

## بررسی مقایسه ی تأثیر کیف آب گرم و ماساژ افلوراج بر شدت درد فاز فعال لیبردر زنان حامله نخست زا

زهرا کهزاد - دانشجوی  
مهناز کشاورز افشار\* - مربی هیئت علمی

مقدمه: درد پدیده ی شایع و جزء اجتناب ناپذیر فرآیند زایمان است و کنترل مؤثر این درد همانند دیگر دردهای حاد، موضوع مهم جامعه و بهداشت می باشد. مکانیسم و فیزیولوژی لیبر و زایمان فرآیندی خود به خود و غیر مداخله ای است. در صورتی که خطرات جدی مادر و جنین را تهدید نکند زایمان طبیعی بهترین نوع زایمان برای مادر و حتی برای نوزاد است و مزایای بسیاری برای مادر و نوزاد دارد، در حالی که میزان زایمان سزارین در سالهای اخیر در حال افزایش است. مطالعات متعدد نشان میدهد که علت اصلی عدم انتخاب زایمان طبیعی توسط مادران ترس از درد طبیعی لیبر و زایمان می باشد. هدف این پژوهش بررسی مقایسه ای تأثیر ماساژ افلوراج و کیف آب گرم در کاهش درد مرحله ی اول زایمان زنان نخست زا است.

**روش کار:** این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل بود. ۹۰ زن باردار نخست زای بستری شده در مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان جامع زنان، وارد مطالعه شدند، نمونه ها به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمون ۱ (۳۰ نفر)، ۱۵ دقیقه ماساژ در سه زمان (دیلاتاسیون ۴ سانتی مترو ۶ سانتی مترو فاز انتقالی دریافت کردند. در گروه ۲ (۳۰ نفر) به مدت ۱۵ دقیقه کیف آب گرم در سه زمان (دیلاتاسیون ۴ سانتی مترو ۶ سانتی مترو فاز انتقالی در ناحیه ی پشت قرار داده شد. گروه کنترل (۳۰ نفر)، مراقبت های معمول اتاق زایمان را دریافت کردند. در هر سه گروه شدت درد با استفاده از مقیاس VAS تا پایان زایمان اندازه گیری شد. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون های کای دو، فیشر، انووا و پست هاک صورت گرفت. ( $p=0.05$ )

**یافته ها:** مشخصات دموگرافیک و شدت درد قبل از مداخله در گروه های پژوهش تفاوت معنی دار آماری نداشت. پس از مداخله شدت درد در گروه های مداخله در شروع فاز فعال و انتقالی زایمان نسبت به گروه کنترل کاهش معنی داری داشت. ( $p<0/001$ )



**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد که همه ی مداخلات در کاهش شدت درد مؤثر بودند و علاوه بر این نشان داد که ماساژ افلوراج در کاهش درد نسبت به کیف آب گرم مؤثر تر بوده است. بنابراین این مداخلات می توانند توسط ماماها در مراکز مراقبتی و درمانی جهت خوشایند سازی زایمان و ارتقاء کیفیت مراقبتهای مادر و نوزاد انجام شود.

**واژگان کلیدی:** ماساژ افلوراج، کیف آب گرم، فاز فعال زایمان، شدت درد

## بیان مسئله

مکانیسم و فیزیولوژی لیبر و زایمان فرآیندی خود به خود و غیر مداخله ای است (۱). در صورتی که خطرات جدی مادر و جنین را تهدید نکند زایمان طبیعی بهترین نوع زایمان برای مادر و حتی برای نوزاد است و مزایای بسیاری برای مادر و نوزاد دارد (۲) در زایمان سزارین میزان مرگ و میر مادر ۲ تا ۳ برابر، میزان ناتوانی مادر ۵ تا ۱۰ برابر و همچنین میزان مرگ و میر نوزاد ۵ برابر بیشتر از زایمان طبیعی می باشد (۱).

در سالهای اخیر میزان سزارین در ایران و جهان با شیب زیادی در حال افزایش است به طوری که در سالهای اخیر تا ۴۸ درصد در ایران گزارش شده است (۳) از دلایل اصلی سزارین انتخابی میتوان به نگرانی از توانایی داشتن زایمان طبیعی، سلامتی نوزاد، تاثیر زایمان بر رابطه زناشویی در آینده، انتخاب تاریخ تولد نوزاد و ترس از درد لیبر و زایمان اشاره نمود (۴) با این وجود مطالعات متعدد نشان میدهد که علت اصلی عدم انتخاب زایمان طبیعی توسط مادران ترس از درد طبیعی لیبر و زایمان می باشد که ۵۹ درصد علل را شامل میشود (۵، ۶) از طرفی درد لیبر بعنوان یکی از دلایل کاهش تمایل به بارداری نیز مطرح شده است (۷).

درد جز غیرقابل اجتناب مکانیسم لیبر و زایمان می باشد (۸) انقباضات رحمی و کشیدگی دهانه رحم، واژن و پرینه حین لیبر منجر به درد شدید می شود و تجربه لیبر و زایمان بی درد و کم درد حق مادر است (۹) با وجود پیشرفتهای فراوانی که در علم مامایی وجود دارد اداره مناسب درد از چالشهای مهم و مرتبط با سلامتی زنان است (۱۰).

روشهای کاهش درد لیبر و زایمان به دو دسته کلی دارویی و غیر دارویی تقسیم میشوند (۱۱)

اقدامات دارویی معمولاً موثر هستند اما مطالعات مختلف نشان میدهد پذیرش بیدردی به روشهای دارویی در زنان ایرانی پایین بوده و از طرفی در چند مطالعه موافقت با انجام روشهای بی دردی در کشورهای در حال توسعه پایین بوده (۹، ۱۲)، با این حال مادران در دوران بارداری به دلیل نگرانی از اثرات سو داروها بر جنین تمایل

بیشتری به استفاده از روشهای غیردارویی دارند(۱۳) از این رو محققین به روشهای حمایتی و غیر دارویی که از جمله آنها ماساژدرمانی و گرمادرمانی است توجه ویژه ای دارند(۱۴).

ماساژ از طریق جلوگیری از انتقال ایمپالسهای درد به مغز و همچنین آرام کردن موضعی درد از طریق ترشح اندورفین باعث کاهش درد میشود. در حال حاضر بیشتر از ۸۰ نوع ماساژ وجود دارد که ماساژ افلوراج به علت داشتن تکنیک آسان، سبک و همینطور آرامبخش بودن مورد توجه متخصصین برای کاهش درد بوده است(۱۵)، (۱۶).

تحقیقات مختلفی در زمینه تاثیر یا عدم تاثیر ماساژ بر درد انجام گرفته است در مطالعه نوری زاده و همکاران در سال ۲۰۲۲ ماساژ رایحه تاثیر معنی داری بر کاهش درد در فاز فعال لیبر شد(۱۶) در حالیکه در مطالعه مقیمی هنجی و همکاران که در سال ۲۰۱۳ انجام شد نمره درد زایمان قبل و بعد از ماساژ در دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری نداشت(۱۷) در مطالعه شهباززادگان در سال ۲۰۲۲ ماساژ باعث کاهش معنی دار درد لیبردر دیلاتاسیون ۵ سانتی متر نشده بود(۱۸).

روش دیگر کنترل درد کیسه آب گرم می باشد. گرما از طریق اتساع عروق خونی و افزایش خونرسانی به بافت ها منجر به کاهش انتقال درد در پایانه عصبی میشود. در بعضی از کشورهای پیشرفته به دفعات زیاد در طول لیبراز کمپرس گرم برای کاهش آسیب به پرینه استفاده میشود(۱۹). در مطالعه مجیدنیا در سال ۲۰۱۹ کمپرس گرم باعث کاهش درد طول زایمان نسبت به گروه کنترل بود(۱۴). از طرفی در مطالعه ترکمن در ۲۰۲۰ تاثیر گرما نسبت به ماساژ در دیلاتاسیون ۴-۵ سانت بیشتر از ماساژ بود(۲۰).

با توجه به نتایج مختلف مطالعات بر میزان تاثیر ماساژدرمانی و همینطور کمپرس گرم بر درد و از آنجا که ماساژدرمانی نیازمند صرف هزینه و مهارت آموزی و گاهی نیازمند افزایش نیروی کادر درمان در بخش است تا بتواند زمان کافی برای ارائه ماساژ به مددجو را داشته باشد و در مقابل استفاده از کیسه آب گرم در دسترس و کم هزینه و بدون نیاز به آموزش و نیروی انسانی می باشد این تحقیق با هدف مقایسه تاثیر کیف آب گرم و ماساژ افلوراج بر شدت درد فاز فعال لیبر در زنان نخست زا صورت گرفت تا اثر بخشی دو روش مقایسه شده و مشخص گردد که کدام روش به عنوان روش پیشنهادی در کاهش درد موثرتر است.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی بود که در سال ۹۵-۱۳۹۴ در بیمارستان تخصصی و فوق تخصص زنان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران پس از کسب نامه کمیته اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره ۱۵۲۵/۱۳۰/۹۳ و با کد IRCT2015090615338N3 انجام شد.

. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان نخست زا در محدوده ی سنی ۱۸-۳۵ سال، زنان در آغاز فاز فعال زایمان ( دیلاتاسیون ۳-۴ سانتیمتر و انقباضات رحمی به مدت ۳۰ ثانیه و ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه) سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته، تک قلبی بودن جنین، نمایش سفالیک جنین، عدم وجود اختلال قلبی جنین، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم ابتلا به مشکلات طبی، روانی و حرکتی، عدم استفاده از هر روش دارویی و غیر دارویی کاهش درد و شروع زایمان خود به خودی، عدم وجود موارد منع ماساژ (مانند تب، عفونت، دیسک کمر، بیماری پوستی، شکستگی استخوان و واریس شدید) و معیارهای خروج از مطالعه شامل مرگ جنین، عدم تناسب سر جنین با لگن، الگوهای غیر طبیعی ضربان قلب جنین، هر گونه مشکل حادث شده در طی مطالعه (دکولمان، پوزیشن غیر طبیعی جنین، پرولاپس بند ناف) عدم تمایل زائو به ادامه ی استفاده ی از کیف آب گرم و ماساژ پشت بودند.

حجم نمونه با توجه به مطالعات قبلی و فرمول حجم نمونه برای هر گروه ۳۰ نفر اندازه گیری میشود و در مجموع ۹۰ نفر محاسبه گردید:

$$\alpha=0.05 \quad 1-\beta=0.2 \quad \text{بنابراین}$$

$$n = \frac{\left( z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2 + (s_1^2 + s_2^2)}{\bar{x}_1 - \bar{x}_2} = 17$$

$$N_{\text{final}} = 17 * \sqrt{3} = 30$$

نمونه گیری از بهمن ۱۳۹۴ شروع و تا خرداد ۱۳۹۵ به طول انجامید. کلیه ی زنان باردار ۱۸-۳۵ سال با سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته که با شروع درد های زایمانی در زایشگاه بیمارستان زنان تهران بستری شده و واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند پس از کسب رضایتنامه آگاهانه و توضیح اهداف پژوهش به صورت تصادفی و با استفاده از کارت نمونه گیری وارد پژوهش شدند. به اینصورت که سه کارت A (گروه کیف آب گرم)، B (ماساژ افلوراج) و C (گروه کنترل) در نظر گرفته شد. به اولین بیمار سه کارت A، B و C داده میشد و یکی را انتخاب نموده و در یکی از گروه ها قرار میگرفت نفر دوم از بین دو کارت باقیمانده انتخاب کرده و به نفر سوم کارت آخر تعلق میگرفت و بدین ترتیب هر فرد به صورت تصادفی وارد گروه های ماساژ افلوراج، کیسه آب گرم و کنترل شدند. برای جلوگیری از عوامل مداخله گر و راحتی انجام مداخلات مورد نظر نمونه های پژوهش در



طول مدت لیبر در اتاق مجزا قرار گرفتند. سیر لیبر به صورت زایمان فیزیولوژیک بوده و از اکسی توسین جهت القا استفاده نشد و افراد محدودیت حرکتی نداشتند.

اطلاعات دموگرافیک نمونه ها توسط پژوهشگر در پرسش نامه ی اطلاعات دموگرافیک اطلاعات مربوط به زایمان و مشاهدات و معاینات در پرسشنامه مربوطه به آن ثبت گردید.

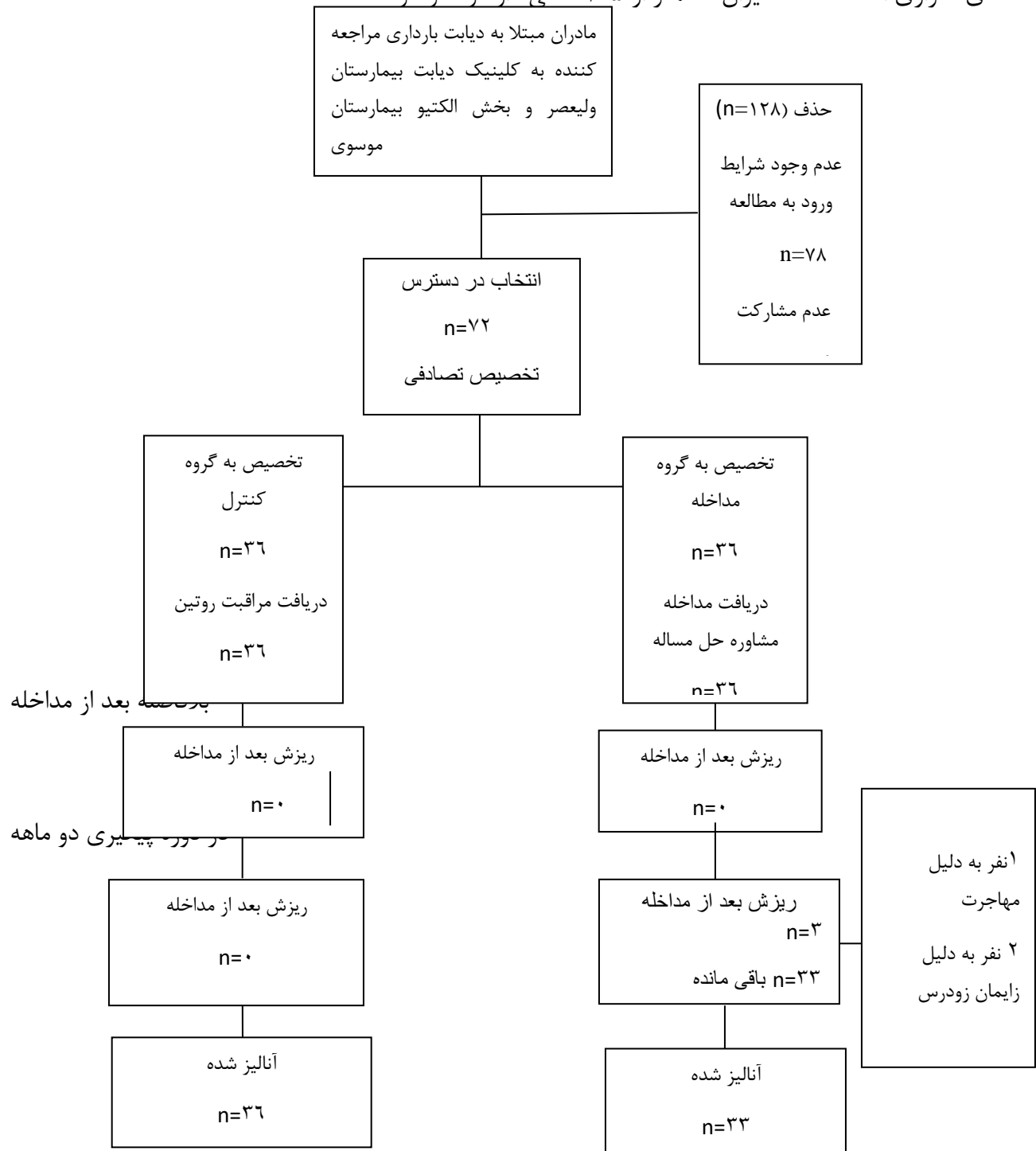
مداخله شامل دو متغیر مستقل استفاده از ماساژ افلوراج و کیسه آب گرم بود. متغیرهای وابسته، شامل شدت درد مرحله ی اول زایمان و طول مدت زایمان بود. طول مدت زایمان از ابتدای دیلاتاسیون ۴ سانتیمتر تا پایان مرحله ی اول زایمان (دیلاتاسیون ۱۰ سانتی متر) با استفاده از ساعت دیجیتال اندازه گیری شد. لازم به ذکر است برای از بین بردن عامل مخدوش کننده انسانی سیر لیبر در هر سه گروه توسط پژوهشگر کنترل شد و آموزشهای عمومی لیبر از قبیل ورزشهای لیبر و مداخلات مثل آمنیوتومی و توش واژینال توسط پژوهشگر انجام شد. از گروه ماساژ یک نفر به علت مکونیال و دو نفر به علت افت قلب جنین، در گروه کیسه آب گرم سه نفر به علت افت قلب جنین و یک نفر به علت عدم پیشرفت زایمان و در گروه کنترل دو نفر به علت عدم پیشرفت و دو نفر به علت افت قلب جنین از مطالعه خارج شدند که به صورت تصادفی توسط محقق جایگزین شدند. شدت درد در سه گروه در دیلاتاسیون های ۴، ۶ و ۸ سانتی متر با استفاده از خط کش درد مک گیل اندازه گیری شد. این خط کش مقیاس دیداری برای توصیف درد احساس شده فرد است بطوری که نمره صفر نبودن هیچگونه درد و نمره ۱۰ بیشترین درد متصور شده توسط بیمار است. این خط کش یکی از شناخته شده ترین روش های اندازه گیری درد در مطالعات بالینی است (۲۱). جهت بررسی پایایی ابزار سنجش درد از روش آزمون باز آزمون استفاده شد و ضریب همبستگی درون رده ای ( $ICC^1$ ) برابر ۰/۸۳ بدست آمد.

در گروه مداخله اول کیف آبگرم پوشیده شده با شان تمیز، بادامی ۴۲-۴۰ درجه ی سانتیگراد به مدت ۲۰ دقیقه در ناحیه ی کمر و ساکروم قرار داده شد و قبل و بعد از مداخله در سه دیلاتاسیون های ذکر شده شدت درد اندازه گیری شد. لازم به ذکر است که در طول مداخله محقق بر بالین زائو حضور داشت. در گروه دوم مداخله به مدت ۲۰ دقیقه ماساژ افلوراج در ناحیه کمر و ساکروم در همان دیلاتاسیون ها توسط محقق انجام شد و شدت درد قبل و بعد مداخله اندازه گیری شد. در گروه کنترل محقق بدون انجام هر گونه مداخله ای شدت درد را در همان دیلاتاسیون ها اندازه گیری کرده و به مدت ۲۰ دقیقه بدون هیچ مداخله ای بر بالین بیمار حضور داشته و مجددا شدت درد را اندازه گیری کرد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۴) صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات مشخصات دموگرافیک و بالینی برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوئر، برای مقایسه متغیرهای

1. Intraclass Correlation Coefficient

کمی در بیش از دو گروه از آزمون های آنالیز واریانس یکطرفه و برای شدت درد در طول زمان از آزمون اندازه های تکراری استفاده شد. میزان  $P$  کمتر از  $0.05$  معنی دار در نظر گرفته شد.



## یافته ها:

در این مطالعه کارآزمایی بالینی ۹۰ زن باردار در سه گروه شاهد، کیف آب گرم و ماساژ افلوراج وارد مطالعه شدند. میانگین سن مادران، سن بارداری، برنامه ریزی برای بارداری و سایر مشخصات دموگرافیک در سه گروه تفاوت معناداری نداشت (جدول شماره ۱).

جدول ۱: مقایسه مشخصات بارداری و دموگرافیک در سه گروه مورد مطالعه

متغیر	گروه شاهد	ماساژ افلوراج	کیسه آب گرم	میزان معناداری
سن زن (سال) <sup>a</sup>	۲۶/۸(۴/۳۰)	۲۶/۷۳(۳/۶۹)	۲۶/۲۷(۴/۵۰)	۰/۸۶ <sup>c</sup>
سن بارداری (هفته+روز) <sup>a</sup>	۳۹/۱(۱/۰۶)	۳۹/۱(۰/۸۴)	۳۹/۱(۰/۹۶)	۰/۱ <sup>c</sup>
برنامه ریزی برای بارداری <sup>b</sup>	بله	۲۶(۸۶/۷)	۲۹(۹۶/۷)	۲۷(۹۰)
	خیر	۴(۱۳/۳)	۱(۳/۳)	۳(۱۰)
تحصیلات زن <sup>b</sup>	سیکل	۶(۲۰)	۲(۶/۷)	۲(۶/۷)
	دیپلم	۱۷(۵۶/۷)	۲۰(۶۶/۷)	۱۸(۶۰)
	دانشگاهی	۷(۲۳/۳)	۸(۲۶/۷)	۱۰(۳۳/۳)
تحصیلات همسر <sup>b</sup>	سیکل	۱(۳/۳)	۲(۶/۷)	۳(۱۰)
	دیپلم	۱۷(۵۶/۷)	۱۵(۵۰)	۱۸(۶۰)
	دانشگاهی	۱۲(۴۰)	۱۳(۴۳/۳)	۹(۳۰)
شغل زن <sup>b</sup>	خانه دار	۲۴(۸۰)	۲۱(۷۰)	۲۲(۷۳/۳)
	کارمند	۴(۱۳/۳)	۳(۱۰)	۷(۲۳/۳)
	سایر	۲(۶/۷)	۶(۲۰)	۱(۳/۳)
شغل همسر <sup>b</sup>	خانه دار	۹(۳۰)	۷(۲۶)	۷(۲۳/۳)
	کارمند	۱۴(۴۳/۳)	۵(۱۶/۷)	۸(۲۶/۷)
	سایر	۷(۲۶/۷)	۱۸(۵۷/۳)	۱۵(۵۰)
وضعیت اقتصادی <sup>b</sup>	ضعیف	۱(۳/۳)	۰(۰)	۴(۱۳/۳)
	متوسط	۲۵(۸۳/۳)	۲۵(۸۳/۳)	۲۲(۷۳/۳)
	خوب	۴(۱۳/۳)	۵(۱۶/۷)	۴(۱۳/۳)

توضیحات: a: (انحراف معیار) میانگین؛ b: (درصد) تعداد؛ c: آنالیز واریانس یک طرفه؛ d: آزمون دقیق فیشر



جدول ۲: مقایسه شدت درد قبل و بعد از مداخله در سه گروه

شدت درد	قبل از مداخله	بعد از مداخله	P-value Paired-T test
گروه شاهد	۴cm	۴/۱±۳۰/۰۲	۰/۰۴
	۶cm	۶/۱±۶۰/۳۵	<۰/۰۰
	۸cm	۹/۰±۶۷/۵	۰/۰۰۲
ماساژ افلوراج	۴cm	۱±۴/۰۵	<۰/۰۰
	۶cm	۶/۰±۶۳/۹۴	<۰/۰۰
	۸cm	۹/۰±۴/۶۷	<۰/۰۰
کیسه آب گرم	۴cm	۳/۹۳ ۱±/۰۴	<۰/۰۰
	۶cm	۶/۱±۸۳/۱۴	<۰/۰۰
	۸cm	۹/۰±۴۳/۶۲	<۰/۰۰



جهت مقایسه درد قبل و بعد از مداخله از آزمون تی زوجی استفاده شد و مشاهده شد که میزان درد بعد از مداخله در گروه ماساژ افلوراج و کیسه آب گرم بطور معناداری کاهش می یابد ( $P < 0/00$ ) و در گروه کنترل درد پس از سپری شدن ۲۰ دقیقه زمان بدون مداخله درد ادراک شده به طور معناداری افزایش می یافت (جدول شماره ۲).

جهت مقایسه درد قبل و بعد از مداخله در سه گروه از آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد و مشاهده شد که قبل از مداخله درد در هر سه گروه تفاوت معناداری با یکدیگر نداشت (دیلاتاسیون ۴ سانتی متر  $P = 0/35$ ; دیلاتاسیون ۶ سانتی متر  $P = 0/7$ ; دیلاتاسیون ۸ سانتی متر  $P = 0/19$ ). در مقایسه درد پس از مداخله مشاهده شد که سه گروه تفاوت معناداری با یکدیگر دارند (دیلاتاسیون ۴ سانتی متر  $P < 0/001$ ; دیلاتاسیون ۶ سانتی متر  $P < 0/001$ ; دیلاتاسیون ۸ سانتی متر  $P < 0/001$ ). بر اساس آزمون تعقیبی توکی-بی (آزمون لون انجام شد و شرط برابری واریانس ها وجود داشت) مشاهده شد که میزان درد در دو گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. و میزان کاهش درد در گروه ماساژ افلوراج از گروه کیسه آب گرم اندکی کمتر گزارش شد ولی این تفاوت معنادار نبود (دیلاتاسیون ۴ سانتی متر  $P = 0/06$ ; دیلاتاسیون ۶ سانتی متر  $P = 0/25$ ; دیلاتاسیون ۸ سانتی متر  $P = 0/32$ ).

با استفاده از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مشاهده شد که فاصله زمانی (انحراف معیار  $\pm$  میانگین) دیلاتاسیون ۴ سانتی متر تا ۱۰ سانتی متر در گروه های مداخله (ماساژ افلوراج =  $3270 \pm 66/54$  ثانیه و ماساژ آب گرم =  $3290 \pm 32/77$  ثانیه) به طور معناداری کمتر از گروه شاهد ( $3670 \pm 95/41$  ثانیه) است ( $P = 0/07$ ). بر اساس آزمون تعقیبی توکی-بی (آزمون لون انجام شد و شرط برابری واریانس ها وجود داشت) مشاهده شد که گروه ماساژ بطور معناداری کمتر از گروه کنترل و گروه کیسه آب گرم نیز به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است. میانگین فاصله زمانی دیلاتاسیون ۴ سانتی متر تا دیلاتاسیون ۱۰ سانتی متر در گروه ماساژ کمتر از گروه کیسه آب گرم بود ولی این تفاوت معنادار نبود ( $P = 0/1$ ).

#### بحث

زایمان و لیبر پروسه ای با درد شدید می باشد که دلیل اصلی امتناع مادر برای تجربه روند طبیعی لیبر و زایمان بوده و همچنین از دلایل کاهش تمایل به بارداری نیز می باشد، در حالیکه امکان کاهش درد لیبر و زایمان با مداخلات ایمن وجود دارد و تقاضای مادر برای مداخلات بی دردی دلیل کافی برای انجام این اقدامات است (۹).

مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاثیر کیف آب گرم و ماساژ افلوراج بر شدت درد فاز فعال لیبر در زنان نخست زا صورت گرفت، این مطالعه نشان داد ماساژ افلوراج و گرما درمانی به طور معناداری باعث کاهش درد لیبر نسبت به گروه کنترل میشود ( $P < 0/05$ ) درحالی که تفاوت معناداری از نظر کاهش درد بین دو روش ماساژ افلوراج و گرما درمانی وجود نداشت ( $p > 0/05$ ).

HülyaTürkmen و همکاران (۲۰) در سال ۲۰۲۰ در مطالعه خود با عنوان تاثیر ماساژ و گرمادرمانی بر درد لیبر نشان دادند که گرما درمانی و ماساژدرمانی هر دوه طور معناداری باعث کاهش درد لیبر میشوند، با این حال نمره شدت درد در گروه گرمادرمانی نسبت به ماساژدرمانی در دیلاتاسیون ۴-۵ سانتی متر به طور معناداری کمتر از گروه ماساژدرمانی بود، در حالیکه در دیلاتاسیون ۶-۷ سانتی متر میانگین شدت درد در گروه ماساژدرمانی در مقایسه با گروه گرمادرمانی کاهش بیشتری نشان داد. نتایج این مطالعه از این نظر که هر دو روش گرمادرمانی و ماساژ درمانی باعث کاهش درد لیبر میشود هم راستا است اما در مطالعه حاضر شدت درد در دیلاتاسیون های مختلف در دو گروه ماساژ درمانی و گرمادرمانی تفاوت معناداری با هم ندارند. در هر دوی این مطالعات گرمادرمانی و ماساژدرمانی در ناحیه کمر انجام شده با این حال دلیل این اختلاف ممکن است به علت استفاده طولانی تر از گرما در مطالعه HülyaTürkmen و تفاوت در نوع ماساژ انجام شده در دو مطالعه باشد.

نتایج مطالعه Maghalian و همکاران (۳) در سال ۲۰۲۲ که با هدف مقایسه ماساژ سوئدی با تحریک الکتریکی بر شدت درد لیبر انجام شد نشان داد که ماساژ سوئدی باعث کاهش درد لیبر و همچنین کوتاه شدن طول فاز فعال زایمان نسبت به گروه کنترل شده، و تحریک الکتریکی فقط باعث کاهش درد لیبر شده و تاثیری بر طول فاز فعال نداشته است. در مطالعه حاضر نیز نشان داد که شدت درد لیبر و هم طول فاز فعال در هر دو گروه ماساژ درمانی و گرما درمانی به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بودند.

در راستای مطالعه حاضر نتایج مطالعه Shahbazzadegan و همکاران (۱۸) در سال ۲۰۲۲ نشان داد که ماساژدرمانی ناحیه کمر در طول لیبر باعث کاهش نمره شدت درد لیبر نسبت به گروه کنترل می شود ولی بیشترین تاثیر بر شدت درد را دیلاتاسیون ۷ سانتی متر ذکر کرده اند در حالی که در مطالعه حاضر تفاوتی از نظر کاهش شدت درد در دیلاتاسیونهای مختلف وجود نداشت.

بر اساس مطالعه Majidnia و همکاران (۱۴) در سال ۲۰۲۰ که سه روش ماساژ،کمپرس گرم و مراقبت معمول پرینه را بر شدت درد زایمان مقایسه کرده اند نشان داد که ماساژدرمانی و گرمادرمانی هر دو باعث کاهش درد لیبر میشود ولی ماساژدرمانی نسبت به گرمادرمانی تاثیر بیشتری بر کاهش درد لیبر داشته است، در حالی که در مطالعه حاضر بین ماساژدرمانی و گرما درمانی تفاوت معناداری بر کاهش درد لیبر مشاهده نشد علت این اختلاف میتواند ناشی از تفاوت روش در گرمادرمانی باشد که در مطالعه Majidnia گرمادرمانی در ناحیه پرینه

انجام شده در حالی که در مطالعه حاضر گرمادرمانی در ناحیه کمر انجام شد و همچنین اختلاف در روش ماساژ باشد که در مطالعه Majidnia ماساژ در ناحیه کمر و کف دست مددجو انجام شده در حالی که در مطالعه حاضر از ماساژ افلوراج در ناحیه کمر استفاده شده بود.

نتیجه‌گیری:

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که ماساژدرمانی و گرمادرمانی روشهای بدون عارضه‌ای هستند که تاثیر چشمگیری بر شدت درد و طول فاز فعال لیبر داشتند. تاثیر مثبت یکسان هر دو مداخله نشان می‌دهد که هر دو روش میتوانند برای استفاده در لیبر مفید باشند.

۱. Moradi Z, Jalili Z, Shojaei Zadeh D. The effect of educational intervention based on the theory of planned behavior on the choice of the type of delivery in primipara women referred to health centers in Tehran in 2016-2017. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2019;7(1):55-65.
۲. Eskandari F, Mousavi P, Valiani M, Ghanbari S, Iravani M. A comparison of the effect of Swedish massage with and without chamomile oil on labor outcomes and maternal satisfaction of the childbirth process :a randomized controlled trial. *European journal of medical research*. 2022;27(1):266.
۳. Maghalian M, Mirghafourvand M, Ghaderi F, Abbasalizadeh S, Pak S, Kamalifard M. Comparison the effect of Swedish massage and interferential electrical stimulation on labor pain and childbirth experience in primiparous women: a randomized controlled clinical trial. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2022;306(1):37-47.
۴. Wang E. Requests for cesarean deliveries: the politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. *Social Science & Medicine*. 2017;173:1-8.
۵. Moradi M, Nazi A, Mazloumi E. Prevalence and Causes Related to Fear of Vaginal Delivery in Iran: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2022;17(1):43-53.
۶. Sharifi N, Bahri N. The effect of foot reflexology on the severity of labor pain: a systematic review study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2019;22(9):85-93.
۷. Rafiei M, Ghare MS, Akbari M, Kiani F, Sayehmiri F, Sayehmiri K, et al. Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International journal of reproductive biomedicine*. 2018;16(4):221.
۸. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(12):2792.
۹. Vosoughian M, DAHI M, DABIR S, Moshari M, Tabashi S, Madadi F, et al. Pain management of painless labor in a university affiliated hospital: An observational study. 2021.
۱۰. Shiran MVMKE. The effect of foot reflexology on duration of labor and neonatal Apgar score in nulliparous women: a randomized clinical trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2022;25(1):

۱۱. Shahoei HSRKGGR. The Effect of Oral Consumption of Honey- Saffron syrup with Date syrup on Labor Pain in Nulliparous Women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2022;25(2).
۱۲. Melesse AS, Bayable SD, Ashebir YG, Ayenew NT, Fetene MB. Survey on knowledge, attitude and practice of labor analgesia among health care providers at Debre Markos Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia 2021. A cross-sectional study. Annals of Medicine and Surgery. 2022;74:103306.
۱۳. Keshavarz Afshar M, Behboodi Moghadam Z, Taghizadeh Z, Bekhradi R, Montazeri A, Mokhtari P. Lavender fragrance essential oil and the quality of sleep in postpartum women. Iranian Red Crescent medical journal. 2015;17(4):e25880.
۱۴. Majidnia M, Nooreddini A, Jouybari L, Yazarlou P, Talebi Z. 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. Journal of Health and Care. 2020;22(1):44-52.
۱۵. Tanvisut R, Traisrisilp K, Tongsong T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. Archives of gynecology and obstetrics. 2018;297:1145-50.
۱۶. Zaheri BNSPKMFFF. The effect of the two methods of massage and aromatherapy with salvia essence on labor pain severity in nulliparous women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2022;25(1).
۱۷. Moghimi Hanjani S MtZ, Shoghi M, Ahmadi G. Effect of foot reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparous. Koomesh. 2013; 14(2).
۱۸. Shahbazzadegan S, Nikjou R. The most appropriate cervical dilatation for massage to reduce labor pain and anxiety: a randomized clinical trial. BMC women's health. 2022;22(1):282.
۱۹. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. Journal of physiotherapy. 2013;59(2):109-16.
۲۰. Türkmen H, Oran NT. Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. Explore. 2021;17(5):438-45.
۲۱. Golmakani N. Comparison and correlation between visual analogue scale and different dimensions of the short form of McGill pain questionnaire in post cesarean pain evaluation. Nursing And Midwifery Journal. 2018;16(9):622-30.