

تأثیر آرام‌سازی بنسون بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر

چکیده:

مقدمه و هدف: سندرم روده تحریک‌پذیر شایع‌ترین اختلال عملکردی روده‌ای است و روده و مغز با هم در این سندرم درگیر هستند. درمان ترکیبی طبی - آرام‌سازی جهت کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران پیشنهاد شده است، لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر انجام آرام‌سازی بنسون بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که در سال ۱۳۸۳ بر روی ۲۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه‌های شهید فقیهی و مطهری شیراز انجام گرفت. این بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بوده و از ابتلاء به بیماری آنها حداقل ۳ ماه گذشته و تحت برنامه درمانی یکسان سندرم روده تحریک‌پذیر قرار داشته و هیچ درمان دیگری مثل هیپنوتیزم و هموپاتی دریافت نمی‌کردند و هیچ یک از نمونه‌ها به بیماری گوارشی دیگر یا بیماری روانی شناخته شده‌ای مبتلا نبودند. بیماران به طور تصادفی به دو گروه کنترل (۵ نفر) و آزمایش (۵ نفر) تقسیم شدند. گروه کنترل و آزمایش برنامه درمانی یکسانی داشتند و تفاوت آنها تنها در به کار گیری آرام‌سازی بنسون به مدت ۲ ماه به وسیله گروه آزمایش بود. میزان اضطراب و کیفیت زندگی کلیه بیماران با استفاده از دو پرسشنامه، یکی پرسشنامه سنجش میزان اضطراب (اسپیل برگر) و دیگری پرسشنامه کیفیت زندگی در رابطه با بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر قبل، یک هفته و سه ماه پس از مداخله اندازه‌گیری و مقایسه شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری مجذور کای، تحلیل واریانس داده‌های مبتنی بر تکرار و من ویتنی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: قبل از مداخله دو گروه از نظر میزان اضطراب تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و از نظر ابعاد کیفیت زندگی به جز بعد ارتباطات بین فردی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. یک هفته پس از مداخله کاهش میانگین اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به اختلاف آماری معنی‌داری نرسید و در مورد کیفیت زندگی در گروه آزمایش افزایش آماری معنی‌داری در ابعاد عدم آرامش، نگرانی از سلامت، عملکرد اجتماعی و ارتباطات بین فردی مشاهده شد ($p = 0/05$) و در سایر ابعاد تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. سه ماه بعد در گروه آزمایش میزان اضطراب نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته و در مورد کیفیت زندگی این گروه در ابعاد عدم آرامش، تداخل با فعالیت، تصویر جسمی از خود، نگرانی از سلامت، پرهیز غذایی، عملکرد اجتماعی و ارتباطات بین فردی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته ($p = 0/001$) و در بعد ارتباط جنسی کاهش نسبت به گروه کنترل مشاهده نشد. تغییرات معنی‌داری در میزان اضطراب و کیفیت زندگی گروه کنترل در این فاصله زمانی ایجاد نشده و می‌توان گفت وضعیت این گروه تقریباً ثابت و یا بدتر شده است.

نتیجه‌گیری: انجام آرام‌سازی بنسون با بهبود اضطراب در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر موجب ارتقای کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود به عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی این بیماران مد نظر قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آرام‌سازی بنسون، کیفیت زندگی، سندرم روده تحریک‌پذیر

مرضیه حسینی*

لیلا نیک‌روز**

عبدالله پورصمد***

دکتر سید علیرضا تقوی****

دکتر عبدالرضا رجایی فرد****

*کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی

یاسوج، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری

**کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی،

دانشگاه علوم پزشکی یاسوج،

معاونت پشتیبانی

*** فوق تخصص گوارش، استادیار دانشگاه علوم

پزشکی شیراز، دانشکده پزشکی، گروه داخلی

**** دکتری آمار، استادیار دانشگاه علوم پزشکی

شیراز، دانشکده بهداشت، گروه آمار

تاریخ وصول: ۱۳۸۷/۱۰/۲۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۰۲/۲۱

مؤلف مسئول: مرضیه حسینی

پست الکترونیک: M.hossini235@yahoo.com

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر^(۱) یک اختلال عملکردی گوارشی است که اگر چه حیات انسانی را تهدید نمی‌کند، اما می‌تواند تأثیرات زیادی بر کیفیت زندگی مبتلایان داشته باشد. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که این بیماران، ۳-۴ بار بیشتر از افراد سالم غیبت از کار دارند^(۱). ماهیت مزمن و عود کننده این بیماری، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی این بیماران به جا گذاشته است که مشابه تأثیراتی است که افسردگی بالینی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد^(۲) و حتی بیشتر مشابه تأثیراتی است که دیابت نوع دو (دیابت غیروابسته به انسولین) و حملات قلبی بر کیفیت زندگی بیماران می‌گذارد^(۳). اکثر مبتلایان به این سندرم، زنان بین سنین ۶۴-۲۵ سال هستند و در جمعیت کلی ۴۰ درصد مبتلایان بین سنین ۳۰-۵۰ سالگی قرار دارند و شیوع در سنین بالای ۶۰ سال کاهش می‌یابد^(۱). اگر چه هزینه مستقیم طبی برای هر بیمار خیلی بالا نیست، اما هزینه‌های غیرمستقیم ۲ تا ۳ برابر هزینه‌های مستقیم است^(۲). با توجه به تعداد بیماران برآورد شده در آمریکا اگر همه آنها به وسیله پزشک ویزیت شوند، هزینه‌های طبی سالانه آنها بالغ بر ۲۵ بلیون دلار می‌باشد و در کانادا هزینه درمانی سالانه این بیماران را ۸۰۰ میلیون دلار برآورد کرده‌اند^(۱).

اغلب مواقع که از داروها برای کاهش پاسخ

استرس^(۲) استفاده می‌شود، اثرات جانبی این داروها خود عامل استرس دیگری برای بیمار است که جهت

کنترل این اثرات جانبی نیاز به مصرف داروهای دیگری پیش می‌آید. مداخلات پرستاری از طریق مراقبت مستقیم (دارو درمانی)، به جز در مسایل کوتاه مدت، برای کاهش استرس ناکافی است، لذا برای مؤثر واقع شدن درمان استرس در حفظ و تداوم سلامتی، بایستی مراقبت به نحو دیگری صورت گیرد. از آنجا که درمان استرس، بر نقش فرد و مشارکت او در درمان تأکید دارد و با توجه به این که انجام آرام‌سازی به وسیله بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان یک رفتار مراقبت از خود محسوب می‌شود که از طریق روش‌های کنترل استرس از اثرات مخرب آن جلوگیری می‌کند^(۴).

آرام‌سازی که از شیوه‌های جدید و هسته مرکزی درمان‌های اضطراب و فشارهای روانی می‌باشد، عبارت است از برقراری یک وضعیت آرامش عمومی که متضاد با وضعیت تحریک کننده مانند اضطراب است^(۵). آرام‌سازی از طریق کاهش متابولیسم بدن، تعداد و قدرت انقباضات قلبی، تعداد تنفس، ترشح اپی‌نفرین^(۳) و فشارخون بر فیزیولوژی بدن بیمار تأثیر می‌گذارد و به پرستاران کمک می‌کند تا در دستیابی به سلامت فرد وی را یاری نموده و نهایتاً موجب بهبود کیفیت زندگی او شوند^(۸-۶). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و در برگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و ارزیابی فرد در مورد رفاه و آسایش (رضایت و نارضایتی) در

1-Irritable Bowel Syndrome (IBS)

2-Stress

3-Epinephrin

همراه با اختلالات روانی می‌باشد، مورد توجه قرار می‌گیرد. معمول‌ترین درمان‌های روانی در این بیماری کنترل تنیدگی با آموزش روش‌های آرام‌سازی می‌باشد (۱۲). نتایج تحقیقات بیانگر اثر مثبت آرام‌سازی بر بهبود علایم بیماری و اضطراب بیمار و کیفیت زندگی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر است، اما در کشور ما تحقیقی در این زمینه صورت نگرفته و به طور معمول برنامه‌های آرام‌سازی جزء برنامه‌های درمانی این بیماران نمی‌باشد، لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر انجام آرام‌سازی، بنسون بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی است که در سال ۱۳۸۳ بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های شهید فقیهی و مطهری شیراز به صورت تصادفی انجام گرفت.

به منظور انجام پژوهش اجازه‌نامه لازم از دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز اخذ و به مسئول درمانگاه‌های مربوطه ارایه گردید.

جنبه‌های مهم زندگی را مورد توجه قرار می‌دهد. کیفیت زندگی اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد. بعضی از پژوهشگران بر اصولی از قبیل: درآمد، کیفیت زندگی در محیط خانه و سطح عملکرد فیزیکی نیز تأکید دارند (۹). تحقیقات کیفر و بلانچارد^(۱) (۲۰۰۱) نشان داد که پس از دو هفته انجام آرام‌سازی بهبود قابل ملاحظه‌ای در علایم نفخ معده، آروغ و اسهال این بیماران به وجود آمد (۱۰). در پژوهش گرید و همکاران^(۲) (۲۰۰۳) نیز متعاقب یک سال روان درمانی و پاروکستین درمانی بهبود قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی این بیماران ایجاد گردید، ضمن این که روان درمانی هزینه کمتری دارد (۱۱).

آرام‌سازی به روش‌های متعددی انجام می‌گیرد، اما روشی که به وسیله هربرت بنسون^(۳) (۱۹۷۰) معرفی شده است مطلوبیت بیشتری دارد، زیرا یادگیری و آموزش آن به دیگران آسان است. وقت‌گیر نیست، آموزش دهنده نیاز به تخصص خاصی ندارد، جهت اجرای آن نیاز به ابزار و تجهیزاتی نیست، برای استفاده در تمامی گروه‌ها به خصوص در گروه‌های کوچک مناسب است و برای تمام گروه‌های سنی قابل استفاده است (۴). روان درمانی، در مورد بیمارانی که انگیزه استفاده از درمان‌های غیر دارویی را دارند، در علایم مقاوم سندرم روده تحریک‌پذیر یا زمانی که این بیماری

1-Keefer & Blanchard
2-Greed et al
3-Herbert Benson

پژوهشگر به کلیه نمونه‌ها اطمینان داد که پاسخ‌های آنها کاملاً محرمانه و صرفاً جهت انجام تحقیق است و رضایت نامه شرکت در پژوهش از کلیه واحدهای مورد پژوهش اخذ و در رابطه با اختیاری بودن شرکت در این طرح تحقیقاتی توضیحات داده شد.

کلیه بیماران سن کمتر از ۴۵ سال و حداقل سواد پنجم ابتدایی را داشته و تحت نظر یک پزشک و برنامه درمانی نسبتاً یکسان قرار داشتند. هیچ یک از نمونه‌ها بیماری گوارشی دیگر و یا بیماری روانی شناخته شده‌ای نداشتند و توانایی اجرای آرام‌سازی را داشته و حداقل ۳ ماه از شروع بیماری آنها گذشته بود.

جهت تعیین حجم نمونه کافی از روش مطالعه مشابه استفاده گردید و حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد. به منظور جلوگیری از ریزش نمونه‌ها با در نظر گرفتن ۴۰ درصد سایش، تعداد نمونه‌ها برای هر گروه ۲۱ نفر تعیین گردید. سپس بیماران واجد شرایط به طور تصادفی به صورت یک در میان در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. در طی مدت مداخله ۱۲ بیمار به دلایلی مثل تغییر محل سکونت، عدم شرایط لازم جهت اجرای آرام‌سازی و عدم امکان هر گونه تماس با آنها از نمونه‌های پژوهش حذف گردیدند و در مجموع ۳۰ بیمار در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) شرکت داشتند. جهت انجام پژوهش، ابتدا دو هفته قبل از شروع مداخله میزان اضطراب بیماران به وسیله

پرسشنامه اسپیل برگر^(۱) و کیفیت زندگی آنها به وسیله پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به وسیله بیماران تکمیل گردید. سپس گروه آزمایش در کنار درمان‌های دارویی معمول تحت آرام‌سازی قرار گرفت. آرام‌سازی به شیوه بنسون^(۲) و با هدف ایجاد آرامش به وسیله پژوهشگر به صورت انفرادی طی یک یا دو جلسه انجام گرفته و به سئوال‌های آنها پاسخ داده می‌شد و در صورت نیاز آموزش تکرار می‌شد. هم چنین پژوهشگر جهت تداوم یادگیری پس از اطمینان از یادگیری بیمار در جلسه آموزشی، نوار کاست ضبط شده‌ای حاوی مراحل اجرای آرام‌سازی را در اختیار بیمار گذاشته و از وی می‌خواست که روزانه دو بار و هر بار ۲۰-۱۰ دقیقه ضمن گوش دادن به نوار آرام‌سازی عملاً آن را اجرا نماید. مداخله سه ماه به طول انجامید و در این مدت درمان‌های پزشکی معمول جهت گروه کنترل انجام می‌شد. یک هفته و سه ماه پس از اتمام مداخله، میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل و آزمایش مجدداً اندازه‌گیری و نتایج سنجش با هم مقایسه گردید.

جهت اندازه‌گیری اضطراب از پرسشنامه سنجش اضطراب اسپیل برگر استفاده گردید. این پرسشنامه شامل ۲۰ سئوال مربوط به احساس هیجانی زودگذر فاعلی وابسته به شرایط اختصاصی و ۲۰ سئوال مربوط به تفاوت‌های نسبتاً پایدار افراد و

1 Spielberger
2-Benson Relaxation

پس از رفع اشکالات مورد تأیید قرار گرفته است. سپس بررسی با شرکت ۱۲ بیمار به عنوان پیش‌آزمون برای ارزشیابی پایایی پرسشنامه انجام گرفته و آلفای کرونباخ آن پس از اصلاحات مجدد لازم برابر ۰/۸۵ بوده است.

داده‌های جمع‌آوری شده به وسیله نرم‌افزار SPSS^(۲)، آزمون‌های آماری مجذور کای^(۴)، آنالیز واریانس داده‌های مبتنی بر تکرار^(۵) و من ویتنی^(۶) تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۲/۵۳ سال و در گروه کنترل ۳۴ سال بود. بیشترین نمونه‌های پژوهش یعنی ۱۱ نفر (۷۳/۳ درصد) در گروه آزمایش، ۹ نفر (۶۰ درصد) در گروه کنترل زن بوده، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در گروه آزمایش، ۶ نفر (۴۰ درصد) در گروه کنترل مجرد بوده، ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) در گروه آزمایش، ۹ نفر (۶۰ درصد) در گروه کنترل تحصیلات زیر دیپلم داشتند، ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) در گروه آزمایش و ۹ نفر (۶۰ درصد) در گروه کنترل شاغل بودند. بررسی‌ها نشان داد که از نظر جنس، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، اشتغال و درآمد اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

1-Nunnally

2-Donald et al

3-Statistical Package for Social Sciences

4- Chi-Square Test

5-ANOVA

6-Mann-Whitney

شخصیتی در تمایل به اضطراب می‌باشد. پایین‌ترین و بالاترین نمره اضطراب ۲۰ و ۸۰ می‌باشد. سئوالات پرسشنامه در مقیاس لیکرت و دارای چهار مقیاس؛ اصلاً (نمره ۱)، تا حدی (نمره ۲)، متوسط (نمره ۳) و خیلی زیاد (نمره ۴) می‌باشد. پایایی و روایی نسخه انگلیسی این پرسشنامه به وسیله نونالی^(۱) و پایایی و روایی ترجمه فارسی این پرسشنامه به وسیله گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس هنجاریابی گردید (۱۳).

جهت بررسی کیفیت زندگی بیماران از پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر ۸ سوال است و ۸ جنبه؛ احساس درماندگی، فعالیت‌های روزمره، تصور ذهنی از جسم، نگرانی در مورد سلامتی خود، پرهیز غذایی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و ارتباطات بین فردی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه استاندارد بوده و در مطالعه‌های متعددی استفاده شده است. دونالد و همکاران^(۲) (۱۹۹۸) جهت بررسی روایی پرسشنامه اصل، تحقیقی با شرکت ۵۴۳۰ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام دادند و این پرسشنامه را با انجام اصلاحاتی مورد قبول قرار دادند (۱۶). ترجمه آن به وسیله اساتید گروه زبان دانشگاه شیراز صورت گرفته و در سه مرتبه پیش‌آزمون اشکالات آن رفع گردید و نهایتاً به وسیله اساتید گروه روانشناسی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بررسی گردیده و

نتایج نشان داد که قبل از مداخله بین دو گروه آزمایش و کنترل در بعد اضطراب موقعیتی و اضطراب شخصیتی اختلاف آماری معنی‌داری نبود. مقایسه نتایج یک هفته پس از انجام آرام‌سازی نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل ضمن کاهش میانگین، در ابعاد اضطراب موقعیتی و شخصیتی اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت، ولی سه ماه پس از انجام مداخله، گروه آزمایش در بعد اضطراب موقعیتی و اضطراب شخصیتی اختلاف آماری معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشته است ($p < 0/001$).

مقایسه میانگین جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی دو هفته قبل از مداخله نشان داد که در هیچ‌یک از جنبه‌های زندگی اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت (جدول ۱).

بررسی‌ها نشان داد یک هفته پس از مداخله از نظر جنبه‌های مختلف زندگی بین دو گروه در ابعاد عدم آرامش ($p = 0/01$)، نگرانی از سلامت ($p = 0/001$)، عملکرد اجتماعی ($p = 0/005$) و ارتباطات بین فردی ($p = 0/005$) بهبود قابل ملاحظه‌ای در بیماران گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به وجود آمده است، در حالی که در ابعاد تداخل با فعالیت و تصویر ذهنی از جسم در گروه آزمایش بهبود مشاهده شده نسبت به گروه کنترل به افزایش معنی‌داری نرسید. جنبه عملکرد جنسی در دو گروه هیچ‌گونه تغییری نشان نداد (جدول ۲).

سه ماه پس از انجام مداخله از نظر کیفیت زندگی بین دو گروه، اختلاف آماری معنی‌داری از نظر کلیه جنبه‌های کیفیت زندگی به جز پرهیز غذایی و عملکرد جنسی مشاهده شد ($p < 0/001$) (جدول ۳).

جدول ۱: مقایسه میانگین جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در دو گروه ۲ هفته قبل از مداخله

گروه	آزمایش	کنترل	سطح معنی‌داری
کیفیت زندگی	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
عدم آرامش	۳/۶۴ ± ۲۵/۲۰	۳/۶۸ ± ۲۵/۶۰	NS*
تداخل با فعالیت	۲/۴۱ ± ۲۳/۸۶	۲/۲۴ ± ۲۲/۲۰	NS*
تصور جسمی از خود	۱/۳۳ ± ۱۱/۰۶	۲/۵۷ ± ۱۱/۰۶	NS*
نگرانی از سلامت	۱/۳۰ ± ۱۱/۵۲	۱/۰۴ ± ۱۱/۶۶	NS*
پرهیز غذایی	۰/۶۷ ± ۹/۸۰	۱/۳۸ ± ۸/۷۳	NS*
عملکرد اجتماعی	۱/۴۰ ± ۱۱/۸۶	۲/۱۰ ± ۱۳/۰۰	NS*
عملکرد جنسی	۰/۵۱ ± ۲/۱۳	۰ ± ۲/۰۰	NS*
ارتباطات بین فردی	۱/۱۴ ± ۹/۸۰	۱/۲۷ ± ۱۰/۷۳	NS*
جمع	۰/۸۶ ± ۱۳/۱۵	۰/۸۹ ± ۱۳/۱۲	NS*

*NS: Not Significant

جدول ۲: مقایسه میانگین جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در دو گروه یک هفته پس از مداخله

کیفیت زندگی	گروه	کنترل	
		میانگین±انحراف معیار	سطح معنی‌داری
عدم آرامش	آزمایش	۳/۴۱±۲۳/۲۶	۰/۰۱۵
تداخل با فعالیت	آزمایش	۲/۴۶±۲۳/۲۶	NS*
تصور جسمی از خود	آزمایش	۱/۲۴±۱۰/۴۰	NS*
نگرانی از سلامت	آزمایش	۱/۴۸±۱۰/۲۶	۰/۰۰۱
پرهیز غذایی	آزمایش	۰/۷۴±۹/۸۶	NS*
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱/۵۰±۱۱/۱۳	۰/۰۰۵
عملکرد جنسی	آزمایش	۰/۵۱±۲/۱۳	NS*
ارتباطات بین فردی	آزمایش	۱/۸۱±۹/۴۰	۰/۰۰۵
جمع	آزمایش	۰/۹۴±۱۲/۴۶	۰/۰۰۵

*NS: Not Significant

جدول ۳: مقایسه میانگین جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در دو گروه سه ماه پس از مداخله

کیفیت زندگی	گروه	کنترل	
		میانگین±انحراف معیار	سطح معنی‌داری
عدم آرامش	آزمایش	۱/۸۰±۱۵/۵۳	<۰/۰۰۱
تداخل با فعالیت	آزمایش	۱/۷۱±۱۷/۶۶	<۰/۰۰۱
تصور جسمی از خود	آزمایش	۱/۱۲±۷/۴۶	<۰/۰۰۱
نگرانی از سلامت	آزمایش	۰/۹۷±۶/۶۶	<۰/۰۰۱
پرهیز غذایی	آزمایش	۱/۵۳±۱۰/۹۳	NS*
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۱/۴۰±۸/۳	<۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	آزمایش	۰/۲۵±۲/۰۶	NS*
ارتباطات بین فردی	آزمایش	۱/۱۲±۶/۴۰	<۰/۰۰۱
جمع	آزمایش	۰/۶۱±۹/۴۰	<۰/۰۰۱

بحث و نتیجه گیری

کاربرد آرام‌سازی بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفته است. نتایج نشان داد که روند میزان اضطراب و کیفیت زندگی در رابطه با سندرم روده تحریک‌پذیر در فاصله قبل تا سه ماه پس از مداخله نشان دهنده مؤثر بودن کاربرد آرام‌سازی بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. روند کاهش میانگین اضطراب

سندرم روده تحریک‌پذیر یک بیماری بسیار شایع بوده و بیش از یک سوم جمعیت جهان را مبتلا کرده است (۱). اغلب بیماران درگیر با این سندرم به علت این که از بحث در مورد مشکلات دفعی خود شرم دارند، در سکوت رنج می‌برند و کیفیت زندگی به نحو قابل ملاحظه‌ای در این افراد نسبت به افراد سالم پایین‌تر است (۱۵). لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر

موقعیتی و شخصیتی و ابعاد کیفیت زندگی مربوط به تداخل با فعالیت و تصور جسمی از خود در طول مدت مطالعه بیماران نشان می‌دهد که در بررسی اثر مداخله آرام‌سازی بر میزان اضطراب و کیفیت زندگی زمان یک عامل کلیدی است. نتایج مطالعه پورمعماری (۱۳۷۳) نشان داد که انجام آرام‌سازی به وسیله بیماران کاتتریسیم قلبی موجب کاهش اضطراب موقعیتی شده و بر اضطراب شخصیتی تأثیری نداشته است (۱۶). در این مطالعه نیز روند کاهش میانگین اضطراب موقعیتی نسبت به اضطراب شخصیتی کندتر بود که به نظر می‌رسد جهت تأثیر بر اضطراب شخصیتی نیاز به انجام طولانی مدت‌تر آرام‌سازی است. نتایج مطالعه هیادشیک و همکاران^(۱) (۲۰۰۵) نشان داد که ۶ ماه پس از مداخله مقیاس‌های عملکردی کیفیت زندگی عمومی مبتلایان به سرطان پستان افزایش و مقیاس‌های علامتی آنها به خصوص درد کاهش نشان داده بود (۱۷).

بررسی مطالعه حاضر یک هفته تا سه ماه پس از مداخله بیانگر کاهش میانگین بعد پرهیز غذایی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بوده است. اگر چه تغذیه نمی‌تواند علت این بیماری باشد، غذاهای خاصی از جمله؛ کلم، محصولات لبنی، آب سیب یا انگور، موز، نوشابه‌های کربنات‌دار، غذاهای با چربی زیاد، کلم سیاه، کاکائو، لوبیا، عدس، نخود و مصرف الکل باعث تشدید علایم این بیماران می‌شوند (۱۷ و ۱).
بررسی نتایج قبل تا سه ماه پس از مداخله بیانگر عدم تغییر بعد عملکرد جنسی در گروه آزمایش

نسبت به گروه کنترل بوده است. نتایج پژوهش فاس و همکاران^(۲) (۱۹۹۹) نیز نشان داد که اختلالات عملکردی گوارشی بیشتر از اختلالات روانی، ارتباط جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۸). اگر چه بسیاری از صاحب نظران معتقدند پاسخ های بیماران به سئوالات مربوط به مسایل جنسی چندان قابل اعتماد نبوده و اغلب نمی‌توان بر اساس این پاسخ ها قضاوت نمود (۱۹)، شاید بتوان این مسئله را چنین توجیه نمود که با توجه به این که تمامی ابعاد کیفیت زندگی فردی صرفاً مربوط به بیمار است و تنها در بعد عملکرد جنسی همسر بیمار نیز مستقیماً در کاهش یا افزایش عملکرد نقش دارد، احتمالاً بهبود وضعیت بیمار و ارتقای کیفیت زندگی وی سبب افزایش تمایلات جنسی و کاهش بی‌تفاوتی او می‌شود، اما این احساس نیاز با عدم توجه کافی شریک جنسی وی همراه بوده و این پاسخ نامناسب سبب ایجاد نتایج معکوس می‌شود. بنابراین با مشاوره جنسی مناسب و ملزم نمودن همسر بیمار برای شرکت در این برنامه‌ها و ایجاد زمان بیشتر برای تطابق بیمار و همسر وی با این مسئله می‌توان قدرت عاطفی، احساسی و جسمی مددجو را تقویت نمود. نتایج پژوهش زحمتکشان و حضرتی^(۱۳۸۲) نیز نشان داد که در فاصله زمانی یک و سه ماه پس از توانبخشی اختلاف آماری معنی‌داری در عملکرد جنسی بیماران ایجاد نشده است (۲۰). از طرفی دیگر هر وی کریمو و همکاران^(۱۳۸۳) که به

1-Hiadschik et al
2-Fass et al

بررسی تأثیر برنامه مشاوره گروهی بر سلامت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که مشاوره گروهی باعث افزایش عملکرد جنسی بیماران شده است (۲۱). وجود پژوهش‌هایی با نتایج متناقض بدین معنی است که کاربرد مداخلات غیر دارویی در رابطه با اختلال عملکرد جنسی نیاز به بررسی بیشتر و دقیق‌تر دارد. نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اثرات منفی بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر بر کیفیت زندگی این بیماران بسیار مشهود می‌باشد، لذا کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر که تحت آرام‌سازی بوده‌اند، به طور قابل توجهی بالاتر از کیفیت زندگی بیمارانی است که تحت آرام‌سازی نبوده‌اند. بنابراین توصیه می‌شود که آموزش آرام‌سازی و انجام آن به عنوان بخشی از برنامه‌های درمانی این بیماران و با هدف کاهش عوارض ناشی از این بیماری مد نظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از کارکنان محترم دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) و درمانگاه‌های شهید فقیهی و مطهری دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

The effect of Benson Relaxation Technique on Anxiety Level and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Hoseini M^{*},
NiK Rouz L^{**},
Poursamad A^{***},
Taghavi A^{****},
Rajaeefard A^{*}.

^{*}MSc in Nursing, Department of Nursing, College of Nursing & Midwifery, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran

^{**}MSc in Health Managment, Yasuj University of Medical Science, Yasuj, Iran

^{***}Assistant Professor of Gastroentrology, Department of Gastroentrology, Faculty of Medicine, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran.

^{****}Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics, Faculty of Health, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran.

KEYWORDS:

**Benson Relaxation,
Quality of Life,
Irritable Bowel Syndrome**

Received: 22/12/2008

Accepted: 11/05/2009

Corresponding Author: Hoseini M
Email: M.hossini235@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective : Irritable bowel syndrome (IBS) is the most common functional bowel disorder which both the bowel and the brain are involved in this syndrome. Combined medical - relaxational therapy has been suggested to decrease anxiety and relieve symptoms, make better feeling of self health and improve the quality of life in these patients. This study was designed to determine the effects of Benson relaxation technique on anxiety level and quality of life of patients with irritable bowel syndrome.

Materials & Methods: In a clinical trial, 30 patients with irritable bowel syndrome were selected and randomly placed into two groups: case and control. The control group was treated by only usual medical therapy but the case group was treated by combined medical - relaxational therapy. The two groups continued therapy for three months. The anxiety of patients was measured by Spielberger test [State & Trait Anxiety Inventory (STAI)]. The quality of life of patients with regard to irritable bowel syndrome, was measured by BS-QOL with subscales 8, before intervention, 1 week and 3 months after intervention in both groups. The collected data were analyzed by descriptive and Mann-whitney, repeated measurement test and chi-square statistical methods.

Results: State and trait anxiety mean of the case and control groups two weeks before and one week after intervention didn't show any significant differences. But after three months the results showed a significant difference between the two groups ($p < 0.05$). There wasn't significant difference in scales of quality of life before intervention. One week after the intervention, differences of both group in four scales of dysphoria, health worry, social reaction and relationship were meaningful and the function of case group was more undesirable than that of the control group. Three months after completing the process, there wasn't a meaningful increase in sex function in case group in comparison with the control group but there was a significant recovery in the case group in other performance scales ($p < 0.001$). The quality of life of patients in control group compared to case group decreased or did not change significantly after 3 months.

Conclusion: Performing Benson relaxation therapy is effective in reducing anxiety level coinciding with improvement quality of life; therefore relaxation therapy can be recommended as an effective care program.

REFERENCES

1. Arnold W. Patient information :Irritable bowel syndrome. University of pittsburgh medical center 2003: Available from:URL: [http:// www.Zelnorm.com](http://www.Zelnorm.com).
2. Milwaukee WL. April is IBS Awareness Month. Irritable bowel syndrom: It's About Lost Potential 2002 April. Available from: [http:// www.aboutibs.org](http://www.aboutibs.org).
3. Dorval QC. Hope for four million canadian women: first specific treatment for Irritable Bowel Syndrome New Available 2002 Mar. Available from:URL: [http:// www.pslgroup.com](http://www.pslgroup.com).
4. Phipps W, Sands j, Marek j. Medical- surgical nursing. 6th ed. Louis: Mosby;1999; 108, 115, 120 -23.
5. Brunner LS, Suddarth DS. Medical - surgical Nursing. 10th ed. Philadelphia: Williams&Wilkins; 2004; 14,15,93-96.
6. The American Institute of Health Archives. Stress. 2003 Jan. Available from: URL:<http://www.ama-assn.org>.
7. Payne RA. Relaxation techniques. Edinburgh london New york philadelphia. 3th ed. louis: sdney ToRonto; 2000; 3-12, 20,180-5.
8. Gold J, Thornton L. Simple strategies for managing stress.R.N. 2001;vol. 64(12): 65-8. Available from :URL:[http:// www.rnweb.com](http://www.rnweb.com).
9. Sainfirst F, Baeker M, Diaond R. Judgment of quality of life of individual with sever mental disorders patient self report versus evader perspectives. Am J Psychiatry 1996;178:268-269.
10. Keefer L, Blandchard EB. A one year follow-up of relaxation response meditation as a treatment for irritable bowelsyndrome. Behav Res Ther 2002;40 (5): 541-6.
11. Greed F, Fernandes L, Guthrie E. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable syndrome. Gastroenterology 2003; 124 (2): 303-17.
12. Foundation for digesive health and nutriton(FDHN). Irritable Bowel Syndrom: A concise Guide for medical professionals 2001. Available from:[http:// www.fdhn.org](http://www.fdhn.org).
13. Jan bozorgi M. The effect proressive relaxation training on agents of Trait anxiety. MSc Thesis. Tehran: Tarbiat-e- Modarres University, 1992.
14. Donald L, Patrick DL, Drossman DA, Fredrick IO. Quality of life in person with irritable bowel syndrom:development and validation of a new measure. Dig Dis Sco 1998;43(2):400-11.
15. Grenvile A. People with IBS often suffer in silence 2002. Available from: URL: [http:// www.angusreid.com](http://www.angusreid.com).
16. Pour memari MH. The effect of Benson Relaxation Technique on Anxiety Level and cardiac dysrhythmia of cardiac catheterism patients. MSc.Thesis Tarbiat-e- Modarres University,1992.
17. Hladschik C, Marktl W, Ekmekcioglu C, Strauss G. Combined inpatient rehabilitation and spa therapy for breast cancer patient. Cancer Nursing 2005;5(28) :390-7.
18. Fass R, Fullerton S, Naliboff B. Sexual dysfunction in patients with irritable bowel syndrome and non- ulcerdyspepsia. Digestion 1999; 59(1):75-85.
19. Joly F, Espie M, Heron JF. Long term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without chemotherapy. British Journal of Cancer 2000; 83(5): 557-82.
20. Zahmatkeshan N, Hazrati M. The effect of Rehabilitation processes on Qquality of Life of Patients with Multiple Sclerosis referring to clinics Shiraz. MSc.Thesis Shiraz University of Medical Sciences,2004.
21. Harvi Karimo M, Pourdehghan M, Jadid Milani M, Foroutan SK, Aeen F. The effect of Group consult program on sexuality health of patients with Breast Cancer. legal Medical Journal 1383; 11(4):2014.