت مجزا) و در نهایت فقط در فاز نهفته تعداد دفعات معاینه و طول مدت انقباضات رحمی باقی ماندند که در حضور متغیر گروه (شدت درد زایمان) معنی دار بودند (جدول ۳).

جدول ۳ - ضرایب مدل خطی عمومی بر اختلاف شدت درد زایمان در فاز نهفته قبل و بعد از مداخله در زنان نخست زا در بررسی

تاثیر ماساژ پشت بر شدت درد در مرحله اول زایمان

| متغیر | ضریب آزمون خطی | نتیجه آزمون تی | تی |
|-----------------------|----------------|----------------|----------|
| گروه | ۰/۰۰۴ | * $p < ۰/۰۰۱$ | $t=2/۹۳$ |
| تعداد دفعات معاینه | ۰/۰۱ | * $p < ۰/۰۰۱$ | $t=۲/۸۹$ |
| طول مدت انقباضات رحمی | ۳/۴۱ | * $p < ۰/۰۰۱$ | $t=۵/۸۶$ |

• اختلاف معنی دار آماری دارد.

در بدو ورود به مطالعه بین دو گروه از لحاظ تصور نسبت به درد زایمان اختلاف معنی دار آماری وجود نداشت، اما بعد از انجام زایمان در دو گروه اختلاف معنی دار آماری دیده شد به طوری که (۵۵ درصد) غیر قابل تحمل عنوان نمودند (جدول ۴).

جدول ۴- توزیع فراوانی زنان نخست زا بر اساس تصور از درد زایمان بعد از زایمان زا در بررسی تاثیر ماساژ پشت بر شدت درد در مرحله اول زایمان

| گروه | | | تصور از درد زایمان |
|------|------------------------|------------------|--------------------------|
| کل | مراقبتهای معمول (درصد) | ماساژ پشت (درصد) | |
| | | | دردناک و قابل تحمل |
| | | | دردناک و شیرین و لذت بخش |
| | | | دردناک و غیر قابل تحمل |
| | | | کل |
| | | | $X^2=۷/۶۵$ |
| | | | $p=۰/۰۲$ |

• اختلاف معنی دار آماری دارد.

گروه ماساژ در هر سه فاز زایمانی اختلاف آماری معنی دار دارد ($p < ۰/۰۰۱$).

در رابطه با اثر ماساژ بر میزان درد زایمان و موقعیت های استرس زای دیگر مطالعاتی توسط پژوهشگران انجام گردیده که مؤید تأثیر مثبت ماساژ بر

بحث

نتایج نشان داد ماساژ پشت شدت درد مرحله اول زایمان را کاهش می دهد، بطوری که میانگین شدت درد بعد از انجام مداخله بین دو گروه و همچنین اختلاف میانگین شدت درد قبل و بعد از انجام ماساژ پشت در

یلدریم طی مطالعه ای در ترکیه به بررسی اثر تکنیک های تنفسی و تحریکات جلدی بر درد زایمان بر روی ۴۰ زن در دو گروه مراقبت های پرستاری و گروه آزمایش پرداخت و گزارش نمود، ماساژ منجر به کاهش حس درد می گردد (۲۶).

در مطالعات چانچ، یلدریم، فیلد، بوناپس و لیندا کیمبر علیرغم انجام ماساژ در اندام های مختلف و در زمان ها و با تکنیک های مختلف زایمان، نتایج مشابهی گزارش گردید. در مطالعه حاضر تعداد دفعات معاینه مهبل در دو گروه در فاز نهفته اختلاف معنی داری داشت، بطوریکه تعداد دفعات معاینه در گروه مراقبت های معمول بیشتر بود. بنظر می رسد دستکاری های رحمی و معاینه مهبل منجر به آزاد سازی پروستاگلندین می گردد به طوریکه ۵ دقیقه بعد از معاینه مهبل میزان پروستاگلندین افزایش یافته که منجر به افزایش حس درد می گردد، همچنین به دنبال معاینه مهبل، پروسه التهابی تحریک گشته و منجر به آزادسازی برادی کینین و هیستامین می گردد. پروستاگلندین های آزاد شده در حضور هیستامین و برادی کینین موجب انتقال حس درد در طول فیبرهای عصبی گردیده که توجیه کننده افزایش حس درد به دنبال معاینه مهبل می باشد (۱). اختلاف آماری مشاهده شده ممکن است توجیه کننده این مطلب باشد که علیرغم اینکه درد زایمان در فاز نهفته از شدت کمتری نسبت به فاز های دیگر بر خوردار است و همچنین در این مطالعه تمام شرکت کنندگان در دو گروه توسط پژوهشگر در تمام مدت همراهی شدند، انتظار می رفت شدت درد در این فاز در گروه مراقبتهای معمول چندان افزایش نیابد، اما علی رغم این مسئله شدت درد در فاز نهفته بعد از مداخله در گروه مراقبتهای معمول بیشتر و اختلاف میانگین شدت درد نیز معنی دار شده است. که پس از قرار دادن در مدل خطی عمومی جهت حذف اثر این متغیر، باز هم این متغیر جزء متغیرهای مداخله گر بر درد در مدل خطی

درد می باشد. از جمله بوناپس طی مطالعه ای تحت عنوان مقایسه تاثیر دو برنامه آموزشی جدید (آموزش روش زایمان و روش های کاهش درد زایمان مانند ماساژ و تنفس) و برنامه آموزشی متداول (آموزش روش زایمان تنهائی) بر درد زایمان گزارش نمود، میانگین شدت درد در گروه برنامه آموزشی جدید، بر اساس مقیاس تطابق دیداری درد، در سه فاز نهفته، فعال و انتقالی کمتر از گروه برنامه آموزشی متداول بود. همچنین اختلاف میانگین شدت درد قبل و بعد از انجام برنامه آموزشی جدید در فاز نهفته ($p=0/02$)، فاز فعال ($p=0/007$) و فاز انتقالی ($p=0/01$) اختلاف معنی دار آماری داشتند که مؤید نتایج مشابه با مطالعه حاضر می باشد (۲۴).

چانچ و همکاران نیز نتایج مشابهی را گزارش نمودند. در مطالعه آنها میانگین شدت درد بر اساس مقیاس شدت رفتاری موجود^۲ در گروه ماساژ بصورت قابل توجهی در هر سه فاز زایمانی کمتر از میزان درد در گروه مراقبت های معمول پرستاری بود. هم چنین اختلاف میانگین شدت درد قبل و بعد از انجام ماساژ در سه فاز زایمانی ($p<0/01$ در هر سه فاز) اختلاف معنی دار آماری داشت (۱۸).

لیندا کیمبر نیز در مطالعه ای تجربی گزارش نمود، ۳۰-۴۵ دقیقه ماساژ ۳ بار در هفته در قسمت های پشت و اندام ها از هفته ۴۰-۳۶ حاملگی، در ۸۰ درصد موارد درد زایمان را کاهش می دهد (۲۵). همچنین فیلد^۵ و همکاران گزارش نمودند، انجام ۲۰ دقیقه ماساژ در ساعت طی ۵ ساعت آخر زایمان شدت درد زایمان را در گروه دریافت کننده ماساژ نسبت به گروه کنترل کاهش می دهد ($P<0/05$) (۱۹).

3- Present Behavioral Intensity scale
5 - Filed T

مادران استفاده نمود (۲۷،۲۸). همچنین با توجه به تاثیر مهم تعداد دفعات معاینه در ایجاد درد توصیه می گردد از انجام معاینات غیر ضروری، مثلاً در فاز نهفته که درد مادر کمتر و نیاز به انجام مداخلات کمتر است اجتناب گردد تا موجبات افزایش ناراحتی مادر فراهم نگردد.

تشکر و قدردانی

از همکاری اساتید ارجمند و مسئولین دانشکده پرستاری و مامائی مشهد و مسئولین و ماماهاى محترم زایشگاه بنت الهدی بجنورد تشکر و قدردانی می گردد .

عمومی باقی ماند که در حضور متغیر گروه معنی دار بود و مشخص می نماید اگر چه تعداد دفعات معاینه یکی از عوامل موثر بر درد در فاز نهفته بوده است اما اثر متغیر گروه به قوت خود باقی بوده و نتایج مطالعه را مخدوش نمی نماید. با توجه به اینکه زایمان موقعیت دردناک و اضطراب آور است و می بایست جهت کاهش درد مادران اقداماتی مؤثر انجام گردد و با توجه به نتایج به دست آمده از مطالعات حاضر و مطالعات مشابه، که ماساژ را در کاهش درد زایمان تکنیکی مؤثر و بی خطر و در عین حال ساده و ارزان گزارش نموده اند، می توان از آن جهت کاهش درد زایمان و کمک به

منابع

1. Yerby M. Pain in childbearing: key issues in management. Edinburgh: Bailliere; 2000:40.
2. Patric W, Melzack R. Ice massage for the control of labor pain. New York: McGill-Hill; 1990.
3. Aram S, Allame Z, Zamani M, Yadegar N. The relative of the selected delivery method in the pregnant women referring to medical center of Isfahan. J Isfahan University of Medical Sciences 2002;4(7-8):74-79.
4. Alellagen S. Fear pain and stress hormones during child birth. Gynacol 2005 Sep;26(3):153-63.
5. Volikas L, Butwidk A, Wilkinson C, Fleming A, Nicholson G. Maternal and neonatal side-effects of remifentanyl patient-controlled analgesia in labour. Br J Anaesth 2005 Oct;95(4):504-9.
6. Osborne-Sheets C. Pre- and perinatal massage therapy: a comprehensive practitioners' guide to pregnancy, labor and postpartum. Available at: <http://www.info/shop/ac/ae.pl=Serch&mode>
7. Odent M. Fear of death during labor: midwifery today. Int Midwife 2003 Fall;62:20-2.
8. Vasudevan A, Sunder S, Sarge TW. Intrathecal morphine reduces breakthrough pain during labour epidural analgesia. Br J Anaesth 2007;98(2):241-5.
9. Nitrous oxide for pain in labor: why not in the United States?. Birth 2007 Mar;34(1):3.
10. Mirzazadh S. Reduce of pain in labor. Available at: [http://www.mehrnews.com / Fa/News/detail.aspx ? New/d.29354](http://www.mehrnews.com/Fa/News/detail.aspx?New/d.29354).
11. Massage therapy increasingly sought for pain relief. Amta 2003 press, Oct, 150. Available at: <http://www.amatmassage.org>.
12. Stadlander C. Selbstmassage: gesund und schon durch eigene kraft. body lifting. translation by Mina Amiry. Tehran: Afrasiab Publishers; 2001:1-5.
13. Abasi Z, Abedian Z. How reduce pain in labor by massage?. Mashad: Sareh Aftab Publisher; 2007:5-10.
14. Shinha A. Principles and practices of therapeutic massage. New Delhi: Medical Publisher; 2001:15-50.
15. Susan A. Saliva MT. A massage therapy in principle and practice. Philadelphia: W.B. Saunders; 1999:325-450.

16. Zelantine D, Sern E. Immunological effect of massage therapy during academic stress. *Psycholo Medic* 2005;283-4.
17. Day J, Mason R. Effect of massage on serum level of Beta – Endorphin and B-Lipotrophine in healthy adult. *Phys Tthe* 1987;67(6):730-920.
18. Change MY. Effect of massage on pain and anxiety during labor. *J Adv Nur* 2002;38 (1):68–73.
19. Field T, Hernandez RE. Labor pain is reduce by massage therapy. *J Psy* 1997 Dec;18:286-91..
20. Sommer P. Obstetrical patient's anxiety during transitonl of labor and the nursing intervrention of touch. *Pallas(tx):Texas Womans University*;1997.
21. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *J Midwifery Womens Health* 2003 Sep-Oct;48(5):317-21.
22. Nazary F, Kordi.M, Mansouri A, Esmaili H. A comparison of the effects of mothers selective and routine position on duration of active phases First Stage Of Labor: MS thesis. Mashhad University of Medical Sciences;2005.
23. Kimber L. A practical guide to childbirth massage technigues. Availabel from: www.positivehealth.com/Reviews/books/kimber41.htm-13k.
24. Bonapace J. Evaluation of new child birth thining program on the perception of pain during labor and delivery. *Massage Today* 2003 Dec;12:3.
25. Nabb MTM, Kimber L, Haines A, McCourt C. Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth?—A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2006 Aug;12(3):222-31 .
26. Yidrim G. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labor pain perception of turkis woman. *Pain Res Massage* 2004 Winter;4:181-2.
27. Simkin P, Ohara M. Non pharamacologic rilif of pain during labor. *Am J Obstet Gynacol* 2005 May;186:5131-900.
28. Ernst E. The safety of massage therapy. *J Rheumatology* 2003;42: 1101-6.