

تأثیر ماساژ پرینه بر برخی از اختلالات کف لگن

معصومه خیرخواه

دانشجوی دکتری آموزش پزشکی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

ایمیل نویسنده: m-kheirkhah@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۲/۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۳

چکیده

زمینه: آسیبهای زایمانی شامل بی اختیاری ادرار و مدفوع، مقاربت های دردناک و درد ناحیه پرینه است. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر ماساژ پرینه بر برخی از اختلالات کف لگن انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی و با گروه کنترل بود که روی ۱۲۵ مادر نخست زای تک قلوئی مرحله فعال لیبر مراجعه کننده به مرکز شهید اکبرآبادی انجام شد. نمونه‌ها بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده به دو گروه مداخله (۶۲ نفر) و کنترل (۶۳ نفر) تقسیم بندی شدند. گروه مداخله علاوه بر دریافت مراقبت مرحله اول بر اساس دستورالعمل، ماساژ پرینه با دو انگشت با استفاده از لوبریکانت را در فواصل انقباضات دریافت کرد و گروه کنترل مراقبت معمول مرحله اول را دریافت نمود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای در سه بخش شامل اطلاعات دموگرافیک، مراقبت های مرحله اول و عوارض زودرس و دیررس زایمانی بود. همچنین مادران در روز دهم زایمان معاینه شده و عوارض سه ماه بعد به صورت تلفنی پیگیری شد. اطلاعات بدست آمده با آمار توصیفی و استنباطی در نرم افزار SPSS v.17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از مداخله گروه‌ها از نظر میانگین سنی و سن حاملگی و وزن تقریبی نوزاد همسان سازی شدند. پس از مداخله بین دو گروه مطالعه از نظر سلامت پرینه ($p=0/0001$) و درد پرینه در روز سوم ($p=0/041$) و دهم ($p=0/0001$) پس از زایمان تفاوت معنی‌دار مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: ماساژ پرینه آسیب‌های مهبل و درد پرینه پس از زایمان را کاهش می‌دهد و استفاده از آن در مرحله فعال زایمان برای پیشگیری از آسیب های زایمانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ماساژ پرینه، بی‌اختیاری ادرار، بی‌اختیاری مدفوع، درد پرینه

مقدمه

در مرحله دوم زایمان در کاهش پارگی های زایمانی پریینه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۱۲۱۱ زن که به صورت تصادفی در یکی از سه گروه اداره پریینه، یعنی عدم مداخله، کمپرس گرم و ماساژ پریینه با لوبریکانت قرار داشتند نشان داد که میزان پارگی های ناحیه تناسلی در سه گروه مشابه بوده و عاملین زایمانی می توانند با توجه به تمایل و راحتی مادران از یکی از روش های کنترل پریینه در مرحله دوم زایمان جهت کاهش پارگی های پریینه استفاده نمایند (۱۲).

مطالعه بودنر^۲ و همکاران (۲۰۰۱) با عنوان ماساژ پریینه طی حاملگی در زنان اول زا اختلاف معنی دار آماری را بین دو گروه ماساژ و کنترل در سلامت پریینه و میزان اپی زیاتومی و پارگی های درجه ۱ و ۲ نشان نداد (۱۳) در حالی که مطالعه بکمن و گرت^۳ (۲۰۰۶) به منظور بررسی تأثیر ماساژ پریینه بر کاهش شیوع پارگی در استرالیا نشان داد که در گروه ماساژ پریینه فراوانی اپی زیاتومی کمتر و این کاهش در زنان نخست زا نسبت به زنان چند زا معنادار بوده و کاهش میزان درد تا سه ماه بعد از زایمان نیز گزارش شده است. آنان نتیجه گرفتند که ماساژ پریینه طی بارداری، احتمال آسیب پریینه، اپی زیاتومی و به دنبال آن درد پریینه بعد از وضع حمل را کاهش می دهد (۱۴). از آنجایی که مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر ماساژ پریینه با لوبریکانت در پیشگیری از آسیب پریینه و پیامدهای آن در پیشگیری از اختلالات کف لگن بسیار محدود است و با توجه به نقش ماما در مراقبتهای بهداشتی، آموزشی و درمانی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر ماساژ پریینه بر برخی از اختلالات کف لگن انجام شده است.

روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل بود که در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۶ در مرکز شهید اکبرآبادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد. ۱۲۵ مادر تک قلوئی نخست زا با اتساع دهانه رحم ۴ سانتی متر به صورت تصادفی در یکی از گروه های مداخله و کنترل قرار گرفتند (۶۲ نفر در گروه ماساژ پریینه و ۶۳ نفر در گروه کنترل). از مادران واجد شرایط متمایل به شرکت در

اپی زیاتومی رایج ترین برش جراحی زنان است (۱) که در ۳۰ درصد زنان چندزا و ۷۰ درصد زنان نخست زا انجام می شود. استفاده از آن در بیش از ۸۰ درصد زنان نخست زای ایرانی گزارش شده است (۲،۳). کوچکی برش اپی زیاتومی این تصور را که این عمل مشکلی برای مادران به همراه ندارد ایجاد می کند. در صورتی که عضلات کف لگن در بسیاری از فعالیت ها از جمله نشستن، قدم زدن، ایستادن، چمباتمه زدن و دفع ادرار و مدفوع شرکت دارند. درد پریینه از تجربیات مشترک مادران تازه زایمان کرده می باشد (۴،۵). آسیب پریینه نه تنها باعث صدمه فیزیکی، بلکه موجب آسیب های هیجانی و روانی مادر و تأخیر در التیام زخم به دلیل نتایج بد آناتومیکی و جوش خوردن نامناسب محل برش و افزایش شدت درد پریینه می گردد (۶). ۷۰ درصد زنان بعد از زایمان از درد ناحیه پریینه شاکی هستند. درد پریینه در روزهای یکم، دهم، چهلم و نودم پس از زایمان به ترتیب ۹۶/۴ درصد، ۶۳ درصد، ۲۵ درصد و ۱۲ درصد گزارش شده است (۴). درد این ناحیه گاهی باعث عدم تحرک مادر و بروز ترومبوز وریدهای عمقی می گردد و تداوم آن باعث هراس و تاخیر در شروع روابط جنسی می شود (۷،۸). اپی زیاتومی در کوتاه مدت عوارضی مثل خونریزی، عفونت و نیاز به بخیه زدن و در بلند مدت کاهش اعتماد به نفس، بی اختیاری ادرار و مدفوع، اختلال در روابط جنسی و روابط عاطفی مادر و نوزاد را به دنبال دارد (۹).

مراقبت از پریینه حین زایمان و بعد از آن طی سال های اخیر دستخوش تحولات زیادی شده است (۱۰). جهت کاهش میزان آسیب پریینه و دستگاه تناسلی، از تکنیک های متعدد در مرحله دوم زایمان استفاده می شود. اما مدرکی در حمایت از یک روش به عنوان تکنیک موثر اداره پریینه، قبل از زایمان در پیشگیری از آسیب های کف لگن وجود ندارد. تکنیک ماساژ پریینه با نرم کننده به عنوان روش بالقوه فیزیوتراپی در مرحله فعال زایمان بوده و با اتساع عروق و افزایش خونرسانی ناحیه باعث اتساع عضله و پیشگیری از آسیب می گردد (۱۱). مطالعه آلبرز^۱ و همکاران (۲۰۰۵) تحت عنوان اقدامات مراقبتی مامایی

2. Bodner

3. Beckmann & Garrett

1. Albers

پژوهش رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تمایل به شرکت در پژوهش، سن ۱۸ تا ۳۵ سال، جنین زنده تک قلو، سن حاملگی بین ۳۷-۴۲ هفته براساس LMP، وزن تخمینی جنین بین ۲۵۰۰-۴۰۰۰ گرم، عدم پارگی کیسه آمنیوتیک، عدم ابتلا به هرگونه بیماری زمینه‌ای قلبی، ریوی، کلیوی، عصبی، گوارشی، دیابت، کم خونی شدید، اعتیاد و عقب‌ماندگی ذهنی و معیارهای خروج شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری، طولانی شدن مرحله دوم لیبر، زجر جنینی، دفع مکونیوم، زایمان سخت، جدا شدن زودرس جفت و زایمان تسریع شده و اقدام به استفاده از واکيوم و القای زایمان بود. همه زایمان‌ها توسط محقق انجام شد و به علت ماهیت تحقیق، امکان کور کردن مطالعه وجود نداشت. در گروه ماساژ علاوه بر دریافت مراقبت‌های مرحله اول زایمان بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان ماساژ پرینه را با دو انگشت داخل واژن و با استفاده از لوبریکانت استریل محلول در آب دریافت می‌کردند. در ماساژ، انگشتان اشاره و وسط داخل پرینه و انگشت شست روی جسم پرینه قرار گرفته، دو انگشت داخل پرینه از یک سمت به سمت دیگر به آرامی حرکت داده می‌شد. همزمان فشار آرامی به سمت رکتوم، توسط انگشتان داخل پرینه داده می‌شد. ماساژ از زمان اتساع ۴ سانتی‌متری دهانه رحم در فواصل انقباضات رحمی به مدت ۲-۳ دقیقه تا زمان نمایان شدن موهای سر جنین ادامه پیدا می‌کرد، مگر در صورتی که مادر درخواست توقف یا تغییر آن را داشت. گروه کنترل، مراقبت‌های مرحله اول زایمان را بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان دریافت کردند. هر دو گروه حمایت‌های روحی و آموزش‌های لازم را طی زایمان دریافت می‌نمودند، تا تنها تأثیر ماساژ بر آسیب‌های زایمانی بررسی شود. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه بود و داده‌ها از طریق مصاحبه و مشاهده، اخذ و ثبت می‌گردید. پرسشنامه در سه بخش تنظیم شد. بخش اول سؤالات مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و باروری، بخش دوم اطلاعات مربوط به مراقبت‌های مرحله اول و دوم زایمان، وزن و نمره آپگار و بخش سوم شامل اطلاعات مربوط به آسیب‌های زایمانی و سلامت پرینه و درجات پارگی و آسیب پرینه بود و در بخش آخر، اختلالات کف لگن (اختلالات ادراری

و دفعی، درد پرینه و رضایت جنسی) بررسی شد. به مادران آموزش‌های لازم در خصوص روند اجرای پژوهش و اینکه می‌توانند در صورت لزوم با پژوهشگر تماس بگیرند داده شد. مادران در روز دهم پس از زایمان در درمانگاه مرکز ویزیت شده و سه ماه پس از زایمان با تماس تلفنی، وضعیت مادر از نظر وجود اختلالات، بررسی و پیگیری شد. برای سنجش درد پرینه از مقیاس بصری عددی درد ۱۰ قسمتی که مقیاس استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف جهت سنجش درد استفاده شده و روایی و پایایی مناسبی در سطح جهان دارد استفاده شد (۱۳).

برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه در این مطالعه از اعتبار محتوا و صوری و برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($r=0.82$). اطلاعات با روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های کای دو، تی و من ویتنی در نرم‌افزار آماری SPSS v.15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. $p < 0.05$ معنی‌دار تلقی شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که ۵۶/۵ درصد زنان گروه مداخله و ۵۲/۸ درصد زنان گروه کنترل در محدوده سنی ۲۵-۱۸ سال قرار داشتند. میزان تحصیلات بیشتر زنان گروه ماساژ (۴۱/۳٪) و گروه کنترل (۳۷٪) در سطح دبیرستان بوده و اکثراً در هر دو گروه مداخله (۸۰/۴٪) و کنترل (۸۹/۱٪) خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی ۶۳ درصد از زنان گروه مداخله و ۶۹/۶ درصد زنان گروه کنترل متوسط بود. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی‌دار آماری را بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر سن، سطح تحصیلات، تعداد حاملگی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی نشان نداد. بین دو گروه از نظر آپگار نوزادی دقایق ۱ و ۵ و نیاز به اکسیژن‌تراپی نوزاد، وزن نوزاد، زمان مرحله دوم زایمان، درد پرینه در سه ماه پس از زایمان، درد حین مقاربت، مشکلات ادراری و دفعی و رضایت جنسی در سه ماه پس از زایمان تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت ($p > 0.05$) اما از نظر آسیب و درد پرینه در روز سوم و دهم پس از زایمان تفاوت آماری معنی‌دار مشاهده شد. ($p < 0.05$) (جدول ۱، ۲).

جدول ۱: مقایسه وضعیت پرینه در دو گروه ماساژ و کنترل

وضعیت پرینه	گروه ماساژ		گروه کنترل		جمع		آماره
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سالم	۲۱	۱۶/۸	۱۲	۹/۶	۳۳	۲۶/۴	p=۰/۰۰۲
پارگی درجه ۱	۱۴	۱۱/۲	۱۱	۸/۸	۲۵	۲۰	
پارگی درجه ۲	۶	۸/۴	۰	۰	۶	۸/۴	
آبی زیوتومی	۲۱	۱۶/۸	۴۰	۳۲	۶۱	۴۰/۱۶	
جمع	۶۲	۴۹/۶	۶۳	۵۰/۴	۱۲۵	۱۰۰	

جدول ۲: مقایسه درد پرینه روز سوم، دهم و سه ماه پس از زایمان در دو گروه ماساژ و کنترل

درد پرینه	گروه ماساژ		گروه کنترل		جمع		آماره
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
روز سوم							p=۰/۰۰۱
دارد	۴۲	۳۳/۶	۵۸	۴۶/۴	۱۰۰	۸۰	
ندارد	۲۰	۱۶	۵	۴	۲۵	۲۰	
روز دهم							p=۰/۰۴۱
دارد	۳۴	۲۷/۲	۴۵	۳۶	۷۹	۶۳/۲	
ندارد	۲۸	۲۲/۴	۱۸	۱۴/۴	۴۶	۳۶/۸	
سه ماه بعد							p=۰/۷۱۱
دارد	۵	۴	۴	۳/۲	۹	۷/۲	
ندارد	۵۷	۴۵/۶	۵۹	۴۷/۲	۱۱۶	۹۲/۸	
جمع	۶۲	۴۹/۶	۶۳	۵۰/۴	۱۲۵	۱۰۰	

بحث

نتایج تحقیق حاضر موثر بودن ماساژ پرینه را در پیشگیری از پارگی پرینه و کاهش درد پرینه در روز سوم و دهم پس از زایمان در گروه ماساژ نسبت به گروه کنترل نشان می دهد. به علاوه میزان آبی زیوتومی در گروه ماساژ کمتر از گروه کنترل دیده شد. در عین حال تفاوتی در اختلالات ادراری و دفعی، درد حین مقاربت و درد پرینه در سه ماه پس از زایمان در دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد. مطالعه کارآزمایی بالینی سه گروه عطارها (۱۳۹۰) که روی ۲۶۵ زن نخست زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی اراک به منظور مقایسه تأثیر ماساژ پرینه با اسانس روغنی اسطوخودوس، ماساژ به تنهایی و بدون ماساژ انجام شد نشان داد که تفاوت بین سه گروه از نظر وضعیت پرینه معنی دار است (p=۰/۰۰۱) (۱۵).

نتایج مطالعه آلبرز^۱ و همکاران (۲۰۰۵) تحت عنوان تأثیر اقدامات مراقبتی مامایی در مرحله دوم زایمان بر کاهش پارگی های زایمانی پرینه نشان داد که میزان پارگی واژن و پرینه در سه گروه ماساژ پرینه، کمپرس گرم روی پرینه و عدم مداخله مشابه بوده و عاملین زایمان با توجه به تمایل و راحتی مادران می توانند از یکی از روش های کنترل پرینه در مرحله دوم زایمان استفاده نمایند (۱۲). همچنین در مطالعه دیگر عطارها (۱۳۸۸) ماساژ پرینه طی مرحله دوم لیبر راه کار مناسبی جهت کاهش تعداد موارد آبی زیوتومی و شدت پارگی پرینه نشان داده شد که احتمالاً به دلیل افزایش جریان خون، کشسانی و نرمی پرینه در اثر ماساژ می باشد (۹). مطالعه پیری و همکاران

زایمان می تواند بر سلامت پرینه و کاهش نیاز به اپی زیاتومی موثر باشد. بنابراین می توان از ماساژ پرینه در مرحله فعال زایمان برای پیشگیری از آسیب های زایمانی استفاده کرد و آن را به ماماها و متخصصین زنان توصیه نمود.

محدودیت های پژوهش

نتایج مطالعه قابل تعمیم به زنان چند زا، زایمان های دوقلوئی، ماکروزومی، زایمان طول کشیده یا تسریع شده، زایمان با ابزار و با دفع مکونیوم نمی باشد.

تقدیر و تشکر

محقق تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی خلخال و مسئولین مرکز شهید اکبرآبادی تهران و کلیه مادرانی که در مراحل انجام پژوهش همکاری نموده اند ابراز می دارد.

(۱۳۹۱) نشان داده که ماساژ پرینه شانس پرینه سالم را افزایش داده و موجب کاهش درد پرینه می شود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۶). با این حال مطالعه بودنر^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۲ با عنوان ماساژ پرینه طی حاملگی در زنان نخست زا تفاوت معنی دار آماری را بین دو گروه ماساژ و کنترل در سلامت پرینه و میزان اپی زیاتومی و پارگی های درجه ۱ و ۲ نشان نداد. در مطالعه می- دن^۲ و همکاران (۲۰۰۸)، نیز تفاوت معنادار آماری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تاثیر ماساژ پرینه بر سلامت آن دیده نشد (۱۷). شاید تفاوت مشاهده شده در این مطالعات به دلیل تفاوت نژادی و طول پرینه زنان ایرانی باشد (۱۳) همچنین می تواند به علت تفاوت کیفیت انجام ماساژ، مدت و زمان انجام ماساژ پرینه و معیارهای ورود و خروج نمونه ها از مطالعه باشد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج تحقیق اخیر ماساژ پرینه در مرحله فعال

-
1. Bodner
 2. Mei - den

References

1. Desai D. Current practice in obstetrics and gynecology. New Delhi: Jaypee brothers' medical publisher, 2005.
2. Khani S, Taringo F, Shabani B. Episiotomy is protective of lacerations genital system. *Journal of Mothers medical*. 2000; 4(1): 9-16. [Persian]
3. Ghaffari L. Frequency and complications of episiotomy in Mirza kochak khan Hospital in Tehran. M.Sc Thesis. Tehran University of Medical Sciences, 1996. [Persian]
4. Khajavishirazi K. Frequency and complications in primi-para women. *Journal of Ghom Medical Sciences*. 2009; 3(2):1-4. [Persian]
5. Kamranpoor B. Comparison of pharmacological and non-pharmacological method in relief of episiotomy pain. Tabriz AL-Zahra Hospital. M.Sc. Thesis. Tabriz: Tabriz Nursing and Midwifery School. 2007. [Persian]
6. Malekpoor P. Effect of Turmeric solution for reducing episiotomy pain in primipara women. M.Sc. Thesis. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, 2009. [Persian]
7. Francisco AA, Oliveira VD, Oliveira JD, Silva FM. Evaluation and treatment of perineal pain in vaginal postpartum. *Acta Paulistade Enfermagem Journal*. 2011; 24(1): 94-100.
8. Wheeler L. Nurse- midwifery handbook. A practical guide to prenatal and postpartum care. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
9. Attarha M, Vacillian C, Akbari Torkestany N, Heydari T, Bayateyan Y. Effect of perineal massage during second phase of labor on episiotomy and laceration rates among nulliparous women. *Hayat*. 2009; 15(2): 15-22. [Persian]
10. Simbar M. Supplementary medicine for pregnancy and childbirth. Tehran: Salemi, 2007 [Persian]
11. Albers LL. Reducing genital tract trauma at birth, lunching a clinical trialin midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2003; 48: 105-110.
12. Albers L, Sedler K, Bedric EJ, Perelta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *Journal of Midwifery and Woman's Health*. 2005; 50(5): 365- 372.
13. Bonder-alder B, Bonder K, Kaider A, Wagenbichler P, Leodolter S, Husslein P, et al. Risk factors for third-degree perineal tears in vaginal delivery, with an analysis of episiotomy types. *Journal of Medical Case Reports*. 2001; 46(8): 752-756.
14. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006; 25(1): CD005123.
15. Attarha M. Comparison of the effect of perineal massage with lavender essential oil with just massage on episiotomy and laceration. *Complementary Medicine Journal*. 2012; 1(1): 47-55. [Persian]
16. Piri Galledar A, Danesh Kojori M, Jamshidi Manesh M, Hosseini F. The effect of perineal massage on labor second stage period perineal tear and its outcomes. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2012; 14(5): 24-33. [Persian]
17. Mei-dan E, Walfisch A, Raz I, Levy A, Hallak M. Perineal massage during pregnancy: a prospective controlled trial. *The Israel Medical Association Journal*. 2008; 10(7): 531-533.

Effect of Perineum Massage on Some of the Pelvic Floor Disorders

Kheirkhah M

Ph.D Student of Medical Education, Faculty Member of Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*E- mail:m-kheirkhah@tums.ac.ir

Received: 2013/2/21

Accepted:2013/6/9

ABSTRACT

Background: Trauma during delivery is including fecal and urinary incontinence, painful intercourse and Perineum pain. This study aimed to determine the effect of perineal massage on the pelvic floor disorders.

Methods: This quasi-experimental study was conducted among 125 primiparous singletons in active phase of labor at Shahid Akbar-Abadi Medical Center. Samples divided into two groups with random sampling including: intervention group (n=62) and control group (n=63). Intervention group in addition to receiving care in active phase, received perineal massage with two fingers between abdominal contractions using lubricant, and control group received routine care. Data collection tool was a questionnaire, consisted of three parts: demographic information, first phase cares and obstetric complications. Mothers were visited at 10th day of labor and were followed three months later by telephone. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with spss, v.15.

Results: Before intervention, groups were similar in average age, gestational age, and estimated fetal weight. After intervention there were significant difference between groups in perineum health ($p=0/0001$) and perineal pain 3th ($P=0/041$) and 10th days after delivery ($P = 0/0001$).

Conclusion: Perineum massage reduces postpartum perineal pain and injury of vagina, and using massage in active phase of delivery is advised for prevention of delivery traumas.

Keywords: Perineal Massage, Pelvic Floor Disorders, Primiparous

Vol. 15, No1&2, spring & Summer 2013: 51-57