

مقایسه تاثیر ماساژ افلوراژ 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 متداول ترین علایم مولتیپل اسکلروزیس و از شایع ترین دلایل از کار افتادگی و کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس محسوب می شود. از طرفی شیوع استفاده از درمان های مکمل و جایگزین در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس رو به گسترش است. این مطالعه به منظور مقایسه تاثیر دو روش ماساژ با روغن های معطر و غیر معطر بر شدت خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام گرفته است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی بود. در این مطالعه ۷۱ خانم مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به طور 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 نمونه ها ماساژ افلوراژ با روغن اسطوخودوس 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.

یافته ها: تفاوت معنی دار آماری در میانگین نمره ی 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 معنی دار 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 می گذارد. ولی به نظر می رسد تاثیر ماساژ رایحه درمانی (با روغن معطر) در کاهش شدت خستگی نسبت به ماساژ با روغن غیرمعطر به تنهایی بیشتر باشد.

کلید واژه ها: 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 خوراسگان، تلفن: ۰۹۱۲۴۸۶۹۳۸۱

Email: st_b20@yahoo.com

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یا به اختصار ام اس یک اختلال مزمن نسبتاً شایع عصبی است که در آن میلین زدایی شدن آکسون های رشته های عصبی در نواحی مختلف دستگاه عصبی مرکزی اتفاق می افتد (۱). این بیماری دومین علت ناتوانی عصبی در نیروی کار جوان به حساب می آید. از طرف دیگر به علت شروع این بیماری در سنین فعالیت اقتصادی و همین طور مزمن بودن آن، ام اس یک بیماری پر هزینه نیز محسوب می شود. به طوری که، در سال ۱۹۹۴ تخمین زده شد که هزینه متوسط هر فرد مبتلا در طول زندگی، ۲/۵ میلیون دلار می باشد (۲،۳). تعداد مبتلایان به ام اس در جهان ۲/۵ میلیون نفر برآورد

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

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

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

^۴ دکترای حرفه ای پزشکی، رئیس گروه تحقیقات بالینی، واحد تحقیق و توسعه باریج اسانس کاشان

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 ۴۰-۱۵ درصد آن را ناتوان کننده ترین علامت بیماری خود 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 اشتغال، فرآیند اجتماعی شدن، تطابق با بیماری و سایر فاکتورهای فعالیت‌های روزانه زندگی داشته باشد از این رو خستگی از عمده‌ترین دلایل کاهش کیفیت زندگی و بیکاری در این بیماران محسوب می‌شود (۶،۷). گرچه خستگی را می‌توان با داروهایی همچون آمانتادین 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 کل‌نگر و همچنین به‌منظور پرهیز از عوارض درمان‌های دارویی، طب مکمل و جایگزین به‌عنوان 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

شایع‌ترین و بی‌خطرترین 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 افلوراژ 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 به‌منظور 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 اسطوخودوس جزء بی‌خطرترین 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 این که 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 این که هیچیک از این مطالعات به روش دو سوء کور انجام نشده است. محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای با هدف

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 محقق تا انتهای نمونه‌گیری از چگونگی قرار گیری نمونه‌ها در 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 ۷۰ نفر برای این پژوهش در نظر گرفته شد که به دلیل احتمال ریزش ۸۰ نفر از زنان مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس اصفهان انتخاب شدند. از این تعداد ۷۱ نفر موفق به تکمیل برنامه‌ی ماساژ طبق معیارهای تعیین شده گشتند. نمونه‌گیری طی شش ماه انجام شد و نمونه‌ها به صورت داوطلبانه و به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند در نهایت، از ۷۱ نفر ۳۶ نفر در گروه ماساژ با روغن غیر معطر (بادام شیرین) و ۳۵ نفر در گروه ماساژ با روغن معطر (لاواند) قرار گرفتند جهت اندازه‌گیری 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 اندازه‌گیری خستگی طراحی شد. این مقیاس مشتمل بر ۹ سوال است که پنج سوال آن بیش از کمیت،

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 علایم موجود در یک فرد مبتلا به ام اس مقایسه می‌کند. امتیاز مربوط به هر سوال ۷-۱ 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 پایایی و روایی آن در مطالعات مختلف مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۲۳). نسخه ایرانی این ابزار در جمعیت بیماران مبتلا به ام اس بررسی شده و روایی و پایایی 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 ابتلای 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 ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر به غیر از ام اس، عدم بارداری (و یا قصد بارداری)، نداشتن سابقه‌ی تشنج، آلرژی، میگرن، آسم و سایر بیماری‌های تنفسی، نداشتن سابقه عمل جراحی در شش ماه اخیر، فقدان زخم، 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

موثر باشد، تغییر در فرایند بیماری به طوری که موجب بستری شدن بیمار در بیمارستان گردد. عدم پیگیری برنامه‌ی ماساژ توسط بیمار یا همراه وی به هر دلیل (کم‌تر از ۱۰ جلسه)، ابتلا 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 اندام‌ها به 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 آلرژی، 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 مراجعه 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 بویایی انجام می‌شد. تمام جلسات آموزش ماساژ به طور 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 نحوه‌ی انجام ماساژ افلوراژ پشت، گردن و انتهای 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 می انجامید و زمانی به

اتمام می‌رسید که همراه بیمار تمام حرکات ماساژ را به طور صحیح انجام می‌داد. سپس پژوهشگر به همراه بیمار، جزوه‌ی مصور، جدول هفتگی انجام ماساژ و لوح فشرده‌ی ماساژ درمانی را همراه با روغن تحویل می‌داد. در این مطالعه از دو نوع روغن استفاده شد، روغن بادام شیرین با اسانس اسطوخدوس ۲/۵ درصد (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 زوجی 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 spss 16 بود.

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 تا ۲۲/۴۹ و $p < ۰/۰۰۰$).

آنالیز آماری نشان می‌دهد که میانگین سنی بیماران ۳۳/۸۵ سال بود. اکثر واحدهای مورد پژوهش متاهل (۷۳/۲ درصد)، با تحصیلات سطح دبیرستان (۳۲/۴ درصد)، غیر شاغل (۸۵/۹ درصد) و خانه‌دار (۷۷/۵ درصد) بودند. میانگین ساعات فعالیت در روز ۵/۷۳ ساعت ذکر شد. بیشترین مدت زمان ابتلا 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 بستری شدن به علت ام اس (۴۶/۵ درصد)، همچنین ۹۵/۸ درصد بیماران از داروهای شیمیایی 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

نمره خستگی	زمان	گروه روغن معطر			
		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
کم‌تر از ۳۶		۰	۰	۲۳	۶۵/۷۱
۳۶-۴۶		۱۷	۴۸/۵۷	۹	۲۵/۷۱
۴۷-۵۶		۷	۲۰	۲	۵/۷۱
۵۷-۶۶		۱۱	۳۱/۴۲	۱	۲/۸۵
جمع		۳۵	۱۰۰	۳۵	۱۰۰
میانگین		۴۹		۲۹/۳۷	
انحراف معیار		۹/۸۵		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،

بود. میانگین نمرات شدت خستگی بعد از ماساژ با روغن غیر معطر 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 تفاوت معنی داری را نشان می دهد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۵/۸۱ تا ۱۳/۰۱ و $p < ۰/۰۰۰$).

جدول شماره 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 غیر معطر				زمان نمره‌ی خستگی
	بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
	۵۵/۵۵	۲۰	۰	۰	کم‌تر از ۳۶
t= ۵/۳۱	۳۰/۵۵	۱۱	۴۴/۴۴	۱۶	۳۶-۴۶
df=۳۵	۸/۳۳	۳	۳۶/۱۱	۱۳	۴۷-۵۶
p<۰/۰۰۰	۵/۵۵	۲	۱۹/۴۴	۷	۵۷-۶۶
	۱۰۰	۳۶	۱۰۰	۳۶	جمع
	۳۱/۰۸		۴۰/۵۰		میانگین
	۱۵/۶۲		۱۷/۰۱		انحراف معیار

همان‌طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، میانگین اختلاف شدت خستگی در دو گروه ماساژ با روغن معطر و غیر معطر دارای اختلاف آماری معنی دار می باشد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد بین ۱۳/۹۰- تا ۵/۱۸- و $p < ۰/۰۰۰$). همچنین تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که میانگین اختلاف در هر دو گروه تحت مطالعه ندارد.

جدول شماره 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)

نمره‌ی شدت خستگی	گروه ماساژ با روغن غیر معطر	گروه ماساژ با روغن معطر	نتیجه‌ی آزمون
میانگین	۱۰/۰۸	۱۹/۶۲	$T = -4/36$
انحراف معیار	۹/۹۸	۸/۳۴	$Df = 69$ $p < ۰/۰۰۰$

بحث و نتیجه گیری

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری بین شدت خستگی قبل و بعد از مداخله وجود دارد ($t=13/92$ و $p<0/000$). 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 به‌طوری که نتایج این پژوهش نیز نشان دهنده این بود که با وجود این که اسطوخدوس به‌عنوان یک رایحه‌ی سداثیو 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 اسانس 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 ($t=5/31$ و $p<0/000$). 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 به‌طوری 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.

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 ($t=4/36$ ، $p<0/000$). 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 علائم 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 آ-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 برحسب 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 ناامیدی می‌باشد (۲۸-۲۶).

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

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 می گذارد. ولی به نظر می رسد تاثیر ماساژ رایحه درمانی (با روغن معطر) در کاهش شدت خستگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به ماساژ به تنهایی 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 درمان های 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 می شود (۳۲، ۱۱، ۳۳) را در کنترل خستگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پیشنهاد می کند. ضروریست که مطالعات بیشتری در زمینه ی مقایسه ی تاثیر ماساژ با روغن معطر و غیر معطر بر سایر علایم متداول ام اس همچون درد، پارسیزی و کیفیت خواب این گروه بیماران انجام شود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه بیمارانی که در این مطالعه شرکت داشتند تشکر می گردد. همچنین از شرکت دارویی بارچ اسانس که در تامین روغن ماساژ همکاری نمودند و از مسئولین محترم انجمن ام اس اصفهان، درمانگاه ام اس گلدشت و درمانگاه تخصصی ام اس بیمارستان الزهرا اصفهان تشکر به عمل می آید.

شود با افزایش خورسانی در شرایط کاملاً آرام بخش موجب افزایش دریافت مواد مغذی و اکسیژن و حذف بیشتر مواد زائد سلولی می گردد. ماساژ حتی بر ماهیچه های فلج و غیر فعال نیز موثر است. این روش موجب می شود تا ماهیچه ها نسبت به امواج عصبی حساس شده و در نتیجه موجب واکنش سریع تر و حرکت موثرتر آن ها می گردد. ماساژ در واقع یکی از کاربردی ترین و مفیدترین درمان های خستگی فیزیکی به شمار می رود (۲۹). بنابراین می توان گفت که ماساژ درمانی به طور مستقیم بر خستگی ماهیچه ها اثر می گذارد. از طرفی ماساژ از طریق کاهش درد، بهبود افسردگی و ایجاد آرامش و بهبود خواب نیز می تواند به طور غیرمستقیم بر خستگی موثر باشد. برخی از مکانیسم های که موجب اثرات ماساژ درمانی در زمینه های فوق می گردد مشخص شده است. برای مثال اثرات تسکینی درد می تواند ناشی از مکانیسم کنترل دریچه ای، که طبق این تئوری پیام فشار زودتر از درد به مغز می رسد باشد. از طرف دیگر، افزایش سروتونین، دوپامین و کاهش ماده p طی ماساژ منجر به بهبود افسردگی می گردد. همچنین به نظر می رسد اثرات بهبود خواب مربوط به مکانیسم تحریک تولید اندورفین باشد (۳۰، ۳۱). از طرفی استفاده از روغن های اساسی همچون لاواند که دارای اثرات افزایش دهنده ی انرژی، بهبود خواب، کاهش استرس و ایجاد آرامش می باشد در کنار ماساژ درمانی می تواند اثرات این فن را بیشتر کند. در واقع زمانی که مولکول های رایحه استنشاق می شوند از سیستم بویایی به سیستم لیمبیک رفته و پاسخ های عاطفی ایجاد می کنند (۱۵) به هر حال به نظر می رسد 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 Shahrekord 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, Shiflett 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? *Complem 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.

