

تأثیر روغن کرچک بر شروع درد زایمان: یک کارآزمایی بالینی

فریبا کهنمویی اقدم^۱، معصومه آقامحمدی^۲، معصومه رستم نژاد^۳

تاریخ دریافت 1393/01/27 تاریخ پذیرش 1393/03/28

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: یکی از روش‌های غیردارویی که احتمالاً باعث شروع درد زایمان می‌شود روغن کرچک است. علیرغم استفاده گسترده از روغن کرچک در حرفه مامایی، مطالعات محدودی به‌صورت رسمی در ارتباط با کارآیی و ایمنی آن گزارش شده است، بر همین اساس این مطالعه باهدف تعیین اثر روغن کرچک خوراکی بر شروع درد زایمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود که روی ۱۰۰ خانم باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان علوی اردبیل انجام گرفت. نمونه‌ها به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. به گروه مداخله ۶۰ میلی‌لیتر روغن کرچک خوراکی داده شد و گروه کنترل هیچ دارویی دریافت نکرد. سپس نوع زایمان و میزان شروع دردهای زایمانی با استفاده از آزمون‌های آماری کای-دو، تست دقیق فیشر و تی بررسی شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اگرچه تعداد سزارین در گروه مداخله به‌طور مشخصی کمتر از گروه کنترل بود ولی ارتباط معنی‌داری بین نوع زایمان و مصرف یا عدم مصرف روغن کرچک مشاهده نشد ($P=0/21$). همچنین تعداد زنانی که به دنبال مصرف روغن کرچک دارای انقباضات رحمی شده بودند در گروه مداخله بیش از گروه کنترل بود ولی آزمون کای-دو ارتباط معنی‌داری را بین دو گروه، تشخیص نداد ($P=0/07$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش، مصرف روغن کرچک خوراکی روش قطعی برای شروع دردهای زایمانی در زایمان‌های ترم محسوب نمی‌شود. **کلیدواژه‌ها:** القای زایمان، روغن کرچک، نوع زایمان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره پنجم، پی‌درپی 58، مرداد 1393، ص ۳۴۸-۳۵۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، تلفن: ۰۹۱۴۴۵۱۵۳۷۸

Email: m.agamohammadi@arums.ac.ir

مقدمه

القای زایمان، روش شایعی در مراقبت از مادران بوده (۱،۲) و استفاده از آن در سال‌های اخیر افزایش قابل‌توجهی یافته است (۳). القای زایمان می‌تواند به خاطر مشکلات پزشکی و مامایی در حین بارداری یا به دلایل غیرپزشکی و اجتماعی درخواست گردد (۴). به‌منظور القای زایمان از روش‌های مختلف غیردارویی و دارویی (پروستاگلاندین، اکسی توسین) استفاده می‌شود (۲). از آنجائی که در حال حاضر بیشتر زایمان‌ها توسط دارو انجام می‌گیرد و عوارض این داروها محرز شده است بنابراین برخی از زنان برای انجام زایمان طبیعی به دنبال درمان‌های پزشکی جایگزین هستند (۵،۶). از روش‌های مختلفی به‌عنوان درمان

جایگزین زایمان استفاده شده (۸،۷) که بسیاری از آن‌ها مثل طب گیاهی، هموپاتی و تحریک نوک پستان، امروزه نیز به‌طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرند (۹،۷). یکی از روش‌های غیردارویی که احتمالاً باعث شروع درد زایمان می‌شود روغن کرچک است (۱۰). روغن کرچک که از دانه‌های گیاه کرچک استخراج می‌شود، یک محرک عضله صاف است که اثر اولیه آن تحریک عضلات صاف معده و روده‌ها می‌باشد (۸). بر اساس تحقیقات بسیار محدود انجام‌شده، این ماده می‌تواند باعث ایجاد انقباض در رحم زنان حامله شود (۱۱،۱۲). مکانیسم احتمالی روغن کرچک در شروع درد زایمان ناشناخته بوده و بیشترین احتمال در مورد نحوه عملکرد آن، تقویت تولید پروستاگلاندین‌ها است (۱۳).

^۱ متخصص زنان و زایمان، استادیار، عضو هیات علمی گروه زنان و مامایی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

^۲ دکترای پرستاری، استادیار، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد مامائی، مربی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

مطالعات انجام شده روی حیوانات نشان می‌دهند که مصرف خوراکی روغن کرچک باعث افزایش پروستاگلندین، فاکتور فعال‌کننده پلاکتی و اکسید نیترژن می‌شود که به اعتقاد پژوهشگران این عوامل نقش مهمی در آمادگی سرویکس و شروع دردهای زایمانی ایفا می‌کنند (۱۴، ۱۵). به همین دلیل بیش از ۵۰ درصد روسای بخش‌های زایمان در آمریکا، روغن کرچک را برای القای زایمان توصیه کرده‌اند (۱۶).

همچنین مطالعه بوئل و همکاران روی پرونده بیمارستانی ۶۱۲ زن باردار بالای ۴۰ هفته نشان داد تقریباً در ۱/۳ (۲۰۵ نفر) موارد از روغن کرچک برای القای زایمان استفاده شده است. این مطالعه نشانگر عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین دو گروه از نظر زمان زایمان بود. محققان نتیجه گرفتند اگرچه استفاده از روغن کرچک روش ایمن و مطمئنی برای مادران و نوزادان است ولی شواهد دقیقی در مورد تأثیر آن در القای زایمان وجود ندارد (۱۷). در مطالعه‌ای که به مقایسه دو گروه از زنان مصرف‌کننده روغن کرچک (۶۰ سی‌سی) و زنان غیر مصرف‌کننده انجام گرفت، نتایج نشان داد که به دنبال مصرف روغن کرچک، ۳۰٪ زن از ۵۲ نفر (۵۷/۷ درصد) در مدت ۲۴ ساعت، شروع به زایمان فعال کردند در حالی که این میزان برای گروه کنترل، ۲٪ زن از ۴۸ نفر (۴/۲ درصد) بود. به علاوه بیشتر زنان (۸۳/۳ درصد) در گروه مصرف‌کننده روغن کرچک، زایمان واژینال داشتند (۱۸).

علیرغم اینکه استفاده از روغن کرچک هنوز هم در بسیاری از نقاط دنیا شایع می‌باشد ولی به‌کارگیری آن برای القای زایمان از زمان شروع داروهای اکسی توسین تا حدود زیادی منسوخ شده است. نی بورس گزارش کرد اگرچه تخلیه روده‌ها برای شروع زایمان مطلوب است اما روغن کرچک اثر خاصی در القای زایمان نداشته و استفاده از آن برای شروع درد زایمان، غیرضروری است (۱۹). باوجود آنکه نتایج بعضی از تحقیقات نشان‌دهنده تأثیر مثبت روغن کرچک بر شروع زایمان است اما محققان کوکران دریافتند که این تأثیر، معنی‌دار نبوده و کارآزمایی‌های بالینی انجام شده از کیفیت متدولوژیکی پائینی برخوردار می‌باشند (۱۰).

علیرغم استفاده گسترده از روغن کرچک در حرفه مامایی، مطالعات محدودی به‌صورت رسمی در ارتباط با کارایی و ایمنی آن گزارش شده و این در حالی است که با توجه به آمار بالای سزارین در ایران، توجه به استفاده از روش‌های ایمن و راحت برای تسریع زایمان طبیعی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بر همین اساس این مطالعه باهدف تعیین اثر روغن کرچک خوراکی بر شروع درد زایمان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

یافته‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان علوی اردبیل که سن حاملگی بیشتر یا مساوی ۴۱ هفته داشتند جامعه آماری را تشکیل می‌دادند. حجم نمونه با استفاده از فرمول مقایسه نسبت‌ها ۱۰۰ نفر برآورد شد. واحدهای پژوهش با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و سپس با تخصیص تصادفی به‌صورت یک روز در میان در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. کلیه مادران باردار ۱۸-۳۵ ساله که دارای معیارهای زیر بودند وارد مطالعه شدند: سن حاملگی ۴۱ هفته کامل یا بیشتر، حاملگی تک قلو، جنین دارای ضربان قلب طبیعی، عدم وجود انقباضات رحمی، نمره بیسپا کمتر از ۴ و علاقه‌مند به شرکت در مطالعه. خانم‌هایی که دارای انقباض رحمی، اختلال ضربان قلب جنین، تنگی لگن، اختلال رشد داخل رحمی، اختلال مایع آمنیوتیک، مشکلات مامایی، سابقه زایمان دیررس، سزارین قبلی و تست غیر استرسی غیرطبیعی بودند و بیماری‌های سیستمیک مزمن و سابقه مصرف هر نوع ملین از ۲۴ ساعت قبل را داشتند از مطالعه حذف شدند. به گروه مداخله طی یک نوبت، ۶۰ میلی‌لیتر روغن کرچک همراه با ۱۴۰ میلی‌لیتر آب‌پرتقال داده شد و گروه کنترل دارونما با ۱۴۰ میلی‌لیتر آب‌پرتقال دریافت کردند. واحدهای پژوهش در هر دو گروه به مدت ۲۴ ساعت پس از معاینه اولیه پیگیری شدند. به تک‌تک زنان گروه مداخله در مورد نحوه شمارش حرکات جنین توسط خود آن‌ها اطلاعات لازم ارائه گردید تا در فاصله ۲۴ ساعت پس از معاینه اولیه، شمارش حرکات توسط مادر انجام و در صورت هرگونه کاهش به بیمارستان مراجعه نماید. همچنین به آنان توصیه شد طی این مدت از انجام تنقیه، مقاربت، مصرف مسهل، داروهای گیاهی، شیمیایی یا روش‌های سنتی جهت شروع درد زایمان پرهیز نمایند. به مادر توصیه شد در صورت عدم وجود مشکل نیز، ۲۴ ساعت پس از معاینه اولیه جهت پیگیری مراجعه نماید. مطالعه، یک سوکور بوده و فرد معاینه‌کننده دوم (۲۴ ساعت پس از مداخله) از نوع گروه مورد پژوهش اطلاعی نداشت. در هر دو گروه، ۲۴ ساعت پس از معاینه اولیه در صورت عدم شروع درد زایمان، القاء با اکسی توسین انجام گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای اسکوئر، تست دقیق فیشر و آزمون تی مستقل استفاده شد.

لازم به ذکر است این پژوهش با مجوز معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام گرفت و قبل از شروع مطالعه به تمامی شرکت‌کننده‌ها در مورد هدف مطالعه و بی‌خطر بودن آن توضیح داده شد و رضایت آن‌ها برای مشارکت در مطالعه اخذ گردید.

دیده نشد. تمامی زنان شرکت‌کننده در مطالعه، حاملگی تک قلو داشته و هیچ‌کدام مشکلات طبی و مامایی نداشتند. تنها در یکی از زنان گروه کنترل تنگی لگن مشاهده شد که آزمون کای اسکوئر ارتباط معنی‌داری را بین دو گروه از نظر تنگی لگن نشان نداد. بر اساس نتایج آزمون تی، دو گروه از نظر میانگین نمره بیشاب سرویکس در ابتدای مطالعه همسان بوده و تفاوت معنی‌داری نداشتند. بعد از مصرف روغن کرچک نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر نمره بیشاب مشاهده نشد ($P=0/09$). در خصوص نوع زایمان نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نگردید. اگرچه تعداد سزارین در گروه مداخله (۳۶ درصد) کمتر از گروه کنترل (۴۴ درصد) بود ولی آزمون کای دو نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین نوع زایمان و مصرف یا عدم مصرف روغن کرچک بود ($P=0/21$) (جدول شماره ۱).

بر اساس نتایج این بررسی، دو گروه مورد مطالعه از نظر سن مادر همسان بودند و تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند ($0/05 > P$). میانگین سن در گروه تجربی ۲۲/۶۴ و در گروه کنترل ۲۴ سال بود. از نظر سن بارداری نیز تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل دیده نشد به طوری که میانگین سن بارداری در گروه مداخله ۴۰/۰۹ و در گروه کنترل ۴۰/۵۱ هفته بوده و در هیچ‌کدام از گروه‌ها حاملگی طولانی دیده نشد. همچنین دو گروه مورد مطالعه از نظر وزن، تعداد نبض و تنفس مادر و آپگار دقیقه اول و پنجم، قد، دور سر و وزن موقع تولد نوزاد تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$). هیچ‌کدام از زنان مورد مطالعه در دو گروه، سابقه مصرف دارو را بیان نکردند. از نظر تعداد بارداری، سابقه سقط، سابقه سزارین قبلی و سابقه بیماری‌های خاص، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه

جدول (۱): توزیع فراوانی نوع زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

نوع زایمان	گروه		نتیجه آزمون
	مداخله	کنترل	
طبیعی	۳۲ (۶۴٪)	۲۸ (۵۶٪)	$P=0/21$
سزارین	۱۸ (۳۶٪)	۲۲ (۴۴٪)	
جمع	۵۰ (۱۰۰٪)	۵۰ (۱۰۰٪)	

(۵۸ درصد) بیشتر از گروه کنترل (۴۲ درصد) بود ولی تست دقیق فیشر ارتباط معنی‌داری را بین دو گروه تشخیص نداد ($P=0/07$) یعنی مصرف روغن کرچک خوراکی، تأثیر زیادی در القای زایمان شرکت‌کنندگان در مطالعه نداشت (جدول شماره ۲).

در ارتباط با فاصله انقباضات رحمی، نتایج نشان داد باینکه مدت‌زمان هر انقباض در گروه مداخله بیش از گروه کنترل بود ولی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین بر اساس یافته‌های حاصل، تعداد زنانی که به دنبال مصرف روغن کرچک دچار انقباضات رحمی شده بودند در گروه مداخله

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی انقباض رحم در دو گروه مداخله و کنترل

انقباض رحم	گروه		نتیجه آزمون
	مداخله	کنترل	
دارد	۲۹ (۵۸٪)	۲۱ (۴۲٪)	$P=0/07$
ندارد	۲۱ (۴۲٪)	۲۹ (۵۸٪)	
جمع	۵۰ (۱۰۰٪)	۵۰ (۱۰۰٪)	

به طوری که مطالعه گری و همکاران با عنوان استفاده از روغن کرچک در حاملگی ترم نشان داد که شروع دردهای زایمانی در گروهی که روغن کرچک مصرف کرده بودند نسبت به گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای نداشتند، بیشتر بوده است (۱۸). دیویس نیز در مطالعه گذشته‌نگر خود با عنوان بررسی اثر روغن کرچک بر شروع درد زایمان در خانم‌های حامله با پارگی زودرس پرده‌های جنینی

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه که باهدف تعیین تأثیر روغن کرچک خوراکی بر شروع دردهای زایمانی انجام گرفت نشان داد که مصرف روغن کرچک خوراکی، تأثیر زیادی در القای زایمان ندارد. نتایج مطالعات متعدد انجام شده در این زمینه حاکی از وجود تناقضاتی در مورد تأثیر روغن کرچک بر شروع دردهای زایمانی است.

حاصل از مطالعات دیگران نیز نشان می‌دهد که هیچ اختلافی بین دو گروه مورد مطالعه از نظر میزان سزارین وجود ندارد (۲۴-۲۲).

البته عدم وجود دستگاه توکومتري برای اندازه‌گیری دقیق زمان شروع و شدت انقباضات رحمی جزء محدودیت‌های این پژوهش بود، همچنین این احتمال وجود دارد که علیرغم تأکید فراوان پژوهشگران به عدم استفاده از سایر روش‌های گیاهی یا شیمیایی در فاصله بین مصرف روغن کرچک و شروع دردهای زایمانی، تعدادی از زنان مورد مطالعه به استفاده از آن روش‌ها اقدام کرده باشند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، مصرف روغن کرچک خوراکی روش قطعی برای شروع دردهای زایمانی در زایمان‌های ترم محسوب نمی‌شود. با این حال بهتر است مطالعات مشابه با تعداد نمونه بالاتر انجام شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه با هزینه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده لذا پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری و مساعدت آن معاونت و همچنین از تک‌تک شرکت‌کنندگان در مطالعه و کارکنان بخش زایمان بیمارستان علوی اردبیل که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و سپاسگزاری نمایند.

References:

1. Mozurkewich E, Chilimigras J, Koepke E, Keeton K, King VJ. Indications for induction of labour: a best-evidence review. *BJOG* 2009;116(5):626-36.
2. Humphrey T, Tucker J. Rising rates of obstetric interventions: exploring the determinants of induction of labour. *J Public Health* 2009; 31: 88-94.
3. Dowswell T, Kelly A, Livio S, Norman J, Alfirevic Z. Different methods for the induction of labour in outpatient settings (review). *The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons, Ltd.* 2010; 8. <http://www.thecochranelibrary.com>.
4. Hofmeyr GJ, Alfirevic Z, Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J, Neilson JP, et al. Methods for cervical ripening and labour induction in late pregnancy: generic protocol. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; (4). DOI: 10.1002/14651858.CD002074.pub2

گزارش کرد درصد شروع درد زایمان در گروهی که سابقه مصرف روغن کرچک داشتند نسبت به گروه کنترل بیشتر است (۲۰). همچنین در مطالعه لماده و همکاران ارتباط معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر تأثیر روغن کرچک بر القای زایمان مشاهده شد (۲۱) با این حال، نی بورس در مطالعه کارآزمایی بالینی خود روی ۱۱۴ خانم باردار پرخطر، تأثیر روغن کرچک را به عنوان یک روش کمکی در کنار پارگی مصنوعی پرده‌های جنینی، پیتوسین و انما بر شروع درد زایمان مورد بررسی قرار داد و گزارش نمود میزان شکست القاء در گروهی که روغن کرچک مصرف می‌کردند کمتر از سایر گروه‌ها می‌باشد. وی بیان کرد عامل مهم برای القای زایمان، پارگی مصنوعی پرده‌های جنینی و پیتوسین است و روغن کرچک اثر ویژه‌ای بر نتایج القاء نداشته و استفاده از آن برای القاء غیر ضروری است (۱۹). به نظر می‌رسد برای رفع این تناقضات و پی بردن به تأثیر قطعی روغن کرچک بر شروع دردهای زایمان، نیاز به انجام مطالعات متعدد با متدولوژی‌های قوی است.

نتایج این پژوهش نشان داد زایمان طبیعی در گروه تجربی در مقایسه با گروه کنترل بیشتر بود ولی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از نظر نوع زایمان شناسایی نشد. یافته‌های

5. Skouteris H, Wetheim E, Rallis S, Paxton S, Kelly L, Milgrom J. Use of complementary and alternative medicines by a sample of Australian women during pregnancy. *Aust NZ J Obstet Gyn* 2008; 48: 384-390.
6. Smith C, Cochrane S. Does acupuncture have a place as an adjunct treatment during pregnancy? A review of randomized controlled trials and systematic reviews. *Birth* 2009; 36: 246-253.
7. Allaire A, Well S. Complementary and Alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina certified nurse-midwives. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 19-23.
8. Bayles B. Herbal and other complementary medicine use by Texas midwives. *J Midwifery Wom Health* 2007; 52: 473-478.
9. Harding D, Foureur M. New Zealand and Canadian midwives' use of complementary and alternative medicine. *NZ College Midwives J* 2009; 40: 7-12.

10. Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7: CD003099. doi: 10.1002/14651858.CD003099.pub2.
11. Mills E, Dugoua JD, Perri D, Koren G. Herbal medicines in pregnancy & lactation: An evidence based approach. London/ New York: Taylor & Francis; 2006.
12. McFarlin B, Gibson M, O'Rear J, Harman P. A national survey of herbal preparation use by nurse midwives for labour stimulation. Review of the literature and recommendations for practice. *J Nurse-Midwifery* 1999; 44: 205-216.
13. Johns T, Sibeko L. Pregnancy outcomes in women using herbal therapies. *Birth Defects Research (Part B): Developmental and Reproductive Toxicology*. 2003; 68: 501-504.
14. Simpson M, Parsons M, Wade K. Raspberry leaf in pregnancy: its safety and efficacy in labour. *J Midwifery Wom Health* 2001; 46: 51-59.
15. Forster D, Denning A, Wills G, Bolger M. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2006; 6: 1-9.
16. Adair C. Nonpharmacologic approaches to cervical priming and labour induction. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43: 447-454.
17. Boel M, Lee S, Rijken M, Paw M, Pimanpanarak M, Tan S, et al. Castor oil for induction of labour: not harmful, not helpful. *Aust NZ J Obstet Gyn* 2009; 49: 499-503.
18. Garry D, Figueroa R, Guillaume J, Cucco V. Use of castor oil in pregnancies at term. *Altern Ther Health M* 2000; 6: 77-79.
19. Nabors GC. Castor oil as an adjunct to induction of labour: critical re-evaluation. *Am J Obstet Gynecol* 1958; 75: 36-38.
20. Davis L. The use of castor oil to stimulate labor in patients with premature rupture of membranes. *J Nurse-Midwifery* 1984; 29: 366-370.
21. Lamadah SM, El-Azim Mohamed HA, El-Khedr SM. Castor Oil Safety and Effectiveness on Labour Induction and Neonatal Outcome. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 2014; 4: 1-10.
22. Summers L. Methods of cervical ripening and labour induction. *J Nurse Midwifery* 1997; 42: 71-85.
23. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics, 11th Edition. New York: McGraw-HILL; 2006.
24. Irvani M, Montazeri S, Afshari P, Sourì H. A Study on the safety and efficacy of castor oil for cervical ripening and labour induction. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2006; 5(1 (48)): 398-404.

THE EFFECT OF CASTOR OIL ON THE INDUCTION OF LABOR: A CLINICAL TRIAL

Kahnamoyiagdam F¹, Aghamohammadi M^{2*}, Rostamnejad M³

Received: 16 Apr, 2014; Accepted: 18 June, 2014

Abstract

Background & Aims: One of the non-drug methods of induction of labor is the castor oil. Despite the wide use of castor oil in the profession of midwifery, few studies regarding its efficacy and safety have been reported. This study was conducted to determine the effect of castor oil on labor pain.

Materials & Methods: This randomized clinical trial study was performed on 100 pregnant women. Samples were randomly divided into two groups. The case group was given 60 ml of castor oil and the control group received nothing. Then the onset of labor and mode of delivery were studied by using Chi square and Fisher exact tests.

Results: The results showed although the normal delivery in case group was slightly higher than control group, but no significant correlation was found between the two groups (P= 0/21). The number of women with uterine contractions in the case group was higher than control group, but the chi square test did not detect significant differences between the two groups (P=0/07).

Conclusion: According to these findings, castor oil is not considered as a definitive method for onset of labor at delivery term.

Key words: Castor oil, Delivery, Labor induction

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil Medical Sciences University, Ardabil, Iran.

Tel: (+98) 9144515378

Email: m.agamohammadi@arums.ac.ir

¹Gynecologist, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

² PhD in Nursing, Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil Medical Sciences University, Ardabil, Iran. (Corresponding Author)

³ MSc in Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Ardabil Medical Sciences University, Ardabil, Iran