

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۶، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۴

بررسی تاثیر اوریکولوتراپی بر شدت درد زایمان در زنان نخست زا

هدی رستگار زاده^{۱*}، پروین عابدی^۲، محبوبه والیانی^۳، محمدحسین حقیقی^۴

۱. کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز
۲. استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز
۳. استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۴. استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز

تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۱۵

تاریخ بازبینی: ۹۳/۳/۱۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: درد جزء غیرقابل اجتناب فرآیند زایمان است. امروزه روش های غیردارویی تسکین درد زایمان از جمله طب سوزنی به دلیل اثرات جانبی کم، مورد توجه می باشند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر اوریکولوتراپی بر کاهش شدت درد زایمان انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است که بر روی ۸۰ نفر از زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان سینا اهواز انجام شد. ۴۰ نفر در گروه اوریکولوتراپی و ۴۰ نفر در گروه کنترل تعیین قرار داده شدند. سپس تکنیک اوریکولوتراپی توسط پژوهشگر در دیلاتاسیون ۴ و بعد در دیلاتاسیون ۶ سانتی متر و سپس ۸ سانتی متر، برای گروه مداخله اعمال گردید. شدت درد با استفاده از مقیاس دیداری درد در دو گروه سنجیده شد. تجزیه تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های توصیفی و آزمون های آماری تی، من ویتنی و مجذور کای، به کمک نرم افزار SPSS21 انجام شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که در گروه دریافت کننده اوریکولوتراپی نسبت به گروه کنترل، میانگین نمرات درد در دیلاتاسیون های مختلف دارای کاهش معنی داری بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش می توان نتیجه گیری کرد که اوریکولوتراپی یک روش آسان، بی خطر و کم هزینه برای کاهش درد در مرحله فعال زایمان است. استفاده از این روش در زایمان های کم خطر و فیزیولوژیک برای کاهش درد توصیه می شود.

واژه های کلیدی: اوریکولوتراپی، شدت درد زایمان، کارآزمایی بالینی

مقدمه

نگرانی و اضطراب از زایمان، منجر به افزایش سطح آدرنالین و اپی نفرین و کاهش اندروفین و اکسی توسین شده و باعث تشدید درد زایمان و طولانی شدن زایمان می شود^(۱). عامل به وجود آورنده دردهای زایمانی، انقباض عضله رحم می باشد که برخلاف انقباضات ماهیچه ای

درد، جزء غیر قابل اجتناب فرآیند زایمان است که شدت آن تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی متعددی از قبیل انقباضات دیواره رحم، دیلاتاسیون و فاکتورهای روحی و روانی نظیر استرس، اضطراب، ترس از فقدان کنترل قرار می گیرد^(۱).

نویسنده مسئول: هدی رستگار زاده، کارشناسی ارشد مامایی، خوزستان، اهواز، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، دانشکده پرستاری و مامایی
پست الکترونیک: midrastegar@gmail.com

(به‌طور کلی سه مردین یا کانال‌های انرژی اصلی که انرژی را در سرتاسر بدن منتقل می‌کنند از گوش عبور می‌کنند که با تحریک نقاط روی گوش در واقع می‌توان جریان انرژی را در کل بدن تولید و تنظیم کرد)، همچنین باعث تحریک ارگان‌های داخلی بدن مانند رحم و تخمدان می‌شود. روش‌های درمانی همچون رفلکسولوژی و طب سوزنی می‌توانند تاثیر کلی بر سلامت عمومی بدن داشته باشند اما اوریکولوتراپی علاوه بر تاثیر بر سلامت کل بدن می‌تواند بر روی تک تک اعضای داخلی بدن نیز موثر باشد. بهبود گردش خون کل بدن، آرامش عمیق، تحریک مغز، بهبود سیستم ایمنی به‌عنوان یک اقدام پیشگیری از بیماری‌ها، از دیگر مزایای اوریکولوتراپی می‌باشند^(۱۱).

در مطالعه‌ای که توسط گوورا و همکاران، با هدف بررسی اثر طب سوزنی بر اختلالات و درد بافت نرم شانه انجام گردید، نتایج نشان داد که با استفاده از اوریکولوتراپی علایم بالینی به‌طور کامل برطرف گردید. پژوهشگران نتیجه گرفتند که درمان اختلالات بافت نرم شانه با طب سوزنی در این سری از بیماران موجب کاهش علائم، کوتاه شدن بیماری مدت و بهبود توانایی عملکردی، حتی در بیماری طولانی مدت (تا ۱۰ سال) گردیده‌است^(۱۲).

مطالعه دیگری از سوون با هدف بررسی اثربخشی اوریکولوتراپی و قرص‌های مغناطیسی در مقایسه با واکارین سمن (یک دانه کوچک گرد است که معمولاً به شکل نوارچسب بر روی گوش استفاده می‌شود) بر درد و رنج افراد مسن مبتلا به درد قسمت پایین کمر بود انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که درد و رنج افراد مسن از درد قسمت پایین کمر به‌طور غیراختصاصی با استفاده از اوریکولوتراپی کاهش نشان داده‌است.

از آنجایی که تا کنون هیچ مطالعه‌ای در جهان در مورد بررسی تاثیر اوریکولوتراپی بر روی شدت درد زایمان انجام نشده‌است و همچنین نداشتن رضایت کافی زنان باردار از روش‌های دارویی کنترل درد زایمان، وجود نگرانی‌های زنان باردار در مورد عوارض بعدی این روش‌ها لذا مطالعه

فیزیولوژیک دردناک است. در مرحله دوم زایمان، کشش واژن و پرینه و فشار بر روی عضلات کف لگن در ایجاد درد مؤثر هستند^(۳،۴).

درد زایمان می‌تواند اثرات سوء فراوانی بر وضعیت فیزیولوژیک مادر و جنین در روند زایمان برجای بگذارد که شامل افزایش نیاز به اکسیژن، افزایش تهویه ریوی، کاهش دی اکسید کربن خون، افزایش برون‌ده قلب همراه با افزایش فشارخون، اختلال در روند و کارایی انقباض عضلات دیواره رحم و طولانی شدن زمان زایمان، کاهش خون‌رسانی به رحم، هیپوکسی جنین و اسیدمی متابولیکی می‌شود که در بسیاری از موارد مداخله‌های پزشکی را اجتناب ناپذیر می‌نماید^(۵).

پزشکان به این باور رسیده‌اند که جهت کاهش شدت درد زایمان، باید به روش‌های بدون خطر و ایمن برای مادر و جنین متوسل شد که در عین مؤثر بودن، اختلالی در روند زایمان، هوشیاری و اعمال فیزیولوژیک مادر و رفلکس زور زدن ایجاد نکند که تمامی این عوارض، به‌دنبال روش‌های دارویی که به این منظور (بی‌حسی موضعی و منطقه‌ای، انتونکس، هالوتان) به‌کار می‌روند، کم و بیش وجود دارند^(۶) ولی این عوارض در استفاده از روش‌های غیردارویی مشاهده نمی‌شوند^(۷،۸). بنابراین توصیه می‌شود که جهت تسکین درد زایمان از روش‌های غیردارویی استفاده شود^(۹).

از جمله روش‌های غیردارویی کاهش درد، اوریکولوتراپی می‌باشد. در روش اوریکولوتراپی که نسبت به طب سوزنی یک روش غیرتهاجمی و قابل قبول توسط بیمار می‌باشد از تحریک گوش خارجی استفاده می‌شود. با استفاده از گوش ما می‌توانیم تقریباً به تمامی نقاط آناتومیک بدن و نیز قسمت‌های مختلف مغز، نخاع و هسته‌های اعصاب مرکزی و محیطی دست یابیم.

اوریکولوتراپی می‌تواند برای کنترل درد و همین‌طور متعادل کردن سطح هورمون‌ها و نوروترانسمیترها در بدن و مغز موثر باشد^(۱۰). از جمله مزایای دیگر آن فعال شدن کانال انرژی و تنظیم جریان انرژی در بدن می‌باشد

از تکنیک اوریکولو تراپی به گروه مداخله و اندازه‌گیری شدت درد توسط مقیاس دیداری درد به دو گروه داده شد. و سپس تکنیک اوریکولو تراپی توسط پژوهشگر وقتی که مادر در بین دردها بود و دردی نداشت و بار اول در دیلاتاسیون ۴ و سپس در دیلاتاسیون ۶ و ۸ سانتی‌متر، پس از ضد عفونی کردن گوش، در قسمت لاله گوش بر روی نقاط واقع در شکل (۱-۱، ۲-۱، ۳-۱) (شامل قسمتهای رحم (۳) نقطه)، غده هیپوفیز، لگن، فوق کلیه (۳ نقطه)، غده اندوکراین و نقطه شن من، نقطه طحالی و نقطه توراکوس) برای گروه مداخله اعمال گردید. شدت درد با استفاده از مقیاس درجه‌بندی عددی درد در دو گروه سنجیده شد، بدین صورت که عدد صفر بی‌دردی کامل و عدد ده نشان دهنده درد غیرقابل تحمل یا بیشترین درد بود و مادران با اشاره بر این خط کش افقی، در ابتدای هر ساعت از فاز زایمان و در دیلاتاسیون‌های مشخص شده، میزان درد خود را نشان دادند تا توسط پژوهشگر در فرم مربوطه ثبت گردد. برای جمع‌آوری داده‌ها یک پرسشنامه دموگرافیک و معیار درجه‌بندی عددی درد برای اندازه‌گیری درد و دستگاه اوریکولو تراپی که ساخت کشور چین است، جهت انجام تکنیک اوریکولو تراپی استفاده گردید. گروه کنترل مراقبت‌های روتین بیمارستان را دریافت نمودند. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، من ویتنی و مجذور کای، به کمک نرم افزار SPSS21 انجام شد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به شاخص‌های دموگرافیک مربوط به هر دو گروه مداخله و کنترل در جدول شماره ۱ نشان داده شده‌است. زنان باردار گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، از نظر متغیرهای سن مادران، سن اولین روز آخرین قاعدگی و بر حسب سونوگرافی و شاخص توده بدنی تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند (جدول ۱). میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله $24/72 \pm 5/19$ و در گروه کنترل $27/25 \pm 5/18$ و میانگین و انحراف معیار

حاضر با هدف بررسی تاثیر اوریکولو تراپی بر شدت درد زایمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با کد کارآزمایی بالینی IRCTID: IRCT2014101919591N1 و کد اخلاقی شماره ۱۹۰.۱۳۹۳ مورخ ۹۳/۶/۲۲ بود. جامعه مورد مطالعه این پژوهش را ۸۰ زن باردار در فاز فعال زایمان بستری در بخش زایشگاه بیمارستان سینا اهواز از تاریخ ۱۳۹۳/۹/۱۰ تا ۱۳۹۴/۱/۳۰ تشکیل می‌دادند. با توجه به فرمول حجم نمونه و معیارهای ورود به پژوهش، ۴۰ نفر در گروه اوریکولو تراپی و ۴۰ نفر در گروه کنترل تعیین گردیدند.

$$x = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 \pm (P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2))}{(P_1 - P_2)^2} = 80$$

برای اطمینان ۹۵٪ $Z_{1-\alpha} = 1/95$

برای توان ۹۰٪ $Z_{1-\beta} = 1/28$

معیارهای ورود نمونه‌ها شامل حاملگی کم‌خطر، سن حاملگی ۳۷-۴۰ هفته، پرزانتاسیون سفالیک، حاملگی تک قلو، دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و انقباضات رحمی به مدت ۳۰ ثانیه و ۳-۲ انقباض در ۱۰ دقیقه، سن بین ۱۸-۳۵ سال، ۱۹/۸ > شاخص توده بدنی $26/4 >$ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن حداقل یک گوش سالم، دارای کیسه آب سالم بودند. معیارهای خروج از پژوهش شامل دریافت داروهای ضددرد طی ۳ ساعت قبل از شروع و حین مطالعه، اعتیاد به مواد مخدر، ورزشکار بودن، سابقه نازایی، استفاده از اکسی توسین جهت القاء و تسریع زایمان بودند. بعد از بستری و تثبیت وضعیت زنان باردار، با کسب رضایت کتبی از زنان جهت شرکت در پژوهش، اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به وضعیت بارداری، زنان بارداری که واجد شرایط بودند ثبت شد. مادران از دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و در ابتدای فاز فعال، وارد پژوهش شدند. و به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌ها قرار گرفتند. آموزش علمی مورد نیاز شامل مختصری

جدول ۱: توزیع فراوانی و مقایسه برخی مشخصات دموگرافیک و مامایی در دو گروه اوریکولوتراپی و کنترل

متغیرها	گروه اوریکولوتراپی n=۴۰ (میانگین ± انحراف معیار)	گروه کنترل n=۴۰ (میانگین ± انحراف معیار)	عدد پی
سن (سال)	۲۴/۷۲ ± ۵/۱۹	۲۷/۲۵ ± ۵/۱۸	P=۰/۳۳
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/متر مربع)	۲۳/۷۹ ± ۲/۱۴	۲۲/۸۵ ± ۲/۲۳	P=۰/۶۱
سن حاملگی (بر حسب تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی) (هفته)	۳۸/۶۷ ± ۰/۹۴	۳۸/۲۹ ± ۱/۰۶	P=۰/۱۰
سن حاملگی بر حسب سونوگرافی (هفته)	۳۸/۹۹ ± ۰/۸۱	۳۸/۷۲ ± ۰/۹۲	P=۰/۱۶
تحصیلات تعداد (درصد)	بی سواد	۶ (۱۵)	۴ (۱۰)
	ابتدایی	۹ (۲۲/۵)	۹ (۲۲/۵)
	راهنمایی	۹ (۲۲/۵)	۱۰ (۲۵)
	متوسطه	۵ (۱۲)	۶ (۱۵)
	دیپلم	۱۱ (۲۷/۵)	۱۱ (۲۷/۵)
شغل	خانه دار	۳۳ (۰/۸۲)	۳۴ (۰/۱۵)
	شاغل	۱۷ (۱۷/۵)	۶ (۰/۱۵)
وضعیت اجتماعی و اقتصادی تعداد (درصد)	خوب	۱۱ (۰/۳۰)	۱۱ (۰/۲۷)
	متوسط	۱۵ (۳۷/۵)	۱۸ (۰/۴۵)
	ضعیف	۱۳ (۳۲/۵)	۱۱ (۲۷/۵)

اسکوئر بین دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد (P=۰/۹۶).

از نظر شغلی بیشتر زنان باردارخانه دار بودند که در گروه اوریکولوتراپی ۳۳ نفر (۸۲٪) و در گروه کنترل ۳۴ نفر (۸۵٪) را شامل شدند. آزمون مجذور کای نشان داد که توزیع فراوانی شغل بین دو گروه کنترل و اوریکولوتراپی

شاخص توده بدنی در گروه مداخله $23/79 \pm 2/14$ و در گروه کنترل $22/85 \pm 2/23$ بود.

از دیگر متغیرهای دموگرافیک بررسی شده در این پژوهش تحصیلات می باشد که در گروه اوریکولوتراپی ۱۱ نفر (۲۷/۵) و در گروه کنترل نیز ۱۱ نفر (۲۷/۵) تحصیلات مربوط به دیپلم و بالاتر داشتند که طبق آزمون کای

جدول ۲: توزیع فراوانی و مقایسه شدت درد در دو گروه اوریکولوتراپی و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	گروه کنترل n=۴۰ (میانگین ± انحراف معیار)	گروه اوریکولوتراپی n=۴۰ (میانگین ± انحراف معیار)	گروه‌ها
			متغیر
عدد پی			شدت درد
۰/۰۰۰	۸/۴۳ ± ۰/۶۹	۷/۵۶ ± ۰/۸۳	

پیشرفت زایمانی حاصل شود. در تجربه حاضر احساس درد در هر دو گروه کنترل و مداخله با پیشرفت زایمان افزایش یافته اما میانگین شدت درد در فاز فعال زایمان در گروه اوریکولوتراپی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را نشان داد.

شدت درد کمیتی است که میزان و قوت درد را بیان می‌کند. مشخصه درد کیفیتی است که برای بیان آن از کلمات یا معیارهای تصویری و خطوط استفاده می‌شود. مشخصات درد به‌صورت سوزش، خارش، فرورفتن چاقو توصیف می‌شود^(۳). محل درد مکانی است که فرد آن را درک می‌کند و ممکن است به نقاط دیگر بدن نیز منتشر شود. محل درد اغلب به‌میزان دیسترس مددجو بستگی دارد. زمانی که تنفس، خواب، تمرکز، خوردن یا عملکردهای طبیعی بدن مختل می‌شوند وسعت احساس درد افزایش می‌یابد. علاوه بر این اگر فرد قادر به متمرکز کردن حواس خود نباشد توانایی کمتری در استفاده از درمان و کنترل درد خواهد داشت^(۱۳).

مناطق طب سوزنی الکتریکی نشان می‌دهد که بیماری‌های سیستمیک را می‌توان از روی نقاط منعکس بر روی گوش خارجی که کل بدن را تحت تاثیر قرار می‌دهد، درمان کرد. مطالعات علمی بر روی انسان و حیوانات نشان می‌دهد که هر دو نوع تحریک کردن گوش با تسهیل فرایندها و تغییرات فیزیولوژی می‌تواند رسیدن به بهبودی در بیماری را تسهیل بخشد^(۱۴).

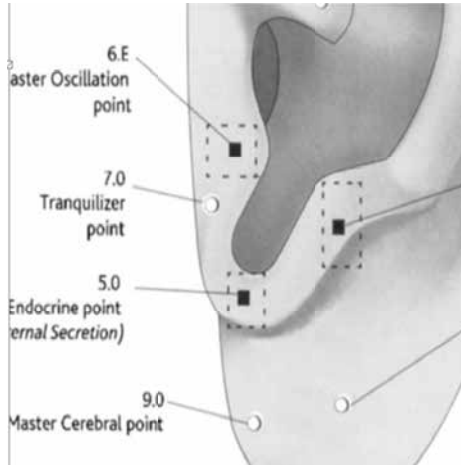
اختلاف معنی‌داری ندارد (P=۰/۵۰).

متغیر دموگرافیک دیگر مورد بررسی وضعیت اقتصادی- اجتماعی بود که در گروه اوریکولوتراپی ۱۵ نفر (۳۷/۵٪) و در گروه کنترل ۱۸ نفر (۴۵٪) از نظر این متغیر در سطح متوسط بودند که بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۷۸۵).

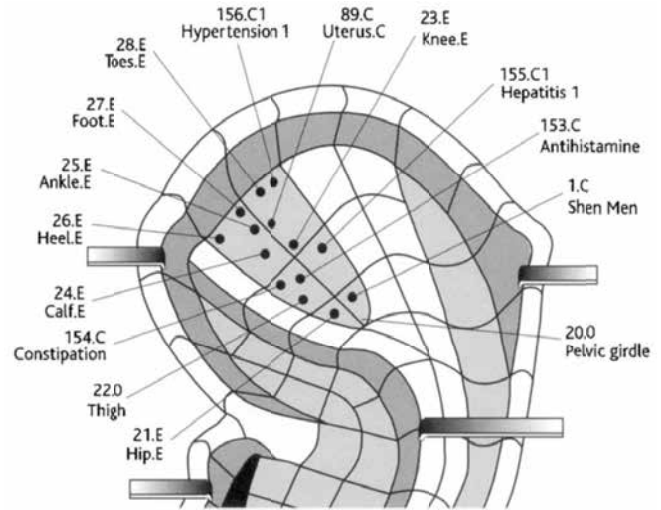
متغیر اصلی مورد بررسی در این پژوهش شدت درد بود که نتایج حاصل از آنالیز آماری در دو گروه اوریکولوتراپی و گروه کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است. نتایج حاصل از آزمون نشان داد که میانگین و انحراف معیار درد در گروه مداخله ۷/۵۶±۰/۸۳ و گروه کنترل ۸/۴۳±۰/۶۹ می‌باشد که تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد. به این صورت که در گروه دریافت‌کننده اوریکولوتراپی نسبت به گروه کنترل، میانگین نمرات معیار درجه‌بندی عددی درد، در دیلاتاسیون‌های مختلف دارای کاهش معنی‌داری بود (P<۰/۰۵).

بحث

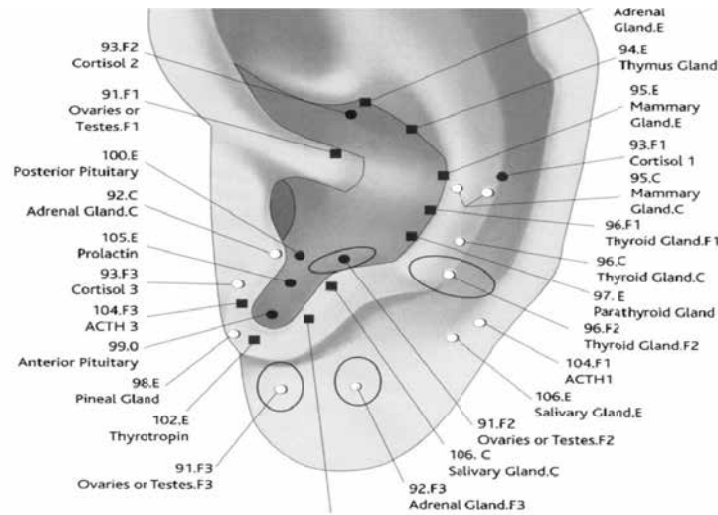
پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر اوریکولوتراپی بر درد مرحله فعال زایمان انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری یافته‌های این مطالعه نشان داد که اوریکولوتراپی در مرحله فعال زایمان دردهای زایمانی را کاهش می‌دهد. دردهای زایمانی برخلاف سایر دردها شدت ثابتی نداشته و به مرور افزایش می‌یابد تا



شکل ۱-۲ : نقاط اوریکولوتراپی



شکل ۱-۱ : نقاط اوریکولوتراپی



شکل ۱-۳ : نقاط اوریکولوتراپی

شکل ۱-۱، ۱-۲، ۱-۳: نقطه‌های مورد استفاده در اوریکولوتراپی گوش برای کاهش درد موقع زایمان

مطالعه‌ای توسط و از و همکاران با هدف ارزیابی تاثیر اوریکولوتراپی بر درد مزمن مهره‌های پشت در مراکز مراقبت‌های سلامتی اولیه دولت اندلس بر روی ۴۰۰ نفر از بیماران مبتلا به درد مزمن مهره‌های پشت، در چند بخش از این مراکز به صورت تصادفی در دو گروه پلاسبو و اوریکولوتراپی قرار داده شدند. پیامد اولیه این تکنیک تغییر در میانگین شدت درد (توسط مقیاس آنالوگ بصری) به میزان ۳۲/۳ میلی‌متر در گروه اوریکولوتراپی و ۱۹/۸ در گروه پلاسبو مشاهده گردید.

به مدت ۶ ماه بعد از شروع درمان ادامه یافت. پیامدهای دیگر اوریکولوتراپی تغییر در کیفیت زندگی بیماران و تغییر در مقیاس پرسشنامه ارزیابی درد اسپانیایی بود. این پژوهشگران دریافتند که اوریکولوتراپی هم از نظر درمانی و بهداشتی و هم از نظر اقتصادی، درمان مفید و مقرون به صرفه است^(۱۵). نتایج این مطالعه از نظر پیامدهای اولیه شدت درد با مطالعه ما هم خوانی دارد.

مطالعه‌ای توسط از گلی و همکاران با هدف تعیین تاثیر طب فشاری بر نقطه هوگوی دست راست بر شدت درد فاز فعال زایمان در زنان نخست زان انجام شد که مداخله در دیلاتاسیونهای ۴-۵، ۶-۷ و ۸-۱۰ سانتی‌متر و در بین انقباضات رحمی انجام گرفت.

میانگین کاهش نمره درد بعد از اولین مداخله در گروه هوگو ۳/۰۶ - و در گروه شاهد ۰/۴۳ بود ($P < ۰/۰۰۱$). در دومین مداخله، میانگین کاهش نمره درد در گروه هوگو ۳/۴۶ - و در گروه شاهد ۰/۲۳ بود ($P < ۰/۰۰۱$). در سومین مداخله، میانگین کاهش نمره درد در هوگو ۳/۳۱ - و در گروه شاهد ۰/۲۳ بود ($P < ۰/۰۰۱$). فشار بر نقطه هوگو در کاهش درد زایمان موثر است. تداوم طب فشار موجب افزایش تسکین درد زایمان می‌شود^(۱۶). از آنجا که در این مطالعه طب فشاری که یک نوع روش غیردارویی است سبب تسکین درد زایمان شده‌است، از این جهت با مطالعه ما هم خوانی دارد.

مطالعه‌ای توسط حسینی و همکاران با هدف تعیین تاثیر ماساژ درمانی بر کاهش میزان درد زایمان در مرحله فعال زایمان در زنان نخست زان انجام شد. این پژوهش بر روی ۳۰ نفر

مطالعه‌ای توسط و از و همکاران با هدف ارزیابی تاثیر اوریکولوتراپی بر درد مزمن مهره‌های پشت در مراکز مراقبت‌های سلامتی اولیه دولت اندلس بر روی ۴۰۰ نفر از بیماران مبتلا به درد مزمن مهره‌های پشت، در چند بخش از این مراکز به صورت تصادفی در دو گروه پلاسبو و اوریکولوتراپی قرار داده شدند. پیامد اولیه این تکنیک تغییر در میانگین شدت درد (توسط مقیاس آنالوگ بصری) به میزان ۳۲/۳ میلی‌متر در گروه اوریکولوتراپی و ۱۹/۸ در گروه پلاسبو مشاهده گردید. ($P > ۰/۰۵$) پیگیری بیماران به مدت ۶ ماه بعد از شروع درمان ادامه یافت. پیامدهای دیگر اوریکولوتراپی تغییر در کیفیت زندگی بیماران و تغییر در مقیاس پرسشنامه ارزیابی درد اسپانیایی بود. این پژوهشگران دریافتند که اوریکولوتراپی هم از نظر درمانی و بهداشتی و هم از نظر اقتصادی، درمان مفید و مقرون به صرفه است^(۱۵). نتایج این مطالعه از نظر پیامدهای اولیه شدت درد با مطالعه ما هم خوانی دارد.

مطالعه‌ای توسط از گلی و همکاران با هدف تعیین تاثیر طب فشاری بر نقطه هوگوی دست راست بر شدت درد فاز فعال زایمان در زنان نخست زان انجام شد که مداخله در دیلاتاسیونهای ۴-۵، ۶-۷ و ۸-۱۰ سانتی‌متر و در بین انقباضات رحمی انجام گرفت.

میانگین کاهش نمره درد بعد از اولین مداخله در گروه هوگو ۳/۰۶ - و در گروه شاهد ۰/۴۳ بود ($P < ۰/۰۰۱$). در دومین مداخله، میانگین کاهش نمره درد در گروه هوگو ۳/۴۶ - و در گروه شاهد ۰/۲۳ بود ($P < ۰/۰۰۱$). در سومین مداخله، میانگین کاهش نمره درد در هوگو ۳/۳۱ - و در گروه شاهد ۰/۲۳ بود ($P < ۰/۰۰۱$). فشار بر نقطه هوگو در کاهش درد زایمان موثر است. تداوم طب فشار موجب افزایش تسکین درد زایمان می‌شود^(۱۶). از آنجا که در این مطالعه طب فشاری که یک نوع روش غیردارویی است سبب تسکین درد زایمان شده‌است، از این جهت با مطالعه ما هم خوانی دارد.

مطالعه‌ای توسط حسینی و همکاران با هدف تعیین تاثیر ماساژ درمانی بر کاهش میزان درد زایمان در مرحله فعال زایمان در زنان نخست زان انجام شد. این پژوهش بر روی ۳۰ نفر

هزینه برای کاهش درد در مرحله فعال زایمان است. استفاده از این روش در زایمان‌های کم خطر و فیزیولوژیک برای کاهش درد توصیه می‌شود.

تقدیر و تشکر

در پایان پژوهشگران مراتب تشکر و سپاس خویش را از مدیریت محترم بیمارستان سینا اهواز و کلیه زنان بارداری که در تکمیل و تدوین این پژوهش ما را مساعدت نموده‌اند، ابراز می‌دارند.

از زنان نخست زای مراجعه کننده به بیمارستان حافظ شیراز انجام شد. در گروه آزمون ماساژ از دیلاتاسیون ۴-۳ تا ۱۰-۸ سانتی‌متری به صورت ۱۰ دقیقه ماساژ و ۱۰ دقیقه استراحت انجام گرفت و گروه کنترل در این مدت تحت هیچگونه مداخله‌ای قرار نگرفت. تجزیه و تحلیل آماری نتایج بیانگر کاهش احساس درد در گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل بود که احتمالاً ماساژ از طریق تعدیل مسیره‌های انتقال درد باعث کاهش شدت درد می‌گردد. این مطالعه از نظر کاهش شدت درد زایمان، نتایج مطالعه ما را تأیید می‌کند^(۱۷).

مطالعه‌ای توسط برگ و همکاران که به منظور بررسی دو روش طب سوزنی و دارو درمانی در کاهش درد پس از زایمان در طی دوره بعد از جراحی انجام شد. این مطالعه، یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده بر روی زنان نخست زای با زایمان طبیعی در مدتی که نیاز به ترمیم پارگی لبیا و یا واژن، پارگی پرینه درجه اول یا دوم و یا اپیزیاتومی مدیولترال داشتند، در یکی از بیمارستان‌های دانمارک انجام گردید. در مجموع از ۲۰۷ زن، به ترتیب ۱۰۵ نفر آنها طب سوزنی گوش و ۱۰۲ نفر بی‌حس کننده‌های موضعی دریافت کردند. نتایج مطالعه نشان داد که درد در حین ترمیم جراحی اغلب بیشتر در شرکت کنندگان اختصاص داده شده به طب سوزنی گوش در مقایسه با شرکت کنندگان در دریافت داروهای بی‌حس کننده موضعی (۸۹ در مقابل ۵۴٪، $P > 0.01$) گزارش شده بود^(۱۸). نتایج این مطالعه با مطالعه ما هم‌خوانی ندارد علت عدم هم‌خوانی می‌تواند به دلیل متفاوت بودن حجم نمونه‌های پژوهش حاضر با مطالعه ما که تعداد نمونه‌های پژوهش ما که ۸۰ نفر بود و همچنین تفاوت در زمان انجام اوریکولوتراپی که در مطالعه ما قبل از زایمان و دادن اپی‌زیاتومی بود ولی در این مطالعه بعد از جراحی می‌باشد و نیز به دلیل متغیر بودن تعداد دفعات دریافت اوریکولوتراپی می‌تواند باشد که در مطالعه ما سه دفعه انجام شد ولی در مطالعه برگ فقط یک دفعه انجام شد باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اوریکولوتراپی یک روش آسان، بی‌خطر و کم

References

1. Abushaikha L OA. Labour pain experience and intensity. *Int J Nurs, Pract.* 2005;11(1):33-8.
2. Alellagen S WB, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005;26(3):153-65.
3. cunningham FGAA. Williams obstetrics. In: Sh.ansari, editor. Williams Obstetrics. 22th ed 2015. p. 509-10.
4. El-Wahab N RN. Analgesia and anesthesia in labor. *OB/GYN: Obstet Gynaecol Reprod Med.* 2011;21(5):137-41.
5. Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;59:9-15.
6. McCrea BH WM. Satisfaction in childbirth and perception control in pain and relief during labour. *J Adv Nurs.* 1999;29(4):877-84.
7. Safdari D F-DM, Salehian T, Moradi M, Rahimi Madiseh M, Aliakbari F.)Relief labor pain by ice massage of the hand(Persian)].*ZJRMS.* 2009;11(1):23-99..
8. Simkin P BA. Update in nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):489-504.
9. Roberts CL R-GC, Nassar N, Trevena L, McCaffery K. Protocol for a randomized controlled trial of a decision aid for the management of pain in labor and childbirth. *BMC Pregnancy Childsbirth.* 2004;4(1):24.
10. Ismaili N. acupuncture ear training. 4th ed: Nadali 2011. 13,27,37.
11. Cabyoglu MT, Ergene N, Tan U. The mechanism of acupuncture and clinical applications. *INT J Neurosci.* 2006;116:115-25.
12. Guerra J, Bassas E, Andres M, Verdugo F, Gonzalez M. Acupuncture for soft tissue shoulder disorders: a series of 201 cases. *Acupuncture in medicine. BMAS.* 2003;21(1-2):18-22.
13. Guyton A, Hall J. Text book of medical physiology. 2st ed. Salinders 2011;23
14. Jedel E LF, Ode'n A, Holm G, Nilsson L, Janson PO. Impact of electro-acupuncture and physical exercise on hyperandrogenism and oligo/amenorrhea in women with polycystic ovary syndrome. *Am J Physiol Endocrinol Metab.* 2011 Jan;300(1):E37-45..
15. Vas J, Aguilar I, Campos MA, Mendez C, Perea-Milla E, Modesto M, et al. Randomised controlled study in the primary healthcare sector to investigate the effectiveness and safety of auriculotherapy for the treatment of uncomplicated chronic rachialgia: a study protocol. *BMC: Complement Altern Med.* 2008;8:36.
16. Ozgoli G, Sedigh S, Heshmat R. Effect of right hand hegu acupressure on pain intensity of active phase of labor in primiparous women. *Trauma Monthly.* 2010;2009(04):229-34.
17. Hosseini SE AN, Zareei F.[Investigating the effect of massage therapy on labor in the active stage of first labor(persian)]:*NH: nursing research.* 2014;1(32):25-32..
18. Kindberg S, Klünder L, Strøm J, Henriksen TB. Ear acupuncture or local anaesthetics as pain relief during postpartum surgical repair: a randomised controlled trial. *BJOG.* 2009;116(4):569-76.

The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women

Hoda Rastegarzade^{*1}, Parvin Abedi², Mahboubeh Valiani³, Mohammad Hossein Haghghi⁴

1. MSc in Midwifery, Faculty of Nursing & Midwifery, Ahvaz Jondishapour University of Medical Science, Ahvaz.

2. Assistant Professor, PhD in Nutrition, Faculty of nursing & Midwifery, Ahvaz Jondishapour University of Medical Science, Ahvaz.

3. Assistant Professor, Faculty of nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Science, Isfahan.

4. Assistant Professor, Faculty of Public Health, Ahvaz Jondishapour University of Medical sciences, Ahvaz.

ABSTRACT

Aims and Background: Pain is an inevitable part of the childbirth process. Nowadays non-pharmacological methods such as acupuncture are considered for labor pain relief, due to their lower side effects. So this study was conducted to evaluate the effect of Auriculotherapy on pain intensity during the active phase of labor.

Materials and Methods: This was a clinical trial on 80 nulliparous-women who were admitted to Sina Hospital. 40 women were assigned to the Auriculotherapy group and 40 women were assigned to the control group. The technique of Auriculotherapy was applied by the researcher at dilatations of 4, 6 and 8 cm in the intervention group. Pain intensity was measured by Visual Analogue Scale in two groups. Data analysis was done by descriptive statistics, independent t-test, Mann-Whitney and Chi-square test, using the SPSS version 21.

Findings: The results showed that mean pain intensity at different stages of dilatation was significantly decreased in the group receiving Auriculotherapy compared with the control group ($P < 0/05$).

Conclusions: The results of this study showed that Auriculotherapy is a simple, safe and cost-effective method to reduce pain in the active phase of labor. Using this method is recommended in low-risk and physiologic deliveries.

Keywords: Auriculotherapy, labor pain, clinical trial

► Please cite this paper as:

Rastegarzade H, Abedi P, Valiani M, Haghghi M-H. [The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women (persian)]. JAP 2015;6(1):54-63.

Corresponding Author: Hoda Rastegarzade, MSc in midwifery, nursing & Midwifery College of Ahvaz Jondishapour University Of Medical Science, Ahvaz, Iran

Email: midrastegaer@gmail.com