

مقایسه تأثیر فشار در نقاط مئانه‌ای -GV20 و کیسه صفرا - GV20 بر توانایی مقابله با درد زایمان در زنان نخست‌زا: کار آزمایی

بالینی تصادفی شده

الهه منصوری^۱، معصومه کردی^{۲*}، دکتر شاپور بدیعی اول^۳، دکتر محمدتقی شاکری^۴،
دکتر معصومه میر تیموری^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. استادیار گروه طب سوزنی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹

خلاصه

مقدمه: درد زایمان به‌عنوان یک عامل استرس‌زا، روش‌های مقابله‌ای ویژه خود را می‌طلبد. یکی از این روش‌ها که ممکن است در مقابله با درد زایمان مؤثر باشد، طب فشاری است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه فشار در نقاط مئانه‌ای -GV20 و کیسه صفرا -GV20 بر توانایی مقابله با درد زایمان در زنان نخست‌زا انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی یک‌سور در سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۵۸ زن نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان ام‌البینین (س) مشهد انجام گرفت. افراد در سه گروه طب فشاری نقاط مئانه‌ای (BL9, BL8, BL5) و GV20 (مداخله ۱)، کیسه صفرا (GB18, GB17, GB16, GB8) و GV20 (مداخله ۲) و کنترل قرار گرفتند. در فاز فعال مرحله اول زایمان در گروه مداخله ۱، ۵ سیکل فشار ۴ دقیقه‌ای و در گروه مداخله ۲، ۴ سیکل فشار ۵ دقیقه‌ای و در مرحله دوم زایمان نیز ۱ سیکل فشار بر نقاط مذکور در هر دو گروه اعمال شد. گروه کنترل نیز مراقبت‌های معمول را دریافت نمودند. توانایی مقابله با درد زایمان با استفاده از پرسشنامه مشاهده‌ای رفتار مقابله‌ای با درد زایمان قبل از مداخله و سپس هر ۳۰ دقیقه تا اتمام مرحله دوم زایمان اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) و آزمون‌های دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک‌طرفه، توکی و ناپارامتری کروسکال والیس، دان با تصحیح بونفرونی و فریدمن انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره توانایی مقابله با درد در مرحله اول و دوم زایمان به ترتیب در گروه مداخله ۱ (۱۶/۵±۱/۹)، ۱۷/۴±۲/۰ و مداخله ۲ (۱۶/۹±۲/۱، ۱۶/۸±۲/۲) نسبت به گروه کنترل (۱۲/۰±۲/۷، ۱۰/۴±۲/۴) اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/05$)، اما بین دو گروه مداخله اختلاف آماری وجود نداشت ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: فشار بر نقاط مئانه‌ای -GV20 و کیسه صفرا -GV20، توانایی مقابله با درد مرحله اول و دوم زایمان را افزایش می‌دهد، لذا به‌عنوان یک روش ساده و غیرتهاجمی در کنار سایر روش‌ها پیشنهاد می‌گردد.

کلمات کلیدی: زایمان، طب فشاری، مقابله، نخست‌زا

* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه کردی؛ مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱
پست الکترونیک: kordim@mums.ac.ir

مقدمه

درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (۱). با توجه به اثرات نامطلوب درد شدید زایمان برای مادر و جنین، ارزیابی درد و تسکین آن یکی از اهداف مراقبت‌های ماما می‌محسوب می‌شود (۲-۴). اما مهم‌تر از ارزیابی درد طی لیبر، ارزیابی توانایی مقابله زن با درد اهمیت دارد (۵). درد زایمان به عنوان یک عامل استرس‌زا، روش‌های مقابله‌ای ویژه خود را می‌طلبد (۶).

مقابله مطلوب با درد در طول لیبر، به صورت فعالیت‌های ریتمیک در طول انقباضات، تن‌آرامی بین انقباضات، تنفس ریتمیک و صدهای موزون تظاهر می‌یابد (۷). در مطالعات گزارش شده است که مقابله مطلوب در طول زایمان با افزایش اعتماد به نفس زائو و کاهش درد و طول زایمان همراه است (۸، ۹). از سوی دیگر مقابله نامطلوب با درد زایمان به صورت رفتارهایی چون لگدپرانی، چنگ زدن، عصبانیت، گریه، پیچ‌وتاب خوردن و فریاد کشیدن، منجر به افزایش اکسیژن مصرفی، خستگی جسمی و روانی زائو و در نهایت تشدید درد می‌گردد (۷، ۱۰، ۱۱). عوامل زیادی همانند تاریخچه مقابله‌ای فرد در برابر سایر عوامل استرس‌زا، زمینه فرهنگی، نژاد، اعتقادات مذهبی، شخصیت، طرز تفکر، خودکارآمدی، سطح اضطراب و شدت درد بر توانایی مقابله با درد تأثیر می‌گذارند (۱۶-۱۲). زنانی که سطح اطمینان بیشتری از توانایی‌های خود برای مقابله با درد زایمان دارند، درد کمتری طی لیبر احساس نموده و رفتارهای مطلوب‌تری در مقابله با درد زایمان از خود نشان می‌دهند (۱۷، ۱۸).

روش‌های مقابله با درد در طول زایمان به دو دسته روش‌های دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند. روش‌های دارویی تنها در از بین بردن احساس فیزیکی درد و تسکین آن مؤثرند، درحالی‌که روش‌های غیردارویی در قدم اول با هدف کمک به زنان جهت مقابله با درد زایمان و پیشگیری از درد و رنج ناشی از آن به کار برده می‌شوند (۱۹، ۲۰). روش‌های غیردارویی مقابله با درد طی لیبر به چهار دسته روش‌های فیزیولوژیکی، روانی، شناختی و معنوی تقسیم می‌شوند. از جمله روش‌های فیزیولوژیکی مقابله با درد زایمان،

طب فشاری است (۱۲). این تکنیک بر اساس تئوری حرکت جریان انرژی حیاتی (چی^۱) در مسیرهایی تحت عنوان میریدین^۲، در سراسر بدن پایه‌ریزی شده است (۲۱). بر اساس این تئوری کمبود، افزایش یا انسداد چی در این مسیرها موجب اختلال در سلامت جسمی و روانی انسان می‌شود (۲۲).

طب فشاری با اعمال فشار بر نقاط خاصی از میریدین‌ها، به برطرف شدن انسداد و یا متعادل نمودن چی در این مسیرها و در نهایت حفظ سلامتی افراد کمک می‌کند (۲۳). از جمله این نقاط می‌توان به نقاط موجود بر سطح کانال مئانه‌ای، کیسه صفرا و رگ فرمانده اشاره نمود. کانال‌های فوق علاوه بر نقاطی در سطح بدن، تعدادی نقطه بر سطح جمجمه نیز دارند. نواحی و نقاط موجود در سطح جمجمه در تماس مستقیم با سیستم عصبی مرکزی و سیستم اندوکرین قرار دارند. این نقاط می‌توانند در تنظیم عملکرد کورتکس مغز، جمجمه، هیپوتالاموس، تالاموس، جسم پینه آل و جریان چی مؤثر باشند (۲۴، ۲۵). نقاط موجود بر سطح جمجمه ممکن است در تنظیم نواحی قشری و تحت قشری مغز همانند نواحی لیمبیک، مخچه و ساقه مغز مؤثر باشند و از این طریق، موجب فعال شدن نواحی مرتبط با انتقال پذیرش درد شده و توانایی مقابله با درد را افزایش دهند (۲۶). گاماس و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود نشان دادند طب سوزنی ممکن است در بهبودی توانایی مقابله با درد تأثیر مثبتی داشته باشد ($p < 0.05$) (۲۶). در مطالعه دورگا و همکاران (۲۰۱۲) فشار در ۸ نقطه جمجمه (نقاط مئانه‌ای BL5، BL8، BL9)، نقاط کیسه صفرا (GB8، GB16، GB17، GB18) و نقطه GV20، سبب افزایش توانایی مقابله با درد در فاز فعال زایمان گردید ($p < 0.01$) (۲۷). با توجه به گزارش‌های محدود در زمینه طب فشاری در نقاط مئانه‌ای و کیسه صفرا بر توانایی مقابله با درد زایمان و نظر به این‌که در متون طب سوزنی و فشاری بیان شده که بهتر است با کاهش تعداد نقاط فشاری مورد نظر، ضمن حفظ اثربخشی آن، ناراحتی‌های فرد را به دلیل دستکاری

¹ Chi

² Meridian

بیشتر، کاهش داد (۲۸)، مطالعه حاضر با هدف مقایسه فشار بر نقاط مثنه‌ای (BL5, BL8, BL9)، نقاط کیسه صفا (GB8, GB16, GB17, GB18) و نقطه GV20 بر توانایی مقابله با درد در زنان نخست‌زا صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی سه گروهه یک سوکور پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره IR.MUMS.REC.1396.40 از خرداد ماه تا پایان آبان ماه سال ۱۳۹۶ بر روی ۱۵۸ زن نخست‌زا در بیمارستان آموزشی ام‌البنین (س) مشهد انجام شد. پس از بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت‌نامه کتبی از افراد، با در نظر گرفتن کدهای اخلاقی اقدام به نمونه‌گیری شد. جامعه آماری این پژوهش را تمام زنانی تشکیل می‌دادند که در زمان جمع‌آوری داده‌ها جهت زایمان به بیمارستان مراجعه نمودند. در این مطالعه هر یک از واحدهای پژوهش به‌صورت در دسترس انتخاب و سپس با روش تخصیص تصادفی به سه گروه مداخله یک: نقاط مثنه‌ای (BL5, BL8, BL9) و GV20، مداخله دو: نقاط کیسه صفا (GB8, GB16, GB17, GB18) و GV20 و کنترل (مراقبت معمول) تقسیم شدند. جهت تخصیص تصادفی، در اولین روز مراجعه به زایشگاه جهت نمونه‌گیری، بر روی سه تکه کاغذ، حروف A, B و C نوشته و در داخل یک پاکت قرار داده شد. حرف A معرف گروه مثنه‌ای، حرف B معرف گروه کیسه صفا و حرف C معرف گروه کنترل بود. با مراجعه اولین واحد پژوهش، از وی خواسته شد تا یکی از برگه‌ها را برداشته و این کار برای سه واحد پژوهش اول صورت گرفت. با تعیین نحوه قرارگیری سه واحد پژوهش اول در گروه‌ها، این ترتیب برای بقیه واحدهای پژوهش تکرار شد. جهت ایجاد کورسازی در مطالعه حاضر، اعمال فشار در هر یک از گروه‌های مداخله توسط پژوهشگر و سنجش آن توسط کمک پژوهشگری که از نوع مداخله در آن گروه‌ها بی‌اطلاع بود، صورت گرفت.

جهت تعیین حجم نمونه از مطالعه راهبردی پایلوت، بر روی ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش با استفاده از فرمول

مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مستقل استفاده شد. در نهایت بر اساس توان ۸۰٪ و ضریب اطمینان ۹۹٪، بیشترین حجم نمونه به‌دست آمده در مقایسه‌های دوتایی ۵۰ نفر (در مجموع ۱۵۰ نفر) محاسبه گردید که با احتساب ۱۰٪ ریزش حجم نمونه، ۵۵ نفر در هر گروه (جمعاً ۱۶۵ نفر) در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا با سن حاملگی ۳۷ هفته و بیشتر، محدوده سنی ۱۸-۳۵ سال، جنین تک‌قلو با نمایش ورتکس، شروع خودبه‌خودی زایمان (اتساع ۴-۵ سانتی‌متر دهانه رحم با حداقل دو انقباض ۲۰ ثانیه و بیشتر در طی ۱۰ دقیقه)، شدت درد بیشتر مساوی ۵۰ در بدو پذیرش بر اساس مقیاس تطابق دیداری درد، سالم بودن پوست نواحی فشار، عدم ابتلاء به مشکلات طبی و مامایی، عدم اعتیاد به انواع دخانیات (قلیان، سیگار، چپق، مواد مخدر) یا الکل و داروهای روان‌گردان و عدم مشکلات گفتاری، شنیداری یا لهجه‌ای جهت برقراری ارتباط با پژوهشگر بود. افرادی که در بدو مطالعه به ترتیب امتیاز بیشتر یا مساوی ۱۵، ۲۱ و ۲۶ از پرسشنامه DASS-21 در هر یک از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس کسب نموده بودند، وارد مطالعه نمی‌شدند. همچنین واحدهای پژوهشی که در طول مطالعه مصرف مواد نارکوتیک، زایمان سریع و اختلال در پیشرفت زایمان داشتند، از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای پژوهش شامل: پرسشنامه مشخصات فردی واحد پژوهش، مقیاس تطابق دیداری درد، پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، پرسشنامه مشاهده‌ای رفتار مقابله‌ای با درد زایمان و فرم کوتاه شده پرسشنامه خودکارآمدی زایمان بود. مقیاس تطابق دیداری درد، نوار کاغذی ۱۰۰ میلی‌متری است که عدد صفر نشان‌دهنده کمترین درد و عدد ۱۰۰ نشان‌دهنده بیشترین درد است. پرسشنامه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس در غالب ۷ سؤال برای هر یک از خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (در مجموع ۲۱ سؤال) می‌باشد. نمره نهایی این پرسشنامه از طریق مجموع نمرات سؤال‌های مربوط به آن کسب می‌شود. امتیازات برای هر عبارت با مقیاس ۴

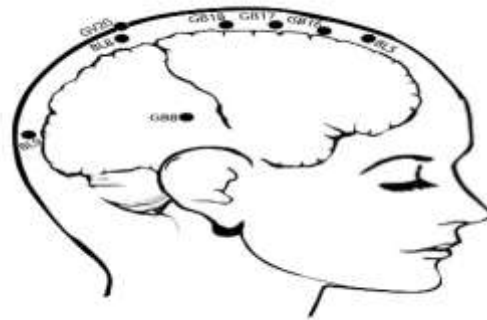
فشار در مرحله اول زایمان و یک سیکل فشار در مرحله دوم زایمان در هر یک از گروه‌های مداخله اعمال گردید. پس از تخصیص واحدهای پژوهش به گروه‌های مداخله و کنترل، از ابتدای مطالعه (اتساع ۵-۴ سانتی‌متری دهانه رحم) تا انتهای مطالعه پژوهشگر بر بالین هر یک از واحدهای پژوهش حضور می‌یافت. در مرحله اول زایمان در گروه‌های مداخله همزمان با شروع انقباض رحمی، در حالی که زائو در وضعیت نیمه‌نشسته و سر در راستای بدن قرار گرفته بود، پژوهشگر در بالای سر زائو قرار می‌گرفت و فشاری ثابت به مدت ۶۰ ثانیه، توسط انگشت شست بر هر یک از نقاط BL9، BL8، BL5 و GV20 (یک سیکل ۴ دقیقه‌ای) در گروه مداخله یک و GB8، GB16، GB17، GB18 و GV20 (یک سیکل ۵ دقیقه‌ای) در گروه مداخله دو اعمال می‌کرد (تصویر ۱)؛ به طوری که زائو، احساس تی چی (سنگینی، فشار، داغی، کزکز یا کرحتی) در نقاط مذکور پیدا کند. فشار به صورت ۵ سیکل ۴ دقیقه‌ای در گروه مداخله یک و ۴ سیکل ۵ دقیقه‌ای در گروه مداخله دو (در مجموع ۲۰ دقیقه) با فاصله ۳۰ دقیقه از یکدیگر اعمال می‌شد. پس از پایان مرحله نخست زایمان (اتساع ۱۰ سانتی-متری دهانه رحم)، در ابتدای مرحله دوم زایمان یک سیکل فشار در هر یک از گروه‌های مداخله، مجدداً بر نقاط مذکور صورت می‌گرفت. در گروه کنترل نیز، مراقبت‌های معمول در زایشگاه بیمارستان ام‌البینین (س) توسط پژوهشگر انجام گرفت. توانایی مقابله با درد زایمان در گروه‌های مداخله، بلافاصله و ۳۰ دقیقه بعد از هر سیکل مداخله و سپس هر ۳۰ دقیقه تا اتمام مرحله اول (اتساع ۱۰ سانتی‌متری دهانه رحم) و دوم زایمان (خروج سر نوزاد) توسط کمک پژوهشگر سنجش گردید. در گروه کنترل نیز توانایی مقابله با درد، بلافاصله بعد از اتمام انقباض رحم و سپس هر ۳۰ دقیقه تا پایان مرحله اول و دوم زایمان توسط کمک پژوهشگر سنجیده شد. خودکارآمدی زایمان نیز در بدو پذیرش و سپس یک ساعت بعد از زایمان توسط کمک پژوهشگر سنجیده شد. در این مطالعه از ۱۶۵ شرکت‌کننده، ۲ نفر در گروه ممانه‌ای - GV20 (۱ نفر به دلیل انقباضات هایپرتون و ۱ نفر به دلیل عدم پیشرفت)، ۳ نفر در گروه کیسه صفا -

نقطه‌ای لیکرت از ۳-۰ نمره‌گذاری می‌شود. از آنجا که این مقیاس فرم کوتاه شده مقیاس ۴۲ سؤالی است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها ۲ برابر می‌شود. پرسشنامه مشاهده‌ای رفتار مقابله‌ای با درد زایمان شامل ۶ زیرگروه و ۲۱ گزینه درباره حالت چهره، بیان کلامی، تون صدا، حرکات بدن، درجه تن‌آرامی و وضعیت تنفسی است. محدوده نمرات حاصل از این پرسشنامه ۲۱-۷ است. فرم کوتاه شده پرسشنامه خودکارآمدی زایمان از دو بخش مقیاس انتظار پیامد از زایمان و مقیاس انتظار خودکارآمدی زایمان تشکیل شده است. هر بخش شامل ۱۸ سؤال است که با مقیاس ۱۰ درجه‌ای لیکرت سنجیده می‌شود (هر سؤال در هر بخش نمره‌ای بین ۱-۱۰ دارد). با جمع نمرات در هر بخش، نمره مقیاس انتظار از پیامد زایمان و نمره انتظار خودکارآمدی زایمان به دست می‌آید و با جمع نمرات به دست آمده در دو بخش، نمره کل خودکارآمدی درک شده زایمان محاسبه می‌گردد.

روایی ابزارها به روش روایی محتوی انجام گرفت. پایایی مقیاس DASS-21 و پرسشنامه مشاهده‌ای رفتار مقابله‌ای با درد زایمان به روش همسانی درونی بر روی ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش، به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ۰/۹۰ تأیید گردید. پایایی پرسشنامه خودکارآمدی زایمان نیز به روش همسانی درونی بر روی ۱۰ نفر از واحدهای پژوهش به ترتیب با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و ۰/۷۷ برای مقیاس انتظار پیامد از زایمان و مقیاس انتظار خودکارآمدی زایمان در بدو پذیرش و ۰/۸۹ و ۰/۹۰ یک ساعت بعد از زایمان تأیید گردید. روایی مقیاس تطابق دیداری در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۳) و پایایی آن نیز در این مطالعه به شیوه پایایی هم‌ارز تعیین شد؛ بدین صورت که در بدو پذیرش، شدت درد ۱۰ نفر از مادران یک بار توسط پژوهشگر و یک بار توسط کمک پژوهشگر با استفاده از مقیاس مذکور اندازه‌گیری شد و همبستگی بین آنها با $I=0/98$ محاسبه گردید. صلاحیت پژوهشگر جهت فشار بر نقاط مورد نظر طی یک دوره ۵ جلسه‌ای نزد متخصص طب سوزنی مورد تأیید قرار گرفت. جهت یکسان نمودن مدت زمان اعمال فشار در دو گروه مداخله و جلوگیری از هرگونه سوگیری در نتایج مطالعه، در مجموع ۲۰ دقیقه

جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۵) و آزمون‌های آماری دقیق فیشر، آنالیز واریانس یک‌طرفه، توکی و ناپارامتری کروسکال والیس، دان با تصحیح بونفرونی و فریدمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

GV20 (نفر به دلیل دیسترس جنینی و ۲ نفر به دلیل انقباضات هایپرتون) و ۱ نفر در گروه کنترل (دریافت نارکوتیک) از مطالعه خارج شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۱۵۸ نفر (به ترتیب ۵۳ نفر در گروه مثانه‌ای-GV20، ۵۲ نفر در گروه کیسه صفر-GV20 و ۵۴ نفر در گروه کنترل) انجام گرفت. داده‌ها پس از



تصویر ۱- محل آناتومیک نقاط گروه‌های مداخله در سطح جمجمه

مقابله با درد در بدو مطالعه (p=۰/۶۱)، احساس مادر نسبت به بارداری (p=۰/۴۴) و میزان ترس از زایمان (p=۰/۹۱) همگن بودند (جدول ۱، ۲).

یافته‌ها

بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، سه گروه از نظر سن (p=۰/۴۸)، شاخص توده بدنی (p=۰/۴۵)، نمره درد (p=۰/۹۵)، نمره خودکارآمدی (p=۰/۴۹) و نمره توانایی

جدول ۱- مقایسه مشخصات فردی واحدهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه

آزمون	گروه			متغیر
	کنترل	کیسه صفر-GV20	مثانه‌ای-GV20	
کروسکال والیس	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	
p=۰/۴۸	۲۵/۷±۴/۹	۲۵/۵±۵/۲	۲۶/۶±۵/۰	سن (سال)
p=۰/۴۵	۲۳/۶±۳/۸	۲۳/۰±۳/۶	۲۳/۸±۳/۳	شاخص توده بدنی
p=۰/۹۵	۷۰/۴±۱۲/۸	۷۳/۸±۱۴/۰	۷۴/۷±۱۲/۴	نمره درد در بدو پذیرش (میلی‌متر)
p=۰/۳۷	۲۱۴/۲±۷۸/۲	۲۰۳/۳±۷۴/۳	۲۲۴/۷±۷۵/۹	نمره خودکارآمدی در بدو پذیرش
P=۰/۶۱	۱۴/۹±۳/۳	۱۴/۴±۳/۱	۱۴/۹±۳/۰	نمره توانایی مقابله با درد در بدو پذیرش

جدول ۲- توزیع فراوانی تعدادی از متغیرهای کیفی سنجش شده واحدهای پژوهش در سه گروه مورد مطالعه

سطح	گروه			متغیر
	کنترل	کیسه صفر-GV20	مثانه‌ای-GV20	
معنی‌داری*	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
p=۰/۴۴	۲۶ (۴۸/۰)	۲۸ (۵۴/۹)	۳۱ (۵۸/۵)	خیلی خوشحال
	۲۵ (۴۶/۳)	۲۳ (۴۵/۱)	۲۱ (۳۹/۶)	خوشحال
	۱ (۱/۹)	۰ (۰)	۱ (۱/۹)	بی تفاوت
	۱ (۱/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	ناراحت
	۱ (۱/۹)	۰ (۰)	۰ (۰)	خیلی ناراحت
	۵۴ (۱۰۰)	۵۱ (۱۰۰)	۵۳ (۱۰۰)	کل

	اصلاً	۳ (۵/۸)	۶ (۱۱/۸)	۱۲ (۲۲/۲)
	کم	۷ (۱۳/۲)	۹ (۱۷/۶)	۷ (۱۳/۰)
	متوسط	۱۹ (۳۶/۸)	۱۱ (۲۱/۶)	۹ (۱۶/۷)
ترس از زایمان	زیاد	۱۲ (۲۲/۱)	۱۲ (۲۳/۵)	۸ (۱۴/۸)
	خیلی زیاد	۱۲ (۲۲/۱)	۱۳ (۲۵/۵)	۱۸ (۳۳/۳)
	کل	۵۳ (۱۰۰)	۵۱ (۱۰۰)	۵۴ (۱۰۰)

توانایی مقابله با درد طی مراحل اندازه‌گیری اختلاف آماری معنی‌داری داشت. همچنین بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، میانگین نمره توانایی مقابله با درد زایمان بلافاصله ($p < 0/001$) و ۳۰ دقیقه بعد از سیکل مداخله ($p < 0/001$) و در کل مرحله دوم زایمان ($p < 0/001$) در سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشت. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی دان با تصحیح بونفرونی در مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها، نمره توانایی مقابله با درد در تمام مراحل اندازه‌گیری در مرحله دوم زایمان، در گروه مثانه‌ای-GV20 و کیسه صفرای-GV20 با گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). از سوی دیگر در مقایسه بین دو گروه مثانه‌ای-GV20 و کیسه صفرای-GV20، نمره توانایی مقابله با درد در تمام مراحل اندازه‌گیری در مرحله دوم زایمان، بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). بر اساس نتایج آزمون فریدمن در مقایسه درون‌گروهی، در هر یک از گروه‌های مثانه‌ای-GV20 ($p < 0/001$)، کیسه صفرای-GV20 ($p < 0/001$) و کنترل ($p < 0/001$) نمره توانایی مقابله با درد، طی مراحل اندازه‌گیری اختلاف آماری معنی‌داری داشت (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون‌های کروسکال والیس و آنالیز واریانس یک‌طرفه، میانگین نمره توانایی مقابله با درد زایمان بلافاصله ($p < 0/001$) و ۳۰ دقیقه بعد از هر بار سیکل مداخله ($p < 0/001$)، بلافاصله ($p < 0/001$) و ۳۰ دقیقه بعد از آخرین سیکل مداخله ($p < 0/001$) و در کل فاز فعال مرحله اول زایمان ($p < 0/001$) در سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشت. در مقایسه دو به دوی گروه‌ها با استفاده از آزمون‌های توکی و دان با تصحیح بونفرونی، نمره توانایی مقابله با درد در تمام مراحل اندازه‌گیری در مرحله اول زایمان، در گروه مثانه‌ای -GV20 و کیسه صفرای-GV20 با گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/05$). از سوی دیگر در مقایسه بین دو گروه مثانه‌ای-GV20 و کیسه صفرای -GV20، نمره توانایی مقابله با درد به‌غیر از نمره بلافاصله بعد از آخرین سیکل مداخله ($p < 0/05$)، در تمام مراحل اندازه‌گیری بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$). بر اساس نتایج آزمون فریدمن در مقایسه درون‌گروهی، در هر یک از گروه‌های مثانه‌ای-GV20 ($p < 0/001$)، کیسه صفرای-GV20 ($p < 0/001$) و کنترل ($p < 0/001$)، نمره

جدول ۳- میانگین نمره توانایی مقابله با درد در مراحل مختلف سنجش طی مرحله اول و دوم زایمان به تفکیک گروه

گروه	متغیر	مثانه‌ای-GV20	کیسه صفرای-GV20	کنترل	نتیجه آزمون
توانایی مقابله با درد بلافاصله بعد از هر بار سیکل مداخله	توانایی مقابله با درد بلافاصله بعد از هر بار سیکل مداخله	۱۸/۸±۳/۶	۱۹/۲±۱/۳	۱۲/۷±۳/۳	* $p < 0/001$
	توانایی مقابله با درد ۳۰ دقیقه بعد از هر بار سیکل مداخله	۱۵/۸±۲/۹	۱۶/۱±۳/۲	۱۱/۵±۲/۷	** $p < 0/001$
	توانایی مقابله با درد بلافاصله بعد از آخرین سیکل مداخله	۲۰/۳±۰/۸	۲۰/۹±۰/۱	۱۳/۶±۲/۹	* $p < 0/001$
	توانایی مقابله با درد ۳۰ دقیقه بعد از آخرین سیکل مداخله	۱۶/۹±۲/۵	۱۷/۰±۱/۹	۱۳/۰±۲/۸	* $p < 0/001$
	توانایی مقابله با درد در کل فاز فعال مرحله اول زایمان	۱۶/۵±۱/۹	۱۶/۹±۲/۱	۱۲/۰±۲/۷	** $p < 0/001$
نتیجه آزمون فریدمن					
توانایی مقابله با درد بلافاصله بعد از سیکل مداخله	توانایی مقابله با درد بلافاصله بعد از سیکل مداخله	۲۰/۵±۰/۵	۲۰/۸±۰/۳	۱۱/۵±۳/۴	* $p < 0/001$
	توانایی مقابله با درد ۳۰ دقیقه بعد از سیکل مداخله	۱۷/۷±۱/۳	۱۷/۴±۱/۴	۱۰/۶±۲/۵	* $p < 0/001$
	توانایی مقابله با درد در کل مرحله دوم زایمان	۱۷/۴±۲/۰	۱۶/۸±۲/۲	۱۰/۴±۲/۴	* $p < 0/001$
	نتیجه آزمون فریدمن	$p < 0/001$	$p < 0/001$	$p < 0/001$	$p < 0/001$

*آزمون کروسکال والیس، **آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، اعداد بر اساس میانگین ± انحراف معیار بیان شده‌اند.

بر اساس نتایج آزمون کروسکال والیس، میانگین نمره خودکارآمدی یک ساعت بعد از زایمان در سه گروه مثانه‌ای-GV20 ($271/5 \pm 55/9$)، کیسه صفرا-GV20 ($268/0 \pm 54/4$) و کنترل ($114/8 \pm 52/3$) اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). بر اساس نتایج آزمون تعقیبی دان با تصحیح بونفرونی در مقایسه دو به دو گروه‌ها، نمره خودکارآمدی یک ساعت بعد از زایمان، در گروه مثانه‌ای-GV20 و کیسه صفرا-GV20 با گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/05$)، اما تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مثانه‌ای-GV20 و گروه کیسه صفرا-GV20 وجود نداشت ($p = 0/548$).

بحث

در مطالعه حاضر، فشار در نقاط مجموعه‌ای مثانه (BL9، BL8، BL5) و GV20 و کیسه صفرا (GB18، GB17، GB16، GB8) و GV20 توانایی مقابله با درد در مرحله اول و دوم زایمان را افزایش داد. زایمان، دوره‌ای سراسر استرس و تنش است. هورمون‌هایی که در پاسخ به ترس، تنش، اضطراب و درد حین زایمان ترشح می‌شوند همانند کاتکول‌آمین‌ها، اپی‌نفرین و کورتیزول، می‌توانند بر قدرت انقباض عضلات رحم تأثیر گذاشته و موجب کاهش قدرت انقباضات عضلات رحمی و در نهایت اختلال در پیشرفت زایمان شوند. طولانی شدن زایمان به دنبال اختلال در پیشرفت نیز خود موجب افزایش درد، خستگی، کاهش توانایی مقابله با درد و در نتیجه مقابله نامطلوب با درد می‌گردد (۲۹). در مطالعات متعدد نشان داده شده است که طب فشاری موجب آزادسازی هورمون‌هایی نظیر اکسی‌توسین، سروتونین و اندورفین می‌شود (۵). اکسی‌توسین آزاد شده به دنبال تحریک نقاط طب فشاری، علاوه بر خواص ضددردی و افزایش آستانه درد، موجب تعادل روح و روان و کاهش استرس می‌شود. از سوی دیگر سروتونین و اندورفین آزاد شده به دنبال طب فشاری نیز در کاهش درد، افزایش آستانه درد و افزایش تحمل درد مؤثر می‌باشند (۳۰). بنابراین طب فشاری از یک سو با افزایش آستانه درد و تحمل فرد و از سوی دیگر با تأثیر بر تنظیم و

آزادسازی هورمون‌های فوق، می‌تواند با کاهش میزان اضطراب، خستگی و درد، توان مقابله‌ای زن را در برابر درد زایمان افزایش داده و رفتارهای مقابله‌ای مطلوب‌تری را برای مادر به ارمغان آورد.

در مطالعه دورگا و همکاران (۲۰۱۲) فشار در ۸ نقطه مجموعه‌ای ((نقاط مثانه (BL9، BL8، BL5)، کیسه صفرا (GB8، GB16، GB17، GB18) و GV20)) موجب افزایش توانایی مقابله با درد زنان نخست‌زا در مرحله اول زایمان گردید (۲۷). در مطالعه دورگا هر یک ساعت، با شروع انقباضات رحمی ۳۰ ثانیه فشار بر هر یک از نقاط BL5، BL8، BL9، GB8، GB16، GB17 و GB18 (در مجموع ۴ دقیقه اعمال فشار در هر بار مداخله) اعمال گردید، اما مدت زمان کل اعمال فشار بر هر یک از نقاط فوق بیان نشده است، در حالی که در مطالعه حاضر به منظور کاهش تعداد نقاط در گروه‌های مداخله، هر یک از نقاط مثانه‌ای و کیسه صفرا در گروه‌های مداخله جدا مورد بررسی قرار گرفتند. از سوی دیگر به دلیل این‌که در کتب طب سوزنی، نقطه GV20 مهم‌ترین نقطه در تنظیم فعالیت و ارگان‌های بدن شناخته شده و استفاده از آن در تمام درمان‌های انجام شده به روش طب سوزنی توصیه شده است، در مطالعه حاضر این نقطه در هر دو گروه قرار داده شد. همچنین در مطالعه حاضر به منظور اجتناب از هرگونه سوگیری در نتایج مطالعه، مدت زمان اعمال فشار در هر یک از گروه‌های مداخله در مرحله اول زایمان، ۲۰ دقیقه و در مرحله دوم زایمان، ۱ سیکل فشار تعیین گردید.

از دیدگاه طب سنتی چین، بسیاری از اختلالات در طول لیبر در اثر انسداد جریان چی در طول میریدین‌ها ایجاد می‌شود (۳۱). کبد ارگانی است که در حفظ و تنظیم جریان چی، نقش بسیار مهمی بر عهده دارد. تنظیم عملکرد کبد از طریق کانال مربوطه یا سایر کانال‌های مرتبط با آن همانند کانال مثانه‌ای و کیسه صفرا می‌تواند در تنظیم جریان چی مؤثر باشد. تنظیم جریان چی در تنظیم فعالیت‌های روانی و انرژی روانی مؤثر می‌باشد. از سوی دیگر نقطه GV20، مهم‌ترین نقطه بر روی کانال Du Mai می‌باشد. این نقطه اثرات سایکولوژیک قابل توجهی دارد. همچنین این نقطه به عنوان نقطه آرامش-

صورت مستقیم از طریق درک منفی و هم به صورت غیرمستقیم از طریق تأثیر برانگیختگی، بر اجرای خودکارآمدی درک شده تأثیر دارد (۳۳). استرس و اضطراب بالای زنان به ویژه زنان نخست‌زا با اولین تجربه تولد، ممکن است بر سطح خودکارآمدی آنان تأثیر سوء داشته و در نتیجه خودکارآمدی آنان جهت مقابله با درد زایمان را کاهش دهد. طب فشاری می‌تواند با کاهش سطح اضطراب و استرس و ایجاد آرامش جسمی و روانی، سطح خودکارآمدی زن را افزایش داده و بدین ترتیب توانایی وی را جهت مقابله با درد زایمان افزایش دهد.

اسمیت و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود نتیجه گرفتند که طب سوزنی می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی در زنان نابارور شود. در این مطالعه بعد از ۸ هفته استفاده از طب سوزنی، میزان خودکاری افزایش یافته بود، اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/09$) (۳۴). در مطالعه حاضر نیز میزان خودکارآمدی زایمان بعد از مداخله در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته بود. با این وجود بین دو مطالعه تفاوت‌هایی از نظر نحوه طراحی مطالعه، نقاط مورد بررسی و روش اجرا وجود داشت.

همچنین مطالعه کواروا و همکاران (۲۰۱۰) که بر روی زنان نابارور انجام شد، نشان داد که طب سوزنی موجب افزایش خودکارآمدی می‌گردد ($p=0/008$) (۳۵).

انجام مطالعه فوق با محدودیت‌هایی همراه بود. تفاوت‌های فردی، وضعیت روحی و روانی، دیدگاه هر یک از واحدهای پژوهش نسبت به طب فشاری و میزان پاسخ آنان در برابر طب فشاری، بر نحوه پاسخگویی آنها اثر داشت که کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود. از سوی دیگر عوامل فیزیکی همانند سروصدا، ورود به یک محیط جدید، عوض شدن ماماها در هر شیفت و آموزشی بودن بیمارستان، در مقابله صورت گرفته شده با درد توسط واحدهای پژوهش تأثیرگذار بود که سعی شد با در نظر گرفتن اتاق‌های Labour Delivery و Recovery و توضیح اهداف پژوهش به پرسنل درمانی و مادر، تا حدودی کنترل گردد.

بخش، اثرات بسیار زیادی بر ایجاد آرامش و کاهش تنش و استرس دارد (۳۲). با تحریک این نقطه از یک سو و تنظیم جریان آزاد چی از سوی دیگر، می‌توان تنش، استرس و اضطراب موجود در طی زایمان را کنترل کرد و در نتیجه توانایی فرد را جهت مقابله با درد افزایش داد. بر اساس مطالعه گلمکانی و همکاران (۲۰۱۲) هرچه سطح شادمانی در بارداری بیشتر باشد، رفتارهای مقابله‌ای با درد زایمان مطلوب‌تر و نمرات آن بالاتر می‌رود (۲۹). در توجیه این امر می‌توان گفت، طب فشاری و شادمانی هر دو از طریق مکانیسم‌های فیزیولوژیک مشابه از جمله کاهش میزان اضطراب، خستگی و درد، موجب افزایش توانایی مقابله با درد در زنان می‌شوند.

گاموس و همکاران (۲۰۰۸) گزارش کردند طب سوزنی موجب بهبودی تعدادی از راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به درد مزمن اسکلتی عضلانی می‌شود. در این مطالعه ۴۱ بیمار مبتلا به دردهای مزمن اسکلتی عضلانی به مدت ۸-۴ هفته تحت طب سوزنی مطابق پروتکل مرتبط با بیماری خود، قرار گرفتند. در این مطالعه برخلاف مطالعه حاضر، جامعه پژوهش از بیماران مبتلا به دردهای مزمن اسکلتی عضلانی انتخاب شدند و هیچ گروه کنترلی برای این مطالعه در نظر گرفته نشده بود. از سوی دیگر، نقاط مورد بررسی و مدت زمان اعمال تحریک در این نقاط مشخص نشده است (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد طب فشاری در نقاط مجسمه‌ای مثانه‌ای (BL5، BL8، BL9) و GV20 و کیسه صفرا (GB8، GB16، GB17، GB18) و GV20، علاوه بر افزایش توانایی مقابله با درد در مرحله اول و دوم زایمان، موجب افزایش خودکارآمدی زایمان نیز می‌شود.

خودکارآمدی در واقع ارزیابی فرد از توانایی‌های خود جهت مقابله با یک موقعیت استرس‌زاست (۱۸). بین سطح خودکارآمدی و توانایی مقابله با درد ارتباط مستقیم وجود دارد. زنانی که در طول زایمان، سطح خودکارآمدی بالاتری دارند، توانایی آنان نیز جهت مقابله با درد افزایش می‌یابد (۱۷، ۱۸). از سوی دیگر سطوح بالای اضطراب و استرس با سطح پایین خودکارآمدی همراه است. در واقع برانگیختگی فیزیولوژیک هم به

نتیجه گیری

طب فشاری در نقاط جمجمه‌ای مثانه (BL5، BL8، BL9) و GV20 و کیسه صفرا (GB8، GB16، GB17، GB18) و توانایی مقابله با درد در مرحله اول و دوم زایمان و خودکارآمدی زایمان را افزایش می‌دهد، لذا از این گروه نقاط می‌توان در بالین جهت افزایش خودکارآمدی و توانایی مقابله با درد زایمان استفاده نمود. همچنین این مطالعه می‌تواند به‌عنوان بستری جهت مطالعات بعدی در این زمینه در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی حاصل از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد کارآزمایی بالینی IRCT20170503033796N2 می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه مسئولان محترم دانشگاه علوم پزشکی مشهد و دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و پرسنل محترم زایشگاه ام‌البنین (س) و نیز مادران مورد پژوهش، به جهت همکاری بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

1. Valizadeh L, Bayrami R. Nulliparous women experiences the pain of natural childbirth: a qualitative study. J Tabriz Nurs Midwifery 2010; 15:25-34. (Persian).
2. Kordi M, Rohani Mashadi S, Fadaee A, Esmaili H. Effects of SP6 acupressure on reducing the labor pain during first stage of delivery. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2009; 12(4):7-13. (Persian).
3. Kordi M, Firooz M, Esmaili H. Effect of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor in nuliparous women. Hayat 2011; 16(3):95-101. (Persian).
4. Alavi N, Nemati M, Kaviani M, Tabaie MH. The effect of lavender aaromatherapy on the pain intensity perception and intarapartum outcomes in primipare. Armaghane Danesh 2010; 15(1):30-7. (Persian).
5. Kordi M, Golmakani A, Rabiee Motlagh E, Zahedi Fard T, Badiie Aval SH. Non-pharmacological approaches of relieve labor pain. 1st ed. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences Publisher; 2017. (Persian).
6. Golmakani N, Hashemi Asl M, Sadjadi A, Pourjavad M. Investigating the factors associated with labor pain and coping behavior. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2012; 15(24):17-25. (Persian).
7. Roberts L, Gulliver B, Fisher J, Cloyes KG. The coping with labor algorithm: an alternate pain assessment tool for the laboring woman. J Midwifery Womens Health 2010; 55(2):107-16.
8. Ali Akbarei S, Jamalian R, Koahn S, Valaie N. Effect of childbirth preparation on reduction of pain and duration of delivery. Feyz 2000; 4(3):41-8. (Persian).
9. Niven CA, Gijsbers K. Coping with labor pain. J Pain Symptom Manage 1996; 11(2):116-25.
10. Tampawiboon K. Effect of childbirth preparation on fear, labor pain coping behaviors and childbirth satisfaction in primiparas. [Master Thesis]. Ramathibodi: Faculty of Medicine Ramathibodi Maternity and Newborn Nursing; 2005.
11. Farzinrad B, Asgharnejad F, Yekeyzandoost R, Habibyaskarabad M. A comparison of coping styles and personality in depressed and non-depressed students. J Behav Sci 2010; 4(1):17-21. (Persian).
12. Abushaikha LA. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. J Transcult Nurs 2007; 18(1):35-40.
13. Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. Midwifery 2004; 20(2):144-56.
14. Van der Gucht N, Lewis K. Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. Midwifery 2015; 31(3):349-58.
15. Lowe NK. Maternal confidence in coping with labor: a self-efficacy concept. J Obstet Gynecol Neonat Nurs 1991; 20(6):457-63.
16. Kulesza-Bronczyk B, Dobrzycka B, Glinska K, Terlikowski SJ. Strategies for coping with labour pain. Progr Health Sci 2013; 3(2):82.
17. Khorsandi M, Ghofranipour F, Heidarinia A, Faghihzadeh S, Vafae M. Perceived self-efficacy of childbirth in pregnant women. J Med Council Iran 2008; 26(1):89-95. (Persian).
18. Rastegari L, Mohebbi P, Mazlomzadeh S. The effect of childbirth preparation training classes on perceived self-efficacy in delivery of pregnant women. J Zanjan Univ Med Sci 2013; 21(86):105-15. (Persian).
19. Vakilian K, Karamat A, Mousavi A, Shariati M, Ajami E, Atarha M. The effect of Lavender essence via inhalation method on labor pain. J Shahrekord Univ Med Sci 2012; 14(1):34-40. (Persian).
20. Mirghafourvand M, Sehatie Shafaie F, Vosoughi-Niri J. The effect of non-pharmacological methods of labor pain relief on mothers' perceived stress: a randomized controlled trial. J Ardabil Univ Med Sci 2014; 14(4):398-411. (Persian).

21. Hamidzadeh A, Shahpourian F, Orak RJ, Montazeri AS, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *J Midwifery Womens Health* 2012; 57(2):133. (Persian).
22. Akbarzadeh M, Moradi Z, Zare N, Hadiyanfard MJ, Jokar A. Comparing the effect of acupressure at two GB-21 and SP-6 points on the pain severity of active phase of delivery among primiparous women. *Armaghane Danesh* 2012; 16(6):498-506. (Persian).
23. Makvandi S, Mirzaiinajmabadi K, Sadeghi R, Mahdavian M, Karimi L. Meta-analysis of the effect of acupressure on duration of labor and mode of delivery. *Int J Gynecol Obstet* 2016; 135(1):5-10.
24. Hao JJ, Hao LL. Review of clinical applications of scalp acupuncture for paralysis: an excerpt from Chinese scalp acupuncture. *Global Adv Health Med* 2012; 1(1):102-21.
25. Liu Z, Guan L, Wang Y, Xie CL, Lin XM, Zheng GQ. History and mechanism for treatment of intracerebral hemorrhage with scalp acupuncture. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012; 2012:895032.
26. Gamus D, Meshulam-Atzmon V, Pintov S, Jacoby R. The effect of acupuncture therapy on pain perception and coping strategies: a preliminary report. *J Acupunct Meridian Stud* 2008; 1(1):51-3.
27. Durga MK, Venkatesan L, Sonia LA. Effectiveness of scalp acupressure upon labour pain and coping among primiparturient women. *Asian J Nurs Educ Res* 2012; 2(3):140.
28. Croizier RC. Traditional medicine in modern China: science, nationalism, and the tensions of cultural change. Massachusetts: Harvard University Asia Center; 1968.
29. Golmakani N Hashemi Asl M, Sadjadi SA, Ebrahimzade S. The relationship between happiness during pregnancy, and labor pain coping behaviors. *Evid Based Care J* 2012; 2(2):87-95. (Persian).
30. Rezvani M. Definition of acupuncture from the perspective of the West. *J Anesthesiol Pain* 2011; 2(2):85-96. (Persian).
31. Kaviani M, Ashoori M, Azima S, Rajaei Fard A, Hadian Fard M. Comparing the effect of two methods of acupressure and ice massage on the pain, anxiety levels and labor length in the point LI-4. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2012; 20(2):220-8. (Persian).
32. Navidi A, Khedmat H, Holisaz MT, Naseri MH, Ghasemi Soleimanieh KH, Yari F. Principle of basic & clinical acupuncture. 1st ed. Tehran: Tayeb Publisher; 2002. (Persian).
33. Khavari F. The relationship of irrational beliefs and the coping with stress behaviors with perfectionism and self-efficacy in pregnancy childbirth. [Master Thesis]. Tehran: School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science; 2016. (Persian).
34. Smith CA, Ussher JM, Perz J, Carmady B, de Lacey S. The effect of acupuncture on psychosocial outcomes for women experiencing infertility: a pilot randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2011; 17(10):923-30.
35. Kovářová P, Smith CA, Turnbull DA. An exploratory study of the effect of acupuncture on self-efficacy for women seeking fertility support. *Explore* 2010; 6(5):330-4.