

## تأثیر لمس درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر

مهدی طاهری<sup>۱\*</sup>، فریدون یاریاری<sup>۲</sup>، محمد مولوی<sup>۳</sup>

### چکیده:

**مقدمه:** سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم آن نقش مهمی ایفا می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر لمس‌درمانی بر اضطراب حالت و صفت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** روش این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه‌ی پژوهش شامل ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی مرتبط با سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر که برای هر دو گروه تجویز شد، چهار جلسه (هفته‌ای یک جلسه) تحت لمس‌درمانی نیز قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیل‌برگر بود. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون من‌ویتنی یو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه مداخله و کنترل در اضطراب حالت تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارتی لمس - درمانی اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را به صورت معناداری کاهش داد. همچنین علیرغم اینکه لمس‌درمانی در این پژوهش باعث کاهش اضطراب صفت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر شد، اما این کاهش از نظر آماری معنادار نبود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش می‌تواند نقطه‌ی شروعی برای انجام پژوهش‌های بیشتر در این زمینه و در صورت تأیید، استفاده از لمس‌درمانی برای کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** لمس‌درمانی، اضطراب، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر

<sup>۱\*</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

Email: taheri.20000@yahoo.com

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرج، کرج، ایران.

**مقدمه:**

سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> یکی از اختلال‌های عملکردی دستگاه گوارش است که با تغییر اجابت مزاج و درد یا ناراحتی شکمی بدون وجود اختلال‌های ساختاری قابل شناسایی مشخص می‌شود. این سندرم فاقد الگوریتم تشخیصی کلینیکی یا پاراکلینیکی است و تشخیص آن بر اساس رد علل عضوی، اختلال‌های گوارشی دیگر و تطبیق علائم بیماری با معیارهای تأیید شده صورت می‌گیرد (۱). دامنه‌ی شیوع سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر بین ۲/۱ تا ۲۲ درصد قرار دارد (۳،۲). با وجود شیوع بالای این سندرم سبب‌شناسی آن هنوز به خوبی مشخص نیست و در حد چند فرضیه در مورد نقش احتمالی فعالیت‌های غیر طبیعی روده، عدم کارایی اعصاب مرکزی و محیطی، اختلال‌ها و عوامل روان‌شناختی، عوامل داخل مجرای (۵،۴)، ژنتیک و عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی باقی مانده است (۶). عوامل روان‌شناختی در سبب‌شناسی و تشدید علائم سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر نقش مهمی دارند، به گونه‌ای که در چهارمین متن تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، این سندرم در طبقه‌ای تحت عنوان عوامل روان‌شناختی مؤثر بر بیماری‌های طبی آورده شده است (۷). پژوهش‌های زیادی همراهی عوامل روان‌شناختی و اختلال‌های روانی با سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را تأیید کرده است (۸). برای نمونه، بلانچارد<sup>۲</sup> و همکاران در یک پژوهش گسترده به این نتیجه رسیدند که ۵۵ درصد از بیماران مبتلا سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر دارای حداقل یک اختلال روانی در محور I هستند (۹). در بین اختلال‌های روانی، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر شیوع بالاتری دارد (۱۳-۱۰). در این راستا، صولتی دهکردی و همکاران و کیفر و بلانچارد<sup>۳</sup> در بررسی نقش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر به این نتیجه رسیدند

که در بین افراد مبتلا به این سندرم، اضطراب به طور معناداری بالاتر از گروه گواه است (۱۵،۱۴). با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر با اضطراب در ارتباط است و به طور معمول علائم بیماران مبتلا به این سندرم در طول یا بعد از دوره‌ای از اضطراب و فشار روانی ظاهر می‌شود (۹). نتایج مطالعه‌ای سون<sup>۴</sup> و همکاران که به منظور بررسی عوامل خطرناک سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر انجام شد، نشان داد که فشارروانی و اضطراب به طور مستقل با افزایش شیوع این سندرم در ارتباط است (۱۶).

اضطراب و اختلال‌های مرتبط با آن برای جامعه و اشخاص مبتلا به آن بسیار پر هزینه است به گونه‌ای که این اختلال‌ها با دو برابر میزان متوسط هزینه‌های پزشکی، مشکلات مربوط به کار و نگرانی‌های بین فردی شدید رابطه دارد (۱۵). در یکی از مهم‌ترین تقسیم‌بندی‌ها اضطراب به دو سطح صفت و حالت<sup>۵</sup> تقسیم می‌شود. اضطراب صفت ویژگی فردی پایدار و نسبتاً باثباتی است که فرد را مستعد تجربه اضطراب در اکثر مکان‌ها و موقعیت‌ها می‌کند. در مقابل اضطراب حالت بیان‌گر تفاوت‌های فردی گذرا و موقتی در احساسات ذهنی تنش و نگرانی است. به طور کلی به نظر می‌رسد اضطراب صفت متأثر از آمادگی و استعدادها پایه باشد، در حالی که اضطراب حالت منعکس‌کننده احساس افراد در لحظه است (۱۷).

با وجود شیوع بالای سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر در حال حاضر درمانی که بر روی تمام علائم و اختلال‌های روان‌شناختی همراه این سندرم تأثیرگذار باشد وجود ندارد و بسیاری از بیماران و پزشکان از میزان اثربخشی درمان‌های دارویی و پزشکی رضایت ندارند (۶). این موضوع سبب می‌شود که تعداد زیادی از این بیماران درمان‌های مکمل<sup>۶</sup> را جستجو کنند (۱۸). لمس درمانی<sup>۷</sup> یکی از درمان‌های مکمل است که برای اولین بار در سال ۱۹۷۵ توسط

<sup>4</sup> Son<sup>5</sup> Trait & state<sup>6</sup> Complementary Therapies<sup>6</sup> Therapeutic Touch<sup>1</sup> Irritable bowel Syndrome<sup>2</sup> Blanchard<sup>3</sup> Keefer & Blanchard

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک پذیر که طی اردیبهشت تا خرداد ۱۳۸۹ به بیمارستان شهید رجایی کرج و یک مطب خصوصی در شهر کرج مراجعه کردند انجام شد. نمونه‌ی پژوهش ۲۴ نفر تعیین و افراد نمونه با استفاده از روش در دسترس انتخاب شدند. پس از تصویب طرح پژوهش در شورای آموزشی دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی تهران، با توجه به تعداد زیاد بیماران گوارشی و حضور بیماران با ویژگی‌های جمعیت شناختی گوناگون در بیمارستان شهید رجایی کرج و مطب ذکر شده، این دو مکان برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش انتخاب شدند و هماهنگی‌های لازم برای همکاری با پژوهش‌گر انجام شد. روند کار به این صورت بود که هر بیماری که تشخیص قطعی سندرم روده‌ی تحریک پذیر دریافت می‌کرد به پژوهش‌گر ارجاع داده می‌شد. پژوهش‌گر پس از بررسی ملاک‌های ورود به پژوهش (داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، گذشتن حداقل یک سال از شروع علائم سندرم روده‌ی تحریک پذیر (این ملاک برای کمک به تشخیص قطعی سندرم روده‌ی تحریک پذیر اعمال شد، نداشتن اختلال جسمی یا روان‌شناختی به استثنای سندرم روده‌ی تحریک پذیر و کسب حداقل نمره‌ی ۳۲ در پرسشنامه‌ی اضطراب حالت و صفت اسپیل برگر)، در صورت تأیید امکان شرکت بیمار در پژوهش، اهداف و روند اجرای پژوهش را برای وی توضیح می‌داد، در صورت تمایل بیمار به شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی (قابل ذکر است که در رضایت‌نامه علاوه بر اهداف و روند پژوهش، قید شده بود که بیمار برای عدم شرکت در پژوهش و قطع همکاری در هر مرحله از پژوهش حق انتخاب دارد و پژوهش‌گر در قبال هر گونه خطر احتمالی مرتبط با انجام مداخله باید پاسخگو باشد) شرکت در پژوهش توسط بیمار تکمیل می‌شد و مشخصات فرد در لیست افراد نمونه ثبت می‌شد. پس از کامل شدن تعداد بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، از همه‌ی بیماران خواسته شد تا به پژوهش‌گر مراجعه کنند. در

کریگر<sup>۱</sup> مطرح شد (۱۹). اساس لمس درمانی بر این فرض استوار است که همه موجودات زنده میدان‌هایی از انرژی و جزیی از یک میدان انرژی بزرگتر هستند. این میدان‌های انرژی در حال تعامل با یکدیگر بوده و در حالت طبیعی در تعادل کامل به سر می‌برد. عدم تعادل در این میدان‌ها منجر به بیماری و اختلال می‌شود. درمان‌گر با عبور دادن دست‌هایش از روی بدن بیمار می‌تواند این عدم تعادل انرژی را کشف کرده و با ایجاد تعادل در آنها فرایند بهبودی را در فرد بیمار تسهیل کند (۲۰). لمس درمانی بر یافته‌های پژوهشی بسیاری استوار است، قابل یادگیری بوده و توسط خود بیمار نیز قابل اجرا می‌باشد و در ضمن، عوارض جانبی برخی از داروها را نیز ندارد (۲۱). پژوهش‌ها اثر بخشی لمس درمانی را در کاهش اضطراب و فشارروانی (۲۲-۲۵)، کاهش درد (۲۶-۳۱)، بهبود اختلال‌های عفونی و پوستی (۳۲)، تسهیل عملکرد سیستم ایمنی (۲۶)، استئوآرتریت زانو (۳۳)، علائم رفتاری بیماران مبتلا به آلزایمر (۳۴، ۳۵)، ارتقای آرامش و خواب بیماران (۳۶)، کاهش رفتارهای تکانشی در کودکان مبتلا به بیش‌فعالی (۳۷)، استرس و ناآرامی کودکان بستری در بیمارستان (۳۸)، زخم‌های پوستی حاد (۳۹)، سلول‌های سرطانی استخوان (۴۰) و رشد و وزن‌گیری کودکان زودرس (۴۱)، (۴۲) گزارش نموده‌اند.

همچنان که بیان شد، سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر شیوع بالایی دارد و باعث کاهش سطح فعالیت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران می‌شود. با توجه به نقش مهم اضطراب در سبب‌شناسی و تشدید علائم سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و عدم وجود شواهد کافی در زمینه‌ی تأثیر لمس درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به این سندرم، پژوهش حاضر با هدف شناخت تأثیر لمس درمانی بر اضطراب حالت و صفت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر انجام شد.

## مواد و روش‌ها:

<sup>2</sup> Krieger

آن می‌کرد. در این پژوهش مدت جلسه‌ی لمس‌درمانی برای هر بیمار حدود ۲۶ دقیقه طول می‌کشید. این نکته قابل ذکر است که در جلسات لمس‌درمانی صورت گرفته در این پژوهش هیچ نیازی به تماس جسمی بین درمان‌گر و بیمار نبود و از هیچ تسهیل‌کننده‌ی جانبی برای آرام‌سازی و درمان استفاده نشد. دو روز پس از آخرین جلسه‌ی لمس‌درمانی (برای گروه مداخله) از همه‌ی افراد نمونه خواسته شد تا به پژوهش‌گر مراجعه کنند. پس از حضور هر بیمار، شرایط خروج از پژوهش (استفاده از دارو [غیر از داروی تجویز شده]، بستری شدن در بیمارستان، تغییر عمده در رژیم غذایی یا روند زندگی بیمار، عدم حضور در جلسات لمس‌درمانی [برای گروه مداخله] و قطع داروی تجویز شده) توسط پژوهش‌گر مورد بررسی قرار می‌گرفت، در صورت تأیید امکان حضور در پژوهش، از وی خواسته می‌شد تا یک بار دیگر پرسشنامه‌ی اضطراب حالت و صفت اسپیلبرگر را تکمیل کند. این نکته قابل ذکر است که ۳ بیمار از گروه مداخله و ۲ بیمار (برای افزایش توان آماری از گروه کنترل نیز یک نفر به صورت تصادفی حذف گردید تا دو گروه با تعداد برابر مورد تحلیل قرار گیرد) از گروه کنترل به دلیل دارا بودن ملاک‌های خروج از طرح، از پژوهش حذف و در نهایت داده‌های مربوط به ۱۸ بیمار (۹ بیمار گروه مداخله و ۹ بیمار گروه کنترل) که در مرحله‌ی پیش-آزمون و پس‌آزمون به دست آمده بود، با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۸ و آزمون من‌ویتنی<sup>۲</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (جنسیت، سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات) و پرسشنامه اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر استفاده شد. پرسشنامه‌ی اضطراب حالت-صفت اسپیلبرگر در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر و همکاران ارائه شد. این پرسشنامه دارای دو بخش ۲۰ سوالی برای اضطراب حالت و صفت است که آزمودنی‌ها در

این مرحله تمام بیماران شرکت‌کننده در پژوهش یک بار دیگر به پزشک فوق تخصص گوارش ارجاع داده شدند تا نیاز آنها به داروی مرتبط با سندرم روده‌ی تحریک پذیر در طی مدت پژوهش مورد تأیید قرار گیرد. پس از تأیید نیاز به مصرف دارو و تجویز دارو توسط پزشک (برای ایجاد شرایط تقریباً برابر برای همه، برای افراد با نشانه‌های مشابه داروی یکسانی تجویز شد بیماران پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه‌ی اضطراب حالت و صفت اسپیلبرگر<sup>۱</sup> را تکمیل می‌کردند. این نکته قابل ذکر است که در این مرحله به همه‌ی افراد پژوهش گفته شد که در طی دو ماه آینده برای انجام لمس‌درمانی با آنها تماس گرفته خواهد شد (بر این اساس بعد از اتمام پژوهش، هر کدام از افراد گروه کنترل که تمایل به استفاده از لمس‌درمانی داشتند مورد لمس‌درمانی قرار گرفتند). پس از این مرحله افراد نمونه با توجه به نمراتی که در پرسشنامه اضطراب کسب کرده بودند به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. در طول مدت اجرای پژوهش که یک ماه طول کشید بیماران گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی مرتبط با سندرم روده‌ی تحریک پذیر که برای هر دو گروه تجویز شده بود، چهار بار (هفته-ای یک بار) تحت لمس‌درمانی (متغیر مستقل) نیز قرار گرفتند که شیوه‌ی اجرای آن در ادامه بیان می‌شود. در هر جلسه‌ی لمس‌درمانی پس از حضور بیمار در اتاق درمان (در صورت تمایل بیمار همراه وی نیز می‌توانست در اتاق درمان حضور داشته باشد) از وی خواسته می‌شد وسایل خاصی که می‌تواند در روند درمان اختلال ایجاد کند (از جمله تلفن همراه) را کنار بگذارد و روی تخت دراز بکشد، چشمان خود را بسته و عضلات خود را کاملاً رها کند و ۲۰ بار نفس عمیق بکشد، پس از این مرحله درمان‌گر تمام تمرکز خود را روی درمان قرار می‌داد و با عبور دادن دست-ها در فاصله‌ی ۱۰ تا ۱۵ سانتیمتری بدن بیمار اقدام به ارزیابی تمام بدن بیمار، شناسایی نقاط دارای اختلال و رفع

<sup>2</sup>Mann-Whitney U Test<sup>1</sup> Spielberger State-trait Anxiety Inventory

فارسی این پرسش‌نامه نیز از طریق همسانی درونی محاسبه شد، که ضریب آلفای کراباخ برای اضطراب حالت برابر با ۰/۸۹ و برای اضطراب صفت ۰/۹۰ به دست آمد (۴۳).

در جدول ۳ نتایج آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی برای مقایسه‌ی اضطراب حالت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است. بر اساس این نتایج، بین اضطراب حالت آزمودنی‌ها در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ )، که این موضوع نشان دهنده‌ی این است که لمس درمانی باعث کاهش اضطراب حالت آزمودنی‌های گروه مداخله شده است.

آیرلند<sup>۶</sup> (۴۸)، ترنر، کلارک و ویلیامز<sup>۷</sup> (۲۲)، گومز، داسیلوا و آراجو<sup>۸</sup> (۲۳)، ذولفقاری، حضرتی و سامه (۲۴)، هانلی<sup>۹</sup> (۱۹)، ظفرنیا (۴۹) و روانی‌پور (۵۰) همسو بوده است. پژوهش‌گران بر این عقیده هستند که لمس درمانی با برطرف کردن تنش جسمانی و ایجاد آرامش، تأثیر قابل توجهی بر کاهش اضطراب حالت آزمودنی‌ها دارد. از دیگر اثرات قابل پیش‌بینی و تأیید شده‌ی لمس درمانی، کاهش ضربان نبض و بهبود جریان خون‌رسانی به عضلات است که می‌تواند به سرعت باعث ایجاد آرامش و کاهش اضطراب در فرد شود (۳۲). مبین ۱۰ نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که لمس درمانی با ایجاد آرامش، تنفس عمیق‌تر و کاهش تنش عضلانی باعث کاهش سریع اضطراب بیمار می‌شود (۲۷). یکی از موضوعاتی که در مورد نحوه‌ی تأثیر لمس درمانی بر کاهش اضطراب مطرح است، کاهش اضطراب از طریق کاهش درد در این بیماران است که از پژوهش‌های تأیید کننده‌ی این موضوع می‌توان

یک طیف چهار درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهند و برای هر سوال به ترتیب ۱ تا ۴ نمره می‌گیرند (۴۳). پایایی این پرسش‌نامه در بخش اضطراب حالت و صفت توسط اسپیل-برگر و همکاران به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۹ گزارش شده است (۴۴). در پژوهش خضرنیا در سال ۱۳۸۶ پایایی ترجمه

#### یافته‌ها:

در این پژوهش داده‌های به دست آمده از ۱۸ بیمار (۹ بیمار در گروه مداخله و ۹ بیمار در گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که مشخصات دموگرافیک مربوط به آنها در جدول ۱ آورده شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب حالت و صفت گروه مداخله و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است.

در جدول ۴ نتایج آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی برای مقایسه‌ی اضطراب صفت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آورده شده است. بر اساس این نتایج، با وجود کاهش اضطراب صفت در آزمودنی‌های گروه مداخله، بین گروه مداخله و کنترل در میزان اضطراب صفت از نظر آماری تفاوت معناداری وجود نداشت.

#### بحث:

این پژوهش با هدف شناخت تأثیر لمس درمانی بر اضطراب حالت و صفت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان کاهش ایجاد شده در اضطراب حالت از نظر آماری معنادار است، ولی میزان کاهش اضطراب صفت از نظر آماری معنادار نیست. یافته‌ها در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. یافته‌ی اول این پژوهش نشان داد لمس درمانی اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را به طور معناداری کاهش داده است، این یافته با نتایج پژوهش‌های کوئین<sup>۱</sup> (۴۵)، اولسن<sup>۲</sup> و همکاران (۴۶)، جین و تای<sup>۳</sup> (۴۷)، اولسن و اسنید<sup>۴</sup> (۲۶)، کوکس و هایس<sup>۵</sup> (۳۶)،

<sup>5</sup> Cox & Hayes

<sup>6</sup> Irelands

<sup>7</sup> Turner, Clark &, Williams

<sup>8</sup> Gomes, Silva &, Araujo

<sup>9</sup> Hanley

<sup>10</sup> Meehan

<sup>1</sup> Quinn

<sup>2</sup> Olson

<sup>3</sup> Gagne & Toyne

<sup>4</sup> Sneed

روبی، پرخاشگری و خشونت، بی‌ثباتی هیجانی و حساسیت و زود رنجی است (۶۲).

### نتیجه گیری:

همان طور که بیان شد لمس درمانی توانسته به میزان قابل ملاحظه‌ای اضطراب حالت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را کاهش دهد، از آن جایی که کاهش اضطراب در این بیماران باعث کمتر شدن شدت علائم می‌شود و در نتیجه از مراجعات مکرر آنها به پزشک جلوگیری می‌کند، لمس درمانی به عنوان یک درمان کم هزینه، قابل اجرا توسط خود بیمار و دارای پشتوانه‌ی علمی قابل قبول، می‌تواند برای کاهش اضطراب این بیماران مورد استفاده قرار گیرد. با این وجود، برای رسیدن به شواهد بیشتر در مورد تأثیر مثبت این درمان بر اضطراب بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر نیاز به مطالعات بیشتری است. از جمله دلایل احتمالی دیگر که در این پژوهش لمس درمانی بر اضطراب صفت بیماران تأثیر معناداری نداشته است می‌توان به فواصل زیاد بین جلسات لمس درمانی و تعداد کم این جلسات اشاره کرد که می‌تواند از موضوعات مورد بررسی در پژوهش‌های آینده باشد. در زمینه‌ی محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به نمونه کم و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که بر اساس آنها، پیشنهاد می‌شود در تعمیم نتایج تمام جوانب در نظر گرفته شود.

### تشکر و قدردانی:

این پژوهش بخشی از طرح تحقیقاتی پایان نامه‌ای می‌باشد که در دانشگاه خوارزمی تهران با شماره‌ی ۱۴۱۴۷۳۱ تصویب شده و در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی نیز با کد N۱۳۱۶۸۱۳۰۴۲۹۱۳۰۲۰ ثبت گردیده است. بدین وسیله از بیماران و دیگر افرادی که در انجام این پژوهش با ما همکاری کردند کمال تشکر و سپاس را داریم.

به تحقیقات، کلر و بزدهک<sup>۱</sup> (۵۱) و میهن (۵۲) اشاره کرد که نتایج حاصل از آنها نشان داد که لمس درمانی باعث کاهش قابل ملاحظه‌ی درد در افرادی می‌شود که از این روش درمانی استفاده می‌کنند. از نکات دیگری که در مورد تأثیر لمس درمانی بر اضطراب حالت باید به آن توجه شود، این است که لمس درمانی در کمترین حالت اثر خود، شامل اجرای مراحل اولیه و ابتدایی آرام‌سازی است که تأثیر آن بر اضطراب حالت آزمودنی‌ها مورد تأیید قرار گرفته است (۴۳). یافته‌ی دوم پژوهش نشان داد که لمس درمانی اضطراب صفت بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر را از نظر آماری به طور معناداری کاهش نداده است. از جمله پژوهش‌های همخوان با این یافته‌ی پژوهش، می‌توان به مطالعه‌ی ترنر، کلارک و ویلیامز (۳۳)، هانلی (۱۹) و ذولفقاری و احمدی (۵۳) اشاره کرد که به این نتیجه رسیدند که لمس درمانی بر اضطراب صفت بیماران تأثیر معناداری ندارد. این یافته با پژوهش‌های؛ سیمینگتون و لاینگ<sup>۲</sup> (۵۴)، کوکس و هایس (۳۶)، آیرلند (۴۸)، لین، تیلور و فان<sup>۳</sup> (۵۵) و کمپر، کلی و اریکا<sup>۴</sup> (۲۶)، همسو نبوده است که از دلایل احتمالی آن می‌توان به کمتر بودن نمونه در این پژوهش اشاره کرد. با توجه به رابطه‌ی مثبت بین اضطراب و علائم سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و این موضوع که در نظریه‌ها و متون مختلف اضطراب در مواردی به عنوان عامل ایجاد کننده این سندرم و گاهی به صورت حاصل و نتیجه‌ی این سندرم مطرح شده (۲، ۵۶)، می‌توان از دلایل عدم تأثیر معنادار لمس درمانی بر اضطراب صفت، به این مورد اشاره کرد که اضطراب در این بیماران زمینه جسمی و پایه‌ای دارد. در این راستا؛ می‌توان به بالاتر بودن ویژگی‌های عامل شخصیتی روان‌رنجورخویی در بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (۶۰-۵۷) اشاره کرد که از پیامدهای قابل پیش‌بینی آن، داشتن تجارب و هیجانات منفی و نامطلوب (۶۱)، اضطراب، افسردگی، کم-

<sup>1</sup> Keller & Bzdek

<sup>2</sup> Simington & laing

<sup>3</sup> Lin, Taylor & Faan

<sup>4</sup> Kemper, Kelly & Erica



جدول ۱- مشخصات دموگرافیک نمونه‌ی پژوهش

مشخصات دموگرافیک		گروه مداخله	گروه کنترل
		تعداد	تعداد
جنسیت	مرد	۵ (%۵۶)	۴ (%۴۴)
	زن	۴ (%۴۴)	۵ (%۵۶)
سن	۱۵-۲۵	۱ (%۱۱)	۲ (%۲۲)
	۲۵-۳۵	۵ (%۵۶)	۴ (%۴۵)
	۳۵-۵۰	۳ (%۳۳)	۳ (%۳۳)
وضعیت تأهل	مجرد	۱ (%۱۱)	۲ (%۲۲)
	متأهل	۸ (%۸۹)	۷ (%۷۸)
تحصیلات	دیپلم و پایین‌تر	۷ (%۷۸)	۶ (%۶۷)
	دیپلم به بالا	۲ (%۲۲)	۳ (%۳۳)

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرها به تفکیک گروه و مراحل آزمون

گروه	مرحله		
	گروه مداخله	گروه کنترل	
پیش آزمون	اضطراب حالت	۵۰/۲۱±۱۴/۲۲	۵۱±۱۳/۳۹
	اضطراب صفت	۵۱/۴±۱۰/۳۰	۵۰/۲۲±۱۴/۱۸
پس آزمون	اضطراب حالت	۳۵/۴۴±۸/۱۸	۴۸/۳۳±۱۲/۵۲
	اضطراب صفت	۴۲/۵۵±۹/۰۲	۴۹/۸۸±۹/۷۳

جدول ۳- نتایج آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی برای اضطراب حالت

مرحله	متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ارزش U	Z	سطح معناداری
پیش آزمون	اضطراب حالت	مداخله	۹	۹/۵۰	۴۰/۵۰	۰/۰۰	۰/۰۰۱
		کنترل	۹	۹/۵۰			
پس آزمون	اضطراب حالت	مداخله	۹	۶/۵۶	۱۴/۰۰	-۲/۳۴	۰/۰۱
		کنترل	۹	۱۲/۴۴			

جدول ۴- نتایج آزمون ناپارامتریک یومن ویتنی برای اضطراب صفت

مرحله	متغیر	گروه	تعداد	میانگین رتبه‌ها	ارزش U	Z
پیش آزمون	اضطراب صفت	مداخله	۹	۹/۷۸	۳۸/۰۰	-۰/۲۲
		کنترل	۹	۹/۲۲		
پس آزمون	اضطراب صفت	مداخله	۹	۷/۴۴	۲۲/۰۰	-۲/۳۴
		کنترل	۹	۱۱/۵۶		

**References:**

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson GL, et al. *Harrisons, principles of Internal Medicine*: Translated by Tahmasbzadeh B. Tehran, Iran. Teimourzadeh Publication; 2008.[ Persian]
2. Nicholl B, Halder S, Macfarlane G, Thompson D, O'brien S, Musleh M, et al. Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome—Results of a large prospective population-based study. *Pain*. 2008;137(1):147-55.
3. Rey E, Talley N. Irritable bowel syndrome: novel views on the epidemiology and potential risk factors. *Digestive and liver disease*. 2009;41(11):772-80.
4. Solati Dehkordy S, Kalantary P, Adibi M, Afshar H. Effect of relaxation with drug therapy on the psychological symptoms in patients with irritable bowel syndrome-diarrhea dominant (IBS-D). *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2009;11(3):1-8.
5. Creed F, Tomenson B, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Read N, et al. The relationship between somatisation and outcome in patients with severe irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*. 2008;64(6):613-20.
6. Agah S, Fatali S, Ashayeri N. Treatment of Diarrhea Predominant Irritable Bowel Syndrome (IBS-D) Using Plantagel: a Random Double-blind Clinical Trial. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2010;16(69):17-23.
7. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences*: Translated by Rezaei F. Tehran; Iran. Arjmand Publication; 2010. [Persian]
8. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*. 2002;122(4):1140-56.
9. Blanchard EB, Lackner JM, Gusmano R, Gudleski GD, Sanders K, Keefer L, et al. Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behaviour research and therapy*. 2006;44(3):317-37.
10. Gupta S, Masand PS, Kaplan D, Bhandary A, Hendricks S. The relationship between schizophrenia and irritable bowel syndrome (IBS). *Schizophrenia research*. 1997;23(3):265-8.
11. Posserud I, Svedlund J, Wallin J, Simrén M. Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *Journal of psychosomatic research*. 2009;66(5):399-405.
12. EbrahimiDariany N, Mansournia N, Mansournia MA. Irritable bowel syndrome. *TebvaTazkie*. 2007; 14(57): 72-87. [Persian]
13. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of anxiety disorders*. 2009;23(2):290-6.



14. SolatiDehkordy SK, Rahimian GA, Abedi A, Bagheri N. Relationship between mental disorder with the irritable bowel syndrome. YAFTE. 2006; 8(2): 31-7. [Persian]
15. Keefer L, Blanchard E. A one year follow-up of relaxation response meditation as a treatment for irritable bowel syndrome. Behaviour research and therapy. 2002;40(5):541-6.
16. Son Y-J, Jun E-Y, Park JH. Prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in Korean adolescent girls: a school-based study. International journal of nursing studies. 2009;46(1):77-85.
17. Reeve CL, Bonaccio S. Does test anxiety induce measurement bias in cognitive ability tests? Intelligence. 2008;36(6):526-38.
18. van Tilburg MA, Palsson OS, Levy RL, Feld AD, Turner MJ, Drossman DA, et al. Complementary and alternative medicine use and cost in a large HMO. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2008; 24(8): 472-9.
19. Hanley MA. Therapeutic touch with preterm infants: composing a treatment. Explore (New York, NY). 2008;4(4):249-58.
20. Rosa L, Rosa E, Sarner L, Barrett S. A close look at therapeutic touch. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1998;279(13):1005-10.
21. Adams JS, Wright G. Therapeutic touch. China: Churchil Livingstone Publication ; 2001.
22. Kemper KJ, Kelly EA. Treating children with therapeutic and healing touch. Pediatric annals. 2004;33(4):248-52.
23. Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. Journal of Advanced Nursing. 1998;28(1):10-20.
24. Gomes VM, Silva MJPd, Araújo EAC. Gradual effects of therapeutic touch in reducing anxiety in university students. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008;61(6):841-6.
25. Zolfaghari M, Haztati M, Sameh G. The effects of therapeutic touch on anxiety and cardiac dysrhythmia in cardiac catheterization clients. European Psychiatry. 2007;22(S1):290-1.
26. Olson M, Sneed N. Anxiety and therapeutic touch. Issues in mental health nursing. 1995;16(2):97-108.
27. Meehan TC. Therapeutic touch as a nursing intervention. Journal of Advanced Nursing. 1998;28(1):117-25.
28. Leskowitz E, editor. Controversies in therapeutic touch. Seminars in Integrative Medicine; 2003; 1(2): 80-9.
29. Wright SM. The use of therapeutic touch in the management of pain. The Nursing clinics of North America. 1987;22(3):705-14.
30. Monroe CM. The effects of therapeutic touch on pain. Journal of Holistic Nursing. 2009;27(2):85-92.
31. McCormack GL. Using non-contact therapeutic touch to manage post-surgical pain in the elderly. Occupational therapy international. 2009;16(1):44-56.

32. Mills A. Therapeutic touch-case study: The application, documentation and outcome. *Complementary therapies in medicine*. 1996;4(2):127-32.
33. Gordon A, Merenstein JH, D'Amico F, Hudgens D. The effects of therapeutic touch on patients with osteoarthritis of the knee. *The Journal of family practice*. 1998;47(4):271-7.
34. Woods DL, Dimond M. The effect of therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological research for nursing*. 2002;4(2):104-14.
35. Woods DL, Craven RF, Whitney J. The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative therapies in health and medicine*. 2005;11(1):66-74.
36. Cox CL, Hayes JA. Reducing anxiety: the employment of therapeutic touch as a nursing intervention. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 1997;3(6):163-7.
37. Mostofi F. Therapeutic touch technique effect on attention deficit hyperactivity disorder. Tehran: Tarbiat Moallem University. 2007. [Persian]
38. Kramer N. Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. *Pediatric Nursing*. 1990;16(5):483-5.
39. Wirth DP, Richardson JT, Eidelman WS, O'Malley AC. Full thickness dermal wounds treated with non-contact therapeutic touch: a replication and extension. *Complementary therapies in medicine*. 1993;1(3):127-32.
40. Gronowicz G, Jhaveri A. The Effect of Therapeutic Touch on Osteosarcoma Cells. *Explore: The Journal of Science and Healing*. 2009;5(3):154-5.
41. Cox C, Hayes J. Physiologic and psychodynamic responses to the administration of therapeutic touch in critical care. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*. 1999;5(3):87-92.
42. Domínguez RR, Albar MM, Tena GB, Ruíz PM, Garzón RM, Rosado PM, et al. Effectiveness of the application of therapeutic touch on weight, complications, and length of hospital stay in preterm newborns attended in a neonatal unit]. *Enfermería clínica*. 2009;19(1):11-5.
43. Khezernia K. The study of the relation between posttraumatic stress disorder of ventranfathers in chemical bombardment anxiety, depression public health and academic achievement of their children in Sardasht city. Tehran: Tarbiat Moallem University. 2008. [Persian]
44. Cheraghi F. The effect of trait anxiety and self-theart and tasks presentation manner on the processing efficiency and performance of the component of working memory. Tehran: Tarbiat Moallem University. 2008. [Persian]
45. Quinn JF. Therapeutic touch as energy exchange: testing the theory. *Advances in Nursing Science*. 1984;6(2):42-9.

46. Olson M, Sneed N, Bonadonna R, Ratliff J, Dias J. Therapeutic touch and post-Hurricane Hugo stress. *Journal of Holistic Nursing*. 1992;10(2):120-36.
47. Gagne D, Toye RC. The effects of therapeutic touch and relaxation therapy in reducing anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*. 1994;8(3):184-9.
48. Ireland M. Therapeutic touch with HIV-infected children: a pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 1998;9(4):68-77.
49. Zafarnia N. The effect of therapeutic touch on anxiety before surgery in the Shahid Mohammadi Hospital of the Bandar Abbas. Kerman Medical University. 2004. [Persian]
50. Ravanipoor M. The effect of intravenous injections of touch on anxiety in children of school age of the Bushehr. Tehran: **Tarbiat Modares University**. 2008. [Persian]
51. Keller E, Bzdek VM. Effects of therapeutic touch on tension headache pain. *Nursing Research*. 1986;35(2):101-5.
52. Meehan TC. Therapeutic touch and postoperative pain: a Rogerian research study. *Nursing science quarterly*. 1993;6(2):69-78.
53. Zolfaghari M, Ahmadi FA. Effect of the progressive muscle relaxation methods, and therapeutic touch on anxiety, heart rhythm and vital signs of the patients undergoing cardiac catheterization. *Medical Daneshvar*. 2004; 11(51): 33-40. [Persian]
54. Simington JA, Laing GP. Effects of therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly. *Clinical Nursing Research*. 1993;2(4):438-50.
55. Lin Y-S, Taylor AG. Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Integrative Medicine*. 1998;1(4):155-62.
56. Hazrati M. The comparison of therapeutic touch and physiotherapy in patient with low back pain in Hafez hospital, Shiraz-Iran. *European Psychiatry*. 2008;23:S406.
57. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2005; 58(6):523-32.
58. Hazlett-Stevens H, Craske MG, Mayer EA, Chang L, Naliboff BD. Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: the roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of psychosomatic research*. 2003; 55(6):501-5.
59. Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *American journal of therapeutics*. 2003;10(1):61-7.
60. Hirsh JB, Peterson JB. Predicting creativity and academic success with a "fake-proof" measure of the Big Five. *Journal of Research in Personality*. 2008;42(5):1323-33.
61. Cook DB, Casillas A, Robbins SB, Dougherty LM. Goal continuity and the "Big Five" as predictors of older adult marital adjustment. *Personality and individual differences*. 2005;38(3):519-31.

62. Alpers DH. Multidimensionality of symptom complexes in irritable bowel syndrome and other

functional gastrointestinal disorders. Journal of psychosomatic research. 2008;64(6):567-72.

Archive of SID

## The effect of therapeutic touch on anxiety patients with irritable bowel syndrome

Taheri M<sup>\*1</sup>, Yaryari F<sup>2</sup>, Molavi M<sup>3</sup>

### Abstract:

**Introduction:** The irritable bowel syndrome is most common functional gastrointestinal disorder (FGID) that Psychological factors play an important role in development and exacerbation it's symptoms. The aim of this research was to study the effect of therapeutic touch on state and trait anxiety in patients with irritable bowel syndrome.

**Methods:** The research hypotheses were tested by using pre and post test semi-experimental design with control group. The study sample was consisted of 24 patient that randomly assigned in experimental and control group. Experimental group, in addition to drug therapy, 4 times (once per week) were receiving therapeutic touch. Participants completed Spielberger state-trait anxiety inventory. Data was analyzed by Mann-Whitney U Test.

**Results:** The result showed that there is a significant difference between experimental and control group in state anxiety scores, in the other words, therapeutic touch reduced state anxiety in patients with irritable bowel syndrome. Also, therapeutic touch reduces trait anxiety in patients with irritable bowel syndrome, but this reduction was not significant.

**Conclusion:** The results this study could starting point for do more research in this area and if approved, use of therapeutic touch for reduced anxiety of patients with irritable bowel syndrome.

**Keywords:** Therapeutic touch, Anxiety, Irritable bowel syndrome.

<sup>1</sup> \* Master of Science in Psychology, Department of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. (Corresponding Author) . Email: taheri.20000@yahoo.com

<sup>2</sup> . Associate Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> . Assistant Professor, Department of Medical, karaj University of Medical Sciences, Karaj, Iran.