

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

محمد صاحب الزمانی<sup>۱</sup>، مهناز خانوی<sup>۲</sup>، حمید علوی مجد<sup>۳</sup>، سیده معصومه میرکریمی<sup>۴</sup>، مهرداد کریمی<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، دکترای مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

<sup>۲</sup> استادیار، دکترای فارماکونوزی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده داروسازی

<sup>۳</sup> دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد پزشکی تهران

<sup>۵</sup> 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 بر کاهش 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، پیش‌آزمون‌های سنجش اضطراب اسپیل برگر و تست افسردگی بک به عمل آمد. ترکیب اسانس اسطوخودس و اسانس گل محمدی به مدت چهار هفته 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 از آزمون ۱ و در پایان هفته چهارم، پس از آزمون ۲ اجرا شد.

**یافته‌ها:** دانشجویان دریافت کننده رایحه درمانی استنشاقی در پایان هفته دوم و چهارم کاهش معنی‌داری در علائم اضطراب و نشانه‌های افسردگی در مقایسه با پیش‌آزمون و گروه شاهد نشان دادند (در هر دو مورد اضطراب و افسردگی  $p < 0/001$ ).

**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

متحدہ 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 مادام‌العمر 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

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

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

زنان دو برابر مردان می‌باشد (۴). بررسی اپیدمیولوژیک اختلالات روانی در ایران نشان داده که طیف این اختلالات بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده و مانند اکثر بررسی‌های جهانی در ایران نیز اختلالات افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین آنان بوده‌اند (۵).

تقریباً نیمی از دانشجویان دانشگاه آکسفورد در طول مدت تحصیل، یک نیمه تحصیلی را به علت ابتلا به ناراحتی‌های روانی به ویژه اضطراب و افسردگی از دست داده‌اند (۶). مطالعات مختلف، شیوع اختلالات روانی را در دانشجویان ایرانی بین ۱۲/۷۵ تا ۳۰/۴ درصد گزارش کرده‌اند. در دانشجویان خوابگاه‌های امام علی و امام حسن (ع)، اضطراب کل ۱۱/۵ درصد، اضطراب آشکار ۷/۵ درصد و اضطراب پنهان ۶ درصد آنان را مبتلا کرده بود (۷).

اختلالات اضطرابی مستلزم استفاده زیاد از مراقبت پزشکی و صرف هزینه‌های گزاف می‌باشد (۸). افراد مبتلا به اضطراب، ۳ تا ۵ بار بیشتر از جمعیت عادی به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند و ۶ برابر بیشتر در بیمارستان بستری می‌شوند (۹). اضطراب، تأثیر منفی قابل توجهی بر عملکرد کاری و روابط بین فردی می‌گذارد (۱۰). اضطراب باعث کاهش کیفیت زندگی و رفتارهای بهداشتی، مشکلات جسمی، اختلالات عملکرد و ناتوانی (۴ برابر بیشتر از کسانی که اضطراب ندارند)، بیکاری و بیماری‌های مزمن می‌گردد (۱۱). در مبتلایان به اختلالات اضطرابی، خطر ناکامی در تحصیل، مشاغل کم درآمد و کاهش کیفیت زندگی بالاتر است (۱۲). همچنین نتیجه برخی تحقیقات به همبودی (comorbidity) بالای بین اختلالات اضطرابی و افسردگی و وابستگی به مواد برای مقابله با علائم بیماری و در جهت تسکین آنها اشاره دارد. به نظر می‌رسد افسردگی ثانویه شایع‌ترین و احتمالاً جدی‌ترین عارضه اضطراب باشد و در واقع افسردگی بیش از خود اضطراب باعث می‌شود بیمار در جستجوی درمان برآید (۱۳). اضطراب بالا، حالت تحریک روانی و محدودیت تمرکز و توجه را فراهم می‌کند. اضطراب عاملی است که اکتشاف و جستجو در محیط‌های آموزشی و حرفه‌ای را مهار می‌کند (۱۴).

افسردگی چهارمین علت ناتوانی در ایالات متحده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی تبدیل شود (۱۵). اختلالات افسردگی هم هزینه مستقیم برای خدمات بهداشتی دارند و هم هزینه‌های غیر مستقیم خیلی زیادی به دلیل ناتوانی در انجام کار دارند (۱۶). بین بیمارانی که به خاطر شکایت جسمی به پزشک مراجعه می‌کنند، حداقل ۱۸ درصد افراد افسرده هستند و یک سوم آنها دچار افسردگی متوسط یا

شدیدند (۱۷). افراد مبتلا به افسردگی، کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، مشکل در تمرکز، کاهش اشتها و افکار مرگ یا خودکشی را تجربه می‌کنند (۳). افسردگی تأثیر زیادی بر عملکرد جسمی، درک از درد و سلامتی عمومی افراد دارد (۸).

افسردگی اختلالی شایع در دانشجویان ساکن در خوابگاه است که دلیل آن دوری از خانواده، اقامت در شهری ناآشنا، فضای نامناسب، نبود بهداشت کافی و کمبود امکانات رفاهی خوابگاه‌ها، زندگی با فرهنگ‌های مختلف و مواجه شدن با هزینه‌های بالای زندگی و نداشتن منبع درآمد می‌باشد (۱۸). افسردگی علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی و تشدید بعضی علائم مانند درد و عوارض ناشی از برخی درمان‌ها، بر توانایی‌ها و سازندگی‌های فرد تأثیر گذارده و آنها را کاهش می‌دهد. همچنین قدرت تصمیم‌گیری را سلب و توان مراقبت از خود را پایین آورده و در نتیجه استقلال فرد از بین رفته، وابستگی، ناتوانی و فقدان اعتماد به نفس بوجود می‌آید و بالطبع مسایل فوق بر تمامی جنبه‌های زندگی فرد و اطرافیان او تأثیر منفی گذارده و زیان‌های فراوانی را برای فرد و جامعه به بار می‌آورد (۱۹).

امروزه استفاده از طب سنتی و پزشکی مکمل گسترش جهانی پیدا کرده است (۲۰). اصطلاح طب مکمل یا دگرشیوه (complementary and alternative)، به گروهی روش‌های درمان و پیشگیری از بیماری اطلاق می‌شود که شیوه‌ها و اثربخشی آن‌ها از طب سنتی و یا درمان بیوشیمیایی مرسوم متفاوت است (۳). محققان یکی از دلایل افزایش روپکرد به طب مکمل و جایگزین را نارضایتی مردم از سیستم‌های مراقبتی ذکر می‌کنند (۲۱). تخمین زده می‌شود که یک نفر از هر سه نفر زمانی از درمان مکمل برای ناخوشی‌های معمول نظیر کمردرد، سردرد، اضطراب و افسردگی استفاده می‌کند (۳).

رایحه‌درمانی، تکنیک استفاده از روغن‌های فرار گیاهان، شامل اسانس‌ها، جهت سلامتی جسمی و روانی می‌باشد (۲۲). از رایحه درمانی برای تسکین درد، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، خستگی، آسم و حتی ایجاد اعتماد به نفس، موفقیت و خلاقیت استفاده می‌شود (۲۳). مطالعات متعددی در زمینه بهداشت روانی نشان داده که استفاده از رایحه‌درمانی تأثیر مثبتی بر عواطف انسانی دارد. از آنجا که حداقل ۶۰ درصد ویزیت پزشکان بعلت مشکلات مرتبط با استرس می‌باشد، رایحه‌درمانی استنشاقی می‌تواند در کاهش استرس مؤثر باشد. اثرات مثبت بیشتری در ارزیابی خلق و کاهش استرس به خصوص در بهداشت و سلامت روانی زنان گزارش شده است (۲۴).

در کشور ما زنان بیش از نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و تقریباً همین ترکیب را در سطح دانشگاه‌ها داریم

صورت هم‌زمان، عدم استفاده از داروی ضد اضطراب و افسردگی و داروهای گیاهی، نداشتن سابقه آسم و آلرژی، هم‌زمان نبودن اجرای مطالعه با امتحانات پایان ترم و عدم رخداد حادثه ناگوار یک ماه قبل از مطالعه و در زمان مطالعه بود.

ابتدا رضایتنامه کتبی جهت شرکت در پژوهش 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 اسطوخودوس آرام‌بخش است و خواص ضد اضطراب 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، از ترکیب 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 از مزمون ۱ و پایان هفته چهارم، پس از مزمون ۲ اجرا شد که همان آزمون‌های اجرا شده در پیش‌آزمون 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. فرضیه‌های 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.

(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 پیش‌آزمون 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:

$$n = 2 \frac{(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

$$\alpha = 0.5 \Rightarrow z_{\alpha} = 1.96$$

$$1 - \beta = 0.80 \Rightarrow z_{\beta} = 0.84$$

$$\frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} = \text{effectsize} = 0.6$$

$$n = 2 \left( 1.96 + 0.84 \right)^2 \left\{ \frac{1}{0.50} \right\}^2 = 64$$

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

**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 (۱۴ نفر) 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 در دانشجویان دختر ساکن 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:  $M=29/1, S=9/9$ ; آزمایش:  $M=28/4, S=9$ )، پس آزمون ۱ (شاهد:  $M=30/5, S=10/6$ ; آزمایش:  $M=15/8$ )، پس آزمون ۲ (شاهد:  $M=31/3, S=10/8$ )؛ آزمایش:  $M=12/4, S=11$ ) وجود دارد.

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:  $M=99/3, S=15/7$ ; آزمایش:  $M=99/6, S=17/1$ )، پس آزمون ۱ (شاهد:  $M=102/8, S=16/4$ ; آزمایش:  $M=85/3, S=20/7$ ) و پس‌آزمون ۲ (شاهد:  $M=106/2, S=16/8$ ; آزمایش:  $M=88/4, S=22$ ) ( $F=8/4, p<0/001$ ) 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 ( $F=30/6, p<0/001$ ).

**جدول ۱-** تحلیل واریانس عامل درون گروهی اضطراب (پیش آزمون و پس آزمون ۱ و ۲) و اثر متقابلش با گروه در دانشجویان دختر ساکن 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 ( $p<0/001$ ). به این معنی که گروه دریافت کننده رایجه‌درمانی کاهش قابل توجه و معنی‌داری در سطح اضطراب خود در پایان هفته دوم و چهارم مداخله در مقایسه با گروه شاهد داشتند.

روغن فرار درجه پایین) و آزمایش ۲ (اسانس خالص) تقسیم شدند. در پایان مطالعه، سطح اضطراب گروه شاهد به صورت معنی داری از دو گروه دیگر کمتر شده بود. به عبارتی، مطالعه گراهام تاثیر رایحه درمانی 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 معنی داری 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 معنی داری 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 علائم جسمانی و به ویژه درد در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی نظیر سرطان، درد گردن، 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 معنی داری بر کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی 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 می‌توان 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

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 معنی دار است. همچنین اثر متقابل متغیر موقعیت با متغیر گروه ( $F=129/6$ ،  $p<0/001$ ) نیز از لحاظ آماری معنی دار است.

نتایج تحلیل واریانس (جدول ۴) در خصوص عامل بین‌گروهی نشان داد که تفاوت مشاهده شده بین گروه آزمایش و شاهد ( $F(1,128)=45/9$ ،  $p<0/001$ ) از لحاظ آماری معنی دار است. به این معنی که گروه دریافت کننده رایحه درمانی کاهش قابل توجه و معنی داری در شاخص‌های مربوط به افسردگی در پایان هفته دوم و چهارم 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	<0/001
خطا	۱۲۸		

## بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رایحه درمانی استنشاقی (ترکیب اسانس اسطوخودس و اسانس گل محمدی) تاثیر معنی داری 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 رایحه درمانی 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 نشانه‌های اضطراب در ۱۰ هفته 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

### تشکر و قدردانی

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

فردی، خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی ناشی از ابتلا به این بیماری ها را کاهش دهد و همچنین از پیشرفت علایم و شدت گرفتن اختلال پیشگیری نماید. به نظر می رسد انجام پژوهش های بیشتری در این زمینه با سایر گروه ها مانند مردان به ویژه در مقایسه و ترکیب با روش های دارودرمانی و روش های رفتاری و شناختی جهت تعیین اثر بخشی این روش ضروری باشد.

### 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 research in evidence-based practice. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2006.
3. Sadock B, Sadock V, Kluwer W, editors. Synopsis of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> 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 disorders 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, Phillips 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 mental 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.

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 Midwifery* 2004; 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 Faculty, 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*. 1<sup>st</sup> 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.