

مقایسه تاثیر ماساژ افلوراز با روغن معطر و غیر معطر بر شدت خستگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

ساینا بحرینی^۱، سیدعلی ناجی^{*}^۲، رضا منانی^۳، رضا بخردی^۴

تاریخ دریافت ۹۰/۳/۲۵ تاریخ پذیرش ۹۰/۶/۱۴

چکیده

پیش زمینه و هدف: خستگی از متداول‌ترین علایم مولتیپل اسکلروزیس و از شایع‌ترین دلایل از کار افتادگی و کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس محسوب می‌شود. از طرفی شیوع استفاده از درمان‌های مکمل و جایگزین در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رو به گسترش است. این مطالعه به منظور مقایسه تاثیر دو روش ماساژ با روغن‌های معطر و غیر معطر بر شدت خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی بود. در این مطالعه ۷۱ خانم مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به‌طور تصادفی در دو گروه ماساژ با روغن معطر و ماساژ با روغن غیرمعطر قرار گرفتند. در گروه ماساژ با روغن معطر برای هر یک از نمونه‌ها ماساژ افلوراز با روغن اسطوخدوس توسط یکی از اعضای خانواده آموزش دیده بیمار به مدت ۲۰ دقیقه، سه روز در هفته و به مدت چهار هفته برای بیمار انجام شد. در گروه ماساژ با روغن غیرمعطر نیز همین مداخله با روغن بادام شیرین انجام شد.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌دار آماری در میانگین نمره‌ی شدت خستگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه ماساژ با روغن معطر ($p < 0.000$) و غیرمعطر دیده شد ($p > 0.000$). از طرفی، بین دو گروه ماساژ با روغن معطر و غیرمعطر نیز تفاوت معنی‌دار آماری در میانگین اختلاف نمره شدت خستگی دیده شد ($p < 0.000$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ صرف نظر از نوع روغن، تاثیر قابل توجهی بر شدت خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس می‌گذارد. ولی به‌نظر می‌رسد تاثیر ماساژ رایحه (با روغن معطر) در کاهش شدت خستگی نسبت به ماساژ با روغن غیرمعطر به تنها‌ی بیشتر باشد.

کلید واژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، خستگی، ماساژ درمانی، رایحه درمانی

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره پنجم، پی در پی ۳۴، آذر و دی ۱۳۹۰، ص ۳۳۶-۳۲۷

آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان، تلفن: ۰۹۱۲۴۸۶۹۳۸۱

Email: st_b20@yahoo.com

مقدمه

علم شروع این بیماری در سنین فعالیت اقتصادی و همین‌طور مزمن بودن آن، ام اس یک بیماری پر هزینه نیز محسوب می‌شود. به‌طوری که، در سال ۱۹۹۴ تخمین زده شد که هزینه متوسط هر فرد مبتلا در طول زندگی، ۲/۵ میلیون دلار می‌باشد (۱). تعداد مبتلایان به ام اس در جهان ۲/۵ میلیون نفر برآورد (۲،۳).

مولتیپل اسکلروزیس یا به اختصار ام اس یک اختلال مزمن نسبتاً شایع عصبی است که در آن میلین زدایی شدن آکسون‌های رشته‌های عصبی در نواحی مختلف دستگاه عصبی مرکزی اتفاق می‌افتد (۱). این بیماری دومین علت ناتوانی عصبی در نیروی کار جوان به حساب می‌آید. از طرف دیگر به

^۱ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی واحد پژوهشگران جوان تهران، ایران

^۲ دکترای پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار داروسازی، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوارسگان، اصفهان، ایران

^۴ دکترای حرفه‌ای پژوهشگری، رئیس گروه تحقیقات بالینی، واحد تحقیق و توسعه باریج انسانس کاشان

شایع‌ترین و بی‌خطرترين درمان‌های مکمل و جایگزین در سراسر دنیا می‌باشد (۱۱، ۱۲). در حال حاضر بیش از ۸۰ نوع ماساژ وجود دارد (۱۳، ۱۴) که از بین آن‌ها ماساژ افلوراز بسیار آرامش بخش، ساده و سبک بوده و در نتیجه تحملش برای تمام بیماران از جمله بیماران مبتلا به ام اس، بسیار راحت می‌باشد (۱۵). جهت انجام ماساژ از روغن‌های گیاهی استفاده می‌شود. این روغن‌ها به دو نوع معطر و غیر معطر تقسیم می‌شوند. در ماساژ درمانی صرف، از روغن‌های غیر معطر به منظور تسهیل ماساژ درمانی استفاده می‌شود. اما در صورتی که از روغن‌های معطر جهت انجام ماساژ درمانی استفاده شود به آن ماساژ رایحه درمانی گفته می‌شود. این روش در واقع شایع‌ترین روش استفاده از رایحه درمانی برای پرستاران محسوب می‌شود. روغن‌های معطر گوناگونی در زمینه‌ی ماساژ رایحه درمانی استفاده می‌شود که بر طبق مطالعات انجام شده روغن اسطوخدوس جزء بی‌خطرتین آن‌ها برای بیماران مبتلا به ام اس گزارش شده است (۱۵).

با توجه به هزینه‌های بالای درمان‌های دارویی جهت کنترل علایم ام اس و همچنین عوارض متعدد ناشی از آن‌ها، استفاده از درمانی‌های مکملی همچون ماساژ و رایحه درمانی که با وجود اقتصادی بودن فاقد هرگونه عوارض و تداخل باشد جهت تسکین علایم این بیماری منطقی به نظر می‌رسد (۱۶، ۱۷).

با وجود این‌که برخی از مطالعات به بررسی تاثیر ماساژ درمانی (۱۸، ۱۹) و همین طور تاثیر رایحه درمانی (۲۰-۲۲) بر میزان خستگی در گروه‌های مختلف بیماران انجام شده است. اما مطالعه‌ای که تاثیر این روش‌ها را بر شدت خستگی بیماران مبتلا به ام اس بررسی و مقایسه کند یافت نشد. به علاوه، با توجه به این‌که هیچیک از این مطالعات به روش دو سوء کور انجام نشده است. محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف

از این تعداد حدود ۳۶۰ هزار نفر در ایالات متحده و ۸۵ هزار نفر در انگلستان به آن مبتلا هستند (۳). در ایران نیز طبق آمار گزارش شده از انجمن ام اس، حدود ۴۰ هزار نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند (۴). شیوع این بیماری در استان اصفهان ۳۵/۵ در هر صد هزار نفر، در جمعیت کل ۳,۹۲۳,۲۵۵ این استان حدود ۱۴۰۰ نفر برآورد شده است بنابراین اصفهان را می‌توان از مناطق با خطر متوسط تا بالای ام اس شناخت (۵). خستگی در ۶۷-۹۵ درصد بیماران مبتلا به ام اس وجود دارد. از این تعداد ۶۰-۵۰ درصد این علامت را بدترین نشانه و ۱۵-۴۰ درصد آن را ناتوان کننده ترین علامت بیماری ام اس می‌دانند. بنابراین خستگی از شایع‌ترین علایم بیماری ام اس محسوب می‌شود و سبب محدودیت زندگی در این بیماران می‌گردد. خستگی صرف نظر از اینکه علامت اولیه و یا ثانویه و ناشی از عوارض ام اس باشد می‌تواند تاثیر منفی بر ابعاد وسیعی از جمله استغال، فرآیند اجتماعی شدن، تطابق با بیماری و سایر فاکتورهای فعالیت‌های روزانه زندگی داشته باشد از این رو خستگی از عمدت‌ترین دلایل کاهش کیفیت زندگی و بیکاری در این بیماران محسوب می‌شود (۶، ۷). گرچه خستگی را می‌توان با داروهایی همچون آماتادین تا حدودی کنترل کرد، اما با توجه به مشکلات و عوارض ناشی از دارو درمانی، استفاده از روش‌های غیردارویی که بتواند باعث کاهش خستگی در این گروه از بیماران شود، منطقی به نظر می‌رسد (۸).

در ۲۰ سال اخیر، با توجه به گسترش تکنولوژی و کاهش توانایی پرستاران جهت ارائه مراقبت‌های کل نگر و همچنین به منظور پرهیز از عوارض درمان‌های دارویی، طب مکمل و جایگزین به عنوان روشی جامع نگر، که متوجهی ارتباط مابین روح، جسم و روان انسان است رواج قابل توجهی در میان پرستاران پیدا کرده است (۹، ۱۰). ماساژ درمانی یکی از

کیفیت خستگی را می‌سنجد، سه سوال خستگی فیزیکی، ذهنی و نتایج خستگی بر وضعیت اجتماعی فرد را سنجیده و یک سوال باقی مانده هم شدت خستگی را با دیگر عالیم موجود در یک فرد مبتلا به ام اس مقایسه می‌کند. امتیاز مربوط به هر سوال ۱-۷ می‌باشد. نمره کل از جمع نمرات به دست آمده و چنانچه برابر و بالاتر از ۳۶ باشد به این معنی است که فرد به خستگی مبتلا می‌باشد و هرچه نمره‌ی کسب شده بالاتر باشد شدت بیشتر خستگی را در فرد نشان می‌دهد. اف.اس.اس ابزاری استاندارد است که پایابی و روایی آن در مطالعات مختلف مورد بررسی و تائید قرار گرفته است (۲۳). نسخه ایرانی این ابزار در جمعیت بیماران مبتلا به ام اس بررسی شده و روایی و پایابی آن مناسب تشخیص داده شده است (۸).

معیار ورود در این مطالعه زنان ۲۰ تا ۵۰ سال مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن ام اس اصفهان بودند که از مشکلات خستگی (نمره‌ی ابزار شدت خستگی ۳۶ و بالاتر) رنج می‌بردند علاوه بر آن سایر معیارهای ورود شامل ابتدای بیش از شش ماه به ام اس، بستری بودن در منزل، قرار نداشتن در مرحله‌ی حمله‌ی بیماری، داشتن خواهر، مادر یا همسر با معیارهای ورود به مطالعه جهت انجام ماساژ، عدم سابقه استفاده از برنامه‌ی رایحه درمانی و ماساژ درمانی در طول شش ماه گذشته، برخورداری از حس بویایی سالم، فقدان آسیب جسمی در اندام‌ها و ستون فقرات، فقدان ابتما به بیماری‌های مزمن دیگر به غیر از ام اس، عدم بارداری (و یا قصد بارداری)، نداشتن سابقه‌ی تنفسی، نداشتن سابقه‌ی آلرژی، میگرن، آسم و سایر بیماری‌های تنفسی، عمل جراحی در شش ماه اخیر، فقدان رخم، قرمزی و برآمدگی غیرطبیعی در پشت، گردن و اندام‌ها بود. همچنین دارا بودن یکی از شرایط زیر موجب خروج واحدهای مورد پژوهش از تحقیق بوده است: افزایش شدت بیماری به نحوی که بر شدت خستگی بیمار

مقایسه‌ی تاثیر طولانی مدت ماساژ با روغن معطر و غیر معطر بر شدت خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به روش دو سوء کور انجام دهند.

مواد و روش کار

این مطالعه یک پژوهش نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. همچنین در این پژوهش از روش دو سو کور استفاده شد. به‌طوری که روغن‌هایی که جهت انجام ماساژ تهیه گردید توسط شرکت دارویی کد گذاری شد و نه بیماران و نه گروه‌های ماساژ با روغن معطر و ماساژ با روغن غیر معطر اطلاع نداشتند.

جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر، کلیه‌ی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تحت پوشش انجمن ام اس اصفهان بودند که از خستگی رنج می‌بردند. طبق محاسبات آماری تعداد نفر برای این پژوهش درنظر گرفته شد که به دلیل احتمال ریزش ۸۰ نفر از زنان مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اصفهان انتخاب شدند. از این تعداد ۷۱ نفر موفق به تکمیل برنامه‌ی ماساژ طبق معیارهای تعیین شده گشته‌اند. نمونه گیری طی شش ماه انجام شد و نمونه‌ها به صورت داوطلبانه و به روش میتني بر هدف انتخاب شدند در نهایت، از ۳۶ نفر نفر در گروه ماساژ با روغن غیر معطر (بادام شیرین) و ۳۵ نفر در گروه ماساژ با روغن معطر (لاواند) قرار گرفته‌اند. جهت اندازه گیری خستگی در این مطالعه از مقیاس سنجش شدت خستگی (اف.اس.اس) استفاده شد. اف.اس.اس مقیاس خود گزارشی معتبری است که توسط Schwid و همکاران در سال ۱۹۸۹ جهت اندازه گیری خستگی طراحی شد. این مقیاس مشتمل بر ۹ سوال است که پنج سوال آن بیش از کمیت،

اتمام می‌رسید که همراه بیمار تمام حرکات ماساژ را به طور صحیح انجام می‌داد. سپس پژوهشگر به همراه بیمار، جزوی مصوّر، جدول هفتگی انجام ماساژ و لوح فشرده‌ی ماساژ درمانی را همراه با روغن تحويل می‌داد. در این مطالعه از دو نوع روغن استفاده شد، روغن بادام شیرین با اسانس اسطوخدوس ۲/۵درصد (روغن معطر) و روغن بادام شیرین خالص(روغن غیر معطر). هر دو نوع روغن در بطری‌های تیره درب بسته ۱۴۰ سی سی جهت ۱۲ جلسه ماساژ آماده و به صورت تصادفی توسط شرکت سازنده کدگذاری شده بودند. با توجه به پیشینه‌ی تحقیقاتی، روش انجام ماساژ درمانی ۳ روز در هفته به مدت ۴ هفته مجموعاً ۱۲ جلسه به مدت ۲۰ دقیقه برنامه ریزی گردید (۱۹). هر بار ماساژ همراه با ۱۰ سی سی روغن (دو درب از بطری حاوی روغن) انجام شد. پژوهشگر جهت یادآوری انجام ماساژ، شب‌هایی که نوبت انجام ماساژ درمانی با روغن بود اقدام به ارسال پیامک می‌نمود، همچنین جهت کنترل و پیگیری انجام مداخله توسط بیماران، از آنان خواسته شد تا نسبت به تکمیل جداول ماساژ هفتگی پس از هر بار انجام ماساژ اقدام نمایند. به علاوه، انتهای هر هفته تماس تلفنی با بیماران حاصل نموده و از چگونگی انجام ماساژ توسط آن‌ها با خبر می‌گشت. در نهایت بار دیگر پرسشنامه‌ی اف.اس.اس از طریق مصاحبه با بیمار تکمیل گشت. لازم به ذکر است در طول مداخله، هیچ یک از داروهای بیماران اضافه یا کم نشد.

با توجه به اهداف جزئی این پژوهش، برای توصیف نتایج پژوهش و بیان فراوانی هر یک از متغیرها از روش‌های خلاصه سازی اطلاعات در آمار توصیفی استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌ی این پژوهش، روش‌های آماری آزمون تی زوچی و تی مستقل به ترتیب جهت تعیین تفاوت میانگین نمرات شدت خستگی قبل و بعد از مداخله و همچنین جهت مقایسه‌ی اختلاف شدت خستگی در دو گروه روغن معطر و غیر معطر به کار رفت. ابزار به کار برده شده جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار spss16 بود.

موثر باشد، تغییر در فرایند بیماری به‌طوری که موجب بستره شدن بیمار در بیمارستان گردد. عدم پیگیری برنامه‌ی ماساژ توسط بیمار یا همراه وی به هر دلیل (کمتر از ۱۰ جلسه)، ابتلاء به بیماری‌های حاد مانند تب، عفونت، سرماخوردگی و درد شدید در طول مطالعه. به وجود آمدن زخم، قرمزی و برآمدگی غیر طبیعی در پشت، گردن و اندام‌های علاوه، معیارهای ورود برای همراه بیمار نیز تعیین گشت که شامل موارد زیر بود: تمایل داشتن به همکاری، سن بالای ۱۶ سال، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سکونت با بیمار در یک محل، نداشتن سابقه‌ی آرژی، نداشتن سابقه‌ی تشنج، میگرن، آسم و سایر بیماری‌های تنفسی، عدم بارداری (و یا قصد بارداری) و برخورداری از توانایی حرکتی مناسب جهت انجام ماساژ.

پس از اخذ مجوزهای لازم پژوهشگر با مراجعته به درمانگاه‌های تخصصی استان اصفهان اقدام به پخش اطلاعیه در زمینه‌ی آموزش ماساژ درمانی و شرایط پذیرش نمونه‌ها در طرح نمود. سپس آموزش ماساژ برای بیماران واجد شرایط و داوطلب شرکت در پژوهش، به صورت خصوصی در منزل آن‌ها و یا درمانگاه‌های ام اس اصفهان بنا به تمایل بیمار برگزار می‌گشت. در جلسه‌ی آموزش پس از کسب رضایت آگاهانه‌ی بیمار، پرسشنامه‌ها به صورت مصاحبه با بیمار تکمیل می‌شد و نمره‌ی شدت خستگی محاسبه می‌گشت. همین طور، تست گلاب و آبلیمو جهت معاینه عصب بويابي انجام می‌شد. تمام جلسات آموزش ماساژ به‌طور خصوصی برگزار شد. در این جلسات، ابتدا پژوهشگر که خود دارای مدارک ماساژ درمانی و کاربرد گیاهان دارویی بود برای همراه بیمار (شخص ماساژ دهنده) اقدام به آموزش نحوه انجام ماساژ افلوراز پشت، گردن و انتهایا بر روی بیمار می‌نمود. در کل ۱۳ فن انجام ماساژ آموزش داده شد: چهار فن ماساژ پاها، سه فن پشت، دو فن گردن و چهار فن دست طبق رفرنس آموزش داده شد (۲۴). جلسه آموزش بین ۴۵ دقیقه تا ۱ ساعت به طول می‌انجامید و زمانی به

یافته‌ها

و بیشترین داروی مصرفی اینترفرون بود.

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره‌ی شدت خستگی در گروه ماساژ با روغن معطر قبل و بعد از مداخله نشان می‌دهد. همان‌طور که در این جدول ملاحظه می‌شود، قبل از مداخله، بیشترین درصد فراوانی ۴۸/۵۷ درصد) مربوط به افراد با نمره شدت خستگی ۳۶-۴۶ بود. بعد از مداخله، بیشترین درصد فراوانی (۶۵/۷۱ درصد) مربوط و به افراد با نمره شدت خستگی کمتر از ۳۶ بود. میانگین نمرات شدت خستگی بعد از ماساژ با روغن معطر نسبت قبل از ماساژ با روغن معطر کاهش یافته است. آزمون تی زوجی بین این متغیر قبل و بعد از ماساژ با روغن معطر تفاوت معنی‌داری را نشان می‌دهد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۱۶/۷۶ و ۲۲/۴۹ تا $p < 0.000$).

آنالیز آماری نشان می‌دهد که میانگین سنی بیماران ۳۳/۸۵ سال بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش متأهل (۷۳/۲ درصد)، با تحصیلات سطح دبیرستان (۳۲/۴ درصد)، غیر شاغل (۸۵/۹ درصد) و خانه‌دار (۷۷/۵ درصد) بودند. میانگین ساعت فعالیت در روز ۵/۷۳ ساعت ذکر شد. بیشترین مدت زمان ابلاط به بیماری بین ۱-۴ سال بود (۳۵/۲۱ درصد). بیشترین تعداد حملات در طول یک سال گذشته ۰-۲ بار ذکر شد (۷۶/۰۵ درصد)، بیشترین تعداد بسترهای شدن به علت ام اس (۴۶/۵ درصد). همچنین ۹۵/۸ درصد بیماران از داروهای شیمیابی برای کنترل ام اس استفاده می‌کردند.

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره شدت

خستگی در گروه ماساژ با روغن معطر قبل و بعد از مداخله

نتیجه آزمون	گروه روغن معطر				زمان	نمره خستگی		
	بعد از مداخله		قبل از مداخله					
	درصد	تعداد	درصد	تعداد				
	۶۵/۷۱	۲۳	۰	۰	۳۶	کمتر از ۳۶		
$t = 13/92$	۲۵/۷۱	۹	۴۸/۵۷	۱۷	۳۶-۴۶			
$df = ۳۴$	۵/۷۱	۲	۲۰	۷	۴۷-۵۶			
$p < 0.000$	۲/۸۵	۱	۳۱/۴۴	۱۱	۵۷-۶۶			
	۱۰۰	۳۵	۱۰۰	۳۵	جمع			
	۲۹/۳۷	۴۹	۹/۸۵	انحراف معیار	Mیانگین			
	۱۱/۹۶							

بیشترین درصد فراوانی (۴۴/۴۴ درصد) مربوط به افراد با نمره شدت خستگی ۳۶-۴۶. بعد از مداخله، بیشترین درصد فراوانی (۵۵/۵۵ درصد) مربوط به افراد با نمره شدت خستگی کمتر از ۳۶

جدول شماره ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره شدت خستگی در گروه ماساژ با روغن غیرمعطر قبل و بعد از مداخله را نشان می‌دهد. قبل از مداخله،

تفاوت معنی داری را نشان می دهد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین

بود. میانگین نمرات شدت خستگی بعد از ماساژ با روغن غیر معطر

۵/۸۱ تا ۱۳/۰۱ و ۰/۰۰۰ (p<0).

نسبت قبل از ماساژ با روغن غیر معطر کاهش یافته است. آزمون

تی زوجی بین این متغیر قبل و بعد از ماساژ با روغن غیر معطر

جدول شماره‌ی (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نمره

شدت خستگی در گروه ماساژ با روغن غیر معطر قبل و بعد از مداخله

نتیجه‌ی آزمون	گروه روغن غیرمعطر						زمان نمره‌ی خستگی	
	بعد از مداخله		قبل از مداخله		تعداد	درصد		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد				
	۵۵/۵۵	۲۰	۰	۰	۳۶	کمتر از	کمتر از ۳۶	
t= ۵/۳۱	۳۰/۵۵	۱۱	۴۴/۴۴	۱۶	۳۶-۴۶		۳۶-۴۶	
df=۳۵	۸/۳۳	۳	۳۶/۱۱	۱۳	۴۷-۵۶		۴۷-۵۶	
p<0/000	۵/۵۵	۲	۱۹/۴۴	۷	۵۷-۶۶		۵۷-۶۶	
	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۳۶	جمع		جمع	
	۳۱/۰۸		۴۰/۵۰		میانگین		میانگین	
	۱۵/۶۲		۱۷/۰۱		انحراف معیار		انحراف معیار	

شدت خستگی قبل و بعد از مداخله بر حسب سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک همچون سن، وضعیت تأهل، نوع فعالیت، ساعت فعالیت، مدت ابتلا، سابقه بستری شدن به علت ام. اس، استفاده از درمان دارویی و سابقه حملات تفاوت معنی دار آماری در هر دو گروه تحت مطالعه ندارد.

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۳ نشان داده شده است، میانگین اختلاف شدت خستگی در دو گروه ماساژ با روغن غیر معطر و غیر معطر دارای اختلاف آماری معنی دار می‌باشد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۱۳/۹۰-۱۳/۱۸ تا ۵/۰۰۰ و p<0).

همچنین تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که میانگین اختلاف

جدول شماره‌ی (۳): مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی شدت خستگی در واحدهای مورد پژوهش به

تفکیک دو گروه مورد مطالعه (ماساژ با روغن معطر و ماساژ با روغن غیر معطر)

نتیجه‌ی آزمون	گروه ماساژ با روغن غیر معطر	گروه ماساژ با روغن معطر	نمره‌ی شدت خستگی
T=-4/36	۱۹/۶۲		میانگین
Df= 69		۸/۳۴	
p<0/000		۹/۹۸	انحراف معیار

بحث و نتیجه گیری

نتایج بدست آمده از جدول شماره ۳ نشان دهنده آن است که ماساژ با روغن معطر بیش از ماساژ با روغن غیر معطر شدت خستگی را در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس کاهش می‌دهد (۰/۰۰۰<۴/۳۶). در پژوهشی که Wilkinson و همکاران با هدف بررسی تاثیر ماساژ و ماساژ رایحه درمانی بر بیماران مبتلا به سرطان در بخش مراقبت‌های تسکینی انجام دارند که نتیجه آن به این شکل بود که ماساژ با یا بدون روغن معطر جهت کاهش اضطراب موثر می‌باشد. این در حالی است که بهبود معنی‌دار عالیم فیزیولوژیکی، فیزیکی و کیفیت زندگی تنها در گروه ماساژ با روغن معطر دیده شد (۲۰). در پژوهش دیگری که Lee با هدف بررسی تاثیرات روانی- عصبی- ایمنی ماساژ رایحه درمانی و مقایسه این تاثیرات با ماساژ در دوره پس از زایمان زنان در کره انجام داد، مشاهده نمود که در هر دو گروه ماساژ با روغن معطر و غیرمعطر دما و آی- جی- آ افزایش و خستگی کاهش یافته است. اما ماساژ رایحه درمانی تاثیرات بیشتری در مقایسه با ماساژ بر متغیرهای ذکر شده دارد (۲۵) که با نتایج این مطالعه مطابقت دارد.

از سوی دیگر، از آنجایی که میانگین اختلاف شدت خستگی قبل و بعد از مداخله بر حسب متغیرهای دموگرافیک در هر دو گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌دار آماری را نشان نداد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تاثیر ماساژ درمانی با یا بدون روغن معطر بدون توجه به متغیرهای دموگرافیک بوده است.

خستگی در بیماران ام اس معمولاً ناشی از مشکلات جسمی مانند مکانیسم‌های مربوط به بیماری و اختلالاتی همچون اختلالات خواب که به دنبال اسپاسم عضلات، درد، نیاز به دفع ادرار در هنگام شب ایجاد می‌شود و همینطور مشکلات روحی همچون احساس گناه، خشم، افسردگی، اضطراب و نا امیدی می‌باشد (۲۸-۲۶).

ماساژ بر خلاف ورزش بی‌آنکه موجب ایجاد وضعیت فیزیولوژیک استرس آور همچون افزایش سرعت نبض و فشار خون

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین شدت خستگی قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($t=۹/۱۳$). که نشان دهنده تاثیر مثبت ماساژ رایحه درمانی بر کاهش شدت خستگی می‌باشد. نتیجه‌ی فوق با پژوهش Sakamoto که روی دانشجویان مرد سالم بدون مشکل در حس بویایی با هدف بررسی تاثیر رایحه درمانی در دوره استراحت بر انجام کار انجام شد مطابقت دارد به طوری که نتایج این پژوهش نیز نشان دهنده این بود که با وجود این که اسطوخدوس به عنوان یک رایحه‌ی سداتیو مطرح است اما موجب کاهش خستگی نیز می‌گردد (۲۱). همچنین Lee پژوهشی با هدف اندازه‌گیری تاثیر رایحه درمانی بر خستگی و کیفیت خواب پس از دوران زایمان انجام داد که تاثیر معنی‌دار کاربرد انسانس اسطوخدوس و اکالیپتوس (روغن‌های معطر) را بر خستگی دوره پس از زایمان زنان مشاهده نمود (۲۲) که با نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد.

چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود اختلاف معنی‌داری بین شدت خستگی قبل و بعد از ماساژ با روغن غیر معطر وجود دارد ($t=۳/۵$ و $۰/۰۰۰<۱/۵$). این نتیجه بیانگر تاثیر مثبت مداخله بر کاهش شدت خستگی می‌باشد. این نتیجه با پژوهش Tsay که با هدف بررسی تاثیر ماساژ فشاری بر خستگی بیماران مرحله آخر کلیوی انجام شد مطابقت دارد به طوری که نتایج پژوهش ایشان نشان داد که ماساژ نقاط فشاری بر رفع خستگی بیماران کلیوی مرحله‌ی آخر تاثیر مثبت دارد (۱۹). همچنین عباسی و همکاران پژوهشی با هدف تعیین تاثیر ماساژ بر شدت خستگی زایمان در زنان نخست باردار مراجعه کننده به زایشگاه بنت‌الهدی بجنورد انجام داد که تاثیر معنی‌دار کاربرد ماساژ با روغن غیر معطر مشاهده نمود (۱۸) که با نتایج بدست آمده از تحقیق حاضر هم‌خوانی دارد.

درمانی موجب کاهش بیشتر شدت خستگی در بیماران مبتلا به ام اس گردد.

نتایج این مطالعه نشان داد که ماساژ صرف نظر از نوع روغن، تاثیر قابل توجهی بر شدت خستگی بیماران می‌گذارد. ولی به نظر می‌رسد تاثیر ماساژ رایحه درمانی (با روغن معطر) در کاهش شدت خستگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به ماساژ به تنها بیشتر باشد. لذا با توجه به شیوع خستگی و عوارض آن در بیماران مبتلا به ام اس، این مطالعه ماساژ درمانی با روغن معطر را به عنوان درمان غیردارویی که همچون سایر درمان‌های مکمل و جایگزین با وجود اقتصادی بودن، در تقریباً تمام موارد فاقد هرگونه عارضه جدی و تداخلات دارویی بوده و انجام آن ساده و توسط بیمار به خوبی پذیرفته می‌شود (۳۲، ۳۳) را در کنترل خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می‌کند. ضروریست که مطالعات بیشتری در زمینه مقایسه‌ی تاثیر ماساژ با روغن معطر و غیر معطر بر سایر عالیم متدالو ام اس همچون درد، پارستزی و کیفیت خواب این گروه بیماران انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه بیمارانی که در این مطالعه شرکت داشتند تشکر می‌گردد. همچنین از شرکت دارویی باریج اسانس که در تامین روغن ماساژ همکاری نمودند و از مسئولین محترم انجمن ام اس اصفهان، درمانگاه ام اس گلددشت و درمانگاه تخصصی ام اس بیمارستان الزهرا اصفهان تشکر به عمل می‌آید.

شود با افزایش خونرسانی در شرایط کاملاً آرام بخش موجب افزایش دریافت مواد مغذی و اکسیژن و حذف بیشتر مواد زائد سلولی می‌گردد. ماساژ حتی بر ماهیچه‌های فلج و غیر فعال نیز موثر است. این روش موجب می‌شود تا ماهیچه‌ها نسبت به امواج عصبی حساس شده و در نتیجه موجب واکنش سریع تر و حرکت موثرتر آن‌ها می‌گردد. ماساژ در واقع یکی از کاربردی‌ترین و مفیدترین درمان‌های خستگی فیزیکی به شمار می‌رود (۲۹). بنابراین می‌توان گفت که ماساژ درمانی به طور مستقیم بر خستگی ماهیچه‌ها اثر می‌گذارد. از طرفی ماساژ از طریق کاهش درد، بهبود افسردگی و ایجاد آرامش و بهبود خواب نیز می‌تواند به‌طور غیرمستقیم بر خستگی موثر باشد. برخی از مکانیسم‌های که موجب اثرات ماساژ درمانی در زمینه‌های فوق می‌گردد مشخص شده است. برای مثال اثرات تسکینی درد می‌تواند ناشی از مکانیسم کنترل دریچه‌ای، که طبق این تئوری پیام فشار زودتر از درد به مغز می‌رسد باشد. از طرف دیگر، افزایش سروتونین، دوپامین و کاهش ماده p طی ماساژ منجر به بهبود افسردگی می‌گردد. همچنین به نظر می‌رسد اثرات بهبود خواب مربوط به مکانیسم تحریک تولید اندورفین باشد (۳۰، ۳۱). از طرفی استفاده از روغن‌های اساسی همچون لاوند که دارای اثرات افزایش دهنده ارزی، بهبود خواب، کاهش استرس و ایجاد آرامش می‌باشد در کنار ماساژ درمانی می‌تواند اثرات این فن را بیشتر کند. در واقع زمانی که مولکول‌های رایحه استنشاق می‌شوند از سیستم بویایی به سیستم لیمبیک رفته و پاسخ‌های عاطفی ایجاد می‌کنند (۱۵) به هر حال به‌نظر می‌رسد که استفاده از روغن معطر از طریق تشدید اثرات فیزیولوژیکی و روانی ماساژ

References:

1. Winquist RJ, Kwong A, Ramachandran R, Jain J. The complex etiology of multiple sclerosis. Biochem Pharmacol 2007; 74(9): 1321-9.
2. Patwardhan MB, Matchar DB, Samsa GP, McCrory DC, Williams RG , Li T. Cost of multiple sclerosis by

- level of disability: a review of literature. Mult Scler 2005; 11(2): 232- 9.
3. McKeown LP, Porter- Armstrong AP, Baxter GD. The needs and experiences of caregivers of individuals with multiple sclerosis: a systematic review. Clin Rehab 2003; 17(3): 234-48.

4. Abedini M, Habibi Saravi R, Zervani A, Farahmand M. Epidemiology of multiple sclerosis. Mazandaran: Mazandaran MS Society; 2007. (Persian)
5. Etemadifar M, Janghorbani M, Shaygannejad V, Fereshteh A. Prevalence of multiple sclerosis in Isfahan, Iran. Neuroepidemiology 2006; 27(1): 39-44.
6. Bakshi R. Fatigue associated with multiple sclerosis: diagnosis, impact and management. Mult Scler 2003; 9(3): 219-27.
7. Zifko UA, Rupp M, Schwarz S, Zipk HT, Maida EM. Modafinil in treatment of fatigue in multiple sclerosis Results of an open-label study. J Neurol 2002; 249(8): 983-7.
8. Ghafari S, Ahmadi F, Nabavi SM, Memarian R. Effect of relaxation on fatigue of patients with multiple sclerosis. J Shahrekhord Univ Med Sci 2008; 10(1): 61-8. (Persian)
9. Maddocks -Jennings W, Wilkinson JM. Aromatherapy practice in nursing: a literature review. J Adv Nurs 2004; 48(1): 93-103.
10. Nayak R J, Matheis R J, Schoenberger NE, Shifflett SC. Use of unconventional therapies by individuals with multiple sclerosis. Clin Rehab 2003; 17(2): 181-91.
11. Ernst E. The safety of massage therapy. Rheumatology 2003; 42: 1101-6.
12. Buttagat V, Eungpinichpong W, Chatchawan U, Kharmwan S. The immediate effects of traditional Thai massage on heart rate variability and stress related parameters in patient with back pain associated with myofascial trigger points. J Body Work Movement Ther 2009; 15; 15-23.
13. Kahn JR, Rich GJ. Massage therapy the evidence for practice. Edinburgh: Mosby; 2002.
14. Kuhn MA. Complementary therapies for health care providers. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
15. Howarth AL. Will aromatherapy be a useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain? Compl Ther Nurs Midwifery 2002; 8(3): 138-41.
16. Olsen SA. A review of complementary and alternative medicine (CAM) by people with multiple sclerosis. Occup Ther Int 2009; 16(1): 57-70.
17. Imanishi J, Kuriyama H, Shigemori I, Watanabe S, Aihara Y, Kita M et al. Anxiolytic Effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. Evid Based Complement Alternat Med 2009; 6(1): 123-8.
18. Abasi Z, Abedian Z, Hassanpur Azghadi SB, Fadayi A, Essmaeili H. Study of the effects of massage therapy on the intensity of labor fatigue. J Sabzevar Univ Med Sci 2007; 14(3): 172-8. (Persian)
19. Tsay SL. Acupressure and fatigue in patients with end-stage renal disease-a randomized controlled trial. Int J Nurs Stud 2004; 41(1): 99-106.
20. Wilkinson S, Aldridge J, Salmon I, Cain E, Wilson B. An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. Palliative Med 1999; 13(5): 409-17.
21. Sakamoto R, Minoura K, Usui A, Ishizuka Y, Kanba S. Effectiveness of aroma on work efficiency: lavender aroma during recesses prevents deterioration of work performance. Chem Senses 2005; 30(8): 683-91.
22. Lee SH. Effect of aroma inhalation on fatigue and sleep quality of postpartum mothers. Korean J Women Health Nurs 2004; 10 (3): 235-43.
23. Schwid S, Covington M, Segal B, Goodman A. Fatigue in multiple sclerosis, current- understanding future direction. J Rehabil Res 2002; 39(2): 211-24.
24. Hughes D, Ladas E, Rooney D, Kelly K. Massage therapy as a supportive care intervention for children with cancer. Oncol Nurs Forum 2008 May;35(3):431-42.
25. Lee SH. Psychoneuroimmunologic effect of aromatherapy massage. Korean J Women Health Nurs 2000; 6(2): 305-15.
26. Jafariyan N, Sadeghi A. Multiple sclerosis and it's care. Tehran: Salemi Publication; 2006. P. 89. (Persian)
27. Kos D, Kerckhofs E, Nagels G, D'hooghe MB, Ilsbrouckx S. Origin of Fatigue in Multiple Sclerosis:

- Review of the Literature. Neurorehabil Neural Repair 2008; 22(1): 91-100.
28. Wilson R. Aromatherapy: essential oils for vibrant health and beauty. New York: Avery; 2002. P.340.
29. Braun MB, Simonson SJ, Howard DC. Introduction to massage therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. P. 578.
30. Field T, Diego M. Hernandes-reif M. Massage therapy research. Dev Rev 2007; 1: 75-89.
31. Field T, Hernandez-Reif M, Diego M, Fraser M. Lower back pain and sleep disturbance are reduced following massage therapy. J Bodywork Movement Ther 2007; 11: 141-5.
32. Diego MA, Hernandez-Reif M, Field T, Friedman L, Shaw K. HIV adolescents show improved immune function following massage therapy. Int J Neurosci 2001; 106: 35-45.
33. McCabe P, Jacka J. Complementary therapies in nursing and midwifery. Australia: Ausmed Publication; 2001. P.146.

