

بررسی تأثیر کپسول نرم گل محمدی بر شدت پس درد زایمان در زنان چندزای مراجعه کننده به زایشگاه شبیه‌خوانی شهرستان کاشان

فاطمه مهدی پور^۱، دکتر محبوبه احمدی دولابی^{۲*}، دکتر سعیده نصیری^۳، دکتر شمیم صحرانورد^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. استادیار گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

۴. استادیار گروه داروسازی سنتی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۸

خلاصه

مقدمه: پس درد می‌تواند تأثیری منفی بر روان مادر و ارتباط با نوزاد داشته باشد. داروهای گیاهی، با مقبولیت بیشتر و عوارض کمتر، روشی مناسب برای کاهش درد هستند. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کپسول نرم گل محمدی بر شدت پس درد زایمان در زنان چندزا انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی سه‌سوکور در سال‌های ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بر روی ۸۸ زن چندزا با پس درد متوسط تا شدید در زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان انجام شد. افراد به‌طور تصادفی در دو گروه ۴۴ نفره کپسول نرم گل محمدی و دارونما قرار گرفتند. در گروه مداخله، ۲ ساعت پس از زایمان و هر ۸ ساعت تا ۲۴ ساعت کپسول نرم گل محمدی و به گروه کنترل، دارونما با همان مشخصات داده شد. شدت درد شرکت‌کنندگان با استفاده از مقیاس دیداری درد قبل و یک ساعت بعد مصرف کپسول اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۶) و آزمون‌های کای‌دو، تی مستقل و تی زوجی، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و تحلیل واریانس انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، میانگین شدت درد بین دو گروه پس از مداخله، تفاوت معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). پس از انجام مداخله و با گذشت زمان، شدت پس درد هر دو گروه دریافت کننده کپسول نرم گل محمدی ($p < 0/001$) و دارونما ($p < 0/001$) کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: در پژوهش حاضر، اثر کپسول نرم گل محمدی در مقایسه با پلاسبو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از عدم وجود تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه بوده و شواهد کافی برای تأیید اثربخشی گل محمدی در شرایط مطالعه به‌دست نیامد، از این‌رو، انجام مطالعات بیشتر با طراحی‌های متفاوت (دوز بالاتر، مدت زمان مصرف طولانی‌تر یا نوع فرآورده متفاوت یا جمعیت‌های بزرگ‌تر) به‌منظور ارزیابی دقیق‌تر اثر گل محمدی در کاهش پس درد توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: پس از زایمان، پس درد، چندزا، گل محمدی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر محبوبه احمدی دولابی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. تلفن:

۰۲۱-۸۸۲۰۲۵۱۲، پست الکترونیک: mah1372@yahoo.com

مقدمه

پس درد زایمان، یکی از شایع‌ترین مشکلات مرتبط با انقباض رحم برای بازگشت به حالت طبیعی غیرباردار است (۱) که با گرفتگی حاد و درد ناشی از فعالیت انقباضی ریتمیک رحم پس از زایمان مشخص می‌شود (۲)؛ به این ترتیب که در زنان نخست‌زاد^۱ پس از زایمان معمولاً رحم به صورت مداوم منقبض می‌ماند، در حالی که در زنان چندزاد^۲ انقباضات شدید و متناوب رخ می‌دهد و این مسئله سبب بروز دردهای پس از زایمان می‌شود (۱). بریتو و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند ۵۴/۶٪ از زنان، پس درد زایمانی را در ۲۴ ساعت اول پس از زایمان تجربه می‌کنند (۳). مطالعات انجام شده در ایران، بر تأثیر روش‌های درمانی روی پس درد تمرکز داشته و هیچ یک شیوع آن را گزارش نکرده‌اند (۴-۶). مکانیسم زیربنایی درد انقباضی رحم در زنان با یک زایمان قبلی می‌تواند در اثر حساسیت بیشتر مراکز عصبی در همزمانی انتقال اطلاعات به طناب نخاعی و کاهش سطح پایه کشش رحمی در اثر کشش یا آسیب فیبرهای رحم در زایمان قبلی ایجاد گردد و شدت پس درد را افزایش دهد (۷-۹). تعداد زایمان، سابقه دیسمنوره و اکسی‌توسین درون‌زا که هنگام شیردهی ترشح می‌شود، عوامل خطر مهمی برای درد انقباضی قابل توجه رحم بعد از زایمان هستند (۱۰)، درد ممکن است اثرات جسمی و روانی داشته باشد و به‌طور جدی بر بازتوانی پس از زایمان تأثیر گذارد (۱۰). پس درد می‌تواند منجر به اضطراب، غمگینی، ایجاد روحیه پرخاشگری، بی‌خوابی و افسردگی پس از زایمان شود (۱)؛ این درد می‌تواند تعامل مادر- نوزاد را مختل کند و بر توانایی او در مراقبت از نوزاد تأثیر منفی بگذارد (۱۲). همچنین زنان با پس درد، سطوح پایینی از خودکارآمدی در شیردهی را تجربه می‌کنند (۱۳).

مدیریت مؤثر پس درد برای بازگشت به زندگی روزمره و مراقبت از نوزاد حیاتی است (۱۴). کنترل درد شامل مداخلات دارویی و غیردارویی است (۱۵). روش‌های

بی‌دردی غیردارویی شامل: ماساژ، هیپنوتیزم درمانی، طب سوزنی و تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست (TENS)^۳ می‌باشد (۱۶، ۱۷). روش‌های بی‌دردی غیردارویی بیشتر جهت تسکین دردهای خفیف مؤثر هستند (۱۸) و برای کاهش درد متوسط تا شدید باید از روش‌های دارویی استفاده کرد. آنالژزی دارویی به گروه مسکن‌های ساده (پاراستامول) و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs)^۴ (ناپروکسن، مفنمیک اسید)، داروهای ضد درد اپیوئیدی (کدئین، مورفین) و ضددردهای گیاهی تقسیم می‌شود (۱۴). درد حاصل از کرامپ‌های رحمی با پروستاگلاندین‌ها در ارتباط است و داروهای ضدالتهاب غیر استروئیدی با مهار آنزیم سیکلواکسیژناز می‌توانند آن را کنترل کنند (۱۹). با این حال، این داروها ممکن است عوارضی مانند سردرد، تهوع، استفراغ، درد اپی‌گاستر، یبوست و خونریزی گوارشی داشته باشند (۲۰، ۲۱). علاوه بر این، مصرف دارو توسط مادران شیرده به دلیل نگرانی از تأثیر بر نوزاد، محدود شده است (۲۲) و تمایل به مصرف گزینه‌های جایگزین وجود دارد (۲۳). در سال‌های اخیر، علاقه به طب سنتی، مکمل و جایگزین در کشورها از جمله ایران، افزایش یافته است (۲۴، ۲۵). از جمله گیاهانی که مصرف بومی دارند و در درمان پس درد زایمان در مطالعات بررسی شده‌اند می‌توان به زیره سبز، زیره سیاه، اسطوخودوس، زنجبیل، آنیسون، کرفس، زعفران، شوید، رازیانه، بابونه (۴) و سیاه‌دانه (۵) اشاره کرد. گل محمدی در اغلب نقاط ایران دیده می‌شود و مناطق عمده کشت این گیاه در ایران، کاشان، آذربایجان، مازندران، تهران و کرج می‌باشد (۲۶). مطالعات نشان داده‌اند اجزای اصلی اسانس گل محمدی شامل فنولیک‌ها مانند سیترونلول، لینالول و ژرانیول می‌باشد که دارای آثار دارویی ضد درد، ضد التهاب، ضد سرطان، ضد میکروب و آنتی‌اکسیدانی هستند. همچنین لینالول موجود در این گیاه، قادر به تحریک سیستم پاراسمپاتیک بوده و به صورت داروهای تسکین‌بخش

³ Transcutaneous electrical nerve stimulation

⁴ Non-steroidal anti-inflammatory drugs

¹ Primiparous

² Multiparous

عمل می‌کند (۲۷). فلاونوئیدهای موجود در گل- محمدی با ایجاد تأخیر در سوخت‌وساز آراشیدونیک اسید، باعث ایجاد اثرات ضد درد می‌شوند (۲۸). علاوه بر این فلاونوئیدها با اثری مشابه بنزودیازپین‌ها، منجر به باز شدن کانال کلر و ایجاد آرام‌بخشی و شلی عضلات می‌شوند (۲۹). مطالعات انجام شده تاکنون اثرات ضد درد گل محمدی را در کاهش درد زایمان، دیسمنوره، کمردرد مرتبط با بارداری و شدت درد پس از سزارین در زنان نشان داده‌اند (۳۰-۳۳) و در اکثر مطالعات انجام شده در خصوص گل محمدی، درمان ایمن و بدون عوارضی گزارش شده است (۳۴).

با وجود مزایای اثبات شده مرتبط با گل محمدی به‌عنوان یک آرام‌کننده بومی و مطمئن با اثرات ضد درد و ضدالتهاب مشابه داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی با دسترسی آسان و بدون عوارض جانبی، مطالعه‌ای در مورد تأثیر گل محمدی بر شدت پس‌دردهای زایمانی انجام نشده است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر کیسول نرم گل محمدی بر شدت پس‌درد زایمان در زنان چندزای مراجعه کننده به زایشگاه شبیه‌خوانی شهرستان کاشان انجام شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی و سه‌سوکور از بهمن ماه ۱۴۰۲ تا مهر ماه ۱۴۰۳ بر روی ۸۸ زن چندزای مراجعه‌کننده به زایشگاه شبیه‌خوانی شهرستان کاشان انجام شد. پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق سازمان‌های داروسازی، پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (IR.SBMU.PHARMACY.REC.1402.115) و ثبت در سایت کارآزمایی بالینی کشور (IRCT20231014059710N1)، اهداف مطالعه برای زنان بیان گردید. بعد از کسب رضایت‌نامه آگاهانه، مطالعه تحت نظارت مسئولان مربوطه در زایشگاه و به‌طور همزمان طی سه شیفت انجام شد. حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه مظفری و همکاران (۲۰۲۱) (۳۵)، با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪ و با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه برای مقایسه میانگین دو گروه، برای هر گروه

حداقل حجم نمونه ۳۷ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ریزش ۲۵ درصدی در طول مطالعه، تعداد ۴۶ نفر در هر گروه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان ایرانی ۱۵-۴۴ سال با زایمان طبیعی ترم و نوزاد زنده و سالم تک‌قلو، وزن جنین بین ۴۰۰۰-۲۵۰۰ گرم، زایمان دوم تا پنجم با پارگی درجه ۱ و ۲، شاخص توده بدنی ۲۹/۹-۱۸/۹ کیلوگرم بر متر مربع، عدم استفاده از روش‌های بی‌دردی، شدت درد از نمره ۴ و بیشتر، عدم ابتلاء به بیماری سیستمیک بر اساس شرح‌حال موجود در پرونده، عدم حساسیت به داروهای گیاهی، خونریزی شدید مادر، نداشتن اعتیاد به مواد مخدر، نبود سابقه سزارین یا جراحی‌های لگنی، عدم سابقه زایمان سخت، زایمان با ابزار و توانایی شیردهی در ۲ ساعت اول بعد زایمان و تداوم آن بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: بروز عوارض یا حساسیت به دارو، مصرف داروهای گیاهی در طول انجام مطالعه و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

برای تعیین دوز و فاصله زمانی مناسب مصرف گل- محمدی، یک مطالعه پایلوت بر روی ۱۰ زن زایمان کرده انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بهترین فاصله زمانی برای مصرف دوز بعدی گل محمدی، ۸ ساعت پس از مصرف دوز قبلی است. در صورتی که شدت درد یک ساعت بعد از مصرف گل محمدی بیشتر از حد قابل تحمل بود، مسکن اضافی تجویز می‌شد. زنان شرکت‌کننده در مطالعه پایلوت، از تجزیه و تحلیل نهایی کنار گذاشته شدند.

پس از بستری شدن زنان در بلوک زایمان و تأیید معیارهای ورود به مطالعه، ۲ ساعت پس از زایمان از آنها خواسته شد تا شدت درد خود را با استفاده از مقیاس درد مک‌گیل در ناحیه پایین شکم و کمر نشان دهند (به مادران در خصوص تفکیک درد ناشی از پس‌درد با درد ناحیه بخیه‌ها در صورت وجود بخیه تأکید می‌شد). زنان با نمره درد ۴ یا بیشتر، وارد مطالعه شدند و اهداف پژوهش به آنها توضیح داده شد و به ایشان اطمینان داده می‌شد که اطلاعاتشان محرمانه می‌ماند و در هر زمان که بخواهند، می‌توانند

با آلفا کرونباخ ۰/۸۵ تأیید شد (۴۰). برای تعیین اعتبار پرسشنامه جمعیت‌شناختی و مامایی، روایی محتوا مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا بر اساس مطالعات قبلی، پیش‌نویس پرسشنامه توسط تیم تحقیق تهیه و بعد از دریافت نظرات اصلاحی از ۱۰ عضو هیئت علمی گروه مامایی، بهداشت باروری و داروسازی، پیشنهادها اعمال و روایی فرم‌ها تأیید شد.

از واحدهای پژوهش درخواست شد بر اساس میزان دردی که احساس می‌کردند، با علامت، شدت درد خود را روی یکی از درجات صفر تا ۱۰ نشان دهند. ۲ ساعت پس از زایمان، شدت پس‌درد زایمان بر اساس مقیاس دیداری درد اندازه‌گیری و نمره درد در فرم مربوطه ثبت گردید. شدت درد قبل و ۱ ساعت پس از مصرف کپسول روی مقیاس درد توسط زائو مشخص می‌شد، در صورت وجود درد ۱ ساعت پس از مصرف دارو و درخواست مادر، ۱ عدد کپسول مفنمیک اسید ۲۵۰ میلی‌گرمی به‌عنوان داروی متداول جهت کاهش پس‌درد در بخش مربوطه داده می‌شد و تعداد مسکن‌های مصرفی در فرم ثبت مسکن مصرفی درج می‌شد و شدت درد قبل و ۱ ساعت پس از مصرف مفنمیک اسید سنجیده می‌شد.

با توجه به طرح پژوهش، تجزیه و تحلیل در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، از شاخص‌های فراوانی و درصد و همچنین میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی با توجه به طرح پژوهش و با توجه به اینکه توزیع شدت درد بر اساس نتایج آزمون شاپیروویلک (تعداد هر گروه کمتر از ۵۰ نفر) غیرنرمال محاسبه شد، جهت مقایسه شدت درد بین زمان‌های مختلف در هر کدام از گروه‌ها از آزمون ناپارامتری فریدمن و جهت مقایسه شدت درد بین دو گروه در هر کدام از زمان‌های مورد بررسی از آزمون یومن ویتنی استفاده شد. همچنین جهت مقایسه ویژگی‌های فردی بین دو گروه از آزمون کای اسکور جهت مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه و آزمون تی مستقل (یا یو من ویتنی) جهت مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS

مطالعه را ترک نمایند. سپس، شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. تخصیص تصادفی با استفاده از روش بلوک‌بندی چهارتایی متعادل شده (۲۵ بلوک ۴تایی) با استفاده از وب سایت www.sealedenvelope.com/simple-randomizer-v1/lists صورت گرفت. در این مطالعه، کپسول گل محمدی و دارونما (با ویژگی‌های ظاهری مشابه) توسط داروساز بسته‌بندی و کدگذاری شدند تا پژوهشگر (دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی) و تحلیلگر آماری از نوع داروی مصرفی در هر گروه بی‌اطلاع باشند. کپسول‌های ۱۰۰۰ میلی‌گرم گل محمدی تولید شرکت باربچ اسانس با شماره ثبت ۲۷۲۵۲۲۳۳۷۳۹۰۲۵۲۳ شامل روغن گل محمدی در روغن کنجد بود که با حداقل ۰/۰۳۳ میلی‌گرم سیترونل و ۰/۴ میلی‌گرم فنول تام استاندارد شدند. گروه مداخله، کپسول گل محمدی و گروه کنترل، کپسول دارونما را سه نوبت با فاصله هر ۸ ساعت از ۲ ساعت پس از زایمان تا ۲۴ ساعت بعد دریافت می‌کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل: پرسشنامه جمعیت‌شناختی و مامایی، مقیاس عددی دیداری درد (VAS)^۱، چک‌لیست ثبت مصرف مسکن (کپسول مفنمیک اسید)، فرم ثبت عوارض جانبی دارو (عوارض گوارشی (تهوع، استفراغ، اسهال)، حساسیت (تب، کهیر، خارش، راش، مشکلات تنفسی) و سایر عوارض شامل سردرد، وروز گوش و سرگیجه) بود. شدت درد با استفاده از خط‌کش درد مک‌گیل اندازه‌گیری شد (۳۶، ۳۷) که در آن، نمره صفر نشان‌دهنده عدم درد و نمره‌های ۰-۳، ۴-۷ و ۸-۱۰ به‌ترتیب نمایانگر درد خفیف، متوسط و شدید بود (۳۸). مقیاس سنجش عددی درد دارای اعتبار و پایایی اثبات شده در مطالعات مختلف است (۳۶، ۳۷). پایایی این ابزار توسط هاوکر و همکاران (۲۰۱۱) از طریق آزمون مجدد (ICC=۰/۸۴) و اعتبار آن از طریق همبستگی با آنالوگ بصری (I=۰/۹۴) سنجیده شد (۳۹). در مطالعه نه‌بندانی و همکاران (۲۰۱۸)، پایایی این ابزار

¹ Visual analog scale

(نسخه ۲۶) انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه با ۵۱۲ فرد مصاحبه شد که ۴۲۰ نفر از آنها حداقل یکی از معیارهای ورود را نداشتند. در نهایت، ۹۲ نفر وارد مطالعه شدند که پس از حذف ۴ نفر (۲ نفر از گروه گل محمدی به دلیل نیاز به مداخله

اورژانسی و مصرف ناکامل دارو و ۲ نفر از گروه دارونما به دلیل مصرف ناکامل دارو و مصرف خودسرانه زنجبیل)، داده‌های ۸۸ نفر برای تحلیل آماری استفاده شد. بر اساس یافته‌های جدول ۱ و ۲، ویژگی‌های فردی و بالینی در نظر گرفته شده (به جز دریافت سنتوسینون در لیبر) بین دو گروه اختلاف معناداری نداشت ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۱- ویژگی‌های فردی و بالینی زنان دو گروه (متغیرهای کیفی)

متغیر	گل محمدی	دارونما	سطح معنی‌داری*
قومیت	فارس	۳۴ (۷۷/۳)	۰/۰۷۱
	سایر (کرد، لر، ترک، عرب)	۳ (۶/۸)	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۹ (۲۰/۵)	۰/۶۷۳
	دیپلم / فوق دیپلم	۲۱ (۴۷/۷)	
سطح تحصیلات همسر	لیسانس و بالاتر	۱۳ (۲۹/۵)	۰/۶۵۴
	زیردیپلم	۱۲ (۲۷/۳)	
شغل	دیپلم / فوق دیپلم	۱۸ (۴۰/۹)	۰/۹۷۵
	لیسانس و بالاتر	۱۱ (۲۵)	
شغل همسر	خانه‌دار	۴۱ (۹۳/۲)	۰/۱۶۴
	شاغل	۳ (۶/۸)	
میزان درآمد خانواده	کارمند	۲ (۴/۶)	۰/۸۲۳
	کارگر	۱۴ (۳۱/۸)	
	آزاد	۲۸ (۶۳/۶)	
	۵-۱۰ میلیون تومان	۲ (۴/۵)	
نوع مالکیت منزل	۱۱-۱۵ میلیون تومان	۲۷ (۶۱/۴)	۰/۶۶۳
	۱۶-۲۰ میلیون تومان	۱۲ (۲۷/۳)	
	بالای ۲۰ میلیون تومان	۳ (۶/۸)	
	شخصی	۲۸ (۶۳/۶)	
تعداد بارداری قبلی	استیجاری	۱۹ (۴۳/۲)	۰/۷۴۰
	۱	۱۵ (۳۴/۱)	
	۲	۱۶ (۳۴/۶)	
	۳	۸ (۱۸/۲)	
تعداد زایمان قبلی	بیش از ۳	۶ (۱۳/۶)	۰/۱۵۶
	۱	۳ (۶/۸)	
	۲	۱۹ (۴۳/۲)	
	۳	۱۳ (۲۹/۵)	
سابقه قاعدگی دردناک و مصرف مسکن	۴	۲ (۴/۵)	۱
	۱	۱۵ (۳۴/۱)	
شرکت در کلاس‌های زایمان فیزیولوژیک در دوران بارداری	بله	۲۹ (۶۵/۹)	۰/۳۸۲
	خیر	۳۰ (۶۸/۲)	
دریافت سنتوسینون در لیبر	بله	۵ (۱۱/۴)	۰/۱۲
	خیر	۳۹ (۸۸/۶)	
	بله	۲۴ (۵۴/۵)	
	خیر	۲۰ (۴۵/۵)	

۰/۲۸۲	۲۲ (۵۰)	۱۶ (۳۶/۴)	پسر	جنسیت نوزاد
	۲۲ (۵۰)	۲۸ (۶۳/۶)	دختر	
۰/۷۹۵	۱۵ (۳۴/۱)	۱۴ (۳۱/۸)	بله	مطلوب بودن جنسیت نوزاد برای مادر
	۱۲ (۲۷/۳)	۱۰ (۲۲/۷)	خیر	
	۱۷ (۳۶/۸)	۲۰ (۴۵/۵)	فرقی ندارد	

داده‌های جدول به‌صورت فراوانی (درصد) گزارش شده است. * آزمون کای اسکوئر

جدول ۲- ویژگی‌های فردی و بالینی زنان دو گروه (متغیرهای کمی)

متغیر	گل محمدی	دارونما	سطح معنی‌داری
سن (سال)	۳۱/۵±۲۵/۸۴	۳۲/۵±۷۵/۰۵	۰/۲۰۱*
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)	۲۴/۳±۹۶/۹۵	۲۵/۳±۹۷/۷۱	۰/۲۲۳*
وزن نوزاد (گرم)	۳۲۰۲/۲۶۳±۲۱/۸۱	۳۲۲۹/۳۴۰±۰۹/۴۰	۰/۶۸۲*
دور سر نوزاد (سانتی‌متر)	۳۵ (۳۵/۵، ۳۴)	۳۵ (۳۵/۵، ۳۴)	۰/۹۶۵**

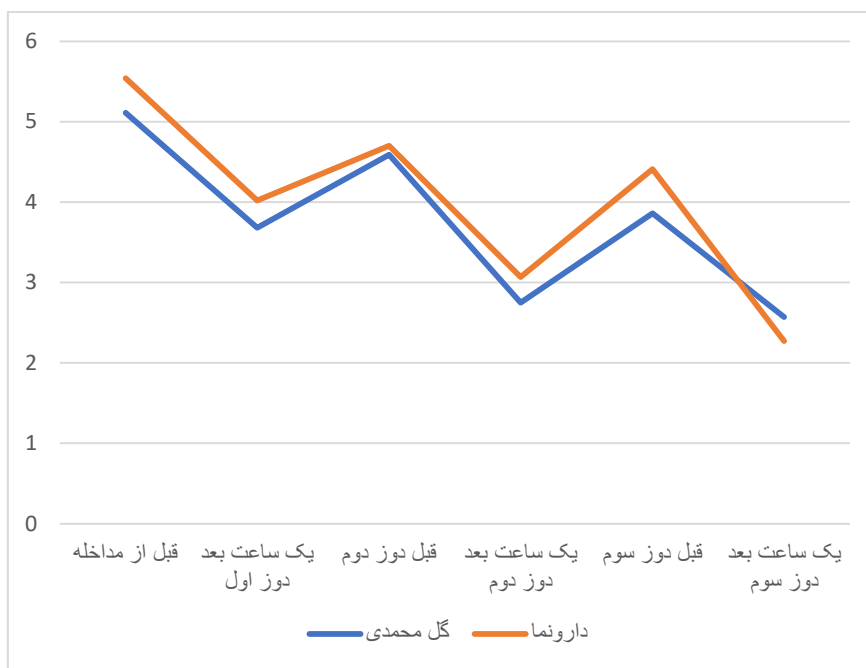
داده‌ها به‌صورت انحراف معیار± میانگین یا میانه (چارک اول، چارک سوم) گزارش شده است. * آزمون تی مستقل، ** آزمون یو من ویتنی

بر اساس نتایج آزمون فریدمن در جدول ۳، شدت پس‌درد زایمان با گذشت زمان در هر کدام از گروه‌ها به‌طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده بود ($p < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج آزمون یومن ویتنی، شدت پس‌درد زایمان بین دو گروه گل‌محمدی و دارونما در هر کدام از زمان‌های اندازه‌گیری شده اختلاف معناداری نداشت ($p > 0/05$).

جدول ۳- میزان شدت پس‌درد زایمان در دو گروه بین زمان‌های مختلف

شدت پس‌درد زایمان	گل محمدی	دارونما	سطح معنی‌داری
قبل مداخله	۵ (۵، ۴)	۵ (۶، ۴/۲۵)	۰/۲۹۷**
یک ساعت بعد دوز اول	۳ (۵، ۲)	۳ (۵، ۲)	۰/۴۴۴**
قبل دوز دوم	۴/۲±۵۹/۰۴	۴/۲±۷۰/۴۲	۰/۷۳۷***
یک ساعت بعد دوز دوم	۲ (۳/۷۵، ۱)	۳ (۵، ۱/۲۵)	۰/۴۶۷**
قبل دوز سوم	۴ (۵، ۲)	۴ (۶، ۲)	۰/۳۸۷**
یک ساعت بعد دوز سوم	۲ (۳، ۱)	۲ (۴، ۰)	۰/۶۸۴**
سطح معنی‌داری*	< 0/001	< 0/001	

داده‌ها به‌صورت میانه (چارک اول، چارک سوم) گزارش شده است. * آزمون فریدمن، ** آزمون یو من ویتنی، *** آزمون تی مستقل



نمودار ۱- میانگین شدت پس درد زایمان در دو گروه در زمان‌های مختلف

بر اساس نتایج آزمون نتایج آزمون دقیق فیشر- فریمن- هالتون در جدول ۴، بین دو گروه از لحاظ نداشت ($P=0/544$). مصرف دوز اضافی مسکن اختلاف معناداری وجود

جدول ۴- توزیع فراوانی مصرف مسکن (مفنامیک اسید) در طول مطالعه در دو گروه

سطح معنی داری*	دارونما	گل محمدی	تعداد دفعات مصرف مسکن
0/544	۱۶ (۳۶/۴)	۱۴ (۳۱/۸)	صفر
	۲۱ (۴۷/۷)	۲۶ (۵۹/۱)	۱
	۵ (۱۱/۴)	۴ (۹/۱)	۲
	۲ (۴/۵)	۰ (۰)	۳

- داده‌های جدول به صورت فراوانی (درصد) گزارش شده است.* آزمون دقیق فیشر- فریمن- هالتون

معنی داری را نشان نداد. روغن گل محمدی، حاوی ترکیبات فرار و فنولیک از جمله سیترونلول، ژرانیول، نرول، لینالول، فلاونوئیدها و سایر ترکیبات فنلی است که خواص آنتی‌اکسیدانی و ضد درد آن‌ها در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است (۲۷، ۴۱، ۴۲).

بانی و همکاران (۲۰۱۴) تأثیر عصاره گل محمدی را بر دیسمنوره اولیه در ۹۲ دانش‌آموز مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه، دوز مؤثر گل محمدی به صورت پودر خشک، ۵ گرم در روز بود که معادل حدود ۷۵۰ میلی‌گرم عصاره ۱۵ درصدی در روز محسوب می‌شد. نتایج نشان داد که اثر گل محمدی در کاهش درد دیسمنوره اولیه، مشابه داروی مفنامیک اسید

لازم به ذکر است با بررسی‌های صورت‌گرفته در طول انجام مطالعه از لحاظ عوارض جانبی احتمالی کپسول گل محمدی و مفنامیک اسید، هیچ یک از افراد حاضر عوارض جانبی عنوان شده یا خارج از آن را گزارش نکردند.

بحث

در مطالعه حاضر، با گذشت زمان از ابتدا تا انتهای مطالعه، روند کاهشی در شدت پس‌درد زایمان در هر دو گروه گل محمدی و دارونما مشاهده شد که از نظر آماری معنی‌دار بود. با این حال، مقایسه میانگین شدت درد بین دو گروه پس از مداخله، تفاوت آماری

باشد. دارونما می تواند دارای پاسخ قدرتمندی باشد که اثرات آن در برخی موارد کمتر از اقدامات دارویی نیست (۴۹).

در این پژوهش، در صورت عدم تسکین درد تا یک ساعت پس از مصرف داروی موردنظر، مصرف کپسول مفنمیک اسید به عنوان مسکن اضافی مجاز بود. هیچ یک از شرکت کنندگان گروه گل محمدی به بیش از ۲ عدد مسکن نیاز پیدا نکردند، گرچه تفاوت آماری معنی داری بین گروه‌ها از نظر تعداد مسکن‌های مصرفی مشاهده نشد. این موضوع می‌تواند حاکی از کاهش نسبی نیاز به مصرف دوزهای بالای مسکن‌های شیمیایی در اثر مصرف گل محمدی باشد. یافته‌های مشابهی در مطالعه چنانه و همکاران (۲۰۱۸) با استفاده از سیاه‌دانه (۵) و در مطالعه از گلی و همکاران (۲۰۱۷) با استفاده از آنیسون (۴۴) گزارش شده است. در مطالعه حاضر همچون مطالعه قره‌باغی و همکاران (۲۰۱۳) (۳۳) و اکثر مطالعات انجام شده بر روی گل محمدی (۳۴)، هیچ‌گونه عارضه جانبی ناشی از مصرف کپسول گل-محمدی در شرکت کنندگان گزارش نشد. بنابراین، می‌توان این گیاه را به عنوان یک داروی کمکی ایمن برای استفاده در کنار مسکن‌های شیمیایی در کاهش درد پس از زایمان در بخش‌های بیمارستانی در نظر گرفت.

از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به طراحی سه‌سوکور، کنترل متغیرهای مداخله‌گر با تعیین دقیق معیارهای ورود و نمونه‌گیری از مادرانی که در زایمان آن‌ها از برش اپی‌زیاتومی استفاده نشده بود، اشاره کرد؛ که این موضوع امکان تمایز بهتر بین درد پرینه و پس‌درد زایمان را برای مادران فراهم کرده است. از سوی دیگر، تفاوت‌های فردی و ژنتیکی، عوامل فرهنگی و اقتصادی و همچنین شرایط محیطی نظیر شلوغی بخش یا نحوه ارتباط‌گیری پرسنل می‌توانند بر آستانه تحمل درد تأثیرگذار باشند. با اینکه تلاش شد تا این عوامل با نمونه‌گیری در شیفت‌های مختلف تا حدودی کنترل شوند، این موارد همچنان می‌توانند به عنوان محدودیت‌هایی در این پژوهش مطرح باشند.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از دوزهای بالاتر یا فواصل زمانی کوتاه‌تر مصرف کپسول روغن گل محمدی

است (۳۱). مطالعه قره‌باغی و همکاران (۲۰۱۳)، در بررسی تأثیر گل محمدی با دارونما نشان داد که عصاره اتانولی گل محمدی می‌تواند درد پس از عمل سزارین و نیاز به مسکن را نسبت به دارونما به میزان بیشتری کاهش دهد. در این مطالعه نیز از پودر خشک ۵ گرم در روز استفاده گردید (۳۳).

نتایج این دو مطالعه با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی نداشت. در مطالعه حاضر، از کپسول روغنی گل محمدی در پایه روغن کنجد استفاده شد که ممکن است مقدار مؤثر ماده فعال موجود برای کاهش پس‌درد زایمان کافی نبوده باشد. در مطالعه مرور سیستماتیک لی و همکاران (۲۰۱۸)، عصاره روغنی گل محمدی به عنوان یکی از روش‌های مؤثر رایحه‌درمانی در کاهش دردهای قاعدگی شناخته شد (۴۳). با این حال، مطالعه کوهپایه و همکاران (۲۰۲۱) که نتایج ۵ کارآزمایی بالینی را ترکیب کرده بودند، نشان داد گل محمدی به‌طور غیرقابل توجهی درد قاعدگی را کاهش می‌دهد، ناهمگونی در روش مصرف و دوز دارو، از جمله دلایل احتمالی تفاوت نتایج در مطالعات مختلف است (۳۴). تا زمان انجام این پژوهش، مطالعه‌ای که به صورت مستقیم تأثیر گل محمدی بر شدت پس‌درد زایمانی را بررسی کرده باشد، یافت نشد، بنابراین امکان مقایسه مستقیم نتایج وجود نداشت. سایر مطالعات به بررسی گیاهانی نظیر آنیسون، بادرنجبویه، بابونه و منستروگل (ترکیبی از کرفس، آنیسون و زعفران) پرداخته و گزارش کرده‌اند که این گیاهان اثرات بیشتری در کاهش شدت پس‌درد نسبت به مفنمیک اسید دارند (۴۴-۴۷). با این حال در مطالعه حاضر، مقایسه مستقیمی میان گل محمدی و مفنمیک اسید صورت نگرفت زیرا مفنمیک اسید به همه مادران داده نمی‌شد و تنها در صورت وجود درد و احساس نیاز به مصرف مسکن، کپسول مفنمیک اسید به مادر داده می‌شد.

در مطالعه مهرآور و همکاران (۲۰۲۱) که در مورد جوانه گندم انجام شد، شدت پس‌درد متوسط در گروه مداخله نسبت به دارونما تفاوت آماری معنی داری نداشت (۴۸) که از این جهت با مطالعه حاضر مشابه بود. این یافته می‌تواند به مفهوم اثر دارونما مرتبط

استفاده شود. اثر گل محمدی در کنار مصرف روتین مسکن‌های بیمارستانی به صورت ترکیبی مورد بررسی قرار گیرد و مقایسه مستقیم اثر گل محمدی با مسکن‌هایی چون مگنامیک اسید در طراحی‌های کارآزمایی آینده گنجانده شود. همچنین توصیه می‌شود تأثیر نوع فرآورده (روغنی، هیدروالکلی، اتانولی) بر میزان اثربخشی گل محمدی ارزیابی گردد. تفاوت‌های فردی مانند آستانه تحمل درد، سوابق فرهنگی و شرایط روانی مادران در زمان زایمان لحاظ شده و اندازه‌گیری شوند.

نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، اثر کپسول نرم گل محمدی در مقایسه با پلاسبو در گروه‌های مورد مطالعه بررسی شد. نتایج نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین اثرات این دو مداخله وجود ندارد و مصرف گل محمدی ممکن است نتایج مشابه پلاسبو ایجاد کند. بر این اساس، شواهد کافی برای تأیید اثربخشی کپسول گل محمدی در شرایط مطالعه فراهم نشد. با توجه به این یافته‌ها، توصیه می‌شود مطالعات آتی با طراحی‌های متفاوت (از جمله دوز بالاتر، مدت زمان مصرف طولانی‌تر، نوع فرآورده متفاوت یا جمعیت‌های بزرگ‌تر) انجام شود تا اثر گل محمدی در کاهش پس‌درد به‌طور دقیق‌تر مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم

پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان شهید بهشتی کاشان و کلیه پرسنل زایشگاه شبیه‌خوانی کاشان تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد مامایی است که پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران انجام شد. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمامی واحدهای پژوهش اخذ گردید و شرکت در مطالعه داوطلبانه بوده و افراد در هر مرحله حق انصراف داشتند. اطلاعات شرکت‌کنندگان محرمانه باقی مانده و نتایج بدون ذکر مشخصات فردی گزارش شد.

حمایت مالی

در انجام این پژوهش از حمایت مالی اشخاص حقیقی و حقوقی استفاده نشد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به یک اندازه در تدوین مقاله مشارکت داشتند.

منابع

- Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetrics. 26nd ed. Mc Graw-Hill; 2022.
- Masuzawa Y, Yaeko K. Uterine activity during the two hours after placental delivery among low-risk pregnancies: an observational study. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2017; 30(20):2446-51.
- Brito AP, Caldeira CF, Salvetti MD. Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2021; 55:e03691.
- Parsa L, Ozgoli G. A systematic on the medicinal plants used in the treatment of postpartum pain in Iran. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2017; 20(5):84-96.
- Chananeh M, Janati Ataei P, Dolatian M, Mojab F, Nasiri M. Effects of the combination of nigella sativa and mefenamic acid alone on the severity of postpartum pain in multiparous women: a double-blind clinical trial. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2018; 21(4):62-71.
- Kheiri R, Ataei PJ, Sahranavard S, Nasiri M, Najdi N. The effect of Salvia hydrangea and mefenamic acid on postpartum pain; randomized clinical trial. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2021; 24(11):70-8.

7. Azulay Chertok IR, Wolf JH. Postpartum period and lactation physiology. In: Blackburn ST. Maternal, fetal, & neonatal physiology: a clinical perspective. 5th ed. St Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2017. p.142-3.
8. Holdcroft A, Snidvongs S, Cason A, Doré CJ, Berkley KJ. Pain and uterine contractions during breast feeding in the immediate post-partum period increase with parity. *Pain* 2003; 104(3):589-96.
9. Uvnäs-Moberg K, Eriksson M. Breastfeeding: physiological, endocrine and behavioural adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatrica* 1996; 85(5):525-30.
10. Fang X, Huan Y, Tao Y, Song Y, Du W, Liu Z, et al. Incidence, severity, and determinants of uterine contraction pain after vaginal delivery: a prospective observational study. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2021; 46:102961.
11. Wambach K, Spencer B. Breastfeeding and human lactation. 6th ed. Jones & Bartlett Learning; 2019.
12. Rankin J. Physiology in Childbearing E-Book: With Anatomy and Related Biosciences. Elsevier Health Sciences; 2017.
13. Evcili F, Kaya D. The effect of postpartum afterpain on breastfeeding self-efficacy. *Cukurova Medical Journal* 2019; 44:296-307.
14. Deussen AR, Ashwood P, Martis R, Stewart F, Grzeskowiak LE. Relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane database of systematic reviews*. 2020(10).
15. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief—establishment of effectiveness and comparison. *International journal of environmental research and public health* 2018; 15(12):2792.
16. Coutaux A. Non-pharmacological treatments for pain relief: TENS and acupuncture. *Joint Bone Spine* 2017; 84(6):657-61.
17. Gallo RB, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *Journal of physiotherapy* 2018; 64(1):33-40.
18. Tafazoli M, Khadem Ahmadabadi M, Asili J, Esmaili H. Comparison the effects of cuminum and mefenamic acid on after pains in multiparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 16(75):1-11.
19. Yeh YC, Chen SY, Lin CJ, Yeh HM, Sun WZ. Differential analgesic effect of tenoxicam on post-cesarean uterine cramping pain between primiparous and multiparous women. *Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi* 2005; 104(9):647-51.
20. Katzung BG. Basic & Clinical Pharmacology. 14th ed. McGraw Hill / Medical; 2018.
21. Ebadi A, Mardom MA, Fatemi M, Farahani M, Alazamani NF. Clinical and Practice Pharmacology for Nursing. 2nd ed. Tehran: Jamee-negar; 2022. (Persian).
22. Murray SS, McKinney ES. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing-E-Book: Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2013.
23. Oguntibeju OO. Medicinal plants with anti-inflammatory activities from selected countries and regions of Africa. *Journal of inflammation research* 2018; 307-17.
24. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy 2014–2023: World Health Organization; 2013 [Internet].
25. Emtiazy M, Keshavarz M, Khodadoost M, Kamalinejad M, Gooshahgir SA, Bajestani HS, et al. Relation between body humors and hypercholesterolemia: An Iranian traditional medicine perspective based on the teaching of Avicenna. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2012; 14(3):133.
26. Khalighi Sigaroudi F, Jarvandi S, Taghizadeh M. Therapeutic uses of medicinal plants. 2nd ed. Tehran: Arjmand; 2013. (Persian).
27. Sköld M, Hagvall L, Karlberg AT. Autoxidation of linalyl acetate, the main component of lavender oil, creates potent contact allergens. *Contact dermatitis* 2008; 58(1):9-14.
28. Haj Hashemi V, Ghanadi A, Mosavi D. Analgesic and antiinflammatory effects of total extract, flavonoid fraction and volatile oil of *Salvia hydrangea*. *J Res Med Sci* 2000; 5(4):10-14.
29. Ataollahi M, Akbari SA, Mojab F, Roshanaie G. Effects of aromatherapy by Rosaceous on the severity and systemic symptoms of primary dysmenorrhea. *Advances in Nursing & Midwifery* 2015; 25(89):59-67.
30. Vahaby S, Abedi P, Afshari P, Haghighizadeh MH, Zargani A. Effect of aromatherapy with rose water on pain severity of labor in nulliparous women: a random clinical trial study. *J Rafsanjan Univ Med Sc* 2016; 14(12):1049-60.
31. Bani S, Hasanpour S, Mousavi Z, Garehbaghi PM, Gojazadeh M. The effect of rosa damascena extract on primary dysmenorrhea: a double-blind cross-over clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(1):e14643.
32. Shirazi M, Mohebitabar S, Bioos S, Yekaninejad MS, Rahimi R, Shahpiri Z, et al. The effect of topical *Rosa damascena* (rose) oil on pregnancy-related low back pain: a randomized controlled clinical trial. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine* 2017; 22(1):120-6.
33. Mostafa-Gharabaghi P, Delazar A, Gharabaghi MM, Shobeiri MJ, Khaki A. The view of cesarean pain after preemptive use of *Rosa damascena* extract in women with elective cesarean section. *World Sci J* 2013; 4:226-35.

34. Koohpayeh SA, Hosseini M, Nasiri M, Rezaei M. Effects of Rosa damascena (Damask rose) on menstruation-related pain, headache, fatigue, anxiety, and bloating: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Education and Health Promotion* 2021; 10:272.
35. Mozafari S, Esmaeili S, Momenyan S, Modarres SZ, Ozgoli G. Effect of Zingiber officinale Roscoe rhizome (ginger) capsule on postpartum pain: Double-blind randomized clinical trial. *Journal of Research in Medical Sciences* 2021; 26(1):105.
36. Farrar JT, Troxel AB, Stott C, Duncombe P, Jensen MP. Validity, reliability, and clinical importance of change in a 0—10 numeric rating scale measure of spasticity: a post hoc analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clinical therapeutics* 2008; 30(5):974-85.
37. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of clinical nursing* 2005; 14(7):798-804.
38. Ghanei RG, Rezaei K, Mahmoodi R. The relationship between preoperative anxiety and postoperative pain after cesarean section. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2013; 15(39):16-22.
39. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis care & research* 2011; 63(S11):S240-52.
40. Nehbandanii Z, Rezayee Kahkha Galeh M, Bordbari M, Koochakzai M. Comparison the effects of aromatherapy with rose extract and lavender on the pain of the active phase of labor in primipara women. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2018; 23(5):45-54.
41. Boskabady MH, Shafei MN, Saberi Z, Amini S. Pharmacological effects of Rosa damascena. *Iranian journal of basic medical sciences* 2011; 14(4):295.
42. Mohammad Taghizadeh Kashani L, Hatami A, Memarzadeh MR, Ahmadian-Attari MM. Optimizing the Production of Rose Oil (An Iranian Traditional Drug) According to Phytochemical Factors. 2nd National Congress on Medicinal Plants. Tehran; 2013.
43. Lee MS, Lee HW, Khalil M, Lim HS, Lim HJ. Aromatherapy for managing pain in primary dysmenorrhea: A systematic review of randomized placebo-controlled trials. *Journal of clinical medicine* 2018; 7(11):434.
44. Ozgoli G, Khodadie A, Mojab Z, Jambarsang S, Sheikhan F, Taleb S. Comparison of efficacy between herbal capsule of anise and mefenamic acid on postpartum after-pain. *Journal of Medicinal Plants* 2017; 16(62):38-45.
45. Dastjerdi MN, Darooneh T, Nasiri M, Moatar F, Esmaeili S, Ozgoli G. Investigating the effect of Melissa officinalis on after-pains: A randomized single-blind clinical trial. *Journal of Caring Sciences* 2019; 8(3):129.
46. Abedian Z, Rezvani Fard M, Asili J, Esmaeili H, Dadgar S. Comparison of the Effect of chamomile matricaria and mefenamic acid capsules on postpartum hemorrhage in women with postpartum pain. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2016; 19(14):1-8.
47. Shadipour M, Simbar M, Salamzadeh J, Nasire N. A comparative study on the effects of Menstrogol and Mefenamic acid on postpartum after-pain. *Iranian South Medical Journal* 2014; 16(6):401-9.
48. Mehravar S, Akbari SA, Nasiri M, Mojab F, Abbasi H. The effect of Triticum sativum (wheat) germ on postpartum pain: A double-blind clinical trial. *Avicenna Journal of Phytomedicine* 2021; 11(6):576.
49. Taylor HS, Pal L, Seli E. Speroff's clinical gynecologic endocrinology and infertility. 9nd ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2020.

The Effect of Soft Capsules of *Rosa Damacena* on the Intensity of Postpartum Pain in Multiparous Women Referring to the Shabihkhani Maternity of Kashan City

Fateme Mahdipoor¹, Mahbubeh Ahmadi Doolabi^{2*}, Saeideh Nasiri³, Shamin Sahranavard⁴

1. M.Sc. Student in Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Midwifery, Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Traditional Pharmacy, School of Traditional Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstrac

Received: Oct 25, 2025 Accepted: Jan 28, 2026

Introduction: Postpartum pain can have a negative impact on the mother's psyche and the relationship with the baby. Herbal medicines, with greater acceptability and fewer side effects are a suitable method for reducing pain. The present study was conducted with aim to determine the effect of soft gel capsules of *Rosa damascena* (Damask rose) on the severity of postpartum pain in multiparous women.

Methods: This triple-blind randomized clinical trial was conducted in 2023–2024 on 88 multiparous women with moderate to severe postpartum pain in Shabihkhani Maternity of Kashan. The subjects were randomly assigned to two groups of: *Rosa damascena* capsules and placebo (n=44 in each group). The intervention group was given *Rosa damascena* capsules 2 hours after delivery and every 8 to 24 hours, and the control group was given placebo with the same characteristics. The participants' pain intensity was measured using a visual pain scale before and one hour after capsule consumption. Data analysis was performed using SPSS statistical software (version 26) and chi-square, independent t-test, paired t-test, repeated measures analysis of variance, and analysis of variance. $P < 0.05$ was considered significant.

Results: According to the results, the mean pain intensity after the intervention was not significantly different between the two groups ($p > 0.05$). After the intervention and over time, the intensity of postpartum pain decreased in both groups receiving *Rosa damascena* capsules ($p < 0.001$) and placebo ($p < 0.001$).

Conclusion: In the present study, the effect of *Rosa damascena* soft capsules was compared with a placebo. The results indicated no statistically significant difference between the two groups, and insufficient evidence was found to confirm the effectiveness of *Rosa damascena* under the study conditions. Therefore, further studies with different designs (such as higher doses, longer duration of administration, different formulations, or larger populations) are recommended to more accurately evaluate the effect of *Rosa damascena* on the reduction of postpartum pain.

Keywords: Multiparous, Postpartum, Postpartum Pain, *Rosa damascene*

► Please cite this article as:

Mahdipoor F, Ahmadi Doolabi M, Nasiri S, Sahranavard Sh. The Effect of Soft Capsules of *Rosa Damacena* on the Intensity of Postpartum Pain in Multiparous Women Referring to the Shabihkhani Maternity of Kashan City. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2026; 28(11):46-57. DOI: 10.22038/ijogi.2026.27607