MEJDS. 2021; 11:76.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

Effects of Different Massage Methods on the Severity of Labor Pain in Primipara Females With Infertility

*Amini MM[1], Shokohinia M[2], Mansourjozan Z[2]

Author Address
1. Assistant Professor of Motor Behavior, Islamic Azad University, Mashhad, Iran;
2. MA in Motor Behavior, Department of Physical Education, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Mashhad, Iran.
***Corresponding author's email:** mmamini33@yahoo.com

Received: 2019 March 18; **Accepted:** 2019 May 28

Abstract

Background & Objectives: A non–invasive method of relieving pain is implementing massage therapies. The technique of massage has long been art with a combination of human connection and the miracle of touch. Furthermore, it is a manner to use healing elixirs, such as herbal scents in the service of mankind. Massage, by activating the parasympathetic nervous system, reduces anxiety by facilitating endorphin secretion. The present study aimed to investigate the effects of different massage methods on the severity of labor pain in nulliparous women who received treatment from an infertility specialist for ≥3 years.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design, i.e., conducted in 2017–18. Fifty pregnant 20– to 35–year–old women with ≥3 years of infertility underwent various massage procedures. Moreover, the study subjects were divided into 5 groups of 10 females. The control group received no massage. The second group included those receiving massage sessions before delivery; the third, fourth, and fifth groups included pregnant women. The researcher (the third author of the article) massaged them during childbirth, including massage, Hugo point, massage at the Sanyinjiao point, and back massage. The study inclusion criteria included nulliparous women aged 20–35 years, ≥3 years of infertility experience, willingness to participate in the study, and having a single fetus with a gestational age of 42–34 weeks. The exclusion criteria of the study were diagnosed psychiatric and anatomical disorders (psychosis, pelvic stenosis, etc.), chronic diseases, such as cardiovascular disease, pulmonary disease, hypertension, diabetes, and skin conditions (lesions, eczema, inflammation in the area of massage), embryonic growth restriction, and the induction of labor with oxytocin. Furthermore, the exclusion categories were divided into two classes; the first category included the pregnant mother's health and the mother's physiologic response. The Short Form of McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1987) was used to assess pain in the study participants. For data analysis, Analysis of Variance (ANOVA) and Tukey's posthoc test were used at a significance level of 0.05.

Results: There was a significant difference between the control group and other study groups, including back massage, prenatal back massage, Hugo point, and Sanyinjiao point in reducing labor pain (p<0.001). In other words, all provided massage methods have reduced the extent of labor pain in the explored women. Among different methods of massage, the back–massage approach reduced the labor pain level the most (p<0.001).

Conclusion: According to the current study results, massage therapy was effective in reducing pain in the study participants; thus, it is an effective, safe, simple, and inexpensive measure for facilitating delivery. Therefore, it can be used to reduce labor pain and help mothers.

Keywords: Massage, Pain perception, Infertility, Pregnancy, Childbirth.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۷۶.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش شدت درد زایمان زنان نخست‌زا با مشکل نازایی

*محمدمهدی امینی[۱]، مرضیه شکوهی‌نیا[۲]، زهرا منصورجوزان[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکتری رشد و تکامل و یادگیری حرکتی، استادیار گروه تربیت‌بدنی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران؛

۲. کارشناس ارشد رفتار حرکتی، گروه تربیت‌بدنی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mmamini33@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷اسفند۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۷ خرداد۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: ماساژ به‌عنوان ابزار قدرت‌مندی برای ایجاد احساس آرامش و امنیت و نیز رفع یا تخفیف دردمندی‌های مادر از جانب آن‌ها استقبال شده است. هدف مطالعهٔ حاضر بررسی تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش شدت درد زایمان زنان نخست‌زایی با مشکل نازایی بود.

روش‌بررسی: تحقیق حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود که در سال ۹۷ ـ ۱۳۹۶ انجام شد. تعداد پنجاه زن باردار نخست‌زا پس از حداقل سه سال نازایی در دامنهٔ سنی بین ۲۰ تا۳۵ سال، در پنج گروه ده‌نفری شامل گروه گواه، گروه ماساژ پشت قبل از زایمان، گروه ماساژ پشت، گروه ماساژ سانینجیو و گروه ماساژ نقطهٔ هوگو، تحت روش‌های مختلف ماساژ قرار گرفتند. مدت‌زمان ماساژ بیست دقیقه به‌صورت سه بار در هفته در دامنهٔ ۳۴تا۴۰ هفتگی حاملگی بود. برای ارزیابی درد از فرم کوتاه پرسشنامهٔ درد مک‌گیل (ملزاک، ۱۹۸۷) استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق آزمون‌های تحلیل واریانس و تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین میزان کاهش درد زایمان میان گروه گواه با سایر گروه‌ها شامل ماساژ پشت، ماساژ پشت قبل از زایمان، نقطهٔ هوگو و نقطهٔ سانینجیو تفاوت معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ به این معنا که تمامی روش‌های ماساژ سبب کاهش میزان درد زایمان زنان شدند. در بین روش‌های مختلف ماساژ، روش ماساژ پشت در مقایسه با سه روش دیگر سبب کاهش بیشتری در میزان درد زایمان شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از مطالعهٔ حاضر، روش‌های مختلف ماساژ مطالعه‌شده سبب کاهش میزان ادراک درد زایمان می‌شود و در بین روش‌ها، ماساژ پشت از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ بنابراین می‌توان از آن جهت کاهش درد زایمان و کمک به مادران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: ماساژ، ادراک درد، نازایی، بارداری، زایمان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]

۱ مقدمه

تکنیک ماساژ از دیرباز به‌عنوان هنری با ترکیبی از ارتباط انسانی و معجزهٔ لمس و نیز راهی برای به‌کارگیری اکسیرهای شفابخشی همچون رایحه‌های گیاهی در خدمت نوع بشر بوده و است. مامایی از گذشته تا حال دستخوش تحولات زیادی شده است؛ اما آنچه در این میان همچنان اصالت وجودی خود را حفظ کرده است، تأثیر تعامل مادر و ماما و ارتباط نزدیک آن دو باهم در طول بارداری و زایمان و حتی دوران پس از زایمان است؛ در این رابطه ماساژ به‌عنوان ابزار قدرت‌مندی به‌منظور ایجاد احساس آرامش و امنیت و نیز رفع یا تخفیف دردمندی‌های مادر از جانب آن‌ها استقبال شده است (۱).

به‌طورکلی، ناباروری به نداشتن توانایی بارداری برای بیش از یک سال بدون پیشگیری از آن اشاره دارد (۲). اگرچه زوج‌های نابارور به‌صورت کلی می‌توانند از لحاظ ذهنی سالم در نظر گرفته شوند، مطالعات نشان می‌دهد که مقابله با ناباروری با سطوح بیشتری از علائم روان‌شناختی پریشانی و افسردگی و اضطراب مرتبط است. افسردگی، غم و اندوه، خشم و ناراحتی، غیرمعمول نیست. شواهدی دال بر این وجود دارد که ناتوانی در بارداری ممکن است بر توانایی تصور (درک)، برای مثال استرس اکسیداتیو و درد و التهاب تأثیر بگذارد که امکان دارد با پریشانی روانی برطرف نشود (۳). شواهد نشان می‌دهد که دربارهٔ بار اجتماعی و روانی‌اجتماعی مرتبط با ناباروری و درمان آن، چندین محقق به بررسی آثار روانی‌اجتماعی ناباروری مردانه در زنان پرداخته‌اند (۴). تاکنون سه متاآنالیز، اثرات مداخلات روان‌شناختی را بر سلامت روان و نتیجهٔ حاملگی بررسی کرده‌اند. باز هم، نتایج مخلوط شده‌اند. اولین متاآنالیز در سال ۲۰۰۳ منتشر و مشخص شد که مداخلات روان‌شناختی تأثیر مثبتی بر احساسات منفی دارد؛ به‌ویژه بر اضطراب. همچنین اثر مشاوره‌ای برای پریشانی ناشی‌از ناباروری مشاهده شد؛ درحالی‌که هیچ اثر واضحی بر میزان بارداری دیده نشد. این حالات روان‌شناختی در زنان حداقل سه سال نازا، درمقایسه با زنان دیگر باعث درک و ترس متفاوت از درد می‌شود (۵).

درد زایمان دردی است که از لحاظ شدت و موقعیت بسیار متنوع است و متوسط شدت درد زایمان در ردیف دردهای شدیدتر در انسان قرار دارد. این دردها در زنان نخست‌زا از سایر دردها نظیر آرتریت و دردهای سرطانی و حتی دردهای زایمانی در زنان چندزا شدیدتر و دردناک‌تر است. همهٔ جوامع زایمان را فرایندی همراه با درد می‌دانند؛ اما احساس شخصی از درد و رفتارهای انجام‌گرفته در واکنش به درد و درک فرهنگی از درد در مرحلهٔ زایمان، در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف متفاوت است (۶). تداوم درد و ترس از آن در لیبر بر سیستم تنفسی، گردش خون، غدد درون‌ریز و سایر اعمال بدن تأثیر دارد؛ به‌طوری‌که این مسئله دیستوشی (زایمان سخت) را افزایش می‌دهد که درنتیجهٔ آن زایمان‌های با وسیله و سزارین افزایش می‌یابد و حتی باعث می‌شود آبکار نوزاد کاهش یابد (۷). اثرات زیان‌بار درد شدید زایمانی و ترس از آن روی مادر و جنین به‌ویژه در مادران مسئله‌دار و جنین‌های درمعرض خطر انجام بی‌دردی را در زایمان ایجاب می‌کند (۸). همچنین طول مدت زایمان از عوامل مؤثر بر نتایج حاملگی و آسیب‌های واردشده بر مادر و جنین است؛ به‌طوری‌که با طولانی‌شدن بیش از حد زایمان احتمال عفونت و صدمات جسمی و عصبی و نیز مرگ در جنین یا نوزاد افزایش می‌یابد و مادر نیز درمعرض خونریزی و عفونت بعد از زایمان و آشفتگی روحی حاصل از اضطراب و بی‌خوابی و خستگی قرار می‌گیرد (۸). امروزه برای رهایی از درد زایمان از روش‌های دارویی و غیردارویی متعددی استفاده می‌شود و اکثر داروهای مسکن اثرات جانبی زیان‌باری برای مادر و جنین دارد (۹).

روش مناسب تسکین درد زایمان باید دارای شرایط زیر باشد: برای مادر و نوزاد عوارض کمتری داشته باشد؛ اثرات آن پایدار باشد؛ به‌آسانی تجویزشدنی باشد؛ اثر تسکینی مناسب و مطلوبی داشته باشد؛ اما نباید با انقباضات رحمی و حرکات فیزیکی مادر تداخل کند (۱۰). روش‌های غیردارویی تسکین درد دارای مزایای زیادی ازجمله نداشتن عوارض جانبی بر مادر و جنین و تداخل‌نداشتن در سیر لیبر و حتی خوشایندبودن برای مادر و جنین است. این روش‌ها شامل آرام‌سازی عضلانی، تکنیک‌های تنفسی، طب فشاری، آب‌درمانی، موسیقی‌درمانی، لمس‌درمانی و ماساژدرمانی است (۱۰). ماساژ با مکانیزم آزادسازی اندورفین‌ها و کنترل دریچهٔ عصبی و کاهش ایسکمی از راه افزایش و تقویت گردش خون موضعی و نیز ایجاد آرامش در عضلهٔ اسکلتی ازطریق تحریک سمپاتیک عمل می‌کند و آرام‌سازی عضلانی را در پی دارد (۱۱). ماساژدرمانی در طول زایمان منجربه ایجاد حالت آرامش و به‌دنبال آن تولد و زایمان سریع و راحت و ایجاد تجربه‌ای دوست‌داشتنی می‌شود؛ بنابراین استفاده از روش‌های نوین و حمایتی کاهش درد مانند ماساژدرمانی می‌تواند پروسهٔ زایمان را به اتفاقی خوشایند و لذت‌بخش تبدیل کند تا علاوه‌بر حمایت مؤثر عاطفی در طی زایمان شدت درد و ترس از آن کمتر شود و تمایل به سزارین انتخابی کاهش یابد؛ چراکه به‌نظر می‌رسد امروزه انجام سزارین تنها به‌دلیل سلامت مادر و جنین نیست و بسیاری از سزارین‌ها به‌منظور رهایی از درد زایمان صورت می‌گیرد (۱۲). عسکری و همکاران دریافتند که استفاده از ماساژ با روغن کنجد علاوه‌بر اینکه روشی ایمن و بدون عوارض جانبی است، سبب کم‌شدن طول مراحل زایمان و کاهش درد در تمام مراحل به‌خصوص در مرحلهٔ سوم زایمان می‌شود (۱۳). فیلد گزارش کرد که در زنان دریافت‌کنندهٔ ماساژدرمانی، افسردگی و اضطراب و درد پا و کمر کاهش یافته است. در مطالعهٔ درد زایمان، زنانی که ماساژ درمانی را دریافت کردند، به میزان درخورتوجهی درد کمتری داشتند و وضع حملشان به‌طور متوسط سه ساعت کمتر و همچنین نیاز به دارو کمتر بوده است (۱۴). واترز و همکاران نشان دادند ۵تا۱۰ دقیقه ماساژ حین انقباضات در فاز انتقالی زایمان، دارای اثرات مثبتی در کاهش درد و اضطراب مادر بعد از زایمان است. واترز و همکاران در مطالعه‌ای در رابطه با اثر ماساژ بر سردرد زایمان، گزارش کردند که انجام بیست دقیقه ماساژ توسط یخ باعث کاهش درد می‌شود (۱۵). فیلد اظهار کرد اگرچه ماساژ از روش‌های بسیار قدیمی کاهش درد زایمان است، تاکنون مطالعهٔ کمی در رابطه با اثر ماساژ بر درد زایمان صورت گرفته است (۱۴). امروزه ۲۲درصد زایمان‌ها در کشور فنلاند و ۳۷/۲درصد زایمان‌ها به‌علت ترس و نگرانی از درد زایمان به‌صورت سزارین انجام می‌گیرد. در این مطالعه علت مهم‌تر انتخاب روش سزارین را ترس و نگرانی از درد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]

زایمان عنوان کردند (۱۶).
بنابراین باتوجه به پیامدها و اثرات منفی ترس و اضطراب و حالات هیجانی از زایمان در مادران باردار، توجه مسئولان بهداشتی‌درمانی به این موضوع از اهمیت زیادی برخوردار است؛ لذا انجام پژوهش در این زمینه و ارائهٔ راهکارهای مؤثر در کاهش ناتوانی تحمل ترس و درد زایمان و اضطراب ناشی‌از آن ضروری به‌نظر رسید. همچنین باتوجه به عوارض جانبی ناشی‌از درد زایمان و پیامدهای ناشی‌از مصرف دارو در زایمان و سیاست مدون کشوری مبنی‌بر استفاده از روش های بی‌دردی زایمان جهت ترغیب خانم ها به انجام زایمان طبیعی و اجتناب از سزارین‌های بی‌جا، محققان بر آن شدند از بین روش‌های طب مکمل، در ارتباط با روشی آسان، مؤثر و بی‌نیاز از تجهیزات و مطابق با نیاز زنان در زایمان به بررسی تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش شدت درد زایمان زنان نخست‌زایی بپردازند که به‌مدت حداقل سه سال زیر نظر پزشک متخصص نازایی قرار داشتند.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود که پس از موافقت کمیتهٔ اخلاق دانشکدهٔ علوم‌پزشکی مشهد (کد ۹۱۰۱۲۷)، در سال ۹۷ ـ ۱۳۹۶ اجرا شد. نمونه‌های مطالعهٔ حاضر شامل بیماران بیمارستان هفده شهریور شهر مشهد بود. تعداد پنجاه زن باردار نخست‌زا پس از حداقل سه سال نازایی در دامنهٔ سنی بین ۲۰تا۳۵ سال در این مطالعه شرکت داشتند. در این پژوهش افراد بررسی‌شده به پنج گروه ده‌نفری تقسیم شدند: گروه اول گروه گواه بود که هیچ‌گونه ماساژی روی آن‌ها انجام نگرفت؛ گروه دوم افرادی بودند که قبل از زایمان طی چندین جلسه ماساژ پشت گرفتند؛ گروه سوم و چهارم و پنجم مربوط به زنان بارداری بود که پژوهشگر (نویسندهٔ سوم مقاله) در حین زایمان اقدام به ماساژ آن‌ها کرد و این ماساژها شامل ماساژ نقطهٔ هوگو و ماساژ نقطهٔ سانینجیو[1] (در قسمت داخلی پا درست بالای مچ پا قرار دارد) و ماساژ پشت بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل زنان نخست‌زا در محدودهٔ سنی ۲۰تا۳۵ سال، پشت‌سرگذاشتن حداقل سه سال دورهٔ نازایی، داشتن رضایت برای شرکت در مطالعه، دارابودن جنین تک‌قلو با سن حاملگی ۳۴تا۴۲ هفته و ملاک‌های واردنشدن به مطالعه شامل اختلالات روانی و آناتومیک شناخته‌شده (سایکوز و تنگی لگن و...)، بیماری‌های مزمن شناخته‌شده مثل بیماری قلبی، ریوی، فشارخون، دیابت و بیماری‌های پوستی (ضایعه، اگزما، التهاب در ناحیهٔ ماساژ)، محدودیت رشد جنین و القای زایمان با اکسی‌توسین بود. شرایط خروج به دو دسته تقسیم شد: دستهٔ اول شامل سلامت پزشکی مربوط به مادر باردار و عکس‌العمل فیزیولوژیک زیاد مادر باردار مانند کاهش فشارخون مادر در هنگام ماساژ و دستهٔ دوم مربوط به ملاحظات اخلاقی خانوادگی مانند تمایل‌نداشتن همسر به ادامهٔ شرکت مادر باردار در تحقیق بود. گروه گواه از مراقبت‌های روتین و استاندارد بدون هیچ مداخله‌ای برخوردار شد. روش انجام ماساژها برای گروه‌های مربوط به صورت زیر بود:

گروه اول، ماساژ پشت قبل از زایمان دریافت کرد. این روش ماساژ به‌مدت بیست دقیقه انجام شد. مدت‌زمان بیست دقیقه ماساژ به‌صورت سه بار در هفته در قسمت‌های پشت و اندام‌ها از هفتهٔ ۳۴تا۴۰ حاملگی بود که این گروه از حمایت روحی و روانی، به‌دلیل حضور ماساژور حین زایمان برخوردار شدند (۱۷).
گروه دوم، ماساژ پشت دریافت کرد؛ بدین صورت که با شروع انقباضات رحمی همراه با تنفس عمیق، شرکت‌کننده در وضعیت خوابیده به پهلو یا نشسته قرار گرفت و ماساژ به‌مدت بیست دقیق به‌صورت سه بار در هفته و از هفتهٔ ۳۴تا۴۰ حاملگی، به‌صورت مداوم در زمان انقباض و بدون انقباض انجام شد. نحوهٔ اجرای ماساژ بدین‌طریق بود که با شروع انقباض، ماساژ از انتهای مهره‌های ساکرال در مسیر رو به بالا تا مهره‌های کمری انجام پذیرفت. سپس مسیر دست‌ها در مسیری رو به پایین حرکت کرد تا هر دو دست هم‌زمان به نقطهٔ شروع در انتهای مهرهٔ ساکرال برسد. پس از پایان انقباض تا شروع انقباض بعدی ماساژ از نقطهٔ شروع در مسیر رو به بالا توسط کف انگشتان دست در دو طرف مهره‌های ستون فقرات و بالای پشت و شانه ادامه یافت (۱۸).
گروه سوم، ماساژ سانینجیو دریافت کرد؛ بدین صورت که پژوهشگر با انگشتان شصت خود ابتدا بر نقطهٔ سانینجیو در هر دو پای مددجو (چهار انگشت بالاتر از قوزک داخلی پا در پشت لبهٔ خلفی استخوان تیبیا در عمق یک تا سه سانتی‌متری پوست) به‌طور عمودی فشار وارد کرد. نحوهٔ فشار به این صورت بود که با شروع انقباض نخست، نقطهٔ مذکور در هر دو عضو به‌آرامی به‌مدت سی ثانیه فشار داده شد و به‌تدریج میزان فشار افزایش یافت تا کاملاً شدید شد؛ تاحدی‌که مددجو احساس کرختی و سنگینی و کشیدگی در اطراف آن ناحیه کرد. سپس انگشت شصت مداخله‌گر به‌مدت یک دقیقه در موضع نگه داشته شد و پس از آن میزان فشار به‌تدریجا کاهش یافت؛ به‌طوری‌که طی سی ثانیه نقطه آزاد شد. این ماساژ در طی مدت بیست دقیقه به‌صورت سه بار در هفته و از هفتهٔ ۳۴تا۴۰ حاملگی، طی انقباضات زایمان انجام پذیرفت (۱۸).
گروه چهارم، ماساژ نقطهٔ هوگو دریافت کرد؛ بدین صورت که پژوهشگر با انگشتان شصت خود ابتدا در نقطهٔ هوگو در هر دو دست مددجو بین انگشت شصت و اشاره فشار وارد کرد. نحوهٔ فشار برای تسکین درد به این صورت بود که با شروع انقباض، نخست نقاط مذکور به‌آرامی به‌مدت سی ثانیه تحت فشار قرار گرفت و به‌تدریج بر میزان فشار افزوده شد تا کاملاً شدید شد. سپس به‌مدت یک دقیقه موضع نگه داشته شد و پس از آن میزان فشار به‌تدریج کاهش یافت؛ به‌طوری‌که طی سی ثانیه نقطه آزاد شد. این مداخله طی بیست دقیقه به‌صورت سه بار در هفته و از هفتهٔ ۳۴تا۴۰ حاملگی، در حین انقباضات انجام گرفت (۱۸).
برای ارزیابی درد از فرم کوتاه پرسشنامهٔ درد مک‌گیل[2] استفاده شد که توسط ملزاک در سال ۱۹۸۷ ارائه شد (۱۹). فرم کوتاه این پرسشنامه شامل ۱۱مورد مربوط به اجزای حسی درد (شامل درد ضربان‌دار، تیرکشنده، خنجری، تیز، پیچشی، کنده‌شدن یا ساییدگی، احساس داغ

[1]. Sanyinjiao
[2]. McGill Pain Questionnaire

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]

شدن و سوختگی، درد‌داشتن، سنگینی، حساس‌بودن و جداشدگی)، ۴ مورد مربوط به اجزای عاطفی درد (شامل جزءخستگی مفرط، ناخوشی، ترسناک‌بودن، بی‌رحمانه و مجازات‌کننده‌بودن درد زایمان)، معیار چشمی درجه‌بندی‌شدهٔ درد (صفر تا ۱۰) و انتخاب یکی از ۶ معیار شدت درد (بدون درد تا شکنجه‌آور) بود. در معیار کلامی عددی، بی‌دردی با نمرهٔ صفر و شدیدترین درد با نمرهٔ ۱۰ بیان می‌شد. براساس معیار کلامی درد، درد خفیف از ۱تا ۴ نمره، درد متوسط از ۵تا۶ نمره و درد شدید از ۷ تا ۱۰ نمره تقسیم‌بندی شد (۲۰). در تحقیق چانگ و همکاران پایایی پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱۷ تأیید شد (۲۱). در پژوهش خسروی و همکاران پایایی نسخهٔ فارسی پرسشنامه ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۲).

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، آزمون‌های آماری تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کار رفت.

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد دامنهٔ سنی زنان باردار نخست‌زا بین ۲۰تا۳۵ سال با میانگین سنی ۲۷/۳۵ سال است. همچنین حداقل دورهٔ نازایی افراد سه و حداکثر نُه سال و میانگین دورهٔ نازایی ۴/۸۶ سال است. سایر داده‌های توصیفی گروه‌های مختلف در شاخص‌های جمعیت‌شناختی و متغیر مطالعه‌شده و یافته‌های استنباطی در قالب جدول‌های ۱تا۳ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی گروه‌های مختلف در شاخص‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای مطالعه‌شده

گروه‌ها	تعداد	(میانگین±انحراف معیار) سن (سال)	قد (متر)	وزن (کیلوگرم)	مدت نازایی (سال)
ماساژ پشت قبل از زایمان	ده	۲۶/۸۵±۲/۵۴	۱/۶۴±۵/۸۵	۷۴/۸۵±۷/۵۰	۴/۵±۰/۴۱
ماساژ پشت	ده	۲۷/۲۴±۲/۹۷	۱/۶۷±۶/۲۵	۷۳/۲۸±۶/۸۴	۵/۱±۰/۳۹
ماساژ سانینجیو	ده	۲۷/۱۶±۳/۰۵	۱/۶۲±۵/۹۴	۷۲/۹۶±۶/۴۸	۴/۹±۰/۴۸
ماساژ نقطهٔ هوگو	ده	۲۸/۰۲±۳/۱۷	۱/۶۹±۵/۷۰	۷۶/۴۰±۷/۱۲	۵/۶±۰/۴۲
گواه	ده	۲۷/۴۸±۲/۸۴	۱/۶۵±۶/۵۴	۷۳/۳۰±۶/۶۴	۴/۲±۰/۳۸

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش میزان درد در زنان به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات توصیفی تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش میزان درد در زنان به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده به‌همراه نتایج تحلیل واریانس

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار F	مقدار p
ماساژ پشت قبل از زایمان	۳۲/۱۷	۴/۱۲	۸/۷۲۴	<۰/۰۰۱
ماساژ پشت	۲۸/۶۳	۳/۸۹		
ماساژ سانینجیو	۳۴/۱۰	۴/۱۰		
ماساژ نقطهٔ هوگو	۳۳/۹۲	۴/۰۸		
گواه	۴۱/۲۹	۴/۳۲		

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش درد زایمان تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). برای بررسی تفاوت میانگین درد بین گروه‌های مطالعه‌شده از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی توکی، مقایسهٔ تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش درد زایمان

گروه‌ها		مقدار p
گواه	ماساژ پشت قبل از زایمان	<۰/۰۰۱
	ماساژ پشت	<۰/۰۰۱
	ماساژ سانینجیو	<۰/۰۰۱
	ماساژ نقطهٔ هوگو	<۰/۰۰۱
ماساژ پشت	ماساژ سانینجیو	۰/۰۴۲
	ماساژ پشت قبل از زایمان	۰/۰۱۵
	ماساژ نقطهٔ هوگو	۰/۰۱۲

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]

نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین میزان کاهش درد زایمان میان گروه گواه با سایر گروه‌های مطالعه‌شده تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ به این معنا که تمامی روش‌های ماساژ سبب کاهش میزان درد زایمان زنان شده است. همچنین در مقایسهٔ بین روش‌های مختلف ماساژ با یکدیگر نتایج آزمون تعقیبی توکی مشخص کرد که در میزان کاهش درد زایمان بین گروه ماساژ پشت با گروه‌های ماساژ سانینجیو ($p=۰/۰۴۲$) و ماساژ پشت قبل از زایمان ($p=۰/۰۱۵$) و ماساژ نقطهٔ هوگو ($p=۰/۰۱۲$) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود؛ به این معنا که روش ماساژ پشت درمقایسه با سایر روش‌های ماساژ سبب کاهش بیشتری در میزان درد زایمان زنان شده است. به‌علاوه نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد که بین تأثیر سایر روش‌های ماساژ بر میزان کاهش درد زایمان زنان تفاوت معناداری وجود ندارد؛ به‌طوری‌که بین تأثیر ماساژ سانینجیو و ماساژ پشت قبل از زایمان و ماساژ هوگو تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$).

۴ بحث

یکی از روش‌های غیرتهاجمی و غیردارویی تسکین درد استفاده از ماساژدرمانی است. ماساژ با فعال‌کردن سیستم عصبی پاراسمپاتیک باعث کاهش اضطراب توسط تسهیل ترشح اندروفین می‌شود؛ همچنین ماساژ به‌وسیلهٔ تحریک فیبرهای عصبی با قطر بزرگ و تحریک موضعی اندروفین‌ها از انتقال درد جلوگیری می‌کند (۲۳). باتوجه به اینکه زایمان موقعیت دردناک و اضطراب‌آوری است و باید برای کاهش درد مادران اقداماتی مؤثر انجام شود و باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر و مطالعات مشابه که ماساژ را در کاهش درد زایمان تکنیکی مؤثر و بی‌خطر و در عین حال ساده و ارزان گزارش کردند، می‌توان از آن به‌منظور کاهش درد زایمان و کمک به مادران بارداری استفاده کرد که دارای مشکل نازایی و استرس فراوان برای وضع حمل هستند. باتوجه به نتایج مطالعات مختلف در کشورهای دیگر (۲۴) و یافته‌های این پژوهش و برنامهٔ توسعهٔ بهداشت و آموزش پزشکی جامعه‌نگر که انجام زایمان طبیعی را اولویت اعلام می‌کند، شرایط لازم برای ادارهٔ مناسب درد زایمان، تحمل‌پذیرکردن و کاهش درد زایمان، کاهش سزارین‌های بیجا به‌علت ترس از درد و برقراری رابطهٔ انسانی مناسب بین مادر و عامل زایمان اهمیت دارد.

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روش‌های مختلف ماساژ بر کاهش ناتوانی در تحمل شدت درد زایمان زنان نخست‌زا با مشکل نازایی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که گروه‌های دریافت‌کنندهٔ انواع ماساژ درمقایسه با گروه گواه از میانگین کاهش ناتوانی در تحمل درد زایمان کمتری برخوردار هستند. این موضوع نشان‌دهندهٔ آن است که ماساژ بر توانایی تحمل درد زایمان تأثیر داشته است.

یافته‌ها مشخص کرد که بین روش‌های مختلف ماساژ درکاهش ناتوانی در تحمل شدت درد زایمان تفاوت معناداری وجود دارد و رتبه‌بندی اثربخش ماساژها در کاهش درد زایمان به‌ترتیب شامل ماساژ پشت، ماساژ پشت قبل از زایمان، ماساژ نقطهٔ هوگو و ماساژ سانینجیو است. در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر مطالعهٔ چانگ و همکاران نشان داد که گروه ماساژ کنش‌های دردی کمتری در سه فاز تأخیری و فعال و انتقالی زایمان داشته است؛ همچنین از ۳۰ نفر گروه ماساژ ۲۶ نفر یعنی ۸۶درصد گزارش کردند که ماساژدرمانی بسیار مفید بوده است و باعث تسکین درد و حمایت روحی آنان به هنگام زایمان شده است (۲۵). نتایج مطالعهٔ پولارد نشان داد ۸۷درصد از گروه ماساژدرمانی احساس خوبی از ماساژ داشته‌اند و باتوجه به اینکه ماساژ توسط همسر بیمار انجام شده است، نقش آن را نقشی حمایتی در کاهش درد و اضطراب خود دانسته‌اند و برای تمامی زنان توصیه کرده‌اند؛ همچنین ماساژدرمانی باعث کاهش طول مدت مرحلهٔ اول و دوم زایمان شد (۲۶). مطالعات دیگری نیز ماساژدرمانی را در کاهش طول مدت زایمان مؤثر دانسته‌اند. ماساژدرمانی قبل زایمان باعث کاهش ناتوانی در تحمل شدت درد زایمان و ایجاد ارتباطی صمیمانه و عاطفی بین مادر و فرد حمایتگر شده است که در حین زایمان می‌تواند نقش مؤثر داشته باشد (۱۴). نتایج گروه ماساژ قبل زایمان که حمایت‌های روحی‌روانی را ازطریق پشتیبانی ارائه‌شده توسط پژوهشگر به‌طور جداگانه کسب کردند، بدون اینکه ماساژ حین زایمان را دریافت کنند، نشان داد حمایت‌های روحی و روانی ارائه‌شده حین زایمان به مادر این امکان را می‌دهد که با درد سازگاری بیشتری داشته باشد و با کمترشدن ترس و اضطراب درد کمتری را تجربه کند. تحریک نقاط فشاری باعث تحریک انقباضات رحم و درنتیجه پیشرفت زایمان شده است و تعادل انرژی و کاهش مدت‌زمان و کاهش درد زایمان را به‌همراه داشته است (۲۷). بیدریم و ساهین با مطالعهٔ تعیین اثرات تکنیک تنفسی و انجام ماساژ توسط ماما بر درک درد زنان در طول زایمان دریافتند که ماساژ باعث کاهش درد مرحلهٔ اول زایمان می‌شود (۶). همچنین عوامل روان‌شناختی و اجتماعی مؤثر در ترس از زایمان طبیعی شامل ترس از ناشناخته‌ها، تمایل به بی‌دردی، آرامش جسمی و روانی، خصوصیات شخصیتی مادر، زمینهٔ ژنتیکی در آسیب‌پذیرترکردن فرد درمقابل تنش، تجربهٔ نامطلوب و تشویق دیگران، نگرانی از عوارض نامطلوب برای مادر، ارتباط نامناسب کادر درمانی، احساس مرگ و تنهایی، نگرانی دربارهٔ سلامت (نوزاد) و فقدان حمایت‌های اجتماعی کافی است (۵).

۵ نتیجه‌گیری

درنهایت یافته‌های حاضر نشان داد که روش‌های مختلف ماساژ شامل ماساژ پشت، ماساژ پشت قبل از زایمان، ماساژ نقطهٔ هوگو و ماساژ سانینجیو سبب کاهش میزان ادراک درد زایمان می‌شود و در بین روش‌های مدنظر، ماساژ پشت از اهمیت بیشتری برخوردار است.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مادران باردار شرکت‌کننده و تمامی عوامل بیمارستان که نهایت همکاری را با پژوهشگران در اجرای پژوهش داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله گزارش بخشی از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی مشهد است که پس از موافقت کمیتهٔ اخلاق دانشکدهٔ علوم‌پزشکی مشهد (کد ۹۱۰۱۲۷) اجرا شد. شرکت‌کنندگان از شرکت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]

در این مطالعه رضایت داشتند.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینهٔ شخصی نویسندگان انجام شده است.

References

1. Abasi Z, Abedian Z, Fadaie A, Esmaeili H. The effects of back massage on pain intensity during the first stage of labor in primiparous women. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2009;11(4):39–47. [Persian] http://ijogi.mums.ac.ir/m/article_5910_738abc9ea03f46c616cc83dcc223a926.pdf
2. Jungwirth A, Giwercman A, Tournaye H, Diemer T, Kopa Z, Dohle G, et al. European association of urology guidelines on male infertility: The 2012 update. Eur Urol. 2012;62(2):324–32. doi: 10.1016/j.eururo.2012.04.048
3. Schmidt L. Social and psychological consequences of infertility and assisted reproduction - what are the research priorities? Hum Fertil (Camb). 2009;12(1):14–20. doi: 10.1080/14647270802331487
4. Karimi FZ, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Kimiaee SA, Mazloum SR, Amirian M. Psycho - social effects of male infertility in Iranian women: a qualitative study. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;19(10):20–32. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2016.7111
5. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG, Ingerslev HJ, Zachariae R. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2015;5(1):e006592. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006592
6. Yildirim G, Sahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labour pain perception of Turkish women. Pain Res Manag. 2004;9(4):183–7. doi: 10.1155/2004/686913
7. Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2017;20(5):68–75. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2017.9082
8. Sehhati Shafaei F, Kazemzadeh R, Heshmat R, Amani F. Effect of Acupressure at Sanyinjiao (SP6)-Hugo (LI4) points on delivery length in nulliparous women: a randomized controlled trial. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2012;15(25):21–8. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2012.5647
9. Vasudevan A, Snowman CE, Sundar S, Sarge TW, Hess PE. Intrathecal morphine reduces breakthrough pain during labour epidural analgesia. Br J Anaesth. 2007;98(2):241–5. doi: 10.1093/bja/ael346
10. Hashemi ZS, Badakhsh M, Shahdadi H, Heydari M, Hashemi NS. The effect of massage on intensity and duration of labor pain in primigravida women in Zabol Amiralmoemenin Hospital. J Zabol Uni Med Sci Hea Ser. 2013;4(1):85–93. [Persian]
11. Sereshti M, Asefi F, Shabanian M, Banaeian-Borujeni S. Comparing the effects of massage and intra intramuscular pethidine on pain relief in the stages of labor and the length of labor. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2013;16(80):6–16. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2013.2213
12. Volikas I, Butwick A, Wilkinson C, Pleming A, Nicholson G. Maternal and neonatal side-effects of remifentanil patient-controlled analgesia in labour. Br J Anaesth. 2005;95(4):504–9. doi: 10.1093/bja/aei219
13. Askari M, Alavi A, Dashtinezhad E, Askari M. Effect of back massage with sesames oil on pain and length of delivery in primiparous women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility. 2016;18(183):12–9. [Persian] doi: 10.22038/ijogi.2016.6721
14. Field T. Pregnancy and labor massage. Expert Rev Obstet Gynecol. 2010;5(2):177–81. doi: 10.1586/eog.10.12
15. Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. J Midwifery Womens Health. 2003;48(5):317–21. doi: 10.1016/s1526-9523(03)00277-0
16. Aldington D, Brighouse D. ABC of labour care. BMJ. 1999;319(7219):1270. doi: 10.1136/bmj.319.7219.1270a
17. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. Pain. 2011;152(10):2399-404.
18. Lee KJ, Chang CJ, Jo HS, Kim MR. Effects of a Full Body Massage on uterine contraction, length of labor, type of delivery, and drug intervention for primipara during labor. Korean J Women Health Nurs. 2002;8(4):538. doi: 10.4069/kjwhn.2002.8.4.538
19. Melzack R. The short-form Mcgill Pain Questionnaire. Pain. 1987;30:191-197.
20. Keshavarz M, Dadgari A, Miri F. Evaluation of the short form of McGill Pain Questionnaire in primiparous pregnant women referring to Fatemieh Maternity Hospital in Shahroud. Journal of Knowledge and Health in Basic Medical Sciences. 2007;2(2):35-8. [Persian] http://dx.doi.org/10.22100/jkh.v2i2.238
21. Chang MY, Chen CH, Huang KF. A comparison of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. The Journal of Nursing Research. 2006;14(3):190-97.
22. Khosravi M, Sadighi S, Moradi S, Zendehdel K. Persian-McGill pain questionnaire translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. Tehran Univ Med J. 2013;71(1):53-8. http://tumj.tums.ac.ir/article-1-38-fa.html
23. Kojić Z, Arsenijević L, Sćepanović L, Popović N. Labor pain--physiologal basis and regulatory mechanisms. Srp Arh Celok Lek. 2007;135(3–4):235–9. [Serbian]
24. BOlBOl-haGhiGhi N, MaSOuMi SZ, KaZeMi F. Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2016 Apr;10(4):QC12.
25. Chang M-Y, Wang S-Y, Chen C-H. Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. J Adv Nurs. 2002;38(1):68–73. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02147.x
26. Pollard K. Review - A Practical Guide to Childbirth Massage Techniques [Internet]. Positive Health Online. 2003. Available from: http://www.positivehealth.com/review/a-practical-guide-to-childbirth-massage-techniques
27. Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Theakston H, Schanberg S, Kuhn C. Pregnant women benefit from massage therapy. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1999;20(1):31–8. doi: 10.3109/01674829909075574

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.55.4]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.54]