

Comparison of the Effect of Three methods of Massage, Hot Compress and Normal Perineal Care on Perceived Stress and the Severity of Labor Pain in First-Born Mothers

Majidnia M¹, Nooreddini A*², Jouybari L³, Yazarlou P⁴, Talebi Z⁴

1. Department of Epidemiology, School of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gonbade Kavos, Iran

2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan, Iran

3. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

4. Department of Nursing, Gonbade Kavos Branch, Islamic Azad University, Gonbade Kavos, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989115281795, E-mail: Ahmad.Nooreddini@yahoo.com

Received: Nov 10, 2019

Accepted: Mar 31, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Natural childbirth is a painful experience that can be treated with non-pharmacological methods to reduce the pain and stress. The aim of this study was to compare the effect of massage, hot compress and normal perineal care methods on perceived stress and the severity of labor pain in first-born mothers.

Methods: The present study was a quasi-experimental study. The research population consisted of first-born pregnant women in Gonbad-e Kavous. A total of 150 samples were included in the study, which were randomly assigned to one of three groups of massage therapy, hot perineal compression, and routine perineal care. Perceived stress and McGill pain questionnaires were used to collect data. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical methods including independent t-test, chi-square and repeated measure, using SPSS software version 16.

Results: The mean stress scores were 23.78 ± 3.4 in massage therapy group, 23.66 ± 1.7 in hot compress group and 25.3 ± 2.04 in normal care group. Statistically, there was a significant difference between the perceived stress scores of massage therapy ($p=0.009$) and hot compression groups ($p=0.001$) at different times, but in normal care group ($p=0.162$) this difference was not significant. In terms of pain intensity, the mean scores after 20 minutes intervention was 5.29 in massage group, 5.45 in hot compression group and 7.15 in normal care group (from a total score of 10). Statistically, the mean scores of pain intensity before and after the intervention in the massage therapy ($p=0.001$) and warm compression ($p=0.013$) groups were significantly different.

Conclusion: Based on the results, hot compress method was more effective in reducing stress and massage therapy was more effective in relieving pain than other two methods. Therefore, these methods can be used as safe and secure ways to control the pain and stress of first-born mothers.

Keywords: Massage Therapy; Warm Perineal Compress; First-time Mothers; Perceived Stress; Pain

مقایسه تاثیر سه روش ماساژ، کمپرس گرم و مراقبت معمول پرینه بر استرس درک شده و شدت درد زایمان در مادران نخست‌زا

مصطفی مجیدنیا^۱، احمد نورالدینی^{۲*}، لیلا جویباری^۳، پریسا یازرلو^۴، زهرا طالبی^۴

۱. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
 ۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
 ۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران
 ۴. گروه پرستاری، واحد گنبد کاووس، دانشگاه آزاد اسلامی، گنبد کاووس، ایران
 * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۵۲۸۱۷۹۵ ایمیل: Ahmad.Nooredini@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: زایمان طبیعی، تجربه ای دردناک است که برای کاهش درد و استرس حاصل از آن می‌توان از روش‌های غیردارویی بهره جست. این مطالعه با هدف مقایسه تاثیر روش ماساژ، کمپرس گرم و مراقبت معمول پرینه بر استرس درک شده و شدت درد زایمان در مادران نخست‌زا انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش را زنان باردار نخست‌زا شهرستان گنبد کاووس تشکیل دادند. تعداد ۱۵۰ نمونه در این پژوهش شرکت کردند که به صورت تصادفی ساده در یکی از سه گروه ماساژ درمانی، کمپرس گرم پرینه و مراقبت معمول پرینه قرار داده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده و درد مک‌گیل استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های تی، کای‌دو و تحلیل واریانس با داده‌های تکراری با استفاده از نرم افزار SPSS-16 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات استرس درک شده در گروه‌های ماساژدرمانی $23/78 \pm 3/4$ ، کمپرس گرم $23/66 \pm 1/7$ و مراقبت معمول $25/3 \pm 2/04$ بود. از نظر آماری، بین نمرات استرس درک شده گروه‌های ماساژدرمانی ($p=0/009$) و کمپرس گرم ($p=0/001$) در زمان‌های مختلف، اختلاف معنی‌داری وجود داشت، ولی در گروه مراقبت معمول ($p=0/162$) این اختلاف معنادار نبود. در رابطه با شدت درد، میانگین نمرات ۲۰ دقیقه بعد از مداخله در گروه ماساژ $5/29$ ، گروه کمپرس گرم $5/45$ و گروه مراقبت معمول، $7/15$ (از نمره ۱۰) بود. از نظر آماری، میانگین نمرات شدت درد قبل و بعد از مداخله در گروه‌های ماساژدرمانی ($p=0/001$) و کمپرس گرم ($p=0/013$) اختلاف معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج، روش کمپرس گرم در کاهش استرس درک شده و روش ماساژدرمانی در تسکین درد نسبت به دو روش دیگر موثرتر بودند. بنابراین می‌توان از روش‌های مذکور بعنوان روشی مطمئن و ایمن در کنترل درد و استرس مادران باردار استفاده نمود.

واژه‌های کلیدی: ماساژدرمانی، کمپرس گرم پرینه، مادران نخست‌زا، استرس درک شده، درد

دریافت: ۹۸/۰۸/۱۹ پذیرش: ۹۹/۰۱/۱۲

مقدمه

فیزیولوژیک، روانی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی قرار دارد (۱). بر اساس تحقیقات، ۴۰ درصد از زنان نخست‌زا و ۶۰ درصد از زنان چندزا از درد شدید و

درد زایمان، درد حادی است که به سرعت افزایش می‌یابد و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل

غیرقابل تحمل به هنگام زایمان رنج می‌برند (۲) و این در حالی است که درد شدید زایمان می‌تواند اثرات زیانباری بر مادر و جنین داشته باشد که از آن جمله می‌توان به افزایش برونده قلبی، افزایش فشارخون و ضربان قلب مادر، کاهش اثربخشی انقباضات، کندی پیشرفت زایمان، کاهش جریان خون جفت و محدودیت اکسیژن‌رسانی به جنین اشاره کرد. این مشکلات می‌توانند باعث ایجاد الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین و کاهش آپگار نوزادی در دقایق اول و پنجم بعد از تولد و افزایش عوارض و مرگ و میر پری ناتال شوند (۳). همچنین، درد شدید زایمان علاوه بر تاثیرات زیان بخش بر سلامت جسمی و روانی مادر و نوزاد به علت ایجاد ترس از حاملگی‌های آینده بر ارتباط جنسی مادر نیز تاثیر می‌گذارد (۴). ترس از درد زایمان از چالش‌های عمده مادران باردار و بخصوص زنان نخست‌زا است که می‌تواند بر تصمیم آنها در رابطه با روش زایمان‌های بعدی و به‌ویژه افزایش تمایل مادر به انجام سزارین انتخابی، تأثیر گذار باشد. بررسی ارتباط بین استرس روانی و سزارین نشان داده است زنانی که ترس از زایمان دارند اکثراً متقاضی سزارین هستند (۵).

جهت مدیریت درد زایمان با توجه به امتناع مادران از کاربرد روش‌های دارویی و عوارض این روش‌ها روی سیستم‌های بدن، روش غیردارویی حمایتی که در راس آنها ماساژدرمانی و گرمادرمانی قراردارند، مورد توجه محققین می‌باشد (۶،۷). طبق تئوری کنترل دروازه ای درد، تحریک پوست از طریق ماساژ و خاراندن سبب تحریک فیبرهای بزرگ و بسته نگه‌داشتن دروازه‌های انتقال درد و در نتیجه کاهش احساس درد خواهد شد (۸). اثرات ماساژ در کاهش درد شامل اثرات مکانیکی، فیزیولوژیکی و روانی است و تحقیقات نشان‌دهنده تاثیر ماساژ بر کاهش استرس، اضطراب و درد مادران باردار می‌باشد (۹). به اعتقاد ویلیامز، استفاده از روش‌های حمایتی کاهش درد مانند ماساژدرمانی، طب سوزنی، گرمادرمانی و سایر

روش‌ها روند زایمان را یک اتفاق خوشایند و لذت‌بخش برای زائو می‌سازد (۱۰). روش دیگر کنترل درد زایمان، کمپرس گرم است که امروزه توسط برخی زنان باردار استفاده می‌شود. کمپرس گرم، عروق خونی را متسع کرده و خون‌رسانی به بافت را افزایش می‌دهد که همین مساله منجر به پاکسازی بافت از محرک‌های درد شده و انعطاف‌پذیری آن را افزایش می‌دهد. در کشورهای غربی جهت پیشگیری از آسیب به پرینه به مقدار بسیار زیادی از کمپرس گرم استفاده می‌شود (۱۱). در مطالعه آلبرز^۱ و همکاران، در ۲۰ درصد از زایمان‌های انجام گرفته کمپرس گرم به منظور پیشگیری از آسیب به پرینه انجام گرفته است (۱۲). ساندرز^۲ و همکاران نیز در مطالعه خود در انگلیس دریافتند که در ۷۰ مرکز از ۲۱۰ مرکز مامایی، کمپرس گرم برای پیشگیری از درد مرحله دوم لیبر استفاده می‌شود که احتمالاً بر میزان آسیب به پرینه و پیشگیری از درد نیز موثر می‌باشد (۱۳).

از آنجا که کاهش درد و استرس در زایمان طبیعی نقطه عطفی در حفظ آرامش و تسهیل فرایند زایمان است و همچنین با توجه به تعداد کم مطالعات انجام‌شده در این زمینه و نیز توصیه جدی سازمان‌های بهداشتی کشورها به انجام زایمان طبیعی در مادران نخست‌زا، محققین بر آن شدند تا مطالعه حاضر را با هدف مقایسه تاثیر روش ماساژ، کمپرس گرم و مراقبت معمول پرینه بر استرس درک شده و شدت درد زایمان در مادران نخست‌زا انجام دهند.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با مشارکت زنان باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به زایشگاه بیمارستان برزویه گنبد کاووس جهت زایمان انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه میرغفوروند و

^۱ Albers

^۲ Sanders

همکاران (۱۴) و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه لازم برای برآورد میانگین حجم جامعه با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.1$ و $M1 = 6/12$ و $M2 = 8/10$ ، $SD1 = 67/4$ و $SD2 = 79/4$ و احتمال ریزش ۱۰ درصد، ۱۶۵ نفر محاسبه گردید و پس از ریزش ۱۵ نفری، ۱۵۰ مادر باردار نخست‌زا در مطالعه شرکت کردند. افراد واجد شرایط (حاملگی ترم، سن بین ۱۸ الی ۳۵ سال، شروع خودبخودی روند زایمان و دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی متر و ورود به فاز فعال زایمان، حاملگی تک قلوئی با نمای سر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی زایمان فیزیولوژیک در دوران بارداری، عدم مصرف داروهای خاص در دوران بارداری، طبیعی بودن وضعیت جفت و جنین، عدم سابقه قبلی دوره‌های افسردگی و اضطراب و رویدادهای استرس‌زای زندگی در ۶ الی ۱۲ ماه گذشته، عدم وجود سابقه ناباروری و بیماری‌های مزمن و سابقه ابتلا به بیماری‌های تیروئید، مادران بستری شده در فاز نهفته زایمانی و یا فاز فعال با دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و افاصل کمتر یا مساوی ۵۰ درصد و شاخص توده بدنی ۱۸/۵ الی ۲۵) انتخاب و به‌روش تصادفی در یکی از سه گروه ماساژدرمانی، کمپرس گرم پرنه و مراقبت معمول قرار گرفتند. به منظور جلوگیری از سوگیری، مداخلات در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل توسط کمک پژوهشگر اول و دوم به‌صورت متناوب انجام شد، بدین ترتیب که هر یک از کمک پژوهشگرها (مامای زایشگاه و پرستار بخش جراحی زنان) یک بار در گروه کمپرس گرم و یک بار در گروه ماساژدرمانی از روش‌های کاهش درد زایمان استفاده نموده و سپس یک زایمان مرسوم را با مراقبت‌های معمول و رایج مرکز درمانی انجام می‌داد. در صورت عدم تمایل فرد به ادامه مشارکت در مطالعه، دیلاتاسیون ۸ سانتی‌متر یا بیشتر، استفاده از ابزار زایمانی مانند فورسپس یا واکيوم، هرگونه نیاز به مداخله اورژانسی به دلایل مادری یا جنینی مانند

خونریزی ناشی از دکولمان جفت، انجام سزارین اورژانسی به هر دلیل و وزن نوزاد کمتر از ۲۸۰۰ گرم و بیش از ۴۰۰۰ گرم از مطالعه کنار گذاشته شدند. نحوه انجام کار به این صورت بود که بعد از بستری شدن مادران در بخش زایمان و توضیح اهداف مطالعه به نمونه‌ها از آنها رضایت نامه کتبی اخذ شد. سپس با شروع فاز فعال زایمان، ضربان قلب جنین و دیلاتاسیون دهانه رحم جهت تأیید پیشرفت طبیعی لیبر به مدت ۳۰ دقیقه تحت نظر قرار گرفت و از تمامی مادران تست بدون استرس^۱ (NST) تهیه و ضمیمه پرونده آنان شد. با ایجاد اشکال در NST یا تولد نوزادی با آپگار پائین تر از ۸/۷، نمونه از مطالعه خارج می‌شد. در گروه مداخله ۱، کمپرس گرم به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه از مرحله یک زایمان روی پرنه گذاشته می‌شد و در طول انقباضات ادامه می‌یافت. برای کمپرس کردن پرنه از بطری استوانه ای حاوی آب گرم به دمای ۷۰ درجه سانتی‌گراد پیچیده شده در حوله استفاده می‌شد. ناحیه پرنه مرتباً از نظر التهاب بررسی و با ایجاد التهاب و قرمزی بیش از حد، کمپرس برداشته می‌شد. پس از اتمام پروسیجر، مجدداً ارزیابی پیشرفت زایمان و سلامت جنین انجام می‌گرفت.

در گروه ۲، ماساژ توسط کارشناس ارشد مامائی به مدت ۲۰ دقیقه طی ۴ مرحله زیر انجام می‌گرفت:

(۱) با کف دست، یک طرف ستون فقرات زائو را از شانه تا کفل مالش داده و ضربه‌های آرامی به این قسمت وارد می‌شد. سپس ماساژ طرف دیگر با دست دیگر انجام می‌شد.

(۲) در حالی که همواره یکی از دست‌های ماساژور در تماس با زائو بود، یک حرکت منظم و ریتمیک ایجاد می‌شد. سپس ماساژ از قسمت انتهایی دست شروع شده تا پایین ستون فقرات ادامه داشته و فشار نسبتاً زیادی را به این قسمت وارد می‌کرد تا اثر انقباض‌های شدید و قوی خنثی گردد.

^۱ Non- Stress Test

۳) در این مرحله با استفاده از انگشتان، مسیرهای دایره‌واری در گودی کمر داده می‌شد. سپس در ناحیه پا از قوزک تا نوک انگشتان، محکم ماساژ داده می‌شد یا دایره‌های کوچکی با انگشتان در کف پاهای زائو کشیده می‌شد.

۴) در مرحله آخر، دست‌های زائو به نوبت لمس شده، مالش داده و ضرباتی نرم و آرام به آنها وارد می‌شد؛ ابتدا پشت دست و سپس کف دست (از مچ تا نوک انگشتان). ماساژور می‌توانست با انگشتان خود دایره‌های کوچکی در کف دست زائو رسم کند و یا هر یک از انگشت‌های زائو را به آرامی بکشد تا تنش آنها آرام شده و ریلکس شوند (۱۰). پس از اتمام پروسیجر، مجدداً ارزیابی پیشرفت زایمان و سلامت جنین انجام می‌گردید.

مراقبت‌های حمایتی از مادر در گروه‌های مداخله در طول لیبر، زایمان و تا دو ساعت بعد از زایمان انجام می‌شد و این حمایت‌ها در طول لیبر شامل حضور مداوم در کنار مادر و حمایت عاطفی و روانی او، حفظ حریم خصوصی مادر، محبت نمودن توأم با احترام، دادن اطمینان و قوت قلب، دادن اطلاعات درست از پیشرفت زایمانی، کمک به تغییر وضعیت و قرارگیری در پوزیشن‌های مناسب، تأمین نیازها و خواسته‌های مادر و تشویق وی بود. در زمان زایمان نیز همکاران اجرایی ضمن حضور مداوم در کنار مادر، راهنمایی‌های لازم در خصوص نحوه همکاری و نحوه زور زدن در هنگام زایمان را داده و با تشویق به استراحت در فواصل منظم، دادن اطمینان از سلامت جنین و طبیعی بودن سیر زایمان، آرامش را برای مادر فراهم نمود. در گروه کنترل نیز مداخلات معمول و رایج انجام می‌شد که بر اساس مداخلات زایمان، مرسوم بود و تمام مراقبت‌های حمایتی همانند گروه مداخله در این گروه نیز صورت می‌گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها فرم‌های مشخصات فردی- اجتماعی و مشخصات زایمانی و پرسشنامه‌های استرس ادراک شده و درد مک گیل بود.

پرسشنامه استرس ادراک شده^۱ (PSS) دارای ۱۰ سوال ۵ گزینه ای است که نیمی از سوالات آن به صورت مستقیم و نیمی دیگر به صورت معکوس نمره دهی می‌شود (محدوده نمرات از ۵۷-۰ می‌باشد). این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۲ و همکاران ساخته شده است. طراحی سؤالات به گونه‌ای است که پاسخ‌دهنده نظر خود را در مورد غیرقابل کنترل بودن، غیرقابل پیش‌بینی و مشقت‌بار بودن استرس زندگی خود طی یک ماه گذشته بیان می‌کند. با این ابزار میزان استرس ادراک‌شده مادران در شروع فاز فعال و قبل از مداخله، شش ساعت و هشت هفته بعد از زایمان در ۳ گروه اندازه‌گیری شد. این ابزار در ایران استفاده شده و روایی و پایایی آن در مطالعه میرغفوروند و همکاران تأیید شده است ($r = 0.87$) (۱۴).

پرسشنامه درد مک گیل^۳ (MPQ) در سال ۱۹۹۷ توسط ملزاک^۴ ساخته شد. جهت تعیین شدت درد از مقیاس خطی سمعی بصری^۵ (VAS) یا خط کش درد مک گیل استفاده شد (۱۵). درجه بندی خط کش مک گیل از ۰ (بدون درد) تا ۱۰ (درد غیرقابل توصیف و تصور) می‌باشد که با افزایش اعداد، میزان درد درک شده افزایش می‌یابد. از مادران خواسته شد که شدت درد خود را قبل و بعد از مداخله به وسیله این خط کش مشخص نمایند. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ۰/۷۳ به دست آمد (۱۶).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های تی، کای دو و تحلیل واریانس با داده‌های تکراری^۶ در نرم افزار SPSS-16 انجام شد.

^۱ Percieved Stress Scale

^۲ Kohen

^۳ McGill Pain Questionnaire

^۴ Melzak

^۵ Visual Analog Scale

^۶ Repeated Measures ANOVA

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۵۰ مادر باردار نخست‌زا شرکت داشتند که با استفاده از روش تخصیص تصادفی، ۵۰ نفر در گروه ماساژ درمانی، ۵۰ نفر در گروه کمپرس گرم و ۵۰ نفر در گروه مراقبت معمول یا گروه

کنترل قرار گرفتند. گروه‌های مداخله و کنترل از نظر توزیع متغیرهای مهم از قبیل تحصیلات، سن، سن بارداری و سایر متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری نداشتند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات فردی- اجتماعی و زایمانی مادران شرکت کننده در مطالعه

متغیر	گروه	کمپرس گرم	ماساژ درمانی	کنترل	سطح معنی داری
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
شغل	خانه دار	۳۹(۷۸)	۴۱(۸۲)	۴۰(۸۰)	*p=۰/۶۰۵
	شاغل	۱۱(۲۲)	۹(۱۸)	۱۰(۲۰)	
کفایت در آمد خانواده	دخل بیشتر از خرج	۱۲(۲۴)	۱۰(۲۰)	۱۲(۲۴)	*p=۰/۵۶
	دخل برابر خرج	۱۰(۲۰)	۱۰(۲۰)	۸(۱۶)	
	دخل کمتر از خرج	۲۸(۵۶)	۳۰(۶۰)	۳۰(۶۰)	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۲(۲۴)	۱۵(۳۰)	۱۶(۳۲)	*p=۰/۶۴
	راهنمایی	۱۸(۳۶)	۱۲(۲۴)	۱۳(۲۶)	
	دیپرستان	۱۵(۳۰)	۱۱(۲۲)	۱۴(۲۸)	
	دانشگاهی	۵(۱۰)	۱۰(۲۰)	۷(۱۴)	
محل سکونت	شهری	۱۱(۲۲)	۱۵(۳۰)	۱۴(۲۸)	*p=۰/۲۹
	روستایی	۳۹(۷۸)	۳۵(۷۰)	۳۶(۷۲)	
پذیرش بارداری	خواسته	۳۹(۷۸)	۴۰(۸۰)	۴۱(۸۲)	*p=۰/۴۷
	ناخواسته	۱۱(۲۲)	۱۰(۲۰)	۹(۱۸)	
آپگار	دقیقه اول (میانگین)	۸/۸	۸/۹	۸/۸	**p=۰/۲۵
	دقیقه پنجم (میانگین)	۹/۹	۹/۸	۱۰	
میانگین					
سن (سال)		۲۳/۳±۳/۶	۲۴/۲±۴/۴	۲۴/۱±۴/۸	**p=۰/۴۷
وزن زمان تولد (گرم)		۳۳۴۸/۳±۳۴۵/۵	۳۳۶۱/۷±۴۸۰/۹	۳۳۶۵/۴±۳۴۷/۴	**p=۰/۶۳

*کای دو **آزمون تی

براساس نتایج آزمون تحلیل واریانس با داده‌های تکراری، در هر دو گروه ماساژدرمانی و کمپرس گرم، استرس درک شده کاهش یافته بود در حالی که در مراقبت معمول کاهش مشاهده نشد. شرکت کنندگان گروه ماساژدرمانی استرس کمتری را درک کرده ($p=0/009$) ولی در مقایسه با گروه کمپرس گرم، نمرات بالاتری را در هر مرحله کسب کردند ($p=0/008$). در مراقبت معمول هم میزان استرس درک شده در هر مرحله سنجشی نسبت به دو گروه مداخله بیشتر بوده و اختلاف معناداری قبل و

بعد از مداخله دیده نشد ($p=0/162$). برای بررسی بیشتر اختلاف، آزمون‌های تعقیبی^۱ انجام گرفت. طبق جدول ۲، بین روش‌های ماساژدرمانی و مراقبت معمول و بین کمپرس گرم و مراقبت معمول تفاوت وجود داشت. استرس درک شده قبل از مداخله در هر سه گروه درمانی مشابه بود ($p=0/111$) در حالی که میانگین نمرات استرس درک شده قبل و بعد از مداخله، اختلاف معناداری داشت ($p=0/001$).

^۱ Post Hoc

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات استرس درک شده در گروه‌های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

استرس درک شده	قبل از مداخله	فاز فعال زایمان	۶ ساعت بعد از زایمان	۸ هفته بعد از زایمان	سطح معنی‌داری
گروه	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
ماساژ درمانی	۲۶/۴۶±۴/۷	۲۵/۷۸±۳/۴	۲۳/۲۵±۵/۲	۲۲/۸۴±۳/۷	$p=0.009$
کمپرس گرم	۲۶/۳۲±۲/۹	۲۵/۶۶±۱/۷	۲۳/۱۵±۲/۹	۲۲/۴۵±۳/۳	$p=0.0081$
مراقبت معمول (گروه کنترل)	۲۶/۷۸±۳/۹	۲۵/۹۲±۲/۴	۲۵/۱۸±۴/۱	۲۴/۷۸±۳/۵	$p=0.162$
(Post Hoc) P-Value	۰/۱۱۱	۰/۰۲۱	۰/۰۱۸	۰/۰۰۲	

در ارتباط با شدت درد، نتایج آزمون تحلیل واریانس با داده‌های تکراری نشان داد نمره شدت درد قبل از مداخله نسبت به بعد از مداخله در گروه ماساژدرمانی کاهش داشت ($p=0.001$) و این کاهش نسبت به گروه کمپرس گرم بیشتر بود که این مقایسه

نشان می‌دهد ماساژدرمانی موثرتر از کمپرس گرم بوده است ($p=0.013$). در حالی که در گروه مراقبت معمول نسبت به دو روش مداخله ماساژدرمانی و کمپرس گرم، شدت درد قبل و بعد از مراقبت کاهش چندانی نداشت ($p=0.153$) (جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات شدت درد در گروه‌های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

شدت درد	قبل از مداخله	۲۰ دقیقه بعد از مداخله	سطح معنی‌داری
گروه			
ماساژ درمانی	۷/۷۵	۵/۲۹	$p=0.0012$
کمپرس گرم	۷/۷۹	۵/۴۵	$p=0.013$
مراقبت معمول (گروه کنترل)	۸	۷/۱۵	$p=0.153$

بحث

نتایج پژوهش حاضر که با هدف مقایسه تاثیر کمپرس گرم، ماساژ درمانی و مراقبت معمول بر میزان استرس درک شده و شدت درد زایمان مادران باردار نخست‌زا انجام گرفت، نشان داد که میزان شدت درد در گروه ماساژ درمانی نسبت به گروه کمپرس گرم کاهش بیشتری داشته است و در حیطه استرس درک شده، گروه کمپرس گرم در مقایسه با ماساژ درمانی وضعیت مناسب‌تری را داشتند. این در حالی است که گروه مراقبت معمول در هر دو حیطه، تفاوت چشمگیری قبل و بعد از مداخله نداشته است. مطالعه میرزائی و همکاران با هدف تاثیر ماساژدرمانی بر شدت درد مرحله فعال زایمان نشان داد که شدت درد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، کاهش معناداری داشت (۹). مطالعه ترک و همکاران نیز با هدف تعیین تاثیر ماساژ بر شدت درد زایمان طبیعی

حین زایمان و مرحله فعال آن نشان داد که در گروه ماساژ در هر ۳ مرحله دیلاتاسیونی، نمره درد پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش داشته است (۱۷). نتایج مطالعه دولتیان و همکاران نیز نشان داد که درد زایمان در مراحل مختلف زایمان در گروه ماساژدرمانی اختلاف معنی‌داری داشت (۱۸). مطالعه لی^۱ و همکاران نشان داد که استفاده از طب مکمل به روش دوش آب گرم به صورت معنی‌داری، درد زایمان را کاهش می‌دهد و استفاده از این روش علاوه بر اثرات مثبت و بهداشتی، به عنوان یک روش آسان و غیردارویی کاهش درد زایمان را موجب شده و به زنان جهت مشارکت در فرآیند زایمان کمک شایانی می‌کند که با مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد (۱۹). مطالعه آلبرز و همکاران نشان داد که در ۴۰ درصد نمونه‌ها، کمپرس گرم باعث کاهش شدت درد زایمان

¹ Lee

عدم کنترل دقیق در یکسان سازی دمای کمپرس گرم پرینه نیز از دیگر محدودیت های این مطالعه بود.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های مطالعه، روش کمپرس گرم در کاهش استرس درک شده و روش ماساژدرمانی در تسکین درد زایمان نسبت به دو روش دیگر، موثرتر بوده اند. لذا می توان جهت کنترل درد و استرس درک شده از روش های فوق به جای مداخلات دارویی به صورت ایمن بهره برد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد گنبد کاووس با کد اخلاق IR.IUA.۴۶۵۴۸۴۷۱ می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و تمام زنانی که در این مطالعه همکاری کردند تشکر نمایند.

شده است. آلبرز و همکاران، مهارت زیاد ماماها در کنترل و کاهش میزان استرس درک شده و درد و عواقب وابسته به روند طبیعی زایمان را عامل مهمی دانستند (۱۲). بر اساس نتایج مطالعه داهلن^۱ و همکاران، و وهابی و همکاران، زنانی که در مراحل فعال زایمانی، کمپرس گرم نگرفته اند تجربه درد را با واژه هایی مانند «بد» و یا «بدترین در زندگی» توصیف نمودند (۲۰، ۲۱) ($p=0/001$). مطالعه موسگرو^۲ و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که کمپرس گرم در کاهش درد مرحله دوم زایمان نسبت به روش معمول موثر بوده است. بر اساس این مطالعه، تسکین درد در طول لیبر، استرس درک شده را نیز کاهش می دهد، بطوری که عدم تسکین درد و استرس درک شده، می تواند بر مسائل پس از زایمان مثل شیردهی و ارتباط مادر و نوزاد تاثیرات سوئی داشته باشد (۲۲). از محدودیت های این مطالعه می توان به درد متفاوت افراد نسبت به درد و استرس اشاره کرد.

¹ Dahlen

² Musgrove

References

- 1- Nabb M, 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. *Complement Therapies in Clinical Practical Journal*. 2006;12:222-31.
- 2- Vaziri F, Farahmand Z, Samsami A, Forouhari S, Hadianfard M, Sayadi M. The effects of warm perineum compress during the second phase of labor on first- birth outcomes. *Modern Care Journal*. 2014;11(1):28-36 [Persian].
- 3- Junge C, Soest T, Weidner K, Seidler A. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: a population-based, longitudinal study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2018;45(4):469-77.
- 4- Dunkelschetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications form others, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*. 2012;25(2):141-48.
- 5- Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical Obstetric Gynecology*. 2015;51(2):333-48.
- 6- Murray SS, McKinney ES. *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing*. Philadelphia: W.B Saunders; 2018.
- 7- Nyflot LT, Stray-Pedersen B, Forsen L, Vangen S. Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: a case-control study. *PLoS One Journal*. 2017;12:175-82.
- 8- Vaziri F, Khademian Z, Morshed Behbahani B. Qualitative investigation of experiences and perception of primiparous women regarding childbirth in women referring to educational hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Modern Care Journal*. 2012;9(3):226-36 [Persian].

- 9- Mirzaei F, Kaviani M, Jafari P. Effect of foot reflexology on duration of labor and severity of first-stage labor pain. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2010;13(1):27-32 [Persian].
- 10- Williams J, Mitchell M. Midwifery managers' views about the use of complementary therapies in the maternity services. *Complement Therapies in Clinical Practical Journal*. 2007;13:129-35.
- 11- Phipps WJ, Monahan FD, Sands JK, Marek JF. *Marianne neighbors medical surgical nursing health and illness perspectives*. Mosby Publishion; 2003.
- 12- Albers LL. Reducing genital tract trauma at birth: launching a clinical trial in midwifery. *Journal of Midwifery Womens Health*. 2003;48(2):105-10.
- 13- Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. *Midwifery Journal*. 2005;21(2):154-60.
- 14- Mirghafourvand M, Sehhatie Shafaie F, Vosoughi-Niri Z. The effect of non-pharmacological methods of labor pain relief mothers' perceived stress: a randomized controlled trial. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2014;4:398-411 [Persian].
- 15- Wall D, Melzak R. *Text book of pain*. 3rd ed. Philadelphia: McGraw; 2018.
- 16- Khosravi M, Sedighi S, Moradi Sh, Zandedel K. Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran University of Medical Sciences Journal*. 2013;71(1):53-58 [Persian].
- 17- TorkZahrani SH, Honarjoo M, Janesari SH, Alavi H. The effect of massage on labor pain in primary stage of delivery. *Research in Medicine*. 2008;32(2):141-45 [Persian].
- 18- Dolatian M, Hasanpour A, Heshmat R, Alavi majd H. The effect of reflexology on pain intensity of labor. *The Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2010;18(72):52-61 [Persian].
- 19- Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *Journal of Obstetricsm, Gynecology & Neonatal Nursing*. 2013;42(1):19-28.
- 20- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS. Soothing the ring of fire: Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery Journal*. 2009;25(2):39-48.
- 21- Vahaby S, Abedi P, Afshari P, Haghighizadeh MH, Zargani A. Effect of aromatherapy with rose water on pain severity of labor in nulliparous women: a random clinical trial study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2016;14(12):1049-60 [Persian].
- 22- Musgrove H. Perineal preservation and heat application during the second stage of labor. *Midwifery Today E-News*. 1999;1(33).