

## تأثیر لمس درمانی بر اضطراب قبل از عمل در بیماران زن منتظر عمل جراحی

نیلووفر زلفرنیا<sup>۱</sup>، سیمین کهن<sup>۲\*</sup>، عباس عباس زاده<sup>۳</sup>، نوذر نخعی<sup>۴</sup>، سکینه میری<sup>۵\*</sup>، لاله سلیمانی<sup>۶</sup>

## خلاصه

**مقدمه:** اضطراب قبل از عمل جراحی در بیماران شایع است. کاهش اضطراب به عنوان یک هدف پرستاری می‌تواند در بهبود بیماران تحت عمل جراحی اثر مثبت بگذارد. بررسی در خصوص روش‌های کم عارضه و غیر دارویی می‌تواند راه‌های مفید و کم عارضه را برای آرام‌سازی بیماران قبل از عمل جراحی معرفی نماید. علیرغم معرفی درمان‌های مکمل، به عنوان روش‌های موثر در این زمینه، هنوز مطالعات زیادی لازم است تا سودمندی و مکانیسم اثر آنها را اثبات نماید.

**هدف:** این مطالعه به منظور بررسی اثر لمس درمانی بر اضطراب قبل از عمل جراحی بیماران زن منتظر عمل انجام شده است.

**روش:** نمونه پژوهش ۴۶ نفر زن ۷۰-۱۸ ساله بستری کاندید عمل غیر اورژانسی، در بخش‌های مختلف جراحی بیمارستان شهید محمدی بندرعباس بود. اضطراب بیماران شب قبل از عمل، قبل و بعد از مداخله توسط پرسشنامه اضطراب بک به روش مصاحبه اندازه‌گیری شد. در گروه کنترل به جای لمس درمانی واقعی، فقط پاتومیم آن اجرا و به اضطراب قبل و بعد از مداخله نمره داده شد. زمان سنجش اضطراب توسط پرسشنامه ۱۰ دقیقه و مدت مداخله  $30 \pm 10$  دقیقه و سنجش مجدد اضطراب ۱۰ دقیقه بود. اطلاعات با روش اندازه‌گیری‌های مکرر آنالیز و میانگین اختلاف نمره قبل و بعد در دو گروه آزمون و کنترل با هم مقایسه شد. به دلیل تعامل فاکتور زمان و گروه با یکدیگر، به تفسیر ساده نتایج با استفاده از آزمون t مستقل بسنده شد.

**نتایج:** در این مطالعه اختلاف معنی‌داری بین میانگین اضطراب گروه آزمون و کنترل مشاهده شد. بدین معنی که در گروه آزمون اضطراب کاهش بیشتری را نشان داد ( $p < 0.001$ )

**بحث و نتیجه‌گیری:** لمس درمانی قبل از عمل جراحی می‌تواند سبب کاهش اضطراب بیماران شود. با توجه به اینکه این روش بعنوان یک مراقبت استاندارد پرستاری مورد قبول جامعه پرستاری است و اختلال در میدان انرژی یک تشخیص پرستاری است، لذا پیشنهاد می‌گردد این روش به عنوان یکی از دروس دانشگاهی پرستاران در نظر گرفته شود تا بتوان به نحو احسن در مراقبت‌های پرستاری از آن استفاده شود.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، لمس درمانی، درمان مکمل

- ۱ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۲ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۳ - دکترای آموزش پرستاری، دانشیار گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۴ - دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۵ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۶ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

## مقدمه

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که اضطراب در جوامع مختلف رو به افزایش است. بستری شدن در بیمارستان یکی از مهمترین علل ایجاد استرس در بیماران است. براساس مطالعه‌ای که ووری و هویک (۲۰۰۳) انجام دادند، هشتاد درصد از بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند (مرد و زن) دچار اضطراب می‌شوند و ۷۱ درصد آنها هیچ نوع مراقبت پرستاری یا پزشکی خاصی دریافت نمی‌کنند. اضطراب قبل از عمل در بیماران سنین ۶۵-۱۸، نسبت به دیگر سنین شایع‌تر است [۳۸]. اسکیندر (۱۹۹۹) می‌گوید: ۱۰ درصد بیماران منتظر عمل دارای اضطراب کم هستند و ۳۰ درصد اضطراب متوسط و ۶۰ درصد بقیه اضطراب شدید دارند [۳۴]. اضطراب علائم زیادی دارد از جمله می‌تواند سبب علائم فیزیولوژیک ناخواسته مانند تپش قلب، کوتاهی تنفس، تهوع و استفراغ شود [۳۹]. افزایش ترشح هورمون‌ها، دیس ریتمی، سوء تغذیه، عدم تعادل آب و الکترولیت، کاهش سرعت بهبود زخم از دیگر عوارض اضطراب قبل از عمل می‌باشد [۲۰]. به علاوه اضطراب می‌تواند اعمال جراحی را به تعویق بیندازد [۲۲]. همچنین می‌تواند دوره ریکاوری را طولانی‌تر کرده، و موجب خونریزی و مصرف داروهای بیهوشی و درد بیشتری بعد از عمل شود [۲۵].

راههای زیادی برای کاهش اضطراب وجود دارد ولی موضوع مهم انتخاب بهترین و کم عارضه‌ترین روش می‌باشد. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که انواعی از طب تکمیلی می‌توانند بر اضطراب قبل از عمل موثر باشند. کراش و تاسک (۲۰۰۲) از تصویرسازی و موسیقی که شاخه‌ای از طب تکمیلی است، جهت کاهش اضطراب قبل از اعمال شکمی استفاده کردند و شاهد کاهش درد، اضطراب، طول مدت بستری و مصرف نارکوتیک در گروه آزمون نسبت به کنترل بودند [۳۷]. روش‌های تن‌آرامی نیز برای کاهش اضطراب بسیار موثر هستند [۲۹]. وانگ و کاین (۲۰۰۱) تاثیر طب سوزنی را بر کاهش اضطراب قبل از عمل نشان دادند [۳۹].

لمس‌درمانی نیز یکی از روش‌های طب تکمیلی است که در حرفه پرستاری پیشینه طولانی دارد و در واقع نوعی روش آرام‌سازی است که در حیطه‌های بسیاری نظیر کاهش اضطراب و درد کاربرد دارد [۸]. وایت (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای تحت عنوان تاثیر لمس‌درمانی و ماساژدرمانی بر درد بیماران سرطانی، نشان داد که لمس‌درمانی سبب کاهش معنی‌دار اضطراب و خستگی می‌شود [۳۰]. جکسون (۲۰۰۸) ۱۲ پژوهش را که همه در مورد لمس‌درمانی بودند بررسی نمود. همه آنها نشانگر تاثیر لمس‌درمانی بر کاهش درد و اضطراب بودند [۱۹]. در تحقیقی که گومز و همکاران (۲۰۰۰) انجام دادند نیز کاهش معنی‌دار اضطراب دانشجویان را به دنبال لمس‌درمانی با  $p < 0.05$  نشان دادند [۱۶]. لمس قسمت عمده‌ای از مراقبت‌های پرستاری را به خود اختصاص می‌دهد. لمس معانی مختلفی دارد و اولین معنی که به ذهن می‌رسد لمس پوست به پوست می‌باشد. گاهی وارد محدوده قلمرو جسمی بیمار شدن نیز لمس نامیده می‌شود. منظور از لمس‌درمانی در واقع تماس میادین انرژی دو فرد می‌باشد [۱۳].

لمس‌درمانی اولین بار توسط دورا کانز و دالرز کریگر اساتید دانشگاه پرستاری نیویورک در سال ۱۹۶۰ به جامعه پرستاری معرفی و در سال ۱۹۷۵ به عنوان یک عملکرد پرستاری پذیرفته شد [۳]. اینگبرستون نیز معتقد است لمس‌درمانی یک روش علمی پذیرفته شده در بسیاری از مجامع علمی است [۱۴].

مارتا راجرز از نظریه‌پردازان پرستاری به استناد ترکیبی از مجموعه دیدگاه‌های مطرح در علوم نجوم، فیزیک، زیست‌شناسی، روانشناسی، جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی، معتقد بود انسانها میدانی شبیه میدان الکترومغناطیس اطراف بدن خود دارند که به واسطه آن با محیط خود در تعامل هستند و نظریه میدان انرژی را به جامعه پرستاری معرفی کرد [۴۱]. ویلهم رایشن باخ نیز سالها پیش متوجه نوعی جریان در اطراف بدن انسان شده بود که از طریق سیم قابل انتقال بود و با ولت متر سرعت آنرا اندازه

ارزیابی مجدد: در این مرحله نتیجه کار بررسی می‌شود [۳۲].

طول هر مرحله ۱۰-۵ دقیقه بوده و کل درمان بین ۴۰-۲۰ دقیقه طول می‌کشد [۱۰]. کریگر لمس‌درمانی را یک مداخله موثر پرستاری می‌داند و پرستاران را به استفاده از این روش تشویق می‌کند. وی طی سال‌ها تحقیق متوجه چهار تغییر عمده با درجه اطمینان بالا گردید که عبارتند از: ایجاد یک حالت آرامش که سریعاً برای بیمار رخ می‌دهد، کاهش قابل ملاحظه درد، تسهیل کننده فرایند درمان و تسکین بیماران روانی-جسمی [۱۳].

به دلیل آنکه در لمس‌درمانی نیازی به آسیب پوست و یا وارد کردن وسایلی به حفرات بدن نیست، کاملاً غیر تهاجمی بوده و می‌تواند نیاز بیمار به مصرف دارو را کاهش دهد [۳۳]. رکسیلیوس و ویلکینسون (۲۰۰۲) نیز معتقدند این روش از مهمترین مداخلات پرستاری مفید برای کاهش اضطراب است [۳۱]. پژوهش حاضر در واقع به نوعی از مدل راجرز استفاده می‌کند و هدف از انجام این پژوهش بررسی تاثیر لمس‌درمانی بر اضطراب قبل از عمل جراحی می‌باشد.

## روش

این پژوهش یک مطالعه دو گروه یک سویه کور تجربی بود، که بر روی ۴۶ بیمار زن منتظر عمل الکتیو ۷۰-۱۸ ساله زیر ۷۰ کیلوگرم که در بخش‌های ارتوپدی، جراحی، گوش و حلق و بینی، و چشم بیمارستان بندرعباس بستری بودند، انجام شد. افراد مذکر به دلیل آنکه درمانگر زن بود و بنا به فرهنگ و مذهب حاکم بر جامعه پژوهش و تصور آنکه قرار گرفتن یک زن بر بالین یک مرد به مدت ۳۰ دقیقه بر میزان اضطراب آنها موثر باشد از پژوهش حذف شدند [۷]. به علاوه چون کلیه عمل‌های الکتیو به جز اعمال جراحی ادراری تناسلی به یک میزان اضطراب ایجاد می‌کنند، [۹] جامعه پژوهش با فرض بر اینکه همه دارای یک مقدار اضطراب هستند،

گرفت (۴ متر بر ثانیه) [۲]. در مدل راجرز تاکید اصلی اقدامات پرستاری، ارزیابی تعادل و سینرژی میدان‌های انرژی انسان و محیط است. پرستارانی که از این مدل در مراقبت‌های خود استفاده می‌کنند باید از روش‌هایی چون تصویرسازی هدایت شده، موسیقی، موزیک، مراقبه و لمس‌درمانی جهت متعادل کردن این میدان که شبیه میدان الکترومغناطیس می‌باشد استفاده کنند [۱].

مراقبت‌های پرستاری در چارچوب فرایند پرستاری انجام می‌شود و شامل مراحل بررسی و جمع‌آوری اطلاعات، تشخیص‌های پرستاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی است. تشخیص‌های پرستاری شامل مشکلاتی هستند که پرستار شخصاً اجازه دارد و موظف است که در رفع آنها اقدام نماید. این تشخیص‌ها توسط انجمن ملی پرستاران آمریکا (NANDA) که معتبرترین انجمن پرستاری دنیاست لیست شده‌اند و در کتب پرستاری در اختیار پرستاران قرار دارند. اختلال در میدان انرژی مددجو یکی از این تشخیص‌ها است که پرستار باید در رفع آن با استفاده از مراقبت‌های پرستاری اقدام نماید و یکی از روش‌های متعادل کردن آن لمس‌درمانی می‌باشد [۱۰].

لمس‌درمانی در واقع توزیع و انتقال انرژی از درمانگر به مددجو می‌باشد که با هدف و نیت کمک در جهت پیشبرد سلامتی انجام می‌گیرد [۳]. لمس‌درمانی فرایندی است پیوسته که در چهار مرحله انجام می‌شود: تمرکز، در این مرحله درمانگر از لحاظ روحی و جسمی آرام می‌شود و هوشیارانه بر نیت شفا متمرکز می‌گردد [۱۳].

ارزیابی: مرحله‌ای است که درمانگر دست‌های خود را در یک وضعیت متقارن از سر تا پای بیمار به فاصله ۳-۵ اینچ بالای بدن بیمار حرکت می‌دهد. در این مرحله درمانگر با دست‌های خود که جهت ارزیابی هاله افراد حساس شده و آنرا حس می‌کند ارزیابی می‌شود و محل-های تجمع انرژی یا کاهش انرژی را بررسی می‌کند [۱۱]. متعادل کردن مجدد مددجو: هدف از این مرحله به جریان انداختن انرژی بلوک شده و متعادل کردن مجدد آن است.

کلیه زنان منتظر اعمال الکتیو به جز اعمال جراحی ادراری تناسلی در نظر گرفته شد. محیط پژوهش اتاق‌های چند تخته بیمارستان شهید محمدی بر روی تخت‌های یکسان در بخش‌های مذکور بود. ضمناً هیچکدام از آزمودنی‌ها داروهای ضد اضطراب مصرف نمی‌کردند و از روش‌های دیگری چون تن آرامی و موسیقی نیز استفاده نمی‌نمودند و همه تقریباً در شرایط یکسان قرار داشتند. جهت محاسبه حجم نمونه ابتدا مطالعه مقدماتی بر روی ده مورد گروه کنترل و ۱۳ مورد گروه آزمون انجام شد و سپس با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه در اندازه‌گیریهای مکرر و با در نظر گرفتن  $\alpha=0/05$  و  $\beta=0/2$ ،  $D = \frac{Z_{\alpha} + Z_{\beta}}{1 - \Gamma} \left( \sqrt{\frac{X_1}{X_2}} \right)$  حجم نمونه در هر یک از گروهها ۲۳ نفر به دست آمد [۲۸].

واحدهای پژوهش، توسط روش تصادفی پرتاب سکه به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه، اضطراب بیماران شب قبل از عمل توسط پرسشنامه استاندارد اضطراب بک به روش مصاحبه به مدت ده دقیقه اندازه‌گیری گردید. از شرایط شرکت در پژوهش کسب نمره حداقل ۲۲ بود (اضطراب خفیف به بالا) به همین دلیل بیماران فاقد اضطراب و آنها که نمره زیر ۲۲ داشتند از مطالعه حذف شدند. بلافاصله بعد از سنجش اضطراب، بنا به آنکه بیمار در کدام گروه قرار داشت، لمس‌درمانی واقعی و یا غیر واقعی در شرایطی مشابه به مدت  $10 \pm 30$  دقیقه برای یک نوبت انجام می‌شد. به دلیل اینکه بیماران شب قبل از عمل در بیمارستان بستری می‌شدند و زمان جهت چند بار مداخله وجود نداشت و نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که انجام یک بار لمس‌درمانی نیز موثر می‌باشد [۲۶] تنها یک نوبت مداخله انجام شد. درمانگر طی مداخله واقعی، نخست بر نیت شفا متمرکز می‌شد، سپس دستهایش را بالای بدن بیمار در حالیکه بیمار در وضعیتی راحت در تخت خوابیده نگه داشته و جهت تشخیص میدان انرژی از مراقبه کمک می‌گرفت و بعد به کمک دستهایش با میدان انرژی بیمار ارتباط برقرار می‌کرد. سپس میدان انرژی بیمار را با دست

از سر تا پا بررسی می‌نمود. در این روش دستها موازی بدن مانند بالهای پروانه حرکت می‌کند ولی تماسی با پوست بیمار برقرار نمی‌شود. بدین ترتیب درمانگر متوجه نقاط تجمع یا کاهش انرژی در مناطق خاص هاله می‌شد که به آن نقاط گرم یا سرد گفته می‌شود (لازم به ذکر است که درمانگر دستهای حساس دارد و برای حس کردن هاله تمرینهای لازم را انجام داده است). بیماران مضطرب تجمع انرژی (نقاط گرم) در ناحیه سر و جناغ سینه و کاهش انرژی (نقاط سرد) در ناحیه پائینی ستون مهره‌ها را نشان می‌دادند. درمانگر بعد از بررسی، این عدم تعادل انرژی را با استفاده از انرژی‌هایی که از محیط می‌گرفت متعادل می‌نمود. در مورد گروه کنترل، همکار پژوهشگر فقط پانتومیم مداخله را انجام می‌داد و هیچگونه اطلاعی از این روش نداشت ضمناً بیماران نیز هیچگونه اطلاعی از این امر نداشتند که کدامیک تحت لمس‌درمانی واقعی قرار گرفتند. بلافاصله بعد از انجام مداخله به اضطراب بیماران با همان پرسشنامه به روش قبل نمره داده می‌شد. پرسشنامه استاندارد بک شامل ۲۱ عبارت می‌باشد که بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت، ابدأ = ۰ خفیف = ۱ متوسط = ۲ شدید = ۳ نمره گذاری شد. یعنی به افرادی که ابدأ اضطراب نداشتند نمره صفر آنها که اضطراب خفیف داشتند نمره ۱ و آنها که اضطراب متوسط داشتند نمره ۲ و آنها که اضطراب شدید داشتند نمره ۳ داده می‌شد. این پرسشنامه در تحقیق‌های پژوهشگران دیگر در ایران استفاده شده و در سایت‌های معتبر دنیا منتشر گردیده است [۲۳ و ۳۵].

اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، وزن، تحصیلات، وضعیت تاهل، میزان درآمد، محل زندگی (شهر یا روستا) بود. اطلاعات مربوط به متغیرهای نوع عمل، آشنائی قبلی با لمس‌درمانی تجربه عمل قبلی، سابقه مصرف داروهای ضد اضطراب، سابقه فشارخون، و نبض و فشار خون نیز در ضمن تکمیل پرسشنامه جمع‌آوری شدند.

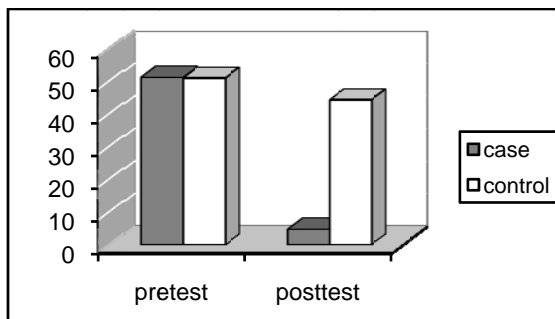
تحصیلات، وجود نداشت و احتمالاً کاهش اضطراب به دلیل انجام مداخله می‌باشد.

مقایسه میانگین نمرات اضطراب قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل در بیماران منتظر عمل الکتیو در بیمارستان شهید محمدی شهر بندر عباس در سال ۱۳۸۳

گروه	میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله	میانگین نمره اضطراب بعد از مداخله	میانگین اختلاف نمرات قبل و بعد
آزمون	۵۱/۴۳	۴/۸۳	۴۶/۶۱
کنترل	۵۱/۲۶	۴۴/۵۲	۶/۷۴
نتیجه آزمون	* $P > 0.05$		** $P < 0.001$

مقایسه نمرات اضطراب قبل از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از آزمون  $t$  اختلاف معنی‌داری را نشان نداد ( $p > 0.05$ ). میانگین نمره اضطراب بعد از انجام مداخله در هر دو گروه در مقایسه با قبل از انجام مداخله با استفاده از آزمون  $t$  زوج اختلاف معنی‌دار نشان داد. ولی کاهش اضطراب در گروه آزمون به طور متوسط ۴۶/۶۱ و در گروه کنترل به طور متوسط ۶/۷۴ بود که مقایسه‌ی دو نمره با استفاده از آزمون  $t$  مستقل اختلاف معنی‌دار نشان می‌دهد ( $p < 0.001$ ). قابل ذکر است که نمره پایه اضطراب در این پژوهش ۲۲ یعنی اضطراب خفیف به بالا بوده است (نمرات ذکر شده میانگین نمراتی است که به اضطراب بیماران در هر گروه به وسیله پرسشنامه اضطراب بک داده شده است).

مقایسه اضطراب در دو گروه آزمون و کنترل قبل و بعد از مداخله



در این نمودار ستونی مقایسه ساده اثر دو روش لمس‌درمانی واقعی و لمس‌درمانی غیر واقعی نشان داده

جهت پی بردن به سازگاری درونی پرسشنامه بک به عنوان شاخص پایایی پرسشنامه، ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه تعیین شد و ۰/۷۴ بود که از حداقل قابل قبول (۰/۷) بیشتر بود [۲۷]. جهت مقایسه متغیرهای کمی بین دو گروه مستقل از آزمون  $t$  و در گروه‌های زوجی از آزمون  $t$  زوج و جهت مقایسه متغیرهای اسمی از آزمون مجذور کای استفاده گردید. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت مقایسه تأثیر دو روش لمس‌درمانی واقعی و لمس‌درمانی غیر واقعی بر اضطراب بیماران (نمره نهایی پرسشنامه بک) از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر طرح مخلوط استفاده شد [۲۴]. که به علت وجود اثر متقابل (تداخل)، اثرات ساده تفسیر گردیدند. به این شکل که میانگین تفاضل نمره‌های اضطراب قبل و بعد در دو گروه آزمون و کنترل با آزمون  $t$  مستقل مقایسه گردید. تحلیل آماری توسط نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۱/۵ انجام شد. از آنجا که در متون معتبر روان‌پزشکی به منظور سنجش کاهش اضطراب با نمره پرسشنامه بک، کمی برخوردار شده است در این تحقیق نیز، مقایسه اضطراب در قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون‌های مرتبط با متغیرهای کمی برخوردار شده است [۲۱].

## نتایج

بر اساس اطلاعات جمع‌آوری شده، دو گروه آزمون و کنترل در هیچ یک از متغیرهای کمی و کیفی، از جمله سن، وزن، فشار خون، تعداد ضربان قلب، آشنائی قبلی با لمس‌درمانی، تجربه عمل قبلی، سابقه مصرف داروهای ضد اضطراب، سابقه فشار خون، وضعیت تاهل، محل سکونت (شهر، روستا) و میزان تحصیلات اختلاف معنی‌داری را نشان ندادند و با یکدیگر همگن بودند. به علاوه همه منتظر عمل جراحی مینور بودند.

ضمناً کاهش اضطراب در گروه آزمون هیچ ارتباط معنی‌داری با سن، آشنائی قبلی با لمس‌درمانی، تجربه قبلی عمل جراحی، سابقه مصرف داروهای ضد اضطراب، سابقه فشارخون، وضعیت تاهل، محل سکونت و میزان

شده است. میزان اضطراب اولیه در دو گروه آزمون و کنترل تقریباً برابر است و اختلاف میان آنها معنی‌دار نیست. ولی بعد از انجام مداخله در گروه آزمون کاهش شدید اضطراب مشاهده می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

مشخصات کمی و کیفی دو گروه آزمون و کنترل از طریق آزمون t و مجذور کای با هم مقایسه شدند و مشخص شد که دو گروه با هم در هیچ موردی تفاوت معنی‌دار ندارند، و دو گروه از نظر خصوصیات زمینه‌ای همگن بودند، لذا می‌توان نتیجه گرفت که تاثیرات مشاهده شده به دلیل انجام مداخله بوده و به دلیل خصوصیات گروه‌ها نمی‌باشد [۱۶].

میانگین نمره اضطراب قبل از مداخله در گروه آزمون ۵۱/۴۳ و در گروه کنترل ۵۱/۲۶ بود که با استفاده از آزمون t و با توجه به  $p > 0/05$  تفاوت معنی‌داری را نشان نداد و این نشانه جور بودن دو گروه از لحاظ میزان اضطراب قبل از مداخله می‌باشد.

اضطراب قبل از مداخله در گروه آزمون ۸۱/۶٪ و در گروه کنترل ۸۱/۳٪ بود، که نسبت اضطراب برای بیماران منتظر عمل الکتیو بسیار بالا می‌باشد (نمراتی که از پرسشنامه بدست آمده بر اساس درصد محاسبه شده است). کولینز (۱۹۹۳) می‌گوید: میزان اضطراب بیماران منتظر اعمال الکتیو ۵۰-۶۰٪ می‌باشد و نسبت‌های بالاتر را مربوط به عمل‌های اورژانسی و بدخیمی‌ها می‌داند [۱۲]. البته قابل ذکر است که درصد ذکر شده مربوط به هر دو جنس است. تحقیق لاورنیا و کورسز (۲۰۰۳) که در آمریکا انجام شد، نشان داد که زنان بیشتر از مردان دچار اضطراب می‌شوند [۲۲] و تفاوت نسبت اضطراب در پژوهش حاضر و کولینز شاید به این دلیل باشد که شرکت‌کنندگان در این مطالعه همه زن بودند. از دلایل دیگر می‌توان سطح سواد پائین عدم آگاهی و عدم اعتماد به سیستم مراقبتی بهداشتی را نام برد. ضمناً کمبود پرسنل و ناکافی بودن تعداد پرستاران و ارتباط کم با بیمار و عدم بیان ترس‌ها

سبب افزایش اضطراب می‌شود. میانگین اضطراب واحدهای پژوهش در این مطالعه بسیار بالاست. بنا به اظهار پرسنل پرستاری بخش‌های مذکور چنانچه بیمار از اضطراب شدید خود شاکی باشد یک قرص دپازپام ۵ میلی‌گرم دریافت می‌نماید. بیمارانی که در این مطالعه شرکت داشتند همگی بر این تصور بودند که این حالت طبیعی است و باید به نحوی با آن سر کنند. و بعضی هم بنا به فرهنگ خاص خود، از اظهار اضطراب خود اکراه داشتند و نهایتاً هیچگونه مداخله‌ای جهت کاهش اضطراب آنها انجام نمی‌شد. این می‌تواند برای بیماران عواقب بدی را به همراه داشته باشد و دقت و توجه بیشتری را در امر مراقبت از بیماران طلب می‌کند. شاید یکی از علت‌های مصرف مسکن‌های زیاد بعد از عمل نیز همین اضطراب زیاد قبل از عمل باشد.

اختلاف بین میانگین اضطراب در دو گروه، که با استفاده از آزمون t مستقل محاسبه شده است، معنی‌دار می‌باشد. یعنی در مقایسه، تأثیر دو روش لمس‌درمانی واقعی و روش لمس‌درمانی غیر واقعی با استفاده از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر (طرح مخلوط)، اختلاف معنی‌دار می‌باشد. ( $p < 0/001$ ). به علت شدن تداخل دو فاکتور زمان و گروه تحلیل آماری ساده انجام شد. جهت تحلیل ساده و پاسخ به این که میزان اضطراب در کدام گروه بیشتر بوده است، ابتدا تفاضل نمرات قبل و بعد در دو گروه به طور جداگانه محاسبه و نتایج میانگین این تفاضل‌ها با استفاده از آزمون t مستقل تحلیل شد که اختلاف معنی‌دار به دست آمد. گانگ و توی (۱۹۹۴) در تحقیق خود با عنوان بررسی تأثیر لمس‌درمانی و تن‌آرامی بر اضطراب نیز به نتایج مشابهی دست یافتند [۱۶]. همچنین کاهش اضطراب در گروه کنترل نیز به میزان اندک مشاهده شد که می‌توان آنرا به این دلیل دانست که چون بیمار خود را آماده دریافت نوعی درمان می‌کند، انتظار بهبود دارد و تغییراتی نیز در اضطراب ایشان مشاهده می‌شود و این می‌تواند سهم تلقین باشد. ترنر (۱۹۹۸) در مطالعه خود کاهش اضطراب را به میزان اندک در گروه

کنترل مشاهده نمود. کاهش اضطراب در گروه کنترل شاید به این دلیل باشد که برای هر دو گروه از موسیقی هم استفاده شده بود و کاهش اضطراب در گروه کنترل را سهم آرام کننده موسیقی می‌داند [۳۶]. هینز (۱۹۹۲) می‌گوید: حضور پرستار بر بالین بیمار می‌تواند مایه آرامش و دلگرمی وی باشد و اضطراب بیمار را اندکی کاهش دهد [۱۸]. هدایت، گانگ و توی، واردل، جیسون، وایت، انگل و اسمیت نیز کاهش اضطراب را در گروه کنترل مشاهده نموده بودند. نکته مهم معنی‌دار بودن تفاوت کاهش اضطراب در دو گروه آزمون و کنترل می‌باشد. با توجه به کاهش اضطراب در گروه کنترل (هر چند به میزان کم)، که شاید به دلیل حضور پرستار بر بالین بیمار باشد، پرستاران شاغل در بخشهای جراحی می‌توانند از این نتیجه عالی بدون هیچ گونه زحمت و صرف هزینه، جهت کاهش اضطراب بیمارانشان استفاده کنند. نمودار ستونی به مقایسه ساده اثر دو روش لمس‌درمانی واقعی و لمس‌درمانی غیر واقعی می‌پردازد. میزان اضطراب اولیه در دو گروه آزمون و کنترل تقریباً برابر است و اختلاف میان آنها معنی‌دار نیست. ولی بعد از انجام مداخله در گروه آزمون کاهش شدید اضطراب مشاهده می‌شود و میزان آن از ۵۱/۴۳ به ۴/۸۳ می‌رسد. در گروه کنترل میزان اضطراب از ۵۱/۲۶ به ۴۴/۵۲ می‌رسد و این کاهش تفاوت معنی‌داری ندارد. بدین ترتیب می‌توان گفت احتمالاً لمس‌درمانی می‌تواند اضطراب بیماران را در قبل از اعمال جراحی غیر اورژانسی کاهش دهد و چنانچه پرستاران این روش را آموخته باشند، با استفاده از آن می‌توانند بدون استفاده از دارو اضطراب بیمارانشان را کاهش دهند. وانگ و کاین (۲۰۰۱) جهت کاهش اضطراب قبل از عمل از طب سوزنی استفاده کردند و کاهش معنی‌دار اضطراب را در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل مشاهده کردند [۳۹]. کراش و تاسک (۲۰۰۲) نیز با مطالعه‌ای که بر روی بیماران منتظر اعمال روده‌ای انجام دادند تأثیر موزیک و تصویرسازی ذهنی بر میزان اضطراب را بررسی نمودند و شاهد کاهش اضطراب

و درد بعد از عمل و کاهش مصرف مواد نارکوتیک بعد از عمل در واحدهای پژوهش بودند [۳۷]. وایت (۲۰۰۳) نیز در تحقیق خود که بر روی درد و اضطراب بیماران سرطانی انجام داده بود کاهش اضطراب در گروه آزمون را با  $p < 0.05$  نسبت به گروه کنترل مشاهده کرد [۳۰]. رایت و کرام در سال ۱۹۹۷ تأثیر آنرا در بیماران مضطرب بررسی کردند و متوجه شدند لمس‌درمانی باعث کاهش انقباض عضلانی و اضطراب می‌شود [۴۰]. گانگ و توی (۱۹۹۴) طی تحقیقی که در مرکز درمانی ارتش در آمریکا انجام دادند نیز تأثیر مثبت لمس‌درمانی بر اضطراب را مشاهده کردند [۱۶]. تحقیق انگل نشان داد که ضربان قلب و اضطراب بیماران بعد از لمس‌درمانی کاهش یافته است [۱۵]. در ایران نیز روانی‌پور (۱۳۸۱) تأثیر لمس‌درمانی را بر کاهش اضطراب کودکان قبل از تزریقات وریدی بررسی کرد و به نتیجه مثبتی دست یافت [۵]. روانی‌پور و فرخشاهی (۱۳۸۱) تأثیر این روش را بر کاهش درد نیز بررسی کرده و به نتایج مثبتی رسیدند [۶]. ذولفقاری و همکاران (۲۰۰۸) طی پژوهشی کاهش معنی‌دار اضطراب و فشار خون و نبض در اثر لمس‌درمانی در بیماران تحت کاتتریزاسیون قلبی را مشاهده نمودند [۴]. جکسون (۲۰۰۸) ۱۲ پژوهش را که همگی تأثیر لمس‌درمانی بر کاهش اضطراب را بررسی کرده بودند مورد تجزیه تحلیل قرار داد. نتایج تحقیق‌ها در همه آنها مشابه تحقیق حاضر بود و کاهش معنی‌دار اضطراب در گروه لمس‌درمانی را نشان می‌داد [۱۹]. قابل ذکر است به دلیل آنکه مطالعه در گروه خاص و مقطع زمانی کوتاهی انجام شده است، مداخله فقط یکبار انجام شد و شاید نتایج به طور موقتی قابل استفاده باشند. اگرچه بهتر بود چندین نوبت مداخله انجام می‌شد، ولی نتایج نشان داده‌اند که یک بار لمس‌درمانی هم نتیجه مثبتی داشته است [۲۶].

در پایان باید اشاره کرد اگر محدودیت وقت وجود نداشت و ضمناً امکان کنترل کلیه عوامل مداخله‌گر دیگر از جمله مدت عمل، داروهای مصرفی و... بر عوارض بعد

بہتر بیمار می‌شود، همچنین در درمان بسیاری از مشکلات روحی و روانی بیمار مؤثر می‌باشد. لذا با توجه به نتایج مثبت لمس‌درمانی بر کاهش اضطراب و اینکه لمس به عنوان یکی از مفاهیم اصلی پرستاری است پیشنهاد می‌شود از این روش غیر تهاجمی و غیر دارویی که عارضه جانبی اثبات شده‌ای ندارد و بیمار نیز از کاربرد آن احساس آرامش می‌کند، در درمان اضطراب بیماران استفاده شود و نسبت به آموزش این روش به پرستاران اقدام گردد.

### تشکر و قدردانی

از ریاست محترم بیمارستان شهید محمدی بندرعباس و مترون محترم و کلیه پرستاران عزیز بیمارستان که در انجام این تحقیق ما را یاری دادند و همچنین استاد بزرگوار مصطفی هاشمی که تکنیک لمس‌درمانی را به پژوهشگر آموختند تشکر و قدردانی می‌گردد.

از عمل وجود داشت، بررسی بعضی از متغیرها مثل میزان استفاده از مسکن‌ها، طول مدت بستری، و سرعت بهبود زخم سودمند بود لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به این نکات نیز توجه شود.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میزان اضطراب در بیماران منتظر عمل الکتیو بسیار بالاست و میزان آن در بیمارانی که لمس‌درمانی واقعی را دریافت کرده بودند نسبت به آنها که فقط پاتومیم آن برایشان اجرا شده بود، کاهش بیشتری را نشان داد و این فرض تحقیق را تأیید می‌کند.

البته باید توجه داشت که حضور پرستار بر بالین بیمار و برقراری ارتباط با وی می‌تواند به تنهایی سبب کاهش اضطراب بیمار شود و کاهش اضطراب در گروه کنترل موید همین نکته است. باید در نظر داشت که پرستار در تشخیص و درمان بسیاری از مشکلات بیمار نقش اساسی و مؤثری دارد. لمس‌درمانی نه تنها باعث ارتباط مؤثر بین بیمار و پرستار می‌گردد، بلکه منجر به یادگیری بیشتر و

### منابع

۱. اگلتن کالمرز، هلن کالمرز. کاربرد عملی مدل‌های پرستاری. ترجمه: رسول تبری. تهران: نشر بشری، ۱۳۸۰، ص ۷۰-۶۰.
۲. باربارا آن برن. هاله درمانی با دستان شفا بخش. ترجمه: مهیار جلالیانی. تهران: انتشارات جیحون. ۱۳۸۰، ص ۱۳۲-۴۰.
۳. حضرتی، مریم، معطری، مرضیه. آیت الهی، محمد تقی. بررسی تاثیر لمس درمانی و فیزیو تراپی بر کاهش کمر درد، خلاصه مقالات سمینار سراسری مفاهیم و تئوری‌های پرستاری. ۱۳۷۵، صفحه ۲۵.
۴. ذولفقاری، میترا. احمدی، فضل الله. بررسی تاثیر دو روش آرام سازی پیشرونده عضلانی و لمس درمانی بر اضطراب و علایم حیاتی و بروز دیس ریتمی های قلبی بیماران تحت کاتتریسیم قلبی، خلاصه مقالات سمینار سراسری طب تکمیلی ساری. ۱۳۸۶، ص ۱۵۶.
۵. روانی، پور مریم. بررسی تاثیر لمس درمانی بر درد بعد از عمل جراحی سزارین، طب جنوب. شهریور ۱۳۸۳، شماره ۷، ص ۳۹-۳۴.
۶. فرخشاهی، جهانبخش. محمدی، نودر. بررسی تاثیر تکنیک لمس درمانی بر تسکین درد بیماران بستری در بخش جراحی، همایش سراسری درد دانشکده پرستاری دانشگاه شاهد تهران. ۱۳۸۱، ص ۲۸.
۷. معاریان ربابه. مفاهیم و نظریه های پرستاری. تهران: مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۴، ص ۱۸۰.
۸. نویدی، علی اصغر. انرژی درمانی حقیقت یا مجاز، مجله درد تهران. ۱۳۸۱، شماره ۱۳، ص ۵۳-۵۲.
- 9- Barash G, Cullen B, Stoelting RK, Stock CM. Clinical Anesthesia. 6<sup>th</sup> ed. Washington: Lippincot co 2006; pp110-115.



- 10- Brunner L, Suddarth D, Smeltzer S . Medical surgical nursing. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincot Williams wilkins 2004; pp117-118.
- 11- Chaitow L. Palpation Skills(Assessment And Diagnosis Throgh Touch).2<sup>ed</sup>. New York: Churchil Livingston 2000; pp392.
- 12- Colins Vj. Principles of intra venues anesthesia non bacterials-non narcotics. Philadelphia: Lea& Fobice Co 1993; pp86.
- 13- Dossy B, Keegan L, Guzzetta C. Holistic Nursing , A Hand Book For Practice.3<sup>ed</sup>. Maryland: Aspen Publication 1995;
- 14- Engeberston J, Wardel D. Biological corrolates of Reiki touch healing. Journal advanced nursing 2001; 33(4): 439-445.
- 15- Engle Vf, Gerany Mj. Biobehavioral Effect Of Therapeutic Touch. Nurse Scholarship 2000; 32(3): 287-93.
- 16- Gang D,Toys R. The Effect Of Therapeutic Touch And Relaxation In Reducing Anxiety. Archives Of Psychatric Nursing 1994; 8(3): 184-189
- 17- Gomes VM, Silvia CM, Araujo EA. Geradual effects of therapeutic touch in reducing anxiety in university students. Rev Bras Enferm 2000; 61: 841-6.
- 18- Hinze M. The Effect Of Therapeutic Touch And Acupresure On Exprimentally Induced Pain. Dissertatoin Abst International. 49,4755b. University Micro Films. No: 8901377, 1992; 5-6.
- 19- Jackson E, Kelley M, Neil PMc , Meyer E, Schlegel L, Eaton M. Dose therapeutic touch help reduce pain and anxiety in patients with cancer?Clin J Nurs 2008; 12: 113-20.
- 20- Kabka A. Anxiety And Surgery[serialonline].2002, Availablefrom: URL:http: //www. Weslwyan. Edu/Synthesis. Com.
- 21- Kain Zn, Mayes Lc. Sleeping Charectristics Of Children Undergoing Outpatient Elective Surgery .j Anesthesiology 2002; 97(5): 1093-1101.
- 22- Lavernia J,Carlo SC. Feer And Anxiety Strong Respons For Delaying Surgery. Jour todays News 2003; 54: 233-44.
- 23- Makaremi A. Relation Of Depression And Anxiety To Personal And Academic Problems Among Iranian Colleg Students. Psychol Rep 2000; 87(2): 693 –698.
- 24- Munro Bh. Statistical Metods For Health Care Research. Philadelphia: Lippincit Co. 1997; PP110-112
- 25- Naparastek B. Successful Surgery.[seril on line]2000; Availablefrom:URL:http: //www. Heath Jour Nurs. Com.
- 26- Newshan C, Schuller C, Donna l. Clinical Study Shows Value Of Therapeutic touch. Holistic Nursing 2003; 17(4): 189-192.
- 27- Nunnally JC, Bernstein IH .Psychometric theory. 3th edit. New York: McGraw-Hill 1994; PP245.
- 28- Overral JE,Doyele SR. Stimating Sample size for Repeated Mesurment Designe. Philadelphia :pont clin jou1994; 15: 100-123.
- 29- Palermo T. Prediction Of Childrens Post Operative Pain,the role of presurgical expectation and anticipatory emotions. Pediatric Psychology jou 1996; 21:683-693.
- 30- Post-White J,Kinny EM,Savik K,Gau BJ ,Wilcox C,Lerner I. Therapeutic massege and healing touch improve symptoms in cancer. Integr Cancer Ther 2003; 2: 332-44.
- 31- Rexilius SJ,Mundt CA,Erickson MM,Agrawal S. Therapeutic effect of massege therapy and healing touch on care giver of patients undergoing autologous hematopoietic stem cell transplant. Oncolo Nurse Forum 2002; 29: 35-44.
- 32- Roith R, Craven F, Hirnel J. Fundamental Of Nursing (Human Healths And Function ). Philadelphia: Lippincot Co 2000; PP467-469.
- 33- Rosdahl Cb,Kowalaski MT.Textbook Of Basic Nursing. 9<sup>th</sup>ed. Philadelphia: Jb Lippincot Co. 2007; PP:978.

- 34- Schinder S. Sleep Disorders. Clinical review Jour 1999; 10(1): 265.
- 35- Tashakkori A ,Barefoot J , Mehryar Ah. What Does The Beck Depression Inventory Measure In College Students? Clin Psychol 1989; 45(4): 595 –602.
- 36- Turner JG,Clark AJ,Gauthier D,Williams M. The Effect Of Therapeutic Touch On Pain And Anxiety In Burn Patients. Advanced Jur Nursing1998; 28(1): 10-16.
- 37- Tusek DL, Chruch JM,Strong SA. Intervention Using Un Assistea Music With Guided Imagary Before During And After Surgery. Indiana: Fort Wayne Co 2002; PP390-398.
- 38- Vaeroy H,Hoivik B,Jull M. Prevalence Of Depression Among General Hospital Surgical In Patient. Nord j Psychiatry2003; 57(1): 6-13.
- 39- Wang Sm,Kain ZN,Peloquin C. The Use Auricular Acupancture To Reduce Preoperative Anxiety. Anesth Analg 2001; 93(5): 1178-1180.
- 40- Wirt Dp, Cram Jr. Multysite Electromyographic Analysis of Therapeutic Touch And Qiqong Therapy. Alternativ Complementary Medicin1997; 3(2): 109-118.
- 41- Zerowekh J, Claborn L. Nursing today. London: WB Sundersco. 2000; PP278-290.