

# بررسی تأثیر تمرینات کگل بر کاهش درد پرینه بعد

## از اپی زیاتومی در زنان نخست زا

فاطمه محمودی<sup>۱</sup>، آسیه مبارکی<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی آبادان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، واحد بین المللی اروند آبادان، اهواز، ایران.

۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۷/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۲/۴

### خلاصه

**مقدمه:** اپی زیاتومی یکی از متداول ترین اعمال جراحی زنان است و درد ناشی از اپی زیاتومی بالای ۶۰ درصد گزارش شده است. عدم کنترل موثر درد ناحیه لگن و پرینه، باعث بروز اثرات روحی و فیزیولوژیکی نامطلوبی می شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر تمرینات کگل بر کاهش درد پس از عمل اپی زیاتومی در مادران نخست زا انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یک سوکور در سال ۱۳۹۱ بر روی ۶۴ زن نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد (ع) شهر یاسوج جهت انجام زایمان طبیعی که اپی زیاتومی شده بودند، انجام شد. افراد به طور تصادفی ساده و متوالی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، تحت مداخله و مراقبت های معمول و تمرینات ورزشی کگل قرار گرفته و افراد گروه شاهد تحت مراقبت های معمول بخش قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه و مقیاس دیداری درد بود. شدت درد، میزان مسکن مصرفی و تعداد دفعات مصرف مسکن (مفنامیک اسید) طی ۴۸ ساعت اول در دو گروه بررسی شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های تی مستقل و ضریب همبستگی انجام شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

**یافته ها:** میانگین شدت درد بعد از اپی زیاتومی بر اساس مقیاس دیداری درد در گروه مورد و شاهد به ترتیب  $۷/۹ \pm ۰/۵$  و  $۵/۹ \pm ۰/۸$ ، میانگین میزان مصرف مسکن خوراکی در گروه مورد و شاهد بعد از انجام اپی زیاتومی به ترتیب  $۰/۲۹ \pm ۰/۸۰$  و  $۱/۱۶ \pm ۱/۳۹$  میلی گرم در هر بار و میانگین تعداد دفعات مصرف مسکن مخدر در گروه مورد و شاهد به ترتیب  $۰/۹۴ \pm ۰/۹۲$  و  $۴/۰۹ \pm ۱/۰۳$  بار بود. شدت درد، میانگین میزان مصرف مسکن خوراکی و میانگین تعداد دفعات مصرف دارو در گروه آزمایش به طور معنی داری کمتر بود ( $p < ۰/۰۵$ ).

**نتیجه گیری:** استفاده از تمرینات کگل پس از اپی زیاتومی باعث کاهش درد شده و همچنین میزان مسکن خوراکی مصرفی و دفعات مصرف مسکن کاهش می یابد.

**کلمات کلیدی:** اپی زیاتومی، تمرینات کگل، درد

\* نویسنده مسئول مکاتبات: آسیه مبارکی، دانشکده پرستاری و مامایی آبادان، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، واحد بین المللی اروند آبادان، اهواز، ایران. تلفن: ۰۷۴۱-۱۳۳۳۱۷۴۱؛ پست الکترونیک: mobarakiasea@yahoo.com

## مقدمه

درد، یک مشکل جهانی است که از بدو تولد تا آخرین مرحله حیات وجود داشته و علاوه بر تنش های جسمی و روانی، سالانه هزینه زیادی را به جامعه تحمیل می کند. درد ناشی از عمل جراحی نیز از موارد حادی است که تعادل و سلامتی بیمار را به مخاطره می اندازد. اپی زیاتومی یکی از اعمال جراحی معمول در مامایی است. ۹۴ درصد مادران تا ۴۸ ساعت بعد از اپی زیاتومی از درد پرینه شکایت دارند (۱، ۲).

کاهش درد حین زایمان و پس از آن همواره مورد توجه متخصصین بوده است. میزان درد متوسط تا شدید ناشی از اپی زیاتومی بالای ۶۰ درصد گزارش شده است (۳). این درد، مانع تخلیه ادرار و مدفوع شده، همچنین اپی زیاتومی باعث درد در حین نزدیکی تا ۶ ماه بعد از زایمان می شود (۴). درد زیاتومی فعالیت های روزمره از جمله راه رفتن و نشستن را مشکل ساخته، ایجاد ارتباط بین مادر و نوزاد را به تأخیر انداخته و گاهی اوقات از ایجاد رابطه عاطفی بین آن ها جلوگیری می کند (۵). میزان اپی زیاتومی بین سال های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ در برخی کشورها کاهش یافته است. شیوع اپی زیاتومی در انگلستان ۴۰ درصد، آمریکای شمالی ۵۴ درصد، در اروپای شرقی ۹۹ درصد (۷، ۸) و در کشورهای آسیایی مانند هند، بالای ۹۰ درصد گزارش شده است (۹، ۱۰). خواجوی و همکاران (۲۰۰۹) فراوانی اپی زیاتومی در زنان نخست زارا در ایران ۹۷/۳ درصد گزارش کردند (۱۱). کارچر ۲۰۰۴ گزارش نمود، ۹۷ درصد زنان بعد از ۲۴ ساعت درد در ناحیه پرینه داشتند و بعد از ۷ روز درد در ناحیه پرینه به ۷۱ درصد رسید (۱۲).

جهت کاهش درد پرینه متعاقب اپی زیاتومی مداخلات زیادی در سراسر دنیا پیشنهاد شده است. برای مثال در مطالعه چیتاکاران و همکاران (۲۰۰۴) در تایلند، مصرف رکتال ناپروکسن، درد محل اپی زیاتومی را در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان به میزان زیادی کاهش داد. در مطالعه اکساکا و همکاران (۲۰۰۳) در ترکیه نیز زنانی که بعد از ترمیم اپی زیاتومی لیدوکائین گرفتند، نسبت به گروه گیرنده ایندومتاسین، درد کمتری بعد از

اپی زیاتومی نشان دادند (۱۳، ۱۴)؛ استفاده از داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی در کاهش شدت درد ناحیه پرینه مؤثرند، اما بار اقتصادی زیادی برای مصرف کننده و جامعه به دنبال دارد. اثرات جانبی دارو را نیز نباید نادیده گرفت. لذا در حال حاضر از روش های کم هزینه، غیر تهاجمی، غیر دارویی نظیر آرام سازی عضلانی همچنین ورزش های عضلات کف لگن می توان استفاده کرد که مورد پذیرش بیماران و متخصصین می باشد.

محققین بر آن شدند تا تمرینات kegel (ورزش های عضلات کف لگن و پرینال) را با استفاده از حمام نشسته برای کاهش درد در بیماران به کار گیرند. این روش در سال ۱۹۴۸ توسط کگل جهت بهبود و اصلاح شلی و آتروفی عضلات کف لگن ارائه شد. این تمرینات ورزشی ۶۰ بار در روز (۱۰ ثانیه انقباض و ۱۰ ثانیه استراحت) به منظور حفظ وضعیت آناتومیکی طبیعی لگن انجام می شود و از اهداف سودمند آن، کاهش درد و کاهش احساس سنگینی در لگن می باشد. این تمرینات به مقاومت در ناحیه ولو و قدرت ماهیچه های پرینه و عضلات کف لگن کمک کرده و بهبودی را سریع تر و از سندرم شلی عضلات کف لگن جلوگیری کرده و خون رسانی را بهبود می بخشد. همچنین در دفع ادرار و مدفوع به بیمار کمک می کند (۱۵-۱۷). همچنین تمرینات سفت کننده عضلات کف لگن و پرینه و تکنیک های تنفسی در ارتقاء ترمیم بافت های پرینه و توان عضلانی و افزایش کنترل درد اهمیت زیادی دارند (۱۸). در مطالعاتی که در این زمینه در سایر کشورها انجام شد، انجام ورزش های کف لگن در ۶۲-۶۰ درصد و حتی تا ۸۲-۷۷ درصد، باعث کاهش حملات بی اختیاری ادرار شد (۱۹). مطالعه سار و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد استفاده از این ورزش ها به مدت ۸ هفته، قدرت عضلات کف لگن را بهبود می بخشد (۲۰)، اما دولان و همکاران (۱۹۹۹) گزارش کردند بی اختیاری استرسی ادرار ارتباطی با ورزش های کف لگن در دوره پس از زایمان ندارد (۲۱). همچنین در مطالعه لورنزی (۱۹۹۱)، افراد استفاده کننده از تمرینات ورزشی کف لگن و تکنیک آرامش

عضلانی نسبت به گروه شاهد که فقط مسکن دریافت می کردند اختلاف معنی داری نداشتند و هیچ ارتباطی بین افزایش دفعات استفاده از تکنیک آرامش عضلانی و درد وجود نداشت (۲۲). در مطالعه چونگ و همکاران (۲۰۰۴) انجام ورزش کگل در بیماران هموروئیدی، کاهش نیاز بیماران به مسکن را پس از عمل به دنبال داشت (۲). همچنین در مطالعه متوسلیان و همکار (۲۰۰۳) تحت عنوان "تأثیر تمرینات آرامش عضلانی بر درد ناحیه اپی زیاتومی زنان"، استفاده مکرر از تکنیک آرامش عضلانی در کاهش درد ناحیه پرینه مؤثر بود (۲۳). با توجه به نتیجه مطالعات ذکر شده، با آموزش این تمرینات به مادران بعد از اپی زیاتومی می توان از آن ها خواست که این تکنیک غیر تهاجمی را انجام دهند تا هم از اضطراب آن ها کاسته شود و هم آگاهانه با تصمیم گیری مستقل برای مراقبت از خود اقدام کنند. در مطالعات متعددی که در این زمینه انجام شده است، تأکید فراوانی بر اهمیت این ورزش شده است (۱۹، ۲۴، ۲۵)، اما با این وجود مطالعه ای مستقیم در این زمینه انجام نشده است. لذا با توجه به مراتب فوق مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر تمرینات کگل بر درد پس از اپی زیاتومی در مادران نخست زای انجام شد تا در صورت مؤثر بودن این روش بر کاهش درد، روش های غیر دارویی در زمینه تسکین درد مورد استفاده قرار گیرد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی- تصادفی شده یک سوکور در سال ۹۱ بر روی ۶۴ زن نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان امام سجاد(ع) شهر یاسوج جهت انجام زایمان طبیعی که اپی زیاتومی شده بودند، انجام شد. جهت انجام نمونه گیری، تمام بیماران واجد شرایط به صورت آسان و متوالی انتخاب شدند، سپس افراد به صورت تصادفی بلوکی با بلوک های دوتایی به دو گروه تخصیص داده شدند. با توجه به نوع مطالعه و هدف پژوهش و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، حجم نمونه برای هر گروه ۳۲ نفر در نظر گرفته شد. تمام بیماران از نظر سن، سطح سواد و شاخص توده بدنی همسان و از نظر نوع برش اپی زیاتومی (طرفی-

میانی)، روش ترمیم، نوع نخ مصرفی، عامل زایمان و مقدار ماده بی حسی، یکسان بودند. معیارهای ورود مطالعه شامل: زنان نخست زای با زایمان واژینال تک قلو با اپی زیاتومی بدون پارگی، عدم استفاده از ابزار کمکی واکيوم و عدم سابقه بیماری های سیستمیک بود. معیار خروج افراد از مطالعه شامل عدم همکاری و یا تشخیص بیماری سیستمیک در طول مطالعه بود. روش اجرا به این ترتیب بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه و مسئولین بیمارستان، شروع به انجام مطالعه کرد؛ بدین ترتیب که پژوهشگر با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه و انتخاب نمونه ها، با کسب رضایت نامه کتبی از مادران نمونه های پژوهش را انتخاب کرد. افراد قبل از زایمان به طور تصادفی در یکی از دو گروه مورد (انجام دهنده ورزش کگل) و شاهد (مراقبت های معمول) قرار گرفتند. برای افراد گروه آزمایش در زمان پذیرش مادر برای زایمان، تمرینات kegel آموزش داده شد و پس از زایمان نیز آموزش ادامه داشت؛ به گونه ای که مادران گروه مورد هنگام استفاده از حمام نشسته، عضلات کف لگن را ۱۰ بار آهسته منقبض کرده و به مدت ۱۰ ثانیه در حالت استراحت نگهدارند. این تمرینات بایستی به دلخواه حداقل ۸-۶ بار در روز انجام می شد و به افراد توصیه شد که تعداد دفعات تمرین ورزشی حتی تا ۶۰ بار در روز باشد و این تمرینات را در تخت با شل ننگ داشتن عضلات شکم و عضلات گلوئیتال انجام دهند و به تدریج به دفعات تکرار ورزش در طول روز افزوده شود. در حضور پژوهشگر از بیمار خواسته می شد که تمرین را انجام دهد تا در صورت وجود اشکال برطرف شود. ولی گروه شاهد فقط از حمام نشسته و مراقبت های روتین بخش استفاده کردند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه فردی و مقیاس اندازه گیری بصری درد بود. پس از شروع مطالعه به مادران هر دو گروه با استفاده از جزوه آموزشی و مصاحبه، توضیحات و آموزش های لازم در زمینه مقیاس بصری درد (VAS)<sup>۲</sup> داده شد. ابزار سنجش درد، معیار مقایسه بصری درد بود. این مقیاس استاندارد بوده و به صورت نموداری به طول ۱۰

<sup>2</sup> Visual Angalogue Scale

معنی دار نبود ( $p < 0/05$ ). بیماران دو گروه از نظر شاخص توده بدنی و سطح سواد نیز تفاوت معنی داری نداشتند ( $p < 0/15$ ). میانگین درد بعد از انجام زایمان و ترمیم پریینه طی ۶ ساعت پس از زایمان در گروه آزمایش  $9/31 \pm 2/55$  و در گروه شاهد  $9/6 \pm 0/65$  بود که اختلاف آماری معنی داری نداشت ( $p = 0/25$ ). میانگین درد بعد از اپی زیاتومی و ترمیم آن طی ۱۲ ساعت پس از زایمان در گروه آزمایش  $8/18 \pm 1/32$  و در گروه شاهد  $9/43 \pm 1/6$  ( $p = 0/003$ ) و طی ۱۸ ساعت پس از زایمان در گروه آزمایش  $7/39 \pm 0/21$  و در گروه شاهد  $8/48 \pm 1/33$  بود که اختلاف آماری معنی داری داشت ( $p < 0/008$ ). همچنین میانگین درد بعد از انجام اپی زیاتومی طی ۲۴ ساعت پس از زایمان در گروه آزمایش  $5/80 \pm 1/88$  و در گروه شاهد  $7/7 \pm 1/94$  بود که اختلاف آماری معنی داری نشان داد ( $p < 0/004$ ). میانگین درد پس از ترمیم اپی زیاتومی طی ۴۸ ساعت پس از زایمان در گروه آزمایش  $3/3 \pm 2/4$  و در گروه شاهد  $4/75 \pm 2/89$  بود که اختلاف آماری معنی داری داشت ( $p < 0/2$ ). شدت درد در گروه آزمایش و شاهد پس از تمرینات کگل و کاربرد مسکن در جدول ۱ آمده است.

سانتی متر است که ابتدای آن صفر و انتهای آن ۱۰ می باشد. بدون درد، صفر و حداکثر درد با درجه ۱۰ اندازه گرفته می شود. پایایی مقیاس درد در سطح جهانی ثابت شده است. همچنین به هر دو گروه در مورد تسکین شدت درد و استفاده از مسکن و یادداشت آن در فرم مربوطه آموزش داده شد. پس از زایمان و انجام عمل اپی زیاتومی، میزان درد هر دو گروه به عنوان میزان پایه ۶ ساعت بعد از انجام اپی زیاتومی که اثر لیدوکائین از بین رفته باشد در فرم مربوطه و در ساعت ۱۲، ۱۸، ۲۴ و ۴۸ ساعت بعد از زایمان و میزان مسکن مصرفی روزانه تا ۴۸ ساعت بعد ثبت شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از شاخص های مرکزی و پراکندگی و جدول توزیع فراوانی و برای تحلیل داده ها با توجه به وجود شرایط استفاده از آزمون های پارامتری از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و تی مستقل استفاده شد ( $p < 0/05$ ).

## یافته ها

میانگین سنی افراد در گروه آزمایش  $24/22 \pm 6/8$  سال و در گروه شاهد  $23/8 \pm 7/5$  سال بود که از نظر آماری

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب شدت درد در دو گروه مورد (پس از تمرینات ورزشی کگل) و گروه شاهد (پس از کاربرد مسکن مصرفی معمول خوراکی مفنامیک اسید)

شدت درد	گروه مورد تعداد و درصد	گروه شاهد تعداد درصد
<۶	۱۳(۴۱)	۰(۰)
۳-۷	۱۹(۵۹)	۳(۹)
۷/۱-۸	۰(۰)	۱۹(۵۹)
۸/۱-۹	۰(۰)	۱۰(۳۲)
۹/۱-۱۰	۰(۰)	۰(۰)
جمع	۳۲(۱۰۰)	۳۲(۱۰۰)

۱۸ ساعت اول بعد از انجام زایمان و ترمیم اپی زیاتومی در گروه مورد  $0/35 \pm 0/8$  و در گروه شاهد  $1/17 \pm 0/32$  بود که اختلاف آماری معنی داری داشت ( $p = 0/001$ ). همچنین میانگین تعداد مسکن دریافتی بعد از اپی زیاتومی طی ۲۴ ساعت اول پس از ترمیم اپی زیاتومی

میانگین تعداد مسکن مصرفی خوراکی (مفنامیک اسید ۲۵۰ میلی گرمی) بعد از اپی زیاتومی طی ۶ ساعت اول زایمان در گروه آزمایش  $1/32 \pm 0/87$  و در گروه شاهد  $1/14 \pm 0/93$  بود که اختلاف آماری معنی داری نداشت ( $p = 0/08$ ). میانگین تعداد مسکن دریافتی طی ۱۲ و

گروه شاهد  $0/97 \pm 1/03$  بود که اختلاف آماری معنی داری داشت ( $p=0/001$ ). تعداد دفعات مصرف مسکن خوراکی در گروه آزمایش پس از تمرینات کگل و شاهد در جدول ۲ آمده است.

در گروه آزمایش  $0/25 \pm 0/84$  و در گروه شاهد  $1/37 \pm 1/13$  بود که اختلاف آماری معنی داری داشت ( $p=0/0004$ ). میانگین تعداد مسکن دریافتی بعد از انجام زایمان و ترمیم پریینه طی ۴۸ ساعت اول پس از ترمیم اپی زیاتومی در گروه آزمایش  $0/24 \pm 0/83$  و در

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش برحسب تعداد دفعات مصرف مسکن در دو گروه مورد (پس از تمرینات ورزشی کگل) و گروه شاهد (پس از کاربرد مسکن)

تعداد دفعات مصرف مسکن	گروه مورد تعداد ( درصد )	گروه شاهد تعداد ( درصد )
۰	۱۳(۴۱)	۰(۰)
۱	۱۰(۳۱)	۱(۲)
۲	۷(۲۲)	۰(۰)
۳	۲(۶)	۷(۲۲)
۴	۰(۰)	۱۳(۴۱)
۵	۰(۰)	۹(۲۹)
۶	۰(۰)	۲(۶)
جمع	۳۲(۱۰۰)	۳۲(۱۰۰)

## بحث

تسکین درد پریینه ناشی از اپی زیاتومی با روش های غیر تهاجمی از جمله فیزیکیال تراپی کف لگن از اولویت هایی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس نتایج این مطالعه، ورزش عضلات کف لگن باعث کاهش عمده درد در مادران نخست زای اپی زیاتومی شده پس از زایمان می شود. در مطالعه حاضر شدت درد در گروه مورد که تمرینات عضلات کف لگن بعد از اپی زیاتومی را انجام می دادند کمتر از گروه شاهد بود. در همین زمینه در مطالعه رنزی و همکاران (۲۰۰۵) با بکارگیری تکنیک تصویرسازی هدایت شده یا همان آرامش سازی به صورت مورد و شاهد در عمل جراحی کولورکتال، درد در بیماران گروه مورد به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود (۱۵). همچنین در مطالعه ویلسون (۱۹۸۱) که تأثیر آرامش عضلانی بر درد بعد از عمل جراحی هیستریکتومی و جراحی کیسه صفرا مورد بررسی قرار گرفت، درد بعد از عمل به طور چشمگیری کاهش یافته بود و از مسکن کمتری استفاده شده بود (۲۶). همچنین مطالعه دیویس و همکاران (۲۰۰۳) نشان داد که اسپاسم اسفنکتر داخلی

و عضلات اطراف رکتوم، نقش اساسی در درد بیماران دارند، بنابراین تمرینات عضلات ناحیه واژن و رکتوم باعث شلی عضلات شده و درد را کاهش می دهد (۲۷) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه حاضر میانگین شدت درد در ساعت های اولیه در دو گروه تفاوتی نداشت، زیرا در ساعات اولیه تا ۶ ساعت پس از زایمان بیماران اثرات بی حسی موضعی ناشی از لیدوکائین را دارند، اما به تدریج که از مدت زمان بعد از زایمان گذشته و بیمار می تواند تمرینات را انجام دهد، در طی ساعت های ۱۲، ۱۸، ۲۴ و ۴۸ بعد از عمل، کاهش معنی داری در شدت درد گروه مورد نسبت به شاهد مشاهده شد. می توان چنین استنباط کرد که افراد گروه مورد به دلیل پی بردن به اثربخشی تمرینات در کاهش درد طی دفعات اولیه، سعی در استفاده دقیق تر، بیشتر و بهتر از ورزش های کف لگن کردند. همچنین افزایش آمادگی و مصمم شدن بر کاهش درد، باعث پاسخ بهتر به شدت درد می شود. در همین زمینه در مطالعه متوسلیان و همکار (۲۰۰۳)، اثر تمرینات آرام سازی عضلانی بر درد ناحیه اپی زیاتومی نشان داد بیشترین شدت درد مربوط به ۲ ساعت اول

در افراد مورد که از تنس استفاده کرده اند بوده است (۳۱) که تا حدودی با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. امروزه با انجام مداخلات غیر دارویی مانند فیزیکی درمانی، درمان های مکمل، درمان های رژیمی و مشاوره، سعی در کاهش نیاز و حتی قطع استفاده از دارو درمانی می شود (۳۲). احتمال می رود که در مطالعه حاضر استقلال واحدهای پژوهش در گروه مورد در تعیین شدت درد و استفاده از ورزش های کف لگن در موارد لزوم بر نحوه درخواست آن ها جهت دریافت مسکن تأثیر داشته است، به همین دلیل کاهش مصرف داروی مسکن باعث می شود که از عوارض جانبی آن نیز کاسته شده و از اثرات سوء بر روی بیمار جلوگیری و صرفه اقتصادی نیز به همراه داشته باشد.

از جمله محدودیت های این مطالعه، تعداد کم نمونه و کمبود وقت قبل از انجام برش اپی زیاتومی با توجه به داشتن درد زایمان جهت آموزش بیماران بود. پیشنهاد می شود مطالعات بعدی با حجم نمونه بالاتر و فراهم سازی فرصت بیشتر جهت آموزش بیمار در نظر گرفته شود.

### نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد: انجام تمرینات کگل پس از اپی زیاتومی با درد کمتر همراه بوده، میزان مسکن مصرفی و دفعات مصرف مسکن کاهش یافت. پیشنهاد می گردد تمرینات کگل به عنوان یک روش غیر تهاجمی و غیر دارویی جهت کاهش درد پس از اپی زیاتومی مورد استفاده قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از مقاله کد ۲۳/۵/۷۹۵۷/پ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه یاسوج می باشد. بدین وسیله از تمام همکاران ماما و پرسنل بخش زنان بیمارستان امام سجاد (ع) شهر یاسوج تشکر و قدردانی می شود.

بعد از زایمان بوده که به ترتیب میانگین و انحراف معیار شدت درد در گروه مورد و شاهد  $2/42 \pm 1/67$  و  $3/88 \pm 1/77$  بوده است. این اعداد به تدریج در ویزیت های بعدی کاهش یافته و بعد از ۲۴ ساعت پس از زایمان اختلاف از نظر اماری معنی دار بوده است بطوری که هیچ کدام از افراد مورد درخواست مسکن نمودند. در مطالعه نوارو ونانزی (۲۰۰۰) بیمارانی که بعد از عمل هموروئید تمرینات کگل را انجام دادند، در ساعت های ۸، ۱۲، ۱۹ و ۲۴ درد در گروه مورد کاهش قابل توجهی نسبت به گروه کنترل داشت (۲۸) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد از نظر دریافت مسکن مصرفی خوراکی اختلاف معنی داری بین دو گروه مورد و شاهد وجود داشت؛ چنانچه مسکن مصرفی در گروه مورد به طور قابل ملاحظه ای کمتر از گروه شاهد بود که در ۶ ساعت اول بعد از عمل تفاوت معنی دار نبود اما در ۱۲، ۱۸، ۲۴ و ۴۸ ساعت بعد از عمل، میزان مسکن مصرفی در گروه مورد نسبت به گروه شاهد کاهش قابل توجهی داشت. تعداد دفعات استفاده از مسکن خوراکی غیر استروئیدی در گروه مورد کمتر از گروه شاهد بود که شاید ناشی از این باشد که مادران گروه مورد در هنگام احساس درد در ناحیه اپی زیاتومی با انجام ورزش های کف لگن (کگل) بر درد خود فائق آمده و نیازی به دریافت داروی مسکن معمول بخش نداشتند. در همین زمینه در مطالعه ونگ و همکاران (۱۹۹۷)، گروه دریافت کننده تنس در عمل جراحی شکم، میزان مسکن کمتری نسبت به گروه کنترل دریافت کردند (۲۹). همچنین در مطالعه چپو و همکاران (۱۹۹۹) که در زمینه تأثیر تنس بر کاهش درد پس از جراحی سزارین انجام گرفت، تنس مصرف مخدرها را به میزان ۵۰ درصد کاهش داد و شدت درد را نیز کاهش داد (۳۰). در مطالعه لانتسی و همکار (۱۹۹۰) نیز که در زمینه استفاده از تنس در عمل جراحی شکم انجام شد، نتایج نشان داد کمترین تعداد دفعات استفاده از مخدر،

1. Abushaikhn L.Oweis A. Labour pain experience and intensity :a Jordanian prespective. *Int J Nurs Pract* 2005 Feb;11(1):33-8.
2. Chung YC, Hou YC, Pan AC. Endoglin (CD105) expression in the development of heamorrhoids. *Eur J Clin Invest* 2004 Feb;34(2):107-12.
3. Steen M, Cooper K, Marchant P, Griffiths-Jones M,Walker J. A randomised Controlled trial to compare the effectiveness of ice-packs and Epifoam with cooling maternity gel pads at all eviating postnatal perineal trauma. *Midwifery* 2000 Mar;16(1):48-55.
4. May KA, Mahlmeister LR. *Maternal and neonatal nursing: family-centered care.* 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia:Lippincott;1994.
5. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma ta birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health* 2005 Sep-Oct;50(5):365-72.
6. Low LK, Seng JS, Murtland TL, Oakley D. Clinican-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *J Midwifery Womens Health* 2000 Mar-Apr;45(2):87-93.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Haut JC, Rouse DJ, Spong CY. *Williams obstetrics.* 23<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill;2010.
8. Lund KJ, McManaman J. Normal labor, delivery, newborn care, and puerperium. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE. *Danforth's obstetrics and gynecology.* 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia:Lippincott Williams & Wilkins;2008:22-42.
9. Williams FL, du V Florey C, Milres GJ, Ogston SA. Episiotomy and perineal tears in low-risk UK primigravidae. *J Public Health Med* 1998 Dec;20(4):422-7.
10. Abraham S, Child A, Ferry J, Vizzard J, Mira M. Recovery after childbirth: a preliminary prospective study. *Med Aust* 1990 Jan;152(1):9-12.
11. Kajoye Shirazie C, Davaty A, Zayere F. [Episiotomy rate and its complication] [Article in Persian]. *J Ghom Univ Med Sci* 2009;3(2):1-4.
12. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1995 Nov;50(11):806-35. Review.
13. Wilasrusmee S, Chittachareon A, Jirasiritum S, Srisangchai P. Naproxen suppository for perineal pain after vaginal delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2008 Jul;10(1):19-22.
14. Seckin B, Avsar F, Parlakyigit E, Aksakal O. Effects of indomethacin suppository and lidocaine pomade for relief of post-episiotomy pain. *Int J Gynecol Obstet* 2002 Aug;78(2):159-61.
15. Renzi C, Peticca L, Pescatori M. The use of relaxation techniques in the perioperative management of proctological patients: preliminary results. *Int J Colorectal Dis* 200 Nov;15(5-6):313-6.
16. Mobaraki A. Effective exercise on maternal & fetal "International conference Impact of Global Issues on Women & Children. Dhaka ,Bangladesh 2006:February 12-16:121.
17. Namvar F, Golmakani N. [Assessment and pelvic floor muscle strengthening exercises using vaginal cones Kejel] [Article in Persian]. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2002;8(4)16-23.
18. Burroughs A. *Maternity nursing: an introductory text.* 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia:W.B. Saunders;1997:232.
19. Baba-Muhammad H, Khalili H. [The effect of pelvic floor exercise to treat urinary incontinence in the elderly in hospitals of Imam Reza Ghrzy Sirjan, 2000] [Article Persian]. *J Sirjan Univ Med Sci* 2004;11(3):63.
20. Sar D, Khorshid L. The effect of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009 Jul-Aug;36(4):422-35.
21. Dolan LM, Casson K, McDoland P, Ashe RG. Urinary incontinence in Northern Ireland: a prevalence study. *BJU Int* 1999 May;83(7):760-6.
22. Lorenzi EA. Relaxation: episiotomy incisional pain & overall discomfort. *J Adv Nurs* 1991 Jul;16(6):701-9.
23. Motavaselian M, Farnia F. [Muscle relaxation techniques to investigate the effect of episiotomy pain where women primy parr spicial nursing] [Article Persian]. *J Shahid Sadoghi Yazd Univ Med Sci* 2003;10:25-32.
24. Kashanian M, Shah A Nazemi.M [Effects of exercise machines and kegel master of urinary incontinence in women of reproductive age and their compression] [Article in Persian]. *J Iran Univ Med Sci* 2010 Nov;17(77): 55-66
25. Raz S. *Female urology.* 2<sup>nd</sup> ed . Philadelphia:W.B. Saunders;1996.
26. Willson JF. Behavioral preparation for surgery: benefit or harm? *J Behav Med* 1981 Mar;4(1):79-102.
27. Davies J, Duffy D, Boyt N, Aghahoseini A, Alexander D, Leveson S. Botulinum toxin (botox) reduces pain after hemorrhoidectomy: results of a double-blind, randomized study. *Dis Colon Rectum* 2003 Aug;46(8):1097-102.
28. Navarro Nunez C, Pacheco Carrasco M. [Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) to reduce pain after cesarean section] [Article in Spanish]. *Gynecol Obstet Mex* 2000 Feb;68:60-3.
29. Wang B, Tang J, White PF, Naruse R, Sloninsky A, Kariger R, et al. Effect of the intensity of transcutaneous acupoint electrical stimulation on the postoperative analgesic requirement. *Anesth Analg* 1997 Aug;85(2):406-13.

30. Chiu JH, Chen WS, Chen CH, Jiang JK, Tang GJ, Lui WY, et al. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief on patients undergoing hemorrhoidectomy: prospective, randomized, controlled trial. *Dis Colon Rectum* 1999 Feb;42(2):180-5.
31. Lantsev EA, Smirnov AA. [The use of transcutaneous electric neurostimulation for postoperative analgesia in parturients undergoing cesarean section] [Article in Russian]. *Anesteziol Reanimatol* 1990 Nov-Dec;(6):66-9.
32. Paterson C, Symons L, Britten N, Bargh J. Developing the medication change questionnaire. *J Clin Pharm Ther* 2004 Aug;29(4):39-49.