دو فصلنامه طبّ جنوب
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۳۴- ۳۹ (شهریور۱۳۸۳)

بررسی تأثیر لمس درمانی بر درد بعد از عمل جراحی سزارین*

مریم روانی پور**

کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر

چکیده :

لمس درمانی یکی از روشهای پرستاری غیرتهاجمی تسکین درد است و فرایندی است که در آن انرژی از یک شخص به شخص دیگر منتقل می شود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع کارآزمائی بالینی است که به منظور بررسی تأثیر لمس درمانی بر میزان درد بعد از عمل جراحی سزارین بیماران زن مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی بنت الهدی شهر بوشهر انجام گرفته است. این مطالعه بر روی ۳۰ زن واجد شرایط نمونه در دو گروه مورد و شاهد اجرا شد که برای گروه مورد به مدت ۱۰ دقیقه از فاصله ۱۰ سانتیمتری از سطح پوست انرژی داده شد و برای گروه پلاسبو به همین مدت از تلقین رفتاری و گفتاری لمس درمانی استفاده گردید. برای سنجش درد از آنالوگ بینایی درد استفاده شد. میانگین درد قبل و بعد از لمس درمانی تنها در گروه مورد، اختلاف از خود نشان داد ($P<0/01$) . با آزمون آماری من ویتنی نیز بین میانگین های درد بعد از مداخله در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری یافت شد. با توجه به نتایج فوق، پیشنهاد می گردد که از لمس درمانی بعنوان یک روش مراقبتی در کاهش درد بعد از عمل جراحی سزارین استفاده شود.

واژگان کلیدی : لمس درمانی، درد، سزارین، طب مکمل

---

* این پروژه با بودجه و امکانات مرکز پژوهشهای سلامت خلیج فارس انجام گردیده است.

** بوشهر، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی، مدیریت پژوهشی تلفن ۰۷۷۱-۲۵۲۸۵۸۷ ص.پ: ۳۶۳۱

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

مقدمه :

درد یک احساس ناخوشایند و تجربه عاطفی در نتیجه آسیب واقعی یا بالقوه بافت می باشد (۱). درد یک مشکل جهان شمول بوده و شایعترین دلیل برای جستجوی درمان و پـذیرش در بیمارسـتان اسـت (۲). معمـولا بـدنبال جراحت وآسیب پوست درد ایجاد مـی شـود (۱). درمـان پزشـکی انـواع متعـددی از بیماریهـا و صـدمات، اغلـب جراحی است. جراحی یک روش درمان تهاجمی است که ممکن است در برگیرنده هر یک از سیستمهای بدن باشد(۳). بطور معمول بیمارانی که برنامـهٔ عمـل را دارنـد، سـه مرحله قبل از عمل، حین عمل و بعد از عمل را طـی مـی کنند، به دوره زمانی که با پذیرش بیمار به بخـش مراقبـت های بعد از بیهوشی شروع و با پیگیری مؤثر در کلینیک یا خانه به پایان رسد فاز بعد از عمل گفتـه مـی شـود، طـی دوره بعـد از عمـل، مراقبـت هـای پرسـتاری بـر تعـادل وضعیت فیزیولوژیک، تسکین درد، جلوگیری از مشکلات و آموزش مراقبت از خود به بیمار متمرکز می گردد .

در تشخیص هـای پرسـتاری، درد دارای اهمیـت خاصـی بـوده و برطـرف کـردن آن یکـی از اولویتهـا در تـدابیر پرستاری محسوب می شود، چرا که پرستاران بیشتر از هر کس وقت خود را با بیماران می گذرانند و مـی تواننـد بـا بکارگیری تدابیر صحیح پرستاری درد آنها را کاهش دهند (۴). قانون اصلی در مراقبت از بیمـاری کـه درد دارد ایـن است که بدانیم همه دردها واقعیت دارند حتی اگـر علـت آنها مشخص نباشد. بنابر ایـن اعتبـار وجـود یـک درد بـه سادگی بر اسـاس گـزارش خـود بیمـار مـی باشـد (۱). مداخلاتی که برای تسکین درد بکار می رونـد سـه دسـته عمـده مـی باشـند : مـداخلات تهـاجمی، مـداخلات غیرتهاجمی و دارو درمانی . یکـی از روشـهای پرسـتاری غیرتهاجمی تسکین درد، لمس درمانی است .

لمس درمانی فرایندی است کـه در آن انـرژی از یـک شخص به شخص دیگر به منظور تسریع فرآینـد بهبـودی در فردی که بیمار یا مجروح است، منتقـل مـی شـود (۵). لمس درمانی یک تجربه درمانی با فرض بر این است کـه بدن انسان یک میدان انرژی دارای الگـو و سـازمان ذاتـی اسـت . در ایـن تئـوری، بـدن انسـان و محـیط اطـرافش سیستم های بازی هستند که دائما" در حال تبادل انرژی و مواد با یکدیگر بوده، گسیختگی یا انقطاع در ایـن الگـوی میدان انرژی در نتیجهٔ بیماری توسط درمانگر احساس می شود (۶). بدین منظور درمانـگر بـا نگـه داشتـــن دسـت خود در فاصـله ۵-۳ اینچـی (cm ۱۲/۵-۷/۵) (۷) یـــــا ۶-۲ اینچی (cm ۱۵-۵) (۸) از سـطح بـدن بیمار و با تمرکز اقدام بـه بررسـی هفـت چـاکرای اصـلی انرژی از سر به پـا می کند، سپس به مناطقی که کم انرژی بـوده انـد انـرژی داده و انـرژی منـاطق پرانـرژی را بـه قسمت های پائین بدن بحالت (جـاروئی) مـی فرسـتد و در مرحله آخر مجددا" چاکراهای بیمـار را ارزشـیابی مـی کند (۹). لمس درمـانی تغییـر در مراقبـت هـای پزشـکی نیست. بلکه کامل کننده درمان هـای طبـی بـوده از منـابع اصلی آن می توان بـه آرامسـازی عمـومی و تسـکین درد اشاره کرد (۵). اولین بار لمس درمانی توسـط دولـوروس کرایگـر در سـال ۱۹۶۰ در آمریکـا بعنـوان یـک تکنیـک پرستاری بکار گرفته شد. کرایگر فـر ض کـرد کـه لمـس درمـانی بـر روی سیسـتم خودکـار عصـبی بـا سـرکوب پاسخ های علامتی اثر می گذارد (۹). مکانیسم کاهش درد از طریق لمس درمانی کاملا" شناخته شـده نیسـت . یـک فرضیه این است کـه لمـس درمـانی ممکـن اسـت باعـث فعالیت اندورفین هـا در سیسـتم عصـب مرکـزی شـده و انتقال تحریکات درد را مهار یا تعدیل می کند (۶). لمـس درمـانی در مـوارد بعـد از عمـل بسـیار مـؤثر بـوده و بـا هوشـیاری بیشـتر بیمـار، وی قـادر بـه انجـام فعالانـه مراقبت هایش مثـل سـرفه کـردن، تـنفس هـای عمیـق و افـزایش تحـرک مـی گـردد (۹). براسـاس بسـیاری از تحقیقات، تـأثیر لمـس درمـانی بـر تـرمیم زخمهـا (۱۰)، تسریع ترمیم شکستگی ها (۵) درد بعد از ماستکتومی در زنان (۱۱) مورد تأئید قرار گرفته است . در این پـژوهش، روش لمس درمانی در کاهش درد پس از جراحی سزارین مورد آزمون قرار می گیرد.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

روش کار :

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که با هدف کلی بررسی تأثیر لمس درمانی بر درد بعد از عمل جراحی سزارین صورت گرفته است . تعداد نمونه های این پژوهش ۳۰ نفر بودند که با توجه به شرایط نمونه پژوهش به روش تصادفی در دو گروه مورد و شاهد گزینش شدند. شرایط نمونه ها عبارت بودند از : زنانی که حداقل ۶ ساعت از عمل جراحی سزارین الکتیو آنها گذشته باشد . اولین عمل جراحی سزارین آنها باشد. در محدودهٔ سنی ۳۵-۲۰ سال قرار داشته باشند . مشکل نابینائی و ناشنوائی نداشته، عقب مانده ذهنی نبوده و بیماری مزمن هم نداشته باشند. برای سنجش درد از ابزار آنالوگ بینائی استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا از زنان واجد شرایط نمونه، پس از اخذ موافقت کتبی شرکت در پژوهش، براساس پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک آنها تکمیل شده، سپس از آنها خواسته می شد که میزان درد خود را برروی ابزار آنالوگ بینائی علامت بزنند، به این ترتیب میزان درد قبل از مداخله از بیمار بدست می آمد. بدنبال آن برای گروه مورد به مدت ۱۰ دقیقه لمس درمانی از فاصلهٔ ۱۰ سانتیمتری از سطح پوست و برای گروه شاهد که در واقع پلاسبوی لمس درمانی بود نیز به مدت ۱۰ دقیقه تلقین گفتاری و رفتاری لمس درمانی بدون رعایت اصول لمس درمانی اجرا شد . در گروه لمس درمانی، پس از تمرکز محقق، در حالی که بیماران آرام در تخت خوابیده بودند، طبق اصول لمس درمانی از چاکرای اول (تاج سر) تا آخرین چاکرا (هفتم) به ترتیب بررسی، درمان و ارزشیابی صورت گرفت. زمان بررسی چاکراها در صورت اشکال آن چاکرا با چاکرای قبل مقایسه شده هر چاکرا که دارای انرژی کمتر بود در مرحلهٔ درمان به آن انرژی داده و از چاکراهایی که انرژی بیشتری داشتند با حرکات جارویی دست از بالا به پایین سعی در متعادل کردن انرژی کردیم. در مرحلهٔ ارزشیابی، متعادل شدن چاکراها مجدداً بررسی شد.

سپس مجدداً از بیمار درخواست می شد تا درد بعد از مداخله را روی ابزار علامت بزند. نهایتاً داده ها با نرم افزار آماری SPSS و آزمون های آماری غیر پارامتری من ویتنی و ویلکاکسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

اطلاعات دموگرافیک سن، قومیت، میزان تحصیلات، شغل، محل سکونت، سابقه اعمال جراحی قبلی در بین دو گروه مورد و شاهد ارتباط معنی داری نشان نداد.

با انجام آزمون آماری من ویتنی، بین میانگین درد قبل از مداخله در گروه مورد با گروه شاهد اختلاف معنی داری یافت نشد.

در مقایسه میانگین درد قبل و بعد از لمس درمانی، در گروه مورد با آزمون ویلکاکسون اختلاف معنی داری نشان داد (جدول ۱، $P<۰/۰۱$).

در مقایسه میانگین درد قبل و بعد از پلاسبوی لمس درمانی در گروه شاهد اختلاف معنی داری مشاهده نشد.

آزمون آماری من ویتنی بین میانگین های درد قبل و بعد از مداخله در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنی داری با نشان داد ($P< ۰/۰۱$).

جدول ۱) میانگین درد قبل و بعد از لمس درمانی در گروه مورد و شاهد بر اساس ابزار آنالوگ بینایی

	مورد		شاهد	
	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار
قبل از مداخله	۵۰/۶۶	۷/۲۰	۶۳/۴۰	۵/۰۱
بعد از مداخله	۳۹/۵۳*	۷/۳۲	۶۲/۹۳	۴/۷۲

* $P<۰/۰۱$ در مقایسه با قبل از مداخله

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

بحث

نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان داد که لمس درمانی بر درد بعد از عمل جراحی سزارین تأثیر قابل توجهی داشته و باعث کم شدن احساس درد در گروه مداخله شده است. چنانچه با محاسبه میزان تأثیر مداخله ملاحظه می شود که لمس درمانی در گروه مورد ۲۱٪ باعث کاهش احساس درد شده است در حالیکه تلقین لمس درمانی در گروه شاهد تنها به اندازه ۰/۷٪ تأثیر در کاهش درد داشته است و آزمون آماری هم اختلاف معنی داری بین تأثیر این دو مداخله بر درد نشان می دهد که مشابه نتایج تحقیق گوردون در سال ۱۹۹۸ می باشد . وی طی تحقیق تجربی یکسوکور بر روی درد بیماران استئوآرتریتی در محدوده سنی ۸۰-۴۰ سال مشاهده نمود که لمس درمانی در گروه مورد کاهش چشمگیری در درد استئوآرتریت نسبت به بیماران گروه شاهد ایجاد کرده است (۱۲). پیترز در یک مطالعه مروری بر تحقیقات انجام شده طی یک دهه در زمینه لمس درمانی نتیجه گرفت که این مداخله دست کم تأثیر متوسطی بر علائم فیزیولوژیک و سایکولوژیک در گروههای مداخله داشته است (۱۳).

تورنر هم در سال ۱۹۹۸ تأثیرلمس درمانی را بردرد و اضطراب بیماران با سوختگی سنجید. گروه مداخله به مدت ۵ روز هر روز لمس درمانی شدند. جهت سنجش درد از ابزارVASو پرسشنامه درد مک گیل استفاده شد . نتایج نشان دادند که گروه مداخله درد و اضطراب کمتری نسبت به گروه کنترل داشته است (۱۴).

در تحقیق مقایسه ای بلانک فیلد در سال ۲۰۰۱ در آمریکا بین لمس درمانی و پلاسبوی آن بردرد کارپال تونل سندرم طی ۶ هفته و هر هفته یکبار مداخله با استفاده از ابزار سنجش درد VAS، اگر چه کاهش درد و آرامسازی در بیماران را نشان داد اما بین دو گروه بلحاظ کاهش درد اختلاف معنی داری مشاهده نشد (۱۵) .

بالاخره سامارل هم در سال ۱۹۹۷ در آمریکا مقایسه ای بین لمس درمانی و صحبت کردن با زنان تحت جراحی ماستکتومی انجام داد و نتیجه گرفت که میزان اضطراب قبل از عمل و درد بعد از عمل در زنان بطور مؤثری کاهش یافته و استفاده از این روش ها به پرستاران بخش های جراحی توصیه نمود (۱۱).

وجود درد بعد از عمل جراحی سزارین بر هیچکس پوشیده نیست . امروزه در بیشتر مراکز درمانی برای تسکین این درد از داروهای مختلف استفاده می شود . جانستون محقق نروژی هم در این زمینه تحقیقی بر روی استفاده از دوز بالای دیکلوفناک در درمان درد بعد از جراحی سزارین انجام داده است. وی اظهار می دارد، از آنجائیکه داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی در بیشتر موارد در دوره بعد از زایمان باعث کاهش درد شده اند اما به فوائد آنها در کاهش درد بعد از سزارین کمتر توجه شده است، همچنین بیان می کند که دیکلوفناک با دوز بالای ۱۰۰mg دو بار در روز با توجه به نداشتن عوارض داروهای مخدر و ارزان قیمت بودن و نداشتن عوارض جانبی بیشتری نسبت به سایر مسکن ها در اینمورد استفاده شده است و از یافته های تحقیقش نتیجه گرفت که دیکلوفناک می تواند با امنیت و ایمنی به این منظور استفاده شود (۱۶).

اما در هر صورت داروها چه مخدر و چه غیرمخدر دارای عوارض جانبی ناخواسته هم می باشند . میفسود نیز توجه خود را در درمان درد بعد از عمل جراحی سزارین به روشهای آلترناتیو کاهنده درد از جمله TENS معطوف داشته و تحقیق مقایسه ای بین TENS و داروی Bupivacaine در کاهش درد بعد از سزارین انجام داد. وی در تحقیق خود عنوان می دارد، به علت عوارض جانبی داروهای مخدر استفاده شده برای تسکین درد بعد از سزارین مثل خواب آلودگی که خود موجب احساس ضعف در مادر و به تأخیر افتادن ارتباط مادر با نوزاد جدیدش می شود بهتر است از روش های کم عارضه دیگر بویژه روش های آلترناتیو برای کنترل درد بعد از عمل جراحی سزارین استفاده شود، وی از تحقیقش نتیجه گرفت زنانی که برای کاهش دردشان TENS دریافت کرده بودند کنترل بهتری نسبت به درد نشان داده، احساس خواب آلودگی در روز سوم بعد از عمل در آنها کمتر

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

بوده، شیردهی راحت و بهتری دیده شده، در روز دوم و سوم بعد از عمل تحرک بیشتری نسبت به گروه دیگر داشتند (۱۷).

استفاده از TENS نیاز به دستگاه و تجهیزات لازم دارد که البته هزینه هایی را در بر خواهد داشت . لمس درمانی یک روش آلترناتیو کاهنده درد می باشد و با توجه به اینکه لمس درمانی بجز آموزش پرستاران مجرب هزینه دیگری در بر نداشته و بسیار مقرون به صرفه بوده و پرستار با اتکا به هنر دست هایش در هر مکان و زمان قادر به استفاده از این تکنیک می باشد، به نظر می رسد روش لمس درمانی در کاهش درد نسبت به سایر روشها مرجح باشد.

در تأیید این گفتار، رامنارین (۱۹۹۹) هم در ضمن تحقیق خود عنوان می دارد، بیمارانی که کاندید عمل جراحی هستند اکثرا" تحت استرسورهایی چون اضطراب و درد قرار دارند. عقیده بر این است که لمس درمانی در پیشبرد راحتی، کاهش درد، تسریع فرآیند ترمیم زخم و تسکین بیماری های سایکوسوماتیک مؤثر بوده به متعادل بودن میدان انرژی بیمار کمک می کند و اگر مطالعات بیشتری از قدرت کاهش دهندگی درد و اضطراب لمس درمانی حمایت کنند احتمالاً لمس درمانی هم بعنوان یک مداخله قبل از عمل جراحی مثل موسیقی درمانی و تصورات هدایت شده محسوب خواهد شد (۱۸).

نتایج تحقیقات مختلف بیان می دارند که عوامل نژادی، فرهنگی، محیطی، آموزش در بخش و یادگیری حاصل از موارد قبلی جراحی بر پاسخ های درد تأثیر دارند. البته فرهنگ و نژاد بر چگونگی پاسخ فرد به درد تأثیر دارند اما بر درک درد تأثیر ندارند. درک درد بیشتر به خود افراد بستگی دارد تا نژاد آنها. درک درد با پیر شدن افراد هم تغییر نمی کند و اگر این اتفاق بیفتد ثانویه به بیماری هایی چون دیابت است نه پیری. بعلاوه درجه و شدت درد بعد از عمل و سطح تحمل بیمار به محل برش، وضعیت خود جراحی و شدت تروماى وارده از جراحی بستگی دارد (۱) . همچنین عنوان می دارند که اگر فردی تجربه قبلی درد داشته باشد از وقایع دردناک بیشتر خواهد ترسید و احتمالا" کمتر قادر به تحمل درد خواهد بود که شاید به دلیل عدم کنترل مناسب و کافی درد قبلی بوده است. بهمین دلیل پژوهشگر برای کنترل بهتر عوامل ناخواسته تأثیرگذار، اقدام به گزینش نمونه ها از زنان در رنج سنی محدود ۳۵-۲۰ سال کرد. و نیز نمونه ها از یک محیط پژوهش و یک روش عمل با مشخصه نداشتن سابقه قبلی سزارین انتخاب شدند. نتایج تجزیه و تحلیل آماری هم نشان داد که فراوانی متغیرهای شغل، سواد، شهری یا روستایی بودن و قومیت بین دو گروه ارتباط آماری معنی داری نداشته و بدین ترتیب تأثیر این عوامل بر نتیجه پژوهش نیز حذف گردید.

به این ترتیب با توجه به نتایج حاصل از پژوهش و یافته های پژوهش های سایر محققان و با توجه به اهمیت کنترل هر چه بهتر و مؤثرتر درد بعد از عمل در بیماران که در غیر این صورت می تواند روی سیستم های قلبی عروقی، ریوی، اندوکرین، ایمنی و معدی روده ای تأثیر گذاشته و مشکلات عدیده ای در این سیستم ها ایجاد کند و نیز خصوصیات منحصر به فرد لمس درمانی که هم برای پرستار و هم برای بیمار ایمن بوده، مقرون به صرفه است، نیاز به وسیله خاصی نداشته و در هر زمان و هر مکان توسط درمانگر قابل استفاده می باشد، پیشنهاد می شود که اولاً دوره های آشنائی و آموزش استفاده از لمس درمانی برای پرستاران فراهم گردیده و ثانیاً از این روش برای تسکین بیماران بعد از جراحی سزارین استفاده گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از جناب آقای طهماسبی که در انجام این پژوهش همکاری و مساعدت نموده اند و پرسنل محترم بخش جراحی زنان بیمارستان بنت الهدی تشکر و قدردانی بعمل می آید.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]

References:

1. Smeltzer S, Bare B. Pain management. In: Brunner and suddarths text book of medical surgical nursing. 9th ed. Lippincott Company, 2000, 175-201.

2. Beyer JE, knott CB. Construct validity estimation for the African - American and hispanic versions of the Oucher scale. J Pediatr Nurs 1998; 13: 20-31.

3. Taylor C, Lillis C, Lemone P. Fundamental of nursing. 4th ed. JB Lippincott Company, 2001, 640 .

4. Hollin Worth H. No gain ? Post operative. Nurs times 1994; 99:24-7.

5. Kramer NA. Comparison of therapeutic touch and casual touch in stress reduction of hospitalized children. Pediatr Nurs 1990; 16: 483 - 5.

6. Luckmann J. Saunders manual of nursing care. WB Saunders Company. 1997, 349-52.

7. Hill L, Oliver N. Therapeutic touch and theory - based mental health nursing. J Psychosocial Nurs 1993; 31: 19-22.

8. Black JM, Jacobs EM. Medical surgical nursing, clinical management for continuity of care. 5th ed.1997, 366.

9. Mackey RB. Discover the healing power of therapeutic touch. Am J Nurs 1995; 95: 26-32.

10. Trevelyan J, Booth B. Complementary medicine for nurses, midwive and health visitors. Maxmillan Press LTD, 1994, 88-95.

11. Samarel N, Fawcett J, Davis MM, et al. Effect of dialogue and therapeutic touch on preoperative and pastoperative experiences of breast cancer surgery : an exploratory study . J Oncol Nurs Forum 1998; 25: 1369-76.

12. Gordon A, Merenstein JH, D'Amico F,et al. The effects of therapeutic touch patients with asteoartheritis of the knee. J Fam Prac 1998; 47: 271-7.

13. Peters RM. The effectiveness of therapeutic touch: a meta analytic review. Nurs Sci Q 1999; 12: 52-61 .

14. Turner JG, Clark AJ, Gauthier DK, et al. The effect of therapeutic touch on pain and anxiety in burn patients. J Adv Nurs 1998; 28: 10-20.

15. Blankfield RP, Sulzmann C, Fradley LC, et al. Therapeutic touch in the treatment of carpal tunnel syndrome. J Am Board Fam Pract 2001; 14: 335 - 42.

16. Johnston C. ESRA: High - dose diclofenac used to treat post caesarean section pain . http://www.docguide.com/dg.nsf/ 2001.

17. Mifsud S. Methods of pain relief after caesarean section: A comparative Study. 2003 http://www.cis.um.edu.mt/~phcy/symp/suzamifs.htm

18. Ramnarine-Singh S. The surgical significance of therapeutic touch. AORN J 1999; 69: 358-69.

[Downloaded from ismj.bpums.ac.ir on 2026-11-02]