دانشکده پرستاری و مامایی
پایان نامه:
جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد پرستاری
گروه روان پرستاری
عنوان:
بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن
یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی
پژوهش و نگارش:
سعید علی نژاد ماچیانی
اساتید راهنما:
دکتر حسین نامدار ارشتناب
دکتر حسین ابراهیمی
اساتید مشاور:
دکتر پروین سریخش
دکتر سکینه گلچرایان
دکتر سید علامرضا نورآذر
خرداد 1396
شماره پایان نامه 539
بسمه تعالی

گواهی اسالت پایان نامه نامه

اینجانب سعید علی نژاد ۳۹۵۱۵۱۵۱۴۰۰۳ می‌نامیم که این پایان نامه تحت عنوان: بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن-یک مطالعه کارآزمایی بانی، تصادفی به راهنماهای استاد محترم جناب آقای دکتر حسین نامدار استاد راهنما/استاد راهنمای اول به راهنمایی استاد محترم جناب آقای دکتر حسین نامدار با اطلاعاتی که در پایان نامه نوشته شده است. در ضمن اینجانب از مقررات مربوط به عدم رعایت صداقت در ارائه پایان نامه که منجر به مردود شدن و ارتجاع به شورای پژوهشی دانشگاه می‌شود اطلاع دارم.

تاریخ و امضاء دانشجو

بدينوسيه اسالت (ORIGINALITY) و صحت نتایج پایان‌نامه مورد تایید اینجانب............................

استاد راهنما/استاد راهنمای اول می‌باشد.

تاریخ و امضاء اسالت راهنما/ استاد راهنمای اول

---

۱ Plagiarism یا سرقت ادبی/علمی عبارت است از استفاده از تمام یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشر شده یا ارائه شده و به این ترتیب به افراد دیگر پدیده شده و هر گونه سرقت علمی/ادبی بر اساس تعیین Plagiarism نگارش شده است و تمامی یا قسمتی از آن توسط فرد دیگری در پایان‌نامه یا مراکز علمی دیگر ارائه نشده است. در ضمن اینجانب از مقررات مربوط به عدم رعایت صداقت در ارائه پایان‌نامه که منجر به مردود شدن و ارتجاع به شورای پژوهشی دانشگاه می‌شود اطلاع دارم.
سپاس خدای را که سخنوران، در ستودن او بمانند و شمارندگان، شمارند نعمت های او ندانند و کوشندگان، حق او را گزاردن نتوانند. و سلام و دورد بر محمّد و خاندان پاک او، طاهران معصوم، هم آنان که وجودمان وامدار وجودشان است؛ و نفرین پیوسته بر دشمنان ایشان تا روز رستاخیز…

بدون شک ماما، دختر سخن اطلال آرآن است، دستم قدردانی از رسیده‌ی درمی‌بندی، ابشاران فاصله‌ی نافذ و سلامت‌امات فلی راکد سو و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و سرب و
1. امتیاز پژوهش

2. یافتن ضمایم

3. یافتن باور و اهمیت پژوهش

4. اهداف پژوهش

5. افرادی به فرض های پژوهش

6. تعریف و از هم‌بینی

7. چهارچوب پندارشنی و مروری بر منون

8. روش پژوهش

9. انواع پژوهش

10. یافتن ضمایم

11. یافتن باور و اهمیت پژوهش

12. اهداف پژوهش

13. افرادی به فرض های پژوهش

14. تعریف و از هم‌بینی

15. چهارچوب پندارشنی و مروری بر منون

16. روش پژوهش

17. انواع پژوهش

18. یافتن ضمایم

19. یافتن باور و اهمیت پژوهش

20. اهداف پژوهش

21. افرادی به فرض های پژوهش

22. تعریف و از هم‌بینی

23. چهارچوب پندارشنی و مروری بر منون

24. روش پژوهش

25. انواع پژوهش

26. یافتن ضمایم

27. یافتن باور و اهمیت پژوهش

28. اهداف پژوهش

29. افرادی به فرض های پژوهش

30. تعریف و از هم‌بینی

31. چهارچوب پندارشنی و مروری بر منون

32. روش پژوهش

33. انواع پژوهش

34. یافتن ضمایم

35. یافتن باور و اهمیت پژوهش

36. اهداف پژوهش

37. افرادی به فرض های پژوهش

38. تعریف و از هم‌بینی

39. چهارچوب پندارشنی و مروری بر منون

40. روش پژوهش

41. انواع پژوهش

42. یافتن ضمایم

43. یافتن باور و اهمیت پژوهش

44. اهداف پژوهش

45. افرادی به فرض های پژوهش

46. تعریف و از هم‌بینی
چکیده:

مقدمه: با وجود چندین دهه استفاده از تشنج درمانی و کاربرد وسیع آن در اختلالات روانپزشکی، بدیل عوارضی مثل اضطراب شدید ناشی از تهاجمی بودن، درد و فراموشی هنوز نتوانسته است در حوزه روانپزشکی به چاپگاه واقعی خود دست یابد. با توجه به محصولات استفاده از دروها برای مدیریت این عوارض در این بیماران، مطالعه ای با هدف بررسی تاثیر رفلکسولوژی بر کاهش اضطراب بیماران تحت تشنج درمانی با کلینیکی و عوارض بعد از آن انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر به صورت کارآزمایی بیلینی با 68 نفر از بیماران بستری دریافت کننده تشنج درمانی که به طور تصادفی به دو گروه کنترل (n=34) و مداخله (n=34) اختصاص یافته بودند، انجام شد. در گروه مداخله، مداخله در طی 3 جلسه و هر جلسه 20 دقیقه ماساژ و برای گروه کنترل یا بیمار برای 1 دقیقه استفاده از روغن زیتون، چربی گردویی، میزان فراموشی بیماران بعد از مداخله در پایان هر جلسه (ECT) با استفاده از پرسشنامه (GALVESTON- ORIENTATION-AMNESIA-TEST) که متشکل از 46 سوال است در 6 دقیقه پس از دریافت درمان در همه بیماران به صورت یکسان اندازه گیری و مقایسه شد. میزان اضطراب بیماران یکبار قبل از مداخله (فلکسولوژی) در هر 2 گروه اندازه گیری شد و بار دیگر پس از تشنج درمانی (بعد از برگشت سطح هوسیاری بیمار) در پایان هر جلسه به پرسشنامه اضطراب پنهان و آشکار اسپیلبرگر و میزان درد بیماران نیز با استفاده از مقیاس عدیدی درد در 15 دقیقه پس از تشنج درمانی در پایان هر جلسه در هر دو گروه اندازه گیری و مقایسه شد. داده ها با کمک نرم افزار SPSS v.13 و با استفاده از آزمون های کای دو، آزمون تحلیل تکرار اندازه گیری تکراری (repeated measures)، فریامدن مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها: نتایج مطالعه نشان داد اثر گروه بر نمره فراموشی معنی دار بوده و این صورت که افرادی که مداخله دریافت کرده بودند در سه مجا درک مطالعه، نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری نمره بالاتری برای نمره فراموشی داشتند (p<0.02). هم چنین در پایان سومین جلسه از رفلکسولوژی، میانگین نمره اضطراب اشکار (S) در گروه مداخله به طور معنی داری نسبت به گروه کنترل کاهش یابد که کد های (0/05). مقایسه میزان درد بین دو گروه با استفاده از مقیاسه نمایندگی نماینده نا داد ولی در جلسه 3 و 9 درد به طور معنی داری در گروه مداخله کاهش یافته بود (0/05).

جکیده:
نتیجه‌گیری:

نتیجه‌گیری: انتظار می‌رود روش‌های غیر‌دارویی و مداخلات مکمل پرستاری همچون رفلکسولوژی که با عوارض جانبی کمی همراه می‌باشند، جهت کاهش اضطراب بیماران تحت درمان با تشنج درمانی و عوارض پس از آن بکار برده شود.

کلیدواژه‌ها: ماساژ درمانی، الکتروشک درمانی، اضطراب، درد.
فصل اول:
پژوهش مقدمه‌ای
فصل اول: معرفی پژوهش

1.1 عنوان پژوهش

بررسی تاثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تشنج درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

1.2 زمینه و اهمیت پژوهش

داروهای روانگردان و درمان های روانی اجتماعی، درمان های روانی اجتماعی هستند که برای اختلالات روانی پیشنهاد می شوند، اما با این وجود اغلب ناکافی هستند. این مداخلات ممکن است در درمان اختلال با تخفیف سریع علائم به اتمام کافی نباشند. در نتیجه، تحقیقاتی در مورد استفاده از تشنج درمانی تنها به درک بیشتر تاثیرات درمانی آن شده است (1). اگرچه دیدگاه بحث برانگیزی در مورد استفاده از تشنج درمانی و انگ به آن وجود دارد، درمان‌های روانی بر شواهد، کاربرد بسیار موثر آن را در اختلالات روانی گوناگون نشان می‌دهد. بیشترین موارد استفاده از آن در اختلال‌های افسردگی اساسی است که پاسخ کافی به روش‌های دیگر درمانی نظیر دارودارویی را نشان نداده است (2). همچنین اثرات درمانی تشنج درمانی در اختلالات همانند اسکیزوفورنی کاتاتونیک و سایر اختلالاتی که با ویژگی‌های سایکوتیک همراه است مشخص شده است (3). در موارد فوریت و در افراد با رفتار یا افکار خودکشی، تشنج درمانی به دلیل سرعت بالا و اکتشاف به امنیت بیمار کمک می کند و به عنوان مناسب تنین درمان بیشتهاد می شود (4).

با وجود سال‌ها انتقادات اجتماعی سیاسی و حقوقی و عدم پذیرش عمومی آن، سال‌های حضور ١٠٠ هزار نفر در ایالات متحده و بیش از ١ میلیون نفر در سراسر جهان تشنج درمانی دریافت می کند (5). در این روش یک تحرک الکتریکی با ولتاژی نزدیک به ٧٠ تا ١٥٠ ولت برای مدت ١ ثانیه به مغز وارد می شود و تشنج کاملی را ایجاد می کند که با اثرات درمانی همراه است (6). از عوارض استفاده از
فصل اول: معرفی پژوهش

تشنج درمانی می‌توان به مراکزی که در هر بیمار، سردرد، تیرگی شعر، از دست دادن حافظه، شکستن دندان و درد کمر، نمک و استفراغ و درد عضلانی اشاره کرد که اغلب ناشی از اثرات دیپولاریزاسیون شل کندنه‌های عضلانی سوکسینیل کولین است و بیشتر پس از جلسه تنش درمان شایع می‌باشد (9). اگرچه داروی درمانی موثرترین روش برای کاهش درد بیماران می‌باشد به دلیل عوارض جانبی ضد دردها و تفاوت در پاسخ به آنها، بهتر است که در کنار آنها از روش‌های غیر دارویی چهت کاهش درد استفاده گردد (10).


علیرغم تعدیل‌های متعدد تکنیکی در استفاده از تشنج درمانی در طول چندین دهه، هنوز به طور مفید اختلالات عصبی-شناختی در هنگام استفاده از آن رخ می‌دهد (11). طولانی‌ترین بستری حالت جسمی قابل اندازه‌گیری بوده است (12).

با توجه به اینکه تغییرات عصبی-شناختی در هنگام استفاده از آن رخ می‌دهد (11). طولانی‌ترین بستری حالت جسمی قابل اندازه‌گیری بوده است (12).
فصل اول: معرفی پژوهش

مقایسه با بیمارانی که تحت دارودرمانی بودند، نشان دادند (26). هم چنین بیماران تحت درمان با افراشیده (27) نشان دادند که اضطراب و افراشیده را حاوی ترس درمان مورد مطالعه را درصد 75 درصد گزارش کرده اند (26, 29). چنین ترسی منجر به عدم پذیرش درمان از سوی بیماران می‌گردد (29). مطالعات نشان داده است که اضطراب منجر به افراشیده درد و ناراحتی شده و افراشیده اضطراب با افراشیده درد تجربه شده انرژی زیادی را نیروی زیادی اثر مثبتی بر فشار خون و عضای عضای می‌کند (99). اضطراب انسانی درمانی و اضطراب درمانی با افراشیده درمان مورد ارزیابی گزارش شده است (34). اطلاعات از افزایش درد و اضطراب تجزیه شده است (34). به دلیل آنکه اضطراب همانند درد اثر منفی بر ترمیم و التیام بافت دارد، استفاده از انرژی زیادی ذهنی و جسمی در طول اضطراب و درد می‌تواند منجر به خستگی، برزوز فعالیت های بیوشنایی در بدنش، تحريك سیستم عصبی اتوماتیک، سفتی عضلات و افراشیده تولید کورتیکو استروئید در درمان شود (27) و از طرفی حفظ این انرژی برای ترمیم و بهبود بافت لازم است. راهبردهای برای کاهش علائم عاطفی و جسمی اضطراب می‌توانند شامل استفاده تعیین شده از درمان های غیر دارویی، روان درمانی و موسیقی درمانی در مراقبت‌های پرستاری باشد (34).

مطالعات نشان می‌دهد که استفاده از روش‌های طب مکمل به عنوان روش‌های درمانی رو به افراشیده بوده، اما هم چنین استانداردهای این روش‌ها و افرادی که ارتباط آنها با اصول طب را را نسبت به محیط است، میزان شیوع استفاده از احتمالی پیوست (75-99 درصد) در آلمان (99 درصد) و در انجمن‌های بین‌المللی درمانی (75-136 درصد).

در سال‌های اخیر، تاکید بر روش‌های غیر دارویی برای کاهش اضطراب صورت گرفته است، این روش‌ها دارای یک دامنه وسیع از تکنیک‌هایی است که نسبتا ساده، غیر تهاجمی، دارای هزینه کم و با عوارض جانبی کمتر نسبت به روش‌های دارویی است (34). بر اساس مطالعه کاتایی (Kitai) استفاده از درمان‌های مکمل در دنیای رو به افراشیده است که بیشترین روش‌های مورد استفاده، هومئوپاتی (78.4%) و
فصل اول: معرفی پژوهش

رفلکسولوژی (18,7 درصد) را گزارش نموده‌اند (37). که به طور گسترده در بیمارستان‌ها، مراکز سربایی و آسایشگاه‌ها در جامعه انجام می‌شود. در سرویس خدمات سلامت پرتیناتیکا، رفلکسولوژی در 62٪/ از واحد‌ها در افراد مبتلا به سرطان و آروماتزاپا در 59.1٪/ انجام شده است (38). هم چنین رفلکسولوژی با 25.2٪/ و آروماتزاپا 2.7٪/ از شایع‌ترین درمان‌های مورد استفاده در بیمارستان با تشخیص تازه بودن یکی از این روش‌های غیرتجهیزی است که به صورت اعمال فشار در مناطق خاصی از پاها می‌باشند (40). صد هال است روش رفلکسولوژی، روش درمانی مورد استفاده در چین، مصر و هند است (41).

یکی از تئوری‌های مورد نظر در ماساژ درمانی بر این اصل مبتنی است که فشار و تنش عصبی مسئول 25٪/ از مشکلات دهنی بشر است و به دلیل اینکه 7 هزار عصب در پاها متمرکز است تحريك‌های این سلول‌ها می‌تواند باعث کاهش استرس و تسکین تنش، تعادل معین را در بدن بنابرد (42). نمایشگاه‌های رفلکسولوژی بر این اصل استوار است که در مناطق پوستی در پاها، گوش، هر چه وجود نقطه‌های کاهش هدف و بدن هستند و ایمپالس‌های تولید شده ناشی از رفلکسولوژی از طریق تحريك‌های خارجی به اساس شدت های معین در قالب فعالیت شبیه‌هورمونی یا راه‌های عصبی به نقطه‌های هدف در بدن می‌رسد (43). رفلکسولوژی شکل خاصی از ماساژ یا می‌باشد که با اعمال فشار بر روی نقاط رفلکسی که معمولا در پاها و دست‌ها می‌باشد، همراه است که این نقاط به تأمین نقاط بدن ارتباط پاکس های های فیزیولوژیک به این راه تحت تاثیر قرار دهند (44).

طبق نظر رفلکسولوژیست‌ها، علت اختلال در ارگان‌ها و سیستم‌های بدن، تجمع اسید اوریک در مسیر‌های انزیمی است که می‌تواند در مسیر اعصاب ابتلا به گرفتن با اختلال ایجاد کند و جریان لنف را مسدود کند. ماساژ این نقاط سبب شکسته‌شدن این مواد و در نهایت بی‌کاری آنها می‌شود، نقاط رفلکسی در واقع رسپترهای عصبی هستند که تحريك آنها استرس‌های فیزیولوژیکی و عضلانی را کاهش می‌دهد (45). هم چنین مطالعات نشان می‌دهد رفلکسولوژی با درمان افزایش جریان خون،
فصل اول: معرفی پژوهش

افزایش حس آرامش، و بهبود نواحی الگویی و نواحی آن به ترشح تونسی های بدنی مرتبط است، در حالی که دیگران عقیده دارند تحریک سیستم باعث بهبود انرژی می‌گردد (۴۷).

استفاده از روش‌های طب مکمل نظیر ماساژ در سال‌های اخیر در واحدهای درمانی افزایش یافته است که سبب احساس آرامش، تسكین درد و کاهش اضطراب کاهش تنش ماهیچه، حذف تولیدات ضرر از بدن، بهبود درد خون، بهبود تحرک مفاصل و تسكین آن می‌شود (۱۴، ۴۸). ماساژ درمانی بوسیله دستگاری (Labyak&Metzger) بافت‌های نرم موجب تغییرات استاتیکی بافت‌ها می‌شود (۴۸). لابیاک و منزگر تأثیر ماساژ را بر شاخص‌های فیزیولوژیکی ارزیابی کردند، آنها به این نتیجه رسیدند که ضربات نرم، آهسته و طولانی ماساژ در کاهش ضربات قلب و میزان تنفس موثر است (۵۰). در مطالعات دیگر از اثرات سودمند رفلکسولوژی می‌توان بر بهبود کیفیت زندگی زندگی در بیماران مبتلا به سرطان (۵۱)، کاهش درد و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان ریه و سینه (۵۲) و سندرم پیش از قاعدگی (۵۳)، کاهش تکرار تشنج و بهبود کیفیت زندگی در زندگی بیماران مبتلا به صرع ناپایدار (۵۵) نام برده همچنین در مطالعات دیگر اثرات مثبتی از رفلکسولوژی در بیمارانی که مختلفی از این بیماری‌ها تعیین شد به این حمله می‌توان به تأثیر در کاهش فشار خون (۵۶)، کاهش درد (۵۷)، مولتیبل اسکولارزی سختگانزی (۵۸)، کاهش علائم اضطراب در بیماران تحت این پیگیری در جراحی کرونر (۵۹)، کاهش علائم اضطراب در زنان نخست زایمان (۶۰) و کاهش درد بیماران مبتلا به اسکلز تکثر تحت عمل جراحی سiton فقرات (۶۱) اشاره کرد. امروزه روانپزشکان بر رویکرد مرافقت کل نگر برای بیماران تمرکز دارند (۶۲)، از آنجایی که پرستاری بعنوان یک رشته علمی حمایت کننده ی مرافقت‌های سنتی می‌باشد، رفلکسولوژی به عنوان یک مداخله پرستاری می‌تواند بهداشت مانند آموزش‌های پزشکی استفاده شود که در زمان اخیر احترام‌آورانه بیشتر مورد تایید واقع شده است (۶۳)، آن روش‌های روانپزشکانی می‌تواند رویکرد های طب مکمل
فصل اول: معرفی پژوهش

مانند رفلکسولوژی را به عنوان یک مداخله پرستاری همراه با درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار داده‌ایم (46).

لذا با توجه به نقش مهم طب مکمل در مدیریت مسایل بیماران، استفاده وسیع از شوک درمانی و کمیون مطالعات انجام شده در این زمینه در کشور ایران، این مطالعه با هدف بررسی تاثیر رفلکسولوژی بر اضطراب، درد و فراموشی بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسته انجام گردید.

۱. اهداف پژوهش

هدف کلی

تعیین تاثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن

اهداف اختصاصی

۱. مقایسه میانگین نمرات اضطراب قبل و پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

۲. تیم‌بندی و مقایسه میانگین نمرات فراموشی موقت در زمان‌های مختلف پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

۳. تیم‌بندی و مقایسه میانگین نمرات درد در زمان‌های مختلف پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

هدف کاربردی

با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه، با تدوین کارگاه‌های آموزشی مناسب جهت ارتقای مهارت رفلکسولوژی به عنوان یک مداخله پرستاری و یک روش غیر دارویی با عوارض جانبی و هزینه‌کم بتواند در مدیریت مسایل همراه بیماران تحت درمان با تنش درمانی گرفته شود.
فصل اول: معرفی پژوهش

1.4 فرضیه پژوهش

1. سطوح اضطراب بعد از مداخله در گروه مداخله (رفلکسولوژی) و کنترل تفاوت دارد.

2. سطوح فراموشی موقت بعد از مداخله در گروه مداخله (رفلکسولوژی) و کنترل تفاوت دارد.

3. میزان درد بعد از مداخله در گروه مداخله (رفلکسولوژی) و کنترل تفاوت دارد.

1.5 پیش فرض های پژوهش

1. استفاده از روشهای طب مکمل نظیر ماساژ، بهبود آرامش، تسکین درد و کاهش اضطراب، کاهش تنش ماهیچه، حذف تولیدات مضر از بدن، بهبود تحركات و تسکین آن می شود (49).

2. روانپرستاران می توانند رویکرد های طب مکمل مانند رفلکسولوژی را به عنوان یک مداخله پرستاری همراه با درمان های پزشکی مورد استفاده قرار دهند (44).

1.6 تعریف واژها

تشنج درمانی

تعریف نظری:

یک تحريك الکتریکی با ولتاژی نزدیک به 70 تا 150 ولت برای مدت 1/4 ثانیه به سمت وارد میشود و تشنج کاملاً را ایجاد می کند که با اثرات درمانی همراه است (8).
فصل اول: معرفی پژوهش

تعیین عملی:
در این مطالعه منظور از تشنج درمانی ایجاد تشنج با استفاده از دستگاه الکتروشوک ساخت Thymatron کشور امریکا است که در بخش الکتروشوک درمانی مرکز آموزشی درمانی ساخت شرکت Somatics LLC کشور امریکا در روزهای مورد نظر در بخش الکتروشوک درمانی روانپزشکی رازی در بخش آموزشی درمانی، به صورت دو طرفه یا یک طرفه در هر بیمار، با همکاری متخصص بیهوشی و پرستار بخش مربوطه انجام می‌شود.

رفلکسولوژی با

تعیین نظری:
رفلکسولوژی شکل خاصی از ماساژ‌پا با می‌باشد که با اعمال فشار بر روی نقاط رفلکسی که معمولاً در پاها و دست‌ها می‌باشد، همراه است که این نقاط با تمام نقاطبدن در ارتباط می‌باشند که فشار بر آنها می‌تواند پاسخ‌های فیزیولوژیکی بدن را تحت تاثیر قرار دهد (۱۱). 

تعیین عملی:
در این مطالعه منظور از رفلکسولوژی پا، انجام ماساژ پا در طول یک هفته، ۳ جلسه در طول یک هفته، هر ۸ دقیقه و برای هر پا به مدت ۴۰ دقیقه بود که ۱۰ دقیقه آن مربوط به ماساژ عمومی کف پا و ۱۰ دقیقه آن مربوط به ماساژ نواحی مربوط به اضطراب و ریلکسیشن بود. در افراد تخصصی یافته در گروه مداخله، رفلکسولوژی با استفاده از روغن زيتون و بدون استفاده از دستگاه بر طبق توالی و ترتیب استاندارد در اتاق کار تعبیه شده در هر بخش و به صورت یک روز در میان در شیفت کاری صح و در زمانی که با راند بخش (ویزیت، کار درمانی) تداخل نماید، انجام شد در حالی که در گروه کنترل تنها یای
فصل اول: معرفی پژوهش

بیمار برای ۱ دقیقه با استفاده از روغن نام برده شده، چرب گردید. ماساژ از پای چپ شروع شده از بیماران خوابشته شده بود که در حین ماساژ از صحت مگر در مواقف نیاز خودداری نمی‌ماند. ماساژ نقطه شبکه خورشیدی در هر پا (نقطه شبکه خورشیدی در مرز یک سوم از بالا و متوسط از کف یا بوده، در بخشی که خطوط یا در زمان خم شدن آن شکل گرفته است، در امتداد انجش‌های دوم و سوم) انجام می‌شود.

ماساژ در محیطی آرام و دربسته (در صورت امکان)، دارای نوری کم به منظور کاهش احتمال حواس پرتی در بیماران انجام شد. پژوهشگر و چربگرگ یا یک پژوهشگر با پوشیدن یکی از رنگ‌های روغنی سفید و خارج کردن ساعت، حلقه و جواهرات و شستن دست ها سپس گرم کردن دستاشان، با قرار گرفتن در انتهای تخت بیماران با رعایت پوزیشنی مناسب و قرار دادن بالشتی کوچک در زیر زانوها به منظور ایجاد راحتی، به انجام مداخله می‌پرداختند. پس از انجام مداخله رفلکسولوژی در اتاق مذکور در هر بخش، بیماران برای دریافت تشنج درمانی با الکتریسیته به بخش تشنج درمانی هدایت شده و پس از انجام مداخله برای تکمیل پرسشنامه به اتاق ریکاوری واقع بخش تشنج درمانی منتقل می‌شدند.

اضطراب

تعريف نظری:

اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشا ناشناخته که به فرد دست می‌دهد و شامل عدم اطمینان، درمان‌گری و برانگیختگی فیزیولوژیک است (۳۲).

تعريف عملی:

در این مطالعه سطح اضطراب بیماران با استفاده از پرسشنامه استاندارد اضطراب اسپیل برگر (STAI) سنجیده شد. این پرسشنامه شامل مقياس های جدایگانه خودسنجی, state-trait anxiety inventory
فصل اول: معرفی پژوهش
برای اندازه‌گیری اضطراب آشکار و پنهان است. مقياس اضطراب شامل بیست جمله است که احساسات فرد را در "لحظه و در زمان پاسخ‌گویی" ارزیابی می‌کند. تعدادی گزینه برای هر عبارت انتخاب شده است که آزمودنی ها باید گزینه‌های را که به بهترین وجه شدت احساس او را بیان می‌کند انتخاب نمایند. این گزینه‌ها از پنجم 1-3 حداکثر 4-3، 9-2 و 1-1، به هر کدام از عبارات آزمون بر اساس پاسخ این اضطراب است. در پاسخگویی به مقیاس اضطراب، آزمودنی‌ها باید گزینه‌های را که به بهترین وجه شدت احساس این اضطراب را به بازار عبارت دهند. به هر کدام از عبارات سه گزینهٔ میانگین، نمره 1 تا 4 تخصیص می‌یابد. نمره 4 نشان دهنده حضور بالا اضطراب است که در مقیاس اضطراب اضطراب شدید، نمره 46 نشان دهنده عدم اضطراب است که نشان‌دهنده عدم اضطراب است که نمره 46 اضطراب فوق‌العاده بالا نشان می‌دهد.

بعد از انتخاب افراد بر اساس معیارهای ورود تخصیص به گروه‌های داخلی و کنترل بصورت تصادفی انجام شد. ابتدا به کمک پرسشنامه استاندارد اضطراب بیش آزمون به عمل آمد و کلیه کسانی که اضطراب متوسط و بالا داشتند (نمره اضطراب 43 و بالاتر) وارد مطالعه شدند. همانطور که گفتگو شد،
فصل اول: معرفی پژوهش

اضطراب بیماران تحت درمان با تشنج درمانی یکبار قبل از مداخله (رفلکسولوژی) در هر دو گروه اندازه گیری شد و بار دیگر پس دریافت تشنج و بالا قرار گرفت و پس از انتقال مجدد بیمار به بخش بخش بستری در ۳ جلسه، به کمک پرسشنامه‌های تخصیص افراد به گروه مداخله و کنترل به اطلاع است، تکمیل گردید.

عوارض بعد از تشنج درمانی

تعريف نظری:

مسائل و مشکلات ایجاد شده بعد از تشنج درمانی برای بیماران مثل سردرد، تیرگی شعور، از دست دادن حافظه، شکستن دندان و درد کمر، تهوع و استفراغ و درد عضلانی (۳) و اختلال حافظه (۲۴) اشاره می‌باشد. هم چنین بیماران تحت درمان با تشنج درمانی همانند دیگر فرآیندهای پزشکی، اغلب افزایش ترس و اضطراب را گزارش کردنداهند (۲۴، ۲۸).

تعريف عملی:

در این مطالعه منظور از عوارض بعد از تشنج درمانی اضطراب، درد و فراموشی می‌باشد که اضطراب با استفاده از پرسشنامه اسمبلی برگر (STAI)، سطح درد پس از تشنج درمانی توسط مقیاس Numeric Pain Rating scale و سطح فراموشی با استفاده از تست ORIENTATION-AMNESIA-TEST اندازه گیری شد.

فراموشی

تعريف نظری:
فصل اول: معرفی پژوهش

ناتوانی نسبی یا کامل به خاطر آوردن تجربه های گذشته که ممکن است علت عضوی یا هیجانی داشته باشد (9).

تعريف علمی:

منظور از فراموشی ناتوانی بیمار در به خاطر آوردن تجارب گذشته است که با استفاده از تست آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GALVESTON-ORIENTATION-AMNESIA_TEST) که متشکل از 16 سوال است، سنجیده شد، نمره 100-75 مرز و پایین تر از 66 اختلال در سطح هوشیاری نظر گرفته می‌شود. این آزمون پس از تشنج درمانی در بیماران تحت بررسی، بعد از برگشت سطح هوشیاری بیمار توسط کمک پژوهشگر که از تخصص افراد به گروه مداخله و کنترل بی اطلاع است، تکمیل شد.

نحوه نمره دهی به سوالات موجود در پرسشنامه به این صورت است که ممکن است گاهی بیمار قبل از حادثه هم‌چنین هم‌چنین نداشته باشد. در این موارد باید مربوط به آن پرسش در جدول درج شود که بیمار قبل از آن نمیدانسته و برای بیمار دقت داده می‌شود. مثلاً در پرسشنامه "حالا در چندمین روز ماه هستی؟" همان اطلاعی باشد که بیمار قبل از آن نمیدانسته، بنابراین نمره کل بیمار می‌شود.


g = مجموع نمره سوالاتی که بیمار قبل از حادثه هم‌چنین هم‌چنین نداشته است. (مثلاً برخی عادت به حفظ تاریخ روز ندارند، که در این حالت نمره سوال "حالا در چندمین روز ماه هستی؟") همان است، یعنی 5 و اگر ماههای سال را هم حفظ نمی‌کردند، نمره کل بیمار می‌شود.

\[ n = 20 - (\text{نمره روز در پرسشنامه}) + (\text{نمره ماه در پرسشنامه}) \]

(مجموع نمرات کسر شده بعلت پاسخ غلط) - (n - 100) → نمره کل بیمار
فصل اول: معرفی پژوهش

بر اساس پرسشنامه ی آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستن شامل 5 نسخه ی فارسی (GOAT) فاکتور است، عامل اول شامل 6 سوال که مربوط به آشنایی با محیط و یادآوری اتفاقات قبل از حادثه است. عامل دوم، که شامل 4 سوال بود مربوط به حوادثیست که پس از تصادف رخ داده است. عامل سوم شامل دو سوال که مربوط به اطلاعات شخصی می باشد. چهارمین عامل سوال در مورد سال و ماه حاضر که شامل دو سوال است. پنجمین عامل، که توسط سه سوال مورد بررسی قرار گرفت، مربوط به ساعت و اینکه چگونه بیمار به بیمارستان منتقل شده است، می باشد. در مورد فراموشی پیش آزمون صورت گرفت مورد عدم درج مشکلات شناختی و فراموشی و جهت یابی در پرونده پزشکی بیمار قبل از ورود به مطالعه بود. در مورد فراموشی پیش آزمون صورت انجام پذیرفت.

درد

تعريف نظری:

تجربه و احساس ناخوشایندی است که همره با آسیب حاد و یا بالقوه بافتی می باشد (43).

تعريف عملی:

در این مطالعه سطوح درد (0-10 Numeric Pain Rating scale) توسط مقياس اندازه گیری می شود. بر اساس سطوح درد در این مقياس متشکل از 10 عدد است که با توجه به درد درک شده توسط بیمار نمره گذاری می شود. لازم به ذکر است که تکمیل نمرات درد، به کمک پرسشنگر در 15 دقیقه پس از تشنج درمانی در همه بیماران به صورت یکسان صورت انجام پذیرفت.
فصل دوم:
چارچوب پژوهش و
بررسی متون
فصل دوم: چارچوب پژوهش و بررسی متون

چارچوب پنداشتی فصل دوم

طب مکمل و جایگزین

- مروری بر مطالعات
- بیشتری نظری
- رفلکسولوژی
- تعریف طب مکمل
- تشنج درمانی
- عوارض ناشی از تشنج درمانی
- درمان های غیر دارویی
- درمان های دارویی (تارمکل)
- درمان های غیر دارویی (تارمکل)
- درمان های دارویی (تارمکل)
- درمان های غیر دارویی (تارمکل)
- درمان های دارویی (تارمکل)
- درمان های غیر دارویی (تارمکل)
- درمان های دارویی (تارمکل)
فصل دوم
چارچوب پندشتی و مروری بر متون

مقدمه:

این فصل از دو قسمت مروری بر متون مفهومی و تجربی تشکیل شده است. چارچوب پندشتی پژوهش بر اساس دانستنی‌های موجود در مورد متغیرهای پژوهشی اضافه، فراموشی، درد به نگارش در آمد. که در قابل آن تأثیر رفکتسولوژی و روش‌های طب مکمل به عنوان مداخلات پرستاری را در بر می‌گیرد و در قسمت تجربی به بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه پرداخته می‌شود.

1-2 تشنج درمانی

تاریخچه ECT از سال 1351 شروع می‌شود. زمانی که فون مدونا درمان خود را با تزریق عضلانی کامفر شروع و سپس آن را به تزریق وریدی تترازول تغییر داد. وی این روش را بر اساس دو مشاهده بنای نهاد. نخست اینکه، از نظر بالینی مشاهده شد که علائم اسکیزوفرنی غالباً بعد از حمله تشنجی کاهش می‌یابد. ثانیاً، آن زمان این عقیده باطل وجود داشت که اسکیزوفرنی و صرع با هم دیده نمی‌شود. بدین ترتیب، استدلال می‌شد که احتمالاً تشنج موجب رهایی بیمار از اسکیزوفرنی می‌شود. این مواد باعث ایجاد شکوک (seizure) و تکان‌های شدید بدین‌طوری شیبی حمله بیماران صرعی می‌شود. به گذشته زمان شکوک الکتریکی جای این مواد شیمیایی تزریقی را گرفت و در نهایت در سال 1378 دو محقق ایتالیایی نام میلی و ویوگوسراتی با جریان الکتریکی گرفتن بیماران به همین تغییرات باعث بهبود می‌شود. با گذشته این مواد شیمیایی جای این مواد شیمیایی تزریقی را گرفت و در نهایت در سال 1378 دو محقق ایتالیایی نام میلی و ویوگوسراتی با جریان الکتریکی گرفتن بیماران به همین تغییرات باعث بهبود می‌شود. با گذشته این مواد شیمیایی جای این مواد شیمیایی تزریقی را گرفت و در نهایت در سال 1378 دو محقق ایتالیایی نام میلی و ویوگوسراتی با جریان الکتریکی گرفتن بیماران به همین تغییرات باعث بهبود می‌شود.
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون
میلادی با حداقل امکانات و بدون بیهوشی عمومی و با استفاده از داروهای شل کننده از جمله بنزودیازپین‌ها بعنوان یک روش درمانی در علم روانپزشکی بکار برده شد. پس از این استفاده از افزایش یافته تا اینکه در حدود سال 1950 داروهایی برای بیماران روانی مثل افسردگی، ساخته شد و کمکی مانند درمانی و گفتاردرمانی جای ECT را گرفت. تا اینکه دوباره درسال 1980 به ECT وجه شد.

ECT نخستین بار توسط مرحوم دکتر میرسپاسی در سال 1314 در ایران انجام گرفت.

ECT نخستین بار توسط مرحوم دکتر میرسپاسی در سال 1314 در ایران انجام گرفت.

با وجود سال‌ها انتقادات اجتماعی، سیاسی و حقوقی و عدم پذیرش عمومی آن، سالانه حدود 100 هزار نفر در ایالات متحده و بیش از 1 میلیون نفر در سراسر جهان تشنج درمانی دریافت می‌کنند (۲). این درمان اغلب در عدم تواناییی سایر روش‌های درمانی به کار می‌رود. سرعت اثر، مزیت عمده آن است. درمان با الکتروشوك حدوداً 80 سال قدمت دارد. در ابتدا سودمندی‌اش در اسکیزوفرنی تابت شد اما به زودی معلوم شد که در شرایط دیگری همچون اختلالات خلقی نیز مؤثر است. از آنجا که همچنان موثرین درمان افسردگی اساسی می‌باشد و بر خلاف سایر روش‌ها، در اختلالات روان‌پزشکی تهدید کننده حیات، سریع اثر می‌کند، همچنان جزو درمان‌های نوین باقیمانده است. این درمان احتمالاً به روشی همانند داروها عمل می‌کند، اما سریع‌تر؛ لذا در مواردی که داروها کارساز نیستند، کمک کننده است. الکتروشوك انتقال دهنده‌های عصبی مغز را تنظیم می‌کند و عدم تعادل آنها را به طور موثر اصلاح می‌کند. این روش هنگامی که به جا استفاده شود، بسیار مفید است و اغلب عوارض خفیف، کوتاه مدت و قابل پژوهش است. مناسفانه در اذهان عموم مزدوم جامعه ما باورهای نادرستی درباره درمان با تشنج الکتریکی مغز وجود دارد (۹).
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متن

تعیین:
در این روش یک تحریک الکتریکی با ولتاژی نزدیک به 43 تا 51 ولت برای مدت 5/3 تا 5 ثانیه به مغز وارد می شود و تشنج کاملی را ایجاد می کند که با اثرات درمانی همراه است (8).

شک الکتریکی به دو روش قابل استفاده است:

(1) طرفه : یک طرفه که تنها نیمکره راست مغز تحت تاثیر قرار می گیرد.
(2) دو طرفه : دو طرفه و جریان برق از تمام مغز عبور خواهد کرد، روش الکترود گذاری قویتر، موثرتر و سرعت می باشد ولی عوارض جانبی آن مثل آسیبهای حافظه بیشتر است. پس برای بیمارانی که جدی تر و حالاتی که روش یک طرفه پاسخ ندهد از روش دو طرفه استفاده می شود(9).

عوارض ناشی از تشنج درمانی:
از عوارض استفاده از تشنج درمانی می توان به مرگ و میر 20/34 در هر بیمار، سردرد، تب و شور، از دست دادن حافظه، شکستن دندان و درد کمر، تهوع و استفراغ و درد عضلانی اشاره کرد که اغلب ناشی از اثرات دیپولرزاسیون شل کننده های عضلانی سوکسینیل کولین است و بیشتر پس از جلسه نخست درمان شایع می باشد (9). از طرفی اختلالات شناختی مرتبط با تشنج درمانی معمولا به ۳ روز اول پس از درمان محدود می شود و بیماران به سطح عملکرد قبل از درمان بر خواهند گشت. پس از ۱۵ روز، سرعت
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

بردارش، عملکرد حافظه، حافظه پیش گستر و برخی از جنبه‌های اجرایی عملکرد به حد قابل قبولی خواهد رسید (۲۷). اگرچه حافظه در طی یک دوره سریع به دنبال تشنج درمانی تغییر می‌یابد (۲۰، ۲۱)، از دست دادن حافظه یا باید حتی پس از جلسات زیاد نادر است (۲۲-۲۴). اختلال حافظه به دنبال تشنج درمانی به صورت نتیجه موقتی فراموشی پیش گستر و پس گستر شناخته می‌شود (۲۷). توافق مبنی بر وسعت اختلال حافظه و زمان بهبودی وجود ندارد، اما بیشتر نویسندگان وجود نقص قابل توجه را در معامله از ۲ تا ۶ ماه پس از تشنج درمانی ذکر نمی‌کنند (۲۰). همچنین بیماران تحت درمان با تشنج درمانی همانند دیگر فرا آینده های پزشکی، اغلب افرادش ترس و اضطراب را گزارش کرده‌اند (۲۱).

طب مکمل
طب مکمل و جایگزین طب سنتی در کشورهای در حال توسعه و استفاده از طب مکمل و جایگزین در کشورهای توسعه‌یافته در حال توسعه و استفاده از طب مکمل و جایگزین در کشورهای توسعه‌یافته به صورت روز افزونی در حال گسترش است. در چین حدود ۴۰ درصد از خدمات درمانی را طب سنتی در حال اختصاص داده است و بیش از ۲ میلیون بیمار در سال بیماری برده می‌شود، در سوئیس از طب مکمل و جایگزین به خصوص هومئوپاتی و طب سوزنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در انگلستان، تقیبایی از هم‌انگلیسی و از طب مکمل و جایگزین به خصوص هومئوپاتی و طب سوزنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در کشور چین حدود ۱۵ درصد از همه اطلاعات و در سوئیس حدود ۲۰ درصد از همه اطلاعات و در انگلستان، تقیبایی از هم‌انگلیسی و از طب مکمل و جایگزین به خصوص هومئوپاتی و طب سوزنی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این امر نشان می‌دهد که در برخی کشورها، طب مکمل و جایگزین به خصوص هومئوپاتی و طب سوزنی مورد استفاده قرار می‌گیرد.
ارجاع می‌دهند. در آمریکای لاتین، دفتر منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی گزارش کرد که 71 درصد از جمعیت شیلی و 40 درصد از جمعیت کلمبیا از طب سنتی استفاده می‌کنند (20).

انواع طب سنتی عبارتند از:

1. طب سوزنی (Acupuncture)
2. هومئوپاتی (Homeopathy)
3. هیپنوتیزم (Hypnotherapy)
4. ماساژدرمانی (Message therapy)
5. استنوباتی
6. آروماترایپی

7. بیوفیدبک یوگا (Yuga)
8. کایروپرکتیک (Chiropractic)
9. طب گیاهی (Herbal therapy)
10. حجامت
11. طب سنتی ایرانی (Reflexology)
12. فشاری (Acupressure)
و طب اسلامی که توسط افراد خبره تایید شده است.

**تعریف انواع روش‌های طب مکمل و جایگزین:**

1) طب سوزنی: تکنیکی که در آن سوزن‌های ظرفی در نقاط ویژه ای درست در زیر پوست قرار می‌گیرند تا تحرک‌های دقیق و کمی در جریان اثر می‌رود و به یک ترتیب باعث تسکین درد و درمان گروه‌های متنوعی از اختلالات مزمن، حاد و دهنده گردند.

2) هومئوپاتی: این روش به تمام طبیعی بدن به شکوفایی می‌کند. در این سیستم تمام شکایات مربوط به بیماری‌ها تا تظاهرات عدم هماهنگی کل فرد می‌دانند و به این جهت فرد را معالجه می‌نمایند نه بیماری را.

3) هیپنوز: هیپنوز وضعیتی است که در آن بخش‌های هوشیار و نیمه‌هوشیار به همراه همیزدیون روی یک موضوع بدون ایجاد تعارض، فعالیت می‌کنند. هیپنوتیرم تمرکزپیشرفته ای است که در آن فرد فقط بر روی یک محرک خاص تمرکز می‌نماید و توجه ای به محرک‌های محیطی دیگر ندارد.

4) ماساژ درمانی: دستکاری ساختارهای بافت نرم است. جهت پیشگیری از درد و تسکین آن، جلوگیری از ناراحتی ابزار عضلات و بهبود وضعیت سلامت است. از پنج هزار سال پیش پزشکان چینی از این روش براکی درمان بیماری‌ها استفاده می‌کرده و بقراط معتقد بود که ماساژ روش مناسبی برای حفظ سلامتی است.

5) طب استئوپاتی: استئوپاتی از سوی دکتر آندروتیلوراستیل (1917-1992) پایه‌گذاری شد. یک سیستمی که کل نگه دارنده سلامتی است. رویش از طب تکمیلی که نه تنها شکایات جسمانی را شامل می‌شود، بلکه شباهت زندگی، تغذیه و سلامت بیمار در شرایط فعلی را در نظر می‌گیرد. در استئوپاتی معتقدند قرارگیری صحیح
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

عضلانی اسکلتی برای حفظ سلامتی ضروری است. متخصصین استئوپاتی ممکن است به عنوان یکی از برنامه درمانی روي دستکاری یکی ناقص پژوهشگران نگهداری می‌کنند. از رایحه درمانی استفاده می‌شود در تسلیم درد، اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی، خستگی، ریز، و حتی ایجاد اعتقاد به نفس استفاده می‌شود. در این روش از عصاره‌های شورده‌ی گیاهان مصرف شده استفاده می‌شود(۲۴). روش‌های اساسی بسیار فشرده که از گیاهان استخراج می‌شود مشابهی داروهای گیاهی دارای اجزای شیمیایی مختلف و بیوهای خوش و مصرف هستند که می‌توانند روی خلق و خو تأثیر بگذارند. شیمیدان فرانسوی برنارد گنتفوش در سال ۲۰۱۸ این روش درمانی را رایحه درمانی نامید.

۷. بیوپیدیک: تکنیکی است که در معالجه درد و بسیاری بیمارانی های عصبی و عروقی کاربرد دارد.

۸. یک اپتیکی: یک سیستم درمانی است که در آن بیماری را نتیجه اختلال عضلانی و دستکاری و تنظیم ساختارهای بدنه را جهت درمان به کار می‌گیرند. مانند سرویس مهره‌ها طب گیاهی: معالجه با توجه به ویژگی‌های درمانی گیاهی است(۲۷) در طب گیاهی برای درمان بیماری‌ها و حفظ سلامتی تابع و گیاهی تاکید می‌شود. طب گیاهی روز به روز رو به روند بیشتری می‌یابد. از سال ۲۰۰۵ در ایالات متحده سالانه تقیباً ۳۳ میلیارد دلار ضررف داروهای گیاهی شده است. پژوهش این مکتب در غرب برای درمان انواع مختلف بیماری‌های مربوط به دستگاه تنفس، گوارش، قلب و عروق و عصبی از گیاهان استفاده می‌کنند. گیاهی که توجه روانپزشکی غرب را به خود جلب کرده است گیاه سنت جونز یا علف چای (Hypericum) است که در درمان اختلال افسردگی اساسی به کار می‌رود.

۹. مطالعاتی برای مقایسه اثرات این گیاه با داروهای داروهای ساسانی در علل‌های زنده و عارضه‌های انتخابی با جذب سروتونین (SSRIs) انجام شده و نشان داده است که عصاره‌ی سنگونز در درمان افسردگی خفیف تا متوسط مؤثرتر از دارونما است.

۱۰. هجامت: این روش عبارت است از: ایجاد بادکش و ترم در قسمتی از بدن به مدت چند دقیقه و سپس ایجاد چند خراش سطحی روی پوست که هر خراش حدوداً به عمق ۱ میلی‌متر طول ۱ سانتی‌متر به
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

صورت موازی با فاصله حدود 5 میلی متر می باشد، به گونه ای که تمام محيط بدکش شده را بیوشاند، و
بدکش مجددا همان قسمت به تعداد 2 الی 5 مرحله ی متواوی که هر مرحله ی آن 3 الی 5 دقیقه طول
می کشد (9) میزان خون گرفته شده به حسب زمان، مکان، و نوع حجامت و خصوصیات فرد حجامت
شونده معمولاً بین 5 الی 70 سی سی متغیر است.

11 طب سنتی ایران: یک مکتب طبی کامل است و جهان را آفریده ی خالق حکیم می داند و پزشک به
خاطر تسلط به علوم مختلف، حکیم نامیده است. ریشه های مکتب طب سنتی ایران به بیش از
3000 سال قبل می رسد. با توجه به گستردگی بودن طب سنتی ایران، گروهی از اهل طب به طور چندی جهت
احیای این علم، به تحقیق پرداختند. این مجموعه، فعالیت خود را از سال 1278، به عنوان یکی از زیر
مجموعه های معاونت فرهنگی جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران آغاز کردند. از پاییز سال 1382، تحت
عنوان گروه تحقیقاتی طب سنتی ایران، به عنوان یکی از گروه های پژوهشی مرکز پژوهش های علمی
دانشجویان وابسته به معاونت پژوهشی و نیز انجمن علمی دانشجویی طب مکمل، اولین انجمن علمی
دانشجویی دانشگاه واپسته به معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاه تهران، به کار خود ادامه داد (24).

رفلکسولوژی

رفلکسولوژی یا بازتاب شناسی، ماساژ مناطقی در پا (و کاهی اوقات دست) است که با سایر نقاط بدن
مطابقت دارد و برای تشخیص و بیشگیری از مشکلات سلامت استفاده می شود. رفلکسولوژی یک هنر
ظرفی و شکلی از درمان های شفابخش طب کل نگر است و نیاز آن با ماساژ کف دست و پا اشتباه گرفت
بلکه یک نوع فشار درمانی و به معین می باشد. این روش یک تکنیک قدمی است و بر این اساس پایه
رژی شده که نقاط بازتابی (رفلکسی) در روي کف دست ها و پاها و وجود دارند که با هر قسمت بدن اعم
از عضله، عصب، غده و استخوان مطابقت دارند و فشار روی این نقاط تورم یا احتقان را از بین می برد و به
آرامش اعصاب کمک می کند و این آرامسازی اعصاب هم به نوبه خود انقباض عروقی را کاهش می دهد.
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

به طوری که خون و جریان عصبی با آزادی (راحتی) بیشتری جریان می‌یابند و در نتیجه ی بهبود جریان خون، سموم نیز از بدن خارج می‌شوند (25). از طرفی رفلکسولوژی، هنرهای انسانی و درک شخصیت یک فرد درد و طول انگشتان و انداره‌ای که توسط زن‌های معاصر سبب می‌شوند شخصیت و صفات ذاتی و را نشان می‌دهند (26).

با توجه شناسی را می توان به نوعی شاخه ای از طب فشاری دانست. طب فشاری یکی از شاخه‌های علم درمانی جامع نگر بوده و در واقع یکی از درمان‌های کاملاً کننده طبیعت یا پزشکی و پیشرفتی است و امروزه در دو جوامع پیشرفته کاربرد و سعی در پیگیری و تبادل کرده است. در واقع در حین انجام طراحی برای درمان و پیشگیری از بیماری‌ها و راهی‌ها از درد و نیز بیماری‌ها مزمن، کل وجود انسان از نظر جسمی-روحی-روانی در نظر گرفته می‌شود. از سال 1981 که بیماری‌ای که شناخته شد، به عنوان ابتدای ابتدایی توسط سوزن، به طور گسترده‌ای در بین موارد جانشینی طب سوزنی گردید. اهمیت این روش در آن است که فقط از سر انگشتان دست می‌کنگریفه می‌شود و نیازی به استفاده از دارو، سوزن و هیچ وسیله درمانی دیگر نیست.

در رفلکسولوژی، اعتقاد بر این است که یک فرد با آزادی که به یک نقطه کوچکی از کل بدن هستند، علی‌عموم و قسمت‌های مختلف بدن روی آنها منعکس شده و نظم و ترتیب قرارگیری بخش‌های بدن روی کف پاها دقیقاً مشابه نظم و ترتیب قرارگیری آنها در بدن است. بازبینی‌ها را می‌توان روی کف پا، انگشتان و در طول کاربردهای داخلی و خارجی با پیدا کرده. کنکایی این رفلکسولوژی، فشارهای اعمال شده به درازا و یا دست‌های باشند که بخشی از سیستم عصبی بدن را در دیگر می‌کند و باعث تمام اعصاب، به‌هم بود و گردش خون، تقویت سیستم عصبی و مزایای لمسی خواهد شد (27).
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

شکل ۲/۱: نقشه رفلکسولوژی

تصویر از سایت www.drbehnamara.com در تاریخ ۹۴/۳/۳۱ برداشته شده است.

رفلکسولوژیست‌ها بدن را به ده منطقه مساوی عمودی تقسیم می‌کنند که پنج منطقه در سمت راست و پنج منطقه در سمت چپ قرار دارد (۷/۲ و همین طور هر یا پای به طور عمودی به پنج قسمت مساوی تقسیم می‌شود. پای یا پشت نمایانگر سمت راست بدن و پای چپ نمایانگر سمت چپ بدن می‌باشد. البته این موضوع در مورد مغز برعکس بوده و نقطه بازتاب مغز سمت راست در پای چپ و نقطه بازتاب مغز سمت چپ در پای راست می‌باشد. اگرچه اکثریت مردم با یک‌چهار سالم به دنیا می‌آیند ولی تخمین زده می‌شود که تقریباً در ۸۰ درصد بزرگسالان، مشکلات پاها به‌خاطر آمد. گرچه مشکلاتی نظر می‌خیزد، پیشنهاد مشابه را می‌گوییم از کفش‌های نامناسب می‌دانند و لیکن اینها هنیزه با اختلالات هستند و بازتاب شناسی بر این باور است که مشکلات پاها با اختلالات درونی بدن مرتبط هستند.
فصل دوم: چارچوب پژوهش و بررسی متون

شکل 2.3: تقسیمات عمودی بدن بر طبق الگوی رفلکسولوژی

تصویر برگرفته از سایت sole 2 sole reflexology در تاریخ ۹۴/۲/۳۱ می باشد.
فصل دوم:

چارچوب پژوهش و بررسی متون

شکل ۲.۳: نقاشی روی دیوار مصر

تصویر برگرفته از سایت Positivemed در تاریخ ۲۳/۱۹۹۶ می‌باشد.

سرخپوستان آمریکا، بویژه سرخپوستان چروکی معتقدند که این روش توسط اینکاها به ارث گذاشته شده. چروکی‌ها بر این باورند که پاها روي زمین راه راه می‌روند و از این طریق، روح شما را به جهان منتقل می‌کنند. 

سفرت ی‌ایانده ای‌ز طب سنتی چینی و تنوری طب خاور دور (شرقی) و طب سوزنی با به‌بیش از چهار هزار سال قدست به اضافه علم روشن‌شناسی غربی است. این روش شفایبخشی از هند و چین به زبان و سپس به شمال آمریکا یافته و نسبت به شرایط و نیازهای جوامع غربی تغییر گردیده‌، تا این که از سال ۱۹۷۲ توسط آیونس مارشانتاگراند به صورت امروزی پایه گذاری شده است. طب فشار یا طب چینی بدون سوزن جزء فرهنگ یه‌نشکی چین است که در سال های اخیر مورد استقبال محافل علمی جهان قرار گرفته است. به هر حال اگر و می‌دانند آن هرجا که بوده، رفلکسولوژی ادامه پیدا کرد تا اینکه در اروپا و آمریکا رشد نمود و تکامل یافت. هری باند در کتاب خود به نام انتخاب دی‌قله در ۱۵۸۲ نویس عمل رفلکسولوژی را به ویژه در روزی شباهت یا مره جامعه مورد بحث قرار داد. اگر هد نیز در ۱۸۹۰ مناطقی را روی پوست
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

کشف کرد. وی متوجه شد چنانچه عضوی که توسط اعصاب به این ناحیه از پوست مرتبط می‌شود دچار بیماری گردید، این بخش پوست، حساسیت بیشتری به فشار پیدا می‌کند. دکتر ایوان پائولو (سال‌های 1849-1936) از رفلکسولوژی به عنوان پایه‌ای برای تحقیق مشهورش بر روی پا زدن‌ها و وضعی استفاده نمود. دکتر ایکورنیاس آلمانی در سال 1902 متوجه شد که درد خود وی ناشی از یک عفونت بود بعد از فشار دادن کف یا تخفیف یافته. وی در کار پزشکی خود به تحقیق بر روی فشار کف یا ادامه داد.

در ایالات متحده، دکتر ویلیام فیتزجرالد، در اوایل سال 1900 نشان داد که می‌تواند جراحی‌های خطرناک را بدون ناراحتی برای بیماران، با اعمال فشار بر روی کف دست های اشان انجام دهد. تکنیک منطقه درمانی توسعه داده شد. دکتر فیتزجرالد نشان داد که نقشه‌های با می‌توانند برای تشخیص و درمان بیماران استفاده شوند. او پیشنهاد کرد که فشار ملایم بر روی پا می‌تواند در کمک به منطقه مربوطه مؤثر باشد. درک جی رای در سال 1919 کتاب (منطقه درمانی آسان شده) را منتشر کرد و در آن نمودار هایی با جزئیات کامل چاپ نمود. وی محل نقطه رفلکس در کف یا با را ترسیم کرده بود.

اوینس اینگهام (1864-1946) که مادر پا زدن‌های شناسی مدرن نامیده شده است از کارهایی که در باب منطقه درمانی در گذشته انتشار یافته بود در درمان‌های خود استفاده کرد و نقشه کل بدن را بر روی کف باها تکمیل نمود. میراثی که وی در خصوص رفلکسولوژی برچاگشاشه بود توسط گیرز برادرزاده وی تداوم یافته. وی انتستبتون در سال 1919 میلادی راه اندازی کرده است. رفلکسولوژی‌های معاصر حاضر از روش اینگهام، یا تکنیک های مشابه توصیع یافته توسط لورا نورمن استفاده می‌کند. همچنین درمانگران ماساژ، جاایا کندگان سنت فقرات، درمانگران با، دارمان‌گران فیزيکی، و پرستاران ممکن است از رفلکسولوژی استفاده نمایند (198).
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون
نظریات و فرضیات
تنویع‌های متعددی برای توضیح مکانیسم رفلکسولوژی وجود دارد، اما هیچ کدام از آنها به صورت علمی به اثبات نرسیده است. رفلکسولوژیست‌ها بر این عقیده هستند که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی кه جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که جریان نیروهای نامرئی که
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

رفلكسولوژی مورد استفاده قرار گیرد. در طب شرقی، نظیر طب فشاری و طب سوزنی دریافتی اند که این روش انسیاب و شبیه نیمی از استخوان های بدن را شامل می شوند. در طب شرقی، نظیر طب فشاری و طب سوزنی دریافتی اند که انرژی حیاتی یا کای از میان مریدین ها یا مسیرهای انرژی جریان می یابد و از مجموع 12 مریدین اصلی، 6 عدد آنها در کف پا بافت می شود (۹۵).

فرمیه الکترونیک

در ملت سنتی چینی اعتقاد بر این است که گردش انرژی حیاتی در بدن از طریق مریدین ها است. کوهل و لانگ اثر طب فشاری را به شرح زیر می دانند:

- فشار یا تحریک توسط سوزن نوعی استرس است، لذا موجب شدت قوه محرك الکترونیک می گردد.
- تاثیر عصبی حاصل از فشار الکترونیک نه تنها به وسیله اعصاب پاراسمپاتیک بلکه توسط رشته های سیستم عصبی سمپاتیک نیز انتقال پیدا می کند.

دکتر کوهل معتقد است طب فشاری با دیده های الکترونیک و خصوصیات پنهانی شناخته شده ای که جانشین خواص مولکول ها شده اند مشخص می گردد که تمام آنها از قانون کوآنتا پیروی می نماید. مثلا تحریک برخی نقاط بدن درجه حرارت بدن را در حدود ۲ تا ۹ درجه یا در نقاط دیگر سبب تقلیل فشار خون یا حداقل فشار شریانی می گردد. همواره این مسئله که چگونه طب فشاری با سوزنی یا تحریک دستی یا حراجی که در نقطه ای خاص انجام می گیرد قادر خواهد بود مثلا درد دندان را تسکین بخشی؟ عده ای معتقدند که این امر از طریق اثر پلاستو و تلقین امکان پذیر است همانطوری که تزریق مرتفع در یک مطالعه ۷۰ درصد و تزریق آب قند ۳۵ درصد درد بیمار را کاهش داده است. اما این نظریه قادر به توجیه تأثیر گذاری ضد درد طب فشاری با طب سوزنی در حیوانات نمی باشد، زیرا حیوانات قادر به تلقین پذیری نبوده و از طرفی اثر طب سوزنی و سایر شغل های وابسته به آن در کودکان تقریبا همیشه ۱۰۰ درصد است (۸۰).
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

فرضیه جنگ و گریز
حس گر های فشار در پاها و دست ها بخشی از پاسخ انعقادی بدن هستند که باعث آماده سازی بدن برای جنگ و گریز و واکنش به خطر می شوند. با آماده برای جنگ و دست آماده برای جنگ در ارتباط با ارگان های داخلی بدن مثل غدد آدرنال خواهند بود تا در واکنش به خطر امکان هر دو احتمال (جنگ و گریز) را می سازند. افزایش ناگهانی آدرنال که باعث می شود فرد قادر به بلند کردن یک ماشین باشد مثالی از این فعالیت هماهنگ است. درک فشار توسط دریچه های پا و دست در شبکه رفلکس باعث می شود هرگونه حرکت در ارتباط باشند. رفلکسولوژی با اعمال مداوم، تقویت این حس گر های فشار و بالین بهبود اندام های داخلی را که به طور جداگانه ناپذیری با هم گره خورده اند، فراهم می آورد (81).

فلسفه تعادلی و کانال های انرژی در طب فشاری
طبق عقاید سنتی چین، کلیه موادی که در طبیعت وجود دارند در دو نیروی یین و یانگ خلاصه می گردند. این دو نیرو مانند دو قطب مخالف عمل کرده و تعادل این دو نیرو است که ضامن سلامتی انسان است. بر طبق تئوری یین و یانگ هر پدیده یا موجودی در جهان دربرگیرنده دو دیدگاه مخالف بوده که دائما در حال تضاد و در عین حال با هم مخلوط و تعادل دارد. خصوصیات اصلی بین در قابل آب و خشک، یا کلی یانگ را مشابه آتش می پندارند. یی و یانگ باعث ایجاد جریانی از انرژی جهانی به نام کای در بدن می گردد. این جریان در طول کانال ها یا مدار هایی گردد می کند و در مکان های انرژی با بی (Chi) کفایتی انرژی و یا ازدیاد آن منجر به وقوع بیماری می گردد. این انرژی حیاتی در چین (Prana) و در زاین خوانده می شود و این همان انرژی است که ریج روشنایی و معروف از آن به عنوان (Ki) انرژی ارگانیک یاد کرده و به آن بیوملاسا نامیده شد و همچنین از آن به عنوان انرژی الکترومغناطیسی که در تعادل جسم و روان نفوذ دارد، نامبرده اند. هم حرکت جسمی و هم تحrediکات رواني جریان کای را
فصل دوم

چارچوب پژوهش و بررسی متون

تحریک نموهده و تعادل یا عدم تعادل این انرژی در مریدین ها هم در جسم و هم در روان خود تاثیر می گذارد (۸۲).

موارد استفاده از رفلکسولوژی برای درمان یا بهبود رفاهی چیست؟

رفلکسولوژی تمامی گروه‌های سنی از نوزادان تا افراد مسن را می تواند درمان کند. رفلکسولوژی می تواند بیشتر برای متعادل سازی کل بدن استفاده شود تا برای بهبود و شفای اختلالات خاص، لیکن با کاربرد مناسب، رفلکسولوژی می تواند قدرت شفایی خود بدن را افزایش دهد. افرادی که رفلکسولوژی را انجام می دهند پیشنهاد می کنند که درمان هفتگی رفلکسولوژی می تواند اکثریت مشکلات را در ابتدا متوقف کند و احتمال بهبودی سریع را زیاد کند. رفلکسولوژی گردش خون به نواحی از بدن را افزایش می دهد که جذب مواد غذایی و حذف مواد زائد را زیادتر می کند.

همچنین، رفلکسولوژی دارای اثرات زیر می باشد:

۱- متعادل سازی تمام سیستم‌های بدن به عنوان یک دسته‌بندی محاسباتی می‌شود.
۲- منجر به تحريك نواحی از بدن و ذهن که عملکرد صحیح ندارند به بهبود و آرام سازی نواحی پرفعایلی بر موجب می‌شود.
۳- دیدگاه ذاتی مثبت را تقویت می‌کند (تمریناتی عبارتند از هماهنگی فعل و انفعال انرژی ها در داخل بدن، افکار منفی و احساسات منفی جریان آزادانه این انرژی ها را محدود کرده و سبب تورم و احتقان آنها در بدن می‌گردد که اگر تصحیح نشوند سرانجام به صورت بیماری نظاهر می‌کنند).
فصل دوم

چارچوب پژوهش و بررسی متون

4- بیرون کردن و رفع احساسات سرکوب شده ناشی از فشارها و استرس، آرام سازی بدن و تغییر وضع زندگی (متخصصین این رشته بر این باورند که 85 درصد تمام بیماری های امروزی بشر به نوعی مرتبط با استرس است).

5- آرامش بدن (آرامسازی بدن).

6- با افزایش آزادسازی اندورفین ها به کنترل درد کمک می کند.

7- عملکرد سیستم ایمنی را افزایش داده و جریان لنفاتیک را بهتر می کند.

8- تندرستی بدن در حالت متعادل نگه می دارد.

9- سطوح تمرکز را افزایش می دهد.

10- گردش خون و جریان عصبی را بهبود می یابد.

11- در نواحی احتقان که معمولا بصورت درد احساس می شوند، موجب احساس رهایی می گردد (25).

چه تکنیک هایی در رفلکسولوژی به کار گرفته می شوند؟

فشار به پا و دست با استفاده از تکنیک های خاص انگشت شست و دست انجام می شود. تکنیک های کمک و جنین به عنوان دسر برای فراهم کردن آرامش به پا مورد استفاده قرار می گیرند. روغن، کرم و لوسیون در کار رفلکسولوژی های سنتی جایگاهی ندارند. ابزارهایی مانند یک توپ گلف و یا پای چوبی غلتکی فقط برای راحتی تر کردن ماساژ توسط جدیدکاران مورد استفاده قرار می گیرد (49). رفلکسولوژیست ها ممکن است از روش‌های راهنمای مثبت توسط خود مدجوم کاربرد دارند (35). در این راهنمایی، مباحث مخصوص استفاده از محصولات راهنما درمانی، ابزارها و مخصوص کار روزی یا همان وظایف واحدهای ابزاری از ابزارهای مخصوص گرفته یا همان ابزارهایی که برای ابزارهای مخصوص استفاده کنند (36).
در یک جلسه رفلکسولوژی چه اتفاقاتی می‌افتد؟

جلسات رفلکسولوژی حداقل ۳۰ دقیقه تا یک ساعت طول می‌یابد. مددجو در صندلی مخصوصی نشسته و با یک پا به راحتی جلوی رفلکسولوژیست برای کار قرار می‌دهد. رفلکسولوژیست ها از فشار، کشش و حرکت در سرتاسر پا برای کار روش مند استفاده می‌کنند. در این جلسات بیمار فقط پا، کف پا، جوراب پا و جوراب ساق پای خود را درآورد و نیازی به برهنه شدن سایر قسمت‌های بدنش نیست.

آیا در درمان رفلکسولوژی خطری وجود دارد؟

۱- هیچ خطری وجود ندارد، اما اگر نشانه‌های بیماری، شدید یا طولانی مدت هستند، باید با پزشک مشورت کرد.
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

2- موارد عدم تجویز آن شامل آسیب و جراحت پا و یا حالات پاتولوژیک و اگیردار در پاها می‌باشد. در این حالت روي دست ها كار انجام مي‌شود.

3- در بيماري های ترومبوتیك(گرفتگی و لخته در عروق) انداز های تحتانی و موارد ديابت بايد احتياط كرد.

4- عفونت های حاد به دلیل افزایش جریان خون، می توانند شدیدتر شوند. در این حالت توصیه می شود که احتیاط نمایید (75).

روغن زیتون و ماساز

درخت زیتون به عنوان شجره مبارکه در قرآن کریم هفت بار ذکر شده است و نبی پاک صلی الله و علیه و سلم درباره زیتون فرمودند: "روغن زیتون را بخورید و بدن را با آن چرب کنید".

مصرف روغن زیتون برای ماساز تازه‌گی ندارد و از ۵۰۰۰ سال پیش تا کنون در طب هندی و یونانی از روغن زیتون برای ماساز استفاده شده است. ماساز با روغن زیتون گرم، بسیار آرام بخش بوده و ذهن و بدن را جوان می‌سازد. جنگجویان یونانی در قدیم، قبل از جنگ، بدن خود را با روغن زیتون چرب کرده و ماساز می‌دادند و بر این باور بودند که باعث افزایش توان بدن و روحشان می‌شده است. این نوع ماساز نه تنها تسلی بخش است، بلکه خاصیت درمانی هم دارد. روغن زیتون موجب نرم و روان شدن حرکات ماساز گشته و به تغذیه پوست کمک می‌کند. روغن زیتون سرموم و استرس ابست شده در بدن را دفع می‌کند و به همین دلیل برای ترویج سلامت عمومی مفید است. ماساز و مالیدن روغن زیتون برای افرادی که تحت فیزیوتراپی قرار می‌گیرند بسیار مفید است و تا حدی زیادی بامBX گم شدن درد ها می‌شود.
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون
در ماساژ بدن با روغن زیتون، باید در نواحی که پایانه‌های عصبی قرار گرفته‌اند مانند کف دست‌ها و پاهای، روغن بیشتری مالیده و بیشتر ماساژ داد (۴۴). روغن زیتون یکی از قدیمی‌ترین روغن‌های ماساژ در جهان به حساب می‌آید. می‌توان آن را به تنهایی و یا به عنوان یک روغن حامل برای روغن‌های ضروری استفاده کرد. روغن زیتون به عنوان یک روغن ماساژ اساسی، از دوران باستان مورد استفاده قرار گرفته است. انتی اکسیدان‌های موجود در روغن زیتون قدرت این را دارند که به کاهش تاثیر داروهای دژنراتیو در بدن کمک کنند (۸۵).
هرچند روغن زیتون چسبنده تر و سنگین تر از سایر روغن‌های ماساژ است ولی باز هم به عنوان روغنی برای ماساژ استفاده می‌شود. روغن زیتون در هند بسیار کمیاب و گران قیمت است که این اهمیت بالای این را نشان می‌دهد و به همین خاطر از آن فقط در مصارف درمانی استفاده می‌شود. پزشکان آیورودیک (Ayurvedic) و مسلمان به تبعیت از مصر، ماساژ روغن زیتون را برای درمان نقرس، آرتریت، درد عضلانی، رگ‌های عصبی، فلج و کم‌توسیه می‌کنند. روغن زیتون به دلیل گرمی و مغذی تر بودن نسبت به روغن‌های خردل و کنجد مورد تحسین است و نسبت به روغن بادام بدن مفید تر است. هک چنین روغن زیتون به طور خاص برای افراد با وضعیت ضعیف بدین مفید می‌باشد و باعث تقویت ماهیچه‌ها، پوست و اعصاب می‌شود (۸۶).
فصل دوم

۲۱ موری بر متن:

در این بخش مطالعات مرتبط با بازتاب درمانی در حیطه ی تاثیر بر متغیرهایی چون اضطراب، درد و فراموشی آورده شده است.

مرور متن با کلید واژه های "anxiety"، "reflexology"، "electroconvulsivetherapy" در journals.lwya Scopus، PubMed(nlm)، science Direct موتور های جست و جو از تاریخ (2000 تا 2016) جست و جو گردید.

بر طبق کلید واژه های مورد نظر و با توجه به اینکه مطالعات اندکی در زمینه تاثیر ماساژ بازتابی کف پا بر بیماران تحت درمان با تشنج درمانی صورت گرفته است.

تحقیقات، تکنیک های خاص از رفلکسولوژی را نشان داده است که در بسیاری از موارد روش موثر و مفیدی بوده و بر انواع ناراحتی های جسمی و روانی تأثیر داشته است. این بحث از نتایج پروژه تحقیقاتی که یک ساله از 543 مطالعه رفلکسولوژی در 25 کشور به دست آمده است که توسط باربارا و کوین کونز در سال 2334 انجام گردیده آن در تحقیقات مبتنی بر شواهد رفلکسولوژی برای کادر بهداشت حرفه ای و درمان و محققان منتشر شده است و شامل اطلاعات مربوط به تعداد دفعات و یا مدت کاربرد روش می باشد. در آخر این مطالعه، به اهداف اصلی دست یافته که توانستند با اشاره به میزان رفلکسولوژی، پارامترهای موفقیت با شکست در کاربرد روش رفلکسولوژی را تعیین کنند. آنها با بررسی 170 مطالعه، 9 زمینه ی اثرخشنده رفلکسولوژی را نشان دادند که شامل: 1- آرامش و کاهش درد، 2- مقایسه تکمیلی از سرطان، 3- اصلاح وضعیت های بهداشتی، 4- بهبود در جریان خون، 5- کمک به بهبود بعد از عمل، 6- اثرات فیزیولوژیکی مانند فشارخون، 7- افزایش مقایسه های پزشکی، 8- تسهیل بارداری، زایمان و پس از زایمان، 9- سلامت روان (77).
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

تمامیان از نوع کار آزمایی بالینی در سال 1387 در آمریکا جهت بررسی تاثیر ماساژ به عنوان درمان کمکی بر جراحی حاد در بیمار که 81 نفر از اینها تحت ماساژ درمانی قرار گرفتند، نشان داد که میزان ناخوشی و شدت درد پس از عمل تحت تأثیر ماساژ درمانی کاهش یافته است (57).

مطالعه ای توسط Piotrowski و همکاران از نوع کار آزمایی بالینی در سال 1339 در آمریکا جهت بررسی تاثیر ماساژ به عنوان درمان کمکی بر جراحی حاد بر 232 بیمار که 45 نفر از اینها تحت ماساژ درمانی قرار گرفتند، نشان داد که میزان ناخوشی و شدت درد پس از عمل تحت تأثیر ماساژ درمانی کاهش یافته است (14).

مطالعه ای توسط Özdemir و Ovayolu از نوع کارآزمایی بالینی در سال 1359 در ترکیه جهت بررسی تاثیر رفلکسولوژی پا روی خستگی، درد و کرامپ بیماران همودیالیزی انجام شد. از جمع 43 بیمار که وارد مطالعه شدند 20 بیمار در گروه مداخله و 23 بیمار در گروه کنترل قرار گرفتند. نتایج مطالعه نشان داد که رفلکسولوژی به عنوان یک روش درمانی جدید برای کاهش علایم و بهبود کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی به خصوص در سالمندان و زنان توصیه می‌شود (59).

مطالعه ای توسط Mirtazai و همکاران در سال 1387 در آمریکا جهت بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران نخست زا بر روی 70 بیمار در گروه کنترل (35 و مداخله (35) انجام شد. این مطالعه نشان داد که رفلکسولوژی باعث کاهش اضطراب هنگام زایمان می‌شود، به طوری که پس از مداخله دقت اضطراب در گروه مداخله به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است (61).

مطالعه ای توسط عابدینی و همکاران در سال 1392 با عنوان بررسی تأثیر ماساژ بازتابی کف پا بر کاهش درد بیماران مبتلا به اسکلتیز تحت عمل جراحی ستون فقرات بر روی 56 بیمار که به دو گروه کنترل (28 و مداخله (28) تقسیم شده بودند، مشخص شد که پس از انجام مداخله به طور معناداری، اختلاف معنی‌داری در تمام ابعاد پرسشنامه در دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله وجود نداشت (62).

مطالعه ای توسط Quattrin و همکاران در سال 2004 تحت عنوان استفاده از ماساژ بازتابی پا بر کاهش اضطراب در بیماران بستری مبتلا به سرطان با شیمی درمانی که به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده صورت یافته است، بین 241 بیمار بستری در 2 بخش انکولوژی 30 بیمار که حداقل دور روز در بیمارستان بستری بوده و سن بالای 18 ساله آگاه به زبان و مکان بوده‌اند، انتخاب شدند که این
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

بیمار به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص پیدا کردند. رفتارکارکرد همگی در گروه مداخله اندازه گیری گردید. در مطالعه مورد بررسی سطح اضطراب در بیماران گروه مداخله نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری کاهش یافت (65).

مطالعه ای توسط لی (Lee) در سال 2006 تحت عنوان تاثیر خود-رفتارکارکرد پا بر روی افسردگی، استرس و پاسخ سیستم ایمنی بدن زنان میانسال صورت گرفت. این مطالعه بصورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی 64 زن میانسال (46-60) در مرکز بهداشت جامع شهر بوسن انجام پذیرفت. افراد به مدت 4 هفته تحت درمان نیوبدنن، پس از آن، ماساژ خود-رفتارکارکرد پا به مدت 2 هفته آموزش داده شد و پس از آن خود-رفتارکارکرد پا روزانه به مدت 6 هفته (2 روز در مرکز پژوهش و 4 روز در خانه) انجام شد. متغیرهای 4 بار، در ابتدا، قبل از آموزش، بعد از آموزش، اندازه گیری شد. از نظر آماری اختلاف معنی داری در افسردگی، استرس درک شده، فشار خون سیستمی، سلولهای طبیعی-قاطع و Ig-G دیده شد. با این حال، تفاوت آماری معنی دار در فشار خون دیاستولیک، نبض و یا کورتیزول سرم وجود نداشت (64).

ترابی و همکارانش (1388) مطالعه ای را تحت عنوان اثر ماساژ رفتارکرد پا و آرامسازی بر روی اضطراب و شاخص های فیزیولوژیک بیماران بستری کاندید آنژیوگرافی انجام دادند. این مطالعه بر روی 75 بیمار تحت آنژیوگرافی در سه گروه 25 نفره (گروه ماساژ بازتابی، گروه آرامساز و گروه کنترل) انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها شامل پرسشنامه، برگه خودگزارش دهی سطح اضطراب و چک لیست شاخص های فیزیولوژیک بود. میانگین سطح اضطراب بعد از مداخله در گروه ماساژ و آرامسازی کاهش معنی داری (p<0.01) در نشان داد. همچنین در مقایسه میانگین شاخص های فیزیولوژیک، نیم ساعت قبل از آنژیوگرافی در گروه های ماساژ، آرامسازی و کنترل، با استفاده از آزمون کروسکال والیس تنها بین نبض و فشار خون دیالوستیک تفاوت معنی داری دیده شد (p<0.05). نتایج مطالعه نشان داد که
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

masaz بازاری و آرامسازی در کاهش اضطراب و شاخص های فیزیولوژیک بیماران کاندید آنزیمگرافی موتر

(88)

هاتان (Hattan) و همکارانش (2000) تأثیر masaz با آرامسازی هدایت بر روی سلامتی بیماران به دنبال

بیمار به طور تصادفی در گروه کنترل، درمان گروه کنترل (n=7) درمان پرتوکل نرمال بخش را دنبال کردند، بیماران هیچ گونه مداخله اضافی دریافت نکردند و فعالیت نرمال را برای بیست دقیقه ادامه دادند. گروه آرام سایه هدایتی (n=9) نیز درمان پرتوکل نرمال بخش را دنبال کردند. بعلاوه تحت 20 دقیقه دوره آرامسازی با گوش دادن به نوار شنیداری قرار گرفتند. گروه masaz با آرامسازی هدایت (n=9) درمان پرتوکل نرمال بخش را به همراه 20 دقیقه ماساژ ادامه دادند.

متغیر های روانی و فیزیکی قبل و بعد از مداخله بلافاصله اندازه‌گیری گردید. اختلاف معنی‌داری بین

پارامترهای فیزیولوژیک (فشارخون، نبض و تنفس) پیدا نشد. اثر معنی‌داری از مداخله روی متغیرهای رویانی (درد، اضطراب، تنش، آرام سازی، استراحت، آرامش) بود. نتایج مطالعه نشان داد که بررسی این مدت‌های مختلف ماساژ و جزو تکنیک‌های غیر تهاجمی برای ارتقای سلامتی رویانی در گروه بیماران باشد.

(89)

مطالعه ای توسط مهجور و همکاران (1993) با عنوان مطالعه اثرات چهار ماه پیگیری متعاقب 6 فهرن

رفکسیولوژی کف با ارائه درد و ناتوانی عملکردی مردان مبتلا به کمردرد مزمن صورت پذیرفت، در

این پژوهش نیمه تجربی بر روی 42 بیمار مبتلا به کمردرد مزمن غیراختصاصی به مدت 6 هفته

مداخله رفکسیولوژی صورت پذیرفت. میزان درد با استفاده از مقیاس عینی درد و میزان ناتوانی عملکردی

با استفاده از پرسشنامه استاندارد اوستری قبل، بعد و چهار ماه بعد از مداخله صورت انداره گیری شد.

نتایج نشان دهنده کاهش معنی‌دار درد و ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن

غیراختصاصی باقی‌مانده ای از شش هفته رفکسیولوژی کف با بود (p<0.05). هم چنین نتایج به دست

آمده از چهار ماه پیگیری بیماران نشان دهنده عدم بهبودی معنی‌داری در درد و ناتوانی عملکردی بیماران

نسبت به پیش آزمون بود (p<0.05).
فصل دوم
چارچوب پژوهش و بررسی متون

مطالعه ای توسط (Moyle و همکاران 2010) با عنوان تأثیر ماساژ پا بر رفتارهای آشفته در افراد سالخورده مبتلا به دمانس نشان داد که مشکلات رفتاری کاهش و حافظه این افراد به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. ماساژ پا در این بیماران بر روی 54 مرد و 1 زن با تاریخچه دمانس و رفتارهای آشفته به مدت 10 دقیقه در طول 14 روز صورت پذیرفت.

با توجه به جست و جو در مجلات و پایگاه های مختلف علمی ذکر شده در بالا، مطالعه ای مشابه با مطالعه حاضر انجام نشده است و امکان مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه بر روی بیماران تحت درمان با تشنج درمانی با الکتریسیته مقدور نمی باشد.
فصل سوم:
روش پژوهش
فصل سوم: روش پژوهش

در این مطالعه شامل نوع پژوهش، جامعه پژوهش، محیط پژوهش، نمونه پژوهش، حجم نمونه، روش نمونه گیری، روش انجام مداخله، معیار های ورود و خروج از مطالعه، ابزار گردآوری داده ها، روایی و پایایی، تجزیه و تحلیل داده ها، و نکات اخلاقی رعایت شده در پژوهش می باشد.

نوع پژوهش:

مطالعات تجربی گز پژوهش های کمی است. بررسی عینی، نظام دار و کنترل شده به منظور پیشگویی و کنترل پدیده هاست. قصد این مطالعات بررسی علیت است. پژوهش تجربی قدرتمندترین شکل روش پژوهش کمی در نظر می گیرد. زیرا کنترل دقیق و ویژه بر روی متغیر ها اعمال می کند (۹۲).

کارآزمایی بالینی مطالعه ای است آینده نگر که برای مقایسه اثرات و ارزش یک مداخله یا (مداخله ها) در نمونه های انسانی در مقایسه با گروه کنترل انجام می شود (۹۳).

پژوهش حاضر یک مطالعهی کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده می باشد که در آن جمع آوری کننده اطلاعات، توسط کمک پژوهشگر انجام می شود. در پژوهش حاضر شرکت کنندگان به دو گروه رفکتکسولوژی و کنترل تقسیم شدند.

جامعه پژوهش:

جهت هدف، گروهی از افراد که معيارهای نمونه گیری می‌دارند و یافته‌های مطالعه به آن ها تعمیم داده می‌شود (۹۴). جمعیت هدف این مطالعه کلیه بیماران تحت درمان با تشنج درمانی بستری مراجعه کننده به مرکز آموزشی و درمانی روایت‌شکی رازی بودند.
فصل سوم: روش پژوهش

روش پژوهش

نمونه پژوهش:

نمونه بخشی از جامعه است. در مفهوم متعارف، بخشی از کل که خصوصیات آن کل را دارا باشد، نمونه می‌گویند (۳۱). در انتخاب نمونه با یاد دقت کافی به عمل آید تا نمونه انتخاب شده، نماینده جامعه باشد.

نمونه های پژوهش شامل بیماران مرد و زن ۱۸ سال و بالاتر با دیگر بستری و کاندیدا برای تشنج درمانی توسط روانپزشک و مناسب با معیارهای ورود به مطالعه در مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی شهرستان تبریز بود.

حجم نمونه:

تعداد شرکت کنندگان در یک تحقیق را حجم نمونه گویند (۳۲). حجم نمونه مورد نظر، تعداد شرکت کنندگانی است که برای حضور در تحقیق برنامه ریزی شده اند و با استفاده از محاسبه توان آماری تعیین می‌شوند. حجم نمونه با یاد کافی باشد تا بتواند احتمال باقی از تشخیص را به عنوان اندکی تأثیر قابل توجه یک مقدار معین، اگر واقعاً اثری وجود دارد، ارائه دهد برای تعیین حجم نمونه، اطلاعات اولیه شامل میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب و درد از مطالعه کواترین (Quattrin) و همکاران با عنوان (۹۱). با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصدی درمان با شیمی درمانی به دست آمد (۹۴). با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵ درصدی و توان آزمون ۹۰ درصد، آزمون دو دنباله‌ای، با احتساب حدود ۱۸ درصد تغییر در این متغیر اصلی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین های دو جامعه مستقل از هم، تعداد ۳۳ نفر برای هر گروه تعیین شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2(S_1^2 + S_2^2)}{\Delta^2}$$

مقایسه نمرات آزمون-پس آزمون STAI-حالت در گروه مداخله و کنترل به ترتیب (۸) ۴۳۳،۲۳۳۴ و ۵۱۱،۲۳۴۱ می‌باشد. بین این مقادیر اختلاف معنی‌داری وجود داشت (۰.۰۵ < P).
فصل سوم: روش پژوهش

روش نمونه‌گیری به عنوان یکی از ابزارهای انتخاب یک گروه از افراد، روی داده‌ها رفتارها یا عناصر دیگر جهت هدایت یک مطالعه تعیین می‌شود (۹۲).

توجه نمونه‌گیری به‌دین صورت بود که از بین بیماران بستری مراجعه کننده به بیمارستان جهت دریافت تشنج درمانی، پژوهشگر افرادی که معیارهای ورود و راه دارند انتخاب و نام آنها را در یک لیست بر حسب شماره ثبت نموده و سپس پژوهشگر با اخذ رضایت نامه آگاهانه از بیماران، با استفاده از تخصیص تصادفی (Randomization) به بیماران را به دو گروه (مداخله و کنترل) تقسیم بندی می‌سازد. تخصیص تصادفی به روش Random Sequence Generation توسط جدول اعداد تصادفی در نرم‌افزار Excel افزایش پذیرفت. بعد از مشخص شدن افراد به دو گروه مداخله و کنترل، برای پوشش تخصصی به دو گروه از پاکت‌های کدر و سر بسته استفاده می‌شود، سپس پاکت‌ها توسط فردی به غیر از پژوهشگر به منظور قرارگیری افراد در گروه‌های کنترل و مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرند. لازم به ذکر است که بیماران از تخصص خود به دو گروه مداخله و کنترل آگاهی نداشتند و مداخله رفکسولوژی و همینطور کمک به تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر که از تخصص بیماران به دو گروه مداخله کنترل آگاهی داشتند، انجام شد.

نحوه اجرای کارآزمایی بالینی در شکل ۱ آورده شده است.
فصل سوم: روش پژوهش

در فصل سوم، درآمد و روش پژوهش بررسی و تحلیل شده است. در این مطالعه، دو گروه به ترتیب گروه کنترل و گروه رفلکسولوژی دارای میزان سطح اضطراب بالا درمانی و پیش آزمون شده و سپس در دو گروه به ترتیب درمان و نور درمانی پذیرفته شدند. در انتهای این درمان، میزان اضطراب در نیمی از زمان از تکمیل پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر اندازه گیری شد.

توصیه تصمیم گیری بر اساس اندازه گیری که در انتهای درمانی و پیش آزمون شده است.

گروه کنترل (n=34):

- عدم تداخل به شرکت در مطالعه
- تکمیل پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر درد 15 دقیقه پس از ورود اضطراب، پس از انتقال به بخش درمانی 3 دقیقه پس از ورود
- انطباق داده ها (n=34)

گروه رفلکسولوژی (n=34):

- تکمیل پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر درد 15 دقیقه پس از ورود اضطراب، پس از انتقال به بخش درمانی 3 دقیقه پس از ورود
- تکمیل پرسشنامه توسط کمک پژوهشگر درد 15 دقیقه پس از ورود اضطراب، پس از انتقال به بخش درمانی 3 دقیقه پس از ورود
- انطباق داده ها (n=34)
فصل سوم: روش پژوهش

3.6 محیط پژوهش:

مکانی که پژوهش در آن انجام می‌شود را محیط پژوهش گویند. محیط پژوهش باید به گونه‌ای انتخاب شود که شرایط انجام بررسی‌های آزمایشی در آن فراهم باشد. محیط پژوهش این مطالعه شامل دو حوزه است: ابتدا مداخله رفکتولوژی برای افراد مذکر توسط خود پژوهشگر و برای افراد مزکر توسط کمک پژوهشگر زن در اتاق کار تعبیه شده در هر بخش به صورت هفتگی در روزهای فرد هفته (یک‌شنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه) در شیفت صبح کاری و در زمانی که با راند بخش (ویزیت، کار درمانی) تداخل نشانگر انجام شد، سپس تکمیل پرسشنامه‌ها در بخش الکتروشک درمانی مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز، انجام شد. لازم به ذکر است، مداخله تنشی درمانی توسط رزیدنت و تحت نظر پزشک متخصص روانپزشک با همکاری متخصص بیهوشی صورت پیدا گرفت.

3.7 معیارهای ورود:

1) بستری در بخش و کاندیدا برای تشنج درمانی توسط روانپزشک

2) عدم سابقه اخذ تشنج درمانی

3) بیماران مرد و زن 18 سال و بالاتر

4) عدم وجود مشکل در با مثل وجود زخم و اسکار

5) تامین برای شرکت در مطالعه (با اخذ رضایت از همراه بیمار)

6) هوشیار و اوریانته‌بودن و قادر به ارتباط با پژوهشگر

7) عدم استفاده به مواد مخدر و عدم مصرف دارو‌های خواب آور شب قبل از تشنج درمانی
فصل سوم: روش پژوهش

1) عدم داشتن بیماری زمینه ای (داشتی دیابت، هیپوتهوزی، هیپوبارتیوزی، اختلالات الکترولیت، بیماری های عصبی عضلانی)

2) فقدان اختلال درکی و اختلال در واقعیت سنگی (توهم و هذیان) بر اساس تشخیص پزشک

3) عدم وجود اختلال اضطرابی

4) کاندیدای شوک دو طرفه (بیماران تحت مطالعه bilateral)

۸،۹،۱۰ معيارهای خروج از مطالعه:

۱) بیمارانی که به هر علت تمایل به ادامه همکاری را نداشته باشند.

۲) بیماران در فاز حاد سایکوز (توهم و هذیان)

۳) غیبت بیش از یک جلسه در فرآیند مداخله

۴) نمره اضطراب خفیف تا متوسط به پایین (نمره ۴۲ و کمتر) داشته‌اند.
فصل سوم: روش پژوهش

3.9 روش تجزیه و تحلیل آماری:

تحلیل داده‌ها با کاهش، سازماندهی و معنی دادن به داده‌ها انجام می‌شود (۹۶).

پس از جمع‌آوری اطلاعات از کلیه واحدهای مورد پژوهش، نتایج داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS13 تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف داده‌های کمی متقارن از میانگین و انحراف معیار و برای داده‌های چوله از میانگین و دامنه و نرم‌افزار SPSS13 استفاده شد. در موارد داده‌های کیفی نیز با فراوانی و درصد گزارش شد.

برای آنالیز متغیرهای اضطراب و درد نرم‌الیتی داده‌های کمی با آزمون کلموگروف اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) و هیستوگرام و شاخص‌های چولگی و کشیدگی چک شد و برای مقایسه میانگین مربوط به متغیرهای کمی نرمال بین دو گروه از روش پارامتری تی تست استفاده شد. برای مقایسه میزان‌های مربوط به متغیرهای کیفی از نرم‌افزار کای اسکوئر (chi 2) و برای مقایسه داده‌های کیفی رتبه‌ای یا یک‌گروه غیرنرمال بین دو گروه از آزمون‌های نیاپارامتری استفاده شد.

من ویژی و مقایسه بین مقاطع زمانی مورد مطالعه از آزمون فردیمن استفاده شد. برای آنالیز متغیر فراموشی نرم‌الیتی داده‌ها چک شد و با توجه به نرمال بودن داده‌ها، طبق هیستوگرام و آزمون Kolmogorov-Smirnov متغیرهای کمی پایه (دموگرافیک) بین دو گروه با آزمون تی مستقل مقایسه شدند. متغیرهای کیفی نیز با آزمون کای دو مقایسه شدند. با توجه به نرمال بودن داده‌ها، برای بررسی اثر زمان و گروه درمانی بر نمره فراموشی افراد از آزمون تحلیل اندازه گیرهای گیره‌ای مکرر (repeated measures) استفاده شد.

فرض کرویت با آزمون چک شد و برای این آزمون چک شد و Mauchly's Test of Sphericity) Mauchly با توجه به عدم برقراری این پیش‌فرض از تصمیم‌گیری برای بررسی اثر زمان و اثر Greenhouse-Geisser متقابل زمان با گروه استفاده شد.
فصل سوم: روش پژوهش

روش پژوهش

ابزار جمع‌آوری اطلاعات:

پرسش نامه، فرم چاپی خود گزارشی است که می‌تواند از طریق پاسخ‌های مکتوب واحد پژوهش به دست آید. اطلاعات به دست آمده از طریق پرسش نامه مشابه آن چیزی است که از طریق مصاحبه فراهم می‌شود، اما سوالات عمیق‌تری دارد. اولین مرحله در انتخاب پرسش نامه تعیین اطلاعات مورد نظر است (۹۲).

ابزار گردآوری داده‌ها دراین مطالعه شامل موارد زیر می‌باشد:

مشخصات فردی و اجتماعی بیماران تحت درمان تشنج درمانی:

خصوصیات دموگرافیک شامل متغیرهای مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، مصرف سیگار، نوع تشخیص، طول مدت بیماری و سابقه بستری بود.

پرسشنامه حالت اضطراب اسپیلبرگر:

جهت اندازه‌گیری اضطراب نهان و آشکار دانشجویان استفاده شد. مفاهیم اضطراب آشکار و نهان، در ابتدا به وسیله کتل و سپس به صورت کامل‌تری توسط اسپیلبرگر (۵۳۴) مطرح شد.

سطح اضطراب بیماران با استفاده از پرسشنامه استاندارد اضطراب اسپیلبرگر (STAI) اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه شامل مقیاس‌های جداگانه‌ای خودسنجی، برای اندام‌های گیری اضطراب آشکار و پنهان است.

مقیاس اضطراب آشکار شامل جمله‌ی است که احساسات فرد را در "لحظه و در زمان بالعکس" ارزیابی می‌کند. تعدادی از جملات این پرسشنامه می‌تواند به آزمون‌هایی که آزمودنی‌ها باید به آنها بپردازند کمک کند.
فصل سوم: روش پژوهش

روش پژوهش

3-3-2 زیاد 4- خیلی زیاد. به هر کدام از عبارات آزمون بر اساس پاسخ ارائه شده، نمره 1 تا 4 تخصیص می‌یابد. نمره 4 نشان دهنده حضور بالا اضطراب است که در مقياس اضطراب است که کنترل اضطراب دوره‌ای به داده شده. نمره 27 24 اضطراب متوسط به بالا، نمره 26 اضطراب نسبتاً شدید، نمره 25 اضطراب شدید و نمره 24 اضطراب بسیار شدید است.

مقیاس اضطراب صفت هم شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد. در پاسخگویی به مقیاس اضطراب صفت، آزمودنی ها یا برای گزینه‌های را که نشان دهنده احساس عمومی و غلط اوقات آنها است را در مقیاس چهار گزینه‌ای به شرح زیر انتخاب نمایند: 1-تقریباً هرگز 2- گاهی اوقات 3- بیشتر اوقات - 4- تقیباً همیشه. به هر کدام از عبارات آزمون بر اساس پاسخ ارائه شده، نمره بین 1 تا 4 تخصیص می‌یابد. نمره 4 نشان دهنده حضور بالایی از اضطراب است که یازده عبارت این مقیاس بر این اساس نمره گذاری می‌شود. برای نمره گذاری سایر عبارات، رتبه بالا برای هر عبارت، نشان دهنده عدم اضطراب است که به جای عبارات دیگر را شامل می‌شود در این مقیاس نمره 21 تا 3 اضطراب خشیف، نمره 24 تا 2 2 اضطراب متوسط به بالا، نمره 26 اضطراب نسبتاً شدید، نمره 27 اضطراب شدید و نمره 28 اضطراب بسیار شدید RA نشان می‌دهد.

اضطراب بیماران تحت درمان با تشنج درمانی یکبار قبل از مداخله (فلکسکولوژی) در هر دو گروه اندام‌زدای گیری شد و برای دیگر پس دریافت تشنج و یافته‌ها و باقی‌مانده پس از انتقال مجدد بیمار به بخش بستری در 3 جلسه، به کمک پرسشنامه که تخصیص افراد به گروه مداخله و کنترل بی اطلاع است، تکمیل گردید.
فصل سوم: روش پژوهش

آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GOAT): متشکل از 64 سوال است که می‌تواند حالت هوشیاری یا فراموشی را نشان دهد.

منظور از فراموشی ناتوانی بیمار در به خاطر آوردن تجارب گذشته است که با استفاده از تست آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GALVESTON-ORIENTATION-AMNESIA_TEST) انجام می‌گردد.

در این آزمون، نمره‌بندی به شرح زیر است:

- نمره 533 تا 44 نرمال.
- نمره 41 تا 44 مرز و پایین‌تر از 44 اختلال محسوس می‌گردد.

این آزمون پس از تشنج درمانی در بیماران تحت بررسی، به عنوان یک تست پسیتوسیف در عمل گرفته می‌شود. در این آزمون، بیمار به کمک افراد آموزش‌یافته به کمک آزمون بازی می‌کنند.

این آزمون به صورت یکسان در همه بیماران به صورت یکسان صورت انجام می‌شود.

نتایج به صورت زیر محاسبه می‌شوند:

- مجموع نمره سوالات موجود در پرسشنامه به این صورت است که بیمار از پاسخ‌های نادرست به صورت صحیح پاسخ‌دهند.

n: مجموع نمره سوالاتی که بیمار قبل از بیماری پاسخ می‌دهد.

{
\begin{align*}
\text{نمره کل بیمار} &= n + \frac{n}{10}.
\end{align*}
\}

(مجموع نمرات کسر شده بعلت پاسخ غلط) - (نمره کل بیمار)
فصل سوم: روش پژوهش

بر اساس بررسی‌نامه ی آزمون سطح هوشیاری و فراموشی (GOAT) نسخه ی فارسی، فاکتور اول شامل ۶ سوال که مربوط به آشنایی با محیط و یادآوری اتفاقات قبل از حادثه است. عامل دوم، که شامل دو سوال بود مربوط به حوادثی که پس از تصادف رخ داده است. عامل سوم شامل دو سوال که مربوط به اطلاعات شخصی می‌باشد. عامل مارسی شامل عامل سوال در مورد سال و ماه حاضر است. عامل پنجمین عامل، که توسط سه سوال مورد بررسی قرار گرفت، مربوط به ساعت و اینچه چگونه بیمار به بیمارستان منتقل شده است. می‌باشد. در مورد فراموشی پیش از آزمون صورت نگرفت و معيار ورود عدم درج مشکلات شناختی و فراموشی و جهت یابی در فرم‌های بیمار قبل از ورود به مطالعه بود.

تکمیل نمرات فراموشی، به کمک پرسشگر در ۳ دقیقه پس از تشنج درمانی در ۳ جلسه، در همه بیماران به صورت یکسان صورت انجام یافت.

مقیاس رتبه ای عددی درد (0-10): 

سطح درد توسط مقیاس عددی درد (0-10) اندازه‌گیری می‌شود. بررسی سطوح درد در این مقیاس متشکل از ۱۰ عدد است که با توجه به درد درک شده توسط بیمار، تکمیل نمرات درد، به کمک پرسشگر در ۱۵ دقیقه پس از تشنج درمانی در ۳ جلسه، در همه بیماران به صورت یکسان صورت انجام یافت.
فرمولین روش بررسی: 

اعتبار عبارت است از اندازه‌گیری مقدار مطالعه به طور واقعی، به عبارت دیگر، اندازه‌گیری‌ها زمانی دارای اعتبار است که آنچه که مرد نظر است اندازه‌گیری آن باشد. هر چه میزان تطابق میان موارد با یکدیگر بیشتر باشد، اعتبار اندازه‌گیری آن انسجام شده باشند. بر اساس این مفهوم، بر اساس مطالعه اصلی، پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اسپلبرگر، پرسشنامه استاندارد که در سال 1372 مطالعه به طور همزمان و ورود به روسای مورد بررسی قرار داده می‌شود. میزان پایایی برای گروه هنجار (433 نفر) برابر 0.415 به ترتیب با 0.341 و 0.314 با بهره‌مندی می‌باشد. همچنین بر اساس آزمون آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GOAT):

اعتبار زیر مقياس عبارت است از اندازه‌گیری مقدار مطالعه به طور واقعی، به عبارت دیگر، اندازه‌گیری‌ها زمانی دارای اعتبار است که آنچه که مرد نظر است اندازه‌گیری آن باشد. هر چه میزان تطابق میان موارد با یکدیگر بیشتر باشد، اعتبار اندازه‌گیری آن انسجام شده باشند. بر اساس این مفهوم، بر اساس مطالعه اصلی، پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اسپلبرگر، پرسشنامه استاندارد که در سال 1372 مطالعه به طور همزمان و ورود به روسای مورد بررسی قرار داده می‌شود. میزان پایایی برای گروه هنجار (433 نفر) برابر 0.415 به ترتیب با 0.341 و 0.314 با بهره‌مندی می‌باشد. همچنین بر اساس آزمون آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GOAT):

اعتبار زیر مقياس عبارت است از اندازه‌گیری مقدار مطالعه به طور واقعی، به عبارت دیگر، اندازه‌گیری‌ها زمانی دارای اعتبار است که آنچه که مرد نظر است اندازه‌گیری آن باشد. هر چه میزان تطابق میان موارد با یکدیگر بیشتر باشد، اعتبار اندازه‌گیری آن انسجام شده باشند. بر اساس این مفهوم، بر اساس مطالعه اصلی، پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اسپلبرگر، پرسشنامه استاندارد که در سال 1372 مطالعه به طور همزمان و ورود به روسای مورد بررسی قرار داده می‌شود. میزان پایایی برای گروه هنجار (433 نفر) برابر 0.415 به ترتیب با 0.341 و 0.314 با بهره‌مندی می‌باشد. همچنین بر اساس آزمون آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GOAT):
فصل سوم: روش پژوهش

روش پژوهش

روش اجرایی:

پژوهش حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که بر روی ۴۸ نفر از بیماران بستری دریافت در مرکز روانپزشکی رازی تبریز بعنوان قطب روانپزشکی شمال غرب شرق کشور در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۶ انجام شد. به دلیل حجم نمونه و با توجه به اینکه بیماران تحت بررسی نباید سابقه درمان را داشته باشند، روش اجرای طرح به این صورت بود که پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق و معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی کشور، پژوهشگر با مراجعه به بخش الکتروشک درمانی مرکز آموزشی درمانی تبریز تبریز و ثبت در RCT تیتریز و ثبت در تکنیک کشش پژوهشگر با مراجعه به بخش الکتروشک درمانی مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی رازی تبریز نمونه گیری خود را آغاز کرد.

نحوه نمونه‌گیری بین بیماران عضو مطالعه در طرح این پژوهش به دو گروه تقسیم شد. تخصیص به دو گروه انجام شد توسط تدریفت(lambda) تیتریز و ثبت در Excel random sequence generation در نرم‌افزار Excel انجام گردید. توزیع جدول اعداد تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل توسط تدریفت(lambda) تیتریز و ثبت در Excel انجام گردید. بعد از مشخص شدن افراد به دو گروه مداخله و کنترل، برای توزیع تصادفی به دو گروه با کد و سر استفاده شد، سپس کد های در توزیع تصادفی به دو گروه افراد در گروه های کنترل و مداخله مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که بیماران از تخصیص خود به دو گروه مداخله و کنترل آگاهی نداشتند و مداخله را درک نمودند. کمک به تکمیل پرسشنامه توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر که از تخصص بیماران به دو گروه مداخله کنترل آگاهی داشتند، انجام شد.
فصل سوم: روش پژوهش

مداخله ماساز: برای گروه مداخله، مداخله رفلکسولوژی توسط خود پژوهشگر و کمک پژوهشگر زن انجام پذیرفت. برای انجام مداخله و به منظور انجام ماساز به صورت استاندارد، مداخله گران با شرکت در مباحث تئوری و عملی به مدت 3 هفته، تمرین بر روی بیماران در طول دوره یادگیری، مهارت لازم را کسب کردند. پروسیج رفلکسولوژی بر اساس متدولژی Fitzgerald صورت گرفت (97). مراحل انجام رفلکسولوژی به این صورت بود که رفلکسولوژی در طی 3 جلسه در طول یک هفته هر جلسه 30 دقیقه و برای هر یک ماساز به مدت 10 دقیقه انجام شد. برای هر ماساز به مدت 10 دقیقه انجام شود که 10 دقیقه آن مربوط به ماساز عمومی کف پا و 10 دقیقه آن مربوط به ماساز نواحی مربوط به اضطراب و ریلکسیشن باشد. انجام شد در افراد تخصصی یافته در گروه مداخله، رفلکسولوژی با استفاده از روغن زیتون و بدون استفاده از دستکش بر طبق توالی و ترتیب استاندارد انجام شد. در این صورت که در هر بخش و به صورت یک روز در میان در شیفت کاری صبح و در زمانی که با راند بخش (ویزیت، کار درمانی) تداخل نماید، انجام پذیرفت در حالی که در گروه کنترل تنها پای بیمار برای 1 دقیقه با استفاده از روغن نام برده شده، جرب گردد. ماساز از پای چپ شروع شده و بیماران خواسته شده بود که در حین ماساز از صحبت مگر در مواقع نیاز خودداری نمایند.

ماساز در محیطی آرام و دربرد است (در صورت امکان)، دارای نوری کم به منظور کاهش احتمال حواس پرتی در بیماران انجام شد. پژوهشگر و کمک پژوهشگر با پوشیدن یونفرم تیمی تصرف کردن ساعت، حلقه و جواهرات و استحکام درست گرم کردن دستشان، با قرار گرفتن در انتهای تحت بیماران با رعایت بیوشیستی مناسب و قرار دادن بالشی کوچک در زیر زانوها به منظور ایجاد راحتی، به انجام مداخله می پرداختند.
فصل سوم: روش پژوهش

پس از انجام مداخله رفلکسولوژی در اتاق مذکور در هر بخش، بیماران برای دریافت تشنج درمانی با الکتریسیته به بخش تشنج درمانی هدایت شده و پس از انجام مداخله برای تکمیل پرسشنامه به اتاق ریگاوری واقع بخش تشنج درمانی منتقل می‌شوند. در این مطالعه، از عوارض تشنج درمانی اطراب، فراموشی و درد عضلانی می‌باشد که اضطراب بیماران تحت درمان با تشنج درمانی یکبار قبل از مداخله (رفلکسولوژی) در هر دو گروه اندازه‌گیری شد و بار دیگر پس دریافت تشنج و بلافاصله پس از انتقال مجدد بیمار به بخش باستری در ۳ جلسه، به کمک پرسشنامه مشخص شد. به کمک پرسشنامه که از تخصص افراد به گروه مداخله و کنترل مربوط است، تکمیل گردید.

سطح درد (0–10 Numeric Pain Rating scale) توسط مقياس اندازه گیری شد. بررسی سطوح درد در این مقياس متشکل از ۱۰ عدد است که با توجه به درد درک شده توسط بیمار، نمره گذاری شد. لازم به ذکر است که تکمیل نمرات درد، به کمک پرسشنامه در ۱۵ دقیقه پس از تشنج درمانی در همه بیماران به صورت یکسان صورت انجام پذیرفت. تکمیل نمرات فراموشی، به کمک پرسشنامه در ۳ دقیقه پس از تشنج درمانی در ۳ جلسه، در همه بیماران به صورت یکسان صورت انجام پذیرفت.
فصل سوم: روش پژوهش

ملاحظات اخلاقی:

۱. کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی (کد TBZMED.REC.1394.842)

۲. کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۳. کسب اجازه انجام پژوهش از مسئولین مرکز آموزشی و درمانی روانپزشکی رازی شهرستان تبریز

۴. اخذ رضایت نامه کتبی از سرپرست یا قائم واحدهای مورد پژوهش

۵. معرفی خود به واحدهای پژوهش و توضیح اهداف پژوهش

۶. اختیاری بودن شرکت و انصراف واحدهای مورد پژوهش از پژوهش

۷. ارائه نتایج به مراکز مورد پژوهش در صورت درخواست

۸. دادن اطلاعات به واحدهای پژوهشی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات

۹. رعایت اصول اخلاقی در استفاده از متنون مورد استفاده در روند پژوهش

۱۰. ثبت در سایت IRCT بعد از کسب مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی (کد IRCT2015080623525N2)
فصل چهارم:
یافته های پژوهش
فصل چهارم: یافته های پژوهش

یافته های پژوهش

جدول ۱. مقایسه مشخصات فردی – اجتماعی بیماران شرکت کننده در دو گروه مداخله و کنترل

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره اضطراب آشکار (S) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

جدول ۳. نمودار مقایسه میانگین نمره اضطراب آشکار (S) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره اضطراب پنهان (T) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

جدول ۵. نمودار مقایسه میانگین نمره اضطراب پنهان (T) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

جدول ۶. مقایسه میانگین نمره درد بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

جدول ۷. نمودار مقایسه میانگین نمره درد بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

جدول ۸. مقایسه میانگین نمره فراموشی در گروه کنترل و مداخله در طول سه جلسه مداخله

جدول ۹. جدول مقادیر برآورد شده برای نمره فراموشی در سه نقطه زمانی (جلسات درمانی)

جدول ۱۰. جدول مقادیر برآورد شده میانگین نمره فراموشی در سه نقطه زمانی (جلسات درمانی)

جدول ۱۱. نمودار مقایسه میانگین نمره فراموشی قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

مقدمه

این فصل به منظور بررسی نتایج و یافته‌های پژوهش بدرودیه است. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر رفتکسژولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسیته و عوارض بعد از آن بود که در مرکز آموزشی درمانی رازی انجام گردید. در این قسمت، داده‌های به دست آمده توسط آمار توصیفی (فرایانی، درصد، میانگین و احراز معیار) و آمار استنباطی با استفاده از آزمونهای کای دو، فریدمن، آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر (repeated measures) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. به منظور بررسی نتایج حاصل از پژوهش، در این فصل ابتدا توصیفی از مشخصات فردی-اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه ارائه شده، سپس جهت پاسخ به اهداف مطالعه، جهت بررسی تاثیر رفتکسژولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسیته و عوارض بعد از آن، با استفاده از آزمونهای کای دو، فریدمن، آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر (repeated measures)، میزان نمره فراموشی بیماران در دو گروه مورد مطالعه در جلسات مختلف مقایسه شده و با استفاده از آزمونهای کای دو، مکرر مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

1. بررسی مشخصات فردی و اجتماعی بیماران تحت درمان تنش درمانی با الکتریسیته

خصوصیات دموگرافیک شامل متغیرهای مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، مصرف سیگار و ضعیت تاهل و سابقه بستری بود. جدول شماره 1 برخی مشخصات فردی و اجتماعی شرکت‌کنندگان در دو گروه کنترل، رفتکسژولوژی نشان داده شده است.
جدول 1. مقایسه مشخصات فردی – اجتماعی بیماران شرکت کننده در دو گروه مداخله و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیرها</th>
<th>متغیرها</th>
<th>متغیرها</th>
<th>متغیرها</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td>16(47.1)</td>
<td>14(41.2)</td>
<td>20(58.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td>18(52.9)</td>
<td>20(58.8)</td>
<td>18(52.9)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تاهل</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>مجرد</td>
<td>11(32.4)</td>
<td>14(41.2)</td>
<td>18(52.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>متاهل</td>
<td>19(55.9)</td>
<td>11(32.4)</td>
<td>19(55.9)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>مطلقه</td>
<td>2(5.9)</td>
<td>4(11.8)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بی سواد</td>
<td>11(32.4)</td>
<td>10(29.4)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>راهنمایی</td>
<td>10(29.4)</td>
<td>10(29.4)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دیپلم</td>
<td>8(23.5)</td>
<td>10(29.4)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>لیسانس</td>
<td>5(14.7)</td>
<td>3(8.8)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فوق لیسانس و بالاتر</td>
<td></td>
<td>2(5.9)</td>
<td>1(2.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بستری</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>بله</td>
<td>14(41.2)</td>
<td>18(52.9)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خیر</td>
<td>20(58.8)</td>
<td>16(47.1)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اعتیاد به سیگار</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
<td>تعداد (درصد)</td>
</tr>
<tr>
<td>بله</td>
<td>19(55.9)</td>
<td>20(58.8)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خیر</td>
<td>15(44.1)</td>
<td>14(41.2)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

آزمون تی مستقل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>آزمون تی مستقل</th>
<th>آزمون تی مستقل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td>34.6(9.93)</td>
<td>37.5(11.47)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>p = 0.272</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

آزمون کی دو

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>آزمون کی دو</th>
<th>آزمون کی دو</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>جنس</td>
<td>p = 0.625</td>
<td>p = 0.587</td>
</tr>
<tr>
<td>پسر</td>
<td>16(47.1)</td>
<td>12(35.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>دختر</td>
<td>18(52.9)</td>
<td>19(56.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت تاهل</td>
<td>p = 0.587</td>
<td>p = 0.587</td>
</tr>
<tr>
<td>مجرد</td>
<td>11(32.4)</td>
<td>14(41.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>متاهل</td>
<td>19(55.9)</td>
<td>20(58.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات</td>
<td>p = 0.946</td>
<td>p = 0.946</td>
</tr>
<tr>
<td>مطلقه</td>
<td>2(5.9)</td>
<td>3(8.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>بی سواد</td>
<td>11(32.4)</td>
<td>10(29.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>راهنمایی</td>
<td>10(29.4)</td>
<td>10(29.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>دیپلم</td>
<td>8(23.5)</td>
<td>10(29.4)</td>
</tr>
<tr>
<td>لیسانس</td>
<td>5(14.7)</td>
<td>3(8.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>فوق لیسانس و بالاتر</td>
<td></td>
<td>2(5.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>سابقه بستری</td>
<td>p = 0.466</td>
<td>p = 0.466</td>
</tr>
<tr>
<td>بله</td>
<td>14(41.2)</td>
<td>18(52.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>خیر</td>
<td>20(58.8)</td>
<td>16(47.1)</td>
</tr>
<tr>
<td>اعتیاد به سیگار</td>
<td>p = 0.806</td>
<td>p = 0.806</td>
</tr>
<tr>
<td>بله</td>
<td>19(55.9)</td>
<td>20(58.8)</td>
</tr>
<tr>
<td>خیر</td>
<td>15(44.1)</td>
<td>14(41.2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین سنی مشارکت کنندگان برای گروه مداخله (11.47) و برای گروه کنترل (9.92) 34.6 سال بود. بیشتر مشارکت کنندگان آنان متاهل بودند. در این مطالعه 68 بیمار تحت شنید درمانی با الکتریسیته مطالعه شدند که 34 نفر از آنها در گروه کنترل و 24 نفر در گروه رفلکسولوژی قرار گرفتند که از این بین (0.552/1) 28 نفر انها مزادر و (0.447/1) 2 نفر منتقد بودند. داده‌های برای متغیرهای کیفی به صورت تعداد (درصد) گزارش و با ازمون کای دو مقایسه شده است. برای متغیرهای کمی نیز به صورت میانگین ± انحراف معیار گزارش و با ازمون تی مستقل مقایسه انجام شده است.

4.2 آنالیز متغیر اضطراب:

با توجه به بررسی‌های اولیه، بین زمان و گروه درمانی اثر متقابل وجود داشت. به این معنی که گذشت زمان تأثیرات و رفتار متفاوتی در دو گروه کنترل و مداخله بر روی شاخص‌های تحت مطالعه داشت. به همین جهت، برای بررسی دقیق تأثیر مداخله تحلیل‌ها به تفکیک گروه کنترل و مداخله انجام گرفت و نیز با توجه به عدم برقراری پیش‌فرض نرم‌الیتی داده‌ها، از آزمون فریدمن (Friedman Test) برای برسی تأثیر زمان در هر دو گروه به طور مجزا استفاده شد.

همچنین در هر مقطع زمانی، برای مقایسه شاخص‌های اضطراب و درد دو گروه از آزمون من ویتنی استفاده شد که نتایج نشان داد از نظر اضطراب آشکار (S)، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مقاطع قبل و پلاکافلی به بعد از مداخله مشاهده نشد ولی در جلسه 3 و 4 اضطراب به طور معنی‌داری در گروه مداخله کمتر بود (0.05<p). جدول شماره (3.2)، که بیشترین کاهش در جلسه 4 مشاهده گردید.
طبق نتایج آزمون فریدمن، نمره اضطراب آشکار در گروه مداخله با گذشت زمان به طور معنی‌دار کاهش یافت (p=.001) در حالی که در گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش را نشان می‌دهد (p=.003).

جدول شماره (۲).

جدول ۲. مقایسه میانگین نمره اضطراب آشکار (S) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>p-value (آزمون فریدمن)</th>
<th>جلسه سوم</th>
<th>جلسه دوم</th>
<th>جلسه اول</th>
<th>قبل از مداخله</th>
<th>متغیر اضطراب آشکار</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>گروه کنترل</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>.001</td>
<td>3.41 (.92)</td>
<td>3.73 (.82)</td>
<td>3.73 (.82)</td>
<td>3.97 (.96)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.003</td>
<td>4.11 (.87)</td>
<td>4.08 (.86)</td>
<td>4.08 (.86)</td>
<td>3.76 (.74)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0.002</td>
<td>0.036</td>
<td>0.120</td>
<td>0.455</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

p-value آزمون بو من ویتنی
جدول ۳ نمودار مقایسه میانگین نمره اضطراب آشکار (S) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل
همچنین، طبق نتایج ازمون من ویتنی تفاوت معنی‌داری بین اضطراب پنهان (T) در هیچکدام از ۴ جلسه قبل از مداخله، جلسه اول، دوم و سوم، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. جدول شماره(۵.۴). نمره اضطراب پنهان (T) در گروه مداخله در جلسه ۲ بیشترین و در جلسه ۴ کمترین بود که از جلسه ۲ به بعد کاهش مشاهده می‌شود.

طبق نتایج آزمون فریدمن، نمره اضطراب پنهان در هر دو گروه بالا قرار دارند با استثنای جلسه اول (ECT) و نسبت به قبل از مداخله (به دلیل ECT افزایش یافته و بیشترین مقدار را دارد ولی بعد از ان در هر دو گروه کاهش معنی‌داری دارید پیدا می‌کند ولی این کاهش در گروه مداخله شدیدتر و چشمگیرتر است (در گروه مداخله p-value<.001 و در گروه کنترل p-value=.001. جدول شماره(۴).

جدول ۴. مقایسه میانگین نمره اضطراب پنهان (T) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل (ارزش p-value)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>جلسه دوم</th>
<th>جلسه اول</th>
<th>قبل از مداخله</th>
<th>متغیر اضطراب پنهان</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>p-value</td>
<td>(.آزمون فریدمن)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>.۰۱</td>
<td>۳.۸۸ (.۷۲)</td>
<td>۴.۰۵ (.۸۱)</td>
<td>۴.۰۰ (.۹۲)</td>
<td>۳.۷۰ (.۷۹)</td>
</tr>
<tr>
<td>.۰۰۱</td>
<td>۳.۵۸ (.۹۵)</td>
<td>۳.۸۵ (1.۰۱)</td>
<td>۴.۲۳ (.۹۵)</td>
<td>۳.۷۹ (.۹۱)</td>
</tr>
<tr>
<td>.۱۴۱</td>
<td>.۴۲۸</td>
<td>.۲۹۸</td>
<td>.۷۸۵</td>
<td>p-value</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>(ارزون یو من ویتنی)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

جدول ۹. نمودار مقایسه میانگین نمره اضطراب پنهان (T) قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>جلسات مداخله</th>
<th>قبل از مداخله</th>
<th>سessi1n1</th>
<th>سessi1n2</th>
<th>سessi1n3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Control</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Intervention</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

به‌عنوان نتایج آزمون من ویتینی برای بررسی اثر مداخله بر شدت درد، تفاوت معنی‌داری بین نمره درد در دو گروه بلافاصله بعد از مداخله مشاهده نشد جدول (۴.۷). ولی در جلسه ۲ و ۳ درد به طور معنی‌داری در گروه مداخله کمتر بود (p<0.05).

همچنین طبق نتایج آزمون من ویتینی برای بررسی اثر مداخله بر شدت درد، تفاوت معنی‌داری بین نمره درد در دو گروه بلافاصله بعد از مداخله مشاهده نشد جدول (۴.۷). ولی در جلسه ۲ و ۳ دردرد به طور معنی‌داری در گروه مداخله کمتر بود (p<0.05).

۴.۳ آنالیز متغیر درد:
با گذشت زمان به طور معنی‌دار کاهش یافت (\( p = 0.03 \))، در حالی که در گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش را نشان می‌دهد (\( p = 0.04 \)).

جدول ۶. مقایسه میانگین نمره درد بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر درد</th>
<th>جلسه سوم</th>
<th>جلسه دوم</th>
<th>جلسه اول</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانه و دامنه میانگین</td>
<td>میانه و دامنه میانگین</td>
<td>میانه و دامنه میانگین</td>
<td>میانه و دامنه میانگین</td>
</tr>
<tr>
<td>انحراف معیار ±</td>
<td>انحراف معیار ±</td>
<td>انحراف معیار ±</td>
<td>انحراف معیار ±</td>
</tr>
<tr>
<td>(چارک سوم - چارک اول)</td>
<td>(چارک سوم - چارک اول)</td>
<td>(چارک سوم - چارک اول)</td>
<td>(چارک سوم - چارک اول)</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۰۳</td>
<td>۴.۹۷ (۴.۰۰۰۰ - ۶.۰۰۰۰)</td>
<td>۴.۹۷ (۱.۵۲)</td>
<td>۴.۹۴ (۴.۰۰۰۰ - ۶.۰۰۰۰)</td>
</tr>
<tr>
<td>۰.۰۴</td>
<td>۵.۹۱ (۵.۰۰۰۰ - ۷.۰۰۰۰)</td>
<td>۶.۰۰ (۱.۳۷)</td>
<td>۵.۹۱ (۵.۰۰۰۰ - ۷.۰۰۰۰)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\( p \)-value

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه مداخله</th>
<th>۰.۰۰۷</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>گروه کنترل</td>
<td>۰.۰۰۸</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\( p \)-value ازمون من ویتنی

| ۰.۹۸۵ |
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

جدول ۷. نمودار مقایسه میانگین نمره درد بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

4.4 آنالیز متغیر فراموشی:
طبق نتایج آزمون repeated measures بر نمره فراموشی معنی‌دار نیست (p=0.39). همچنین اثر متقابل زمان و گروه نیز معنی‌دار نیست به عبارتی تأثیر مداخله بر نمره فراموشی در طول زمان و در طی جلسات مختلف تغییر نمی‌کند (p=0.16). اثر گروه بر نمره فراموشی معنی‌داری دار به این صورت که افرادی که مداخله دریافت کرده بودند در کل مطالعه نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری نمره بالاتری برای نمره فراموشی داشتند (p=0.03).

جدول ۸ مقایسه میانگین نمره فراموشی در گروه کنترل و مداخله در طول سه جلسه مداخله

<table>
<thead>
<tr>
<th>جلسه دوم</th>
<th>جلسه اول</th>
<th>جلسه سوم</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>انحراف میانگین:</td>
<td>انحراف میانگین:</td>
<td>انحراف میانگین:</td>
</tr>
<tr>
<td>75.47 (10.14)</td>
<td>73.55 (9.79)</td>
<td>75.29 (10.22)</td>
</tr>
<tr>
<td>انحراف میانگین:</td>
<td>انحراف میانگین:</td>
<td>انحراف میانگین:</td>
</tr>
<tr>
<td>68.97 (15.81)</td>
<td>68.14 (17.61)</td>
<td>66.17 (13.17)</td>
</tr>
<tr>
<td>مداخله</td>
<td>کنترل</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>p-value:</td>
<td>p-value:</td>
<td>p-value:</td>
</tr>
<tr>
<td>.03</td>
<td>.28</td>
<td>.39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

اثر گروه درمانی

اثر متقابل زمان و گروه
با توجه به عدم وجود اثر متقابل بین زمان و گروه، می‌توان اثر گروه را به صورت حاشیه‌ای (صرف نظر از زمان مطالعه و به طور کلی در سه نقطه زمانی) بررسی کرد و نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره برآورد شده طبق مدل مربوط به repeated measures در گروه مداخله بالاتر است. (جدول شماره 9).

جدول 9. جدول میانگین برآورد شده برای نمره فراموشی در دو گروه مداخله و کنترل

<table>
<thead>
<tr>
<th>95% Confidence Interval</th>
<th>خطای میزان</th>
<th>میانگین</th>
<th>گروه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Std. Erro</td>
<td>Mean</td>
<td>مداخله</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2.103</td>
<td>74.775</td>
<td>لower Bound</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>70.575</td>
<td></td>
<td>Upper Bound</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>63.565</td>
<td></td>
<td>Lower Bound</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>67.765</td>
<td></td>
<td>Upper Bound</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>71.964</td>
<td></td>
<td>Lower Bound</td>
</tr>
</tbody>
</table>

همچنین، طبق مقادیر برآورد شده تحت این مدل، میانگین نمره فراموشی در سه نقطه زمانی تفاوت معنی‌داری را بین این سه نقطه نشان نمی‌دهد. (جدول شماره 10).
فصل چهارم: یافته های پژوهش

جدول ۱۰. جدول مقایسه شده میانگین نمره فراموشی در سه نقطه زمانی (جلسات درمانی)

<table>
<thead>
<tr>
<th>زمان</th>
<th>میانگین Mean</th>
<th>خطای معیار Std. Err</th>
<th>95% Confidence Interval</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۱</td>
<td>۷۰.۸۵۳</td>
<td>۱.۷۲۸</td>
<td>۶۷.۴۰۲ - ۷۴.۳۰۳</td>
</tr>
<tr>
<td>۲</td>
<td>۷۰.۸۵۳</td>
<td>۱.۶۱۲</td>
<td>۶۹.۰۰۳ - ۷۵.۴۳۸</td>
</tr>
<tr>
<td>۳</td>
<td>۷۰.۷۳۵</td>
<td>۱.۴۳۰</td>
<td>۶۷.۸۸۰ - ۷۳.۵۹۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول شماره ۱۱ نمودار مقایسه میانگین نمره فراموشی قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد.
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

جدول 11. نمودار مقایسه میانگین نمره فراموشی قبل از مداخله با بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل

على رغم عدم تفاوت دو گروه از نظر مخدوشگرهای بالقوه، تحلیل repeated measures برای پرسی اثر زمان و گروه درمانی بر نمره فراموشی افراد (فراموشی) با تعییل برای مخدوشگرهای سن، جنسیت، سیگار و تحلیلات نیز انجام شد که نتایج مشابه با حالت بدون تعییل مشاهده شد. طبق نتایج این آزمون، اثر زمان (صرف نظر از گروه درمانی) بر نمره فراموشی معنی دار نبود. (p=0.39). همچنین اثر متقابل زمان و گروه نیز معنی دار نبود به عبارتی تأثیر مداخله بر نمره فراموشی در طول زمان و در طی
جلسات مختلف تغییر نمی‌کند. اثر گروه بر نمره فراموشی معنی‌دار دارنده است. افرادی که دریافت کرده‌اند در کل مطالعه، نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری نمره بالاتری برای نمره فراموشی داشتند (p=0.03).

با توجه به عدم وجود اثر متقابل بین زمان و گروه، می‌توان اثر گروه و زمان را به صورت حاشیه ای (صرف نظر از زمان مطالعه یا گروه مطالعه) بررسی کرد. و نتایج مربوط به گروه درمانی نشان می‌دهد که نمره در گروه مداخله بالاتر است. همچنین میانگین نمره فراموشی طبق مدل شامل متغیرهای سن جنسیت تحویل زمان و گروه، در سه نقطه زمانی نشان دارد. را نشان نمی‌دهد.
فصل پنجم:
بحث و نتیجه‌گیری
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

5 تفسیر یافته‌ها

هدف از این مطالعه بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تشنج درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن بود که بر روی ۶۸ نفر از بیماران بستراً دریافت کننده تشنج درمانی که به طور تصادفی به دو گروه شاهد (n=34) و مداخله (n=34) تخصیص یافت. به دو گروه شاهد و مداخله در مرکز آموزشی درمانی رازی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز صورت پذیرفت.

این فصل به منظور تعبیر و تفسیر یافته‌ها ارائه می‌گردد. در این فصل ابتدا خلاصه‌ای از نتایج حاصل از مطالعه که در فصل قبل آمده با نتایج چند مطالعه مشابه مقایسه و مورد بررسی قرار گرفته است. سپس با بررسی نتایج بحث شده، نتیجه‌های مشخص شده و بر اساس آن کاربرد یافته‌ها و بیش‌نیازی‌ها در این زمینه بیان می‌گردد. همچنین اشاره‌ای نیز به محدودیت‌های پژوهش و بیش‌نیازی‌های پژوهش‌های بعدی مطرح می‌شود.

۱. هدف اختصاصی اول (اضطراب):

1. در پژوهش حاضر اولین هدف اختصاصی عبارت است از "مقایسه میانگین نمرات اضطراب قبل و پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل."

در مورد تأثیر رفلکسولوژی پا در کاهش اضطراب در بیماران تحت تشنج درمانی مطالعه ای انجام نشده است. اما در مورد تأثیر آن در اضطراب در بیماران مطالعات مختلفی انجام شده است که در آن‌ها محل و نوع مداخله رفلکسولوژی و زمان انجام مساز بازتابی و طول دوره مساز با مطالعه حاضر متفاوت بوده است.

مطالعه مولوی وردنجانی و همکاران (۱۳۹۸) بر روی ۱۰۰ بیمار تحت آنژیوگرافی عروق کرونری، به این نتیجه رسید که رفلکسولوژی پا می‌تواند اضطراب آشکار بیماران تحت آنژیوگرافی کرونری را کاهش دهد (۹۸)، که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی دارد.
هم صنعت مطالعه ای تحت عنوان بررسی اضطراب، کورتیزول بزاقی و ترشح ملاتونین به دنبال درمان رفلکسولوژی توسط McVicar و همکاران در سال ۲۰۰۷ انجام دادند که نتایج پذیرفته که میزان اضطراب آشکار تحت تأثیر رفلکسولوژی به طور قابل ملاحظه‌ای در افراد مورد مطالعه کاهش یافته در جلسه‌های میزان اضطراب پنهان تغییری نیافته (۹۹). که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.

مطالعه آکو کوردان و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند که رفلکسولوژی با گوش و دستان بیماران نیز به مدت ۵ روز متدرک به کاهش علائم فیزیولوژیکی اضطراب و کاهش نیاز به داروهای آرامبخش در بیماران تحت تهیه مکانیکی می‌گردد (۱۰۰).

نتایج تحقیقات باقری ناسمی و همکاران (۲۰۱۴) با عنوان تأثیر ماساژ رفلکسولوژی پا بر اضطراب بیماران تحت عمل گرافت عروق کرونر نشان داد که بعد از انجام رفلکسولوژی به مدت ۲۰ دقیقه در روز پای چپ بیماران به مدت ۴ روز، میزان اضطراب بیماران پس از عمل گرافت عروق کرونر کاهش پیدا کرده بود (۱۰۱).

همچنین نتایج مطالعه در بیماران پس از جراحی قلب باز نشان داده است که ماساژ زیر انجکشت شست پای راست به مدت ده دقیقه در روزهای سوم و چهارم پس از عمل می‌تواند میزان اضطراب آشکار را در روز اول مداخله به طور معنی‌داری کاهش دهد؛ ولی در روز دوم مداخله تغییر معنی‌داری در کاهش اضطراب ایجاد نمی‌کند (۱۰۲). در این مطالعه اضطراب آشکار در جلسه اول به طور معنی‌داری کاهش یافته در جلسه‌های بعد از طور معنی‌داری داشته‌است که این مطالعه در مدت مشاهده نشان داده که افزایش نسبی در جلسه ۲ و ۴ اضطراب به طور معنی‌داری در گروه مداخله کمتر بود. نتایج در مدت انجام ماساژ، تعداد جلسات ماساژ، و احتمالاً به دلیل تفاوت در شرایط و یا ماهیت بیماری افراد مورد مطالعه، را می‌توان از علم عدم همخوانی این مطالعه با مطالعه ما دانست.

در مطالعه‌ای دیگر که توسط کوئترین (Quattrin) و همکاران با هدف استفاده از ماساژ بازتابی پا بر کاهش اضطراب در بیماران بستری مبتلا به سرطان تحت درمان با شیمی درمانی انجام شد، سطوح
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

اضطراب قبل، بعد و 21 ساعت پس از مداخله با استفاده از مقياس (STAI) - inventory کنترل به طور معنا داری کاهش یافته بود (55). مطالعات مروری در ایران و دیگر کشورها نیز تأثیر مثبت

رفکتیولوژی با در کاهش اضطراب در بیماران و وضعیت های سلامتی را نشان داد (63). با توجه به تجزیه و تحلیل نتایج اضطراب آشکار (S) در دو گروه کنترل و مداخله در 4 مقطع زمانی بررسی شده و تفاوت معنی دار آن در مقاطع زمانی 3 و 4 در گروه آزمون میان یافته بود که تأثیر زمان و تکرار جلسات

رفکتیولوژی بر میزبان کاهش اضطراب آشکار (S) در بیماران تحت درمان با تشویق درمانی اشاره نمود. بعضی از مطالعات نشان می‌دهند که رفکتیولوژی منظم منجر به کاهش اضطراب و افزایش ریلاکسیشن در افراد می‌گردد (56).

از طرفی طبق نتایج آزمون میان (T) در 4 مقطع زمانی بررسی شده بین گروه مشاهده نشد، اما نمره اضطراب پنهان (T) در گروه مداخله در مقطع زمانی 2 بیشترین و در مقطع زمانی 4 کمترین بود که از علل مربوط به تفاوت های فردي در پاسخ به موقعیت های برافسرد با میزان های مختلف اضطراب آشکار اشاره کرد (109، 110).

اضطراب پنهان نشان دهنده اضطراب شخصیتی فرد است. بعضی از افراد نسبت به دیگران استعداد بیشتری در ابتنای آن دارند، در حالی که اضطراب آشکار در موقعیت ویژه ای بر روی میکند، شخص

احساس تنش و تعارض در برابر آن دارد و بر خود کنترل ندارد (111). علیرغم پایین‌تر بودن میزان اضطراب پنهان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل، این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. با توجه به اینکه اضطراب پنهان از ویژگی‌های شخصیتی فرد نشان می‌گیرد لذا

مطالعات بیشتری با مدت مداخله بیشتر و حجم نمونه بالاتر توصیه می‌شود.
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نظریه تعیین سیستم عصبی خودکار که جدیدترین نظریه در مورد مکانسیم رفلکسولوژی می‌باشد، سیستم عصبی خودکار سیستم‌های بدن مثل تنفس، ضربان قلب و فشار خون را که تحت کنترل ناخودآگاه می‌باشند را تنظیم می‌کند. این شاخص‌ها به عوامل عصبی یا حساسیت زا حساس بوده و بر اساس تغییرات فیزیکی و روانشناختی تجربه می‌شوند. فرد به طریق تعیین عصب و اگه که تغییرات آرام بخش را کنترل و عملکرد منظم یا سامپاتیک که مستقل کنترل کردن خودکارخخگی و پاسخ فراری یا جنگیدن است را تعیین می‌نماید (112).

در پاسخ به فرضیه اول پژوهش: "سطح اضطراب بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد." یافته‌ها نشان داد نتایج آماری معنی‌داری داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره اضطراب پنهان قبل و بعد مداخلات وجود نداشت. که فرضیه اول پژوهش تایید نمی‌شد.

5.2 هدف اختصاصی دوم(فراموشی):

در این پژوهش دومین هدف اختصاصی پژوهش عبارت بود از "تعیین و مقایسه میانگین نمرات فراموشی موقت در زمان‌های مختلف پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل.

"موقت در زمان‌های مختلف پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل.

طبق نتایج این آزمون، اثر زمان (صرف نظر از گروه درمانی) بر نمره فراموشی معنی‌دار دار نبود (p=.39).

همچنین اثر مشابه زمان و گروه نیز معنی‌دار دار نبود تاثیر مداخله بر نمره فراموشی در طول زمان و در طی جلسات مختلف تغییر نمی‌کند (p=.1). اثر گروه بر نمره فراموشی معنی‌دار دار نبود به این صورت که افرادی که مداخله دریافت کرده بودند سر گرم در کل مطالعه، نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری در مورد بالاتری برای نمره فراموشی داشتند (p=.03).
با توجه به جست و جو در پایگاه‌های علمی، مطالعه‌ای ای به منظور بررسی تاثیر رفلکسولوژی بر میزان فراموشی بیماران تحت تنش درمانی یافت نشد، لذا نمیتوان نتایج این مطالعه را مورد بحث تعیین قرار داد.

مطالعه‌ای ای توسط (Moyle و همکاران 2010) با عنوان تاثیر ماساژ یا بر رفتارهای آشفته در افراد سالخورده مبتلا به دمانس نشان داد که مشکلات رفتاری کاهش و حافظه این افراد به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. ماساژ یا در این بیماران بر روی 17 مرد و 5 زن با تاریخچه دمانس و رفتارهای آشفته به مدت 10 دقیقه در طول 14 روز صورت پذیرفت (91) که نتایج این مطالعه با مطالعه ما همخوانی دارد.

مطالعه‌ای ای توسط (Williamson) و همکاران با عنوان کارآزمایی بالینی تصادفی شده رفلکسولوژی بر علائم یائسگی، در 76 زن با علایم یائسگی که در آن 45 دقیقه رفلکسولوژی در مجموع 9 جلسه صورت پذیرفت. 6 جلسه آن به صورت هفتگی، 3 جلسه آن به صورت هفتگی که رفلکسولوژی یا نسبت به ماساژ تاثیر چشمگیرتری در کاهش گرگرفتگی و سایر علایم یائسگی از جمله حافظه و تمرکز بر روی مشکل، ندارد (114). علت احتمالی ناپایداری این مطالعه را می‌توان به نوع جنسیت مورد مطالعه (فقط مونت) و استفاده از 4 رفلکسولوژیست که می‌تواند بر نتیجه تاثیر کاذب باشد اشاره کرد. به نظر می‌رسد اثر بخشی رفلکسولوژی با ارائه یکی از متغیرهای جدی بر روی مشکل حافظه و تمرکز و نمودارهای ماساژ و طول مدت ماساژ متفاوت است.

در مورد تاثیر رفلکسولوژی در بیماران مختلف مطالعات بسیاری انجام شده است، همچنین تاثیر رفلکسولوژی بر متغیرهای جنون اضطراب (61, 100, 114), کاهش درد بیماران مبتلا به اسکلیوز تحت عمل جراحی ستون فقرات (62), خستگی (59, 115) و فشارخون (56), رفتارهای یا قرار در سالمندان در بیماران مبتلا به دمانس (116).
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات مروری در ایران و دیگر کشورها نیز تاثیر مثبت رفلکسولوژی‌ای در کاهش اضطراب در بیماران و وضعیت‌های سلامتی را نشان داد (۱۰۲-۱۰۷). با توجه به نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر، نتیجه‌گیری می‌شود که رفلکسولوژی نقش مهمی در کاهش اضطراب و درد بیماران ایفا می‌کند. استرس شدید و تنش‌های دوران باعث رفع حالت بند مدت و کاهش مدت اثر مخرب داشته‌باشد (۱۱۷). با توجه به اثر مخرب استرس بر حافظه، می‌توان بر احتمال تاثیر مثبت رفلکسولوژی بر نمره فراموشی به دلیل کاهش در میزان سطح استرس و میزان نوروهرمون‌های کورتیزول توجه نمود.

ماساژ تراپی سبب کاهش سطح کورتیزول و استرس مرتبط از این نوروهرمون از غده فوق قلبی می‌گردد (۱۱۸، ۱۱۹) و به افزایش سطح دوبامین و سروتونین منجر می‌شود (۱۲۰).

بر اساس مطالعه (Andrade) در سال ۲۰۰۸ مکانیسم‌های احتمالی تاثیر گذار بر اختلال فراموشی ناشی از تشنج درمانی در زمان بکار خواندن نورون‌های مغزی متغیر می‌باشد. طبق گزارش این محقق، گزارش کاهش محلول‌های حافظه در سطح استرس و میزان نوروهرمون کورتیزول توجه نمود.

درمانی با معیار‌های اختلال شده، با توجه به نتیجه محقق، بررسی و کار بیشتر در ارتباط بین فراموشی ایجاد شده در بیماران تحت درمان با تشنج درمانی، با میزان استرس تجربه شده در فرد و فشار خون بسیار قابل توجه و ارزشمند خواهد بود.

تشنج درمانی با الکتریسیته، فعالیت سیستم کلی نوزیک در سیستم اعصاب مرکزی مغزی را کاهش می‌دهد که می‌تواند علل اختلال در حافظه در این بیماران را توضیح دهد (۱۲۲، ۱۲۳). با توجه به نتیجه‌گیری مثبت نوروتراکسمیت استکولون در باریابی اطلاعات (۱۲۴، ۱۲۵) و بهبود عملکرد حافظه (۱۲۶) و با در نظر گرفتن اینکه رفلکسولوژی باعث تنظیم عملکرد سیستم اعصاب اتوموم (۱۲۷، ۱۲۸) و فعالیت سازنده سیستم عصبی پاراسیماییک (۱۲۹) می‌تواند، می‌توان به این نتیجه رسید که رفلکسولوژی میتواند بر بهبود عملکرد حافظه مؤثر باشد.
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

از طرفی همگرا بودن نتایج تحقیقات در نوروفارماکولوژی، نوروسایکولوژی و ماساژ به ارتباط تحريك سیستم عصبی خودکار، کاتالولامین و ماساژ اشاره می‌کند که بر روی فرآیند اطلاعات تاثیر می‌گذارد. به طور گسترده‌تری پذیرفته شده است که نور اپی نفرین در حافظه و نظم دهی در پاسخ‌گیری مؤثر است (130).

هم چنین بر اساس نظریه تعیین سیستم عصبی خودکار، که جدیدترین نظریه در مورد مکانیسم رفلکسولوژی می باشد، سیستم عصبی خودکار سیستم های بدن مثل تنفس، ضربان قلب و فشار خون را که تحت کنترل ناخودآگاه می باشند را تنظیم می کند. این شاخص‌ها به عوامل تنظیم را حساس کرده و بر اساس تغییرات فیزیکی و روانشناختی تجربه شده بوسیله فرد از طریق تعیین عصب واقع که تغییرات آرام بخش تا کنترل و عملکرد منظم یا سپتیکیک که مسئول کنترل کردن روانی‌های و پاسخ فرار یا

در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش: "سطح فراموشی موقت بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد." یافته‌ها نشان داد تفاوت آماری معنی‌دار داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره فراموشی بعد از مداخله وجود داشت، که فرضیه دوم پژوهش تایید شد.

۵- هدف اختصاصی سوم(درد):

در این پژوهش سومین هدف اختصاصی پژوهش عبارت بود از "تعیین و مقایسه میانگین نمرات درد در زمان‌های مختلف پس از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل." در رابطه با فرضیه طبق نتایج آزمون فردی‌من، نمره درد در گروه مداخله با گذشت زمان به طور معنی‌دار کاهش یافت (p=0.03). در رابطه با فرضیه فوق، نتایج مطالعه حاضر این فرضیه را تایید کرد به طوری در
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

رابطه با فرضیه فوق، نتایج مطالعه حاضر این فرضیه را تایید کرد که نمره درد در گروه مداخله با گذشت زمان به طور معنی‌داری کاهش یافته است.

طبق نتایج آزمون من ویتنی برای بررسی اثر مداخله بر شدت درد، تفاوت معنی‌داری بین نمره درد در دو گروه در فاصله‌ای بعد از مداخله مشاهده نشد (p=.05). ویل در جدول سه و یک درد به طور معنی‌داری در گروه مداخله کمتر بود (p<.05). همچنین طبق نتایج آزمون فریدمن، نمره درد در گروه مداخله با گذشت زمان به طور معنی‌داری کاهش یافت (p=.03) در حالی که در گروه کنترل به طور معنی‌داری افزایش را نشان داد (p=.04).

با بررسی مطالعات پیشین به تاثیر مثبت رفلکسولوژی بر میزان درد (14، 13، 42، 551، 592) در بیماران با زمینه‌های مختلف می‌توان اشاره کرد که نتایج مطالعات پیشین با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

با گرچه مطالعه می‌توان داشته باشد که نتیجه‌گیری‌های ارائه شده با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارند. امروزه مطالعات با عنوان تأثیر رفلکسولوژی پا بر درد بیماران منتشر شده است. در سال 2003 با عنوان تأثیر رفلکسولوژی پا بر درد بیماران منتشر شده است. در سال 2003 با عنوان تأثیر رفلکسولوژی پا بر درد بیماران منتشر شده است.

مطالعات نشان داده است که اضطراب منجر به افزایش درد و ناراحتی شده و افزایش اضطراب با افزایش درد جراحی شده از افراد مرتبط است (31). در نتیجه می‌توان گفت تعادل در یکی از آنها از طریق
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

رفلکسولوژی باعث اصلاح ایجادی در محیط و تصمیم در درمان و اضطراب در بیماران باعث افزایش ریلکسیش در آنها خواهد شد.

با توجه به این مسئله که یکی از چالش‌های بخش تشنج درمانی، عوارض مربوط به آن از جمله اضطراب و درد و نیاز به استفاده از داروهای آرامبخش و خواب‌آور است و این داروها علاوه بر ایجاد مشکلات و عوارض، هزینه‌های زیادی را به سیستم مراقبتی تحمیل می‌نمایند، بررسی موظف است راه‌های مختلف جهت کاهش اضطراب و درد را بکار گیرد. بنابراین با استفاده از نتایج این مطالعه، همزمان با بکاربردن سایر روش‌های درمانی روانی می‌توان همکاری و آمادگی بیماران را جهت انجام پروسه‌های درمانی و تشخیصی افزایش داد.

با استفاده از نتایج این پژوهش، مسئولین و مدیران سیستم بهداشتی کشور، می‌توانند برنامه‌های بهبودی‌بخش و بهبود درمانی در بیماران ایجاد کنند؛ بنابراین با استفاده از نتایج این پژوهش، مسئولین و مدیران سیستم بهداشتی کشور، می‌توانند برنامه‌های بهبودی‌بخش و بهبود درمانی در بیماران ایجاد کنند.

در پاسخ به فرضیه اول پژوهش، "پژوهش: "میزان درد بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد."

یافته‌ها نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره درد بعد از مداخله وجود داشت. که این می‌تواند سوم پژوهش تایید می‌شود.
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵.۳ نتیجه‌گیری نهایی

در پاسخ به فرضیه اول پژوهش: "سطح اضطراب بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد." یافته‌ها نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره اضطراب قبل و بعد مداخلات وجود داشت و تفاوت آماری معنی‌داری داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره اضطراب موقتی قبل و بعد مداخلات وجود نداشت. با توجه به هدف ما که اضطراب آشکار (اضطراب موقعیتی) بود می‌توان گفت فرضیه اول پژوهش تایید می‌شود.

در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش: "سطح فراموشی موقت بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد." یافته‌ها نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره فراموشی بعد از مداخله وجود داشت، که فرضیه دوم پژوهش تایید می‌شود.

در پاسخ به فرضیه سوم پژوهش: "میزان درد بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت دارد." یافته‌ها نشان داد تفاوت آماری معنی‌داری داری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر میانگین نمره درد بعد از مداخله وجود داشت، که فرضیه سوم پژوهش تایید می‌شود.

کاربرد یافته‌ها

طراحان و مجریان آموزش پرستاری می‌توانند با استفاده از یافته‌های این تحقیق، برنامه‌آموزشی را به نحوی تنظیم و اجرا کنند که بررسی پرستاری و دانشجویان با مفهوم رفلکسولوژی یا موسیقی در بیماران تحت تشنج درمانی با الکتریسیته تاثیرات این مداخله پرستاری بر عوارض تشنج درمانی با الکتریسیته (مثل فراموشی، درد و اضطراب) بیشتر و بهتر آشنا شوند و با ارائه مراقبت‌های صحیح و اصولی در جهت بهبود وضعیت بایلینی بیماران و کاهش درد و اضطراب و فراموشی بیماران تحت تشنج درمانی با الکتریسیته قدم بدارند.
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

اجرای رفلکسولوژی با بر درد و اضطراب و فراموشی بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته تأثیر مثبتی دارد و باعث بهبود آن می‌شود. از آنجا که پرستاران در تیم مراقبت‌های بهداشتی-درمانی دارای چایگاه ویژه‌ای برای فراموشی و باشندگی بیماران تحت درمان بهبود می‌یابند و بهبود خدمات ارزشمندی ارائه می‌دهند.

فهرست کاربرد یافته‌ها در پژوهش پرستاری

با توجه به گسترش روز افزون علوم و تکنولوژی و نیز توسعه علم پرستاری همگام با آن، نیاز به تحقیقات گسترشده برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در ابعاد مختلف، بیش از پیش احساس می‌شود. در این راستا هر پرستار دارای مسئولیت اینکه توانسته‌باشد با ارائه تحقیقات و مطالعات از اهمیت ویژه‌ای در مرحله مراقبت‌های پرستاری است و در قبال انجام مشارکت هر یک از متخصصان و مسئولان و پرستاران در بهبود کیفیت نیور در بیمارستانی‌های یا مراکز درمانی و در پژوهش‌های علمی و تحقیقاتی و کاربردی مورد استفاده قرار گیرد. پرستاران یکی از اولین حرفه‌هایی است که بستر پیشرفته و کاربردی مکمل را در عرصه مراقبت‌های پیش‌بینی مورد استفاده قرار می‌دهد. در این راستا هر پرستار دارای مسئولیت اینکه توانسته‌باشد با ارائه تحقیقات و مطالعات از اهمیت ویژه‌ای در مرحله مراقبت‌های پرستاری است و در قبال انجام مشارکت هر یک از متخصصان و مسئولان و پرستاران در بهبود کیفیت نیور در بیمارستانی‌های یا مراکز درمانی و در پژوهش‌های علمی و تحقیقاتی و کاربردی مورد استفاده قرار گیرد.

پرستاری یکی از اولین حرفه‌هایی است که بستر پیشرفته و کاربردی مکمل را در عرصه مراقبت‌های پیش‌بینی مورد استفاده قرار می‌دهد. در این راستا هر پرستار دارای مسئولیت اینکه توانسته‌باشد با ارائه تحقیقات و مطالعات از اهمیت ویژه‌ای در مرحله مراقبت‌های پرستاری است و در قبال انجام مشارکت هر یک از متخصصان و مسئولان و پرستاران در بهبود کیفیت نیور در بیمارستانی‌های یا مراکز درمانی و در پژوهش‌های علمی و تحقیقاتی و کاربردی مورد استفاده قرار گیرد.

ارجای مراقبت‌های بر اساس ستوری‌های پرستاری به لحاظ جامعیت می‌تواند منجر به نتایجی اثربخش در ابعاد مختلف گردد. با انجام تحقیق در هر علمی می‌توان زمینه‌های حفظ و گسترش آن علم را به وجود آورد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند نقطه شروعی برای پژوهش‌های آینده و یافته‌های برای تحقیق در سایر روش‌های موثر بر درد و اضطراب و فراموشی بیماران تحت درمان با الکتریسیته باشد.
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.

پژوهشگر امیدوار است یافته‌های این پژوهش بتواند ضمن علاقه‌مندی توجه به رفلکسولوژی و تأثیرات آن بر درد واضطراب و فراموشی در بیماران کاندیدا برای تشنج درمانی با الکتریسیته باشد.
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

که در اثر مصرف داروها ایجاد می‌شود در استفاده از روش‌های غیردارویی تسکین درد و اضطراب وجود ندارد و بیماران نیز به استفاده از این روش‌ها تا میلی شان می‌دهند.

محدودیت‌های پژوهش

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. مورد پژوهش در این مطالعه، از یک مرکز درمانی انتخاب شده که ممکن است به سایر بیماران قابل تعمیم نباشد. از این رو بیشتر بیماران حاصل از محدودیت‌های دیگر این پژوهش می‌تواند به تکمیل بررسیشانه پرسشنامه‌های پژوهشگر نام برده که ممکن است در نحوه تสภาพیت و عدم تصمیم بر روی افراد در طول دوره‌هایی، سعی می‌گردد که هم‌اکنونی بهترین ابزار کنترل‌گاه مداخله ایجاد شود.

علاوه بر این مطالعه تنها در یک استان انجام شده است و قابل تعمیم به سایر مناطق کشورمان نیست.

از محدودیت‌های دیگر این مطالعه دوز الکتریکی متفاضت دریافتی بیماران در هنگام تشنج درمانی بوده که می‌تواند بر مدت زمان رسیدن بر سطح هوشیاری و فراموشی تأثیر بگذارد. همچنین در مطالعه برای همسان سازی نمونه های ورودی از نظر بررسی سطح آگاهی و فراموشی بیش آزمون انجام نشد و معیار ورود به مطالعه فقدان در جهت پایبندی اختلال در واقعیت سننی (توهم و هدایا) عدم درج مشکلات شناختی و فراموشی و جهت پایبندی در پرونده بیشک در مورد بیماران بود. با توجه به اینکه معیار ورود بیماران عدم سابقه اخذ تشنج درمانی در گذشته بود و عدم وجود عوارض تشنج درمانی از جمله وجود مشکل فراموشی در آنها می‌توانان اطمنان داشت.

با توجه به اینکه در این مطالعه، فراموشی بیماران بعد از دریافت مداخلات، فقط به مورد سنجش قرار گرفت می‌توان آن را از جمله محدودیت‌های این مطالعه نامید. با توجه به اینکه این مطالعه یک کار آزمایی
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به بازخورد و تاثیر متفاوتی که مخدوشگر در نتایج مطالعه در صورت عدم کنترل، اجتناب پذیر می‌باشد که در این زمینه با انتخاب گروه کنترل و تخصیص تصادفی شرکت کنندگان به دو گروه، متغیرهای مخدوشگر تا حدی زیادی کنترل گردید.

پیشنهاد برای پژوهش های بعدی

هر مطالعه ای توانایی پاسخگویی به سوالات اندازه‌گیری و پیش‌بینی انتظار نمی‌دهد. لذا بر اساس یافته‌ها، محدودیت‌ها، پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

۱. پیشنهاد می‌گردد برای همسان سازی نمونه‌های چندپژوهشی مورد بررسی قرار گیرد.

۲. این مطالعه در دانشگاه و مراکز آموزشی درمانی دولتی انجام شده است، و با توجه به استیگمای تفاوت در هر استان نسبت به بیماران روانی، پیشنهاد می‌گردد مطالعه ای در دانشگاه‌های غیردولتی انجام شود.

۳. پیشنهاد می‌گردد برای دسترسی به اهداف، در مطالعات آینده سنجش میزان فراموشی بیماران در چندین فاصله زمانی بعد از اجرای مداخلات انجام گیرد تا تأثیرات طولانی بر مدت مداخله رفتکسولوژی بر سطح میزان آگاهی و فراموشی بیماران مورد بررسی قرار گیرد.

۴. پیشنهاد می‌گردد برای همسان سازی پیشنهاد نمونه‌های ورودی از نظر بررسی سطح میزان آگاهی و فراموشی را با نمونه‌های انجام شده در چندین فاصله زمانی انجام شود.

۵. پیشنهاد می‌گردد برای همسان سازی هر نوع کنترلی که در پژوهش‌های گزارش‌شده در تحقیقات پیشین و تحقیقات داخلی اجرای طرفین بررسی شده است و در پیشنهادات با روش‌های مختلف و پیشنهادات مقایسه انجام شود.
Reference


Fink M. Electroshock: healing mental illness: Oxford University Press on Demand; 2002.


Wo NKH, Guyitt B, Owen R. Cognitive Behavioral Therapy as a Treatment for Electroconvulsive Therapy Phobia. 2015.


.49 PRICE S, PRICE L. AROMATHERAPY FOR HEALTH PROFESSIONALS.


Verklan MT, Walden M. Core curriculum for neonatal intensive care nursing: Elsevier Health Sciences; 2014.


GHIASI M, EHSANI E, MAHBOUBI M. IS AROMATHERAPY AFFECT ON VETERAN STUDENTS'ANXIETY? 2012.


.88 Torabi M, Salavati M, GHAHRI SA, Pourismail Z, AKBARZADE BA. Effect of foot reflexology massage and Benson relaxation techniques on anxiety and physiological indexes of patients undergoing coronary heart angiography. 2012.
.95 Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare: John Wiley & Sons ; 2016.


Zakerimoghadam M, Shaban M, Mehran A, Hashemi S. Effect of muscle relaxation on anxiety of patients undergo cardiac catheterization. Journal of hayat. 201.71-64:(2)16:0


بسمه تعالی

فرم رضایت آگاهانه در طرح تحقیقاتی
برگ نخست

حاوی اطلاعات برای مشارکت کننده

تاریخ تکمیل فرم:

عنوان/موضوع تحقیق:

بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن

نوع تحقیق: مداخله ای

آقای/ خانم محترم

از شما دعوت می‌شود در یک مطالعه تحقیقاتی که توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تحت نظر کمیته منطقه‌ای اخلاق دانشگاه انجام یافته و توسط معاونت پژوهشی دانشگاه تامین مالی شده و شرکت کنید. پیش از آنکه تصمیم به شرکت یا عدم شرکت بگیرید، من تحقیق را بطور خلاصه برای شما توضیح می‌دهم. چرا این تحقیق صورت می‌گیرد و این تحقیق مستلزم چه چیزی است. لطفاً در خواندن اطلاعات زیر در مورد تحقیق عجله نکنید و آنها را بخوانید. هر چگونه نیاز به توضیح داشتید سوال فرمانید و در باره تصمیم در مورد شرکت یا عدم شرکت خودتان عجله نکنید.

هدف این تحقیق یا مطالعه چیست؟ چگونه انجام خواهد شد؟
هدف این تحقیق بررسی تأثیر رفلکسولوژی با اضطراب قبل از تشنج درمانی و عوارض بعد از آن می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه از بین بیماران بستری مراجعه کننده به بیمارستان جهت دریافت تشنج درمانی، پژوهشگر افرادی که معیارهای ورود را داردند، انتخاب و نام آنها را در یک لیست بر حسب شماره ثبت نموده و سپس پژوهشگر با اخذ رضایت نامه اگاهانه از بیماران، با استفاده از تخصیص تصادفی بیماران را به دو گروه (مداخله و کنترل) تقسیم دویست متغیر از نگاه شرایط و سیستم پژوهش تخصیص به گروهی از پاکت‌های کد و سپس استفاده می‌شود، سپس پاکت‌ها توزیع و به غیر از پژوهشگر به منظور قرار دادن در گروه‌های کنترل و مداخله اقدام استفاده قرار می‌گیرد. برای پژوهشگر رفلکسولوژی مداخله رفلکسولوژی توسط پژوهشگر و کمک پژوهشگر یکی یا دو گروه شکست در کلاس‌های رفلکسولوژی بوده و قبل به مدت 3 هفته اموزش دیده دنها با سرعت آرام، با ریتم منظم و باعمال که در حد تحمیل بیمار باشد، انجام خواهد شد. مراحل انجام رفلکسولوژی به این صورت خواهد بود که رفلکسولوژی به صورت هفته ای 3 جلسه، هر جلسه 40 دقیقه به مدت 2 هفته، و برای هر یک ماساژ به مدت 20 دقیقه انجام شود که 10 دقیقه آن مربوط به ماساژ عمومی کف پا، و 10 دقیقه آن مربوط به ماساژ نواحی مربوط به اضطراب و ریلکسیشن می‌باشد.

چرا من انتخاب شده ام؟ چون شما بیمار کاندید تشنج درمانی هستید.

منافع این تحقیق چیست؟ نتایج این تحقیق در صورت اثربخش بودن آن می‌تواند به کاهش اضطراب بیماران تحت درمان با تشنج درمانی و عوارض بعد از آن مانند فراموشی موقت و درد عضلانی بپیامد.

آیا خطر و عوارضی احتمالی نیز در کار خواهد بود؟ خیر، هیچ گونه عوارضی نخواهد داشت.

شرکت شما در این مطالعه و اطلاعات/داده‌هایی که شما در اختیار من می‌گذارید، کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. یک شماره و یا کد شناسایی در طول مطالعه برای هر یک از شرکت‌کنندگان اختصاص یافته و تمام داده‌ها ناشناخته باقی خواهد ماند. در مورد داده‌ها مطابق با قوانین مراقبت از داده‌ها در ایران که محرمانه بودن آنها را تضمین می‌کند عمل خواهد شد.

اگر شما برای شرکت در این مطالعه موافقت کنید، لازم است فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نموده و به محقق بپردازید. لطفاً این برگ حاوی اطلاعات را برای خود نگهدارید. اگر تصمیم
به شرکت در این تحقیق گرفتید، هر زمانی شما مجاز هستید از این تحقیق کناره گیری کنید. بدون اینکه دلیلی برای ما اقامه نمایید.

اگر شما سوالی در مورد تحقیق دارید و یا اینکه ما می‌خواهیم به کسب اطلاعات بیشتر می‌ بشیم، لطفاً با محقق سعید علی‌نژاد ماتاچیانی با شماره همراه: ۹۲۷۵۸۸۸۹۶۴۳ تماس حاصل فرمایید.

E-mail:saeed.alinezhad1991@gmail.com

با تشکر از وقت شما برای قبول زحمت خواندن این پیام دوباره اطلاعات.

برگ دوم

رضایت آگاهانه

کد/شماره مطالعاتی:

عنوان تحقیق: بررسی تأثیر رفلکسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریستیه و عوارض بعد از آن

لطفاً داخل مربع علائم گذاری کنید:
1- من تائید می کنم که برگ اطلاعات مشارکت کننده به تاریخ ................................ را برای انجام تحقیق فوق خوانده و فهمیده ام و این فرصت برای من داده شده که سوالات مورد نظرم را بپرسم.

2- من میدانم که شرکت من در این تحقیق داروطلبانه است. من همچنین می دانم که نمی توانم از تحقیق کنار بگرم بدون اینکه به ارائه دلیل باشم.

3- من موافقت می کنم که در مطالعه/تحقیق فوق شرکت نمایم.

نام محقق
امضاء
تاریخ:

نام مشارکت کننده
امضاء
تاریخ:

رونوشت:

- محقق
- مشارکت کننده
عنوان طرح: بررسی تأثیر رفلكسولوژی بر اضطراب بیماران تحت تنش درمانی با الکتریسته و عوارض بعد از آن - یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

می خواهم از شما جناب سوال عمومی بپرسم، همچنین یادآوری می کنم که کلیه اطلاعاتی که به من می دهید کاملاً محرمانه خواهد ماند.

نام:
نام خانوادگی:
سال تولد:
استان محل سکونت:
شهر محل سکونت:
وضعیت تاهل:
□ مجرد، □ مطلق، □ متاهل
جنس: □ مذکر  □ معترض
سابقه بستری: □ دارد  □ ندارد
نوع تشخیص: 
شماره تلفن ثابت: 
شماره تلفن همراه: 
آدرس: 

مدیرک تحصیلی:

<table>
<thead>
<tr>
<th>مدرک تحصیلی</th>
<th>توضیحات</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. بی سواد</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. سیکل و پایین تر</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. دیپلم</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. لیسانس</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. فوق لیسانس</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. دکتری و بالاتر</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر (صفتی و حالتی)
پرسشنامه خودسنجی مربوط به اضطراب صفتی

<table>
<thead>
<tr>
<th>رنگهای</th>
<th>پرسشنامه</th>
<th>رنگهای</th>
<th>پرسشنامه</th>
<th>رنگهای</th>
<th>پرسشنامه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>احساس خوشی و لذت دارم</td>
<td>3</td>
<td>احساس عصبانیت و یی فاراری می‌کنم</td>
<td>5</td>
<td>احساس شیب به شکست خوردنگی دارم</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>احساس عصبانیت و یی فاراری می‌کنم</td>
<td>3</td>
<td>احساس می‌کنم از خودم رضایت دارم</td>
<td>4</td>
<td>ارز می‌کنم می‌توانستم به اندوز دیگران خوشحال یاشم</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>احساس می‌کنم از خودم رضایت دارم</td>
<td>4</td>
<td>احساس شبیه به شکست خوردنگی دارم</td>
<td>5</td>
<td>احساس شبیه به شکست خوردنگی دارم</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>آرام روح و ملایم هستم</td>
<td>6</td>
<td>احساس روحالی می‌کنم</td>
<td>7</td>
<td>احساس روحالی می‌کنم</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>احساس شبیه به شکست خوردنگی دارم</td>
<td>6</td>
<td>احساس روحالی می‌کنم</td>
<td>7</td>
<td>احساس روحالی می‌کنم</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>احساس روحالی می‌کنم</td>
<td>7</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
<td>8</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
<td>8</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
<td>9</td>
<td>احساس چهارسایه که واقعا مهم نبستند بسیار تغییر م</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
<td>9</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
<td>10</td>
<td>احساس خوشحالی</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>احساس می‌کنم مشکلات به قدری روی هم انبشته شده اند که نمی توانم بر آنها غلبه کنم</td>
<td>10</td>
<td>احساس خوشحالی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>احساس خوشحالی</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>افکار پریشانی دارم</td>
<td>12</td>
<td>اعتقاد به نفس می‌کنم</td>
<td>13</td>
<td>احساس امنیت می‌کنم</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>اعتقاد به نفس می‌کنم</td>
<td>13</td>
<td>احساس امنیت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>احساس امنیت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>خیلی زود تصمیم می‌گیرم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>احساس بی کفاوستی می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>راضی هستم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>بعضی از فکرهای بی‌احمیت به فکر من خطر می‌کند و مرا آزاد می‌دهد</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>شدیداً نامیده هستم و نمی توانم آن را بیرون کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>آدم منظم و کوشانی هستم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>وقتی به تکراری ها و علاوه‌گذشته فکر می‌کنم دچار بحران و آشفته‌گی می‌شوم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
یکسری از جملاتی را که مردم برای شرح و توصیف خودشان به کار می‌برند در ذیل آورده شده است که احساس کلی و عمومی شما را نشان می‌دهد. هر یک از جملات را بخوانید و سپس خانه مناسب را که احساس کلی شما را بهتر توصیف می‌کند علامت بزنید. (لطفاً مدت زمان زیادی روی هر جمله صرف نکنید.)
پرسشنامه خودسنجی مربوط به اضطراب وضعی

یکسراز جملاتی را که مردم برای شرح و توصیف خودشان به کار می‌برند در نیل آورده شده است که احساس شما را در این لحظه نشان می‌دهد، هر یک از جملات را بخوانید و سپس خانه مناسب را که احساس فعلي شما را بهتر توصیف می‌کند علامت بزنید.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ردیف</th>
<th>خیلی زیاد</th>
<th>نسبتاً زیاد</th>
<th>کم</th>
<th>هرکه</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>احساس آرامش می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>احساس امنیت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>هیجان زده هستم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>احساس فشار روی می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>احساس آسودگی و فراغت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>احساس تازگی می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>در حال خاطر از اینکه به زودی بدخت شوم نگرانم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>احساس رضایت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>احساس وحشت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>احساس راحتی می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>احساس اعتماد به نفس می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>احساس عصبانیت</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>عصبی و وحشت زده هستم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>احساس دودلی و پی تعصبی دارم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>آرامش بدنی دارم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>احساس خوشحالی دارم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>نگران هستم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>احساس یگیچه می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>احساس پین‌پاتاری می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>احساس لذت می‌کنم</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
آزمون سطح هوشیاری و فراموشی گالوستون (GOAT)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ملاحظات</th>
<th>نمره خطای بیمار</th>
<th>نمره خطای ممکن</th>
<th>پرسش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>اگر توانست اسم یا فامیل خود را درست نگفت ۲‌بهدید.</td>
<td>۰</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>نام شما چیست؟</td>
</tr>
<tr>
<td>اگر توانست تاریخ تولد صحیح خود را به‌دید.</td>
<td>۴</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>تاریخ تولد شما چیست؟</td>
</tr>
<tr>
<td>اگر توانست نام شهری که در آن زندگی می‌کند را به‌دید.</td>
<td>۴</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>کجا زندگی می‌کنید؟</td>
</tr>
<tr>
<td>اگر نام شهری که هنگام آزمون در آن است را درست نگفت ۵‌بهدید.</td>
<td>۵</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>اگر نام شهری که هنگام آزمون در آن است را درست نگفت ۵‌بهدید.</td>
</tr>
<tr>
<td>با بیمارستان رو به رو نرسیده یا گویاً جنونی حالیتی داشته باشد.</td>
<td>۰</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>در جنون بیمارستان؟ هستی؟</td>
</tr>
<tr>
<td>با بیمارستان رو به رو نرسیده یا گویاً جنونی حالیتی داشته باشد.</td>
<td>۵</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>در جنون بیمارستان؟ هستی؟</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمارستان مقصد ما یا هر بیمارستان واقع در یک شهر می‌گوید.</td>
<td>۸</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>کجا زندگی می‌کنید؟</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمارستان مقصد ما یا هر بیمارستان واقع در یک شهر می‌گوید.</td>
<td>۵</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>کجا زندگی می‌کنید؟</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمارستان مقصد ما یا هر بیمارستان واقع در یک شهر می‌گوید.</td>
<td>۵</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>کجا زندگی می‌کنید؟</td>
</tr>
<tr>
<td>بیمارستان مقصد ما یا هر بیمارستان واقع در یک شهر می‌گوید.</td>
<td>۵</td>
<td>۵‌بهدید.</td>
<td>کجا زندگی می‌کنید؟</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جمع نمرات خطای ۱۰۰ نمره کل آزمون (مکان است منفی شود)
نام و نام خانوادگی:

سن:

جنس:

76-100 = Normal / 66-75 = Borderline / <66 = Impaired

ممکن است گاهی بیمار قبل از حادثه هم هیچگاه به برخی از سوالات آگاهی نداشت، مثلاً هیچ وقت تاریخ دقیق را حفظ نمی‌کرده است، در این موارد باید در توضیحات مربوط به آن پرسش درج شود که بیمار قبل از آن اطلاعاتی در برای بررسی نمی‌کرد.

نتیجه تست محدوده عمل کنید:

نمره کل بیمار

(مجموع نمرات کسر شده بعلت پاسخ غلط) - (n - 100) = نمره کل بیمار

- اگر نمره کل بیمار در محدوده روبرو باشد محسوب می‌شود

* اگر نمره کل بیمار در محدوده روبرو باشد در مرز

* اگر نمره کل بیمار در محدوده روبرو باشد مختل

66*(100-n) / 100 = Normal

75*(100-n) / 100 = Borderline

Under (66*(100-n) / 100) = Impaired

می‌شود

می‌شود

می‌شود

می‌شود
مقياس عددی درد

نام و نام خانوادگی:

سن:

جنس:

تاریخ تکمیل:

نمره دریافتی:

0–10 Numeric Pain Rating Scale

No pain | Moderate pain | Worst possible pain
The effect of foot reflexology on anxiety in patients undergoing electroconvulsive therapy and complications after it, a clinical trial study

Abstract

Introduction: Electroconvulsive therapy in the psychiatric disorders, due to complications such as severe anxiety caused by invasion, yet has failed to achieve its real position in the field of psychiatry. With regard to the restriction of the use of medicines for anxiety management, a study was conducted in these patients with a purpose to evaluate the effect of reflexology on reducing anxiety and complication after it in patients undergoing ECT.

Methods and materials: The present study was performed as a clinical trial with 68 admitted patients receiving ECT that were randomly assigned into control (n = 34) and intervention groups (n = 34). In the test group, the intervention was measured during three 20-min sessions, and in the control group, the patient leg was massaged for 1 minute using olive oil. The amnesia score of patients was equally measured and compared 30 minutes after ECT at the end of each session by using a (GALVESTON- ORIENTATION-AMNESIA-TEST) questionnaire. The anxiety of patients was measured once before the intervention (reflexology) in both groups, and once again, after the ECT (after consciousness of the patient) at the end of each session, with Spielberger state-trait anxiety inventory (STAI), and pain of the patients was measured and compared using numeric pain scale at 15 min after electroconvulsive therapy at the end of each session in both groups. The data was analyzed by SPSS v.13 using chi-square tests, independent t-test, repeated measurement and Friedman test.

Findings: The results showed the significant effect of the group on amnesia, this means that people who received the intervention were collected over the entire study had a significantly higher score in comparison of control group for score of anamnesis (p=.02). Also, the results showed that at the end of the third session of reflexology, the mean score of state anxiety (s) in the intervention group was had significantly reduced compared to the control group (p<0.05). Comparison of pain between both groups didn’t show a significant difference immediately after intervention, but in the sessions 2 and 3, the pain was significantly decreased in the intervention group (p<0.05).

Conclusion: It expected that non-drug methods such as reflexology that are associated with a few complications are used to reduce the anxiety of patients undergoing electroconvulsive therapy and pain.

Keywords: therapeutic massage, electroconvulsive therapy, anxiety, pain
Title:

The effect of foot reflexology on anxiety in patients undergoing electroconvulsive therapy and complications after it: a clinical trial study

By:

Saeed alinejad machiani

Supervisors:

Dr. Hossein Namdar areshtanab

Dr. Hosssin Ebrahim

Advisers:

Dr. Parvin Sarbakhsh

Dr. Sakineh Goljaryan

Dr. Seyyed Gholamreza Noorazar

2017

Thesis No: 539