مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هفدهم، شماره 11، آبان1394، صفحه 12-7

مقایسه تاثیر پد ژل سرما و روغن زیتون موضعی بر بهبود زخم ناشی از اپی زیوتومی

راحله امانی (BSc)[1]، نورالسادات کریمان (PhD)[2*]، فراز مجاب (PhD)[3]، حمید علوی مجد (PhD)[4]، سهیلا مجیدی (MSc)[5]

1-دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
2-گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
3-مرکز تحقیقات علوم دارویی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
4-گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
5-گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی شرق گیلان، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

دریافت: 94/1/11، اصلاح:94/2/16، پذیرش:94/5/7

خلاصه

سابقه و هدف: اپی زیوتومی مانند هر زخم دیگری می تواند دچار عفونت یا تاخیر در ترمیم شود. از آنجا که روغن زیتون اثر ضدمیکروبی و ترمیم زخم دارد، این مطالعه به منظور مقایسه تاثیر پد ژل سرما و روغن زیتون موضعی بر بهبود زخم اپی زیوتومی در زنان نخست زا انجام شد.

مواد و روشها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی 90 زن نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. نمونه ها به روش تخصیص تصادفی به دوگروه گیرنده پد ژل سرما (به مدت 20 دقیقه، 12 ساعت اول پس از زایمان و سپس در صورت لزوم تا 10 روز پس از زایمان) و روغن زیتون موضعی (2 بار در روز، 12 ساعت اول پس از زایمان و سپس طی 10 روز پس از زایمان) تقسیم شدند. ارزیابی بهبود زخم با مقیاس ریدا، طی 12 ساعت اول و روزهای پنجم و دهم صورت گرفت. IRCT:201409164529N12

یافته‌ها: دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و سایر متغیرهای مداخله گر اختلاف آماری معنی داری نداشتند. بین گروه های پد ژل سرما و روغن زیتون از نظر قرمزی روز دهم پس از زایمان (p=0/04) تفاوت معنی دار وجود داشت. میانگین نمره ریدا در گروه پد ژل سرما (1/13±1/02) و در گروه روغن زیتون (0/97±0/84) می باشد و در بررسی روز دهم پس از زایمان میانگین نمره ریدا در گروه پد ژل سرما (0/96±0/47) و در گروه روغن زیتون (0/5±0/2) بود.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، روغن زیتون می تواند به عنوان ارتقادهنده بهبود زخم ناشی از اپی زیوتومی در زنان نخست زا پیشنهاد گردد.

واژه‌های کلیدی: اپی زیوتومی، بهبود زخم، پد ژل سرما، روغن زیتون موضعی.

مقدمه

یکی از مداخلات پزشکی در زایمان اپی زیوتومی می باشد که برای وسیع تر کردن میاندوراه به کار می رود. اپی زیاتومی به معنی برش پودندا و پرینئوتومی به معنی برش میاندوراه است؛ با وجود این بطور رایج از واژه اپی زیاتومی مترادف با پرینئوتومی استفاده می شود (1). شیوع اپی زیوتومی در کشورهای مختلف متفاوت است. در ایران آمار جامعی از اپی زیوتومی منتشر نشده، اما اپی زیوتومی شیوه معمول بیمارستان های ایران است (2). Klossner و همکاران معتقدند اگرچه اپی زیوتومی دیگر به عنوان یک عمل روتین توصیه نمی شود، اما همچنان تقریبا در 40% زایمان ها انجام می گیرد (3). سازمان جهانی بهداشت اپی زیوتومی را جزو روش هایی قلمداد میکند که معمولاً به طور غیر ضروری استفاده میگردد و توصیه مینماید در کمتر از 10 درصد موارد استفاده گردد (4). اپی زیاتومی نیز مانند هر برش دیگر جراحی خطراتی را در بردارد که از جمله آنها می توان به درد و ناراحتی میاندوراه، خونریزی، عفونت، آبسه، هماتوم، صدمه به اسفنکتر مقعد و مخاط مقعد، باز شدن زخم و گسترش پارگی اشاره کرد (6و5و3و1). تأخیر در ترمیم زخم اپی زیوتومی، باعث افزایش خطر عفونت و نتایج بد آناتومیک شده و این عفونت می تواند منجر به بروز عوارض خطرناک و حتی مرگ مادر شود. نتایج مطالعه Sereshti و همکاران نیز نشان داد که 12/5% موارد، برش اپی زیوتومی دچار عفونت می شود (7). از آنجایی که اپی زیوتومی دارای آثار فیزیولوژیک، روانشناختی و اقتصادی-اجتماعی بر زنان است، لذا نه تنها تصمیم به انجام آن بلکه چگونگی انجام این تکنیک و کیفیت مراقبت بعدی از آن نیز دارای اهمیت است (8). امروزه برای کاهش عوارض مادری ناشی از آسیب پرینه، تلاش در جهت بهبود کیفیت تشخیص و درمان متمرکز شده است (9). جهت تسکین درد پرینه می توان از

این مقاله حاصل پایان نامه راحله امانی دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی و طرح تحقیقاتی به شماره 154 دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر نور السادات کریمان
آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مامایی و بهداشت باروری. تلفن:88655366-021
Email:n_kariman@sbmu.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.1.8]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.7]

درمانهای مقعدی، خوراکی و موضعی بهره برد، درمان های موضعی به علت عوارض کمتر امروزه بیشتر مورد توجه و استفاده قرار می گیرند (10و11)، ازجمله درمانهای موضعی، استفاده از گیاهان سنتی و سرما درمانی است. سرما درمانی از جمله درمانهای موضعی است که در تسکین التهاب و صدمات بافت نرم و بهبود زخم موثر می باشد (12و4). تاثیر پد ژل سرما بر ترمیم زخم اپی زیوتومی در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته است (14و13و4). امروزه استفاده از روش کم هزینه، موثر، مناسب و قابل دسترس در مراکز بهداشتی علاوه بر بیمارستان و در عین حال قابل پذیرش توسط زنان زایمان کرده مورد توجه محققین قرار دارد (12و4) و تسکین درد ناشی از اپی زیوتومی با روش های غیر تهاجمی از جمله سرما درمانی از اولویت های بهداشتی است که کمتر مورد توجه قرار گرفته است (4). یکی از روغن هایی که به نظر می رسد در بهبود زخم اپی زیوتومی موثر باشد روغن زیتون است (9). روغن زیتون یکی از موادی است که در طب سنتی در درمان زخم ها استفاده می شود و باعث افزایش سرعت بهبود زخم می شود (15). گیاه زیتون با نام علمی اولئا اوئروپایی (Olea europaea) از خانواده اولئاسه، از جمله گیاهانی است که از گذشته های بسیار دور به عنوان یک گیاه دارویی برای درمان بسیاری از بیماریها مورد استفاده قرار می گرفت(16). روغن زیتون غنی از ماده ای به نام پلی فنول است که این ماده با از بین بردن رادیکال های آزاد، سبب ترمیم سلول ها می شود. همچنین، این ماده، دارای مقدار زیادی از ویتامین های D، A، K و همچنین ویتامین E، منبع اصلی محافظت در برابر رادیکال های آزاد است. این امر، کمک خوبی برای درمان اختلالات پوستی می باشد (8). چندین مطالعه تاثیر روغن زیتون را بر ترمیم زخم از قبیل اپی زیوتومی (9) و بهبود زخم سوختگی (17) مورد بررسی قرار دادند. با توجه به اهمیت کاهش عوارض ناشی از صدمات میاندواره در زایمان های طبیعی و اینکه پرینه ناحیه فوق العاده حساسی است، برش این محل باعث بروز بسیاری از مشکلات خواهد شد. علی رغم اینکه سرمادرمانی ساده ترین و قدیمی ترین شکل درمانی در آسیب بافت های نرم می باشد، ولی پذیرش آن در بعضی از زنان، پس از زایمان با مشکل رو به رو است. از آنجایی که استفاده از کرمهای موضعی در ترمیم پرینه به دلیل راحتی در استعمال آن، مورد استقبال بیشتری است و اثرات مفید ضد التهابی روغن زیتون موضعی روی بافتهای دیگر غیر از پرینه اثبات شده است و استفاده از هر دو روش آسان، ارزان و در دسترس برای مادران می باشد، تحقیق حاضر با هدف مقایسه تاثیر پد ژل سرما و روغن زیتون موضعی بر بهبود زخم اپی زیوتومی در زنان نخست زای بستری در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال 93-1392 انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی در سال 1393 با شماره IRCT:201409164529N12 و پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان بر روی 90 زن نخست زا که جهت زایمان طبیعی به بیمارستان امینی لنگرود و بیمارستان انصاری رودسر مراجعه کرده بودند، در فاصله خرداد تا مرداد ماه 1393 انجام گرفت. حجم نمونه با استفاده از فرمول آماری، 45 نفر برای هر گروه و در مجموع 90 نفر محاسبه شد. زنان نخست زا، دارای سن 18 تا 35 سال، زایمان واژینال تک قلو با اپی زیوتومی مدیولترال، بدون پارگی و بدون ابزار کمکی، سن حاملگی 37 تا 42 هفته کامل، وزن نوزاد بین 2500 تا 4000 گرم، ساکن استان گیلان، باسواد بودن، داشتن شاخص توده بدنی مادر در محدوده 19/8 تا 30 کیلوگرم بر متر مربع، عدم سابقه بیماری هایی مانند بیماری های مزمن سیستمیک، قلبی، ریوی، اختلالات انعقادی و بافت همبند، دیابت،کم خونی، نقص سیستم ایمنی، هموفیلی، سو تغذیه، بیماری های روانی، نداشتن حساسیت یا سابقه آلرژی به داروهای موضعی در گذشته، نداشتن اکلامپسی و پره اکلامپسی در حاملگی، عدم پارگی کیسه آب بیش از 24 ساعت، عدم اعتیاد به مواد مخدر، عدم زایمان طول کشیده، نداشتن آنومالی نوزادی، نداشتن مشکلی با سرما درمانی مانند گردش خون ضعیف و حس درد پایین نسبت به تحریکات سرما نداشتن سابقه هموروئید و فیشر آنال وارد مطالعه شدند و در صورت عدم مصرف صحیح از پد ژل و روغن زیتون، بروز آلرژی، داشتن هماتوم در ناحیه اپی زیوتومی در 24 ساعت اول پس از زایمان، تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه، داشتن رابطه جنسی در پنج روز اول پس از زایمان، دستکاری مجدد پرینه بعد از ترمیم اپی زیوتومی و عدم مراجعه به درمانگاه از مطالعه خارج شدند. مسئول بخش زایمان مورد نظر و پزشک عامل زایمان، نمونه های واجد شرایط شرکت در پژوهش، مبتنی بر هدف در بخش بعد از زایمان توسط پژوهشگر انتخاب و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت نامه کتبی، به روش تخصیص تصادفی به ترتیب ورود به مطالعه در گروه مصرف کننده پد ژل سرما و روغن زیتون موضعی تخصیص داده شدند؛ بدین ترتیب 45 نمونه در هر گروه قرار گرفتند. داده ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه اطلاعات زایمانی، فرم ثبت داروی مسکن مصرفی و عوارض جانبی دارو، فرم ارزیابی وضعیت بهداشتی و مقیاس ریدا (18) جهت بررسی بهبود زخم اپی زیوتومی جمع آوری شدند. داده ها به صورت مشاهده، مصاحبه، معاینه و مطالعه پرونده مددجو و با حضور مستقیم پژوهشگر در بیمارستان جمع آوری شد. سوالات مربوط به وضعیت بهداشتی شامل هشت سوال مربوط به امکانات بهداشتی در منزل و رعایت بهداشت فردی بود. برای همگونی واحدهای مورد پژوهش بر اساس وضعیت بهداشتی، پژوهشگر بر آن شد تا پس از پاسخ دادن واحدهای مورد پژوهش به سوالات مربوط به وضعیت بهداشتی با توجه به پاسخ آنها، به هر یک امتیازی داده و سپس بر حسب امتیاز کسب شده بهداشت آنها در سطح ضعیف، متوسط و خوب طبقه بندی شد. جهت تعیین اعتبار فرم اطلاعات فردی، فرم مشخصات مامایی و زایمانی، فرم داروی مسکن مصرفی و عوارض جانبی داروها و فرم ارزیابی وضعیت بهداشتی از روش اعتبار محتوای کیفی استفاده شد. بدین ترتیب که این فرم از طریق مطالعه کتب مرجع و مقالات علمی و با توجه به اهداف پژوهشی و شناخت متغیرهای مخدوش کننده و نیز راهنمایی اساتید محترم تدوین شد و پس از نظرخواهی از 10 تن از اعضای محترم هیئت علمی گروه مامایی و متخصص زنان و زایمان قرار داده شد و مورد قضاوت و بررسی قرار گرفت و بعد از لحاظ کردن اصلاحات اعتبار آن تایید شد. فرم های اطلاعات فردی، مشخصات مامایی و زایمانی، داروی مسکن مصرفی و عوارض جانبی داروها نیازی به پایایی نداشت. برای پایایی فرم وضعیت بهداشتی در روز دهم بعد از زایمان این فرم توسط 10 نفر از نمونه ها تکمیل و برای تعیین همبستگی بین آنها از آزمون اسپیرمن استفاده شد و اختلاف معنی داری بین نتایج مشاهده نشد. مقیاس ریدا ابزاری است که جهت ارزیابی پرینه در سال 1974 توسط دیویدسون ساخته شد، که با کمک آن می توان قرمزی، ادم، کبودی، ترشح و به هم پیوستگی لبه زخم را بررسی کرد. مقیاس ریدا ابزاری است

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.1.8]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.7]

معتبر، که در سال 2009 توسط Malekpoor و همکاران در بررسی بهبود زخم اپی زیوتومی، اعتبار آن تایید شد (18و19). جهت بررسی پایایی مقیاس ریدا از آزمون توافق بین مشاهده گران استفاده شد، به این منظور به طور همزمان فرم کنترل بهبود پرینه، 10 نفر از نمونه ها در روز پنجم بعد از زایمان توسط پژوهشگر و یکی از همکاران که از نظر علمی و سابقه کاری هم سطح با پژوهشگر می باشد، تکمیل شد و برای تعیین همبستگی آنها از آزمون اسپیرمن استفاده شد و ضریب پایایی 0/85 به دست آمد. بعد از زایمان، آموزش های لازم در مورد نحوه مراقبت از میانداوره و بخیه ها، بهداشت فردی، تغذیه و میزان فعالیت فیزیکی به صورت چهره به چهره و با پمفلت به طور یکسان به نمونه ها داده شد. پرسشنامه مشخصات فردی و مشخصات مامایی و زایمانی از طریق مصاحبه و پرونده مادر تکمیل شد. قبل از انجام مداخله در هر دو گروه یک ارزیابی پایه به منظور التیام محل اپی زیوتومی، 2 ساعت پس از زایمان انجام شد. به کلیه نمونه های مورد پژوهش روتین بیمارستان (آب مخلوط با بتادین برای شستن) توصیه شد. از مادران استفاده کننده از پد ژل سرما (ساخت شرکت کاویان پارس، اندازه 1×5 و 23×5 سانتی متر) خواسته شد که پس از شستن و خشک کردن ناحیه پرینه از پدهای سرما، که در فریزر واحد زایمانی جهت استعمال برای اولین بار نگهداری می شد، استفاده کنند.

برای استفاده بعدی سه عدد پد ژل همراه با دستورالعمل استفاده، با مشخصات زنان برچسب زده شد. از نمونه ها خواسته شد که قبل از استفاده پد را با یک گاز پوشانده و بر اساس تقاضا به مدت 20 دقیقه روی محل بخیه ها قرار دهند. پدها توسط آب صابون گرم تمیز شد و پس از خشک شدن توسط حوله، جهت استفاده بعدی همان نمونه در جعبه ها جایگزین شد. از مادران گروه استفاده کننده از روغن زیتون (با ترکیبات کاملا طبیعی و بدون مواد شیمیایی، تولید شرکت اتکا) نیز خواسته شد که پس از شستن و خشک کردن ناحیه پرینه ، روغن زیتون را به طور یکنواخت و به آرامی روی منطقه بخیه شده به طوریکه روی آن را می پوشاند ،2 بار در روز به مدت 10 روز، قرار داده و بعد از 2-1دقیقه از نوار بهداشتی تمیز استفاده کنند و اینکار را تا روز دهم پس از زایمان ادامه دهند مرحله اول درمان در 12 ساعت اول (پس از گذشت حداقل 2 ساعت از ترمیم اپی زیوتومی) توسط بیمار با نظارت پژوهشگر در بیمارستان انجام گرفت. کلیه زایمان ها و ترمیم اپی زیوتومی توسط دو کارشناس مامایی با سابقه یکسان انجام شد و بررسی پرینه در طول مدت پیگیری در تمامی نمونه ها توسط یک کارشناس مامایی صورت پذیرفت. به کلیه نمونه ها، برگه پمفلتی که در آن علاوه بر آموزش ها و مراقبتهای لازم، تاریخ و ساعت مراجعه به منظور یادآوری پیگیری روزهای پنجم و دهم، مکان مراجعه و شماره تماس پژوهشگر ثبت شده بود، داده شد تا در صورت بروز هر گونه مشکل و عارضه ای از جمله حساسیت، عفونت، درد، خارش، سوختگی، خشکی در منطقه زخم و تب و لرز با پژوهشگر تماس گرفته تا بررسی و اقدامات لازم صورت گیرد. در 12 ساعت اول و همچنین در روزهای 5 و 10 پس از زایمان، میزان ترمیم برش اپی زیوتومی (قرمزی، کبودی، ادم، نوع ترشحات و فاصله دو لبه زخم از یکدیگر) توسط مقیاس ترمیم زخم ریدا در وضعیت لیتوتومی و با بکارگیری چراغ معاینه سنجیده شد و امتیاز کلی ترمیم زخم محاسبه شد. پس از پایان نمونه گیری داده ها با استفاده از آزمون های تی مستقل، کای اسکوئر، من ویتنی، تست دقیق فیشر، فریدمن و کوکران به وسیله نرم افزار آماری spss تجزیه تحلیل شدند و $p<0/05$ معنی دار گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه 90 زن نخست زا در دو گروه پد ژل سرما (45 نفر) و روغن زیتون (45 نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. افراد دو گروه از نظر سن، سطح تحصیلات زن و همسر، شغل زن و همسر، درآمد ماهیانه، وزن نوزاد، مدت بستری در بیمارستان، طول مراحل اول، دوم و سوم زایمان، مدت ترمیم اپی زیوتومی، تعداد نخ مصرفی، وضعیت بهداشتی و مصرف مسکن تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند (جدول 1). از نظر آیتم های مقیاس ریدا (میزان قرمزی، کبودی، ادم، ترشح و پیوستگی لبه زخم)، در 12 ساعت اول پس از زایمان و روز پنجم پس از زایمان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. در مقایسه آیتم های مقیاس ریدا بین گروه ها، میزان قرمزی زخم اپی زیوتومی در روز دهم پس از زایمان تفاوت معنادار نشان داد (p=0/04) (جدول 2). از نظر امتیاز بهبودی روز پنجم و روز دهم پس از زایمان تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول3).

جدول 1. مقایسه خصوصیات دموگرافیک و اطلاعات زایمانی در دو گروه پد ژل سرما و روغن زیتون

گروه ها / متغیرها	پد ژل سرما Mean±SD	روغن زیتون Mean±SD	p-value
سن (سال)	24/6±4/08	25/7±3/99	0/1
وزن نوزاد (گرم)	3308±384/5	3263±281/7	0/4
مدت بستری در بیمارستان (ساعت)	30/76±5/4	31/49±6/7	0/8
مدت مرحله اول زایمان (ساعت)	2/5±1/23	2/48±1/04	0/7
مدت مرحله دوم زایمان (دقیقه)	30/89±11/9	25/89±12/7	0/1
مدت مرحله سوم زایمان (دقیقه)	9/1±3/2	9/5±2/9	0/2
مدت ترمیم اپی زیوتومی (دقیقه)	25/4±4/2	24/6±4/3	0/4
تحصیلات (دبیرستان)	%35/6	%40	0/9
شغل مادر (خانه دار)	%97/8	%95/6	1/000
وضعیت بهداشتی (خوب)درصد	%55/6	%42/2	0/3

جدول 2. مقایسه توزیع فراوانی زنان مورد مطالعه بر حسب میزان قرمزی در 12 ساعت اول، روز پنجم و روز دهم پس از زایمان در دو گروه پد ژل سرما و روغن زیتون

گروه ها / قرمزی(بدون قرمزی)	پد ژل سرما تعداد(درصد)	روغن زیتون تعداد(درصد)	p-value
12 ساعت اول پس از زایمان	23(51/1)	23(51/1)	0/7
روز پنجم پس از زایمان	34(75/6)	37(82/2)	0/3
روز دهم پس از زایمان	41(91/1)	45(100)	0/04

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.1.8]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.7]

جدول 3. مقایسه امتیاز مقیاس REEDA در 12 ساعت اول، روز 5 و 10 پس از زایمان در دو گروه پد ژل سرما و روغن زیتون

زمان / گروه ها	12 ساعت اول پس از زایمان Mean±SD	روز پنجم پس از زایمان Mean±SD	روز دهم پس از زایمان Mean±SD	p-value (آزمون فریدمن)
پد ژل سرما	2/18±1/5	1/02±1/13	0/47±0/96	<0/001
روغن زیتون	1/96±1/38	0/84±0/97	0/2±0/5	<0/001
p-value (من ویتنی)	0/5	0/5	0/1	

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در گروه روغن زیتون، در روز دهم پس از زایمان هیچ موردی از قرمزی در ناحیه اپی زیوتومی وجود نداشت و نسبت به پد ژل سرما در زمینه قرمزی ناحیه اپی زیوتومی موثرتر بود و تفاوت بین دو گروه نیز از نظر آماری معنادار بود. این یافته با مطالعه Behmanesh و همکاران که با هدف بررسی اثر حمام نشسته روغن زیتون بر بهبود آسیب پرینه پس از زایمان، روی 60 زن در بابل انجام شد مطابقت دارد، که نشان داد میزان قرمزی در روز دهم پس از زایمان بین گروه روغن زیتون و آب مقطر تفاوت آماری معنی داری دارد (9). در مطالعه Al-waili که فواید درمان موضعی عسل، روغن زیتون و موم در درماتیت نوزادی بررسی شد نشان داده شد که شدت اریتم (قرمزی) در طی روزهای درمان راش های شدید یا متوسط به خفیف یا غیر قابل مشاهده تبدیل شد (20).مکانیسمی که سبب می شود روغن سبب ترمیم زخم شود احتمالا به دلیل داشتن ماده ای به نام پلی فنول است که این ماده با از بین بردن رادیکال های آزاد، سبب ترمیم سلول ها می شود. همچنین روغن زیتون، دارای مقدار زیادی از ویتامین های A, D, K و همچنین ویتامین E می باشد، که موجب محافظت در برابر رادیکال های آزاد می گردد و از این طریق اثر خود را بر ترمیم زخم اعمال می کند (9). در مطالعه حاضر میزان بهبود زخم اپی زیوتومی بین دو گروه پد ژل سرما و روغن زیتون در 12 ساعت اول ، روز پنجم و روز دهم پس از زایمان، تفاوت معنی داری را نشان نداد. این یافته پژوهش با مطالعه Jarahi و همکاران همخوانی داشت و نشان داده شد که کاربرد موضعی روغن زیتون بر درصد بهبود زخم اثری ندارد و میانگین درصد بهبود زخم از روز پنجم تا بهبود کامل آن در روز بیستم، در گروه روغن زیتون و گروه کنترل تفاوت معنی داری ندارد (21). در مطالعه Mahishale و همکاران انجام دادند، نشان داده شد که از نظر معیارهای مقیاس ریدا در (قرمزی، ادم، اکیموز و پیوستگی لبه زخم) بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت آماری معنی داری وجود داشت و از نظر معیار ترشحات زخم بین دو گروه تفاوتی وجود نداشت. شاید علت تفاوت با پژوهش حاضر، در معیارهای ورود و خروج و تفاوت در فرهنگ باشد (14). در مطالعه ای که توسط Farahani و همکاران زمان بهبود سوختگی در موش های گروه روغن زیتون کمتر از موش های گروه کرم سیلور سولفادیازین و در موش های گروه سیلور سولفادیازین کمتر از موش های گروه نرمال سالین بود و چنین نتیجه گیری شد که استفاده از روغن زیتون باعث تسریع در بهبود زخم در موش ها شد. شاید علت اختلاف نتایج پژوهش حاضر با مطالعه Farahani، تفاوت در نمونه های پژوهش یا نوع و محل برش زخم و یا تعداد کم نمونه در مطالعه وی باشد (17). در مطالعه Abedian (1385)، وضعیت بهبود زخم پرینه در سه گروه (کیسه یخ، پد ژل سرما و کنترل) به نفع گروه نوار حاوی ژل در طی 4 ساعت اول پس از زایمان، روز دوم، پنجم و دهم بود و این تفاوت از نظر آماری معنی دار بود شاید علت تفاوت نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Abedian و همکاران را بتوان در تفاوت تعداد نمونه ها، تفاوت در نوع و اندازه وسایل خنک کننده نام برد (11). از جمله، انجام پژوهش به صورت دوسوکور به دلیل پنهان نبودن نوع درمان می باشد که از نظر تفاوت در شکل، اندازه و ترکیب دارو امکان پذیر نبود. آستانه ی درد در افراد مختلف متفاوت بوده و این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت های فردی، عوامل فرهنگی و وضعیت اقتصادی باشد و ممکن است شدت درد کمتر یا بیشتر از میزان واقعی بروز آن ابراز شود. از جمله نقاط قوت این مطالعه، انجام ارزیابی پایه به منظور اندازه گیری شدت درد و التیام زخم اپی زیوتومی، کنترل متغیرهای مداخله گر، تعیین اعتبار و پایایی ابزار مورد استفاده، کنترل علایم و بررسی شدت درد توسط یک نفر (پژوهشگر) می باشد استفاده از پد ژل سرما در کاهش درد پرینه و روغن زیتون موضعی در ترمیم زخم اپی زیوتومی موثرتر می باشد و با توجه به تاثیر مناسبتر روغن زیتون در بهبود زخم اپی زیوتومی و پذیرش بیشتر بیماران، این روش توصیه می گردد ولی با توجه به محدودیت تحقیق، پژوهشگر پیشنهاد می کند که مطالعات بیشتر مبنی بر اثبات تاثیر روغن زیتون بر زخم اپی زیوتومی انجام شود.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی گیلان، خصوصا پرسنل محترم زایشگاه بیمارستان امینی لنگرود و افراد شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.1.8]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.7]

Comparison of the Effects of Cold Compress with Gel Packs and Topical Olive Oil on Episiotomy Wound Healing

R. Amani (BSc)[1], N. Kariman (PhD)[*2], F. Mojab (PhD)[3], H. Alavi Majd (PhD)[4], S. Majidi (MSc)[5]

1.Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
2.Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
3.Pharmaceutical Sciences Research Center (PSRC), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
4.Department of Biostatistics, Faculty of Paramedicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
5.Department of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Gilan University of Medical Sciences, Rasht, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 17(11);Nov 2015; PP:7-12
Received: Mar 31th 2015, Revised: May 6th 2015, Accepted: Jul 29th 2015.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Similar to other wounds, episiotomy could lead to infections and delayed recovery. Since olive oil has antibacterial and wound healing properties, this study aimed to compare the effects of cold compress with gel packs and topical olive oil on the recovery of episiotomy wounds in primigravid women.

METHODS: This clinical trial was conducted on 90 primigravid women referring to the hospitals affiliated to Guilan University of Medical Sciences, Iran. Subjects were randomly allocated to two groups of cold compress with gel packs (20 minutes within 12 hours after delivery, for 10 days if necessary) and topical olive oil (twice daily, within 12 hours and 10 days after delivery). Episiotomy wound healing was evaluated using the REEDA scale within the first 12 hours postpartum, and on days 5 and 10 after delivery (IRCT:201409164529N12).

FINDINGS: In this study, there was no significant difference in demographic features and other intervening variables between the two groups. However, a significant difference was observed between the study groups in terms of redness severity on the 10th day of postpartum (p=0.04). Mean of the REEDA score was 1.02±1.13 and 0.84±0.97 in the cold compress and topical olive oil groups, respectively. On day 10 after delivery, scores were determined as 0.47±0.96 and 0.2±0.5 in the cold gel pack and topical olive oil groups, respectively.

CONCLUSION: According to the results of this study, topical olive oil could be used effectively for episiotomy wound healing in primigravid women.

KEY WORDS: *Episiotomy, Wound Healing, Cooling Gel Pad, Topical Olive Oil.*

Please cite this article as follows:

Amani R, Kariman N, Mojab F, Alavi Majd H, Majidi S. Assessing comparison the effect of cooling gel pads and topical olive oil on the wound healing of episiotomy. J Babol Univ Med Sci. 2015;17(11):7-12.

[*] **Corresponding Author: N. Kariman (PhD)**
Address: Department of Midwifery and Reproductive Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti Univ of Med Sci, I.R.Iran
Tel: +98 21 88655366
Email: n_kariman@sbmu.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.1.8]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.7]

References

1.Cunningham F, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23th ed. New York: Mc Grow- Hill Medical; 2010.

2.2. Daghigh bin E. Comparison of lavender and honey ointment on episiotomy pain and wound healing in primiparus women [Thesis]. Ahwaz. Jondishapour University of Medical Sciences. 2007.

3.Klossner NJ. Introductory maternity nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.p.252-8.

4.Jahdi F, Sheikhan F, Merghati khoei E, Haghani H. The effect of cooling gel pad on the intensity of perineal pain following episiotomy. Arak Med Univ J. 2010;13(3):76-83. [In Persian]

5.Golmakani N, Refaie Saeidi SH, Mazlum R, Soltani B. Evaluation of the perineal trauma level in primiparous women with routine and selective episiotomy. The Iranian J Obstet Gynecol Infert 2008;11(1):39-46.

6.Attarha M, Vakilian K, Rozbahany N, Bekhradi R. Effect of perineal massage with lavender essence on episiotomy and laceration. J Babol Univ Med Sci. 2009;11(4):25-30. [In Persian]

7.Sereshti M, Gholamalishahi I, Moghadas M, Deris F. Comparison of perineal repair techniques of continuous and standard interrupted suturing in normal vaginal delivery. J Shahrekord Univ Med Sci. 2011;12(4):51-7. [In Persian]

8.Karacam Z, Eroglu K. Effect of episiotomy on bonding and mother`s health. J Adv Nurs. 2003;43(4):384-94.

9.Behmanesh F, Aghamohammadi A, Zeinalzadeh M, Khafri S. Effects of olive oil sitz bath on improvement of perineal injury after delivery. Koomesh. 2013;14(3):309-15. [In Persian]

10.Golozar S, Abbaspour Z, Namjouian F, Latifi M, Mirahi A. Evaluating the effect of oral bromelain (pineapple) on episiotomy wound healing in primiparus women. Feyz. 2011;15(2):84-90. [In Persian]

11.Abedian Z, Dokht nabavi SH, Dadgar S, Esmaeil H. Comparing the effect of cooling gel pads and ice pack, after episiotomy, on the intensity of perineal pain. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2008;10(2):79-86. [In Persian]

12.East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD006304.

13.Steen M, Marchant P. Ice packs and cooling gel pads versus no localised treatment for relief of perineal pain: a randomised controlled trial. Evidence-Based Midwifery. 2007;5(1):16-22.

14.Mahishale A, Chougala A, Patted S. Effect of therapeutic ultrasound and maternal cooling gel pad for perineal pain following vaginal delivery with episiotomy. Women's Health Care. 2013; 2(3):1-4.

15.Zahmatkesh M, Rashidi M. Treatment of diabetic leg ulcer by local application of honey and olive oil mixture. J Med Plants. 2008;4(29):36-40. [In Persian]

16.Zargari A. Medicinal plants. 6th ed. Tehran: Tehran Univ Pub; 2009. p.319-26.[In Persian]

17.Farahani M, Rahzani K, Mojtabaei M, Maleki Rad A, Sofian M. The study of the olive oil effect on the second degree burn in the experimental mice. Teb Mokamel. 2012;2(1):111-8.[In Persian]

18.Davidson N. REEDA: Evaluating postpartum healing. J Nurse Midwifery. 1974:19(2):6-8.

19.Malekpoor P, Sehati Shafaei F, Del Azar A, Ghojazadeh M. Effect of Turmeric solution on pain relief after episiotomy in primiparus women. Nurs Midwifer J Tabriz Univ Med Sci. 2009; 16:4-11.[In Persian]

20.Al-Waili Noori S. Clinical and mycological benefits of topical application of honey, olive oil and beeswax in diaper dermatitis. Clinical microbiology and infection 2005; 11(2): 160-163.

21.Jarahi M, Zahedi Khorasani M, Taherian AA, Miladi H, Safakhah HA. Evaluation of topical matricaria chamomilla L. oil extract activity on linear incisional wound healing in albino rats. J Medicin Plants. 2009;8(29):94-9.[In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.11.1.8]
[DOI: 10.22088/jbums.17.11.7]