

## تأثیر ماساژ درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا

آمنه صفرزاده<sup>\*</sup>، ناهید خداکرمی<sup>\*\*</sup>، ناهید فتحی زاده<sup>\*\*\*</sup>، فرانک صفدری ده چشمه<sup>†</sup>

<sup>\*</sup>مربی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، <sup>\*\*</sup>مربی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، <sup>\*\*\*</sup>مربی گروه مامایی -

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، <sup>†</sup>کارشناس ارشد گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۳۰ تاریخ تایید: ۱۳۸۶/۹

### چکیده:

**زمینه و هدف:** درد زایمان شدیدترین دردی است که اغلب زنان آن را تجربه می کنند. با استفاده از روش های نوین و حمایتی کاهش درد زایمان می توان زایمان را به یک اتفاق خوشایند و لذت بخش تبدیل نمود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر ماساژ درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا انجام شده است.

**روش بررسی:** در یک مطالعه کار آزمایی بالینی ۶۰ خانم حامله نخست‌زا در حال زایمان از بیمارستان های مهدیه و هدایت شهر تهران به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه شاهد و ماساژ درمانی (مورد) تقسیم شدند. گروه شاهد از مراقبت های روتین بدون هیچ مداخله ای و گروه مورد ماساژ درمانی با استفاده از تکنیک ماساژ درمانی افلوراج انجام شد. شدت درد قبل از مداخله (ابتدای فاز فعال) و بعد از مداخله در دیلاتاسیون های ۴، ۸ و ۱۰ سانتی متر سرویکس با استفاده از مقیاس سنجش درد VAS (Visual analogue scale) اندازه گیری شد. طول مدت مرحله اول و دوم و نوع زایمان در هر دو گروه، مورد بررسی قرار گرفت. داده های هر دو گروه با استفاده از آزمونهای آماری کای دو و t مستقل با یکدیگر مقایسه شدند.

**یافته ها:** بر اساس نتایج قبل از مداخله بین دو گروه از نظر شدت درد اختلاف معنی داری مشاهده نشد. میانگین شدت درد به ترتیب در گروه ماساژ و شاهد در ابتدای فاز فعال  $5/88 \pm 1/07$  و  $6/75 \pm 1/39$  ( $P < 0/01$ )، در ابتدای فاز انتقالی  $7/09 \pm 0/89$  و  $8/54 \pm 1/06$  ( $P < 0/05$ ) و در پایان مرحله اول  $9/16 \pm 0/69$  و  $9/73 \pm 0/58$  ( $P < 0/05$ ) بود. طول مدت مرحله اول زایمان در گروه ماساژ  $24/16 \pm 9/82$  دقیقه و در گروه شاهد  $36/25 \pm 11/84$  دقیقه بود ( $P < 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به تاثیر روش ماساژ درمانی در کاهش درد زایمان و سرعت بخشیدن به روند زایمان، آموزش و استفاده از این روش در مراکز زایمانی می تواند سبب کاهش آمار سزارین های انتخابی گردد.

**واژه های کلیدی:** افلوراج، تکنیک ماساژ، درد زایمان، لیبر، نخست‌زا.

### مقدمه:

می دانند. اما احساس شخصی از درد رفتارهای انجام گرفته در واکنش به درد و درک فرهنگی از درد در مرحله زایمان در فرهنگ ها و جوامع مختلف متفاوت است (۲). تداوم درد و ترس از آن در لیبر بر روی سیستم تنفسی، گردش خون، غدد درون ریز و سایر اعمال بدن تاثیر گذاشته، به طوری که این مسئله موجب افزایش دیستوشی (زایمان سخت) می شود که در نتیجه آن

درد زایمان دردی است که از لحاظ شدت و موقعیت بسیار متنوع است و متوسط شدت درد زایمان در ردیف شدیدترین درد ها در انسان می باشد. این دردها در زنان نخست‌زا از سایر دردها نظیر آرتريت، دردهای سرطانی و حتی دردهای زایمانی در زنان چند‌زا شدیدتر و دردناکتر است (۱).

همه جوامع، زایمان را فرآیندی همراه با درد

و مشاهده نمود که گروه های ماساژ دارای کنش های درد پایین تری در سه فاز بودند (۱۱). ماساژ درمانی در طول زایمان منجر به یک حالت آرامش و به دنبال زایمان سریع و راحت و ایجاد یک تجربه دوست داشتنی می شود (۱۲). با توجه به اینکه استفاده از روش های نوین و حمایتی کاهش درد درمانی می تواند پروسه زایمان را به یک اتفاق خوشایند و لذت بخش تبدیل نماید تا علاوه بر یک حمایت موثر عاطفی در طی زایمان شدت درد و ترس از آن کمتر شده و تمایل به سزارین انتخابی کاهش یابد (۱۳).

لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر ماساژ درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست زان انجام گرفت.

### روش بررسی:

پژوهش حاضر یک کار آزمایشی بالینی است که پس از موافقت کمیته اخلاق دانشگاه بر روی ۶۰ زن نخست زان مراجعه کننده به بیمارستان های هدایت و مهدیه شهر تهران انجام شد. کلیه زنان نخست زایی که در زمان جمع آوری اطلاعات جهت زایمان به یکی از این دو بیمارستان مراجعه می نمودند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ماساژ و کنترل تقسیم شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل زنان نخست زان در محدوده سنی ۲۰-۳۵ سال، داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه و تک قلو که سن حاملگی آنها ۳۸-۴۲ هفته و شرایط عدم ورود به مطالعه شامل اختلالات روانی و آناتومیک شناخته شده (سایکوز، تنگی لگن و ...)، بیماریهای مزمن شناخته شده مثل بیماری قلبی، ریوی، فشارخون، دیابت و بیماریهای پوستی (ضایعه، آگزما، التهاب در ناحیه ماساژ)، محدودیت رشد جنین و القا زایمان با اکسی توسین بود. گروه کنترل از مراقبت های روتین و استاندارد بدون هیچ مداخله ای برخوردار بودند و برای گروه

زایمان های با وسیله و سزارین افزایش می یابد و حتی باعث می شود آپگار نوزاد کاهش یابد (۳). به طوری که با طولانی شدن بیش از حد زایمان احتمال عفونت صدمات جسمی و عصبی و مرگ در جنین و نوزاد افزایش یافته و مادر در معرض خونریزی و عفونت بعد از زایمان و آشفتگی روحی حاصل از اضطراب، بیخوابی و خستگی قرار می گیرد (۴).

امروزه جهت رهایی از درد زایمان از روش های دارویی و غیر دارویی متعددی استفاده می شود و اکثر داروهای مسکن اثرات جانبی زیانبار برای مادر و جنین دارند (۵). از جمله اثرات زیان بار این داروها می توان به تضعیف سیستم عصبی مرکزی جنین و کاهش برون ده قلبی مادر و دیستانسیون مثانه و طولانی شدن مرحله دوم زایمان اشاره نمود (۶،۷).

روش های غیر دارویی تسکین درد دارای مزایای زیادی از جمله نداشتن عوارض جانبی بر مادر و جنین عدم تداخل در سیر لیب و حتی خوشایند بودن برای مادر و جنین می باشد. این روش ها شامل آرام سازی عضلانی، تکنیک های تنفسی، طب فشاری، آب درمانی، موسیقی درمانی، لمس درمانی و ماساژ درمانی است (۲). صدها سال است که در برخی فرهنگ ها از لمس و ماساژ به هنگام زایمان استفاده می شود (۸). ماساژ درمانی یک هنر علمی است که با اعمال تکنیک های دستی و نظام مند بر روی بافت نرم سطحی پوست، عضلات، تاندونها، لیگامان ها و فاشیا و بکارگیری دست، پا، زانو و ساعد همراه است (۹). ماساژ با مکانیسم آزاد سازی اندورفین ها و کنترل دریچه عصبی و کاهش ایسکمی از طریق افزایش و تقویت گردش خون موضعی و ایجاد آرامش در عضله اسکلتی از طریق تحریک سمپاتییک عمل کرده و باعث آرام سازی عضلانی می شود (۱۰).

Chen در مطالعه خود با انجام ماساژ، درد زایمان را در سه فاز تاخیری، فعال و انتقالی مورد ارزیابی قرار داد

برای تأیید اعتبار علمی پرسشنامه از روش اعتبار محتوی و برای اعتماد علمی پرسشنامه از آزمون هم ارزی استفاده شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آزمون های آماری مجذور کای و t مستقل تجزیه و تحلیل شد.

### یافته ها:

میانگین نمره شدت درد قبل از مداخله در گروه ماساژ ۴/۷۸±۱/۰۴ و در گروه کنترل ۵/۲۵±۱/۳۷ بود ( $P>۰/۰۵$ ). میانگین نمره شدت درد (بعد از مداخله) در دیلاتاسیون ۴ سانت در گروه ماساژ ۵/۸۸±۱/۰۷ و در گروه کنترل ۶/۷۵±۱/۳۹ بود ( $P<۰/۰۱$ ).

به همین ترتیب میانگین نمره شدت درد در ابتدای فاز انتقالی (دیلاتاسیون ۸ سانت) در گروه ماساژ ۷/۹۰±۰/۸۹ و در گروه کنترل ۸/۵۴±۱/۰۶ بود ( $P<۰/۰۵$ ) و در انتهای مرحله اول زایمان میانگین شدت درد در گروه ماساژ ۹/۱۶±۰/۶۹ و در گروه کنترل ۹/۷۳±۰/۵۸ بود ( $P<۰/۰۱$ ).

میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در گروه ماساژ درمانی ۹۸/۸۲±۲۴۶/۱۶ دقیقه و در گروه کنترل ۱۱۱/۸۴±۳۶۲/۵۰ دقیقه بود ( $P<۰/۰۱$ ). در گروه ماساژ درمانی ۶/۶ درصد طول مرحله اول زایمان بیش از ۴۲۰ دقیقه داشتند در صورتی که در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد طول مدت مرحله اول زایمان بیش از ۴۳۰ دقیقه داشتند.

میانگین طول مدت مرحله دوم در گروه ماساژ درمانی ۱۹/۰۱±۳۷/۱۶ دقیقه و در گروه کنترل ۱۶/۹۳±۳۰/۵۰ دقیقه بود ( $P>۰/۰۵$ ). اکثریت واحد ها در گروه ماساژ (۹۶/۶ درصد) و در گروه کنترل (۸۳/۳ درصد) زایمان طبیعی داشتند. در گروه ماساژ یک مورد زایمان با وسیله و در گروه کنترل چهار مورد زایمان با وسیله و یک مورد سزارین انجام شد.

ماساژ از تکنیک های ماساژ درمانی که به روش افلوراج بود استفاده شد.

ماساژ به این صورت بود که ابتدا زانو در وضعیت راحت می توانست روی تخت زانو زده و یا در حالت چهار دست و پا قرار گیرد سپس پژوهشگر با استفاده از روغن مخصوص ماساژ (عصاره سه نوع گیاه رز، شمعدانی و اسطوخودوس) همزمان با شروع انقباضات، ماساژ دورانی باسن را انجام می داد. پس از پایان درد در صورت تمایل زانو ماساژ فشاری بر روی ساکروم و یا ماساژ سرتاسر پشت و شانه ها انجام می شد. مجدداً با شروع دردها ماساژ قسمت کمر انجام می شد. تمامی ماساژها هماهنگ با تنفس بیمار انجام می شد (۱۴). در اتاق لیبر تدابیری اتخاذ شد تا جداسازی زانو و ایجاد محیط خصوصی برای وی به بهترین نحو ممکن برای هر دو گروه فراهم شود.

در هر دو گروه در ابتدای فاز فعال زایمان، شدت درد در دیلاتاسیون ۴ سانتی متر (قبل از مداخله) اندازه گیری شد و مجدداً پس از انجام ماساژ نیز شدت درد مورد بررسی قرار گرفت. ارزیابی شدت درد در دیلاتاسیون های ۸ سانتیمتر (ابتدای فاز انتقالی) و دیلاتاسیون ۱۰ سانتیمتر (پس از مرحله اول زایمان) اندازه گیری شد. برای اندازه گیری درد از روش مقیاس سنجش درد (VAS) استفاده شد. در این روش ارزیابی درد به صورت یک خط به طول ۱۰ سانتی متر است که غالباً سمت چپ آن با عبارت «بدون درد» و سمت راست آن با عبارت «شدیدترین یا بدترین درد ممکن» مشخص می شود. از مددجو خواسته می شد که شدت درد خود را با گذاشتن علامت روی آن مشخص کند. ابراز گردآوری داده ها پرسشنامه ایی شامل ۱۷ سؤال بود که در دو قسمت خصوصیات دموگرافیک و مشخصات مربوط به سیر زایمان و در نهایت نظر خواهی در مورد نوع مداخله و درجه تمایل به استفاده از این روش در زایمان بعدی و یا در کلیه زنان بود.

**بحث:**

یافته های این پژوهش نشان داد که نمره ی شدت درد در دیلاتاسیون های مورد نظر (طول مدت اول زایمان) در گروه ماساژ درمانی نسبت به گروه کنترل کمتر می باشد. در همین ارتباط مطالعه Chen و همکارانش در جنوب تایوان نشان داد که در گروه ماساژ کنش های دردی پایین تری در سه فاز تاخیری، فعال و انتقالی داشتند و ۲۶ نفر از ۳۰ نفر گروه ماساژ ۸۶ درصد گزارش نمودند که ماساژ درمانی بسیار مفید بوده و باعث تسکین درد و حمایت روحی آنان به هنگام زایمان شده است (۱۱). نتایج مطالعه Kimber نشان داده ۸۷ درصد از گروه ماساژ درمانی احساس خوبی از ماساژ داشته و با توجه به اینکه ماساژ توسط همسر بیمار انجام شده است نقش آن را یک نقش حمایتی در کاهش درد و اضطراب خود و در کلیه زنان توصیه نمودند (۱۴).

ماساژ درمانی باعث کاهش طول مدت مرحله ی اول و دوم زایمان گردید. نتایج مطالعات دیگری نیز ماساژ درمانی را در کاهش طول مدت زایمان موثر دانسته اند (۱۵).

در ارتباط با طول مدت مرحله دوم در پژوهش حاضر اختلاف معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد. در همین رابطه مطالعه ای نشان داده شد که اکثر مزایای درمان های تکمیلی (ماساژ درمانی، موسیقی درمانی و...) در فاز نهفته مرحله اول زایمان می باشد و در طی فاز فعال یا طی مرحله دوم زایمان اختلاف نظر وجود دارد (۱۶، ۱۷). در ارتباط با نوع زایمان نتایج پژوهش نشان داد که اکثر واحدها در هر گروه زایمان طبیعی داشته اند. به نظر می رسد در پژوهش حاضر، حضور مداوم و مستمر پژوهشگر همانند یک فرد حامی عمل نموده و به حمایت روحی مادر کمک نموده و عاملی در جهت کاهش ترس در هر دو گروه

بوده و تقاضای انجام سزارین به خاطر ترس از درد، در هر گروه معنی دار نبوده است، اکثر مطالعات دیگر در تایید این مطلب حضور یک فرد حامی در سرتاسر زایمان را حتی اگر هیچ گونه دخالت دارویی یا غیر دارویی در کاهش درد صورت نگیرد در کاهش زایمان با وسیله و سزارین موثر دانسته اند. در پی نظر خواهی از نمونه ها دریافتیم که اکثر نمونه ها در گروه ماساژ نه تنها این روش را در کاهش درد خود بسیار موثر دانسته اند بلکه انجام آنرا در زایمان بعدی و جهت کلیه زنان توصیه نمودند. طی بررسی نهایی ۹۰ درصد واحدها احساس خوشایند از مداخله داشتند و ماساژ را در کاهش درد و ترس و اضطراب موثر دانسته و پیشنهاد کردند که این روش در مورد کلیه زنان و در همه زایشگاه های کشور انجام شود.

با توجه به نتایج مطالعات مختلف در کشورهای دیگر و نتایج این پژوهش و برنامه توسعه بهداشت و آموزش پزشکی جامعه نگر که انجام زایمان طبیعی را یک اولویت اعلام می نماید انتظار می رود شرایط لازم جهت اداره مناسب درد زایمان، قابل تحمل نمودن و کاهش درد زایمان، کاهش سزارین های بی مورد به علت ترس از درد و برقراری رابطه انسانی مناسب بین مادر و عامل زایمان فراهم شود و ماساژ درمانی به عنوان یک تکنیک نوین و ارزشمند بر کیفیت و روند زایمان عنوان شده و اعضا مورد مامایی بتوانند از نتایج پژوهش حاضر در بازنگری برنامه آموزشی دانشجویان مامایی مطالبی در خصوص کاهش درد زایمان از طریق روش های غیر دارویی و حمایتی استفاده نمایند. پیشنهاد می شود کلاس های آموزش دوران بارداری و اجرای تکنیک های ماساژ درمانی در طی حاملگی و سپس در مراحل مختلف زایمان برای مادران باردار و همسرانشان تشکیل شود تا باعث ترویج

زایمان بی درد به روش غیر دارویی در جامعه شود.

سزارین های انتخابی گردد.

### نتیجه گیری:

با توجه به تاثیر روش ماساژ درمانی در کاهش درد زایمان و سرعت بخشیدن به روند زایمان، آموزش و استفاده از این روش در مراکز زایمانی می تواند سبب کاهش آمار

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله نویسندگان از زحمات جناب آقای دکتر بشردوست که زحمت امور آماری مقاله را بعهده داشتند تشکر و قدردانی می نمایند.

### منابع:

1. Melzack R, Wall P. Text book of pain. 4<sup>th</sup> ed. Edinburg: Churchill Livingstone. 2003; p: 662.
2. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: Part I. nonpharmacologic pain relief. Am Fam Physician. 2003 Sep; 15: 68(6): 1109-12.
3. Loeser JD. Bonicas management of pain. NewYork: Williams & Wilkins Lippincott Company; 2001. p: 1390.
4. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery Womens Health. 2004 Nov-Dec; 49(6): 489-504.
5. Aldington D, Brighouse D. ABC of labour care: obstetrics anesthetists are important in labour care. BMJ. 1999 Nov; 319(7219): 1270-1.
6. Tietze KW, Horbach L, Muller D, Heidenreich J, Schmitt W. Data condensation in demonstration of the relationship between labor pain and fetal heart rate changes during labor. Klin Wochenschr. 1971 Jan; 49(1): 50-1.
7. Kojic Z, Arsenijevic L, Scepanovic N. Labor pain physiological basis and regulatory mechanisms. Srp Arh Celok Lek. 2007 Mar-Apr; 135(3-4): 235-9.
8. Hung KF, Chen CH, Chang MY. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill pain questionnaire. J Nurs Res. 2006 Sep; 14(3): 190-7.
9. Nabb MT, 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 Ther Clin Pract. 2006 Aug; 12(3): 222-31.
10. Lowdermilk PB. Maternity of women's health care. 7<sup>th</sup> ed. St Louis: Mosby Company; 2000. p: 245.
11. Chen CH, Wang SY, Chang MY. Effects of massage on pain and anxiety during labor, a randomized controlled trial in Tiwan. J Adv Nurs. 2002 Apr; 38(1): 68-73.
12. Sharpe PA, Williams HG, Granner ML, Hussey JR. A randomised study of the effects of massage therapy compared to guided relaxation on well-being and stress perception among older adults. Complement Ther Med. 2007 Sep; 15(3): 157-63.
13. Waldenstrom U, Hildingsson I, Ryding EL. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. BJOG. 2006 Jun; 113(6): 638-46.

14. Kimber L. A practical guide to childbirth massage techniques. 2003. Available at: [www.positivehealth.com](http://www.positivehealth.com).
15. Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Theakston H, Schanberg S, Kuhn C, et al. Pregnant women benefit from massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1999 Mar; 20(1): 31-8.
16. Kunja L, Chunja C, Hgun S. Effects of a full body massage on uterine contraction, length of labor, type of delivery and intervention for primipara during labor. *Korean J Women Health Nurs*. 2002; 8(4): 538-49.
17. Gentz BA. Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Dec; 44(4): 704-32.