

تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی

رویا اکبرزاده^۱، محسن کوشان^۲، محمدحسن رخشانی^۳، سید مرتضی هاشمی نیک^۴

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۲ کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۳ استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی، عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: جنب پلیس راه، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سید مرتضی هاشمی نیک

E-mail: morteza.hasheminik@yahoo.com

وصول: ۹۳/۳/۱۷، اصلاح: ۹۳/۴/۳، پذیرش: ۹۳/۴/۸

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی عروقی، فاکتور اصلی در کاهش میزان خواب و افزایش بیداری‌های شبانه می‌باشند. با توجه به عوارض داروهای خواب آور، استفاده از روش‌های غیردارویی که بتوانند باعث بهبود کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی شوند، لازم به نظر می‌رسد، لذا این مطالعه با هدف تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی، انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: طرح مطالعه، کارآزمایی بالینی تصادفی شده می‌باشد. جامعه پژوهش را ۶۰ بیمار مزمن قلبی مراجعه کننده به بیمارستان واسعی شهر سبزوار تشکیل می‌دهند که به روش تصادفی ساده به دو گروه کنترل (۳۰ نفر) و مداخله (۳۰ نفر) تقسیم شدند. گروه مداخله، تمرینات آرام‌سازی بنسون را به مدت ۲۰ دقیقه دو بار در روز طی مدت یک ماه انجام دادند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و کیفیت خواب پیتسبرگ بود که در دو نوبت قبل از مداخله و بعد از مداخله در دو گروه تکمیل گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری من‌ویتنی، کای اسکوئر، دقیق فیشر، ویلکاکسون و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۱.۵ و با سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار کیفیت خواب در گروه مداخله قبل از آرام‌سازی بنسون $4/41 \pm 10/33$ بود که بعد از مداخله به $4/01 \pm 7/50$ کاهش یافت. تجزیه و تحلیل داده‌ها بین میانگین کیفیت خواب واحدهای پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله، تفاوت معناداری را نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: آرام‌سازی بنسون بر کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی، مؤثر است لذا می‌تواند به عنوان درمان مکمل برای بهبود کیفیت خواب در این بیماران، استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: آرام‌سازی بنسون، کیفیت خواب، نارسایی قلبی، انفارکتوس میوکارد.

مقدمه

شایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب-

می‌شود. همراه باصنعتی شدن جوامع و افزایش تنیدگی،

درحال حاضر بیماری‌های قلبی - عروقی، از

اختلال در تغذیه و مصرف دخانیات، بیماری‌های قلبی-عروقی روبه افزایش است (۱). در کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه از جمله ایران نیز این نوع بیماری، یک مشکل عمده‌ی بهداشتی و اجتماعی محسوب می‌گردد (۲).

بیماری‌های قلبی-عروقی، یک فاکتور اصلی در کاهش میزان خواب و افزایش بیداری‌های شبانه می‌باشند که علاوه بر تأثیرات منفی جسمانی و روحی-روانی، موجب بروز بی‌قراری، پرخاشگری و طولانی‌تر شدن زمان بستری و درمان بیماری می‌گردند (۳). بهروزی‌فر و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی عوامل مؤثر بر کمیت و کیفیت خواب شبانه بیماران پس از جراحی پیوند عروق کرونر" به این نتیجه رسیدند که ۶۷/۲ درصد از بیماران قلبی، اختلال خواب دارند و کیفیت خواب شبانه آن‌ها در سطح نامطلوب قرار دارد (۴). چن و همکاران (۲۰۰۷) نیز در پژوهش خود با عنوان "اختلالات خواب در افراد مبتلا به نارسایی قلبی" گزارش کردند که ۷۰ درصد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، کیفیت خواب نامطلوب دارند (۵). در مطالعه‌ی اصلانی و همکاران (۲۰۰۷) نیز شیوع اختلالات خواب در این بیماران ۵۱ درصد گزارش شده است (۶). همچنین نتایج مطالعه‌ی استین و ریدکر (۲۰۰۶) که با عنوان "ویژگی‌های خواب در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی پایدار" انجام شد، نشان داد که ۶۷ درصد این بیماران به اختلال کیفیت خواب و ۴۴ درصد به خواب آلودگی روزانه دچار بوده‌اند (۷).

اختلال خواب، وضعیتی است که با مختل شدن الگو یا رفتارهای مربوط به خواب مشخص می‌شود (۸). این اختلالات می‌توانند روی خلق، هوشیاری، حافظه، امنیت و عملکرد روزانه فرد تأثیرگذار باشند (۹). بنزودیازپین‌ها، شایع‌ترین داروهایی هستند که به‌طور مکرر در درمان بی‌خوابی مورد استفاده قرار می‌گیرند (۳). این داروها، باعث اختلال در دوره‌های طبیعی خواب می‌شوند، همچنین بسیاری از داروهای خواب‌آور، موجب

کاهش عملکرد سیستم عصبی در افراد شده و ممکن است باعث ایجاد خطرات ایمنی برای آن‌ها شوند، بنابراین، مداخلات پرستاری برای جلوگیری از وابسته‌شدن بیمار به دارو، ضروری است (۱۰). حصول اطمینان از استراحت و خواب کافی بیماران، از مهم‌ترین مسؤولیت‌های پرستار است. یکی از مداخلات پرستاری که در بسیاری از منابع به‌عنوان درمان مکمل و گاهی جایگزین دارودرمانی معرفی شده است، آرام‌سازی می‌باشد (۱۱).

هنگامی که شخص تحت آرام‌سازی قرار می‌گیرد نبض، فشارخون، تعداد تنفس و فشار وارده بر عضلات کم می‌شود و در نتیجه، توجه انسان نسبت به تحریکات محیطی کاهش می‌یابد (۱۲). روش‌های آرام‌سازی که به‌طور معمول استفاده می‌شوند شامل تکنیک آرام‌سازی بنسون، آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی، آرام‌سازی با تصویر ذهنی، روش خودآفرین و مراقبه هستند، اما تکنیک آرام‌سازی بنسون که در سال ۱۹۷۰ توسط دکتر هربرت بنسون معرفی شد، به دلیل یادگیری و آموزش آسان آن به دیگران، مطلوبیت بیشتری دارد (۱۳). در آرام‌سازی بنسون، سفت نمودن عضلات وجود ندارد، چراکه انقباض عضلانی موجب افزایش تعداد نبض، تنفس و فشارخون شده و بارکاری قلب را افزایش می‌دهد (۱۴). در این روش، فرد کاملاً هوشیار و بیدار است و در هر مکانی قابل اجرا است. همچنین این تکنیک نیازی به پرسنل تخصصی و وسایل و ابزار ویژه نداشته و به دلیل قابل استفاده بودن و قابلیت آموزشی برای تمامی افراد، مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۵).

باتوجه به شیوع بالای اختلالات خواب و عوامل ایجاد کننده‌ی آن، عوارض داروهای خواب‌آور و تأثیرات سوء بی‌خوابی در بیماران مزمن قلبی و باتوجه به این‌که تاکنون مطالعه‌ای با هدف تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر کیفیت خواب بیماران مبتلا به بیماری مزمن قلبی مشاهده نشده، لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر روش آرام‌سازی بنسون بر کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی انجام شد تا

بدین وسیله گامی در جهت کاهش مشکلات این بیماران، بهبود کیفیت زندگی و رضایت‌مندی بیشتر آن‌ها برداشته‌شود.

مواد و روش‌ها

طرح این مطالعه، کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده-می‌باشد که با کد ثبت: IRCT2014052617865N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده‌است. در این تحقیق، ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به بیماری مزمن قلبی (انفارکتوس میوکارد و نارسایی احتقانی قلب) که در سال ۱۳۹۲ در بخش قلب بیمارستان واسعی شهرستان سبزوار بستری شده‌اند، مورد مطالعه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها براساس معیارهای ورود و خروج، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تأیید تشخیص نارسایی قلب یا انفارکتوس میوکارد توسط پزشک متخصص که حداقل شش ماه از بیماری گذشته‌باشد، تمایل به شرکت در مطالعه، داشتن حداقل ۳۰ و حداکثر ۶۰ سال سن، عدم بستری در بخش‌های روان‌پزشکی و نداشتن اختلال روانی شناخته‌شده (اسکیزوفرنی، اضطراب، افسردگی، دمانس)، نداشتن معلولیت ذهنی، نداشتن بیماری مزمن (سرطان، اختلالات اسکلتی عضلانی، نارسایی مزمن کلیه)، برخورداری از هوشیاری کامل و توانایی شنیداری و گفتاری قابل قبول برای پاسخگویی به سؤالات و یادگیری روش آرام‌سازی، داشتن وسیله لازم برای استفاده از فایل صوتی آموزشی، کیفیت خواب نامطلوب براساس پاسخ به پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیتس‌برگ (کسب نمره ۲۱-۵ به‌عنوان کیفیت خواب نامطلوب مطرح‌می‌گردد)، عدم مصرف داروهای آرام‌بخش مثل بنزودیازپین-ها بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل به ادامه‌ی مداخله، در صورتی که حادثه‌ای در طی مدت مداخله برای بیمار به‌وجود آمده‌بود، فوت بیمار و شروع مصرف داروهای خواب‌آور و آرام‌بخش بودند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و بیماری، پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت خواب پیتس‌برگ و چک‌لیست ثبت آرام‌سازی بود. پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و بیماری شامل: اطلاعات مربوط به مشخصات فردی بیمار (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و محل سکونت) و مشخصات بیماری (سابقه‌ی ابتلاء به بیماری قلبی، دفعات بستری در بخش، داروهای مصرفی و ابتلاء به سایر بیماری‌ها غیر از بیماری قلبی) بود. چک‌لیست ثبت آرام‌سازی به‌مدت یک‌ماه، پس از انجام آرام‌سازی، توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد کیفیت خواب پیتس‌برگ که یک ابزار خودگزارشی می‌باشد، کیفیت خواب را در طول یک ماه گذشته بررسی می‌کند و آن شامل: ۱۹ سؤال در هفت بخش (کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، کفایت خواب، طول مدت خواب، اختلال خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور و اختلال در عملکرد روزانه) می‌باشد. هر سؤال از صفر تا سه امتیاز دارد که امتیاز «صفر» به گزینه مشکلی ندارم، امتیاز «یک» به گزینه کمتر از یک بار در هفته، امتیاز «دو» به گزینه یک یا دو بار در هفته و امتیاز «سه» به گزینه سه بار یا بیشتر در هفته اختصاص داده‌می‌شود. نمره‌ی کل این شاخص، بین صفر تا ۲۱ است که نمره‌ی کمتر از پنج، نشان‌دهنده‌ی کیفیت خواب مطلوب است. نمره‌ی پنج و بیشتر هم نشان می‌دهد که فرد کم‌می‌خوابد و مشکلات زیادی در حداقل دو بُعد یا بیشتر از این معیار دارد (۱۷ و ۱۶).

اعتبار پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیتس‌برگ در پژوهش‌های مختلفی، در کشورهای مختلف و بر روی طیف وسیعی از بیماران و افراد سالم بررسی شده‌است (۱۸ و ۱۶). این شاخص همچنین در پژوهش‌های زیادی در ایران مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار محتوای آن بارها گزارش شده‌است (۲۰ و ۱۹). بکهاوس و همکاران (۲۰۰۲) میزان پایایی شاخص کیفیت خواب پیتس‌برگ را

و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۱.۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل ۲۶ نفر زن (۴۳/۳ درصد) و ۳۴ نفر مرد (۵۶/۷ درصد) بودند. ۵۰ نفر (۸۳/۳ درصد) مبتلا به انفارکتوس میوکارد و ۱۰ نفر (۱۶/۷ درصد) مبتلا به نارسایی مزمن قلبی بودند. میانگین سنی افراد در گروه مداخله $(7/3) \pm 47/87$ و در گروه کنترل $(6/13) \pm 50/17$ بود. بیشتر واحدهای پژوهش، متأهل (۷۶/۷ درصد) و دارای شغل آزاد (۵۵ درصد) بودند. میانگین تعداد دفعات بستری $(1/58) \pm 2/18$ بار و میانگین سابقه‌ی ابتلا به بیماری قلبی $(7/81) \pm 40/22$ ماه بود. اکثریت افراد به علت درد قفسه سینه (۸۵ درصد) بستری شده بودند. سطح تحصیلات بیشتر واحدهای پژوهش (۴۰ درصد)، راهنمایی (سیکل) بود و اکثریت (۸۰ درصد) ساکن شهر بودند. بیشتر واحدهای پژوهش (۷۸/۳ درصد) در زمان جمع‌آوری داده‌ها، دارای بیماری دیگری غیر از بیماری قلبی بودند.

نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب واحدهای پژوهش در گروه مداخله قبل و بعد از آرام‌سازی، اختلاف معناداری باهم دارند ($P < 0/001$) و میانگین نمره‌ی کیفیت خواب پس از آرام‌سازی، کمتر از زمان قبل از آرام‌سازی می‌باشد (جدول ۲). همچنین نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد که نمره‌ی تمامی ابعاد کیفیت خواب بعد از انجام آرام‌سازی در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از زمان قبل از آرام‌سازی می‌باشد (جدول ۱).

در این پژوهش، به منظور افزایش قدرت تعمیم نتایج مربوط به آرام‌سازی و به منظور تعیین عوامل مداخله‌گر بر کیفیت خواب بیماران، ارتباط هر یک از متغیرهای دموگرافیک با نمره‌ی کلی کیفیت خواب واحدهای پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس

در افراد با بی‌خوابی اولیه، به روش آلفای کرونباخ، ۸۵ درصد و به روش آزمون آزمون مجدد، ۸۷ درصد گزارش کردند (۲۱). پایایی این شاخص در پژوهش‌های مختلفی در ایران گزارش شده است. قریشی و آقاجانی (۱۳۸۷) و همچنین فرهی و همکاران (۱۳۸۸)، میزان پایایی این شاخص را با روش آلفای کرونباخ، ۸۹ درصد گزارش نموده‌اند (۲۲ و ۲۰). در پژوهش حاضر، جهت استفاده از این شاخص، میزان پایایی با استفاده از دو روش همسانی درونی و روش آزمون آزمون مجدد سنجیده شد. میزان پایایی این شاخص با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۸۵ درصد و با استفاده از روش آزمون آزمون مجدد، ۷۸ درصد محاسبه گردید. جهت تعیین روایی ابزارهای پژوهش‌گر ساخته، از روایی محتوا استفاده شد. ابزار در اختیار ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری و یک نفر روان‌پزشک (عضو هیأت علمی دانشگاه مذکور) قرار داده شد و بعد از اعمال نظریات، مورد بررسی قرار گرفت.

پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران، پرسش‌نامه‌ی مربوط به اطلاعات دموگرافیک و کیفیت خواب برای بیماران تکمیل شد. در گروه مداخله علاوه بر مراقبت‌ها، تمرینات آرام‌سازی به صورت فردی برای واحدهای پژوهش آموزش داده شد. سپس دستورالعمل مربوط به همراه یک لوح فشرده که روند انجام تمرینات بر روی آن ضبط شده بود و یا از طریق بلوتوث برای تلفن همراه جهت تمرین در منزل به واحدهای پژوهش داده و از آنان خواسته شد تمرینات را به مدت چهار هفته روزانه و در دو نوبت و هر نوبت ۲۰ دقیقه انجام دهند و پس از هر بار، برگه‌ی خودگزارشی آرام‌سازی را تکمیل کنند. چهار هفته پس از انجام تمرینات آرام‌سازی، پرسش‌نامه‌ی کیفیت خواب پیتسبرگ مجدد به هر دو گروه مداخله و کنترل داده و کیفیت خواب افراد گروه مداخله با گروه کنترل مقایسه شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری من‌ویتنی، کای اسکوئر، دقیق فیشر، ویلکاکسون

جدول ۱: مقایسه تفاوت میانگین و انحراف معیار نمره ابعاد کیفیت خواب واحدهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل

مقدار احتمال (P)		گروه				ابعاد کیفیت خواب
کنترل	مداخله	کنترل		مداخله		
		میانگین±انحراف معیار	قبل از مداخله	میانگین±انحراف معیار	قبل از مداخله	
۰/۳۱۷	۰/۰۰۱	۱/۶۳±۰/۸۰	۱/۶۰±۰/۸۱	۱/۴۰±۰/۷۲	۱/۷۷±۰/۸۵	کیفیت ذهنی خواب
۰/۳۱۷	۰/۰۰۴	۲/۴۰±۰/۸۹	۲/۳۷±۰/۸۹	۱/۹۰±۰/۹۲	۲/۳۳±۰/۹۵	تأخیر در به خواب رفتن
۰/۳۱۷	۰/۰۰۱	۱/۸۰±۱/۱۲	۱/۷۳±۱/۱۱	۰/۹۳±۱/۰۴	۱/۵۰±۱/۱۰	مدت خواب
۰/۳۱۷	۰/۰۰۱	۱/۱۰±۱/۱۵	۱/۰۷±۱/۱۴	۰/۴۰±۰/۸۹	۱/۰۷±۱/۲۵	کفایت خواب
۰/۳۱۷	۰/۰۴۶	۱/۳۳±۰/۶۰	۱/۳۰±۰/۵۹	۱/۲±۰/۴۰	۱/۳۳±۰/۵۴	اختلال خواب
۰/۱۰۲	۰/۰۰۸	۰/۹۳±۰/۶۴	۰/۸±۰/۶۱	۰/۷±۰/۶۷	۱±۰/۷۴	مصرف داروهای خواب آور
۰/۳۱۷	P<۰/۰۰۱	۰/۸۷±۰/۵۷	۰/۸۳±۰/۵۹	۰/۹±۰/۷۱	۱/۳۳±۰/۷۱	اختلال عملکرد روزانه

جدول ۲: مقایسه تفاوت میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت خواب واحدهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل

گروه		نمره کلی کیفیت خواب
کنترل (N=۳۰)	مداخله (N=۳۰)	
میانگین±انحراف معیار	میانگین±انحراف معیار	
۹/۷±۴/۱۰	۱۰/۳۳±۴/۴۱	قبل از مداخله
۱۰/۰۶±۳/۹۱	۷/۵۰±۴/۰۱	بعد از مداخله
۰/۰۰۹	P<۰/۰۰۱	مقدار احتمال (P)

تأثیر درمان‌های شناختی-رفتاری از جمله آرام‌سازی بر کیفیت خواب بیماران انجام شده است (۲۴ و ۲۳). در پژوهش حاضر، میانگین نمره کلی کیفیت خواب پس از آرام‌سازی، بیانگر کیفیت پایین خواب بود (نمره کلی کیفیت خواب < ۵). این یافته‌ها نشان داد اگرچه آرام‌سازی، باعث بهبود کیفیت خواب بیماران شده، اما توانسته است کیفیت خواب میانگین را به سطح طبیعی برساند. این امر، می‌تواند با اختلال شدید کیفیت خواب در این بیماران توجیه شود.

نتایج نشان داد که آرام‌سازی بنسون، توانسته است در حضور متغیرهای تأثیرگذار سن و جنسیت، نمره کلی کیفیت خواب را در گروه مداخله کاهش دهد. همچنین نتایج نشان داد که نمره کلی کیفیت خواب در زنان، بیشتر از مردان می‌باشد. این بدین معناست که کیفیت خواب زنان پایین‌تر از مردان می‌باشد. این امر می‌تواند ناشی از نوسانات هورمونی مرتبط با قاعدگی باشد که معمولاً بر الگوهای خواب اثر می‌گذارد. سخت به خواب-

بررسی شد که نتایج نشان داد از بین متغیرهای مورد بررسی، تنها متغیرهای گروه (مداخله و کنترل) ($P<۰/۰۰۱$) و سن ($B=۳/۶۷۱$ ، جنسیت ($P=۰/۰۰۵$ و $B=۲/۷۱۵$) و سن ($P=۰/۰۳۹$ و $B=۰/۰۴۸$) بر نمره کلی کیفیت خواب نقش دارند و سایر متغیرهای مورد بررسی اثر معناداری بر نمره کلی کیفیت خواب ندارند ($P>۰/۰۵$). نتایج نشان داد که با تعدیل اثر متغیرهای تأثیرگذار شامل سن و جنسیت، نمره کلی کیفیت خواب در گروه آرام‌سازی بنسون در پایان مداخله $۳/۶۷۱$ نمره کلی کمتر شده است.

بحث

در این پژوهش، تأثیر یکی از اجزای درمان شناختی-رفتاری به نام «آرام‌سازی بنسون» بر کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی مورد بررسی قرار گرفت. آرام‌سازی بنسون، باعث بهبود نمره کلی کیفیت خواب و تمامی ابعاد آن در بیماران مزمن قلبی شد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های دیگری است که در زمینه‌ی

خواب واحدهای پژوهش، همبستگی مستقیم و معناداری وجود دارد ($r=0/27$ و $P < 0/004$) (۲۸).

در پژوهش حاضر، بررسی نمره‌ی کلی کیفیت خواب در گروه کنترل، نشان داد که در این گروه، میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب واحدهای پژوهش قبل و بعد از انجام مطالعه، اختلاف معناداری باهم دارند ($P=0/009$) و میانگین نمره‌ی کلی کیفیت خواب پس از انجام مطالعه، بیش‌تر از زمان قبل از انجام مطالعه می‌باشد. نتایج حاکی از آن است که افراد در گروه کنترل، به‌مرور زمان دچار کاهش کیفیت خواب شده‌اند که این مسأله، بیانگر جدی-بودن مشکل خواب در بیماران مزمن قلبی می‌باشد. همچنین این نتایج، اهمیت مداخلاتی از قبیل آرام‌سازی را جهت بهبود کیفیت خواب، دوچندان می‌سازد. آرام‌سازی بنسون؛ نه تنها در گروه مداخله برای افزایش نمره غلبه کرده‌است، بلکه توانسته‌است نمره‌ی کلی کیفیت خواب را نیز در این گروه کاهش دهد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که نگرش افراد نسبت به روش آرام‌سازی متفاوت بود. این نگرش با عوامل فرهنگی و میزان تحصیلات فرد، مرتبط است. پژوهشگر قادر به کنترل سطح دانش و نگرش واحدهای پژوهش نبود، با این وجود، میزان تحصیلات واحدهای مورد پژوهش طی سؤالی در پرسش‌نامه، مشخص و دسته‌بندی شد. محدودیت قابل ذکر دیگر این است که بحران‌های جسمی، روحی و روانی می‌تواند بر کیفیت خواب، تأثیرگذار باشد. برای این منظور، افرادی که در طی یک ماه گذشته و همچنین در طی پژوهش دچار بحران شدید جسمی (بیماری حاد، بستری در بیمارستان، عمل جراحی وسیع) و یا روحی روانی (سوگواری، طلاق) شده‌بودند از مطالعه خارج شدند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، تأثیر آرام‌سازی بنسون بر بهبود کیفیت زندگی، میزان اضطراب و افسردگی بیماران مزمن قلبی بررسی شود یا تأثیر سایر روش‌های شناختی-درمانی از جمله تصویرسازی ذهنی و

رفتن و از خواب‌برخاستن، راه‌رفتن در خواب و خواب‌آلودگی در طی روز، همگی با تغییرات هورمونی پیش از قاعدگی ارتباط دارند. از عوامل دیگری که می‌تواند بر کاهش کیفیت خواب در زنان مؤثر باشد، می‌توان به افسردگی و اضطراب اشاره کرد. افسردگی و اضطراب در زنان، شایع‌تر از مردان است و می‌تواند باعث اختلالات خواب شود (۲۵). این یافته‌ها همسو با مطالعه‌ی اریلماز و همکاران (۲۰۰۵) می‌باشد که همبستگی معناداری را بین جنسیت و وضعیت تأهل واحدهای پژوهش با نمره‌ی کلی کیفیت خواب آن‌ها گزارش کردند (۲۶) اما در مطالعه سعیدی و همکاران که با عنوان بررسی تأثیر آرام‌سازی پیش‌رونده‌ی عضلانی بر کیفیت خواب بیماران تحت همودیالیز انجام دادند، همبستگی معناداری بین متغیر جنسیت با نمره‌ی کلی کیفیت خواب وجود نداشت (۲۴). همچنین نتایج نشان داد که با افزایش سن، نمره‌ی کلی کیفیت خواب بیشتر می‌شود. این امر، مؤید اختلالات خواب در افراد سالمند می‌باشد که با افزایش سن، اختلال خواب نیز بیشتر می‌شود. هم‌زمان با سایر تغییرات فیزیولوژیک در اعضای بدن، در خواب سالمندان نیز تغییرات طبیعی بروز می‌کند. از جمله مدت‌به خواب‌رفتن ممکن است طولانی‌تر شود، یعنی زمان به رختخواب‌رفتن یا شروع خواب، کمی بیش از زمان مورد انتظار طول بکشد. همچنین طول مدتی که فرد در خواب عمیق به سر می‌برد، کمتر می‌شود (۲۷).

در پژوهش سعیدی و همکاران (۱۳۹۱) نیز نتایج نشان داد که از بین متغیرهای کمی دموگرافیک، تنها سن واحدهای پژوهش همبستگی مستقیم و معناداری با نمره‌ی کلی کیفیت خواب آن‌ها، قبل و پس از آرام‌سازی، دارد ($r=0/58$ و $P < 0/001$)؛ به این صورت که با افزایش سن واحدهای پژوهش، نمره‌ی کلی کیفیت خواب آن‌ها نیز افزایش یافته و این به این معناست که کیفیت خواب آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۴). همچنین نتایج پژوهش اریلماز و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که بین سن و نمره‌ی کلی کیفیت

موسیقی درمانی بر کیفیت خواب این بیماران مورد تحقیق قرار بگیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش، آرامسازی بنسون بر کیفیت خواب بیماران مزمن قلبی، تأثیر مطلوبی دارد. آرامسازی بنسون، باعث بهبود همه‌ی ابعاد کیفیت خواب شد. با توجه به اثرات مطلوب آرامسازی بنسون، این روش می‌تواند به‌عنوان یک روش مفید در بهبود کیفیت خواب بیماران در بخش‌های قلب، آموزش داده‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد. از کلیه مسؤولان و دست‌اندرکاران تصویب و اجرای این طرح پژوهشی و همچنین از کلیه‌ی پرستاران بخش قلب مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی بیمارستان واسعی سبزوار، بیماران و خانواده‌های آنان که ما را در اجرای این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Braunwald E. Text Book of Heart Disease. 9th ed. Philadelphia: W.B Saunders Company; 2012, 387-41.
- Hashemzadeh A, Mirtaghi GF, Chalabianloo G. The study of effectiveness of relaxation and distraction techniques training in anxiety reduction in cardiac patients. Arak Medical University Journal. 2011;14(3):97-105.
- Arab M, Mashayekhi F, Ranjbar H, Abazari F, Dortaj E. Comparing the effects of using Earplugs and eye masks on sleep quality of patients in coronary care unit (CCU). J Army Univ Med Sci. 2013;11(2):143-9.
- Behrouzifar S, Zonouzi S, Nezafati M, Esmaeili H. The Relationship Between Sleep Patterns And The Quality Of Life In Coronary Artery Bypass Graft Patients. Quartely Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2007; 14 (1) :53-61
- Chen HM, Clark AP. Sleep disturbances in people living with heart failure. J Cardiovasc Nurs. 2007 May-Jun;22(3):177-85.
- Aslani Y, Etemadifar S, Aliakbari F, Heydari A. Sleep disorders in patients with congestive heart failure hospitalized in Hajar hospital, Shahrekord. Shahrekord University of Medical Sciences Journal. 2007;9(1):44-9.
- Redeker NS, Stein S. Characteristics of sleep in patients with stable heart failure versus a comparison group. Heart Lung. 2006 Jul-Aug;35(4):252-61.
- Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Stanley N. The physiology of sleep and the impact of ageing. European Urology Supplements. 2005;3(6):17-23.
- Montgomery P, Dennis J. A systematic review of nonpharmacological therapies for sleep problems in later life. Sleep Medicine Reviews. 2004;8(1):47-62.
- 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. Hayat. 2005; 11 (4 and 3) :47-54
- Hanifi N, Ahmadi F, Memarian R, khani M. Effect of Benson Relaxation Techniques on Hemodynamic Variables of Patient Undergoing Coronary Angiography. JSSU. 2005; 12 (4) :78-86
- Monahan F, Sands J, Nighbors M, Marek J, Green C. complementary and Alternative Therapies, Text book of Phipps medicalsurgical nursing. 8th ed. Elsevier: Mosby; 2007.p.55-7.
- Benson H, Kotch JB, Crassweller KD. The relaxation response: a bridge between psychiatry and medicine. Med Clin North Am. 1977 Jul;61(4):929-38.
- Van Dixhoorn J, White A. Relaxation therapy for rehabilitation and prevention in ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005 Jun;12(3):193-202.
- Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2004 Feb;27(2):140-8.
- Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry Res. 1989 May;28(2):193-213.
- Shochat T, Tzischinsky O, Oksenberg A, Peled R. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Hebrew translation (PSQI-H) in a sleep clinic sample. Isr Med Assoc J. 2007 Dec;9(12):853-6.

19. Baraz S, Mohammadi E, Broumand B. Correlation of quality of sleep or quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008; 9 (4) :67-74
20. Ghoreishi A , Aghajani A H . Sleep quality in Zanzan university medical students. *Tehran Univ Med J*. 2008; 66 (1) :61-67
21. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res*. 2002 Sep;53(3):737-40.
22. Farrahi J, Nakhaee N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkaifi A. Psychometric properties of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index addendum for PTSD (PSQI-A). *Sleep Breath*. 2009 Aug;13(3):259-62.
23. Rambod M, Pourali-Mohammadi N, Pasyar N, Rafii F, Sharif F. The effect of Benson's relaxation technique on the quality of sleep of Iranian hemodialysis patients: a randomized trial. *Complement Ther Med*. 2013 Dec;21(6):577-84.
24. Saeedi M, Ashk Torab T, Saatchi K, Zayeri F, Amir Ali Akbari S. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Sleep Quality of Patients Undergoing Hemodialysis. *IJCCN*. 2012; 5 (1) :23-28.
25. Z.Zonobi , M.S.Mosavi Hormonal replacement therapy in the quality of sleep in menopausal women. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. [Original Articles]. 2000;2(2):43-8.
26. Eryilmaz MM, Ozdemir C, Yurtman F, Cilli A, Karaman T. Quality of sleep and quality of life in renal transplantation patients. *Transplant Proc*. 2005 Jun;37(5):2072-6.
27. Nobahar M, Vafaei A. Sleep disorders and how to cope with them in the Elderly. *Salmand, Iranian journal of Ageing*. 2005;2(4):263-8.
28. Eryavuz N, Yuksel S, Acarturk G, Uslan I, Demir S, Demir M, et al. Comparison of sleep quality between hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Int Urol Nephrol*. 2008;40(3):785-91.

Effect of the Benson relaxation technique on quality of sleep in patients with chronic heart disease

Roya Akbarzadeh

MSc of Nursing Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Mohsen koushan

MSc of Nursing Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Mohammad Hassan Rakhshani

Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of public health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Seyed Morteza Hashemi Nik

Master Student Critical Care Nursing, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Received:07/06/2014, Revised:24/06/2014, Accepted:29/06/2014

Corresponding author:

Seyed Morteza Hashemi Nik,
Sabzevar University of Medical
Sciences. Sabzevar, Iran.
E-mail:
Morteza.hasheminik@yahoo.com

Abstract

Background and Aim: Cardiovascular diseases are major factor in reducing the amount of sleep and increased nighttime wakefulness. Due to the many complications resulting from medication, non-pharmacological methods that can improve the quality of sleep in patients with chronic heart disease, seems to be reasonable. This study aimed to assess the effect of the Benson relaxation technique on quality of sleep in patients with chronic heart disease.

Materials and Methods: The study design is a randomized clinical trial. The study population comprised 60 patients with chronic heart disease referring to Vasei hospital in Sabzevar that randomly divided into control group (n =30) and intervention group (n =30). The intervention Group did Benson relaxation exercises for 20 minutes twice a day over a month. Tools for data collection Consists of; demographic form and Pittsburgh Sleep Quality Index that in two times before and after the intervention were completed. Data with Mann-Whitney test, Chi-square, Fisher exact, Wilcoxon tests and Analysis of Covariance and using SPSS statistical software version 11.5 and with significance level $p < 0/05$ were analyzed.

Results: The mean \pm SD quality of sleep in the intervention group before making a gentle Benson relaxation was; $10/33 \pm 4/41$ that after the intervention was decreased to $7/5 \pm 4/01$. Analysis of the data in average sleep quality of participants in the intervention group before and after the intervention showed significant differences ($P < 0/001$).

Conclusion: Benson relaxation has desired effect on sleep quality of patients with chronic heart diseases, so it can be used as a complementary therapy to improve sleep quality in these patients.

Keywords: Relaxation, Quality of Sleep, Heart Failure, Myocardial Infarction.