

تأثير رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست زنان باردار

نویسندگان:

فاطمه غفاری *

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

طیبه پور عزتین

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

عباس شمسعلی نیا

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل

تاریخ پذیرش: ۸۶/۴/۱۶

تاریخ ارائه: ۸۵/۵/۴

Effect of Sole Reflex on Pregnant Women's Constipation Severity

Abstract

Introduction: Mental and physical physiologic changes of pregnancy effects all the mother's body systems consisting digestive tract. Among the digestive problems, the most prevalent ones in pregnant women are nausea, vomiting, heart burn, and constipation. Today, use of non-chemical and non-invasive methods is of priority in treatment of digestive problems in pregnancy; therefore, this research was done with the purpose of determination of effect of sole reflexology on pregnant women's constipation severity.

Material and Methods: This research was a two-group clinical trail, performed in 2005-2006 in health care centers of Ramsar. The sample in every group (case and control) consisted of 50 pregnant women suffering from constipation, selected by fitted pairs sampling method. Demographic and constipation situation data was collected by personal properties method and questionnaire of constipation investigation. Data wa analyzed by descriptive statistics and frequency distribution tables, using χ^2 and T- pair test.

Results: T-pair test showed the significant difference between average and criterion deviation of constipation severity after and before of reflexology in case group ($p = 0/000$); in control group such difference between average and criterion deviation of constipation severity in the begining and end of study was not seen.

Conclusion: Regarding the fact that constipation outbreak in pregnancy and effect of reflexology in reduction of constipation is emerging, the necessity of reflexology as a fully and substitutly method in treatment was shown.

Key words: Reflexology, Constipation, Pregnancy

آدرس:

*رامسر، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س)

تلفن: ۰۲۲۵۱۵۱ (۰۱۹۲) - نمابر: ۰۲۲۶۴۱۳ (۰۱۹۲)

پست الکترونیک: ghafarifateme@yahoo.com



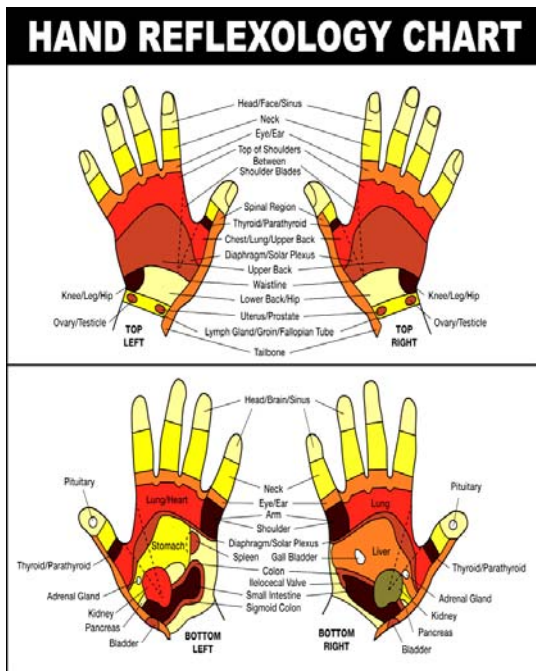
مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از دویست میلیون بارداری در جهان اتفاق می افتد (۱). این گروه کثیر نیاز به خدمات بهداشتی دارند و عدم توجه به آنان موجب خطرات و صدمات عمده ای در جامعه می شود. تغییرات فیزیولوژیک جسمی و روانی مربوط به بارداری، تمام سیستمهای بدن مادر از جمله دستگاه گوارش را تحت تاثیر قرار می دهد، در واقع شایع ترین تغییرات در دستگاه گوارش رخ می دهد (۲-۳). از میان مشکلات گوارشی، تهوع، استفراغ، سوزش سردل و یبوست از شایع ترین مشکلات گوارشی و شکایات زنان در دوران بارداری محسوب می شود (۲-۶). یبوست در ۱۱-۴۰ درصد بارداری ها رخ می دهد و در سه ماهه اول و سوم حاملگی شیوع بیشتری دارد (۳، ۷، ۶، ۳). به دلیل تحقیقات محدود در این زمینه، اثرات حاملگی بر عمل دفع کاملاً مشخص نیست (۸، ۹). از میان علائم بالینی و ذهنی، یبوست، کاهش دفعات دفع مدفوع و سختی مدفوع از همه مهم ترند. علائم دیگری نظیر درد مقعد، تخلیه ناکامل مدفوع، حجم کم مدفوع، اتساع شکمی، نفخ، دفع گاز، زور زدن هنگام اجابت مزاج، احساس پری و فشار لگنی، عدم موفقیت برای عمل دفع در طی بیست و چهار ساعت یا حتی ترشح اگزودا و خونریزی از رکتوم را نیز در تعریف و توصیف یبوست در نظر می گیرند (۴، ۶، ۷، ۸). در وسمن (۱۹۹۵) سه معیار را برای تعریف یبوست استاندارد می داند: زور زدن هنگام دفع مدفوع، سختی مدفوع در بیش از ۷۵ درصد موارد و اجابت مزاج کمتر از ۲-۳ بار در هفته. همچنین بیان می کند علت آن در حاملگی ممکن است در ارتباط با کاهش حرکات روده کوچک، بزرگ و یا هردو در اثر فشار رحم بزرگ شده یا اثرات هورمونی باشد (۱۰). ژول^۱ (۲۰۰۱) می نویسد: افزایش پروژسترون در این دوره می تواند باعث کاهش حرکات معدی - روده ای شود (۴-۹، ۷). عواملی نظیر سن، تیپ شخصیتی،

وضعیت شغلی، تعداد زایمانها، چاقی، استرس، اضطراب، فعالیت بدنی، عادات غذایی، تغییر در شیوه زندگی، مصرف قرص آهن، کلسیم، ملینها، آنتی اسیدها، ویتامینهای مکمل، مصرف هورمونهای استروئیدی، برخی بیماریهای سیستمیک، متابولیک و روان تنی و عدم حمایت بافتهای لگنی را در ایجاد آن مؤثر دانسته اند (۴، ۶، ۹). یبوست با عواملی چون بواسیر، سردرد، افسردگی، اختلال اشتها و غیره همراه بوده و مصرف ملینها به منظور بهبود و درمان این مشکل با عوارضی چون احتباس سدیم و اختلال جذب ویتامینهای محلول در چربی، هیپوپروترومبینمی و خونریزی در مادر و اسهال در نوزاد همراه بوده است (۷، ۹). مطالعات انسانی در مورد بی خطر بودن آنها و عوارض ناشی از داروهای گیاهی برطرف کننده این مشکل در حاملگی نیز بررسی نشده است، به علاوه به دنبال مصرف این داروها و همچنین داروهای ضد تهوع، استفراغ و سوزش سر دل زیانهای اقتصادی قابل توجهی به خانواده و جامعه تحمیل می شود (۱۱). یکی از درمانهای مکمل و جانشین که گفته می شود بر یبوست تاثیر دارد، رفلکسولوژی است که در ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد سابقه دارد. قدمت آن برابر با طب سوزنی است که به حدود ۵ هزار سال پیش باز می گردد (۱۲). این نوع درمان همانند طب سوزنی از چین آغاز شده اما شواهدی وجود دارد که از آن در مصر حدود سالهای ۲۳۳۰ پیش از میلاد استفاده می شده است. رفلکسولوژی اولین بار در سال ۱۹۱۳ توسط ویلیام فیتز^۲ در آمریکا ترویج یافت. او دریافت که در صورتی که قبل از عمل جراحی به برخی از اندامهای بدن بیمار از قبیل دست و پا فشار وارد کند بیمار درد کمتری را بعد از جراحی احساس می کند همین امر باعث شد که او در مورد این موضوع تحقیق کند و در نهایت به این نتیجه رسید که وارد کردن فشار به نقاط خاصی از بدن، تاثیرات بسیار اثر بخش و مفیدی را بر سایر نقاط بدن ایجاد

2- William Fitz Gerald

1- Jewell



شکل ۲

فرر^۲ (۲۰۰۵) می نویسد: رفلکسولوژی ماساژی محکم در مناطق معینی از بدن است که بعضی از اثرات آن شامل آرامش، اثر ضد درد و تمدد اعصاب در ارگانهای مختلف بدن است (۱۵). نتایج مطالعه کاترین^۳ (۲۰۰۶) بر ۱۵ بیمار تحت شیمی درمانی، تفاوت معنی داری را بین اضطراب گروه شاهد و آزمون قبل و بعد از رفلکسولوژی نشان داد. وی می نویسد: «رفلکسولوژی می تواند به عنوان درمان حمایتی همراه با درمانهای دارویی استفاده شود (۱۶). یبوست، سردرد، احتقان سینوس، تهوع، استفراغ، اضطراب، کمر درد، افسردگی، بی خوابی و سیاتالژی شکایات دوران بارداری است که پاسخ خوبی به رفلکسولوژی می دهند (۱۷، ۱۶). زی ون^۴ (۱۹۹۶) دو گروه زنان باردار مبتلا به سوءهاضمه را انتخاب کرد. از این بین گروه ۱۳۲ نفری را به مدت ۳۰ دقیقه و طی دو هفته به صورت یک تا دو بار در روز تحت درمان با رفلکسولوژی پا و گروه دوم شامل ۹۸ نفر را تحت درمان دارویی به مدت ۲ هفته قرار داد. نتایج حاصل از پژوهش وی نشان داد که بهبود سوء هاضمه در گروه رفلکسولوژی به میزان

می کند. فیتزجرالد نام این پدیده را ناحیه درمانی^۱ نامید (۱۲) متخصصین رفلکسولوژی اعتقاد دارند، دستها و پاها آینه بدن هستند و نقشه بدن در پاها و دستها تظاهر می یابد. بنابراین تحریک رفلکسی خاص آنها، ارگانها و سیستمهای مرتبط را تحت تأثیر قرار می دهد. گفته می شود مناطق سمت چپ بدن مطابق با نقاط رفلکسی کف پا و دست چپ و مناطق سمت راست بدن مطابق با نقاط رفلکسی کف پا و دست راست می باشند (۱۳). برخلاف ماساژ که حرکات مالشی کلی را در بر می گیرد، متخصص رفلکسولوژی از دستها برای وارد ساختن فشار بر نقاط مشخصی از پاها استفاده می کند. بیمار می تواند بنشیند و پاهایش را کمی بالاتر از سطح بدن قرار دهد. پس از ماساژ ملایم پای بیمار، فشار بر نقاط رفلکسی که با مشکل وی مرتبط است، آغاز خواهد شد. برای وارد کردن فشار ابزار خاصی نیاز نیست (۱۴، ۱۵). تصویر (۱) و (۲)، نواحی مختلف مربوط به رفلکسولوژی در کف پاها و دستها در قسمتهای مختلف بدن است.



شکل ۱

2-Ferrer
3-Quattrin
4-Zhi- wen

1-Zone therapy

۷۴/۲ درصد بسیار موثر، ۲۲/۷ درصد موثر و فقط ۴ درصد ناموفق بوده است. نتایج همچنین نشان داد که در گروه تحت درمان دارویی بهبود سوء هاضمه در ۵۸ درصد بسیار موثر، ۱۴ درصد موثر و ۲۴ درصد ناموفق بوده است (۱۹). از جمله فواید بیشماری که برای رفلکسولوژی در کنترل بیماریهای مختلف قائل اند می توان به موارد زیر از جمله کاهش قند خون در مبتلایان به دیابت ملیتوس، تحریک فعالیت های جنین در نیمه دوم و سوم بارداری، افزایش اشتها، کاهش خستگی، کاهش درد عضلانی، بهبود خواب، کاهش سردردهای میگرنی و سردردهای تنشی، کاهش میزان کلسترول خون، افزایش میل جنسی، رفع انزال زودرس، افزایش فعالیت دستگاه گوارش و رفع یبوست، درمان سندرم روده تحریک پذیر، افزایش کارکرد کلیه، کاهش درد ناشی از سنگ های کلیوی، کاهش علائم سندرم قبل از قاعدگی، کاهش علائم یائسگی و افزایش ترشح شیر مادران اشاره کرد (۲۰-۲۷).

بر اساس مطالعات انجام شده و مشاهده پژوهشگر مبنی بر شیوع یبوست در زنان باردار و از آنجا که رفلکسولوژی یک شیوه غیر تهاجمی و غیر دارویی است و انجام آن توسط مددجویان امکان پذیر است، پژوهشگر بر آن شد تا پژوهشی را با هدف تعیین تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر رامسر انجام دهد.

روش کار

این پژوهش یک کار آزمایشی بالینی دو گروهه بود جامعه پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهر رامسر به دلیل شکایت از یبوست تشکیل می دادند، این مطالعه از تیر ماه ۱۳۸۴ تا تیر ماه ۱۳۸۵ انجام شده است. در این مطالعه نمونه گیری زوجهای تطبیق داده شده انجام شد و نمونه ها از نظر سن، تعداد زایمان ها و شغل به دو گروه تقسیم شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعات قبل و مطالعه راهنما ۸۴ نفر محاسبه شد که جهت

اطمینان بیشتر از ۱۲۵ نفر استفاده شد و این افراد بعد از تقسیم تصادفی مراکز بهداشتی تحت دو گروه (آزمون ۶۵ نفر و شاهد ۶۰ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. تا پایان دوره مداخله ۱۵ نفر از گروه آزمون و ۱۰ نفر از گروه شاهد از مطالعه حذف شدند که نهایتا در هر گروه ۵۰ نفر بررسی شدند. در این مطالعه متغیر وابسته اصلی یبوست بود که به صورت الگو و شدت یبوست بررسی شد. ابزار جمع آوری داده ها شامل برگه انتخاب نمونه (شامل معیارهای حذف و شمول)، برگه مشخصات فردی و پرسشنامه بررسی یبوست بود. پرسشنامه بررسی یبوست شامل دو قسمت است. قسمت اول: دو سؤال در زمینه الگوی بروز یبوست و علت تشدید یبوست و قسمت دوم مربوط به ارزیابی بالینی شدت یبوست که نمره آن بر اساس «مقیاس سنجش یبوست در حاملگی» ثبت شده است. مقیاس سنجش یبوست در حاملگی شامل ۸ خصوصیت است که عبارتند از: اجابت مزاج، مدت زمان زور زدن هنگام اجابت مزاج، اتساع شکمی و نفخ، احساس دفع ناکامل مدفوع، احساس پری و فشار لگنی و عدم موفقیت برای عمل دفع در طول ۲۴ ساعت. نمره مورد نظر بر اساس مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت و از صفر تا چهار محاسبه شد. نمره نهایی از جمع موارد فوق و از ۳۲ نمره محاسبه گردید. بر اساس نمره کل کسب شده شدت یبوست به چهار قسمت تقسیم شد. نمره ۰-۸ بدون مشکل یا دارای مشکل خفیف، نمره ۹-۱۶ مشکل نسبی تا متوسط، نمره ۱۷-۲۴ مشکل شدید و نمره ۲۵-۳۲ مشکل خیلی شدید. مقیاس یبوست یک ابزار معتبر علمی است که در دو پژوهش توسط مک میلان (۱۹۸۹) در بیماران سرطانی و برو سارد (۱۹۹۸) در حاملگی، صحت علمی و پایایی آن با $I=0.86$ و $I=0.92$ تایید شد. همچنین در سال ۱۳۷۹ توسط طباطبایی چهر با فاصله ۲۴ ساعت پایایی آن با $I=0.82$ مجددا تایید شد (۱۰). در پژوهش حاضر نیز با فاصله حدود ۲۴ ساعت، ضریب همبستگی پیرسون $I=0.84$ بود که نشان دهنده ثبات ابزار در

بعد از پایان ۶ هفته ۵۰ نفر در گروه آزمون و ۵۰ نفر در گروه شاهد بررسی شدند. پس از گذشت ۶ هفته برگه‌ها مجدداً توسط هر واحد پژوهش تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد و از آمار توصیفی شامل: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون مجذور کای، آنالیز واریانس دو طرفه، آزمون تی دانشجویی و آزمون تی زوج استفاده شد.

نتایج

دو گروه از نظر سن با یکدیگر تقریباً یکسان بودند، طوری که میانگین سن در گروه آزمون $24/1 \pm 6/23$ و در گروه شاهد $24/9 \pm 7/08$ سال بود و آزمون T دانشجویی نیز تفاوت معنی داری را از نظر سن در دو گروه نشان نداد. از نظر شغل در گروه آزمون اکثریت واحد‌ها یعنی ۵۱٪ و در گروه شاهد ۴۹/۸٪ خانه دار بودند. از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمون اکثریت واحدها یعنی ۴۸/۱٪ و در گروه شاهد ۴۶/۹٪ دارای تحصیلات دیپلم بودند. میانگین شاخص توده بدنی در گروه آزمون $21/1 \pm 2/6$ و در گروه شاهد $20/0 \pm 2/2$ کیلوگرم بر متر مربع بود. یافته‌ها همچنین نشان داد ۴۹/۶٪ افراد گروه آزمون و ۵۱/۱٪ افراد گروه شاهد روزانه ۱-۱۰ لیوان مواد لبنی (شیر و ماست) استفاده می‌کردند. از نظر مصرف قرص فرسولفات در گروه آزمون بیشتر افراد مورد مطالعه یعنی ۶۰/۰٪ و در گروه شاهد ۶۱/۴٪ از قرص فرسولفات استفاده می‌کردند. یافته‌ها نشان داد در گروه آزمون بیشتر واحدها یعنی ۴۳/۵٪ و در گروه شاهد ۴۲/۸٪ نیم ساعت پیاده روی منظم در روز را گزارش کردند. از نظر سن بارداری در گروه آزمون اکثریت واحدها یعنی ۴۳/۵٪ و در گروه شاهد ۴۱/۹٪ در سه ماهه اول بارداری به سر می‌بردند. یافته‌ها همچنین نشان داد در گروه آزمون، اکثریت واحدها یعنی ۶۰/۲٪ و در گروه شاهد ۵۹/۳٪ سابقه یک زایمان را گزارش داده‌اند. در گروه آزمون اکثریت واحدها یعنی ۴۸/۷٪ و در گروه شاهد ۴۷/۹٪ از نظر طبقه اجتماعی در

زمان می‌باشد. روش اجرای پژوهش بدین شکل بود که به منظور جلوگیری از تأثیر مداخله و آموزش، گروه شاهد و آزمون از دو مرکز جداگانه انتخاب شدند. در ابتدا و بعد از کسب رضایت واحد‌های پژوهش، برگه‌های مشخصات فردی و بررسی بیوست به وسیله واحد‌های مورد مطالعه در دو گروه تکمیل شدند. برای گروه آزمون حین دریافت رضایتنامه کتبی، مراحل رفلکسولوژی و طول مدت برنامه شرح داده شد، سپس رفلکسولوژی توسط پژوهشگر و دو کمک پژوهشگر آموزش دیده برای زنان باردار در گروه آزمون انجام شد. این تکنیک به صورت هفته‌ای ۱ جلسه، هر جلسه ۳۰ دقیقه و به مدت ۶ هفته اجرا شد که دو بار در مراکز بهداشتی (در مراکز بهداشتی یک پزشک واحدهای پژوهش را از نظر احتمال بروز عوارض کنترل می‌کرد) و بقیه در منزل و توسط کمک پژوهشگرها انجام شد. انجام رفلکسولوژی بدین شکل بود که از واحد پژوهش خواسته می‌شد روی تخت معاینه در یک اتاق ساکت و روشن دراز کشیده، چشم‌هایش را ببندد و در یک وضعیت کاملاً آرام قرار گیرد، سپس بعد از ماساژ ملایم پا، با دست چپ پاشنه پا را نگاه داشته و سپس با انگشت شست دست راست بر روی نقطه مربوط به روده بزرگ (تصویر ۱) فشارممتناوب وارد می‌شد (۳۰) (فشار متناوب برای افزایش حرکات موجی روده در موارد بیوست بکار می‌رود) (۱۷). این کار در مدت ۳۰ دقیقه و برای هر دو پا انجام شد. در مطالعات پونس^۱ (۲۰۰۸)، بی شاپ^۲ (۲۰۰۳) و توی^۳ (۲۰۰۲) نیز رفلکسولوژی هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۳۰ دقیقه و تا مدت ۶ هفته صورت گرفته است (۳۱،۱۱،۲). همچنین به واحد‌ها توضیح داده شد در صورت استفاده از ملین‌ها و داروهای گیاهی جهت رفع بیوست یا تغییر رژیم غذایی به منظور رفع بیوست و یا عدم ادامه رفلکسولوژی پژوهشگر را مطلع سازند. بدین ترتیب

1- Ponce
2- Bishope
3-Tovey

سطح متوسط بودند. میانگین ساعات خواب در گروه آزمون ۱/۱ ± ۷/۱ و در گروه شاهد ۱/۴ ± ۷/۳ بود و از نظر میزان در آمد خانواده در گروه آزمون اکثریت واحدها یعنی ۴۹/۶٪ و در گروه شاهد ۵۰/۱٪ میزان در آمد خانواده خود را در حد متوسط گزارش کردند و در نهایت یافته ها نشان داد که در گروه آزمون اکثریت واحد ها یعنی ۵۹/۹٪ و در گروه شاهد ۵۸/۴٪ در حاملگی قبلی خود مبتلا به یبوست بودند. همچنین طبق نتایج مطالعه، دو گروه آزمون و شاهد از نظر شغل، تحصیلات، تعداد زایمانها، شاخص توده بدنی، مصرف

آهن (قرص فرس سولفات)، و لبنیات (شیر و ماست)، سن بارداری، میزان فعالیت، طبقه اجتماعی و در آمد خانواده، مقدار پیاده روی، میزان خواب و سابقه یبوست در بارداری های قبلی، همگن بودند. طبق یافته های این پژوهش قبل از مداخله اکثریت واحدها در دو گروه (گروه آزمون ۴۰٪ و گروه شاهد ۳۶٪) دارای شدت یبوست متوسط بودند و آزمون مجذور کای تفاوت معنی داری را در دو گروه نشان نداد ($X^2=18/14, p=0/97$) (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی واحد های پژوهش بر حسب شدت یبوست در دو گروه قبل از مداخله در مطالعه تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رامسر ۱۳۸۴-۱۳۸۵

شدت یبوست	گروه		آزمون		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خفیف	۱۶	۳۲/۰	۱۳	۲۶/۰	۱۳	۲۶/۰
متوسط	۲۰	۴۰/۰	۱۸	۳۶/۰	۱۸	۳۶/۰
شدید	۹	۱۸/۰	۱۲	۲۴/۰	۱۲	۲۴/۰
خیلی شدید	۵	۱۰/۰	۷	۱۴/۰	۷	۱۴/۰
جمع	۵۰	۱۰۰/۰	۵۰	۱۰۰/۰	۵۰	۱۰۰/۰

P.valu: 0/97 df:27 14/187: X^2 Chi-Square:

می بردند. آزمون آنوا دوطرفه، تفاوت معنی داری را در دو گروه نشان نداد ($F: 3/4, p=0/893$) اما بر اساس نتایج این آزمون، میانگین شدت یبوست بر حسب بروز الگوی یبوست در بارداری تفاوت معنی داری داشت ($F: 3/4, p=0/000$) به طوری که میانگین شدت یبوست در افرادی که یبوست دائم داشتند بیشتر بود (جدول ۲).

در مورد علل تشدید یبوست اکثریت افراد در گروه آزمون و شاهد به ترتیب (۴۷٪، ۴۹٪) نگرانی، (۳۵٪، ۳۳٪) عادات بد غذایی و (۱۸٪، ۲۰٪) پرکاری و خستگی را از جمله علل تشدید یبوست دانسته اند. از نظر الگوی یبوست که به دو شکل دائمی و گهگاهی بررسی شد، اکثریت افراد در گروه آزمون یعنی (۶۴٪) و در گروه شاهد (۶۶٪) از یبوست دائمی رنج

جدول ۲: مقایسه میانگین شدت یبوست بر حسب الگوی یبوست در بارداری در دو گروه قبل از مداخله در مطالعه تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رامسر ۱۳۸۴-۱۳۸۵

الگو	گروه		آزمون		شاهد	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
دائمی	۱۷/۴۲ ± ۶/۸	۱۷/۳۰ ± ۴/۸	۱۷/۴۲ ± ۶/۸	۱۷/۳۰ ± ۴/۸	۱۷/۳۰ ± ۴/۸	۱۷/۳۰ ± ۴/۸
گهگاهی	۱۲/۲۰ ± ۷/۵	۱۲/۴۴ ± ۸/۰	۱۲/۲۰ ± ۷/۵	۱۲/۴۴ ± ۸/۰	۱۲/۴۴ ± ۸/۰	۱۲/۴۴ ± ۸/۰
جمع	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶

بعد از مداخله اکثریت افراد (۷۰٪) بدون مشکل و یا دارای مشکل خفیف بودند و شدت یبوست خیلی شدید در این گروه دیده نشد (جدول ۳).

آزمون مجذور کای تفاوت معنی داری را بین دو گروه از نظر شدت یبوست بعد از انجام رفلکسولوژی نشان داد ($X^2=18/14, p=0/000$). در گروه آزمون

جدول ۳: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب شدت یبوست در دو گروه بعد از مداخله در مطالعه تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رامسر ۱۳۸۴-۱۳۸۵

شدت یبوست	گروه		آزمون		شاهد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خفیف	۳۵	۷۰/۰	۱۱	۲۲/۰	۲۲/۰	۱۱
متوسط	۱۱	۲۲/۰	۲۰	۴۰/۰	۴۰/۰	۲۰
شدید	۴	۸/۰	۱۲	۲۴/۰	۲۴/۰	۱۲
خیلی شدید	۰	۰/۰	۷	۱۴/۰	۱۴/۰	۷
جمع	۵۰	۱۰۰/۰	۵۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۵۰

Chi-Square $X^2: 124/36$ DF:9 P:0/000

معیار شدت یبوست در آغاز و پایان مطالعه در گروه شاهد، تفاوت معنی داری دیده نشد ($p=0/224$ ، $T: -1/23$) (جدول ۴).

آزمون تی زوج تفاوت معنی داری را بین میانگین و انحراف معیار شدت یبوست در قبل و بعد از رفلکسولوژی در گروه آزمون نشان داد ($p=0/000$ ، $T: 9/98$) در صورتی که بین میانگین و انحراف

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار شدت یبوست در قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد در مطالعه تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست زنان باردار در مراکز بهداشتی و درمانی شهر رامسر ۱۳۸۴-۱۳۸۵

زمان آماری	گروه		آزمون		شاهد		کل
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
قبل از مداخله	۱۳/۲۰ ± ۷/۵۶	۱۴/۴ ± ۸/۶۰	۱۳/۸۲ ± ۸/۱۱	۱۳/۸۲ ± ۸/۱۱	۱۳/۸۲ ± ۸/۱۱	۱۳/۸۲ ± ۸/۱۱	
بعد از مداخله	۶/۹۴ ± ۴/۸۰	۱۶/۳ ± ۸/۰۰	۱۱/۶۳ ± ۸/۰۸	۱۱/۶۳ ± ۸/۰۸	۱۱/۶۳ ± ۸/۰۸	۱۱/۶۳ ± ۸/۰۸	
نتیجه آزمون تی زوج شده	t:9/98 df:49 P: 000/0	t:-1/23 df:49 P: 000/0	t:5/71 df:99 P:0/000	t:5/71 df:99 P:0/000	t:5/71 df:99 P:0/000	t:5/71 df:99 P:0/000	

روی، تعداد زایمانها، میزان خواب، شاخص توده بدنی، رابطه معنی داری مشاهده نشد.

بحث

یافته های این پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه (۴۰٪ گروه آزمون و ۳۶٪ گروه شاهد) از یبوست متوسط رنج می بردند. ژول

طبق یافته های این مطالعه بین شدت یبوست با شغل ($p<0/04$)، تحصیلات ($p<0/01$)، سن باردار ($p<0/001$)، سابقه یبوست در بارداری های قبلی ($p<0/05$)، طبقه اجتماعی ($p<0/02$) و میزان فعالیت ($r=-0/75, p<0/05$) رابطه معنی داری دیده شد. اما بین شدت یبوست با سن، میزان مصرف قرص فرسولفات، میزان مصرف مواد لبنی، مقدار پیاده

(۲۰۰۲) می نویسد: یبوست در ۱۱-۴۰ درصد بارداری ها رخ می دهد (۷). نتایج حاصل از مطالعه طباطبایی (۱۳۷۹) نیز نشان داد میزان بروز یبوست در سه ماهه اول حاملگی ۲۳/۴ درصد، در سه ماهه دوم ۱۹/۸ درصد و در سه ماهه سوم ۲۰ درصد بوده است. آزمون مجذور کای تفاوت معنی داری را بین سن بارداری و بروز یبوست در مطالعه وی نشان نداد (۱۰). همچنین طبق یافته های این مطالعه میانگین شدت یبوست بر حسب الگوی بروز یبوست در بارداری تفاوت معنی داری داشته که با مطالعه طباطبایی (۱۳۷۹) مطابقت دارد، چرا که نتایج حاصل از مطالعه وی نیز نشان داد میانگین شدت یبوست در افرادی که یبوست دائم دارند بیشتر است (۱۰). این مطالعه نشان داد شدت یبوست در زنان باردار بعد از انجام رفلکسولوژی به طور معنی داری کاهش یافت که با پژوهش بی شاپ (۲۰۰۳) مطابقت دارد، نتایج حاصل از مطالعه وی بر ۵۰ کودک بین ۳-۱۴ سال مبتلا به یبوست مزمن نشان داد، رفلکسولوژی تأثیر معنی داری در درمان یبوست مزمن دارد (۱۱). همچنین یافته های حاصل از مطالعه توی (۲۰۰۲) که بر ۳۴ نفر بیمار مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر انجام شده بود، تفاوت معنی داری را از نظر کنترل درد شکمی، شدت یبوست و اسهال بین دو گروه کنترل و آزمون نشان داد (۳۱). نتایج مطالعه پونس (۲۰۰۸) نیز نشان داد که بین شدت یبوست واحدهای پژوهش، قبل و بعد از رفلکسولوژی کف پا، تفاوت معنی دار آماری وجود دارد (۲). یورا یانگ^۱ و همکاران (۱۹۹۴) تحقیقی را به منظور بررسی تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست ۴۰ نفر از ساکنین یک مرکز سالمندان انجام دادند. آنها ۲۰ نفر از افراد مبتلا به یبوست و ۲۰ نفر از افراد غیر مبتلا به یبوست را انتخاب کردند. به منظور کنترل طول زمان شروع و خاتمه اجابت مزاج از قرص کربن استفاده نمودند (قرص کربن موجب سیاه رنگ شدن مدفوع می شود) تمامی واحدهای پژوهش به مدت ۱۰ روز تحت درمان با رفلکسولوژی قرار گرفتند. میانگین فاصله زمانی بین

دفعات اجابت مزاج واحدهای پژوهش قبل و بعد از برنامه رفلکسولوژی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج حاصل از مطالعه یورا یانگ و همکارانش نشان داد که فاصله زمانی مابین دفعات اجابت مزاج در گروه مبتلا به یبوست از ۴۵ ساعت به ۳۴ ساعت و در گروه غیر یبوس از ۵۷/۵ ساعت به ۴۶ ساعت رسید (۳۲). بین شدت یبوست با میزان مصرف آهن (قرص فرسولفات)، میزان مصرف مواد لبنی، مقدار پیاده روی، شاخص توده بدنی، تعداد زایمان، میزان خواب و سن رابطه معنی داری مشاهده نشد. این یافته ها با نتایج حاصل از مطالعه گولی^۲ (۲۰۰۲) و لی^۳ (۲۰۰۶) مطابقت دارد (۱۴-۱۸). طبق یافته های این مطالعه بین شدت یبوست با میزان فعالیت رابطه معنی داری دیده شد که با مطالعه طباطبایی مطابقت ندارد چرا که مطالعه وی نشان داد شدت یبوست با میزان فعالیت رابطه معنی داری ندارد (۱۰). همچنین بین شدت یبوست با سایر متغیرهای بررسی شده مثل شغل، سن بارداری، تحصیلات، سابقه یبوست در بارداری های قبلی و طبقه اجتماعی رابطه معنی داری وجود داشت که با پژوهش های انجام شده مطابقت دارد. باناپاس^۴ (۱۹۹۸) گزارش کرد تحصیلات مادر و طبقه اجتماعی وی بر روی شدت یبوست تأثیر دارد (۸) و طباطبایی به نقل از هانیتون^۵ (۱۹۹۱) می نویسد: طبقه اجتماعی مادر با شدت یبوست ارتباط دارد و به نقل از میر^۶ (۱۹۹۴) می نویسد: سطح تحصیلات، شرایط ازدواج و در آمد خانواده با شدت یبوست ارتباط دارد و به نقل از سینگر^۷ (۱۹۹۱) گزارش می کند: شدت یبوست با سابقه یبوست در بارداری های قبلی ارتباط دارد، همچنین نتایج حاصل از مطالعه طباطبایی (۱۳۷۹) رابطه معنی داری بین شدت یبوست و شغل زنان باردار نشان داد (۱۰). از نظر رابطه سن بارداری با یبوست نیز چانج^۸ (۲۰۰۲)

2- Gooly
3- Lee
4- Bona Pace
5- hanitton
6- Mir
7- Singer
8- Chang

1- Yura yang

روشهای غیر تهاجمی و غیر دارویی جهت پیشگیری و کاهش شدت یبوست در دوران بارداری پیدازند.

تشکر و قدردانی

از مدیریت محترم شبکه بهداشت شهرستان رامسر و مسئولان محترم مراکز بهداشتی و درمانی و کلیه مددجویان عزیز قدردانی می شود.

می نویسد: یبوست در سه ماهه اول و سوم حاملگی از شدت بیشتری بر خوردار است (۳). نتایج این پژوهش نشان داد که رفلکسولوژی کف پا، روش مؤثری جهت کاهش بروز یبوست در دوران بارداری به شمار می آید.

نتیجه گیری

طبق نتایج بدست آمده توصیه می شود برنامه ریزان و مسوولان آموزش پرستاری و مامایی با تشکیل کلاسهای بازآموزی و آموزش ضمن خدمت به معرفی

خلاصه

مقدمه: تغییرات فیزیولوژیک جسمی و روانی مربوط به بارداری، تمام سیستمهای بدن مادر از جمله دستگاه گوارش را تحت تأثیر قرار می دهد. از میان مشکلات گوارشی، تهوع، استفراغ، سوزش سر دل و یبوست از شایع ترین شکایات زنان در دوران بارداری است. امروزه استفاده از شیوه های غیر دارویی و غیر تهاجمی به عنوان یک اولویت در درمان مشکلات گوارشی در دوران بارداری مطرح است لذا پژوهشگر بر آن شد تا تحقیقی را با هدف تعیین تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر شدت یبوست زنان باردار انجام دهد.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه کار آزمایی بالینی دو گروه است که در سال ۱۳۸۴-۱۳۸۵ در مادران باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر رامسر انجام شد. ۱۲۰ زن باردار و مبتلا به یبوست در دو گروه آزمون و شاهد مورد مطالعه قرار گرفتند. از روش نمونه گیری برای انجام مطالعه و به منظور جمع آوری داده ها از فرم مشخصات فردی و پرسشنامه بررسی یبوست، استفاده شده است. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و آزمونهای تی و کا دوی پردازش گردید.

نتایج: آزمون تی زوج تفاوت معنی داری بین میانگین و انحراف معیار یبوست در بعد و قبل از رفلکسولوژی در گروه آزمون نشان داد ($P:0/000$) در صورتی که بین میانگین و انحراف معیار شدت یبوست در آغاز و پایان مطالعه در گروه شاهد تفاوت معنی داری دیده نشد. نتیجه گیری: با توجه به شیوع یبوست در بارداری و تأثیر رفلکسولوژی در کاهش یبوست، لزوم توجه به رفلکسولوژی به عنوان یک روش درمانی مکمل و جانشین نمایان گردید.

References

1. Your pregnancy magazine. reflexology during pregnancy. Available at: www. Women 24.com – what women want .
2. Ponce J, Martínez B, Fernández A, Ponce M, Bastida G, Plá E, et al. Constipation during pregnancy: alongitudinal survey based on self-reported symptoms and the Rome II criteria. Eur J Gastroenterol Hepatol 2008 Jan;20(1):56-61.
3. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of during massage on pain and anexity labour:a randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs. 2002 Apr; 38(1): 68-73.
4. Bradley CS, Kennedy CM, Turcea AM, Rao SS, Nygaard IE. Constipation in pregnancy. Obstet Gynecol 2007; 110 (6): 1351-7.
5. Cullen G, Odonoghue D. Constipation and Pregnancy, Best Pract Res Clin Gastroenterol 2007; 21(5): 807-18.
6. Prather C M. Constipa. pregnancy – related tion. curr gastroentero / Rep. 2004 OCT; 6(5): 402–4 04.
7. Jewell DJ, yong G. Intervention for treating constipation in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2002; (2): CD 001142 .
8. Bonapace, Eugene. Constipation and Diarrhea in pregnancy. Gasteroenter Clinic of North Am. 1998 27 (1): 197-211.
9. Derbyshire Ej, Davies J, Detmar P. Changes in bowel function: Pregnancy and the puerperium. Dig Dis Sci 2007; 52(2): 324-8.
۱۰. طباطبایی چهر محبوبه. بررسی مقایسه ای بروز و شدت شکایات شایع گوارشی زنان باردار خانه دار و شاغل مراجعه کننده به مراکز مراقبت های قبل از تولد شهر بجنورد (۷۸-۱۳۷۹).
11. Bishope E, Mckinone E, weir E, Brown DW. Reflexology in the management of encopresis and chronic constipation. Paediatr nurs 2003; 15(3) : 20-23 .
12. Nancy LN, stephenson JA. using Reflexology for pain management. J Holistic nursing 2003; (21): 179 -182.
13. David P, Anne w. The complete Guide Integrated Medicine. Dorling Kkindersley; 2000.
14. Gooly S. Reflexology in pregnancy and Birth. 2002. Available at: www. Fameliesonline.CO.UK / article
15. Ferrer de Dios R. Reflexology. Rev Enferm 2005 Mar; 28(3): 42-6.
16. Quattrin R, zanini A, Buchini S. "use of Reflexology Foot massage to reduce anxitey in hospitalized cancer patients in chemotherapy treatment : methodology and out comes. J nurs manag 2006 mar; 14(2): 96-105.
۱۷. فیروزی محبوبه. کاربرد رفلکسولوژی در زنان و مامایی. مجله علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد، سال پنجم، شماره ۱۷ و ۱۸ (پاییز و زمستان ۱۳۸۲).

18. Lee ym. Effect of self – foot Reflexology massage on Depression , stress and Immune functions of middle Aged women. *Taehan kanho Hakhoe chi* 2006 Feb; 36(1): 179-88.
 19. Zhi-wen, gong, wei-song, xin. Foot Reflexology in the Treatment of Functional oyspepsia: A clinical Analysis of 132 cases. (19) 96 Beijing international Reflexology conference (Report), china preventive medical Association and the Chinese society of Reflexology, Beijing 1996; 37.
 20. Song RH, Kim DH. The effects of foot reflexion massage on sleep disturbance, depression disorder, and the physiological index of the elderly. *Taehan kanho Hakhoe chi* 2006 feb; 36 (1): 15-24.
 21. Yang JH. The effects of foot reflexology on nausea, vomiting and fatigue of breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Taehan kanhoe Hak hoe chi* 2006; 35 (1): 177-185.
 22. Lee YM. Effect of self- foot reflexology massage on depression, stress responses and immune function of middle aged women,. *Taehan kanho Hakhoe chi*,2006 feb; 36 (1): 179-188.
 23. Sdmeier I. Changes of renal blood flow during organ- associated foot reflexology measured by color Doppler sonography. *Forsch komplementarmed* 1992 jun; 6(3): 129134.
 24. Williamson J, White A, Hart A, Ernest E. Randomised controlled trial of reflexology for menopausal symptoms. *Bjog* 2002 sep; 109(9): 1050-1055.
 25. Jianhua, Sun. The comparsion of curative effects between foot reflexology and Chinese traditional medicine in treating 37 cases with males sexual Dysfunction: foot reflexology as an accessory treatment after external lithitritry a clinical observation of 46 cases. *China reflexology symposium report, china reflexology association, beijing* 1996; P: 75.
 26. Ji- Eun Han. Effect of Hand Massage on Nausea, Wamiting and Anxiety of childhood acute lymphocytic leukemia with High Dose chemotherapy. Presented at Back to Evidence – Based Nursing : strategies for improving practice , sigma Theta Tau International, July 21, 2004.
۲۷. پورغزنین طیبه، غفاری فاطمه. بررسی تأثیر رفلکسولوژی کف پا بر روی شدت خستگی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر رامسر. *مجله حیات*، دوره دوازدهم، شماره (۴ زمستان ۱۳۸۵) ص ۱۱-۵.
28. Mc Millan Sc, Williams FA .Vlidity of the constipation. Assessment scale,cancer nurs 1989 jun;12(3):183-188.
 - 29- Broussard BS.The constipation assessment scale for pregnancy. *J obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998 may – jun 17 ;(3): 297-301.
 - 30- Reflexology_dvd 2006.html . Available at:<http://www.solepurpose.co.uk>.
 - 31- Tovey P . A single – blind trial of Reflexology for irritable bowel Syndrome . *Br J* 2002 Jan ; 52 (474): 9-23 .

32-Yuru Yang,Linyun,Chao,Guangling,Meng,Scuwe, et al .Exploring the Application of Foot Reflexlogy to the Preventions and Treatment of Functional Constipation. China Reflexlogy Symposium Report ,China Reflexlogy Association,Beijing 1994;62 .