تأثیر آروماتراپی ماساژی با لاواند بر شدت درد فاز فعال زایمان زنان نخست‌زا

لیلا محمدخانی شهری[1]*، زهرا عباسپور[2]، نسرین عاقل[3]، هنگامه محمدخانی شهری[4]

۱- مربی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، گروه مامایی، کرج
۲- مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات گیاهان دارویی، گروه فارماکوگنوزی، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز
٤- پزشک عمومی، دکترای حرفه‌ای، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران، تهران
*آدرس مکاتبه: کرج، انتهای رجایی‌شهر، تقاطع بلوار شهید مؤذن و استقلال
تلفن و نمابر: ٤٤٠٣٢٥١ (٠٢٦٣)
پست الکترونیک: l.mohamadkhani@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۱/۳۰ **تاریخ تصویب:** ۹۰/۷/۹

چکیده

مقدمه: درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان در طی زندگی خود تجربه می‌کنند. امروزه اقدامات دارویی جهت کاهش درد لیبر معمولاً مؤثرتر از اقدامات غیردارویی می‌باشد. ولی اکثراً گران و دارای اثراتی مضر هستند. از روش‌های غیردارویی تسکین درد، آروماتراپی (رایحه درمانی) با اسانس لاواند است.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آروماتراپی ماساژی با لاواند بر شدت درد فازفعال زایمان زنان نخست‌زا می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک سوکور در زنان باردار ترم مراجعه کننده به زایشگاه مهدیه تهران در سال ۸۷ – ۸٦ بوده است که جهت زایمان واژینال مراجعه کرده بودند. ۹۰ نفر به سه گروه ماساژ، ماساژ با روغن بادام و ماساژ با اسانس لاواند تقسیم شدند و ماساژ پشت به طریقه افلوراج به مدت ۲۰ دقیقه در سه دیلاتاسیون انجام شد. شدت درد قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله با مقیاس VAS سنجیده شد. سپس داده‌ها با آزمون‌های تی زوجی، مجذور کای، آنوا و تست تعقیبی post hoc آنالیز شدند.

نتایج: آروماتراپی ماساژی با لاواند به صورت بارز و چشمگیر شدت درد فاز فعال زایمان را کاهش داده به طوری که میانگین شدت درد از (۱/٦۳ ± ٦/٦٥) قبل از مداخله به (۱/٥۰ ± ٤/۷۸) بعد از مداخله کاهش یافته است (p=۰/۰۰۰۱) و همچنین آروماتراپی در مقایسه با دو گروه دیگر مطالعه شدت درد فاز فعال زایمان بعد از مداخله را کاهش داده است (p=۰/۰۰۱) و سبب رضایت‌مندی زائو از زایمان شده است (p =۰/۰۱٤).

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤثر بودن ماساژ به ویژه ماساژ با لاواند و رضایت بیماران از آروماتراپی ماساژی می‌توان در تسکین درد زایمان و رضایت‌مندی زائو آن را استفاده نمود؛ تا ضمن ایجاد خاطره خوش از زایمان، از میزان سزارین انتخابی به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی و همچنین هزینه‌های بالای آن در سیستم درمانی اجتناب نمود.

گل‌واژگان: آروماتراپی ماساژی، لاواند، درد زایمان

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

مقدمه

درد پدیده‌ای شایع و از اجزای اجتناب‌ناپذیر فرآیند زایمان است. بنا به تعریف انجمن بین‌المللی درد، درد احساس ناخوشایند و تجربه‌ای ذهنی – عاطفی است که با آسیب بافتی همراه می‌باشد [۱]. البته درد بیش از حد، منجر به تشدید ترس و اضطراب مادر در هنگام زایمان و تحریک سیستم اعصاب سمپاتیک و در نتیجه افزایش ترشح کاتکولامین‌هایی مانند اپی‌نفرین و نور اپی‌نفرین خواهد شد که در نتیجه‌ی آن درد بیشتر، طولانی شدن مرحله اول و دوم لیبر و عدم رضایت از تجربه زایمان خواهد بود [۲]. نکته حائز اهمیت آن است که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، ۷۱ درصد مادران به دلیل ترس از درد زایمان متقاضی سزارین انتخابی شده‌اند. که این عمل به نوبه‌ی خود عوارض برای مادر و جنین در پی دارد [۳،٤]. لذا هدف همه واحدهای مراقبتی زایمان کاهش این درد و تبدیل زایمان به یک تجربه خوشایند با حداقل درد ممکن است [۵]. امروزه جهت رهایی از درد زایمان از روش‌های دارویی و غیردارویی متعددی استفاده می‌شود. به دلیل عوارض بالقوه استفاده از ضددردها و عوامل آناستتیک بر روی مادران و جنین‌ها، استفاده از آنها برای اداره درد نباید انتخاب اول باشد [٦،۷]. شیوه‌های غیردارویی به دلیل ارزانی، سادگی اجرا، غیرتهاجمی بودن، ایجاد اعتماد به نفس، مشارکت مددجویان، عدم تداخل در مسیر زایمان، نداشتن عوارض جانبی و خوشایند بودن برای مادر و جنین بر روش‌های دارویی برتری دارند [۸،۹]. یکی از روش‌های غیردارویی تسکین درد استفاده از آروماتراپی است. آروماتراپی یا رایحه درمانی به استفاده از روغن‌های فرار یا آرومای استخراج شده از گیاهان معطر برای اهداف درمانی گفته می‌شود و از طریق ماساژ، استشمام و استنشاق اجرا می‌شود [۱۰]. یکی از روغن‌های فرار معطر گیاهی که در آروماتراپی کاربرد زیادی دارد، روغن گرفته شده از گیاه لاواند می‌باشد. این گیاه متعلق به تیره نعنائیان است و دارای خواص بی‌دردی، ضدباکتریایی، ضدقارچی، ضدنفخ و شل‌کنندگی عضلات می‌باشد. مکانیسم دقیق عملکرد نورولوژیکی لاواند به طور کامل مشخص نشده است، اما ممکن است اثراتی مشابه با بنزودیازپین‌ها داشته و اثرات گاما آمینوبوتریک اسید را افزایش دهد [۱۱،۱۲]. تحقیقاتی که تاکنون در زمینه مشخص شدن تأثیر آروماتراپی بر کاهش درد بیماران صورت گرفته است دارای نتایج ضد و نقیض فراوانی می‌باشد. برنز (Burns) همکاران در سال (۲۰۰۷) در تحقیقی نشان دادند که آروماتراپی با لاواند سبب کاهش درد، ترس و اضطراب در طی لیبر می‌شود [۱۳]. همچنین در (فوریه ۲۰۰۰) در تحقیقی دیگر بیان نمودند که آروماتراپی بر روی کاهش واضح درد در طول لیبر و کاهش میزان سزارین تأثیر اندکی دارد؛ اما تأیید می‌کنند که روی میزان اضطراب و ترس زنان در طی لیبر مؤثر است و به صورت واضحی استفاده از داروهای مخدر را کاهش می‌دهد [١٤]. در تأیید این مطلب سبحانی و همکاران نیز در سال ١٣٨٦، در تحقیقی بیان نمودند که لینالیل‌استات موجود در لاواند به عنوان ماده‌ای ضددرد سبب کاهش نیاز به داروهای کاهنده درد می‌شود [١٥]. همچنان‌که دقیق بین در سال ١٣٨٦، در تحقیقی بیان نمود که کرم لاواند در مقایسه با عسل بر کاهش شدت درد پرینه و بهبودی زخم اپی زیاتومی تأثیر به سزایی دارد که با توجه به خواص موجود در آرومای لاواند، کرم لاواند دارای عملکردی نارکوتیک و سداتیو می‌باشد و این عملکرد توجیه کننده مصرف این گیاه به عنوان یک تسکین بخش به شکل سنتی می‌باشد و مادران استفاده از آن را یک تجربه خوشایند در زایمان می‌دانند [۱۱]. این در حالی است که بررسی‌ها نشان می‌دهد که روند انجام سزارین در کشور رو به رشد می‌باشد و طبق بررسی‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ٨٤ نزدیک ٤٠/٦ درصد از زایمان‌ها در کشور به طریق سزارین انجام شده است [١٦]. که این میزان ٤ – ٣ برابر میزان مورد قبول سازمان جهانی بهداشت می‌باشد [۱۷]. پس بنا بر اهمیت موضوع که در سال‌های اخیر به رضایتمندی و خوشایندکردن تجربه زایمان توجه زیادی معطوف شده است و برنامه توسعه بهداشت که انجام زایمان طبیعی را یک الویت اعلام می‌نماید، لذا، با توجه به عدم وجود

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

تحقیقی مبنی بر اثربخشی آروماتراپی با لاواند بر شدت درد زایمان در ایران تا زمان انجام پژوهش حاضر و به علت ناکافی بودن اجرای روش‌های غیردارویی کاهش درد در کشور ما و توجه به رشد رو به افزایش سزارین انتخابی با تمایل مادران و بدون اندیکاسیون طبی، که اغلب به دلیل ترس و اضطراب ناشی از درد زایمان می‌باشد [۳،٤]، پژوهشگر بر آن شد به عنوان راهکار عملی جهت کنترل دردهای زایمانی به روش غیردارویی به بررسی تأثیر آروماتراپی ماساژی با لاواند بر شدت درد فاز فعال زایمان در مرکز آموزشی، درمانی مهدیه تهران بپردازد.

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی یک سوکور بود که پس از کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز با شماره ثبت ۲۹۵٤/د/۸/۲۰/پ بر روی ۹۰ نفر از زنان باردار ترم مراجعه کننده به مرکز آموزشی، درمانی مهدیه تهران که از اسفند ۱۳۸٦/۱۲/۱ تا ۱۳۸۷/۳/۳۱ جهت زایمان واژینال مراجعه نمودند، انجام شد. معیارهای پذیرش نمونه در این مطالعه شامل: سن بین ۳۵ – ۱۸، سن حاملگی بین ٤۲ – ۳۷، پرزانتاسیون سفالیک، حاملگی تک قلو، دیلاتاسیون ٤ سانتی‌متر و انقباضات رحمی به مدت ۳۰ ثانیه و ۳ انقباض در ۱۰ دقیقه، نژاد ایرانی، حاملگی کم خطر (عدم پارگی بیش از ٦ ساعت کیسه آب، زایمان زودرس، عدم وجود خونریزی سه ماهه سوم و اختلال رشد داخل رحمی جنین)، سطح تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی، ۲٦/٤ >BMI> ۱۹/۸، رضایت کتبی فرد برای ورود به طرح بود. بیماران در صورت داشتن معیارهای زیر از پژوهش حذف می‌شدند: ورزشکار بودن، اعتیاد به مواد مخدر (الکل و سیگار)، دریافت داروهای ضددرد طی ۳ ساعت قبل از شروع و حین مطالعه، استفاده از داروهای آرامبخش و مخدر، سابقه نازایی، سابقه اگزما و آلرژی نسبت به گیاهان و استفاده از اکسی توسین جهت القاء و تسریع زایمان. روش گردآوری داده‌ها بر پایه مصاحبه، معاینه و مشاهده مستقیم استوار می‌باشد. ابزار پژوهش شامل فرم اطلاعات دموگرافیک (تاریخ آخرین قاعدگی، سن، شاخص توده بدنی، محل سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی)، فرم مشاهده و معاینه (حاوی اطلاعات مربوط به حاملگی فعلی، نتایج معاینات لگنی در زمان پذیرش زائو، قبل از مداخله و بعد از مداخله، بررسی علایم حیاتی، اطلاعات مربوط به نوع زایمان، وزن و آپگار نوزاد)، فرم مقیاس درجه‌بندی عددی (VAS) جهت سنجش شدت درد و پرسشنامه رضایت‌سنجی بوده است. جهت تعیین روایی فرم اطلاعاتی و چک لیست مشاهده، معاینه و پرسشنامه رضایت‌سنجی از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که با استفاده از کتب، مقالات و منابع علمی، فرم ثبت اطلاعات تدوین شد و با نظرخواهی از ده تن از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، روایی آن بررسی و اصلاحات لازم انجام گرفت. برای تعیین پایایی آنها از روش پایایی هم‌ارز استفاده شد، بدین ترتیب که در مطالعه پایلوت، فرم‌های مذکور در مورد ۱۵ نفر از زائوهای واجد شرایط پژوهش توسط پژوهشگر و مامای مسؤول زایشگاه (کمک پژوهشگر) به طور جداگانه تکمیل شد و پایایی فرم اطلاعاتی با r=۰/۹۳ و فرم مشاهده با r=۰/۹٦ و پرسشنامه رضایت‌سنجی با r=۰/۸۹ تعیین شد. ابزار سنجش میزان درد، مقیاس تطابق دیداری بوده است. این مقیاس نوار کاغذی ۱۰۰ میلی‌متری است که عدد صفر در این نوار نشانه کم‌ترین درد و عدد ۱۰۰ نشان‌دهنده بیشترین درد است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مقیاس درجه‌بندی عددی برای سنجش شدت درد دارای اعتبار خوبی است و در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است [۱۸،۱۹]. به عقیده وال و ملزاک، مقیاس درجه‌بندی عددی مقیاسی معتبر و پایا است [۲۰]. پایایی مقیاس تطابق دیداری هم به روش پایایی هم ارز تعیین شد. بدین صورت که در مطالعه پایلوت، شدت درد ۱۵ نفر از مادران یک بار توسط پژوهشگر و یک بار توسط کمک پژوهشگر با استفاده از مقیاس مذکور اندازه‌گیری شد و همبستگی بین آنها با ۰/۹۱ برای سنجش درد محاسبه شد.

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

نمونه‌های واجد شرایط پس از اخذ رضایت‌نامه به صورت در دسترس انتخاب شدند و از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده در سه گروه قرار گرفتند. با توجه به اینکه اسانس لاواند یک روغن فرار می‌باشد و با بررسی مطالعات قبلی و منابع مربوطه حلال آن همیشه روغن بادام بوده است نمونه‌ها در سه گروه ماساژ بدون اسطوخودوس، ماساژ با ۱۵ میلی‌لیتر روغن بادام تلخ و آروماتراپی ماساژی با ۲ قطره لاواند محلول در ۵۰ میلی‌لیتر روغن بادام قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری بدین ترتیب بود که با توجه به حجم نمونه ۹۰ پاکت درون یک جعبه قرار داده شد، درون هر کدام از این پاکت‌ها یک کارت وجود داشت که بر روی آن نوشته شده بود فرد جزء کدام گروه است. درب پاکت‌ها بسته بود و پژوهشگر تا قبل از انتخاب کارت توسط فرد نمی‌توانست پیشگویی نماید که وی در کدام گروه قرار می‌گیرد. جهت محاسبه حجم نمونه ابتدا یک مطالعه پایلوت (مقدماتی) با حجم نمونه ۱۵ نفر انجام شد که با توجه به داده‌های به دست آمده از فرمول مقایسه بین دو میانگین و با نظر مشاور آماری مطالعه حجم نمونه با میزان اطمینان ۹۵ برای هر گروه حداقل ۲۳ نفر از جامعه پژوهش تعیین شد. که جهت جبران ریزش احتمالی نمونه‌ها در هر گروه ۷ نفر اضافه شد و در نهایت ۳۰ نفر در هر گروه مورد بررسی قرار گرفتند.

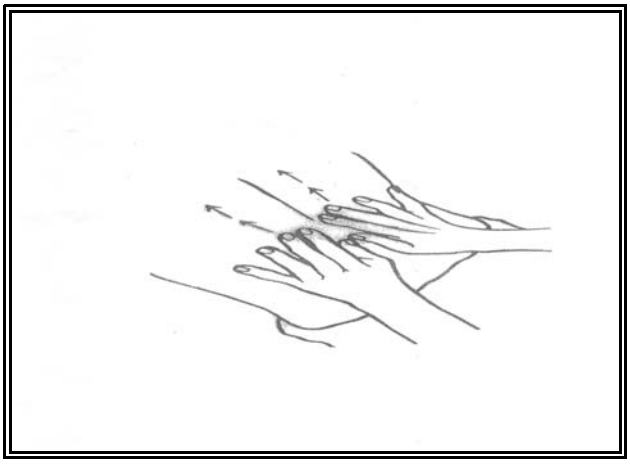
$$n = \frac{(z_{1-a/2} + z_{1-b})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{(1/96+1/28)^2 (2^2+2^2)}{(1/96)2} = 84/3/61 = 23$$

نمونه‌گیری به صورت همزمان بر روی دو یا سه نفر انجام نمی‌شد و هر بار فقط یک نمونه تحت کنترل پژوهشگر قرار می‌گرفت (یک سوکور). پژوهشگر هر روز قبل از شروع به کار از پایایی وزنه و دستگاه فشار خون مطمئن شده بود و پس از انتخاب اولیه نمونه (با توجه به شرایط پذیرش) در مورد خط‌کش درد خطی بصری و نحوه انجام ماساژ در هر سه گروه آموزش و اطلاعات لازم ارایه شد. در این پژوهش ماساژ به صورت افلوراج (مالش) به آرامی و با فشار متوسط به طور ریتمیک انجام شد (تصویر شماره ۱). برای انجام ماساژ نمونه‌های واجد شرایط در پوزیشن لترال (نیمه دمر) و پژوهشگر در حالت ایستاده یا نشسته قرار می‌گرفت و ماساژ سرتاسر پشت داده می‌شد (تصویر شماره ۲). در مرحله اول زایمان، هر یک ساعت معاینه واژینال جهت تعیین افاسمان و دیلاتاسیون انجام شد. ماساژ طی سه مرحله، دیلاتاسیون ۵ – ٤ سانتی‌متر، دیلاتاسیون ۷ – ٦ سانتی‌متر و دیلاتاسیون ۱۰ – ۸ سانتی‌متر انجام شد. این ماساژها به مدت ۲۰ دقیقه (در حین انقباضات و فواصل بین آن) انجام شد. مقیاس دیداری در دیلاتاسیون ۵ – ٤ و ۷ – ٦ و ۱۰ – ۸ سانتی‌متر قبل از مداخله و بلافاصله پس از مداخله (در حین انقباضات) مجموعاً ٦ بار در بین انقباضات توسط کمک پژوهشگر تکمیل شده و در نهایت میزان رضایت از زایمان توسط پرسشنامه رضایت‌سنجی، زمانی که زائو آمادگی داشت، حدود ۱ الی ۲ ساعت بعد از زایمان توسط کمک پژوهشگر تکمیل می‌شد که جهت تعیین میزان رضایت از زایمان، از طریق سنجیدن واکنش واحدهای پژوهش نسبت به مداخله، تمایل به استفاده مجدد از این روش، نظر مادران در مورد استفاده از این روش برای کلیه زنان و همچنین راضی بودن از این روش، مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از پایان نمونه‌گیری داده‌ها به وسیله نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ١٦ آنالیز شدند. در این مطالعه آمارهای توصیفی مورد استفاده شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار بود و به منظور بررسی همسانی متغیرهای دموگرافیک و اطلاعات مربوط به مشاهده و معاینه از آزمون آماری مجذور کای و آنوا استفاده شد. همچنین برای مقایسه میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در دیلاتاسیون‌های مختلف به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تی زوجی و جهت مقایسه میانگین شدت درد بعد از مداخله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری آنوا استفاده شد و از آن جایی‌که اختلاف بین گروه‌ها معنی‌دار بود آزمون تعقیبی post hoc جهت مقایسه دو به دو در گروه‌ها انجام گرفت.

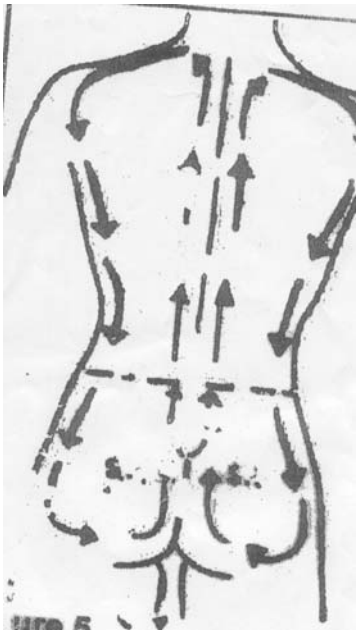
[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]



تصویر شماره ۱- نحوه انجام ماساژ به طریقه افلوراج

در طی افلوراج فشار آرام بر پوست وارد شده و این فشار به میزان متوسط به لایه زیرجلدی منتقل می‌شود. فشار در طی این روش آنقدر عمیق نیست که نسوج زیرین را تحت تأثیر قرار دهد. کیفیت فشار، سرعت و ریتم آن ممکن است باعث ایجاد اثرات مختلفی بشود. برای مثال وقتی افلوراج با فشار متوسط، آهسته و آرام در پشت انجام شود، می‌تواند سیستم پاراسمپاتیک را تحریک نماید و پاسخ آرام‌سازی ایجاد شود و وقتی فشار متوسط تا عمیق باشد می‌تواند باعث افزایش بازگشت وریدی در اندام‌ها شود [۲۱،۲۲].



تصویر شماره ۲- آروماتراپی ماساژی سر تا سر پشت

در تصویر فوق ماساژدهنده ماساژ سرتاسر پشت به طریقه افلوراج را تا بالای ناحیه پشت درطرفین ستون فقرات و اطراف شانه‌ها و سپس به طرف پایین تا نقطه شروع ماساژ ادامه می‌دهد.

نتایج

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که هر سه گروه از نظر خصوصیات فردی و اطلاعات مربوط به معاینه و مشاهده همگون بوده و از نظر آماری اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول شماره ۱). مقایسه میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در مراحل مختلف دیلاتاسیونی (۵ – ٤ سانتی‌متر) و (۷ – ٦ سانتی‌متر) و (۱۰ – ۸ سانتی‌متر) به تفکیک گروه‌های مطالعه انجام شد و نتایج با استفاده از آزمون آماری تی زوجی

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

نشان دادند که شدت درد در گروه ماساژ با (p = ۰/۰۵) و در گروه روغن بادام با (p= ۰/۰۰۱) و در گروه آروماتراپی با (p=۰/۰۰۰۱) اختلاف معنی‌داری داشتند.

میانگین شدت درد فاز فعال زایمان قبل و بعد از مداخله نشان داده شده است. میانگین شدت درد قبل از مداخله در گروه آروماتراپی ماساژی (۱/۶۳ ± ٦/٦٥) بوده است که بعد از مداخله به (۱/۵۰ ± ٤/٧٨) رسیده است و نتایج حاکی از آن است که در هر سه گروه شدت درد بعد از مداخله کاهش یافته است، اما در گروه آروماتراپی ماساژی با لاواند این کاهش بسیار چشمگیرتر بوده است (p=۰/۰۰۰۱). همچنین مقایسه میانگین شدت درد فاز فعال زایمان بعد از مداخله در هر سه گروه با توجه به آزمون آماری آنوا اختلاف آماری معنی‌دار بین گروه آروماتراپی با دو گروه دیگر مطالعه نشان می‌دهد که ناشی از تأثیر آروماتراپی بر کاهش شدت درد می‌باشد (p=۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲).

تست تعقیبی post hoc جهت مقایسه دو به دو در گروه‌های مورد مطالعه انجام شد و نتایج حاکی از آن است که گروه ماساژ با گروه ماساژ با روغن بادام اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند (p=۰/۹۸) ولی گروه آروماتراپی با گروه ماساژ با (p=۰/۰۰۵) و با گروه ماساژ با روغن بادام با (p=۰/۰۰٦) اختلاف معنی‌دار آماری داشتند. رضایت‌مندی افراد از شیوه و نوع ماساژ درهر سه گروه در جدول شماره ۳ با (p =۰/۰۱٤) نشان داده شده است.

جدول شماره ۱- مقایسه میانگین سن و شاخص توده بدنی به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

گروه‌ها / مشخصات دموگرافیک	ماساژ	ماساژ با روغن بادام	آروماتراپی ماساژی بالاواند	P
سن	۲٦/٦٦ ± ۳/٦۷	۲۱/۹٦ ± ۳/۰۲	۲۲/٦۳ ± ۳/٤۸	۰/٦۷
شاخص توده بدنی	۲۲/۳۹ ± ۲/۵۰	۲۲/۰٤ ± ۲ /٦	۲۲/٤٤ ± ۲/۵۵	۰/٦٦

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین شدت درد فاز فعال زایمان قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

شدت درد قبل و بعد از مداخله / گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار					
	ماساژ	P	ماساژ با روغن بادام	P	آروماتراپی ماساژی با لاواند	P
شدت درد قبل از مداخله	٦/٥٢ ± ۱/٦۵	P=۰/۰۲	٦/٥٢ ± ۱/۸۵	P=۰/۰۰۱	٦/٦۵ ± ۱/٦۳	P=۰/۰۰۰۱
شدت درد بعد از مداخله	٦/۱٤ ± ۱/٥٢		٦/۰۸ ± ۱/٦۵		٤/۷۸ ± ۱/۵۰	

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی نسبی و مطلق رضایتمندی افراد از شیوه و نوع ماساژ به تفکیک گروه‌های موردمطالعه

گروه‌ها / رضایت نمونه‌ها	ماساژ		ماساژ با روغن بادام		آروماتراپی ماساژی با لاواند	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کاملاً راضی	۱۸	٦۰	۱۸	٦۰	۲۷	۹۰
راضی	۱۲	٤۰	۱۲	٤۰	۳	۱۰
جمع	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰
p			۰/۰۱٤			

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که نمره شدت درد فاز فعال زایمان در گروه آروماتراپی ماساژی با لاواند کاهش یافته و اختلاف معنی‌دار آماری در گروه آروماتراپی نسبت به گروه‌های ماساژ بدون لاواند وماساژ با روغن بادام مشاهده شد. در تأیید این مطلب برنز در سال (۲۰۰۷) بیان نمود که لاواند بیشترین روغن مورد استفاده بیماران در ٤٥ درصد موارد و کاهش درد بیشترین دلیل استفاده از آروماتراپی در ۳۸ درصد موارد بود. نتایج مطالعه نشان داد که آروماتراپی در کاهش ترس و درد در طی لیبر مؤثر است (p=۰/۰۰۱) [۱۳] که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین تجزیه تحلیل داده‌ها نشان داد که ماساژ بر شدت درد فاز فعال زایمان مؤثر است در راستای این مطلب چانگ در مطالعه خود گزارش نمود که ماساژ مداخله مؤثری بر کاهش درد در طی لیبر است [۲۳]. علی‌رغم انجام ماساژ در قسمت‌های مختلف و تکنیک‌های متفاوت در این مطالعه و مطالعه حاضر نتایج با یکدیگر همخوانی دارد. این در حالی است که کاهش میانگین شدت درد، قبل و بعد از مداخله در گروه ماساژ با روغن بادام احتمالاً به دلیل تأثیر ماساژ می‌باشد؛ چرا که روغن بادام به عنوان یک روغن پایه عمل می‌کند و در اکثر مواقع حلال اسانس لاواند می‌باشد و در کاهش شدت درد تأثیری ندارد. در تأیید این مطلب هان در سال (۲۰۰٦) گزارش نمود که آروماتراپی ماساژی با لاواند به طور معنی‌داری کرامپ‌های قاعدگی را کاهش می‌دهد، در این مطالعه واحدهای پژوهش به سه گروه آروماتراپی با لاواند و گروه کنترل و گروه ماساژ با روغن بادام تقسیم شدند که اختلاف معنی‌دار آماری در گروه آروماتراپی با لاواند نسبت به گروه‌های ماساژ بدون لاواند و ماساژ با روغن بادام مشاهده شد (p =۰/۰۰٦) [۲٤].

دال در سال (۱۹۹٤) در تحقیقی نشان داد که استفاده از اسانس لاواند سبب کاهش درد پرینه در ده روز اول بعد از زایمان نمی‌شود اما نتایج مطالعه حاکی از رضایت اغلب مادران از به کارگیری اسانس لاواند بود (p = ۰/۰۰۱) [۲۵]. مطالعه دال با نتایج حاضر ازاین پژوهش همخوانی ندارد و احتمالاً به سبب اینکه پیامدها در مطالعاتی که ذکر شد متفاوت بوده و ماهیت درد اپی زیاتومی با درد مرحله اول زایمان متفاوت است، نتایج متفاوت می‌باشد.

مکانیسم دقیق چگونگی اثر گذاری آروماتراپی بر کاهش شدت درد مشخص نشده است. از نظر علمی این نظریه مطرح است که آروماتراپی از دو طریق فیزیولوژیک و سایکولوژیک می‌تواند تأثیرگذار 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 نوروترانسمیترهای متفاوتی آزاد می‌کنند. این نوروترانسمیترها شامل آنکفالین، آندورفین، نورآدرنالین و سروتونین می‌باشند. از طرفی با توجه به ارتباط حس بویایی با روح و احساسات انسان، آروماها می‌توانند بر جسم و روح انسان‌ها توأماً تأثیر بگذارند. درواقع بوها قادر به تغییر احساس در انسان‌ها می‌باشند [۲٦]. همچنان که تیران و چومون بیان

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

می‌کنند که آروماتراپی باعث ریلاکسشن و برانگیختن خواب می‌شود و ترشح آندورفین را افزایش می‌دهد، بنابراین توانایی مادر در کنار آمدن با محرک دردناک را افزایش می‌دهد [۲۷]. در مورد خواص موجود در آرومای لاواند، رمی و همکارانش در سال ۲۰۰۰ در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که لینالول موجود در لاواند موجب مهار آزاد شدن استیل کولین و تغییر عملکرد کانال یونی در محل اتصال نوروماسکولار می‌شود و با توجه به اینکه لینالیل استات دارای عملکردی نارکوتیک بوده و لینالول نیز به عنوان یک سداتیو عمل می‌کند این عملکرد توجیه کننده مصرف این گیاه به عنوان یک تسکین بخش به شکل سنتی می‌باشد واز آنجایی‌که ماساژ جذب روغن فرار را از پوست تسهیل می‌کند. لینالول و لینالیل استات به سرعت از راه ماساژ پوستی جذب شده (در عرض ۵ دقیقه) و غلظت پلاسمایی آن پس از ۱۹ دقیقه به حداکثر می‌رسد و در عرض ۹۰ دقیقه اثر آن از بین می‌رود [۲۸]. در تأیید این مطلب برنز در (آوریل۲۰۰۰) نیز بیان نمود که آروماتراپی جهت کاهش درد، تهوع و استفراغ وتقویت انقباضات رحمی در لیبر استفاده می‌شود [۲۹] که پژوهش حاضر با مطالعه برنز همسو می‌باشد (جدول شماره ۲). نتایج حاصل از مطالعه برنز و همکاران در (فوریه ۲۰۰۰) نشان داد که آروماتراپی بر روی کاهش واضح درد در طول لیبر و کاهش میزان سزارین تأثیر اندکی دارد؛ اما تأیید می‌کند که آروماتراپی روی میزان اضطراب و ترس زنان در طی لیبر مؤثر است و به صورت واضحی استفاده از داروهای مخدر را کاهش می‌دهد [۱٤]. مطالعه برنز با نتایج حاضر از این پژوهش همخوانی ندارد که شاید به علت مشخص نشدن طریقه و شیوه استعمال اسانس و همچنین مکان استعمال آن باشد؛ از طرفی علت دیگر عدم همخوانی ممکن است ناشی از تأثیر متغیر سن باشد به طوری که هانفر سن مادر را از عوامل مؤثر در درد زایمان عنوان می‌نماید [۳۰]. در مطالعه حاضر مادران با متوسط سن ۲۳/۷۵ سال در مطالعه شرکت کردند در حالی که در مطالعه برنز مادران با متوسط سن ۲۹ سال در مطالعه شرکت نمودند (جدول شماره ۱). در سال ۱۳۸۲ در مطالعه دیگری در رشت تأثیر اسانس لاواند در تسکین درد سزارین بررسی شد و نتایج حاکی از مؤثر بودن اسانس لاواند در تسکین درد پس از سزارین و رضایت بالای بیماران در گروه آزمون بود (p= ۰/۰۰۱) [۱۵]. در خاتمه بررسی، از بیماران در مورد میزان رضایت شان از درمان پرسیده شد که حاکی از رضایت مطلوب‌تر در گروه آروماتراپی بود (جدول شماره ۳).

رسن (Rosen) در مطالعه مروری خود ذکر کرده است که میزان رضایت از زایمان با کاهش میزان درد و فقدان عوارض جانبی طاقت فرسا رابطه مستقیم داشته است. او تأکید نموده که میزان رضایت با کاهش درد در تمام مطالعات رابطه مستقیم داشته است. در پژوهش حاضر نیز به نظر می‌رسد افزایش میزان رضایت در گروه مداخله با کاهش میزان درد زایمان زائو ارتباط مستقیم داشته است [۳۱]. در تأیید این مطلب مطالعه سبحانی و مطالعه دال حاکی از رضایت بسیار زیاد افراد پژوهش از آروماتراپی با لاواند می‌باشد (p = ۰/۰۰۱) [۱۵،۲۵]. همچنین یافته جانبی مطالعه حاضر نشان داد که نظرات نمونه‌ها در خصوص شیوه و نوع انجام ماساژ حاکی از آن است که ۹۵ درصد زائوها در هر سه گروه تمایل به ادامه ماساژ در همین زایمان را داشتند و ۱۰۰ درصد زائوها تمایل به انجام ماساژ در زایمان بعدی داشتند و ۹٦/۷ درصد زائوها این روش را به دوستان خود پیشنهاد می‌نمایند که بر اساس آزمون آماری مجذور کای اختلاف آماری معنی‌داری بین سه گروه وجود نداشت (p =۰/٦٦). شواهد معتبر نشان می‌دهد که آروماتراپی یک فرایند مراقبتی ارزان قیمتی است و اثرات زیان‌آوری در استفاده از روغن‌ها روی پیامدهای مادری و نوزادی دیده نشده است [۱۳]. سردرد، خستگی، سرگیجه، سرخوشی و دپرسیون عصبی ممکن است به دنبال رایحه درمانی رخ دهد و همچنین لاواند با الکل، آنتی هیستامین، مخدرها و آرام‌بخش‌ها تداخل دارویی دارد [۳۲،۳۳].

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد که آروماتراپی ماساژی با لاواند باعث کاهش شدت درد زایمان

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]

[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

می‌شود. بنابراین با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر، برای کاهش آمار فزاینده سزارین در کشورمان، که طبق آمار وزارت بهداشت عمدتاً به دلیل ترس از زایمان طبیعی است، می‌توان از آروماتراپی ماساژی با لاواند بهره گرفت و این روش را در برنامه‌های آموزش دانشجویان مامایی قرار داد، همچنین در کلاس‌های آموزشی دوران بارداری نیز می‌توان این روش را به مددجویان و همراهان آنها آموخت. اما لازم است مطالعات بیشتری در زمینه ایمن بودن و کیفیت روغن‌های خاص بر روی بیماران مختلف انجام شود. از محدودیت پژوهش حاضر این است که نظرات واحدهای پژوهش درخصوص عوارض احتمالی مداخلات در پرسشنامه ثبت نشده است. از الگوی موفقی که از این مطالعه در زمینه مامایی به دست آمده پیشنهاد می‌کند که در دیگر دردهای سایر نقاط بدن هم آروماتراپی انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز به شماره ثبت ۲۹۵٤/د/۸/۲۰/پ می‌باشد. پژوهش حاضر در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT201110057727N1 ثبت شده است. بدین‌وسیله از کلیه کسانی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند به خصوص معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و پرسنل محترم لیبر بیمارستان مهدیه تهران کمال قدردانی و تشکر را می‌نماییم.

منابع

1. Mckinney Es. Maternal Child Nursing. st louis: mosby; 2005.

2. Sercekus P, Okumus H.Fears associated with child birthing among nulliparous women in Turkey. *J. Midwifery* 2007; 25: 155 - 62.

3. Alimohammadeyan M, Shareat M. Effect of women request on the rate of elective cesarian section. *J. Payesh* 2004; 2: 133 - 9.

4. Behmanesh SH, Kamravamanesh M. Factors affecting choice of delivery methods from the viewpoints of mothers referred to health centers of Kermanshah city. [abstract] second congress set a safe pregnancy. 2007.

5. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: a jordanian perspective. *Int. J. Nurs Pract*. 2005; 11 (1): 33 - 80.

6. Safarzad A, Khodakarami N, Fathizadeh N, etal. [the effect of massage therapy on labour pain and primipar women delivery] Persian. *J. Shahrekord Med. Sci. Univ*. 2007; 9 (4): 20 - 5.

7. Roohani- Mashhadi S. [the evaluation of the effect of pressure on point 6 of spleen on first stage women delivery pain intensity who were bedridden in maternity of 17 th shahrivar hospital] Persian [dissertation]. Mashhad. Mashhad Med. Sci. Univ. 2005 - 2006.

8. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labour pain and prevent suffering. *J. Midwifery & Women's Health* 2004; 49 (6): 501.

9. Tournaire M, Theau-Vonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labour. *Evide Based Complement Alternat Med*. 2007; 4 (4): 409 - 17.

10. Mahmoodi B.Familiar with herbal and aromatic plant essences and their healing effects.1st ed. Noore Danesh publishing. Tehran. 2002, pp: 176.

11. Daghighbin E. [comparsion the Effect of honey and lavander cream on wound healing and pain in primiparous women Episiotomy]: Persian [dissertation]. Ahvaz. Joundishapur Med. Sci. Univ. 2007.

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]

12. Cvanagh HM, Wilkinson JM. Biological activity of lavender essential oil. *J. Phytother. Res.* 2002; 16 (4): 301 - 8.
13. Burns E, Zobbi V .Aromatherapy in childbirth. *BJOG* 2007; 114: 838 - 44.
14. Burns E, Blamey C, Ersser SJ. The use of aromatherapy in interapartum midwifery practice. *J. NM.* 2000 Feb; 6 (1): 33 - 40.
15. Sobhani A. [Effect Lavander oil on relief of Cesarian Section pain] Persian. *J. Gilan Med. Sci. Univ*. 2007; 16 (62): 28 - 32.
16. Family health and population office of ministry of health, new system monitoring and evaluation of fertility health plans. 2005.
17. Moayed Mohseni S, Mohamadi KH. [the predictive of cesarean section trend base on present statistic document]. Persian. *J. Daneshvar* 2006; 66 (14): 59 - 62.
18. Phipps JW. Medical surgical Nursing health and illness perspective. St louis: mosby; 2003.
19. Price DD, Harkins SW, Baker C.Sensorry effective relationship among different types of clinical and experimental pain. *J. Pain*. 1987; 28: 297 - 307.
20. Wall P, Melzak R. Text book of pain. Edinburgh. Churchill Livingeston. 2000.
21. Abbasi Z. [Effect Of back Massage on pain intensity of first stage delivery]: Persian. [dissertation]. Mashhad. Mashhad Med Sci Univ; 2005.
22. Tappan FM, Benjamin PJ. Healing massage techniques.1st ed. Stamford.1988, pp: 65 - 68.
23. Chang Y-M, Wang S-Y, Chen C-H. Effect of massage on pain and anxiety during labor. *J. Advanced Nursing* 2002; 38 (1): 68 - 73.
24. Han SH, Hur MH, Buckle J. Effect of aromatherapy on symptoms of dysmenorrheal in college students. *J. Altern Complement Med.* Jul-Aug 2006; 12 (6): 535 - 41.
25. Dale A, Cornwell S. The Role of Lavender Oil Relieving Perineal Discomfort Following Childbirth: ABlind Randomized Clinical Trial *J. AN*. 1994; 27: 5 - 11.
26. Kyle G.Evaluating the effectiveness of aromatherapy in reducing levels of anxiety in palliative care patients: results of a pibt study. *J. Complement. Ther. Clin. Pract*. 2006; 12 (2): 148 - 55.
27. Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *J. Complementary Therap NM*. 2004; 10: 162 - 7.
28. Re L, Barocci S, Sonnino S, Mencarelli A, Vivani C, Paolucci G.Linalool modifies the nicotinic receptor- ion channel kinetics at the mouse neuromuscular junction. *J. Pharmacol. Res.* 2000; 42 (2): 177 - 82.
29. Burns E, Blemey C. An investigation into the use of aromatheraoy in intrapartum midwifery practice. *J. Altern Complement Med.* Apr 2000; 6 (2): 141 - 7.
30. Henfer Linda J. Impact of labour induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rate's. *J.OBG*. 2003; 102 (2): 287 - 93.
31. Rosen MA. Nitrous oxide for relief of labor pain: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2002 May; 186 (5 Suppl Natures): S110 - 26.
32. Emami A. [medicinal Herbs mosavar Culture]. Roberto Ch (Author). Tehran: Shahid Beheshti Med. Sci. Univ. Publications 2004, pp: 150 - 65.
33. Daviodson J. Aromatherapy & work-related stress. *J. INTAromatherapy* 2002; 12 (3): 145 - 51.

[Downloaded from jmp.ir on 2026-09-15]
[DOR: 20.1001.1.2717204.2012.11.42.36.4]