

مقایسه تأثیر طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا بر شدت درد مرحله اول زایمان

نویسندگان:

سهیلا حاجی قاسمعلی^۱، صدیقه امیرعلی اکبری^{۲*}، علیرضا اکبرزاده باغبان^۳، رضا حشمت^۴

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- گروه علوم پایه، دانشکده توان‌بخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴- انجمن طب سوزنی، تهران، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol. 12, No. 4, Winter 2015

چکیده:

مقدمه: زایمان از دردناک‌ترین مواردی است که زنان در طول زندگی خود تجربه می‌کنند. طب فشاری و رفلکسولوژی روش‌هایی ساده، ارزان و غیرتهاجمی هستند که برای تسکین درد به کار می‌روند. این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر طب فشاری در نقطه ۶ طحالی (SP6) و رفلکسولوژی پا بر شدت درد و طول مدت مرحله اول زایمان انجام شد.

روش کار: تحقیق به شیوه کار آزمایی بالینی با ۱۰۶ زن باردار در بخش زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران انجام شد. با در نظر گرفتن معیارهای خروج از مطالعه، ۹۲ نمونه شامل (۲۸ نفر) در گروه طب فشاری در نقطه طحالی ۶، (۳۰ نفر) در گروه رفلکسولوژی و (۳۴ نفر) در گروه سوم مراقبت روتین قرار گرفتند. سه گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی و مامایی همسان بودند. ابزارها شامل پرسش‌نامه جمعیت شناختی، چک‌لیست مشاهده و معاینه و مقیاس آنالوگ دیداری درد بود. در هر سه گروه شدت درد در آغاز مطالعه، قبل و بعد از مداخله اول (دیلاتاسیون ۴-۵) و مداخله دوم (دیلاتاسیون ۷-۸) ارزیابی شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شدت درد در آغاز مطالعه و قبل از مداخله اول در بین سه گروه اختلاف معناداری نداشت، بعد از مداخله اول، قبل و بعد از مداخله دوم در بین سه گروه طب فشاری، رفلکسولوژی و مراقبت روتین اختلاف معناداری بود (در هر سه مورد $P=0/001$). اگرچه میانگین نمره درد در گروه طب فشاری کم‌تر از گروه رفلکسولوژی بود، اما آزمون وینتی بین دو گروه طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا بعد از مداخله اول و دوم اختلاف معناداری را نشان نداد. نمره شدت درد بعد از مداخله نسبت به قبل از آن در گروه طب فشاری و رفلکسولوژی افزایش معنادار نداشت، ولی در گروه مراقبت روتین شدت درد با افزایش همراه بود ($P=0/001$).

نتیجه‌گیری: طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا در کاهش شدت درد زایمان مؤثر است. به نظر می‌رسد بتوان از این روش‌ها به‌جای داروهای کاهش درد زایمان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درد، زایمان، طب فشاری، رفلکسولوژی

Par J Med Sci 2015;12(4):15-22

مقدمه:

ساده‌ای از فرایند فیزیولوژیک زایمان نیست، بلکه نتیجه یک واکنش پیچیده و ذهنی از عوامل مختلف جسمی، روحی و روانی است که روی تفسیر فرد از درد زایمان اثر می‌گذارد [۳]. اسمیت و همکاران به نقل از ملزاک، زایمان را یک چالش بزرگ فیزیولوژیک و روانی برای زنان توصیف کرده است [۴]. استفاده

درد یک حس ناخوشایند و تجربه عاطفی مشترک با آسیب واقعی یا بالقوه بافت توصیف شده است [۱]. زایمان یکی از دردناک‌ترین حوادث در زندگی زنان است. با این وجود، یک تفاوت و تنوع در درک زنان از شدت درد زایمان وجود دارد که نتیجه فرایندهای روانی و رفتاری است [۲]. درد زایمان بازتاب

* نویسنده مسئول، نشانی: گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

پست الکترونیک: asa_akbari@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۲۱۸۸۲۰۲۵۱

پذیرش: ۹۳/۹/۲۵

اصلاح: ۹۳/۸/۲۹

دریافت: ۹۳/۷/۴

تأثیرات انرژی‌زا یا سازوکارهای روانی [۱۷]، نظریه کنترل دروازه‌ای درد، نظریه ایمپالس عصبی، افزایش ترشح آندورفین و انکفالین و در نتیجه کنترل درد است [۱۸]. مطالعاتی تأثیر رفلکسولوژی را بر کاهش شدت درد و طول مدت مرحله اول زایمان نشان داده است [۴، ۱۹، ۲۰]. مطالعات مختلف در سراسر دنیا از اثربخشی هر دو روش (طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا) در کاهش شدت درد و طول مدت مرحله اول زایمان و نیز ارزان و غیرتهاجمی بودن این روش‌ها حکایت می‌کند. بیش‌تر نقاط در روش رفلکسولوژی منطبق با نقاط شناخته‌شده در طب سوزنی است [۲۰]. برای مثال نقطه کلیه ۱ که اغلب برای آرام‌سازی در طب فشاری به کار می‌رود، منطبق با ناحیه شبکه خورشیدی در نقشه‌های رفلکسولوژی است [۲۱، ۲۲]. در واقع اولین نقطه مریدین کلیه که در خط وسطی کف پا درست زیر برآمدگی کف پا واقع شده است، نقطه KI1 یا کلیه ۱ در طب فشاری است که منطبق بر نقطه شبکه خورشیدی در روش رفلکسولوژی است [۲۰]. از طرف دیگر، در طب فشاری نقطه ۶ طحالی محل تلاقی سه مریدین انرژی کبد، کلیه و طحال است [۱۴]. در واقع مریدین کلیه یکی از سه مریدین موجود در نقطه ۶ طحالی است که همان مریدین موجود در رفلکسولوژی و به نام نقطه شبکه خورشیدی است. در این پژوهش چنین فرض شده است که نقطه ۶ طحالی به لحاظ دارا بودن سه مسیر انرژی نسبت به نقطه شبکه خورشیدی که تنها مسیر عبور یک کانال انرژی است، در رفلکسولوژی می‌تواند تأثیر بیش‌تری در کاهش درد داشته باشد. از این‌رو، نقاط مذکور به‌عنوان نقاط مورد بررسی انتخاب شده و مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر و مقایسه طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا بر شدت درد و طول مدت مرحله اول زایمان روی زنان باردار انجام شده است.

روش کار:

این مطالعه یک کار آزمایشی بالینی شاهد دار تصادفی شده است که با کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب سایر مجوزهای لازم و ثبت در مرکز کار آزمایشی بالینی به شماره ۲۰۱۳۱۱۱۳۶۸۰۷ روی ۱۰۶ زن باردار زایمان اول و دوم مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران از بهمن‌ماه سال ۱۳۹۲ تا خردادماه ۱۳۹۳ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل حاملگی اول و یا دوم، نژاد ایرانی، محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، سن حاملگی ۳۷-۴۲ هفته (بر اساس اولین روز آخرین قاعدگی یا سونوگرافی زیر ۱۲ هفته)، حاملگی تک قلوئی، جنین زنده با نمایش سفالیک، زنان در آغاز فاز فعال زایمان، وجود انقباضات منظم رحمی

از روش‌های کاهنده درد برای تسهیل درد زایمان در اغلب کشورهای دنیا متداول است. به‌طورکلی برای تسکین درد زایمان دو روش عمده دارویی و غیر دارویی وجود دارد. روش‌های غیر دارویی کنترل درد از عناصر مهم مراقبت‌های مامایی بوده و به علت ترجیح از اجتناب از عوارض روش‌های دارویی در بسیاری از زنان انتخاب اول است. از مهم‌ترین مزایای استفاده از روش‌های غیر دارویی می‌توان به نداشتن تأثیر روی سیر زایمان و همچنین فقدان عوارض جانبی برای مادر و جنین اشاره کرد [۵]. روش‌های طب مکمل و جایگزین کنترل درد زایمان در کشورهای با میزان درآمد بالا با استقبال زیادی همراه است و به‌عنوان جایگزینی برای روش‌های دارویی از قبیل بی‌حسی اپیدورال مطرح است [۶]. شایع‌ترین تقسیم‌بندی طب مکمل و جامع‌نگر شامل مداخلات بدنی، تمرینات پزشکی مکمل (هومیوپاتی و طب سنتی چین)، روش‌های شفای دستی (رفلکسولوژی و ماساژ)، درمان‌های دارویی و زیستی و طب گیاهی است [۴]. در سال‌های اخیر تمایل شدیدی به کاربرد طب فشاری برای اداره جنبه‌های مختلف زایمان پدیدار شده است [۷، ۸]. طب فشاری به شکل کاربرد فشار روی پوست یک روش غیرتهاجمی جایگزین طب سنتی چین است [۹]. بر اساس نظریه مریدین‌ها (شبکه‌ای از گذرگاه‌های انرژی در سراسر بدن)، استفاده از طب فشاری با هدف تحریک مریدین‌ها است که انرژی "کی" (انرژی حیاتی) را افزایش می‌دهد. طب فشاری استفاده از فشار روی نقاط خاص با استفاده از انگشت، دست، قوزک، پا و یا باند مخصوص برای تحریک مریدین‌ها و افزایش انرژی حیاتی است [۱۰]. نقاط طب سوزنی که می‌توانند درد زایمان را کاهش دهند روی دست‌ها، پاها و گوش‌ها قرار دارند [۱۱]. نقطه ۶ طحالی یا ساینجیائو مهم‌ترین نقطه طب فشاری استفاده‌شده در کاهش درد است [۱۲] و به‌طور گسترده در اختلالات ژنیکولوژی استفاده می‌شود. این نقطه چهار انگشت (۳ چون) بالاتر از قوزک داخلی پا و در پشت لبه خلفی استخوان تیبیا قرار دارد [۱۳]. مطالعات مختلفی تأثیر طب فشاری در نقطه ۶ طحالی را بر کاهش شدت درد و طول مدت مرحله اول زایمان نشان داده است [۷، ۱۴، ۱۶، ۱۵].

رفلکسولوژی به‌صورت کاربرد انگشت شست و اشاره برای اعمال فشار عمیق روی مناطق خاصی از پاها که منطبق با اعضاء داخلی، غدد و دیگر بخش‌های بدن است تعریف می‌شود [۴]. رفلکسولوژیست‌ها معتقدند که این فشار می‌تواند در بدن اثر گذاشته و سبب پاسخ فیزیولوژیک و ایجاد بهبودی شود. نظریه‌های متعددی در مورد سازوکارهای اثر رفلکسولوژی وجود دارد که شامل انتشار کریستال‌های کلسیم و اوریک اسید، بهبود جریان خون، اثر آرام‌بخش روی سیستم عصبی خودمختار،

شدت درد در این پژوهش، پنج مرتبه یکبار قبل از هرگونه مداخله، دو بار قبل از مداخلات در دیلاتاسیون های (۴-۵) و (۷-۸) سانتی‌متری سرویکس و دو بار هم بعد از ۳۰ دقیقه مداخله در دو گروه و لمس در گروه مراقبت روتین سنجیده شد. نمره شدت درد به وسیله مقیاس سنجش درجه‌بندی عددی درد VAS توسط مادر ثبت شد. داده‌های جمع‌آوری شده با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه به منظور مقایسه سن زنان و نمره بی شاپ سرویکس، آزمون مجذور کای برای مقایسه تعداد حاملگی، وضعیت کیسه آمیون، تعداد مراقبت‌های پره ناتال، شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان و سابقه قاعدگی دردناک، آزمون دقیق فیشر برای مقایسه شغل خانم‌های باردار و همسران آنها، آزمون کروسکال والیس برای مقایسه میزان تحصیلات زنان و مقایسه اختلاف زنان در سه گروه از نظر شدت درد، از آزمون ویلکاکسون برای مقایسه شدت درد در مقاطع مختلف در هر گروه به‌طور جداگانه، همچنین از آزمون من ویتنی جهت مقایسه دو به دو گروه‌ها از نظر شدت درد و میزان رضایت‌مندی از دو روش طب فشاری و رفلکسولوژی استفاده شد.

نتایج:

سه گروه مورد مطالعه از نظر خصوصیات فردی در جدول ۱ و از بعد ویژگی‌های مامایی در جدول ۲ نشان داده شده‌اند. نمره شدت درد بعد از مداخله اول با استفاده از آزمون کروسکال والیس نشان‌دهنده اختلاف معناداری بین سه گروه بود ($P=0/001$). برای بررسی اختلاف بین گروه‌ها از آزمون من ویتنی استفاده شد که اختلاف معناداری را بین گروه‌های طب فشاری و مراقبت روتین ($P=0/000$) و بین گروه‌های رفلکسولوژی و مراقبت روتین نشان داد ($P=0/006$), اما آزمون من ویتنی نشان‌دهنده تفاوت معنادار بین گروه طب فشاری و رفلکسولوژی نبود.

مقایسه نمره شدت درد در دیلاتاسیون ۷-۸ (مداخله دوم) سرویکس و قبل از مداخله دوم در زنان در سه گروه اختلاف معناداری را نشان داد ($P=0/000$). برای مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها از آزمون من ویتنی استفاده شد نتیجه نشان‌دهنده اختلاف معنی بین گروه‌های طب فشاری و مراقبت روتین ($P=0/000$) و بین گروه‌های رفلکسولوژی و مراقبت روتین بود ($P=0/004$), اما بین گروه طب فشاری و رفلکسولوژی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتایج آزمون رتبه‌های علامت‌دار ویلکاکسون نشان داد شدت درد بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله در دو مرحله دیلاتاسیونی (۴-۵) و (۷-۸) تفاوت معناداری پیدا نکرده است

(وجود سه انقباض در ۱۰ دقیقه)، نداشتن سابقه نازایی و اندیکاسیون سزارین، عدم وجود پارگی کیسه آمیون بیش‌تر از ۱۲ ساعت، حاملگی کم‌خطر (عدم وجود خون‌ریزی سه‌ماهه سوم، جفت سرراهی، دکولمان، اختلال رشد جنین)، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: انجام سزارین به هر دلیلی (الگوی غیرطبیعی ضربان قلب جنین، عدم پیشرفت زایمان خون‌ریزی، انقباضات پشت سر هم)، عدم تمایل مادر به ادامه انجام طب فشاری و یا رفلکسولوژی پا.

با در نظر گرفتن معیارهای خروج از مطالعه ۹۲ خانم باردار از طریق بلوک‌بندی جای گشتی طبقه‌بندی شده به‌طور تصادفی در سه گروه شامل ۲۸ نفر در گروه طب فشاری، ۳۰ نفر در گروه رفلکسولوژی و ۳۴ نفر در گروه مراقبت روتین قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده چک‌لیست‌های مشخصات جمعیت شناختی و مشاهده و معاینه و مقیاس سنجش دیداری درد (Visual Analogue Scale) (VAS) با نمره صفر بیانگر نبود درد و نمره ۱۰ بیانگر درد شدید و غیرقابل تحمل بود. کلیه مداخلات توسط یک نفر پژوهشگر بعد از گذراندن دوره آموزشی نزد متخصص طب سوزنی انجام شد.

در این مطالعه، مداخلات در دو مرحله ۳۰ دقیقه‌ای در دیلاتاسیون های (۴-۵) و (۷-۸) سانتی‌متری سرویکس در سه گروه انجام شد.

در گروه طب فشاری، فشار در نقطه ۶ طحالی به‌اندازه چهار انگشت خود فرد بالاتر از رأس قوزک داخلی پا و در بخش خلفی استخوان تیبیا به مدت دو دقیقه وارد می‌شد. سپس یک دقیقه استراحت (بدون توجه به انقباضات رحمی) در نظر گرفته می‌شد، به‌طوری‌که مجموع مدت‌زمان فشارهای اعمال شده به ۶۰ دقیقه می‌رسید.

در گروه رفلکسولوژی، مددجو پس از دریافت یک ماساژ ملایم پا جهت آماده‌سازی روی یک‌پا، رفلکسولوژی را در دو نقطه شبکه خورشیدی (در مرز یک‌سوم فوقانی و میانی کف پا، در قسمتی که چین پا در هنگام خم شدن کف پا تشکیل می‌شود و در امتداد انگشت دوم و سوم) و ناحیه رحمی (ناحیه فرو رفته بین قوزک داخلی و پاشنه پا) را با همان دوره زمانی در طب فشاری و روی همان پا دریافت کردند. در گروه مراقبت روتین برای از بین رفتن اثر حمایت روانی ناشی از حضور پژوهشگر، مادران علاوه بر دریافت مراقبت روتین بخش، در دو مرحله لمس نقطه پلاسیو (در نقطه‌ای روی سطح رویی پا در امتداد انگشت سوم و چهارم که محل عبور هیچ مریدینی در طب فشاری نیست) را به مدت ۲۰ دقیقه در دو مرحله دیلاتاسیون (۴-۵) و (۷-۸) سرویکس دریافت کردند.

که نشان‌دهنده تأثیر دو روش طب فشاری و رفلکسولوژی بوده، مرحله افزایش معناداری را نشان داد (جدول ۳).

اما در گروه مراقبت روتین بعد از لمس نقطه پلاسیبو در دو

جدول ۱: مقایسه خصوصیات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در سه گروه

P value	مراقبت روتین	رفلکسولوژی	طب فشاری	گروه
۰/۱۱ F=۲/۲۳۹	۲۴/۹۴±۴/۷	۲۴/۷۳±۴/۷	۲۲/۷۱±۳/۷	سن: میزان تحصیلات:
۰/۳ Q= ۲/۳۹۴	(%۵/۹)۲ (%۲۶/۵)۹ (%۵۲/۹)۱۸ (%۱۴/۷)۵	(%۲۳/۳)۷ (%۲۰)۶ (%۵۰)۱۵ (%۶/۷)۲	(%۳/۶)۱ (%۳۲/۱)۹ (%۵۷/۱)۱۶ (%۷/۱)۲	ابتدایی راهنمایی دبیرستان و پیش‌دانشگاهی فوق‌دیپلم، لیسانس و بالاتر
۱	(%۹۷/۱)۳۳ (%۲/۹)۱	(%۱۰۰)۳۰ (۰)۰	(%۱۰۰)۲۸ (۰)۰	شغل: خانه‌دار شاغل
۰/۲۱	(%۲/۹) ۱ (%۲۰/۶) ۷ (۰) ۰ (%۷۶/۵) ۲۶	(%۲۳/۳) ۱ (%۴۰) ۱۲ (۰) ۰ (%۵۶/۶) ۱۷	(%۱۰/۷)۳ (%۲۵) ۷ (%۳/۶)۱ (%۶۰/۷)۱۷	شغل همسر: کارمند کارگر کشاورز آزاد

جدول ۲: مقایسه ویژگی‌های مامایی در سه گروه

P value	مراقبت روتین	رفلکسولوژی	طب فشاری	گروه
P=۰/۱۰۶ $\chi^2=۴۸۸/۴$	(%۵۲/۹) ۱۸ (%۴۷/۱) ۱۶	(%۶۶/۷) ۲۰ (%۳۳/۳)۱۰	(%۷۸/۶) ۲۲ (%۲۱/۴) ۶	متغیر تعداد حاملگی: اول دوم
P=۰/۵۱ F=۰/۶۶۹	(%۱۴/۷) ۵ (%۸۲/۴) ۲۸ (%۲/۹) ۱	(%۱۳/۳) ۴ (%۸۰) ۲۴ (%۶/۷) ۲	(%۳/۶) ۱ (%۸۹/۳) ۲۵ (%۷/۱) ۲	نمره بی‌شاپ سرویکس: (۴-۰) (۹-۴) (۱۳-۹)
P=۰/۴۸۶ $\chi^2=۳/۴۵۰$	(%۴۱/۲) ۱۴ (%۵۸/۸) ۲۰ (۰)۰	(%۵۳/۳) ۱۶ (%۴۶/۷) ۱۴ (۰)۰	(%۵۰) ۱۴ (%۴۶/۴) ۱۳ (%۳/۶) ۱	وضعیت کیسه آمنیون: سالم پاره مشکوک
P=۰/۶۷ $\chi^2=۰/۷۹۸$	(%۱۱/۸) ۴ (%۸۸/۲)۲۴	(%۱۰) ۳ (%۹۰) ۲۷	(%۱۷/۹) ۵ (%۸۲/۱) ۲۳	تعداد مراقبت‌های پره ناتال: کمتر از ۷ بار ۷ بار و بیشتر از ۷
P=۰/۲۴ $\chi^2=۲/۸۳۹$	(%۵/۹) ۲ (%۹۴/۱) ۳۲	(%۱۰) ۳ (%۹۰) ۲۷	(۰) ۰ (%۱۰۰) ۲۸	شرکت در کلاس‌های آمادگی زایمان: بله خیر
P=۰/۷۸ $\chi^2=۱/۷۵۰$	(%۳۵/۳) ۱۲ (%۲۳/۵) ۸ (%۴۱/۲) ۱۴	(%۳۶/۷) ۱۱ (%۳۳/۳) ۱۰ (%۳۰) ۹	(%۲۸/۶) ۸ (%۳۵/۷) ۱۰ (%۳۵/۷) ۱۰	سابقه قاعدگی دردناک: بله خیر تا حدودی

جدول ۳: مقایسه شدت درد در آغاز مطالعه، قبل و بعد از مداخله اول و دوم بین سه گروه

گروه	قبل از مداخله اول		بعد از مداخله اول		قبل از مداخله دوم		بعد از مداخله دوم	
	دیلاتاسیون ۵-۴	میانگین و انحراف معیار	دیلاتاسیون ۵-۴	میانگین و انحراف معیار	دیلاتاسیون ۸-۷	میانگین و انحراف معیار	دیلاتاسیون ۸-۷	میانگین و انحراف معیار
شدت درد	۵/۸۶±۲/۲۵	۶/۰۷±۲/۱۰	۶/۰۷±۲/۱۰	۶/۰۷±۲/۱۰	۶/۶۳±۲/۱۶	۷/۰۷±۲/۱۶	۶/۶۳±۲/۱۶	۷/۰۷±۲/۱۶
طب فشاری								
رفلکسولوژی								
مراقبت روتین								
آزمون کروسکال والیس								

و پیامد زایمانی انجام شد، تفاوت معناداری در نمره شدت درد بین دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله در هر دو مرحله مشاهده شد که نشان از تأثیر رفلکسولوژی بر کاهش شدت درد است [۲۰]. این نتیجه با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا است، اما تفاوت‌هایی در نقاط مورد استفاده (شبکه خورشیدی، مناطق شکمی و احشایی، منطقه لگنی، سینوس‌ها، اندام‌های فوقانی و تحتانی، طناب نخاعی، ریه‌ها، مناطق سطحی قفسه سینه، اطراف پاهای، تخمدان‌ها، رحم و لوله فالوپ در مرحله رفلکسولوژی عمومی و کبد، طحال، کلیه، غده هیپوفیز، شبکه خورشیدی و رحم در رفلکسولوژی اختصاصی) و زمان انجام مداخله می‌باشد. رفلکسولوژیست‌ها معتقدند که عملکرد بد ارگان‌ها یا سیستم‌های بدنی منجر به رسوب اوریک اسید یا کریستال‌های کلسیم در بدن می‌شود که در به گردش در آمدن آن و در تماس بودن با پایانه‌های عصبی در کف پا منجر به انسداد جریان لنف می‌شود. ماساژ این مناطق باعث شکسته شدن این کریستال‌های رسوب کرده شده به‌طوری‌که آن‌ها می‌توانند دوباره باز جذب و یا حذف شوند. تئوری نقاط بازتابی که گیرنده‌های عصبی هستند و تحریک آن‌ها می‌تواند تنش روانی و کشش عضلانی را کاهش دهد [۲۲].

سازوکار تأثیر طب فشاری هنوز به‌طور دقیق مشخص نشده است. یکی از سازوکارها نظریه کنترل دروازه‌ای درد است. بر طبق این نظریه، طب فشاری گیرنده‌های مکانیکی که فیبرهای عصبی حسی را عصب دار می‌کنند فیبرهای آ-بتا و آ-دلتا به‌شدت به فشار وابسته هستند و منجر به مهار انتقال عصبی درد به طناب نخاعی می‌شوند. همچنین طب فشاری می‌تواند مرکز مهاری درد را مهار کند. بدین ترتیب تحریک نقاط طب سوزنی با فشار یا سوزن منجر به فعال شدن گیرنده‌های حسی

بررسی میزان رضایت‌مندی از دو روش نشان داد که ۳۵/۷٪ واحدهای پژوهش در گروه طب فشاری از میزان رضایت متوسط و ۴۰٪ زنان در گروه رفلکسولوژی از میزان رضایت زیاد را بیان کردند. آزمون من ویتنی اختلاف آماری معناداری را از میزان رضایت از روش را در دو گروه نشان نداد. همچنین در دو گروه مداخله تمایل به استفاده مجدد از روش در زایمان بعدی که از طریق یک سؤال بعد از زایمان پرسیده می‌شد تمایل به استفاده مجدد وجود داشت و آزمون من ویتنی اختلاف معناداری را در بین دو گروه مشخص نکرد.

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش حاضر تأثیر طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا را بر کاهش درد زایمان تأیید می‌کند. نتایج مطالعه هلمستد و همکاران، در مورد تأثیر فشار در نقطه ۶ طحالی در طی انقباضات رحمی با نتایج این مطالعه همسو است [۶]. چائو و همکاران در سال ۲۰۰۷ در مطالعه خود با هدف بررسی کاربرد TENS روی نقاط طب سوزنی ۶ طحالی و LI4 در طی مرحله اول زایمان بر کاهش شدت درد تفاوت معناداری در نمره شدت درد در مقایسه با گروه پلاسبو نشان دادند [۲۳] که با نتایج مطالعه حاضر از لحاظ وجود نقطه یکسان طب فشاری در کاهش شدت درد در یک راستا است، اما در این مطالعه نقطه طب فشاری به‌جای تحریک با انگشتان دست با TENS تحریک می‌شد. در این مطالعه با تحریک الکتریکی شبه سوزنی در نقطه طب سوزنی که همان نقاط در طب فشاری نیز هستند در جهت کاهش درد زایمان اعمال شد. در مطالعه والیانی و همکاران که با هدف بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر شدت درد

نتیجه گیری:

طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و رفلکسولوژی پا در دیلاتاسیون های مختلف باعث کاهش درد زایمان می شود. به نظر می رسد با توجه به ارزان، ساده و بی خطر بودن بتوان از این روش ها به عنوان روش های غیر دارویی کاهش درد زایمان استفاده کرد.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کلیه کارکنان بیمارستان شهید اکبرآبادی تهران و نیز تمامی واحدهای شرکت کننده در این پژوهش که بدون همکاری آنان انجام این طرح امکان پذیر نبود تقدیر و تشکر به عمل می آید.

شده و تحریکات را به نخاع منتقل و از سه طریق مرکز عصبی نخاع، محور هیپوفیز-هیپوتالاموس و مغز میانی از طریق ترشح آندورفین و انکفالین اثر کرده و منجر به کاهش درد شوند [۶]. کیم و همکاران مقایسه تأثیر طب فشاری در نقطه ۶ طحالی و نقطه هوگو (LI4) را بررسی کردند. این تحقیق نتایج مشابهی با پژوهش حاضر که حاکی از وجود اختلاف معناداری در کاهش شدت درد زایمان در دو گروه طب فشاری نسبت به گروه کنترل بود، نشان داد، اما اختلاف معناداری در کاهش شدت درد در بین دو گروه ۶ طحالی و نقطه هوگو دیده نشد که شبیه به نتیجه ما و عدم اختلاف بین گروه طب فشاری و رفلکسولوژی بود [۲۴]. در مطالعه ای که با هدف بررسی نظر زنان حامله در مورد درد زایمان و کاربرد طب فشاری در نقطه ۶ طحالی انجام شد نشان دهنده افزایش رضایت زنان از کاهش درد بود [۲۵] که با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا است. به عبارت دیگر، زنان از روش طب فشاری و رفلکسولوژی رضایت داشته و تمایل به استفاده دوباره در هر دو روش وجود داشت.

References:

1. IASP-Taxonomy- IASP. <http://www.IASP-pain.org/education/content.aspx?itemnumber=1698>. Last up dated May 22:2012.
2. Shnol H, Paul N, Belfer I. Labor pain mechanisms. Intern Anesth Clin 2014; 52(3):1-17.
3. Liadou M. labor pain and pharmacological pain relief practice points. Health Sci J 2009; 3(4): 197-201.
4. Smith CA, Lerett KM, Collins CT, et al. Manual healing methods including massage reflexology for pain management in labour (protocol). Cochrane Collaboration 2011; 9:1-8.
5. Namazi M, Akbari AA, Mojab F, et al. Effects of Citrus Aurantium (Bitter Orange) on the severity of first-stage labor pain. Iran J Pharm Res 2014; 13 (3): 1011-1018.
6. Hjelmstedt A, Shenoy S T, Stener-Victorin E, et al. Acupressure to reduce labor pain: A randomized controlled Trial. Acta Obstet Gynecologica 2010; 89: 1453-1459.
7. Lee MI K, Chang S B, Kang D H. Effects of acupressure on labor pain and length of delivery time in women. J Altern Complement Med 2004; 10(6): 959-965.
8. Younesy S, Amir Ali Akbari S, Esmaili S, et al. Effects of Fenugreek Seed on the Severity and Systemic Symptoms of Dysmenorrhea. J Reprod Infertil 2014; 15(1):41-48.
9. Sinha A, Peach M J, Thew M E, et al. A randomised, double – blinded, placebo controlled study of acupressure wristbands for the prevention of nausea and vomiting during labour and delivery. Int J Obstet Anesth 2011; 20:110-117.
10. Lee E J, Frazier S. The Efficacy of acupressure for symptom management: A systematic review. J Pain Symptom Manage 2011; 42 (4):589-603.
11. Jones L, Othman M, Dowswell T, et al. Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews (review). Cochrane Collaboration 2012; 3: 1-14.
12. Wenzhu M, Wenjing B, Caixia L, et al. Effects of sanyinjiao (SP6) with electroacupuncture on labour pain in women during labour. Complement Therapies Med 2011; 19(5): 513-518.
13. Chen M-N, Chien L-W, Liu C-F. Acupuncture or acupressure at the sanyinjiao (SP6) acupoint for the treatment of primary dysmenorrhea: a Meta – Analysis. Hindawi publ corporation 2013; 1-8.
14. Sehatie Shafaie F, Kazemzadeh R, Amani F, et al. The Effect of acupressure on Sanyinjiao and Hugo Points on labor pain in nulliparous women: A Randomized Clinical Trial. J Caring Sci (2013); 2(2):123-129.
15. Kashanian M, Shahali SH. Effects of acupressure at the Saninjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. J Matern Fetal Neonatal Med 2009; 23 (7):638-641.
16. Akbarzadeh M, Moradi Z, Zare N, et al. Comparison of the effect of mono-stage acupressure at the SP6 and GB21 points on the severity of labor pain. Armaghane Danesh J 2013; 16(6): 498-505. (Persian)
17. Poole H, Glenn Sh, Murphy P. A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. European J Pain 2007; 11: 878-887.
18. Ernest E, Posadzki P, Lee MS. Reflexology: an update of a systematic review of randomized clinical trial. Maturitas 2011; 68(2): 116-120.
19. Dolatian M, Hasanpour A, Montazeri SH, et al. The effect of reflexology on pain intensity and

- duration of labor on primiparas. Iran Red Crescent Med J 2011;13(7):475-479.
20. Valiani M, Shiran E, Kianpour M, et al. Reviewing the effect of reflexology on the pain and certain features and outcomes of the labor on the primiparous women. Iran J Nurs Mid Res 2010; 15 (supp11): 302-310.
 21. Yazdan Panah Y, Mohebi S. Book of reflexology. Yalda ghalam publ 2007; 1-19.
 22. Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. Complement Ther Nurs Midwifery 2004; 10: 162-167.
 23. Chao A-S, Chao A, Wang T-H, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) an acupuncture points during the first stage of labor: A randomized double-blind placebo – controlled trial. Pain 2007 Feb;127(3):214-20
 24. Kim Y R, Chang S B, Lee M K, et al. Effects on labor pain and length of delivery time for primipara women treated by San-Yin-Jiao (SP6) acupressure and Hob-Gog (LI4) acupressure. Korean J Women Health Nurs 2002; 8 (2): 244-256.
 25. Calik KY, Komurcu N. The opinions of pregnant women about labour and acupressure application who received acupressure on their SP6 point. MUSBED 2014; 4(1): 29-37.

Archive of SID

Comparison between Effect Acupressure on SP6 Point and Reflexology on the Severity of First-Stage Labor Pain

Hajjighasemali S¹, Amir Ali Akbari S^{2*}, Akbarzadeh Baghban AR³, Heshmat R⁴

Received:10/6/2014

Revised:11/20/2014

Accepted:12/16/2014

1.Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, International Medical Branch of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2.Dept. of Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3.Dept. of Basic science, Faculty of Rehabilitation. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4.Community Acupuncture therapy, Tehran, Iran.

Pars Journal of Medical Sciences, Vol. 12, No. 4, Winter 2015

Par J Med Sci 2015;12 (4):15-22

Abstract

Introduction:

Childbirth is one of the most painful phenomena that women experience during the course of their life. Acupressure and reflexology are simple, inexpensive and non-invasive techniques used to relieve pain. The present study was conducted to compare the effects of SP6 acupressure and foot reflexology on the intensity of pain and the duration of the first stage of labor.

Materials and Methods:

The present clinical trial was conducted on 106 pregnant women at the labor department of Shahid Akbar Abadi Hospital in Tehran. Bearing in mind the exclusion criteria, 92 subjects were selected, including 28 women for the SP6 acupressure group, 30 for the reflexology group and 34 for the routine care group. The three groups were similar in terms of their demographic and obstetrical characteristics. Data collection tools included a demographic questionnaire, an observation checklist, examinations and the visual analogue scale. The intensity of pain was evaluated in all three groups at the beginning of the study and then before and after the first intervention (4-5 cm dilations) as well as the second intervention (7-8 cm dilations).

Results:

The results showed no significant differences between the three groups in the intensity of pain at the beginning of the study and before the first intervention; however, after the first intervention, that is, before and after the second intervention, the three groups showed significant differences between them ($P= 0.001$). Although the mean score of pain was lower in the acupressure group compared to the reflexology group, the Mann-Whitney test showed no significant differences between the SP6 acupressure group and the foot reflexology group after the first and second interventions. The score of the intensity of pain did not significantly increase after the intervention compared to before in the acupressure group and the reflexology group; however, in the routine care group, the intensity of pain had increased ($P=0.001$).

Conclusion:

SP6 acupressure and foot reflexology are effective methods for reducing labor pain. These techniques to pain relief medications for labor appear to be good alternatives.

Keywords: Pain, labor, Acupressure, Reflexology

* Corresponding author, Email: asa_akbari@yahoo.com.