

تأثیر رایحه گل محمدی بر کیفیت خواب زنان شیرده در اوایل دوره نفاس: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

حدیث فتاح^۱، دکتر کتایون وکیلیان^{۲*}، دکتر مهتاب عطارها^۳

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۲. دانشیار گروه بهداشت باروری، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
۳. استادیار گروه بهداشت باروری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۵

خلاصه

مقدمه: اغلب زنان در دوره نفاس، درجاتی از اختلالات خواب را تجربه می‌کنند. از آنجایی که اسانس گل محمدی در افسردگی، تنش‌های عصبی و خواب‌آوری مؤثر است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر رایحه گل محمدی بر کیفیت خواب زنان شیرده انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده، ۸۴ زن در دوره نفاس که در سال ۱۳۹۸ به ۵ مرکز بهداشتی منتخب شهرستان اراک مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی به مدت ۳ شب برای گروه مداخله انجام شد. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. کیفیت خواب در دو گروه قبل و در انتهای مطالعه با پرسشنامه پیترزبورگ جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) و آزمون‌های تی مستقل زوجی، کوواریانس و کای دو انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از مداخله کیفیت خواب گروه رایحه‌درمانی نسبت به قبل بیشتر شد ($p < 0/05$)، درحالی‌که در گروه کنترل، کیفیت خواب قبل و انتهای مطالعه تغییر معنی‌دار نداشت ($p = 0/824$). همچنین در انتهای مطالعه کیفیت خواب در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل افزایش یافت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به‌نظر می‌رسد کیفیت خواب زنان در دوره نفاس طی رایحه‌درمانی با گل محمدی بهبود می‌یابد، لذا استفاده از آروماتراپی با گل محمدی در دوره شیردهی برای بهبود کیفیت خواب زنان در اوایل دوره نفاس توصیه می‌شود.

کلمات کلیدی: اسانس رز، رایحه‌درمانی، طب مکمل، کیفیت خواب، نفاس

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر کتایون وکیلیان؛ مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران. تلفن:

۰۸۶- ۳۴۱۷۳۵۰۵؛ پست الکترونیک: dr.kvakilian@arakmu.ac.ir

مقدمه

دوران پس از زایمان، به ۶ هفته اول پس از زایمان اطلاق می‌شود. در این دوره با ورود فرد جدید به خانواده، مرحله تطابق با مسئولیت‌ها، نقش‌ها و مراقبت از نوزاد شروع می‌شود. این نقش‌های جدید برای برخی مادران به صورت یک مشکل درک می‌شود که روی کیفیت زندگی و خواب آنها تأثیر می‌گذارد (۱). چرخه خواب و بیداری کودک همراه با نوسانات هورمونی مادران در هماهنگی با هم عمل می‌کنند تا خواب زنان بعد از زایمان مختل شود و این امر باعث می‌شود که زمان خواب کمتری نسبت به ۳ ماهه سوم بارداری داشته باشند (۲). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که خواب ناکافی در این دوره باعث خستگی و اثرات منفی بر وضعیت سلامتی مادران از جمله افسردگی می‌شود و به دنبال آن تأثیرات منفی بر مراقبت از نوزادان و ارتباط مادر و نوزاد دارد (۳-۶). شیردهی مادر در دوران پس از زایمان نیز یکی از دلایل اختلال الگوی خواب مادران است (۱). از طرفی مطالعات نشان می‌دهد مادرانی که اختلال خواب پیدا می‌کنند، کیفیت شیردهی و خودکارآمدی شیردهی آنها تحت تأثیر این اختلال قرار می‌گیرد (۱، ۷). ۷۶-۱۴٪ مادران در بارداری اختلال خواب دارند که در بعد از زایمان بین ۸۵-۳۰٪ می‌رسد (۸-۱۰). با توجه به آمار بالای اختلال خواب در زنان باردار، روش‌های دارویی و غیردارویی برای درمان آن به کار گرفته شده است (۲، ۱۱). امروزه تمایل مادران به استفاده از روش‌های غیردارویی مانند یوگادرمانی، درمان‌های شناختی رفتاری، استفاده از گیاهان به صورت دمنوش و آروماتراپی افزایش یافته است (۱۶-۱۲). آروماتراپی یا بودرمانی متشکل از استنشاق روغن‌های اساسی از طریق بینی و دهان است که به طور مؤثر تثبیت‌کننده احساسات و تمرکز می‌شود. مولکول‌های روغن معطر از طریق بینی و دهان بلافاصله به ریه‌ها کشیده می‌شوند و بر سیستم لیمبیک (جایی که عواطف و احساسات است) تأثیر می‌گذارد (۱۷). مطالعات زیادی روی لاوند در کیفیت خواب بیماران اوتیسم، قلبی و سندرم پای بی‌قرار زنان بارداری انجام گرفته، ولی روی اثر اسانس رز بر کیفیت خواب بیماران، بارداری و پس از

زایمان انجام نشده است (۱۱، ۱۸، ۱۹). گل محمدی به عنوان گیاهی دارویی با نام علمی رزا داماسنا^۱ با تأثیر بر سیستم عصبی مرکزی می‌تواند اثرات خواب‌آور داشته باشد. از عصاره آبی و اتانولی گل محمدی برای ایجاد خواب‌آوری در موش استفاده شده است (۲۰). *damascena* یک درختچه بوته‌ای چند ساله است که با گل‌های بزرگ، برجسته و رنگی به ارتفاع تقریبی ۱-۲ متر می‌رسد. این گیاه بسیار قدیمی است و فسیل‌های آن ۳۰ میلیون سال پیش دیده شده است. در ایران به گل محمدی معروف است که در شهر کاشان از آن گلاب استخراج می‌شود. این گیاه اثرات پزشکی بسیاری دارد؛ از برگ‌های گل در درمان درد قفسه سینه، تقویت قلب، درمان خونریزی قاعدگی و به عنوان ضدالتهاب استفاده شده است. همچنین روغن رز در افسردگی، تنش‌های عصبی، میگرن و سردرد کاربرد دارد (۲۱، ۲۲). مواد اتیل استات و انبوتانول که در آن وجود دارد، اثرات خواب‌آوری دارد (۲۲). سایر اثرات مربوط به درمان از طریق آروما، تأثیر روی امواج آلفای مغز می‌باشد که موجب آرامش می‌شود (۲۳). با توجه به اینکه زنان شیرده بعد از زایمان از کیفیت خواب پایینی برخوردار هستند و همچنین مطالعات اندکی بر روی این گروه خاص انجام شده است، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر رایحه گل محمدی بر کیفیت خواب زنان شیرده در دوره نفاس مراجعه‌کننده به ۵ مرکز بهداشتی منتخب شهرستان اراک انجام شد.

روش کار

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده که با هدف بررسی تأثیر رایحه گل محمدی بر کیفیت خواب زنان در دوره نفاس مراجعه‌کننده به ۵ مرکز بهداشتی منتخب شهرستان اراک انجام گرفت، ۸۴ زن در دوره نفاس که در سال ۱۳۹۸ به ۵ مرکز بهداشتی منتخب شهرستان اراک مراجعه کرده و دارای معیارهای ورود بودند، مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: فقدان درد شدید مخل خواب، عدم تجربه رایحه‌درمانی تاکنون، عدم استفاده از

¹ Rosa Damascena

طب مکمل در هفته اخیر، هوشیار بودن (آگاهی به زمان، مکان و شخص)، نداشتن بیماری زمینه‌ای مؤثر بر خواب (همانند آرتریت روماتوئید و میگرن)، نداشتن اختلال خواب شناخته شده طبق اظهار بیمار، نداشتن سابقه بیماری آسم و آلرژی، نداشتن سابقه حساسیت و اگزما به گل‌ها و گیاهان و بوی عرق و اسانس آنها، مصرف نکردن مواد مخدر ۶ ساعت قبل از خواب، معتاد نبودن، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، نداشتن برنامه مراقبتی یا درمانی در طی ساعات خواب، فقدان ارتوپنه و مشکل تنفسی، سن نوزاد ۲۵-۲۰ روز و تغذیه انحصاری با شیر مادر بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: حساسیت شدید به رایحه گل محمدی در طول مطالعه، عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در مطالعه، مصرف خودسرانه داروهای آرام‌بخش، ارتوپنه و مشکل تنفسی حین مطالعه و بدحال شدن بیمار بود.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت یک مرحله‌ای احتمالی خوشه‌ای بود. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه و بر اساس نتایج مطالعه دانشمندی و همکاران (۲۰۱۲) که S_1 ، S_2 ، μ_1 و μ_2 برای کیفیت خواب در بارداری به ترتیب ۲/۲۱، ۲/۶۸، ۹/۹۷ و ۱۰/۴ بود (۲۴)، با توجه به خطای نوع اول ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ و با احتساب ۵٪ ریزش حجم نمونه، در مجموع ۸۴ نفر (۴۲ نفر در گروه شاهد و ۴۲ نفر در گروه مورد) محاسبه شد.

در ابتدای مطالعه اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات بالینی از جمله سن، جنس، تحصیلات، وضعیت شغلی و کیفیت خواب با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شد. روش اجرا بدین ترتیب بود که طبق نمونه‌گیری خوشه‌ای، به قید قرعه از ۵ منطقه شهرستان اراک، مراکز بهداشتی انتخاب شدند. هر درمانگاه یک خوشه در نظر گرفته شد و سپس از هر خوشه (درمانگاه) منتخب به نسبت جمعیت تحت پوشش، نمونه‌گیری در دسترس انجام شد؛ بدین ترتیب که در سامانه "سیب" با زنان واجد شرایط تماس حاصل شد و برای شرکت در تحقیق رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. سپس بر اساس بلوک چهارتایی تصادفی، افراد در یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل قرار می‌گرفتند (چارت ۱). پس از تهیه توالی تخصیص توسط نرم‌افزار

اکسل با استفاده از فرمول RAND، توالی به ترتیب روی کاغذ یادداشت شده و در داخل پاکت‌های در بسته مات قرار داده شد. پاکت‌ها به ترتیب شماره‌گذاری شدند. پرسشنامه‌ها نیز به همان ترتیب کدگذاری شدند. بر این اساس هر فرد به یکی از گروه‌های مداخله یا کنترل تخصیص یافتند. سپس در بین روزهای ۲۰-۱۵ بعد از زایمان که افراد جهت مراقبت کودک مراجعه می‌کردند، قبل از انجام هرگونه مداخله‌ای، پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ برای افراد در هر دو گروه تکمیل می‌گردید، سپس از آنها خواسته می‌شد در ۳ شب متوالی بعدی رایحه‌درمانی برای گروه مداخله صورت گیرد و در صبح روز بعد از پایان این ۳ شب، کیفیت خواب خود را توسط پرسشنامه‌ای که در اختیارشان قرار داده می‌شد، ارزیابی کنند (۲۵، ۲۶). از آنجایی که هر فرد رایحه‌درمانی را در منزل شخصی خود انجام می‌داد، شرایط محل خواب و همچنین شرایط محیطی اعم از نور، دما و سروصدا در همه شب‌ها برای افراد هر گروه متفاوت بود که از کنترل محقق خارج بود، اما با انتخاب تصادفی تا حد امکان اندک شد. به علت کوتاه بودن دوره مداخله (۳ شب) و همچنین آسان بودن انجام مداخله برای مادر، احتمال عدم همکاری در طی مطالعه بسیار پایین بود. نحوه استفاده از اسانس رز بدین ترتیب بود که سه قطره از اسانس ۱۰٪ گل محمدی (تهیه شده در شرکت باریج اسانس) روی دستمال کاغذی ریخته و در کنار بالش بیمارآن سنجاق شد تا به مدت ۸ ساعت (از ساعت ۲۲-۶ صبح) آن را استنشاق نمایند. قبل از مطالعه، بررسی پژوهشگران این مطالعه نشان داد که دستمال کاغذی آغشته به ۳ قطره از اسانس ۱۰٪ گل محمدی می‌تواند حدوداً به مدت ۱۲ ساعت تولید رایحه نماید. ابزار گردآوری داده‌ها از دو قسمت تشکیل شده بود. قسمت اول شامل مشخصات دموگرافیک و بالینی و قسمت دوم شامل پرسشنامه ایندکس کیفیت خواب پیترزبورگ بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بالینی شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، میزان تحصیلات و وضعیت اشتغال بود. پرسشنامه کیفیت خواب پیترزبورگ یک ابزار خودگزارشی است که کیفیت خواب بیمارآن را بررسی می‌نماید (۲۷، ۲۸). پرسشنامه اندکس کیفیت خواب

پیترزبورگ، پرسشنامه‌ای استاندارد و دارای ۹ سؤال می‌باشد. به جز سؤال ۵ که حاوی ۱۰ جزء می‌باشد، سایر سؤالات تک‌جزئی هستند. کل سؤالات این پرسشنامه در ۷ بخش طبقه‌بندی می‌شود: بخش اول مربوط به کیفیت خواب ذهنی است که با یک سؤال (سؤال شماره ۶) مشخص می‌شود. بخش دوم مربوط به تأخیر در شروع خواب است که امتیاز آن با محاسبه میانگین نمره سؤال ۲ و قسمت الف سؤال ۵ به دست می‌آید. بخش سوم مربوط به مدت زمان خواب است که با یک سؤال (شماره ۲) مشخص می‌شود. بخش چهارم مربوط به کارایی و مؤثر بودن خواب است که نمره آن با تقسیم کل ساعت خواب واقعی بر کل ساعتی که بیمار در بستر قرار می‌گیرد، محاسبه و به صورت درصد بیان می‌شود. بخش پنجم مربوط به اختلالات خواب است که نمره آن با محاسبه میانگین نمرات هر ۱۰ جزء سؤال به دست می‌آید. بخش ششم مربوط به مصرف داروهای خواب‌آور است که با سؤال شماره ۷ مشخص می‌شود. بخش هفتم مربوط به عملکرد نامناسب در طول روز است که نمره آن با محاسبه میانگین نمرات سؤال‌های ۸ و ۹ به دست می‌آید. امتیاز هر سؤال بین ۰-۳ است. از آنجایی که امتیاز هر بخش با یک سؤال و یا محاسبه میانگین نمرات چند سؤال به دست می‌آید، لذا امتیاز هر بخش نیز بین ۰-۳ می‌باشد. مجموع نمرات این ۷ بخش، نمره کل این ابزار را تشکیل می‌دهد که دامنه آن از ۰-۲۱ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت خواب پایین‌تر می‌باشد (۲۹، ۳۰). در این مطالعه از پرسشنامه پیترزبورگ ترجمه شده توسط فراهی‌مقدم و همکاران (۲۰۱۲) استفاده شد. آنها اعتبار پرسشنامه را با استفاده از آزمون آلفا کرونباخ ۰/۷۷ برای تمام سؤال‌ها و ۰/۷۵-۰/۳ برای تک‌تک سؤال‌ها به دست آورده بودند (۲۷). پرسشنامه کیفیت خواب در اختیار آنها قرار گرفت که در پایان ۳ شب پرسشنامه را پر کنند (کیفیت خواب در طی این ۳ شب) و حداکثر طی یک هفته تحویل پژوهشگر دهند. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت و کورسازی به دلیل اینکه رایحه‌درمانی بود، انجام نشد، اما تحلیل‌گر از دو گروه کنترل و مداخله در طی آنالیز مطلع نبود.

پروتکل این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد اخلاق IR.ARAKMU.REC.1398.176 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20191013045079N1 تأیید شد. در این مطالعه، ملاحظات اخلاقی شامل ورود داوطلبانه افراد به پژوهش، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه از هر یک از بیماران جهت شرکت در مطالعه، موافقت با انصراف هر یک از بیماران در هر یک از مراحل انجام مطالعه، توضیح روش اجرای مطالعه به بیماران، ارائه نتایج پژوهش به معاونت پژوهش دانشگاه علوم پزشکی اراک و در صورت درخواست به افراد شرکت‌کننده در مطالعه، اطمینان به بیماران در مورد عدم تداخل مطالعه با روند درمان آنها، توضیح عوارض احتمالی مداخلات و درمان کامل پیامدهای نامطلوب احتمالی با هزینه پژوهشگر، اطمینان دادن به افراد شرکت‌کننده در مطالعه درباره محرمانه ماندن اطلاعات فردی آنها و رعایت امانت‌داری در ذکر منابع و ترجمه صحیح مطالب در نظر گرفته شد. تمامی اطلاعات بیماران به‌عنوان راز تلقی شده و از هرگونه افشاء آنها خودداری به عمل آمد. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. جهت تعیین توزیع نرمال داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی و درصدها) نتایج در قالب جدول‌های آماری ارائه شد و برای ارتباط‌سنجی و تأثیر متغیرها از آزمون تی، تی زوجی، کای دو و کوواریانس برای حذف اثر قبل از مداخله استفاده شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده که با هدف بررسی تأثیر رایحه گل‌محمدی بر کیفیت خواب زنان در دوره نفاس انجام شد، ۴۲ زن در دوره نفاس به‌عنوان گروه مداخله و ۴۲ زن در دوره نفاس به‌عنوان گروه شاهد مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد مورد مطالعه $27/88 \pm 6/48$ سال (در محدوده ۱۶-۴۲ سال) بود. تعداد روزهای گذشته از زایمان افراد مورد مطالعه $22/76 \pm 1/76$ روز (در محدوده ۲۰-۲۶ روز) بود. سایر

اطلاعات دموگرافیک افراد مورد مطالعه در جدول ۱ ذکر شده است. قبل از مقایسه دو گروه، ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها بررسی شد که بر اساس نتایج آن، داده‌ها دارای توزیع نرمال بودند. در نتیجه برای مقایسه دو گروه از آزمون‌های پارامتری در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

جدول ۱- فراوانی و مقایسه اطلاعات توصیفی دو گروه مداخله و کنترل

سطح معناداری	گروه		متغیر
	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	
	۱۳ (۳۰/۹)	۱۰ (۲۳/۸)	۱۶-۲۴
۰/۵۷۵	۱۵ (۳۵/۷)	۲۰ (۴۷/۶)	۲۴-۳۲
	۱۴ (۳۳/۴)	۱۲ (۲۸/۶)	۳۲-۴۲
	۶ (۱۴/۳)	۲ (۰/۴۸)	ابتدایی و سیکل
<۰/۰۰۱	۲۵ (۵۹/۶)	۳۱ (۷۳/۸)	تحصیلات دیپلم و کاردانی
	۱۱ (۲۶/۱)	۹ (۲۱/۴)	لیسانس و بالاتر
	۳۴ (۸۰/۹)	۳۳ (۷۸/۴)	خانه‌دار
۰/۲۷۱	۶ (۱۴/۳)	۳ (۳۳/۳)	شغل کارمند
	۲ (۰/۴۸)	۶ (۱۴/۳)	آزاد

مداخله و کنترل قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری با هم داشت ($p=0/001$). با توجه به اینکه زیرمقیاس‌های کیفیت خواب در دو گروه قبل از مطالعه یکسان نبود، برای حذف اثر قبل از مداخله از آزمون کواریانس استفاده شد که بر اساس نتایج آن، با حذف اثر کیفیت خواب قبل از مطالعه، کیفیت خواب در دو گروه تفاوت دارد ($p=0/001$)؛ به طوری که کیفیت خواب در گروه رایحه‌درمانی بیشتر بود. سایر زیرمقیاس‌ها در جدول ۲ آورده شده است.

بر اساس جدول ۱ که اطلاعات توصیفی دو گروه مداخله و کنترل را به تفکیک نشان می‌دهد، با توجه به اطلاعات جدول، بیشتر افراد هر دو گروه در رده سنی ۲۴-۳۲ سال بودند. همچنین بر اساس نتایج آزمون کای دو، دو گروه مداخله و کنترل از نظر رده سنی و شغل با هم تفاوت معناداری نداشتند ($p>0/05$). بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر سطح تحصیلات اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p<0/05$). بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در جدول ۲، میانگین کیفیت خواب کل زنان در دوره نفاس در دو گروه

جدول ۲- کیفیت خواب و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

سطح معنی‌داری	گروه		زیرمقیاس‌های کیفیت خواب
	کنترل میانگین \pm انحراف معیار	مداخله میانگین \pm انحراف معیار	
*/۰۰۱	۰/۹۴ \pm ۱/۵۰	۰/۵۵ \pm ۱/۵۴	کیفیت ذهنی خواب
*/۰۰۱	۱/۱۰ \pm ۲/۰۹	۱/۱۱ \pm ۲/۰۲	تأخیر به خواب رفتن
*/۰۵۵	۰/۸۳ \pm ۱/۹۲	۰/۶۲ \pm ۲/۳۸	طول مدت خواب
*/۰۰۱	۲/۰۹ \pm ۳/۰۶	۱/۸۸ \pm ۲/۶۵	کارایی خواب
*/۰۰۶	۰/۴۳ \pm ۱/۲۳	۰/۵۰ \pm ۱/۴۷	اختلال خواب
*/۰۰۱	۰/۴۵ \pm ۰/۱۹۰	۰	مصرف داروی خواب‌آور
*/۰۰۲	۱/۳۴ \pm ۱/۱۱	۱/۱۹ \pm ۱/۵۴	اختلال عملکرد روزانه
**/۰۰۱	۴/۷ \pm ۱۰/۳۲	۵/۶ \pm ۱۲/۶۳	کیفیت خواب کل

* آزمون کواریانس، ** آزمون تی مستقل

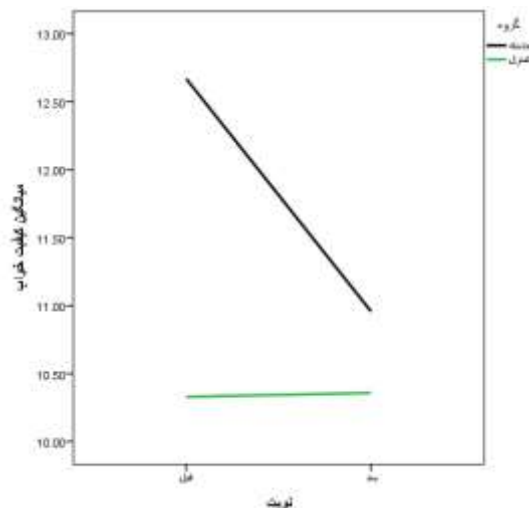
یکی دیگر از اهداف این مطالعه، مقایسه کیفیت خواب زنان در دوره نفاس بین دو گروه مداخله و کنترل بود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بر اساس نتایج آزمون تی زوجی، مقایسه میانگین کیفیت خواب قبل و بعد از انجام مداخله در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری داشتند ($p < 0.05$). در واقع با توجه به اینکه فاصله اطمینان نیز مثبت شده بود، مقدار نمره کیفیت

خواب بعد از مداخله کاهش یافته بود، لذا می‌توان گفت مداخله باعث افزایش کیفیت خواب در گروه مداخله شده است. در گروه کنترل کیفیت خواب زنان بعد از مداخله تغییری نداشت و این اختلاف نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p < 0.05$). همچنین بر اساس نمودار ۱، تغییرات میانگین گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود.

جدول ۳- مقایسه تعیین کیفیت خواب زنان در دوره نفاس قبل و بعد مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف معیار	درجه آزادی	مقدار آماره تی زوجی	معماداری*	فاصله اطمینان
						پایین بالا
گروه مداخله	۱/۷۱	۲/۹۰	۴۱	۵/۳۱	۰/۰۰۱	۲/۳۶ ۱/۰۶
گروه کنترل	-۰/۰۳	۰/۸۴	۴۱	-۰/۲۲۴	۰/۸۲۴	۰/۲۳ -۰/۲۹

* آزمون تی زوجی



دیاگرام ۱- میانگین کیفیت خواب در دو گروه مداخله و کنترل

بحث

در این مطالعه کیفیت خواب زنان که شیردهی انحصاری داشتند، به‌طور قابل توجهی افزایش پیدا کرد. اجزایی در اسانس رز از قبیل aqueous, ethanolic اثرات خواب‌آوری دارند؛ به‌طوری‌که رخشانی و همکار (۲۰۰۶) که بر روی موش‌ها انجام شد، در یک گروه از موش‌ها دیازپام و در گروهی دیگر اجزاء تشکیل‌دهنده رز از جمله aqueous, ethanolic و colorophorm داده شد و نشان دادند که ۲ ماده اول (aqueous و ethanolic) خاصیت خواب‌آوری دارد، ولی کلوروفورم موجود در رز این اثر را نداشت (۳۱). سایر اجزای اسانس رز مانند

فلاونوئیدها، تربین‌ها و ساپونین‌ها هم اثرات خواب‌آوری دارند. همچنین اثرات ضداضطراب و افسردگی و تأثیر بر روی سیستم عصب مرکزی فلاونوئیدهای موجود در اسانس گیاهان از جمله رز در مطالعات به اثبات رسیده است (۳۲-۳۴). در دوره پس از زایمان به‌دلیل شرایط و مشکلاتی مانند درد رحم و شقاق نوک پستان، تغییرات ناگهانی هورمونی در مادران و مراقبت از کودک، مشکلات شیردهی، خستگی و افسردگی در این دوران خواب مادران مختل می‌شود (۳۵)، لذا استفاده از آروما با اثرات ضدافسردگی و اضطراب، ضددرد و خواب‌آور در دوره پس از زایمان زنان شیرده کمک‌کننده باشد. در

منجر به اختلال در خواب می‌شود، لذا رایحه‌درمانی با کاهش اضطراب می‌تواند کیفیت خواب آنها را تحت تأثیر قرار دهد (۳۹، ۳۸).

از محدودیت‌ها و مشکلات اجرای این مطالعه می‌توان به عدم کنترل وضعیت روحی و روانی افراد که می‌تواند بر کیفیت خواب تأثیرگذار باشد (با تصادفی کردن سعی در کنترل آن شد) و عدم کورسازی که در ماهیت این‌گونه تحقیقات است، اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با نمونه‌های بیشتر و پیگیری طولانی‌تر و نیز جنبه‌های روان‌شناختی بعد از زایمان نیز انجام گیرد. از نقاط قوت مطالعه می‌توان به مطالعه بر روی زنان شیرده اشاره کرد که در این زمینه مطالعه‌ای بر روی این گروه انجام نشده بود و همچنین استفاده از گیاهان بومی ایران و شناخت اثرات آنها اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد استفاده از آروماتراپی به‌عنوان روشی مناسب و آسان برای بهبود کیفیت خواب مادران مفید است.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک با شماره تصویب ۳۳۴۸ می‌باشد. بدین‌وسیله از تمامی کسانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود. از نظر تعارض منافع، هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان مقاله وجود نداشت.

مطالعه تذکری و همکاران (۲۰۱۶) از نظر کیفیت خواب، تفاوت آماری معنی‌داری بین کیفیت خواب گروه کنترل و آزمون وجود نداشت، اما در هر دو گروه، تفاوت آماری معنی‌داری بین کیفیت خواب قبل ($P=0/03$) و بعد از مداخله ($P=0/001$) مشاهده شد. در این مطالعه اسانس گل محمدی ۸ قطره به‌صورت خوراکی هر ۸ ساعت به‌مدت ۲۴ ساعت به بیماران گروه آزمون داده شد (۳۶). از سوی دیگر در مطالعه بابایی و همکاران (۲۰۱۵) بعد از رایحه‌درمانی به‌مدت ۳ شب پیاپی و به‌صورت پیوسته در طی شب و از ساعت ۲۲ الی ۶ صبح به‌میزان ۳ قطره از اسانس گل محمدی، کیفیت کلی خواب و کیفیت خواب بیماران در حیطه‌های تأخیر در شروع خواب، طول مدت خواب، خواب مفید و اختلالات خواب بهبود یافته بود ($P=0/001$)، اما رایحه‌درمانی تأثیری بر حیطه‌های کیفیت خواب ذهنی، مصرف داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه بیماران نداشت. آنها در انتها نتیجه گرفتند که تأثیر رایحه‌درمانی بر بهبود کیفیت خواب بیماران می‌تواند با آرام‌بخشی متأثر از انحراف فکر بیماران در اثر بوی خوش رایحه گل محمدی در ارتباط باشد (۳۷). تفاوت مطالعه حاضر بر روی نمونه‌های زنان زایمان کرده شیرده که تاکنون روی این گروه با اسانس گل محمدی انجام نشده بود. در مطالعه صادقی و همکاران (۲۰۲۰) که بر روی اضطراب در بیماران با سوختگی انجام شد، استنشاق رز در طی تعویض پانسمان، اضطراب این بیماران را به‌طور معنی‌داری کاهش داد (۳۳). مادران تازه زایمان کرده و شیرده نیز به‌دلیل ایفای نقش جدید و همچنین انجام عملکرد خوب شیردهی، استرس و اضطراب زیادی دارند که این امر

منابع

1. Aksu A, Vefikulucay Yilmaz D. The relationship of postpartum sleep quality and breastfeeding self-efficacy of Turkish mothers. *Scandinavian journal of caring sciences* 2019; 33(4):833-9.
2. Owais S, Chow CH, Furtado M, Frey BN, Van Lieshout RJ. Non-pharmacological interventions for improving postpartum maternal sleep: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews* 2018; 41:87-100.
3. Okun ML, Mancuso RA, Hobel CJ, Schetter CD, Coussons-Read M. Poor sleep quality increases symptoms of depression and anxiety in postpartum women. *Journal of behavioral medicine* 2018; 41(5):703-10.
4. Khadka R, Hong SA, Chang YS. Prevalence and determinants of poor sleep quality and depression among postpartum women: a community-based study in Ramechhap district, Nepal. *International health* 2020; 12(2):125-31.
5. Babakhanian M, Rashidi Fakari F, Mortezaee M, Bagheri Khaboushan E, Rahimi R, Khalili Z, et al. The Effect of Herbal Medicines on Postpartum Depression, and Maternal-Infant Attachment in Postpartum

- Mother: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Pediatrics* 2019; 7(7):9645-56.
6. Nath S, Pearson RM, Moran P, Pawlby S, Molyneaux E, Challacombe FL, et al. The association between prenatal maternal anxiety disorders and postpartum perceived and observed mother-infant relationship quality. *Journal of anxiety disorders* 2019; 68:102148.
 7. Cangöl E, Şahin N. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı (Factors Affecting Breastfeeding and Breastfeeding Counselling). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014; 45(3):100-5.
 8. Yang Y, Li W, Ma TJ, Zhang L, Hall BJ, Ungvari GS, et al. Prevalence of poor sleep quality in perinatal and postnatal women: a comprehensive meta-analysis of observational studies. *Frontiers in psychiatry* 2020; 11:161.
 9. Siebern AT, Suh S, Nowakowski S. Non-pharmacological treatment of insomnia. *Neurotherapeutics* 2012; 9(4):717-27.
 10. Najar S, Sharafi F, Afshari P, Haghhighizadeh MH. The relationship between sleep disorders during pregnancy and premature labor and low birth weight. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(7):44-9.
 11. Jafarimanesh H, Vakilian K, Mobasseri S. Effects of Warm and Cold Footbath on Sleep Quality in Pregnant Women with Restless Legs Syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(6):51-60.
 12. Wang WL, Chen KH, Pan YC, Yang SN, Chan YY. The effect of yoga on sleep quality and insomnia in women with sleep problems: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry* 2020; 20:1-9.
 13. Kathol RG, Arnedt JT. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: confronting the challenges to implementation. *Annals of internal medicine* 2016; 165(2):149-50.
 14. Chang SM, Chen CH. Effects of an intervention with drinking chamomile tea on sleep quality and depression in sleep disturbed postnatal women: a randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing* 2016; 72(2):306-15.
 15. Muz G, Taşçı S. Effect of aromatherapy via inhalation on the sleep quality and fatigue level in people undergoing hemodialysis. *Applied Nursing Research* 2017; 37:28-35.
 16. Afshar MK, Moghadam ZB, Taghizadeh Z, Bekhradi R, Montazeri A, Mokhtari P. Lavender fragrance essential oil and the quality of sleep in postpartum women. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2015; 17(4).
 17. Vakilian K, Keramat A, Gharacheh M. Controlled breathing with or without lavender aromatherapy for labor pain at the first stage: a randomized clinical trial. *Crescent J Med Biol Sci* 2018; 5(3):172-5.
 18. Williams TI. Evaluating effects of aromatherapy massage on sleep in children with autism: a pilot study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2006; 3(3):373-7.
 19. Chien LW, Cheng SL, Liu CF. The effect of lavender aromatherapy on autonomic nervous system in midlife women with insomnia. *Evidence-based complementary and alternative medicine* 2012; 2012.
 20. Nikbakht A, Kafi M. A study on the relationships between Iranian people and Damask rose (*Rosa damascena*) and its therapeutic and healing properties. In VIII International People-Plant Symposium on Exploring Therapeutic Powers of Flowers, Greenery and Nature 790. 2004:251-254.
 21. Momeni T, Shahrokhi N. Essential oils and their therapeutic actions. Tehran, Iran: University of Tehran; 1991.
 22. Boskabady MH, Shafei MN, Saberi Z, Amini S. Pharmacological effects of *Rosa damascena*. *Iran J Basic Med Sci* 2011; 14(4):295-307.
 23. 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. *Nurs Midwifery Stud* 2013; 1(3):115-9.
 24. Daneshmandi M, Neiseh F, SadeghiShermeh M, Ebadi A. Effect of eye mask on sleep quality in patients with acute coronary syndrome. *Journal of caring sciences* 2012; 1(3):135-43.
 25. Gholamalalian F, Tadayon M, Abedi P, Haghhighizadeh MH. The effect of lavender aromatherapy on sleep quality in postmenopausal women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015; 18(157):18-25.
 26. Mohaddes AF, Abdollahi F, Najafi T, Hosseini F. The Effect of Aromatherapy with Bitter orange extract on Sleep quality in Patient with type 2 diabetic. *Complementary medicine journal of faculty of nursing & midwifery* 2017; 7(2):1851-61.
 27. Moghaddam JF, Nakhuae N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep and Breathing* 2012; 16(1):79-82.
 28. Abbasinia H, Alizadeh Z, Vakilian K, Ranjbaran M. Effect of Chamomile extract on sleep disorder in menopausal women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(20):1-7.
 29. Izadi AF, Adib HM, Afazel MR. Quality of sleep and it's related factors in the hospitalized elderly patients of Kashi hospitals in 2007. *FEYZ* 2009; 12(4):52-59.
 30. Jafarimanesh H, Vakilian K, Mobasseri S. Effects of Warm and Cold Footbath on Sleep Quality in Pregnant Women with Restless Legs Syndrome. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(6):51-60.
 31. Rakhshandah H, Hosseini M. Potentiation of pentobarbital hypnosis by *Rosa damascena* in mice; 2006.
 32. Akram M, Riaz M, Munir N, Akhter N, Zafar S, Jabeen F, et al. Chemical constituents, experimental and clinical pharmacology of *Rosa damascena*: a literature review. *Journal of Pharmacy and Pharmacology* 2020; 72(2):161-74.
 33. Sadeghi N, Azizi A, Asgari S, Mohammadi Y. The effect of inhalation aromatherapy with damask rose essence on pain intensity and anxiety in burned patients: A single-blind randomized clinical trial. *burns* 2020; 46(8):1933-41.

34. Bikmoradi A, Roshanaei G, Moradkhani S, Fatahi A. Impact of inhalation aromatherapy with damask rose on anxiety of patients undergoing coronary angiography: A single-blind randomized controlled clinical trial. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2020; 28(2):93-102.
35. Liu Y, Guo N, Li T, Zhuang W, Jiang H. Prevalence and associated factors of postpartum anxiety and depression symptoms among women in shanghai, China. *Journal of Affective Disorders* 2020; 274:848-56.
36. Tazakori Z, Babae S, Karimolahi M, Bayat F, Taghizadeh-Kashani L. The effect of damask rose extract on sleep quality in patients undergoing angiography admitted to cardiac care unit. *Cardiovascular Nursing Journal* 2016; 5(1):52-57.
37. Babaii A, Adib-Hajbaghery M, Hajibaghery A. The effect of aromatherapy with damask rose and blindfold on sleep quality of patients admitted to cardiac critical care units. *Iran Journal of Nursing* 2015; 28(93):96-105.
38. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 2017; 210(5):315-23.
39. Fallon V, Halford JC, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood. *Archives of women's mental health* 2018; 21(2):181-91.