

تأثیر لمس درمانی بر میزان درد زنان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به سرطان، به طور معمول دامنه‌ای از علایم درد و انواع متفاوت ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. یکی از وظایف درمانگران و مراقبین این دسته از بیماران کنترل عوارض آنها است. هدف این مطالعه به‌کارگیری و ارزشیابی تأثیر لمس درمانی بر کاهش میزان درد زنان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان بود.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی، با سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد انجام گرفت. برای هر گروه ۳۰ بیمار زن مبتلا به انواع متفاوت سرطان که در بیمارستان امام خمینی بستری شده بودند، انتخاب و به طور تصادفی در گروه‌های مطالعه قرار گرفتند. به طوری که خصوصیات نمونه‌ها در سه گروه با هم یکسان گردید. پنج جلسه ۲۵-۲۰ دقیقه‌ای لمس درمانی برای گروه آزمون و پنج جلسه ۱۰ دقیقه‌ای اجرای صوری لمس درمانی بدون تبادل انرژی برای گروه پلاسبو انجام شد. برای گروه شاهد هیچ مداخله‌ای انجام نمی‌شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه مشخصات فردی و ابزار سنجش بصری درد (۱۰-۰) جمع‌آوری گردید. شدت درد قبل و بعد از مداخله در هر جلسه اندازه‌گیری شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-11.5 و با استفاده از آزمون‌های پارامتری کای‌دو و آنالیز واریانس و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: توزیع بیماران شرکت کننده در سه گروه از نظر مشخصات فردی با هم اختلاف معنی‌داری نداشتند. میانگین‌های شدت درد در گروه‌های آزمون، پلاسبو و شاهد قبل از مداخله به ترتیب ۳/۸، ۴/۱ و ۴/۱۶ بود و بعد از مداخله ۰/۸، ۲/۴ و ۴/۰۶ به دست آمد. آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه‌گیری مکرر و یک‌طرفه لامبدا اختلاف معنی‌داری را بین سه گروه از نظر میانگین شدت درد در طی مراحل مداخله نشان داد ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، با توجه به غیردارویی بودن، بی‌ضرر بودن و غیرتهاجمی بودن لمس درمانی، این روش به عنوان روشی موثر برای کاهش درد بیماران زن سرطانی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان - درد - لمس درمانی

ناهد عاقبتی

کارشناس ارشد پرستاری

دکتر عیسی محمدی

دکترای پرستاری و استادیار گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس

دکتر زهرا پوراسمعیل

دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نویسنده مسئول: دکتر عیسی محمدی

پست الکترونیکی: mohamade@modares.ac.ir

نشانی: تهران، پل گیشا، دانشگاه تربیت مدرس

دانشکده علوم پزشکی، صندوق پستی ۳۳۱-۱۴۱۱۵

تلفن: ۰۲۱-۸۸۰۱۰۰۱-۳۵۵۰

نمابر: ۸۸۰۱۳۰۳۰

وصول مقاله: ۸۵/۱/۲۶

اصلاح نهایی: ۸۵/۱۱/۲۸

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۲/۲۱

مقدمه

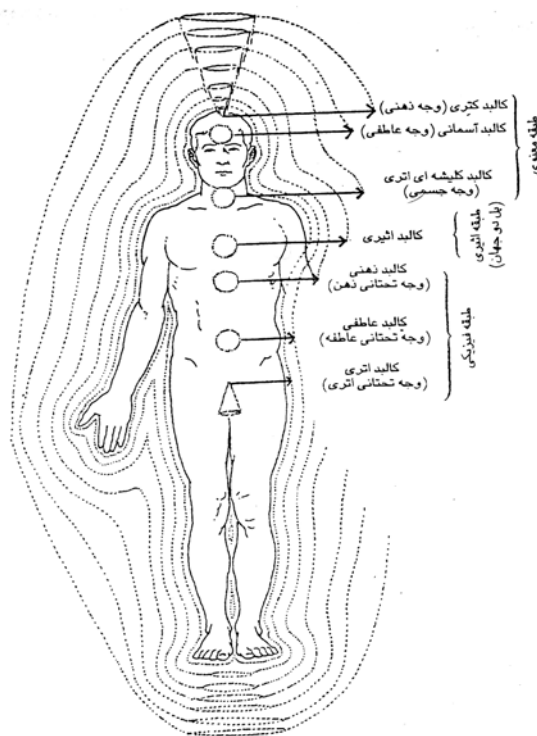
سرطان اصطلاحی کلی است که در رابطه با توده‌های بدخیم در دستگاه‌های بدن به کار می‌رود. تمامی سرطان‌ها دارای الگوی رشد مهارگسیخته و تمایل به جدا شدن از منشأ اصلی و متاستاز دارند (۱). درد از عمده‌ترین نتایج سرطان است و حدود ۷۵ درصد بیماران سرطانی در طی فرایند بیماریشان درد را تجربه خواهند کرد (۲). دردی که بیمار مبتلا به سرطان از آن رنج می‌برد، می‌تواند به علل متفاوتی از جمله درد ناشی از روش‌های مختلف تشخیصی و درمانی، توسعه مستقیم تومور و تحریک سیستم عصبی و عوارض درمان طولانی مدت ایجاد شود (۳).

در تشخیص‌های پرستاری، درد دارای اهمیت خاصی بوده و برطرف کردن آن یکی از اولویت‌ها در تدابیر پرستاری محسوب می‌شود. چرا که پرستاران بیشتر از هر شخص دیگری وقت خود را با بیماران می‌گذرانند و می‌توانند با به کارگیری تدابیر صحیح پرستاری درد آنها را کاهش دهند (۴). مداخلاتی که برای تسکین درد به کار می‌روند سه دسته عمده شامل مداخلات تهاجمی، مداخلات غیرتهاجمی و دارودرمانی می‌باشند که یکی از روش‌های پرستاری غیرتهاجمی تسکین درد، لمس درمانی می‌باشد. لمس درمانی فرایندی است که در آن انرژی از یک شخص به شخص دیگر به منظور تسریع فرایند بهبودی در فردی که بیمار یا مجروح است، منتقل می‌شود (۵).

اولین بار لمس درمانی به وسیله دولورس کرایگر در سال ۱۹۶۰ در آمریکا به عنوان یک روش پرستاری به کار گرفته شد. کرایگر فرض کرد که لمس درمانی روی سیستم خودکار عصبی با سرکوب پاسخ‌های علامتی اثر می‌گذارد (۶).

اساس لمس درمانی بر این فرض بنا شده که حوزه انرژی انسان که با زندگی بشر ارتباط تنگاتنگ دارد، تجلی حوزه انرژی کیهانی است. این حوزه را می‌توان به کالبد نورانی تشبیه نمود که جسم فیزیکی را احاطه نموده، در آن نفوذ می‌نماید و تابش آن متأثر از خصوصیاتش می‌باشد و غالباً هاله نامیده می‌شود و تحت نفوذ و جریان یک انرژی جهانی به نام پرانا (یک لغت سانسکریت به معنای نیروی حیات) قرار دارد که در بدن انسان جریان پیدا کرده و به وسیله یک سری

گرداب‌های غیرفیزیکی به نام چاکراها (chakra) منتقل می‌شود (۷). گسیختگی یا انقطاع در این الگو و سازمان میدان انرژی به وسیله درمانگر در نتیجه بیماری احساس می‌شود (۸) (شکل ۱).



شکل ۱: هاله انرژی اطراف بدن انسان و لایه‌های آن

این نکته قابل توجه است که لمس درمانی، لمس مستقیم بدن مددجو نیست، بلکه دست‌های درمانگر در فاصله ۱۲/۵-۷/۵ سانتی متر (۹) یا ۱۵-۵ سانتی متر (۱۰) بالاتر از بدن بیمار قرار گرفته و در امتداد آن حرکت می‌کند. هدف درمانگر ایجاد و برقراری تعادل مجدد در الگوی طبیعی میدان انرژی مددجو می‌باشد. معمول‌ترین پاسخی که مددجو بعد از درمان گزارش می‌کند، قرارگیری در یک وضعیت آرامش‌بخش است (۱۱).

براساس بسیاری از تحقیقات، تأثیر لمس درمانی بر درد بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو (۱۲)، درد بعد از عمل جراحی (۱۳)، درد ناشی از بیماری فیرومیلاریا (۱۴)، درد کولیکی شیرخواران (۱۵) و درد بعد از سزارین (۱۰) مورد تأیید قرار گرفته است، اما در اغلب این مطالعات نیاز به بررسی بیشتر توصیه شده است. در ایران نیز تاکنون استفاده از روش عملی لمس درمانی در تسکین درد بیماران سرطانی مورد

مطالعه قرار نگرفته است. لذا این مطالعه به منظور بررسی تأثیر لمس درمانی بر میزان درد بیماران سرطانی بستری در انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران انجام شد.

روش بررسی

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی و کنترل شده روی سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد با روش نمونه گیری غیراحتمالی آسان بود. بیماران به صورت تصادفی در گروه های مطالعه وارد می شدند. نمونه گیری از جمعیت در دسترس و مراجعه کننده به انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران در سال ۱۳۸۳ انجام شد. بیماران برحسب مقاطع زمانی مراجعه به مرکز در سه گروه به طور تصادفی قرار گرفتند. پذیرش بیماران در مرکز درمانی تابع شرایط و ضوابط خاصی نبوده و هر بیمار با ارجاع در هر شرایطی پذیرش می شد و محدودیت و گزینشی در پذیرش وجود نداشت. زمان برای سه گروه با استفاده از روش تصادفی ساده بود.

نوع مداخله در این پژوهش لمس درمانی بود. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر در هیچ کدام از گروه ها از لمس فیزیکی استفاده نشده و همان طور که در تعریف لمس درمانی در مقدمه هم اشاره گردید، لمس هاله انرژی بیمار مدنظر بود. در این مطالعه ۳۰ بیمار به طور تصادفی در سه گروه شاهد، پلاسبو و آزمون قرار گرفتند. لازم به ذکر است که قبل از نمونه گیری از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه رضایت اخذ گردید.

گروه شاهد: گروهی که هیچ مداخله ای برای آنها انجام نمی شد و صرفاً پژوهشگر هر روز به مدت ۲۵-۲۰ دقیقه در کنار بیمار قرار می گرفت.

گروه پلاسبو: برای تعیین و مقایسه تأثیر احتمالی آرام سازی ناشی از حضور پژوهشگر و انجام تنفس های ریتمیک با ایجاد تعادل و تبادل انرژی هنگام لمس درمانی بر شدت درد از گروه پلاسبو استفاده شد.

این گروه تنفس عمیق انجام می داد و محقق به طور صوری لمس درمانی را برای وی اجرا می نمود. اما هیچ گونه تمرکز و تبادل و تعادل انرژی برای بیمار انجام نمی شد. لازم به ذکر است که مدت زمان اجرای این عمل برای گروه پلاسبو تنها ۱۰ دقیقه به طول می انجامید، چرا که هیچ یک از مراحل تعادل

و تبادل انرژی برای وی صورت نمی گرفت. اما برای پیشگیری از تورش پژوهشگر سعی می نمود که به مدت ۲۵-۲۰ دقیقه در کنار بیمار بماند تا مدت زمان حضور مشابه گروه آزمون شود.

گروه آزمون: گروهی بودند که مداخله لمس درمانی برای آنها انجام می شد. در ابتدا بیمار به آرامی در بستر خود دراز می کشید و سپس از بیمار خواسته می شد تا به آرامی شروع به انجام تنفس عمیق و ریتمیک نماید. به این صورت که ابتدا چشم های خود را ببندد و سعی کند تا به آرامی عمل دم و بازدم را انجام دهد. در حین انجام تنفس ها پژوهشگر نیز کار خود را شروع می نمود. به این صورت که ابتدا تمرکز نموده و سپس شروع به بررسی میدان انرژی و هاله انرژی اطراف بدن بیمار می نمود و هر گونه نقص یا افزایش انرژی را در میدان انرژی بیمار جستجو می نمود.

در مرحله بعدی (مرحله درمان)، اگر محقق به وجود نقص در میدان انرژی بیمار پی می برد، سعی می کرد که این نقص انرژی را جبران کند و در صورتی که متوجه می شد، در محلی از میدان انرژی بیمار تجمع انرژی منفی وجود دارد، ابتدا عمل پاکسازی را انجام می داد. به طوری که انرژی منفی بیمار را از وی دور می کرد و انرژی مثبت را جایگزین می نمود. اما در مرحله بعد از درمان پژوهشگر اقدام به ارزیابی میدان انرژی بیمار می کرد و کنترل می نمود که آیا مشکل در میدان انرژی بیمار رفع شده یا خیر؟ این ارزیابی به مدت ۲۵-۲۰ دقیقه به طول می انجامید.

داده ها از طریق پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه بررسی درد جمع آوری می شد. پرسشنامه درد شامل دو قسمت بررسی کیفی و کمی درد بود.

بررسی کیفی با استفاده از سؤالات طراحی شده راجع به زمان شروع درد، مدت زمانی که درد وی به طول می انجامد، وضعیت درد هنگام انجام فعالیت، انتشار درد به نواحی مختلف بدن، محل درد (با استفاده از شکل آدمک که بیمار محل درد خود را روی شکل نشان می داد)، نوع درد (سوزشی، مبهم، ناتوان کننده، تیز، تیر کشنده و سایر موارد)، نوع داروی مسکن مصرفی برای کاهش درد، استفاده از روش های غیردارویی کنترل درد انجام شد.

برای بررسی کمی درد از ابزار بصری ۱۰-۰ سنجش درد

لازم به ذکر است که هدف در این پژوهش کنترل دردی بود که در اثر سرطان برای بیمار به صورت مزمن ایجاد شده بود. هدف کلی در این مطالعه تعیین تأثیر لمس درمانی بر میزان درد زنان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان بود. به لحاظ نوع مداخله و ملاحظات فرهنگی، تنها بیماران زن در این مطالعه وارد شدند.

داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ابتدا طبعی بودن داده‌ها به وسیله آزمون کولموگروف اسمیروف اثبات گردید و سپس از آزمون‌های پارامتری کای دو و آنالیز واریانس و توکی استفاده شد. ضریب اطمینان مطالعه ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) تعیین شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر شامل ۹۰ بیمار زن مبتلا به انواع متفاوت سرطان بود که در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد مورد مطالعه قرار گرفت. جدول یک نشان‌دهنده اطلاعات دموگرافیک بیماران در سه گروه می‌باشد.

داده‌ها نشان داد که میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون (۱۳/۱) ۳۶/۸۶، در گروه پلاسبو (۱۱/۴) ۴۲/۷ و در گروه شاهد (۱۲/۸) ۴۳/۳ بود. دیگر موارد در نظر گرفته شده در اطلاعات دموگرافیک شامل وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، مدت زمانی که از تشخیص سرطان برای آنها گذشته است، stage سرطان و نوع سرطان بود. بیماران به طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. آزمون‌های آماری آنالیز واریانس و کای دو در هیچ کدام از موارد فوق اختلاف معنی‌داری را بین سه گروه نشان نداد. جدول ۲ نشان‌دهنده

استفاده گردید. از این ابزار در مطالعات گوناگون برای بررسی کمی درد استفاده می‌شود. به طوری که میهان در سال ۱۹۹۳، اکسپک در سال ۱۹۹۷ به منظور بررسی تأثیر لمس درمانی بر میزان درد از این ابزار استفاده نمودند و برونر (۲۰۰۴) نیز این ابزار را به عنوان یک ابزار بررسی کننده میزان درد معرفی نموده است (۱۶ و ۱۳ و ۳). میزان درد در تمام بیماران قبل و بعد از مداخله در هر جلسه درمانی اندازه‌گیری شد. برای گروه شاهد پرسشنامه‌ها در هر روز در ابتدای برخورد پژوهشگر با بیمار و ۲۰-۲۵ دقیقه بعد از حضور در کنار وی تکمیل شد. با توجه به این که ابزار بصری سنجش درد ابزار استاندارد شده‌ای می‌باشد، لذا نیاز به تعیین اعتبار نبود.

به منظور جلوگیری از تورش کلیه پرسشنامه‌ها به وسیله خود بیماران و بدون دخالت پژوهشگر تکمیل می‌شد. در صورتی که بیماری بی‌سواد بود، این کار به کمک همراهش یا فرد دیگری انجام می‌گرفت.

واحدهای مورد پژوهش دارای مشخصات زیر بودند:

الف) تشخیص سرطان به وسیله پزشک مسجل شده باشد،
ب) نمونه به بخش سانترال انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران مراجعه کرده باشد، ج) کلیه واحدهای مورد پژوهش در زمان تکمیل پرسشنامه از وضعیت هوشیاری کامل برخوردار باشند و دارای تعادل روانی باشند (دچار هذیان، توهم و علایم حاد مانیا نباشند)، د) حداقل سن بیماران ۱۵ سال و حداکثر ۶۵ سال باشد، ه) بیماری زمینه‌ای که باعث بروز درد در آنها شود، نداشته باشند (سرردهای میگرینی، استئوآرتریت، آرتروز و...)، و) کلیه بیماران زن باشند.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و بیماری در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد

مشخصات دموگرافیک	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات بیماری	آزمون	پلاسبو	شاهد
سن	۱۵-۳۰ ۳۱-۴۵ ۴۶-۶۵	۳۶/۷ ۳۶/۷ ۲۶/۷	۲۰ ۴۶/۷ ۳۳/۳	۱۶/۷ ۳۶/۷ ۴۶/۷	مدت زمانی که از تشخیص سرطان گذشته	۱ سال < ۱-۵ سال ۵ سال >	۴۰ ۴۳/۳ ۱۶/۷
وضعیت تأهل	متاهل متاهل	۲۶/۷ ۱۳/۳	۱۰ ۹۰	۳۳/۳ ۶۹	مرحله سرطان (stage)	۱ و ۲ ۳ ۴	۱۰ ۴۰ ۵۰
وضعیت اقتصادی	ضعیف متوسط خوب	۴۰ ۳۶/۷ ۲۳/۳	۵۳/۳ ۳۰ ۱۶/۷	۴۳/۳ ۳۳/۳ ۲۳/۳	نوع سرطان	پستان دستگاه گوارش کبد استخوان تخمدان و رحم سایر موارد	۲۳/۳ ۳۳/۳ ۱۶/۷ ۱۳/۳ ۱۳/۳

جدول ۲: مشخصات درد در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد

مشخصات درد				آزمون				پلاسبو				شاهد			
زمان شروع درد	صبح هنگام برخاستن از خواب مداوم هنگام تحرک بعد از شیمی درمانی هنگام عصبانیت	نوع درد	سوزشی میهم ناتوان کننده و تیز تیر می کشد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد
مدت زمان درد (دقیقه)	۰ - ۲۵ ۲۶ - ۵۰ ۵۰ <	محل درد	اندام فوقانی و سر تنه و شکم اندام تحتانی کل بدن	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد
انتشار درد	انتشاری است در یک ناحیه است	تشدید درد هنگام فعالیت	تشدید می شود تشدید نمی شود	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد	آزمون	پلاسبو	شاهد	مشخصات درد

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار شدت درد قبل و بعد از مداخله در طی ۵ جلسه لمس درمانی در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد

P (ANOVA)	گروه شاهد		گروه پلاسبو		گروه آزمون		
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	
اختلاف میانگین قبل و بعد از مداخله	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	
	± میانگین	± میانگین	± میانگین	± میانگین	± میانگین	± میانگین	
$P < 0.0001$	۴/۲±۲/۱	۴/۱±۲/۱۳	۳/۶±۲/۰۳	۴/۱±۲/۲۲	۳/۲±۲/۲۴	۳/۸±۲/۰۶	جلسه اول
$P < 0.0001$	۳/۶±۳/۰۲	۳/۶±۳/۰۲	۲/۸±۱/۸۱	۳/۳±۱/۸	۱/۶±۱/۴۹	۲/۸±۱/۷۸	جلسه دوم
$P < 0.0001$	۳/۷±۲/۳۷	۳/۷±۲/۳۷	۲/۲±۱/۵۶	۲/۸±۱/۶۴	۱/۱±۱/۱۹	۲/۲±۱/۸۱	جلسه سوم
$P < 0.0001$	۴±۲/۲۱	۴±۲/۲۱	۲/۵±۱/۹۰	۲/۹±۱/۹۹	۱/۱±۱/۶	۲/۰±۲/۰۹	جلسه چهارم
$P < 0.0001$	۴/۰±۲/۴۹	۴/۰±۲/۴۹	۲/۴±۲/۳۴	۲/۹±۲/۲۶	۰/۸±۱/۵۶	۱/۸±۱/۸۲	جلسه پنجم

جدول ۴: سطح معنی داری بین گروهی با استفاده از آزمون آماری توکی

گروه آزمون و پلاسبو		گروه آزمون و شاهد		گروه پلاسبو و شاهد	
P (Tukey HSD)		P (Tukey HSD)		P (Tukey HSD)	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	
$P < 0.0001$		$P < 0.0001$		$P < 0.0001$	

کل ۵ جلسه (آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر)

آنالیز واریانس یک طرفه اختلاف معنی داری را بین سه گروه از نظر تفاضل میانگین شدت درد قبل و بعد از مداخله در هر جلسه درمانی نشان داد ($P < 0.05$).
برای بررسی اختلاف بین تفاضل شدت درد در هر جلسه درمانی بین گروه ها، آزمون آماری توکی مورد استفاده قرار گرفت و در همه موارد گروه آزمون تفاوت معنی داری را از نظر شدت درد با گروه های پلاسبو و شاهد نشان داد ($P < 0.05$). در غالب موارد نیز گروه پلاسبو تفاوت معنی داری با گروه شاهد داشت (جدول ۴).

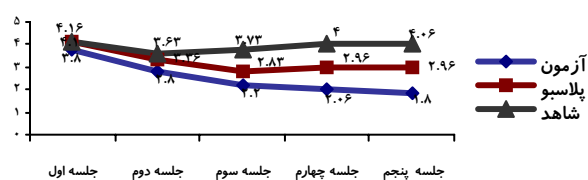
مشخصات درد در سه گروه است که شامل زمان شروع درد، مدت زمان درد، انتشار درد، نوع درد، محل درد و تشدید درد هنگام فعالیت است و آزمون های آماری آنالیز واریانس و کای دو در هیچ کدام از موارد فوق اختلاف معنی داری را بین سه گروه نشان نداد.
جدول ۳ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار شدت درد در هر گروه در طی ۵ جلسه درمانی قبل و بعد از مداخله است. کلیه این داده ها از طریق ابزار سنجش بصری درد (VAS) که در اختیار بیمار قرار می گرفت، جمع آوری شد. آزمون آماری

همان گونه که در نمودارهای ۱ و ۲ مشاهده می شود، روند کاهش درد در طی هر جلسه درمانی و سیر نزولی میزان درد در طی ۵ جلسه در گروه آزمون نسبت به دو گروه دیگر بیشتر بوده و آزمون های آماری نیز این تفاوت را معنی دار نشان داد.

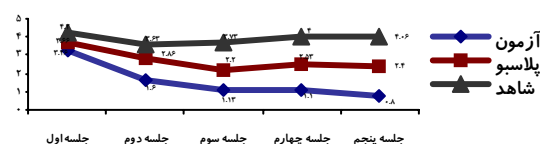
همان طور که پیش بینی می شد و طراحی پژوهش نیز لحاظ گردید، آرام سازی ناشی از تنفس های عمیق و ریتمیک و حضور پژوهشگر کنار بالین بیمار و انجام حرکات لمس درمانی ممکن بود موجب کاهش میزان درد در بیماران گروه پلاسبو شود، اما داده ها نشان داد که تاثیر لمس درمانی به طور معنی داری از پلاسبو و شاهد بیشتر بود. مطالعه اکسپک و نیوتن (۱۹۹۸) تقریباً مشابه مطالعه حاضر می باشد، با این تفاوت که بیماران گروه مقابل لمس درمانی تحت آرام سازی پیشرونده عضلانی قرار گرفته بودند و دوره های درمانی در نظر گرفته شده برای آنها ۶ دوره بود. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که میزان درد بیماران مبتلا به آرتریت دژنراتیو به طور معنی داری در طی جلسات لمس درمانی کاهش پیدا کرد (۱۶). روانی پور نیز در مطالعه خود به نتایج مشابهی دست یافت. وی در تحقیق خود راجع به بررسی تاثیر لمس درمانی بر درد بعد از عمل جراحی سزارین در دو گروه آزمون (لمس درمانی) و شاهد (تلقین گفتاری و رفتاری لمس درمانی) به این نتیجه رسید که میانگین درد قبل و بعد از لمس درمانی در گروه مورد اختلاف معنی داری از خود نشان داد (۱۰). مطالعه Denison روی بیماران مبتلا به فیرومیالژیا نشان داد که لمس درمانی در طی ۶ جلسه موجب کاهش شدت درد بیماران گردید (۱۴). Meehan در مطالعه خود به این نتیجه رسید که لمس درمانی می تواند به عنوان یک درمان مکمل در تسکین درد بیماران بعد از عمل جراحی استفاده شود. چرا که موجب کاهش میزان نیاز بیماران به داروهای مسکن مخدر می شود (۱۳). Evanoff در پژوهشی روی تاثیر لمس درمانی بر میزان درد بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو به این نتیجه رسید که لمس درمانی می تواند درد را بهبود بخشد و سطح عملکرد بیماران را افزایش دهد (۱۲). البته Turner در تحقیق خود راجع به تاثیر لمس درمانی بر میزان درد و کاهش عفونت بیماران سوختگی طی ۶ جلسه درمانی دریافت، زمانی که درک بیماران از درد بین روز اول شروع مداخله تا روز ۶

نمودارهای ۱ و ۲ نشان دهنده میانگین نمره درد قبل و بعد از مداخله در طی ۵ جلسه لمس درمانی در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد است و تفاوت معنی داری بین نمره میانگین درد در سه گروه قبل از شروع جلسات درمانی مشاهده نشد و بعد از شروع مداخله، در گروه شاهد تفاوتی بین نمرات درد در طی ۵ جلسه درمانی دیده نشد. در حالی که در گروه پلاسبو و آزمون نمره میانگین درد به تدریج سیر نزولی داشت و این در حالی است که بین میانگین نمرات درد در گروه آزمون و پلاسبو تفاوت معنی داری قبل و بعد از مداخله مشاهده می شود. بنابراین همان طور که در نمودار هم مشاهده می شود، لمس درمانی در این پژوهش در طی جلسات درمانی موجب کاهش بیشتر درد بیماران گروه آزمون در مقایسه با دو گروه دیگر شد. به طوری که آزمون آماری آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر (ویلکز لامبدا) نیز این تفاوت را معنی دار نشان داد ($P < 0.05$). آزمون آماری توکی نیز اختلاف معنی داری را از نظر تفاضل میانگین شدت درد در طی ۵ جلسه درمان بین گروه آزمون و پلاسبو، آزمون و شاهد و پلاسبو و شاهد نشان داد ($P < 0.05$) (جدول ۴).

نتایج فوق نشان می دهد که لمس درمانی در این مطالعه موجب کاهش شدت درد در زنان مبتلا به سرطان شده است.



نمودار ۱: میانگین درد در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد قبل از مداخله در ۵ جلسه لمس درمانی



نمودار ۲: میانگین درد در سه گروه آزمون، پلاسبو و شاهد بعد از مداخله در ۵ جلسه لمس درمانی

بحث

یافته های تحقیق حاضر نشان داد که لمس درمانی بر درد مزمن ناشی از سرطان در زنان مبتلا مؤثر است. براین اساس

وسیله پرستاران به عنوان یک روش مکمل است نه جایگزین که قطعاً برای جایگزینی نیاز به مطالعات بیشتری خصوصاً در کشور ما دارد.

نتیجه گیری

در پژوهش حاضر مشخص شد که لمس درمانی در طی جلسه موجب کاهش شدت درد سرطان می شود. در عین حال با افزایش جلسات، اثربخشی این روش بیشتر می گردد. لذا با توجه به بی ضرر بودن و غیرتهاجمی بودن لمس درمانی و سادگی یادگیری آن به وسیله پرستاران توصیه می شود که این روش به عنوان یکی از مداخلات مکمل پرستاری در کنترل درد به دانشجویان و کادر پرستاری آموزش داده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگر انجام مطالعه خود را مدیون همکاری همه جانبه بیماران بستری در بخش سانترال زنان انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی تهران، مدیریت محترم خدمات پرستاری، سرپرستار و کارکنان محترم بخش سانترال زنان و نیز دانشگاه تربیت مدرس و اساتید آن دانشگاه می داند.

References

- (۱) اندرولی توماس ای، کارپنتر چارلز سی ج، گریگور روبرت سی، لوسکالزو جوزف. مبانی طب سیسیل. ترجمه: ارجمند، م. اسحق حسینی، س. م. پاکدامن، ح. درخشان دیلمی، غ. خلوت، ع. رضایی، ف و همکاران. چاپ اول. تهران. انتشارات ارجمند. ۱۳۸۱. صفحه ۶۷۷.
- 2) Hogan R. Oncology. Phipps W. Sounders J K, Jan MF. Medical Surgical Nursing. Concepts and clinical practice. 6th Ed. St. Louise. Mosby. 1999; pp:261-267.
- (۳) پرونز و سودارث. پرستاری داخلی جراحی. درد، الکترولیت، شوک، سرطان، مراقبت پایان عمر. ترجمه براهیمی، ن. تذکری، ز. عابدسعیدی، ژ. فراهانی، م. ویرایش دهم. تهران. نشر سالمی. ۱۳۸۳. صفحه ۱۸.
- 4) Hollinworth H. Pain control. No gain? Nurs Times. 1994; 90(1):24-7.
- 5) Kramer NA. Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. Pediatr Nurs. 1990; 16(5): 483-5.
- 6) Mackey RB. Discover the healing power of therapeutic touch. Am J Nurs. 1995; 95:26-32.
- 7) Fish S. Therapeutic Touch. Watchman Fellowship Profiles. 1997; 14(1). <http://www.watchman.org/profile/touchpro.htm>
- 8) Luckman J. Saunders manual of nursing care. Philadelphia. WB Saunders company. 1997; pp:349-352.
- 9) Hill L, Oliver N. Technique integration. Therapeutic touch and theory-based mental health nursing. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1993;31(2):18-22.
- (۱۰) روانی پور، م. بررسی تأثیر لمس درمانی قبل از تزریق وریدی بر میزان اضطراب کودکان

استفاده از پرسشنامه MPQ (McGill pain questionnaire) مقایسه می شود، میزان درد آنان به طور معنی داری کاهش می یابد (۱۷).

نتایج مطالعات فوق الذکر به همراه تحقیق حاضر نشان می دهد که هر چه تعداد جلسات لمس درمانی بیشتر شود، می توان نتیجه بهتری را از کاهش درد بیماران کسب نمود. همچنین لمس درمانی روشی مؤثر و کارا در جهت کنترل درد بیماران سرطانی می باشد، چرا که هم هزینه بر نیست و هم به راحتی در هر ساعتی از شبانه روز بدون نیاز به مشارکت کامل بیمار در امر درمان و تجویز پزشک، به وسیله پرستار قابل استفاده می باشد. در عین حال در مطالعه متاآنالیز ۲۱ ساله ای که از سال ۱۹۷۶ تا ۱۹۹۷ کلیه مطالعات لمس درمانی را بررسی نمود، بیان شده که نیاز به مطالعه بیشتری در زمینه لمس درمانی احساس می شود تا به این نتیجه برسیم که اصولاً می توان از لمس درمانی به تنهایی به جای روش های طبی یا به همراه آنها استفاده کرد (۱۸). لذا توصیه این پژوهش به استفاده از لمس درمانی برای کاهش درد بیماران سرطانی به

سن مدرسه در مراکز درمانی شهر بوشهر سال ۷۸-۷۷. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس دانشکده پزشکی. تهران. ۱۳۷۸.

- 11) Hallett A. Narratives of therapeutic touch. Nursing Standard. 2004; 19(1): 33-37.
- 12) Evanoff A, Newton WP. Therapeutic touch and osteoarthritis of the knee. J Fam Pract. 1999; 48(1):11-2.
- 13) Meehan TC. Therapeutic touch and postoperative pain: a Rogerian research study. Nurs Sci Q. 1993;6(2):69-78.
- 14) Denison B. Touch the pain away: new research on therapeutic touch and persons with fibromyalgia syndrome. Holist Nurs Pract. 2004;18(3):142-51.
- (۱۵) الوندی، ش. بررسی تأثیر لمس درمانی در تسکین درد کولیکی شیرخواران مراجعه کننده به مطب های خصوصی اطفال شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران. ۱۳۷۴.
- 16) Ekes Peck SD. The effectiveness of therapeutic touch for decreasing pain in elders with degenerative arthritis. J Holist.Nurs. 1997;15(2):176-198.
- 17) Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, Williams M. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. J Adv Nurs. 1998; 28(1):10-20.
- 18) Winstead-Fry P, Kijek J. An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research. Altern Ther Health Med. 1999; 5(6):58-67.