**مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی**
دوره ۲۰، شماره ۳، پاییز ۸۹، صفحات ۱۷۵ تا ۱۸۱

**Original Article**

# بررسی تاثیر رایحه درمانی استنشاقی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر ساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**محمد صاحب الزمانی[۱]، مهناز خانوی[۲]، حمید علوی مجد[۳]، سیده معصومه میرکریمی[۴]، مهرداد کریمی[۵]**

[۱] استادیار، دکترای مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۲] استادیار، دکترای فارماکوگنوزی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده داروسازی
[۳] دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۴] دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران
[۵] پزشک عمومی و دستیار طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

## چکیده

**سابقه و هدف**: *رایحه‌درمانی به عنوان روش درمان جایگزین، تکنیک استفاده از روغن‌های فرار گیاهان، جهت سلامتی جسمی و روانی می‌باشد. هدف از انجام این پژوهش تعیین تأثیر رایحه درمانی استنشاقی برکاهش میزان اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر ساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷ بود.*

**روش بررسی**: *در این مطالعه تجربی، ۲۶۰ نفر از دانشجویان دختر ساکن مجتمع خوابگاهی انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و شاهد متغیرهای اضطراب و افسردگی جایگزین شدند (۴ گروه ۶۵ نفره). ابتدا از کلیه آزمودنی‌ها، پیش آزمون‌های سنجش اضطراب اسپیل برگر و تست افسردگی بک به عمل آمد. ترکیب اسانس اسطوخودس و اسانس گل محمدی به مدت چهارهفته و هر روز نیم ساعت در شب توسط گروه‌های آزمایش (اضطراب و افسرده) استنشاق شد. در این مدت گروه‌های شاهد فقط روغن کنجد استنشاق می‌کردند. در پایان هفته دوم اجرا، پس آزمون ۱ و در پایان هفته چهارم، پس آزمون ۲ اجرا شد.*

**یافته‌ها**: *دانشجویان دریافت کننده رایحه درمانی استنشاقی در پایان هفته دوم و چهارم کاهش معنی‌داری در علایم اضطراب و نشانه‌های افسردگی در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه شاهد نشان دادند (در هر دو مورد اضطراب و افسردگی $p<۰/۰۰۱$).*

**نتیجه‌گیری**: *این مطالعه، اثربخشی رایحه‌درمانی استنشاقی با ترکیب اسانس اسطوخودس و اسانس گل محمدی را در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه مورد تایید قرار داد.*

**واژگان کلیدی**: *اضطراب، افسردگی، دانشجویان دختر، رایحه درمانی استنشاقی، اسانس، اسطوخودس، گل محمدی.*

## مقدمه

بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی از ۸۷۰ میلیون نفری که در اروپا زندگی می‌کنند، حدود ۱۰۰ میلیون نفر از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند (۱). حدود ۱۹/۱ میلیون نفر در ایالات متحده یعنی ۱۳/۳ درصد از جمعیت ۵۴-۱۸ ساله آن، به اختلالات اضطرابی مبتلا هستند (۲). یافته‌های جدید از افزایش اختلالات اضطرابی در ایالات متحده خبر می‌دهد. زن‌ها دو برابر بیشتر از مردان مبتلا هستند. شیوع ۱۲ ماهه اختلالات اضطرابی ۱۷/۷ درصد است. شیوع مادام العمر در زنان ۳۰/۵ درصد و در مردان ۱۹/۲ درصد می‌باشد (۳). طبق گزارش‌های حاصل از رونوشت مطالعه ملی اختلالات توأم، شیوع افسردگی در طول عمر ۱۶/۲ درصد است و شیوع آن در

**آدرس نویسنده مسئول**: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران، سیده معصومه میرکریمی
(**email**: masumehmirkarimi@yahoo.com)
**تاریخ دریافت مقاله**: ۱۳۸۸/۸/۹
**تاریخ پذیرش مقاله**: ۱۳۸۸/۱۱/۱۰

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]

زنـان دو برابـر مـردان مـی‌باشـد (۴). بررسـی اپیـدمیولوژیک اختلالات روانی در ایران نشان داده کـه طیـف ایـن اخـتلالات بـین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصـد در نوسـان بـوده و ماننـد اکثـر بررسی‌های جهانی در ایران نیز اختلالات افسردگی و اضـطراب از شایع‌ترین آنان بوده‌اند (۵).

تقریباً نیمی از دانشجویان دانشـگاه آکسـفورد در طـول مـدت تحصیل، یک نیمه تحصیلی را به علت ابـتلا بـه نـاراحتی‌هـای روانـی بـه ویـژه اضـطراب و افسـردگی از دسـت داده‌انـد (۶). مطالعات مختلـف، شـیوع اخـتلالات روانـی را در دانشـجویان ایرانـی بـین ۱۲/۷۵ تـا ۳۰/۴ درصـد گـزارش کـرده‌انـد. در دانشجویان خوابگاه‌های امام علی و امـام حسـن (ع)، اضـطراب کل ۱۱/۵ درصد، اضطراب آشکار ۷/۵ درصد و اضطراب پنهـان ۶ درصد آنان را مبتلا کرده بود (۷).

اختلالات اضطرابی مستلزم استفاده زیاد از مراقبت پزشـکی و صرف هزینه‌های گزاف می‌باشد (۸ ). افراد مبتلا بـه اضـطراب، ۳ تا ۵ بار بیشـتر از جمعیـت عـادی بـه روان‌پزشـک مراجعـه می‌کنند و ۶ برابر بیشتر در بیمارستان بستری مـی‌شـوند (۹). اضطراب، تأثیر منفی قابل توجهی بر عملکـرد کـاری و روابـط بین فردی مـی‌گـذارد (۱۰). اضـطراب باعـث کـاهش کیفیـت زندگی و رفتارهـای بهداشـتی، مشـکلات جسـمی، اخـتلالات عملکرد و ناتوانی (۴ برابر بیشتر از کسانی که اضطراب ندارند)، بیکاری و بیماری‌های مزمن مـی‌گـردد (۱۱). در مبتلایـان بـه اختلالات اضـطرابی، خطـر ناکـامی در تحصـیل، مشـاغل کـم درآمد و کاهش کیفیـت زنـدگی بـالاتر اسـت (۱۲). همچنـین نتیجه برخی تحقیقات به همبودی (comorbidity) بالای بـین اختلالات اضطرابی و افسردگی و وابستگی به مواد برای مقابلـه با علایم بیماری و در جهت تسکین آنهـا اشـاره دارد. بـه نظـر می‌رسد افسردگی ثانویه شایع‌ترین و احتمالاً جدی‌ترین عارضه اضطراب باشد و در واقع افسردگی بیش از خود اضطراب باعـث می‌شود بیمار در جستجوی درمان برآید (۱۳). اضـطراب بـالا، حالت تحریـک روانـی و محـدودیت تمرکـز و توجـه را فـراهم می‌کنـد . اضـطراب عـاملی اسـت کـه اکتشـاف و جسـتجو در محیط‌های آموزشی و حرفه‌ای را مهار می‌کند (۱۴).

افسردگی چهارمین علت ناتوانی در ایالات متحـده اسـت و پـیش-بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت نـاتوانی تبـدیل شـود (۱۵). اخـتلالات افسـردگی هـم هزینـه مسـتقیم بـرای خـدمات بهداشتی دارند و هم هزینه‌های غیـر مسـتقیم خیلـی زیـادی بـه دلیل ناتوانی در انجام کار دارند (۱۶). بین بیمارانی کـه بـه خـاطر شکایت جسمی به پزشک مراجعه مـی‌کننـد، حـداقل ۱۸ درصـد افراد افسرده هستند و یک سوم آنها دچـار افسـردگی متوسـط یـا شدیدند (۱۷). افراد مبتلا بـه افسـردگی، کـاهش انـرژی و علاقـه، احساس گناه، مشکل در تمرکز، کـاهش اشـتها و افکـار مـرگ یـا خودکشی را تجربه می‌کنند (۳). افسردگی تأثیر زیادی بر عملکـرد جسمی، درک از درد و سلامتی عمومی افراد دارد (۸).

افسردگی اختلالی شایع در دانشجویان ساکن در خوابگاه است کـه دلیـل آن دوری از خـانواده، اقامـت در شـهری ناآشـنا، فضـای نامناسب، نبود بهداشت کافی و کمبود امکانات رفاهی خوابگـاه‌هـا، زندگی با فرهنگ‌های مختلف و مواجه شدن با هزینـه‌هـای بـالای زندگی و نداشتن منبع درآمد می‌باشد (۱۸). افسـردگی عـلاوه بـر ایجاد مشکلات جسمی و تشدید بعضی علایم مانند درد و عـوارض ناشی از برخی درمان‌ها، بر توانایی‌هـا و سـازندگی‌هـای فـرد تـأثیر گذارده و آنها را کاهشمی‌دهد. هم‌چنـین قـدرت تصـمیم‌گیـری را سلب و توان مراقبت از خود را پـایین آورده و در نتیجـه اسـتقلال فرد از بین رفته، وابستگی، ناتوانی و فقدان اعتماد به نفـس بوجـود می‌آید و بالطبع مسایل فوق بر تمـامی جنبـه‌هـای زنـدگی فـرد و اطرافیان او تأثیر منفی گذارده و زیان‌های فراوانـی را بـرای فـرد و جامعه به بار می آورد (۱۹).

امروزه استفاده از طب سنتی و پزشـکی مکمـل گسـترش جهـانی پیـدا کـرده اسـت (۲۰). اصـطلاح طـب مکمـل یـا دگرشـیوه (complementary and alternative)، به گروهی روش‌های درمـان و پیشگیری از بیماری اطلاق می‌شود که شیوه‌ها و اثربخشی آن‌ها از طب سنتی و یا درمان بیوشیمیایی مرسـوم متفـاوت اسـت (۳). محققان یکی از دلایل افزایش رویکرد به طب مکمـل و جـایگزین را نارضایتی مردم از سیستم‌هـای مراقبتـی ذکـر مـی‌کننـد (۲۱). تخمین زده می‌شود که یک نفر از هـر سـه نفـر زمـانی از درمـان مکمل برای ناخوشی‌های معمول نظیر کمردرد، سـردرد، اضـطراب و افسردگی استفاده می‌کند (۳).

رایحه‌درمانی، تکنیک استفاده از روغن‌های فـرار گیاهـان، شـامل اسانس‌ها، جهت سلامتی جسمی و روانی می‌باشد (۲۲). از رایحـه درمـانی بـرای تسـکین درد، اضـطراب، افسـردگی، بـی‌خـوابی، خستگی، آسم و حتی ایجاد اعتماد به نفـس، موفقیـت و خلاقیـت استفاده می‌شود (۲۳). مطالعات متعددی در زمینه بهداشت روانـی نشان داده که استفاده از رایحه‌درمـانی تـأثیر مثبتـی بـر عواطـف انسانی دارد. از آنجا که حداقل ۶۰ درصـد ویزیـت پزشـکان بعلـت مشکلات مرتبط با اسـترس مـی‌باشـد، رایحـه‌درمـانی استنشـاقی می‌تواند در کاهش استرس مؤثر باشد. اثـرات مثبـت بیشـتری در ارزیابی خلق و کاهش استرس به خصوص در بهداشـت و سـلامت روانی زنان گزارش شده است (۲۴).

در کشور مـا زنـان بـیش از نیمـی از جمعیـت کشـور را تشـکیل می‌دهند و تقریباً همـین ترکیـب را در سـطح دانشـگاه‌هـا داریـم

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]

(۲۵). هم‌چنین گزارش‌ها از افزایش شیوع افسردگی و اضطراب در میان دانشجویان دختر سراسر جهان حکایت دارد (۲۶).
با در نظر گرفتن این نکته که این قشر از جامعه مسؤولیت مهمی را بر عهده داشته و سلامت جامعه آتی در گرو داشتن زنانی است که هم از نظر جسمی و هم از نظر روحی سالم باشند، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر رایحه‌درمانی استنشاقی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر انجام شد. در صورت اثبات اثربخشی این روش طب مکمل در کنترل اضطراب و افسردگی در این مطالعه، کمک شایانی به جامعه خواهد شد.

## مواد و روشها

در این کارآزمایی بالینی دوسو کور، تاثیر رایحه‌درمانی استنشاقی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر ساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که پژوهش دو متغیر وابسته، شامل اضطراب و افسردگی داشت، ۲۶۰ نفر از دانشجویان خوابگاه به صورت تصادفی و براساس جدول اعداد تصادفی انتخاب و با توجه به نمرات کسب نموده در پیش آزمون در گروه شاهد و آزمایش متغیر افسردگی (هر گروه ۶۵ نفر) و گروه شاهد و آزمایش متغیر اضطراب(هر گروه ۶۵ نفر) جایگزین شدند. حداقل نمونه برای هر یک از زیر گروه‌ها از طریق فرمول زیر تعیین شد:

$$n = 2\frac{\left(z_\alpha + z_\beta\ \right)^2 \sigma^2}{\left(\mu_1 - \mu_2\ \right)}$$
$$\alpha = 0.5 \Rightarrow z_\alpha = 1.96$$
$$1-\beta = 0.80 \Rightarrow z_\beta = 0.84$$
$$\frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} = effectsize = 0.6$$
$$n = 2\left(1.96 + 0.84^2 \left\{\frac{1}{0.50}\right\}^2 = 64\right.$$

جهت تعیین میزان اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها از فرم اضطراب اسپیل‌برگر و پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. شرایط ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۸۰ بر اساس فرم اضطراب اسپیل‌برگر، نمره بالاتر از ۲۰ بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک، عدم ابتلا به بیماری دیگر به جز اضطراب و افسردگی، مبتلا نبودن به اضطراب و افسردگی به صورت هم‌زمان، عدم استفاده از داروی ضد اضطراب و افسردگی و داروهای گیاهی، نداشتن سابقه آسم و آلرژی، هم‌زمان نبودن اجرای مطالعه با امتحانات پایان‌ترم و عدم رخداد حادثه ناگوار یک ماه قبل از مطالعه و در زمان مطالعه بود.
ابتدا رضایتنامه کتبی جهت شرکت درپژوهش از آزمودنی‌ها گرفته شد. قبل از اجرا، ۴ نفر کمک پژوهشگر برای هر گروه، آموزش داده شد. متغیر مستقل شامل ترکیب اسانس اسطوخودوس و اسانس گل محمدی بود که در آزمایشگاه دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران با غلظت ۱۰ درصد با روغن کنجد بدون بو رقیق شد. اسانس اسطوخودس آرام‌بخش است وخواص ضداضطراب دارد. اسانس گل محمدی باعث تعدیل عواطف می‌شود و به خصوص در افسردگی، فشارهای عصبی و حالات مرتبط با استرس استفاده می‌شود (۲۷). منابع رایحه‌درمانی ترکیب اسانس‌ها را موثرتر از استفاده جداگانه از آنها می‌دانند(۲۸). به همین دلیل، ازترکیب دو اسانس استفاده شد. نحوه اجرا به این صورت بود که ۷ قطره اسانس اسطوخودوس و ۳ قطره اسانس گل محمدی با قطره چکان روی دستمال غیرقابل جذب چکانده می‌شد و در فاصله ۲۰ سانتی‌متری بینی آزمودنی به مدت نیم ساعت قرار می‌گرفت. این عمل به مدت چهار هفته ادامه داشت. جهت جلوگیری از خواب‌آلودگی، مطالعه شب‌ها انجام می‌شد. در این مدت گروه شاهد فقط روغن کنجد استنشاق می‌کردند. در پایان هفته دوم، پس آزمون ۱ و پایان هفته چهارم، پس آزمون ۲ اجرا شد که همان آزمون‌های اجرا شده در پیش آزمون بودند.
جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی برای ویژگی‌های جمعیت شناختی و تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر به منظور بررسی اثرات درون گروهی و بین گروهی متغیر مستقل استفاده شد. فرضیه های پژوهش در سطح آلفای ۰/۰۵ مورد آزمون قرار گرفت.

## یافته‌ها

### *گروه اضطراب*

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه شاهد ۲۰/۷ سال و گروه آزمایش ۲۰/۸ سال بود و ۵۳ درصد آزمودنی‌های هر دو گروه بین ۲۰ تا ۲۱ سال سن داشتند. بیشترین تعداد آزمودنی‌های گروه آزمایش (۳۳ نفر) دانشجوی سال اول (۵۰/۸ درصد) و ۲۲ نفر (۳۳/۸ درصد) آزمودنی‌های گروه شاهد سال دوم بودند.

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]

رشته تحصیلی ۲۹/۲ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش (۱۹ نفر) و ۲۳/۱ درصد آزمودنی‌های گروه شاهد (۱۵ نفر) پرستاری بود. همچنین رشته تحصیلی ۲۰ درصد آزمودنی‌های گروه شاهد (۱۳ نفر) مامایی بود. به عبارتی، در مجموع رشته تحصیلی ۴۳ درصد آزمودنی‌های هر دو گروه، پرستاری و مامایی بود. ۶۷ درصد آزمودنی‌ها نیز در رشته‌های بهداشت (۸/۵ درصد)، گفتار درمانی (۱۰/۸ درصد)، هوشبری (۲/۳ درصد)، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (۱۰ درصد)، فیزیوتراپی (۱۰ درصد)، رادیوتراپی (۶/۲ درصد) و شنوایی سنجی (۹/۲ درصد) به تحصیل اشتغال داشتند.

نتایج تحلیل واریانس (جدول ۱) در خصوص عامل درون گروهی اضطراب نشان داد که اختلاف معنی‌دار آماری بین نمرات پیش‌آزمون (شاهد: M=۹۹/۳، S=۱۵/۷؛ آزمایش: M=۹۹/۶، S=۱۷/۱)، پس آزمون ۱ (شاهد: M=۱۰۲/۸، S=۱۶/۴؛ آزمایش: M=۸۵/۳، S=۲۰/۷) و پس‌آزمون ۲ (شاهد: M=۱۰۶/۲، S=۱۶/۸؛ آزمایش: M=۸۸/۴، S=۲۲) (F=۸/۴، p<۰/۰۰۱) وجود دارد، یعنی نمره اضطراب آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲ با هم متفاوت می‌باشد و این اختلاف نمره در حدی است که از نظر آماری معنی‌دار است. همچنین اثر متقابل متغیر موقعیت با متغیر گروه نیز از لحاظ آماری معنی‌دار بود (F=۳۰/۶، p<۰/۰۰۱).

**جدول ۱**- تحلیل واریانس عامل درون‌گروهی اضطراب (پیش آزمون و پس آزمون ۱ و ۲) و اثر متقابلش با گروه در دانشجویان دخترساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران

| منبع تغییرات | درجه آزادی | F | p-value |
|---|---|---|---|
| پیش آزمون، پس آزمون ۱ و ۲ | ۲ | ۸/۴ | <۰/۰۰۱ |
| پیش آزمون، پس آزمون ۱ و ۲* | ۲ | ۳۰/۶ | <۰/۰۰۱ |
| خطا | ۲۵۶ | | |

* اثر متقابل متغیر موقعیت با متغیر گروه

نتایج تحلیل واریانس (جدول ۲) در خصوص عامل بین گروهی اضطراب نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین نمرات اضطراب گروه آزمایش و شاهد از لحاظ آماری معنی‌دار است (p<۰/۰۰۱). به این معنی که گروه دریافت کننده رایحه‌درمانی کاهش قابل توجه و معنی‌داری در سطح اضطراب خود در پایان هفته دوم وچهارم مداخله در مقایسه با گروه شاهد داشتند.

**جدول ۲**- تحلیل واریانس عامل بین گروهی اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون ۱ و ۲ در دانشجویان دختر ساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

| منبع تغییرات | درجه آزادی | F | p-value |
|---|---|---|---|
| گروه | ۱ | ۱۷/۲ | <۰/۰۰۱ |
| خطا | ۱۲۸ | | |

***گروه افسرده***

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه شاهد ۲۰/۸ سال و گروه آزمایش ۲۰/۹ سال بود. ۵۲ درصد آزمودنی‌های هر دو گروه بین ۲۰ تا ۲۱ سال سن داشتند. ۳۰/۸ درصد (۴۰ نفر) آزمودنی‌های هر دو گروه، سال اول و ۲۶/۹ درصد (۳۵ نفر) سال دوم بودند.

رشته تحصیلی ۱۸/۵ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش (۱۲ نفر) و ۲۱/۵ درصد آزمودنی‌های گروه شاهد (۱۴نفر) پرستاری بود. همچنین رشته تحصیلی ۱۶/۹ درصد آزمودنی‌های گروه آزمایش (۱۱ نفر) و ۱۵/۴ درصد آزمودنی‌های گروه شاهد (۱۰ نفر) مامایی بود. در مجموع، رشته تحصیلی ۳۶ درصد آزمودنی‌های هر دو گروه، پرستاری و مامایی بود. ۶۴ درصد آزمودنی‌ها نیز در رشته‌های بهداشت (۱۴ درصد)، گفتار درمانی (۶/۲ درصد)، هوشبری (۲/۳ درصد)، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (۱۳/۸ درصد)، فیزیوتراپی (۱۲/۳ درصد)، رادیوتراپی (۶/۹ درصد) و شنوایی‌سنجی (۷/۷ درصد) به تحصیل اشتغال داشتند.

**جدول ۳**- تحلیل واریانس عامل درون گروهی افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون ۱ و ۲ و اثر متقابلش با گروه دردانشجویان دخترساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

| منبع تغییرات | درجه آزادی | F | p-value |
|---|---|---|---|
| افسردگی | ۲ | ۷۶ | <۰/۰۰۱ |
| افسردگی* | ۲ | ۱۲۹/۶ | <۰/۰۰۱ |
| خطا | ۲۵۶ | | |

* اثر متقابل متغیر موقعیت با متغیر گروه

نتایج تحلیل واریانس (جدول ۳) در خصوص عامل درون گروهی نشان داد که اختلاف معنی‌دار آماری بین پیش آزمون (شاهد: M=۲۹/۱، S=۹/۹؛ آزمایش: M=۲۸/۴، S=۹)، پس آزمون ۱ (شاهد: M=۳۰/۵، S=۱۰/۶؛ آزمایش: M=۱۵/۸، S=۱۰/۷) و پس آزمون ۲ (شاهد: M=۳۱۱/۳، S=۱۰/۸؛ آزمایش: M=۱۲/۴، S=۱۱) (F=۷۶، p<۰/۰۰۱) وجود دارد.

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]

یعنی نمره اضطراب آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون ۱ و پس آزمون ۲ با هم متفاوت می‌باشد و این اختلاف نمره در حدی است که از نظر آماری معنی‌دار است. همچنین اثر متقابل متغیر موقعیت با متغیر گروه (F=۱۲۹/۶، p<۰/۰۰۱) نیز از لحاظ آماری معنی‌دار است.

نتایج تحلیل واریانس ( جدول۴) در خصوص عامل بین‌گروهی نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین گروه آزمایش و شاهد (F(1,128)=۴۵/۹، p<۰/۰۰۱) از لحاظ آماری معنی‌دار است. به این معنی که گروه دریافت کننده رایحه درمانی کاهش قابل توجه و معنی‌داری در شاخص‌های مربوط به افسردگی درپایان هفته دوم وچهارم مداخله در مقایسه با گروه شاهد داشت.

**جدول ۴**- تحلیل واریانس عامل بین گروهی افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون ۱ و ۲ در دانشجویان دختر ساکن مجتمع خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران

| منبع تغییرات | درجه آزادی | F | p-value |
|---|---|---|---|
| گروه | ۱ | ۴۵/۹ | <۰/۰۰۱ |
| خطا | ۱۲۸ | | |

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رایحه درمانی استنشاقی (ترکیب اسانس اسطوخودس و اسانس گل محمدی) تاثیر معنی‌داری بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان دختر ساکن خوابگاه دارد.

رایحه درمانی موجب کاهش اضطراب کلی دانشجویان در هفته دوم و چهارم پس از مداخله شد. در زمینه اضطراب، نتایج این تحقیق با نتیجه تحقیق ویلکینسون و همکاران (۲۰۰۷) با عنوان "تاثیر ماساژ رایحه‌درمانی در کنترل اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی" همسو نمی‌باشد. هدف از انجام مطالعه ویلکینسون، بررسی تاثیر مراقبت حمایتی معمولی همراه با رایحه درمانی در کنترل اضطراب و افسردگی این بیماران بود. اکثر شرکت کنندگان زن و نیمی از آنها سرطان سینه داشتند. نتایج نشان داد که رایحه درمانی به روش ماساژ منجر به بهبود نشانه های اضطراب در ۱۰هفته پس از مداخله نمی‌شود (۲۹). همچنین نتیجه این مطالعه با تحقیق گراهام و همکاران (۲۰۰۳) که با هدف بررسی تاثیر رایحه درمانی استنشاقی حین رادیوتراپی بر کاهش اضطراب بیماران سرطانی انجام شد، نیز همسو نمی‌باشد. نمونه‌ها به ۳ گروه شاهد (دریافت کننده روغن پایه)، آزمایش ۱ (روغن پایه مخلوط با روغن فرار درجه پایین) و آزمایش ۲ (اسانس خالص) تقسیم شدند. در پایان مطالعه، سطح اضطراب گروه شاهد به صورت معنی‌داری از دو گروه دیگر کمتر شده بود. به عبارتی، مطالعه گراهام تاثیر رایحه‌درمانی را در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی آزمودنی‌ها مورد تایید قرار نداد (۲۸). نتیجه این مطالعه با نتایج حاصل از تحقیق سودن و همکاران (۲۰۰۴) که به بررسی تاثیر عطر درمانی به روش ماساژ بر علائم جسمانی و روانی بیماران مبتلا به سرطان پرداخت، نیز مطابقت ندارد. سودن به این نتیجه رسید که عطر درمانی بهبود معنی‌داری در وضعیت اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد ایجاد نمی‌کند، اما در کاهش درد بیماران و بهبود وضعیت خواب ایشان تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد. این تفاوت احتمالا به میانگین بالای سن آزمودنی‌های مطالعه سودن (۷۳ سال) و نوع بیماری آنها (سرطان) مربوط می‌شود (۳۰).

سایر پژوهش‌های انجام شده در خصوص رایحه درمانی شامل مطالعات سودن و همکاران (۲۰۰۴)، هینگ مینگ سو (۲۰۰۶) و سبحانی و همکاران (۱۳۸۵) نیز اثربخشی این روش را بر کاهش علایم جسمانی و به ویژه درد در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی نظیر سرطان، دردگردن، دردهای مزمن و درد سزارین مورد تایید قرار داده‌اند (۳۲-۳۰).

درخصوص تاثیر رایحه درمانی استنشاقی بر کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان که در این تحقیق مورد تایید قرار گرفت، پژوهش مشابهی که در مورد دانشجویان انجام گرفته باشد وجود ندارد. در پژوهش‌هایی که در مورد بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی انجام شده، تاثیر رایحه درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی مورد تایید قرار نگرفته است (۳۰-۲۸).

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش به نظر می‌رسد استفاده از رایحه درمانی تاثیر معنی‌داری بر کاهش نشانه‌های اضطراب وافسردگی دارد. اگر چه تاثیر آن بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی قابل توجه نبوده است. اما همان‌گونه که نتایج این تحقیق نشان می‌دهد، اثربخشی آن در مورد نمونه‌های سالم مورد تایید قرار گرفته است و به نظر می‌رسد بررسی‌های بیشتری جهت تفسیر این تفاوت در اثرگذاری لازم باشد.

با این همه، رایحه درمانی را می توان به عنوان روش مکمل سایر روش‌های درمانی و یا حتی به عنوان روش جایگزین مورد استفاده قرار داد. بدون شک اثرات مثبت این روش می‌تواند درمان‌هایی مفیدی برای افرادی که نگرش منفی نسبت به مصرف داروهای روانی دارند و اساسا با مراجعه به روانپزشک و روانشناس مشکل دارند، فراهم نموده و پیامدهای

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]

فردی، خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی ناشی از ابتلا به این بیماری‌ها را کاهش دهد و همچنین از پیشرفت علایم و شدت گرفتن اختلال پیشگیری نماید.

به نظر می‌رسد انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه با سایر گروه‌ها مانند مردان به ویژه در مقایسه و ترکیب با روش‌های دارودرمانی و روش‌های رفتاری و شناختی جهت تعیین اثر بخشی این روش ضروری باشد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته ازپایان نامه می باشد. از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی تهران و کارکنان مجتمع خوابگاهی آن دانشگاه وکلیه دانشجویانی که در پژوهش حاضر نهایت همکاری را مبذول داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## *REFERENCES*

1. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, Building solutions. Geneva: WHO; 2005.
2. Macnee CL, McCabe S, editors. Understanding nursing research: reading and using researdh in evidence –based practice. 2nd ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
3. Sadock B, Sadock V, Kluwer W, editors. Synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry. 10th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
4. Fortinash K, Holoday Worret P, editors. Psychiatric mental health nursing. 4th ed. New York: Mosby Elsevier; 2008.
5. Nourbala A, Bagheri yazdi A, Yasemi M. Mental health condition in persons of 15 years old and over in Iran. Hakim 2001; 5: 79-84. [In Persian]
6. Panel D, Perczek R, Carver CS, Price AA, Pozo-Kaderman C. Coping, mood and aspect of personality. J Personal Assess 2000; 47: 63–86.
7. Fathizadeh Kh. Frequency of anxiety in students of Emam Ali and Emam Hasan dormitories [Dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Science; 2003. [In Persian]
8. Ford GD. Prospective association of anxiety, depressive and addictive disorders with high utilization of primary, specialty and emergency medical cares. Soc Sci Med 2004; 58: 2145–48.
9. Stuart G, Laraia M, editors. Straight A'S in psychiatric and mental health nursing: principle and practice of psychiatric nursing. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
10. Boyd MA, editor. Psychiatric nursing: contemporary practice. 4th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
11. Strine T, Chapman D, Kobau R, Balluz L, Mokdad A. Depression, anxiety, and physical impairments and quality of life in the U.S. no institutionalized population. Am Psychiatr Assoc 2004; 55: 1408–13.
12. Fong G, Garralda E. Anxiety disordes in children and adolescents. Clin Synd 2005; 4: 64–77.
13. Bizzarri VJ. Reasons for substance use and vulnerability factors in patient with substance use disorder and anxiety of mood disorders. Addict Behav 2007; 32: 341-84.
14. Vignoli EA, Croity-belz S, Chapeland V, Fillips A, Garcia M. Career exploration in adolescents: the role of anxiety, attachment, and parenting style. J Vocation Behav 2005; 67: 153–68.
15. Varcarolis E, Elizabeth M, Carson U, Shoemaker U, editors. Foundations of psychiatric mantel health nursing: a clinical approach. 5th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006.
16. Golder M, Gediss J, Hio R, editors. Oxford psychiatry. Arjmand M, Sadeghi M, Translators. Tehran: Arjmand Publishing; 2006. [In Persian]
17. Sarason IG, editor. Pathologic psychiatry. Najjarian M, translator. Tehran: Roshd Publishing; 2004. [In Persian]
18. Votta E, Manion IG. Depression in college students: personality and coping factors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 2003; 24: 775-85.
19. Bollinger LC, editor. Depression, substance abuse and college student engagement: a review of the literature. USA: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University; 2003. p.1-62.
20. Perry R, Dowrich CF. Complementary medicine and general practice: an urban perspective. Complement Ther Med 2000; 18: 71–75.
21. Kroesen K, Baldwin C, Brooks A, Bell I. US military veterans' perception of conventional medical care system and their use of complementary therapy and alternative medicine. Fam Prac 2002; 19: 57–64.

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]

22. Bharkatiya M, Nema R, Rathor K, Panc Hawats. Aromatherapy: short review. Int J Green Pharm 2008; 2: 13–16.

23. Sobhani A, Sharehi H, Ourangpour R, Shokuhi F, Uodi M. The effect of Lavender essence on relieving cesarean pain. Journal of Gilan Medical University 2007; 16: 80-85. [In Persian]

24. Hawarth A. Will aromatherapy be a useful treatment sterategy for people with multiple sclerosis who experience pain? Complement Ther Nurs Midwifery2004; 8: 138–41.

25. Erfani N. The effect of hypiran on college student's anxiety settling in dormitories of Karaj [Dissertation]. Tehran: Nursing and Midwifery Facualty, Azad University, Medical Branch; 2007. [In Persian]

26. Misra R, Mckean M. College student academic stress and it's relation to their anxiety. Am J Health Stud 2001; 14: 7-23.

27. Lis-Balchin M, editor. Aromatherapy science: a guide for healthcare professionals. 1st ed. London: Pharmaceutical Press Mosby Elsevier; 2006.

28. Graham PH, Browne L, Cox H, Graham J. Inhalation aromatherapy during radiotherapy: results of a placebo-controlled double-blind randomized trial. J Clin Oncol 2003; 21: 2372-76.

29. Wilkinson S. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patient with cancer. Oncology 2007; 28: 532-38.

30. Soden K, Vincent K , Craske S , Lucas C, Ashley S. A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. Palliative Med 2004; 18: 87-92.

31. Hing-Min Tse S. An experimental study on the effectiveness of acupressure with aromatic Lavender essential oil for sub-acute, non-specific neck pain in Hong Kong. Complement Ther Clin Pract 2006; 12: 18–26.

[ Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-27 ]