

فهرست مندرجات

* تاثیر پانسمان های سنتتیک بر التیام زخم های سوختگی در کودکان
مژگان لطفی، شمسی رسولی، دکتر وحید زمانزاده، دکتر فریدون صالحی، دکتر بهروز نقیلی

* اهمیت و مراقبت های ارایه شده برای والدین دارای نوزاد نارس بستری : دیدگاه پرستاران
معصومه اکبریگلو، دکتر لیلا ولیزاده، ملیحه اسداللهی

* تأثیر ماساژ پرینه در مرحله دوم زایمان بر آسیب پرینه، در زنان اولزای مراجعه کننده به مرکز آموزشی
درمانی امام خمینی خلخال
ریحانه ایوان بقا، معصومه سهرابی، دکتر رقیه شیرین کام، حسین کوشاور

* اثر ترکیب عصاره رازیانه و ویتامین E بر شدت درد دیسمنوره اولیه دانشجویان تبریز
فهیمة صحتی، معصومه ناصحی، دکتر وحید زمانزاده، دکتر عباس دل آذر، دکتر یوسف جوادزاده، صدیقه بامداد

* خشونت کلامی محل کار در بین پرسنل فوریت پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و شهرستان های
تابعه
آزاد رحمانی، فریبرز روشنگر، عباس داداشزاده، حسین نامدار، دکتر محمد علی اکبری، لیلا نبی اللهی

* توانایی خود مراقبتی در بیماران همودیالیزی
سولماز آتش پیکر، طاهره جلیل آذر، مهدی حیدرزاده

* ارتباط فقر آهن و شدت افسردگی در نوجوانان دختر شهر ستان خوی
حمیده پرتواعظم، زینب حبیب پور، حسین حبیبزاده، فاطمه صفرعلیزاده

تأثیر پانسمان‌های سنتتیک بر التیام زخم‌های سوختگی در کودکان

مژگان لطفی: کارشناس ارشد پرستاری، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
شمسی رسولی: کارشناس ارشد پرستاری (نویسنده رابط)

Rasouli_nurse@yahoo.com

دکتر وحید زمان‌زاده: دکتری آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
دکتر فریدون صالحی: فوق تخصص جراحی پلاستیک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر بهروز نقیلی: متخصص بیماری‌های عفونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

مقدمه: التیام زخم فرآیند پیچیده‌ای است و در این فرآیند پانسمان‌ها نقش اصلی را بر عهده دارند. بطور کلی پانسمان‌های مورد استفاده در زخم‌ها به دو نوع سنتی و نوین تقسیم می‌شوند. پانسمان‌های نوین متعددی در دسترس هستند که در التیام زخم‌ها موثر می‌باشند. تصور بر این است که پانسمان‌های جدید نظیر پانسمان‌های سنتتیک، التیام زخم سوختگی را تسهیل می‌نمایند. هدف مطالعه حاضر مقایسه تأثیر پانسمان‌های سنتتیک و سنتی بر التیام زخم‌های سوختگی در کودکان می‌باشد.

مواد و روشها: تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که روی ۶۱ کودک مبتلا به زخم سوختگی درجه ۲ و ۳ بستری در بخش سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. جهت انجام پژوهش ۳۱ بیمار تحت درمان با پانسمان سنتتیک در گروه تجربی و ۳۰ بیمار نیز تحت درمان با پانسمان سنتی در گروه کنترل قرار گرفتند. زمان شروع گرانولاسیون و اپیتلیزاسیون، مدت بستری، میزان تب و عفونت با استفاده از ابزارهای پژوهشی مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS و آزمون‌های توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: در گروه تحت درمان با پانسمان‌های سنتتیک، میانگین روزهای محاسبه شده برای گرانولاسیون $0/62 \pm 2/48$ ، اپیتلیزاسیون $1/14 \pm 3/38$ و مدت بستری $2/17 \pm 6/70$ بود. در گروه تحت درمان با پانسمان‌های سنتی نیز، میانگین محاسبه شده برای گرانولاسیون $1/64 \pm 4/13$ روز، اپیتلیزاسیون $1/81 \pm 6/18$ روز و مدت بستری $4/34 \pm 10/90$ روز بود. تجزیه و تحلیل آماری تفاوت معنی‌داری را در هر سه شاخص بین دو گروه نشان داد.

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از پانسمان‌های سنتتیک، التیام زخم سوختگی را در کودکان تسریع می‌نماید. لذا لازم است که پرستاران در مورد پانسمان‌های زخم تحقیق نموده و در این رابطه شواهد بالینی محکمی بدست آورند.

کلمات کلیدی: سوختگی / ترمیم زخم / پانسمان‌های سنتتیک

مقدمه

التیام، تکثیر و تمایز سلولی را طی می‌کنند. اما در بعضی موارد التیام بدلیل وجود عفونت و یا شدت آسیب پوستی تاخیر پیدا می‌کند. بنابراین، لازم است که اقدامات ثانویه مناسب در حمایت از التیام زخم صورت گیرد (۲).

از زمان پیدایش آتش، درمان سوختگی دغدغه انسان بوده است. وجود مدارکی از حدود ۴۰۰۰ سال قبل نمایانگر تلاش انسان‌ها برای التیام زخم‌های سوختگی می‌باشد (۱). بطور کلی، برای ترمیم و یا جایگزینی بافت صدمه دیده، تمامی زخم‌ها سه مرحله

سنتتیک بر التیام زخم‌های سوختگی در کودکان انجام شده است.

مواد و روشها

تحقیق حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است که در بخش سوختگی کودکان مرکز آموزشی - درمانی سینا در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. جهت انجام پژوهش، معرفی نامه از ریاست محترم دانشکده دریافت و تحویل بیمارستان مورد نظر گردید. از والدین واحدهای مورد پژوهش نیز بعد از ارایه توضیحات لازم، رضایت نامه کتبی اخذ شد.

جامعه پژوهش شامل کلیه کودکان بستری در بخش سوختگی کودکان مرکز سینا بود. نمونه‌های پژوهشی نیز بر اساس مشخصات واحدهای مورد پژوهش و طی نمونه‌گیری آسان انتخاب، سپس بصورت تصادفی به دو گروه کنترل و تجربی تقسیم شدند. جهت انجام این پژوهش، ۳۱ بیمار مبتلا به سوختگی با پانسمان سنتتیک (نیوژل^۲ - پد اکتی زورب^۳ - گاز ان. ای. اولترا^۴) در گروه تجربی و ۳۰ بیمار دیگر تحت درمان با پانسمان سنتی (پمادهای آنتی‌باکتریال و گاز ساده) در گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه نیز شامل محدوده سنی ۱۴ سال و کمتر، درصد سوختگی ۲۰ و کمتر با عمق درجه ۲ و ۳، سوختگی با مایعات داغ و آتش، عدم وجود سوختگی در ناحیه صورت، انگشت و پرینه، عدم وجود بیماری زمینه‌ای و گذشت حداکثر ۲۴ ساعت از سوختگی بود. بیمارانی که در طی درمان با رضایت شخصی والدین ترخیص می‌شدند از گروه مورد مطالعه خارج شدند.

در سال ۱۹۶۰ نشان داده شد که گاز و سایر مواد جاذب رطوبت نظیر پنبه، محصولات کم دوامی هستند که صرفاً زخم را می‌پوشانند و بهبودی اندکی ایجاد می‌کنند. همین امر منجر به تحقیقات وسیعی جهت دستیابی به معیارهای لازم برای تولید یک پانسمان ایده‌آل گردید. در سال ۱۹۷۹ ترنر^۱، پارامترهای پانسمان ایده‌آل را تشریح کرد و مهمترین خصوصیت آن را حفظ رطوبت برشمرد (۳). در همین راستا، پانسمان‌های جدیدی در سال‌های اخیر به بازار عرضه شده‌اند که محدودیت‌های مربوط به پانسمان‌های سنتی را ندارند (۴).

در روش سنتی زخم‌های کودکان با پانسمان روزانه و استعمال پمادهای آنتی‌باکتریال درمان می‌شوند. در بیشتر موارد علی‌رغم استفاده از پمادهای آنتی‌باکتریال، زخم دچار عفونت شده و با مشکل مواجه می‌شود (۵). برداشتن گازهای معمولی از روی زخم نیز ایجاد تروما نموده و اپیدرمی را که جدید تشکیل شده است به طور اجتناب ناپذیری دربرید می‌نماید و بدین ترتیب موجب تاخیر در فرآیند التیام می‌شود (۶). پانسمان‌های تولید شده در سال‌های اخیر با حفظ رطوبت سطح زخم و انجام دبرید به روش اتولیتیک، محدودیت پانسمان‌های سنتی را نداشته و فرآیند التیام را تسریع می‌بخشد (۴).

پانسمان‌های عرضه شده به بازار بسیار متنوع بوده و ویژگی‌های متفاوتی دارند. پانسمان واحدی که برای همه زخم‌ها مناسب باشد یا در تمام مراحل ترمیم زخم بکار رود وجود ندارد (۷). بنابراین، لازم است شواهد بالینی محکمی در رابطه با اثربخشی پانسمان‌های موجود، قبل از مبادرت به استفاده از آنها بدست آورد. مطالعه حاضر نیز با هدف تعیین تأثیر پانسمان‌های

2 - N-U-Gel
3 - Actisorb
4 - N-Alultra

1- Terner

محتوایی و جهت تعیین پایایی از ضریب توافق بین مشاهده‌گران استفاده گردید. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از شاخص‌های آماری و آزمون من ویتنی در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ضریب آنها کمتر از $0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

زخم‌های همه بیماران تا حصول بهبودی، پیگیری شد. یافته‌های حاصل بر اساس اهداف، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مشخصات فردی و اجتماعی نشان داد که بین نمونه-های مورد پژوهش، تفاوت آماری معنی‌دار وجود ندارد. مشخصات فردی - اجتماعی و نتایج آماری در جدول ۱ درج شده است.

در مبحث التیام، موارد تحت بررسی شامل تب، عفونت، شروع گرانولاسیون، اپیتلیزاسیون و طول مدت بستری بود. در گروه سنتی ۱۶ مورد و در گروه سنتتیک ۷ مورد تب وجود داشت. در این راستا آزمون کای دو بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نشان داد ($\chi^2 = 4/97$, $P = 0/005$). علی‌رغم این اختلاف از لحاظ تب، تفاوتی در میزان عفونت بین دو روش پانسمان مشاهده نگردید ($\chi^2 = 1/05$, $P = 0/57$). در گروه سنتی فقط یک مورد عفونت در طی دوره بررسی وجود داشت و در گروه سنتتیک نیز موردی از عفونت دیده نشد. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین دو روش پانسمان از لحاظ زمان شروع گرانولاسیون، اپیتلیزاسیون و طول بستری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/001$). نتایج حاصل در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

برای بیماران گروه تجربی که با محصولات سنتتیک متعلق به شرکت دایا طب پانسمان می‌شدند قبل از شروع پانسمان، حمام و شستشوی کامل زخم با نرمال سالین انجام می‌گرفت. بعد از انجام شستشو، جهت انجام دبرید اتولیتیک، ژل نیوژل روی سطح مورد نظر مالیده شده، سپس، روی آن پدهای آنتی‌باکتریال اکتی‌زورب قرار داده می‌شد و با باند معمولی محکم می‌گردید. پانسمان‌های سنتتیک بعد از سه روز باز شده و بعد از ارزیابی مجدد، در صورت نیاز روش درمانی مذکور تکرار و در غیر اینصورت بعد از استحمام و شستشو با نرمال سالین از گاز ان‌ای.اولترا استفاده می‌شد. برای بیماران گروه کنترل نیز که طبق روش سنتی و رایج بخش سوختگی کودکان مرکز سینا درمان می‌شدند بعد از استحمام روزانه و شستشوی زخم با نرمال سالین، پانسمان با استفاده از پمادهای آنتی‌باکتریال شامل سیلور، مافناپد و یا نیتروفورازون انجام می‌گرفت، سپس، با گاز ساده پوشانده شده و با باند محکم می‌گردید. دبرید بیماران گروه دوم به روش مکانیکی، شیمیایی و یا جراحی انجام می‌شد. در روش مکانیکی از گاز ساده و در روش شیمیایی نیز از پماد الیزا استفاده می‌گردید. در صورت عدم پاسخ گویی دو روش مذکور، بیمار جهت دبرید به اتاق عمل ارجاع داده می‌شد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و چک لیست تنظیم شده توسط پژوهشگر بود. پرسشنامه شامل سه بخش مشخصات فردی اجتماعی، بررسی وضعیت سلامت، بررسی وضعیت سوختگی و مداخلات دارویی بود. چک لیست نیز شامل دوازده سؤال در رابطه با وضعیت التیام زخم، تب و عفونت بود که بر اساس مشاهدات پرستار تکمیل می‌گردید. برای روایی ابزار مذکور از روش روایی

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی و اجتماعی نمونه‌های مورد پژوهش

مشخصات فردی و اجتماعی	سنتی (درصد) تعداد	سنتتیک (درصد) تعداد
جنس		
مذکر	۲۰ (۶۶/۷)	۲۱ (۶۷/۷)
مونث	۱۰ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۲/۳)
سن بر حسب سال		
زیر ۱	۹ (۳۰)	۹ (۲۹)
۱-۳	۱۱ (۳۶/۶)	۱۳ (۴۲)
۴-۶	۷ (۲۳/۳)	۶ (۲۰)
۷-۱۴	۳ (۱۰/۱)	۳ (۹)
سابقه بیماری		
دارد	۰ (۰)	۰ (۰)
ندارد	۳۰ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)
سابقه مصرف دارو		
دارد	۰ (۰)	۰ (۰)
ندارد	۳۰ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)
درصد سوختگی		
۱۰٪ و کمتر	۲۸ (۹۳/۳)	۲۸ (۹۰/۳۲)
بیش از ۱۰٪	۲ (۶/۷)	۳ (۹/۶۸)
درجه سوختگی		
درجه ۲	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۲)
درجه ۳ و ۲	۲۸ (۹۳/۳)	۳۰ (۹۶/۸)
مکانیسم سوختگی		
آب جوش	۲۰ (۶۶/۷)	۲۴ (۷۷/۴)
مایعات داغ	۸ (۲۷/۷)	۶ (۱۹/۴)
آتش	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۲)
علت سوختگی		
عمدی	۰ (۰)	۰ (۰)
حادثه‌ای	۳۰ (۱۰۰)	۳۱ (۱۰۰)

جدول ۲: مقایسه برخی شاخص‌های التیام زخم در کودکان تحت درمان با پانسمان سنتی و سنتتیک

گروه	گرانولاسیون	اپیتلیزاسیون	مدت بستری
	انحراف معیار ± میانگین آماره	انحراف معیار ± میانگین آماره	انحراف معیار ± میانگین آماره
سنتی	۴/۱۳ ± ۱/۶۴	۶/۱۸ ± ۱/۱۸	Z=۴/۷۱
سنتتیک	۲/۴۸ ± ۰/۶۲	۳/۳۸ ± ۱/۱۴	P<۰/۰۰۱
			۱۰/۹۰ ± ۴/۳۴
			۶/۷۰ ± ۲/۱۷
			P<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر تاثیر دو روش پانسمان سنتتیک و سنتی بر التیام زخم‌های سوختگی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج مطالعه نشان داد که پانسمان‌های سنتتیک با افزایش سرعت گرانولاسیون و اپیتلیزاسیون، التیام زخم‌های سوختگی را در کودکان تسریع می‌نمایند و مدت بستری را کاهش می‌دهند.

گزارشاتی در ارتباط با تاثیر پانسمان‌های نوین بر التیام زخم‌های سوختگی نیز منتشر شده است. در یک بررسی که توسط هیدر^۱ و همکارانش جهت مقایسه تاثیر پانسمان‌های نوین و سنتی در زخم سوختگی کودکان انجام گرفته است یافته‌های حاصل با تحقیق حاضر همخوانی دارند. در این مطالعه ارتباط معنی‌دار بین سرعت التیام و روش پانسمان مشاهده شده است (۸). همچنین، در مطالعه دیگری که توسط عطلیه^۲ و همکارانش روی زخم‌های محل دونور انجام شده بود تاثیر پانسمان‌های ^۳MEBO و سنتی بررسی شد. نتایج نشان داد که توانایی پانسمان‌های MEBO در افزایش سرعت التیام به مراتب بیشتر از پانسمان‌های سنتی است. این مطالعه نیز با تحقیق ما همخوانی دارد (۹). در مطالعه کاتل^۴ و همکارانش نیز یافته‌ها حاکی از تفاوت قابل توجه در سرعت التیام می‌باشند. در این مطالعه، تاثیر دو روش پانسمان با پماد سیلور و اکتی کت^۵ در زخم سوختگی کودکان مورد مقایسه قرار گرفته است. یافته‌ها نشان می‌دهند بهبودی در بیمارانی که با پانسمان‌های نوین درمان می‌شدند سریعتر حاصل شده است (۱۰). در این زمینه مطالعه دیگری نیز توسط پیترز^۶ و همکارانش در زخم سوخته درجه ۲ کودکانی که به طور سرپایی درمان می‌شدند انجام گرفته است.

یافته‌ها نشان داد که استفاده از پانسمان‌های سنتتیک توانسته است سرعت التیام را افزایش دهد (۱۱). نتایج مطالعه موانگ‌مان^۷ و سایر همکارانش در همین زمینه حاکی از وجود اختلاف معنی‌دار بین دو روش پانسمان و برتری پانسمان‌های سنتتیک نسبت به پانسمان‌های سنتی در زمینه التیام زخم می‌باشد (۱۲).

تاثیر پانسمان‌های سنتتیک در افزایش سرعت التیام نتایج متناقضی نیز در پی داشته است. در مطالعه‌ای که گلات^۸ و همکارانش در رابطه با تاثیر دو گروه پانسمان شامل سیلور سولفادیازین و ژل سیلواسورب^۹ بر التیام زخم‌های سوختگی در کودکان انجام دادند هیچگونه تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه، از لحاظ ترمیم زخم مشاهده نشد (۱۳). نتایج این تحقیق با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. این تفاوت می‌تواند ناشی از اختلاف در نوع محصول، طیف سنی و سطح سوختگی نمونه‌های مورد مطالعه دو تحقیق باشد. در این مطالعه معیار ورود نمونه‌های مورد بررسی تا سن ۱۸ سالگی و با درصد سوختگی ۴۰ بوده است.

یافته دیگر در تحقیق حاضر، تفاوت معنی‌دار آماری در رابطه با متغیر تب، بین دو گروه مورد مطالعه بود. علی‌رغم این اختلاف از لحاظ تب، تفاوتی در میزان عفونت بین دو روش پانسمان مشاهده نگردید. تفاوت در میزان بروز تب می‌تواند ناشی از استحمام روزانه بیماران و عدم وجود پوشش کافی حین پانسمان باشد که احتمال سرماخوردگی و تب‌های ویرال را در کودکان مطرح می‌کند. همچنین، منابع اشاره دارند که تب در بیماران سوخته در بعضی موارد ناشی از وضعیت هیپرمتابولیسمی است و بیماران سوخته علی‌رغم نبود

7 - Muangman

8 - Glat

9 - Silvasorb

1 - Heather

2 - Atlyeh

3 - Moist Exposed Burn Ointment

4 - Cuttle

5 - Acticoat

6 - Peters

پانسمان‌ها را در دسترس داشته باشند و در رابطه با هزینه اثر بخشی انواع بسیار متنوع پانسمان‌های جدید به تحقیق بپردازند.

تقدیر و تشکر

در پایان از پرسنل دلسوز بخش سوختگی کودکان مرکز سینا بویژه خانم‌ها ناهید عالی و نژاد عبدالله زاده که نهایت همکاری را در انجام این طرح داشتند و همچنین، از مرکز تحقیقات عفونی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که اعتبارات مالی طرح را تامین نمودند قدردانی می‌شود. مقاله حاضر بخشی از پایان نامه دانشجویی شمسی رسولی با راهنمایی خانم مژگان لطفی تحت عنوان « هزینه اثربخشی پانسمان‌های بیولوژیک، سنتتیک و رایج در مراقبت پرستاری از کودکان سوخته بستری در بخش سوختگی مرکز آموزشی درمانی سینا- تبریز ۱۳۸۷ » می‌باشد.

عفونت، دچار تب می‌شوند (۱۴). از آنجایی که پانسمان‌های سنتتیک بطور ایده‌آل طراحی شده و تمامی نیازهای بالینی برای درمان زخم‌ها را در برمی‌گیرند می‌توانند جایگزین پانسمان‌های سنتی شوند. با توجه به هزینه اثربخش بودن پانسمان‌های تحت مطالعه، نه تنها می‌توان از این پانسمان‌ها برای بیماران بستری در بخش‌های سوختگی استفاده کرد بلکه می‌توان با فعال نمودن درمانگاه سوختگی از بستری شدن غیر ضروری بیماران نیز اجتناب نمود. اثربخشی پانسمان‌های سنتتیک از لحاظ التیام زخم‌های سوختگی در مقایسه با پانسمان‌های سنتی بسیار مطلوب می‌باشد اما در ایران علی‌رغم اینکه محصولات متنوعی در بازار موجود است، مدارک محکمی در رابطه با اثربخشی محصولات جدید مراقبت از زخم وجود ندارد. لذا لازم است که پرستاران قبل از اقدام به استفاده از پانسمان‌ها، مستندات بالینی مربوط به اثربخشی

References

1. Salehi S. (2009). [Early Excision & Grafting]. *Proceeding of Prevention and treatment of burn in Iran University of Medical Sciences, Tehran*, 29-30. (Persian)
2. Lewis R, Whiting P, Ter Riet G, Omeara S, Glanville J. (2001). A rapid and systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of debriding agents in treating surgical wounds healing by secondary intention. *Health Technology Assessment*, 5(14), 800-806.
3. Stashak T, Farstvedt E, Othick A. (2004). Update on wound Dressing: Indications and Best Use. *Clinical Techniques in Equine Practice*, 3, 148-163.
4. Jurczak F, Dugre T, Johnstone A, Offori T, Vujovic Z, Hollander D. (2007). Randomised clinical trial of hydrofiber dressing with silver versus povidone-iodine gauze in the management of open surgical and traumatic wounds. *International wound journal*, 4(1), 66-76.
5. Mandal A. (2007). Paediatric partial-thickness scald burns- is Biobrane the best treatment available. *International wound journal*, 4, 15-19.
6. Namnabati M. (2002). [Attention distraction for decreased pain during burning]. *Journal of Research in Medical Sciences*, 7(1), 67-69. (Persian)
7. Benbow M. (2008). Modern wound therapies. *Jurnal of community nursing*,

22(2), 20-29.

8. Paddock H, Fabia R, Giles S, Hayes J, Lowell W, Adams D. (2007). A silver-impregnated antimicrobial dressing reduces hospital costs for pediatric burn patients. *Journal of pediatric surgery*, 42, 211-213.

9. Atlyeh B, AL-Amm C, EL-Musu K. (2003). The effect of moist exposed dressings on healing and barrier function restoration of partial thickness wounds. *Eur J plast surg*, 26, 5-11.

10. Cuttle L, Naidu S, Mill J, Hoskins W, Das K, Kimble R. (2007). Aretrospective cohort study of Acticoat versus silvszine in a pediatric population. *Burns*, 33, 701-707.

11. Daniel P, Cynthia V. (2006). Comparing cohort of children with medium-sized burns treated as outpatients with in hospital applied acticoat (TM) to those children treated

as inpatients with silver sulfadiazine. *Journal of Burn Care & Research*, 27(2), 198-201.

12. Muangman P, Muangman S, Keorochana K, Roeksomtawin S, Somcharit L, Chuntrasakul C. (2007). Advatages of Urgotul S.S.D over silver sulfadiazine cream in the outpatient management of partial thicknessburns. *The THAI Journal of SURGERY*, 28, 98-102.

13. Glat P, Kubat W, Hsu J, Copty T, Goodwin I. (2007). Randomized clinical study of silvasorb gel in comparison to silvadene silver sulfadiazine cream in the management of Parthial - thickness burns. *Jurnal of wound care*, 33, 600-606.

14. Brunner LS, Suddarth DS (2005). *Medical-Surgical Nursing/skin & burn*, 2nd ed. JB Lippincott company, Philadelphia, 124.

اهمیت و مراقبت های ارایه شده برای والدین دارای نوزاد نارس بستری: دیدگاه پرستاران

معصومه اکبریگلو: کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مربی دانشکده پرستاری و بهداشت خوی (نویسنده رابط)

m.akbarbegloo@yahoo.com

دکتر لیلا ولی زاده: دکتری آموزش پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تبریز.

ملیحه اسداللهی: کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز.

چکیده

مقدمه: تولد نوزاد نارس، لزوم مراقبت خانواده محور و ارایه مراقبت های مطلوب با افزایش ارتباط بین اعضاء تیم سلامت و خانواده نوزاد نارس را ملموس تر می کند. به جهت آنکه مطالعات حاضر موجود بیشتر در راستای مشکلات درمانی نوزادان نارس یا پرستاری از آن معطوف بوده و به پرستاری خانواده محور توجه کافی نشده است لذا هدف این مطالعه بررسی دیدگاه پرستاران در مورد اهمیت و مراقبت های ارایه شده برای نوزادان بستری است.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع توصیفی - همبستگی بوده، حجم نمونه شامل ۳۲ نفر پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان مرکز آموزشی درمانی الزهرا(س)، کودکان و طالقانی تبریز که به روش سرشماری انتخاب شدند. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ۲۱ گزینه ای $NPST^1$ مارگارت مایلز و همکاران انجام گردید. این ابزار مربوط به حمایت های پرستاری ارایه شده برای والدین در چهار حیطه از حمایت های "عاطفی، ارتباطی - اطلاعاتی، اعتماد بنفس و مراقبت کیفی" می باشد و شامل دو مقیاس (الف) - اهمیت حمایت ها (ب) - میزان حمایت های دریافتی می باشد. روایی ابزار به روش روایی محتوایی و ترجمه، و پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۶) انجام شد.

یافته ها: بیشترین و مهمترین حمایت های ارایه شده به والدین دارای نوزاد نارس بستری در $NICU$ ، مربوط به دو حیطه های مراقبت کیفی و عاطفی بودند. همچنین مشخص شد که بین اهمیت و میزان حمایت های پرستاری ارایه شده به مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت های ویژه نوزادان ارتباط مثبت و معنی دار آماری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که نشان دهنده میزان کمتر حمایت ارایه شده در بعد "اعتماد بنفس" و "ارتباطی - اطلاعاتی" از طرف پرستاران $NICU$ بود لذا توجه به این دو حیطه و برقراری روش های تامین کننده آن در مراقبت خانواده محور ضروری می باشد.

کلمات کلیدی: پرستاری خانواده محور / نوزاد زودرس / واحد مراقبت های ویژه / والدین

مقدمه

بین سیاه پوستان در بیشترین میزان (۱۷/۶٪) و پس از آن آمریکایی ها (۱۲/۹٪)، اسپانیایی ها (۱۱/۴٪) و آسیایی ها (۱۰/۲٪) می باشد. پیشرفت های به وجود آمده در بخش مراقبت ویژه نوزادان باعث افزایش بقاء نوزادان نارس شده است ولی این نوزادان به اقدامات درمانی و

اگر نوزادی قبل از ۳۷ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی متولد شود او را نوزاد نارس می نامند (۱) که در حدود ۵ تا ۱۵ درصد حاملگی ها اتفاق می افتد (۲). تعداد تولد نوزاد نارس از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۲ میلادی در حدود ۱۳ درصد افزایش پیدا کرده و این میزان در

حمایت از آنها و بالفعل نمودن توانایی‌های بالقوه و ارتقای تکامل اعضا می‌باشد (۷). در واقع، مراقبت خانواده محور والدین را از حالت غیر فعال به شکل فعال که در مراقبت از نوزاد خود دخیل هستند، تبدیل می‌کند (۶).

اصولاً، پیشرفت تکنولوژی و سطوح بالای مراقبت-های پرستاری، اعضای خانواده، به ویژه والدین را تا زمانی که در امر مراقبت از کودک بیمار خویش، به حد کفایت و استقلال نسبی برسند، حمایت می‌کند ولی در عمل، ختم مراقبت‌های پرستاری از کودک و محول نمودن آن به والدین و خانواده غالباً امری مشکل بوده و به نظر می‌رسد که برای خانواده کودک مبتلا به عنوان یک بحران مطرح شود. بنابراین، در چنین شرایطی اعضای خانواده نیازمند یاری و حمایت سیستم بهداشتی - درمانی هستند تا بتوانند با تغییرات ایجاد شده ناشی از وقایع تنش‌زا یا بحران‌های موجود نظیر بیماری یکی از اعضا به طور مطلوب سازگار گردند و مراقبت‌ها را در منزل دنبال کنند (۷). پرستاران باید در صدد مداخلات کمک کننده برای حمایت از خانواده‌ها باشند. چنین مداخلاتی باید بر احتیاجات جسمی و نمو نوزاد و نیازهای عملی و روانی خانواده متمرکز باشد. هرگاه امکان پذیر بود اعضای خانواده در برنامه مراقبت وارد شوند. این نه تنها به اطمینان انجام مداخلات برنامه‌ریزی شده توسط آنها کمک می‌کند، بلکه این کار آنها را در مراقبت از کودکشان فعال می‌سازد (۵). پژوهش‌ها نشان داده است که حمایت از خانواده و دادن اطلاعات و آموزش‌ها به والدین باعث می‌شود که آنان احساس کنترل و قدرت بر روی موقعیت‌های خود داشته باشند و بیشتر در مراقبت از نوزاد شرکت کنند (۸).

بنابراین، راه‌هایی که والدین می‌توانند در مراقبت از کودکشان سهیم شوند باید توسط پرستاران به والدین توضیح داده شود (۹). اما باکسول^۱ می‌نویسد پرستاران به ندرت با هدف ارایه مراقبت خانواده محور در بخش

مراقبت‌های پیچیده نیاز دارند (۳) به رغم این پیشرفت‌ها تولد نوزاد نارس و کم وزن عامل مهم مرگ و میر در سال اول حیات است و ۸۵ درصد از مرگ نوزادان به علت زایمان زودرس است (۴). بنابراین، توجه به تاثیر جنبه‌های روانی تولد نوزاد نارس و حمایت از والدین مهم به نظر می‌رسد (۵). حمایت از والدین مترادف با مراقبت خانواده محور به کار می‌رود (۶). به همین جهت در سال‌های اخیر، صاحب نظران خدمات بهداشتی - درمانی دریافته‌اند که به منظور تأمین و ارائه مراقبت‌های مطلوب لازم است ارتباط درمانی میان اعضای تیم، خانواده و بیمار، برقرار گردد. خانواده، مهمترین بخش جامعه است و فلسفه مراقبت‌های خانواده محور، در حقیقت به رسمیت شناختن تاثیر خانواده در گستره حیات کودک می‌باشد، لذا سیستم‌های مختلف باید خانواده را در راستای تاثیرگذاری مثبت و کمک مؤثر به سلامت کودک، تشویق و حمایت نمایند. در سیستم مراقبت خانواده محور، تأکید بر کودک و خانواده بوده و کارکرد خانواده با توجه به نقش تمامی اعضا و نه صرفاً عضو بیمار خانواده در نظر گرفته می‌شود و اصول مراقبتی بر اساس ارزش‌ها و اعتقادات خانواده تدوین می‌گردد. در مراقبت خانواده محور، پرستار و اعضای تیم بهداشتی - درمانی از طریق زمینه‌سازی و ایجاد فرصت برای یکایک اعضای خانواده، جهت به نمایش گذاشتن ظرفیت‌ها و توانایی‌های خویش در خصوص تأمین و پاسخگویی به نیازهای کودک، خانواده را توانمند و قدرتمند می‌سازد. وظایف پرستار در ارایه مراقبت‌های خانواده محور، تعامل و ارتباط متقابل با اعضای خانواده و توان ایجاد تغییرات مثبت در خانواده، با بهره‌گیری از توان و قدرت فردی هر یک از اعضا می‌باشد. با تداوم این ارتباط، والدین جهت تصمیم‌گیری در امور مهم و سرنوشت ساز خود و کودک، نقشی بنیادی و مثبت پیدا می‌کنند و وظیفه پرستار در این حیطه، نه دخالت و اعمال نفوذ در تصمیم‌گیری خانواده، بلکه

بستری در NICU

مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی بوده، جامعه مورد پژوهش شامل کلیه پرسنل پرستاری شاغل در بخش های مراقبت ویژه نوزادان سه مرکز مراکز آموزشی درمانی طالقانی و الزهرا (س) و کودکان شهر تبریز بودند. نمونه گیری به روش سرشماری و حجم نمونه شامل ۳۲ نفر پرستار شاغل در NICU بود. شرایط ورود به مطالعه شامل پرستارانی که حداقل شش ماه در بخش مراقبت ویژه نوزادان و به مدت یک نوبت کاری در هفته ارایه خدمت می کردند.

گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه ۲۱ گزینه ای NPST مارگارت مایلز (۱۹۹۹) انجام گردید (۹). ابزار NPST دارای چهار زیر گروه حمایت های پرستاری ارایه شده برای والدین دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت ویژه نوزادان می باشد که عبارت از حمایت های "عاطفی، ارتباطی - اطلاعاتی، اعتماد بنفوس و مراقبت کیفی" می باشد و از دو مقیاس (الف) - اهمیت حمایت ها (از صفر تا چهار مربوط به اهمیت ندارد تا اهمیت بسیار زیاد دارد) و (ب) - میزان حمایت های دریافتی (از صفر تا چهار مربوط به هرگز تا همیشه) تشکیل شده است (۹). روایی ابزار مذکور به روش روایی محتوایی با همکاری ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تبریز و روایی ترجمه توسط یک نفر کارشناس زبان انگلیسی بررسی شد و پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ با شرکت ۶ پرستار واجد شرکت در پژوهش صورت گرفت. ($\alpha = 0/96$) تجزیه تحلیل با استفاده از نرم افزار SPSS/ver13 آمارتوصیفی و استنباطی انجام گردید.

نوزادان کار می کنند. دلایل آنها برای کار کردن در بخش نوزادان معمولاً ارایه مراقبت به نوزاد بیمار و کار کردن با تکنولوژی پیچیده و پیشرفته می باشد. پرستاران اغلب به عنوان خط اول در مدیریت و هماهنگ کننده مراقبت خانواده محور در NICU هستند. ولی آموزش هایی که مهارت های لازم را برای پرستاران بخش نوزادان جهت حمایت از خانواده فراهم سازد، کم بوده یا اصلاً وجود ندارد (۵). گریفین^۱ توضیح داد که پرستاران انرژی خود را جهت رفع نیازهای بیماران صرف می کنند. او اشاره کرد که مراقبت جسمی ممکن است فقط به طور موقت نسبت به نیازهای خانواده تقدم داشته باشد در حالیکه پرستاران نوزادان به طور معمول روی اجزای تکنیکی مراقبت بالینی نوزاد تمرکز دارند و خانواده را نادیده می گیرند (۸).

از طرف دیگر، افزایش تولد نوزاد بسیار کم وزن منجر به پیشرفت هر چه بیشتر تحقیقات در زمینه تهویه، تغذیه، خونشناسی و پیامدهای روانی - اجتماعی نوزادان شده است. بیشتر پژوهش های صورت گرفته در کشورمان ایران نیز در خصوص مشکلات درمانی این گروه از نوزادان یا پرستاری از خود نوزاد نارس متمرکز است و در زمینه پرستاری خانواده محور از این نوزادان مطالعات منتشر شده کافی در دسترس نمی باشد. لذا انجام مطالعه حاضر بمنظور مشخص نمودن وضعیت موجود و استفاده از نتایج این پژوهش در برنامه ریزی های آتی صورت گرفته است. اهداف پژوهش شامل:

- ۱- تعیین حمایت پرستاری تامین شده برای والدین دارای نوزاد نارس بستری در NICU از دیدگاه پرستاران
- ۲- تعیین اهمیت هر یک از جنبه های حمایت برای والدین دارای نوزاد نارس بستری در NICU
- ۳- بررسی ارتباط بین اهمیت حمایت های پرستاری و حمایت تامین شده توسط برای والدین دارای نوزاد نارس

یافته‌ها

داشتند. اکثریت (۹۶/۹٪) تحصیلات لیسانس و ۹۰/۶ درصد به صورت شیفت در گردش کار می‌کردند. همانطوری که جدول یک نشان می‌دهد، بیشترین حمایت‌های ارایه شده مربوط به زیر گروه مراقبت کیفی و عاطفی بودند و مهمترین حمایت‌های پرستاری مربوط به حیطه‌های مراقبت کیفی و عاطفی بودند. کمترین حمایت‌های ارایه شده مربوط به زیر گروه اعتماد به نفس و ارتباطی - اطلاعاتی بودند که از نظر پرستاران اهمیت کمتری نیز داشتند. با توجه به نتایج جدول دو، آزمون اسپیرمن رو وجود ارتباط مثبت و معنی دار آماری بین اهمیت و میزان ارایه چهار حیطه حمایت‌های پرستاری را نشان داد.

از ۳۲ پرستار شرکت کننده در مطالعه حاضر، میانگین سنی آنها ۳۱ سال، میانگین سابقه کار در بیمارستان ۹/۷۹ سال و میانگین سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نوزادان ۵/۰۶ سال بوده است. از کل پرستاران مورد پژوهش ۳۴/۴ درصد (۱۱ نفر) در بیمارستان کودکان، ۲۱/۹ درصد (۷ نفر) در بیمارستان طالقانی، ۴۳/۸ درصد (۱۴ نفر) در بیمارستان الزهرا (س) مشغول به کار بودند. در حدود ۳۱/۲ درصد از پرستاران مجرد و ۶۸/۸ درصد متأهل بودند. ۶۱/۵ درصد از افراد متأهل دارای فرزند بودند. ۲۱/۹ درصد از پرستاران به صورت قراردادی، ۵۳/۱ درصد به صورت پیمانی و ۲۵ درصد به صورت استخدام رسمی کار می‌کردند. اکثریت (۹۰/۶٪) سمت پرستار در بخش

جدول ۱: اهمیت و میزان حمایت‌های پرستاری ارایه شده به والدین دارای نوزاد نارس در بخش NICU

اهمیت حمایت (انحراف معیار ± میانگین)	میزان حمایت (انحراف معیار ± میانگین)	حمایت‌های پرستاری بر حسب حیطه (دامنه نمره در پرسشنامه)
۳/۸۸ ± ۰/۶۴	۳/۸۲ ± ۰/۵۱	عاطفی (۳-۱۵)
۳/۸۶ ± ۰/۵۰	۳/۵۴ ± ۰/۵۶	ارتباطی - اطلاعاتی (۹-۴۵)
۳/۵۸ ± ۰/۶۸	۳/۴۲ ± ۰/۶۳	اعتماد به نفس (۴-۲۰)
۴/۱۹ ± ۰/۵۲	۴/۲۱ ± ۰/۵۶	مراقبت کیفی (۵-۲۵)

جدول ۲: بررسی ارتباط بین اهمیت و میزان ارایه حمایت‌های پرستاری به والدین نوزادان نارس از دیدگاه پرستاران NICU.

<i>P-value</i>	ضریب همبستگی	میزان حمایت‌های پرستاری بر حسب حیطه
۰/۰۰۴	۰/۴۹	عاطفی
< ۰/۰۰۱	۰/۷۴	ارتباطی - اطلاعاتی
۰/۰۰۲	۰/۵۲	اعتماد به نفس
۰/۰۴	۰/۳۶	مراقبت کیفی

بحث

دارای نوزاد نارس "انجام گرفته است. یافته‌ها با توجه به اهداف پژوهش به شرح زیر بحث می‌گردد.

این پژوهش به منظور مشخص نمودن "دیدگاه پرستاران در خصوص مراقبت خانواده محور از والدین

دوست دارند که اطلاعات صحیحی در مورد وضعیت نوزاد بستری خود داشته باشند و همچنین، می‌خواهند در مراقبت از نوزاد خود سهیم باشند و انتظار دارند که مراقبین سلامت در مورد تغییرات مورد انتظاری که ممکن است در وضعیت جسمی نوزادشان به وجود بیاید اطلاعاتی به آنها بدهند (۶).

مطالعه دیپ^۴ و همکاران در استرالیا نتایج مخالف با مطالعه حاضر را نشان داد، اکثریت پرستاران و پرسنل پزشکی نسبت به مشارکت والدین در مراقبت کودک بی-میل بودند. مثلاً عواملی از قبیل اجازه دادن به والدین تا در طی روبه‌ها در کنار کودک باشند یا اینکه در طی احیاء کودک در بخش باشند با مخالفت پرسنل بخش همراه بود، اما خانواده بیماران دوست داشتند در مراقبت از کودک خود شرکت کنند (۱۲). شاید علت این امر مربوط به این باشد که برخی از محققین ادعا نموده‌اند انجام مراقبت خانواده محور منجر به استرس شغلی می‌گردد و پرستاران میل به انجام آن در محیط بالین نمی‌باشند (۱۳) همچنین، این دیدگاه وجود دارد که ملاقات کنندگان محیط بخش NICU می‌توانند زمینه‌ساز عفونت نوزادان شوند بنابراین، والدین و سایر ملاقات کنندگان باید از دستورالعمل و راهنمای ملاقات در این بخش پیروی نموده تا محیط امنی برای نوزاد تأمین شود (۱۴).

در رابطه با هدف دوم پژوهش یافته‌ها نشان داد که تمامی پرستاران، کلیه موارد حمایت‌های پرستاری نامبرده در NPST را دارای اهمیت گزارش کردند. با توجه به نتایج، مهمترین حمایت‌های پرستاری از دیدگاه پرستاران مربوط به حیطه‌های مراقبت کیفی و عاطفی بودند. در مطالعه بروس^۵ و همکاران (۱۹۹۷) در کانادا به بررسی درک پرستاران از فعالیت‌های خانواده محور پرداخته شد و مشخص گردید که پرستاران همه آیت‌های ارابه شده در مراقبت خانواده محور را ضروری و دارای اهمیت

در رابطه با هدف اول پژوهش نتایج مطالعه حاضر نشان داد طبق نظر پرستاران، به تمامی والدین، همه موارد حمایت‌های پرستاری مندرج در ابزار NPST ارائه کرده بودند بیشترین حمایت‌های ارابه شده مربوط به زیر گروه مراقبت کیفی و عاطفی بودند. کمترین حمایت‌های ارابه شده مربوط به زیر گروه اعتماد به نفس و ارتباطی-اطلاعاتی بودند (جدول ۱). در مطالعه‌ای که توسط موک^۱ و همکاران در هونگ کونگ انجام شد به بررسی رفتارهای حمایتی پرستاران برای مادران دارای نوزاد نارس پرداخته شده است. ابزار مورد استفاده NPST بود. نتایج نشان داد که والدین بیشتر از همه حمایت ارتباطی-اطلاعاتی را دریافت کرده بودند (۱۰).

مطالعه مایومی^۲ و همکاران در توکیو نشان داد که فاکتورهای مهم در نقش پرستاران به عنوان تامین کننده حمایت برای اعضاء خانواده شامل پاسخ به مشکلات اعضاء خانواده، کمک به اعضاء خانواده تا احساسات خود را بیان کنند (حمایت عاطفی) و سوق دادن خانواده به وضعیت متعادل می‌باشد. انجام نقش‌ها بر اساس این فاکتورها برای پرستارانی که سابقه کاری بیشتری داشتند مطلوب و رضایت بخش بود. کمک کردن به اعضاء خانواده نوعی از حمایت پرستاری است که مربوط به ارتباط بین فردی می‌باشد. بنابراین بهبود رفتارهای ارتباطی با اعضاء خانواده باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی پرستاران خواهد شد و در نهایت باعث افزایش کیفیت مراقبت‌های خانواده محور می‌گردد (۱۱).

تحقیقات دیگر نیز نشان داده که حمایت از خانواده و دادن اطلاعات و آموزش‌ها به والدین باعث می‌شود که آنان احساس کنترل و قدرت بیشتری بر روی موقعیت‌های خود داشته، دیدگاه واقع‌گرایانه نسبت به ظاهر و وضعیت نوزاد ایجاد نموده، فرایند بانديگ^۳ را شروع کنند و بیشتر در مراقبت از نوزاد شرکت کنند (۸). والدین

4 - Dip
5 - Bruce

1 - Mok
2 - Mayumi
3 - Bonding

نتیجه گیری

با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که نشان دهنده میزان کمتر حمایت ارایه شده در بعد " اعتماد بنفس" و "ارتباطی- اطلاعاتی" از طرف پرستاران بود لذا توجه به این دو حیطة و برقراری روش‌های تامین کننده آن در مراقبت خانواده محور ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، به دلیل اینکه مطالعه حاضر از نوع کمی می‌باشد و حمایت‌های پرستاری از والدین از طریق بیانیه‌های موجود در پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفته است لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعه کیفی در خصوص مراقبت‌های خانواده محور و حمایت‌های پرستاری از والدین صورت گیرد تا اینکه برنامه‌ریزی برای مداخلات با بینش عمیق‌تر و اطلاعات دقیق‌تر و بومی‌تر به انجام برسد. از طرفی با توجه به اینکه مراقبت خانواده محور یک استاندارد طلایی در بخش‌های کودکان و نوزادان است بنابراین، نتایج این پژوهش کمک خواهد کرد که کیفیت خدمات پرستاری بهبود یافته و باعث ارتقاء سلامت، حفظ تعادل خانواده و افزایش رضایت والدین خواهد گردید.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه سرپرستاران و پرستاران محترم بخش مراقبت ویژه نوزادان مراکز آموزشی درمانی شهر تبریز و عزیزانی که در راستای انجام این مطالعه محققین را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌دانستند (۱۵). در مطالعه‌ای توسط کارین جکسون^۱ و همکاران در سوئد انجام گردید به بررسی نظریات و دیدگاه‌ها در مورد اهمیت ارایه مراقبت در بخش نوزادان پرداخته شد. نتایج نشان داد که کیفیت ارایه مراقبت و دادن اطلاعات دارای اهمیت زیاد می‌باشد و معلوم گردید که ارایه اطلاعات و مراقبت در سطح مطلوب، فضای فرهنگی و اجتماعی مناسب می‌تواند به والدین اعتماد به نفس در ارایه نقش والدی بدهد (۱۶). در مطالعه بیل و کوئین^۲ (۲۰۰۲) مهمترین وظایف پرستاران در NICU "اطمینان و قوت قلب دادن- حاضر بودن- مراقبت کردن- ارائه اطلاعات به صورت قابل فهم و فراهم نمودن راحتی برای والدین" ذکر شده است (۱۷).

در رابطه با هدف سوم پژوهش نتایج به دست آمده نشان داد بین اهمیت و میزان حمایت‌های پرستاری ارایه شده به مادران دارای نوزاد نارس بستری در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان ارتباط مثبت و معنی دار آماری وجود دارد (جدول ۳). با توجه به نتایج به دست آمده به نظر هر آنچه از طرف افراد مهم تلقی شود بیشتر به ارایه آن و گنجاندن در فعالیت‌های خود اهتمام می‌ورزند. در این مطالعه نیز مشخص گردید پرستاران اصول مراقبت خانواده را پذیرفته بودند و در حیطة شناخت عاطفی خانواده، مشارکت در انجام مراقبت و فراهم کردن اطلاعات برای والدین نمرات بالایی را داشتند.

References

1. Abdolalian M. (2000). [Nursing care from newborn and premature newborn]. 2nd ed, Tehran, Azemoon publisher. 1-2 (Persian)
2. Ryan Wenger NA. (2007). Core curriculum for primary care pediatric nurse practitioners, 1st ed. Mosby, st. louis. 123-134.
3. Kenner C. (2001). [Clinical nursing care of infant guideline]. 1st ed, (Sabuni F, Narenji F, trans), Arak, Research office of under-secretary Arak University of Medical Sciences. 56-70. (Persian)
4. Gorgi O. (2002). [Nursing care of newborn]. 1st ed, Tehran, Noore Danesh publisher. 12-13. (Persian)
5. Boxwell G. (2000). Neonatal intensiv care nursing, 1st ed. Routledge, London, 390-397.
6. Mirlashari J, Rassouli M. (2007). [Nursing care of infant and children]. 1st ed, Tehran, Andishehe Rafee publisher. 70-71. (Persian)
7. James SR, Ashwill J. (2007). Nursing Care of Children, Principles and Practice, 3th ed. USA Elsevier, 221-225
8. Griffin T, Wishba C, Kavanaugh K. (1998). Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(5), 290-295.
9. Miles MS, Carlson JMS, Brunssen S. (1999). The Nurse Parent Support Tool, *Journal of Pediatric Nursing*, 14(1), 44-50.
10. Mok E, Leung SF. (2006). Nurses as providers of support for mothers of premature infants. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 726-734.
11. Mayumi M, Reiko N, Yoko K. (2006). Nurses perception of their relational behavior with family members of hospitalized patients: Survey of nurses who work at national hospital organizations in Tohoku district. *Journal of the Faculty of Nursing*, 8, 1-12.
12. Dip G, Maxton JC. (1997). Old habits die hard: changing pediatric nurses perceptions of families in ICU. *Intensive and critical care nursing*, 13(3), 145-150.
13. Namnabati M, Safaee A. (2009). [Act to saying]. *Proceeding of neonatal health and nursing care of neonates in Iran , Tabriz*, 12-14. (Persian).
14. Alikhah F, Rostami M. (2009). [Guidelines for meeting in NICU from view of infection control]. *Proceeding of neonatal health and nursing care of neonates in Iran, Tabriz*, 12-14. (Persian).
15. Bruce B, Ritche JA. (1997). Nurses practices and perception of family centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 214-221
16. Jackson K, Ternstedt BM, Magnuson A, Schollin J. (2006). Quality of care of the preterm infant—the parent and nurse perspective. *Acta Paediatrica*, 95 (1), 29-37.
17. Beal JA, Quinn M. (2002). The nurse practitioner role in the NICU as perceived by parents. *MCN*, 27(3), 183-188.

تأثیر ماساژ پرینه در مرحله دوم زایمان بر آسیب پرینه، در زنان اول زای مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) خلخال

ریحانه ایوان بقا: کارشناس ارشد مامایی، مربی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
معصومه سهرابی: کارشناس ارشد مامایی (نویسنده رابط)

Sohrabi_M3000@Yahoo.com

دکتر رقیه شیرین کام: متخصص زنان و زایمان، مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) خلخال
حسین کوشاور: کارشناس ارشد آمار، مربی دانشکده بهداشت و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی تبریز

چکیده

مقدمه: آسیب پرینه به طور شایع به هنگام زایمان اتفاق می افتد و می تواند باعث عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بعد زایمانی شود. درد، خونریزی، نیاز به ترمیم زخم و اختلالات ادراری، روده‌ای، جنسی و درد طول کشیده بعد زایمانی از عوارض پس از زایمانی مرتبط با آسیب پرینه می باشد و سلامت مادر و نوزاد را به خطر می اندازد. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر روش ماساژ پرینه با لوبریکانت در مرحله دوم زایمان بر آسیب پرینه می باشد.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی است. در این مطالعه ۷۰ زن اول زایی که تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط انجام زایمان طبیعی را داشتند؛ به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. در مادرانی که به صورت تصادفی در گروه ماساژ با لوبریکانت قرار گرفته بودند در مرحله دوم زایمانی با نزول فعال یا پیدا شدن سر جنین به هنگام انقباضات رحمی به وسیله دو انگشت داخل واژن با استفاده از لوبریکانت استریل محلول در آب ماساژ پرینه انجام می شد. بعد از اعمال مداخله، داده های بدست آمده از مطالعه به وسیله روش های آماری توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم افزار SPSS مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: میزان پرینه سالم (۵۰ درصد در مقابل ۴۰ درصد) پارگی های درجه یک (۴۱ درصد در مقابل ۵۰ درصد) و پارگی های درجه دو (۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد) و اپیزیوتومی در گروه ماساژ پرینه و گروه کنترل مشابه بود. تجزیه و تحلیل آماری تفاوتی بین این آسیب ها را نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری: ماساژ پرینه در زنان اول زایمان احتمالاً تأثیری بر میزان آسیب پرینه ندارد.

کلمات کلیدی: زایمان / ماساژ / پرینه / تروما

مقدمه

زایمان در اثر برش وسیع اپی زیوتومی گسترش پارگی ها و تاخیر در ترمیم اپی زیاتومی سلامت مادر را به خطر می اندازد (۵). گسترش اپی زیاتومی یا پارگی های درجه ۳ یا ۴ علاوه بر خونریزی، می تواند فرد را به سوی صدمات غیر قابل جبرانی چون بی اختیاری مدفوع و مقاربت دردناک هدایت نماید (۶). بیست درصد

آسیب پرینه به طور شایع به هنگام زایمان اتفاق می افتد و می تواند باعث عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بعد زایمانی شود (۱). درد، خونریزی، نیاز به ترمیم زخم و اختلالات ادراری، روده‌ای، جنسی و درد طول کشیده بعد زایمانی از عوارض پس از زایمانی مرتبط با آسیب پرینه می باشد (۲ تا ۴). خونریزی های پس از

عضلات پرینه بوده، در بی‌اختیاری استرسی اداری و افزایش پارگی‌های اسفنکتر مقعدی و رکتوم نقش دارد (۱۶). به عقیده محققین، بر اساس میزان گزارش شده در مراکز زایمانی و زایمان‌های در منزل، میزان ۲۰ درصد برای نسبت اپیزیوتومی منطقی بنظر می‌رسد (۱۵). جهت کاهش استفاده از اپیزیوتومی و کاهش میزان آسیب پرینه و دستگاه تناسلی، ماماها از تکنیک‌های متعددی در مرحله دوم زایمان استفاده می‌کنند. اما مدرکی در حمایت از یک روش به عنوان تکنیک موثر اداره پرینه، قبل زایمان در جهت کاهش پارگی‌های خود بخود پرینه وجود ندارد؛ تکنیک ماساژ پرینه با لوبریکنت به عنوان روش بالقوه فیزیوتراپیک درمانی در مرحله دوم زایمان بوده، مکانیسم اثر آن، اتساع عروق و افزایش خونرسانی به ناحیه، افزایش شل‌شدگی و اتساع عضله می‌باشد (۱۷، ۱۸، ۱۹).

مطالعات انجام شده در زمینه تأثیر ماساژ پرینه با لوبریکنت در مرحله دوم زایمان در پیشگیری از آسیب پرینه بسیار محدود بوده و ناکافی می‌باشد. هدف این مطالعه تأثیر روش ماساژ پرینه با لوبریکنت در مرحله دوم زایمان بر پیامدهای پرینه می‌باشد.

مواد و روشها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد. در این مطالعه، نمونه‌گیری به صورت در دسترس و اختصاص نمونه‌ها در گروه‌ها بصورت تصادفی ساده بود. همه مادرانی که در اتاق درد زایمان واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب و سپس افراد انتخاب شده از طریق قرعه‌کشی در یکی از گروه‌های درمانی قرار می‌گرفتند. در این مطالعه ۷۰ زن اول‌زایی که تمایل به شرکت در پژوهش و شرایط انجام زایمان طبیعی را داشتند و به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) خلخال مراجعه کرده بودند؛ در صورتی که سن ۳۵-۱۸ سال، عدم ابتلا به هر گونه بیماری زمینه‌ای، وزن تخمینی نوزاد کمتر از ۴۰۰۰ گرم، زایمان تک‌قلو و جنین زنده ترم داشتند؛ به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۳۵ نفر) و کنترل (۳۵ نفر) قرار گرفتند. در این مطالعه همه زایمان‌ها توسط محقق انجام می‌گرفت

زنان تا ۳ ماه بعد زایمان و تعداد مشابهی در ۱۵ تا ۲۴ ماه بعد از زایمان از مقاربت دردناک شاکی بوده‌اند (۷). همچنین، ۷۰ تا ۸۵ درصد زنان از درد ناحیه پرینه بدنال پارگی و اپیزیوتومی رنج می‌برند (۸) و ۲۲ درصد آنان تا ۸ هفته بعد زایمان از ادامه درد شاکی هستند و ممکن است شکایت از درد یک سال یا بیشتر هم ادامه داشته باشد (۴). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت آسیب پرینه عبارت از "آسیب به ناحیه پرینه و دستگاه تناسلی در نتیجه پارگی‌های خودبخود یا اپیزیوتومی به هنگام زایمان". ترومای قدامی پرینه به صورت آسیب لبیا، واژن قدامی، پیشابراه یا کلیتوریس تعریف می‌شود و ترومای خلفی پرینه عبارت از آسیب به دیواره خلفی واژن، عضله پرینه یا اسفنکتر مقعدی که ممکن است اپتلیوم مقعد را نیز شامل شود و درجه‌بندی می‌شود به انواع پارگی‌های درجه ۱ (پوست پرینه ومخاط واژن درگیر می‌شود)، پارگی درجه ۲ (درگیری عضله پرینه)، پارگی درجه ۳ (پارگی مقعد) و پارگی درجه ۴ (مقعد و مخاط رکتوم) (۹). اپیزیوتومی، یکی از موارد مداخله‌ای است که در پزشکی بدون هیچ‌گونه شواهد علمی وارد شده است (۱۰) و هنوز هم به طور رایج در بسیاری از نقاط دنیا انجام می‌شود (۱۱). در ایران، اپیزیوتومی بصورت روتین در تمام زایمان‌های اول و در بعضی مراکز در زایمان‌های دوم انجام می‌شود (۱۲).

از سال ۱۹۸۰ میزان استفاده از اپیزیوتومی از ۶۴ درصد به ۳۰ درصد در آمریکا و کشورهای اروپایی کاهش یافته است اما در این دوره ترمیم پارگی‌های زایمانی از ۱۱ درصد به ۴۰ درصد افزایش پیدا کرده است (۱۳، ۱۴). کاهش استفاده از اپیزیوتومی در تحقیقات بعمل آمده مورد حمایت قرار گرفته و نشان می‌دهد است که مضرات استفاده از اپیزیوتومی روتین بیشتر از مزایای آن می‌باشد (۱۴). در تحقیقات بعمل آمده، هیچ مدرکی که نشان دهد اپیزیوتومی از پارگی‌های رکتوم، آسیب به دیواره لگن و تروما به سر جنین پیشگیری می‌کند و یا اینکه ترمیم اپیزیوتومی نسبت به پارگی‌ها آسانتر است، پیدا نکردند (۱۵)، بلکه؛ اپیزیوتومی یکی از فاکتورهای خطر کاهش عمل طبیعی

مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این مطالعه p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته‌ها

از تعداد ۷۰ نفر که در مطالعه شرکت داده شده بودند ۳ نفر در گروه ماساژ و ۵ نفر در گروه کنترل خارج شدند، ۳۲ نفر در گروه ماساژ و ۳۰ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از نظر میانگین سنی، تعداد حاملگی، سن حاملگی، طول مرحله دوم، وزن هنگام تولد نوزاد، آپگار دقیقه اول و پنجم و شاخص توده بدنی؛ نتایج آزمون با آزمون آماری با نمونه‌های مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد. در زمینه میزان تحصیلات، محل سکونت و جنسیت نوزاد، نتایج آزمون مجذور کای نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد (جدول ۱).

نتایج آزمون من ویتنی نشان داد، تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه در میزان سلامت پرینه وجود ندارد. اگر چه میزان پرینه سالم (۵۰ درصد در مقابل ۴۰ درصد، $P = ۰/۴۸$) در گروه ماساژ پرینه بیشتر از گروه کنترل بدست آمد، اما تفاوت آماری معنی‌دار نمی‌باشد. میزان پارگی‌های درجه یک (۴۱ درصد در مقابل ۵۰ درصد) و پارگی‌های درجه دو (۹ درصد در مقابل ۱۰ درصد) در گروه ماساژ پرینه بدون تفاوت آماری معنی‌داری کمتر بود. در زنانی که در گروه ماساژ پرینه قرار داشتند، میزان پارگی پرینه قدامی «اطراف پیشابراه، لبیال، واژن» (۱۶ درصد، ۲۲ درصد، ۳ درصد در مقابل ۱۳ درصد و ۱۰ درصد، $P = ۰/۳۸$) و همچنین، نیاز به ترمیم پارگی‌ها (۶۲ درصد در مقابل ۵۷ درصد، $P = ۰/۸۳$) بدون اختلاف آماری معنی‌دار بیشتر بود، نیازی به استفاده از اپی‌زیوتومی در دو گروه وجود نداشت (جدول ۲).

و به علت ماهیت تحقیق امکان کور کردن مطالعه برای محقق و مادر باردار وجود نداشت. مادرانی که به صورت تصادفی در گروه ماساژ با لوبریکنت قرار گرفته بودند در مرحله دوم زایمانی با نزول فعال یا پیدا شدن سر جنین به هنگام انقباضات رحمی به وسیله دو انگشت داخل واژن، با استفاده از لوبریکنت استریل محلول در آب، به صورتی که انگشتان اشاره و وسط داخل پرینه و انگشت شست روی پرینه‌آل بادی قرار می‌گرفت و دو انگشت داخل پرینه از یک سمت به سمت دیگر به آرامی حرکت داده می‌شد و فشار آرام به پشت به سمت رکتوم، توسط انگشتان داخل پرینه، انجام می‌گرفت. تکنیک تا زمان کرونینگ ادامه پیدا می‌کرد، مگر در صورت درخواست مادر مبنی بر توقف یا تغییر آن؛ در صورت عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری، طولانی شدن مرحله دوم لیبر، دیسترس جنینی، دفع مکونیوم، دیستوشی، دکولمان، اقدام به استفاده از واکيوم، ایندکشن و زایمان تسریع شده، از مطالعه خارج می‌شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش چک لیستی بود که داده‌ها از طریق مصاحبه و مطالعه پرونده مددجویان و مشاهده، اخذ و ثبت می‌گردید. چک لیست در سه بخش تنظیم شده بود، بخش اول سؤالات مربوط به مشخصات فردی اجتماعی و باروری بود. بخش دوم اطلاعات مربوط به مرحله اول و دوم زایمان، هر گونه حوادث غیر منتظره حین تولد، وزن و نمره آپگار را شامل می‌شد. بخش سوم شامل اطلاعات مربوط به وجود یا عدم وجود تروما، درجه ترومای پرینه، وجود تروما در محل دیگر دستگاه تناسلی و نیاز به ترمیم تروما بود.

داده‌های بدست آمده از مطالعه به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل آزمون‌های کای دوما، آزمون آماری t با نمونه‌های مستقل و آزمون ناپارامتری من ویتنی و با استفاده از *SPSS /ver15* با

جدول ۱: مقایسه برخی از مشخصات فردی، اجتماعی، باروری و زایمانی مادران اول زار در دو گروه ماساژ پیرینه و کنترل

آماره	کنترل انحراف معیار ± میانگین	ماساژ انحراف معیار ± میانگین	گروه مشخصات
$P=0/953, t=0/309$	$21/53 \pm 3/03$	$21/78 \pm 32/26$	سن (سال)
$P=0/441, t=0/384$	$1/07 \pm 0/25$	$1/09 \pm 0/29$	تعداد حاملگی
$P=0/751, t=1/951$	$38/79 \pm 0/87$	$39/24 \pm 0/94$	سن حاملگی
$P=0/29, t=0/687$	$22/13 \pm 2/95$	$21/69 \pm 2/12$	BMI
$P=0/297, t=1/87$	$30 \pm 2/95$	$22/91 \pm 11/4$	طول مرحله دوم (دقیقه)
$P=0/1075, t=0/661$	$3353 \pm 360/53$	$3300 \pm 270/6$	وزن تولد نوزاد (گرم)
$P=0/291, t=0/527$	$8/97 \pm 0/183$	$8/94 \pm 0/246$	آپگار
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
			تحصیلات
$P=0/595$	۱ (۳/۳)	۰	ابتدایی
$df=3$	۶ (۲۰)	۹ (۲۸/۱)	راهنمایی
$X^2=0/189$	۲۲ (۷۳/۳)	۲۱ (۶۵/۶)	دبیرستان
	۱ (۳/۳)	۲ (۶/۳)	دانشگاهی
			محل سکونت
$P=0/749$	۱۹ (۶۳/۳)	۱۹ (۵۹/۴)	روستا
$df=1$	۱۱ (۳۶/۷)	۱۳ (۴۰/۶)	شهر
$X^2=0/102$			
			جنس
$P=0/57$	۱۱ (۳۶/۷)	۱۴ (۴۳/۸)	زن
$df=1$	۱۹ (۶۳/۳)	۱۸ (۵۶/۳)	مرد
$X^2=0/323$			

جدول ۲: مقایسه ترومای پیرینه در مادران اول زار در دو گروه با ماساژ پیرینه و کنترل

آزمون آماری	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	گروه
			ترومای پیرینه
$P=0/483$	۱۲ (۴۰)	۱۶ (۵۰)	سالم
$Z=0/702$	۱۵ (۵۰)	۱۳ (۴۰/۶)	درجه ۱
	۳ (۱۰)	۳ (۹/۴)	درجه ۲
	۰	۰	درجه ۳
			ترومای قدامی
$P=0/387$	۲۳ (۷۶/۷)	۱۹ (۵۹/۴)	سالم
$df=3$	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۵/۶)	اطراف
$X^2=3/03$	۳ (۱۰)	۷ (۲۱/۹)	پیشابراه
	۰	۱ (۳/۱)	لبیال
	۰	۰	واژن
			ترمیم پارگی
$P=0/835$	۱۷ (۵۶/۷)	۲۰ (۶۲/۵)	بلی
$df=1$	۱۳ (۴۳/۳)	۱۲ (۳۷/۵)	خیر
$X^2=0/219$	۰	۰	اپی زیوتومی

بحث

سایر وضعیت‌های زایمانی نمی‌باشد. همچنین نتایج مطالعه، قابل تعمیم به زنان مولتی‌پار، حاملگی‌های چندزا دوقلوئی، ماکروزومی، زایمان طول کشیده، زایمان تسریع شده، زایمان با ابزار و دفع مکنونیوم نمی‌باشد.

نتیجه گیری

استفاده از ماساژ پرینه احتمالاً تأثیر معنی‌داری در میزان آسیب پرینه ندارد. بنابراین، استفاده از ماساژ به عنوان تکنیک کنترل پرینه بر اساس معیارهای زایمانی و راحتی و تمایل زن در حال زایمان، بدون خطر می‌باشد. پیشنهاد می‌شود جهت تعیین اثر ماساژ پرینه بر آسیب پرینه تحقیقات وسیعتر، با تعداد نمونه‌های بیشتری انجام شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از ریاست محترم بیمارستان امام خمینی (ره) خلخال، دفتر پرستاری، مسؤول زایشگاه بیمارستان و تمام افرادی که در انجام این تحقیق یاری کردند؛ اعلام می‌نمایند.

نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ پرینه تأثیری در میزان سلامت پرینه نداشت. در مطالعه انجام گرفته میزان استفاده از اپی‌زیوتومی در دو گروه صفر بوده و نشان می‌دهد که در صورت عدم استفاده از اپی‌زیوتومی در زایمان‌های بدون عوارض، میزان پارگی‌های درجه ۲ بسیار کم خواهد بود. میزان پارگی‌های درجه ۱ در دو گروه یکسان بوده و پارگی‌های پرینه قدامی و همچنین، نیاز به ترمیم پارگی‌ها در گروه ماساژ پرینه بیشتر از گروه کنترل می‌باشد، اگر چه تفاوت آماری در هیچ‌کدام معنی‌دار نبود. در مطالعه استمپ^۱ و همکاران هیچ تفاوتی در میزان پرینه سالم در گروه ماساژ و کنترل یافت نشد و میزان اپی‌زیوتومی و پارگی‌های درجه ۱ و ۲ در دو گروه مشابه بود (۲۰). آلبرس^۲ و همکاران در مطالعه خود تفاوتی در میزان پرینه سالم در گروه ماساژ پرینه در مقایسه با روش کمپرس گرم و روش عدم تماس پیدا نکردند، در مطالعه آنها اختلاف معنی‌داری در میزان پارگی‌های درجه ۱ و ۲ و اپی-زیوتومی و میزان نیاز به ترمیم پارگی‌ها پیدا نشد (۲۱). نتایج این مطالعات با نتیجه تحقیق ما همسو می‌باشد. این مطالعه دارای یک سری محدودیت‌هایی است که کاربرد یافته‌های آن را محدود می‌سازد. مداخله در وضعیت لیتوتومی انجام شده است، لذا قابل تعمیم به

References

1. Defrances CJ, Hall M. (2004). National Hospital Discharge Survey. Advance data from vital and statistics, Hyattsville Maryland : National Center for Health Statistics.342-45.
2. Johnson R. (2000).Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. Lancet, 355, 250-51.
3. Albers L, Gorcia J, Renfer M, Mccandish R, Elbournc D. (1999). Distribution of genital tract truma In Childbirth and related postnatal pain. Birth, 26, 11-15.
4. Glazene CMA, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. (1995).Postnatal Maternal Morbidity: Extent, causes, prevention and treatment. Brit J Obstet Gynecol, 102, 282-87.
5. Ghaem Maghami Nuri F, Eslamian L, Borna S, Mothares Gilani M, Dolatshahi M (1997).[Obesteric and

1 - Stamp

2 - Albers

- Neonatal Emergency*]. 1st ed, Tehran, Arjomand publisher. (Persian)
6. Ogston SA, Williams FLR, Fiorey C, Mires GJ. (1998). Episiotomy and perineal tears in low Risk primigravida. *J public health med*, 20, 422-27.
 7. Royal College of obstetrics and gynecologist *Methods and materials used in perineal repair*. (2004). RCOG Guidine, 23, 1-8.
 8. Wolley RJ. (1995). Benefits and risks of episiotomy: A review of the English-language literature Since 1980. *Obstet Gynecol survey*, 50, 806-820.
 9. Norton C, Christiansen J, Butler U, Haravi D, Nelson RL, Pemberton J, et al. *Anal Incontinece*. In: Abrams P, Cardozo L, KhourY, Wein A, (eds). 2nd ed. Plymouth, Health publication, Uk: 985-1044.
 10. Vannucciraz FS, Loss AB, Japiass RM. (2002). Wound healing and Scarring – Sutures Abington's: *Textbook of surgery phila delphia*, 15 th ed. 207-222.
 11. Calvert S, Fleming V. (2000). Minimizing post partum pain: A review of research pertaining to perineal care in childbearing women. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 407-415.
 12. Tork Zahrani SH. (1996). [Is use Episiotomy Necessary]. *Journal of Faculty of Nursing & Midwifery*, 30, 53-54. (Persian)
 13. Weeks JD, Kozak LJ. (2001). Trends in the use of episiotomy in the united states: 1980 -1998. *Birth*, 2, 152-160.
 14. Hartman K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. (2005). *Outcoms of routine episiotomy: A systematic review*. *JAMA*, 293, 2141-2148.
 15. Thaker SB, Banta HD. (1983). Benefits and risks of episiotomy; an interpretive review of tge English language literature, 1860-1880. *Obestet Gynecol Sur*, 38, 322- 338.
 16. Singerrello LB, Harlow BL, Chekas Ak, Repke J. (2001). Post partum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *AMJ obstet & Gynecoi*, 184(51), 881-88.
 17. Murphy PA, Feinland JB. (1998). Perineal outcomes in a home birth setting. *Birh*, 25, 226-234.
 18. Albers LL. (2003). Reducing genital tract trauma at birth, Lanching a clinical trial in midwifery. *Midifery & women's Health*, 48, 105 -110.
 19. Hayes KW (2000). *Manuale for physical agents*, 5 th ed. Upper saddle River, NJ:prentice Hall Health, 3-19.
 20. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *Bmj*, 322, 7277-7280.
 21. Albers L, Sedler K, J. Bedric E, Perelta P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of Genital tract Trouma at Birth: A randomized Trial. *J Midwifery womans Health*, 50(5). 365- 372.