

مقایسه تأثیر ماساژ یک مرحله‌ای نقطه شش طحالی (SP-6) و کیسه صفراوی ۲۱ (GB-21) بر طول مراحل و نوع زایمان در زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شیراز: کارآزمایی بالینی تصادفی شده

مرضیه اکبرزاده^{۱*}، زهرا مرادی^۲، نجف زارع^۳، محمدجواد هادیان‌فرد^۴، اعظم جوکار^۱

چکیده

زمینه و هدف: تسکین‌دهنده‌های درد، یک بخش مهم از مراقبت‌های مامایی نوین را تشکیل می‌دهند. یکی از روش‌های در دست تحقیق، تأثیر طب فشاری بر کاهش طول مدت مراحل زایمانی است. این مطالعه با هدف بررسی مقایسه تأثیر طب فشاری یک مرحله‌ای در دو نقطه شش طحالی (SP-6) و کیسه صفراوی ۲۱ (GB-21) بر طول مراحل و نوع زایمان و آپگار نوزاد در زنان نخست‌زا صورت گرفت.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی روی ۱۵۰ زن نخست‌زا انجام شد. زنان به طور تصادفی در سه گروه مساوی شامل: طب فشاری کیسه صفرا ۲۱، طب فشاری ۶ طحالی و کنترل تقسیم شدند. مداخله در دو گروه اول به مدت ۲۰ دقیقه و در دیلاتاسیون ۴-۳ سرویکس انجام شد. در گروه کنترل، تماس بدون اعمال فشار در نقاط طب فشاری و با همان شرایط گروه مداخله انجام گرفت. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با استفاده از تست‌های آماری تی زوجی، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این بررسی، طول فاز فعال زایمان در گروه‌های مداخله کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$)، اما در دو گروه مداخله، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). همچنین طول مدت مرحله دوم لیبر در گروه کنترل بیش از دو گروه آزمایش بود، اما این تفاوت اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). سه گروه از نظر آپگار دقیقه پنجم، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p > 0/05$). تعداد سزارین‌ها در گروه‌های مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج این مطالعه، طب فشاری در دو نقطه ۶ طحالی و کیسه صفراوی ۲۱ (GB-21, SP-6)، در مداخله یک مرحله‌ای در کاهش طول فاز فعال زایمان مؤثر و یکسان بوده است.

کلید واژه‌ها: طب فشاری؛ زایمان؛ مرحله دوم زایمان؛ کارآزمایی بالینی تصادفی شده.

^۱مربی مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران.

^۲کارشناس ارشد مامایی، مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا، فسا، ایران.

^۳دانشیار آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران.

^۴دانشیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

مرضیه اکبرزاده، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
akbarzadehmarzieh@yahoo.co

تاریخ دریافت: ۹۰/۷/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۲/۱۲

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Akbarzadeh M, Moradi Z, Zare N, Hadianfard MJ, Jowkar A. Comparison of the Effects of One-Step Acupressure of Spleen Point 6 (SP-6) and Gall Bladder 21 (GB-21) on the Duration and Type of Delivery in Nulliparous Women Referred to Hospitals in Shiraz University of Medical Sciences, Iran: A Randomized Clinical Trial. Qom Univ Med Sci J 2013;7(3):54-61. [Full Text in Persian]

مقدمه

تحمل درد شدید زایمان، به‌خصوص در نخست‌زاه‌ها، تجربه ناخوشایندی از زایمان را برای آنان به همراه دارد و بر نگرش آنان در تصمیم‌گیری انتخاب روش زایمان‌های بعدی تأثیرگذار بوده و تمایل به روش زایمان به طریق سزارین را افزایش می‌دهد (۱). زایمان طولانی، به تنهایی علت ۸٪ مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه است (۲). همچنین طولانی‌شدن مرحله اول زایمان با عوارض جنینی از جمله تحت فشار بودن سر، اختلال اکسیژن‌رسانی، آپگار پایین و در نهایت مرگ جنین همراه است، به‌نحوی که زایمان طولانی میزان مرگ و میر حوالی تولد را به ۳/۵٪، مرگ و میر زنان زیر ۱۵ سال را به ۲۷/۳٪ و بالای ۱۵ سال را به ۷/۹٪ افزایش داده است (۳-۵). همچنین میزان شیوع سزارین و زایمان واژینال ابزاری (واکیوم و فورسپس) با تب بعد از زایمان و کاهش PH بندناف شریانی همراه است (۶).

زایمان دارای ۴ مرحله است:

مرحله اول لیبر با شروع انقباضات منظم رحمی که منجر به دیلاتاسیون و افسمان سرویکس می‌شود؛ آغاز و با دیلاتاسیون کامل سرویکس پایان می‌یابد.

مرحله دوم لیبر با دیلاتاسیون کامل لیبر آغاز و با زایمان جنین خاتمه می‌یابد.

مرحله سوم از زمان زایمان جنین تا خروج کامل جفت و پرده‌ها را شامل می‌شود، و مرحله چهارم از زمان خروج جفت تا یک‌ساعت اول بعد از زایمان است (۷). روش‌های مورد استفاده جهت تسکین درد زایمان، به دو گروه دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شود که به دلیل عوارض جانبی روش‌های دارویی از جمله هیپوکسی، هیپوتانسیون و آریتمی قلبی مادر و تضعیف تنفسی نوزاد؛ استفاده از روش‌های غیردارویی مدنظر قرار گرفته است (۸). روش‌های غیردارویی تسکین درد دارای مزایای زیادی از جمله نداشتن عوارض جانبی بر مادر و جنین، عدم تداخل در سیر لیبر و حتی خوشایند بودن برای مادر و جنین است. این روش‌ها شامل: آرام‌سازی عضلانی، تکنیک‌های تنفسی، طب فشاری، آب‌درمانی، موسیقی‌درمانی، لمس‌درمانی و ماساژدرمانی است (۹). صدها سال است که در برخی فرهنگ‌ها، هنگام زایمان از لمس و ماساژ استفاده می‌شود (۱۰).

ماساژ نقاط طب فشاری با کاهش آدرنالین، نورآدرنالین، افزایش آندورفین و اکسی‌توسین؛ فعالیت عضلانی و انقباضات رحمی را افزایش داده و می‌تواند طول مدت زایمان را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۱۱-۱۳). Field و همکاران در مطالعه خود در رابطه با اثر ماساژ بر درد و طول مدت زمان زایمان گزارش کردند ماساژ منجر به کاهش درد و طول مدت زایمان می‌شود، به‌طوری که طول مدت زایمان از ۱۱/۵ ساعت در گروه دریافت‌کننده ماساژ به ۸/۵ ساعت کاهش می‌یابد (۱۴). درحالی که Change و همکاران در پی انجام ماساژ، اختلاف معنی‌داری را در طول مدت زایمان در دو گروه گزارش نکردند و تنها در گروه ماساژ، مختصری افزایش (۱۰/۹۶ ساعت در گروه ماساژ در مقابل ۹/۶۱ گروه بدون ماساژ) در مدت مرحله اول زایمان گزارش شد (۱۵). نتایج بررسی مطالعه Chao و همکاران با هدف تأثیر تحریک الکتریکی انتهای اعصاب از سطح پوست (TENS) در نقاط هوکو و سان‌اینجیائو بر شدت درد و مدت زایمان نشان داد میانگین شدت درد در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه پلاسبو بوده است، و دو گروه از نظر طول مدت فاز فعال زایمان نیز با یکدیگر مشابه بوده‌اند (۱۶). Lee بیان می‌کند مطالعات کافی در زمینه تأثیر طب فشاری بر درد و مدت لیبر وجود ندارد (۱۷). Chang و همکاران نیز با انجام مطالعه‌ای به‌منظور بررسی ارتباط تعداد سزارین و ماساژ نقطه ۶ طحالی در زنان بستری در بخش زایمان بر روی ۲۰۹ زن که به‌طور تصادفی در ۳ گروه فشار (۸۶ نفر)، لمس (۴۷ نفر) و کنترل (۷۶ نفر) قرار گرفتند، نشان دادند میزان سزارین در سه گروه به ترتیب ۱۲/۸، ۲۹/۸ و ۲۲/۴٪ بوده است، و تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود نداشته و فشار در نقطه ۶ طحالی در مرحله فاز فعال زایمانی میزان سزارین را کاهش داده است (۱۸). در مطالعه آقامحمدی و همکاران نیز تأثیر تنش در نقاط طب سوزنی هوگو و سان‌اینجیائو بر کاهش طول مدت مرحله اول زایمان سنجیده شد. در این مطالعه ۳۲ نفر در گروه تنس و ۳۲ نفر در گروه تنس‌نما قرار گرفتند. در هر دو گروه دو پروپ روی نقطه هوگو (واقع در پرده بین انگشت شست و اشاره، بین محل اتصال اولین و دومین استخوان متاکارپ) و ۲ پروپ روی نقطه SP-6 در هر دو پا قرار گرفت و ۴ پروپ توسط ژل لوبریکانت متصل و توسط باند کشی ثابت شد.

در صورت وجود شرایط، توضیح لازم در مورد مطالعه به نمونه‌ها داده شد و فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط آنان تکمیل گردید، سپس با توجه به روز ورود به مطالعه، مداخله مورد نظر برای آنان انجام شد. قبل از شروع مطالعه، ابتدا پژوهشگر نحوه صحیح انجام طب فشاری را تحت نظر مشاور تخصصی طرح آموخت. سپس اعمال فشار در وضعیت نیمه‌خوابیده به پهلوی چپ برای مادر انجام شد تا از افت فشار خون جلوگیری به عمل آید. با توجه به نظر مشاور تخصصی طرح و اینکه مدت زمان متوسط تقریبی برای چرخش سیکل جریان انرژی مریدین در بدن ۲۰ دقیقه است؛ این زمان انتخاب شد (۱۷). همچنین برای اینکه در تمام مدت اعمال فشار توسط پژوهشگر، یک میزان فشار ثابت بر روی نقاط اعمال شده و خستگی دست منجر به کاهش میزان فشار نگردد، مدت زمان ۳۰ ثانیه تعیین شد که پس از تکرار و تمرین این مدت زمان تثبیت گردید.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: زنان نخست‌زا در محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال و حاملگی تک‌قلویی با سن حاملگی ۳۷-۴۱ هفته و وضعیت سفالیک جنین، زنان در آغاز فاز فعال زایمان (دیلاتاسیون ۳-۴cm) یا قبل از آن، عدم ابتلا به اختلالات روانی و آناتومیک (سایکوز، اسکیزوفرنی، ناهنجاری‌های رحمی و تنگی لگن)، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن (بیماری قلبی، ریوی، فشار خون و دیابت)، عدم وجود حاملگی‌های پرخطر (فشار خون حاملگی، کاهش حرکات جنین، محدودیت رشد داخل رحمی، مرگ جنین، پلی‌هیدرامنیوس و الیگو‌هیدرامنیوس شناخته‌شده با سونوگرافی، پارگی پرده‌ها بیشتر از ۱۲ ساعت، سابقه نازایی)، سواد در حد راهنمایی و دبیرستان، عدم ابتلا به ناراحتی‌های پوستی مانند اگزما و عفونت‌های سطحی پوست، که جزء محدودیت‌های انجام طب فشاری است، عدم استفاده از اکسی‌توسین برای القا و تقویت لیبر، تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی و عدم استفاده از روش‌های دیگر بی‌حسی قبل از ورود به مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه شامل: تقویت زایمان با اکسی‌توسین، الگوهای غیرطبیعی قلب جنین که منجر به سزارین شود، هرگونه مشکل حادث‌شده در طی روند زایمان که منجر به سزارین اورژانسی شود و عدم تمایل زائو به ادامه مطالعه بود.

در گروه مداخله به‌طور متناوب مدت ۲۰ دقیقه دستگاه روشن و ۲۰ دقیقه خاموش شد و در گروه کنترل دستگاه روشن نشد. شدت درد بعد از مداخله در گروه مورد، به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). همچنین نمره آپگار دقیقه اول و پنجم در دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد ($p = 0/8$) (۱۹). همان‌طور که مشاهده می‌شود در مطالعات فوق در طول فاز فعال زایمان، مداخله انجام شده است و در برخی طول زایمان کاهش یافته و در برخی، مداخله تأثیری در کاهش طول مدت لیبر نداشته است، لذا به‌نظر می‌رسد هنوز هم از این جنبه، جای برای انجام مطالعات بیشتر وجود دارد. همچنین در مطالعات فوق تنها یک نقطه طب فشاری مورد بررسی قرار گرفته است و تأثیر نقاط مختلف طب فشاری با یکدیگر مقایسه نشده است. همچنین نقطه کیسه صفراوی ۲۱ در پژوهش‌های قبلی مورد مطالعه قرار نگرفته، در حالی که در منابع طب سوزنی به‌عنوان یک ناحیه مؤثر در کاهش درد زایمان معرفی شده است. لذا در این مطالعه، تأثیر دو نقطه مختلف طب فشاری بر طول مدت لیبر، نوع زایمان و آپگار نوزاد با یکدیگر و با گروه کنترل مقایسه و بررسی شد.

روش بررسی

این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی یک‌سو بی‌خبر روی ۱۵۰ زن باردار ترم نخست‌زا که در سال ۱۳۸۹ به بخش لیبر بیمارستان شوشتری و حافظ شیراز مراجعه کرده بودند، صورت گرفت. این تعداد در سه گروه مساوی ۵۰ نفره تقسیم شدند. برای انجام نمونه‌گیری تصادفی در بین سه گروه قرعه‌کشی انجام شد، که طبق آن، گروه اول مداخله طب فشاری در نقطه GB-2؛ گروه دوم مداخله طب فشاری در نقطه SP-6 و گروه سوم به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. انجام مداخله بدین‌گونه بود که در یک روز فقط یک نوع مداخله انجام شد تا تأثیر روانی مداخلات مختلف در نتیجه پژوهش که به‌صورت قرعه‌کشی مداخله در روز اول تعیین و بعد از یک‌روز در میان محل مداخله تغییر کرده بود، تأثیری نداشته باشد. قبل از شروع مطالعه ابتدا مراجعه‌کنندگان به اتاق درد بیمارستان‌های شوشتری و حافظ از نظر شرایط ورود به مطالعه بررسی شدند.

انواع مداخلات به فرم‌های زیر انجام شد:

استفاده از فرمول

$$P. (P=F/A)$$

(میزان فشار بر حسب میلی‌متر جیوه، F نیرو بر حسب کیلوگرم و A سطح انگشت بر حسب مترمربع) محاسبه شد. با تکرار و تمرین تلاش گردید که اختلاف این فشار به کمترین حد ممکن برسد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم اطلاعات دموگرافیک بود که برای کسب اعتبار فرم اطلاعاتی، از روش تعیین اعتبار محتوی استفاده شد. برای کسب اعتبار تعیین صحیح در دو نقطه GB-21 و SP-6 و نحوه اعمال فشار، از روش تعیین اعتبار همزمان و از ساعت مچی عقربه‌دار مارک کوارتز برای محاسبه طول مدت لیبر استفاده شد. در پایان طول مدت فاز فعال زایمان بر حسب ساعت (از دیلاتاسیون ۳-۴cm تا دیلاتاسیون کامل) و طول مدت مرحله دوم زایمان بر حسب دقیقه؛ آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد و نوع زایمان در سه گروه با یکدیگر مقایسه شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با آزمون‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه (با تست تعقیبی توکی و LSD)، تی مستقل، مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند. $p < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن زنان گروه مداخله GB-21 یک مرحله‌ای $24/86 \pm 3/90$ یک مرحله‌ای SP-6 گروه مداخله $25/88 \pm 3/47$ و گروه کنترل $25/02 \pm 4/65$ برآورد شد. اختلاف سه گروه معنی‌دار نبود. میانگین و انحراف معیار سن بارداری به ترتیب $26/38 \pm 0/82$ ، $38/68 \pm 0/74$ و $38/52 \pm 0/88$ تعیین شد ($p < 0.001$). همچنین اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه از نظر فراوانی میزان تحصیلات مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

مداخله گروه ۱: کاربرد طب فشاری در نقطه GB-21 در دیلاتاسیون ۳-۴cm سرویکس؛

مداخله گروه ۲: کاربرد طب فشاری در نقطه SP-6 در دیلاتاسیون ۳-۴cm سرویکس؛

مداخله گروه ۳: در گروه شاهد تماس بدون اعمال فشار در نقاط طب فشاری (جهت کنترل اثر حمایتی و روانی) SP-6 و GB-21 در دیلاتاسیون ۳-۴cm سرویکس.

در دو گروه مداخله، فشار توسط دو دست پژوهشگر در هر دو طرف اعمال شد. در ادامه، با شروع انقباض در دیلاتاسیون ۳-۴cm سرویکس، اعمال فشار آغاز گردید، بدین ترتیب که در گروه مداخله، ابتدا فشار توسط انگشت شست دست راست بر نقطه GB-21 در کتف چپ و توسط انگشت شست دست چپ بر نقطه GB-21 در کتف راست اعمال شد و در گروه مداخله دوم نیز توسط انگشت شست دست راست بر نقطه SP-6 در پای چپ و توسط انگشت شست دست چپ بر نقطه SP-6 در پای راست اعمال فشار انجام شد و پس از ۳۰ ثانیه فشار، ۳۰ ثانیه زمان استراحت درحالی‌که انگشت شست همچنان در تماس با نقطه طب فشاری قرار داشت، در نظر گرفته شد. به همین ترتیب تا ۲۰ دقیقه این عمل ادامه یافت. در گروه کنترل به جای فشار تنها از تماس در همان نقاط استفاده شد، و تلاش گردید تا با تکرار فشار وارده و با استفاده از ترازوی دیجیتالی، حد معینی از فشار در هر بار آزمون ایجاد شود، که در اثر آن پس از یادگیری فشاری معادل با 1710 mmHg زیر انگشت شست دست راست و همزمان فشاری معادل 1350 mmHg زیر انگشت شست دست چپ اندازه‌گیری شد. به‌منظور اطمینان از عدم وجود اختلاف در فشار وارده توسط انگشت شست راست و چپ، این میزان فشار با

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی سطح تحصیلات در گروه‌های آزمایش و کنترل

سطح تحصیلات	گروه	GB-21 یک مرحله‌ای	SP-6 یک مرحله‌ای	کنترل	جمع	pvalue
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
راهنمایی	۵	۱۰	۵	۷	۱۴	۱۰/۸
دبیرستان	۱۰	۲۰	۱۰	۹	۱۸	۰/۵۸
دیپلم	۱۸	۳۶	۱۸	۲۰	۴۰	۴۰/۴
بالا تر	۱۷	۳۴	۱۷	۱۴	۲۸	۳۰/۸
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۵۰	۱۰۰	

اختلاف میانگین طول مدت مرحله اول لیبر در سه گروه معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، و با آزمون LSD مشخص گردید این اختلاف بین دو گروه آزمایش و گروه کنترل معنی‌دار بوده است ($p < 0/05$). همچنین اختلاف طول مدت مرحله دوم زایمان در سه گروه معنی‌دار نبود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین طول مدت مراحل لیبر در گروه‌های آزمایش و کنترل

طول مدت	گروه	GB-21 یک مرحله‌ای (گروه ۱)		SP-6 یک مرحله‌ای (گروه ۲)		کنترل (گروه ۳)		pvalue
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فاز فعال لیبر (ساعت)		۳/۰۶	۱/۰۲	۲/۹۲	۰/۷۸	۳/۶۱	۰/۶۷	<0/001
مرحله دوم (دقیقه)		۳۶/۷۲	۱۲/۶۳	۳۵/۰۴	۱۴/۰۶	۴۰/۴۴	۲۰/۱۳	0/44

بین سه گروه از نظر آپگار دقیقه اول ($p < 0/01$) تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت، که براساس مقایسه چندگانه توکی این اختلاف بین گروه آزمایشی دوم و گروه کنترل معنی‌دار بود ($p < 0/05$). همچنین تفاوت معنی‌دار آماری در آپگار دقیقه پنجم بین سه گروه مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین آپگار دقیقه اول و پنجم در گروه‌های آزمایش و کنترل

آپگار	گروه	GB-21 یک مرحله‌ای (گروه ۱)		SP-6 یک مرحله‌ای (گروه ۲)		کنترل (گروه ۳)		pvalue
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
دقیقه اول		۹	0/45	9/12	0/52	8/80	0/6	0/12
دقیقه پنجم		۱۰	0/00	۱۰	0/00	۱۰/۱۴	۱/۳	0/35

در گروه آزمایشی اول هیچ موردی از سزارین اتفاق نیفتاد. در گروه آزمایشی دوم ۲٪ زنان و در گروه کنترل ۱۰٪ آنها سزارین شدند ($p < 0/05$).

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد کاربرد طب فشاری در یک مرحله دیلاتاسیون ۳-۴cm، در کاهش طول فاز فعال لیبر و نوع زایمان مؤثر بوده و انتخاب هریک از نقاط نقطه ۶ طحالی (SP-6) و کیسه صفراوی ۲۱ (GB-21)، تفاوتی در کاهش طول فاز فعال لیبر نداشته است، اما طول مرحله دوم در گروه‌های مداخله کاهش داشته، و تفاوت آماری معنی‌داری به دست نیامد. در مطالعه‌ای که توسط پروانه حیدری و همکاران (سال ۱۳۸۵) در بیمارستان کمالی کرج انجام شد، تأثیر طب فشاری بر نقطه SP-6 بر شدت درد زایمان سنجیده شد. زنان به روش تخصصی تصادفی در دو گروه تجربی، ۳۰ دقیقه اعمال فشار در نقطه SP-6 و گروه شاهد، ۳۰ دقیقه تماس در نقطه SP-6 قرار گرفتند. طول مدت زایمان در گروه طب فشاری کمتر از گروه کنترل بود ($p = 0/02$)، که نتیجه مطالعه حاضر را تأیید می‌کند (۲۰). کاشانیان و همکاران مطالعه‌ای (سال ۱۳۸۶) در تهران از نوع کارآزمایی بالینی یک‌سوکور بر روی ۱۲۰ زن نخست‌زا واجد شرایط که در ابتدای مرحله فعال زایمان بودند با هدف "بررسی تأثیر ماساژ نقطه سان‌اینجیائو (SP-6) بر سیر مرحله فعال زایمانی" انجام دادند. بیماران به‌طور تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در گروه مورد روی ۶۰ بیمار به مدت ۳۰ دقیقه در طول انقباضات؛ ماساژ نقطه SP-6 و در گروه کنترل روی ۶۰ بیمار، لمس این نقطه بدون ماساژ انجام شد. ۲ ساعت بعد معاینه لگنی دوم صورت گرفت که در صورت عدم وجود انقباضات مناسب، اکسی‌توسین به روش کلاسیک شروع شد. در پایان طول فاز فعال؛ شدت درد، نیاز به اکسی‌توسین، میزان انفوزیون اکسی‌توسین دریافتی و نوع زایمان در دو گروه مقایسه گردید. متوسط طول مدت مرحله فعال زایمان در گروه مداخله کمتر بود ($p = 0/0001$). همچنین نمره شدت درد در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل به دست آمد ($p = 0/003$). زایمان در ۶ بیمار گروه مداخله و ۲۵ بیمار گروه کنترل، به طریق سزارین انجام گرفت ($p = 0/0001$). میزان نیاز به اکسی‌توسین در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود ($p = 0/003$) (۲۱). کاشانیان در این بررسی به این نتیجه دست یافت که فشار بر نقطه سان‌اینجیائو باعث کاهش طول فاز فعال زایمان می‌شود که با یافته مطالعه حاضر همخوانی داشت، با این

شدن دهانه رحم و کمک به دیلاتاسیون دهانه رحم می‌باشد (۲۳). بنابراین می‌توان گفت استفاده از طب فشاری از طریق کاستن طول مدتی که مادر انقباضات دردناک را احساس می‌کند، می‌تواند کمک‌کننده باشد. شاید این امر با کاهش درد زایمان مرتبط باشد؛ چراکه هورمون‌هایی که در پاسخ به درد و اضطراب حین زایمان ترشح می‌شوند (کاتکول آمین‌ها، اپی‌نفرین، بتا اندورفین) باعث اختلال در پیشرفت میزان اتساع دهانه رحم شده، قدرت انقباضی عضلات صاف رحم را کاهش داده و از این طریق سبب طولانی‌شدن زایمان می‌شوند. همچنین طب فشاری با کاهش طول فاز فعال زایمان، ساعات بستری بیمار در بیمارستان را کاهش می‌دهد که این امر در کاهش اضطراب، هزینه، وقت بیمار و همراهان وی تأثیر به‌سزایی دارد. از طرفی، انجام طب فشاری مستلزم ارتباط نزدیک مددجو، کارکنان درمان و حمایت روانی از وی و در نتیجه پذیرش بهتر دردهای زایمانی است.

در پژوهش حاضر، در ارتباط با طول مدت مرحله دوم مشاهده شد میانگین طول این مدت در هر دو گروه مداخله و کنترل، ارتباط آماری معنی‌داری نداشته است. علت اینکه طب فشاری تأثیری در طول مدت مرحله دوم لیبر ندارد این است که طول مدت این مرحله بیشتر تحت تأثیرات انقباضات ارادی مادر است تا انقباضات غیرارادی رحم. همچنین اندازه سر جنین و کانال زایمان نیز روی آن تأثیرگذار است. در ارتباط با نوع زایمان نتایج پژوهش نشان داد اکثر واحدها در هر دو گروه زایمان طبیعی داشته‌اند. پژوهشی که توسط Chang و همکاران با هدف توضیح تفاوت میزان سزارین براساس ۳۰ دقیقه فشار روی نقطه SP-6 روی زنان در حال لیبر و به‌صورت سه گروهی انجام گرفت شرکت‌کننده‌ها ۲۰۹ نفر بودند که به یکی از سه گروه شامل: فشار بر SP-6، لمس SP-6 و گروه کنترل تقسیم شدند و تکنیک طب فشاری در طی انقباضات رحمی انجام شد. این مطالعه نشان داد میزان سزارین برای گروه فشار بر SP-6، گروه لمس SP-6 و گروه کنترل، به ترتیب ۱۲/۸، ۲۹/۸ و ۲۲/۴٪ بوده و تفاوت معنی‌داری نیز بین گروه‌ها وجود داشته است (۱۸). همچنین در مطالعه Chang و حیدری، میزان سزارین در گروه طب فشاری کمتر از گروه لمس و کنترل گزارش شد و تفاوت

تفاوت که در مطالعه ایشان طول مرحله دوم بررسی نشده بود (۲۱). مطالعه‌ای که توسط Lee و همکاران (سال ۲۰۰۴) در کره انجام شد، تأثیر طب فشاری در ناحیه SP-6 بر دردهای لیبر و طول لیبر مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه ۷۵ زن باردار با سن حاملگی بیش از ۳۷ هفته و بدون هرگونه بیماری زمینه‌ای و با دیلاتاسیون ۳cm وارد مطالعه شدند. زنان به‌طور تصادفی به دو گروه ۳۶ نفره (آزمایش) و ۳۹ نفره (گروه کنترل) تقسیم شدند. بین سن، تعداد زایمان‌ها، پارگی کیسه آب، دیلاتاسیون سرویکس و همراهی همسر، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در گروه آزمایش از فشار در ناحیه SP-6 در هر دو پا به‌طور همزمان و در گروه کنترل فقط از لمس در ناحیه مذکور استفاده شده بود. مداخله در دیلاتاسیون ۳-۴cm سرویکس شروع شده و به مدت نیم‌ساعت با هر انقباض رحم آغاز و با پایان انقباض رحم اتمام یافته بود، که در نتیجه طول مدت لیبر در گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل گزارش شد ($p=0/006$)، این یافته با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱۷). در تمام تحقیقات انجام‌شده، مداخله با شروع انقباضات رحمی آغاز و با پایان آن اتمام می‌یافت. با توجه به اینکه مدت طول انقباضات در افراد مختلف متفاوت است و حتی در یک فرد نیز طول مدت انقباضات مختلف فرق می‌کند. بنابراین، مدت زمان انجام مداخله در افراد متفاوت می‌باشد. اما در مطالعه حاضر طول مدت اعمال مداخله در همه افراد یکسان بود که این یکی از نقاط قوت این مطالعه محسوب می‌شود.

در مطالعه Kim و همکاران که به مقایسه تأثیر طب فشاری در دو نقطه SP-6 و LI-4 بر شدت درد زایمان و طول مدت فعال لیبر پرداخته بودند، واحدهای مورد پژوهش به سه گروه طب فشاری SP-6، طب فشاری LI-4 و گروه کنترل تقسیم شدند. بعد از انجام مداخله از نظر طول مدت لیبر، بین گروه‌های آزمایش و کنترل اختلاف آماری معنی‌دار وجود داشت و در گروه‌های آزمایش نیز طول مدت لیبر کوتاه‌تر بود ($p<0/05$)، اما دو گروه طب فشاری SP-6 و LI-4، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p>0/05$) (۲۲)، که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت داشت. Rabi با بررسی علت کاهش طول مدت مرحله اول لیبر در اثر طب فشاری نشان داد تأثیر اصلی فشار بر نقطه SP-6 به‌صورت نرم

از محدودیت‌های مطالعه حاضر، عدم انجام مطالعه به صورت غیرمطلع بود، که دلیل آن انجام ماساژ توسط پژوهشگر و واضح بودن این مسئله برای واحد پژوهش بوده است.

نتیجه گیری

براساس نتایج این پژوهش، ماساژ نقاط طب فشاری، طول مدت فاز فعال و.... زایمان را کاهش می‌دهد، که با توجه به مؤثر بودن هر دو نقطه در کاهش مدت طول لیبر، طب فشاری می‌تواند به عنوان یک تکنیک ایمن و با سهولت توسط هر شخصی حتی خود مادر، در کنترل درد زایمان کاربرد داشته باشد. لذا ضروری است از نتایج پژوهش حاضر و سایر تحقیقات مشابه در بازنگری برنامه آموزشی دانشجویان مامایی و اضافه نمودن مطالبی در خصوص کاهش درد زایمان از طریق روش‌های غیردارویی و حمایتی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل انجام پایان‌نامه تحقیقاتی (به شماره ۵۲۵۹) خانم زهرا مرادی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی صورت گرفته است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت آن معاونت محترم تشکر می‌شود. همچنین از همکاری مسئولین لیبر بیمارستان حافظ و شوشتری کمال تشکر و قدردانی را داریم.

شماره ثبت: irct:

IRCT:201108037217N1

معنی‌داری نیز بین گروه‌ها وجود داشت که نتیجه مطالعه حاضر را تأیید می‌کند. در مطالعه صمدی و همکاران نیز ۱۳۱ زن در حال لیبر، به یکی از سه گروه فشار بر SP-6، لمس SP-6 و گروه کنترل تقسیم شدند. در مدت ۳۰ دقیقه مداخله؛ گروه آزمون فشار روی SP-6 و گروه دوم ۳۰ دقیقه لمس SP-6 و گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. تکنیک اعمال فشار به این ترتیب بود که شروع آن با شروع انقباض رحمی همزمان بود، اما در ادامه بدون توجه به انقباضات رحم، یک دقیقه فشار و یک دقیقه استراحت انجام می‌شد. در نهایت، میزان سزارین برای سه گروه فشار بر SP-6، لمس SP-6 و گروه کنترل به ترتیب ۴/۹، ۲/۴ و ۶/۱ به دست آمد، و بین سه گروه نیز اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (۲۴). همچنین مطالعه Kallus و همکاران نشان داد حضور یک فرد حمایت‌کننده در طی زایمان باعث کاهش آمار زایمان با وسیله و سزارین و یا سایر مداخله‌های دیگر پزشکی مانند استفاده از اکسی‌توسین می‌شود (۲۵)، و حتی سیر زایمان را سریع‌تر می‌کند. نتایج این بررسی نشان داد آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد در دو گروه تفاوت آماری ندارد و در هیچ کدام از گروه‌ها نمره آپگار کمتر از ۸ نبوده است. در تمام تحقیقات ذکرشده فوق، بین نمره آپگار در گروه مداخله و کنترل، اختلاف آماری معنی‌دار نبود. به نظر می‌رسد استفاده از طب فشاری جهت مراقبت حین زایمان از نظر تأثیر منفی بر روی نمره آپگار عوارض نوزادی نداشته است که با یافته‌های Enkin همخوانی دارد (۲۶). Jin و همکاران نیز گزارش کردند طب سوزنی تأثیر نامطلوب بر نوزاد ندارد (۲۷).

References:

1. Hamilton A. Pain Relief and Comfort in Labor. In: Fraser DM, Cooper AM, Editors. Myles Text Book for Midwives. 14th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004. p. 474.
2. WHO, United Nations Departments of Economic and Social Affairs, Population Division. Women's Health and Safe Motherhood. Geneva: WHO; 1996. p. 18-23.
3. Albers LL. The Duration of Labor in Healthy Women. J Perinatol 1999 Mar; 19(2):114-9.
4. Zhang J, Klebanoff MA, Dersimonian R. Epidural Analgesia in Association with Duration of Labor and Mode of Delivery: A Quantitative Review. Am J Obstet Gynecol 1999;180(4):970-7.
5. Chenge YM, Hopking LM, Laros RK, Caughey AB. Duration of the Second Stage of Labor in Multiparous Women: Maternal and Neonatal Outcomes. Am J Obstet Gynecol 2007;196(6):585.

6. Frey HA, Tuuli MG, Cortez S, Odibo AO, Roehl KA, Shanks AL, et al. Does Delayed Pushing in the Second Stage of Labor Impact Perinatal Outcomes? *Am J Perinatol* 2012 Nov; 29(10):807-14.
7. Cunningham FA, Gant NF, et al. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: Mc Graw Hill; 2010. p. 478-529. (Vol 2).
8. Cunningham FG, Kenneth JL. *Williams's Obstetrics*. Ghazi Jahani B, Translator. Tehran: Hayyan Pub; 2005. p. 555-65.
9. Lowdermilk DL, Perry SE. *Maternity of Women's Health Care*. 7th ed. USA: Mosby; 2000. p. 245.
10. Nichols FH, Humenick SS. *Childbirth Education: Practice, Research and Theory*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2000. p. 213-216.
11. Zelantine D, Sern E. Immunological Effect of Massage Therapy during Academic Stress. *Psychosom Med* 2000;62(1):83-84.
12. Cooke M, Holzhauser K, Jones M, Davis C, Finucane J. The Effect of Aromatherapy Massage with Music on the Stress and Anxiety Levels of Emergency Nurses: Comparison between Summer and Winter. *J Clin Nurs* 2007;16(9):1695-703.
13. Yidrim G. The Effect of Breathing and Skin Stimulation Techniques on Labor Pain Perception of Turkish Woman. *Pain Res Manage* 2004;9(4):183-7.
14. Field T, Hernandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor Pain Is Reduced by Massage Therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997 Dec; 18(4):286-91.
15. Change MY, Wang SY, Chen CH. Effect of Massage on Pain and Anxiety during Labor. *J Adv Nurs* 2002;38(1): 68-73.
16. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, 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 Feb; 127(3):214-2.
17. Lee MK, Chang SB, Kang DH. Effect of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women during Labor. *J Altern Complement Med* 2004 Dec; 10(6):956-965.
18. 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 Apr; 34(2):324-32.
19. Aghamohamadi A, Behmanesh F, Zafari M, Tofighi M. Effect of Using Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) in Acupuncture Pointa [Hegu (Li4) and Sanyinjiao (SP-6) on Duration of the First Stage of Labor. *J Babol Univ Med Sci* 2011;13(2):19-24. [Full Text in Persian]
20. Heidari P, Mojdeh F, Mazloom R, Tanbakoi K, Judaki K. Effect of Acupressure on Labor Pain Intensity. *Hakim* 2008;11(2):39-46. [Full Text in Persian]
21. 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 Sep; 15:1-4.
22. Kim YR, Chang SB, Lee MK, Maeng WJ. Effects on Labor Pain and Length of Delivery Time for Primipara Women Treated by San-Yin-Jian (SP-6) Acupressure and Hob-Gog (LI-4) Acupressure. *Korean J Women Health Nurs* 2002;8(2):244-56.
23. Rabl M, Ahner R, Bitschnau M, Zeisler H, Husslein P. Acupressure for Cervical Ripening and Induction of Labor at Term. *Wien Klin Wochenschr* 2001 Dec; 113(23-24):942-6.
24. Samadi P, Lamiyan M, Heshmat R, Faghihzadeh S. Effect of Acupressure at SP-6 Point on Labor Pain Intensity. *Hormozgan Med J* 2010;14(1):55-64. [Full Text in Persian]
25. Kayne MA, Greulich MB, Albers LL. An Alternative Yet Complementary Addition to Care During Childbirth. *Clin Obstet Gynecol* 2001;44(4):692-703.
26. Enkin M, Keirse M, Neilson J, et al. *A Guide of Effective Care Pregnancy & Childbirth*. Oxford: Oxford University Press;1996. p. 24.
27. Jin Y, Wu L, Xia Y. Clinical Study on Painless Labor Under Drugs Combined with Acupuncture Analgesia. *Zhen Ci Yan Jiu* 1996;21(3):9-17.