

بررسی تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری بر میزان سزارین و آپگار نوزاد

ندا محمدی نیا^{۱*}، محمد علی رضائی^۱، مرضیه لری پور^۲، نسترن حیدری خیاط^۱

۱. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ایرانشهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲. مربی گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۹/۶

خلاصه

مقدمه: امروزه سزارین، شایعترین عمل جراحی مامایی بوده و میزان آن در ۲۰ سال گذشته از ۵٪ به ۲۰٪ افزایش یافته است. عواقب ناخواسته سزارین به ویژه برای مادر بیشتر از زایمان واژینال است و تجربیات نشان می دهد زنانی که در دوران بارداری از خاکشیر استفاده کرده اند، زایمان واژینال موفق تری داشته اند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری بر میزان سزارین و آپگار نوزاد انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی دو سوکور در سال ۱۳۸۸ بر روی ۸۵ زن باردار و نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر رفسنجان که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. افراد به طور تصادفی در دو گروه مداخله و غیر مداخله قرار گرفتند. به افراد گروه مداخله از هفته ۳۷ بارداری، ۲۸ بسته دو مثقالی (معادل ۵ گرم) خاکشیر داده شد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی بود که قسمتی از آن ابتدا در ۷ مرکز بهداشت سطح شهر رفسنجان و بقیه در زایشگاه توسط ماماها آموزش دیده تکمیل شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های تی مستقل و کای دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: بر اساس نتایج مطالعه، طول مرحله اول زایمان ($p=0/022$) و سزارین ($p=0/032$) در گروه مداخله به طور معنی داری کمتر بود و شروع خودبخودی دردها در گروه مداخله بیشتر بود، اما این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/29$). نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول ($p=0/39$) و پنجم ($p=1$) بعد از تولد و دفع مکونیوم ($p=0/53$) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: خاکشیر با اثر بر روند زایمان می تواند در آماده کردن دهانه رحم، بدون افزایش عوارض نظیر سزارین و پایین آمدن نمره آپگار نوزادان مؤثر باشد.

کلمات کلیدی: آپگار نوزاد، القاء زایمان، خاکشیر، درمان مکمل، سزارین

*نویسنده مسئول مکاتبات: ندا محمدی نیا؛ دانشکده پرستاری و مامایی ایرانشهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. تلفن: ۰۹۱۳۲۹۰۱۵۴۷

پست الکترونیک: mohammadinia55@yahoo.com



مقدمه

زایمان سزارین، به دنیا آوردن جنین از طریق ایجاد برش هایی در دیواره شکم و دیواره رحم تعریف می شود. برخی محققین افزایش ۲ تا ۳ برابر این خطر را گزارش کرده اند (۱). در سال ۲۰۰۴ میزان سزارین در آمریکا به حدی رسید که از هر ۱۰ زایمان، ۳ مورد آن به سزارین ختم شد (۲) و آمار آن در سال ۲۰۰۷ به ۳۱/۸٪ رسید (۳). میزان سزارین در ۲ سال گذشته نیز از ۵٪ به ۲۰٪ افزایش یافته است (۴) و متأسفانه در ایران نیز این میزان از ۲۳٪ در سال ۸۱ به ۴۷/۵٪ در سال ۸۵ رسید که ۳-۴ برابر استاندارد جهانی آن است (۵). دلایل متعددی برای سزارین بیان شده است به طوری که دلیل ۱۴-۲٪ سزارین ها، بارداری طول کشیده ذکر شده است (۶).

بارداری های طول کشیده که در آنها بارداری تا هفته ۴۲ نیز خاتمه نیافته است (۱، ۷)، از مهمترین معضلات مامایی به شمار می روند، چون از یک طرف عوارض متعددی نظیر فقدان چربی زیر جلد و پوست خشک و ترک خورده در جنین (۸)، زجر تنفسی (۸، ۹)، تشنج های نوزادی، بستری در بخش مراقبت های ویژه (۱)، دفع مکنویوم و به دنبال آن کاهش نمره آپگار (۱۲)، اضطراب در مادر (۱۳، ۱۴)، از دست دادن وزن یا بر عکس ماکروزومی و ترومای ناشی از آن (۹)، به خطر افتادن جنین به دلیل نارسایی جفت، افزایش مرگ و میر پری ناتال (۸-۱۰) و از سوی دیگر لزوم القاء زایمان یعنی شروع زایمان توسط روش های مصنوعی طبی (داروهای سنتتیک) یا جراحی (سزارین) را به دنبال دارند (۹، ۱۵، ۱۶). آخرین مطالعات، میزان القاء زایمانی را به دلیل عدم شروع خودبخودی زایمان بین ۳۳/۷-۹/۷ درصد و برخی مطالعات بین ۳۰-۱۰ درصد بر اساس جمعیت مورد مطالعه متغیر دانسته اند (۱۷).

القاء زایمان به روش طبی یا جراحی، عوارض قابل توجهی نظیر خونریزی های حین و بعد از زایمان، زایمان طول کشیده، دیسترس و صدمات جنینی، پارگی (۱۸) و شل شدن رحم، التهاب کیسه آمینیون (۱) و افزایش مرگ و میر را به همراه دارد، به گونه ای که مرگ و میر ناشی از سزارین ۴-۸ نفر در هر ۱۰ هزار نفر گزارش شده که ۲۶ برابر زایمان واژینال است (۴).

بر اساس تجربیات پژوهشگران و بسیاری از افراد دست اندرکار زایمان، القاء زایمان و بارداری های طول کشیده در زنانی که در دوران بارداری از داروهای گیاهی نظیر خاکشیر استفاده کرده بودند، کمتر بوده و این افراد زایمان موفق تری داشتند (۱۹) چرا که آمادگی سرویکس از ۵ تا ۶ هفته قبل از زایمان انجام می شود (۶) و میزان سزارین با رسیدگی رحم در زمان زایمان رابطه معکوس دارد (۱، ۱۶، ۲۰، ۲۱).

خاکشیر، گیاهی دارویی است که علفی، یک یا دو ساله و از خانواده چلیپائیان (شب بو) بوده و به صورت خودرو در اماکن غیر زراعی و نسبتاً مرطوب می روید (۱۹، ۲۲). دانه های خاکشیر که بدان خاکشی هم گفته می شود، در میوه های خورچین و باریک با ابعاد ۱-۵ × ۳۵-۱۵ میلی متر قرار دارد. دانه خاکشیر، ریز و به رنگ زرد تیره یا قهوه ای روشن است، سطحی ناصاف به شکل بیضی کشیده دارد که یک رأس آن بریده و دارای حلقه ای قهوه ای رنگ و شفاف است (۲۳). از نظر شیمیایی، این دانه ها حاوی اسیدهای چرب پالمیتیک^۱، لینولنیک^۲، اولئیک^۳ و استئاریک^۴ بوده و اسانس روغن آن حاوی ایزوتیوسیانات^۵، آلایل ایزوتیوسیانات^۶، آلکیل دی سولفید^۷ می باشد (۲۴). گیاه خاکشیر از نظر جغرافیایی، در ایران در نواحی شمال (آمل)، غرب (تبریز و سنندج)، جنوب (کرمان و شیراز) و نواحی مرکزی (یزد، کرج، تهران) یافت می شود (۲۵). همانطور که اشاره شد خاکشیر یکی از داروهای گیاهی است که هم در عرف و هم در کتب طب سنتی و گیاهی، از آن به عنوان شروع کننده و تسهیل کننده امر زایمان یاد می شود و منع مصرفی در دوران بارداری ندارد (۱۹) البته از خاکشیر، به عنوان تب بر، باز کننده اشتها، ضد کرم (۲۲)، درمان کننده سوء هاضمه و ملین هم نام برده اند (۲۴). خاکشیر مانند گلاب به دلیل ترکیبات سیانید، باعث افزایش میل جنسی و تسهیل زایمان شده و به علت دی سولفید

¹ palmethic

² linoleic

³ oleic

⁴ stearic

⁵ Isotiosianat

⁶ Aliliosianat

⁷ Alkildisolfid

موجود در اسانس روغنی خود بر عضلات صاف روده اثر گذاشته و خاصیت ملین دارد (۲۳). پس به نظر می‌رسد در صورت تأیید علمی تأثیر گیاه خاکشیر، بتوان با استفاده از روشی ساده و کم هزینه که به راحتی توسط مردم پذیرفته می‌شود، از میزان بارداری‌های طول کشیده و عوارض فوق‌الذکر، خصوصاً سزارین که سیر صعودی آن چشمگیر است، کاست. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری بر میزان سزارین و نمره آپگار نوزاد انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو سوکور در سال ۱۳۸۸ بر روی ۸۵ زن باردار و نخست زای مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی سطح شهر فسنجان که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، انجام شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه نسبت‌ها و بر اساس نتایج مطالعه آزمایشی^۱ صورت گرفته بر روی ۲۰ نفر از مادران باردار، ۶۸ نفر در نظر گرفته شد. واحدهای پژوهش با استفاده از پرونده‌های موجود در مراکز بهداشتی درمانی، پس از گرفتن رضایت نامه آگاهانه و به صورت یک در میان به روش تصادفی در دو گروه مداخله و غیر مداخله قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مراجعه به یکی از ۷ مرکز بهداشتی درمانی سطح شهر فسنجان جهت دریافت مراقبت بارداری، عدم استفاده از هر گونه روش علمی یا عامیانه جهت تسهیل زایمان در زمان ورود به مطالعه و تا پایان آن، داوطلب انجام زایمان واژینال در مرکز آموزشی درمانی نیک نفس فسنجان، بارداری تک قلو بر اساس سونوگرافی و نمایش سفالیک در پایان ۳۷ هفته بارداری بود و بیمارانی که تنگی لگن، اختلال رشد داخل رحمی، اختلال مایع آمنیوتیک، مشکلات مامایی، جفتی، سابقه نازایی، هر گونه بیماری زمینه‌ای، سابقه عمل جراحی یا برش روی رحم و اندیکاسیون سزارین داشتند، از مطالعه خارج شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای دو قسمتی و شامل ویژگی‌های فردی افراد (سن، شغل، تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه) و اطلاعات مربوط به زایمان (علت

مراجعه، مدت مرحله اول زایمان، نوع زایمان، نمره آپگار دقیقه اول و پنجم نوزاد و دفع مکنونیوم) بود.

ماماهای مراکز بهداشتی-درمانی و نیز زایشگاه، در ضمن بی‌اطلاعی از هدف مطالعه، آموزش‌های لازم برای تکمیل پرسشنامه را دیده بودند. به افراد گروه مداخله از هفته ۳۷ بارداری (زمان ترم)، ۲۸ بسته ۱۰ گرمی خاکشیر بر اساس منبع (۱۹)، همراه با پرسشنامه داده شد و به آنها آموزش داده شد که هر روز یکی از بسته‌های خاکشیر را با یک لیوان آب گرم و یک قاشق سوپخوری شکر تا هنگام زایمان مصرف کرده و پس از مصرف، روزانه جدولی را که پشت پرسشنامه گروه مداخله برای اطمینان از مصرف روزانه تعبیه شده بود، علامت بگذارند (چون در زمینه تفاوت در زمان مصرف خاکشیر که ناشتا باشند یا با غذا و اینکه زمان مشخصی از روز مصرف شود، مطلبی یافت نشد، در این مورد به نمونه‌ها آموزش خاصی داده نشد). البته به افراد گروه غیر مداخله هم آموزش مصرف یک لیوان آب گرم و یک قاشق سوپخوری شکر داده شد. افراد دو گروه از هدف مطالعه و نیز از آموزش‌های گروه مقابل بی‌اطلاع بودند. اطلاعات مربوط به خصوصیات فردی زن باردار توسط ماماها مراکز بهداشتی درمانی تکمیل و از افراد هر دو گروه خواسته شد که در هنگام مراجعه به زایشگاه جهت زایمان، پرسشنامه را با خود برده و به یکی از ماماها آن شیفت تحویل دهند تا اطلاعات زایمانی وی، در آن ثبت شود. کلیه ماماها زایشگاه آموزش دیده بودند که قسمت آخر پرسشنامه‌ها را که مربوط به وضعیت زایمان و شرایط زایمان بود، تکمیل کنند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی میانگین طول مرحله اول زایمان در دو گروه از آزمون تی و جهت بررسی نمره آپگار کمتر از ۷، دفع مکنونیوم، علت مراجعه و نوع زایمان از آزمون کای دو استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد. مطالعه حاضر پس از اخذ موافقت کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی فسنجان در زمینه انجام طرح (شماره مجوز ۹/۲۰/۲۱۷۶) انجام شد.

¹ pilot

یافته ها

میانگین سنی افراد گروه مداخله $4/3 \pm 23/2$ سال و گروه غیر مداخله $4/9 \pm 23/7$ سال بود. ۷۰ نفر (۸۲/۳٪) از گروه مداخله و ۶۱ نفر (۷۲٪) از گروه غیر مداخله دارای متوسط درآمد ماهیانه ۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان، ۳۶ نفر (۴۲/۶٪) از گروه مداخله و ۲۹ نفر (۳۳/۸٪) از گروه غیر مداخله دارای تحصیلات بالای دیپلم و ۴۶ نفر (۵۴/۴٪) از گروه مداخله و ۶۱ نفر (۷۲/۱٪) از گروه غیر

مداخله خانه دار بودند. دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی داری نداشتند ($p > 0/05$).

۴۲ نفر (۶۱/۸٪) از گروه مداخله و ۳۶ نفر (۵۲/۹٪) از گروه غیر مداخله با درد زایمان به زایشگاه مراجعه کرده بودند ($p = 0/29$). در گروه مداخله، ۱۱ نفر (۱۶/۲٪) با معرفی نامه از پزشک جهت القاء زایمان توسط اکسی توسین مراجعه کرده بودند در حالی که این میزان در گروه غیر مداخله، ۲۱ نفر (۲۰/۹٪) بود ($p = 0/43$) (جدول ۱).

جدول ۱- علل مراجعه به زایشگاه در دو گروه مداخله و غیر مداخله در بررسی تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری

| علت مراجعه | گروه | مداخله | | غیر مداخله | | جمع | | سطح معنی داری* |
|----------------------------|------|--------------|------|--------------|------|-------|------|----------------|
| | | فراوانی ساده | درصد | فراوانی ساده | درصد | تعداد | درصد | |
| درد | بلی | ۴۲ | ۶۱/۸ | ۳۶ | ۵۲/۹ | ۷۸ | ۵۷/۴ | $p = 0/29$ |
| | خیر | ۲۶ | ۳۸/۲ | ۳۲ | ۴۷/۱ | ۵۸ | ۴۲/۶ | |
| | جمع | ۶۸ | ۵۰ | ۶۸ | ۵۰ | ۱۳۶ | ۱۰۰ | |
| آبریزش | بلی | ۹ | ۱۳/۲ | ۱۳ | ۱۹/۱ | ۲۲ | ۱۶/۲ | $p = 0/35$ |
| | خیر | ۵۹ | ۸۶/۸ | ۵۵ | ۸۰/۹ | ۱۱۴ | ۸۳/۸ | |
| | جمع | ۶۸ | ۵۰ | ۶۸ | ۵۰ | ۱۳۶ | ۱۰۰ | |
| معرفی از پزشک جهت اینداکشن | بلی | ۱۱ | ۱۶/۲ | ۲۱ | ۲۰/۹ | ۳۲ | ۲۳/۵ | $p = 0/43$ |
| | خیر | ۵۷ | ۸۳/۰ | ۴۷ | ۷۹/۱ | ۱۰۴ | ۷۶/۴ | |
| | جمع | ۶۸ | ۵۰ | ۶۸ | ۵۰ | ۱۳۶ | ۱۰۰ | |

*آزمون کای دو

مداخله و ۳۲ نفر (۴۷/۱٪) از گروه غیر مداخله زایمان به روش سزارین داشتند که اختلاف مشاهده شده از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0/32$). نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول ($p = 0/39$)، پنجم ($p = 1$) و دفع مکونیوم ($p = 0/53$) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

میانگین طول مرحله اول زایمان در گروه مداخله $7/4 \pm 3/4$ ساعت و در گروه غیر مداخله $9/3 \pm 4/6$ ساعت بود ($p = 0/22$). از نظر نوع زایمان، ۴۹ نفر (۷۲/۱٪) از افراد گروه مداخله و ۳۶ نفر (۵۲/۹٪) از افراد گروه غیر مداخله، زایمان واژینال و ۱۹ نفر (۲۷/۹٪) از گروه

جدول ۲- مقایسه برخی موارد مرتبط با زایمان گروه مداخله و غیر مداخله در بررسی تأثیر مصرف خاکشیر در اواخر بارداری

| متغیر | گروه | مداخله | | غیر مداخله | | جمع | | سطح معنی داری* |
|----------------------------|------------|--------------|------|--------------|------|-------|------|----------------|
| | | فراوانی ساده | درصد | فراوانی ساده | درصد | تعداد | درصد | |
| نمره آپگار دقیقه اول نوزاد | کمتر از ۷ | ۲ | ۱/۴ | ۳ | ۲/۲ | ۵ | ۳/۶ | $p = 0/39$ |
| | بیشتر از ۷ | ۶۶ | ۴۸/۶ | ۶۵ | ۴۷/۸ | ۱۳۱ | ۹۶/۴ | |
| | جمع | ۶۸ | ۵۰ | ۶۸ | ۵۰ | ۱۳۶ | ۱۰۰ | |
| دفع مکونیوم | داشته | ۱۸ | ۱۳/۲ | ۱۲ | ۸/۸ | ۳۰ | ۲۲/۱ | $p = 0/41$ |
| | نداشته | ۵۰ | ۳۶/۷ | ۵۶ | ۴۱/۲ | ۱۰۶ | ۷۷/۹ | |
| | جمع | ۶۸ | ۵۰ | ۶۸ | ۵۰ | ۱۳۶ | ۱۰۰ | |
| نوع زایمان | واژینال | ۴۹ | ۷۲/۱ | ۳۶ | ۵۲/۹ | ۸۵ | ۶۲/۵ | $p = 0/32$ |
| | سزارین | ۱۹ | ۲۷/۹ | ۳۲ | ۴۷/۱ | ۵۱ | ۳۷/۵ | |
| | جمع | ۶۸ | ۵۰ | ۶۸ | ۵۰ | ۱۳۶ | ۱۰۰ | |

*آزمون کای دو

بحث

بر اساس نتایج این مطالعه، دو گروه (مداخله و غیر مداخله) از نظر وضعیت اقتصادی، سن، سواد و نوع شغل همسان بودند. افراد گروه مداخله، بیشتر با شروع خودبخودی دردها به زایشگاه مراجعه کرده بودند. اگر چه اختلاف بین دو گروه از نظر شروع خودبخودی دردها معنی دار نبود، اما بین دو گروه از نظر معرفی از پزشک جهت اینداکشن و میانگین طول مرحله اول زایمان تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. اثر خاکشیر بر روند زایمان، یک اثر تدریجی است. از این رو احتمالاً اگر طول مصرف خاکشیر یا مقدار مصرف آن افزایش یابد، کاهش بیشتری در موارد تحریک زایمان و سزارین مشاهده خواهد شد. البته جوشاندن خاکشیر با گلاب یا آب خالص، اثر آن را افزایش می دهد (۲۵). در این مطالعه همچنین بین نوع زایمان در دو گروه تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد، به گونه ای که ۴۹ نفر (۷۲/۱٪) از افراد گروه مداخله در مقایسه با ۳۶ نفر (۵۲/۹٪) از افراد گروه غیر مداخله، زایمان واژینال داشتند. در مطالعات متعدد نیز، ارتباط بین تحریک و تقویت زایمان با افزایش میزان سزارین مورد تأیید قرار گرفته است (۱، ۲۶). روش های غیر دارویی متعددی برای دستیابی به یک سرویکس مناسب جهت زایمان وجود دارند (۱). ترکیبات گیاهی، یکی از این روش ها می باشد. روغن کرچک، روغن پامچال و برگ تمشک قرمز از جمله گیاهان دارویی هستند که جهت آماده سازی دهانه رحم مورد استفاده قرار می گیرند (۲۷). علیرغم جستجوی فراوان، مقاله مشابهی که تأثیر خاکشیر را بررسی کرده باشد، یافت نشد. اما در مطالعه آذرکیش و همکاران (۲۰۰۸) که با هدف بررسی تأثیر مصرف روغن کرچک خوراکی بر شروع درد زایمان در بارداری های طول کشیده انجام شد، در گروهی که از روغن کرچک استفاده کرده بودند، طول مرحله اول کوتاه تر و شروع درد زایمان و زایمان طبیعی به طور معنی داری بیشتر از گروه شاهد بود (۲۸) و در مطالعه صابری و همکاران (۲۰۰۸) نیز که با همین عنوان انجام شد، بین گروهی که از روغن کرچک استفاده کرده بودند و گروه شاهد، از نظر شروع درد زایمان، اختلاف معنی داری

وجود داشت اما دو گروه از نظر نوع زایمان تفاوت معنی داری نداشتند (۱۶).

در مطالعه اینگرام و همکاران (۲۰۰۵) که به بررسی تأثیر ماساژ درمانی به روش بر بارداری های طول کشیده پرداخته بود، تعداد بیشتری از افراد گروه مداخله با شروع خودبخودی دردها مراجعه کرده بودند ($P=0/038$) و میزان سزارین هم در این گروه کمتر بود، اما اختلاف آن معنی دار نبود (۹/۱٪ در برابر ۱۱/۸٪) ($P=0/06$) (۱۱).

در بررسی نمره آپگار و دفع مکنیوم در نوزاد، نمره آپگار نوزاد در دقیقه اول و پنجم و دفع مکنیوم در دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد. در مطالعه ایروانی و همکاران نیز که به بررسی تأثیر استفاده از روغن کرچک در آمادگی سرویکس پرداخت، بین نمرات آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان دو گروه اختلاف معنی داری مشاهده نشد (۲۹). در مطالعه صابری و همکاران (۲۰۰۸) نیز نمره آپگار دقیقه پنجم همه نوزادان در هر دو گروه، ۷ یا بیشتر بود و از این نظر اختلاف معنی داری بین دو گروه شاهد و مورد وجود نداشت (۱۶). در مطالعه آذرکیش و همکاران (۲۰۰۸)، نوزادان در دو گروه، هم از نظر آپگار دقیقه اول و پنجم و همچنین دفع مکنیوم تفاوت آماری معنی داری نداشتند (۲۸).

از جمله محدودیت های این مطالعه، مصرف مقدار کمتر یا بیشتر خاکشیر توسط گروه مداخله بود که این خارج از کنترل پژوهشگر بود. در نهایت پیشنهاد می شود مطالعه ای جهت تشخیص نوع ترکیبات موجود در خاکشیر که می تواند بر آماده سازی رحم یا انقباضات آن تأثیر بگذارد، انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود مطالعه حاضر با تعداد بیشتر نمونه ها، افزایش در مدت مصرف و مقدار مصرف خاکشیر یا اضافه نمودن موادی مانند گلاب به خاکشیر تکرار شود.

نتیجه گیری

خاکشیر با اثر احتمالی بر روند زایمان می تواند در آماده کردن دهانه رحم، بدون افزایش عوارضی نظیر سزارین و پایین آمدن نمره آپگار نوزادان مؤثر باشد.

تشکر و قدردانی

که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

بدینوسیله از کلیه ماماهاى شاغل در مراکز بهداشتی درمانی و مرکز آموزشی درمانی نیک نفس شهر رفسنجان

منابع

1. Gray cunningham F, Leven O, Steven L , et al. Williams obstetrics,23th ed. Mcgrawhill, newyork: 2010; p: 434 - 536
2. Menaker.F,Ddeclercq E, Macdorman M.F.Cesarean Delivery Background Trends Epidemiology.Semin prinatol 2004;30:235-241
3. Childbirth Connection. Vaginal or Cesarean Birth: What Is at Stake for Women and Babies? A Best Evidence Review. New York: Childbirth Connection ,2012. Available <http://www.childbirthconnection.org/cesareanbooklet>
4. Ahmadi K.women & midwifery (AOMI)Tehran:tebe novin.edi 1,2002: 312 (Persian)
5. Yazdizadeh.B, Nedjat.S, Mohammad.K, Rashidian.A , Changizi.N , Majdzadeh.R. Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study.BMC Health Services Research 2011, 11:159 doi: 10.1186/1472-6963-11-159(Available at <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/159>)
6. Fletcher .G,Mifraser .D,Cooper .MA.Myles text book for midwives .china:churchil lingstone ,14 th edi ,2004: 646
7. GHarekhani.p,Sadatian.A.Gestational&DeliveryPrinciples(CMMD).Tehran:nourdanesh,Shahrab ,Edi5,2009:128,284-8 (Persian)
8. Ballard JL, Khoury JC, Wedig K, et al: New Ballard Score, expanded to include extremely premature infants. J Pediatrics 1991; 119:417-423.
9. Caughy A, Chelmow D.Medscape drugs & diseases and procedures. Post term pregnancy 2011 (<http://emedicine.medscape.com>)
10. Pillitterl A.Maternal & Child Health Nursing:care of the childbearing & childbearing family,Fifth edition.NewYork:Lippincott Williams & Wilkins;2007
11. Ingram J.Domagala C.Yates S.The effects of shiatsu on post term pregnancy.complementary therapies in medicine 2005; 13:11-15
12. Gharedaghi F.C.P.R.Tehran:luieh ,2011(Persian)
13. Gibbs JR,Gibbs RS,Karlen BY,Haney AF.Danforth's Obstetrics & Gynecology.10th edi, philadelphia:Lippincott Williams & wilkins ,2008:219(LWWW.COM)
14. Pillitterl A.Maternal & Child health nursing:Ccare of the child bearing ,Fifth edi.New York:Lippincott Williams & Willkins;2007
15. Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW. Cesarean delivery after elective induction in nuliparous women: the physician effect. Am j obstet gynecol 2004, Nov, 191 (5): 1511-1515
16. Saberi A,Abedzadeh M,Sadat Z.Study of effect oral castor oil on post term labor.J Medical sciences University of mazandaran 2008;18(63):11-19(persian)
17. Bugg Gj, Staniey E, Baaker Pn, et al. Out comes of labours augmented with oxytocin. Eur j obstet gyncol repored boil 2006; 124(1):37-41
18. Vrouenraets FP, Roumen FJ, Dehing CJ, et al. Bishop score and risk of cesarean delivery after indnction of labor in nuliparans women. Obstet gynecol 2005; 105 (4) : 690-7
19. Bekhradi R.New Herbal Therapy. Motarjem publication, Kashan: 2004;P:23(Persian)
20. Grobman WA,Simon C. Factors associated with the length of the latent phase during labor induction. Eur J Obstet Gyn Reprod Bio 2007; 132(2): 163-6.
21. Le Ray C, Carayol M, Breart G, Goffinet F,Premoda Study Group.Elective induction of labor: failure to fallow guidelines and risk of cesarean delivery. Acta Obstet Gyn Scand 2007; 86(6): 657-65
22. Haji Sharifi A. Secrets Of Herbal Drugs.Golshan publication , Tehran : 2003;P:44(Persian)
23. Afshar I .Traditional Gift Of Iranian People. Homa publication : 1996; P:302(Persian)
24. Amin GH. Traditional Herbal Drugs In Iran.Search& Education Assistance Of Health Ministry Publication, Sari: 1370; P: 1-9(Persian)
25. Shkohi nejad H .Cure Garden .Boostan Publication, Tehran:1997;P:78,95(Persian)
26. Dublin S, Lydon R, Kaplan R, Rasle M, Crithlow Cw. Maternal and neonatal out comes after induction of labor without identified indication. Am J Obstet gynecol 2000 oct, 18(39-40):986-94
27. Hudson Jessica. Natural labor induction methods.www.gynecology.com, 2006
28. Azarkish F,Absalan N,Roudbari M,Barahoei F.Study of effect oral caster oil on post term labor.J Medical sciences University of Kordestan 2008;13:1-6(Persian)
29. Irvani M,Montazeri S,Afshari P,Souri H,Study of effect and safety oral Castor oil on cervical ripening and labour induction .The seasonal medical j ahwaz jundi univ med sci 2006;5(1):389-404(Persian)