



تأثیر آموزش آرامسازی بنسون بر کیفیت زندگی بیماران جراحی شده قلب باز شهر یزد

نویسندگان: سید سعید مظلومی محمود آباد^۱ راضیه ذوالقدر^۲ سید جلیل میرحسینی^۳ سید مجتبی یاسینی اردکانی^۴ حسین فلاح زاده^۵ جعفر عسکری^۶

۱. استاد مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۳. دانشیار گروه قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۴. دانشیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۵. دانشیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۶. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

صدوقی یزد تلفن: ۰۹۱۷۳۰۰۶۳۰ E mail: raziezolghadr@yahoo.com

چکیده

مقدمه: بیماری عروق کرونر قلب از عوامل مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود. نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاربرد برخی از تکنیک‌های مدیریت استرس از طریق کاهش فشار خون، توان انقباضی عروق را کاهش می‌دهد و موجب بهبود عملکرد قلب و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران می‌شود. این مطالعه نیز با هدف تعیین میزان تأثیر آموزش آرامسازی بنسون بر کیفیت زندگی بیماران جراحی شده قلب باز شهر یزد انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه تجربی بود و در میان ۱۲۰ نفر از بیماران جراحی شده قلب باز مراجعه کننده به مرکز قلب بیمارستان افشار شهر یزد که حداقل ۲ ماه از عمل جراحی آن‌ها گذشته بود انجام گرفت. تعداد ۶۰ نفر در گروه آزمون و ۶۰ نفر در گروه غیر آزمون جای گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF36 بود. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سن بیماران $56/95 \pm 9/44$ سال بود که ۶۵/۸ درصد مرد بودند. میانگین نمره تمام ابعاد کیفیت زندگی بیماران در گروه آزمون بعد از مداخله آموزشی معنادار بود. به طوری که میانگین ۸ بعد کیفیت زندگی (بعد عملکرد فیزیکی، بعد محدودیت نقش بعلت مشکلات جسمانی، بعد محدودیت نقش بعلت مشکلات روحی، بعد نشاط، بعد سلامت روان، بعد عملکرد اجتماعی، بعد درد بدنی و بعد سلامت عمومی) پس از مداخله در گروه آزمون بهبود یافت. آزمون آماری pair T-test نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین ابعاد بعد محدودیت نقش بعلت مشکلات جسمانی، محدودیت نقش بعلت مشکلات روحی، بعد نشاط، بعد سلامت روان و بعد درد بدنی در گروه غیر آزمون قبل و ۲ ماه بعد از مداخله وجود نداشت.

نتیجه گیری: کاربرد آموزش آرامسازی به روش بنسون موجب ارتقاء کیفیت زندگی بیماران جراحی شده قلب باز گردید.

آموزش مدیریت استرس به عنوان یک مداخله روانشناسی توانسته است بر همه ابعاد کیفیت زندگی اعم از جسمانی و روانشناختی بیماران گروه آزمون تأثیرات زیاد و معنی داری نسبت به گروه کنترل داشته باشد. این امر تأثیر شگرف آموزش مدیریت استرس در جهت بهبود مسائل روانشناختی بیماران پس از جراحی قلب می باشد.

واژه‌های کلیدی: آرامسازی بنسون، عمل جراحی قلب باز، بیماری قلبی عروقی، کیفیت زندگی.

این مقاله حاصل از پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد می باشد.

طلوع بهداشت

فصلنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال دوازدهم

شماره: چهارم

زمستان ۱۳۹۲

شماره مسلسل: ۴۱

تاریخ وصول: ۹۱/۱۱/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۲۰



مقدمه

در میان بیماری‌های غیر واگیر، بیماری‌های قلبی عروقی مهم‌ترین علت مرگ و ناتوانی در کشورهای در حال توسعه تا سال ۲۰۲۰ شمرده می‌شوند (۱). آمارها در سطح جهانی نشان می‌دهد که اعمال جراحی قلب معمول‌ترین نوع جراحی قفسه سینه را تشکیل می‌دهد (۲). جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی در بیماران مزمن به خصوص به علت طول مدت و شدت آن‌ها ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی کیفیت زندگی دستخوش تغییر فراوان می‌شود. امروزه بسیاری از دولت‌ها ارتقاء کیفیت زندگی را جزء لاینفک توسعه اجتماعی و اقتصادی می‌دانند (۳). Testa و همکاران در سال ۱۹۹۶ کیفیت زندگی را متشکل از ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی دانستند که محدود به تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک بیمار می‌باشد. اصولاً در بیمارانی که مبتلا به شکل مزمنی، مثل ضایعه عروق کرونر هستند، درمان قطعی بیماری یک هدف واقعی و دست یافتنی تلقی نمی‌شود، چراکه این بیماری ناتوان کننده بوده، سیری پیشرونده دارد و عوامل متعدد بیرونی و درونی بر تشدید و بهبود آن موثر می‌باشد و طبعاً این خصوصیت بر روند کیفیت زندگی بیماران اثر گذاشته و همواره توجه به این شاخص مهم جزء اهداف اساسی مرکز درمانی و مراقبتی به شمار می‌رود (۴). آموزش بیمار به عنوان فرایندی است که بر رفتار بیمار اثر می‌گذارد و در آگاهی‌ها، نگرش‌ها و مهارت‌های لازم جهت حفظ سلامت، تغییر ایجاد می‌کند (۵). بعضی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله با استرس باعث ارتقا سطح سلامت روانی می‌شوند. همچنین پژوهش‌های انجام شده در زمینه نقش

متغیرهای روان شناختی بر روند بهبود بیماران مبتلا به CHD نشان داده‌اند که استفاده از سبک‌های مقابله با استرس در روند برخی از بیماران که دچار انفارکتوس قلبی بودند موثر بوده است و این بیماران سازگاری اجتماعی و روانی بیشتری را بعد از ترخیص از بیمارستان نشان داده‌اند (۶). بعلاوه برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاربرد برخی از تکنیک‌های مدیریت استرس از طریق کاهش فشار خون، توان انقباض عروقی را کاهش داده و موجب بهبود عملکرد قلب و ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود (۷،۸). ذهن: آرامسازی زمانی به خوبی جواب می‌دهد که افکار روزمره را کنار بگذاریم. مثلاً موقع تنفس عمیق و شل کردن عضلات، می‌توان خود را کنار یک آبشار سرد، ساحلی گرم، علفزار فرحبخش تصور کنیم. با استفاده از قدرت ذهن، احساس آرامش را در خود بیشتر کرد و افکار را از دنیای روزمره دور کرد (۹).

آرامسازی به روش بنسون (Benson Relaxation) به صورت زیر می‌باشد:

۱- به آرامی در 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 در آنها حفظ کنید.

۴- در همین حال از راه بینی نفس بکشید. نسبت به تنفس خود آگاه باشید و ضمن خارج کردن آرام هوا از راه دهان کلمه یک را زیر لب تکرار و راحت و عادی نفس بکشید.



۳۶ سوال در هشت حیطه شامل؛ عملکرد فیزیکی ۱۰ سوال، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی ۴ سوال، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی ۳ سوال، نشاط ۴ سوال، سلامت روان ۵ سوال، عملکرد اجتماعی ۲ سوال، درد بدنی ۲ سوال و ۵ سوال مربوط به حیطه سلامت عمومی. هر کدام از حیطه‌ها دارای حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۰۰ می‌باشند (نمره صفر نشان دهنده بدترین وضعیت و نمره ۱۰۰ نشان دهنده بهترین وضعیت می‌باشد). پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF36 در مطالعات متعددی از جمله مطالعه مظلومی و همکاران (۱۲) بکار رفته و روانسنجی آن توسط منتظری و همکاران به تایید رسیده است (۱۳). بعلاوه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل شش متغیر؛ سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت شغلی، میزان تحصیلات و درآمد ماهیانه خانواده بود. در مرحله اول بعد از تکمیل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی داده‌ها تجزیه و تحلیل گردید و سپس برنامه آموزشی برای گروه آزمون اجرا گردید، اجرای مداخله به این طریق بود که به بیماران گروه آزمون به صورت انفرادی در یک جلسه تکنیک آرامسازی به روش بنسون آموزش داده شد و دو هفته بعد کلاس آموزشی مجدداً تکرار شد و CD آموزشی نیز برای اجرا در منزل در اختیار آن‌ها قرار داده شد. هر ۱۵ روز یکبار به صورت تلفنی جهت اطمینان از اجرای آرامسازی در منزل مورد پیگیری قرار گرفتند. بعد از دو ماه پرسشنامه SF36 مجدداً در دو گروه تکمیل شد و اطلاعات جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش چهارده با بهره گیری از آزمون‌های آماری تی تست مستقل و جفت شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

۵- این کار را برای ۲۰-۱۵ دقیقه ادامه دهید سعی کنید تمامی عضلات شما شل باشد پس از گذشت ۲۰-۱۵ دقیقه چشمهایتان را باز کنید و برای چند دقیقه از جای خود بلند نشوید.

۶- نگران نباشید که به سطح عمیقی از آرامش رسیده اید یا نه بگذارید آرامسازی با آهنگ خودش اتفاق بیفتد وقتی افکار مزاحم پیش آمد سعی کنید با بی‌اعتنایی از آنها چشم‌پوشی کنید. (۱۰).

در مورد تاثیر آموزش‌های شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی، به ویژه در بیماران مزمن، پژوهش‌های زیادی انجام شده است (۱۱). لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش آرام سازی بنسون بر کیفیت زندگی بیماران قلبی بعد از عمل جراحی قلب باز مراجعه کننده به مرکز قلب افشار یزد انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه تجربی در میان ۱۲۰ نفر از بیماران قلبی جراحی شده به روش قلب باز مراجعه کننده به مرکز قلب بیمارستان افشار شهر یزد انجام گرفت. تمام بیماران حداقل ۲ ماه از زمان عمل آن‌ها گذشته بود. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به صورت یک در میان در ۶۰ نفر گروه آزمون و ۶۰ نفر گروه غیر آزمون جای گرفتند. گروه آزمون بیمارانی بودند که برنامه آرام سازی بنسون به آن‌ها آموزش داده شد و گروه غیر آزمون بیمارانی بودند که هیچگونه آموزشی به آن‌ها داده نشد و فقط تحت مراقبت‌های معمول پزشکی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF36 بود که در هر دو گروه آزمون و غیر آزمون در قبل و بعد از مداخله آموزشی به روش مصاحبه تکمیل گردید. پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی SF36، شامل



یافته‌ها

گرفتند. میانگین سن گروه غیرآزمون ۵۶/۹۵±۹/۴۴ سال و گروه آزمون ۵۷/۶۳±۹/۵۱ سال بود. ۶۱/۷ درصد (۳۷ نفر) بیماران گروه غیر آزمون و ۷۰ درصد (۴۲ نفر) بیماران گروه آزمون مرد بودند (جدول ۱).

این مطالعه در میان ۱۲۰ نفر بیمار قلبی عروق کرونر مراجعه کننده به مرکز قلب بیمارستان افشار در شهرستان یزد انجام گرفت. ۶۰ بیمار در گروه آزمون و ۶۰ بیمار در گروه غیر آزمون جای

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی در گروه آزمون و غیر آزمون

معناداری	آزمون		غیرآزمون		متغیرها
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
P= /۳۹۱	۰	۰	۱/۷	۱	۳۰ >
	۶/۷	۲	۰	۰	۳۰-۳۹
	۱۵	۹	۲۳/۳	۱۴	۴۰-۴۹
P= /۳۶۱	۳۱/۷	۱۹	۲۳/۳	۱۴	۵۰-۵۹
	۴۶/۷	۲۸	۵۱/۷	۳۱	۶۰ <
	۶۱/۷	۳۷	۷۰	۴۲	مرد
P= /۲۱	۳۸/۳	۲۳	۳۰	۱۸	زن
	۱/۷	۱	۱/۷	۱	مجرد
	۹۱/۷	۵۵	۹۳/۳	۵۶	متاهل
P= /۵۹	۱/۷	۱	۱/۷	۱	طلاق گرفته
	۵	۳	۳/۳	۲	بیوه
	۲۱/۷	۱۳	۳۱/۷	۱۹	مشغول به کار
P= /۲۴۴	۲۵	۱۵	۳۱/۷	۱۹	بازنشسته
	۵۳/۳	۳۲	۳۶/۷	۲۲	بیکار
	۴۱/۷	۲۵	۴۰	۲۴	بی سواد
P= /۸۵۸	۴۸/۳	۲۹	۳۸/۳	۲۳	زیردیپلم
	۶/۷	۴	۱۱/۷	۷	دیپلم
	۳/۳	۲	۸/۳	۵	فوق دیپلم
P= /۸۵۸	۰	۰	۱/۷	۱	لیسانس و بالاتر
	۳۶/۷	۲۲	۲۵	۱۵	۲۵۰ هزار تومان <
	۵۳/۳	۳۲	۶۰	۳۶	۲۵۰-۵۰۰ هزار تومان
	۱۰	۶	۱۵	۹	۵۰۰ هزار تومان >



جدول ۲: مقایسه میانگین حیطه‌های کیفیت زندگی قبل و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و غیر آزمون

معناداری	قبل از مداخله		۲ ماه بعد از مداخله		گروه	حیطه‌های کیفیت زندگی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
$P < 0.001$	۱۹/۶۶	۶۸/۳	۳۲/۴۴	۴۸/۱۷	آزمون	عملکرد فیزیکی
$P < 0.001$	۳۱/۰۸	۴۲/۱۶	۳۳/۵	۳۷/۸۳	غیر آزمون	
$P < 0.001$	۲۵/۲۱	۷۰/۸۵	۱۱/۲	۲۵	آزمون	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی
$P = 0.28$	۳۸/۰۹	۲۹/۵۸	۳۸/۵	۲۰/۸۳	غیر آزمون	
$P < 0.001$	۳۵/۹۵	۸۳/۹۳	۴۸/۳۵	۴۰/۵۵	آزمون	محدودیت نقش به علت مشکلات روحی
$P = 0.88$	۴۳/۷	۳۵/۵۵	۴۷/۲۵	۳۶/۱۱	غیر آزمون	
$P < 0.001$	۱۱/۶۲	۵۸/۷	۱۴/۴۷	۵۰/۵۸	آزمون	نشاط
$P = 0.707$	۱۰/۵۲	۴۹/۲۵	۱۶/۰۳	۴۸/۸۳	غیر آزمون	
$P < 0.001$	۱۳/۲۲	۵۷/۵۸	۱۶/۱۷	۴۹/۲	آزمون	سلامت روان
$P = 0.68$	۱۲/۱۲۷۹	۴۶/۴۷	۱۷/۵۵	۴۶/۰۶	غیر آزمون	
$P = 0.031$	۱۱/۶۴	۳۴/۸۲	۱۲/۸۸	۳۲/۰۴	آزمون	عملکرد اجتماعی
$P = 0.5$	۱۳/۳۱	۲۷/۱۱	۱۴/۸۵	۲۷/۵۴	غیر آزمون	
$P < 0.001$	۱۲/۳	۷۰/۸۳	۲۶/۸۹	۴۹/۵	آزمون	درد بدنی
$P = 0.02$	۲۳/۵۸	۴۷/۸۳	۲۶/۹۶	۴۵/۱۶	غیر آزمون	
$P < 0.001$	۱۳/۱۷	۷۴/۹	۱۳/۱۹	۵۲/۵	آزمون	سلامت عمومی
$P = 0.004$	۱۱/۷۶	۵۲/۸	۱۲/۴۳	۴۹/۷۵	غیر آزمون	

گروه غیر آزمون قبل و ۲ ماه بعد از مداخله وجود نداشت (جدول ۲).

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین میزان تاثیر آموزش مدیریت استرس بر روی کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی کرونر انجام گرفت نتایج به دست آمده در مطالعه ما گویای این است که آموزش مدیریت استرس بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی پس از عمل جراحی بای پس موثر بوده است اما نمی‌توان از این نکته غافل شد که شرط اصلی بهبود کیفیت زندگی بیماران آموزش آرامسازی بوده است. در مطالعه‌ای که توسط فیاضی و همکاران (۱۲) تحت عنوان بررسی تاثیر آرام سازی بنسون بر درد پس از جراحی بای پس عروقی کرونر انجام گرفت، یافته‌های آن‌ها نشان داد میانگین

میانگین حیطه‌های کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون و غیر آزمون در دو مقطع زمانی قبل و دو ماه بعد از مداخله اندازه گیری شد. اختلاف آماری معناداری بین حیطه‌های کیفیت زندگی قبل از مداخله و ۲ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون وجود داشت. میانگین هشت حیطه کیفیت زندگی (عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی، نشاط، سلامت روان، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی) پس از مداخله در گروه آزمون بهبود یافت. همچنین اختلاف آماری معنی داری میان حیطه محدودیت نقش به علت مشکلات روحی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی، نشاط، سلامت روان و عملکرد اجتماعی در



($P < 0/001$). این پژوهش نشان داد که آموزش بهداشت دارای تاثیر مداوم بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر در مقایسه سه مقطع زمانی بوده است. مطالعه خیام نکویی و همکاران (۱۵) با عنوان تاثیر آموزش های شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی نشان داد آموزش های شناختی رفتاری بر حیطه های عملکرد فیزیکی، عملکرد اجتماعی و همچنین نمره کل کیفیت زندگی تاثیر معنی دار داشته است ($P < 0/001$). در مطالعه ای که توسط احمدی و همکاران (۱۶) با عنوان الگوی مشاوره مراقبت مداوم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونر انجام شد نتایج نشان دادند هفت حیطه از ابعاد هشتگانه کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون تفاوت معنی دار داشتند تنها حیطه درد جسمانی دارای تفاوت معنی دار نبود ($P = 0/07$). در مطالعه ای در سال ۲۰۰۲ توسط Lindsay و همکارانش (۱۷) تعداد ۱۸۳ بیمار که تحت عمل بای پس انتخاب شده و پرسشنامه SF36 برای سنجش تاثیر برنامه های بازتوانی پس از عمل بای پس برای دو گروه آزمون و شاهد تکمیل شد نتایج مطالعه نشان داد؛ پس از اجرای برنامه های بازتوانی که آموزش در آن سهم عمده ای را دارا بود، در حیطه عملکرد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی و محدودیت نقش جسمی تفاوت معنی دار بین دو گروه دیده شد. مهم ترین محدودیت های این مطالعه عبارت بودند از: محدود کردن ابزار جمع آوری اطلاعات به پرسشنامه، نمی توان ادعا کرد که شرایط برای آموزش به بیماران کاملا ایده ال بوده است و محقق هم نقش آموزش دهنده و هم نقش ارزشیاب را در این مطالعه به عهده

شدت درد در گروه مورد بعد از آرام سازی در طی ۲۴، ۴۸ و ۷۲ ساعت پس از جراحی کاهش یافت، بعلاوه آرام سازی پس از جراحی بر تعداد تنفس، ضربان قلب و فشار خون دیاستولیک تاثیر داشت. در مطالعه ای که توسط Trzcieniecka-Green و همکاران (۱۳) با عنوان تاثیر مدیریت استرس روی کیفیت زندگی بیماران با انفارکتوس میوکارد حاد یا بیمارانی که تحت عمل بای پس قلب قرار گرفته بودند انجام شد ارتباط معنی داری بین میانگین نمره سلامت عمومی در گروه مورد قبل و بعد از مداخله مشاهده شد که در مطالعه حاضر نیز اختلاف معنی داری در کیفیت زندگی گروه آزمون مشاهده شد. میانگین نمره عملکرد فیزیکی در گروه مورد قبل از مداخله، ۶۸/۵ و بعد از مداخله ۸۳/۹ بود. ($P < 0/05$) که در مطالعه حاضر نیز این اختلاف معنی دار بود. ارتباط معنی داری بین میانگین نمره عملکرد فیزیکی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد. نتایج این مطالعه نشان داد که برنامه های مدیریت استرس به بهبود در کیفیت زندگی بیماران قلبی عروقی منجر می شود و همچنین پیشنهاد شد که این برنامه برای بهبود کیفیت زندگی بیماران در دسترس باشد. مطالعه ای که توسط طاهره دهداری و همکاران (۱۴) با عنوان بررسی تداوم تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی بای پس عروق کرونر نشان داد میانگین حیطه درد در گروه شاهد و آزمون تفاوت بین ۳ مرحله (قبل، ۱ ماه بعد و ۱ سال بعد از مداخله) معنی دار بوده است که این امر نشان دهنده تاثیر آموزش بهداشت بر کاهش درد می باشد. در مورد حیطه سلامت روان در گروه آزمون و شاهد تفاوت قبل و ۱ ماه بعد و ۱ سال بعد معنی دار بود



می‌گردد افراد خانواده بیماران نیز در این دوره‌های آموزشی شرکت نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی مصوب شورای پژوهشی تحصیلات تکمیلی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد جهت کسب درجه کارشناسی ارشد در رشته آموزش بهداشت می‌باشد. بدین وسیله از مسئولین دانشگاه، همکاری کلینیک قلب بیمارستان افشار شهر یزد و کلیه بیماران شرکت کننده در این مطالعه نهایت قدردانی و تشکر به عمل می‌آید.

داشته است و همچنین با توجه به اینکه برای مشاهده تغییر کیفیت زندگی به زمان طولانی‌تری نیاز است در مطالعه ما به دلیل پراکندگی آزمودنی‌ها در نقاط مختلف، امکان اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران پس از آموزش در فاصله‌های زمانی طولانی وجود نداشت. نتایج مطالعه حاضر لزوم برگزاری دوره‌های آموزشی آرام سازی یا تهیه جزوات آموزشی آرامسازی برای بیماران قلبی عروقی را مورد تاکید قرار می‌دهد. همچنین با توجه به اینکه انجام تمرینات آرام سازی توسط خود بیماران انجام می‌شود و افراد خانواده آن‌ها عملاً در این زمینه نقشی ندارند، لذا پیشنهاد

References

- 1- Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet* 1997; 349(9064):1498-504.
- 2- Lyerth K, Gaynor W. *The handbook of surgical intensive care, practice of surgical resident of the Duke University Medical Care*. 3rd ed. St Louis: Mosby: 1992;69
- 3- Park K. *Parks' Text book of Preventive and Social Medicine*. 14th ed. India: 1995.
- 4- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcome. *New England Journal of Medicine* 1996; 334(13): 835-40.
- 5- Rankin S, Karlin L. *Patient Education Issue, Principles and Guidelines*. Philadelphia: Lippincott; 1983. 78.
- 6- Keckeisen ME, Nyamathi AM. Coping and adjustment to illness in the acute myocardial infarction patient. *Journal of Cardiovascular Nursing* 1990; 5(1): 25-33.
- 7- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(3): 290-8.
- 8- Durham RC, Turvey AA. Cognitive therapy vs Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research Therapy* 1987; 25(3): 229-34.
- 9- Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, et al. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63(5): 823-30.
- 10- Mazloomi Mahmoudabad SS, Zolghadr R, Mirzaei Alavijeh M, Hasan Baigi A. Relationship between Chronic Stress and Quality of Life in Female Students in Yazd City in 2011. *Toolo-e-Behdasht* 2011; 10(2): 1-10. [Persian]



- 11- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health study (Sf-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual life Res* 2005; 14:875-82. [Persian]
- 12- Fayyzi S, Shariati A, Momeni M. The effect of Benson relaxation technique on pain after coronary artery bypass surgery. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2009; 8 (4):479-89. [Persian]
- 13- Trzcieniecka-Green A, Steptoe A. The effects of stress management on the quality of life of patients following acute myocardial infarction or coronary bypass surgery. *European heart journal* 1996; 17(11): 1663-70.
- 14- Dehdari T, Hashemi Fard T, Heidarnia A, et al. Continuation of health education on quality of life of patients with coronary artery bypass surgery. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity Tehran Medical Branch* 2005; 15(1):41-6.[Persian]
- 15- Khayam Nekouei Z , Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life. *Quality Iranian Journal of Medical Education* 2010; 10(2): 148-53.[Persian]
- 16- Ahmadi F, Ghofranipour F, Arefi H, et al. Effect of continuous care model of counseling on quality of life of patients with coronary artery. *Journal of Psychology* 2002; 61(21):85-94.[Persian]
- 17- Lindsay GM, Hanlon WP, Smith LN, et al. Experience of cardiac rehabilitation after coronary artery surgery: effects on health and risk factors. *International journal of cardiology* 2003; 87(1): 67-73.



Effect of Benson Relaxation Education on Quality of Life in Patients after open Heart Surgery in Yazd City

Mazloomi Mahmoodabad SS(Ph.D)¹ Zolghadr R(MS.c)² Mirhossaini J (Ph.D)³ Yasini Ardakani SM(Ph.D)⁴
Fallahzadeh H (Ph.D)⁵ Askari J(MS.c)⁶

1. Professor, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
2. Corresponding Author: MSc Student in Health Education, Shahid Sadoughi University of medical Sciences, Yazd, Iran.
3. Associate Professor, Department of Cardio vascular, Shahid Sadoughi University of Medical sciences, Yazd, Iran.
4. Associate Professor, Department of Psychiatry, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
5. Associate Professor, Department of Statics & Epidemiology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.
6. Instructor Department of Psychology, Shahid Sadoughi University of medical sciences, Yazd, Iran.

Abstract

Introduction: Coronary heart disease (CHD) is one of the causes of death in the world. Some research have shown that use of some stress management techniques reducing blood pressure, can reduce vasoconstriction and improved cardiac function and quality of life. This study intends to survey effect of relaxation technique of Benson on quality of life with coronary heart disease.

Methods: This study is an experimental study among 120 cases of coronary heart disease referred to the heart of city of Yazd Afshar hospital that were 60 test group and 60 non-test group. Data collection was tool standard questionnaire SF36 quality of life. Data collected and compiled by the computer software spss-14 and analyzed.

Results: The mean age of patients was 56.95 ± 9.44 years that 65.8% of the patients were male. Differences in all domain of quality of life for patients before and 2 months after the intervention in test group were significantly.

Conclusion: Application of Benson's Relaxation training, improved the quality of life of open heart surgery disease

Keywords: Benson's Relaxation, Bypass Surgery, Coronary Heart Disease, Quality Of Life.