

## تأثیر طب فشاری بر نقطه ۶ طحالی در طول مدت زایمان

پروانه حیدری\*<sup>۱</sup>، فاطمه مزده<sup>۲</sup>، سید رضا مظلوم<sup>۳</sup>، کتابون تنباکویی<sup>۴</sup>، کبری جودکی<sup>۵</sup>

- ۱- کارشناس ارشد مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج
- ۲- کارشناس ارشد مامایی، سوپر وایزر آموزشی بیمارستان حضرت علی کرج
- ۳- دانشجوی دکتری پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
- ۴- کارشناس مامایی، مسئول اتاق زایمان بیمارستان شهید فیاض بخش کرج
- ۵- متخصص زنان و زایمان، سرپرست مدیریت شبکه بهداشت و درمان کرج

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۴/۱۷

تاریخ دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۵/۱۰/۲۳

### خلاصه

مقدمه: زایمان پدیده ای طبیعی و فیزیولوژیک است، ولی گاهی طولانی شدن مراحل زایمان اتفاق می افتد که نیازمند مداخلات طبی و جراحی می باشد و اغلب عوارض مادری و جنینی را به دنبال دارد، به این جهت پژوهش با هدف تعیین تأثیر طب فشاری بر طول مدت زایمان در زنان باردار انجام گرفت.

روش کار: در این کار آزمایی بالینی دوسوکور، که در بخش سابقه زایمان بیمارستان شهید فیاض بخش کرج در سال ۱۳۸۵ انجام شد، ۱۲۸ زن باردار حاملگی کامل که جهت انجام زایمان با دیلاتاسیون دهانه رحم ۳ سانتیمتر بستری شده بودند، به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مورد ۳۰ دقیقه اعمال فشار بر نقطه ۶-SP و گروه شاهد ۳۰ دقیقه تماس در نقطه ۶-SP قرار گرفتند و طول مدت مرحله اول و دوم زایمان در دو گروه ارزیابی گردید. مشخصات فردی و نتایج آزمون های انجام شده در پرسشنامه جمع آوری و با استفاده از آمار توصیفی و جداول توزیع فراوانی و آزمون های من ویتنی و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در دو گروه اختلاف معنی داری داشت ( $p=0/027$ )، به طوری که این مدت در گروه تجربی کوتاه تر از گروه شاهد بود و در میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در دو گروه، تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: استفاده از طب فشاری در کاهش طول مدت مرحله اول زایمان مؤثر بوده است، لذا پیشنهاد می شود مداخله طب فشاری جهت پیشگیری از طولانی شدن مرحله اول زایمان به عنوان یکی از روشهای اداره فعال زایمان مورد استفاده قرار گیرد. (مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، دوره یازدهم، شماره دوم، تابستان ۸۷: ۲۲-۱۵)

کلمات کلیدی: طب فشاری، مراحل زایمان، زایمان

\* نویسنده مسؤول: پروانه حیدری

آدرس: کرج، خیابان چالوس، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه

آزاد اسلامی واحد کرج، گروه مامائی.

par\_heidari@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۲۹۳۲۲۲۷

## مقدمه

زایمان یک فرآیند فیزیولوژیک طبیعی است، اما وجود مشکلاتی در حین زایمان ممکن است سبب مرگ یا عوارضی در مادر و نوزاد گردد. یکی از مهمترین مسائلی که در بروز عوارض زایمانی دخیل است، انقباضات ناکافی رحم و کند شدن سیر زایمان است و اغلب نیازمند مداخلات تهاجمی پزشکی به صورت تجویز داروها و یا انجام زایمان با ابزار (فورسپس و واکيوم) یا به روش سزارین است که منجر به عوارض دارویی، بیهوشی، جراحی و پیامدهای نامطلوب در مادر و جنین می‌گردد. (۱) از آنجا که در اغلب کشورها مادران و کودکان یک گروه بزرگ و آسیب پذیر را تشکیل می‌دهند و این آسیب بیشتر در رابطه با بارداری و زایمان ایجاد می‌گردد، لذا مراقبت‌های حین زایمان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. (۲) در این راستا روشهای غیر دارویی و غیر تهاجمی از جمله طب فشاری جهت ایجاد انقباضات مؤثر رحمی و در نهایت کوتاه شدن طول مدت زایمان پیشنهاد شده است. (۳-۵) ولی بعضی مطالعات، نتایج متناقضی را در این مورد ارائه داده‌اند. (۶) از طرفی در بعضی از پژوهش‌های به عمل آمده متغیرهای مداخله‌گری که بر نتایج تحقیق تأثیرگذار بوده‌اند، از جمله داروهای مؤثر بر سیر مرحله قبل از زایمان، اضطراب مادر و حاملگی کنترل نشده است. تحقیقات نشان داده است به کارگیری طب فشاری می‌تواند از طریق پیشگیری از طولانی شدن طول مدت زایمان، علاوه بر کاهش عوارض مادر و نوزاد از میزان انجام زایمان به روش سزارین و ابزارهای زایمان (فورسپس و واکيوم) بکاهد، همچنین با کوتاه شدن زمان بستری مادر و همچنین کاهش عوارض جسمی و روانی مادر بار مالی خانواده و جامعه کاهش می‌یابد، از این رو هدف این پژوهش بررسی تأثیر طب فشاری بر طول مدت زایمان بوده است.

## روش کار

این پژوهش کارآزمایی بالینی دربخش سابقه زایمان بیمارستان شهید فیاض بخش کرج در سال ۱۳۸۵ انجام شده است. ۱۸۷ زن باردار حاملگی اول یا

دوم که سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته کامل داشتند، پوزانتاسیون سفالیک و با دیلاتاسیون ۳ سانتی متر وارد مطالعه شدند. افرادی که دارای بیماری زمینه‌ای داخلی، سابقه نازایی، سابقه سزارین و اعمال جراحی لگن، چند قلوبی، پاره شدن پرده‌ها بیش از ۶ ساعت و یا داروهای مؤثر بر سیر زایمان (اکسی‌توسین، پروستاگلاندین، هیوسین، پرومتازین، آتروپین) را در مرحله قبل از زایمان دریافت کرده بودند و یا به دلایل مادری و جنینی، زایمان تحت سزارین انجام گرفت از مطالعه حذف گردیدند و در نهایت پژوهش بر ۱۲۸ نفر انجام گردید. ابزار مورد استفاده جهت بررسی اضطراب، آزمون اضطراب حالت (آشکار) و صفت (پنهان) اشپیل برگر<sup>۱</sup> بود که از روایی لازم برخوردار است و برای اولین بار اشپیل برگر آن را به کار برده است و پایایی آن در پژوهش مهرام در شهر مشهد تأیید گردیده است. (۸،۷) زمان و چگونگی پیشرفت مرحله اول زایمان (از دیلاتاسیون دهانه رحم ۳-۱۰ سانتی متر) توسط معاینه واژینال و مرحله دوم زایمان از دیلاتاسیون ۱۰ سانتیمتر دهانه رحم تا خروج نوزاد در پرسشنامه ثبت گردید. روش گردآوری داده‌ها به این صورت بود که زنان واجد شرایط مطالعه که در بخش زایمان در اتاق مراقبت‌های بستری بودند، بعد از توضیح در نحوه پاسخگویی به آزمون اضطراب حالت و صفت اشپیل برگر واحدهای پژوهش برگه‌های مذکور را تکمیل کردند، سپس به طور تخصیص تصادفی در دو گروه شاهد و مورد قرار گرفتند. جهت کنترل سوگیری، واحدهای پژوهش و فرد تجزیه و تحلیل‌کننده اطلاعات از قرارگیری افراد در گروه شاهد یا مورد اطلاعی نداشتند. مداخله در گروه تجربی به صورت اعمال فشار به مدت ۳۰ دقیقه در نقطه SP-6 و در گروه شاهد تماس بدون اعمال فشار به مدت ۳۰ دقیقه در نقطه SP-6 (جهت کنترل اثر حمایتی و روانی) صورت گرفت. نقطه SP-6 به پهنای چهار انگشت (خود بیمار) بالاتر از خط مچ پا در پشت استخوان درشت نی در

1- Spielberger

عملکرد مداخله گر مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفت. چگونگی پیشرفت مراحل زایمان بر حسب دیلاتاسیون دهانه رحم و نزول جنین که با معاینه واژینال مشخص گردید، ثبت شده و طول مدت مرحله اول و دوم زایمان بر حسب دقیقه ارزیابی می شد. نتایج به دست آمده توسط آزمون های آماری کای اسکوئر، تی مستقل، مانی ویتنی، فیشر، آنالیز واریانس دو طرفه مورد ارزیابی قرار گرفت و  $p < 0/05$  قابل اهمیت در نظر گرفته شد.

### نتایج

یافته های پژوهش نشان داد دو گروه مورد مطالعه از نظر خصوصیات فردی (جدول ۱)، وضعیت مامایی (جدول ۲) و خصوصیات نوزاد (جدول ۳) همگن بودند، به علاوه واحدهای پژوهش از نظر اضطراب صفت بدو ورود همگن بودند ولی دو گروه از نظر اضطراب حالت بدو ورود تفاوت داشتند ( $p = 0/019$ ) به طوری که اضطراب حالت بدو ورود افراد گروه تجربی کمتر از گروه شاهد بود.

هر دو پا قرار دارد و طبق تئوری مدارهای انرژی نسبت به نقاط دیگر، هنگام فشار احساس درد و فشار بیشتری دارد. (۹،۱۰) در گروه مورد 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 کند، انجام شد. بر حسب آستانه درد آزمودنی، میزان فشار اعمال شده به دو صورت فشار متوسط و زیاد اعمال گردید. میزان فشار متوسط و زیاد توسط مهندس الکترونیک آشنا به اینگونه مداخلات، توسط دستگاه سنجش میزان فشار به صورت نمایش دیجیتالی مشخص نمود که در موارد اعمال فشار متوسط انگشت شست دست راست ۱۶۰۰ میلی متر جیوه و انگشت شست دست چپ ۱۳۰۰ میلی متر جیوه، در موارد فشار زیاد انگشت شست دست راست ۲۰۰۰ میلی متر جیوه و انگشت شست دست چپ ۱۸۰۰ میلی متر جیوه اعمال می شده است. جهت اطمینان از قرارگیری صحیح انگشت مداخله گر بر نقطه ۶-sp و باقی ماندن میزان فشار تا انتهای مداخله، قبل از شروع تحقیق، دوبار حین تحقیق و همچنین در انتهای پروژه تحقیق نحوه

جدول ۱- مقایسه خصوصیات فردی دو گروه مورد مطالعه در تأثیر طب فشاری بر طول مدت زایمان

S/N.S	p	$z/t/x^2$	تجربی	شاهد	گروه	خصوصیات فردی
N.S	۰۰/۶۹۷	$x^2=۱/۴$	۲۴/۰۴ ± ۴/۵	۲۴/۱۴ ± ۴/۳		سن
						تحصیلات
			۸(٪ ۱۲/۳)	۸(٪ ۱۲/۷)		ابتدائی
N.S	۱/۰۰۰	$x^2=۰/۰۰۵$	۲۸(٪ ۴۳/۱)	۲۷(٪ ۴۲/۹)		راهنمایی
			۲۸(٪ ۴۳/۱)	۲۷(٪ ۴۲/۹)		متوسطه
			۱(٪ ۱/۵)	۱(٪ ۱/۶)		عالی
						شغل
S	۰/۰۴	$x^2=۸/۳$	۶۴(٪ ۹۸/۵)	۵۳(٪ ۸۴/۱)		خانه دار
			۱(٪ ۱/۵)	(٪ ۱۵/۹)		شاغل

جدول ۲- مقایسه وضعیت مامایی دو گروه مورد مطالعه در تاثیر طب فشاری بر طول مدت زایمان

S/N.S	p	z/t/x <sup>2</sup>	تجربی	شاهد	گروه	
					متغیر	
N.S	۰/۶۱۱	x <sup>2</sup> =۰/۲۵۹	۳۹(٪۰۵۲/۷)	۳۵(٪۰۴۷/۳)	پاریتی	
			۲۶(٪۰۴۸/۱)	۵۱/۹(٪۰۲۸)	نولی پار	
N.S	۰/۸۳۱	x <sup>2</sup> =۰/۰۴	۲۷(٪۰۴۱/۵)	۲۵(٪۰۳۹/۷)	مولتی پار	
			۳۸(٪۰۵۸/۵)	۳۸(٪۰۶۰/۳)	آنگاژمان	
S	۰/۰۴۷	x <sup>2</sup> =۳/۹	۴۹(٪۰۷۵/۴)	(٪۰۸۸/۹)	بلی	
			۱۶(٪۰۲۴/۶)	۷(٪۰۱۱/۱)	خیر	
S	fisher=۰/۰۱۳		۶۵(٪۰۱۰۰)	۵۷(٪۰۹۰/۵)	کیسه آب	
			۰(٪۰)	۶(٪۰۹/۵)	سالم	
					پاره	
					نوع زایمان طبیعی	
					بدون واکيوم	
					همراه با واکيوم	

جدول ۳- مقایسه وضعیت نوزاد در دو گروه مورد مطالعه در تاثیر طب فشاری بر طول مدت زایمان

S/N.S	P	z /t/ x <sup>2</sup>	تجربی	شاهد	گروه	
					وضعیت نوزاد	
N.S	۰/۷۴۸	x <sup>2</sup> =۰/۵	۳۲۳۱/۵ ± ۴۲۸/۵	۳۲۰۹/۲ ± ۳۹۹/۸	وزن نوزاد	
N.S	۰/۷۳۳	x <sup>2</sup> =۰/۱	۳۶(٪۰۵۵/۴)	۳۳(٪۰۵۲/۴)	جنس نوزاد	
			۲۹(٪۰۴۴/۶)	۳۰(٪۰۴۷/۶)	دختر	
N.S	۰/۵۰۳	z=۰/۶	۱(٪۰۱/۵)	۳(٪۰۴/۸)	پسر	
			۵(٪۰۷/۷)	۵(٪۰۷/۹)	آپگار دقیقه ۱	
N.S	۰/۵۰۳	z=۰/۶	۵۹(٪۰۹۰/۸)	۵۵(٪۰۸۷/۳)	۷	
					۸	
N.S	۰/۶۸۳	z=۰/۴	۱(٪۰۱/۵)	۲(٪۰۳/۲)	۹	
			۳(٪۰۴)	۳(٪۰۴/۸)	آپگار دقیقه ۵	
			۶۱(٪۰۹۳/۸)	۵۸(٪۰۹۲/۱)	۸	
					۹	
					۱۰	

(۰/۱۲۴ ± ۰/۰۲۴ دقیقه)، کمتر از گروه شاهد (۰/۱۶۵ ± ۰/۰۲۹۸ دقیقه) بوده است (جدول ۴) و در میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان در دو گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد (جدول ۵).

در رابطه با ارزیابی دو گروه از نظر طول مدت زایمان، طبق نتایج آزمون تی مستقل، میانگین طول مدت مرحله اول زایمان دو گروه اختلاف آماری معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۲۷)، به طوری که میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در گروه تجربی

جدول ۴- مقایسه میانگین طول مدت مرحله اول زایمان واحدهای پژوهش در دو گروه

n	SD ± M	طول مرحله اول زایمان (دقیقه)		
		گروه		
۶۵	۲۴۰/۰ ± ۱۲۴/۰	تجربی		
۶۳	۲۹۸/۰ ± ۱۶۵/۰	شاهد		
۱۲۸	۲۶۸/۵ ± ۱۴۸/۰	کل		
t-test :		t = ۲/۲	df = ۱۱۵/۰	p= ۰/۰۲۷

جدول ۵- مقایسه میانگین طول مدت مرحله دوم زایمان واحدهای پژوهش در دو گروه

n	SD ± M	طول مرحله اول زایمان (دقیقه)		
		گروه		
۶۵	۲۶/۳ ± ۱۹/۹	تجربی		
۶۳	۲۹/۰ ± ۲۴/۰	شاهد		
۱۲۸	۲۷/۷ ± ۲۲/۰	کل		
t-test :		t = ۰/۶	df = ۱۲۶	p= ۰/۵۲۱

گروه شاهد کوتاه تر بوده است.

نتایج پژوهش لی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۴) تأثیر طب فشاری در کوتاه نمودن طول مدت مرحله اول زایمان را تأیید می کند (p=۰/۰۰۹). (۳) زیسلر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۸) در گزارش تحقیق خود بیان می کنند استفاده از طب مکمل طول مدت مرحله اول زایمان را کاهش می دهد. (۱۱) پارک<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) اظهار می دارند طب فشاری باعث افزایش شدت انقباضات رحمی (بر حسب واحد مونته ویدئو)، بدون تأثیر بر مدت و فاصله انقباضات رحمی و در نتیجه طول مدت زایمان می گردد. (۶) به طوری که طول مدت زایمان در گروه شاهد ۴۳۴/۶ ± ۲۰۳/۴ و در گروه تجربی ۴۸۷/۰ ± ۲۱۵/۴ بوده است. از نقاط قوت مطالعه پارک بررسی خصوصیات انقباضات رحمی می باشد ولی در این تحقیق مرحله اول و دوم زایمان به طور مجزا بررسی نشده است و نتایج آماری دقیق با ذکر P.value ارائه نگردیده است. همچنین یافته های

طبق نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه متغیر وضعیت کیسه آب بر میانگین طول مدت مرحله اول زایمان تأثیر نداشته است ولی میزان اضطراب حالت بر میانگین طول مدت مرحله اول زایمان مؤثر بوده است (p=۰/۰۰۳) به طوری که میانگین طول مدت مرحله اول زایمان در گروه تجربی (با اضطراب پایین تر) کوتاه تر از گروه شاهد بوده است. همچنین در بررسی مقایسه میانگین طول مدت مرحله زایمان بر حسب میزان فشار اعمال شده نتایج آزمون آنالیز واریانس دو طرفه نشان داد، میزان فشار اعمال شده (متوسط یا زیاد) بر میانگین طول مدت مراحل زایمان تأثیر نداشته است.

### بحث

یافته های حاصل از این مطالعه نشان داد دو گروه مورد مطالعه (گروه با اعمال فشار بر نقطه ۶-sp و گروه تماس بر نقطه ۶-sp) از نظر میانگین طول مدت مرحله اول زایمان، اختلاف آماری معنی داری دارند به طوری که میانگین طول مدت این مرحله در گروه مورد به طور متوسط ۵۴ دقیقه (۲۷ درصد) نسبت به

1 - Lee  
2 - Zeisler  
3 - Park

اختلاف نتایج در این مورد استفاده از بی حسی اپیدورال و گاز  $N_2O$  جهت بی دردی در حین مراحل زایمان بوده است؛ یکی از مواردی که خصوصاً در مرحله دوم زایمان به خروج نوزاد کمک می کند، نیروهای ارادی مادر می باشد و با استفاده از بی حسی اپیدورال و  $N_2O$ ، با کاهش احساس فشار سر جنین و pushing مادر، نیاز به استفاده از واکیوم بیشتر خواهد بود. البته در مطالعه حاضر جهت کنترل عامل مداخله گر، در صورت استفاده از بی حسی اپیدورال و گاز  $N_2O$  آزمودنی ها از مطالعه حذف شدند. یکی از یافته های پژوهش تاثیر اضطراب حالت (آشکار) بر طول مدت مرحله اول زایمان می باشد. به طوری که افراد در گروه تجربی دارای اضطراب حالت بدو ورود کمتری (نسبت به شاهد) بودند و طول مدت مرحله اول زایمان آنان نیز کوتاهتر بوده است ( $P=0/003$ ). در این رابطه انکین و همکاران (۲۰۰۰) اظهار می کنند اضطراب از طریق افزایش ترشح کاتکولامین های پلاسمای مادر و تأثیر منفی آن بر جریان خون رحمی باعث کاهش انقباضات مؤثر رحمی می گردد (۱۵). همچنین نتایج پژوهش متولی (۱۳۸۱) نیز نشان داد یکی از اثرات مهم اضطراب، کاهش انقباضات مؤثر رحمی و در نتیجه طولانی شدن مراحل زایمان می باشد (۱۶). از آنجا که مراقبتهای لیبر و زایمان توسط یک تیم انجام می پذیرد و این امکان وجود نداشت که افراد مراقبت کننده (پزشکان، مامای پذیرش، لیبر و اتاق زایمان) در طول مطالعه یکسان باشند، تفاوت در نحوه برخورد و خصوصیات اخلاقی هر یک می توانست بر اضطراب واحدهای پژوهش و به طور غیر مستقیم بر طول مدت زایمان مؤثر باشد و این مسئله جزء محدودیت های پژوهش است، اما انجام مداخله و مراقبت ها بر همه واحدهای پژوهش توسط یک کمک پژوهشگر تا حدودی این محدودیت را کنترل می نمود. از نقاط قوت این تحقیق حذف هر گونه داروی تأثیر گذار بر طول مدت زایمان و اضطراب و درد حین مراحل زایمان می باشد که در اغلب پژوهش های مشابه رعایت نگردیده

تحقیق اسکینند<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۳ نشان داد به دنبال فشار بر نقطه sp-6 میزان نیاز به اکسی توسین کمتری ( $p<0/05$ ) نسبت به گروه شاهد وجود داشته است و افراد تحت مداخله طب فشاری طول مدت اول زایمان کوتاهتری داشته اند (۵).

به علاوه نتایج پژوهش حاضر نشان داد، مداخله طب فشاری باعث کوتاهتر شدن طول مدت مرحله دوم نمی شود. طبق یافته های رابل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۱) تاثیر اصلی فشار بر نقطه sp-6 به صورت نرم شدن دهانه رحم و کمک به دیلاتاسیون دهانه رحم می باشد (۸). از آنجائی که در مرحله دوم زایمان، نرم شدن و دیلاتاسیون دهانه رحم کامل شده است، تاثیر آن در این مرحله چشمگیر نمی باشد، در این رابطه تمپفر<sup>۳</sup> و همکاران بیان می کنند، انجام طب سوزنی بر نقطه 6- sp از طریق آزاد کردن پروستاگلاندین  $F2\alpha$ ,  $\beta$  اند ورفین بر نرم شدن و دیلاتاسیون دهانه رحم مؤثر است (۱۳). یافته های پژوهش لی و همکاران در سال ۲۰۰۴ نیز نشان می دهد طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه تحت مداخله فشار بر نقطه sp-6 با گروه شاهد (لمس در نقطه sp-6) تفاوت آماری وجودی ندارد (۳). به علاوه به نظر می رسد استفاده از روش طب فشاری جهت مراقبت حین زایمان عوارض نوزادی نداشته باشد، به طوری که یافته ها نشان می دهد آپگار دقیقه ۱ و ۵ نوزاد در دو گروه تفاوت آماری وجود ندارد. انکین<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۶) نیز گزارش می کنند طب سوزنی تأثیرنا مطلوبی بر نوزاد نداشته است (۱۵). از دیگر یافته های جانبی تحقیق، وجود اختلاف آماری دو گروه از نظر نوع زایمان طبیعی می باشد. به طوری که در مورد هیچیک از افراد گروه تجربی نیاز به استفاده واکیوم در مرحله دوم زایمان نبود (در مقایسه با ۹/۵ درصد موارد در گروه شاهد)، ولی در مطالعه اسکینند (۲۰۰۲) و همکاران استفاده از واکیوم در دو گروه تفاوت آماری نداشته است (۵). علت

1 - Skilnand  
2 - Rabl  
3- Tempfer  
4 Enkin

ارزیابی گردید. همچنین تاثیر طب فشاری بر پیامد بارداری (اپگار نوزاد و میزان استفاده از واکيوم) نیز مورد بررسی قرار گرفت.

### تشکر و قدردانی

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

بود. همچنین تأثیر میزان فشار اعمال شده بر حسب آستانه درد بیمار به طور معیار کیفی (متوسط یا زیاد) و معیار کمی (میلی متر جیوه) بر طول مدت زایمان

### نتیجه گیری

مجموعه تحقیق نشان داد استفاده از طب فشاری بر نقطه SP-6 می تواند به عنوان یکی از روشهای اداره فعال زایمان، جهت کوتاه نمودن مرحله اول زایمان مطرح گردد و در پیشگیری از عوارض طولانی تر شدن مراحل زایمان مؤثر باشد. پیشنهاد می شود تحقیقات آینده در مورد تاثیر فشار بر نقطه SP-6 به صورت پیگیری تا مرحله سوم زایمان و بررسی تاثیر آن بر طول مدت مرحله سوم زایمان و میزان خونریزی بعد از زایمان نیز صورت گیرد.

### منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. 22<sup>th</sup>. Mc Graw Hill; 2005.
2. Park J, Park K. Park's textbook of preventive and social medicine, Principles of epidemiology, demography and statistical health. 17<sup>th</sup>. Mosby; 2002.
3. Lee M K, Chang SB, Duck-Hee K. Effect of sp6 Acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. J alternative complementary medicine 2004; 10(6): 959-965.
4. Lee Mk. Effect of san-yin-Jiao (sp6) acupressure on labor pain, delivery time in women during labor. Taehan kanho Hakhoe chi Oct 2003; 33(6): 753-61
5. Skilnand E, Fossen D., Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labor. Acta obst ET Gynecol scandinavica 2002; 10(81): 10: 943-9
6. Park Y, Cho J, Kwon J, Ahn E, Lim J, Chang S. The effect of san-yin-Jiao (sp-6) acupressure on labor progression. American journal of obstetrics and Gynecology 2003; 189(6): 5209.
7. Spielberger CD. Manual for the state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologist Press; 1983.
8. Mahram B. Spielberger state and trait scale anxiety, practical Guidelines and interpretation based on normalizing test in Mashhad city in 1993. Mashhad: Mashhad Ferdowsi University faculty of psychology and educational science; 1993.
9. Betts D. Acupressure techniques for use during childbirth and pregnancy. Childbirth solutions Online. Available at: VRL: http://www. Accessed. 2005.
10. Beal M.W. Acupuncture and acupressure applications to women reproductive health care. J nurse-midwifery 1999; 44(3): 217-230
11. Zeisler H, Tempfer C, Mayerhofer k, Barrada M, Husslein P. Influence of acupuncture on duration of labor. Gynecol obstet Invest 1998; 46: 22-25
12. Rabl M, Ahner R, Bitschnau M, Zeisler H, Husslein P. Acupressure for cervical ripening and induction of labor at term. Wien Klin Wochenschr 2001; 113 (23-24): 942-6.
13. Tempfer C, Zeisler H, Heinzl H, Hefler L, Husslein P, kainz C. Influence of acupuncture on maternal serum levels of interleukin-S, Prostaglandin F2a and beta - endorphin: A matched pair study. Obstet Gynecol 1998; 92: 245-248.
14. Jin Y, Wu L, Xia Y. Clinical study on painless labor and drugs combined with acupuncture analgesia. chen Tzn yen chiu Acupuncture Research 1996 ; 21: 9-17.

15. Enkin, C. A guide of effective care pregnancy & childbirth. Oxford: Oxford university press; 1996.
16. Motevali A. Is showing film effect on nulliparous mother's anxiety?. I M S U f nurs midwifery 2003; 15(22):20.