بررسی تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه قلبی مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه در سال ۹۶-۱۳۹۵

نادر آقاخانی[۱]، سیده ویدا سیداکبری[۲]، کمال خادم وطن[۳]، وحید علی نژاد[٤]

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۱/۱۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۱/۳۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: انفارکتوس میوکارد به‌عنوان یک بیماری منجر به مرگ و ناتوانی در جهان شناخته شده است که می‌تواند ازلحاظ جسمی، اجتماعی، عاطفی، روان‌شناختی به بیمار آسیب برساند. اضطراب نیز به‌عنوان عارضه اختلالات روان‌شناختی می‌تواند سبک زندگی فرد را متأثر و باعث افزایش هزینه‌های درمان، عود بیماری و بستری مجدد و افزایش میزان مرگ‌ومیر شود. با توجه به اهمیت این بیماری و تأثیر اضطراب در روند تشدید آن، استفاده از روش آرام‌سازی به‌عنوان یک شیوه درمانی مستقل می‌تواند پیامدهای مطلوبی از قبیل کاهش تنش و استرس به دنبال داشته باشد. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر آرام‌سازی بنسون بر سطح اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدا ارومیه صورت گرفت.

مواد و روش کار: در این مطالعه کارآزمایی تجربی، ۶۰ نفر از بیماران به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در گروه مداخله انجام فن آرام‌سازی بنسون برای هر بیمار طی ۲ روز متوالی و در هر روز ۲ نوبت صبح و عصر و در هر نوبت ۱۵ دقیقه (درمجموع ۴ جلسه) اجرا شد و در گروه کنترل مداخله‌ی خاصی صورت نگرفت و این گروه از بیماران مراقبت‌های روتین را دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد سنجش سطح اضطراب اشپیل برگر بود. این پرسشنامه‌ها قبل و بعد از انجام مداخله تکمیل شدند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس و تی زوجی با استفاده از برنامه نرم‌افزار SPSS-21 استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات اضطراب در گروه مداخله قبل و بعد مداخله با هم متفاوت بود، درحالی‌که در گروه کنترل، این نمرات تفاوت معنی‌داری با هم نداشتند. همچنین بین میزان اضطراب دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای روش آرام‌سازی بنسون تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید(P =۰/۰۰۰۱).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرات مثبت آرام‌سازی بنسون در کاهش اضطراب و به‌کارگیری آسان و هزینه کم و در دسترس بودن این روش، کاربرد آن جهت تسکین مشکلات ناشی از اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: انفارکتوس میوکارد، اضطراب، آرام‌سازی بنسون، بخش مراقبت ویژه قلبی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۱۶، خرداد ۱۳۹۸، ص ۲۵۰-۲۳۹

آدرس مکاتبه: : ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده نازلو، پردیس دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه پرستاری، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۱

Email: akbari.vida92@gmail.com

مقدمه

سکته قلبی یا انفارکتوس میوکارد[1] عبارت است از صدمه به قسمتی از عضله قلب، که به علت انسداد در عروق کرونر[2] و از بین رفتن جریان خون در آن ناحیه که نهایتاً اکسیژن‌رسانی به ناحیه درگیر مختل و مرگ سلول های آن ناحیه قلبی اتفاق می‌افتد. مهم‌ترین علت ابتلا به این بیماری، تغییر در شیوه زندگی و افزایش تنش‌ها شناسایی شده است(۱). در حال حاضر انفارکتوس میوکارد یکی از شایع‌ترین بیماری های قلبی و عروقی، منجر به مرگ و ناتوانی در سطح جهان معرفی‌شده، که با توجه به رشد روزافزون می‌توان آن را به‌عنوان یک چالش سلامتی در نظر گرفت(۲) در

۱. استادیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران(نویسنده مسئول).

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

٤. دانشجوی دکترای آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

1. Myocardial infarection
2. Coronary artery

آمریکا از هر ۴۲ نفر یک نفر(۲/۳۵ درصد) مبتلا به بیماری قلبی عروقی هستند(۳). هزینه هنگفت این بیماری سیستم بهداشت و درمان ایران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد به‌طوری‌که سالیانه رقمی بالغبر ۱۵ میلیارد ریال یارانه صرف درمان و ۵۰ میلیون دلار صرف خرید تجهیزات پزشکی می‌شود(۴) در جوامع امروزی با توجه به شیوع بالای این بیماری خصوصاً در سنین بالای ۳۵ سال، شناسایی پیامدها و عوامل افزایش‌دهنده مرگ‌ومیر در اولویت اقدامات مراقبتی و درمانی قرار می‌گیرد. همچنین انفارکتوس میوکارد علاوه بر پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و درمانی منجر به پیامدهای روان‌شناختی نیز می‌شود که ممکن است سلامت روانی افراد را به چالش کشیده و مورد تهدید قرار دهد(۵).

یکی از پیامدهای روان‌شناختی این بیماری اضطراب[3] می‌باشد که یک مشکل فراگیر بوده و اکثر بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد آن را در طول بیماری خود تجربه می‌کنند که تحت عنوان احساس تنش، نگرانی، دلهره و همچنین علائم جسمی مانند: تعریق، تپش قلب، سردرد و بی‌قراری تعریف می شود(۶). اضطراب پیامد جدایی‌ناپذیر به دنبال انفارکتوس میوکارد است، زیرا بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و روبه‌رو شدن با عوامل تنش‌زا ازجمله: ترس از مرگ، ترس از عود بیماری، مواجه شدن با محیط و شرایط جدید، دوری از اجتماع و خانواده، مشکلات شغلی و بار مالی ناشی از بیماری می‌تواند ذهن فرد را درگیر کرده و سبب بروز اضطراب یا مزمن شدن آن گردد و متعاقباً بیمار را آسیب‌پذیرتر نماید(۷). عارضه اضطراب در بیماران قلبی باید موردتوجه قرار گیرد، به علت اینکه موجب افزایش سطح کاتکولامین‌های خون، هورمون‌های آدرنوکورتیکوئید، پروستاگلاندین، پرولاکتین و کورتیزول می‌شود(۸) از آنجایی که شیوع اضطراب در بیش از ۵۰-۳۱ درصد بیماران بعد از انفارکتوس میوکارد گزارش شده است (۷) و اغلب بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی در ۴۸ ساعت اول دچار اضطراب شدید می‌شوند(۹) اضطراب بعد از انفارکتوس میوکارد ممکن است که در ۷۱ درصد موارد عامل عود بیماری بوده و در ۴۷ درصد موارد ممکن است منجر به مرگ شود(۱۰)، از این رو کنترل اضطراب در این بیماران امری ضروری بوده و فعالیت حرفه‌ای کارکنان درمانی مراقبتی بسیاری همچون پزشک، پرستار و متخصص بیهوشی را در بالین بیماران برجسته می سازد. در این بین، نقش پرستار و رابطه او با مددجو بسیار تأثیر گذار خواهد بود(۱۱) بنابر این باید برنامه ریزی ضروری در زمینه بررسی و اجرای اقدامات دارویی و غیر دارویی مؤثر در کاهش اضطراب برای بیماران را مد نظر قرار دهند(۸). درمان‌های دارویی متعددی برای کاهش اضطراب بیماران وجود دارد که البته همراه با عوارض و تحمیل هزینه های بالایی بر نظام بهداشتی و درمانی کشور می‌باشد(۱۲) که منجر به پیشنهاد روش‌های غیر دارویی برای کاهش اضطراب و علائم ناشی از آن ازجمله ماساژ درمانی، روش ورزشی، طب سوزنی و فشاری، موسیقی درمانی، آرام‌سازی، دعا و اعمال مذهبی شده(۱۳) که به کارگیری این روش‌ها معمولاً خطر کمتری برای بیماران داشته و عوارض ناشی از مصرف یا قطع مصرف دارو را به همراه ندارد(۱۴). یکی از روش‌های غیر دارویی مؤثر آرام‌سازی است که ضمن تأثیر مثبت و طولانی مدت در مواردی مانند استرس، اضطراب و کیفیت خواب، یادگیری آن آسان و راحت می‌باشد و می‌توان آن را به‌عنوان درمان مکمل در نظر گرفت(۱۵). آرام‌سازی با ایجاد تعادل بین هیپوتالاموس خلفی و قدامی، کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و ترشح کاتکولامین ها موجب کاهش تنش عضلانی و آثار نامطلوب فیزیولوژیک، کاهش میزان فشار خون، منظم شدن تنفس و تعداد ضربان قلب و اسپاسم عضلانی نا شی از استرس می شود(۱۶). آرام‌سازی روش‌های متعددی دارد اما روش ارائه شده توسط بنسون[4] به دلیل آموزش و یادگیری آسانتر آن مطلوبیت بیشتری دارد(۱۷) و ازجمله روش‌های تمرکز حواس می‌باشد که روی طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمی و روانی از قبیل اضطراب، درد، افسردگی، خلق و اعتماد به نفس مؤثر و موجب کاهش استرس می‌شود(۱۸). در این روش از آرام‌سازی سفت نمودن عضلات وجود ندارد. برای اینکه انقباض عضلانی باعث افزایش تعداد ضربان قلب، فشارخون و تنفس شده و بار کاری قلب را افزایش می‌دهد. آرام‌سازی بنسون علاوه بر داشتن فواید زیاد و روش کار آسان، هیچ گونه عوارضی بر بیماران قلبی ندارد و بیماران می‌توانند به طور مستقل از آن استفاده کنند. این فن باید در یک محیط آرام، وضعیت راحت، تمرکز ذهنی و با نگرش مثبت انجام شود تا تأثیر واقعی خود را بگذارد(۱۹).

با توجه به موارد ذکر شده مبنی بر شیوع بالای اضطراب در بیماران قلبی و اثرات نامطلوب این معضل بر تمام دستگاه‌های بدن به ویژه قلب و عروق و نیز عوارض زیاد داروهای ضد اضطراب مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آرام‌سازی بنسون بر سطح اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی- درمانی سیدالشهدای ارومیه در سال ۹۶-۱۳۹۵ صورت گرفت.

مواد و روش کار

[3] Anxiety

[4] Benson

جامعه این مطالعه تجربی را بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در بخش مراقبت‌های ویژه مرکز آموزشی-درمانی سیدالشهدا ارومیه در سال ۹۶-۹۵ تشکیل دادند. حجم نمونه براساس مطالعه جاریانی و همکاران(۹) ۴۴ نفر در نظر گرفته شد. معادل ۲۲ نفر برای هر گروه که با احتساب امکان ریزش در نهایت ۳۰ نفر در هر گروه نمونه گیری شد.

از روش نمونه گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها استفاده شد و برای عدم تبادل اطلاعات بین دو گروه بیمارانی که در هفته اول بستری شدند، در گروه مداخله قرار گرفتند و بیماران بستری در هفته دوم در گروه کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سکته قلبی با تأیید پزشک معالج، هوشیاری کامل بیمار، بستری در بخش، عدم سابقه بیماری روانی (براساس مدارک موجود در پرونده و پرسش از بیمار یا خانواده او)، عدم سابقه کار در مراکز درمانی و عدم دریافت سایر روش‌های آرام سازی و تمایل به همکاری بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم همکاری یا فوت بیمار، تغییرات سطح هوشیاری، بروز عوارض بیماری، احیای قلبی و ریوی، مصرف داروهای ضداضطراب بود. ابزار مورد استفاده در این مطالعه به صورت پرسشنامه مشتمل بر دو بخش بود. بخش اول آن در مورد اطلاعات دموگرافیک که حاوی ۱۶ در رابطه با سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، شغل، سابقه ابتلا به سایر بیماری‌ها، سابقه مصرف داروهای آرام بخش و ضد اضطراب، مدت ابتلا به بیماری، بیماری زمینه‌ای، وضعیت اقتصادی، بیمه، سابقه بستری و سابقه جراحی است و بخش دوم آن پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اشپیل برگر[5] (STAI) ۴۰ سؤالی بود، که مقیاس حالت شامل ۲۰ سؤال که احساسات فرد را در لحظه و زمان پاسخگویی و مقیاس صفت نیز شامل ۲۰ سؤال که احساسات عمومی و معمولی افراد را می‌سنجد.

روایی ابزار این تحقیق در مطالعه جاریانی و همکاران (۱۳۹۰) مورد تأیید ۱۰ نفر از استادان دانشکده پرستاری و مامایی بیرجند قرار گرفته است همچنین در این مطالعه به منظور اندازه‌گیری قابلیت اعتماد ابزار، از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که مقدار آن برابر با ۰/۷۷۹ برآورد شد که نشانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه‌ی مذکور می‌باشد(۹).

مقیاس اضطراب اشپیل برگر در جامعه ایران مورد استاندارد یابی و استفاده در مطالعات قبل بوده است و از درصد بالایی (r=۰/۹۹) برخوردار می- باشد(۲۰). پایایی سؤالات پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر، در مطالعه همتی (۱۳۷۷)، با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن اعتبار علمی پرسشنامه را برای اضطراب آشکار ۸۲ درصد محاسبه کرده است(۲۱).

بعد از اخذ رضایت نامه و ثابت بودن وضعیت بیمار با تأیید پزشک معالج یک پیش آزمون بر اساس فرم دموگرافیک و پرسشنامه سنجش سطح اضطراب اشپیل برگر انجام شد. در گروه کنترل مداخله‌ی خاصی صورت نگرفت و این گروه از بیماران مراقبت های روتین بخش را دریافت نمودند و روز دوم دو باره پرسشنامه سنجش سطح اضطراب اشپیل برگر در اختیار آنان قرار داده شد تا تکمیل کنند. در گروه مداخله نیز در روز اول پس از توضیح در مورد مراحل پژوهش، مفاهیم مورد نیاز و فواید فن آرام‌سازی بنسون و چگونگی انجام آن، رضایت بیماران جلب و پرسشنامه‌هایی که در اختیار گروه کنترل قرار داده شده، در این گروه نیز تکمیل شدند. در گروه مداخله انجام فن آرام‌سازی بنسون برای هر بیمار طی ۲ روز متوالی و در هر روز ۲ نوبت صبح و عصر و در ساعات ۱۱-۱۰ صبح و ۶-۵ بعد از ظهر و در هر نوبت ۱۵ دقیقه (درمجموع ۴ جلسه) اجرا شد. و روز دوم بعد از اجرای چهارمین جلسه اجرای فن آرام سازی دوباره پرسشنامه سنجش سطح اضطراب اشپیل برگر برای گروه مداخله نیز تکمیل شد. این فن برای بیماران گروه مداخله در بخش مراقبت های ویژه و روی تخت بیمار انجام شد و تخت بیمار در حالت نیمه نشسته (۴۵ درجه) قرار داده شد. تا حد امکان نور بالا سر بیمار و صدای مانیتور را کم کرده و در صورت اذیت شدن بیمار توسط صدای آلارم دستگاه‌ها از هدفون یا هر وسیله‌ای که در گوش قرار می‌دهند تا مانع شنیدن اصوات مزاحم شود، استفاده شد. سپس از بیمار خواسته شد دستور العمل آرام سازی بنسون به روش زیر را انجام دهد:

۱. در یک موقعیت راحت قرار گیرد.
۲. چشم‌ها را آهسته ببندد.
۳. تمامی عضلات بدن را از کف پاها به تدریج به سمت صورت به آرامی شل و آرامش خود را حفظ کند.
۴. از راه بینی تنفس و نسبت به نفس خود آگاه باشد و نفس را از راه دهان به آرامی خارج و وقتی نفس بیرون می‌آید یک عدد یا کلمه‌ای که تداعی کننده آرامش برای بیمار است، را زیر لب تکرار کند و راحت و عادی نفس بکشد.
۵. این کار را ۱۵ دقیقه انجام و سعی کند عضلات شل باشد. بعد چشم‌ها را باز و برای چند دقیقه از جا بلند نشود.
۶. نگران نباشد که به سطح عمیقی از آرامش رسیده است یا نه، بگذارد آرام‌سازی با آهنگ خود اتفاق بیفتاد. وقتی افکار

[5]. State - Trait Anxiety Inventory(STAI)

مزاحم پیش آمد سعی کند از آن چشم پوشی و نسبت به آن بی تفاوت باشد.

بعد از توضیح مراحل به‌صورت بالا از بیمار خواسته شد تا یکبار در حضور محقق انجام داده و به هر گونه ابهام و سؤال بیمار در مورد فن آرام‌سازی بنسون پاسخ داده شد. لازم به ذکر است که قبل از انجام فن تمامی وسایل اضافی بیماران از قبیل ساعت، دستبند، انگشتر و کلیه وسایلی که قابلیت جدا شدن را دارند از بیمار جدا و در کنار بیمار قرار داده شد.

تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت و در راستای تحلیل داده‌ها نیز از آماره‌های توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل کای دو، فیشر، تی نمونه‌های مستقل، تی نمونه‌های زوجی و آزمون آماری آنکوا[6] استفاده شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها با دقت و صحت کامل جمع‌آوری شدند. به پاسخ گویان اطمینان داده شد که اطلاعات ان ها محرمانه خواهد ماند. برای جمع‌آوری داده‌ها نامه نگاری به بیمارستان سیدالشهدا ارومیه انجام گرفت. قبل از توزیع پرسش نامه ها و انجام مداخلات پژوهشگر خود را به بیمار معرفی می‌کرد و هدف پژوهش برای آنان توضیح و رضایت آگاهانه اخذ گردید.

یافته‌ها

برا ساس مطالعه حا ضر و ضعیت دموگرافیکی بیماران حاکی از آن بود که اکثریت افراد گروه کنترل یعنی ۳۶/۷ درصد در محدوده سنی ۵۵ تا ۶۵ سال و اکثریت افراد گروه مداخله یعنی ۳۳/۳ درصد در محدوده سنی ۴۵ تا ۵۵ سال قرار دارند. همچنین در نمونه مورد مطالعه؛ در گروه شاهد ۶۳/۳ درصد مرد و ۳۶/۷ درصد زن بودند و نیز در گروه مداخله ۶۰ درصد مرد و ۴۰ درصد زن بودند و به لحاظ وضعیت مدت ابتلا به بیماری درمجموع می‌توان چنین گفت که اکثریت افراد هر دو گروه یعنی ۶۶/۷ درصد گروه کنترل و ۶۳/۳ درصد گروه مداخله اذعان داشته‌اند که به تازگی متوجه بیماری شده‌اند. همچنین در این مطالعه مشخص شد که همه بیماران دو گروه کنترل و مداخله دارای بیمه هستند و همگی اذعان داشته‌اند که سابقه کار در مراکز درمانی، سابقه مصرف داروهای ضد اضطراب، شرکت در دوره‌های آرام‌سازی و تن آرامی را ندارند. درمجموع اکثریت هر دو گروه یعنی ۵۶/۷ درصد گروه کنترل و ۶۶/۷ درصد گروه مداخله را افرادی تشکیل داده که به سیگار و الکل عادت نداشته‌اند. سایر ویژگی‌های دموگرافیکی پاسخگویان در جدول شماره (۱) ذکر شده است. همچنین بر اساس سطوح معنی‌داری حاصله از آزمون کای دو و فیشر در جدول شماره(۱) می‌توان گفت که از نظر توزیع متغیرهای دموگرافیکی پاسخگویان بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشد(p->۰/۰۵)

جدول (۱): نتایج بررسی توصیفی متغیرهای تحقیق به تفکیک دو گروه

متغیر	طبقات	گروه کنترل		گروه مداخله		
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنسیت	مرد	۱۹	۶۳/۳	۱۸	۶۰	××p=۰/۵۰
	زن	۱۱	۳۶/۷	۱۲	۴۰	
سن	۲۵-۳۵	۱	۳/۳	۱	۳/۳	×p=۰/۹۶۰
	۳۵-۴۵	۳	۱۰	۳	۱۰	
	۴۵-۵۵	۷	۲۳/۳	۱۰	۳۳/۳	
	۵۵-۶۵	۱۱	۳۶/۷	۸	۲۶/۷	
	۶۵-۷۵	۶	۲۰	۶	۲۰	
	بالاتر از ۷۵ سال	۲	۶/۷	۲	۶/۷	
وضعیت تعداد فرزندان	یک فرزند	۳	۱۰	۲	۶/۷	×p=۰/۸۵۸
	دو فرزند	۷	۲۳/۳	۷	۲۳/۳	
	سه فرزند	۴	۱۳/۳	۷	۲۳/۳	
	چهار فرزند	۳	۱۰	۱	۳/۳	

[6].ANCOVA

متغیر	طبقات	گروه کنترل		گروه مداخله	
	پنج فرزند	۶	۲۰	۵	۶/۷
	بیشتر از ۵ فرزند	۷	۲۳/۳	۸	۲۶/۷
وضعیت شغلی	کارمند	۲	۶/۷	۴	۱۳/۳
	بیکار	۰	۰	۲	۶/۷
	بازنشسته	۷	۲۳/۳	۷	۲۳/۳
	آزاد	۱۳	۴۳/۳	۸	۲۶/۷
	خانه‌دار	۸	۲۶/۷	۹	۳۰
مدت ابتلا به بیماری	تازه متوجه شدم	۲۰	۶۶/۷	۱۹	۶۳/۳
	کمتر از یکسال	۳	۱۰	۱	۳/۳
	۱ تا ۵ سال	۳	۱۰	۴	۱۳/۳
	۵ تا ۱۰ سال	۰	۰	۱	۳/۳
	بالاتر از ۱۰ سال	۴	۱۳/۳	۵	۱۶/۷
وضعیت اقتصادی	دخل کمتر از خرج	۱۱	۳۶/۷	۵	۱۶/۷
	دخل برابر خرج	۱۷	۵۶/۷	۲۵	۸۳/۳
	دخل بیشتر از خرج	۲	۶/۷	۰	۰
عادت به سیگار و الکل	بله	۱۷	۵۶/۷	۲۰	۶۶/۷
	خیر	۱۳	۴۳/۳	۱۰	۳۳/۳
وجود فرد بیمار در خانواده	بله	۱۰	۳۳/۳	۱۱	۳۶/۷
	خیر	۲۰	۶۶/۷	۱۹	۶۳/۳
سابقه بستری	بله	۲۳	۷۶/۷	۱۹	۶۳/۳
	خیر	۷	۲۳/۲	۱۱	۳۶/۷
سابقه جراحی	بله	۱۵	۵۰	۱۸	۶۰
	خیر	۱۵	۵۰	۱۲	۴۰

متغیر		گروه کنترل		گروه مداخله		
	پنج فرزند	۶	۲۰	۵	۶/۷	
	بیشتر از ۵ فرزند	۷	۲۳/۳	۸	۲۶/۷	
وضعیت شغلی	کارمند	۲	۶/۷	۴	۱۳/۳	
	بیکار	۰	۰	۲	۶/۷	
	بازنشسته	۷	۲۳/۳	۷	۲۳/۳	×p=۰/۴۸۴
	آزاد	۱۳	۴۳/۳	۸	۲۶/۷	
	خانه‌دار	۸	۲۶/۷	۹	۳۰	
مدت ابتلا به بیماری	تازه متوجه شدم	۲۰	۶۶/۷	۱۹	۶۳/۳	
	کمتر از یکسال	۳	۱۰	۱	۳/۳	
	۱ تا ۵ سال	۳	۱۰	۴	۱۳/۳	×p=۰/۸۸۱
	۵ تا ۱۰ سال	۰	۰	۱	۳/۳	
	بالاتر از ۱۰ سال	۴	۱۳/۳	۵	۱۶/۷	
وضعیت اقتصادی	دخل کمتر از خرج	۱۱	۳۶/۷	۵	۱۶/۷	
	دخل برابر خرج	۱۷	۵۶/۷	۲۵	۸۳/۳	×p=۰/۰۵۹
	دخل بیشتر از خرج	۲	۶/۷	۰	۰	
عادت به سیگار و الکل	بله	۱۷	۵۶/۷	۲۰	۶۶/۷	
	خیر	۱۳	۴۳/۳	۱۰	۳۳/۳	××p=۰/۳۰
وجود فرد بیمار در خانواده	بله	۱۰	۳۳/۳	۱۱	۳۶/۷	
	خیر	۲۰	۶۶/۷	۱۹	۶۳/۳	××p=۰/۵۰
سابقه بستری	بله	۲۳	۷۶/۷	۱۹	۶۳/۳	
	خیر	۷	۲۳/۲	۱۱	۳۶/۷	××p=۰/۱۹۹
سابقه جراحی	بله	۱۵	۵۰	۱۸	۶۰	
	خیر	۱۵	۵۰	۱۲	۴۰	××p=۰/۳۰

×: آزمون فیشر، ××: آزمون کای-دو

در خصوص مقایسه میانگین نمرات اضطراب درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای روش آرام‌سازی بنسون در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه در سال ۹۶-۱۳۹۵ نیز از آزمون t زوجی یا تی همبستگی استفاده شده است.

جدول (۲): نتایج آزمون تی زوجی مربوط به اضطراب بیماران گروه مداخله در دو حالت قبل و بعد ازاجرای روش آرام‌سازی بنسون

		آماره‌های توصیفی نمونه‌های زوجی				اختلاف‌های بین زوجی		آزمون تی همبسته		
		میانگین	تعداد	انحراف معیار	خطای معیار میانگین	میانگین	انحراف معیار	آماره t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
	مقایسه‌های زوجی									
کنترل	اضطراب قبل از اجرا	۲/۱۷	۳۰	۰/۲۹۸	۰/۰۵۴	۰/۰۰۶	۰/۰۱۸	۱/۹۱۷	۲۹	۰/۰۶۵

	اضطراب بعد از اجرا	۲/۱۶	۳۰	۰/۲۹۱	۰/۰۵۳				
مداخله	اضطراب قبل از اجرا	۲/۴۱۳	۳۰	۰/۲۴۲	۰/۰۴۴	۰/۲۴۹	۰/۱۰۸	۱۲/۶۴۲	۲۹	۰/۰۰۰۱
	اضطراب بعد از اجرا	۲/۱۶	۳۰	۰/۲۳۴	۰/۰۴۳				

نتایج داده‌های به دست آمده در جدول شماره ۲ حاکی از آنست که با توجه به سطح معنی‌داری مشاهده شده(P-value ≤۰۰۰۱) شاهد اختلاف معنی دار نمره‌های میانگین اضطراب بیماران گروه مداخله بعد از اجرای روش آرام‌سازی بنسون با قبل از اجرای روش آرام‌سازی بنسون هستیم.

همانطوری که در جدول فوق مشاهده می‌شود میانگین اضطراب در بیماران گروه مداخله قبل از اجرای روش آرام‌سازی بنسون برابر با ۲/۴۱۳ است درحالی‌که این مقدار برای مرحله «بعد از اجرای روش آرام‌سازی بنسون» کاهش یافته است(۲/۱۶). پس با اطمینان ۹۹ صدم می‌توان ادعا کرد که اجرای روش آرام‌سازی بنسون در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در مرکز آموزشی درمانی سیدالشهدای ارومیه باعث کاهش میزان اضطراب بیماران شده است.

در حالیکه برای گروه کنترل، نتایج داده‌های به دست آمده در جدول شماره ۲ حاکی از آنست که با توجه به سطح معنی‌داری مشاهده شده(P-value ≥۰/۰۵) شاهد نبود اختلاف معنی دار نمره‌های میانگین اضطراب بیماران گروه کنترل قبل از اجرای روش آرام‌سازی بنسون با بعد از اجرا هستیم.

بحث و نتیجه‌گیری

در حال حاضر بیماری انفارکتوس میوکارد به‌عنوان بیماری شایع و ناتوان کننده در جهان مطرح است و بیماران مبتلا به این بیماری با مشکلات متعددی ازجمله ۱- نداشتن تعادل بین نیاز میوکارد به اکسیژن و میزان دریافت آن که به ایجاد درد منجر می‌شود. ۲- تغییر در جریان خون بافتی، در نتیجه‌ی اختلال در پمپ خون ۳- تحمل نکردن فعالیت، به سبب نا متعادلی بین اکسیژن لازم و اکسیژن فراهم شده ۴- سازگاری فردی غیر مؤثر به دلیل بیماری حاد ۵- اضطراب به علت ترس از مرگ و تغییر در وضعیت سلامتی مواجه می‌شوند(۲۲).

این بیماری فرد را از جنبه‌های مختلف آسیب پذیر کرده و منجر به پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و درمانی و روان‌شناختی می‌شود. از پیامدهای شایع ناشی از این بیماری می‌توان به اضطراب اشاره کرد که باعث پیش آگهی ضعیف بیماری، ناتوانی و عود بیماری و بستری مجدد و حتی مرگ می‌شود(۱۰).

در سال‌های اخیر روش‌های غیر دارویی که تحت عنوان درمان‌های تکمیلی شناخته می‌شوند به همراه درمان‌های رایج جهت درمان در بیماران به کار می‌رود. درمان‌های تکمیلی، درمان‌هایی با ماهیت جامع نگر هستند که برای افزایش آسایش جسمی و روانی بیماران استفاده می‌شوند. از طرفی دیگر مقبولین استفاده از درمان‌های تکمیلی در سیستم‌های بهداشتی درمانی افزایش یافته و استفاده از مداخلات غیر دارویی برای تکمیل طب پیشرفته[1] در بین پرستاران در تجارب بالینی در حال گسترش است(۲۳).

با توجه به افزایش بیماری انفارکتوس میوکارد به علت تغییر در شیوه زندگی و افزایش تنش‌ها و ایجاد چالش‌های درمانی می‌بایست درمان‌های غیر دارویی در فرآیند این بیماران بیش از پیش مد نظر قرار گیرد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر اجرای روش آرام‌سازی بنسون بر میانگین اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام گرفت.

عدم وجود تفاوت آماری در متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه قبل از مطالعه نشان داد که دو گروه از همگونی مناسب برخوردار می‌باشند. لذا می‌توان تفاوت معنی دار در هریک از این متغیرها را در هر یک از گروه‌ها به اثربخشی مداخلات انجام شده در آن گروه نسبت داد.

در مطالعه حاضر بین میزان اضطراب در دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای روش آرام‌سازی در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تفاوت معنی دار وجود دارد و آرام‌سازی بنسون در بیماران قلبی باعث کاهش اضطراب می‌شود.

همسو با نتایج این مطالعه، مطالعه نجفی قزلجه و همکاران(۲۰۱۶) با عنوان تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر اضطراب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که بر روی ۶۳ پرستار بخش مراقبت ویژه مرکز آموزشی درمانی شهید رجایی تهران انجام شد، نشان داد که میانگین نمره اضطراب در گروه تحت آرام‌سازی به طور معنی‌داری با میانگین نمره اضطراب گروه کنترل تفاوت دارد(۲۴).

همچنین جاریانی و همکاران(۲۰۱۲) در مطالعه خود با عنوان بررسی تأثیر آرام‌سازی پیشرونده عضلانی بر اضطراب بیماران مبتلا

1.Advanced medical

به سکته قلبی (۹) و ایلالی و همکاران(۲۰۱۲) با عنوان تعیین آرام‌سازی بنسون بر میزان استرس بیماران همودیالیزی(۲۵) و پارک و همکاران(۲۰۱۳) در پژوهش خود با عنوان تأثیر آرام‌سازی بنسون بر استرس زنان تحت بیوپسی بافت سینه (۲۶) به این نتیجه رسیدند که اضطراب گروه مداخله و کنترل باهم اختلاف معنی‌داری داشته که بیانگر تأثیر مثبت روش آرام‌سازی بر اضطراب بیماران می‌باشد و این یافته می‌تواند به دلیل اثرات آرام‌سازی بر برخی متغیرهای شیمیایی خون ازجمله کاهش هورمون‌های آدرنال و در نتیجه آن کاهش وضعیت اضطرابی در بیماران باشد و این نتایج در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

آرام‌سازی بنسون از طریق بهبود فعالیت عصبی خودکار و با ایجاد آرامش در عضلات، باعث بهبود عملکرد فردی و اجتماعی فرد می‌شود و در نهایت باعث افزایش احساس مثبت در فرد می‌گردد(۲۷).

در مطالعه حاضر نتایج درون گروهی نشان داد که میانگین نمرات اضطراب درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای روش آرام‌سازی با هم متفاوت بود و میزان اضطراب نسبت به قبل اجرای مداخله کاهش یافت.

مطالعه بقایی و همکاران(۲۰۱۵) با هدف تعیین تأثیر آرام‌سازی عضلانی بنسون بر سطح اضطراب بیماران در انتظار مداخلات تشخیصی و درمانی الکتروفیزیولوژیک که بر روی ۷۲ بیمار بستری در مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت رشت انجام شد، نشان داد که میانگین نمرات اضطراب بیماران قبل و بعد از آرام- سازی در گروه مداخله به طور معنی‌داری با هم تفاوت دارد و کاهش اضطراب نشان از تأثیر مثبت این روش دارد(۲۸)، و با مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

ترابی و همکاران(۲۰۱۲) در بررسی اثر ماساژ رفلکسی پا و آرام‌سازی بنسون بر میزان اضطراب و شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران بستری کاندید آنژیوگرافی به این نتیجه رسیدند که میانگین سطح اضطراب بعد از مداخله در گروه ماساژ و آرام‌سازی کاهش معنی دار داشته (۲۹) همچنین طهماسبی و اکبرنتاج(۲۰۱۶) در مطالعه خود با عنوان مقایسه تأثیر رایحه استنشاقی لاوندولا و آرام‌سازی بنسون بر علائم حیاتی بیماران تحت آنژیوگرافی نشان داد که میانگین پارامترهای فیزیولوژیک (فشارخون سیستولیک، تعداد تنفس و تعداد نبض) قبل و بعد از مداخله با هم اختلاف معنی دار داشته و این اختلاف در گروه آرام‌سازی بیشتر بوده و نشان از ارجح بودن این روش دارد(۳۰).این نتایج در راستای نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

پارک و همکاران(۲۰۱۳) نشان دادند که بعد از ۳ جلسه آرام‌سازی استرس زنان تحت بیوپسی نسبت به قبل از انجام مداخله کاهش داشته و در مطالعه حاضر نیز بعد ۴ جلسه آرام‌سازی کاهش در اضطراب بیماران مشاهده شد که این تأثیر می‌تواند گام مؤثر در آغاز مسیری نوین در راستای مراقبت‌های پرستاری غیر دارویی و کم هزینه برای کل بیماران باشد(۲۶).

نتایج پژوهش سوله هتی و همکاران(۲۰۱۴) با عنوان کاهش سطح اضطراب با آرام‌سازی بنسون بعد جراحی سزارین بیانگر تأثیر روش آرام‌سازی بنسون در جهت کاهش سطح اضطراب بوده (۳۱) و همچنین بصام پور (۲۰۰۵) در بررسی تأثیر روش‌های آرام‌سازی بر اضطراب بیماران مبتلا به سکته قلبی نشان داد که میزان اضطراب نسبت به شروع دوره تفاوت معنی‌داری داشته (۳۲) و این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد.

در مطالعه سیفی و همکاران(۲۰۱۷) با عنوان مقایسه روش آرام‌سازی بنسون و صدای طبیعت در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بعد از سه روز متوالی اجرای مداخله در هیچ یک از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری در میانگین اضطراب بیماران مشاهده نشد(۳۳) و در تناقض با مطالعه حاضر است و تفاوت نتایج می‌تواند به تفاوت در جامعه پژوهش و ماهیت اضطراب مرتبط باشد.

آرام‌سازی پدیده‌ای است فیزیولوژیک که توسط سیستم عصبی پاراسمپاتیک فعال شده و نتیجه آن کاهش اضطراب توسط تسهیل ترشح آندروفین می‌باشد. به دنبال شل شدن عضلانی و تبدیل تسلط سمپاتیک به پاراسمپاتیک، فرد احساس راحتی می‌کند و پرداختن به فعالیت بدنی باعث انحراف فکر بیمار از موضوعات بیرونی و معطوف شدن توجه به سمت فعالیت بدنی مذکور شده و فرد مدت‌زمان بیشتری در آرامش به سر می‌برد(۳۴).

اضطراب از شایع‌ترین و مهم‌ترین واکنش‌های روانی در برابر انفارکتوس میوکارد بوده و نه تنها جزء عوامل به وجود آورنده انفارکتوس میوکارد می‌باشد بلکه دارای تأثیر منفی در بهبودی این بیماری می‌باشد(۳۵). تحقیقات بادیس و همکاران(۲۰۰۹) نشان داده است که سطوح بالای اضطراب خطر مرگ ناگهانی را تا ۳ برابر افزایش می‌دهد(۳۶). طبق مطالعه باقریان و همکاران در ایران نیز ۴۲ درصد از بیماران مبتلا به سکته قلبی بستری در بیمارستان دارای علائم اضطراب بودند(۳۷).

در مطالعه حاضر اضطراب صفت (پنهان) و حالت (آشکار) به طور جداگانه طبقه بندی شده‌اند، که در هر دو نوع اضطراب بیشترین تعداد افراد در گروه اضطراب متوسط به بالا قرار گرفته اندو طبق اضطراب حالت ۱۱/۶ درصد از بیماران اضطراب نسبتاً شدید داشتند. در بررسی اضطراب صفت در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی دار در طبقه بندی و میانگین نمرات اضطراب مشاهده نمی‌شود و این نشان می‌دهد که روش آرام‌سازی بنسون و روتین بخش در اضطراب صفت افراد تأثیر ندارد.

در گروه مداخله اضطراب حالت بعد از اجرای روش آرام‌سازی کاهش و تفاوت در طبقات مشاهده شد و از سطوح بالای اضطراب به سطوح پایین تنزل یافته که نشان از تأثیر روش آرام‌سازی بنسون دارد، در گروه کنترل نیز بعد از اقدامات روتین بخش میانگین نمرات اضطراب حالت نسبت به روزهای اول کاهش داشت، با اینکه میزان کاهش میانگین اضطراب حالت در گروه کنترل در مقایسه با گروه مداخله کم بود، و این نتیجه نشانگر اهمیت ارتباط پرستاران با بیماران و تأثیر آن در کاهش اضطراب بیماران بوده که در گروه مداخله به علت ارتباط مستمر و اجرای روش آرام‌سازی میزان کاهش بیشتر می‌باشد که این یافته با مطالعه مالمیر و ذاکری مقدم تناقص دارد.

مطالعه مالمیر و همکاران(۲۰۱۵) با عنوان تأثیر آرام‌سازی بنسون بر سطح اضطراب آشکار بیماران کاندید عمل جراحی قلب باز نشان داد که آرام‌سازی به طور معنی‌داری موجب کاهش سطح اضطراب آشکار بیماران شده و در گروه کنترل اضطراب افزایش یافته بود(۳۸) که با مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. ذاکری مقدم و همکاران(۲۰۱۰) نیز در مطالعه خود با هدف بررسی تأثیر آرام‌سازی بنسون بر سطح اضطراب بیماران در انتظار کاتتریسم قلبی به این نتیجه رسیدند که آرام‌سازی بنسون باعث کاهش اضطراب بیماران شده و در گروه کنترل سطح اضطراب بلافاصله قبل از از کاتتریسم افزایش قابل‌توجهی داشت(۱۲) و همسو با مطالعه حاضر نیست و علت شاید تفاوت در اقدامات روتین بخش بیمارستان‌ها باشد.

گنجلو و همکاران(۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود با عنوان تأثیر استنشاق اسانس اسطوخودوس بر کنترل اضطراب بیماران سکته قلبی به این نتیجه رسیدند که این روش باعث کاهش اضطراب آشکار و پنهان در گروه مداخله شده ولی در گروه کنترل اضطراب بیمار افزایش یافته است(۳۹). در مطالعه حاضر در گروه مداخله فقط اضطراب حالت (آشکار) کاهش یافته بود و اضطراب صفت (پنهان) بدون تغییر بود که با مطالعه گنجلو در تناقص می‌باشد که این تناقص می‌تواند در اثر نوع مداخله انجام شده و تأثیر آرماتراپی بر اضطراب صفت باشد.

باتوجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود فن آرام‌سازی بنسون در برنامه آموزشی و مراقبتی پرستاران قرار گیرد و همچنین مطالعه مشابهی در سایر بیماری‌ها انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان داد که آرام‌سازی بنسون در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد مؤثر بوده و توصیه می‌شود نتایج این پژوهش برای کاهش اضطراب بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در برنامه‌های مراقبتی پرستاران مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه پایان نامه کارشناسی ارشد مراقبت ویژه با کد IR.UMSU.IRC.1396.31 می باشد. لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند تا از کلیه مسئولین دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که حمایت مادی و معنوی لازم جهت اجرای این طرح را فراهم نمودند نهایت تشکر را داشته باشند و همچنین از زحمات اساتید گرامی، تمام بیماران، خانواده‌های آنان، کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه و مسئولین بیمارستان سیدالشهدا ارومیه در این مطالعه و عزیزانی که ما را در پیشبرد و نگارش این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Najafi S, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A, Farsi Z, Vahabi Y. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. IJCCN 2008;1(1):35-9.
3. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. Heart disease and stroke statistics--2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation 2009;119(3):480–6.
4. Niakan M, Paryad E, Shekholeslam F, Kazemnezhad Leili E, Assadian Rad M, Bonakdar HR, et al. Self care behaviors in patients after myocardial infarction. J Holistic Nurs Midwifery 2013;23(2):63-70.
5. Kitamura T, Sakata Y, Nakatani D, Suna S, Usami M, Matsumoto S, et al. Living alone and risk of cardiovascular events following discharge after

acute myocardial infarction in Japan. J Cardiol 2013;62(4):257-62.

6. Tagharrobi Z. Effect of recitation of Quran on the anxiety of patients with myocardial infarction. Evidence Based Care 2014;4(1):7-16.
7. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Bjelland I, Rokne B. Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. Eur J Cardiovasc Preven Rehabil 2009;16(6):651-9.
8. Ghardashi F, Saleh MA, Hasanabadi H, Setayesh Y. Study of the relationship between pre-operative waiting time and anxiety in patients. J Sabzevar Univ Med Sci 2004; 4(30): 76-84.
9. Jariani M, Saki M, Momeni N, Ebrahimzade F, Seydian A. The effect of progressive muscle relaxation techniques on anxiety in Patients with myocardial infarction. Yafteh 2011;13(3):22-30.
10. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. J Am College Cardiol 2010;56(1):38-46.
11. Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A. Fundamentals of Nursing-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2016.
12. Zakerimoghadam M, Shaban M, Mehran A, Hashemi S. Effect of Muscle Relaxation on Anxiety of Patients Undergo Cardiac Catheterization. Hayat 2010;16(2).
13. Tayebi A, Kasra Dehkordi A, Ebadi A, Sahraei H, Einollahi B. The effect of aromatherapy with lavender essential oil on depression, anxiety and stress in hemodialysis patients: A clinical trial. Evidence Based Care 2015;5(2):65-74.
14. Moosavi S, Mirzaei M, Reza Soltani P. The effects of acupressure on anxiety nursing, midwifery and operating room students. J Guilan Univ Med Sci 2009;18(71):82-9.
15. Hanifi N, Ahmadi F, Memarian R, Khani M. Comparative study on two methods, Benson relaxation Vs premeditation, and their effect on respiratory rate and pulse rate of patients experiencing coronary angiography. J hayat. 2006;11(4):47-54.
16. Hamidizadeh S, Ahmadi F, Asghari M. Study effect of relaxation technique on anxiety and stress in elders with hypertension. J Shahrekord UUniv Med Sci 2006;8.
17. Monahan F, Sands J, Nighbors M, Marek J, Green C. Complementary and Alternative Therapies, Text book of Phipps medicalsurgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
18. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Biophysical and psychological concepts in nursing practice. Brunner & suddarths text book of medical surgical nursing Philadelphia: Woltres. 2010.
19. van Dixhoorn J, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. European J Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. 2005;12(3):193-202.
20. Safavi M. Correlation between attachment styles and state-or trait-anxiety. Medical Science J Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2013;22(4):307-12.
21. Hemmati M, Yazdani M. Study of anxiety level in the parents of hospitalized children during the reception and discharge in Imam Khomeini

Hospital of Urmia. J urmia nursing and midwifery faculty. 2004;1(1):52-6.

22. Makarem A, Asadi M, Mohammadi F, Hosseini MA. Effect of Hospital Based Cardiac Rehabilitation on Quality of Life of Patients with Myocardial Infarction, Baghiatallah Hospital, 2010. Arch Rehabil 2013;14(3):56-63.
23. Maggie M, Carol H, David H. Nursing Knowledge and Practice: A Decision-Making Approach. Bailliere Tindall; 1995.
24. Najafi Ghezeljeh T, sedghian H, Mohades Ardabili F. Effect of Benson relaxation technique on anxiety in critical care nurses. Cardiovasc Nurs J 2016;5(3):26-33.
25. elali ES, mahdavi a, jannati Y, Yazdani J, Setareh J. Effect of Benson Relaxation Response on Stress Among in Hemodialysis Patients. J Mazandaran Univ Med Sci 2012;22(91):61-8.
26. Park ER, Traeger L, Willett J, Gerade B, Webster A, Rastegar S, et al. A relaxation response training for women undergoing breast biopsy: Exploring integrated care. Breast 2013;22(5):799-805.
27. Komjathy L. Contemplative literature: A comparative sourcebook on meditation and contemplative prayer: SUNY Press; 2015.
28. Jafari H, Baghaei Lake M, Sedghisabet M, Kazemnejadleili E. Benson Muscle Relaxation effect on Patients Anxiety Undertake Diagnostic and Treatment within Electrophysiological Interventions. J Holistic Nurs Midwifery 2015;25(4):37-44.
29. Torabi M, Salavati M, GHahri Sarabi A, Pouresmaeil Z. Foot reflex massage and Benson Relaxation on anxiety and physiological parameter of patients admitted for coronary angiography. J Nurs Midwifery Fac Hamedan 2012;20(1):63-71.
30. Tahmasebi H, Akbarnatag K. The comparing the effect of aroma inhalation lavendola and benson relaxation on condition of the vital sign patients experiencing coronary angiography. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2016;14(8):682-91.
31. Solehati T, Rustina Y. The Reduction of Anxiety Level With Benson Relaxation at Cibabat Cimahi Hospital. GSTF J Nurs Health Care 2017;1(2).
32. Bassampoor S. The effect of relaxation techniques on anxiety of patients with myocardial infarction. J Qazvin Univ Med Sci 2005;9(2):53-8.
33. Seifi L, Najafi Ghezeljeh T, Haghani H. The effects of benson relaxation technique and nature sound's on anxiety in patients with heart failure. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2017;15(2):147-58.
34. Arnold SV, Smolderen KG, Buchanan DM, Li Y, Spertus JA. Perceived stress in myocardial infarction: long-term mortality and health status outcomes. J Am College Cardiol 2012;60(18):1756-63.
35. Bour A, Rasquin S, Aben I, Strik J, Boreas A, Crijns H, et al. The symptomatology of post□ stroke depression: comparison of stroke and myocardial infarction patients. Int J Geriatric Psychiatry: A J psychiatry late life allied Sci 2009;24(10):1134-42.
36. Bodis J, Boncz I, Kriszbacher I. Permanent stress may be the trigger of an acute myocardial infarction on the first work-day of the week. Int J Cardiol 2010;144(3):423-5.
37. Bagherian R, Maroofi M, Gol MF, Zare F. Prevalence of Anxiety, Depression and Coping Styles in Myocardial Infarction Patients

Hospitalized in Isfahan Hospitals. J Mazandaran Univ Med Sci 2010;20(77):36-45.

38. Malmir M, Teimouri F, Pishgooie A, Dabaghi P. The Role of Benson´s relaxation on reducing state anxiety on candidate of open heart surgery patient's. MCS 2015; 2 (3) :182-90.

39. Ganjloo J. The effects of inhaling lavender oil on patients anxiety with myocardial infarction. J Sabzevar Univ Med Sci 2015; 26(6).

Original Article

STUDY OF THE EFFECT OF BENSON RELAXATION METHOD ON THE ANXIETY LEVEL OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION ADMITTED TO CCU WARDS OF EDUCATIONAL AND TREATMENT CENTER OF SEYYED SHAHADA, URMIA, IRAN, 2017

Nader Aghakhani[1], Vida Seyyedakbari[2], Kamal Khademvatan[3], Vahid Alinejad[4]

Received: 02 Feb, 2019; Accepted: 20 Apr, 2019

Abstract

***Background & Aims*:** Myocardial infarction (MI) is known to be a leading cause of death and disability in the world, which can harm the patient physically, socially, emotionally or psychologically. Anxiety as an adjunct to psychological disorders can also affect the lifestyle of the individual and increase the cost of treatment, recurrence and increase mortality. Regarding the importance of this disease and the effect of anxiety in its intensification process, the use of relaxation as an independent treatment can have desirable outcomes such as reducing stress. This study was carried out to determine the effect of Benson relaxation method on the anxiety level of patients with myocardial infarction admitted to CCU wards of educational and treatment center of Seyyed Shahada, Urmia, Iran.

***Materials & Methods*:** This experimental study was performed on 60 patients were randomly selected and divided into intervention and control groups. In the intervention group, Benson's relaxation technique was performed for each patient for 2 consecutive days and 2 times in the morning and evening and each session lasted 15 minutes (A total of 4 sessions) There was no intervention in the control group and this group of patients received routine care. The data gathering tool were demographic questionnaire and the Spielberger Standard Anxiety Scale Questionnaire. The questionnaires were completed before and after e intervention. To analyze the data, covariance analysis and paired t-test were used by using of SPSS-21 software.

***Results*:** The mean of anxiety scores in the intervention group before and after the intervention were different, while in the control group, these scores did not differ significantly. There was a significant difference between the anxiety level of the two intervention and control groups after the implementation of the Benson relaxation method ($p = 0.0001$).

***Conclusion*:** Considering the positive effects of Benson's relaxation on reducing anxiety, easy and low cost utilization and the availability of this method, it is recommended to use this method to relieve anxiety problems in patients with myocardial infarction. .

***Keywords*:** myocardial infarction, anxiety, Benson relaxation, cardiac care

Address: Urmia University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Nazlou Campus, 11 km Seru Road, Urmia
Tel: +984432754961
Email: Akbari.vida92@gmail.com

[1]. Assistant Professor, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

[2]. MSc in Nursing, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Correspondent Author)

[3]. Associate Professor, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

[4]. Ph.D. Student of critical statistics, Tarbiat Moddares University, Tehran, Iran