

فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴

تأثیر رایحه‌ی گلاب بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا

نسرین روزبهانی^{۱*}، مهتاب عطارها^۲، نعیمه اکبری ترکستانی^۳، لیلا امیری فراهانی^۴، طوبی حیدری^۵

۱. استادیار، دکترای آموزش و ارتقا سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران.
۲. مربی، دانشجوی دکتری بهداشت باروری، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران.
۳. مربی، کارشناسی ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۱/۲۴

چکیده

مقدمه: درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان تجربه می‌کنند. آروماتراپی یا رایحه‌درمانی یکی از روش‌های کاهش این درد می‌باشد. هدف از انجام این مطالعه، بررسی تأثیر رایحه گلاب بر کاهش این درد است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی، ۱۱۱ خانم نخست‌زا بعد از امضای رضایت آگاهانه به صورت تصادفی در سه گروه آروماتراپی، پلاسبو و شاهد قرار گرفتند. مداخله در دو مرحله، دیلاتاسیون پنج و هشت سانتی‌متر سرویکس، انجام شد. شدت درد با مقیاس دیداری درد، قبل و ۳۰ دقیقه بعد از هر بار مداخله اندازه گرفته شد. در گروه مداخله، گلاب و در گروه پلاسبو آب مقطر در دست مددجو ریخته شد و از آنها درخواست شد رایحه را استشمام کنند. در گروه شاهد نیز فقط مراقبت‌های معمول انجام شد.

یافته‌ها: قبل از مداخله، شدت درد زایمان بین سه گروه اختلاف معنی‌دار نداشت. اما بعد از مداخله اول و دوم، شدت درد به طور معنی‌داری در گروه گلاب کمتر از دو گروه دیگر بود ($p < 0.001$). میانگین شدت درد زایمان در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر در گروه گلاب $7/59 \pm 1/99$ ، در گروه پلاسبو $8/94 \pm 1/60$ و در گروه شاهد $8/89 \pm 1/47$ بود ($p < 0.001$). در بررسی تغییر شدت درد زایمان در طول زمان، آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد، هر زمان که رایحه گلاب استنشاق شده بود کاهش درد وجود داشت. اما در دو گروه پلاسبو و شاهد به طور مداوم افزایش درد مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد استنشاق رایحه گلاب می‌تواند باعث کاهش درد زایمان شود.

کلیدواژه‌ها: گلاب، درد زایمان، رایحه‌درمانی

*نویسنده مسئول: E.mail: roozbahani@arakmu.ac.ir

مقدمه

زایمان، فرایندی فیزیولوژیک است که خداوند شرایط انجام آن را در انسان همانند سایر پستانداران محقق کرده است و باید بدون مداخله‌ی پزشکی و به صورت طبیعی انجام پذیرد. اکثر زایمان‌های طبیعی نیازی به مداخله‌ی پزشکی ندارند و فقط با ارائه‌ی آموزش به مادران و مراقبت و پایش آنان در طی انجام زایمان، این روند فیزیولوژیک و طبیعی به سلامت طی می‌گردد؛ اما متأسفانه امروزه شاهد افزایش بیش‌ازحد عمل جراحی سزارین هستیم که علاوه بر ایجاد عوارض بسیار برای مادر و نوزاد، باعث تحمیل هزینه‌ی گزاف به خانواده و جامعه نیز می‌شود (۱). یکی از عمده‌ترین دلایل این افزایش، ترس مادران از درد در هنگام لیبر و زایمان می‌باشد (۲). درد لیبر، یک سیستم اختلال جهت آگاه نمودن زن، برای ورود او به دوره‌ی مادری است و باعث می‌شود که زایمان در شرایط ایمن و مناسب انجام شود و همچنین در طی زایمان یک عامل کمک‌کننده برای خروج جنین محسوب می‌شود؛ چرا که مادر، در هنگام درد به‌طور رفلکسی با انقباضات عضلات شکمی به خروج جنین کمک می‌کند. بنابراین درد یک پدیده‌ی فیزیولوژیک و طبیعی است و از بین بردن کامل آن، باعث طولانی شدن زمان لیبر و زایمان می‌گردد. اما در صورتی که بتوان این درد را تا حد مطلوبی کاهش داد می‌توان از ترس زنان در زایمان طبیعی تا حد زیادی کاست و تمایل آن‌ها را به انجام سزارین کم کرد (۱). تسکین درد زایمان به شیوه‌های مختلفی انجام می‌شود اما در سال‌های اخیر درمان‌های تکمیلی، جایگاه ویژه‌ای را در این رابطه پیدا کرده‌اند (۳-۶). یکی از این درمان‌های تکمیلی «آروماتراپی» است (۷، ۸). آروماتراپی یا رایحه‌درمانی دانش استفاده از روغن‌های پایه‌ی گیاهان معطر، جهت افزایش احساس سلامتی و بهبودی است. بشر در طول تاریخ همواره از گیاهان معطر و رایحه‌ی آن‌ها استفاده کرده است. اسانس‌های خالص و معتبر برای درمان با روش‌های تقطیر و فشردن از گیاهان معطر استخراج می‌شوند. آروماتراپی به معنی استفاده از حس

بویایی و آرومای منحصر به فرد اسانس‌های مختلف و تأثیر آن‌ها روی سیستم اندوکراین، سیستم عصبی خودکار و ساقه‌ی مغز می‌باشد. اسانس‌ها با استفاده از حس بویایی می‌توانند روی سلامت فکر/ احساس و نیز سلامت جسم تأثیر داشته باشند. هنگامی که یک آروما استنشاق یا بوییده می‌شود توسط اپی‌تلیوم بویایی دریافت می‌شود و به یک ایمپالس عصبی تبدیل می‌گردد. این ایمپالس عصبی به پیاز بویایی و سپس از طریق راه بویایی به ناحیه‌ی لیمبیک مغز می‌رسد و اثرات خود را اعمال می‌کند (۹).

رایحه‌های معروفی که در مطالعات دیگر برای کاهش درد زایمان استفاده شده‌اند اسطوخودوس، کندر، بابونه، مریم‌گلی، ماندارین و رز می‌باشند (۱۰-۱۲). رز یکی از آروماهای معروف بوده و گل محمدی دسته‌ی مهمی از آن است که در ایران به روش تقطیر از این گل، گلاب به دست می‌آید. اسانس گل محمدی دارای دو بخش جامد و مایع است. بخش جامد آن استئاروپتن نام دارد که بدون بو است. بخش مایع آن دارای بوی قوی و تندی به نام الئوپتن است که در ساختار آن ۴۵ تا ۷۵ درصد ژرانیول و ۲۰ تا ۴۰ درصد سیترونلول و بقیه شامل فنیل اتیل الکل، نرول، لینالول و ... است. با توجه به استاندارد گلاب، اسانس گلاب‌های عرضه‌شده در کشور باید حداقل ۱۲ میلی‌گرم در ۱۰۰ میلی‌لیتر باشند (۱۳). در بعضی مطالعات از رایحه‌ی گل رز برای کاهش طول مدت لیبر و کاهش اضطراب به‌طور مؤثری استفاده شده است (۱۴). سؤال ما در این مطالعه این است که آیا با وجود اثرات آرام‌بخشی و ضد اضطراب گل محمدی و رز، این رایحه می‌تواند بر شدت درد زایمان نیز تأثیرگذار باشد؟ لذا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر رایحه‌ی گلاب بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی است که با هدف بررسی تأثیر رایحه‌ی گلاب بر شدت درد زایمان انجام شد. جامعه‌ی پژوهش را زنان نخست‌زای دارای درد زایمان بستری در بیمارستان آیت‌الله... طالقانی شهر اراک

فرم اطلاعات دموگرافیک، حاوی اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، شغل، درآمد سرانه، محل سکونت، شاخص توده‌ی بدنی قبل از بارداری؛ فرم اطلاعات مامایی، حاوی اطلاعات مربوط به حاملگی فعلی از جمله سن بارداری، عوارض و مشکلات بارداری، نتایج معاینات لگنی، بررسی علائم حیاتی، اطلاعات نوع زایمان، وزن و آپگار نوزاد؛ مقیاس دیداری درد (۱۰ درجه‌ای) و چک‌لیست ثبت آن؛ و سؤال در رابطه با رضایت از روند لیبر که حاوی یک سؤال با طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از «بسیار راضی تا بسیار ناراضی» بود.

برای تعیین روایی پرسش‌نامه و چک‌لیست‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که فرم‌ها بر اساس متون علمی و نظرات همکاران، تدوین شدند و با نظرخواهی از ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک، روایی آن‌ها بررسی و اصلاحات لازم در آن‌ها انجام گردید. برای تعیین پایایی، پرسش‌نامه و چک‌لیست‌های مربوط به وسیله‌ی دو نفر از محققان، به‌طور مجزا برای ۲۰ نفر از زنان واجد شرایط ورود به مطالعه تکمیل شد و ضریب توافقی کاپا ۰/۹۲ به دست آمد. جهت سنجش شدت درد زایمان از یک نوار به طول ۱۰ سانتی‌متر که مدرج نبود و سمت چپ آن جمله‌ی «عدم وجود درد» و در سمت راست آن جمله‌ی «بیشترین میزان درد» درج شده بود استفاده شد و از افراد خواسته شد که محل مورد نظر خود را با یک علامت ضریب مشخص کنند. سپس نوارها اندازه‌گیری شد. پایایی این ابزار برای سنجش دردهای حاد بالا گزارش شده است (۱۵).

استفاده از رایحه‌درمانی در دو مرحله در دیلاتاسیون‌های پنج و هشت سانتی‌متر انجام شد. در هر مرحله، ابتدا شدت درد مددجویان با مقیاس دیداری درد (۱۰ درجه‌ای) اندازه گرفته شد. سپس در گروه گلاب به وسیله‌ی گلاب‌پاش، پنج میلی‌لیتر گلاب کاشان (با ۲۴ درصد اسانس گل محمدی) در دست مددجو ریخته و از او خواسته شد که پس از مالیدن کف دست‌ها، آن‌ها را در فاصله‌ی ۲/۵ تا ۵ سانتی‌متری بینی نگه دارد و با تنفس عمیق و با هر بار

تشکیل می‌دادند. افراد در صورت داشتن معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه برای زنان عبارت‌اند از: نخست‌زا بودن، داشتن سن ۳۵-۱۸ سال، قرار داشتن در وضعیت حاملگی ترم و تک‌قلو، پرزاتاسیون سفالیک، دیلاتاسیون ۵ سانتی‌متر سرویکس در بدو مطالعه، داشتن انقباضات رحمی به مدت ۳۰ ثانیه و ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه، برخوردار بودن از شاخص توده‌ی بدنی طبیعی، عدم استعمال دخانیات، مواد مخدر و الکل، عدم وجود اختلالات روانی و آناتومیک شناخته‌شده (سایکوز، تنگی لگن و ...)، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن شناخته‌شده مثل بیماری قلبی، ریوی، فشار خون و دیابت، عدم وجود مشکلات لیبر از جمله اختلال رشد داخل رحمی جنین، دکولمان، جفت سر راهی، عدم وجود پارگی بیش از ۶ ساعت کیسه‌ی آمنیوتیک، پره‌اکلامپسی و القاء زایمان با اکسی‌توسین، عدم استفاده از تسکین‌دهنده‌های درد و آرام‌بخش‌ها، و درنهایت نداشتن سابقه‌ی نازایی و سابقه‌ی آلرژی به گیاهان.

معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: استفاده از دیگر روش‌های تسکین‌دهنده‌ی درد در حین انجام مطالعه، عارضه‌دار شدن لیبر، استفاده از اکسی‌توسین و عدم تحمل مددجو.

مطالعه در سه گروه ۳۷ نفره شامل گروه گلاب، پلاسبو و شاهد (جمعاً ۱۱۱ نفر) انجام شد. حجم نمونه بر اساس آلفای ۰/۰۵ و بتای ۰/۲۰ و با استفاده از فرمول پوکاک با اطلاعات حاصل از پیش‌آزمون و برآورد ریزش ۱۰ درصدی در هر گروه، ۳۷ نفر در نظر گرفته شد.

روش نمونه‌گیری به این صورت بود که به علت احتمال تأثیر رایحه‌ی پخش‌شده در هوا بر افراد گروه‌های دیگر، هر هفته برای یک گروه نمونه‌گیری انجام می‌شد و روزهای جمعه نیز نمونه‌گیری صورت نمی‌گرفت. تخصیص هفته‌ها به گروه‌ها به صورت تصادفی ساده انجام شد. روش جمع‌آوری اطلاعات بر پایه‌ی مصاحبه، مشاهده و معاینه استوار بود.

ابزار پژوهش شامل موارد زیر بود:

برای بررسی تأثیر زمان از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

لازم به ذکر است این طرح ابتدا در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک بررسی شد. پس از تأیید کمیته‌ی یادشده و کسب اجازه از مسئولان بیمارستان مطالعه آغاز گردید. به واحدهای مورد پژوهش در مورد اهداف و چگونگی اجرای پژوهش (بدون نام‌بردن از مواد مورد استفاده) توضیح داده شد؛ همچنین محرمانه ماندن اطلاعات و امکان دسترسی آن‌ها به نتایج در صورت تمایل مورد تأکید قرار گرفت. سپس آنان در صورت رضایت و امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی به مطالعه وارد شدند و چک‌لیست را تکمیل کردند.

به علت اینکه رایحه در فضا پخش می‌شد در صورت امکان، افراد مورد مطالعه در اتاق جداگانه بستری شدند و یا از افراد دیگر بستری در اتاق، اجازه گرفته شد.

یافته‌ها

همه‌ی خانم‌های مورد پژوهش نخست‌زا بودند، بارداری تک‌قلو داشتند و عضو نمایش جنین آن‌ها سفالیک بود. گروه‌ها از نظر سن، تحصیلات، شغل، محل سکونت، درآمد سرانه و شاخص توده‌ی بدنی قبل از بارداری با هم تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (جدول شماره ۱).

میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان قبل و ۳۰ دقیقه بعد از شروع مرحله‌ی اول و دوم مداخله و دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر در سه گروه در جدول شماره ۲ ارائه شده است. آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد که گروه‌ها از نظر میانگین میزان شدت درد زایمان در قبل از مرحله‌ی اول مداخله با هم تفاوتی نداشتند؛ اما ۳۰ دقیقه بعد از شروع آن شدت درد زایمان بین گروه‌ها متفاوت بود. آزمون تعقیبی توکی نشان داد شدت درد زایمان به‌طور معنی‌داری در گروه گلاب کمتر از دو گروه پلاسبو و شاهد است ($p < 0.001$)؛ اما دو گروه پلاسبو و شاهد با هم تفاوت آماری معنی‌دار ندارند. آزمون آماری تی زوجی نشان داد که در گروه‌های گلاب و شاهد، شدت درد زایمان قبل و بعد از مداخله‌ی اول به‌طور معنی‌داری

انقباض، رایحه را به ریه‌ی خود وارد کند. گروه پلاسبو نیز همین کار را با پنج میلی‌لیتر آب مقطر انجام داد.

مددجو این اقدام را از زمان سنجش اولیه‌ی درد در هر مرحله از مداخله تا ۳۰ دقیقه بعد ادامه می‌داد. در گروه شاهد نیز مراقبت‌های معمول به‌وسیله‌ی همکار طرح انجام شد. جهت جلوگیری از بروز خطا، همکار طرح بر بالین بیمار حضور داشت و از مددجو درخواست می‌کرد که با هر بار انقباض تنفس عمیق داشته باشد. سپس ۳۰ دقیقه‌ی بعد از دو مرحله رایحه‌درمانی، شدت درد مجدداً اندازه‌گیری شد. در هر سه گروه شدت درد در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر نیز اندازه‌گیری شد و به‌عنوان اهداف فرعی طول مدت مرحله‌ی اول و دوم زایمان، میزان سزارین، آپگار دقیقه‌ی یک و پنج نوزاد و میزان رضایت مادر بعد از زایمان نیز سنجیده شد. تعداد ضربان قلب جنین قبل و بلافاصله بعد از مداخله و سپس هر ۱۵ دقیقه یک‌بار بررسی گردید. در صورت بروز هرگونه مشکل یا اعلام عدم رضایت مادر، مداخله قطع می‌شد و اقدامات لازم انجام می‌گرفت. به علت ماهیت رایحه‌درمانی، کورسازی به‌طور کامل امکان‌پذیر نبود؛ اما بیماران از وجود گروه‌های دیگر و نوع مواد به‌کاررفته در آن گروه‌ها اطلاع نداشتند. گروه‌ها با کد ۱، ۲ و ۳ مشخص شده بودند و تحلیل‌گر از ماهیت آن‌ها اطلاع نداشت. در نهایت اطلاعات به‌دست‌آمده در سه گروه با هم مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد. برای استخراج نتایج از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده شد. برای بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لون و برای مشخص کردن توزیع نرمال متغیرها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده گردید. در رابطه با آزمون‌های آماری، برای استخراج داده‌های کیفی از آزمون کای دو، برای مقایسه‌ی میانگین شدت درد قبل و بعد در هر گروه از آزمون تی زوجی و برای مقایسه‌ی میانگین گروه‌ها نیز از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. همچنین

سه گروه از نظر طول مدت فاز فعال (در هر سه گروه نزدیک به ۴ ساعت) و مرحله‌ی دوم زایمان (در هر سه گروه نزدیک به یک ساعت) و میانگین‌های آپگار نوزادان تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (جدول شماره‌ی ۱). از نظر شیوه‌ی زایمان نیز تمام افرادی که اطلاعات مرحله‌ی اول آن‌ها تکمیل شده بود زایمان طبیعی داشتند.

بحث

این مطالعه جزء محدود مطالعات کارآزمایی بالینی است که درباره‌ی تأثیر رایحه‌درمانی در کاهش درد زایمان انجام شده است. بر اساس نتایج این مطالعه، هر زمان از رایحه‌ی گلاب استفاده شد کاهش درد ملاحظه گردید؛ اما باید توجه داشت هرچند این کاهش شدت درد از نظر آماری معنی‌دار بود اما این میزان کاهش از نظر بالینی زیاد و چشمگیر نیست. با این حال در گروه گلاب افزایش درد ملاحظه نشد ولی در دو گروه دیگر افزایش درد نسبتاً چشمگیری وجود داشت که این عدم افزایش درد در یکی از گروه‌ها از مزیت‌های این مطالعه محسوب می‌شود. مطالعه‌ای که رایحه‌ی گلاب را به صورت استنشاقی بر کاهش درد زایمان بررسی کرده باشد، یافت نشد؛ اما تأثیر رایحه‌های دیگر بر کاهش این درد بررسی شدند. از جمله‌ی این رایحه‌ها، رایحه‌ی اسطوخودوس است. در چند مطالعه این رایحه بر کاهش درد زایمان مؤثر بوده است که می‌توان به مطالعات سراجی و همکاران، وکیلان و همکاران و علوی و همکاران اشاره کرد (۱۶-۱۸).

نتایج مطالعه‌ی برنز و همکاران که یکی از پنج اسانس روغنی اسطوخودوس، کندر، بابونه‌ی رومی، مریم‌گلی، و ماندارین را به شکل‌های متفاوت مانند استنشاق، ماساژ، داخل وان آب، کمپرس و غیره برای زنان در لیبر استفاده کرده بودند نیز نشان داد که فقط زنان نخست‌زا کاهش درد را اعلام کردند ولی مداخله بر شدت درد زنان چندزا اثری نداشت (۷). در مطالعه‌ی آن‌ها رایحه‌درمانی به صورت کلی توصیف شده و اثر هر رایحه بر شدت درد به صورت مجزا بیان نشده بود.

متفاوت بود اما در گروه گلاب کاهش معنی‌دار درد وجود داشت درحالی‌که در گروه شاهد افزایش معنی‌دار درد مشاهده شد. در گروه پلاسیبو نیز افزایش درد وجود داشت اما این افزایش معنی‌دار نبود (جدول شماره‌ی ۲).

قبل از مرحله‌ی دوم مداخله، شدت درد در گروه‌ها تفاوت معنی‌داری داشت، به طوری‌که شدت درد در گروه گلاب به طور معنی‌داری کمتر از گروه شاهد بود ($p < 0.001$). ولی دو گروه گلاب و پلاسیبو و همچنین دو گروه پلاسیبو و شاهد با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند. سی دقیقه بعد از شروع این مرحله نیز شدت درد زایمان بین گروه‌ها متفاوت بود ($p < 0.001$). آزمون تعقیبی توکی نشان داد که شدت درد زایمان در گروه گلاب به طور معنی‌داری کمتر از گروه‌های پلاسیبو و شاهد است؛ اما دو گروه پلاسیبو و شاهد با هم تفاوت آماری معنی‌دار نداشتند. آزمون تی زوجی نشان داد که در گروه‌های گلاب و شاهد، شدت درد زایمان قبل و بعد از مرحله‌ی دوم مداخله به طور معنی‌داری متفاوت بود. در اینجا نیز مانند مرحله‌ی اول در گروه گلاب کاهش معنی‌دار درد وجود داشت، درحالی‌که در گروه شاهد افزایش معنی‌دار درد مشاهده شد. در گروه پلاسیبو نیز مقداری افزایش درد وجود داشت اما این افزایش از نظر آماری معنی‌دار نبود (جدول شماره‌ی ۳).

در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان در گروه گلاب $1/99 \pm 7/59$ ، در گروه پلاسیبو $1/60 \pm 8/94$ و در گروه شاهد $1/47 \pm 8/89$ بود ($p < 0.0001$). آزمون تعقیبی نشان داد که شدت درد در گروه گلاب به طور معنی‌داری کمتر از دو گروه پلاسیبو و شاهد است اما دو گروه پلاسیبو و شاهد با هم تفاوتی نداشتند.

در بررسی تغییر شدت درد زایمان در طول مدت‌زمان (لیبر)، آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که هر زمان رایحه‌ی گلاب استنشاق شده کاهش درد وجود داشته است؛ اما در دو گروه پلاسیبو و شاهد به طور مداوم افزایش درد مشاهده شده است (نمودار شماره‌ی ۱).

رِسپتورهای را که در پیاز بویایی قرار گرفته‌اند تحریک و پیام بویایی را به سیستم لیمبیک منتقل می‌کنند و منجر به آزاد شدن آندروفین، انکفالین و سروتونین از این سیستم می‌شوند که نتیجه‌ی آن ایجاد حس آرامش و کاهش استرس است. ایجاد حس آرامش و کاهش استرس هم در کاهش درد نقش مهمی را ایفا می‌کند (۹).

بررسی اندازه‌های مکرر در گروه‌های مورد مطالعه در نمودار یک، نکات جالبی را نشان می‌دهد. اولاً در هر مرحله از مداخله، در گروه گلاب کاهش درد ملاحظه شده ولی در دو گروه پلاسیبو و شاهد افزایش درد وجود داشته است؛ هرچند این افزایش به نسبت زمانی که مداخله صورت نمی‌گرفته کمتر بوده است. این مشاهده آشکار می‌سازد که عوامل تلقینی و وجود مراقب در بالین بیمار نیز دو عاملی هستند که می‌توانند از افزایش بیش‌ازاندازه‌ی درد جلوگیری کنند.

طول مدت فاز فعال و مرحله‌ی دوم زایمان در سه گروه با هم تفاوت نداشت که مشابه مطالعه‌ی خیرخواه و همکاران بود (۱۴)؛ اما در مطالعه‌ی وکیلیان و همکاران که اثر رایحه‌درمانی با اسطوخودوس به‌علاوه‌ی تکنیک تنفسی را با تکنیک تنفسی به‌تنهایی بر طول مدت فاز فعال و مرحله‌ی دوم زایمان بررسی کرده بودند طول این مراحل به‌طور معنی‌داری در گروه آروماتراپی کمتر از گروه تکنیک تنفسی بود (۲۱). شاید دلیل این تفاوت در بین مطالعات مختلف، نوع رایحه‌ی به کار رفته باشد.

آپگار دقیقه‌ی یک و پنج نوزاد و دیسترس جنینی گروه‌ها متفاوت نبود و مداخلات تأثیر سویی بر جنین و نوزاد نداشتند. همچنین روش زایمان بین گروه‌ها متفاوت نبود و همه‌ی افراد زایمان طبیعی داشتند. البته باید در نظر داشت نمونه‌گیری در بین افراد بستری‌شده برای زایمان طبیعی انجام شد و سزارین الکتیو و غیر اورژانسی را شامل نمی‌شد. در مطالعه‌ی صفرزاده نیز اکثر افراد زایمان طبیعی داشتند و تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت (۱۹). کاهش سزارین در بین اهداف توسعه‌ی هزاره‌ی سازمان جهانی بهداشت و همچنین اهداف بهداشتی - درمانی کشور، از اولویت‌های اساسی است. از سوی دیگر مادران حق داشتن

رایحه‌درمانی به شکل‌های مختلف انجام می‌شود که یکی از آن‌ها ماساژ با روغن‌های معطر است. به‌طور مثال، صفرزاده و همکاران تأثیر ماساژ افلوراج در ناحیه‌ی ساکروم و پشت با استفاده از روغن مخصوص ماساژ (عصاره‌ی سه نوع گیاه رز، شمعدانی و اسطوخودوس) را در کاهش درد زایمان بررسی کردند. آن‌ها شدت درد را قبل از مداخله در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر و بلافاصله بعد از شروع مداخله در همان دیلاتاسیون، در دیلاتاسیون ۸ سانتی‌متر (در ابتدای فاز انتقالی) و در انتهای مرحله‌ی اول زایمان اندازه‌گیری کردند. میانگین‌های شدت درد نشان داد که شدت درد مرتباً در دو گروه افزایش می‌یافت ولی دو گروه با هم تفاوت معنی‌دار داشتند. آنچه که در این مطالعه قابل توجه است این است که میانگین‌های شدت درد بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر نسبت به قبل از آن کاهش را نشان نمی‌دهد و در ضمن در مدت کوتاهی (هر دو اندازه‌گیری در دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر ذکر شده است) شدت درد، بیش از یک واحد افزایش یافته است. در صورتی‌که در مطالعه‌ی حاضر، ۳۰ دقیقه بعد از هر مرحله‌ی مداخله و گذشت لیبر، میانگین شدت درد در گروه گلاب مقداری کاهش داشت (۱۹).

در مطالعه‌ی محمدخانی که تأثیر ماساژ با روغن اسطوخودوس در شدت درد فاز فعال زایمان را در بیمارستان مهدیه‌ی تهران بر روی خانم‌های نخست‌زا در سه گروه «ماساژ تنها، ماساژ با روغن بادام و ماساژ با روغن اسطوخودوس» بررسی کرده بود مشخص شد در همه‌ی گروه‌ها شدت درد قبل و بعد از مداخله به‌طور معنی‌داری متفاوت بود؛ ولی فقط در گروه ماساژ با اسطوخودوس به‌طور معنی‌داری شدت درد کاهش یافت (۲۰). در مطالعه‌ی حاضر نیز فقط گروه رایحه‌ی گلاب کاهش درد را گزارش کردند که مشابه مطالعه‌ی محمدخانی است.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود همه‌ی این مطالعات مانند مطالعه‌ی حاضر کاهش درد یا حداقل عدم افزایش درد ناشی از پیشرفت لیبر را ذکر کرده‌اند؛ هرچند در بعضی موارد رایحه‌درمانی به‌صورت ماساژ بوده است. رایحه‌ها،

رایحه به آن‌ها می‌رسید ولی امکان کنترل دقیق آن وجود نداشت.

برای مطالعات آینده، استفاده از رایحه‌ی گل محمدی به همراه ماساژ، استفاده از رایحه‌های دیگر برای کاهش درد زایمان و استفاده از رایحه‌ی گلاب برای دیگر دردهای حاد و مزمن مانند دیسمنوره پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، به نظر می‌رسد استنشاق رایحه‌ی گلاب می‌تواند باعث کاهش درد زایمان و یا حداقل عدم افزایش شدید آن شود؛ بنابراین توصیه می‌شود از این مداخله‌ی کم‌هزینه و ایمن برای کاهش درد مادران استفاده گردد تا به این وسیله از مصرف داروهای شیمیایی کاهش درد کاسته شود و احتمالاً میزان سزارین انتخابی نیز کم گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد ۳۳۷ و کد اخلاق ۱-۲۴-۸۷ می‌باشد که با کد IRCT2014110914450N3 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت شده است. نویسندگان مقاله، از این دانشگاه به جهت حمایت مالی و معنوی از این طرح و همچنین از کارکنان بیمارستان آیت‌الله طالقانی و از تمام شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌کنند.

بهترین شرایط را در لیبر دارند. با توجه به این پژوهش و مطالعات دیگر، به نظر می‌رسد انجام مداخلاتی که اساس آن‌ها وجود یک مراقب بر بالین زائو می‌باشد، می‌تواند تأثیر قابل توجهی در رسیدن به این اهداف داشته باشد.

مزیت گلاب نسبت به رایحه‌های دیگر از جمله اسطوخودوس، بوی خوشایند و آرامش‌بخش آن است. مردم به‌طور سنتی نیز از رایحه‌ی گلاب استفاده می‌کنند و شاید به همین دلیل پذیرش این رایحه برای آن‌ها راحت‌تر است.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان کور کردن مددجویان و درمان‌گران بود که به علت ماهیت رایحه‌درمانی این امکان وجود نداشت و در دیگر مطالعات رایحه‌درمانی نیز این محدودیت وجود دارد. محدودیت دیگر این بود که نمونه‌گیری از افراد بستری‌شده در لیبر انجام شد که عدم تعمیم مطالعه به همه‌ی زنان باردار زایمان‌کننده را به همراه دارد. بسیاری از زنان باردار نخست‌زا، سزارین الکتیو و غیر اورژانسی را انجام می‌دهند و در لیبر بستری نمی‌شوند. یکی دیگر از محدودیت‌ها این بود که چون در بوییدن دست‌ها برای مادران اجباری وجود نداشت ممکن است همه‌ی مادران به یک اندازه دست‌های خود را بو نکرده باشند؛ البته بوی گلاب در فضا پخش می‌شود و حتی اگر دست‌های خود را نیز بو نمی‌کردند

جدول شماره ۱: مقایسه‌ی اطلاعات دموگرافیک زنان شرکت‌کننده در گروه‌های مختلف مطالعه

P- value	گروه			متغیر
	شاهد	پلاسیو	گلاب	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
*.۰/۳۰۴	۲۴/۸۱ ± ۴/۲۵	۲۴/۴۹ ± ۴/۲۴	۲۳/۶۲ ± ۳/۳۵	سن (سال)
*.۰/۵۶۷	۲۷۶/۳۰ ± ۵/۰۳	۲۷۵/۷۰ ± ۴/۸۱	۲۷۵/۵۴ ± ۵/۱۳	سن بارداری (روز)
*.۰/۱۲۵	۲۲/۸ ± ۰/۸۵	۲۳/۱ ± ۰/۹۱	۲۲/۳ ± ۰/۷۵	شاخص توده‌ی بدنی قبل از بارداری
*.۰/۱۴۵	۲۲۰/۱۵ ± ۵۱/۶۳	۲۱۶/۳۲ ± ۵۳/۸۵	۲۰۳/۱۱ ± ۳۵/۶۷	طول مرحله‌ی اول لیبر
*.۰/۲۳۵	۵۲/۸۵ ± ۳۰/۵۵	۵۸/۳۸ ± ۱۵/۲۳	۵۴/۵۷ ± ۱۶/۱۴	طول مرحله‌ی دوم
*.۰/۳۷۳	۹/۶۹ ± ۰/۵۸	۹/۶۵ ± ۰/۵۳	۹/۶۱ ± ۰/۵۵	آپگار نوزاد
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	متغیر کیفی
				تحصیلات
**.۰/۱۸۷	۱۸ (۴۸/۷)	۲۰ (۵۴)	۱۹ (۵۱/۴)	زیر دیپلم
	۱۵ (۴۰/۵)	۱۴ (۳۷/۸)	۱۳ (۳۵/۱)	دیپلم
	۴ (۱۰/۸)	۳ (۸/۲)	۵ (۱۳/۵)	دانشگاهی
				شغل
**.۰/۱۲۱	۴ (۱۰/۸)	۰ (۰)	۲ (۵/۴)	شاغل
	۳۳ (۸۹/۳)	۳۷ (۱۰۰)	۳۵ (۹۴/۶)	خانه‌دار
				سکونت
**.۰/۷۰۸	۲۵ (۶۷/۷)	۲۲ (۵۹/۵)	۲۲ (۵۹/۵)	شهر
	۱۲ (۳۲/۴)	۱۵ (۴۰/۵)	۱۵ (۴۰/۵)	روستا

*آزمون ANOVA

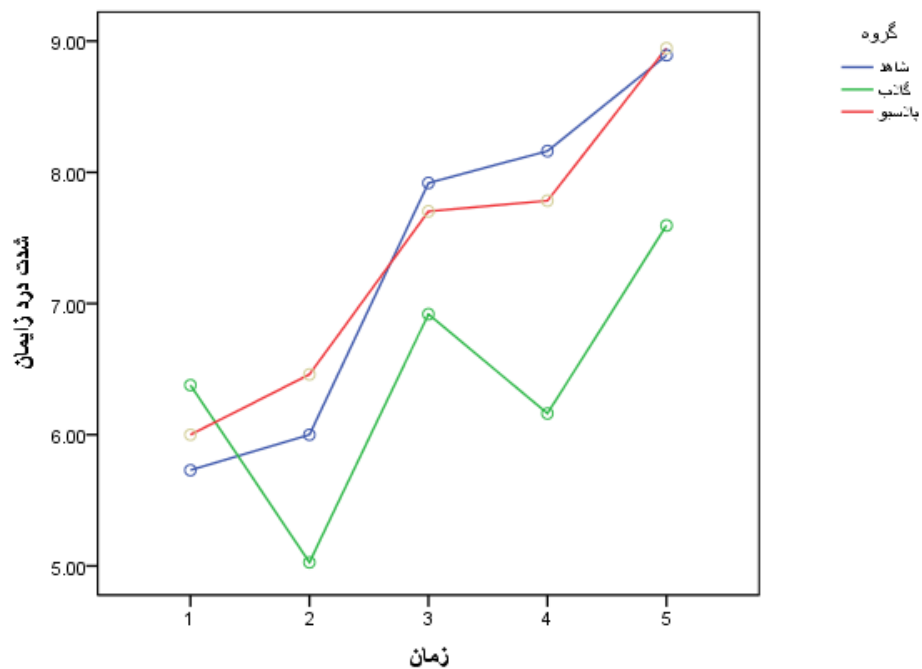
**آزمون کای اسکوئر

جدول شماره ۲: مقایسه‌ی شدت درد زایمان افراد مورد پیژوهش قبل و ۳۰ دقیقه بعد از شروع مرحله‌ی دوم مداخله در گروه‌های مختلف

P- value (Paired t test)	شدت درد زایمان		گروه
	بعد از مداخله‌ی اول	قبل از مداخله‌ی اول	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
.۰/۰۰۱	۵/۰۳ ± ۱/۰۴	۶/۳۷ ± ۰/۹۸	گلاب
.۰/۲۱۱	۶/۴۶ ± ۱/۸۹	۶ ± ۱/۳۹	پلاسیو
.۰/۰۰۱	۶/۱۳ ± ۱/۳۵	۵/۷۳ ± ۱/۱۵	شاهد
	.۰/۰۰۱	.۰/۰۶۶	P value (ANOVA)

جدول شماره ۳: مقایسه‌ی شدت درد زایمان افراد مورد پژوهش قبل و ۳۰ دقیقه بعد از شروع مرحله اول مداخله در گروه‌های مختلف

P- value (Paired t test)	شدت درد زایمان		گروه
	بعد از مداخله‌ی دوم انحراف معیار ± میانگین	قبل از مداخله‌ی دوم انحراف معیار ± میانگین	
۰/۰۰۲	۶/۱۶ ± ۱/۹۲	۶/۹۲ ± ۱/۱۲	گلاب
۰/۷۲۷	۷/۷۸ ± ۱/۸۶	۷/۷۰ ± ۱/۳۳	پلاسبو
۰/۰۴۸	۸/۱۶ ± ۱/۹۲	۷/۹۲ ± ۱/۹۹	شاهد
	۰/۰۰۱	۰/۰۱۵	P- value (ANOVA)



نمودار شماره ۱: میانگین شدت درد زایمان در پنج بار اندازه‌گیری به تفکیک گروه‌ها.

۱. قبل از مداخله‌ی اول در دیلاتاسیون ۵ سانتی‌متر،
۲. سی دقیقه بعد از مداخله‌ی اول،
۳. قبل از مداخله‌ی دوم در دیلاتاسیون ۸ سانتی‌متر،
۴. سی دقیقه بعد از مداخله‌ی دوم ۵: دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر.

References:

1. Amiri Farahani L, Abbasi Shavazi MJ. Caesarean Section Change Trends in Iran and Some Demographic Factors Associated with them in the Past Three Decades. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2012; 2(3):127-134. [Persian]
2. Lowe N. The nature of labor pain. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2002;186(5):16-24.
3. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *The Cochrane Library*. 2006; 18(4).
4. Zwelling E, Johnson K, Allen J. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2006; 31(6):364-370.
5. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of midwifery & women's Health*. 2004; 49(6):489-504.
6. Allaire AD, Moos M-K, Wells SR. Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstetrics & Gynecology*. 2000; 95(1):19-23.
7. Burns E, Blamey C, Ersser SJ, Lloyd AJ, Barnetson L. The use of aromatherapy in intra partum midwifery practices an observational study. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*. 2000; 6(1): 33-34.
8. Luo TZ, Huang ML, Xia HA Zeng YC. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open Journal of Nursing*. 2014; 4: 163-168.
9. Steflitsch W, Steflitsch M. Clinical aromatherapy. *Journal of Men's Health*. 2008;5(1):74-85.
10. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2007;114(7):838-844.
11. Joseph RM, Fernandes p. Effectiveness of Jasmine oil massage on reduction of labour pain among primigravida mothers. *Nitte University Journal of Health Science*. 2013; 3(4): 104-107.
12. Nourbakhsh S, Taavoni S. Effect of aromatherapy on labor pain: a randomized control trial study in bandarabbas, year 2010. *European Psychiatry*. 2012; 27(1):1.
13. Asemi Z, Shakeri H, Khajemansori G, Doulati MA, Hossieni A. Determination of essence value of produced and supplied rose-water in Kashan district in spring 2005. *Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences*. 2006;10(3): 47-51. [Persian]
14. Kheirkhah M, Valipour NS, Neisani L, Haghani H. A Controlled trial of the effect of aromatherapy on birth outcomes using "Rose essential oil" inhalation and foot bath. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2013; 2(1):77-82.
15. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic emergency medicine*. 2001;8(12):1153-1157.
16. Seraji A, Vakilian K. The comparison between the effects of aromatherapy with lavender and reathing techniques on the reduction of labor pain. *Complementary Medicine Journal*

- of faculty of Nursing & Midwifery. 2011;1(1):31-39. [Persian]
17. Vakilian K, Karamat A, Mousavi A, Shariati M, Ajami E, Atarha M. The effect of Lavender essence via inhalation method on labor pain. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2012; 14 (1) :34-40. [Persian]
18. Alavi N, Nemati M, Kaviani M, Tabaie MH. The effect of Lavender Aromatherapy on the pain intensity perception and intrapartum outcomes in primipara. Armaghane-danesh. 2010;15(1):30-37. [Persian]
19. Safarzadeh A, Khodakarami N, Fathizadeh N, Safdari F. The effect of massage therapy on the severity of labor in primiparous women. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences. 2008; 9(4):20-25. [Persian]
20. Mohammadkhani Shahri L, Abbaspour Z, Aghel N, Mohammadkhani Shahri h. Effect of massage aromatherapy with Lavender oil on pain intensity of active phase of labor in nulliparous women. Journal of medicinal plants. 2012;11(Supplement9):167-176.
21. Vakilian K, Keramat A. The Effect of the Breathing Technique With and Without Aromatherapy on the Length of the Active Phase and Second Stage of Labor. Nursing and Midwifery Studies. 2013; 1(3):115-119.

The effect of rose water aromatherapy on reducing labor pain in primiparous women

Roozbahani N^{1*}, Attarha M², Akbari Torkestani N³, Amiri Farahani L², Heidari T²

1. Assistant Professor, PhD of Health Education & Promotion, Department of Health Education, Faculty of Health Sciences, Arak University of Medical Science, Arak, Iran.
2. Instructor, PhD student of Reproductive Health, Department of Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.
3. Instructor, MSc of Midwifery, Department of Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

Received: 27 December, 2014; Accepted: 13 April, 2015

Abstract

Introduction: Labor pain is one of the most severe pains women may experience. Aromatherapy is one of the methods to reduce the pain. The aim of this study was to investigate the influence of rose water aromatherapy in reducing this pain.

Methods: In this clinical trial study, after completing the consent form, 111 primiparous women were randomly divided into three groups; Aromatherapy, Placebo and Control. Intervention was done at two stages; five and eighth centimeter cervix dilatation. Pain severity was measured by visual analogue scale before and 30 minutes after each intervention. In the intervention group, rose water; and in placebo group, distilled water was poured in the subjects' hands, and they were asked to sniff the scent. In control group, only routine care was conducted.

Results: Before the intervention there was no significant difference in labor pain between the three groups. However, after the first and second interventions, pain intensity was significantly lower in rose water group than the other two groups ($p < 0.001$). In 10 centimeter cervical dilatation, the mean labor pain was 7.59 ± 1.99 in Aromatherapy, 8.94 ± 1.60 in Placebo, 8.89 ± 1.47 in control groups ($p < 0.001$). In assessing change in labor pain over time, repeated measure test showed that at each time of inhaling rose water scent, pain was reduced. But in the placebo and control groups, continuous increase in pain was reported.

Conclusion: Regarding the results, inhaling the fragrance of rose water seems to be able to reduce the labor pain.

Keywords: Aromatherapy, Labor pain, Rose water.

*Corresponding author: E.mail: roozbahani@arakmu.ac.ir