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



بررسـی تاثیر اوریکولوتراپی بر شـدت درد زایمان در زنان نخسـت 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 دریافت: ۹۴/۲/۳۰ **تاریخ بازبینی: ۹۳/۳/۱۱** **تاریخ پذیرش: ۹۳/۴/۱۵**

چکیده

زمینـه و هـدف: درد جـزء غیرقابل اجتنـاب فرآیند زایمان اسـت. امروزه روش‌های غیردارویی تسـکین درد زایمـان ازجمله طب سـوزنی به‌دلیل اثرات جانبـی کـم، مـورد توجه می‌باشـند. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسـی تاثیـر اوریکولوتراپی برکاهش شـدت درد زایمان انجام شـد.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش یـک کارآزمایـی بالینی اسـت که بـرروی ۸۰ نفر از زنـان نخسـت زای مراجعه کننده به بیمارسـتان سـینا اهـواز انجام شـد. ۴۰ نفر در گروه اوریکولوتراپی و ۴۰ نفر در گروه کنترل تعیین قرار داده شـدند. سـپس تکنیک اوریکولوتراپی توسـط پژوهشـگر در دیلاتاسـیون۴ و بعـد در دیلاتاسـیون۶ سـانتی‌متر و سـپس ۸ سـانتی‌متر، بـرای گـروه مداخلـه اعمـال گردیـد. شـدت درد بـا اسـتفاده از مقیـاس دیـداری درد در دو گـروه سـنجیده شـد. تجزیـه تحلیـل داده‌هـا با اسـتفاده از آزمون‌هـای توصیفـی و آزمون‌های آمـاری تی، مـن ویتنی و مجـذور کای، به کمـک نرم‌افزار SPSS21 انجام شـد.

یافته‌هـا: یافته‌هـا نشـان داد که در گـروه دریافت‌کننده اوریکولوتراپی نسـبت به گـروه کنترل، میانگین نمـرات درد در دیلاتاسـیون‌های مختلف دارای کاهش معنـی‌داری بود ($P<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیـری: بـا توجـه بـه یافته‌هـای ایـن پژوهش می‌تـوان نتیجه‌گیـری کرد کـه اویکولوتراپی یـک روش آسـان، بی‌خطر و کـم هزینه بـرای کاهش درد در مرحلـه فعـال زایمـان اسـت. اسـتفاده از ایـن روش در زایمان‌هـای کم خطـر و فیزیولوژیک بـرای کاهش درد توصیه می‌شـود.

واژه‌های کلیدی: اوریکولوتراپی، شدت درد زایمان، کارآزمایی بالینی

مقدمه

درد، جزءغیـر قابـل اجتنـاب فرآینـد زایمـان اسـت کـه شـدت آن تحـت تأثیرعوامـل فیزیولوژیکـی متعددی از قبیـل انقباضات دیـواره رحـم، دیلاتاسـیون و فاکتورهـای روحـی و روانـی نظیـر اسـترس، اضطـراب، تـرس از فقـدان کنتـرل قـرار می‌گیـرد[۱]. نگرانـی و اضطـراب از زایمـان، منجربـه افزایـش سـطح آدرنالیـن و اپـی نفریـن و کاهـش اندروفیـن و اکسـی توسـین شـده و باعـث تشـدید درد زایمـان و طولانـی شـدن زایمـان می‌شـود[۲]. عامـل به‌وجـود آورنـده دردهـای زایمانـی، انقبـاض عضلـه رحـم می‌باشـد کـه برخـلاف انقباضـات ماهیچـه‌ای

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 به‌روش‌های 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 نکنند 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 (به‌طور کلی سه مریدین 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 معمولا 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی با کد کارآزمایی بالینی IRCTID: IRCT2014101919591N1 و کد اخلاق شماره ۱۳۹۳.۱۹۰ 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 اوریکولوتراپی و ۴۰ نفر در گروه کنترل تعیین گردیدند.

$$x = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \pm (P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2))}{(P_1 - P_2)^2} = ۸۰$$

$Z^{1}-\alpha\ \ 2 = 1/95$ برای اطمینان ٪۹۵

$Z_{1}-\beta = 1/28$ برای توان ۹۰ ٪

معیارهای ورود نمونه‌ها شامل حاملگی کم‌خطر، سن حاملگی ۴۰-۳۷ 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 ۳۵ – ۱۸ سال، ۱۹/۸<شاخص توده بدنی < ۲۶/۴، 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 از تکنیک اوریکولوتراپی به گروه مداخله و اندازه‌گیری شدت درد توسط مقیاس دیداری درد به دو گروه داده شد. و سپس تکنیک اوریکولوتراپی توسط پژوهشگر وقتی که مادر در بین دردها بود و دردی نداشت و بار اول در دیلاتاسیون۴ و سپس در دیلاتاسیون۶ و ۸ سانتی‌متر، پس از ضد عفونی کردن گوش، در قسمت لاله گوش بر روی نقاط واقع در شکل [۱-۱، ۱-۲، ۱-۳](شامل قسمتهای رحم(۳ نقطه)، غده هیپوفیز، لگن، فوق کلیه (۳ نقطه)، غده اندوکرین 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 اوریکولوتراپی که ساخت کشور چین است، جهت انجام تکنیک اوریکولوتراپی 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 شماره۱ 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 (جدول۱). میانگین و انحراف معیار سن در گروه مداخله ۵/۱۹±۲۴/۷۲ و در گروه کنترل ۵/۱۸±۲۷/۲۵ و میانگین و انحراف معیار

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 (برحسب 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)	P=۰/۹۶
	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)	P=۰/۵۰
	شاغل	۱۷(۱۷/۵)	۶(۰/۱۵)	
وضعیت اجتماعی و اقتصادی تعداد (درصد)	خوب	۱۱(۰/۳۰)	۱۱(۰/۲۷)	P=۰/۷۸۵
	متوسط	۱۵(۳۷/۵)	۱۸(۰/۴۵)	
	ضعیف	۱۳(۳۲/۵)	۱۱(۲۷/۵)	

شاخص توده بدنی در گروه مداخله ۲/۱۴± ۲۳/۷۹ و در گروه کنترل ۲/۲۳±۲۲/۸۵ بود.

از دیگر متغیرهای دموگرافیک بررسی شده در این پژوهش تحصیلات می‌باشد که در گروه اوریکولوتراپی ۱۱نفر (۲۷/۵) و در گروه کنترل نیز ۱۱ نفر (۲۷/۵) تحصیلات مربوط به دیپلم و بالاتر داشتند که طبق آزمون کای اسکوئر بین دو گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد (P=۰/۹۶).

از نظر شغلی بیشتر زنان باردارخانه‌دار 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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

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

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).

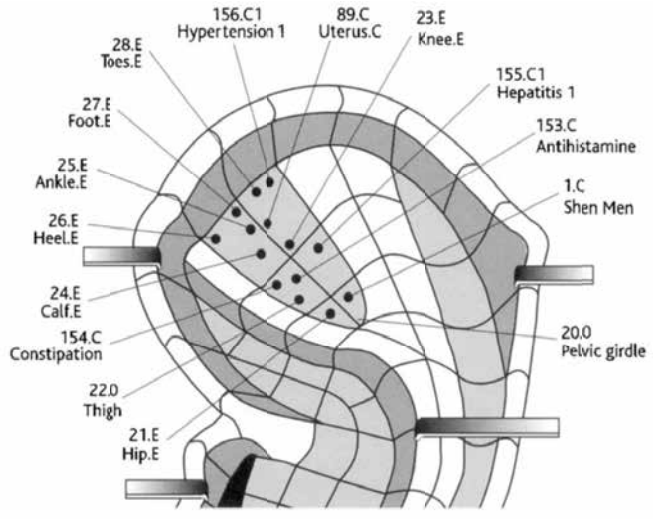
بحث

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 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.

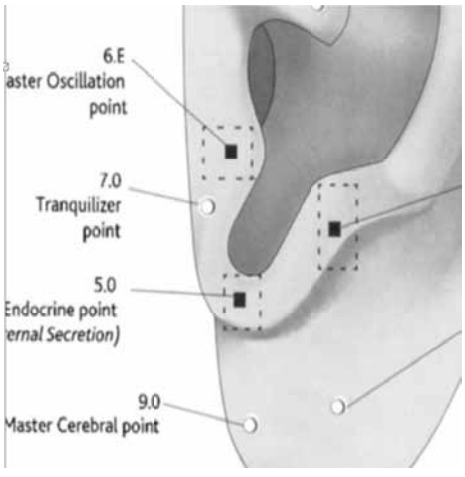
شدت درد کمیتی است که میزان و قوت درد را بیان می‌کند. مشخصه درد کیفیتی است که برای بیان آن از کلمات یا معیارهای تصویری و خطوط استفاده می‌شود. مشخصات درد به‌صورت سوزش، خارش، فرورفتن چاقو توصیف می‌شود[۳]. محل درد مکانی است که فرد آن را درک می‌کند و ممکن است به نقاط دیگر بدن نیز منتشر شود. محل درد اغلب به‌میزان 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 فیزیولو یک می‌تواند رسیدن به بهبودی در بیماری را تسهیل بخشد[۱۴].

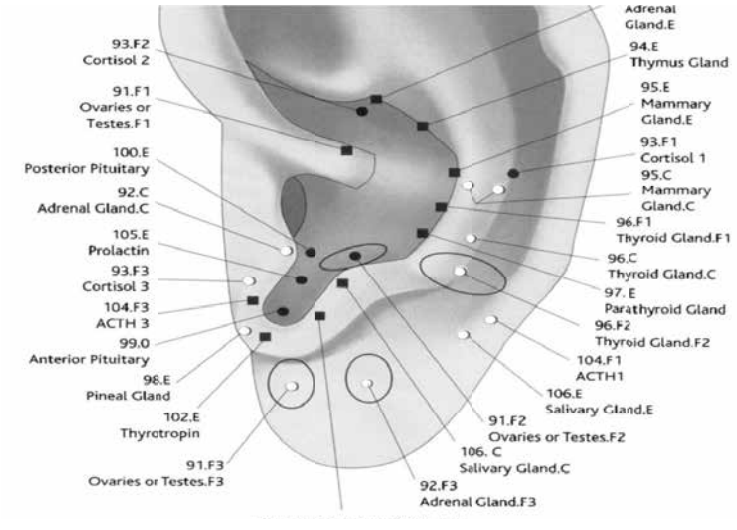
[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]



شکل ۱-۱ : نقاط اوریکولوتراپی



شکل ۲-۱ : نقاط اوریکولوتراپی



شکل ۳-۱ : نقاط اوریکولوتراپی

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مطالعـه‌ای توسـط و از و همـکاران بـا هـدف ارزیابـی تاثیـر اوریکولوتراپـی بـر درد مزمـن مهرهـای پشـت در مراکـز مراقبت‌هـای سـلامتی اولیـه دولـت اندلـس بـر روی ۴۰۰ نفـر از بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن مهره‌هـای پشـت، در چنـد بخـش از ایـن مراکـز به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه پلاسـبو و اوریکولوتراپـی قـرار داده شـدند. پیامـد اولیـه ایـن تکنیـک تغییـر در میانگیـن شـدت درد (توسـط مقیـاس آنالـوگ بصری) به‌میـزان ۳۲/۳ میلی‌متـر در گـروه اوریکولوتراپـی و ۱۹/۸ در گـروه پلاسـبو مشـاهده گردیـد. (p>۰/۰۵) پیگیـری بیمـاران به‌مـدت ۶ مـاه بعـد از شـروع درمـان ادامـه یافـت. پیامدهـای دیگـر اوریکولوتراپـی تغییـر در کیفیـت زندگـی بیمـاران و تغییـر در مقیـاس پرسشـنامه ارزیابـی درد اسـپانیایی بـود. ایـن پژوهشـگران دریافتنـد کـه اوریکولوتراپـی هـم از نظـر درمانـی و بهداشـتی و هـم از نظـر اقتصـادی، درمـان مفیـد و مقـرون به‌صرفـه اسـت[۱۵]. نتایـج ایـن مطالعـه از نظـر پیامدهـای اولیـه شـدت درد بـا مطالعـه مـا هم‌خوانـی دارد.

مطالعـه‌ای توسـط ازگلـی و همـکاران با هـدف تعییـن تاثیر طب فشـاری بـر نقطـه هوگوی دسـت راسـت بر شـدت درد فـاز فعال زایمان در زنان نخسـت زا انجام شـد که مداخله در دیلاتاسیونهای ۵-۴، ۷- ۶ و ۱۰ -۸ سـانتی‌متر و در بیـن انقباضـات رحمی انجام گرفت.

میانگیـن کاهـش نمـره درد بعـد از اولیـن مداخله در گـروه هوگو ۳/۰۶ - و در گـروه شـاهد۰/۴۳- بـود (P< ۰/۰۰۱). در دومیـن مداخلـه، میانگیـن کاهـش نمـره درد در گـروه هوگـو ۳/۴۶- و در گـروه شـاهد۰/۲۳- بـود (P <۰/۰۰۱). در سـومین مداخلـه، میانگیـن کاهـش نمـره درد در هوگـو ۳/۳۱- و در گـروه شـاهد ۰/۲۳ بـود (P < ۰/۰۰۱). فشـار بـر نقطـه هوگـو در کاهـش درد زایمـان موثـر اسـت. تـداوم طـب فشـار موجـب افزایش تسـکین درد زایمـان می‌شـود[۱۶]. از آنجـا کـه در این مطالعه طب فشـاری کـه یـک نـوع روش غیرداروییی اسـت سـبب تسـکین درد زایمان شده‌اسـت، از ایـن جهـت بـا مطالعـه مـا هم‌خوانـی دارد.

مطالعـه‌ای توسـط حسـینی و همـکاران بـا هـدف تعییـن تأثیـر ماسـاژ درمانـی بـر کاهـش میـزان درد زایمـان در مرحلـه فعـال زایمـان در زنان نخسـت‌زا انجام شـد. این پژوهش برروی ۳۰ نفر

مطالعـه‌ای توسـط و از و همـکاران بـا هـدف ارزیابـی تاثیـر اوریکولوتراپـی بـر درد مزمـن مهرهـای پشـت در مراکـز مراقبت‌هـای سـلامتی اولیـه دولـت اندلـس بـر روی ۴۰۰ نفـر از بیمـاران مبتـلا بـه درد مزمـن مهره‌هـای پشـت، در چنـد بخـش از ایـن مراکـز به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه پلاسـبو و اوریکولوتراپـی قـرار داده شـدند. پیامـد اولیـه ایـن تکنیـک تغییـر در میانگیـن شـدت درد (توسـط مقیـاس آنالـوگ بصری) به‌میـزان ۳۲/۳ میلی‌متـر در گـروه اوریکولوتراپـی و ۱۹/۸ در گـروه پلاسـبو مشـاهده گردیـد. (p>۰/۰۵) پیگیـری بیمـاران به‌مـدت ۶ مـاه بعـد از شـروع درمـان ادامـه یافـت. پیامدهـای دیگـر اوریکولوتراپـی تغییـر در کیفیـت زندگـی بیمـاران و تغییـر در مقیـاس پرسشـنامه ارزیابـی درد اسـپانیایی بـود. ایـن پژوهشـگران دریافتنـد کـه اوریکولوتراپـی هـم از نظـر درمانـی و بهداشـتی و هـم از نظـر اقتصـادی، درمـان مفیـد و مقـرون به‌صرفـه اسـت[۱۵]. نتایـج ایـن مطالعـه از نظـر پیامدهـای اولیـه شـدت درد بـا مطالعـه مـا هم‌خوانـی دارد.

مطالعـه‌ای توسـط ازگلـی و همـکاران با هـدف تعییـن تاثیر طب فشـاری بـر نقطـه هوگوی دسـت راسـت بر شـدت درد فـاز فعال زایمان در زنان نخسـت زا انجام شـد که مداخله در دیلاتاسیونهای ۵-۴، ۷- ۶ و ۱۰ -۸ سـانتی‌متر و در بیـن انقباضـات رحمی انجام گرفت.

میانگیـن کاهـش نمـره درد بعـد از اولیـن مداخله در گـروه هوگو ۳/۰۶ - و در گـروه شـاهد۰/۴۳- بـود (P< ۰/۰۰۱). دردومیـن مداخلـه، میانگیـن کاهـش نمـره درد در گـروه هوگـو ۳/۴۶- و در گـروه شـاهد۰/۲۳- بـود (P <۰/۰۰۱). در سـومین مداخلـه، میانگیـن کاهـش نمـره درد در هوگـو ۳/۳۱- و در گـروه شـاهد ۰/۲۳ بـود (P < ۰/۰۰۱). فشـار بـر نقطـه هوگـو در کاهـش درد زایمـان موثـر اسـت. تـداوم طـب فشـار موجـب افزایش تسـکین درد زایمـان می‌شـود[۱۶]. از آنجـا کـه در این مطالعه طب فشـاری کـه یـک نـوع روش غیرداروییی اسـت سـبب تسـکین درد زایمان شده‌اسـت، از ایـن جهـت بـا مطالعـه مـا هم‌خوانـی دارد.

مطالعـه‌ای توسـط حسـینی و همـکاران بـا هـدف تعییـن تأثیـر ماسـاژ درمانـی بـر کاهـش میـزان درد زایمـان در مرحلـه فعـال زایمـان در زنان نخسـت زا انجام شـد. این پژوهش برروی ۳۰ نفر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

از زنـان نخسـت زای مراجعـه کننده به بیمارسـتان حافظ شـیراز انجـام شـد. در گـروه آزمـون ماسـاژ از دیلاتاسـیون ۴-۳ تا ۱۰-۸ سـانتی‌متری به‌صـورت ۱۰ دقیقـه ماسـاژ و ۱۰ دقیقه اسـتراحت انجـام گرفـت و گـروه کنتـرل در ایـن مـدت تحـت هیچگونـه مداخلـه‌ای قـرار نگرفـت. تجزیـه و تحلیـل آمـاری نتایـج بیانگـر کاهـش احسـاس درد در گـروه آزمون در مقایسـه با گـروه کنترل بـود کـه احتمـالاً ماسـاژ از طریـق تعدیل مسـیرهای انتقـال درد باعـث کاهـش شـدت درد می‌گـردد. ایـن مطالعـه از نظـر کاهش شـدت درد زایمـان، نتایـج مطالعـه مـا را تائیـد می‌کنـد[۱۷].

مطالعـه‌ای توسـط برگ و همـکاران که به‌منظور بررسـی دو روش طـب سـوزنی و دارو درمانـی در کاهـش درد پـس از زایمـان در طـی دوره بعـد از جراحی انجام شـد. این مطالعه، یـک کارآزمایی تصادفـی کنترل شـده بـر روی زنان نخسـت زا با زایمـان طبیعی در مدتـی کـه نیـاز به ترمیـم پارگی لبیـا و یـا واژن، پارگی پرینه درجـه اول یـا دوم و یـا اپیزیاتومی مدیولترال داشـتند، در یکی از بیمارسـتان‌های دانمـارک انجـام گردیـد. در مجمـوع از ۲۰۷ زن، به‌ترتیـب ۱۰۵ نفـر آنها طب سـوزنی گـوش و ۱۰۲ نفر بی‌حس کننده‌هـای موضعـی دریافـت کردنـد. نتایج مطالعه نشـان داد که درد در حیـن ترمیـم جراحـی اغلـب بیشـتر در شـرکت کنندگان اختصاص داده شـده به طب سـوزنی گوش در مقایسـه با شـرکت کننـدگان در دریافـت داروهـای بی‌حـس کننده موضعـی (۸۹ در مقابـل ۵۴٪، $P>0/01$) گـزارش شـده بـود[۱۸]. نتایج ایـن مطالعه بـا مطالعـه مـا هم‌خوانـی نـدارد علـت عـدم هم‌خوانـی می‌توانـد به‌دلیـل متفـاوت بـودن حجـم نمونه‌هـای پژوهـش حاضـر بـا مطالعـه مـا کـه تعـداد نمونه‌هـای پژوهـش ما کـه ۸۰ نفـر بود و همچنیـن تفـاوت در زمان انجـام اوریکولوتراپی کـه در مطالعه ما قبـل از زایمـان و دادن اپـی زیاتومـی بود ولی در ایـن مطالعه بعد از جراحـی می‌باشـد و نیـز به‌دلیـل متغیـر بـودن تعـداد دفعـات دریافـت اوریکولوتراپـی می‌تواند باشـد که در مطالعه ما سـه دفعه انجـام شـد ولـی در مطالعـه برگ فقط یک دفع انجام شـد باشـد.

نتیجه‌گیری

بـا توجـه بـه یافته‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان نتیجه‌گیـری کـرد کـه اویکولوتراپـی یـک روش آسـان، بی‌خطـر و کـم هزینـه بـرای کاهـش درد در مرحلـه فعـال زایمـان اسـت. اسـتفاده از ایـن روش در زایمان‌هـای کـم خطـر و فیزیولوژیـک بـرای کاهـش درد توصیـه می‌شـود.

تقدیر و تشکر

در پایـان پژوهشـگران مراتـب تشـکر و سـپاس خویـش را از مدیریـت محتـرم بیمارسـتان سـینا اهـواز و کلیـه زنـان بـارداری کـه در تکمیـل و تدویـن ایـن پژوهـش مـارا مسـاعدت نموده‌انـد، ابـراز می‌دارنـد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

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 Gynacol. 2005;26(3):153-65.
3. cunningham FGAA. Williams obstetrics. In: Sh.ansari, editor. Williams Obstetrics. 22th ed2015. 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 nonpharnacologic 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 phisiology.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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Journal of Anesthesiology and Pain *Autumn* 2015, Vol 6, NO 1

The effect of auriculotherapy on labor pain intensity in nulliparous women

Hoda Rastegarzade[*1], Parvin Abedi[2], Mahboubeh Valiani[3], Mohammad Hossein Haghighi[4]

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, Haghighi 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-16]