

(مقاله پژوهشی)

تأثیر طب فشاری بر شدت درد بیماران آرتريت روماتوئید

فیروزه کریمی پور^۱، صدیقه فیاضی^{۲*}، کریم مولا^۳، سید محمود لطیفی^۴

چکیده

زمینه و هدف: درد در بیماران آرتريت روماتوئید یک علامت ناتوان کننده است، که با توانایی لذت بردن از زندگی تداخل دارد. این مطالعه با هدف تأثیر طب فشاری بر شدت درد بیماران آرتريت روماتوئید انجام گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که در درمانگاه گلستان شهر اهواز، مطب پزشک و منزل بیماران انجام گرفته است. در این مطالعه، ۶۰ بیمار با توجه به ویژگی‌های مورد مطالعه به طور تصادفی به دو گروه طب فشاری و شاهد تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه VAS بود، که در جلسه اول و آخر مداخله تکمیل می‌شدند. طب فشاری توسط فشار مستقیم انگشت به مدت ۱ دقیقه در نقاط زوسان لی، هوگو، کوچای و توجانگ در طی ۱۲ جلسه انجام گرفت. گروه شاهد به جز درمان‌های معمول خود از هیچ درمان دیگری در این مدت استفاده نمی‌کردند. داده‌ها پس از جمع‌آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۷ شد و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین میانگین شدت درد در گروه طب فشاری و شاهد قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود نداشت ($P=0/813$).

نتیجه‌گیری: هر چند در این مطالعه تفاوت آماری معناداری بین میانگین شدت درد در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد، اما نیاز است در زمینه تأثیر طب فشاری بر شدت درد تحقیقات بیش‌تری انجام شود.

کلید واژگان: طب فشاری، درد، آرتريت روماتوئید.

۱- مربی گروه پرستاری.

۲- مربی گروه پرستاری.

۳- دانشیار گروه داخلی.

۴- مربی گروه آمار و اپیدمیولوژی.

۱- گروه پرستاری و مامایی، دانشکده

پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم

پزشکی جهرم، ایران.

۲- گروه پرستاری و مامایی، دانشکده

پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم

پزشکی اهواز، ایران.

۳- گروه داخلی، دانشکده پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور

اهواز، ایران.

۴- گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

جندی‌شاپور اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤول:

صدیقه فیاضی؛ گروه پرستاری و

مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور

اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۱۱۳۶۴۴۱

Email: sadighe_fa@yahoo.com

مقدمه

درمان که بر خواسته از طب سنتی چینی است، امروزه در اکثر نقاط جهان مورد توجه قرار گرفته است. هدف اصلی طب فشاری را باید بالا بردن انرژی بدن دانست. بر این اساس، نقاط خاصی در بدن وجود دارند که به عنوان نقاط فشار پارافلکسی شناخته شده‌اند. این نقاط از قابلیت بالایی در هدایت انرژی برخوردار هستند. چینی‌ها معتقدند که این کار به وسیله تعادل Qi در بدن انجام می‌شود. Qi از طریق ۱۲ راه انرژی اصلی که مریدیان (Meridian) نامیده می‌شود حرکت می‌کند که هر کدام به ارگان‌های داخلی خاصی و نقاط فشاری یا Acupoint وصل است. تعدادی از تئوری‌ها در مورد چگونگی کار طب فشاری وجود دارد. اول اینکه وضعیت شیمیایی مغز را به وسیله تأثیر بر نوروترانسمیترها و نوروهورمون‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهند. دوم این که سیستم اپیوئیدی را فعال می‌کنند. که تأثیر مثبت این روش بر روی کنترل درد نشان داده شده است (۱۶). در آخر به این نتیجه می‌رسیم که درد در بیماران مزمن یکی از چالش‌های بیماران و کارکنان سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی و از آن جمله پرستاران می‌باشد، و با توجه به این که در مورد کاربرد روش‌های طب مکمل و از جمله طب فشاری در تسکین درد بیماران آرتروز روماتوئید مطالعات کمی انجام شده است و در ایران چنین مطالعه‌ای انجام نشده است، اما ضرورت آن احساس می‌شود، پژوهشگران بر آن شدند که پژوهشی تحت عنوان تأثیر طب فشاری بر شدت درد بیماران آرتروز روماتوئید به انجام رسانند تا از این طریق هم به ارتقای کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران و هم با کاهش درد بیماران به بالا بردن کیفیت زندگی و افزایش رضایت از زندگی آنها کمک کرده باشد.

روش بررسی

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی است که در درمانگاه گلستان شهر اهواز، مطب پزشک و منزل بیماران

آرتروز روماتوئید (Rheumatoid Arthritis) یک بیماری سیستمیک خودایمنی و ناتوان‌کننده است که با التهاب مزمن مفاصل، تخریب پیش‌رونده، تغییر شکل مفاصل و محدودیت در فعالیت روزانه زندگی مشخص می‌شود. در آرتروز روماتوئید واکنش خود ایمنی عمدتاً در بافت سینوویال رخ می‌دهد (۱-۳). آرتروز روماتوئید مرز جغرافیایی نمی‌شناسد، تمام نژادها را درگیر می‌کند و در هر مرحله‌ای از زندگی ممکن است اتفاق افتد. شیوع آن با افزایش سن، افزایش می‌یابد و اوج شیوع آن بین سال‌های چهل تا شصت سالگی است (۱). شیوع این بیماری در جامعه شهری ایران ۰/۳۷ درصد است. نسبت مبتلایان زن به مرد در آمریکا و اروپا نزدیک ۳ به ۱ است. اما در کشورهای در حال توسعه زنان بسیار بیش تر از مردان مبتلا می‌شوند (۴). علایم سیستمیک این بیماری درد مزمن و سفتی ماهیچه، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، خستگی، اختلال در تحرک فیزیکی و دفورمیتی است (۵، ۲، ۱). درد مزمن یک علامت رایج و یک عامل استرس‌زا در آرتروز روماتوئید است نه فقط به دلیل این که تجربه جسمی ناخوشایندی است، بلکه به خاطر این است که شدت و طول مدت درد در آرتروز روماتوئید غیرقابل پیش‌بینی و کنترل است. درد روی سلامتی و عملکرد و همچنین کیفیت زندگی تأثیر دارد. بیماران با درد مزمن اغلب ارزیابی‌های منفی و ناسازگارانه‌ای درباره وضعیت و توانایی‌های‌شان برای کنترل درد دارند. بنابراین مایلند دردشان را به عنوان یک تهدید ارزیابی کنند. درد متوسط تا شدید در بیش از نیمی از بیماران آرتروز روماتوئید گزارش شده است (۶-۱۱). بیماران آرتروز روماتوئید بیش تر از داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی با دوز کامل برای کاهش درد و التهاب استفاده می‌کنند، که از عوارض جانبی این دسته از داروها می‌توان به تحریک و زخم‌ها و خون‌ریزی گوارشی، عوارض کلیوی و افزایش مرگ و میر بیماران اشاره کرد (۳، ۱۲-۱۵). طب فشاری نیز یک روش درمانی مکمل با قدمتی ۵۰۰۰ ساله است. این شیوه

فشار در نقاط طب سوزنی به اندازه‌ای بود که فرد در آن ناحیه احساس درد خفیف، و سوزش می‌کرد (۱۸) مدت زمان انجام جلسه مداخله برای هر بیمار هشت دقیقه بود، یعنی برای هر نقطه یک دقیقه که در مجموع هشت نقطه بود (چهار نقطه دو طرفه). پرسش‌نامه VAS برای هر دو گروه طب فشاری و شاهد در جلسات قبل از مداخله و جلسه دوازدهم توسط پژوهشگر تکمیل گردید. به مددجویان گفته شده بود که شش ساعت قبل از تکمیل پرسشنامه (اوج اثر داروهای NSAID) از داروهای مسکن استفاده نکنند (۱۹).

در پردازش اطلاعات از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۷ و با تست آماری تی زوجی مستقل استفاده شد و در هر مورد P کمتر از ۰/۰۵ معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها

متوسط سنی واحدهای مورد پژوهش در این مطالعه ۴۶/۹±۱۱/۵۱ سال بود. با استفاده از آزمون آماری تی زوجی مستقل تفاوت آماری معناداری بین میانگین سنی دو گروه مشاهده نشد (P=۰/۵۲۸). اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۸۸/۳۳ درصد) متأهل و ۱۱/۷ درصد آن‌ها مجرد بودند. از نظر قومیت بیماران به سه گروه فارس، عرب و سایر قومیت‌ها که منظور لر، ترک و غیره بوده است، تقسیم شدند. نتایج نشان دادند که (۴۵ درصد) از بیماران عرب بودند. از نظر شغل، داده‌ها نشان دادند که اکثریت بیماران (۸۷/۸ درصد) خانه‌دار و تنها ۱۲/۲ درصد آن‌ها کارمند بودند. میانگین مدت زمان بیماری در این مطالعه ۷/۷۸±۴/۲۶ سال می‌باشد. آزمون آماری تی زوجی مستقل، جهت مقایسه میانگین مدت زمان بیماری در دو گروه استفاده گردید که اختلاف معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (p=۰/۴۴۵). جدول ۱ بیانگر نوع داروهای مسکن مصرفی (گروه NSAIDها) در بین بیماران است که یافته‌ها نشان می‌دهد، اکثریت بیماران از ایبوپروفن به عنوان داروی مسکن استفاده می‌کنند. داده‌های جدول ۲ حاکی از آن است که بیش از نیمی از بیماران که از

انجام گرفته است. در این مطالعه ۶۰ بیمار با توجه به ویژگی‌های مورد مطالعه و با اخذ رضایت‌نامه کتبی به‌طور تصادفی به دو گروه طب فشاری و شاهد تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل به شرکت در مطالعه، بالغین بالای ۱۸ سال، تشخیص آرتروز روماتوئید که توسط پزشک روماتولوژیست تأیید شده باشد، داشتن بیماری به مدت حداقل ۶ ماه، قطع اندام‌های تحتانی و فوقانی، داشتن پیس‌میکر، داشتن بیماری‌های روحی و روانی، حاملگی، سابقه قبلی استفاده از طب فشاری، وجود سابقه عفونت‌های موضعی پوست و زخم باز در نواحی نقاط طب فشاری، داشتن بیماری‌های اتوایمیون دیگر از جمله لوپوس اریتماتوز، داشتن بیماری‌های مزمن نوروپاتی‌ک مانند دیابت بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه مداخله می‌باشد. برای هر دو گروه از نمونه‌ها فرم اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات بیماری و پرسشنامه سنجش درد VAS توسط پژوهشگر به روش پرسش از بیمار و با استفاده از اطلاعات موجود در پرونده در جلسه قبل از مداخله و جلسه آخر مداخله تکمیل گردید. گروه طب فشاری علاوه بر درمان‌های معمول خود، ۱۲ جلسه به صورت سه بار در هفته تحت درمان طب فشاری قرار گرفتند و گروه شاهد به جز درمان‌های معمول خود هیچ گونه درمان طب فشاری در این مدت دریافت نکردند. نقاط طب فشاری طبق مقالات موجود و کتاب‌های مرجع (۱۷) در این زمینه و نظر متخصص طب سوزنی انتخاب شدند که شامل نقاط LIV3, ST36, LI11, LI4 بودند و به صورت دو طرفه تحریک می‌شدند. پژوهشگر زیر نظر متخصص طب سوزنی جهت یافتن نقاط و انجام روش‌های مداخله قبل از انجام طرح، آموزش دیده بود، سپس در حضور ایشان برای ۴ بیمار در جلسه اول آن‌ها مداخله را انجام داد و پس از تأیید متخصص طب سوزنی، مداخله بر روی بیماران را آغاز کرد. در گروه طب فشاری، با استفاده از انگشت شست فشار به مدت یک دقیقه بر روی نقاط اعمال می‌شد. با نظر متخصص طب سوزنی و مقالات موجود در این زمینه

فشاری می‌باشد. جدول ۴ میانگین داروهای مسکن مصرفی بر حسب میلی‌گرم را قبل و بعد از مداخله در دو گروه طب فشاری و شاهد را نشان می‌دهد. نتایج این جدول با استفاده از آزمون تی زوجی مستقل، نشان می‌دهد که میانگین داروهای مسکن مصرفی در دو گروه طب فشاری و کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معناداری از لحاظ آماری نداشتند، اما بعد از مداخله، مقدار P کمتر از قبل مداخله گردید ($p = 0/44$) که بیانگر تأثیر طب فشاری بر میزان داروهای مسکن مصرفی می‌باشد.

NSAIDها به عنوان داروی مسکن برای کاهش درد استفاده می‌کردند دچار عارضه جانبی این داروها شده‌اند و اکثر آنها دچار عارضه گوارشی از جمله زخم‌های معدی و سوزش معده شده‌اند. یافته‌های جدول ۳ بیانگر میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دو گروه طب فشاری و شاهد است. با استفاده از آزمون تی زوجی مستقل تفاوت آماری معناداری بین میانگین شدت درد در دو گروه طب فشاری و کنترل قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد، اما در گروه طب فشاری بعد از مداخله P کمتر از قبل مداخله گردید ($p = 0/113$)، که بیانگر تأثیر طب

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد واحدهای پژوهش بر اساس نوع داروهای مسکن مورد استفاده

گروه	ایبوبروفن		ژلوفن		سایر داروها		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
طب فشاری	۱۹	۶۳/۳	۸	۲۶/۷	۳	۱۰	۱۰۰
شاهد	۲۰	۶۶/۷	۶	۲۰	۴	۱۳/۳	۱۰۰
کل	۳۹	۶۵	۱۴	۲۳/۳۳	۷	۱۱/۶۶	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد واحدهای پژوهش بر اساس داشتن عارضه جانبی داروهای مسکن

گروه	دارد		ندارد		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
طب فشاری	۱۳	۴۳/۳	۱۷	۵۶/۷	۳۰
شاهد	۱۵	۵۰	۱۵	۵۰	۳۰
کل	۲۸	۴۶/۶۶	۴۵	۳۳/۵۴	۶۰

جدول ۳: مقایسه میانگین میزان درد قبل و بعد از مداخله در دو گروه

گروه	طب فشاری		شاهد		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
قبل از مداخله	۷/۳۶	۰/۷۱	۷/۳	۰/۸۳	۰/۹۵۳
بعد از مداخله	۷/۱	۰/۵۴	۷/۲۳	۰/۷۲	۰/۸۱۳

جدول ۴: مقایسه میانگین میزان مصرف داروهای مسکن قبل و بعد از مداخله

گروه	طب فشاری		شاهد		P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
در قبل از مداخله	۴۰۳/۳۳	۱۸۸/۴۲	۴۳۰	۱۸۲	۰/۷۸
بعد از مداخله	۳۷۶/۶۶	۱۹۲/۴۱	۴۳۰	۱۸۲	۰/۴۴

بحث

(۳-۱) در این مطالعه، اختلاف معناداری از لحاظ آماری بین میانگین شدت درد در دو گروه مشاهده نشد، اما در گروه طب فشاری میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله تفاوت داشت، هر چند این تفاوت از نظر آماری معنادار نشد ($p=0/813$). در مطالعه سی و همکارانش که از طب فشاری برای تسکین درد کمر استفاده کرده بودند، تفاوت معناداری بین شدت درد گروه‌ها مشاهده شد که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد شاید دلیل این امر این باشد که علت‌های درد در بیماران آرتروز روماتوئید با بیماران درد کمر یکسان نیست که این باعث می‌شود، تسکین درد در دو بیماری متفاوت باشد و شاید در بعد غیر جسمی تأثیر عوامل روانی مداخله‌گر باعث ایجاد تفاوت در دو گروه بیماران شده باشد (۲۲).

نتیجه‌گیری

هر چند در این مطالعه تفاوت آماری معناداری بین میانگین شدت درد در دو گروه مورد مطالعه مشاهده نشد، اما نیاز است در زمینه تأثیر طب فشاری بر شدت درد تحقیقات بیش‌تری انجام شود.

قدردانی

این مطالعه با مساعدت دانشگاه علوم پزشکی جندی-شاپور اهواز و از محل بودجه مصوب شماره: U89045 صورت گرفته است و همچنین با مساعدت آقای دکتر فلاح می‌باشد که بدین وسیله از آنان قدردانی می‌شود.

با توجه به یافته‌ها اکثریت واحدهای پژوهش (۵۸/۸۸ درصد) در گروه سنی ۶۰-۴۰ سال قرار داشتند. در مطالعه زنته و همکارانش متوسط سن بیماران $46/5 \pm 9/9$ و در مطالعه محمدزاده و همکارانش متوسط سن واحدهای مورد پژوهش $10/86 \pm 46/21$ گزارش شده است (۵، ۲۰). نتایج نشان می‌دهد که اکثر بیماران آرتروز روماتوئید از درد متوسط تا شدید رنج می‌برند، که تمامی این بیماران برای تسکین درد خود از داروهای مسکن NSAID استفاده می‌کردند، در مطالعه جیوکیچه روبله نیز ۸۸/۱ درصد از بیماران آرتروز روماتوئید از NSAID ها برای تسکین درد خود استفاده می‌کردند (۲۱)، در اکثر منابع نیز ذکر گردیده است که این بیماران از این دسته دارویی برای تسکین درد خود استفاده می‌کنند (۳-۱). در این مطالعه داروهای مسکن مصرفی بیماران به سه دسته مصرف بروفن، ژلوفن و سایر داروهای مسکن تقسیم شده است که منظور از سایر داروهای مسکن در این مطالعه شامل داروهای دیگر NSAID ها از جمله دیکلوفناک، سلکسیب و استامینوفن است. داده‌ها نشان داد که ۶۵ درصد کل بیماران از بروفن، $23/33$ درصد از ژلوفن و $11/66$ درصد از سایر داروهای مسکن NSAID ها استفاده می‌کردند. نتایج حاکی از آن است که بیش از نیمی از بیماران که از NSAID ها به عنوان داروی مسکن خود برای کاهش درد استفاده می‌کردند دچار عارضه جانبی این داروها که تماماً عارضه گوارشی از جمله زخم‌های معدی و سوزش معده شده‌اند. در اکثر منابع نیز ذکر شده است که ۴۰ درصد بیمارانی که به صورت مداوم از NSAID ها استفاده می‌کنند، دچار عوارض جانبی که اکثراً گوارشی است، شده‌اند. همچنین خطر عوارض معدی در این بیماران هر ساله ۴-۱ درصد افزایش می‌یابد

- 1-Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing: clinical management for positive outcomes. 8th ed. St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier; 2009.
- 2-Masiero S, Boniolo A, Wassermann L, Machiedo H, Volante D, Punzi L. Effects of an educational-behavioral joint protection program on people with moderate to severe rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol* 2007;26(12):2043-50.
- 3-Smeltzer SC, Bare GB, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- 4-Mody GM, Cardiel MH. Challenges in the management of rheumatoid arthritis in developing countries. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2008;22(4):621-41.
- 5-Mohammadzadeh Sh, Shojai F, Zeraati H, Mahidashti zad SH. Effects of exercise in water (hydrotherapy) on pain relief and extended range of motion in rheumatoid arthritis patients. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity Tehran Medical Branch* 2007;17(3):147-52.
- 6-Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B. Chronic widespread pain in the spectrum of rheumatological diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(3):391-402.
- 7-Evers AW, Kraaijaat FW, van Riel PL, Bijlsma JW. Cognitive, behavioral and physiological reactivity to pain as a predictor of long-term pain in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 2001;93(2):139-46.
- 8-Fitzcharles MA, DaCosta D, Ware MA, Shir Y. Patient barriers to Pain management may contribute to poor pain control in rheumatoid arthritis. *J Pain* 2009;10(3):300-5.
- 9-Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs* 2002;11(4):430-43.
- 10-Núñez M, Núñez E, Sanchez A, del Val JL, Roig D, et al. Patients' perceptions of health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2009;28(10):1157-65.
- 11-Strand EB, Zautra AJ, Thoresen M, Odegard S, Uhlig T, Finset A. Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 2006;60(5):477-84.
- 12-Mangoni AA, Woodman RJ, Gaganis P, Gilbert AL, Knights KM. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs and risk of incident myocardial infarction and heart failure, and all-cause mortality in the Australian veteran community. *Br J Clin Pharmacol* 2010;69(6):689-700.
- 13-Marco JL, Amariles P, Bosca B, Castelló A. Risk factors associated with NSAID-induced upper gastrointestinal bleeding resulting in hospital admissions: A cross-sectional, retrospective, case series analysis in valencia, Spain. *Curr Therap Res* 2007;68(2):107-19.
- 14-Song YW, Lee EY, Koh EM, Cha HS, Yoo B, Lee CK, et al. Assessment of comparative pain relief and tolerability of SKI306X compared with celecoxib in patients with rheumatoid arthritis: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, double-dummy, phase III, noninferiority clinical trial. *Clin Ther* 2007;29(5):862-73.
- 15-Wiebalck A, Dertwinkel R, Zenz M. NSAIDs and other non-opioids in chronic pain. *Baillière's Clinical Anaesthesiology*. 1998;12(1):19-38.
- 16-Yeh C H, Chien L C, Chiang Yi C, Huang Li-C. Auricular Point Acupressure for Chronic Low Back Pain: A Feasibility Study for 1-Week Treatment. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012; 2012(2012):9.
- 17-Yang CS, Bieber EJ, editor. Textbook of complementary and alternative medicine. Boca Raton: Parthenon Pub. Group; 2003.
- 18-Wong CL, Lai KY, Tse HM. Effects of SP6 acupressure on pain and menstrual distress in young women with dysmenorrhea. *Complement Ther Clin Pract* 2010;16(2):64-9.
- 19-Wilson BA, Shannon MT, Shields KM, Stang CL. Amazon.com: Nursing 2008 Drug Handbook. 28th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 373-93.
- 20-Zanette SA, Born IG, Brenol JC, Xavier RM. A pilot study of acupuncture as adjunctive treatment of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2008;27(5):627-35.
- 21-Usichenko TI, Hermesen M, Witstruck T, Hofer A, Pavlovic D, Lehmann C, et al. Auricular Acupuncture for Pain Relief after Ambulatory Knee Arthroscopy-A Pilot Study. *Evid Based Complement Alternat Med* 2005;2(2):185-9.
- 22-Hsieh LL, Kuo CH, Yen MF, Chen TH. A randomized controlled clinical trial for low back pain treated by acupressure and physical therapy. *Prev Med* 2004;39(1):168-76.

Effect of Acupressure on Severity of Pain in Arthritis Rheumatoid Patient

Firozeh Karimipour ¹, Sadigeh Fayazi ^{2*}, Karim Mowla ³, Seyed Mahmoud Latifi ⁴

1-Lecturer of Nursing & Midwifery.
2- Lecturer of Nursing & Midwifery.
3- Associate Professor of Internal Medicine.
4-Lecturer of Vital Statistics.

1-Faculty of Nursing & Midwifery, Jundishapur University of Medical Sciences, Jahrom, Iran.
2-Faculty of Nursing & Midwifery, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
3-Department of Internal Medicine, School of Medicine, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
4-Faculty of Health, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:
Sadigeh Fayazi; Nursing & Midwifery Faculty, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.
Tel: +989161136441
Email: sadighe_fa@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Rheumatoid arthritis patients have identified pain as a distressing symptom that interfere their ability to enjoy life and to take care of themselves. The purpose of the study was to assess the effect of acupressure on pain intensity in rheumatoid arthritis patients.

Subjects and Methods: This is a clinical trial study. The data were collected from the clinic of rheumatology of Golestan hospital in Ahvaz, physician's private surgery and patient's home. Regarding the objectives of the study, 60 patients were randomly divided into two acupressure and control groups. The main outcomes measured were the demographic form and VAS scale that were collected at first and last intervention sessions. Acupressure was accomplished with direct finger pressure at 1 minute in Hegu, Quchi, Zusanli and Taichong in 12 sessions, control group did not received complementary treatment. The data were analyzed with SPSS version 17 and paired t-test test.

Results: There was not a significant difference between the averages of pain intensity in acupressure and control groups at pre- and post-treatment (P=0.813).

Conclusion: Despite lack of significant effects of acupuncture on the severity of pain in rheumatoid arthritis patients, further research in the field of acupressure is recommended.

Keywords: Acupressure, Pain, Rheumatoid arthritis.

► Please cite this paper as:

Karimipour F, Fayazi S, Mowla K, Latifi SM. Effect of Acupressure on Severity of Pain in Arthritis Rheumatoid Patient. *Jundishapur Sci Med J* 2012; 11 (2): 269-275

Received: July 17, 2010

Revised: July 20, 2011

Accepted: Jan 2, 2012