

بررسی تأثیر رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی بر اندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده همراه با گروه کنترل

رویا طبسی^۱، دکتر مریم مرادی^{۲*}، دکتر روشنک سالاری^۳، دکتر وحید قوامی^۴، دکتر نگار اصغری پور^۵، دکتر فریده اخلاقی^۶

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. هیئت علمی پژوهشی، دانشکده پزشکی، پرستاری و بهداشت، دانشگاه موناخ، ملبورن، استرالیا.
۳. دانشیار کنترل دارو، گروه علوم دارویی در طب ایرانی، دانشکده طب ایرانی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشیار گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۶. استاد گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۳

خلاصه

مقدمه: اندوه پس از زایمان، دوره‌ای گذرا از افزایش واکنش‌دهی احساسی است که تقریباً در نیمی از زنان در هفته اول بعد از زایمان رخ می‌دهد. با توجه به شیوع بالای اندوه پس از زایمان و تأثیرات سوء آن بر مادر، نوزاد و خانواده و همچنین با توجه به استقبال از طب مکمل و رایحه‌درمانی به‌ویژه در زنان و اثرات آرام‌بخشی اسانس گل محمدی، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی بر اندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا انجام شد.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه دارونما در سال ۱۴۰۱ بر روی ۶۵ زن نخست‌زای بستری در بیمارستان ام‌البنین (س) مشهد انجام شد. داده‌ها از طریق فرم اطلاعات دموگرافیک- مامایی، پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین و حمایت اجتماعی و عزت نفس روزنبرگ، مقیاس بویایی پاسوالد و مقیاس شدت خستگی روتن جمع‌آوری گردید. در گروه مداخله از اسانس گل محمدی و در گروه دارونما به‌روش مشابه از روغن بادام‌شیرین استفاده گردید. نمرات اندوه پس از زایمان در روزهای ۴، ۱۰ و ۱۴ اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های تی مستقل، من‌ویتنی، کای اسکور و دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: دو گروه از نظر نمره اندوه پس از زایمان قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ($p=0/246$)، اما بعد از مداخله، نمره اندوه پس از زایمان در روزهای ۴، ۱۰ و ۱۴ در گروه مداخله به‌طور معنی‌داری کمتر از گروه دارونما بود ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی در کاهش اندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا مؤثر و ایمن است.

کلمات کلیدی: اسانس گل محمدی، اندوه پس از زایمان، رایحه‌درمانی، غم مادری، نخست‌زا

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم مرادی؛ دانشکده پزشکی، پرستاری و بهداشت، دانشگاه موناخ، ملبورن، استرالیا. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: maryam.moradi@monash.edu

مقدمه

اندوه پس از زایمان، دوره‌ای گذرا از افزایش واکنش‌دهی احساسی است که تقریباً در نیمی از زنان در هفته اول بعد از زایمان رخ می‌دهد. این وضعیت احساسی در روزهای ۴-۵ پس از زایمان به حداکثر می‌رسد و تا روز دهم الی چهاردهم به حالت طبیعی برمی‌گردد. در این زنان، بی‌ثباتی احساسی افزایش می‌یابد و ممکن است بی‌خوابی و بغض کردن، افسردگی، اضطراب، ضعف تمرکز، تحریک‌پذیری و ناپایداری عاطفی مشاهده شود (۱). اندوه پس از زایمان، شایع‌ترین اختلال خلقی پس از زایمان است که غم پس از زایمان، غم مادری و غم کودک نیز گفته شده و برخی نیز آن را افسردگی موقتی پس از زایمان و یا افسردگی روز سوم، چهارم و یا دهم نامیده‌اند (۲). اندوه پس از زایمان، یک اختلال خود محدودشونده و گذرا است و حدود ۸۰-۵۰٪ زنان، آن را تجربه می‌کنند، اما در برخی موارد ممکن است این زنان به افسردگی پس از زایمان مبتلا شوند (۳).

بر اساس مطالعه متاآنالیز روزبهنایی و همکاران (۲۰۲۱)، شیوع اندوه پس از زایمان در ایران ۵۹/۵۵-۲۹٪ گزارش شده است (۴). عوامل ایجادکننده اندوه پس از زایمان به‌درستی شناخته شده نیستند، اما در مورد علل احتمالی، احساس یأس در اثر ترس و تهییج که در اکثر زنان طی حاملگی و زایمان بروز می‌کند، ناراحتی ناشی از اوایل دوره نفاس، خستگی حاصل از مشکلات خواب، اضطراب در مورد عدم توانایی برای مراقبت از نوزاد، ترس از کاهش جذابیت بعد از زایمان و همچنین عوامل هورمونی از جمله کاهش سطح اندورفین، استروژن و پرژسترون نیز در بروز این عارضه عنوان شده است (۱). شواهد نشان می‌دهد که اندوه پس از زایمان می‌تواند آغازگر افسردگی پس از زایمان باشد. همچنین وقوع افسردگی پس از زایمان در کسانی که اندوه پس از زایمان را تجربه کرده‌اند، افزایش می‌یابد (۵).

درمان‌های متعددی جهت اندوه پس از زایمان پیشنهاد شده است که در راهنمای کشوری ارائه خدمات مامایی و زنان توصیه می‌شود ارائه‌دهنده خدمات باید به دقت به صحبت و شکایات مادر گوش کند و به او اطمینان دهد که مشکلات او را درک می‌کند و این حالت گذرا بوده و

معمولاً طی ۲ هفته خودبه‌خود بهبود می‌یابد و به همسر و همراهان در مورد علائم بیماری و ضرورت حمایت عاطفی از مادر و مراجعه فوری در صورت تشدید علائم و یا بروز علائم خطر فوری روانی در مادر آموزش داده شود و توصیه می‌گردد در صورت تشدید علائم و یا تداوم علائم بعد از ۲ هفته، ارجاع غیرفوری به روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی داده شود (۶).

در مطالعه نیکومذهب و همکاران (۲۰۱۷)، مصرف کپسول خوراکی روغن گل مغربی در کاهش طول مدت اندوه پس از زایمان مؤثر بود (۷). در مطالعه ملاحیاتی (۲۰۲۱)، رایحه‌درمانی با روغن اسطوخودوس و ترنج به مدت ۱ هفته در هنگام خواب، بر کاهش اندوه پس از زایمان مؤثر بود (۸). در مطالعه فتاح و همکاران (۲۰۲۱) استفاده از آروماتراپی با گل محمدی در دوره شیردهی، بر بهبود کیفیت خواب زنان در اوایل دوره نفاس مؤثر بود (۹). در مطالعه بیهقی و همکاران (۲۰۱۹)، استفاده از کپسول خوراکی بادرنجوبه، روزانه به مدت ۱۰ روز بر کاهش اندوه پس از زایمان مؤثر بود (۱۰).

امروزه استفاده از درمان‌های مکمل و گیاهی به‌دلیل غیرتهاجمی بودن، عوارض کمتر و مقبولیت توسط افراد مورد توجه قرار گرفته است. رایحه‌درمانی به‌عنوان یکی از اشکال رایج طب مکمل به مفهوم استفاده کنترل شده از روغن‌های گیاهی معطر به‌منظور درمان و پیشگیری از بیماری‌هاست (۱۱). رایحه درمانی با تحریک مسیر بویایی بر هایپوتالاموس تأثیر گذاشته و با کاهش هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین، سبب کاهش کورتیزول و اضطراب می‌شود (۱۲). استنشاق بوهای خوش با آزادسازی نوروترانسمیترهای انکفالین، اندورفین و دینورفین، سبب کاهش درد و اضطراب و افزایش سطح هوشیاری می‌شود (۱۳). رایحه‌درمانی، ترشح نورآدرنالین و سروتونین را افزایش می‌دهد (۱۴). رایحه‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای ارزان، کاربردی و غیرتهاجمی که به‌کارگیری آن آسان است، در مامایی رواج دارد و مطالعات متعدد، تأثیر مفید آن را مورد تأیید قرار داده‌اند (۱۵).

گل محمدی با نام علمی روزا دامانسا میل^۱، به‌طور قابل‌توجهی در باغبانی، صنایع غذایی، بیوشیمی، داروسازی و به‌خصوص به‌دلیل وجود اسانس و مواد فعال زیستی در گل‌های آن، از گذشته‌های دور تا به امروز مورد توجه بوده است. همچنین از اسانس آن برای درمان افسردگی و اضطراب استفاده می‌گردد (۱۶). این گل، بومی رشته کوه‌های مرکزی ایران و البرز است و از دیرباز در ایران کشت می‌شده است و دسترسی به آن آسان و ارزان می‌باشد (۱۷). مطالعات نشان داده‌اند اجزای اصلی گل سرخ شامل: فنتیل الکل، سیترونلول، لینالول و ژرانیول می‌باشد که آثار دارویی مانند ضدالتهابی، ضددردی، آنتی‌اکسیدانی، ضدسرطانی و ضد میکروبی دارند. همچنین لینالول موجود در این گیاه، قادر به تحریک سیستم پاراسمپاتیک است و به‌صورت داروهای تسکین‌بخش عمل می‌کند (۱۸). دو ماده سیترونلول و ۲-فنیل اتیل الکل موجود در گل محمدی، دارای اثرات ضد اضطراب هستند. این ترکیبات با تحریک مرکز بویایی در مغز، تأثیرات روانی بسیار از خود برجای می‌گذارند (۱۹). بر اساس مطالعات قبلی، در اسانس گل محمدی مواد مؤثره سیترونلول، فنیل اتیل الکل با درصد بیشتری نسبت به اسانس اسطوخودوس وجود دارد (۲۰). اسانس گل محمدی باریج اسانس، استاندارد شده بر اساس حداقل ۰/۲ میلی‌گرم نرول در هر میلی‌لیتر است که در مطالعات انجام شده بر روی موش و انسان، هیچ‌گونه عارضه جانبی گزارش نشده است (۲۳-۲۰). در مطالعه محمدی‌نسب و همکاران (۲۰۱۹) رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی باریج اسانس در مبتلایان پرفشاری خون به‌عنوان درمان مکمل، باعث کاهش فشارخون شد (۲۱). مطالعه ولی‌پور و همکاران (۲۰۱۲) که با مقایسه تأثیر رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی و حمام آب‌گرم پا بر درد لیبر زنان نخست‌زا در سه گروه حمام پا با استنشاق اسانس گل محمدی، حمام آب‌گرم پا و گروه کنترل انجام شد، نشان داد رایحه‌درمانی به روش استنشاق و حمام پا با اسانس گل محمدی می‌تواند در طی زایمان فیزیولوژیک، باعث کاهش درک درد زایمان شود (۲۲). در مطالعات قبلی، اثربخشی رایحه‌درمانی با اسانس گل

محمدی بر بهبود کیفیت خواب زنان در دوره نفاس (۲۳)، و اثربخشی رایحه‌درمانی استنشاقی با ترکیب اسانس اسطوخودوس و اسانس گل محمدی در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر نشان داده شده است (۲۴).

با توجه به شیوع بالای اندوه پس از زایمان و تأثیرات سوء اندوه پس از زایمان بر مادر، نوزاد و کل خانواده و همچنین با توجه به استقبال از طب مکمل و رایحه‌درمانی به‌ویژه در زنان و اثرات آرام‌بخشی در ترکیبات گل محمدی و بومی و دردسترس بودن آن و نیز عدم وجود مطالعه مشابه طبق مرور حاضر، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی بر اندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا طراحی شد تا در صورت تأیید تأثیر مثبت بر کاهش نمره اندوه پس از زایمان، مورد استفاده گسترده قرار گیرد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی در بازه زمانی شهریور تا بهمن ماه سال ۱۴۰۱ بر روی زن نخست‌زای زایمان کرده به روش طبیعی بستری در بخش جراحی زنان زایشگاه ام‌البنین (س) شهر مشهد انجام گرفت. حجم نمونه با توجه به اطلاعات مطالعه شبیری و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف "تأثیر مشاوره مراقبت آغوشی مادرانه بر اندوه پس از زایمان" انجام شد (۲۵) و میانگین و انحراف معیار نمره اندوه پس از زایمان بر اساس ابزار استین در بیماران گروه دارونما (درمان استاندارد) در زمان‌های قبل از مداخله، روز سوم، روز پنجم و روز دهم به ترتیب $۵/۹ \pm ۲/۴۸$ ، $۶/۹۵ \pm ۳/۲۴$ و $۶/۴۷ \pm ۴/۴۵$ و $۳/۱۴ \pm ۳/۵۳$ بود، و با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰، با فرض رفتار مشابه در گروه دارونما در مطالعه حاضر با مطالعه شبیری و همکاران (۱۰) و نیز با هدف تشخیص حداقل ۴۰٪ کاهش در نمرات اندوه پس از زایمان در زمان‌های مشابه پس از مداخله گروه مداخله نسبت به گروه دارونما و نیز مشابهت واریانس مشاهدات با مطالعه فوق‌الذکر، حجم نمونه برابر ۲۹ نفر در هر گروه تعیین شد که با لحاظ نمودن ۱۵٪ ریزش، حجم نمونه نهایی ۳۴ نفر در هر

¹ Rosa Damascene Mill L

ماه گذشته، عدم سابقه بیماری روانی شناخته شده^۷ و عدم مصرف دخانیات، الکل و مواد مخدر بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه مطالعه، ابتلاء به سرماخوردگی و اختلال در حس بویایی، حساسیت به اسانس گل محمدی یا روغن بادام شیرین، بستری شدن مادر یا نوزاد در مدت مطالعه، عدم مصرف اسانس گل-محمدی یا روغن بادام شیرین به مدت ۲ روز مداوم یا مصرف روزانه فقط یکبار به مدت ۳ روز متناوب، استفاده از تکنیک‌های آرام‌سازی، ماساژ درمانی، موسیقی درمانی، یوگا، رفلکسولوژی، طب سوزنی، هومیوپاتی یا داروهای شیمیایی^۸ یا داروهای گیاهی^۹ برای آندوه پس از زایمان بود.

ابزار مطالعه حاضر شامل فرم اطلاعات فردی-مامایی، پرسشنامه آندوه پس از زایمان Stein، پرسشنامه حمایت اجتماعی و مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، مقیاس بویایی پاسوالد و مقیاس دبداری شدت خستگی روتن بود. چک‌لیست انتخاب واحد پژوهش شامل ۲۱ سؤال مشتمل بر معیارهای ورود و معیار خروج حین پژوهش بود که با توجه به اهداف تحقیق و مطالعه جدیدترین منابع و مقالات مرتبط و مشورت با اساتید راهنما و مشاور تهیه شد. فرم پژوهشگر ساخته اطلاعات فردی-مامایی مشتمل بر دو بخش اطلاعات فردی و مامایی بود که از طریق پرسش از واحد پژوهش و بررسی پرونده تکمیل گردید. پرسشنامه آندوه پس از زایمان استین مشتمل بر ۱۳ گویه بوده و از دو قسمت تشکیل شده است؛ قسمت اول شامل ۸ گروه سؤال بوده که احساس مادر بعد از تولد نوزاد را مورد بررسی قرار می‌دهد و قسمت دوم پرسشنامه شامل ۵ سؤال و فقط با بله یا خیر پاسخ داده می‌شود. ۱ سؤال ۵ گزینه‌ای (۰-۴)، ۴ سؤال ۳ گزینه‌ای (۰-۲)، ۳ سؤال ۴ گزینه‌ای (۰-۳) و ۵ سؤال

گروه تعیین شد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود واحد پژوهش بود. ابتدا چک‌لیست معیارهای ورود واحد پژوهش به روش مصاحبه تکمیل و در صورت تمایل و دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه، فرد به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب می‌شد. واحدهای پژوهش بر اساس تخصیص تصادفی با استفاده از جدول تصادفی به دو گروه A (مداخله) و B (دارونما) تخصیص پیدا کردند؛ به طوری که ۳۴ نفر در گروه مداخله و ۳۴ نفر در گروه دارونما وجود داشت. تخصیص تصادفی نمونه در دو گروه به روش بلوک جایگشتی توسط سایت^۱ Sealedenvelope تعیین گردید، با این توضیح که هر کدام از بلوک‌ها چهار عضو داشت و شکل بلوک‌ها به‌عنوان مثال به صورت زیر بود: [BABA]، [BBAA]، [ABAB] که کدهای A و B به تصادف مربوط به گروه‌های مداخله و دارونما تخصیص یافت. در سایت پیش‌گفته از تمامی بلوک‌های چهارتایی ممکن، ۱۷ بلوک به تصادف انتخاب شد تا در نهایت تمامی بیماران وارد مطالعه شدند. ۱۷ بلوک از بیمارستان ام-البنین (س) انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، ملیت ایرانی، سکونت در مشهد، محدوده سنی ۴۲-۱۸ سال، داشتن اختلال آندوه پس از زایمان (طبق پرسشنامه آندوه پس از زایمان Stein کسب نمره بالاتر از ۸)، نخست‌زا بودن، زایمان طبیعی واژینال، نداشتن حاملگی پرخطر^۲، حاملگی تک‌قلویی، نداشتن لیبر سخت و طول کشیده^۳، عدم اختلال در حس بویایی^۴، مبتلا نبودن به بیماری‌های طبی عمده^۵، عدم تجربه حوادث ناگوار و استرس‌زا^۶ در ۶

^۱ <https://www.sealedenvelope.com>

^۲ عوامل پرخطر مادری: دیابت، بیماری قلبی و ریوی، پره‌اکلامپسی، اکلامپسی، خونریزی غیرطبیعی، استفاده از روش‌های کمک باروری/عوامل پرخطر جنینی و جفتی: دیسترس جنینی، تشکیل و لانه‌گزینی غیرطبیعی جفت، پرزانتاسیون غیرسفالیک، پرولاپس بندناف، چندقلویی، ناهنجاری مادرزادی جنین، ماکروزومی، محدودیت رشد داخل رحمی، اختلالات مایع آمنیون، پارگی کیسه آب جنینی
^۳ مدت زمان لیبر (مرحله اول و دوم) بیشتر از ۲۰ ساعت طول بکشد، زایمان با واکوئوم
^۴ کسب نمره کمتر از ۳ مقیاس بویایی پاسوالد
^۵ فشارخون بالا، صرع، اختلالات انعقادی، دیابت، بیماری کلیوی، بیماری قلبی، بیماری تنفسی

^۶ بیماری جدی خود یا همسر و فرزند، مرگ یکی از عزیزان، تصادف، اختلاف خانوادگی شدید، طلاق، مهاجرت، اخراج یا بیکار شدن خود یا همسر و ورشکستگی
^۷ اختلال دوقطبی، افسردگی، استرس حاد، اضطراب پس از سانحه، دلیریوم، شیذوفرنی
^۸ داروهای ضدافسردگی، آرام‌بخش و یا خواب‌آور، مانند فلوکستین، سرتالین
^۹ داروهای گیاهی مانند اسطوخودوس، بادرنجوبه، بهارنارنج، بابونه، زرماری، آویشن

آخر به پاسخ بله امتیاز ۱ و به پاسخ خیر، امتیاز صفر اختصاص می‌یافت. در مجموع امتیازات بین ۲۶-۰ بوده که امتیاز بیشتر از ۸، نشان‌دهنده اندوه پس از زایمان می‌باشد. در این مطالعه از پرسشنامه استین ترجمه شده توسط کریمان و همکاران (۲۰۱۶) استفاده شد (۲۶). در پژوهش کریمان و همکاران (۲۰۱۶) که به بررسی روایی نسخه فارسی پرسشنامه اندوه پس از زایمان پرداختند، نسخه اول پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین توسط ۲ نفر، از انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس مجدداً توسط ۲ مترجم دیگر به انگلیسی ترجمه گردید؛ پس از ترجمه توسط یک روان‌شناس به روش اعتبار محتوایی تأیید گردید. در مطالعه بدیعی و همکاران (۲۰۱۴) آلفای کرونباخ ۰/۸ محاسبه شد که بیانگر تأیید پایایی این پرسشنامه است (۲۷). در این پژوهش از خرده‌مقیاس تک‌سؤالی توانایی بویایی ذهنی مقیاس بویایی پاسوالد که با مقیاس درجه‌بندی صفر (نداشتن حس بویایی) تا ۱۰ نمره‌گذاری شده و حس بویایی را طی ۴ هفته اخیر ارزیابی می‌کند، استفاده شد. در این مقیاس، کسب امتیاز بیشتر از ۳ بیانگر عدم وجود اختلال بویایی می‌باشد و پاسوالد و همکاران (۲۰۱۲) مقادیر آلفای کرونباخ برای مقیاس‌های توانایی بویایی ذهنی را ۰/۹۳ گزارش نمودند (۲۸). خرده‌مقیاس مربوط به اندازه‌گیری حمایت اجتماعی ادراک شده توسط خانواده فلمینگ مشتمل بر ۷ آیت می‌باشد که در پژوهش حیدرعلی و همکاران (۲۰۰۸) روایی پرسشنامه حمایت اجتماعی با روش تحلیل عاملی تأیید گردید (۲۹). مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) که شامل ۱۰ عبارت کلی است و میزان رضایت از زندگی و داشتن احساس خوب در مورد خود را می‌سنجد، بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف را شامل می‌شود و در مطالعه برخوردار و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۱ گزارش شد (۳۰). در مطالعه حاضر همسانی درونی این آزمون به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۲ سنجیده شد. مقیاس دیداری شدت- خستگی روتن، توسط روتن در سال ۱۹۸۲ توسعه داده شده است. این پرسشنامه، ساده‌ترین مقیاس تک‌بُعدی خستگی است که با مقیاس درجه‌بندی

از صفر تا ۱۰ نمره‌گذاری شده است و به شکل نمودار از صفر (بدون خستگی) تا ۱۰ (بیشترین میزان خستگی) می‌باشد. این مقیاس در ایران در مطالعه آدریانی و همکاران (۲۰۰۷) به کار رفته و بومی‌سازی گردیده است (۳۱). در مطالعه حاضر همسانی درونی این آزمون به روش آلفا کرونباخ ۰/۸ سنجیده شد.

ابتدا از افراد واجد شرایط، رضایت‌نامه آگاهانه به صورت کتبی اخذ گردید. سپس فرم اطلاعات فردی- مامایی توسط پژوهشگر از طریق پرسش از واحد پژوهش و پرونده وی تکمیل شد. پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین، مقیاس بویایی پاسوالد، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ، مقیاس حمایت اجتماعی و مقیاس دیداری شدت خستگی روتن در ۲۴-۱۲ ساعت پس از زایمان از طریق پرسش از واحد پژوهش تکمیل شد. سپس افراد مبتنی بر فهرست ایجاد شده در مرحله قبل به دو گروه مداخله و گروه دارونما تخصیص پیدا کردند. در گروه مداخله از اسانس گل محمدی باریج اسانس استاندارد شده بر اساس حداقل ۰/۲ میلی‌گرم نرول در هر میلی‌لیتر که به روش استخراج با حلال آلی^۱ تهیه شده بود و دارای مواد مؤثره سیترونلول، ژرانیول، نرول، لینالول و فنلین اتیل الکل می‌باشد و در گروه دارونما از روغن بادام شیرین استفاده گردید. علت استفاده از روغن بادام شیرین به‌عنوان دارونما طبق نظر متخصص کنترل دارو در تیم تحقیق این بود که در عصاره گل محمدی که حاوی اسانس می‌باشد، از روغن بادام شیرین به‌عنوان حلال استفاده می‌گردد. اولین نوبت رایحه‌درمانی پس از آموزش واحد پژوهش در حضور پژوهشگر با رعایت مجزا بودن اتاق‌های افراد شرکت کننده در گروه مداخله و دارونما در ۲۴-۱۲ ساعت پس از زایمان انجام گردید. سپس توصیه شد افراد گروه مداخله و دارونما به مدت ۲ هفته پس از زایمان، روزی ۲ نوبت (یک نوبت موقع بیدار شدن و یک نوبت قبل از خواب شبانه) و هر نوبت ۷ قطره از اسانس گل محمدی یا دارونما (روغن بادام شیرین) را روی ماسک ریخته و هر بار ۲۰ دقیقه با

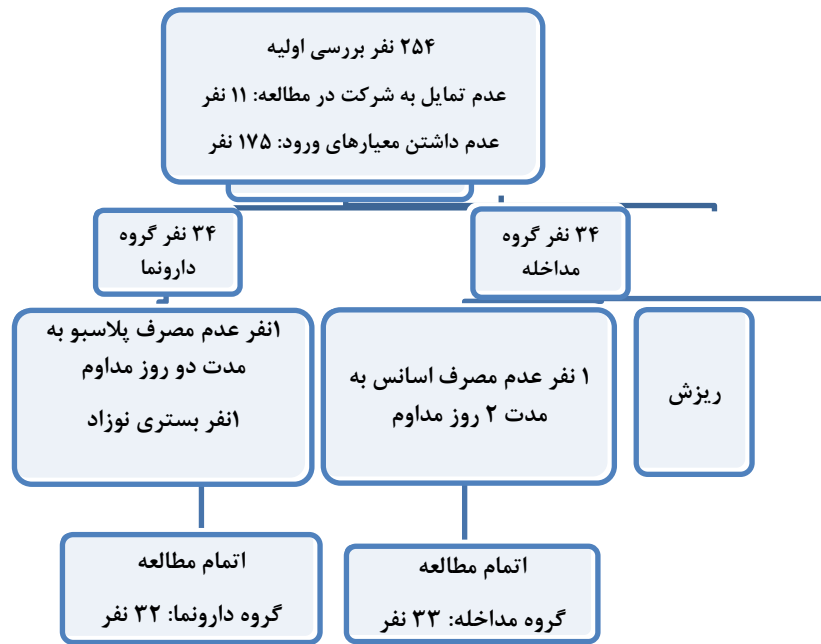
^۱ گل‌های تازه در استخراج کننده‌های خاص قرار گرفته به‌طور سیستماتیک در دمای محیط با حلال‌های به‌طور کامل خاص بیشتر پترولیوم اثر مورد استخراج قرار می‌گیرند.

تنفس عمیق به استنشاق آن بپردازند. سپس به هر یک از زنان، فرم چک‌لیست طریقه مصرف رایحه‌درمانی داده شد و از آنها خواسته شد که در صورت مصرف دارو، در خانه مربوطه علامت‌گذاری کنند. به‌منظور اطمینان از مصرف دارو توسط هر یک از واحدهای پژوهش و همچنین بررسی رضایت واحدها از درمان دریافت شده و برای بررسی عوارض داروی مصرفی، از پیگیری تلفنی هفتگی در طی مطالعه استفاده شد. در این تماس مصرف دارو و معیارهای خروج بررسی و در صورت داشتن معیارهای خروج که در بالا ذکر شد، مادر از مطالعه خارج می‌شد. پرسشنامه اندوه پس از زایمان استین در روز چهارم و چهاردهم پس از زایمان به‌صورت حضوری و در روز دهم پس از زایمان به‌صورت تلفنی تکمیل گردید. در گروه مداخله ۱ نفر به‌علت عدم مصرف اسانس به‌مدت ۲ روز مداوم، ۱ نفر به‌علت عدم مصرف دارونما به‌مدت ۲ روز مداوم و ۱ نفر به‌علت بستری نوزاد در گروه دارونما از مطالعه خارج شدند. در نهایت مطالعه بر روی ۶۵ نفر شامل ۳۳ نفر در گروه مداخله و ۳۲ نفر در گروه دارونما انجام شد (شکل ۱). در ضمن هر دو گروه شرکت‌کنندگان، مراقبت‌های روتین پس از زایمان را دریافت کردند. پس از اتمام مطالعه بنابر آخرین ارزیابی واحدهای پژوهش در روز چهاردهم پس از زایمان، افرادی که همچنان اختلال اندوه پس از زایمان داشتند (طبق پرسشنامه اندوه پس از زایمان Stein کسب نمره

بالاتر از ۸) که شامل ۲ نفر در گروه دارونما و ۱ نفر در گروه مداخله بودند، همانطور که در ملاحظات اخلاقی پژوهش در نظر گرفته شده بود، جهت پیگیری به روان‌شناس مرکز بهداشتی نزدیک محل سکونت ارجاع داده شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های تی‌تست، من‌ویتنی، کای اسکوئر و دقیق فیشر انجام شد. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد. توزیع نرمال برای هر متغیر به‌طور جداگانه در دو گروه مداخله و دارونما محاسبه شد. سپس با استفاده از نحوه توزیع متغیرها، همگن بودن دو گروه دارونما و مداخله در هر متغیر، مورد آزمون قرار گرفت. برای مقایسه دو گروه مستقل در متغیرهای کمی نرمال از آزمون مستقل و برای متغیرهای کمی غیرنرمال و متغیرهای رتبه‌ای از آزمون من‌ویتنی استفاده شد. متغیرهای اسمی نیز با استفاده از آزمون کای دو پیرسون و آزمون دقیق فیشر در دو گروه مقایسه و آزمون شدند. این مطالعه دارای کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد به شماره

IR.MUMS.NURSE.REC.1401.028 و کد شناسایی کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT20220606055089N1 می‌باشد.



شکل ۱- فلوچارت نمونه‌گیری و نحوه ریزش واحدهای پژوهش

یافته‌ها

توانایی بویایی پاسوآلد ($p=0/354$) و عزت نفس ($p=0/436$) همگن بودند و اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۱، ۲).

در این مطالعه، دو گروه از نظر مشخصات فردی نظیر متغیرهای سن ($p=0/963$)، تحصیلات ($p=0/598$)، سطح درآمد ($p=0/492$)، سن بارداری در هنگام زایمان

جدول ۱- مقایسه مشخصات فردی در دو گروه مداخله و دارونما (متغیرهای کمی)

سطح معنی‌داری*	گروه		متغیر
	دارونما (۳۲ نفر)	مداخله (۳۳ نفر)	
$p=0/963$	انحراف معیار $\pm 5/65$	انحراف معیار $\pm 5/45$	سن (سال)
$p=0/330$	انحراف معیار $\pm 5/39$	انحراف معیار $\pm 5/77$	سن همسر (سال)
$p=0/747$	انحراف معیار $\pm 0/59$	انحراف معیار $\pm 0/71$	سن بارداری در هنگام زایمان (هفته)
$p < 0/001$	انحراف معیار $\pm 0/87$	انحراف معیار $\pm 0/73$	تعداد دفعات شیردهی در شب
$p=0/354$	انحراف معیار $\pm 0/47$	انحراف معیار $\pm 0/50$	نمره پاسوآلد
$p=0/002$	انحراف معیار $\pm 1/49$	انحراف معیار $\pm 1/32$	نمره شدت خستگی
$p=0/008$	انحراف معیار $\pm 0/92$	انحراف معیار $\pm 1/22$	نمره حمایت اجتماعی
$p=0/436$	انحراف معیار $\pm 0/31$	انحراف معیار $\pm 0/36$	نمره عزت نفس
$p=0/246$	انحراف معیار $\pm 1/66$	انحراف معیار $\pm 1/73$	نمره اندوه پس از زایمان هنگام ورود به مطالعه

* آزمون من‌ویتنی

جدول ۲- مقایسه مشخصات فردی در دو گروه مداخله و دارونما (متغیرهای کیفی)

سطح معنی‌داری	گروه		متغیر
	مداخله (۳۳ نفر)	دارونما (۳۲ نفر)	
**p=۰/۵۹۸	۲۱/۲) ۷	۲۱/۹) ۷	ابتدایی و سیکل
	۶۰/۶) ۲۰	۵۰) ۱۶	دیپلم
	۱۸/۲) ۶	۲۸/۱) ۹	دانشگاهی
	۱۰۰) ۳۳	۱۰۰) ۳۲	کل
*p=۰/۰۸۲	۹۳/۹) ۳۱	۷۸/۱) ۲۵	خانه‌دار
	۶/۱) ۲	۲۱/۹) ۷	شاغل
	۱۰۰) ۳۳	۱۰۰) ۳۲	کل
*p=۰/۶۵۳	۰/۰) ۰	۰/۰) ۰	بیکار
	۵۱/۵) ۱۷	۴۰/۶) ۱۳	آزاد
	۱۲/۱) ۴	۱۲/۵) ۴	کارمند
	۳۶/۴) ۱۲	۴۶/۹) ۱۵	کارگر
	۱۰۰) ۳۳	۱۰۰) ۳۲	کل
*p=۰/۴۹۲	۶/۱) ۲	۰) ۰	کمتر از حد کفاف
	۹۳/۹) ۳۱	۱۰۰) ۳۲	در حد کفاف
	۰/۰) ۰	۰) ۰	بیشتر از حد کفاف
	۱۰۰) ۳۳	۱۰۰) ۳۲	کل

*آزمون دقیق فیشر، **آزمون کای دو پیرسون

روز چهاردهم پس از زایمان در گروه دارونما $9/6 \pm 1/35$ و در گروه مداخله $4/72 \pm 1/98$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$)؛ به‌طوری‌که میانگین نمره اندوده پس از زایمان در گروه مداخله پس از مداخله شامل روز چهارم، دهم و چهاردهم به‌طور معناداری کمتر از گروه دارونما بود ($p < 0/001$). بر اساس نتایج آزمون فریدمن، در گروه مداخله بین نمره اندوده پس از زایمان در بین روز اول، چهارم، دهم و چهاردهم اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج آزمون‌های دنباله-ای با تصحیح بونفرونی، بین تمامی زمان‌های اندازه‌گیری اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). در رابطه با تغییرات درون‌گروهی، میانگین نمره اندوده پس از زایمان در گروه مداخله در روزهای چهارم، دهم و چهاردهم کاهش معناداری داشت ($p < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج آزمون فریدمن، در گروه دارونما بین نمره اندوده پس از زایمان در بین روز اول، چهارم، دهم و چهاردهم اختلاف آماری معناداری وجود داشت ($p < 0/001$). همچنین بر اساس نتایج آزمون‌های دنباله-

در گروه مداخله، نمره حمایت اجتماعی اندازه‌گیری شده قبل از مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود ($p = 0/008$). در گروه کنترل متغیر مقیاس خستگی روتن اندازه‌گیری شده قبل از مداخله به‌طور معناداری کمتر از گروه مداخله بود ($p = 0/002$). در گروه مداخله، میانگین تعداد دفعات شیردهی در شب به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($p < 0/001$). هر دو گروه از نظر متغیر نمره اندوده پس از زایمان اندازه‌گیری شده با پرسشنامه استین در قبل از مداخله همگن بودند ($p = 0/246$). سنجش نمره اندوده پس از زایمان در سه مقطع زمانی پس از زایمان در روزهای چهارم، دهم و چهاردهم در هر دو گروه اندازه‌گیری شد که میانگین نمره اندوده در روز چهارم پس از زایمان در گروه دارونما $9/25 \pm 1/29$ و در گروه مداخله $8 \pm 2/12$ بود که این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p = 0/012$). میانگین نمره اندوده پس از زایمان در روز دهم پس از زایمان در گروه دارونما $8/31 \pm 1/35$ و در گروه مداخله $6/3 \pm 2/27$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). میانگین نمره اندوده پس از زایمان در

ای با تصحیح بونفرونی، بین تمامی زمان‌های اندازه‌گیری به‌جز روز چهارم و دهم اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.001$) (جدول ۳). در رابطه با تغییرات درون‌گروهی، میانگین نمره اندوه پس از زایمان در گروه دارونما در روزهای چهارم و چهاردهم کاهش معناداری داشت ($p < 0.001$).

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره اندوه پس از زایمان در دو گروه مداخله و دارونما

نتیجه آزمون بین گروهی	مداخله (۳۳ نفر)		متغیر
	انحراف معیار \pm میانگین	دارونما (۳۲ نفر)	
$Z = -4/147$ $*p < 0.001$	$9/25 \pm 1/29$	$8 \pm 2/12$	اندوه پس از زایمان در روز چهارم پس از زایمان
$T = -5/206$ $**p < 0.001$	$8/31 \pm 1/35$	$6/30 \pm 2/27$	اندوه پس از زایمان در روز دهم پس از زایمان
$Z = -4/730$ $*p < 0.001$	$6/90 \pm 1/35$	$4/72 \pm 1/98$	اندوه پس از زایمان در روز چهاردهم پس از زایمان
$Z = -4/147$ $*p < 0.001$	$-1/25 \pm 0/95$	$-2/93 \pm 1/90$	تغییرات اندوه پس از زایمان روز چهارم پس از زایمان با روز اول
$T = -5/206$ $**p < 0.001$	$-2/18 \pm 1/53$	$-4/63 \pm 2/19$	تغییرات اندوه پس از زایمان روز دهم پس از زایمان با روز اول
$Z = -4/730$ $*p < 0.001$	$-3/59 \pm 1/79$	$-6/21 \pm 2/04$	تغییرات اندوه پس از زایمان روز چهاردهم پس از زایمان با روز اول
	$F = 82/81$ $p < 0.001$	$F^{\$} = 75/10$ $p < 0.001$	نتایج آزمون درون‌گروهی

* آزمون من ویتنی، ** آزمون تی مستقل، § آزمون فریدمن

بحث

حاضر، رایحه‌درمانی در ۲ نوبت و به‌مدت ۲ هفته ادامه یافت و سنجش اندوه در سه مقطع زمانی انجام گرفت، بدین‌ترتیب در مطالعه حاضر سنجش دقیق تغییرات اندوه را در دوره پس از زایمان انجام شد. در مطالعه شبیری و همکاران (۲۰۱۸) شروع مداخله در ۲۴-۱۲ ساعت اول پس از زایمان بود که تأثیر مثبتی بر کاهش اندوه پس از زایمان داشت (۲۵)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت. در مطالعه نیکومذهب و همکاران (۲۰۱۷) مصرف خوراکی کپسول روغن گل مغربی به‌مدت ۱۴ روز بر کاهش طول مدت اندوه پس از زایمان مؤثر بود و همانند مطالعه حاضر سنجش نمره اندوه پس از زایمان در سه مقطع زمانی روز چهارم، دهم و چهاردهم پس از مداخله انجام گرفته بود (۷) که همچون مطالعه حاضر، تأثیر مثبت استفاده از طب سنتی بر اندوه پس از زایمان را نشان می‌دهد.

در مطالعه دهکردی و همکاران (۲۰۲۲) آروماتراپی استنشاقی با اسانس گل محمدی ۱۰٪، تأثیر مثبتی با

در مطالعه حاضر، میانگین نمره اندوه پس از زایمان در روز چهارم، دهم و چهاردهم پس از مداخله در گروه مداخله نسبت به گروه دارونما کاهش معناداری یافت. در هر دو گروه، میانگین نمره اندوه پس از زایمان در روز چهارم پس از مداخله، بیشتر از روز دهم و چهاردهم بود. همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه ساعت‌ساز و همکاران (۲۰۱۱)، اوج میانگین نمره اندوه پس از زایمان در روز چهارم پس از زایمان گزارش شد (۳۲) که بیانگر اوج علائم اندوه در دوره پس از زایمان می‌باشد. در مطالعه ملاحیاتی و همکاران (۲۰۲۱) رایحه درمانی استنشاقی با حجم ۷ قطره از اسانس ترنج و اسانس اسطوخودوس تأثیر مثبتی بر کاهش اندوه پس از زایمان داشت (۸) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت، با این تفاوت که در مطالعه اینک، مصرف اسانس فقط یک نوبت و به‌مدت ۱ هفته و سنجش اندوه پس از زایمان یک نوبت در روز هفتم پس از رایحه درمانی بود، در حالی که در مطالعه

زمینه با سایر گروه‌ها مانند زنان چندزا و سنجش متغیرهای استرس و اضطراب و افسردگی پس از زایمان جهت تعیین اثربخشی این روش مفید باشد.

نتیجه‌گیری

رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی در کاهش آندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا مؤثر و ایمن بود. استفاده گسترده از روش رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی به‌منظور کاهش آندوه پس از زایمان در زنان نخست‌زا توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مامایی می‌باشد که در دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی مشهد با شماره ۴۰۰۲۱۴۳ به تصویب رسیده است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به‌خاطر تأمین مالی پژوهش حاضر و تمام مادرانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

حال روحی افراد داشت (۳۳). در مطالعه نیمه‌تجربی خلیلی و همکاران (۲۰۲۱) که با هدف "تعیین مقایسه تأثیر رایحه درمانی با اسانس گل محمدی و بهارنارنج بر اضطراب سالمندان" انجام شد، رایحه‌درمانی با اسانس گل محمدی، تأثیر مثبتی در بهبود اضطراب سالمندان داشت (۳۴). در مطالعه محمدی‌نسب و همکاران (۲۰۱۹) که با هدف بررسی تأثیر آروماتراپی با اسانس گل محمدی بر فشارخون بیماران مبتلا به هایپرتانسیون انجام شد، هیچ‌گونه عارضه جانبی مبنی بر استفاده از اسانس گل محمدی شرکت باریج اسانس کاشان گزارش نشد (۲۱). در مطالعه غلامی و همکاران (۲۰۱۹) استفاده از رایحه‌درمانی استنشاقی با اسانس گل-محمدی شرکت باریج اسانس کاشان همانند مطالعه حاضر عارضه‌ای گزارش نگردید (۳۵).

از محدودیت‌های اجرای این مطالعه، عدم کنترل اثر تجارب مختلف افراد در مواجهه با رایحه‌ها در گذشته و عدم کورسازی بود. از نقاط قوت مطالعه حاضر می‌توان به استفاده از گیاهان بومی ایران و شناخت اثرات آنها اشاره کرد. به‌نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های بیشتر در این

منابع

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dash JS, Hoffman BL, et al . Williams Obstetrics. 25nd ed. New York: McGraw-Hill; 2018.
2. Cox J. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. Archives of women's mental health 2017; 20:789-90.
3. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. Assessment 2012; 19(2):247-56.
4. Roozbahani S, Dolatian M, Mahmoodi Z, Zandifar A, Alavi Majd H. Postpartum Mental Health and its Relationship with Social-Structural Determinants of Health in Iran with the Approach of the World Health Organization Model: A Systematic Review. International Journal of Pediatrics 2021; 9(6):13703-29.
5. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D. The structure of women's mood in the early postpartum. Assessment 2012; 19(2):247-56.
6. Ministry of Health and Medical Education. National guide to providing midwifery and delivery services. Tehran: Charsohonar; 2020. Available from: https://vc-trethment.kums.ac.ir/kums_content/media/image/2016/10/92630_orig.pdf
7. Nikoomazhab S, Haghdoost MR, Honarmandpour A. The effect of evening primrose oil on duration of postpartum blues among primiparous women: a double-blind, randomized controlled clinical trial. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2017; 20(9):64-73.
8. Malahayati I. Aromaterapi Minyak Esensial Bergamot Menurunkan Resiko Postpartum Blues. Jurnal Penelitian Kesehatan" SUARA FORIKES" 2021; 12:99-103.
9. Fattah H, Vakilian K, Attarha M. The effect of rose water aromatherapy on breastfeeding women's sleep quality in early Puerperium period: A randomized clinical trial. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2021; 24(5):69-77.
10. Beihaghi M, Yousefzade S, Mazloom SR, Gharavi MM, Hamed SS. The Effect of Melissa Officinalis on Postpartum Blues in Women Undergoing Cesarean Section. Journal of Midwifery & Reproductive Health 2019; 7(2).
11. Koo M. A bibliometric analysis of two decades of aromatherapy research. BMC research notes 2017; 10(1):1-9.

12. Ozgoli G, Torkashvand S, Salehi Moghaddam F, Borumandnia N, Mojab F, Minooe S. Comparison of peppermint and clove essential oil aroma on pain intensity and anxiety at first stage of labor. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016; 19(21):1-11.
13. Ghiasi A, Bagheri L, Haseli A. A systematic review on the anxiolytic effect of aromatherapy during the first stage of labor. *Journal of caring sciences* 2019; 8(1):51.
14. Vaziri F, Shiravani M, Najib FS, Pourahmad S, Salehi A, Yazdanpanahi Z. Effect of lavender oil aroma in the early hours of postpartum period on maternal pains, fatigue, and mood: a randomized clinical trial. *International Journal of Preventive Medicine* 2017; 8.
15. Riahy S, Mousavi H. Aromatherapy and its usage in midwifery: A narrative review article. *Journal of Islamic and Iranian Traditional Medicine* 2020; 11(1):23-42.
16. Toluei Z, Arefi Tork Abadi M, Hosseini Tafreshi SA. Evaluation of morphological variation of different populations of Rosa damascena Mill. From Kashan and its correlation with essential oil content. *Journal of Plant Research (Iranian Journal of Biology)* 2020; 33(1):142-54.
17. Mohebitabar S, Shirazi M, Bioos S, Rahimi R, Malekshahi F, Nejatbakhsh F. Therapeutic efficacy of rose oil: A comprehensive review of clinical evidence. *Avicenna journal of phytomedicine* 2017; 7(3):206.
18. Davoodi K, Ghasemi Pirbalouti A, Malekpoor F. Phytochemical diversity of Rosa damascene Mill populations in the north of Chaharmahal and Bakhtiari province. *Journal of Medicinal Herbs* 2019; 10(2):57-63.
19. Setayeshvali pour N, Kheirkhah M, Neisani L, Haghani H. Comparison of the effects of aromatherapy with essential oils of damask rose and hot footbath on the first stage of labor anxiety in Nulliparous women. *CMJA* 2012; 2(2):126-34.
20. Abaszadeh B, Mavandi P, Mirza M. Dry matter and essential oil yield changes of *Lavandula officinalis* under cowmanure and vermicompost application. *Journal of Medicinal plants and By-product* 2016; 5(1):97-104.
21. Mohamadinasab S, Ravari A, Mirzaei T, Sayadi A. The Effect of Aromatherapy with Essential Rose Oils on Blood Pressure in Hypertensive Patients. *J Med Plants* 2019; 18(72):202-214.
22. Valipour N, Kheirkhah M, Neisani L, Haghani H. Comparison of the effects of aromatherapy with essential oils of damask rose and hot footbath on the first stage of labor anxiety in Nulliparous women. *CMJA* 2012; 2(2):126-34.
23. 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).
24. Sahebzamani M, Khanavi M, Majd HA, Mirkarimi S, Karimi M. The effect of inhaled aromatherapy on anxiety and depression of female students living in the dormitory complex of Tehran University of Medical Sciences. *J Islam Azad Univ* 2010; 20(3):175-81.
25. Shobeiri F, Hajian S, Masoumi SZ, Soltanian A. The Effect of Kangaroo Mother Care Counseling on Postpartum Blues, a Randomized Clinical Trial. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care (Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty)* 2018; 26(2):113-9.
26. Kariman N, Karimi S, Shiadeh MN, Shams J, Nasiri N. The relation between maternity blues and postpartum anxiety among Iranian pregnant women. *Biosciences Biotechnology Research Asia* 2016; 13(1):429-34.
27. Badiee Z, Faramarzi S, MiriZadeh T. The effect of kangaroo mother care on mental health of mothers with low birth weight infants. *Advanced biomedical research* 2014; 3.
28. Pusswald G, Auff E, Lehrner J. Development of a brief self-report inventory to measure olfactory dysfunction and quality of life in patients with problems with the sense of smell. *Chemosensory Perception* 2012; 5:292-9.
29. Heydarali H, Livarjani S. Investigating the validity, validity and standardization of SSQ social support questionnaire for high school students. *Scientific journal of education and evaluation (quarterly)* 2008; 1(1):147-62.
30. Barkhori H, Refahi J, Farahbakhsh K. The effectiveness of group positive thinking skills training on achievement motivation, self-esteem and happiness of first grade male students. *A New Approach in Educational Management* 2009; 2(5):131-144.
31. Adaryani MR, Ahmadi FA, Fatehi AR, Mohammadi E, Zadeh SF. The effect of changing position on patients' Fatigue and satisfaction after coronary angiography. *Iran Journal of Nursing* 2007; 19(48):25-35.
32. Saatsaz S, Rezaei R, Sharifnia H, Kheirkhah F, Mouloukzadeh S, Haji Hosseini F. Effect of mother and newborn skin to skin contact on postpartum blues. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2011; 13(3):59-6
33. Madadkar Dehkordi S. Effect of Aromatherapy With Rosemary Essential Oil on Preoperative Anxiety, Stress, Depression and Physiological Parameters in Candidates For General Surgery: A Clinical Trial. *CMJA* 2022; 12(2):148-59.
34. Khalili Z, Taraghi Z, Ilali ES. The effect of damask rose and orange blossom on anxiety in older adults. *Complementary Medicine Journal* 2021; 11(1):20-9.
35. Gholami M, Teymouri F, Farsi Z, Rajai N. The effect of aromatherapy with essential oil of damascena on the anxiety of nurses working in the emergency department of the selected hospital of AJA University of Medical Sciences. *Military Caring Sciences Journal* 2019; 5(4):282-91.