مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره شانزدهم/ بهار ۱۳۹۰/ ۷۲-۶۴

بررسی مقایسه‌ای تأثیر فشار در نقطه هوکو و سانینجیائو بر شدت درد و مدت زایمان در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ایران ایرانشهر در سال ۸۸-۱۳۸۷

تهمینه صالحیان[۱]، فرانک صفدری ده چشمه[۲]، آرزو پیرک[۳]، افسانه کاظمیان[۲]، زهرا عطاردی[۳]، شهین دخت نوابی ریگی[۳]

۱- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری ومامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن: ۲۲۳۳۷۳۵-۰۵۴۷

tahminehsalehian@yahoo.com

۲- مربی، گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهر کرد، ایران

۳- مربی، گروه مامایی، دانشکده پرستاری ومامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: درد ناشی از زایمان بسیار شدید است. عدم تسکین درد منجر به افزایش سطح کاتکول آمین‌ها و اثرات سوء بر مادر و جنین می‌گردد. از طرفی درد زایمان اکثراً همراه با ترس بوده که خود سبب پیشرفت کند زایمان می‌گردد. درمان طبی بعلت عوارض سوء دارو بر جنین و مادر کمتر استفاده می‌شود. هدف این مطالعه بررسی مقایسه‌ای تأثیر فشار در نقطه هوکو و سانینجیائو بر شدت درد و مدت زایمان در زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ایران ایرانشهر در سال ۸۸- ۱۳۸۷ بود.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کار آزمایی بالینی تصادفی بر روی ۹۰ خانم حامله نخست‌زا در حال زایمان، بیمارستان ایران ایرانشهر انجام شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی ساده انجام و نمونه‌ها به سه گروه هوکو، سانینجیائو و کنترل تقسیم شدند. روش گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. ابتدا قبل از هرگونه مداخله شدت درد (ابتدای فاز فعال) با استفاده از مقیاس سنجش درد (VAS) در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر سرویکس و مجدداً بعد از انجام مداخله در دیلاتاسیون ۴ ، ۶ ، ۸ و ۱۰ سانت، در سه گروه اندازه‌گیری شد. طول مراحل زایمان از دیلاتاسیون ۴ تا ۱۰ سانت و از ۱۰ سانت تا زایمان نیز اندازه‌گیری شد. برای انجام مداخله با شروع هر انقباض کمک پژوهشگر در گروه فشار بر نقطه هوکو با انگشتان شست خود بر روی نقطه هوکو در هر دو دست مددجو و در گروه فشار بر نقطه سانینجیائو با انگشتان شست خود روی نقطه سانینجیائو در هر دو پای مددجو فشار وارد نمود. این مداخله طی مدت زمان ۲۰ دقیقه و فقط در حین انقباضات انجام می‌گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای آماری آنالیز واریانس (ANOVA) و آزمون توکی (HSD) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که ارتباط معنی‌داری در میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۴ سانت و بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۴ ، ۶ و ۸ سانتی‌متر بین سه گروه وجود دارد و شدت درد در دو گروه فشاری بطور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود. اما در دیلاتاسیون ۱۰ سانت، تفاوت معنی‌دار نبود. طول مدت فاز فعال زایمان در سه گروه اختلاف معنی‌داری داشت و در دو گروه فشاری نسبت به گروه کنترل کمتر بود. اما طول مدت مرحله دوم زایمان در گروهها معنی‌داری نبود.

نتیجه‌گیری: بر طبق نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد طب فشاری بر شدت درد زایمان مؤثر است و باعث کوتاه شدن فاز فعال لیبر می‌شود. همچنین طب فشاری ممکن است برای مادرانی که تمایل به استفاده به یک روش غیر دارویی و بدون عارضه جانبی دارند، مفید باشد.

کلید واژه‌ها: شدت درد، درد زایمان، نقطه سانینجیائو، نقطه هوکو، زنان نخست‌زا

وصول مقاله: ۸۹/۶/۹ اصلاحیه نهایی: ۸۹/۱۰/۱۳ پذیرش مقاله: ۸۹/۱۱/۷

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

زایمان واقعه‌ای است که اثرات روانی، اجتماعی و احساسی شدید بر مادر و خانواده‌اش دارد و از جمله وقایع مهمی است که زن در زندگی تجربه کرده و خاطره آن همیشه در ذهن او باقی می‌ماند. بنابراین تجربه منفی از زایمان می‌تواند آثار روانی نامطلوبی بر زن و خانواده‌اش بر جای گذارد (۱). پیشرفتهای موجود در علم مامایی، سلامتی فیزیکی بیشتری برای مادران به ارمغان آورده است اما، این پیشرفتها به جنبه‌های روانشناسی زایمان توجه ننموده‌اند. اضطراب ناشی از درد زایمان اثرات نامطلوب متعددی بر وضعیت فیزیولوژیک مادر و جنین و روند زایمان می‌گذارد و منجر به اختلال در کارایی انقباض‌های رحمی، کاهش خونرسانی رحم ونهایتاً مداخله‌های مامایی و عوارض ناشی از آن می‌شود (۲). برای کاهش این مداخلات باید ترس و اضطراب ناشی از درد زایمان را به یک تجربه مبدل ساخت. در استرالیا ۹۲ درصد از زنان شکم اول و ۷۱ درصد از زنان چندزا جهت تسکین درد زایمان از یک یا چند روش بی دردی بهره مند می‌شوند (۳). اما در کشور ما بیشتر موارد زایمان طبیعی با دورنمایی از تحمل درد شدید همراه است. روشهای مورد استفاده جهت تسکین درد زایمان به دو گروه دارویی و غیر دارویی تقسیم می‌شوند. شیوه‌های غیردارویی به دلیل ارزانی، ایجاد اعتمادبه نفس و مشارکت مددجویان به روشهای دارویی برتری دارندکه از این روشها می‌توان به تکنیکهای تنفسی لاماز، حمایت روحی، آروما تراپی، موزیک، هیپنوتیزم (۴) طب سوزنی، طب فشاری و ... اشاره نمود (۵). طب سوزنی بر اساس نظریه عصبی- هورمونی موجب ترشح انکفالین‌ها گردیده و باعث کاهش درد می‌شود (۶). طب فشاری یکی از شاخه‌های طب سوزنی است که در آن به جای سوزن از فشار انگشتان استفاده می‌شود (۷).

طب فشاری بر اساس نقاط طب سوزنی عمل می‌کند، طبق تئوری کنترل دروازه های درد تحریک پوست می‌تواند سبب تحریک فیبرهای بزرگ منتقل‌کننده ایمپالسهای عصبی به نخاع گردیده و در نتیجه سبب بسته نگاه داشتن دروازه‌های انتقال درد و کاهش احساس درد می‌شود (۸).

همچنین طبق عقیده سنتی چینی‌ها انرژی حیاتی بدن یا چی (chi) در کانال‌هایی که مریدین نامیده می‌شود جریان داشته و عملکرد بدن را تنظیم می‌کند و مسدود شدن انرژی در این کانالها باعث ایجاد اختلال و تولید درد می‌شود. با فشار برخی از نقاط در بدن می‌توان به این کانال‌ها دسترسی و باعث تعادل انرژی و بهبود درد گردید (۹) چندین نقطه فشاری برای القاء لیبر و کاهش درد زایمان در بدن وجود دارد و اعتقاد بر این است که تحریک این نقاط از طرفی می‌تواند باعث آزاد سازی اکسی توسین و پیشرفت لیبر گردد از طرف دیگر باعث تعادل انرژی و کاهش درد زایمان شود (۱۰). یکی از نقاطی که برای زایمان بی‌درد کاربرد دارد نقطه هوکو می‌باشد. هوکو یکی از نقاط فشاری مربوط به کانال انرژی روده بزرگ است که Large intestine 4(LI4) نامیده می‌شود و در پرده پوستی دست بین انگشت اشاره و شست قرار دارد (۱۱). نقطه دیگر سانینجیائو نقطه ششم طحال spleen 6 (SP6) می‌باشد که ۴ انگشت بالاتر از قوزک داخلی پا در پشت لبه خلفی تیبیا قرار دارد (۱۳ و۱۲). Chung، در مطالعه خود با هدف تأثیر فشار و لمس در نقاط LI4 وBL67 بر شدت درد زایمان و انقباضات رحمی دریافت که فشار بر این نقاط باعث کاهش چشمگیر درد می‌شود (۱۴).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

Lee، در مطالعه خود با فشار نقطه سانینجیائو به مدت ۳۰ دقیقه دریافت که طب فشاری به طور معنی‌داری موجب کاهش شدت درد زایمان و کوتاه شدن مرحله اول زایمان می‌گردد، اما بر مرحله دوم زایمان تأثیری ندارد (۷). همچنین مطالعه‌ای توسط Chao، با تحریک نقاط هوکو و سانینجیائو نشان داد که تحریک این نقاط در کاهش شدت درد زایمان مؤثر است اما برطول مدت فاز فعال زایمان تأثیری ندارد (۸). با وجود اینکه مطالعات فوق طب فشاری را در کاهش درد لیبر مؤثر می‌دانند، تحقیق ضیائی نشان داد که تحریک ۶ نقطه سوزنی مؤثر بر درد لیبر، تأثیری در کاهش درد زایمان نداشته است (۱۵). حیدری نیز در بررسی خود تأثیر مثبتی را در کاهش درد لیبر به دنبال تحریک نقطه sp6 مشاهده نکرد (۱۶). Lee بیان می‌کند که مطالعات کافی در زمینه تأثیر طب فشاری بر درد و مدت لیبر وجود ندارد (۷).

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی یکی از اصولی که باید در پروتکل بیمارستان دوستدار مادر گنجانده شود، تسکین درد زایمان می‌باشد. از آنجائیکه روشهای غیر دارویی که برای کاهش درد به کار می‌روند هیچگونه عوارضی برجنین و مادر نداشته و برای مددجو نیز قابل پذیرش‌تر از روشهای دارویی می‌باشند. لذا پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه حاضر را انجام دهد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی است. از دی ماه ۸۷ تا خرداد ماه ۸۸ در مرکزآموزشی درمانی ایران ایرانشهر انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنانی تشکیل داده‌اند که در زمان جمع‌آوری داده‌ها جهت زایمان به بیمارستان ایرانشهر مراجعه نموده‌اند و نمونه‌های پژوهش بر اساس شرایط ورود به پژوهش که شامل زنان نخست‌زای برخوردار از سلامت جسمی و روانی و با سواد در حد درک اعداد، تک قلو، پرزانتاسیون سفالیک با سن حاملگی ۴۲-۳۸ هفته، دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و داشتن حداقل ۲ الی ۳ انقباض رحمی در عرض ده دقیقه وارد مطالعه شدند و موارد پرخطر و یا منجر به سزارین از مطالعه خارج گردیدند.

تمام مددجویان واجد شرایط پس از اخذ رضایت نامه بصورت در دسترس انتخاب شدند و از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده در سه گروه قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که با توجه به حجم نمونه ۹۰ پاکت درون یک جعبه قرار داده شد. درون هرکدام از این پاکتها یک کارت وجود داشت که بر روی آن نوشته شده بود فرد جزء کدام گروه است. درب پاکتها بسته بود و پژوهشگر تا قبل از انتخاب کارت توسط فرد نمی‌توانست پیشگویی نماید که وی در کدام گروه قرار می‌گیرد. حجم نمونه‌ها با توجه به اینکه مطالعه از نوع کارآزمایی با لینی بود و با نظر مشاور آماری طرح و با استفاده از فرمول آماری زیر ضریب اطمینان ۹۵ درصد برای هر گروه حداقل ۲۳ نفر از جامعهٔ پژوهش تعیین شد. که جهت جبران ریزش احتمالی نمونه‌ها در هر گروه ۷ نفر اضافه شد و در نهایت ۳۰ نفر در هر گروه مورد بررسی قرار گرفتند.

$\beta = \frac{10}{100}$ δ=2 d=1/9 $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1/96$ $\alpha = 0/05$

$\delta = \frac{R}{6} = \frac{10}{6} = 2$

(دامنه تغییرات شدت درد) R = 10– 0 = 10

$n = \frac{\left[Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta_{1-\beta}}\right]^2 \left[\delta_1^2 + \delta_2^2\right]}{d^2}$ $n = \frac{[1/96+1/28]^2[2^2+2^2]}{(1/9)^2} = \frac{84}{3/61} = 23$

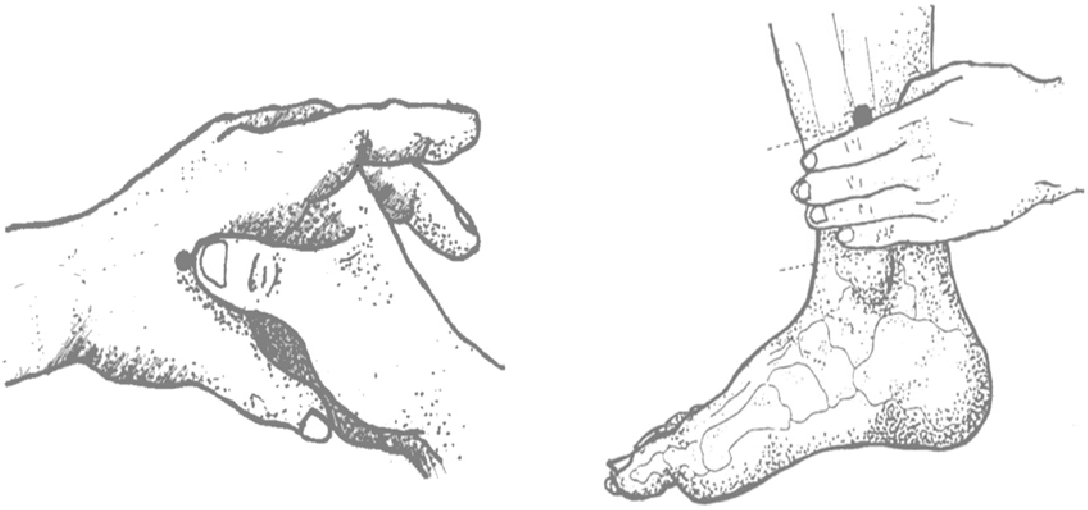
[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای بود مشتمل بر دو قسمت خصوصیات دموگرافیک (سن، شغل، میزان تحصیلات، تعداد موارد سقط، سن حاملگی) و خصوصیات مربوط به سیر زایمان (نمره شدت درد زایمان، طول مدت مرحله اول و دوم زایمان و نوع زایمان) همچنین معیار بصری سنجش درد (VAS=Visual analogue scale) جهت سنجش شدت درد و نمودار زایمانی یا پاراتوگراف: که جهت اطلاع از چگونگی پیشرفت زایمان و وجود هرگونه مشکل در طی زایمان از آن استفاده شد.

ابزار سنجش شدت درد VAS عبارتست از خط کشی بطول ۱۰ سانتیمتر که ابتدا و انتهای آن با اعداد صفر و ده درجه‌بندی شده است، به نحوی که صفر نشان دهنده عدم وجود درد و ۱۰ نشان دهنده شدیدترین دردی است که یک فرد ممکنست تجربه کند. این ابزار استاندارد بوده و روائی و پایائی آن در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است.

ابتدا قبل از هرگونه مداخله، شدت درد در دیلاتاسیون ۴ سانتی متر سرویکس با استفاده از مقیاس سنجش درد، در هرسه گروه اندازه‌گیری شد. سپس برای انجام مداخله با شروع هر انقباض با کمک پژوهشگری که قبلاً آموزش لازم را زمینه طب فشاری، کسب نموده و دارای مهارت کافی بود، در گروه "فشار بر نقطه هوکو" با انگشتان شست خود بر روی نقطه هوکو در هر دو دست مددجو (بین انگشت شست و انگشت اشاره) و در گروه "فشار بر نقطه سانینجیائو" با انگشتان شست خود روی نقطه سانینجیائو در هر دو پای مددجو (۴ انگشت بالاتر از قوزک داخلی پا در پشت لبه خلفی استخوان تیبیا در عمق ۳- ۱ سانتی پوست) فشار وارد نمود (شکل ۱). نحوه فشار برای تسکین درد به این صورت بود که با شروع انقباض، نخست نقاط فوق به آرامی به مدت ۳۰ ثانیه فشار داده شده و به تدریج بر میزان فشار افزوده می‌شد تا کاملاً شدید گردد. سپس انگشت شست دست (کمک پژوهشگر) به مدت ۱ دقیقه در موضع، نگه داشته می‌شد و پس از آن از میزان فشار تدریجاً کاسته می‌گردید طوری که در طی مدت ۳۰ ثانیه نقطه آزاد می‌گردید. این مداخله طی مدت زمان ۲۰ دقیقه و فقط در حین انقباضات انجام و بعد از پایان ۲۰ دقیقه مجدداً شدت درد زایمان در هر سه گروه اندازه‌گیری شد. سپس تا رسیدن به دیلاتاسیون ۶ سانتی‌متر، فشار متوقف و در دیلاتاسیون ۶ سانت نیز عیناً تمام مراحل بالا اجرا می‌گردید. بعد از ۲۰ دقیقه مداخله دوباره فشار متوقف تا دیلاتاسیون ۸ و ۱۰ سانت در دیلاتاسیونهای مذکور نیز به ترتیب تمام مراحل قبلی اجرا می‌شد. در پایان میانگین شدت دردهای ثبت شده قبل و بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۴ و بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۶ و ۸ و ۱۰ سانتی‌متر در سه گروه با یکدیگر مقایسه شد. طول فاز فعال زایمان (از دیلاتاسیون ۴ تا ۱۰ سانت) و طول مرحله دوم (از دیلاتاسیون ۱۰ سانت تا خروج جنین) نیز در سه گروه اندازه‌گیری شد. گروه کنترل از مراقبتهای روتین بخش برخودار بود و مدت حضور پژوهشگر در بالین هر سه گروه یکسان بود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]



شکل ۱: نحوه فشار به نقاط دست و پا

اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss و آزمونهای آماری آنالیز واریانس(ANOVA) و آزمون توکی (HSD) تجزیه و تحلیل و (p <۰/۰۵) معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، میانگین سن واحدهای پژوهش ۱۸/۷۰±۲/۷۲ و حداقل سن ۱۴ و حداکثر ۲۶ سال بود. ۹۶/۵٪ نمونه‌ها خانه‌دار و مابقی شاغل بودند. در زمینه تحصیلات، اکثریت واحدهای پژوهش (۵۸/۳ درصد) تحصیلات ابتدایی داشتند. ۷۰ درصد واحدهای پژوهش طول مدت حاملگی ۳۹ هفته داشته‌اند.

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که گروههای مورد پژوهش از نظر سن، شغل و میزان تحصیلات، آپگار و وزن نوزاد همگن بودند (p>۰/۰۵).

میانگین شدت درد زایمان قبل از مداخله در ابتدای فاز فعال زایمان در گروه هوکو ۳/۲±۱/۴، گروه سانینجیائو۳/۰۳±۱/۶ و در گروه کنترل ۳/۵±۱/۵ بود و آزمون آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری را بین سه گروه نشان نداد (P>۰/۰۵). یعنی هر سه گروه از نظر میانگین شدت درد پایه، یکسان بودند.

مقایسه میانگین شدت درد در دیلاتاسیون ۴، ۶، ۸ و ۱۰ سانتی‌متر بعد از مداخله در گروهها با آزمون آنالیز واریانس حاکی از وجود تفاوت معنی‌داری در دیلاتاسیون ۴، ۶ و ۸ بین گروههای مداخله با گروه کنترل می‌باشد (P<۰/۰۱). بطوریکه شدت درد واحدهای پژوهش در دو گروه فشاری بعد از مداخله کمتر از گروه کنترل بوده است. اما تفاوتی بین دو گروه مداخله مشاهده نشد (P>۰/۰۵). به عبارتی تأثیر دو مداخله مذکور جهت کاهش درد مشابه بوده است. اما در دیلاتاسیون ۱۰ سانت اختلاف معنی‌داری بین سه گروه دیده نشد (P>۰/۰۵) (جدول ۱).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

جدول ۱: میانگین شدت درد در دیلاتاسیونهای مختلف در سه گروه

دیلاتاسیون	هوکو	سانینجیائو	کنترل	p
۴ سانت (قبل از مداخله)	۳/۲±۱/۴	۳/۰۳±۱/۶	۳/۵±۱/۵	۰/۵
۴ سانت (بعد از مداخله)	۲/۶±۰/۹۵	۲/۲±۱/۴۱	۴±۱/۲۵	۰/۰۰۱
۶ سانت	۴/۱±۱/۲۹	۴/۳±۱/۱۵	۶/۹±۱/۱۸	۰/۰۰۱
۸ سانت	۷/۱۰±۱/۲۶	۶/۹±۱/۶۵	۸/۲±۱/۲۲	۰/۰۰۱
۱۰ سانت	۹/۲±۰/۸	۹±۰/۹	۹/۵۳±۰/۶	۰/۷

طول مدت فاز فعال زایمان در گروه هوکو ۱۸۵±۴۴ دقیقه، گروه سانینجیائو ۱۷۴±۷۴دقیقه و در گروه کنترل ۲۲۵±۲۰ دقیقه بود و آزمون آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری را بین سه گروه نشان داد (p<۰/۰۱). بطوری که طول مدت فاز فعال در گروه کنترل بطور معنی‌داری از دو گروه مداخله بیشتر بود. اما بین دو گروه مداخله از این نظر تفاوتی دیده نشد.

آزمون آنالیز واریانس تفاوت معنی‌داری را بین طول مرحله دوم زایمان در سه گروه نشان نداد (P>۰/۰۵) (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین طول مدت فاز فعال و مرحله دوم زایمان بر حسب دقیقه در سه گروه

مدت	هوکو	سانینجیائو	کنترل	p
فاز فعال	۱۸۵ ±۴۴	۱۷۴ ±۷۴	۲۲۵ ± ۲۰	۰/۰۰۱
مرحله دوم	۳۵/۶ ±۱۴	۳۷ ±۱۱	۳۸/۱ ± ۱۶	۰/۷

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که فشار بر نقطه سانینجیائو باعث کاهش درد می‌شود. بطوریکه مقایسه میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۴ سانت مرحله اول زایمان نشان دهنده کاهش درد بعد از مداخله می‌باشد. همچنین مقایسه میانگین شدت در دیلاتاسیون ۴، ۶ و۸ سانت با گروه کنترل نیز تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد که با یافته‌های پژوهش انجام شده توسط کاشانیان (۲۰۰۹) و lee (۲۰۰۴) و Hjelmstedt (۲۰۱۰) همخوانی دارد (۱۷ و۱۲ و ۷). اما حیدری (۱۳۸۷) با بررسی شدت درد قبل و بلافاصله بعد از مداخله و سپس هر یک ساعت تا انتهای مرحله اول زایمان، اعلام کرد که احساس درد در طی لیبر با اعمال فشار کاهش نداشته است (۱۶) البته در مطالعات فوق اعمال فشار تنها به مدت ۳۰ دقیقه بر نقطه سانینجیائو انجام شده است که از این نظر با مطالعه حاضر متفاوت می‌باشند.

یافته‌های این تحقیق نشان داد که فشار بر نقطه هوکو نیز باعث کاهش شدت درد می‌شود. بطوریکه مقایسه میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۴ تفاوت معنی داری را نشان داد. همچنین مقایسه میانگین شدت بعد از مداخله در دیلاتاسیونهای ۴، ۶ و۸ سانت مرحله اول زایمان با گروه کنترل نشان دهنده کاهش درد در این دیلاتاسیونها است که با پژوهش انجام شده توسط Skilnand (۲۰۰۲) همخوانی دارد (۱۸). البته در مطالعه ایشان به جای اعمال فشار بر نقطه هوکو، تحریک نقطه مذکور با سوزن انجام شده است که از این نظر با مطالعه حاضر متفاوت می‌باشد.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

مقایسه دو گروه هوکو و سانینجیائو نشان داد که میانگین شدت درد بعد از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشته است و لذا تأثیر دو مداخله مذکور جهت کاهش درد مشابه بوده است. مطالعه Chao (۲۰۰۷) با بررسی تحریک الکتریکی نقاط هوکو و سانینجیائو دریافت که میانگین شدت درد در گروه مداخله به طور معنی‌داری کمتر از گروه پلاسبو می‌باشد و تحریک نقاط هوکو و سانینجیائو می‌تواند بعنوان یک روش مؤثر در کاهش درد زایمان کاربرد داشته باشد. وی در مورد مکانیسم طب فشاری بیان می‌کند که طبق تئوری کنترل دروازه‌ای درد تحریک نقاط فشاری می‌تواند سبب تحریک فیبرهای بزرگ منتقل کننده ایمپالسهای عصبی به نخاع گردیده و در نتیجه سبب بسته نگاه داشتن دروازه‌های انتقال درد و کاهش احساس درد می‌شود (۸).

در مطالعه حاضر با پیشرفت میزان اتساع در هر دو گروه شدت درد افزایش داشت و در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر میانگین شدت درد بعد از مداخله در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت که با نتایج مطالعه chang (۲۰۰۶) همخوانی دارد (۱۹)، وی معتقد است که اضطراب و شدت دردی که زنان در طول زایمان واژینال تجربه می‌کنند وابسته به دیلاتاسیون سرویکس در طی فرآیند زایمان می‌باشد و با پیشرفت زایمان شدت درد نیز افزایش می‌یابد.

در مطالعه ما در بررسی شدت درد در دیلاتاسیونهای مختلف در هر سه گروه شدت درد با پیشرفت دیلاتاسیون افزایش داشت، در مطالعه لی نیز شدت درد در هر گروه افزایش پیدا کرده است (۷) و یافته‌های این پژوهش را تایید می‌کند. ولی یکی از نقاط ضعف مطالعه لی عدم پیگیری ارزیابی شدت درد تا انتهای مرحله اول زایمان بود. کانینگهام نیز بیان می‌کند که با گذشت زمان شدت درد و طول مدت انقباضات بیشتر می‌شود و با افزایش انقباضات، شدت درد بیشتری احساس می‌شود (۲۰).

هدف دیگر این مطالعه بررسی مقایسه تأثیر فشار بر نقطه هوکو و سانینجیائو بر طول فاز فعال و مرحله دوم زایمان بود که در این زمینه نتایج این مطالعه حاکی از کاهش طول مدت فاز فعال زایمان در دو گروه سانینجیائو و هوکو در مقایسه با گروه کنترل بود. اما طول مرحله دوم زایمان در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت، که با مطالعه حیدری و lee همخوانی دارد (۲۱و۱۳). البته در مطالعه حیدری اعمال فشار بین انقباضات رحمی به طور متناوب (۶۰ ثانیه فشار و ۲ ثانیه استراحت) انجام شده است. کاشانیان نیز دریافت که فشار بر نقطه سانینجیائو باعث کاهش طول فاز فعال زایمان می‌شود اما در مطالعه ایشان طول مرحله دوم بررسی نشده است (۱۷). البته در این مطالعات مقایسه فشار و تماس بر نقطه سانینجیائو انجام شده است.

نتایج این بررسی نشان داد که آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد در سه گروه تفاوت آماری ندارد و در هیچکدام از گروهها نمره آپگار کمتر از ۸ مشاهده نگردید. به نظر می‌رسد که استفاده از طب فشاری جهت مراقبت حین زایمان، عوارض نوزادی نداشته باشد. Chao و همکاران نیز گزارش می‌کنند که طب سوزنی تأثیر نامطلوب بر نوزاد نداشته است (۸).

نتیجه‌گیری

با توجه به اثرات تسکینی طب فشاری می‌توان این روش را در کلاسهای باز آموزی ماماها آموزش داد تا آنها نیز در برخورد با مدد جویان این روش درمانی را به

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

آنها آموزش دهند. این تکنیک بعنوان یک تکنیک ایمن، بدون عوارض جانبی و با سهولت انجام توسط هر شخصی، می‌تواند مددجویان را در جهت تحمل درد زایمان یاری نموده و توجه مسئولان مربوطه را برای گسترش روشهای بی‌ضرر و کم خرج تسکین درد، در مامایی جلب نماید.

تشکر و قدردانی

از کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، به خصوص معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و پرسنل بخش لیبر بیمارستان ایران کمال قدردانی و تشکر را می‌نمائیم.

References

1. Stager L. Supporting women during labor and birth. Midwifery Today Int Midwife 2009-2010; 92: 12-5.
2. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2006; 4: CD003521.
3. Roberts CH, Ranes-Greenow C,Nassar N, Trevena L, Mccaffery K.Protocol for a randomized controlled trial of a decision aid for the management of pain in labor and child birth. BMC Pregnancy Ghildbrith 2004; 4: 24.
4. Field T. Pregnancy and labor alternative therapy research.Altern Ther Health Med 2008; 14: 28-34.
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. Mirbagher-Ajorpaz N, Adib-Hajbaghery M, Mosaebi F. The effects of acupressure on primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial. Complement Ther Clin Pract 2011; 17: 33-6.
7. Lee MK, Chang SB, Kang DH.Effect of sp6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. Journal of Alternative and Complementary Medicine 2004; 10: 956-965.
8. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, and et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. Pain 2007; 127: 214-20.
9. Ernst E, Lee MS. Acupressure: an overview of systematic reviews. J Pain Symptom Manage 2010; 40: e3-7.
10. Cook A, Wilcox G. Pressuring pain: Alternative therapies for labor pain management. AWHONN Lifelines 1997; 1: 36-41.
11. Waters BL,Raisler J.Ice massage for the reduction of labor pain .J Midwifery Women 's Health 2003; 48: 317-21.
12. Hjelmstedt A, Shenoy ST, Stener-Victorin E, Lekander M, Bhat M, Balakumaran L and et al. Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89: 1453-9.
13. Lee MK, Chang SB, Lee HS, Kim HS. Effects of treatment with San-Yin-Jiao (SP6) acupressure for labor women on labor pain,length time for delivery and anxiety-A clinical pilot study. Korean J Women Health Nurs 2002; 8: 348-358.
14. Chung UL, Hung LC, Kuo SC, Huang CL. Effects of L14 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. J Nurs Res 2003; 4: 251-60.
15. Ziaei S, Hajipour L. Effect of acupuncture on labor. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006; 92: 71-72.
16. Heidari P, Mojdeh F, Mazlum S, Tanbaqui K, Judaki K. Effect of acupressure on labor pain intensity. Hakim Research Journal 2008; 11: 39-46.
17. Kashanian M, Shahali S. Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. J Matern Fetal Neonatal Med 2009; 15: 1-4.
18. Skilnand E, Fossen D, Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labor. Acta Obstet Gynecol Scand 2002; 81: 943-8.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]

19. Chang MY, Chen CH, Huang KF.A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. J Nurs Res 2006; 14:190-7.
20. Cunnigham F Gray. Williams Obstetrics. 22nd ed, translated by: Modarress Gilani M, Mortazian M. Tehran: published by Hayyan publisher. 2007.
21. Heidari P, Mojdeh F, Mazlum S, Tanbaqui K, Judaki K. Effect of acupressure at the SP6 on length of delivery time. J Infertility and Gynecology and Obstetrics 2008; 11: 12-15.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-10]