

تأثیر طب فشاری در نقطه SP6 بر شدت درد زایمان و نوع زایمان

پریسا صمدی^۱ دکتر می‌نور لمیعیان^۲ دکتر رضا حشمت^۳ دکتر سقراط فقیه‌زاده^۴
^۱ کارشناس ارشد مامایی، ^۲ استادیار گروه مامایی، ^۳ استاد گروه آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس ^۴ انجمن طب سوزنی ایران

مجله پزشکی هرمزگان سال چهاردهم شماره اول بهار ۸۹ صفحات ۶۴-۵۵

چکیده

مقدمه: برخلاف تصور قدیمی که بروز درد در طول زایمان اجتناب‌ناپذیر است و باید تحمل شود، امروزه تسکین درد به عنوان تفکری جدید مطرح شده است. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر طب فشاری در نقطه SP6 بر شدت درد لیبر و نوع زایمان می‌باشد.

روش کار: یک کارآزمایی بالینی یک سو کور جهت بررسی تأثیر طب فشاری در نقطه SP6 بر شدت درد لیبر و نوع زایمان، در بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شد. واحدهای پژوهش ۱۳۱ زن باردار با حاملگی ترم و در حال لیبر بودند که با روش تخصیص تصادفی به گروه فشار روی SP6 (۴۱ نفر)، گروه لمس SP6 (۴۱ نفر) و گروه مراقبت معمول (۴۹ نفر) تقسیم شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به کمک آمار توصیفی و آنالیز واریانس و آزمونهای غیرپارامتریک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: مقایسه میانگین تفاضل تعدیل شده شدت درد زایمان در ۲ دقیقه بعد از شروع مداخله، بین سه گروه مورد مطالعه کاهش آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/001$)، ولیکن در مراحل پس از ۳۰ دقیقه مداخله و نیز ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. در مقایسه نوع زایمان بین سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که اعمال فشار روی SP6 در مقطع زمانی ۲ دقیقه بعد از مداخله بر شدت درد مؤثر بوده است و می‌تواند یک روش تکمیلی احتمالاً مؤثر برای کاهش درد زایمان باشد.

کلیدواژه‌ها: طب فشاری - درد - درد زایمان - سزارین

نویسنده مسئول:
دکتر می‌نور لمیعیان
گروه مامایی دانشگاه تربیت
مدرس
تهران - ایران
تلفن: +۹۸ ۲۱ ۸۲۸۸۳۰۹
پست الکترونیکی:
lamyian@modares.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۸/۱/۲۷ اصلاح نهایی: ۸۸/۷/۴ پذیرش مقاله: ۸۸/۸/۹

مقدمه:

تحمل شود، امروزه تسکین درد به عنوان تفکری جدید مطرح شده است (۳). درد زایمان می‌تواند منجر به از دست رفتن کنترل روحی - روانی مادر در حین زایمان شود که یک فاکتور کلیدی در ایجاد زایمان‌های تروماتیک و اختلالات سایکولوژیک است (۴).

امروزه جهت رهایی از درد زایمان از روشهای دارویی و غیردارویی متعددی استفاده می‌شود ولی به دلیل عوارض بالقوه استفاده از آنالژژیک (analgesic) و عوامل آناستتیک (anesthetic) بر روی مادران و جنین‌ها، استفاده از آنها برای اداره درد زایمان نباید انتخاب اول باشد (۲).

درد زایمان شدیدترین دردی است که اغلب زنان آن را تجربه می‌کنند (۱). تلاش بر این است که تولد نوزاد یک تجربه مثبت برای مادر باشد و در این راستا تأکید روزافزونی بر روی اداره درد زایمان وجود دارد (۲). با استفاده از روشهای نوین و حمایتی کاهش درد زایمان می‌توان زایمان را به یک اتفاق خوشایند و لذت بخش تبدیل نمود (۱). عده‌ای معتقدند که درد یک عملکرد بیولوژیک در روند زایمان است و آن را علامت حیاتی پنجم نامیده‌اند، ولی بر خلاف تصور قدیمی که بروز درد در طول زایمان بدیهی و اجتناب‌ناپذیر است و باید

دانش و مهارت کادر مامایی خواهد شد و کیفیت خدمات و مراقبت‌های مامایی را نیز ارتقاء خواهد داد (۶). از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر طب فشاری در نقطه SP6 بر شدت درد لیبر و نوع زایمان انجام شد.

روش کار:

این پژوهش، یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی با تخصیص تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های مورد بررسی است که در بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. این مطالعه به صورت یک سو کور طراحی شد به گونه‌ای که واحدهای مورد بررسی از نوع روش به کار رفته (لمس یا فشار) اطلاعی نداشتند. جمعیت مورد مطالعه زنان باردار ۱۸-۳۰ ساله‌ای بودند که جهت زایمان به بخش زایمان بیمارستان مراجعه نمودند و دارای معیارهای ورود به مطالعه از جمله: مشخصات حاملگی تک قلو، پاریتی یک یا دو، حاملگی ترم ۴۲-۴۸ هفته بر اساس LMP مطمئن و یا سونوگرافی زیر ۲۰ هفته، $BMI < 29$ ، دیلاتاسیون ۳ تا ۵ سانتیمتر، طرح نرمال انقباضات به صورت مدت زمان ۲۰ ثانیه یا بیشتر که در فاصله پنج دقیقه یا کمتر تکرار شوند، بودند. ضربان قلب بیشتر از ۱۶۰ یا کمتر از ۱۱۰، افت دیورس ضربان قلب و یا آغشته شدن مایع آمنیوتیک به مکنون غلیظ نداشتند. داروهای روان‌درمانی و داروهایی که پزشک یا ماما برای شروع زایمان تجویز می‌کنند، استفاده نکرده بودند. قبل از شروع مطالعه برای تسکین درد داروهای شیمیایی یا طبیعی نگرفته بودند و فاقد هر گونه بیماری طبی و مشکل مامایی نظیر میوم رحمی، ضایعات پره کانسری، عدم تناسب اندازه جنین با لگن مادر، نازایی و عمل جراحی روی رحم یا دهانه رحم، جفت سر راهی، جدا شدن زودرس جفت، پلی‌هیدرامنیوس، اولیگو‌هیدرامنیوس، اریتروبلاستوز جنین، پره‌اکلامپسی، دیابت بارداری و کاهش حرکات جنین بودند. انواع دخانیات (سیگار، قلیان، مواد مخدر) یا الکل مصرف نمی‌کردند و مشکلات گفتاری، شنیداری و ذهنی نداشتند.

معیارهای خروج از مطالعه، علائمی دال بر زجر جنین، زایمان طول کشیده و یا سریع، وزن نوزاد کمتر از ۲۵۰۰ یا بیش از ۴۰۰۰ گرم، نیاز به اکسی‌توسین اضافه بر روتین بخش و عدم رضایت واحد پژوهش بودند. عدم اطمینان از

روشهای غیردارویی تسکین درد دارای مزایای زیادی از جمله نداشتن عوارض جانبی برای مادر و جنین، عدم تداخل در مسیر لیبر و حتی خوشایند بودن برای مادر و جنین می‌باشند (۵). این روشها شامل آرام‌سازی عضلانی، تکنیک‌های تنفس، آب‌درمانی، موسیقی درمانی، لمس درمانی و ماساژ درمانی، روشهای حمایتی، استفاده از گرما و سرما، اسانس درمانی، طب سوزنی، هومیوپاتی (homeopathy)، استئوپاتی (osteopathy)، طب گیاهی، هیپنوتراپی (hypnotherapy)، ورزش و طب فشاری می‌باشند (۱،۵).

طب فشاری روش قدیمی و بنیادی درمان خانگی چین است که بیش از ۳۰۰۰ سال قدمت دارد و روش تکنولوژیکی طب سوزنی نیز از آن منشاء گرفته است. طب فشاری غیرتهاجمی است و شامل استفاده از فشار مداوم به جای سوزن، بر روی نقاط فشاری خاص از نقاط قابل انتخاب آناتومیک می‌باشد (۲).

نقطه SP6 (نقطه ۶ طحالی) بر روی نصف‌النهار طحالی، یکی از ۱۴ مسیر اصلی قرار دارد و مطالعات نشان داده است که تحریک این نقطه می‌تواند بر بهبود پیشرفت زایمان و کاهش درد زایمان مؤثر باشد (۲).

امروزه در برخی از نقاط جهان سزارین شیوع بالایی پیدا کرده است و یکی از دلایل اصلی آمار بالای سزارین و روی آوردن به آن، ترس از درد زایمان و نیز عدم به کارگیری صحیح مهارت و دانش ماماها می‌باشد (۶).

در طی سالهای گذشته تحقیقات اندکی در زمینه تأثیر طب فشاری در نقطه SP6 بر شدت درد و نوع زایمان صورت گرفته است. Lee و Park در تحقیقاتی تجربی به این نتیجه رسیدند که ۳۰ دقیقه فشار بر روی نقطه SP6 شدت درد زایمان را کاهش می‌دهد (۲،۷۸). Chang SB و همکاران در تحقیقی اظهار نمودند که اعمال فشار بر نقطه SP6 میزان سزارین را کاهش می‌دهد (۹). تحقیقات فوق نشان می‌دهد که طب فشاری بر شدت درد زایمان و کاهش میزان سزارین مؤثر است ولی با وجود افزایش رویکرد جهانی به زایمان طبیعی بدون درد، روش مذکور هنوز به طور عمده مورد توجه قرار نگرفته است و تحقیقات انجام شده نیز کافی به نظر نمی‌رسد. انجام تحقیقات گسترده در این زمینه سبب افزایش

بود. پس از انجام محاسبات لازم، نمونه‌گیری اصلی آغاز گردید. در ابتدا ۱۷۲ نفر به روش تصادفی وارد مطالعه شدند و ۴۱ نفر به دلایلی نظیر زایمان طولانی مدت، زایمان سریع، وزن بالای نوزاد، وزن پایین نوزاد، افت ضربان قلب جنین، دفع مکنون غلیظ و عدم رضایت واحد پژوهش از مطالعه خارج شدند که از این تعداد ۲۱ نفر از گروه فشار، ۵ نفر از گروه لمس و ۱۵ نفر از گروه مراقبت معمول از مطالعه حذف شدند و در نهایت ۱۳۱ نفر در سه گروه مورد بررسی شامل، ۴۱ نفر در گروه فشار، ۴۱ نفر در گروه لمس و ۴۹ نفر در گروه مراقبت معمول مورد مطالعه قرار گرفتند. سه گروه مورد بررسی از نظر تعداد زایمان، دیلاتاسیون سرویکس، افاسمان، پارگی کیسه آب، داشتن مراقبتهای دوران بارداری و مدت زمان خواب در ۲۴ ساعت گذشته با هم همگن شدند و پرسشنامه مشخصات دموگرافی و سوابق بالینی از طریق مصاحبه و معاینه تکمیل شد. به منظور یکسان‌سازی و حذف تأثیر روانی حضور پژوهشگر، گروه کنترل لمس SP6 در نظر گرفته شد.

تکنیک مداخله به شرح ذیل می‌باشد: در مدت ۳۰ دقیقه مداخله گروه آزمون، فشار روی SP6 و گروه کنترل اول، لمس SP6 را بر روی هر دوپا به طور همزمان همراه با تنفس عمیق و ریلکسیشن دریافت کردند. در گروه فشار، به مدت ۳۰ دقیقه فشار دورانی به صورت زیر روی نقطه SP6 اعمال شد: ابتدا یک فشار ۲ دقیقه‌ای به گونه‌ای وارد می‌شد که واحد پژوهش درد خوشایندی را تجربه کند و دقت می‌شد که در تمام مدت اعمال فشار میزان بیرنگ بودن ناخن ثابت باقی بماند و بیمار از میزان فشار وارده رضایت داشته باشد. سپس بدون توجه به انقباضات، یک دقیقه استراحت و یک دقیقه فشار اعمال می‌شد به گونه‌ای که مجموع مدت زمان فشارهای اعمال شده به ۳۰ دقیقه می‌رسید. انجام این تکنیک در کل یک ساعت به طول می‌انجامید. برای گروه لمس نیز با همین زمان بندی، لمس نقطه SP6 انجام شد. با توجه به اینکه مدت زمان متوسط تقریبی، برای چرخش سیکل جریان انرژی مریدین در بدن، ۲۴ دقیقه است (۲)، انتخاب ۳۰ دقیقه اعمال فشار به جهت اطمینان از چرخش کامل سیکل جریان انرژی صورت پذیرفته است. علاوه بر این نظر به این که

تأثیرات طب فشاری و ترس از عوارض ناشناخته آن و در نتیجه عدم همکاری بعضی از واحدهای پژوهش و همچنین روتین بودن تجویز اکسی‌توسین در بیمارستان مربوطه از محدودیت‌های این پژوهش بودند و خاطر نشان می‌سازد که کلیه واحدهای پژوهش به طور یکسان، اکسی‌توسین به میزان ۱۰ واحد در یک لیتر دریافت می‌نمودند. اما به نظر می‌رسد بهترین نتایج پژوهش زمانی حاصل می‌شود که واحدهای پژوهش اکسی‌توسین دریافت نکنند.

واحدهای پژوهش از طریق چکلیست و طبق شرایط مطالعه انتخاب شدند و سپس رضایت‌نامه آگاهانه با متن مورد تأیید کمیته اخلاق پزشکی اخذ شد. به منظور آگاهی بیشتر توضیحاتی در مورد طب فشاری و اثرات آن داده شد و فرم سؤالات پرسشنامه دموگرافیک و سوابق مامایی از طریق مصاحبه تکمیل گردید. واحدهای مورد پژوهش، توسط پژوهشگر از نظر وضعیت دیلاتاسیون سرویکس، افاسمان، پارگی پرده آمنیوتیک، تناسب لگن، درجه حرارت بدن، عدم وجود سوختگی، اکزما و ادم بیش از حد در نقطه SP6، رنگ زبان و انقباضات منظم رحم مورد معاینه قرار گرفتند.

بر پایه تئوری نصف‌النهارها (Meridian Theory) اندازه‌گیری‌های لازم مطابق با بدن واحد پژوهش انجام می‌شد. به این ترتیب که برای تعیین محل نقطه فشاری SP6 که به پهنای ۴ انگشت بالای رأس قوزک داخلی و درست پشت لبه تیبیا قرار دارد، از پهنای ۴ انگشت بیمار استفاده گردید و به منظور تأیید نقطه صحیح از دستگاه Acuhealth tens 900 (تهیه شده از شرکت واردکننده تجهیزات پزشکی پارس مدیکال) که مورد تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA)، اتحادیه اروپا (CE) و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد، استفاده شد (۱۲).

ابتدا ۳۰ نفر که شرایط پژوهش را دارا بودند، به صورت پایلوت مورد آزمایش قرار گرفتند. پس از یافتن نقطه فشار، به کمک دستگاه Force Gauge, 5000 gr که دارای استاندارد بین‌المللی CE اروپا و گواهی‌نامه معتبر کالیبراسیون 9001 ISO است، روی نقطه SP6 فشار وارد می‌شد. در مطالعه پایلوت میانگین فشار اعمال شده ۱۸۲۴ گرم محاسبه شد که تقریباً برابر با بیرنگ شدن نیمی از ناخن شست پژوهشگر

مطالعه، ۲ دقیقه پس از ورود به مطالعه، ۱ ساعت پس از ورود به مطالعه و ۱/۵ ساعت پس از ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. دیلاتاسیون سرویکس قبل از مداخله اندازه‌گیری می‌شد. در مرحله اول لیبر ضربان قلب جنین هر ربع ساعت و در مرحله دوم هر ۵ دقیقه کنترل شد. علائم حیاتی نیز قبل از مداخله و ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله اندازه‌گیری شد. نوع زایمان انجام شده و وضعیت نوزاد از نظر وزن و آپگار در پرسشنامه ثبت می‌گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS 16، آمار توصیفی و آزمونهای آنالیز واریانس، کای اسکور، کروسکال والیس و آزمون ولیکانسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج:

طبق یافته‌های پژوهش، سه گروه مورد مطالعه از نظر خصوصیات فردی همگن بودند و این موضوع با استفاده از آزمون آماری ANOVA و تست دقیق تأیید شد (جدول شماره ۱).

حداقل مدت زمان اعمال فشار بر روی نقاط یک دقیقه است (۱۰) برای اطمینان از پوشش دادن این مدت زمان، میزان اعمال فشار اولیه حدود ۲ دقیقه تعیین گردید. واحدهای پژوهش در هر گروه آزمون و کنترل لمس، در طی کاربرد فشار و یا لمس SP6 در وضعیت نیمه خوابیده به پهلوی چپ قرار گرفتند تا از افت فشارخون جلوگیری به عمل آید. شدت درد یک امر ذهنی است و میزان آن با استفاده از مقیاس شبیه‌سازی بصری استاندارد درد (Visual Analog Scale) که در تحقیقات مورد تأیید بوده است، اندازه‌گیری شد (۱۱) و امتیازات کسب شده از صفر تا ۵ ثبت شد به گونه‌ای که امتیاز بالاتر درد بیشتر را نشان می‌دهد. درد و انقباضات رحم برای گروههای آزمون و کنترل در ۴ مقطع زمانی ارزیابی شد: baseline در زمان دیلاتاسیون ۳-۵cm و درست قبل از مداخله، بلافاصله بعد از ۲ دقیقه مداخله، بعد از اعمال ۳۰ دقیقه مداخله (طبق توضیحاتی که در پیش گفته شده و با در نظر گرفتن یک دقیقه استراحت پس از هر دقیقه مداخله) و ۳۰ دقیقه بعد از اتمام مداخله. همچنین مقاطع زمانی ارزیابی درد و انقباضات رحم در گروه مراقبت معمول برای ایجاد تناسب و همخوانی با گروههای دیگر به صورت: بدو پذیرش در

جدول شماره ۱- مقایسه توزیع فراوانی خصوصیات فردی بین سه گروه مورد مطالعه زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷

P-value	مراقبت‌های معمول	لمس	فشار	گروههای مورد بررسی
				خصوصیات فردی
				سن
۰/۷	۲۴/۸±۳/۹	۲۴/۹±۳/۶	۲۴/۲±۳/۶	میزان تحصیلات:
				سوم راهنمایی و پائین‌تر
	۱۳ (۲۳/۵٪)	۹ (۲۲٪)	۱۰ (۲۴/۴٪)	دبیرستان
۰/۵	۴ (۸/۲٪)	۷ (۱۷/۱٪)	۴ (۹/۸٪)	دیپلم
	۲۹ (۵۹/۲٪)	۲۰ (۴۸/۸٪)	۲۶ (۶۳/۴٪)	بالاتر از دیپلم
	۳ (۶/۱٪)	۵ (۱۲/۲٪)	۱ (۲/۴٪)	شغل:
				خانه‌دار
۰/۵	۴۵ (۹۱/۸٪)	۴۰ (۹۷/۶٪)	۳۹ (۹۵/۱٪)	شاغل
	۴ (۸/۲٪)	۴ (۹/۴٪)	۲ (۴/۹٪)	شغل همسر:
				شاغل
۱/۰۰	۴۸ (۹۸٪)	۴۱ (۱۰۰٪)	۴۰ (۹۷/۶٪)	بیکار
	۱ (۲٪)	۰ (۰٪)	۱ (۲/۴٪)	

جدول شماره ۲- ویژگی‌های مامایی بین سه گروه مورد مطالعه زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷

متغیر	گروه‌های مورد بررسی		
	فشار	لمس	مراقبت‌های معمول
پاریتی			
پاریتی ۱	۲۸ (۶۸٪)	۲۸ (۶۸٪)	۳۰ (۷۱٪)
پاریتی ۲	۱۳ (۳۱٪)		
کیسه آب			
پاره	۲۸ (۶۸٪)	۲۹ (۷۰٪)	۳۴ (۶۹٪)
سالم	۱۳ (۳۱٪)	۱۵ (۲۹٪)	۱۵ (۳۰٪)
دیلاتاسیون	۳/۴±۰/۵	۳/۴±۰/۵	۳/۵±۰/۷
افاسمان	۴۸/۰۵±۱۲/۰۹	۵۰/۲±۱۲/۸	۵۰/۵±۱۳/۳
مدت زمان خواب در ۲۴ ساعت گذشته			
۱۰-۸ ساعت	۲ (۵٪)	۷ (۱۷٪)	۴ (۱۰٪)
۸-۵ ساعت	۱۵ (۳۷٪)	۱۲ (۲۹٪)	۱۷ (۴۴٪)
کمتر از ۵ ساعت	۲۳ (۵۷٪)	۲۲ (۵۳٪)	۲۸ (۵۷٪)

عدم اختلاف آماری ویژگی‌های مامایی و مدت زمان خواب در ۲۴ ساعت گذشته نیز بوسیله تست‌های آماری مجذور کای، کروسکال والیس، ANOVA و تست دقیق تأیید گردید. کلیه واحدهای پژوهشی مراقبت‌های دوران بارداری را دریافت کرده بودند و به همین دلیل آزمون به منظور بررسی این مورد انجام نشد (جدول شماره ۲).

در گروه مداخله مقایسه میانگین شدت درد زایمان در مقاطع زمانی مختلف (بعد از ۲ دقیقه مداخله، بعد از ۳۰ دقیقه مداخله و ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله) با آزمون فریدمن انجام گرفت و مشخص شد که بین آنها اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). مقایسه‌های دوتایی میانگین شدت درد زایمان قبل از مداخله با بعد از مداخله نیز بوسیله آزمون ویلکاکسون انجام شدند و نشان دادند که بعد از ۲ دقیقه فشار بر روی نقطه SP6 میانگین شدت درد زایمان کاهش آماری معنی‌داری داشته است ($P = 0.004$) ولی بعد از ۳۰ دقیقه فشار ($P < 0.001$) و نیز ۳۰ دقیقه پس از اتمام فشار ($P < 0.001$) میانگین شدت درد به لحاظ آماری افزایش معنی‌داری را نشان داده است.

در گروه کنترل اول (لمس) به منظور مقایسه شدت درد زایمان در مقاطع زمانی مختلف و قبل و بعد از مداخله از آزمون‌های آماری مشابه با گروه مداخله استفاده شد. مقایسه میانگین شدت درد زایمان در مقاطع زمانی مختلف نشان داد که بین آنها اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$). مقایسه‌های دوتایی

P-value	زمان بررسی درد	
	قبل از مداخله	بعد از ۲ دقیقه مداخله
۰/۰۰۴	۳/۵±۰/۹	۳/۲±۰/۹
۰/۴	۳/۵±۱/۱	۳/۵±۱/۰۵
۰/۲	۴/۰۲±۱/۱	۴/۰۸±۱/۰۴

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان قبل و بعد از ۲ دقیقه مداخله در دو گروه فشار و لمس و ۲ دقیقه پس از ورود واحدهای پژوهشی به مطالعه در گروه مراقبت معمول در زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷

شدت درد در هر مقطع زمانی استفاده شد. مقایسه میانگین شدت درد زایمان در ۲ دقیقه بعد از شروع مداخله بین سه گروه مورد مطالعه بوسیله آزمون کروسکال والیس نشان داد که اختلاف بین سه گروه از نظر آماری معنی‌دار است ($P < 0.001$). بررسی‌های دو گروه بوسیله آزمون من‌ویتنی بیانگر این است که انجام ۲ دقیقه تکنیک فشار درد را کاهش داده است. این اختلاف بین گروه فشار و لمس و نیز بین گروه فشار و مراقبت معمول به لحاظ آماری معنی‌دار بوده است ($P < 0.001$ و $P < 0.001$). ولی بین دو گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌دار نبود. ولیکن مقایسه میانگین شدت درد بعد از ۳۰ دقیقه مداخله و نیز ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله مشخص کرد که اختلاف بین سه گروه از نظر آماری معنی‌دار نیست (جدول شماره ۶).

بررسی تأثیر مداخله بر نوع زایمان با آزمون دقیق انجام شد و مشخص کرد که اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه مورد بررسی وجود ندارد (جدول شماره ۷).

میانگین شدت درد زایمان در بدو پذیرش با شدت درد بعد از گذشت ۲ دقیقه نشان داد که اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نیست و در این گروه بعد از ۲ دقیقه درد تغییری نداشته است و میانگین شدت درد بعد از گذشت یک ساعت و نیز یک ساعت نیم بعد، به لحاظ آماری افزایش معنی‌داری را نشان داد ($P < 0.001$) (جدول شماره ۳، ۴، ۵).

جدول شماره ۴- میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان قبل و بعد از ۳۰ دقیقه مداخله در دو گروه فشار و لمس و یک ساعت پس از ورود واحدهای پژوهشی به مطالعه در گروه مراقبت معمول در زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷

گروه‌های مورد بررسی	زمان بررسی درد	قبل از مداخله	بعد از ۳۰ دقیقه مداخله	P-value
فشار		۳/۵±۰/۹	۴/۴±۰/۸	۰/۰۰۱
لمس		۳/۵±۱/۱	۴/۲±۰/۸	۰/۰۰۱
مراقبت معمول		۴/۰۲±۱/۱	۴/۷±۰/۷	۰/۰۰۱

جدول شماره ۵- میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان قبل و ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله در دو گروه فشار و لمس و یک ساعت و ۳۰ دقیقه پس از ورود واحدهای پژوهشی به مطالعه در گروه مراقبت معمول در زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷

گروه‌های مورد بررسی	زمان بررسی درد	قبل از مداخله	۳۰ دقیقه بعد از اتمام مداخله	P-value
فشار		۳/۵±۰/۹	۴/۶±۰/۷	۰/۰۰۱
لمس		۳/۵±۱/۱	۴/۶±۰/۶	۰/۰۰۱
مراقبت معمول		۴/۰۲±۱/۱	۴/۸±۰/۴	۰/۰۰۱

به منظور مقایسه شدت درد زایمان در مقاطع زمانی مختلف، بین سه گروه مورد مطالعه از تفاضل تعدیل شده

جدول شماره ۶- میانگین و انحراف معیار تفاضل تعدیل شده شدت درد زایمان بین سه گروه مورد مطالعه در زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در سال ۱۳۸۷

P-value	گروه‌های مورد بررسی			
	مراقبت معمول	لمس	فشار	* تفاضل تعدیل شده شدت درد
۰/۰۰۱	۰/۰۵±۰/۲	-۰/۰۳±۰/۱	-۰/۰۹±۰/۱	درد ۲ دقیقه بعد از شروع مداخله
۰/۴	۰/۲±۰/۶	۰/۳±۰/۴	۰/۳±۰/۴	درد پس از ۳۰ دقیقه مداخله
۰/۱	۰/۳±۰/۷	۰/۴±۰/۵	۰/۴±۰/۷	درد ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله

* تفاضل استاندارد درد = (درد بعد - درد قبل) درد قبل

جدول شماره ۷- توزیع فراوانی نوع زایمان بین سه گروه مورد مطالعه در زنان در حال لیبر بیمارستان مریم شهر تهران در

سال ۱۳۸۷

P-value	مراقبت معمول		لمس		فشار		گروه‌های مورد بررسی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۵	۸۳/۷	۴۱	۹۲/۷	۳۸	۹۲/۷	۳۸	نوع زایمان
	۶/۱	۳	۲/۴	۱	۴/۹	۲	زایمان طبیعی
	۱۰/۲	۵	۴/۹	۲	۲/۴	۱	سزارین
۰/۵	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	۴۱	زایمان با ابزار
							جمع

بحث و نتیجه‌گیری:

با توجه به اینکه در مطالعات منتشره گزارشی مبنی بر تعیین و مقایسه شدت درد زایمان در مجموعه مقاطع زمانی ۲ دقیقه، ۳۰ دقیقه بعد از مداخله و ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله، در هر گروه ارائه نشده است، لذا مقایسه کلیه نتایج حاصله از این تحقیق با مطالعات قبلی شاید در برخی مقاطع زمانی امکان‌پذیر نباشد. با این حال Lee و همکاران (۲۰۰۲) پژوهشی به صورت یک کارآزمایی بالینی پایلوت با هدف بررسی تأثیر فشار روی نقطه SP6 بر شدت درد، طول مدت زایمان و اضطراب زنان در حال لیبر در دو گروه فشار و کنترل انجام دادند. ولی در این مطالعه به مدت مداخله و زمان اندازه‌گیری شدت درد اشاره‌ای نشده است. در نتایج این مطالعه، شدت درد زایمان بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بود لیکن بین دو گروه تفاوت آماری معنی‌داری از این نظر وجود نداشت (۱۲). نتایج این مطالعه به جز در مقطع زمانی ۲ دقیقه بعد از مداخله، مشابه نتایج پژوهش حاضر است. در این مطالعه بین میزان درد زایمان قبل و بعد از مداخله در گروه فشار تفاوت آماری معنی‌داری گزارش نشده است ولی مقایسه شدت درد قبل و بعد برای گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار گزارش شده است. در پژوهش حاضر در مقاطع زمانی مورد بررسی بین میزان درد زایمان قبل و بعد از مداخله در گروه فشار تفاوت معنی‌دار بود. ۲ دقیقه بعد از فشار، درد کاهش یافته بود ولی در مقاطع زمانی بعدی درد افزایش معنی‌داری داشته است.

در مطالعه دیگری که Lee با هدف آزمایش اثر طب فشاری در نقطه SP6 بر شدت درد ذهنی زایمان و طول مدت زایمان به صورت دو گروه انجام داد، شدت درد در یک مقطع زمانی بعد از ۳۰ دقیقه مداخله بررسی شد و مشخص

گردید که درد در گروه فشار کاهش یافته است (۷) در حالی که در پژوهش حاضر در مقطع زمانی بعد از ۳۰ دقیقه فشار، درد افزایش معنی‌داری داشته است.

Lee مطالعه سوم خود را با هدف آزمایش اثر طب فشاری در SP6 بر شدت درد و طول مدت زایمان به صورت دو گروهی انجام داد. در این پژوهش شدت درد در چهار مقطع زمانی: قبل از مداخله، بلافاصله بعد از ۳۰ دقیقه مداخله و ۳۰ دقیقه و ۶۰ دقیقه بعد از اتمام مداخله اندازه‌گیری شد. مداخله به صورت ۳۰ دقیقه فشار یا لمس نقطه SP6 بعد از دیلاتاسیون ۳ سانتیمتر و در طی هر انقباض انجام شد. اعتبار درستی نقطه SP6 پیدا شده نیز همانند پژوهش حاضر تأیید شد. در این مطالعه، بین دو گروه از نظر میزان درد در تمام مراحل تفاوت معنی‌داری وجود داشت: بعد از ۳۰ دقیقه مداخله ($P=0/01$)، ۳۰ دقیقه و ۶۰ دقیقه بعد از اتمام مداخله ($P=0/01$ و $P=0/02$). لیکن در پژوهش حاضر همانطور که بیان شد در مقاطع زمانی بعد از ۳۰ دقیقه مداخله و ۳۰ دقیقه پس از اتمام مداخله اختلاف شدت درد بین سه گروه معنی‌دار نبود (۲).

در مطالعات Lee با وجود تأثیر چگونگی انقباضات بر احساس درد واحدهای پژوهش، از میزان تناوب و طول مدت انقباضات به عنوان یکی از معیارهای ورود گزارشی نشده است، در صورتی که در پژوهش حاضر انقباضات به طور کامل در چهار مقطع زمانی بررسی شد و افرادی که انقباضات هیپرتونیک یا هیپوتونیک داشتند از مطالعه خارج شدند. در مطالعات Lee از اعمال فشار در طی انقباضات استفاده شده است که سبب می‌شود مدت زمان اعمال فشار برای افراد، متفاوت باشد ولی در پژوهش حاضر مدت زمان اعمال فشار یا لمس برای افراد کاملاً یکسان بود.

پژوهشی توسط Chang SB و همکاران با هدف توضیح تفاوت میزان سزارین بر اساس ۳۰ دقیقه فشار روی SP6 برای زنان در حال لیبر و به صورت سه گروهی انجام گرفت. شرکت کننده‌ها ۲۰۹ نفر بودند که به یکی از سه گروه فشار روی SP6، لمس SP6 و گروه کنترل، اختصاص داده شدند. تکنیک طب فشاری مشابه با مطالعه Lee انجام شد. این مطالعه نشان داد که میزان سزارین برای گروه فشار روی SP6، گروه لمس SP6 و گروه کنترل، به ترتیب ۱۲/۸٪، ۲۹/۸٪ و ۲۲/۴٪ بود و تفاوت معنی‌داری بین گروهها وجود داشت (۹). در پژوهش حاضر میزان سزارین برای گروه آزمون و گروه کنترل اول و دوم به ترتیب ۴/۹٪، ۲/۴٪ و ۶/۱٪ بود و بین سه گروه از نظر نوع زایمان اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. به نظر می‌رسد که اختلاف نتایج در این مورد نیز به دلیل تفاوت تعداد نمونه در دو مطالعه باشد.

تفاوتهای پژوهش حاضر را با مطالعات انجام شده می‌توان در چند زمینه از جمله استفاده از معیارهای همگن‌سازی بیشتر (افاسمان، مدت زمان خواب در ۲۴ ساعت گذشته)، در نظر گرفتن معیارهای ورود به مداخله بیشتر (طرح نرمال انقباضات به صورت مدت زمان ۲۰ ثانیه یا بیشتر با تکرار در فاصله پنج دقیقه یا کمتر)، اندازه‌گیری شدت درد در ۲ دقیقه بعد از اعمال فشار و برابری مدت زمان اعمال فشار برای کلیه واحدهای پژوهش در گروه آزمون بیان کرد و از نقاط قوت پژوهش حاضر یک سوکور بودن، استفاده از دو گروه کنترل، برابری مدت زمان اعمال فشار برای کلیه واحدهای پژوهشی در گروه آزمون و استفاده از ابزار اندازه‌گیری میزان فشار و ابزار تأییدکننده محل صحیح نقطه فشاری که هر دو دارای استاندارد بین المللی CE اروپا بودند، می‌باشد.

آمار منتشره از سوی وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۷، حاکی از دو برابر بودن آمار سزارین در ایران نسبت به آمارهای جهانی است. در اکثر کشورها بالاترین حد استاندارد برای انجام سزارین در کل زایمانها حدود ۲۵ درصد است اما در ایران این رقم گاهی تا بیش از ۵۰ درصد هم رشد داشته است (۷). با وجود اینکه نمی‌توان کاملاً ادعا کرد، اعمال تکنیک طب فشاری می‌تواند شدت درد زایمان را

در مطالعه‌ای دیگر که Park و همکارانش با هدف ارزیابی اثرات ۳۰ دقیقه فشار روی SP6 بر روی کاهش درد، مدت زمان لیبر، فرکانس و شدت انقباضات رحم زنان در حال لیبر به صورت دو گروه انجام دادند. شدت درد قبل از مداخله و پس مداخله اندازه‌گیری شد. آنها بیان نمودند که درد زایمان به طور معنی‌دار در گروه آزمون کاهش یافته بود. نتایج این مطالعه با نتایج حاصل از پژوهش حاضر مطابقت ندارد و همانطور که بیان شد در پژوهش حاضر، بعد از ۳۰ دقیقه مداخله درد کاهش نیافته است بلکه افزایش معنی‌داری داشته است (۸).

از دیگر متغیرهای بررسی شده در پژوهش حاضر مقایسه نوع زایمان در گروههای مورد مطالعه بود. در این رابطه مطالعه‌ای توسط حیدری و همکاران با هدف تعیین تأثیر طب فشاری در نقطه SP6 بر طول مدت زایمان زنان باردار در کرج انجام گرفت. در این کارآزمایی بالینی دو سوکور، زنان باردار ترم با دیلاتاسیون دهانه رحم ۳ سانتیمتر، به روش تخصیص تصادفی به دو گروه فشار و لمس گمارده شده بودند و به مدت ۳۰ دقیقه مداخله انجام شده بود. نتایج مطالعه بیانگر این است که بین دو گروه مورد بررسی آنان از نظر نوع زایمان طبیعی اختلاف آماری وجود دارد و میزان زایمان طبیعی برای گروه آزمون از گروه کنترل بیشتر بوده است (۱۳) که این نتیجه با نتایج پژوهش حاضر متفاوت است. از نقاط افتراقی این مطالعه با پژوهش حاضر می‌توان به متفاوت بودن روش اعمال فشار، در نظر نگرفتن معیارهای ورود به مداخله‌ای نظیر مدت و فرکانس انقباضات و خروج موارد سزارین اشاره کرد. در مطالعه حیدری و همکاران سه نکته قابل ذکر است: اولاً روش اعمال فشار متفاوت بوده است به گونه‌ای که در فواصل انقباضات به طور متناوب ۶ ثانیه فشار (تا حدی که واحد پژوهش کمی احساس درد در محل داشته باشد) و سپس ۲ ثانیه استراحت، اعمال شد. دوماً میزان اضطراب بدو ورود در گروه فشار کمتر بوده است، از آنجایی که ترس و اضطراب بر چگونگی روند زایمان مؤثر می‌باشد (۳) به نظر می‌رسد که این عامل در نتایج آنان دخیل بوده است. سوماً از ابزاری که تأییدکننده اعمال فشار بر نقطه صحیح باشد استفاده نشده است.

را فراهم نمودند، همچنین ریاست و پرسنل محترم زایشگاه تأمین اجتماعی مریم خصوصاً سرکار خانم سعیدی مسئول بخش لیبر که بدون مساعدت ایشان انجام این طرح امکان پذیر نبود و نیز کلیه واحدهای پژوهش مراتب تقدیر و تشکر را اعلام می‌دارند.

کاهش داد ولی به دلیل کاهش درد بعد از اعمال دو دقیقه فشار و با در نظر داشتن عدم پیچیدگی و فواید این تکنیک شامل سادگی، ارزانی و بی‌خطر بودن انجام تحقیقات بیشتری در این زمینه و خصوصاً با روشهای مختلف اعمال فشار توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری:

پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس تهران که با پشتیبانی مالی این طرح امکان اجرای آن

References

منابع

1. Safar zad A, Khodakarami N, Fathizadeh N, Safdari Dahcheshmeh F. The effect of massage therapy on the severity of labor in primiparous women. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2007;9:20-25. [Persian]
2. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*. 2004;10:959-65.
3. Roohani Mashhadi S. The Evaluation of the effect of pressure on point 6 of spleen on first stage women delivery pain intensity who were bedridden in maternity of 17 Shahrivar Hospital. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences: 2005-2006; 1-5 [Persian]
4. Forood A, Forood A, Mehdipoor S. Respiratory Patterns and Massage Applying Effect on View and Labor Pain in Primipar Women. *Shahrekord University of Medical Sciences Journal*. 2005;7:70-77. [Persian]
5. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2007;4:409-17.
6. Rezaeipour A, Idenloo F, Khakbazan Z, Kazemnejad A. The effects of Entonox on implication of painless labor and delivery satisfaction rate among pregnant women. *Hayat*. 2008; 13:45-58. [Persian]
7. Lee MK. Effects of San-Yin-Jiao (SP6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2003;33:753-61.
8. Park YW, Cho JS, Kwon J, Ahn E, Lim J, Chang SB. The effect of San-Yin-Jiao (SP-6) acupressure on labor progression. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:S209.
9. Chang SB, Park YW, Cho JS, Lee MK, Lee BC, Lee SJ. Differences of cesarean section rates according to San-Yin-Jiao (SP6) acupressure for women in labor. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2004;34:324-32.
10. Zaman S. Practical use of acupressure. 3rd ed. Tehran: Ghoghnoos publication; 1996. [Persian]
11. Fazel N, Tafazzoli M, Ramezani M, Esmaeeli H. The Effect of Supermint Oil on the Flatulence Intensity after Cesarean Section. *Ardabil University of Medical Sciences*. 2005;4:41-6. [Persian]
12. Lee MK, Chang SB, Lee HS, Kim HS. Effects of treatment with San-Yin-Jian (SP-6) acupressure for labor women on labor pain, length time for delivery and anxiety: A clinical trial pilot study. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2002;8:559-69.
13. Heydari P, Mojdeh F, Mazloum SR, Tanbakuei k, Judaki k. The Effect of SP6 Acupressure on Length of Labor. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2008;11:15-22.

Effect of acupressure at SP6 point on labor pain intensity

P. Samadi, MSc¹ M. Lamiyan, PhD² R. Heshmat, PhD³ S. Faghihzadeh, PhD⁴

Master of Midwifery¹, Assistant Professor Department of Midwifery², Professor Department of Biostatistics⁴, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Iran Acupuncture Society³, Tehran, Iran.

(Received 16 Apr, 2009 Accepted 31 Oct, 2009)

ABSTRACT

Introduction: Despite conventional views that pain is unavoidable during delivery and should be suffered; today pain relief is introduced as new idea. Our aim was to evaluate acupressure effect at SP6 point on labor pain intensity and women delivery type.

Methods: A single blind, clinical trial was undertaken to evaluation acupressure effect at point of SP6 on pain intensity, labor duration and women delivery type. The subjects were 131 pregnant women in their term pregnancy and labor condition that were randomly divided to experimental group of pressure on SP6 point (41 women), and control groups of SP6 touch (41 women) and common care (49 women). Data then were analysed by means of SPSS and using descriptive statistics, ANOVA and non-parametric Test.

Results: Average modified difference of labor pain intensity had statistically significant decrease within 2 minutes after intervention among the three studied groups ($P < 0.001$) but there was no statistically significant difference in stages 30 minutes after intervention and 30 minutes after the end of intervention. There was also no difference between the three groups in delivery type.

Conclusion: Findings show that applying pressure on SP6 is effective 2 minutes after intervention. It could be an effective supplementary method to decrease pain intensity.

Key words: Acupressure – Pain – Labor Pain – Cesarean Section

Correspondence:

M. Lamiyan, PhD.

Department of
Midwifery, Tarbiat
Modares University.

Tehran, Iran

Tel: +98 21 8288309

Email:

lamyianm@modares.ac.ir