

بررسی تأثیر آرامسازی بنسون بر میزان شاخص‌های فعالیت بیماری، در بیماران روماتوییدی مراجعه‌کننده به درمانگاه مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان امام خمینی(ره) تهران در سال ۱۳۷۹-۸۰

معصومه باقری نسامی*(M.Sc.) عیسی محمدی *(Ph.D.) رقیه صادقی

چکیده

سابقه و هدف : از میان بیماری‌های التهابی روماتیسمی، بیماری روماتویید، بیشترین شیوع را به خود اختصاص داده است (شیوع یک درصد در اکثر جوامع و همچنین ایران). این بیماری، مزمن بوده و همراه با درگیری چندین دستگاه بدن است. علت آن ناشناخته است و علامت اصلی بیماری، التهاب مفاصل سینوفیال می‌باشد. بیماران علاوه بر درد، تورم، محدودیت و تغییر شکل مفاصل از علایم خارج مفصلی و مشکلات روحی-روانی رنج می‌برند. استرس، اضطراب و افسردگی که ناشی از ماهیت بیماری است؛ همراه با این بیماری وجود دارد و سیکل معیوبی را بین علایم جسمی و روحی ایجاد می‌کند؛ در نتیجه بیماری فرد با استرس و تحریکات عصبی، فعال می‌شود که گاهی اوقات کنترل آن بسیار مشکل می‌باشد. لذا در این پژوهش از آرامسازی بنسون در کنار اقدامات دارویی، جهت کنترل فعالیت بیماری استفاده شده است.

مواد و روش‌ها : این تحقیق، یک مطالعه تجربی از نوع کارآزمایی بالینی است که در سال ۱۳۷۹-۸۰ در درمانگاه مرکز تحقیقات روماتولوژی بیمارستان امام خمینی(ره) تهران انجام شده است: در این مطالعه ۵۰ بیمار به صورت نمونه‌گیری غیر احتمالی از جامعه آماری در دسترس بر اساس سن و جنس در ۲ گروه شاهد(۲۴ نفر) و آزمون(۲۶ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. آرامسازی به صورت انفرادی و به کمک نوار به گروه آزمون، آموزش داده شد و در طی ۸ هفته مداخله، پیگیری انجام شد. برای ارزیابی تأثیر آرامسازی بنسون، علایم بالینی، یافته‌های آزمایشگاهی، اضطراب، افسردگی و احساس خوب بودن بیماران قبل و بعد از مداخله، در هر دو گروه، سنجیده شد.

یافته‌ها : با انجام آزمون‌های آماری، متغیرهای موجود در این تحقیق قبل از مداخله، در دو گروه شاهد و آزمون، اختلاف معنی‌داری نداشتند. میانگین متغیرهای اضطراب، افسردگی، احساس خوب بودن در هر دو گروه، بعد از مداخله، به ترتیب با $P=0.0001$ ، $P=0.0001$ اختلاف معنی‌داری را نشان داد. بیشتر متغیرهای علایم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی، روند کاهش فعالیت بیماری را نشان دادند. ولی از نظر آماری، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

استنتاج : فرضیه پژوهش مبنی بر این که آرامسازی، فعالیت بیماری را کمتر می‌کند از ابعاد اضطراب، افسردگی و احساس خوب بودن، مورد تایید قرار گرفت. از نظر سایر متغیرهای مربوط به علایم بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی، برای کسب نتایج آماری دقیق‌تر، نیاز به تحقیق با حجم نمونه بیشتر و انجام مداخله در مدت زمان بیش از ۸ هفته است.

واژه‌های کلیدی : بیماری روماتویید، روماتولوژی، آرامسازی

*ساری: بلوار خزر-دانشکده پرستاری علوم پزشکی مازندران

**کارشناس ارشد پرستاری عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

***مری و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس

۸۱/۳/۷ تاریخ دریافت:

۸۲/۲/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات:

مقدمه

دودلی، عدم ثبات خلقی، اضطراب و افسردگی است که ناشی از وجود بیماری بوده و با محدودیت جسمی و درد ترکیب می‌شود و می‌تواند سطح استرس بیماران را بالا ببرد و احساس خوب بودن را در آنها مختل کند.^(۶) از سال ۱۹۶۹ افسردگی در بیماران روماتوییدی به عنوان بخشی از تابلوی بیماری، تشخیص داده شده است. در طی مطالعات انجام شده میزان افسردگی بیماران روماتوییدی ۱۴ تا ۴۶ درصد تخمین زده می‌شود و شیوع افسردگی در این بیماری ۳ تا ۵ برابر بیشتر از افراد طبیعی جامعه برآورد شده و به عنوان یکی از عوامل استرس‌زا عمل می‌کند.^(۷) بین استرس و فعالیت بیماری، سیکل معیوب وجود دارد؛ بدین معنی که با وجود عوامل استرس زای مختلف در زندگی، بیماری فعل می‌شود و ناتوانی جسمی به جا می‌گذارد، ضایعات جسمی و غیرقابل پیش‌بینی بودن دوره‌های عود و بهبودی، منجر به اضطراب و افسردگی شده و خود به عنوان یک عامل استرس زای عمل کرده و بیماری را فعال‌تر می‌کند.^(۸) بر اساس شناخت جدید از این بیماری علاوه بر اختلال در سیستم ایمنی، اختلال محور نوروآندوکرین هم در این بیماران به اثبات رسیده است. در بیماران روماتوییدی برخلاف افراد طبیعی، در مقابل استرس، به اندازه کافی کورتیزول ترشح نمی‌شود و ارتباط محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال(H.P.A) و گیرندهای محیطی آنها مختل می‌باشد. به همین دلیل دیده شده است که بیماری روماتوییدی علی‌رغم کنترل شدن و خاموش بودن در مقابل استرس و تحريكات عصبی، مجددًا فعال می‌شود که در برخی موارد، مهار آن بسیار مشکل می‌باشد.^(۹) برای کنترل استرس و فعالیت بیماری در این بیماران می‌توان از روش‌های غیردارویی استفاده کرد. به دلیل هزینه و عوارض داروها و وابستگی‌هایی که بسیاری از داروهای مسكن و آرام‌بخش

بیماری روماتویید یکی از بیماری‌های التهابی سیستمیک مزمن می‌باشد که به طور اولیه به مفاصل محیطی حمله می‌کند و سپس عضلات اطراف، تاندون‌ها، لیگامان‌ها، و عروق خونی را گرفتار می‌کند. علایم عمدۀ بیماری شامل: درد، تورم، محدودیت حرکت و خشکی صبحگاهی مفاصل می‌باشد. همراه با علایم مفصلی، ضعف و خستگی، ناخوشی عمومی و مشکلات روحی در این بیماری دیده می‌شود.^(۱۰) شیوع بیماری در خلال ده چهارم و پنجم زندگی است. ۸۰ درصد بیماران در سنین ۳۵ تا ۵۰ سالگی که سن مولد بودن در جامعه است، به بیماری مبتلا می‌شوند.^(۱۱) علت بیماری ناشناخته است و عوامل متعددی در ایجاد آن دخالت دارد. در یک زمینه ژنتیک مساعد و تحت تأثیر فاکتورهای محیطی، تعادل طبیعی سیستم ایمنی به هم می‌خورد و علیه اجزاء سلول‌ها و ایمنوگلوبولین‌های خودی، آنتی‌بادی ساخته می‌شود و موجب ایجاد پدیده‌های التهابی حاد و تحت حاد و مزمن شده و در نهایت منجر به تخریب بافت‌های مختلف بدن می‌شود.^(۱۲) تقریباً ۹۰ درصد بیماران که مبتلا به نوع شدید بیماری می‌شوند بعد از ۲۰ سال از نظر بالینی ناتوان می‌شوند طبق نظر سازمان بهداشت جهانی میزان مرگ و میر مشابه با بیماری هوچکین و بیماری‌های عروق کرونر است.^(۱۳) این بیماری به علت مزمن بودن، می‌تواند تأثیر عمیقی بر روی فعالیت‌های روزانه زندگی بگذارد. از آن جایی که این بیماری، در طی دوران مولد بودن شخص اتفاق می‌افتد، مشکلات عمدۀ اقتصادی و اجتماعی به بار می‌آورد و چون دارای دوره‌مکرر عود و بهبودی غیرقابل پیش‌بینی است، دائمًا بیمار را دراسترس دوره‌های شعله‌ورشدن بیماری نگه‌گیری دارد.^(۱۴) چالش‌های روانی که این بیماران تجربه می‌کنند به اندازه مشکلات جسمی است. احساسات آنها شامل ترس، عصبانیت، شک و

صورت گرفت. دو گروه بر اساس سن، جنس، سن ابتلا به بیماری، معیارهای طبقه‌بندی بیماری و نوع داروهای مصرفی، همگون سازی شدند و به طور متواالی در ۲ گروه قرار گرفتند. در این پژوهش مشخصات نمونه شامل موارد زیر بوده است:

- عدم سابقه ابتلا به بیماری صعب العلاج دیگر
- حداقل سابقه ابتلا ۲ ساله به بیماری روماتوید -۳ ساکن تهران بودن.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: ۱- پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر ۲ Spielbergers state anxiety Inventory افسردگی بک (Back) ۳- پرسشنامه مربوط به بررسی علایم بالینی (درد، تورم، محدودیت مفاصل و اندکس آنها، وضعیت خستگی، مدت زمان خشکی صحبتگاهی مفاصل) و بررسی یافته‌های آزمایشگاهی (Hb, Plt, ESR, CRP, RF) ۴- ابزار معیاری- دیداری ۱۰Cm visual analogue scale of well being (analogue scale of well being). اعتبار علمی تست اضطراب اسپیل برگر و افسردگی بک توسط محققین زیادی سنجیده شده است و پژوهشگران زیادی در کشور ما آن را به کار گرفته‌اند. این ابزارها یک مقیاس معتبر بین‌المللی هستند و در ایران توسط دادستان (۱۳۶۴) نیز هنجاریابی شده‌اند (۱۰). پس از انتخاب نمونه‌ها و جلب رضایت بیماران جهت شرکت در پژوهش، ابتدا بررسی فعالیت بیماری بر اساس معاینه بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی انجام شده و پس از ۸ هفته مجدداً از بیمار، آزمایش به عمل می‌آمد. سپس پرسشنامه افسردگی و اضطراب تکمیل شده و در مورد چگونگی تکمیل روزانه ابزار معیاری- دیداری بررسی احساس خوب بودن، توضیح داده شد. اگر بیمار جزو گروه آزمون بود، علاوه بر اقدامات نامبرده، روش عملی آرامسازی به کمک نوار، آموزش داده می‌شد و جهت انجام صحیح

ایجاد می‌کنند، روش‌های غیردارویی در مقایسه با روش دارویی مقرن به صرفه هستند. روش‌های غیردارویی مقابله با استرس شامل بیوفیدبک، موسیقی درمانی، یوگا، انحراف فکر، آرامسازی، تجسم سازی هدایت شده (guided Imagery) و ... می‌باشد. این روش‌ها از تئوری سایکونوروایمنولوژی تبعیت می‌کنند. سایکو نوروایمنولوژی، مطالعه تعامل چندگانه فرایند انتباطی بین رفتار، نوروآندوکرین و ایمنولوژی است. استفاده از این علم، چهارچوبی برای انجام پرستاری بالینی است که منجر به این می‌شود که پرستاران در مداخلات خود از مفاهیم روحی- روانی نیز استفاده کنند. این نوع مداخلات، نیازمند درگیری فعال بیمار در طرح مراقبتی است و به عنوان یک اصل پایدار و ثابت در پرستاری «کلیت نگر» به شمار می‌رود (۸). از آنجایی که آرامسازی یکی از مداخلات اساسی جهت مقابله با استرس بر مبنای علم سایکونوروایمنولوژی می‌باشد و تاکنون نیز تحقیقی در زمینه تأثیر آرامسازی جهت کنترل همه جانبی فعالیت بیماری (بعد روحی- روانی) و یافته‌های آزمایشگاهی بیماران روماتویدی انجام نشده است، آرامسازی بنسون به دلیل راحت‌تر بودن به لحظه یادگیری و انجام صحیح آن، برای این بیماران مدنظر قرار گرفته است.

مواد و روش‌ها

این بررسی یک تحقیق تجربی است که در آن پس از اخذ نتیجه مربوط به Pilot study جهت تعیین حجم نمونه، ۵۰ بیمار روماتویدی مورد مطالعه قرار گرفتند. لازم به ذکر است با توجه به فرمول مربوطه، تعداد نمونه‌ها ۵۶ نفر برآورد شد که در مدت ۱۱ ماه نمونه‌گیری، ۴ نفر از گروه شاهد و ۲ نفر از گروه آزمون حذف شدند. بنابراین مطالعه بر روی ۲۶ نفر از گروه آزمون و ۲۴ نفر از گروه شاهد انجام گردید. نمونه‌گیری به روش غیراحتمالی از جامعه آماری در دسترس،

$P = 0.0001$ و $P = 0.0001$ آزمون نسبت به گروه شاهد تأیید می‌کند. ولی از ابعاد یافته‌های آزمایشگاهی و جسمی به جز مدت زمان خشکی صبحگاهی مفاصل که با آزمون آماری «من ویتنی» و $P = 0.03$ در مقایسه گروههای شاهد و آزمون، بعد از مداخله معنی‌دار بوده است و سرعت رسوب گلbul‌های قرمز که با آزمون آماری T زوجی و $P = 0.01$ در گروه آزمون در مقایسه قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری را نشان داده است؛ در سایر موارد اختلاف معنی‌داری نداشته است. و این در حالی است که تغییرات بعد از مداخله در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، در موردمتغيرهای خستگی، تعداد مفاصل دردناک، اندرکس مفاصل دردناک، فاکتور روماتوییدی CRP، کاملاً مشهود است. ولی از نظر آماری معنی‌دار نیست.

بحث

در این پژوهش، تأثیر آرامسازی بنسون بر روی شاخصهای فعالیت بیماری در بیماران روماتویید مورد بررسی قرار گرفته است که تأثیر مداخله بر بعد روحی- روانی (افسردگی، اضطراب و احساس خوب‌بودن) کاملاً مشهود بوده است. از نظر معاینه فیزیکی و یافته‌های آزمایشگاهی، مداخله بر روی متغيرهای مدت زمان خشکی صبحگاهی مفاصل و سرعت رسوب گلbul قرمز، مؤثر بوده است. تعداد مفاصل متورم و محدود و اندرکس آنها در هر دو گروه شاهد و آزمون بعد از مداخله کاهش یافته است و همچنین هموگلوبین، افزایش و پلاکت، کاهش یافته است. چون تغییرات این پارامترها در هر دو گروه بعد از مداخله از جهت روند رو به بهبودی، یک سو بوده و از نظر آماری هم اختلاف معنی‌داری وجود نداشته است، نمی‌توان ادعا کرد که مداخله در گروه آزمون در ارتباط با این متغيرها مؤثر بوده است. در مورد متغيرهای خستگی، فعالیت روزانه

این روش در منزل، نوار در اختیارشان قرار می‌گرفت. کاربرد این روش توسط بیماران به مدت ۲۰ دقیقه ۲ بار در روز و به مدت ۸ هفته بود. در طی این مدت، بیماران به طور تلفنی یا حضوری پیگیری می‌شدند.

شیوه آرامسازی بنسون یک روش مراقبت متعادل (T.M:Transcendental meditation) است و به عنوان روش «تنش زدایی» شناخته شده است. این شیوه به شکل زیر آموزش داده شد:

۱- به آرامی در یک موقعیت راحت قرار بگیرید.

۲- چشمها را آهسته بیندید.

۳- تمامی عضلات بدن را به طور عمیق شل کنید. از کف پاها شروع کنید و تدریجیاً به طرف صورت پیش بروید. این حالت آرامش را حفظ کنید.

۴- در همین حال از راه بینی نفس بکشید. نسبت به تنفس خود آگاه باشید یا به آن توجه کنید. تنفس را از راه دهان به آرامی خارج کنید. وقتی که تنفس بیرون می‌آید، کلمه یک را زیر لب تکرار کنید. راحت و عادی نفس بکشید.

۵- این کار را برای ۱۰ تا ۲۰ دقیقه ادامه دهید. سعی کنید تمام عضلات شما شل باشد. پس از گذشت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه، به آرامی چشمهايان را باز کنید. برای چند دقیقه از جای خود بلند نشوید.

۶- نگران نباشید به سطح عمیقی از آرامش رسیده‌اید یا نه، بگذارید آرامسازی با آهنگ خودش اتفاق بیافتد. وقتی افکار مزاحم پیش آمد، سعی کنید از آنها چشم پوشی کنید و نسبت به آن بی‌تفاوتش باشید (۱۳، ۱۲، ۱۱).

یافته‌ها

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری، مطابق جدول شماره ۱ تأثیر مداخله بر روی میزان اضطراب و افسردگی و احساس خوب بودن را به ترتیب با

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین پارامترها بعد از مداخله در گروههای شاهد و آزمون و همچنین مقایسه میانگین پارامترها قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون

متغیر	میانگین	آزمون						آزمون آماری مقایسه دو گروه بعد از مداخله	آزمون آماری مقایسه قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون	اختلاف معنی دار	آزمون آماری جهت مقایسه قبل و بعد از مداخله	اختلاف	آزمون آماری	
		بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله							
اضطراب	۸۳/۰۸	۶۵/۷۱	۸۴/۸۳	۸۲/۵۴	P<0/۰۰۱	*S	مستقل	P<0/۰۰۱	P<0/۰۰۱	T	زوجی	T	P<0/۰۰۱	
افسردگی	۱۲/۲	۴/۷۶	۱۲/۰۸	۱۳/۰۲	S	T	مستقل	P<0/۰۰۱	P<0/۰۰۱	زوجی	T	P<0/۰۰۱	-	
احساس خوب بودن	-	-	-	۵/۶۲	S	T	مستقل	P<0/۰۰۱	P<0/۰۰۱	-	-	-	-	
*اندکس مفاصل دردناک	۶/۵۶	۱	۴/۶۲	۵/۳۴	N.S	آزمون علامت	***N.S	P=0/۲۸	P=0/۰۲۸	آزمون من ویتنی	آزمون علامت	آزمون علامت	P=0/۰۰۱	-
اندکس مفاصل محدود	۴/۹۴	۱/۴۵	۰/۷	۰/۲۱	N.S	آزمون من ویتنی	N.S	P=0/۰۶	P=0/۰۶	آزمون علامت	آزمون علامت	آزمون علامت	P=0/۰۰۱	-
مدت زمان خنکی	۶/۵۳	۱/۴۵	۰/۷	۰/۲۱	N.S	آزمون من ویتنی	S	P=0/۰۲۱	P=0/۰۲۱	آزمون علامت	آزمون علامت	آزمون علامت	P=0/۰۰۱	-
صیغکاهی مفاصل	۱۳/۰۹	۱۳/۰۷	۱۲/۹۶	۱۳/۱۴	N.S	آزمون T	N.S	P=0/۰۳۹	P=0/۰۱۰	آزمون زوجی	آزمون زوجی	آزمون زوجی	P=0/۰۰۱	-
هموگلوبین	۲۷۱۳۱۲/۵	۲۳×۱۰	۲۶۸۵۷۱/۴	۲۸۹۵۸۲۳/۵	N.S	آزمون T	N.S	P=0/۰۱۷	P=0/۰۴۶	آزمون زوجی	آزمون زوجی	آزمون زوجی	P=0/۰۰۱	-
پلاک	۲۶/۲۶	۱۶/۶۶	۲۰/۷۸	۱۷/۹	S	آزمون T	N.S	P=0/۰۷۲	P=0/۰۱۰	آزمون زوجی	آزمون زوجی	آزمون زوجی	P=0/۰۰۱	-
سرعت رسوب گلوبول قرمز	۱۵/۴	۷/۷	۰	۸/۴	N.S	آزمون فشر	N.S	P=1	P=0/۰۸	آزمون مک نماز	آزمون مک نماز	آزمون مک نماز	P=0/۰۰۱	-
درصد وجود خستگی	۳۰/۰۸	۱۹/۲	۲۹/۲	۴۱/۷	N.S	آزمون کای دو	N.S	P=0/۰۰۸	P=0/۰۲۵	آزمون مک نماز	آزمون مک نماز	آزمون مک نماز	P=0/۰۰۱	-
روماتوپید	۲۳/۱	۱۹/۲	۳۳/۳	۳۳/۳	N.S	آزمون کای دو	N.S	P=0/۰۲۵	P=1	آزمون مک نماز	آزمون مک نماز	آزمون مک نماز	CPR	-

*؛ وجود اختلاف معنی دار، $P < 0/05$.

**اندکس: مفهوم اندکس از حاصل ضرب تعداد مفاصل دردناک با متورم یا مخدود در شدت درد یا تورم یا مخدودیت حرکت محاسبه شده است. (شدت بر اساس مقیاس صفر تا چهار پلاس سنجیده شد است).

N.S***: عدم اختلاف معنی دار

اضطراب و افسردگی کاهش یافته بود. پژوهشگران در این تحقیق، تأثیر آرامسازی بر روی اضطراب و افسردگی را در مقایسه با سایر متغیرهای معاینه فیزیکی، بیشتر ذکر می کنند(۱۵).

در تحقیق مشابه دیگری گران (Lundgren) و همکاران (۱۹۹۹)، ۶۸ بیمار روماتوپیدی را از نظر تأثیر آرامسازی، مورد بررسی قرار دادند. بیماران دردو گروه شاهد و آزمون، قرار گرفتند و آرامسازی پیشرونده عضلاتی را به مدت ۳۰ دقیقه ۲ بار در هفته تا ۱۰ هفته انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله بر روی عملکرد بازو ($P < 0/۰۱$) و عضله اندام تحتانی با ($P < 0/۰۵$) مؤثر بوده است. محققین اظهار می دارند که هر چه آرامسازی در طی مدت زمان طولانی تری انجام شود، نتیجه بخش تر خواهد بود؛ به طوری که پس از ۶ تا ۱۲ ماه پیگیری، هیچ گونه اختلالی برای بیماران باقی نمانده بود(۱۶).

در سال (۱۹۹۷) نیز آرامسازی عضلاتی تدریجی توسط استنسترون و همکاران به ۴۴ بیمار روماتوپیدی در

زنگی، تعداد مفاصل دردناک، اندکس مفاصل دردناک، Rf,CRP می توان گفت فعالیت بیماری در گروه آزمون، کاهش یافته است؛ ولی در گروه شاهد تغییری نکرده است یا افزایش یافته است. تحقیقات گوناگونی مشابه تحقیق حاضر، انجام شده است که به مواردی از آنها اشاره می شود.

دالسکی و نیومن (۱۹۸۹) به بررسی تأثیر آرامسازی بنسون بر روی دردمندی ۵۰ بیمار روماتوپیدی در گروههای شاهد و آزمون پرداختند. آرامسازی دوبار در روز به مدت ۲۰ دقیقه تا ۴ هفته توسط بیماران، بعد از آموزش، انجام شد که اختلاف معنی داری با ($P < 0.05$) در دو گروه بعد از مداخله وجود داشت(۱۴).

همچنین براس (brus) و همکاران (۱۹۹۷) در کارآزمایی بالینی، تأثیر آموزش خود مراقبتی مانند آرامسازی پیشرونده عضلاتی و اثرات ورزش را در دو گروه شاهد و آزمون بر روی وضعیت سلامت و اضطراب و افسردگی بررسی کردند که اختلاف معنی داری بین قبل و بعد از مداخله وجود داشت؛ به گونه ای که

گرفت. پژوهش بر روی ۶۳ بیمار روماتوییدی انجام شد و آرامسازی ۴۵ دقیقه به مدت ۳ بار در هفته در ۳ هفته متواالی، انجام شد. میزان اضطراب و افسردگی و سایر متغیرها با ($P < 0.05$) بین قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی داری را نشان داده است.^(۱۹)

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های مشابه انجام شده می توان گفت از آنجایی که بین اضطراب و افسردگی و فعالیت بیماری، سیکل معیوبی وجود دارد، به نظر می رسد مؤثر بودن مداخله بر بعد روحی - روانی می تواند این سیکل معیوب را قطع کند. لذا می توان ادعا کرد برای تأثیر بیشتر مداخله بر سایر متغیرهای فعالیت بیماری، نیاز به انجام آرامسازی در مدت زمان بیشتر از ۸ هفته با حجم نمونه بیشتری وجود دارد تا بتوان نتایج آماری دقیق تری به دست آورد.

<http://WWW.Arthritis.Com>. 14 march 2000.

7- Abdel- Neasser A.M, Abdel- Azim S. Depressive symptom in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology*. 1998; 37(4): 391-80.

8- Giedt J.F. A psychoneuroimmunological intervention in holistic nursing practice. *J. Holistic Nurs.* 1997; 15(2): 112-27.

9- Walker J.C, Little john G.O, Nc murruy, etal. System response and rheumatoid arthritis: A multiple approach. *Rheumatology*. 1998; 38(1): 1050-80.

دو گروه شاهد و آزمون جهت انجام به مدت ۳۰ دقیقه ۵ بار در هفته تا سه ماه، سپس ۲ تا ۳ بار در هفته به مدت ۹ ماه، آموزش داده شد. نتیجه، اختلاف معنی داری را با ($P < 0.05$) بر وضعیت جسمانی، در مقایسه دو گروه شاهد و آزمون نشان داده است.^(۱۷)

در تحقیق نیمه تجربی دیگری که بر روی ۸۹ بیمار روماتوییدی انجام شد، برنامه های خود مراقبتی، آموزش داده شد. از میان آن برنامه ها، آرامسازی پیش رونده عضلانی با ($P < 0.03$) بر روی درد، مؤثر واقع شده بود.^(۱۸)

پژوهش ارنستو و راندولفی نیز نتایج مشابه ای را نشان داده است، در این پژوهش اثر آرامسازی پیش رونده عضلانی بر سطح اضطراب، افسردگی، فشارخون و لیپوپروتئین با دانسته بالا و پایین، مورد بررسی قرار

فهرست منابع

- هاریسون. اصول طب داخلی هاریسون. بیماریهای روماتوییدی و سیستم ایمنی، ترجمه مهدی منتظری. تهران: ارجمند، ۱۳۷۷، صفحه ۱۵۷-۶.
- Brunner L, Suddarth D. *Text Book of Medical Surgical Nursing*. Philadelphia : lippincott; 1996: 1460-61.
- اکبریان محمود. بیماری روماتویید. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴، صفحه ۱۶۴-۱.
- Bukley C.D Treatment of rheumatoid arthritis. *British Medical Journal*. 1997; 315(7102): 238-90.
- Shaul M.P. Transition in chronoc illness: theumatoid arthritis in women. *Rehabilitation Nursing*. 1997; 22(4): 199-205.
- National institues of health. Diagnosis and tretment of rheumatoid arthritis.

- controlled clinical trial. *Scand. J. Rheumatol.* 1999; 28(1): 47-53.
- 17- Sterntron C.H, Arge B. and Sundbom A. Home exercise and compliance in inflammatory rheumatic disease a prospective clinical trial. *J. Rheumatol.* 1997; 29(3): 470-6.
- 18- Barlow J.H, Williams B. and Wright C.C. instilling the strength to fight the pain and get on with life: Learning to become an arthritis self manager through an adult education program. *Health. Edue. Res.* 1999; 14(4): 533-44.
- 19- Ernesto A. and randolfi A. Comparative psychological and psychometric assessment of rest flotation, Progressive relaxtion, and light sound stimulation relaxtion training. <http://WWW>. Elidxa. Com/ float/ abstracts. Htm. Jun 2001.
- 10- دادستان پریخ، منصور محمود. روانشناسی بالینی: آزمایش بالینی و فرآیند تشخیص. تهران: بعثت، ۱۳۷۶، صفحه ۹-۲۶۳.
- 11- Benson H. Mind over maladies. *Hospital And Health Network.* 1996; 70(8): 26-70.
- 12- Benson H, kotch J.B, Crassweler K.D. the relaxtion response: A bridge between psychiatry and medicine. *Medical Clinic of North American.* 1977;6(4): 929-39.
- 13- Bevson H, Beary J.F, Coral M.P. The reaxation response. *Psychiatry.* 1974; 37:37.
- 14- Carroll D. and Seers K. Relaxtion for the relief of chronic pain: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing.* 1998; 27: 476-787.
- 15- Brus H.I, Taal F, van- delarr M.A. Patient education and disease activity: a study among rheumatoid arthritis patients. *Arthritis. Care Res.* 1997; 61(4): 929-39.
- 16- Lundgren S, stenstron C.H. Muscle relaxtion training and quality of life in rheumatoid arthiritis, a randomized