

# بررسی تأثیر طب فشاری بر شدت درد ناشی از قاعدگی دردناک اولیه

زهرا بیگم آقامیری<sup>۱</sup> دکتر محسن ویژه<sup>۲</sup> رباب لطیف نژاد<sup>۳</sup> دکتر صدر نبوی<sup>۴</sup>  
<sup>۱</sup> مربی مامایی<sup>۲</sup> دکتری تخصصی طب کار دانشگاه علوم پزشکی تهران<sup>۳</sup> مربی مامایی<sup>۴</sup> نوروژنیست دانشگاه علوم پزشکی مشهد

حیات مجله دانشکده پرستاری و مامایی تهران دوره ۱۱ شماره ۴-۳ پاییز و زمستان ۱۳۸۴ صص ۲۸-۱۹

## چکیده

زمینه و هدف: تعداد قابل توجهی از زنان از مشکل قاعدگی دردناک رنج می‌برند. با توجه به مسئولیت‌های خطیر خانوادگی و اجتماعی آنان لازم است در زمینه‌ی ارتقاء سلامت جسمی و روانی زنان سرمایه‌گذاری بیشتری شده و به سلامت آنان بها داده شود.

روش بررسی: در این مطالعه ۱۰۰ دانشجوی دختر مبتلا به قاعدگی دردناک اولیه ساکن در خوابگاه از طریق روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه ۵۰ نفری تجربی و پلاسبو قرار گرفتند. در شروع مطالعه علاوه بر مشخصات فردی، تاریخچه‌ی قاعدگی، فعالیت فیزیکی، علایم حیاتی، شدت درد قاعدگی ثبت گردید. سپس درمان در طی دو دوره‌ی متناوب قاعدگی با شروع هم‌زمان درد و خونریزی با استفاده از روش طب فشاری در گروه تجربه و روش فشار در گروه پلاسبو در طی دو دوره ۱۵ دقیقه‌ای و به فاصله ۳۰ دقیقه از هم به اجرا درآمد. در گروه تجربه روش درمانی روی نقاط کمری، شکمی، ساق پا و گوش و در گروه پلاسبو روی نقاط پلاسبو به صورت یک سوکور توسط یکی از پژوهشگران انجام شد. سپس شدت درد بلافاصله، نیم ساعت، یک ساعت، دو ساعت و سه ساعت بعد از مداخله با استفاده از مقیاس دیداری، شدت درد اندازه‌گیری و ثبت گردید. اطلاعات با استفاده از آزمون‌های تی و مجذور کای و از طریق نرم‌افزار SPSS، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میانگین شدت درد قبل از مداخله ( $1/5 \pm 8/7$ ) و بعد از مداخله ( $2/1 \pm 2/6$ ) در گروه تجربه (۷۰ درصد کاهش) تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین نتایج حاصل نشان داد که بین تفاوت میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دو گروه تجربه و پلاسبو تفاوت معناداری ملاحظه شد ( $p < 0/001$ ).

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر حاکی از آن است که بهره‌گیری از روش طب فشاری در نقاط خاص کمری، شکمی، ساق پا و گوش باعث کاهش شدت درد و تخفیف عوارض روحی و روانی ناشی از قاعدگی دردناک اولیه می‌شود. از این رو می‌توان از طب فشاری به عنوان یک روش غیر دارویی-ارزان و بدون عوارض جانبی در تسکین درد قاعدگی در دختران و زنان جوان استفاده نمود.

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول  
مقاله: معاونت سلامت  
دانشگاه علوم پزشکی  
تهران

e-mail:  
Zahraaghamsiri@yahoo.  
com

واژه‌های کلیدی: طب فشاری، قاعدگی دردناک اولیه، شدت درد

- تاریخ دریافت مقاله: دی ماه ۱۳۸۳ - تاریخ پذیرش مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۴

## مقدمه

دردهای جسمی و روانی بسیارند و بارها و بارها در سرودها، افسانه‌ها، شعرها و حکایات در دوران اقامت کوتاه بشر بر روی کره زمین درد توصیف شده و رنج و عذاب آن

به صورت آثار باستانی و آثار قلم‌زنی ترسیم شده است. (۱) یکی از مشکلات شایع زنان قاعدگی دردناک است که در سابق به عنوان معمای علم زنان قلمداد می‌شد. (۲) قاعدگی دردناک اولیه یک واژه یونانی برای توصیف

انقباض دردناک عضلات رحمی است که در طی روزهای قاعدگی زنان بروز می‌کند. دو نوع قاعدگی دردناک وجود دارد: اولیه و ثانویه. درباره قاعدگی دردناک اولیه اعتقاد بر این است که کاهش پروژسترون در مراحل انتهایی فاز ترشخی سبب پاره شدن لیزوزم‌ها و در پی آن آزاد شدن فسفولیپاز A2 و افزایش سنتز پروستاگلاندین‌ها به خصوص E2 و F2α می‌گردد. این دو ماده موجب انقباض عروق و عضلات رحمی و در نهایت موجب ایسکمی و درد می‌شوند. (۳) قاعدگی دردناک اولیه معمولاً ۲ تا ۳ سال پس از منارک بروز می‌کند. درد معمولاً با شروع خونریزی آغاز می‌شود و ۳۲ الی ۴۸ ساعت به طول می‌انجامد. به نظر می‌رسد علت بروز دردهای قاعدگی و علایم همراه آن از جمله تهوع، استفراغ، خستگی، سردرد مربوط به آزاد شدن پروستاگلاندین‌ها در طی قاعدگی باشد. (۴ و ۵) وازوپرسین یکی دیگر از عواملی است که باعث انقباض عضلات رحمی، ایسکمی و درد دوران قاعدگی می‌شود. (۶) درجاتی از قاعدگی دردناک در بیش از نیمی از زنان بعد از بروز اولین قاعدگی وجود دارد ۱۰-۱۵ درصد از افراد مدت ۱ الی ۳ روز در هر ماه به علت این مسأله نیاز به استراحت پیدا می‌کنند. (۲)

Andresh و Milsum در یک مطالعه تصادفی روی زنان ۱۹ ساله سوئدی شیوع قاعدگی دردناک اولیه را ۷۲ درصد ذکر کرده‌اند در حالی که ۱۵ درصد از این افراد هر ماه دچار محدودیت در فعالیت‌های روزانه بوده و دردشان با مسکن‌ها بهبود نمی‌یافته است و ۸ درصد همراه از مدرسه یا محل کار غیبت داشته‌اند و بالاخره

۳۸ درصد تحت درمان منظم پزشکی قرار داشته‌اند. (۷) قاعدگی دردناک از نظر اثرات اقتصادی و اجتماعی همیشه مورد توجه بوده است و برآورد می‌شود در جوامع غربی به دلیل آن که حداقل ۴۲ درصد از نیروی کار بالغین را زنان تشکیل می‌دهند لذا با غیبت آنان از محل کار سالانه میلیون‌ها ساعت کار به هدر می‌رود به طوری که در ایالات متحده اگر درمان مؤثری برای قاعدگی دردناک انجام نشود در حدود ۶۰۰ میلیون ساعت کاری در هر سال به هدر خواهد رفت. (۲) قاعدگی دردناک علاوه بر خسارات اقتصادی که به همراه دارد بر روح و روان فرد نیز تأثیر نامطلوب بر جای می‌گذارد به طوری که می‌تواند زمینه‌ساز دردهای شدید هنگام زایمان باشد. (۸) جبارزاده در این باره اظهار می‌دارد که در بین زنانی که دردهای شدید موقع زایمان داشته‌اند ۶۹ درصد از قاعدگی دردناک اولیه رنج برده‌اند. (۹) درمان حملات قاعدگی دردناک اولیه بستگی به شدت آن دارد معمولاً برای جلوگیری از ایجاد درد قبل از شروع درد دارو مصرف می‌شود. (۴) از آنجایی که قاعدگی دردناک اولیه یک عارضه‌ی مزمن و تکرار شونده است، معتاد شدن به بعضی از داروهای اعتیادآور به آسانی صورت می‌گیرد. (۲)

به طور معمول در درمان قاعدگی دردناک اولیه از داروهای نظیر مهارکننده‌های پروستاگلاندین‌ها استفاده می‌شود. ترکیباتی که باعث مهار بیوسنتز پروستاگلاندین‌ها می‌شوند، از ابتدا بر روی مهار آنزیم‌های سازنده‌ی آن اثر می‌کنند. (۵) ایندومتاسین و فنیل بوتازون، نیفیدیبین و قرص‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری و انواع مسکن‌های دیگر هم جهت

کاهش درد قاعدگی مورد استفاده قرار می‌گیرند که عوارض جانبی متعددی را به همراه دارند. (۱۰) Nasir و Bope جهت بهبود قاعدگی دردناک اولیه استفاده از مهارکننده‌های پروستاگلاندین و داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی و سیکلواکسیژناز و جهت بهبود و کنترل درد استفاده از قرص‌های خوراکی ضد بارداری را توصیه می‌کنند. (۱۱)

بنابراین ضرورت ارزیابی یک روش غیردارویی برای بیماران که به دارو درمانی پاسخ نمی‌دهند یا از اثرات جانبی دارو رنج می‌برند یا کسانی که تمایل به استفاده از دارو ندارند کاملاً آشکار است. Steinburg با به‌کارگیری طب سوزنی به نتایج موفقیت‌آمیزی در درمان قاعدگی دردناک اولیه رسید. Crowt در تحقیقی با تحریک الکتریکی انتهای اعصاب از سطح پوست (TENS=Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) موفق به کاهش شدت درد ناشی از قاعدگی اولیه شد. Akin و Wingand در مطالعه‌ای با استفاده از برچسب‌های تولیدکننده حرارت در ناحیه شکم به این نتیجه رسیدند که این برچسب‌ها باعث کاهش دردهای قاعدگی دردناک اولیه در زنان جوان می‌شود. به طوری که این کاهش درد با گروهی که از ایوبروفن استفاده می‌کردند برابری می‌کرد. (۱۰)

تحریک نقاط طب سوزنی با هر روشی از جمله سوزن، حرارت، فشار یا ماساژ با فعال نمودن دو مکانیسم نوروفیزیولوژیک و نوروهورمونال اثرات خود را نمایان می‌سازد. (۱۲) در طب فشاری (Accupressure) یا فشار درمانی به جای سوزن از فشار دست یا انگشتان استفاده می‌شود ولی هدف هر دو روش یکی

است و آن تحریک انرژی بدن (Chi) برای ایجاد بهبودی است. در طب چینی بدون سوزن (Digitopuncture) فقط از دست‌ها کمک گرفته می‌شود و نیازی به استفاده از دارو، سوزن و هیچ وسیله درمانی دیگری نیست. (۱۳) طب فشاری بر اساس نظریه «چهارده نصف‌النهار بزرگ طب چینی» پایه‌ریزی شده است. این چهارده نصف‌النهار همانند مجراهایی از انرژی حیاتی که در طب چینی به آن «چی» گفته می‌شود به اعضای اصلی و حیاتی بدن متصل می‌شوند. در ارتباط با جریان انرژی در این نصف‌النهارها و کار آنها دو اشکال اساسی می‌تواند به وجود آید. (۱۴)

۱- مسدود شدن انرژی، در این حالت چون انرژی نمی‌تواند به آسانی جریان پیدا کند لذا تولید درد می‌کند.

۲- اگر ضعف یا کمبودی در جریان انرژی یک نصف‌النهار ایجاد شود عملکرد عضوی که با این نصف‌النهار در ارتباط است دچار اختلال می‌شود. به همین دلیل با فشار دادن صحیح و مناسب بر بعضی از نقاط که روی نصف‌النهارهای طب سوزنی قرار گرفته‌اند می‌توان این جریان انرژی حیاتی را شدیدتر یا ضعیف‌تر کرد.

برای تسکین درد، نخست نقاط به آرامی به مدت ۳۰ ثانیه فشار داده شده و به تدریج بر میزان فشار افزوده می‌شود تا کاملاً شدید گردد سپس دست به مدت ۱ الی ۳ دقیقه در موضع نگاه داشته می‌شود و پس از آن از میزان فشار تدریجاً کاسته می‌شود تا طی ۳۰ ثانیه نقطه آزاد شود. (۱۴) نقاط کم‌ری ۲۳ و ۲۴ دو جفت از نقاط فشار هستند که روی کانال مثانه‌ای

واقع شده‌اند این مدار شامل ۶۷ نقطه است مسیر این دو مدار از قسمت داخلی زاویه پلک در دو چشم راست و چپ شروع شده و به موازات خط میانی از قسمت قدام سر تا گردن به سمت خلف بدن پایین می‌آیند. (۱۵)

در پشت استخوان پس سری هر انشعاب به دو مدار دیگر تقسیم می‌شود و تا مهره خاجی به صورت ۴ مدار موازی با فاصله از یکدیگر قرار گرفته‌اند این مدارها پس از اتصال به هم از وسط قسمت عقبی ران و ساق پا عبور کرده و به ناخن انگشت کوچک پاها خاتمه پیدا می‌کند. نقاط ۴ و ۱۰ این مدار برای درمان میگرن و نقاط ۳۱ و ۳۲ در کاهش دردهای زایمان و نقاط ۲۳ و ۲۴ جهت کاهش دردهای قاعدگی مورد استفاده قرار می‌گیرند. (۱۵) جهت تحریک نقاط زوج ۲۳ و ۲۴ کانال مئانه‌ای از سوزن درمانی، فشار و ماساژ می‌توان استفاده نمود. به‌کارگیری گرما جهت تحریک نقاط فوق برای بیمار حالت مطلوبی ایجاد می‌کند. نقاط سوم و چهارم کلیوی واقع بر کانال بارداری (Conceptional vessel) از دیگر نقاطی هستند که تحریک صحیح آنها باعث کاهش شدت درد قاعدگی دردناک اولیه می‌شود. محل آناتومیک نقطه سوم کلیوی روی خط وسط بالاتر از برجستگی استخوان عانه و نقطه چهارم آن روی خط میانی و زیر ناف قرار گرفته است.

محل آناتومیک نقطه ششم طحالی بالاتر از قوزک داخلی ساق پا و در خلف استخوان درشت نی می‌باشد، و نقطه نهم طحالی روی بخش میانی ساق پا و در پایین‌ترین سطح برجستگی مفصل استخوان درشت نی واقع شده است.

نقاط Shenman، درد کم‌ری، تخمدانی و رحمی واقع بر چین‌های لاله گوش در کاهش خستگی، اضطراب، افسردگی و بهبود اختلالات انقباضی و عملکرد رحم، تخمدان‌ها و درد کم‌ری مؤثر می‌باشند. نقطه شن من در رأس حفره مثلثی گوش خارجی، نقطه کم‌رددی در قسمت تحتانی بخش مارپیچی گوش خارجی، نقطه تخمدانی بر روی شکاف برجستگی غضروفی که در جلو سوراخ خارجی گوش واقع شده است و نقطه رحمی در قسمت قاعده حفره مثلثی گوش قرار گرفته‌اند.

تحقیقات زیادی در زمینه استفاده از روش‌های مدرن با الهام از طب سنتی چین از جمله تحریک الکتریکی با استفاده از دستگاه TENS و طب سوزنی با ایجاد تحریک الکتریکی انجام شده که به دلیل هزینه گزاف و عدم دسترسی اکثریت افراد به آنها عملاً کاربردی ندارد در حالی که در صورت اثبات تأثیر فشار درمانی و با آموزش مناسب می‌توان از دست‌ها بدون هیچ هزینه‌ای به عنوان ابزارهای درمان‌کننده استفاده کرد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر طب فشاری بر شدت درد ناشی از قاعدگی دردناک اولیه در دختران دانشجوی ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی ساری انجام شده است تا گامی در جهت شناساندن درمان‌های طبیعی برای یکی از مشکلات همیشگی دختران جوان باشد.

### روش بررسی

این مطالعه یک تحقیق نیمه تجربی است که به منظور تعیین تأثیر طب فشاری بر شدت درد ناشی از قاعدگی دردناک اولیه در دختران

قاعدگی، محل و انتشار درد، مدت و شدت خونریزی و شدت قاعدگی دردناک، وضعیت اشتغال، تعداد و نوع نوبت کاری، وضعیت ورزش و استراحت شبانه بوده است. نتایج حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تی و مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش به منظور تعیین اعتبار علمی پرسشنامه، فرم مصاحبه و فرم مشاهده از روش اعتبار محتوی استفاده شد. مقیاس دیداری درد که به عنوان ابزاری جهت سنجش درد به کار می‌رود استاندارد بوده و اعتبار و اعتماد آن مورد قبول می‌باشد. (۱۶) جهت تعیین اعتماد علمی ابزار گردآوری داده‌ها از روش پایایی هم‌ارز استفاده شد، بدین نحو که فرم‌های مذکور بین ۱۰ نفر از دانشجویان واجد شرایط پژوهش با فاصله ۲ ساعت تکمیل گردید، سپس همبستگی بین داده‌های به دست آمده در طی دو ارزیابی سنجیده شد که با  $r=0/9$  و  $p=0/001$  وجود همبستگی مثبت و قوی تأیید گردید.

### یافته‌ها

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر آن است که میانگین سنی افراد شرکت‌کننده  $21/6 \pm 2/0$ ، ۳۶ درصد افراد گروه مداخله و ۲۰ درصد افراد گروه پلاسبو دانشجوی پزشکی و بقیه افراد هر دو گروه از دانشجویان رشته‌های پیراپزشکی بودند. میانگین سن شروع قاعدگی در واحدهای پژوهش  $15/4 \pm 1/5$  بود و ۶۶ درصد افراد مورد مطالعه سابقه قاعدگی دردناک در مادر یا خواهرشان را ذکر کردند. میانگین فاصله دو دوره قاعدگی در واحدهای پژوهش  $28/5 \pm 6/4$

دانشجوی ساکن خوابگاه‌های علوم پزشکی ساری در سال ۱۳۸۱ انجام گرفته است. این پژوهش یک مطالعه دو گروهی دو متغیره و دو مرحله‌ای است که در آن افراد به طور تصادفی در دو گروه تجربی و پلاسبو (Placebo) قرار گرفتند. جامعه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از دانشجویان بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از بین دانشجویانی که از درد ناشی از قاعدگی دردناک اولیه رنج می‌بردند و دارای شرایط جامعه پژوهش بودند، انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی ساده در دو گروه تجربی و پلاسبو قرار گرفتند. در گروه تجربی روش طب فشاری بر نقاط کمری ۲۳ و ۲۴، نقاط شکمی سوم و چهارم، نقاط طحالی ششم و نهم و نقاط گوشه (شن من، تخمدانی، رحمی، کمرردی) اعمال شد. و در گروه پلاسبو فشار بر نقاط پلاسبوی کمری و شکمی، طحالی و گوشه با فاصله ۵ سانتیمتر از نصف‌النهارهای کانال مئانه‌ای - کلیوی و قسمت خلفی ساق پا و نرمه گوش در طی دو دوره ۱۵ دقیقه‌ای به فاصله ۳۰ دقیقه انجام شد. اثر روش‌های درمانی بر شدت درد قاعدگی دردناک اولیه با استفاده از مقیاس دیداری درد (Visual Analogue Scale)، در فواصل: بلافاصله، نیم ساعت. یک ساعت، دو ساعت، و سه ساعت بعد از درمان سنجیده شده است. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم انتخاب نمونه، پرسشنامه، فرم مصاحبه، مقیاس دیداری درد بوده است. اطلاعات جمع‌آوری شده شامل سن اولین قاعدگی، سن شروع دردهای قاعدگی، سابقه‌ی دردهای قاعدگی فامیلی، فاصله دو عادت ماهیانه، کیفیت درد

اساس آزمون تی بین میانگین شدت درد قبل از مداخله طی دوره‌های اول و دوم قاعدگی در دو گروه مداخله و پلاسبو تفاوت معناداری مشاهده نگردید، اما بین میانگین شدت درد: بلافاصله، نیم ساعت، یک ساعت، ۲ ساعت و ۳ ساعت بعد از مداخله طی هر دو دوره قاعدگی بین هر دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت (جدول شماره ۲و۱).

بر اساس آزمون تی بین میانگین شدت درد بعد از مداخله هر دو گروه در دوره‌های اول و دوم تفاوت معنادار بود (جدول شماره ۳).

همچنین میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در گروه تجربی تفاوت معناداری داشت. (۷۰ درصد کاهش درد). این تفاوت در گروه پلاسبو معادل ۲۰ درصد بود که می‌تواند ناشی از اثرات روانی و پلاسبویی مداخله تلقی گردد (جدول شماره ۴). به علاوه میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله دو گروه تفاوت معناداری داشت.

روز بود و ۴۲ درصد افراد گروه مداخله و ۲۲ درصد از افراد گروه پلاسبو سابقه ۵ تا ۶ سال سابقه ابتلا به قاعدگی دردناک داشتند. میانگین مدت خونریزی در دو گروه  $5/6 \pm 2/1$  روز بود. ۳۸ درصد افراد گروه مداخله و ۴۲ درصد افراد گروه پلاسبو درد زیر شکم و کمر با انتشار به ران‌ها را ذکر کردند، ۷۰ درصد افراد گروه مداخله و ۷۲ درصد افراد گروه پلاسبو حجم خونریزی دوران قاعدگی را متوسط گزارش نمودند. جهت دستیابی به اهداف پژوهش میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دو دوره قاعدگی در دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. از مجموع ۱۰۰ نفر شرکت‌کننده، ۵۰ نفر مورد مداخله با روش طب فشاری بر روی نقاط اصلی قرار گرفتند در حالی که برای ۵۰ نفر دیگر، روش فشار روی نقاط پلاسبو اجرا گردید. قبل و بعد از مداخله شرکت‌کنندگان از نظر شدت درد با استفاده از مقیاس دیداری و میزان بروز علایم همراه با درد (تهوع، سردرد، خستگی)، بررسی شدند. بر

**جدول شماره ۱- مقایسه میانگین شدت درد دوره اول قاعدگی بر حسب مقیاس دیداری در دختران دانشجوی مورد مطالعه به تفکیک گروه در سال ۱۳۸۱**

نتیجه آزمون	پلاسبو		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<i>p</i>					شدت درد مراحل مداخله
NS	۱/۶	۷/۵	۱/۵	۸/۲	قبل
<۰/۰۰۱	۱/۷	۶/۰	۱/۶	۳/۵	بلافاصله
<۰/۰۰۱	۱/۶	۶/۱	۱/۵	۳/۳	نیم ساعت بعد
<۰/۰۰۱	۱/۷	۶/۰	۱/۵	۳/۰	یک ساعت بعد
<۰/۰۰۱	۱/۷	۶/۵	۱/۶	۲/۸	دو ساعت بعد
<۰/۰۰۱	۲/۰	۵/۷	۲/۱	۲/۶	سه ساعت بعد

NS (non significant)

**جدول شماره ۲ - مقایسه میانگین شدت درد دوره دوم قاعدگی بر حسب مقیاس دیداری در دختران دانشجوی مورد مطالعه به تفکیک گروه در سال ۱۳۸۱**

نتیجه آزمون $p$	پلاسیبو		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	شدت درد مراحل مداخله
NS	۱/۶	۷/۴	۱/۴	۷/۳	قبل
<۰/۰۰۱	۱/۷	۶/۳	۱/۳	۲/۲	بلافاصله
<۰/۰۰۱	۱/۷	۶/۳	۱/۱	۲/۹	نیم ساعت بعد
<۰/۰۰۱	۱/۹	۶/۱	۱/۳	۲/۵	یک ساعت بعد
<۰/۰۰۱	۱/۸	۶/۱	۱/۶	۲/۳	دو ساعت بعد
<۰/۰۰۱	۱/۲	۵/۷	۱/۸	۲/۲	سه ساعت بعد

NS (non significant)

**جدول شماره ۳ - مقایسه میانگین شدت درد دو دوره قاعدگی در دختران مورد مطالعه سه ساعت بعد از مداخله به تفکیک گروه در سال ۱۳۸۱**

نتیجه آزمون $p$	پلاسیبو		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	شدت درد دوره
<۰/۰۰۱	۲/-	۵/۷	۲/۱	۲/۶	اول
<۰/۰۰۱	۱/۲	۵/۷	۱/۸	۲/۲	دوم

**جدول شماره ۴ - مقایسه تفاوت میانگین شدت درد قاعدگی در دختران مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در دو گروه تجربه و پلاسیبو در سال ۱۳۸۱**

نتیجه آزمون $p$	پلاسیبو		مداخله		گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	شدت درد مراحل مداخله
<۰/۰۰۱	۱/۶	۷/۵	۱/۵	۸/۲	قبل
<۰/۰۰۱	۲/-	۵/۷	۲/۱	۲/۶	سه ساعت بعد

که میانگین شدت درد قبل از مداخله در دوره‌های اول و دوم در دو گروه تفاوت معناداری نداشت، در حالی که میانگین شدت درد: بلافاصله، نیم ساعت، یک ساعت، دو ساعت و سه ساعت بعد از مداخله در دوره‌های اول و دوم قاعدگی در دو گروه مؤید وجود تفاوت معنادار است. همچنین میانگین شدت درد پس از مداخله در دوره اول گروه تجربه در مقایسه با

## بحث

یکی از علل فشارهای روحی در زنان جوان اختلالات مربوط به دوره‌های قاعدگی آنان می‌باشد. از قاعدگی دردناک اولیه می‌توان به عنوان مشکلی که موجب خسارات اقتصادی - اجتماعی و روحی فراوانی است نام برد. نتایج به دست آمده از مطالعه‌ی حاضر از نظر شدت درد در مراحل مختلف نشان می‌دهد

میانگین شدت درد، پس از مداخله در همان دوره در گروه پلاسبو از نظر آماری تفاوت معناداری را نشان داده است، که این تفاوت در دومین دوره نیز در هر دو گروه معنادار می‌باشد. Lewers در گزارش نتایج حاصل از مطالعه‌ای پس از انجام طب سوزنی در درمان قاعدگی دردناک اولیه اظهار می‌کند که افراد گروه تجربه مورد مطالعه‌اش بلافاصله پس از مداخله کاهش معناداری را در درد خود گزارش کردند، به علاوه وی به کاهش شدت درد در فواصل نیم، یک، دو و سه ساعت پس از درمان نیز اشاره می‌نماید. (۱۷) Martin نتایج حاصل از اعمال طب فشاری روی نقاط کمتری جهت کاهش درد قاعدگی در ۶۰ درصد افراد مورد مطالعه‌اش را موفقیت‌آمیز گزارش داد و این در حالی بود که در ۴۰ درصد افراد باقیمانده درد برای ۳ الی ۶ ساعت پس از درمان از بین رفته یا شدت کمتری را نشان می‌داد. (۱۸) Santebston نیز در یک مطالعه دو گروهی اثرات طب فشاری در کاهش درد، در گروه مداخله را تا فاصله ۲۴ ساعت پس از درمان بسیار مؤثر می‌داند. (۴)

دیگر نتایج به دست آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله ( $۸/۲ \pm ۱/۵$  و  $۲/۶ \pm ۲/۱$ ) در گروه تجربه معنادار بوده است، که معادل ۷۰ درصد کاهش شدت درد پس از درمان می‌باشد.

همچنین این تفاوت قبل و بعد از مداخله در گروه پلاسبو نیز با ۲۰ درصد کاهش درد از نظر آماری معنادار بوده است. Loudeberg درمان قاعدگی دردناک اولیه را با استفاده از طب سوزنی ۷۰ درصد به طور موفقیت‌آمیز و عالی کاهش داد. (۱۹) Wall نیز در تحقیق مشابهی عنوان می‌کند که

اعمال روش مشابه درمانی در گروه پلاسبو کاملاً بی‌اثر نیست و به طور نظری این عمل تا حدی موجب کاهش درد خواهد شد، وی می‌افزاید کاهش درد به میزان بیش از ۵ نمره در گروه تجربه نمی‌تواند به اثرات پلاسبو مربوط باشد بلکه احتمالاً ناشی از آزاد شدن تدریجی آندورفین‌ها و انکفالین‌ها است. (۲۰) نتایجی که Joseph به دست آورد با نتایج حاصل از این مطالعه منطبق است (گروه تجربه ۹۰/۹ درصد در مقابل ۳۶/۴ درصد کاهش درد در افراد پلاسبو). (۲۱) پور اسماعیل در یک مطالعه سه گروهی (گروه درمان با طب فشاری، گروه درمان با ایوبروفن و گروه پلاسبو با اعمال فشار روی نقاط غیر مؤثر) به این نتیجه رسید که در هر سه گروه کاهش درد به طور معناداری وجود داشت، لیکن نتایج درمانی گروه طب فشاری و درمان با ایوبروفن کاملاً مشابه بود و به طور معناداری با گروه پلاسبو تفاوت داشت. (۶) Taylor و Miaskowskic در پژوهشی جهت بررسی تأثیر طب فشاری بر قاعدگی دردناک اولیه نتیجه گرفتند که، تأثیر طب فشاری بر نقاط مؤثر با به‌کارگیری دست دقیقاً به اندازه گروهی که از ایوبروفن جهت کاهش درد استفاده کردند مؤثر بود و در مقایسه با گروه شاهد که فشار روی نقاط پلاسبو اعمال می‌شد، بهبودی بیشتری را تجربه نمودند. (۲۲) بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، تفاوت میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله گروه‌های تجربه و پلاسبو تفاوت معناداری را نشان داد که با نتایج حاصل از مطالعه پور اسماعیل و تیلور و مایکوفسکی تطبیق داشت. Kaplan نیز در نتایج حاصل از بررسی‌اش اظهار می‌دارد که جهت درمان بدون داروی دردهای قاعدگی می‌توان نقاط طب فشاری و سوزنی را با



دیگری اثرات سوء و زیان‌آور شناخته شده‌ای را در بر نداشته و یک شیوه درمانی غیر دارویی و قابل استفاده جهت کاهش درد ناشی از قاعدگی دردناک اولیه در زنان و دختران می‌باشد. لذا با توجه به نتایج حاصل از تحقیق حاضر، پیشنهاد می‌شود تأثیرات روش طب فشاری بر حجم خونریزی قاعدگی و علایم همراه آن نیز مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد همین طور میزان اثربخشی این شیوه درمانی در مقایسه با روش‌های دارویی سنجیده شود.

### تشکر و قدردانی

در پایان از معاون محترم پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و هم‌چنین ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی ساری و دانشجویان ساکن خوابگاه‌های دانشگاه علوم پزشکی ساری که در پیشبرد اهداف این تحقیق پژوهشگران را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

استفاده از الکتریسیته تحریک کرد. بنا به اظهارات وی، تحریک الکتریکی، ماساژ، فشار و طب سوزنی در نقاط کمبری و شکمی نتایج بسیار خوبی در بهبود دردهای قاعدگی داشته است. (۲۳) French، اثرات درمانی TENS، طب سوزنی، طب فشاری، نیفیدپین و تربوتالین را در کاهش دردهای قاعدگی بسیار مشابه اعلام می‌کند. (۲۴) نتایج به دست آمده از این تحقیق بیانگر آن است که روش طب فشاری بر شدت درد ناشی از قاعدگی دردناک اولیه اثر دارد و موجب کاهش قابل ملاحظه آن می‌شود، کاپلن در این باره اظهار می‌کند که طب فشاری و طب سوزنی علاوه بر کاهش دردهای قاعدگی اثرات بسیار مفیدی در کاهش علایم همراه با قاعدگی از جمله تهوع، خستگی، عصبانیت و گرفتگی عضلانی نیز دارد. (۲۳) Melzack نیز طب فشاری را روشی مؤثر و غیر تهاجمی در درمان دردهای قاعدگی قلمداد کرده است. (۲۵)

### نتیجه‌گیری

در نهایت می‌توان اظهار داشت که انجام روش طب فشاری توسط خود فرد یا

### References

- 1 - Icnuturiciuc D, Bayne M. Medical surgical nursing: A nursing practice approach. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1991.
- 2 - Bere K, Adashi E, Hilard P. Novak's gynecology. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 1996.
- 3 - Sweet B. Mayes Midwifery. London: Baillier Tindal Co; 1988.
- 4 - Pernol Mi. Current obstetric and gynecology and treatment. Connecticut: Appleton & Lang Co; 1991.
- 5 - Deligeoroglou EA. Dysmenorrhea. Annals of the New York Academy of Sciences. 2000; 90(1): 237-244.
- 6 - Pouresmail Z, Ibrahimzadeh R. Effects of acupressure and Ibuprofen on the severity of primary dysmenorrhea. J Tradit Chin Med. 2002; 22: 205-10.
- 7 - Andresh B, Avant R. An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea. AMJ, Obstetric & Gynecology. 1982; 144(6): 655-600.
- ۸ - اسپروف لیون. اندوکرینولوژی بالینی زنان و نازایی اسپروف، ترجمه اقصی ملک منصور. چاپ نهم، تهران: نشر اشارت، ۱۳۷۸.
- ۹ - جبارزاده سپیده. تأثیر تزریق داخل جلدی آب مقطر بر شدت درد کمر هنگام زایمان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه مشهد، ۱۳۷۲.

- 10 - AK W, Mark D, Weigand K. Continuous low level topical heater the treatment of dysmenorrhea. *Obstetric & Gynecology*. 2001; 97(3): 343-349.
- 11 - Nasir L, Bope E. Management of pelvic pain from dysmenorrhea or endometriosis. *Journal of the American Board of Family Practice*. 2004; (17): 543-547.
- 12 - Fraser I. Dysmenorrhea. *Journal current therapy in endocrinology & metabolism*. 1994; 5(2): 215-9.
- ۱۳ - گاتلیب بیل، و همکاران. روش‌های نوین درمان طبیعی، ترجمه مردوخی رشاد. تهران: انتشارات نی، ۱۳۸۰.
- ۱۴ - جرارد اد. کاربرد عملی طب فشاری، ترجمه ساعد زمان. چاپ سوم، تهران: انتشارات دیبا، ۱۳۸۲.
- 15 - Lee H, Ernest E. Acupuncture for labor pain management. A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004; 191(5): 1573-1579.
- 16 - Maccoffery M. Pain, clinical manual for nursing practice. St. Louis: the Mosby Co; 1989.
- 17 - Lewers N, Thomas M. TENS in relief pain of primary dysmenorrhea. *Physical therapy*. 1989; 69(1): 17-27.
- 18 - Fargas B. Acupuncture, Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, and Laser therapy in chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2001; 17(4): 105-113.
- 19 - Loundeberg M, Thomas M. Relief of primary dysmenorrhea by TENS. *Acta Obstet & Gynecol. Scand*. 1985; 64(6): 14-19.
- 20 - Wall D, Melzack R. Textbook of Pain. Endinburgh: Churchill Livingstone Co; 1989.
- 21 - Joseph M, Helms J. Acupuncture for treatment of primary dysmenorrhea *Obstet & Gynecol*. 1987; 69(1): 51-56.
- 22 - Taylor D, Miaskowskic K. A randomized clinical trial of the effectiveness of an acupressure device (Relief Brief) for managing symptoms of dysmenorrhea. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2002; 8(3): 357-370.
- 23 - Kaplan B, Peled Y, Pardo J. TENS as a relief for dysmenorrhea. *Clin. Exp Obstet & Gynecol*. 1994; 21:87-94.
- 24 - French L. Dysmenorrhea. *American Family Physician*. 2005; 71(2): 285-291.
- 25 - Gordley L, Lemaster G, Simpson S, Yinni J. Menstrual disorders and occupational, stress, and racial factors among military personal. *Journal Occupational & Environmental Medicine*. 2000; 42(9): 871-881.