

رایحه درمانی و کاربرد آن

ساینا بحرینی^۱، سید علی ناجی^{۲*}، رضا منانی^۳

تاریخ دریافت: ۸۹/۴/۲۵ تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۳۰

چکیده

پیش زمینه و هدف: رایحه درمانی بالینی، استفاده از روغن های معطر برای درمان یا تسکین برخی اختلالات جسمی و روانی می باشد که به عنوان مراقبت پرستاری کل نگر نیز پذیرفته شده است. هدف این مقاله ارائه ی گوشه ای از تاثیرات رایحه درمانی است که طی تحقیقات مختلف اثبات گردیده است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه ی مروری می باشد. برای دستیابی به مقالات و مطالعات مربوطه، پایگاه های اینترنتی مورد جستجو قرار گرفت و به طور کلی ۴۸ مقاله مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: تاثیرات رایحه درمانی شامل: تخفیف عوارض بارداری، تسکین درد، کاهش عوارض درمان های سرطان، بهبود زخم و مشکلات پوست و مو، کنترل حملات صرع، کاهش مشکلات تنفسی، خواص آنتی اسپاسموتیکی، کاهش استرس و کاهش آژیتاسیون می باشد.

بحث و نتیجه گیری: به کار بردن درمان های تکمیلی همچون رایحه درمانی بخشی از اهداف حرفه ای پرستاران به شمار می آید. با شناخت بیشتر تاثیرات این روش ها به عنوان یکی از شایع ترین و کم عارضه ترین مراقبت های تکمیلی می توان به ارائه ی پرستاری کل نگر به عنوان آنچه در فلسفه ی پرستاری مطرح است دست یافت. از طرفی، با وجود اینکه مطالعات مختلف بیانگر تاثیرات مثبت رایحه درمانی بر شرایط مختلف بالینی است، با این حال هنوز جامعه پرستاری نیازمند تحقیقات بیشتر در این زمینه می باشد.

کلید واژه ها: رایحه درمانی، روغن های معطر، پرستاری

دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره نهم، شماره اول، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰، ص ۸-۱

آدرس مکاتبه: اصفهان- خوراسگان- دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان تلفن: ۰۹۱۲۴۸۶۹۳۸۱

Email: st_b20@yahoo.com

مقدمه

می گیرد (۳). روغن های معطر در واقع بخار عصاره های گیاهان معطر هستند که دارای خواص ضد التهابی، ضد میکروبی و کاهنده ی استرس و درد می باشند (۳-۶). این روغن ها را می توان از طریق استنشاق، کمپرس، حمام (حمام پا یا پرینتال) و طی ماساژ مورد استفاده قرار داد. اما بیشترین شکل استفاده از رایحه درمانی برای پرستاران از طریق ماساژ می باشد (۳، ۶، ۷). پیشینه استفاده از روغن های معطر گیاهی طولانی و برجسته است. مصریان، سومری ها و یونانیان بیشترین کوشش را هزاران سال پیش برای پرورش رایحه درمانی انجام داده اند.

از سال ۱۹۹۰ پرستاران متوجه شدند که گسترش تکنولوژی در عرصه مراقبت سلامت توانایی آن ها را در ارائه مراقبت های کل نگر تهدید می کند. بنابراین بسیاری از آن ها به مداخلات درمانی تکمیلی همچون رایحه درمانی، در بسیاری از جنبه های مراقبت بیمار روی آوردند (۱، ۲). رایحه درمانی استفاده ی کنترل شده از روغن های معطر برای حفظ و ارتقاء سلامت جسمی و روانی است که به عنوان قسمتی از پرستاری در بسیاری از کشورها مانند سوئیس، آلمان، انگلستان، کانادا و آمریکا مورد استفاده قرار

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو باشگاه پژوهشگران جوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

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

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

به طور کلی می‌توان گفت که حکیمان دوران باستان از آثار درمانی روغن‌های معطر گیاهی خیلی خوب آگاه بودند. استفاده از داروهای گیاهی که روغن‌های معطر بخشی از آن بود، روش اصلی درمان بیماری‌ها تا زمان پیدایش پزشکی نوین اروپایی در نیمه قرن نوزدهم بود (۸). در قرن ۱۸ و ۱۹ دانشمندان قادر شدند که ترکیبات گیاهان دارویی را شناسایی کنند که این امر، پایه‌ای برای گسترش تولید دارویی شد (۳). آنچه در مورد رنسانس رایحه درمانی مطرح است عمدتاً مربوط به تلاش‌های سه نفر در حرفه‌های داروسازی، پرستاری و پزشکی می‌باشد.

گاتفوسه، داروساز فرانسوی، اولین کسی بود که واژه‌ی رایحه درمانی را قبل از جنگ جهانی دوم ابداع کرد. هر دو دست وی در انفجار آزمایشگاهی به شدت سوخته و دچار گانگرن گازی شده بود و او از طریق رایحه درمانی با روغن اسطوخدوس دست‌های خود را از قطع شدن نجات داد (۳). گاتفوسه کشف کرد که روغن اسطوخدوس در درمان سوختگی‌ها بسیار موثر است و این گونه روغن‌ها خاصیت آنتی‌سپتیک بیشتری نسبت به نوع صنعتی خود دارند. نفر دوم مارگاریت ماری پرستار و دستیار جراح بود که طی سفری که به فرانسه داشت به موضوع رایحه درمانی علاقه‌مند شد و استفاده از روغن‌های معطر را جهت کاهش اسکارهای جراحی، مطرح نمود (۹). سومین نفری که در رنسانس رایحه درمانی نقش موثری ایفا نمود، جین والت (۱۹۸۰) بود. وی یک پزشک بود و زمانی که آنتی‌بیوتیک‌ها در طی جنگ چین تمام شده بودند، از روغن‌های معطر استفاده کرد و از این طریق به تاثیر این روغن‌ها بر عفونت‌های حاد و مزمن بیماران پی برد (۳).

مواد و روش کار

این مقاله یک مقاله‌ی مروری می‌باشد. جستجوی جامع با کلید واژه‌های رایحه درمانی، طب مکمل و جایگزین روغن اساسی و رایحه درمانی و پرستاری از بین مقالات موجود در پایگاه‌های

اینترنتی انجام شد. جستجو به مقالات با زبان انگلیسی و فارسی محدود گشت و از بین مقالات یافت شده گزارش‌های موردی حذف و تنها به مقالات پژوهشی و مروری که به تاثیرات رایحه درمانی اشاره داشتند اکتفا شد. به طور کلی در این مقاله‌ی مروری از ۴۸ مقاله استفاده شد که از این تعداد ۳۸ مورد مقاله‌ی پژوهشی و ۱۰ مورد مقاله‌ی مروری بود. همچنین، جهت جستجوی کتب مورد استفاده در این مقاله نیز از دو روش جستجوی کتابخانه‌ای و استفاده از موتور جستجوی کتب گوگل با کلید واژه‌ی رایحه درمانی و درمان‌های مکمل و جایگزین استفاده گشت. در نهایت نتایج مطالعات مختلف بررسی و طبقه بندی گشت.

یافته‌ها

مرور مقالات مختلف نشان دهنده‌ی تاثیرات و کاربردهای مختلف رایحه درمانی می‌باشد، از جمله:

بهداشت مادر و کودک

تعدادی از روغن‌های اساسی هستند که در دوران بارداری توصیه نمی‌شوند همچون آرنیکا، ارس، ریحان، مرزنجوش، توس، نعنا، مریم گلی، رزماری، آویشن و رازیانه. این روغن‌ها دارای خاصیت‌های نوروتوکسیک، از دیداد قاعدگی یا سقط‌کنندگی و هورمونی می‌باشند (۹، ۱۰) با این وجود ادعاهایی هم مبنی بر اثر روغن‌های اساسی در تخفیف عوارض بارداری نظیر: تهوع صبحگاهی، خطوط استرچ، واریس، سوزش سر دل، هموروئید، کمردرد و خستگی مفرط وجود دارد. گرچه هیچ کدام از این موارد توسط شواهد تجربی تأیید نشده‌اند (۱۱). تعدادی از مطالعات از رایحه درمانی در زمان لیبر استفاده کرده‌اند و دریافته‌اند که زنانی که از این روش استفاده کرده‌اند نیاز به بی‌حسی کمتری داشته و درد را بهتر تحمل می‌کنند (۱۲).

در مطالعه ایمورا و همکاران (۲۰۰۶) ماساژ رایحه درمانی برای زنان از روز دوم بعد از زایمان شروع شد و نتیجه نشان دهنده ارتقاء وضعیت جسمی و روحی مادران، تسهیل تعامل مادر-نوزاد، کاهش خستگی و اضطراب مادران و ترمیم سریع‌تر زخم پرینه بود (۷).

تسکین درد

تسکین درد جزء مداخلات مهم پرستاری می‌باشد و جهت آن از مداخلات دارویی و غیر دارویی (تکمیلی) استفاده می‌شود (۱۳). به کار بردن بسیاری از روش‌های دارویی تسکین درد مانند مخدرها و ضد التهاب‌های غیر استروئیدی علاوه بر تحمیل هزینه‌ی زیاد عوارضی همچون سرکوب سیستم تنفسی، پورپورا، خون‌ریزی و تهوع به همراه دارد (۱۴).

گفته می‌شود که ماساژ با تحریک تولید اندورفین موجب تسکین درد می‌شود (۱۵)، حال آنکه اضافه کردن روغن‌های معطر از طریق کاهش اضطراب موجب تسکین بیشتر درد می‌گردد (۱۱). اسطوخدوس و اجزای سازنده اصلی آن، استات لینالیل و لینالول، به عنوان تسکین دهنده‌های موضعی درد در مدل‌های حیوانی مطرح شده‌اند (۱۶).

اکسیدهای که در بسیاری از روغن‌های معطر مانند اکالیپتوس هستند نیز این تاثیرات تسکین کننده درد را دارا می‌باشند (۱۷، ۱۸). مطالعه فروزان آتش‌زاده شوریده و همکاران (۱۳۸۶) بر روی ۸۰ بیمار ام اس نشان داد که تاثیر ماساژ با منتول (اسانس نعنا فلفلی) بیش از ماساژ با روغن بادام شیرین (روغن غیر معطر) در تسکین درد می‌باشد، گرچه ماساژ با روغن بادام شیرین نیز موثر بود (۱۹). همچنین اسبورن و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه خود در طی ۴ سال روی ۲۴۰ بیمار نتیجه گرفتند که روغن‌های معطر به خصوص اسطوخدوس موجب کاهش درد و شکایات استخوانی-عضلانی بیماری‌های روماتیک از جمله استئوآرتریت و آرتریت روماتوئید می‌شوند (۲۰).

مراقبت سرطان

مطالعات زیادی در زمینه‌ی تاثیر رایحه درمانی بر سرطان‌های مختلف انجام شده است (۲۱، ۲۲). ماساژ رایحه درمانی می‌تواند به کاهش رنج و تطابق بهتر بیماران با تشخیص سرطان کمک کند. همچنین، این روش برای کاهش عوارض درمان‌های سرطان نیز می‌تواند مفید باشد. به عنوان مثال ترکیب درخت چای و روغن ترنج مخلوط خوبی برای شستشوی دهان در افراد با التهاب مخاط (استئوماتیت) می‌باشد (۲۳، ۱۱). به علاوه رایحه درمانی می‌تواند روی علائم گوارشی ناشی از شیمی درمانی نیز موثر باشد (۲۴).

پوست و مو

تاثیر روغن اسطوخدوس و بابونه آلمانی در یک مطالعه بالینی روی ۸ بیمار با زخم پای مزمن آزمایش شده است. ۳ نفر از آن‌ها مراقبت‌های سنتی زخم را دریافت کردند و ۵ نفر دیگر ۲ بار در روز پانسمان با مخلوط ۶٪ روغن‌های یاد شده با روغن هسته انگور می‌شدند، گرچه نتایج این مطالعه را به علت نمونه کم نمی‌توان تعمیم داد اما آن‌ها اظهار داشتند ۴ تا ۵ زخمی که تحت رایحه درمانی قرار داشتند کاملاً بهبود یافتند و پنجمین زخم نیز روندی رو به بهبودی دارد (۲۵). همچنین تاثیر رایحه درمانی روی بهبود اگزمای کودکان، پسوریازیس و ریزش مو بررسی و مثبت گزارش شده است (۱۱).

موقعیت‌های نورولوژیک

در گذشته تنها محرک بویایی که برای متوقف کردن حملات صرع استفاده می‌شد استنشاق کربنات آلومینوم سوخته بود که البته کار بسیار ناخوشایندی بود (۲۶).

امروزه مطالعات مختلف روی رایحه درمانی و بیماران صرعی نشان داده که روغن‌های معطر پتانسیل کنترل حملات صرع را دارا می‌باشد. روغن یاسمن یکی از روغن‌های معطر موفق در این زمینه به شمار می‌رود (۲۷). یکی از این مطالعات توسط بتس در ۲۰۰۳ انجام شد. به این صورت که بیماران با حملات صرع را به ۳ گروه

برخی اسانس‌ها همچون روغن معطر نعنا موجب کاهش اسپاسم کلون در طی کلونوسکوپی می‌شود. به علاوه روی علائم سندرم کلون تحریک پذیر نیز موثر می‌باشند (۳۳، ۳۴). به طور کلی نشان داده شده که روغن معطر نعنا ممکن است به عنوان آنتی اسپاسموتیک موثر باشد (۳۵). همچنین مطالعات زیادی نشان داده‌اند که ماساژ شکم همراه با این روغن‌ها، شدت علائم گوارشی مرتبط با بیوست و سندرم درد شکمی را کاهش و تعداد حرکات روده‌ای را افزایش می‌دهد (۳۶).

بهداشت روان

بورتوفت (۱۹۹۶) تاثیر رایحه درمانی را روی افراد با سابقه آسیب به خود در دو گروه سالمندان و بالغین بررسی کرد، در این مطالعه روش تحقیق ذکر نشده بود اما در نهایت بیماران احساس تسکین و آرامش نسبت به احساسات آزاردهنده خود را بیان کردند (۳۷).

مطالعه دیگری نشان داد که ۶ هفته ماساژ رایحه درمانی موجب بهبود خلق و کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌شود (۹). به طور کلی می‌توان گفت که استنشاق روغن‌های معطر ممکن است باعث هوشیاری و کاهش اضطراب شود (۳۸، ۳۹، ۴۰). همچنین، این روغن‌ها با تاثیرات مثبت خود روی پارامترهای فیزیکی و سیستم عصبی اتونومیک موجب افزایش ریلکسیشن می‌شوند (۴۱). در مطالعه‌ای رایحه درمانی موجب کاهش آژیتاسیون کودکان بیش فعال شد (۴۲).

اما همیشه نتیجه مطالعات تاثیر مثبت را نشان نداده است به عنوان مثال بروکر (۱۹۹۷) در مطالعه خود روی بیماران مبتلا به دمانس نتیجه گرفت که رایحه درمانی هیچ تأثیری روی سطح آژیتاسیون این بیماران ندارد (۴۳).

بحث و نتیجه گیری

روغن‌های معطر محلول در چربی هستند و به سرعت در گردش خون جذب می‌شوند و از طریق سیستم ادراری و دی

ماساژ رایحه درمانی، هیپنوتیزم و ترکیب ماساژ رایحه درمانی و هیپنوتیزم تقسیم کرد و نتایج را تا ۲ سال پس از انجام مداخله کنترل کرد. در نهایت متوجه شد که ترکیب ماساژ رایحه درمانی و هیپنوتیزم طولانی مدت‌ترین اثر را در کاهش حملات صرعی دارد، به طوری که بیش از یک سوم بیماران در این گروه تا یک سال و بعضی از آن‌ها حتی تا ۲ سال حملات صرع را نداشتند.

با این حال بهتر است برخی از روغن‌های معطر به خصوص آن دسته از آن‌هایی که دارای کافور هستند برای بیماران مبتلا به صرع استفاده نشوند (۲۷). شیرفس، (۲۰۰۱) در مطالعه‌ی خود از ماساژ رایحه درمانی (نوع آن ذکر نشد) برای بیماران گیلن به اره استفاده کرد و به این نتیجه رسید که این روش موجب کاهش سندرم پاهای بی‌قرار می‌شود (۲۸). از طرف دیگر روغن‌های نعنا و اکالیپتوس علاوه بر تاثیر بر ریلکس کردن ماهیچه‌ها و کنترل درد موجب ارتقاء فعالیت‌های شناختی نیز می‌گردند (۱۱).

موقعیت تنفسی

بیشترین روغنی که برای کاهش مشکلات تنفسی استفاده شده است روغن اکالیپتوس است، مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که این روغن دارای خواص برونکولیتیک و آنتی اسپاسموتیک می‌باشد گرچه هنوز در مورد خواص برونکودیلاتوری و ضد سرفه بودن آن بحث وجود دارد (۲۹، ۱۱). مطالعات نشان داده‌اند که روغن اکالیپتوس به علت افزایش عملکرد سورفاکتانت روی سندرم دیسترس تنفسی نوزادان نیز موثر است. همچنین از خاصیت اکسیداتیو اکالیپتوس می‌توان در درمان پاتوزن‌های تنفسی استفاده کرد (۳۰، ۳۱). همچنین مطالعات دیگر نشان داده‌اند که این اسانس‌ها همراه با ماساژ درمانی می‌تواند موجب افزایش حجم گاز توراسیک، پیک جریان بازدمی تحت فشار، FVC بهبود عملکرد ریه و همچنین تغییرات چشمگیری در ضربان قلب بیماران، اشباع اکسیژن خون محیطی و زمان نگه‌داشتن تنفس شود (۳۲).

مشکلات هضمی

روغن‌های معطر در باکتری و ویروس‌ها روی غشاهای سلولی آن‌ها است. به علاوه به علت اینکه معمولاً چند روغن معطر به اهم استفاده می‌شوند ایجاد تحمل دارویی در این نوع درمان بسیار بعید است (۳).

روغن‌های معطر ۱۰۰ بار موثرتر از خود گیاهی هستند که از آن استخراج شدند و معمولاً فقط ۱ تا ۵ قطره در یک زمان استفاده می‌شوند، این قطره‌ها معمولاً با روغن‌های گیاهی مثل بادام شیرین مصرف می‌شوند.

گرچه استفاده خوراکی روغن‌های معطر می‌تواند خطرناک باشد - مثل بابونه و می‌خک به صورت غیر رقیق شده و یا با غلظت بالا، به علت توانایی تخریب غشای مخاطی- اما پزشکان فرانسوی استفاده‌ی خوراکی این روغن‌ها را از اوایل دهه ۱۸۰۰ شروع کردند (۳). در حال حاضر در فرانسه روغن‌های معطر به طور خوراکی با از طریق تزریق در کنار یا به جای آنتی بیوتیک‌ها مصرف می‌شوند.

واضح است که جامعه علمی نسبت به خواص التیام بخش روغن‌های معطر بسیار علاقمند است اما داده‌های تجربی کمی برای راهنمایی پرستاران در این مورد وجود دارد. بسیاری از مطالعات انجام شده با کاربرد تعداد نمونه‌ی کم، ابزار غیر دقیق اندازه‌گیری و آنالیز آماری غیر صحیح عملاً مفید نیستند. گرچه همین مطالعات اطلاعات ارزشمندی را برای محققان ایجاد کرده‌اند (۱۱).

در حال حاضر نشان داده شده است که رایحه درمانی می‌تواند علائم وابسته به استرس و اضطراب ناشی از دمانس را کم کند. بعضی از روغن‌های معطر مانند اکالیپتوس با استفاده از خواص ضد سرفه و خلط آور خود می‌توانند مشکلات تنفسی را تخفیف دهند. بیشتر روغن‌هایی که رقیق می‌شوند و با ماساژ استفاده می‌گردند بی‌خطر، کم هزینه و قابل دسترس هستند. همچنین شواهدی حاکی از آن است که استفاده داخلی از روغن‌های معطر نیز تاثیرات بسزایی می‌تواند داشته باشد اما برای ورود این شواهد به

اکسید کرین بازدمی نیز دفع می‌گردند. با این حال اطلاعات کمی از فارماکوکینتیک بسیاری از این روغن‌ها و تداخل آن‌ها با داروهای سنتی وجود دارد (۴۴، ۱۸). فاکتورهای متفاوتی روغن‌های معطر را تحت تاثیر قرار می‌دهند برای مثال متابولیسم آن‌ها بستگی به عملکرد آنزیم سیتوکروم کبیدی P₄₅₀ دارد (۴۵). جذب این روغن‌ها به PH اسید معده نیز بستگی دارد اگرچه به جز در کشورهایی مانند فرانسه، معمولاً پرستاران این روغن‌ها را به طور خوراکی تجویز نمی‌کنند (۴۶).

قسمت مهم برای پرستاران نگهداری و استفاده‌ی صحیح از این روغن‌ها جهت جلوگیری از اکسیداسیون، آلودگی‌های باکتریایی و یا اوور دوز شدن‌های اتفاقی می‌باشد. توصیه می‌شود که این روغن‌ها در محل تاریک و خنک، در ظرف درب دار تیره و به دور از دسترس کودکان نگهداری شوند (۴۷).

اگرچه بیشتر مطالعات روی مدل‌های حیوانی بوده است که الزاماً با موقعیت‌های انسانی مشابه نیستند اما نتایج این مطالعات به طور ثابتی نشان داده است که دفع روغن‌های معطر سریع می‌باشد و بسیار بعید است که آن‌ها یا اجزای آن‌ها در بافت‌های بدن تجمع یابند. البته احتیاط در بیماران با مشکلات کبیدی و ادراری توصیه شده است (۴۴، ۱۱). همچنین بعضی از این روغن‌ها دارای خواص انقباضی روی عضلات صاف هستند که اثرات آن‌ها می‌تواند با تغییرات کلسیم در بدن تشدید یابد (۴۸). سایر مطالعات نشان داده‌اند که روغن‌های معطر دارای خواص محافظ کبیدی، آنتی اکسیدان، ضد التهابی، هیپرگلاسمیک (افزاینده قند خون)، ضد درد و بهبود دهنده‌ی مشکلات خواب می‌باشند (۴۹، ۱۱).

از طرفی، اسید بویولیک موجود در برخی از روغن‌ها همچون روغن کندر خواص ضد التهابی قوی دارد که موجب جلوگیری از فعالیت HLE می‌شود. این آنزیم در بسیاری از مشکلات تنفسی حاصل از بیماری‌هایی مانند کیستیک فیبروزیس، برونشیت حاد، نفریت گلوامرولی و آرتریت روماتوئید وجود دارد (۵۰). اولین تاثیر

تداخل دارویی هستند و انجام آن‌ها ساده و توسط بیمار به خوبی پذیرفته می‌شود (۵۳-۵۵). بنابراین با شناخت بیشتر تأثیرات رایحه درمانی به عنوان یکی از شایع‌ترین و کم‌عارضه‌ترین مراقبت‌های تکمیلی می‌توان به ارائه‌ی پرستاری کل نگر به عنوان آنچه در فلسفه‌ی پرستاری مطرح است دست یافت.

این مقاله برگرفته از پایان نامه است.

رشته پرستاری نیاز به تحقیقات بیشتری است. در هر حال امروزه رایحه درمانی به عنوان مراقبت پرستاری کل نگر پذیرفته شده است. به کار بردن درمان‌های تکمیلی همچون رایحه درمانی بخشی از اهداف حرفه‌ای پرستاران به شمار می‌آید (۵۱، ۵۲). از طرفی، درمان‌های مکمل برخلاف درمان‌های دارویی، با وجود اقتصادی بودن، در تقریباً تمام موارد فاقد هرگونه عارضه جدی و

References:

1. Keegan L, Rosen S, Messervy L. Holistic nursing in New Zealand. *J Holist Nurs* 1994; 12(3): 343-9.
2. Wilkinson JM, Simpson MD. Personal and professional use of complementary therapies by nurses in NSW, Australia. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8(3): 142-7.
3. Buckle J. Clinical aromatherapy and AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2002; 13(2): 81-99.
4. Long L, Huntley A, Ernest E. Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? a survey of the opinions of 223 professional organizations. *Complement Ther Med* 2001; 9: 178-85.
5. Cooke B, Ernest E. Aromatherapy: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 493-6.
6. Howarth AL. Will aromatherapy be useful treatment strategy for people with multiple sclerosis who experience pain. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002; 8: 138-41.
7. Imura M, Misao H, Ushijima H. The psychological effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *J Midwifery Womens Health* 2006; 51(2): 21-7.
8. Steptoe A. *A handbook of behavioral medicine: methods and applications*. New York: Springer Pub; 2010.
9. Edge J. A pilot study addressing the effect of aromatherapy massage on mood, anxiety and relaxation in adult mental health. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003; 9: 90-7.
10. Bekhradi R, Khayat Kashani M. *Therapeutic applying of herbal essential oils*. Kashan: Morsel Pub; 2007. (Persian)
11. Maddocks-Jennings W, Wilkinson JM. Aromatherapy practice in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2004;48(1):93-103.
12. Burns E, Blamey C, Ersser SJ, Lloyd AJ, Barnetson L. An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *J Altern Complement Med* 2000; 6(2): 141-7.
13. Crips J, Talor C. *Potter and Perry's fundamental of nursing*. 2nd Ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.
14. Kim JT, Wajda M, Cuff G. Evaluation of aromatherapy in treating postoperative pain: pilot study. *Pain Pract* 2006; 6(4): 237-77.
15. Hernandez-Reif M, Field T, Krasnegor J, Theakston H. Lower back pain is reduced and range of motion increased after massage therapy. *Int J Neurosci* 2001; 106(3-4):131-45.
16. Ghelardini C, Galeotti N, Salvatore G, Mazzanti G. Local anesthetic activity of the essential oil *lavandula angustifolia*. *Planta Med* 1999; 65: 700-3.
17. Ghelardini C, Galeotti N, Mazzanti G. Local anesthetic activity of monoterpenes and phenylpropanes of essential oils. *Planta Med* 2001; 67(6): 564-6.

18. Kohlert CI, Van Rensen R, Marz G, Schindler E, Graefe U, Veit M. Bioavailability and pharmacokinetics of natural volatile terpenes in animals and humans. *Planta Med* 2000; 66(6): 495-505.
19. Atashzade Shurideh F, Mohammadi S, Abed Sayidi Z, Alavi Majd H, Salehi H. A Comparison of aromatherapy and massage therapy on pain severity in women with multiple sclerosis. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti* 2008; 16(58): 28-32. (Persian)
20. Osborn CE, Barlas P, Baxter GD, Barlow JH. Aromatherapy: a survey of current practice in the management of rheumatic disease symptoms. *Complement Ther Med* 2001; 9: 62-7.
21. Albel J. Complementary therapy programmed at St Luke's hospital, Plymouth. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2000; 6: 116-19.
22. De Valois B, Clarke E. A retrospective assessment of 3 years of patient audit for an aromatherapy massage service for cancer patients. *Int J Aromatherapy* 2001; 11(3): 134-43.
23. Hadfield N. The role of aromatherapy massage in reducing anxiety in patients with malignant brain tumors. *Int J Palliat Nurs* 2001; 7(6): 279-85.
24. Gravett P. Aromatherapy treatment for patient with Hickman line infection following high dose chemotherapy. *Int J Aromatherapy* 2001; 11(1):18-19.
25. Hartman D, Coetzee JC. Two US practitioners' experiences of using essential oils for wound care. *J Wound Care* 2002; 11(8): 317-20.
26. Betts T, Betts H. John Hall and his epileptic patients epilepsy management: in early seventeenth century England. *Seizure* 1998; 7: 411-14.
27. Betts T. Use of aromatherapy (with or without hypnosis) in the treatment of intractable epilepsy- a two year follow up study. *Seizure* 2003; 12: 534-8.
28. 28-Shirreffs CM. Aromatherapy massage for joint pain and constipation in a patient with Guillian Barre. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2001; 7: 78-83.
29. Goeb P. Broncho-pulmonary pathologies. *Le Cahiers de l'aromatherapie Records* 1995; 1: 67-81.
30. Banerjee R, Bellare JR. In vitro evaluation of surfactants with eucalyptus oil for respiratory distress syndrome. *Respir Physiol* 2001; 126(2): 141-51.
31. Grassmann J, Hippeli S, Dornisch K, Rohnert U, Beuscher N, Elstner EF. Antioxidant properties of essential oils. *Arzneimittelforschung* 2000; 50(2): 135-9.
32. Nekooee A, Ghaibizadeh M, Ghazavi Z. Effect of massage therapy on children with Asthma. *Iran J Pediatr* 2008; 18 (2): 123-9.
33. Asao T, Mochiki E, Suzuki H, Nakamura J, Hirayama I, Morinaga N, et al. An easy method for the intraluminal administration of peppermint oil before colonoscopy and its effectiveness in reducing colonic spasm. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(2): 172-7.
34. Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of irritable bowel syndrome; a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000; 133(2): 136-47.
35. Kline RM, Kline JJ, Di Palma J, Barbero GJ. Enteric coated PH dependent peppermint oil capsules for the treatment of irritable bowel syndrome in children. *J Pediatr* 2001;138(1): 125-8.
36. Lamas K, Lindholm L, Stenlund L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C. Effects of abdominal massage in management of constipation: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 759-67.

37. Bortoft J. Massage for mental health. *Therapist* 1996; 4(1):38-44.
38. Ilmberger J, Heuberger E, Mahrhofer C, Dessovic H, Kowarik D, Buchbauer G. The influence of essential oils on human attention. *Chem Senses* 2001; 26(3): 239-45.
39. Lehmer J, Eckersberger C, Walla P, Potsch G, Deecke L. Ambient odor of orange in a dental office reduces anxiety and improves mood in female patients. *Physiol Behav* 2000; 71(1-2): 83-6.
40. Davis C, Cooke M, Holzhauser K, Jones M, Finucane J. The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses. *Aust Emerg Nurs J* 2005; 8: 43-50.
41. Heuberger E, Hongratanaworakit T, Bohm C, Weber R, Buchbauer G. Effects of chiral fragrances on human autonomic nervous system parameters and self-evaluation. *Chem Senses* 2001; 26(3): 281-92.
42. Godfrey H. The role of essential oils in the treatment and management of attention deficit hyperactive disorder. *Int J Aromatherapy* 2001; 11(4): 193-9.
43. Brooker DJ, Snape M, Johnson E, Ward D, Payne K. Single case evaluation of the effects of aromatherapy and massage on disturbed behavior in sever dementia. *Br J Clin Psychol* 1997; 36(2): 287-96.
44. Burfield T. Safety of essential oils. *Int J Aromatherapy* 2000; 10(1/2):16-29.
45. Miyazawa M, Shindo M, Shimada T. Oxidation of 1,8-cineole, the monoterpene cyclic ether originated from eucalyptus polybractea, by cytochrome P450 3A enzymes in rat and human liver microsomes. *Drug Metab Dispos* 2001; 29(2):200-5.
46. Szentmihalyi K, Forgacs E, Hajdu M. In vitro study on the transfer of volatile components. *J Pharmaceut Biomed* 2001; 24(5-6): 1073-80.
47. Tisserand R, Balacs T. *Essential oil safety*. London: Churchill Livingstone; 1995.
48. Botma M, Colquhoun-Flannery W, Leighton S. Laryngeal oedema caused by accidental ingestion of oil of wintergreen. *Int J Pediatr Otorhi* 2001; 58(3): 229-32.
49. Lis-Balchin M, Hart S. A preliminary study of the effect of essential oils on skeletal and smooth muscle in vitro. *J Ethnopharmacol* 1997; 58(3): 183-7.
50. Uriri Glover JL. A warm lavender towel bath to promote sleep disturbance. *Aroma Nurs Res Pract* 2007; 18(6):32-40.
51. Safayhi H, Rall B, Sailer ER, Ammon HP. Inhibition by boswellic acids of human leukocyte elastase. *J Pharmacol Exp Ther* 1997; 281(1): 460-3.
52. Frisch NC. Standards for holistic nursing practice: a way to think about our care that includes complementary and alternative modalities. *Online J Issues Nurs* 2001;6(2):4.
53. Shaban M, Haji Amiri P, Mehran A, Kahrari S. Immediate effect of foot massage on vital sign in patients who have admitted in general intensive care unit. *Hayat J* 2005; 20:71-9. (Persian)
54. McCabe P, Jacka J. *Complementary therapies in nursing and midwifery*. Australia: Ausmed Pub; 2001.
55. Abtahi D, Ashari A, Lotfi M. Acupressure treatment in postoperative nausea and vomiting prevention. *E Mediterr Health J* 2005; 7(3): 205-12. (Persian)