

تأثیر طب فشاری بر شدت درد زایمان

پروانه حیدری^۱، فاطمه مژده^۲، سیدرضا مظلوم^۳، کتایون تنباکویی^۴، دکتر کبری جودکی^۵

۱- گروه مامائی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج ۲- بخش آموزشی بیمارستان حضرت علی کرج ۳- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۴- بیمارستان شهید فیاض بخش کرج ۵- شبکه بهداشت و درمان کرج

دریافت: ۸۶/۸/۱۰ پذیرش: ۸۷/۴/۲۰

Title: *Effect of acupressure on labor pain intensity*

Authors: *Heidari P, (MSc); Mojdeh F, (MSc); Mazloom R, (PhD); Tanbakoi K, (BS); Judaki K, (PhD).*

Introduction: *Childbirth is a painful experience for most of women. Acupressure is a noninvasive method that has been suggested for labor pain relief. The aim of present study was to determine the effect of acupressure on labor pain relief among parturient women in Kamali hospital in city of Karadj, near Tehran in year 2006.*

Methods: *This double-blind randomized clinical trial was performed on 128 women in labor admitted with cervical dilatation of 3 cm. They were randomly assigned to intervention group with 30 minutes of acupressure on SP-6 point or comparison group with SP-6 point touch for 30 minutes. Visual analogue scale assessments were used to measure labor pain in both groups and to compare the results in several stages: before intervention, immediately after intervention, 30 minutes after intervention, and then every hour until the end of the first stage of labor. Differences of pain intensity as measured in different stages within each group were also compared with each other.*

Results: *None of the above-mentioned comparisons showed a significant difference, except for significant difference in pain intensity as measured at different stages within each group, which indicated increasing pain intensity from immediately after intervention through the end of the first stage of labor in both groups ($p < 0.0001$).*

Conclusion: *These finding showed that SP-6 point acupressure alone cannot effectively relieve labor pain and needs to be accompanied with other noninvasive analgesic methods.*

Keywords: *Acupressure, sp6 point, labor pain.*

Hakim Research Journal 2008; 11(2): 39- 46.

* نویسنده مسؤول: کرج، رجایی شهر، بلوار شهید مؤذن، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، دانشکده پرستاری و مامائی، گروه مامائی. تلفن همراه: ۰۹۱۲۲۹۳۲۳۲۷
پست الکترونیک: Heidari@Kiau.ac.ir

چکیده

مقدمه: زایمان تجربه‌ای دردناک برای اکثر زنان می‌باشد، از آنجایی که طب فشاری به عنوان یکی از روش‌های غیرتهاجمی کنترل درد مطرح است، پژوهشی با هدف تعیین تأثیر طب فشاری بر شدت درد زایمان در خانم‌های باردار بستری در بلوک زایمان بیمارستان کمالی کرج سال ۱۳۸۵ انجام گرفت.

روش کار: در این کار آزمایی بالینی دوسوکور، ۱۲۸ خانمی که جهت انجام زایمان با دیلاتاسیون سرویکس ۳ cm بستری شده بودند به روش تخصیص تصادفی در دو گروه تجربی، ۳۰ دقیقه اعمال فشار بر نقطه SP-6 و گروه شاهد، ۳۰ دقیقه تماس در نقطه SP6 قرار گرفتند. میزان شدت درد توسط مقیاس سنجش دیداری درد قبل از مداخله، بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه و هر یک ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان، همچنین تفاوت میزان شدت درد بلافاصله بعد و قبل از مداخله، ۳۰ دقیقه بعد و قبل از مداخله، هر یک ساعت بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان و قبل از مداخله بررسی گردید، به علاوه میزان شدت درد بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه و هر یک ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان در هر گروه به تفکیک ارزیابی گردید.

یافته‌ها: میزان شدت درد قبل از مداخله در دو گروه اختلاف آماری معناداری نداشت. میزان شدت درد بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه و هر یک ساعت بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان در دو گروه متفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین تفاوت شدت درد در مراحل بلافاصله بعد و قبل از مداخله، ۳۰ دقیقه بعد و قبل از مداخله و هر یک ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان و قبل از مداخله نیز در دو گروه اختلاف معناداری وجود نداشت، به علاوه در بررسی میزان شدت درد در هر گروه یافته‌ها (بیانگر افزایش میزان شدت درد در گروه شاهد $(p < 0/0001)$ از بلافاصله بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان بود و در گروه تجربی نیز $(p < 0/0001)$ میزان شدت درد از مرحله بلافاصله بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان افزایش داشته است.

نتیجه گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، استفاده از طب فشاری به تنهایی قادر به کاهش درد زایمان نمی‌باشد و نیاز به همراهی با روش‌های غیرتهاجمی دیگر بی‌دردی است.

کل واژگان: طب فشاری، درد، لیبر، زایمان.

مقدمه

زایمان پدیده‌ای همراه با دردهای طاقت‌فرسا است، در عین حال یکی از لذت‌بخش‌ترین تجربه در زندگی زنان می‌باشد و اکثر مادران حین مراحل زایمان، استفاده از داروهای ضد درد و روش‌های بی‌دردی مانند بی‌حسی‌های نخاعی و یا انجام زایمان به روش سزارین بدون دلیل پزشکی را درخواست می‌کنند که منجر به عوارض دارویی، بیهوشی، جراحی و اثرات نامطلوب بر مادر و نوزاد می‌گردد (۱). مراقبت‌های بهداشتی حین زایمان از دو نظر حایز اهمیت است اول تأمین سلامت و بهداشت مادر هنگام زایمان که حاصل آن تسهیل امر زایمان و پیشگیری عوارض ناشی از آن برای مادر است دوم توجه به نظارت بر تولد هر چه راحت‌تر و کم عارضه‌تر نوزاد می‌باشد (۲). طی سال‌های اخیر توجه بسیاری به روش‌های غیردارویی از جمله طب فشاری جهت کنترل درد معطوف گردیده است، طب فشاری بر اساس

تئوری حرکت جریان انرژی حیاتی مجذور کای^۱ در مدارهایی در سراسر بدن پایه‌ریزی شده است به این ترتیب که با اعمال فشار با انگشت بر نقاط خاصی از این مدارها، به برطرف کردن انسداد یا در موارد کاهش یا افزایش حرکت انرژی، به بهبود جریان انرژی حیاتی در مدارها کمک می‌نماید. این نقاط نسبت به محل‌های دیگر بدن، هنگام تحریک، بیمار احساس درد و فشار بیشتری دارد. نقاط مختلفی در بدن در طول مدارها به منظور کاهش درد ذکر شده است از جمله نقطه SP6 یا ۶ طحالی که در هر دو پا در نقطه‌ای به فاصله عرض ۴ انگشت بیمار، بالای استخوان قوزک پا و در پشت استخوان درشت نی قرار دارد و تحریک آن به عنوان یکی از نقاط مؤثر در کاهش درد زایمان پیشنهاد شده است (۶-۳) اما مطالعات اندکی در مورد

^۱ Chi- Squire

استاندارد می‌باشد (۱۲). روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که خانم‌های دارای شرایط پژوهش در اتاق مراقبت‌های لیبری که کم رفت و آمدتر بود بستری می‌شدند و بعد از توضیح در مورد نحوه پاسخگویی به آزمون اضطراب حالت و صفت اشیپیل برگر واحدهای پژوهش فرم‌های مذکور را تکمیل نمودند، همچنین بر حسب احساس شدت درد خود برگه مقیاس سنجش دیداری درد را علامت می‌زدند (مرحله قبل از مداخله) سپس واحدهای پژوهش به روش تخصیص تصادفی در دو گروه شاهد و تجربی قرار گرفتند و در هر دو گروه در شرایط محیطی یکسان، مراقبت‌های روتین مشابه (انفوزیون سرم، عدم تحرک و ترجیحاً خوابیده به پهلو چپ و غیره) انجام شد. مداخله در مورد دو گروه صورت می‌گرفت به این ترتیب که مداخله گروه تجربی به صورت اعمال فشار به مدت ۳۰ دقیقه در نقطه sp6 و در گروه شاهد تماس بدون اعمال فشار در نقطه sp6 به مدت ۳۰ دقیقه (جهت کنترل اثر حمایتی و روانی) انجام شد، در گروه تجربی اعمال فشار بین فواصل انقباضات رحمی به طور متناوب ۶ ثانیه فشار تا حدی که آزمودنی کمی احساس درد در محل را داشته باشد و سپس ۲ ثانیه استراحت انجام گردید و بر حسب آستانه درد آزمودنی، میزان فشار اعمال شده به دو صورت فشار متوسط و زیاد اعمال شد. میزان فشار متوسط و زیاد توسط مهندس الکترونیک آشنا به این گونه مداخلات، توسط دستگاه سنجش میزان فشار به صورت نمایش دیجیتالی مشخص نمود که در موارد اعمال فشار متوسط انگشت شست دست راست ۱۶۰۰mmHg و انگشت شست دست چپ ۱۳۰۰mmHg، در موارد فشار زیاد انگشت شست دست راست ۲۰۰۰mmHg و انگشت شست دست چپ ۱۸۰۰mmHg اعمال شده است. سپس واحدهای پژوهش در مراحل بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه بعد از مداخله، ۱ ساعت بعد از مداخله و هر یک ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان، بر حسب احساس درد خود برگه آزمون دیداری درد چهره‌ها را علامت می‌زدند و کمک پژوهشگر برگه‌های هر مرحله را نمره‌گذاری می‌نمودند. جهت کنترل سوگیری، واحدهای پژوهش و شخص آنالیزکننده داده، از قرارگیری افراد در گروه شاهد یا تجربی اطلاعی نداشتند. نتایج به دست آمده توسط آزمون‌های آماری مجذور کای، تی مستقل^۴، تی زوج^۵، من ویتنی^۶، آنالیز واریانس دوطرفه و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر مورد ارزیابی قرار گرفت و $p < 0/05$ قابل اهمیت در نظر گرفته شد.

استفاده از آن جهت بی‌دردی زایمان انجام شده است. پژوهش‌ها استفاده از طب فشاری بر نقطه sp6 را بر کاهش درد زایمان مؤثر دانسته‌اند (۹-۶) ولی در بعضی از این مطالعات متغیرهای مداخله‌گری که بر نتایج تحقیق مؤثر بوده‌اند از جمله استفاده از داروهای مسکن، اضطراب مادر، تعداد زایمان^۲ کنترل نشده است (۷ و ۸)، همچنین هیچ‌یک از پژوهش‌های به عمل آمده در این مورد، میزان شدت درد تا انتهای مراحل زایمان را ارزیابی نکرده‌اند. لذا پژوهشگر بر آن شد تا تأثیر طب فشاری بر شدت درد زایمان را مورد بررسی قرار دهد، به این ترتیب بتواند با کاهش عوارض جسمی و روانی مادر باعث ایجاد یک تجربه خوشایند از زایمان و کاهش اضطراب و افسردگی بعد از زایمان و در نهایت سلامت روانی مادران گردد و از طرفی از آمار سزارین‌های بی‌مورد در جامعه کاسته شود.

روش کار

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور است که در بیمارستان کمالی کرج در سال ۱۳۸۵ انجام شده است، در این مطالعه ۱۸۷ خانم باردار نولی پار یا مولتی پار (بارداری دوم) که با سن حاملگی ۴۲-۳۷ هفته کامل، پرزانتاسیون سفالیک و با دیلاتاسیون ۳cm مراجعه کرده بودند انتخاب شدند افرادی که مبتلا به بیماری زمینه‌ای داخلی، سابقه نازایی، سابقه سزارین و اعمال جراحی لگن، چند قلبی، پاره شدن بیش از ۶ ساعت پرده‌ها، همچنین افرادی که در ابتدا یا حین مطالعه مایع آمیوتیک آغشته به مکنون غلیظ داشتند و یا به دلایل مادری و نوزادی زایمان سزارین انجام می‌شد از مطالعه حذف می‌شدند، به علاوه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، در صورت نیاز مادران به داروهای مسکن مانند هیوسین، پتدین، ترامادول و یا بی‌دردی اپیدورال و هوشبرهای استنشاقی (گاز N2O) و داروهای آرام‌بخش مانند پرومتازین و آتروپین حین مراحل زایمان دریافت می‌داشتند. البته با دریافت بی‌دردی دارویی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فاکتورهای مداخله‌گر، این افراد نیز از مطالعه حذف می‌شدند. در نهایت پژوهش بر روی ۱۲۸ نفر انجام گردید. ابزارهای مورد استفاده آزمون اضطراب حالت (آشکار) و صفت (پنهان) اشیپیل برگر بود و از روایی و پایانی لازم برخوردار است (۱۰ و ۱۱) جهت سنجش درد، مقیاس سنجش دیداری درد^۳ چهره‌ها که مشتمل بر ۶ چهره با نمره‌بندی لیکرت (۱۰-۰) می‌باشد (صفر بدون احساس درد تا ۱۰ احساس درد شدید) مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس سنجش دیداری درد چهره‌ها نیز

⁴ Independent t-test

⁵ Paired t-test

⁶ Mann-whitney

² Parity

³ Visual Analog scale (VAS)

نتایج

شدت درد دو گروه در قبل از مداخله همگن می‌باشند و بر اساس نتایج آزمون تی مستقل و من ویتنی، شدت درد بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه ۱ ساعت، ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۸ ساعت بعد از مداخله در دو گروه شاهد و تجربی اختلاف آماری معناداری وجود ندارد (جدول ۳) ضمناً به منظور مقایسه شدت درد در مراحل مختلف مطالعه در هر گروه (به طور درون گروهی)، آزمون تی زوج و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر انجام شد.

نتایج پژوهش نشان داد دو گروه مورد مطالعه از نظر خصوصیات دموگرافیک (جدول ۱)، خصوصیات نوزاد (جدول ۲) همگن بودند. واحدهای پژوهش از نظر اضطراب صفت بدو ورود همگن بودند ولی دو گروه از نظر اضطراب حالت بدو ورود تفاوت داشتند (p=۰/۰۱۹) به طوری که اضطراب حالت افراد گروه تجربی کمتر از گروه شاهد بود. در رابطه با ارزیابی دو گروه از نظر شدت درد در مراحل مختلف مطالعه، یافته‌ها نشان داد.

جدول ۱- مقایسه خصوصیات دموگرافیک دو گروه مورد مطالعه

خصوصیات دموگرافیک	شاهد	تجربی	χ^2 / t/z	p
سن	۲۴/۴±۴۱/۳	۸(۱۲/۳)	= / t	/
تحصیلات	ابتدایی ۸(۱۲/۷)	۲۸(۴۳/۱)	$\chi^2 = /$	/
	راهنمایی ۲۷(۴۲/۹)	۲۸(۴۳/۱)		
	متوسط ۱(۱/۶)	۱(۱/۵)		
شغل	خانه‌دار ۵۳(۸۴/۱)	۶۴(۹۸/۵)	$\chi^2 = /$	/
	شاغل ۱۰(۱۵/۹)	۱(۱/۵)		

z: Mann-whitney t: t-test χ^2 : Chi-square

جدول ۲- مقایسه وضعیت نوزاد در دو گروه مورد مطالعه

خصوصیات نوزاد	شاهد	تجربی	t / z	P
وزن نوزاد	۳۳۰۹/۲±۳۹۹/۸	۳۳۳۱/۵±۴۲۸/۵	t=-۰/۳	۰/۶۲۹
جنس نوزاد	دختر ۳۳(۵۲/۴)	۳۶(۵۵/۴)	=۰/۱x2	۰/۷۳۳
	پسر ۳۰(۴۷/۶)	۲۹(۴۴/۶)		
آپگار دقیقه ۱	۷ ۲(۴/۸)	۱(۱/۵)	Z=۰/۶	Z=۰/۴
	۸ ۵(۷/۹)	۵(۷/۷)		
	۹ ۵۵(۸۷/۳)	۵۹(۹۰/۸)		
آپگار دقیقه ۵	۸ ۲(۳/۲)	۱(۱/۵)	Z=۰/۴	۰/۶۸۳
	۹ ۳(۴/۸)	۳(۴/۰۰)		
	۱۰ ۵۸(۹۲/۱)	۶۱(۹۳/۸)		

جدول ۳- مقایسه شدت درد واحدهای پژوهش در مراحل مختلف مطالعه در دو گروه

مرحله	گروه		نتایج	شاهد		p	df	T
	شدت درد	SD±M		n	SD±M			
قبل از مداخله	۳/۱±۲/۲	۶۵	۳/۴±۲/۱	۶۳	۰/۴۵۷	۱۲۶	۰/۷	
بلافاصله بعد از مداخله	۴/۳±۲/۴	۶۵	۴/۱±۲/۵	۶۲	۰/۷۹۷	۱۲۵	۰/۲	
۳۰ دقیقه بعد از مداخله	۵/۱±۲/۷	۶۳	۵/۰±۲/۵	۶۲	۰/۵۶۳	۱۲۳	۰/۵	
۱ ساعت بعد از مداخله	۶/۲±۲/۳	۴۱	۶/۰±۲/۳	۴۱	۰/۶۴۰	۸۰	۰/۴	
۲ ساعت بعد از مداخله	۶/۶±۱/۹	۳۴	۶/۸±۲/۰	۳۳	۰/۶۷۸	۶۵	۰/۴	
۳ ساعت بعد از مداخله	۶/۹±۱/۹	۲۶	۶/۹±۱/۹	۲۲	۰/۹۹۱	۰/۱	۰/۱	
۴ ساعت بعد از مداخله	۷/۹±۲/۰	۱۶	۸/۱±۱/۶	۱۷	۰/۸۴۹	۰/۱	۰/۱	
۵ ساعت بعد از مداخله	۸/۰±۲/۴	۸	۷/۶±۱/۶	۱۰	۰/۵۷۶	۰/۵	۰/۵	
۶ ساعت بعد از مداخله	۷/۵±۱/۹	۴	۸/۵±۱/۴	۸	۰/۳۲۰	۱/۰	۱/۰	
۷ ساعت بعد از مداخله	۸/۰±۲/۳۰	۴	۹/۲±۱/۰	۵	۰/۴۱۶	۰/۸	۰/۸	
۸ ساعت بعد از مداخله	۷/۰±۱/۴	۲	۹/۵±۱/۰	۴	۰/۰۸۰	۱/۷	۱/۷	

نداشت، نتایج آزمون من ویتنی شدت درد ۵ ساعت بعد و قبل از مداخله، ۶ ساعت بعد و قبل از مداخله و ۷ ساعت بعد و قبل از مداخله ۸ ساعت و ۹ ساعت و ۱۰ ساعت بعد و قبل از مداخله در دو گروه مورد مطالعه اختلاف معناداری را نشان نداد. ولی میانگین تفاوت شدت درد دو ساعت بعد و قبل از مداخله در دو گروه با ضریب اطمینان ۹۰٪ اختلاف معناداری مشاهده شد ($p=0/053$) به طوری که تفاوت شدت درد ۲ ساعت بعد و قبل از مداخله در گروه تجربی ($1/6 \pm 2/1$) بیشتر از گروه شاهد ($1/6 \pm 1/5$) بوده است. همچنین در مقایسه شدت درد در مراحل مختلف مطالعه بر حسب میزان فشار اعمال شده (در گروه تجربی) نتایج آزمون تی مستقل و من ویتنی نشان داد شدت درد در گروه تجربی در مراحل مختلف مطالعه از قبل از مداخله تا ۷ ساعت بعد از مداخله بر حسب میزان فشار اعمال شده (متوسط و زیاد) بر حسب آستانه درد بیمار و فشار وارد شده بر حسب mmHg نمایش داده شده توسط دستگاه، اختلاف آماری معناداری ندارد. بنابراین میزان فشار اعمال شده بر حسب آستانه درد بیمار کافی است. از یافته‌های جانبی تحقیق تأثیر طب فشاری بر نقطه $sp6$ در کاهش طول مدت مرحله اول زایمان می‌باشد ($p=0/027$) به طوری که این مدت در گروه تجربی به طور متوسط ۵۴ دقیقه کوتاه‌تر از گروه شاهد بوده است.

نتایج آزمون‌ها نشان داد در گروه شاهد بین شدت درد قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله ($p=0/0001$)، قبل از مداخله و ۳۰ دقیقه بعد از مداخله ($p=0/0001$)، قبل از مداخله و ۱ ساعت بعد از مداخله ($p=0/0001$)، قبل از مداخله و ۲ ساعت بعد از مداخله ($p=0/0001$) اختلاف آماری معناداری وجود دارد، به طوری که شدت درد بلافاصله بعد از مداخله ($3/38 \pm 2/1$)، شدت درد ۳۰ دقیقه بعد از مداخله ($4/9 \pm 2/5$) بیشتر از قبل از مداخله ($3/38 \pm 2/1$) و همچنین ۱ ساعت بعد از مداخله ($6/00 \pm 2/3$) و ۲ ساعت بعد از مداخله ($6/84 \pm 2/0$) نیز بیشتر از قبل از مداخله بوده است (جدول ۴). همچنین در مورد گروه تجربی نیز شدت درد قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله ($p=0/0001$)، قبل از مداخله و ۳۰ دقیقه بعد از مداخله ($p=0/0001$)، قبل از مداخله و ۱ ساعت بعد از مداخله ($p=0/0001$)، قبل از مداخله و ۲ ساعت بعد از مداخله ($p=0/0001$) تفاوت آماری مشاهده شد. به طوری که شدت درد بلافاصله بعد ($4/30 \pm 2/4$) و ۳۰ دقیقه ($2/6 \pm 5/17$) و ۱ ساعت بعد ($6/24 \pm 2/3$) و ۲ ساعت بعد از مداخله ($3/10 \pm 2/2$) افزایش داشته است (جدول ۵). در ضمن طبق نتایج آزمون تی مستقل تفاوت شدت درد ۱ ساعت بعد و قبل از مداخله، ۲ ساعت بعد و قبل از مداخله، ۳ ساعت بعد و قبل از مداخله، ۴ ساعت بعد و قبل از مداخله در دو گروه تجربی و شاهد اختلاف آماری وجود

جدول ۴- مقایسه شدت درد در مراحل مختلف مطالعه در گروه شاهد

نتایج آزمون تی زوج و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر	M±SD	شدت درد	
		متغیر	
T = ۴/۹ df = ۶۱ p = ۰/۰۰۰۱	۳/۳۸ ± ۲/۱	قبل از مداخله	۴/۱۰ ± ۲/۵
		بلافاصله بعد از مداخله	۲/۳۸ ± ۲/۱
t = ۷/۲ df = ۶۱ p = ۰/۰۰۰۱	۴/۹ ± ۲/۵	قبل از مداخله	۳/۵۶ ± ۱/۹
		۳۰ دقیقه بعد از مداخله	۶/۰۰ ± ۲/۳
t = ۶/۹ df = ۴۰ p = ۰/۰۰۰۱	۳/۰۹ ± ۱/۷	قبل از مداخله	۶/۸۴ ± ۲/۰
		یک‌ساعت بعد از مداخله	
t = ۱۰/۵ df = ۳۲ p = ۰/۰۰۰۱		۲ ساعت بعد از مداخله	

جدول ۵- مقایسه شدت درد در مراحل مختلف مطالعه در گروه تجربی

نتایج آزمون تی زوج و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر	M±SD	شدت درد	
		متغیر	
t = ۸/۳ df = ۶۴ p = ۰/۰۰۰۱	۳/۱۰ ± ۲/۲	قبل از مداخله	۴/۳۰ ± ۲/۴
		بلافاصله بعد از مداخله	۳/۰۷ ± ۲/۲
t = ۱۰/۰ df = ۶۲ p = ۰/۰۰۰۱	۵/۱۷ ± ۲/۶	قبل از مداخله	۳/۰۲ ± ۲/۰
		۳۰ دقیقه بعد از مداخله	۶/۲۴ ± ۲/۳
t = ۱۱/۵ df = ۴۰ p = ۰/۰۰۰۱	۲/۸۲ ± ۱/۹	قبل از مداخله	۶/۶۴ ± ۱/۹
		یک‌ساعت بعد از مداخله	
t = ۱۱/۱ df = ۳۳ p = ۰/۰۰۰۱		۲ ساعت بعد از مداخله	

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه، استفاده از طب فشاری نمی‌تواند روش مؤثری در کاهش شدت درد زایمان مطرح شود، به طوری که نتایج نشان داد شدت درد بلافاصله بعد از مداخله، ۳۰ دقیقه، ۱ ساعت و هر یک ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان در دو گروه مورد مطالعه اختلاف آماری معناداری وجود ندارد. نتایج پژوهش والیس و همکاران نیز یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌کند به طوری که آنان اظهار می‌دارند با انجام طب سوزنی، تنها ۲ نفر از مجموع ۲۳ خانم تحت مداخله میزان درد حین زایمان کاهش داشته است (۱۳). به علاوه در گزارش پژوهش لی و همکاران اختلاف معناداری در شدت درد بلافاصله بعد از مداخله ($p=0/012$) ۳۰ دقیقه بعد از مداخله ($p=0/012$) و ۶۰ دقیقه بعد از مداخله ($p=0/012$) در دو گروه تحت مداخله طب فشاری بر نقطه sp-6 (گروه تجربی) و لمس sp-6 (گروه شاهد) مشاهده می‌شود به طوری که شدت درد در گروه تجربی نسبت به گروه شاهد کمتر بوده است ولی در عین حال لی و همکاران اظهار می‌کنند دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان نیاز به دریافت مسکن حین مراحل زایمان، اختلاف معناداری نداشتند به طوری که ۳۱ نفر در گروه تجربی و ۲۹ نفر در گروه شاهد نیاز به مسکن پیدا نکردند (۸).

اسکیلند و همکاران (۲۰۰۲) گزارش می‌کنند با انجام طب سوزنی میانگین نمره شدت درد در گروه تجربی کمتر از گروه شاهد بوده است. به طوری که میانگین نمره شدت درد ۳۰ دقیقه بعد از مداخله در گروه شاهد ۷/۵ و در گروه تجربی ۵، ۱ ساعت بعد از مداخله در گروه شاهد ۸ و گروه تجربی ۵/۵، ۲ ساعت بعد از مداخله در گروه شاهد ۸/۵ و گروه تجربی ۶، میانگین نمره شدت درد ۳ ساعت بعد از مداخله گروه شاهد ۷ و گروه تجربی ۵/۵ بوده است (۷). احتمالاً علت متناقض بودن یافته‌های اسکیلند با پژوهش حاضر اولاً زمان شروع مداخله و ثانیاً نمره شدت درد اولیه (قبل از مداخله) است به طوری که میزان دیلاتاسیون سرویکس در زمان شروع مداخله در مولتی پارها همگن نبوده است ($p=0/02$) میانگین دیلاتاسیون سرویکس در گروه شاهد $1/3 \pm 0/5$ و گروه تجربی $1/0 \pm 0/4$ بوده است و مسلماً در دیلاتاسیون کمتر آزمودنی در گروه تجربی میزان احساس درد کمتری داشته است و نمی‌توان آن را مبنای مقایسه با گروه شاهد قرار داد در حالی که در مطالعه حاضر میزان شدت درد اولیه و مداخله در شروع فاز فعال لیبر (دیلاتاسیون ۳cm) انجام شد و در صورت مراجعه با دیلاتاسیون بالاتر از ۳ cm از مطالعه حذف شدند. همچنین از شرایط شروع مداخله در مطالعه

اسکیلند، نمره شدت درد ۳ یا بیشتر بوده است به طوری که میانگین شدت درد قبل از مداخله در دو گروه حدوداً ۵ بوده است ولی مطالعه حاضر در این مورد سوگیری نداشته است و در مورد همه افراد واجد شرایط پژوهش با دیلاتاسیون سرویکس ۳cm شدت درد اولیه ارزیابی می‌گردید و سپس مداخله صورت می‌گرفت به طوری که شدت درد اولیه در گروه شاهد $2/1 \pm 3/4$ و گروه تجربی $2/2 \pm 3/1$ بوده است از طرفی در مطالعه اسکیلند حین مراحل تحقیق مسکن نیز تجویز شده است و به این دلیل افراد از مطالعه خارج شدند و محقق در این رابطه ذکر می‌کند ارزیابی شدت درد ۳۰ دقیقه بعد از مداخله با ارزش‌تر است زیرا افت نمونه زیادی حین تحقیق داشته است به طوری که تعداد واحدهای پژوهش از ۳۰ دقیقه بعد از مداخله تا ۲ ساعت بعد از مداخله در گروه تجربی از ۱۰۶ نفر به ۵۵ نفر و در گروه شاهد از ۱۰۲ نفر به ۵۴ نفر رسیده است. احتمالاً به همین علت شاخص آماری p را در هیچ مرحله‌ای ذکر نکرده است که از اشکالات تحقیق ایشان بوده است. از آن جایی که شدت درد زایمان بسیار زیاد است گاهی اوقات مسکن‌ها نیز شدت درد را به طور قابل قبولی نمی‌کاهد ممکن است طب فشاری در نقطه sp6، در مورد دردهایی که با شدت کمتری نسبت به درد زایمان احساس می‌شود مؤثر باشد. با این که درد دیسمنوره که مانند درد زایمان ناشی از ترشح پروستاگلاندین، اسپاسم و هیپوکسی عضلات صاف رحم و اختلال در جریان خون رحمی می‌باشد ولی با شدت کمتری احساس می‌شود در این رابطه تایلر^۷ و همکاران (۲۰۰۲) اظهار می‌کنند با انجام طب فشاری بر نقطه sp6 شدت درد دیسمنوره در گروه تجربی ۲۵٪ کمتر از گروه شاهد بوده است ($p < 0/05$) و همچنین ذکر می‌کنند ۵۰٪ کاهش شدت درد در دو سوم افراد گروه تجربی وجود داشته است به علاوه میزان مصرف قرص مسکن در افراد گروه تجربی از ۶ قرص در روز به ۲ قرص در روز کاهش داشته است (۱۴) حتی در مورد میزان تأثیر طب فشاری بر درد دیسمنوره نیز، چن^۸ (۲۰۰۴) بیان می‌کند، با اعمال فشار بر نقطه sp6 درد دیسمنوره کاهش پیدا کرد ولی این کاهش در مقایسه با گروه شاهد از نظر آماری معنادار نبود (۱۵) بنابراین درد دیسمنوره نیز با استفاده از طب فشاری گاهی به طور کامل قابل کنترل نمی‌باشد. در مورد عدم تأثیر طب فشاری بر شدت درد در ۲ ساعت بعد از مداخله تا انتهای مرحله اول زایمان، نتایج تحقیق لی و همکاران (۲۰۰۴) یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند. به طوری که

⁷ Taylor

⁸ Chen

مطالعه آنها نشان داد افزایش اضطراب در گروه تجربی به طور معنا داری کمتر از گروه شاهد بوده است ($p=0/03$) (۸) و در مطالعه حاضر اضطراب فقط ابتدای مطالعه ارزیابی گردید که جزء محدودیت‌های تحقیق می‌باشد البته نتایج پژوهش حاضر نشان داد میزان اضطراب اولیه بر شدت درد تأثیر نداشته است و به نظر می‌رسد عدم در نظر گرفتن آن نتایج مطالعه را مخدوش نکرده است.

طبق یافته‌های تحقیق، اعمال فشار بر نقطه sp6 باعث کوتاه کردن طول مدت زایمان می‌گردد و می‌توان اظهار نمود استفاده از این روش از طریق کاستن طول مدتی که مادر انقباضات دردناک را احساس می‌کند، می‌تواند کمک‌کننده باشد. این پژوهش حذف هرگونه داروی مسکن و بی‌دردی و بی‌حسی موضعی و استنشاقی و همچنین مطالعه درون‌گروهی (درگروه شاهد و تجربی) و نیز ارزیابی شدت درد تا انتهای مرحله اول زایمان می‌باشد. به علاوه در این پژوهش میزان فشار اعمال شده بر حسب آستانه درد بیمار، معیار کیفی (متوسط و زیاد) و کمی (مقیاس میلی‌متر جیوه) ارزیابی گردید.

مجموعه تحقیق نشان داد طب فشاری به تنهایی قادر به کنترل درد حین زایمان نمی‌گردد و توصیه می‌شود این روش همراه با سایر روش‌های غیردارویی کاهش درد مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود تحقیقات آینده در مورد بررسی استفاده توأم طب فشاری و سایر روش‌های غیردارویی و غیرتهاجمی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج که با پشتیبانی مالی این طرح امکان اجرای آن را فراهم نمودند، همچنین از خانم‌ها (فاطمه زارعی کیا، یلدا مددی، نوشین تقی‌نیا و الهام اسلامی) که در اجرای طرح و از آقای مهندس محمد حیدری در ساخت دستگاه اندازه‌گیری میزان فشار اعمال شده همکاری داشتند مراتب تقدیر و تشکر را اعلام می‌دارند.

ایشان ذکر می‌کنند تأثیر فشار بر نقطه sp6 حداقل تا ۶۰ دقیقه بعد از مداخله دیده می‌شود ولی بعد از آن زمان، شدت درد گروه تجربی و شاهد تفاوتی مشاهده نشده است (۸) به علاوه در مطالعه حاضر نتایج آزمون تی مستقل نشان داد میانگین تفاوت شدت درد در مراحل مختلف مطالعه و قبل از مداخله در دو گروه تجربی و شاهد اختلاف آماری معناداری ندارند، به طوری که در هر دو گروه میانگین شدت درد در مراحل مختلف مطالعه نسبت به قبل از مداخله بیشتر بوده است و این افزایش شدت درد در گروه تجربی بیشتر از گروه شاهد می‌باشد. احتمالاً علت افزایش شدت درد در مراحل مختلف مطالعه در گروه تجربی، بدلیل تأثیر فشار بر نقطه sp6 به صورت افزایش شدت انقباضات رحمی بوده است (۶). در بررسی شدت درد در مراحل مختلف مطالعه در «هر گروه»، نتایج آزمون تی زوج و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد «درگروه تجربی»، بین شدت درد قبل با مراحل مختلف مطالعه (بلافاصله بعد از مداخله و ۳۰ دقیقه بعد از مداخله و ۱ ساعت بعد از مداخله و ۲ ساعت بعد از مداخله) اختلاف آماری وجود دارد. به طوری که در هر مرحله نسبت به قبل از مداخله شدت درد به ترتیب افزایش داشته است و «در گروه شاهد» افزایش وجود داشته است. در صورتی که خانم باردار وارد مرحله حقیقی لیبر شود (۱)، با گذشت زمان شدت و طول مدت انقباضات بیشتر و فاصله انقباضات کوتاه‌تر می‌گردد و با افزایش شدت انقباضات رحمی، شدت درد بیشتری احساس می‌گردد (۱) در مطالعه لی (۲) و همکاران (۲۰۰۴) نیز شدت درد در هر گروه افزایش پیدا کرده است و یافته‌های پژوهش حاضر را تأیید می‌کند (۸) ولی یکی از نقاط ضعف تحقیق لی و همکاران عدم انجام مطالعه درون‌گروهی می‌باشد و یافته‌های آماری در این مورد ارایه نشده است همچنین پیگیری ارزیابی شدت درد تا انتهای مرحله اول زایمان صورت نگرفته است. لی و همکاران بیان می‌کنند اگر چه با پیشرفت لیبر در هر دو گروه افزایش درد وجود داشته است ولی افزایش شدت درد در گروه تجربی کمتر از گروه شاهد بوده است. احتمالاً طب فشاری از طریق تأثیر بر اضطراب حین زایمان، باعث کاهش درد گردیده است.

References

- 1- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetrics. 22th MC Graw Hill; 2005.
- 2- Noori M. Family Health about Maternal and Child Care and nutrition. Mashhad. Atrak. 1990.
- 3- Walsh LW. Midwifery: community-based care during the childbearing year. W.B. Saunders Company. 2001
- 4- Beal MW. Acupuncture and acupressure applications to women reproductive health care. J nurse- midwifery 1999; 44 (3): 217- 230.
- 5- Betts D. Acupressure techniques for use during childbirth and pregnancy. www. childbirth solutions.com, 2005.
- 6- Park Y, Cho J, Kwon J, et al. The effect of san-yin-jiao (sp6) acupressure on labor progression. Am J obstet & Gynecol American J Obstet & Gynecol. 2003, 189 (6), supplement 1: S209.

- 7- Skilnand E. Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obst ET Gyneco scandinavica* 2002; 81 (10): 943- 9.
- 8- LEE MK, Chang SB, Kang D. Effect of sp6 Acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *Journal of alternative and complementary medicine* 2004; 10 (6): 959- 965.
- 9- Lee Mk. Effect of san-yin-giao (sp6) acupressure on labor pain. delivery time in women during labor. *Taehan kanho Hakhoe chi* 2003; 33 (6): 753- 61.
- 10- Spielberger CD. *Manual for the state- trait anxiety inventory*. Consulting Psychologist Press. 1983.
- 11- Mahram B. Spielberger State and Trait Scale Anxiety, Practical guidelines and interpretation based on normalizing test in Mashhad city. Mashhad Ferddowsi university faculty of psychology and educational science; 1993.
- 12- Warfield CA. *Principle and practice of pain management*, St louise Mosby, 1993.
- 13- Wallis L, Schnider SM, Palahniuk RJ, et al. An Evaluation of acupuncture analgesia in obstetrics. *Anesthesiology* 1974, 41: 596-601.
- 14- Taylor D, Miaskowski C, Kohn J. A randomized clinical trial of the effectiveness of an acupressure device (relief brief) for managing symptoms of dysmenorhea. *J Altern complement med* 2002; 8 (3): 357- 70.
- 15- Chen H, Chen C. Effect of acupressure at san-yin- jiao point on primary dysmenorhea. *journal of advanced nursing*. 2004; 48 (4): 380- 389.