

مقایسه تأثیر مصرف خوراکی شربت زعفران - عسل با شربت خرما بر درد زایمان زنان نخست‌زا

هانا سهرابی^۱، رویا کریمه^۲، گلپهار قادرخانی^۱، دکتر روناک شاهویی^{۳*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. کارشناس ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. دانشیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۲/۰۶

خلاصه

مقدمه: درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که یک زن در طی زایمان خود تجربه می‌کند. با توجه به اهمیت کاهش درد زایمان و انجام زایمان طبیعی، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر مصرف خوراکی شربت زعفران عسل با شربت خرما بر درد زایمان زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۸۰ نفر از زنان نخست‌زای مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان بعثت شهر سنندج انجام شد. افراد به صورت تصادفی به سه گروه شربت زعفران عسل، شربت خرما و گروه دارونما تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا، دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر سرویکس، سن ۳۵-۱۸ سال، بارداری تک‌قلو بود. ارائه مایعات فوق در بدو ورود به مطالعه (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر) و سپس هر ۳۰-۶۰ دقیقه یک‌بار تا پایان فاز فعال مرحله اول زایمان بر اساس تمایل بیمار تمدید شد. به منظور بررسی شدت درد زایمان از خط‌کش سنجش درد استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۴) و آزمون‌های آنالیز واریانس، کای اسکور و اندازه‌های تکراری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: سه گروه قبل از انجام مداخله از نظر میانگین شدت درد در ابتدای فاز فعال، اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p=۰/۶۹۰$)، ولی بعد از مداخله، در پایان فاز فعال ($p<۰/۰۰۱$)، مرحله دوم ($p<۰/۰۰۱$) و سوم زایمان ($p<۰/۰۰۱$) میان سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت. همچنین شدت درد در مرحله دوم زایمان در گروه شربت خرما در مقایسه با گروه شربت زعفران عسل کمتر بود ($p=۰/۰۱۵$)، ولی در پایان فاز فعال ($p=۰/۹۲۸$) و مرحله سه زایمان ($p=۰/۶۵۲$) بین دو گروه مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: مصرف شربت زعفران عسل و شربت خرما هر دو در کاهش درد زایمان مؤثر است، ولی شربت خرما در مرحله دوم زایمان مؤثرتر از شربت زعفران عسل می‌باشد و از آن می‌توان به‌جای مداخلات دارویی جهت کاهش درد زایمان بهره برد.

کلمات کلیدی: خرما، درد زایمان، زعفران، عسل

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر روناک شاهویی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن:

۰۸۷۱-۶۶۶۱۱۲۰ پست الکترونیک: rshaho@yahoo.com

مقدمه

درد پدیده‌ای شایع و جزء اجتناب‌ناپذیر فرآیند زایمان است (۱). درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که یک زن در طی زندگی خود تجربه می‌کند (۲). تحقیقات نشان می‌دهند که حدود ۶۰٪ از زنان نخست‌زا و ۴۰٪ از زنان چندزا از درد شدید و غیرقابل تحمل در طی زایمان رنج می‌برند (۳). درد شدید زایمان اثرات زیانباری بر مادر و جنین دارد که از آن جمله می‌توان به افزایش برون‌ده قلبی، افزایش فشارخون و ضربان قلب مادر، کاهش اثربخشی انقباضات، کندی پیشرفت زایمان، کاهش جریان خون جفت و محدودیت اکسیژن‌رسانی به جنین اشاره کرد (۴). درد شدید زایمان ممکن است باعث برهم زدن سلامت روانی مادر شده و بر رابطه مادر و نوزاد به‌خصوص در روزهای اول زندگی که بسیار مهم و حیاتی است، اثر منفی بگذارد (۵). همچنین ترس از دردهای زایمان به‌خصوص در زنان نخست‌زا می‌تواند بر تصمیم مادران در رابطه با روش زایمان بعدی و به‌ویژه تمایل مادر به انجام سزارین انتخابی تأثیرگذار باشد (۶). کنترل درد زایمان به‌عنوان یک چالش مهم جهت مراقبت حرفه‌ای در حیطه سلامت به‌شمار می‌آید و همچنین برای زنان باردار یک دغدغه مهم است (۷). اداره مناسب درد حین لیبر و زایمان از عوامل مؤثر در بهبود نتایج زایمان است (۸). برای کاهش درد زایمان روش‌های مختلفی وجود دارند که به دو دسته کلی روش‌های دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شوند (۱). روش‌های غیردارویی برخلاف روش‌های دارویی، اثرات جانبی کمتری بر سلامت جنین داشته و سرعت زایمان را کاهش نمی‌دهند و این روش‌ها به‌دلیل کم‌هزینه و کم‌عارضه بودن و کاربرد آسان آن، جایگاه ویژه‌ای در علم مامایی پیدا کرده است (۸). از جمله روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان، آب‌درمانی، گرم‌درمانی، حمایت روحی و تن‌آرامی، طب فشاری و طب مکمل و جایگزین می‌باشند (۱). با توجه به مطالعات امروزه بر روی گیاهان دارویی مختلف در کاهش درد زایمان و همچنین کاربرد فراوان این گیاهان در طب سنتی، به‌نظر می‌رسد این داروها بتوانند جایگزین مناسبی در این زمینه باشند. از جمله این گیاهان، زعفران می‌باشد که در

طب سنتی و مطالعات امروزی به اثرات مسکن و ضددردی آن بسیار اشاره شده است (۹). زعفران با ارزش‌ترین ادویه جهان است. کلاله سه شاخه زعفران، مهم‌ترین بخش تجاری آن است و حاوی فلاونوئید^۱، آنتوسیانین^۲ و آلکالوئیدها^۳ می‌باشد که دارای اثرات آنتی‌اکسیدان بوده و می‌توانند رادیکال‌های آزاد مانند رادیکال‌های اکسیژن و سوپراکسید را به دام اندازند (۱۰)، (۱۱). علاوه بر آن زعفران به‌عنوان یک داروی مفید در درمان بسیاری از بیماری‌ها نظیر سیاه سرفه، آسم، سرماخوردگی، دردهای قاعدگی، قاعدگی نامنظم، ناباروری و التهاب استفاده می‌شود. زعفران با ایجاد اثرات تحریکی بر روی عضلات صاف رحم در سه ماهه اول بارداری باعث سقط و آسیب به جنین می‌شود ولی در زمان ترم با تقویت انقباضات عضلات صاف رحمی باعث تسهیل زایمان می‌شود (۱۲). همچنین نتایج حاصل از مطالعات نشان می‌دهد که زعفران در کاهش شدت درد زایمان مؤثر است (۱۳، ۱۴). بنابراین یکی از مکانیسم‌های کاهش شدت درد زعفران را می‌توان به خاصیت آنتی‌اکسیدانی اجزای آن مربوط دانست. همچنین خاصیت ضداسپاسم و شل‌کنندگی عضلانی زعفران در مطالعات مختلف مشاهده شده است (۱۵، ۱۶).

یکی دیگر از موادی که در کاهش درد مؤثر است، عسل می‌باشد. عسل غلظت پروستاگلاندین‌ها را در خون کاهش می‌دهد. از طرفی زایمان تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی مهمی چون پروستاگلاندین‌ها است که ممکن است یکی از دلایل کاهش درد زایمان به‌دنبال مصرف عسل، ناشی از وجود همین ویژگی در آن باشد (۱۷). همچنین از عسل به‌عنوان یک ماده انرژی‌زا در طی زایمان استفاده می‌شود (۱۸). این محصول طبیعی حاوی ۲۰۰ ماده از جمله اسیدهای آمینه، ویتامین‌ها، مواد معدنی و آنزیم‌ها می‌باشد، اما به‌طور عمده از گلوکز و فروکتوز تشکیل شده است و نیاز بدن به کالری را برطرف می‌کند (۱۹). در همین راستا مطالعه تعاونی و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که مصرف شربت عسل باعث کاهش شدت درد زایمان می‌شود (۲۰).

¹ Flavonoid

² Anathocyanin

³ alkaloids

یکی دیگر از گیاهانی که جهت کاهش درد زایمان استفاده می‌شود، خرما است (۲۱). خرما غنی از کربوهیدرات، چربی، پروتئین، ویتامین‌ها، فیبرهای محلول و غیرمحلول، سروتونین، تانن و کلسیم می‌باشد (۲۲). سروتونین که یکی از ترکیبات موجود در خرما می‌باشد، بسیاری از نوروها در هسته رافه، آن را به‌عنوان یک نوروترانسمیتر ترشح می‌کنند. سروتونین از میانجی‌های درد می‌باشد که می‌تواند نوروهای درد را مهار کند و احتمالاً نقش مهمی در دستگاه ضددردی درون‌زایفا می‌کند. سایر نوروهای ساقه مغز، کاتکول آمین‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین را در طناب نخاعی آزاد می‌کنند. این نوروها نیز نوروهای درد را مهار می‌کنند (۲۳). تانن که از ترکیبات موجود در خرما می‌باشد، اثر ضددردی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است. از نظر شیمیایی، تانن‌ها اغلب از پل‌فنل‌ها هستند که عوامل فنلی موجود در تانن‌ها، عامل مهم خاصیت ضددردی آنها می‌باشد (۲۱). همچنین نتایج حاصل از مطالعه فتحی و همکار (۲۰۱۹) نشان داد مصرف شربت خرما باعث کاهش شدت درد زایمان می‌شود (۷).

با توجه به وجود درد در روند لیبر و لزوم کاهش درد زایمان و خوشایندسازی زایمان و ترویج زایمان فیزیولوژیک و کاهش عوارض جانبی روش‌های غیردارویی ضد درد، به‌نظر می‌رسد بررسی علمی تأثیر روش‌های غیردارویی از جمله گیاهان دارویی بر روی درد زایمان حائز اهمیت می‌باشد همچنین با توجه به اینکه تاکنون مقایسه‌ای بین تأثیر خرما و ترکیب زعفران و عسل بر روی درد زایمان در جستجوهای صورت گرفته یافت نشد و با توجه به کافی نبودن و محدود بودن پژوهش‌های انجام شده، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر خرما، زعفران و عسل که از محصولات کشور ما بوده و مقرون به‌صرفه و مطالعات بدون عارضه بودن آنها ثابت شده است، بر کاهش درد زایمان زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۸۹ نفر از زنان نخست‌زا مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان بعثت شهر سنندج انجام شد

که در طول انجام مطالعه، ۹ نفر از نمونه‌ها از مطالعه خارج شدند و در نهایت، آنالیز بر روی ۱۸۰ نفر انجام شد. پس از تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق و دریافت مجوزهای لازم، به بیمارستان بعثت شهر سنندج مراجعه شد. افراد ابتدا به‌صورت در دسترس یا آسان انتخاب شدند و سپس هر یک از گروه‌ها با نام‌های A، B و C تعیین شدند. هر یک از این گروه‌های A، B و C بدون اینکه نام گروه فاش شود، در داخل پاکت‌های دربسته قرار داده شد و سپس پاکت‌ها در سه بلوک مختلف قرار داده شده و برای انتخاب تصادفی گروه‌های مورد مطالعه از روش تصادفی‌سازی بلوک شده استفاده شد. دلیل استفاده از این نوع تصادفی‌سازی در این مطالعه، اطمینان از مساوی بودن تعداد شرکت‌کنندگان در هر یک از بلوک‌های مورد نظر بود. سپس روش تصادفی‌سازی با استفاده از نرم‌افزار اکسل با دستور Rand between انجام گردید؛ بدین‌صورت که به هر یک از مورد مطالعه یک عدد خام اختصاص داده شده و سپس از بین اعداد خام به‌صورت تصادفی با دستور Rand between. ۶۳ عدد به‌صورت تصادفی انتخاب شدند؛ به‌طوری‌که ۶۳ عدد تصادفی انتخاب شده اول در گروه A، ۶۳ عدد تصادفی دوم در گروه B و ۶۳ عدد تصادفی سوم در گروه C قرار گرفتند. در این پژوهش حجم نمونه بر پایه طراحی مطالعه کارآزمایی بالینی از نوع non-inferiority و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، محاسبه گردید (۲۴)، ۲۵). تعداد نمونه‌ها با در نظر گرفتن نتیجه مطالعه کردی و همکاران (۲۰۱۰) که اختلاف مورد نظر را برابر ۱۴٪ محاسبه کرده بودند، در نهایت ۱۳۳ نفر برآورد گردید که با احتساب ریزش احتمالی ۱۰٪ و جهت بالا بردن توان مطالعه در راستای تشخیص ارتباطات مورد نظر، حجم نمونه نهایی برای هر سه گروه ۱۸۹ نفر (هر گروه ۶۳ نفر) تخمین زده شد (۱۸). معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان نخست‌زا، تمایل به همکاری، دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر سرویکس هنگام ورود به مطالعه، سن ۳۵-۱۸ سال، بارداری تک‌قلو با نمایش سفالیک، سن بارداری ۳۷-۴۲ هفته، وزن تخمینی جنین بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، عدم وجود اندیکاسیون سزارین، عدم وجود

دیسترس جنینی یا دفع مکنونیوم هنگام ورود به مطالعه، عدم پارگی کیسه آب هنگام ورود به مطالعه، عدم ابتلاء به بیماری‌های سیستمیک شناخته شده، عدم ابتلاء به عوارض حاملگی از قبیل پره‌اکلامپسی، خونریزی و عفونت‌ها بر اساس پرونده مادر، نداشتن سابقه ناباروری، دارای شرایط لیبر و زایمان فیزیولوژیک، دارای سلامت جسمی و روانی و نداشتن حساسیت به خرما، عسل و زعفران بودند. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری در روند مطالعه، ورود به شرایط لیبر و زایمان غیرفیزیولوژیک به واسطه عوامل مادری جفتی و یا جنینی، زایمان سریع یا طول کشیده، استفاده از بی‌حسی اپیدورال، دیسترس جنینی، دفع مکنونیوم در طی مطالعه، بروز تهوع و استفراغ، مصرف خرما و زعفران در گروه کنترل بود. در این مطالعه شربت‌هایی که برای سه گروه استفاده شد، توسط شرکت داروی گیاهی شفای کردستان تهیه شدند؛ بدین ترتیب که برای تهیه شربت خرما، ۶ عدد خرما، سیاه بوم (وزن یکسان برای تمام نمونه معادل ۵۰ گرم) پس از استخراج هسته در مخلوط‌کن کاملاً مخلوط نموده و سپس از صافی رد گردیده و به صورت کاملاً صاف شده و بدون تفاله به صورت شربتی مخلوط در ۱۵۰ میلی‌لیتر آب تهیه شد. برای تهیه شربت زعفران عسل از ۲۵۰ میلی‌گرم زعفران و ۲/۵ قاشق مرباخوری عسل محصول کارخانه مینو تأیید شده مؤسسه استاندارد که علامت استاندارد بر روی ظرف آن ثبت بود (برای همه نمونه‌ها از نوع یکسان) در ۱۵۰ میلی‌لیتر آب مخلوط شده، استفاده شد. در گروه کنترل نیز برای تهیه شربت دارونما از ۳ عدد قرص سدیم ساخارین در ۱۵۰ میلی‌لیتر آب مخلوط شده، استفاده شد. لازم به ذکر است در این پژوهش دارونما، خاصیت انرژی‌زایی نداشت. حجم کلی شربت مورد استفاده برای همه نمونه‌ها در گروه‌های مورد مطالعه حداکثر ۱۵۰ سی‌سی بود. شربت‌ها در شیشه‌های کدر تهیه و کدگذاری شدند و کدها به پژوهشگر تحویل داده شد. روی هر کدام از شیشه‌ها حروف A، B و C نوشته شده بود و قبل از دادن شربت به شرکت‌کنندگان، شیشه تکان داده شد. ارائه مایعات فوق توسط پژوهشگر در بدو ورود به مطالعه (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر) و سپس هر ۶۰-۳۰

دقیقه یک بار تا پایان فاز فعال مرحله اول زایمان بر اساس تمایل بیمار تمدید شد. به دلیل LDR^۱ (یکی بودن اتاق لیبر و زایمان) بودن بخش زایمان، هر یک از شرکت‌کنندگان در اتاق‌های مجزا بودند و با شرکت‌کنندگان دیگر ارتباط نداشتند و از نوع مداخله در آنها اطلاع نداشتند. از آنجایی که مراقبت تک‌تک در حین فرآیند لیبر می‌تواند از نظر حمایت روحی تأثیرگذار باشد، به منظور یکسان‌سازی عامل مداخله‌گر فوق در هر دو گروه مداخله و گروه کنترل، پژوهشگر در تمام طول مدت فاز فعال مرحله اول زایمان تا پایان مرحله سوم زایمان در کنار شرکت‌کنندگان در مطالعه بود.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه دو قسمتی، فرم پارتوگراف و خط‌کش ۱۰ سانتی‌متری اندازه‌گیری درد استفاده شد. پرسشنامه دو قسمتی شامل ثبت مشخصات دموگرافیک (سن مادر، تحصیلات، شغل و محل سکونت) و مشخصات بالینی (شاخص توده بدنی، نوع حاملگی فعلی، سن حاملگی، شرکت در کلاس زایمان فیزیولوژیک، داشتن همراه، وزن نوزاد هنگام تولد و حجم شربت دریافتی) بود. از فرم پارتوگراف جهت ثبت کنترل‌های انجام شده در فاز فعال مرحله اول زایمان از نظر طول انقباضات، فاصله انقباضات و ضربان قلب جنین، در بدو ورود به مطالعه و سپس طبق پروتکل کشوری، هر ۳۰ دقیقه یک بار و در مرحله دوم زایمان هر ۱۵ دقیقه یک بار استفاده شد. همچنین ثبت معاینات واژینال از نظر وضعیت پرده‌ها و مایع آمنیوتیک، دیلاتاسیون سرویکس و جایگاه سر جنین در لگن نیز در بدو ورود به مطالعه و سپس طبق پروتکل کشوری در فاز فعال مرحله اول زایمان هر ۲ ساعت یک‌بار و در مرحله دوم زایمان هر ۳۰ دقیقه یک‌بار صورت گرفت و در پارتوگراف ثبت شد. همچنین درد زایمان قبل از انجام مداخله در ابتدای فاز فعال (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر)، پایان فاز فعال (دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر) و سپس در پایان مرحله دوم و پایان مرحله سوم زایمان با استفاده از خط‌کش سنجش درد اندازه‌گیری شد. از خط‌کش درد در پژوهش‌های مختلف جهت سنجش درد زایمان استفاده شده و روایی و پایایی مناسب آن در سطح جهان

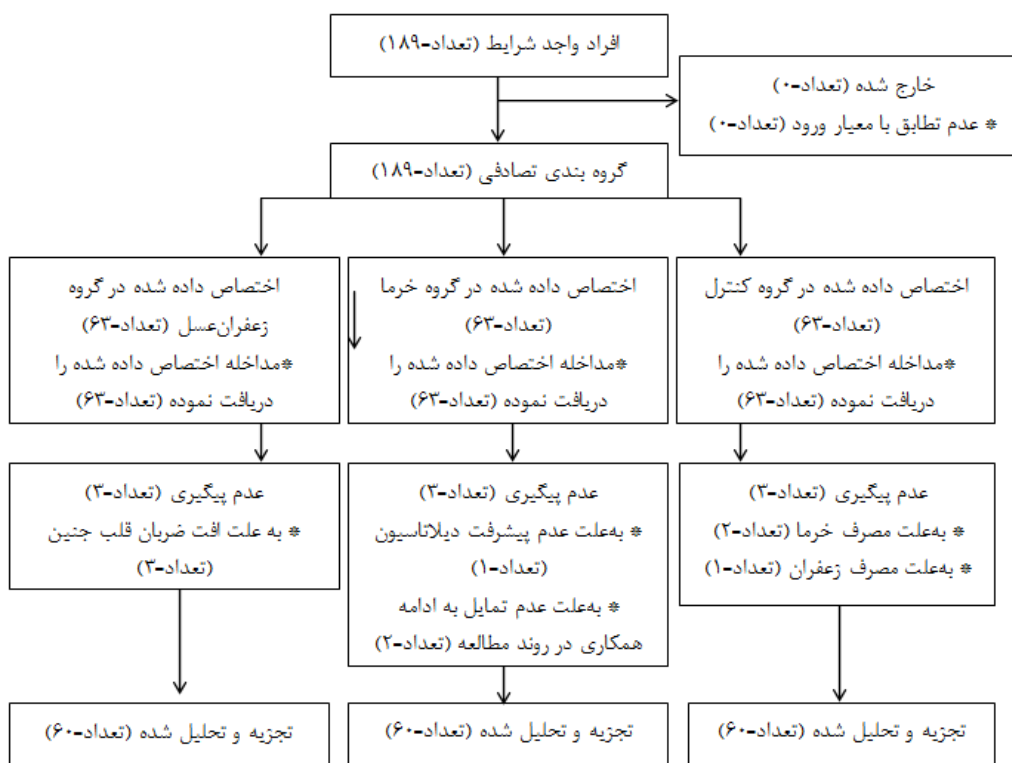
¹ Labor and Delivery Room

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۴) صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات مشخصات دموگرافیک و بالینی برای مقایسه متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوئر، برای مقایسه متغیرهای کمی در بیش از دو گروه از آزمون‌های آنالیز واریانس و برای بررسی شدت درد زایمان در طول زمان از آزمون اندازه‌های تکراری استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه که به صورت در دسترس یا آسان بر روی ۱۸۹ نفر از زنان نخست‌زا انجام شد، ۳ نمونه در گروه شربت خرما (۱ نمونه به علت عدم پیشرفت دیلاتاسیون و نیاز به سزارین و ۲ نمونه به علت عدم تمایل به ادامه همکاری در روند مطالعه)، ۳ نمونه در گروه شربت زعفران عسل (به علت افت ضربان قلب جنین) و ۳ نمونه در گروه کنترل (۱ نمونه به علت مصرف زعفران و ۲ نمونه به علت مصرف خرما در روند مطالعه) از مطالعه خارج شدند و در نهایت تجزیه و تحلیل روی ۱۸۰ نفر انجام شد (شکل ۱).

ثابت شده است (۱۳، ۲۰). قبل از استفاده از خط‌کش درد، به مادران توضیح داده شد که منظور از نمره صفر، عدم درد است و هریک از نمره‌های خط‌کش، به ترتیب، نشانگر افزایش میزان درد است؛ لذا نمره ۱۰ خط‌کش به معنی بالاترین سطح درد احساس شده خواهد بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و بالینی تدوین شده در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به منظور تعیین اعتبار محتوا قرار گرفت و بر اساس نظریات اصلاحی آنها، تنظیم نهایی صورت گرفت. فرم پارتوگراف، ابزار استاندارد است که روایی و پایایی آن در سطح جهان ثابت شده است (۲۶). جهت تعیین روایی پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و بالینی، از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که برای طرح‌ها سؤال از جدیدترین منابع علمی شامل کتب، نشریات و مقالات علمی استفاده شد. سپس پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کردستان مورد ارزیابی، تجدید نظر و تأیید نهایی قرار گرفت. جهت تعیین پایایی ابزار از آزمون مجدد استفاده شد ($r=0/84$).



شکل ۱- فلوچارت مطالعه

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد میانگین سن واحدهای پژوهش $24/7 \pm 5/3$ سال، سن حاملگی $10/6 \pm 274/13$ روز و وزن نوزاد $3372/1 \pm 473/2$ گرم بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش حاملگی خواسته (60%) داشته و خانه‌دار ($93/9\%$) بودند. همچنین سه گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و بالینی همسان بودند و تفاوت آماری معناداری نداشتند ($p > 0/05$) (جدول ۱).

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و بالینی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه		
	گروه شربت خرما	گروه شربت زعفران‌عسل	گروه کنترل
سن (سال)	$23/82 \pm 5/9$	$24/63 \pm 4/85$	$25/62 \pm 5/25$
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۶ (۱۰/۰)	۱۱ (۱۸/۳)
	ابتدایی و راهنمایی	۲۸ (۴۶/۷)	۲۶ (۴۳/۳)
	متوسطه و دیپلم دانشگاهی	۴ (۶/۷)	۴ (۶/۷)
شغل	خانه‌دار	۵۷ (۹۵/۰)	۵۴ (۹۰/۰)
	شاغل	۳ (۵/۰)	۲ (۳/۳)
محل سکونت	شهر	۲۴ (۴۰/۰)	۲۵ (۴۱/۷)
	روستا	۳۶ (۶۰/۰)	۳۵ (۵۸/۳)
شاخص توده بدنی مادر	کم وزن	۱۱ (۱۸/۳)	۷ (۱۱/۷)
	طبیعی	۲۴ (۴۰/۰)	۲۹ (۴۸/۳)
	اضافه وزن	۱۳ (۲۱/۷)	۱۶ (۲۶/۷)
نوع حاملگی فعلی	خواستگ	۳۵ (۵۸/۳)	۳۷ (۶۱/۷)
	ناخواستگ	۲۵ (۴۱/۷)	۲۳ (۳۸/۳)
سن حاملگی (روز)	$275/27 \pm 9/06$	$273/55 \pm 13/53$	$272/58 \pm 8/54$
شرکت در کلاس زایمان	بلی	۶ (۱۰/۰)	۴ (۶/۷)
	خیر	۵۴ (۹۰/۰)	۵۶ (۹۳/۳)
داشتن همراه	بلی	۲۹ (۴۸/۳)	۲۸ (۴۶/۷)
	خیر	۳۱ (۵۱/۷)	۳۲ (۵۳/۳)
وزن نوزاد (گرم)	$3395/6 \pm 463/2$	$3385 \pm 457/6$	$3335/8 \pm 503/3$
حجم شربت دریافتی (میلی لیتر)	$124/42 \pm 32/91$	$118/42 \pm 34/10$	$126/83 \pm 22/49$

* آزمون آنالیز واریانس، ** آزمون کای اسکور

مرحله دوم و پایان مرحله سوم زایمان در سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < 0/001$)؛ به‌طوری‌که میانگین شدت درد در دو گروه مداخله (شربت خرما و شربت زعفران‌عسل) کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۲).

میانگین شدت درد زایمان در گروه شربت خرما ($8/72 \pm 0/87$)، شربت زعفران‌عسل ($8/67 \pm 0/89$) و گروه کنترل ($8/70 \pm 0/88$) قبل از انجام مداخله (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر) اختلاف آماری معنی‌داری نداشت ($p = 0/690$)، ولی بعد از انجام مداخله میانگین شدت درد زایمان در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر، پایان

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار شدت درد زایمان در گروه‌های مورد مطالعه

زمان سنجش	گروه		
	گروه شربت خرما	گروه شربت زعفران عسل	گروه کنترل
قبل از مداخله (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر)	۸/۷۲±۰/۸۷	۸/۶۷±۰/۸۹	۸/۷۰±۰/۸۸
دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر	۶/۱۳±۰/۶۵	۶/۰۷±۱/۴۰	۸/۳۵±۰/۷۵
پایان مرحله دوم زایمان	۷/۲۵±۰/۷۲	۷/۶۷±۰/۸۵	۸/۴۷±۰/۸۳
پایان مرحله سوم زایمان	۶/۰۳±۱/۱۱	۶/۲۳±۱/۵۳	۷/۲۰±۱/۰۰

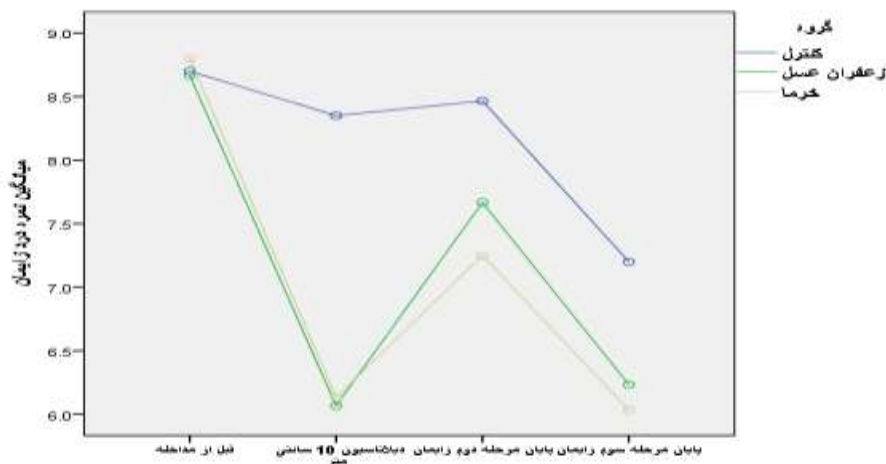
*آزمون آنالیز واریانس

همچنین میانگین شدت درد در پایان مرحله دوم زایمان در گروه شربت خرما (۷/۲۵±۰/۷۲) در مقایسه با گروه شربت زعفران عسل (۷/۶۷±۰/۸۵) کمتر بود (p=۰/۰۱۵)، ولی بین دو گروه مداخله از نظر شدت درد زایمان در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر (در گروه شربت خرما ۶/۱۳±۰/۶۵ و در گروه شربت زعفران عسل ۶/۰۷±۱/۴۰) (p=۰/۹۲۸) و در پایان مرحله سه زایمان (در گروه شربت خرما ۶/۰۳±۱/۱۱ و در گروه شربت زعفران عسل ۶/۲۳±۱/۵۳) (p=۰/۶۵۲) اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۳ و نمودار ۱).

جدول ۳- مقایسه بین گروه‌های مورد مطالعه بر حسب شدت درد زایمان

زمان سنجش	گروه‌ها	سطح معنی‌داری*
قبل از مداخله (دیلاتاسیون ۴ سانتی‌متر)	خرما	۰/۸۰۹
	کنترل	۰/۹۷۷
دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر	زعفران عسل	۰/۶۸۶
	زعفران عسل	P<۰/۰۰۱
پایان مرحله دوم زایمان	خرما	P<۰/۰۰۱
	کنترل	P<۰/۰۰۱
پایان مرحله سوم زایمان	زعفران عسل	۰/۹۲۸
	زعفران عسل	P<۰/۰۰۱
پایان مرحله سوم زایمان	خرما	P<۰/۰۰۱
	کنترل	P<۰/۰۰۱
پایان مرحله سوم زایمان	زعفران عسل	۰/۰۱۵
	زعفران عسل	P<۰/۰۰۱
پایان مرحله سوم زایمان	خرما	P<۰/۰۰۱
	زعفران عسل	۰/۶۵۲

*آزمون تعقیبی توکی



نمودار ۱- میانگین نمره درد زایمان در مراحل زایمان (آزمون کرویت موجلی و برابری واریانسها = ۰/۸۷۷، $p < ۰/۰۰۱$)

بحث

در مطالعه حاضر که با هدف مقایسه تأثیر مصرف خوراکی شربت زعفران عسل با شربت خرما بر درد زایمان زنان نخست‌زا انجام شد، میانگین شدت درد زایمان قبل از مداخله در سه گروه تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($p = ۰/۶۹۰$)، ولی بعد از انجام مداخله میانگین شدت درد زایمان در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر، پایان مرحله دوم و پایان مرحله سوم زایمان در سه گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($p < ۰/۰۰۱$)؛ به طوری که میانگین شدت درد در دو گروه مداخله (شربت خرما و شربت زعفران عسل) کمتر از گروه کنترل بود. همچنین میانگین شدت درد در پایان مرحله دوم زایمان در گروه شربت خرما در مقایسه با گروه شربت زعفران عسل کمتر بود ($p = ۰/۰۱۵$)، ولی بین دو گروه مداخله از نظر شدت درد زایمان در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر ($p = ۰/۹۲۸$) و در پایان مرحله سه زایمان ($p = ۰/۶۵۲$) اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت.

در این راستا اظهري و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود نشان دادند، مصرف ۲۵۰ میلی‌گرم کپسول زعفران با شروع فاز فعال زایمان، هر ۲ ساعت و حداکثر تا ۳ دوز باعث کاهش شدید درد زایمانی می‌شود ($p = ۰/۰۰۱$) (۱۳). همچنین در مطالعه محمدی‌راد و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف تعیین تأثیر زعفران با یا بدون قند

خرما بر شدت درد و اضطراب حین زایمان انجام شد، یافته‌ها نشان داد مصرف زعفران در کاهش شدت درد زایمان مؤثر است ($p = ۰/۰۱۲$) (۱۴). این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی داشت. انقباضات عضلات رحم که در هنگام لیبر رخ می‌دهند، از نظر دردناک بودن، خاصیت منحصر به فردی دارند. علت این درد به طور قطعی مشخص نشده است، اما یکی از علل احتمالی مطرح شده، هایپوکسی میومتر منقبض، مانند حالتی که در آنژین صدری مشاهده می‌شود، می‌باشد (۲۱). زعفران حاوی فلاونوئید، آنتوسیانین و آلکالوئیدها می‌باشد و زعفران دارای اثرات آنتی‌اکسیدان بوده و می‌تواند رادیکال‌های آزاد مانند رادیکال‌های اکسیژن و سوپراکسید را به دام اندازد (۱۱). بنابراین یکی از مکانیسم‌های کاهش شدت درد زعفران را می‌توان به خاصیت آنتی‌اکسیدانی اجزای آن مربوط دانست. همچنین خاصیت ضداسپاسم و شل‌کنندگی عضلانی زعفران در مطالعات مختلف مشاهده شده (۱۵، ۱۶) و بیان شده است که اثر زعفران، شبیه فعالیت ديازپام است و مانند ديازپام به‌عنوان یک بنزودیازپین، اثر ضداضطراب، مسکن و شل‌کنندگی عضلانی دارد (۲۷، ۲۸). در مطالعه حاضر زعفران احتمالاً از طریق اثر شل‌کنندگی عضلانی، در تخفیف درد زایمان مؤثر بوده است.

یکی از ترکیبات موجود در خرما سروتونین می‌باشد که بسیاری از نورون‌ها در هسته رافه، سروتونین را به‌عنوان یک نوروترانسمیتر ترشح می‌کنند. سروتونین از میانجی‌های درد می‌باشد که می‌تواند نورون‌های درد را مهار کند و احتمالاً نقش مهمی در دستگاه ضددردی درون‌زا ایفا می‌کند. سایر نورون‌های ساقه مغز، کاتکول‌آمین‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین را در طناب نخاعی آزاد می‌کنند. این نورون‌ها نیز نورون‌های درد را مهار می‌کنند (۲۳). لذا از آنجایی که زعفران و عسل فاقد سروتونین هستند، علت کاهش بیشتر شدت درد زایمان در مرحله دوم زایمان در گروه شربت خرما می‌تواند ناشی از آن باشد.

یکی دیگر از موادی که در خرما وجود دارد، تانن است که اثر ضددردی آن در مطالعات متعدد تأیید شده است. از نظر شیمیایی، تانن‌ها اغلب از پل‌فنل‌ها هستند که عوامل فنلی موجود در تانن‌ها، عامل مهم خاصیت ضددردی آنها می‌باشد (۲۱). لذا از آنجایی که هر دو شربت حاوی تانن هستند، علت این امر که شدت درد زایمان در پایان فاز فعال و مرحله سوم زایمان در دو گروه مداخله تفاوتی با هم نداشت، می‌توان ناشی از این امر باشد.

اگرچه نتایج تعدادی از مطالعات هیچ‌گونه عارضه جنینی ناشی از مصرف زعفران را نشان نداده است (۱۲، ۳۱، ۳۲). در این مطالعه در گروه زعفران عسل، ۳ نفر به‌دلیل افت دی‌ریس ضربان قلب جنین نیاز به سزارین اورژانس پیدا کردند و از مطالعه خارج شدند. نتایج حاصل از مطالعه محمدی‌راد و همکاران (۲۰۱۸) نیز نشان داد مصرف زعفران در ۳ نفر از نمونه‌ها منجر به سزارین اورژانسی به‌علت افت ضربان قلب جنین و عدم پیشرفت زایمان شده بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۱۴). لازم به ذکر است که در هر دو مطالعه از ۲۵۰ میلی‌گرم زعفران استفاده شده بود.

زعفران با توجه به داشتن عصاره هیدروآلیکلی بر روی عضله صاف رحم، باعث ایجاد انقباضات نابجای رحم شده و ممکن است در ایجاد سقط و زایمان زودرس نقش داشته باشد (۳۳). همچنین زعفران به‌عنوان یک آنتاگونیست پروژسترون باعث کاهش سطح پروژسترون و

تعاونی و همکاران (۲۰۱۸) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی به این نتیجه رسیدند مصرف شربت عسل همزمان با شروع انقباضات رحمی باعث کاهش درد زایمان در زنان نخست‌زا می‌شود ($p < 0/001$) (۲۰). همچنین در مطالعه میرباقر آجریز و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی تأثیر عسل بر شدت درد قاعدگی انجام شد، میانگین شدت درد قاعدگی در زمان مصرف عسل خالص کاهش یافته بود ($p = 0/004$)؛ به‌طوری‌که در این مطالعه آثار ضددردی عسل را به تأثیر آن بر کاهش تجمع پروستاگلاندین‌ها در خون مرتبط دانستند. از طرفی، درد زایمان تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی و بیوشیمیایی مهمی چون پروستاگلاندین‌هاست که ممکن است یکی از دلایل کاهش درد زایمان به‌دنبال مصرف عسل، ناشی از وجود همین ویژگی در آن باشد (۱۷). این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

نتایج مطالعه حاضر با مطالعه ارگول و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف بررسی مصرف خوراکی مایعات مغذی بر درد زایمان انجام شد، همخوانی نداشت. نتایج مطالعه ارگول و همکاران نشان داد مصرف مایعات مغذی در طی لیبر سبب کاهش درد زایمان نمی‌شود ($p = 0/468$) (۲۹). به‌نظر می‌رسد علت تفاوت پژوهش حاضر با مطالعه ارگول و همکاران در نوع ماده مغذی استفاده شده باشد، زیرا در مطالعه حاضر از شربت خرما و شربت زعفران عسل، ولی در مطالعه ارگول از آبمیوه استفاده شده بود. در مطالعه فتحی و همکار (۲۰۱۹) که با هدف تعیین تأثیر مصرف شربت خرما بر شدت درد زایمان و طول فاز فعال زایمان زنان نخست‌زا انجام شد، مصرف شربت خرما به‌طور معنی‌داری شدت درد و طول مدت زایمان را کاهش داده بود؛ به‌گونه‌ای که علی‌رغم کاهش درد زایمان، لیبر طولانی نشده بود که نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی داشت (۷).

در مطالعه رحمانی بیلندی و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف تعیین تأثیر دریافت مواد غذایی بر میزان اضطراب و درد زنان باردار کم‌خطر انجام شد، مداخله دریافت خرما، آب پرتقال با آب در فاز فعال زایمان سبب کاهش میزان درد و اضطراب شده بود که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۳۰).

در نتیجه سقط در سه ماهه اول بارداری می‌شود. علاوه بر آن زعفران باعث رسیدگی دهانه رحم، تحریک و تشدید انقباضات رحمی می‌شود (۳۱). با توجه به عوارض جنینی حاصل در این مطالعه و مطالعه محمدی‌راد و همکاران، به نظر می‌رسد که استفاده از زعفران در حین لیبر نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

از محدودیت‌های این پژوهش تفاوت‌های فردی، ژنتیکی و روانی افراد مورد پژوهش بود که می‌تواند بر روی نتایج مطالعه تأثیر داشته باشد و کنترل کامل آنها از عهده پژوهشگر خارج بود، ولی سعی شد با انجام تصادفی‌سازی، این تفاوت‌ها تا حد امکان مرتفع شود. با توجه به اینکه این مطالعه فقط بر روی زنان نخست‌زا انجام گرفت، لذا نتایج آن قابل تعمیم به زنان چندزا نیست، بنابراین توصیه می‌شود مطالعاتی در گروه‌های مختلف انجام شود. همچنین از نقاط قوت این پژوهش، مقایسه یک روش گیاهی به‌تنهایی با ترکیب دو روش گیاهی با هم در کاهش شدت درد زایمان بود که تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه انجام نشده بود. یکی دیگر از نقاط قوت مطالعه حاضر، حضور پژوهشگر بر بالین مادر از همان بدو ورود به مطالعه تا پایان انجام زایمان آنان بود که باعث افزایش اعتماد به نفس در مادران و تحمل بهتر مراحل زایمانی می‌شد.

نتیجه‌گیری

مصرف شربت خرما و شربت زعفران عسل هر دو در کاهش شدت درد زایمان مؤثر است، ولی شربت خرما در

کاهش شدت درد مرحله دوم زایمان مؤثرتر از شربت زعفران عسل می‌باشد، لذا می‌توان جهت کنترل درد زایمان از روش‌های فوق که ایمن، غیرتهاجمی، ساده و کم‌خطر هستند، به جای مداخلات دارویی بهره برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه عدم محدودیت در خوردن و آشامیدن موجب افزایش خودکنترلی و کاهش استرس مادر می‌شود، از خرما و زعفران عسل که ماده‌ای مغذی و بدون عارضه بوده و اثرات ضددردی نیز دارد، جهت تأمین انرژی زانو و تجدید قوای جسمانی و کاهش درد زایمان در لیبر استفاده شود. در نهایت این مطالعه می‌تواند به‌عنوان یک پژوهش پایه برای مطالعات بعدی مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد که توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد IR.MUK.REC.1398.149 تأیید و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT20190924044873N1 ثبت گردید. بدین‌وسیله از حمایت معاونت محترم و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، شرکت داروی گیاهی شفای کردستان، مادران باردار، مسئولین بیمارستان بعثت شهر سنندج و تمام کسانی که در انجام این پژوهش یاریگر ما بودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Moghimi Hanjani S, Mehdizadeh Tourzani Z, Tajvidi M, Baheri B, Leilabadi Asl MP. Effect of localized cold treatment modality on pain intensity during labor in primiparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018; 21(5):14-21.
2. Darvishi M, Ranjbaran M, Jourabchi Z, Jafarimanesh H. Effect of the presence of midwife and non-midwife companion on labor pain, duration of delivery, and amount of oxytocin drops in primiparous women: a clinical trial study. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2019; 22(4):63-72.
3. Majidnia M, Nooreddini A, Jouybari L, Yazarlou P, Talebi Z. Comparison of the Effect of Three methods of Massage, Hot Compress and Normal Perineal Care on Perceived Stress and the Severity of Labor Pain in First-Born Mothers. *Journal of Health and Care* 2020; 22(1):44-52.
4. Pashib M, Tarjoman Parashkooch R, Mostafavi FS, Abbasi O. Pain intensity, labor duration and satisfaction of labor between anesthesia with fentanyl injection and anesthesia with water injection in women undergoing vaginal delivery. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2016; 4(3):31-7.
5. Mahmoudjanlou M, Ahadi H, Nazarpour S, Kraskian Moujembari A. The effectiveness of reducing the fear of labor pain in the way of the reality therapy on the choice of vaginal delivery in pregnant women. *Journal of Research in Behavioural Sciences* 2019; 17(1):68-76.



6. Fayazi S, Amerian M, Faghani AM, Mohammadi S. Methods of Labor Pain Relief in Iran: A Review. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2019; 17(6):421-43.
7. Fathi L, Amraei K. Effects of phoenix dactylifera syrup consumption on the severity of labor pain and length of the active phase of labor in nulliparous women. *Iran Journal of Nursing* 2019; 31(116):18-27.
8. Kheirkhah M, Amirkhazandeh-Barandouzi Z, Neistani Samani L. Comparison of the efficacy of aromatherapy and foot spa bath on labor pain in primiparous women: A randomized controlled trial. *Koomesh* 2020; 22(1):60-6.
9. Hosseinzadeh H. Saffron: a herbal medicine of third millennium. *Jundishapur journal of natural pharmaceutical products* 2014; 9(1):1.
10. Razali N, Mohd Nahwari SH, Sulaiman S, Hassan J. Date fruit consumption at term: Effect on length of gestation, labour and delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2017; 37(5):595-600.
11. Schmidt M, Betti G, Hensel A. Saffron in phytotherapy: pharmacology and clinical uses. *Wiener Medizinische Wochenschrift* 2007; 157(13):315-9.
12. Sadi R, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Javadzadeh Y, Ahmadi-Bonabi A. Effect of saffron (Fân Hong Hua) on the readiness of the uterine cervix in term pregnancy: a placebo-controlled randomized trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2016; 18(10):1-9.
13. Azhari S, Ahmadi S, Rakhshandeh H, Jafarzadeh H, Mazlom SR. Evaluation of the effect of oral saffron capsules on pain intensity during the active phase of labor. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(115):1-10.
14. Mohammadierad R, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Fazil F. Effect of Saffron with or Without Date Sugar on Intensity of Pain and Anxiety During Labor in Primiparous Females: A Randomized, Controlled Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2018; 20(S1).
15. Boskabady MA, Aslani MR. Relaxant effect of Crocus sativus (saffron) on guinea-pig tracheal chains and its possible mechanisms. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 2006; 58(10):1385-90.
16. Liu N, Yang Y, Mo S, Liao J, Jin J. Calcium antagonistic effects of Chinese crude drugs: Preliminary investigation and evaluation by ⁴⁵Ca. *Applied radiation and isotopes* 2005; 63(2):151-5.
17. Mirbagher Ajorpaz N, Hafezi M, Salehi S, Tayebi A, Shenasa F, Zahatabchi S. Comparing the effect of pure and impure honey on severity of pain, amount of bleeding, and duration and interval of menstrual cycles in female students with primary dysmenorrhea. *Evidence Based Care* 2012; 2(1):23-33.
18. Kordi M, Nasiri NS, Safarian M, Esmaili H, Shadjuo K. The effect of oral honey-date syrup intake during labor on labor progress of nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2010; 13(2):23-30.
19. Eteraf-Oskouei T, Najafi M. Traditional and modern uses of natural honey in human diseases: a review. *Iranian journal of basic medical sciences* 2013; 16(6):731-42.
20. Taavoni S, Nazem Ekbatani N, Haghani H. Co-effect of pelvic special moves by birth ball and consumption of honey syrup on the severity of labor pain in nulliparous women. *Complementary Medicine Journal* 2018; 7(4):2052-62.
21. Mohammadierad R, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Fazil F. Effect of Saffron with or Without Date Sugar on Intensity of Pain and Anxiety During Labor in Primiparous Females: A Randomized, Controlled Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2018; 20(S1).
22. Yadegari Z, Amir Ali Akbari S, Sheikhan Z, Nasiri M, Akhlaghi F. The effect of consumption of the date fruit on the amount and duration of the postpartum bleeding. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 18(181):20-7.
23. Bahmani M, Shirzad H, Majlesi M, Shahinfard N, Rafieian-Kopaei M. A review study on analgesic applications of Iranian medicinal plants. *Asian Pacific journal of tropical medicine* 2014; 7:S43-53.
24. Riley RD, Ensor J, Snell KI, Harrell FE, Martin GP, Reitsma JB, et al. Calculating the sample size required for developing a clinical prediction model. *Bmj* 2020; 368.
25. Zhong B. How to calculate sample size in randomized controlled trial?. *Journal of thoracic disease* 2009; 1(1):51-4.
26. Lavender T, Bernitz S. Use of the partograph-Current thinking. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020; 67:33-43.
27. Ai J, Dekermendjian K, Wang X, Nielsen M, Witt MR. 6-Methylflavone, a benzodiazepine receptor ligand with antagonistic properties on rat brain and human recombinant GABAA receptors in vitro. *Drug development research* 1997; 41(2):99-106.
28. Marder M, Estiú G, Blanch LB, Viola H, Wasowski C, Medina JH, et al. Molecular modeling and QSAR analysis of the interaction of flavone derivatives with the benzodiazepine binding site of the GABAA receptor complex. *Bioorganic & medicinal chemistry* 2001; 9(2):323-35.
29. Ergol S, Eroglu K, Taskin L. The effect of oral fluid food support during labor on labor duration and perception of labor pains. *HealthMED* 2012; 6(6):2093-9.
30. Rahmani BR, Khakbazan Z, Bahri N, Baloochi T, Khargani R. The effect of food intake during labor on pain and anxiety in pregnant women. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2012; 13:44-7.
31. Darooneh T, Rashidi Fakari F, Moattar F, Nasiri M, Delpak-Yeganeh S, Esmaeili S, et al. Effect of Crocus sativus (Saffron) on Cervical Ripening and Progress of Labor in Primiparous Term Women: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *International Journal of Pediatrics* 2020; 8(9):12105-15.
32. Ghaderi S, Zaheri F, Nouri B, Shahoei R. The Effect of Honey Saffron Syrup on Labor Progression in Nulliparous Women. *Journal of Pharmaceutical Research International* 2019; 28(4):1-8.
33. Dashti-Rahmatabadi MH, Nahangi H, Oveisi M, Anvari M. The effect of Saffron decoction consumption on pregnant Mice and their offspring. *SSU_Journals* 2012; 19(6):831-7.