

مقایسه تأثیر اسانس مریم‌گلی به دو روش ماساژ و رایحه‌درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا

بهاره نوری منفرد^۱، سروه پرنگ^۲، دکتر کامیار منصوری^۳، دکتر فریبا فرهادی‌فر^۴، دکتر فرزانه ظاهری^{۵*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۲. مربی گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۳. استادیار گروه آمار حیاتی و اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۴. استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۵. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷

خلاصه

مقدمه: علی‌رغم پیشرفت‌های فراوان در علم مامایی، اداره مناسب درد زایمان، همچنان یکی از معضلات مهم مرتبط با سلامت زنان است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر اسانس مریم‌گلی به دو روش ماساژ و رایحه‌درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌شده موازی یک‌سوکور در سال ۱۳۹۸ بر روی ۹۶ زن باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان بعثت سنندج انجام شد. افراد به‌صورت تصادفی در سه گروه رایحه‌درمانی و ماساژ‌درمانی با اسانس مریم‌گلی و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق‌ساخته و ابزار عددی سنجش درد بود. با شروع دیلاتاسیون‌های ۴-۵، ۶-۷ و ۸-۱۰ سانتی‌متری سرویکس و در حین انقباضات، در گروه رایحه‌درمانی از پارچه آغشته به ۱۰ قطره اسانس مریم‌گلی استفاده و در گروه دوم، ماساژ با اسانس به مدت ۲۰ دقیقه داده شد. در گروه کنترل مداخله‌ای انجام نشد. شدت درد در شروع دیلاتاسیون‌ها و ۲۰ دقیقه بعد از آن در سه گروه سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های کای دو و تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، میانگین نمره شدت درد بعد از مداخله در دو گروه مداخله در دیلاتاسیون‌های مختلف سرویکس، تفاوت معنی‌دار با قبل از مداخله داشت ($p=0/001$)، اما در گروه کنترل، این تفاوت معنی‌دار نبود ($p>0/05$). میانگین نمره شدت درد قبل از مداخله بین دو گروه مداخله در دیلاتاسیون ۴-۵ ($p=0/131$)، ۶-۷ ($p=0/05$) و ۸-۱۰ سانتی‌متری سرویکس ($p=0/243$) با گروه کنترل بدون تفاوت معنی‌دار و در مرحله بعد از مداخله دارای تفاوت معنی‌دار بود ($p=0/001$)؛ ضمن آن‌که این تفاوت بین دو گروه مداخله معنی‌دار نبود ($p=0/917$).

نتیجه‌گیری: روش‌های ماساژ و رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی موجب کاهش معنی‌دار میانگین شدت درد زایمان در دیلاتاسیون‌های مختلف شد و به‌عنوان یک روش غیردارویی کاهش درد زایمان قابل توصیه به زنان نخست‌زا با معیارهای ورود این مطالعه می‌باشد.

کلمات کلیدی: درد زایمان، رایحه‌درمانی، ماساژ، مریم‌گلی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر فرزانه ظاهری؛ مرکز تحقیقات مراقبت بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. تلفن: ۰۸۷-۳۳۶۶۴۶۴۵؛ پست الکترونیکی: f.zaheri1968@gmail.com

مقدمه

بارداری و زایمان از وقایع ویژه زندگی زنان و خانواده‌های آنان به‌شمار می‌رود. رخدادی فیزیولوژیک و طبیعی که سرشار از شادی، لذت و گاه ترس، اضطراب، نگرانی، احساس ناامنی و درد است؛ دردی که جزء غیر قابل اجتناب از زایمان بوده و علی‌رغم پیشرفت‌های فراوان در علم مامایی، اداره مناسب آن هنوز یکی از معضلات مهم و مرتبط با سلامت زنان می‌باشد (۱-۴).

درک جنبه‌های مختلف درد زایمان توسط مادر باردار، اساس مدیریت این درد و عامل زمینه‌ساز ایجاد طیف وسیعی از روش‌های دارویی و غیردارویی کاهش درد زایمان در گذر زمان بوده است (۵، ۶). روش‌های دارویی احتمال ایجاد عوارض مادری- جنینی، نیاز به متخصص، بار مالی و کاهش مشارکت فعال زنان در طی زایمان را افزایش داده و استفاده از آنها را محدود نموده است و سبب توجه بیشتر به سمت روش‌های غیردارویی همچون گرما و سرمای سطحی، طب سوزنی، طب فشاری، تزریق داخل جلدی آب استریل، تحریک الکتریکی اعصاب از طریق پوست^۱، لمس و ماساژ، آب درمانی و رایحه‌درمانی شده است (۱، ۷).

ماساژ یک شکل هماهنگ از لمس بافت‌های نرم بدن به‌وسیله دست‌هاست که هدف آن برطرف کردن درد، افزایش راحتی و آسایش بیان شده و به‌عنوان یک تکنیک قدیمی به‌طور گسترده در هنگام زایمان مورد استفاده قرار گرفته و در کاهش شدت و طول مدت درد زایمان مؤثر بوده است (۸-۱۲). در حال حاضر بیش از ۸۰ نوع ماساژ وجود دارد که از بین آنها ماساژ سوئدی افلوراژ، به‌عنوان روشی بسیار آرامش‌بخش، ساده و سبک مورد توجه بسیاری از متخصصین ماساژ‌درمانی در کاهش درد زایمان و اضطراب زایمان بوده است (۱۳-۱۶).

رایحه‌درمانی نیز به‌عنوان علم و هنر استفاده از عصاره‌های طبیعی استخراج شده از گیاهان معطر به منظور دستیابی به تعادل، هماهنگی و ارتقاء سطح سلامت جسم، ذهن و روح شناخته شده است (۱۷). رایحه درمانی به‌عنوان روشی بی‌خطر (۱۴)، به‌صورت کمپرس پوستی، حمام و به شکل دو روش مرسوم‌تر

یعنی ماساژ و استنشاق قابل انجام است (۱۴، ۱۸، ۱۹). وکیلین و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که رایحه‌درمانی می‌تواند یکی از جایگزین‌های مناسب برای سایر روش‌های کاهش درد باشد (۲۰). ازگلی و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که رایحه درمانی می‌تواند سبب کاهش درد و اضطراب طی مرحله اول زایمان شود (۲۱). در مقابل هور و همکاران (۲۰۰۵) استفاده از رایحه در زایمان را بی‌تأثیر دانستند (۲۲).

یکی از اسانس‌های روغنی مورد استفاده رایج در لیبر، مریم‌گلی است که گیاهی علفی و چند ساله به ارتفاع ۶۰-۳۰ سانتی‌متر و با ظاهری پرپشت است (۲۳، ۲۴). این گیاه بومی منطقه مدیترانه بوده و در ایران نیز یافت می‌شود و از گونه‌های آن می‌توان از مریم‌گلی دارویی^۲ نام برد که دارای اثرات ضد انعقادی، ضد تشنجی، ضد اسپاسم، ضد عفونی‌کننده، آنتی‌بیوتیک، آنتی‌اکسیدان و ضد درد می‌باشد و به‌طور وسیع در درمان دردهای گوارشی، تقویت سیستم ایمنی، دیابت، گرفتگی و یائسگی کاربرد دارد؛ اما عوارض احتمالی همچون تشنج، سرگیجه و تاکی‌کاردی نیز برای آن ذکر شده است (۲۸-۲۵). کلویانی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای، رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی را در کاهش درد زایمان مؤثر دانستند (۲۳).

اهمیت انجام زایمان فیزیولوژیک و بدون مداخله غیرضروری، به‌عنوانی روشی ایمن برای مادران و فرزندان آنان، توجه به عوامل مؤثر بر تمایل مادر به انجام این نوع زایمان را ضروری نموده است. یکی از عوامل مؤثر بر تمایل مادران به انجام سزارین انتخابی، درد زایمان بوده و به‌همین علت یافتن روشی مؤثر و در عین حال دارای حداقل عوارض برای کاهش این درد، همواره مورد توجه بوده است. در این میان روش‌های غیردارویی کاهش درد زایمان نسبت به روش‌های دارویی، هزینه اثربخش و قابل دسترس‌تر بوده و با عوارض جانبی کمتری همراه می‌باشند؛ حال این سؤال پیش می‌آید که آیا یک روش غیردارویی مؤثر در کاهش درد زایمان همانند ماساژ، در تلفیق با یک روش غیردارویی دیگر همچون رایحه می‌تواند به شکل مؤثرتر و معنی‌دار عمل نماید؟ در

² Salvia officinalis

¹ Transcutaneous electrical nerve stimulation

استفاده از فرمول مقایسه میانگین دو جامعه یا بیشتر، ۲۸ نفر در هر گروه برآورد شد که با احتساب احتمال ریزش ۱۰٪، حجم نمونه برای هر گروه ۳۲ نفر و تعداد کلی ۹۶ نفر در سه گروه برآورد گردید؛ ضمن آنکه پیامد مورد استفاده شدت درد بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای سه بخشی شامل مشخصات دموگرافیک، مامایی و ثبت شدت درد زایمان در دیلاتاسیون‌های مختلف و ابزار عددی سنجش درد بود. ابزار عددی سنجش درد، یک خط‌کش ۱۰ سانتی‌متری است که افراد شدت درد خود بر روی آن علامت‌گذاری یا عدد مورد نظر خود را بیان می‌کنند. در این خط‌کش، عدد صفر در سمت چپ بیانگر نداشتن درد و عدد ۱۰ در سمت راست، نشانه شدیدترین دردی است که تا به حال مادر تجربه کرده است. این خط‌کش ابزار معتبری است که توسط فریرا ولنتی و همکاران (۲۰۱۱) اعتبارسنجی شده است و پایایی آن توسط فان و همکاران (۲۰۱۲) از طریق آزمون مجدد سنجیده شده است (۳۰، ۳۱). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط نصیریانی و همکاران (۲۰۱۹) مورد تأیید قرار گرفت (۳۲).

جهت روایی بخش محقق ساخته ابزار، از روش اعتبار محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی و متخصصین مربوطه قرار گرفت و پس از اعمال نظرات اصلاحی آنان، پرسشنامه نهایی تهیه شد.

محقق جهت نمونه‌گیری در شیفت‌های مختلف به بخش زایمان بیمارستان مراجعه و پس از معرفی خود به مددجویان واجد شرایط و ارائه توضیح در مورد اهداف پژوهش، از آنان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی دریافت کرد. نمونه‌های دارای معیارهای ورود، به‌صورت در دسترس انتخاب و با استفاده از نرم‌افزار تخصیص تصادفی^۲ و تقسیم بلوک تصادفی با استفاده از نرم‌افزار تخصیص تصادفی در سه گروه رایحه‌درمانی، ماساژ با اسانس مریم‌گلی و گروه کنترل قرار گرفتند. در این مطالعه نمونه‌های مربوط به هر گروه برای مشاور آماری ناشناخته (یک‌سوکور) بود و هنگام تحلیل از تخصیص

جستجوی محقق، گیاه مریم‌گلی در درمان برخی بیماری‌ها و همچنین کاهش دردها مؤثر بوده و عوارض جانبی کمی برای آن ذکر شده است؛ بنابراین محقق با استفاده از کلمات و عبارات مرتبط در پایگاه‌های علمی معتبر ایرانی و غیرایرانی به جستجو پرداخت. محدود بودن مطالعات موجود و مرتبط، ضرورت انجام پژوهشی با هدف مقایسه تأثیر اسانس مریم‌گلی به دو روش ماساژ و رایحه‌درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زا را مورد تأکید قرار داد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهد تصادفی شده موازی یک سوکور^۱ پس از تصویب با کد اخلاق IR.MUK.REC.1397/387 و اخذ کد کارآزمایی بالینی با شماره IRCTN120190322043098 در فاصله زمانی فروردین تا تیر ماه ۱۳۹۸ بر روی ۶۹ زن نخست‌زای مراجعه کننده به بخش زایمان بیمارستان بعثت سنندج جهت انجام زایمان انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۴۰-۱۸ سال، سن بارداری بین ۳۷-۴۲ هفته، دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متری، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نمایش سر جنین، عدم تناسب سری- لگنی، نداشتن سابقه سقط، عدم دریافت هر نوع بی‌دردی ۳ ساعت قبل از شروع مطالعه، عدم اعتیاد به مواد مخدر و مواد روان‌گردان، عدم سابقه حساسیت و آلرژی به رایحه، عدم وجود بیماری روانی شناخته شده، نداشتن ماما همراه (دولا)، داشتن نوار قلبی طبیعی جنین قبل از شروع مطالعه، عدم وجود هرگونه رویداد استرس‌آور شامل اقدام به جدایی از همسر، مرگ و دوری عزیزان در فاصله ۶ ماه گذشته و نداشتن ممنوعیت ماساژ بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: انصراف بیمار از ادامه شرکت در مطالعه، مشاهده حساسیت با استفاده از مریم‌گلی، سزارین اورژانس، القاء زایمان، ایجاد انقباضات تتانیک و اختلال در ضربان قلب جنین بود.

حجم نمونه با توجه به مطالعه علوی و همکاران (۲۰۱۷) (۲۹)، با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، با

² Random allocation software

¹ Single blind Parallel randomized controlled trial

تصادفی گروه‌ها اطلاع نداشتند. جهت انجام پژوهش از اتاق‌های دارای حداکثر تشابه از نظر تجهیزات، نور و تهویه استفاده شد؛ همچنین جهت عدم تداخل روش‌ها سعی شد که حداکثر دو نمونه به صورت همزمان وارد مطالعه شوند، همچنین فاصله اتاق مادران به گونه‌ای انتخاب شد که مددجویان از روش همدیگر مطلع نباشند. لازم به ذکر است که اسانس مریم‌گلی مورد استفاده، توسط شرکت شفای کردستان و با خلوص ۱۰٪ تهیه شده بود. واحدهای مورد پژوهش در هر سه گروه در شروع فاز فعال و در دیلاتاسیون چهار سانتی‌متر وارد مطالعه شده و در شروع دیلاتاسیون‌های ۴-۵، ۶-۷ و ۸-۱۰ سانتی‌متر، شدت دردشان با استفاده از مقیاس عددی ثبت درد سنجیده و ثبت می‌شد؛ سپس در گروه رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی، ۱۰ قطره از اسانس مریم‌گلی روی پارچه‌ای سفید به طول و عرض ۱۰ سانتی‌متر چکانده شده و از مادر باردار خواسته می‌شد که همزمان با شروع دردها، پارچه آغشته به اسانس را استشمام نماید. جهت استشمام رایحه، اسانس به صورت خالص و بدون مخلوط با آب استفاده شد و ۲۰ دقیقه بعد از استشمام اسانس، شدت درد مجدداً با مقیاس عددی ثبت درد سنجیده و ثبت گردید (۲۹).

در گروه ماساژ نیز در شروع دیلاتاسیون‌های ۴-۵، ۶-۷ و ۸-۱۰ سانتی‌متر، نمره شدت درد تعیین و سپس از مادر خواسته می‌شد در یک وضعیت راحت قرار گیرد و سپس ماساژ پشت، به مدت ۲۰ دقیقه توسط محقق دارای مدرک رسمی ماساژ انجام می‌شد. برای جلوگیری از حساسیت پوستی، از مخلوط ۱۰ قطره اسانس مریم‌گلی به همراه ۵ سی‌سی روغن زیتون روی کف دست و انگشتان استفاده شد (۲۹). ماساژ از روی مهره‌های ساکروم شروع و با فشار آرام در جهت رو به بالا تا اولین مهره سینه‌ای انجام و بدون فشار در جهت رو به پایین تا آخرین مهره کمری ادامه می‌یافت و سپس شدت درد با مقیاس عددی ثبت درد سنجیده و ثبت گردید. گروه کنترل فقط مراقبت‌های روتین بخش را دریافت نمودند و شدت دردشان همانند دو گروه

مداخله، در ابتدای دیلاتاسیون‌های فوق و ۲۰ دقیقه بعد از آن، سنجیده و ثبت شد.

داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی کای دو و تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری^۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده، اکثر واحدهای پژوهش در گروه کنترل و آروماتراپی با اسانس مریم‌گلی در محدوده سنی ۲۰-۴۰ سال و در گروه ماساژ درمانی در محدوده سنی ۲۹-۲۵ سال بودند. اکثر نمونه‌ها در سه گروه خانه‌دار ($p=0/358$)، دارای سطح تحصیلات دیپلم ($p=0/939$)، ساکن شهر ($p=0/276$)، دارای منزل شخصی ($p=0/965$) و سطح درآمد ماهیانه برابر با مخارج ($p=0/542$) بودند. از نظر مشخصات مامایی، واحدهای مورد مطالعه در سه گروه دارای شاخص توده بدنی نرمال بودند، در کلاس‌های آمادگی برای زایمان شرکت نکرده بودند و در لیبر القاء شده بودند. به طور کلی سه گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و مامایی تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشتند ($p < 0/05$) (جدول ۱).

¹ Repeated Measure ANOVA

جدول ۱- توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک و مامایی واحدهای مورد مطالعه به تفکیک سه گروه

تأثیر اسانس مریم‌گلی به دو روش ماساژ و رایحه‌درمانی بر شدت درد زایمان	سطح معنی‌داری	رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی			گروه	متغیر
		کنترل*	ماساژدرمانی با اسانس مریم‌گلی	رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی		
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)		
		۴ (۱۳/۳)	۴ (۱۲/۵)	۲ (۶/۲)	کمتر از ۲۰ سال	سن
		۱۲ (۴۰)	۱۱ (۳۴/۴)	۱۵ (۴۶/۹)	۲۰-۲۴ سال	
۰/۶۷۸		۹ (۳۰)	۱۳ (۴۰/۶)	۹ (۲۸/۱)	۲۵-۲۹ سال	
		۵ (۱۶/۷)	۲ (۶/۲)	۴ (۱۲/۵)	۳۰-۳۴ سال	
		۰ (۰)	۲ (۶/۲)	۲ (۶/۲)	۳۵-۳۹ سال	
		۲۸ (۹۳/۳)	۳۰ (۹۳/۸)	۲۷ (۸۴/۴)	خانه‌دار	وضعیت شغلی
۰/۳۵۸		۲ (۶/۷)	۲ (۶/۲)	۵ (۱۵/۶)	شاغل	
		۵ (۱۶/۷)	۴ (۱۲/۵)	۳ (۹/۴)	ابتدایی	سطح تحصیلات
۰/۹۳۹		۷ (۲۳/۳)	۷ (۲۱/۹)	۵ (۱۵/۶)	راهنمایی	
		۱۱ (۳۶/۷)	۱۳ (۴۰/۶)	۱۴ (۴۳/۸)	دیپلم	
		۷ (۲۳/۳)	۸ (۲۵)	۱۰ (۳۱/۲)	دانشگاهی	
		۲۶ (۸۶/۷)	۲۳ (۷۱/۹)	۲۷ (۸۴/۴)	شهر	محل سکونت
۰/۲۷۶		۴ (۱۳/۳)	۹ (۲۸/۱)	۵ (۱۵/۶)	روستا	
		۲۸ (۱۰۰)	۳۰ (۹۳/۸)	۳۰ (۹۳/۸)	کرد	قومیت
۰/۳۷۶		۲ (۰)	۲ (۶/۲)	۲ (۶/۲)	فارس	
		۱۶ (۵۳/۳)	۱۸ (۵۶/۲)	۱۸ (۵۶/۲)	شخصی	وضعیت مسکن
۰/۹۶۵		۱۴ (۴۶/۷)	۱۴ (۴۳/۸)	۱۴ (۴۳/۸)	اجاره‌ای	
		۲۷ (۹۰)	۳۰ (۹۳/۸)	۳۱ (۹۶/۹)	برابر مخارج خانواده	سطح درآمد ماهیانه
۰/۵۴۲		۳ (۱۰)	۲ (۶/۲)	۱ (۳/۱)	کمتر از مخارج خانواده	
		۳ (۱۰)	۷ (۲۱/۹)	۷ (۲۱/۹)	کارمند	وضعیت شغلی همسر
۰/۲۳۵		۱۹ (۶۳/۳)	۱۷ (۵۳/۱)	۱۵ (۴۶/۹)	آزاد	
		۳ (۱۰)	۵ (۱۵/۶)	۱ (۳/۱)	مغازه‌دار	
		۳ (۱۰)	۲ (۹/۴)	۴ (۱۲/۵)	کشاورز	
		۲ (۶/۷)	۰ (۰)	۵ (۱۵/۶)	راننده	
		۰ (۰)	۳ (۹/۴)	۲ (۶/۲)	لاغر	شاخص توده بدنی
۰/۲۶۵		۱۸ (۶۰)	۱۱ (۳۴/۴)	۱۱ (۳۴/۴)	طبیعی	
		۱۰ (۳۳/۳)	۱۴ (۴۳/۸)	۱۳ (۴۰/۶)	اضافه وزن	
		۲ (۶/۷)	۴ (۱۲/۵)	۶ (۱۸/۸)	چاقی	
		۱۹ (۶۳/۳)	۱۴ (۴۳/۸)	۱۸ (۵۶/۲)	دختر	جنسیت جنین
۰/۲۹۱		۱۱ (۳۶/۷)	۱۸ (۵۶/۲)	۱۴ (۴۳/۸)	پسر	
		۹ (۳۰)	۱۵ (۴۶/۹)	۱۴ (۴۳/۸)	بله	شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان
۰/۳۵۸		۲۱ (۷۰)	۱۷ (۵۳/۱)	۱۸ (۵۶/۲)	خیر	
		۲۱ (۷۰)	۲۳ (۷۱/۹)	۲۰ (۶۲/۵)	بله	القاء زایمان
۰/۶۹۷		۹ (۳۰)	۹ (۲۸/۱)	۱۲ (۳۷/۵)	خیر	
		۵ (۲۳/۸)	۱ (۴/۳)	۲ (۱۰)	میزوپروستول	نوع القاء زایمان
۰/۲۹۴		۶ (۲۸/۶)	۹ (۳۹/۱)	۴ (۲۰)	اینداکشن	
		۰ (۰)	۱ (۴/۳)	۰ (۰)	آگمنتاسیون	
		۱۰ (۴۷/۶)	۱۲ (۵۲/۲)	۱۴ (۷۰)	میزوپروستول+اینداکشن	

* لازم به ذکر است که ۲ نفر از افراد گروه کنترل به دلیل سزارین اورژانس از مطالعه خارج شدند.

در این جدول با استفاده از آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری، شدت درد زایمان در تمام دیلاتاسیون‌های مورد مطالعه سرویکس و در مقاطع زمانی مختلف در سه گروه مقایسه شد. بر اساس نتایج، اثر زمان بر شدت درد زایمان معنی‌دار بود ($p < 0/001$)، بدین معنی که در طول زمان، شدت درد زایمان تغییر کرده بود. همچنین در سه گروه مورد مطالعه، فارغ از عامل زمان، میانگین شدت درد تفاوت آماری معنی‌داری داشت؛ به این معنا که میانگین کاهش نمره شدت درد بعد از مداخله در دو گروه ماساژ و رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$) (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره شدت درد قبل و بعد از آزمون درد در گروه‌های مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله

گروه	تعداد	انحراف معیار ± میانگین
درد در دیلاتاسیون ۴-۵	۳۲	۶/۴۷ ± ۱/۶۴۶
رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی	۳۲	۶/۳۴ ± ۱/۳۱۰
کنترل	۳۰	۶/۸ ± ۱/۳۷۵
درد در دیلاتاسیون ۴-۵	۳۲	۲/۹۷ ± ۱/۲۵۷
رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی	۳۲	۳/۱۶ ± ۱/۴۳۹
کنترل	۳۰	۶/۸ ± ۱/۳۷۵
درد در دیلاتاسیون ۶-۷	۳۲	۸/۸۸ ± ۱/۲۸۹
رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی	۳۲	۹/۱۳ ± ۱/۱۰۰
کنترل	۳۰	۹/۵۳ ± ۰/۸۱۹
درد در دیلاتاسیون ۶-۷	۳۲	۴/۷۵ ± ۱/۳۶۸
رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی	۳۲	۴/۹۴ ± ۱/۱۳۴
کنترل	۳۰	۹/۵۳ ± ۰/۸۱۹
درد در دیلاتاسیون ۸-۱۰	۳۲	۹/۴۴ ± ۱/۸۳۱
رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی	۳۲	۱۰ ± ۰/۰۰۱
کنترل	۳۰	۹/۶ ± ۰/۶۷۵
درد در دیلاتاسیون ۸-۱۰	۳۲	۵/۸۱ ± ۱/۵۵۴
رایحه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی	۳۲	۶ ± ۱/۴۳۷
کنترل	۳۰	۹/۶ ± ۰/۶۷۵

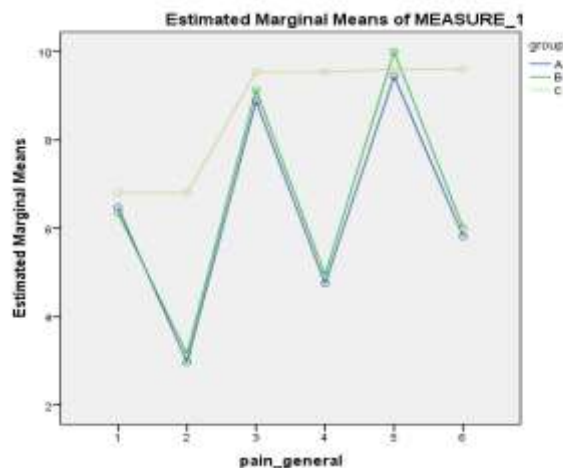
زمان: $p < 0/001$; گروه: $p < 0/001$; زمان × گروه: $p < 0/001$

بر اساس نتایج آزمون پست هوک در بررسی اختلاف میانگین نمره شدت درد گروه‌های مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله در تمام دیلاتاسیون‌های مورد مطالعه سرویکس، میانگین نمره شدت درد در گروه‌های ماساژ و رایحه‌درمانی بعد از مداخله نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری متفاوت بود و این دو گروه نسبت به گروه کنترل در کاهش درد مؤثرتر عمل نمودند ($p = 0/001$)، اما این تفاوت بین دو گروه ماساژ و رایحه‌درمانی معنی‌دار نبود ($p = 0/306$) (جدول ۳).

جدول ۳- آزمون پست هوک برای بررسی اختلاف میانگین نمره شدت درد در مقایسه دو به دو گروه‌های مورد مطالعه قبل و بعد از مداخله

مقیاس	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪
					حداقل / حداکثر
شدت درد	ماساژ رایحه	-۰/۲۱	۰/۲۰۲	۰/۳۰۶	-۰/۶۱ / ۰/۱۹
	کنترل	-۲/۲۶	۰/۲۰۶	۰/۰۰۱	-۲/۶۷ / -۱/۸۵
درد	رایحه ماساژ	۰/۲۱	۰/۲۰۲	۰/۳۰۶	-۰/۱۹ / ۰/۶۱
	کنترل	۲/۰۵	۰/۲۰۶	۰/۰۰۱	-۲/۴۶ / -۱/۶۴
کنترل ماساژ رایحه	کنترل ماساژ	۲/۲۶	۰/۲۰۶	۰/۰۰۱	۱/۸۵ / ۲/۶۷
	رایحه	۲/۰۵	۰/۲۰۶	۰/۰۰۱	۱/۶۴ / ۲/۴۶





نمودار ۱- کاهش شدت درد در دیلاتاسیون‌های مورد مطالعه در سه گروه (گروه رایچه درمانی: A، گروه ماساژ: B، کنترل: C)

بحث

تجربه درد زایمان، بازتابی ساده از فرآیندهای فیزیولوژیک زایمان نیست، بلکه تفسیر فردی یک زن از محرک‌های زایمانی، ناشی از تعامل ذهنی و عوامل متعدد فیزیولوژیک و روانی-اجتماعی است و تسکین آن به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم در سلامت زنان همواره مطرح بوده است (۷). این مطالعه نیز با هدف مقایسه تأثیر اسانس مریم‌گلی به دو روش ماساژ و رایچه‌درمانی بر شدت درد زایمان در زنان نخست‌زای بستری در بخش زایمان بیمارستان بعثت شهر سنندج انجام شد.

بر اساس نتایج به‌دست آمده، اسانس مریم‌گلی به هر دو روش رایچه‌درمانی و ماساژ نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری شدت درد زایمان را کاهش داده بود که این کاهش در گروه ماساژ درمانی با اسانس مریم‌گلی نسبت به گروه کنترل بیشتر از گروه رایچه‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل بود. همچنین میانگین نمره شدت درد بعد از مداخله در دیلاتاسیون‌های مختلف در گروه ماساژ‌درمانی کمتر از گروه رایچه‌درمانی با اسانس مریم‌گلی بود؛ به‌عبارت دیگر در میان دو گروه مداخله، ماساژ در کاهش شدت درد زایمان در دیلاتاسیون‌های مختلف سرویکس بهتر عمل کرده بود، هرچند این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود.

برنز و همکاران (۲۰۰۰) به‌مدت ۸ سال اثر آروماتراپی در کاهش درد زایمان، اضطراب و ترس زنان باردار در لیبر را بررسی کردند. در این مطالعه ۶۰٪ واحدهای مورد

مطالعه بر این عقیده بودند که دردشان به‌طور مؤثر با مریم‌گلی و بابونه کاهش یافته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو بود (۳۳).

برنز و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه دیگر خود از آروماتراپی گیاهان از جمله مریم‌گلی، یاس و اسطوخودوس در طی لیبر به روش‌های مختلفی استفاده کرده و تأثیر آنها بر کاهش اضطراب و درد را مثبت ذکر کردند که با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا بود (۳۴). در مطالعه شریفی‌پور و همکاران (۲۰۱۷)، رایچه بهار نارنج و مریم‌گلی به‌طور معنی‌داری سبب کاهش درد پس از سزارین شده بود ($p < 0.001$) (۳۵)؛ اما کویانی و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود تحت عنوان تأثیر آروماتراپی مریم‌گلی بر شدت درد زایمان به نتایج مشابه با مطالعه حاضر دست نیافتند. در این مطالعه، میانگین شدت نمره درد، ۳۰ دقیقه بعد از مداخله در دیلاتاسیون ۳-۴ سانتی‌متر به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود ($p = 0.001$)؛ اما ۶۰ دقیقه بعد از مداخله، تفاوت در دو گروه معنی‌دار نبود ($p = 0.1$) که به‌نظر می‌رسد سپری شدن زمان حدود ۱ ساعت از آخرین مداخله، سبب کاهش تأثیر رایچه بر کاهش شدت درد شده بود (۲۳).

به‌طور کلی بر اساس یک تئوری، ماساژ سبب فعال شدن فیبرهای عصبی قطور و بسته شدن دروازه درد و ممانعت از انتقال حس درد از نخاع می‌شود (۳۶، ۳۷). بر پایه یک تئوری دیگر، ماساژ ممکن است از طریق بتا‌آندروفین‌ها، باعث کاهش درد شود (۳۸). در همین راستا مطالعات

مختلف انجام شده بر اثرات مثبت ماساژ درمانی بر کاهش درد تأکید نموده‌اند (۹، ۱۰، ۳۹). از طرف دیگر بر اساس یک نظریه علمی، رایحه‌درمانی از دو طریق روان‌شناختی و فیزیولوژیک می‌تواند در کاهش شدت درد زایمان مؤثر باشد. اعتقاد بر این است که بوی ناشی از آروماها، سلول‌های عصبی بویایی را فعال می‌کند که نتیجه آن تحریک سیستم لیمبیک است. بسته به نوع آروما سلول‌های عصبی، نوروترانسمیترهایی همچون آنکفالین، آندروفین، نورآدرنالین و سروتونین را آزاد می‌کنند؛ همچنین به دلیل ارتباط حس بویایی با احساسات انسان، رایحه‌ها می‌توانند بر روح و جسم تأثیر گذاشته و احساس انسان‌ها را تغییر دهند (۴۰، ۴۱)؛ علاوه بر این، استفاده از اسانس مریم‌گلی به‌صورت رایحه یا به همراه ماساژ تأثیر بهتری در کاهش شدت درد داشت که این امر می‌تواند ناشی از نوع ترکیبات تشکیل‌دهنده این گیاه و یا مکانیسم‌های همراه با ماساژ درمانی همچون تحریک فیبرهای عصبی خاص و ترشح بتا‌آندروفین‌ها و یا تحریک ترشح نوروترانسمیترها در رایحه‌درمانی باشد (۴۲، ۴۳).

وجود موادی همچون رزمارینیک اسید، کارنوسیک اسید، گالئیک اسید، فلاونوئید، دی‌ترین و اسیدهای فنولیک در گیاه مریم‌گلی باعث ایجاد اثرات ضدالتهاب و اضطراب، آرام‌بخشی و آنتی‌اکسیدان می‌شود. همچنین اسانس مریم‌گلی دارای اثر تسکینی است که دلیل آن را به وجود ترکیبات فیتواستروژنیک موجود در این گیاه نسبت می‌دهند که احتمالاً از طریق گیرنده‌های سیستم نوروشیمیایی موجود در سیستم عصبی مرکزی اعمال می‌شود (۴۴، ۴۵). آنتی‌اکسیدان‌ها با مهار فعالیت سیکلواکسیژناز و لیبواکسیژناز، از تشکیل پروستاگلاندین یعنی از اکسیداسیون اسیدهای چرب اشباع نشده به‌خصوص اسید آراشیدونیک جلوگیری می‌نمایند و احتمالاً منیزیم موجود در مریم‌گلی نیز مانع تولید پروستاگلاندین شده و سبب گشادی عروق می‌شود (۴۰، ۴۱).

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، عدم پذیرش روش‌های کاهش درد ارائه شده توسط محقق بود که برای کاهش اثر این محدودیت، در هنگام معرفی طرح و

اهداف پژوهش، در مورد عوارض جانبی پایین این روش‌ها توضیح داده شد و به آنان تأکید شد که در صورت عدم رضایت می‌توانند از مطالعه خارج شوند و این مسأله بر روند درمان آنها تأثیر نخواهد گذاشت. تفاوت در میزان درک مددجویان از شدت درد و بیان آن با استفاده از خط‌کش عددی ثبت درد، محدودیت دیگری بود که محقق سعی نمود با توضیح کامل در این زمینه برای هر مددجو، این محدودیت را کنترل نماید. محدودیت دیگر این مطالعه، اطلاع نمونه‌ها در هر شیفت از تفاوت در نوع مداخله بود که محقق سعی نمود در هر شیفت، حداکثر ۲ نمونه را وارد مطالعه نماید و شرایط مکانی را به‌گونه‌ای انتخاب نماید که حتی‌الامکان با هم در ارتباط نباشند.

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به استفاده از اسانس مریم‌گلی به‌صورت رایحه و ماساژ در دو گروه از واحدهای مورد مطالعه در دیلاتاسیون‌های مختلف و به‌صورت یک سوکور اشاره نمود، در حالی که در مطالعات دیگر مریم‌گلی با گروه کنترل یا یک گیاه دارویی دیگر مقایسه شده بود.

با توجه به مؤثر بودن اسانس مریم‌گلی بر کاهش شدت درد به دو روش ماساژ و رایحه‌درمانی، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با شرکت ۴ گروه که در آن علاوه بر سه گروه موجود در مطالعه حاضر، یک گروه نیز از ترکیب ماساژ و رایحه‌درمانی همزمان با اسانس مریم‌گلی استفاده نماید، انجام شود. همچنین چون این مطالعه در زنان نخست‌زا انجام شد، پیشنهاد می‌شود که مطالعه فوق بر روی زنان چندزا نیز انجام گردد؛ ضمناً در این مطالعه کاهش شدت درد در گروه ماساژ رایحه بیشتر از گروه رایحه‌درمانی به‌تنهایی بود، ولی تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود، توصیه می‌شود که این مطالعه با حجم نمونه بیشتر مجدداً انجام شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه اسانس مریم‌گلی به دو روش ماساژ و رایحه‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار شدت درد زایمان شد، اما کاهش شدت درد زایمان در گروه ماساژ درمانی با اسانس مریم‌گلی بیشتر از گروه رایحه‌درمانی بود. به‌نظر می‌رسد ماساژ درمانی با اسانس مریم‌گلی، روشی

می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی این دانشکده و دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ریاست محترم بیمارستان و ماماهاى شاغل در بخش زایمان بیمارستان بعثت سنندج و همچنین تمامی زنان باردار شرکت‌کننده در این مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

مؤثرتر از رایج‌درمانی به‌تنهایی در کاهش شدت درد زایمان باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش مامایی دانشکده پرستاری و مامایی سنندج

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. Williams Obstetrics. 25nd ed. New York: McGraw-Hill Education; 2018.
2. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, et al. Pharmacological and non-Pharmacological methods of labour Pain relieve establishment of effectiveness and comParison. International journal of environmental research and Public health 2018; 15(12):2792.
3. Saxbe D, Rossin-Slater M, Goldenberg D. The transition to Parenthood as a critical window for adult health. American Psychologist 2018; 73(9):1190-200.
4. Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor Pain reduction. Complementary Therapies in Clinical Practice 2012; 18(3):169-72.
5. Nanji JA, Carvalho B. Pain management during labor and vaginal birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2020:100-12.
6. Maria I. Labour Pain and Pharmacological Pain relief Practice Points. Health science journal 2009; 3(4):197-201.
7. NazarPoor S. Physiologic labor and non-Pain. Tehran: Golban; 2016.
8. Fraser J, Kerr JR. Psychophysiological effects of back massage on elderly institutionalized patients. Journal of advanced nursing 1993; 18(2):238-45.
9. Gönenç IM, terzioglu F. Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. Journal of Nursing Research 2020; 28(1):e68.
10. Ali SA, Ahmed HM. Effect of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. Pain Management Nursing 2018; 19(3):288-94.
11. Khavandizadeh Aghdam S, Adib A, Kazemzede R. The effects of massage during labor on Pain and length of delivery in nulliparous women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2014; 16(83):15-20.
12. Gallo RB, Santana LS, Ferreira CH, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, et al. Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. Journal of Physiotherapy 2013; 59(2):109-16.
13. Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. Effect of massage therapy on labor pain reduction in Primiparous women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. Iranian journal of nursing and midwifery research 2017; 22(4):257-61.
14. Chen SF, Wang CH, Chan PT, Chiang HW, Hu TM, Tam KW, et al. Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. Women and Birth 2019; 32(4):327-35.
15. Tanvisut R, Trairisilp K, Tongsong T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. Archives of gynecology and obstetrics 2018; 297(5):1145-50.
16. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor Pain and anxiety: A systematic review. Ethiopian journal of health sciences 2020; 30(3):448-58.
17. Jolaei Rad N, Salehi Moghaddam F. Nausea and vomiting pregnancy and Aromatherapy. Tehran: Golban; 2014.
18. Bahraini S, Naji A, Mannani R. Effects of aromatherapy and its application. Nursing And Midwifery Journal 2011; 9(1):1-8.
19. Cho MY, Min ES, Hur MH, Lee MS. Effects of aromatherapy on the anxiety, vital signs, and sleep quality of percutaneous coronary intervention Patients in intensive care units. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013; 2013:1-6.
20. Vakilian K, Karamat A, Mousavi A, Shariati M, Ajami E, Atarha M. The effect of Lavender essence via inhalation method on labor pain. Journal of Shahrekord University of Medical Sciences 2012; 14(1):34-40.
21. Ozgoli G, Aryamanesh Z, Mojab F, Alavi Majd H. A study of inhalation of peppermint aroma on the Pain and anxiety of the first stage of labor in nulliparous women: a randomized clinical trial. Qom University of Medical Sciences Journal 2013; 7(3):21-27
22. Hur MH, Cheong NY, Yun HS, Lee MK, Song Y. Effects of delivery nursing care using essential oils on delivery stress response, anxiety during labor, and postpartum status anxiety. Journal of Korean Academy of Nursing 2005; 35(7):1277-84.
23. Kaviani M, Maghbool S, Azima S, Tabaei MH. Comparison of the effect of aromatherapy with Jasminum officinale and Salvia officinale on Pain severity and labor outcome in nulliparous women. Iranian journal of nursing and midwifery research 2014; 19(6):666-72.

24. Eidi A. Antinociceptive effects of ethanolic extract of salvia aethiopsis in NMRI mice. *Armaghane danesh* 2014; 19(1):24-35.
25. Rahimi F, Ahmadi M, Rosta F, Alavimajd H, Valiani M. Investigating the effect of progressive muscle relaxation training on infants outcome in high risk pregnant women. *scientific journal of ilam university of medical sciences* 2018; 25(6):10-20.
26. Heydarpour S, Sharifipour F, Salari N. Effect of aromatherapy using *Salvia officinalis* on sleep quality of postmenopausal women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2020; 23(3):50-7.
27. Ghorbani A, Esmailizadeh M. Pharmacological properties of *Salvia officinalis* and its components. *Journal of traditional and complementary medicine* 2017; 7(4):433-40.
28. Akbarzadeh Pasha H. *Comprehensive clinical culture of herbal medicine: Iran, Indochina, Europe and America*. Tehran: Golban; 2012.
29. Alavi Fili A, Askari M, Vahhabi S, Bagheri P, Dashtinejhad E. Comparison of effect of massage therapy with jasmine oil and aroma therapy with jasmine oil in reducing delivery pain. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(3):40-7.
30. Ferreira-Valente MA, Pais-Ribeiro JL, Jensen MP. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain* 2011; 152(10):2399-404.
31. Phan NQ, Blome C, Fritz F, Gerss J, Reich A, Ebata T, et al. Assessment of pruritus intensity: prospective study on validity and reliability of the visual analogue scale, numerical rating scale and verbal rating scale in 471 patients with chronic pruritus. *Acta dermato-venereologica* 2012; 92(5):502-7.
32. Nasiriani K, Kahdoui S, Nasrabadi SN. Psychometric properties of pain Intensity Scales in Isfahanian Geriatric population. *Elderly Health Journal* 2019 ;5(1):47-52.
33. Burns EE, Blamey C, Ersser SJ, Barnetson L, Lloyd AJ. An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2000; 6(2):141-7.
34. Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 114(7):838-44.
35. Sharifipour F, Mirmohammad Ali M, Hashemzadeh M. Comparison of the effect of *Citrus arantium* and *Salvia officinalis* aroma on post-cesarean section pain. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(2):41-9.
36. Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Nassar N, Trevena L, McCaffery K. Protocol for a randomised controlled trial of a decision aid for the management of pain in labour and childbirth [ISRCTN52287533]. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2004; 4(1):1-9.
37. Azizi M, Yousefzadeh S, Rakhshandeh H, Behnam HR, Mirteymouri M. The Effect of Back Massage with and without Ginger Oil on the pain Intensity in the Active phase of Labor in primiparous Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2020; 8(1):2033-40.
38. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain* 2007; 127(3):214-20.
39. Sriasih NG, Hadi MC, Suindri NN, Surati GA, Mahayati NM. The effect of massage therapy using frangipani aromatherapy oil to reduce the childbirth pain intensity. *International journal of theraPeutic massage & bodywork* 2019; 12(2):18-24.
40. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. AromatheraPy for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(7).
41. Hejazi SH, Shirani-Bidabadi L, Zolfaghari-Baghbaderani A, Saberi SE, Nilforoushzadeh MA, Moradi SH, et al. Comparison effectiveness of extracts of Thyme, Yarrow, Henna and Garlic on cutaneous leishmaniasis caused by *L. major* in animal model (Balb/c). *Journal of Medicinal Plants* 2009; 8(30):129-60.
42. Khodakarami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N. Effect of massage therapy on pain severity and labor of PrimiPara women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2010; 10(3).
43. Evans M. Postdates pregnancy and complementary therapies. *Complementary therapies in clinical practice* 2009; 15(4):220-4.
44. Suija K, Rajala U, Jokelainen J, Liukkonen T, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, et al. Validation of the Whooley questions and the Beck Depression Inventory in older adults. *Scandinavian journal of primary health care* 2012; 30(4):259-64.
45. Mora S, Millán R, Lungenstrass H, Díaz-Véliz G, Morán JA, Herrera-Ruiz M, et al. The hydroalcoholic extract of *Salvia elegans* induces anxiolytic-and antidepressant-like effects in rats. *Journal of ethnopharmacology* 2006; 106(1):76-81.