Archive of SID

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 ۸۰-۱۳۷۹

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

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 سینوویال 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 ازآرام‌سازی 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 ۸۰-۱۳۷۹ 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(۲۴نفر) 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.

یافته ها : 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 $P=۰/۰۰۰۱$، $P=۰/۰۰۰۱$، $P=۰/۰۰۱$ 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 این‌که 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.

واژه های کلیدی : بیماری روماتویید، روماتولوژی، آرام‌سازی

* کارشناس ارشد پرستاری عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران
✉ ساری : بلوار خزر- دانشکده پرستاری مامایی نسیبه
** دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه تربیت مدرس
*** مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

تاریخ دریافت: ۸۱/۷/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۲/۲۸ تاریخ تصویب: ۸۱/۳/۷

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

Archive of SID

مقدمه

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 عمده 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(۲،۱). شیوع بیماری در خلال دهه چهارم و پنجم زندگی است. ۸۰ درصد بیماران در سنین ۳۵تا۵۰ سالگی که سن مولد بودن در جامعه است، به بیماری مبتلا می‌شوند(۱). 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 ایمنوگلبولین‌های 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 (۳). 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(۴). این بیماری به علت مزمن بودن، می‌تواند تأثیر عمیقی بر روی فعالیت‌های روزانه زندگی بگذارد. از آن‌جایی‌که این بیماری، درطی دوران مولد بودن شخص اتفاق می‌افتد،مشکلات عمده اقتصادی و اجتماعی به بار می‌آورد وچون دارای دوره‌مکرر عود و بهبودی غیرقابل پیش‌بینی است، دایماً بیمار را دراسترس دوره‌های شعله‌ورشدن بیماری نگه‌می‌دارد(۵). چالش‌های روانی که این بیماران تجربه می‌کنند به اندازه مشکلات جسمی است. احساسات آنها شامل ترس، عصبانیت، شک و 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 دراین بیماری ۳ تا۵ 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 فعال 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 زا عمل کرده و بیماری را فعال‌تر می‌کند(۸،۷). 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 بر خلاف افراد طبیعی، در مقابل استرس، به اندازه کافی کورتیزول ترشح نمی‌شود و ارتباط محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال(H.P.A) و گیرنده‌های محیطی آنها مختل می‌باشد. به همین دلیل دیده شده است که بیماری روماتوییدی علی‌رغم کنترل شدن و خاموش بودن در مقابل استرس و تحریکات عصبی، مجددا فعال می‌شودکه در برخی موارد، مهار آن بسیار مشکل می‌باشد(۹). برای‌کنترل استرس و فعالیت بیماری در این بیماران می‌توان از روش‌های غیردارویی استفاده کرد. به دلیل هزینه و عوارض داروها و وابستگی‌هایی‌که بسیاری ازداروهای مسکن و آرام‌بخش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir

Archive of SID

ایجادمی‌کنند، روش‌های غیردارویی در مقایسه با روش دارویی مقرون 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 انطباق 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 مفاهیم‌روحی- روانی نیزاستفاده‌کنند. این نوع‌مداخلات، 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 بااسترس بر مبنای علم سایکونوروایمنولوژی می‌باشد و تاکنون نیز تحقیقی در زمینه تأثیر آرام‌سازی جهت کنترل همه جانبه فعالیت بیماری (ابعاد روحی- روانی) و یافته‌های آزمایشگاهی بیماران روماتوییدی انجام نشده است، آرام‌سازی بنسون به دلیل راحت‌تر بودن به لحاظ 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 روماتوییدی 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، 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 متوالی در ۲ گروه قرار گرفتند. در این پژوهش مشخصات نمونه شامل موارد زیر بوده است:

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

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: ۱- پرسشنامه اضطراب اسپیل برگر Spielbergers state anxiety Inventory ۲- پرسشنامه افسردگی بک (Back) ۳- پرسشنامه مربوط به بررسی علایم بالینی(درد، تورم، محدودیت مفاصل و اندکس آنها، وضعیت خستگی، مدت زمان خشکی صبحگاهی مفاصل) و بررسی یافته‌های آزمایشگاهی (Hb, Plt, ESR, CRP, RF) ۴- ابزار معیاری- دیداری ۱۰ سانتی‌متری بررسی احساس خوب (10Cm visual 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

www.SID.ir

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

Archive of SID

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 ببندید.

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

٤-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 تا۲۰دقیقه ادامه دهید. سعی کنید تمام عضلات شما شل باشد. پس از گذشت ۱۰ تا ۲۰ دقیقه، به آرامی چشمهایتان 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 بی‌تفاوت باشید(۱۳،۱۲،۱۱).

یافته ها

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 P = ۰/۰۰۰۱، P =۰/۰۰۰۱ و P =۰/۰۰۱ در گروه آزمون نسبت به گروه شاهد تأیید می‌کند. ولی از ابعاد یافته‌های آزمایشگاهی و جسمی به جز مدت زمان خشکی صبحگاهی مفاصل که باآزمون آماری «من‌ویتنی» و P =۰/۰۳ در مقایسه گروه‌های شاهد و آزمون، بعد از مداخله معنی‌دار بوده است و سرعت رسوب گلبول‌های قرمز که با آزمون آماری T زوجی و P =۰/۰۱ 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 درگروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، درموردمتغیرهای خستگی، تعداد مفاصل دردناک، اندکس 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 متغیرهای مدت زمان خشکی صبحگاهی مفاصل وسرعت رسوب‌گلبول قرمز، مؤثر بوده است. تعداد مفاصل متورم و محدود و اندکس 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 متغیرها مؤثر بوده است. در مورد متغیرهای خستگی، فعالیت روزانه

www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

Archive of SID

جدول شماره۱: مقایسه میانگین پارامترها بعداز مداخله در گروههای شاهد و آزمون و همچنین مقایسه میانگین پارامترها قبل و بعد از مداخله درگروه آزمون

میانگین / متغیر	آزمون		شاهد		آزمون آماری مقایسه دو گروه بعد از مداخله		اختلاف معنی‌دار	آزمون آماری جهت مقایسه قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون		اختلاف معنی‌دار
	قبل از مداخله	بعداز مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله						
اضطراب	۸۳/۰۸	۶۵/۷۱	۸۴/۸۳	۸۲/۵۴	P۰/۰۰۰۱	Tمستقل	*S	P۰/۰۰۰۱	T زوجی	S
افسردگی	۱۲/۳	۴/۷۶	۱۲/۰۸	۱۳/۰۲	P۰/۰۰۰۱	T مستقل	S	P۰/۰۰۰۱	T زوجی	S
احساس خوب بودن	–	۷/۳۴	–	۵/۶۲	P۰/۰۰۱	T مستقل	S	–		–
**اندکس مفاصل دردناک	۶/۵۶	۱	۴/۶۲	۵/۳۴	P =۰/۶۲	T آزمون من‌ویتنی	***N.S	P =۰/۲۸	آزمون علامت	N.S
اندکس مفاصل محدود	۴/۹۴	۱/۴۵	۰/۷	۰/۲۱	P =/۹۲	آزمون من ویتنی	N.S	P =۰/۰۶	آزمون علامت	N.S
مدت زمان خشکی صبحگاهی مفاصل	۶/۵۳	۱/۴۵	۰/۷	۰/۲۱	P =۰/۹۲	آزمون من ویتنی	S	P =۰/۲۱	آزمون علامت	N.S
هموگلوبین	۱۳/۰۹	۱۳/۵۷	۱۲/۹۶	۱۳/۱۴	P =۰/۳۹	آزمون T مستقل	N.S	P =۰/۰۱۰=	T زوجی	N.S
پلاکت	۲۷۱۳۱۲/۵	۲۳×۱۰	۲۶۸۵۷۱/۴	۲۹۸۵۸۲۳/۵	P =۰/۱۷	آزمون T مستقل	N.S	P =۰/۴۶	T زوجی	N.S
سرعت رسوب گلبول قرمز	۲۶/۲۶	۱۶/۶۶	۲۰/۷۸	۱۷/۹	P =۰/۷۲	آزمون T مستقل	N.S	P =۰/۰۱	T زوجی	S
درصد وجود خستگی	۱۵/۴	۷/۷	۰	۸/۴	P =۱	آزمون فیشر	N.S	P =۰/۶۸	مک نمار	N.S
درصد مثبت بودن فاکتور روماتویید	۳۰/۸	۱۹/۲	۲۹/۲	۴۱/۷	P =۰/۰۸	آزمون کای‌دو	N.S	P =۰/۲۵	آزمون مک نمار	N.S
درصد مثبت بودن CPR	۲۳/۱	۱۹/۲	۳۳/۳	۳۳/۳	P =۰/۲۵	آزمون کای‌دو	N.S	P =۱	آزمون مک نمار	N.S

* S : وجود اختلاف معنی‌دار، P <۰/۰۵

** اندکس : مفهوم اندکس از حاصل‌ضرب تعداد مفاصل دردناک یا متورم یا محدود در شدت درد یا تورم یا محدودیت حرکت محاسبه شده است.(شدت بر اساس مقیاس صفر تا چهار پلاس سنجیده شد است.)

*** N.S : عدم اختلاف معنی‌دار

زندگی، تعداد مفاصل دردناک، اندکس مفاصل دردناک، Rf,CRP می‌توان 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 می‌شود.

دالسکی و نیومن(۱۹۸۹) به بررسی تأثیر آرام‌سازی بنسون بر روی دردمزمن ۵۰ بیمار روماتویيدی 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 معنی‌داری 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 عضلانی و اثرات ورزش را در دو گروه‌شاهد و آزمون بر روی وضعیت‌سلامت و اضطراب و افسردگی بررسی کردند که اختلاف معنی‌داری بین قبل و بعد از مداخله وجود داشت؛ به گونه‌ای که 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 می‌کنند(۱۵).

در تحقیق مشابه دیگری گران (Lundgren) و همکاران (۱۹۹۹)، ۶۸ بیمار روماتویيدی را از نظر تأثیر آرام‌سازی، مورد بررسی قرار دادند. بیماران دردو گروه شاهد و آزمون، قرار گرفتند و آرام‌سازی پیشرونده عضلانی 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 <۰/۰۱) و عضله اندام تحتانی با (P <۰/۰۵) مؤثر بوده است. محققین اظهار می‌دارند که هر چه آرام‌سازی در طی مدت زمان طولانی‌تری انجام شود، نتیجه بخش‌تر خواهد بود؛ به طوری که پس از ۶ تا ۱۲ ماه پیگیری، هیچ‌گونه اختلالی برای بیماران باقی نمانده بود(۱۶).

در سال (۱۹۹۷) نیز آرام‌سازی عضلانی تدریجی توسط استنسترون و همکاران به ۴۴ بیمار روماتویيدی در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir

Archive of SID

دوگروه 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 معنی‌داری را با (P <۰/۰۵) 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، برنامه‌های خود مراقبتی، آموزش داده شد. ازمیان آن برنامه‌ها،آرام‌سازی پیش رونده عضلانی با (P <۰/۰۳) بر روی درد، مؤثر واقع شده بود(۱۸).

پژوهش ارنستو و راندولفی نیز نتایج مشابه‌ای را نشان داده‌است، دراین پژوهش اثر آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر سطح اضطراب، افسردگی، فشارخون و لیپوپروتیین با دانسیته بالا و پایین، مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش بر روی ۶۳ بیمار روماتوییدی انجام شد و آرام‌سازی ۴۵ دقیقه به مدت ۳ بار در هفته در ۳ هفته متوالی، انجام شد. میزان اضطراب و افسردگی و سایر متغیرها با(P <۰/۰۵) بین قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری رانشان داده است(۱۹).

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه انجام شده می‌توان گفت از آنجایی که بین اضطراب وافسردگی و فعالیت بیماری، سیکل معیوبی وجود دارد، به نظر می‌رسد مؤثر بودن مداخله بر بعد روحی- روانی می‌تواند این سیکل معیوب را قطع کند. لذا می‌توان 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 دقیق‌تری به دست آورد.

فهرست منابع

۱-هاریسون. اصول ***طب داخلی هاریسون. بیماریهای روماتوییدی وسیستم ایمنی***، ترجمه مهدی منتظری. تهران: ارجمند، ۱۳۷۷، صفحه ۶-۱۵۷.

2- Brunner L, Suddarth D. ***Text Book of Medical Sugical Nursing.*** Philadelphia : lippincott; 1996: 1460-61.

۳-اکبریان محمود. ***بیماری روماتویید.*** تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۴، صفحه ۱۶۴-۱.

4- Bukley C.D Treatment of rheumatoid arthritis. ***British Medical Journal.*** 1997; 315(7102): 238-90.

5- Shaul M.P. Transition in chronoc illness: theumatoid arthritis in women.***Rehabilitation Nursing.*** 1997; 22(4): 199-205.

6- National institues of health. Diagnosis and tretment of rheumatoid arthritis. 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 determinats. British ***Journal of Rheumatology.*** 1998; 37(4): 391-80.

8- Giedt J.F. A psychoneurolmmunological 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir

Archive of SID

۱۰-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 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 clnical trial. ***J. Rheumatol.*** 1997; 29(3): 470-6.

18- Barlow J.H, Williams B. and Wright C.C. instilling the strengh to fight the pain and get on with life: Learning to become on 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.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-06]

www.SID.ir