مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره هفدهم، شماره 8، مرداد 1394، صفحه 40-34

تأثیر آرام‌سازی بنسون بر افسردگی بیماران تحت همودیالیز

نرجس حشمتی فر(MSc)[1*]، هاجر صادقی (MSc)[2]، علی مهدوی (MSc)[3]، محمد رضا شگرف نخعی (MD)[4]، محمدحسن رخشانی (PhD)[5]

1-گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
2-گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک
3-دانشگاه علوم پزشکی مازندران
4-گروه اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
5-گروه آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

دریافت: 93/10/9، اصلاح: 93/11/15 ، پذیرش: 94/2/16

خلاصه

سابقه و هدف: افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بیماران همودیالیزی است که تأثیر سوء بر سیر بیماری و روند درمان دارد و به عنوان عامل خطر مستقل در مرگ و میر این بیماران شناخته می‌شود. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر آرام‌سازی بنسون بر افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌باشد.

مواد و روشها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی 65 بیمار همودیالیزی انجام شد. بیماران با انتخاب تصادفی به دو گروه کنترل (32نفر) وآرام‌سازی بنسون (33 نفر) تقسیم شدند. بیماران گروه مداخله تمرینات آرام سازی بنسون را پس از آموزش، دوبار در روز، هر بار 20 دقیقه به مدت یکماه انجام دادند. پرسشنامه افسردگی بک قبل و یک ماه بعد از مداخله تکمیل شد. بیماران گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کردند(IRCT:2014011115393N2).

یافته‌ها: از کل افراد تحت مطالعه 51 نفر مرد بودند. میانگین سنی افراد در گروه آزمون 9/18±48/57 و در گروه شاهد 8/17±49/93 سال بود. قبل از مداخله، در دو گروه از نظر متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره افسردگی در گروه آرام‌سازی بنسون از 9/86±32/46 در قبل مداخله به 9/23±23/30 در بعد از مداخله رسید (p<0/001). میانگین نمره افسردگی در گروه کنترل از 9/24±30/58 در قبل مداخله به 9/63±30/83 در بعد از مداخله رسید.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد آرام‌سازی بنسون در کاهش افسردگی بیماران همودیالیزی مؤثر است. بنابراین می‌توان با بکارگیری از این تمرینات در بهبودی و پیشگیری از مشکلات روانشناختی این بیماران گام برداشت.

واژه‌های کلیدی: آرام‌سازی بنسون، افسردگی، همودیالیز.

مقدمه

نارسایی مزمن کلیه تخریب پیشرونده و غیر قابل برگشت عملکرد کلیه ها می باشد (1). بیماری مزمن کلیه یکی از علل مهم مرگ و ناتوانی در سراسر جهان میباشد (2). شیوع این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش میباشد، تعداد مبتلایان به بیماری نارسایی کلیه، هر 7 سال به دو برابر افزایش می یابد (3). سالیانه بیش از 60 هزار نفر در سراسر جهان به علت ابتلا به بیماری کلیه جان خود را از دست می دهند (1). در ایران سالیانه حدود 15 درصد به آمار تعداد بیماران همودیالیزی افزوده می گردد (4). روشهای درمانی رایج در درمان جایگزینی کلیه همودیالیز، دیالیز صفاقی و پیوندکلیه می‌باشد که در این بین همودیالیز شایعترین روش درمانی مورد استفاده می‌باشد و نقش اساسی در افزایش طول عمر این بیماران دارد (5). هر چند همودیالیز روش درمانی با فناوری بالا در درمان بیماران با نارسایی پیشرفته کلیوی است اما تنش زا بوده و با شیوع بالایی از عوارض روانی مانند افسردگی و اضطراب همراه است (6). Bossola و همکاران میزان افسردگی را در بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی بین 70- 20 درصد گزارش کردند (7). افسردگی یکی از شایعترین و مهمترین اختلالات روانپزشکی در بیماران تحت درمان با همودیالیز است که می‌تواند تأثیر سوء بر سیر بیماری و روند درمان داشته باشد و به عنوان عامل خطر مستقل در مرگ و میر این بیماران شناخته می‌شود (8). افسردگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز آسیب پذیری این بیماران را در مقابل خودکشی افزایش می‌دهد (9). درمان افسردگی شامل مداخلات دارویی و غیر دارویی است. با توجه به مشکلات و عوارض زیاد ناشی از دارو درمانی استفاده از روشهای غیر دارویی که بتوانند باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه شوند، منطقی به نظر می‌رسد. در سالهای اخیر روشهای غیر دارویی توجه کلیه بیماران از جمله بیماران همودیالیزی را به خود جلب کرده است که تحت عنوان درمان های مکمل (Therapies Complementary) شناخته می‌شوند. درمانهای مکمل، درمان‌هایی با ماهیت جامع نگر می‌باشد که برای افزایش آسایش جسمی و روانی بیمار استفاده می شود (10). مداخلات غیردارویی رایج شامل: بیوفیدبک، موسیقی

این مقاله حاصل پایان نامه نرجس حشمتی فر دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری و طرح تحقیقاتی به شماره پ-90142/6 دانشگاه علوم پزشکی سبزوار می‌باشد.

* مسئول مقاله: نرجس حشمتی فر
آدرس: سبزوار، جاده تهران، بعد از پلیس راه، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار. تلفن: 051-44446070
E-mail: nheshmatifar@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]

درمانی، یوگا، انحراف فکر، آرامسازی، کنترل زمان، تغییر رویه زندگی، بازسازی شناخت و تجسم سازی هدایت شده، است. Hadadian و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که استفاده از روش‌های درمانی مراقبتی طب مکمل باعث کاهش خستگی در بیماران تحت درمان با همودیالیز می‌شود (11). یکی از مداخلات پرستاری که در بسیاری از مقالات به عنوان درمان مکمل و گاهی جایگزین دارو درمانی معرفی شده است، آرام سازی است (12). آرام سازی روشی شناخته شده و قدیمی در طب، روانشناسی بالینی و روانکاوی می‌باشد که طی چند دهه اخیر نیز در پرستاری اهمیت خاص خود را پیدا کرده است(11). Rambod و همکاران معتقدند آرام‌سازی یک مداخله پرستاری مؤثر در ارتقای سلامت بیماران تحت درمان با همودیالیز است. استفاده از آرام‌سازی منجر به کاهش درد بیماران همودیالیزی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (13). آرام سازی با ایجاد تعادل بین هیپوتالاموس خلفی و قدامی، کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک و ترشح کاته کولامینها موجب کاهش تنش عضلانی و آثار نامطلوب فیزیولوژیک، کاهش میزان فشار خون، منظم شدن تنفس، تعداد ضربان نبض و اسپاسم عضلانی ناشی از استرس می شود(14). در تکنیک آرام‌سازی بنسون زمانی که مددجو تک تک عضلات خود را شل می‌کند و تمرکز حواس پیدا می‌کند قادر است روی طیف وسیعی از علایم و نشانه های جسمی و روانی از قبیل اضطراب، افسردگی، استرس و درد فائق آید (15). Dayapoglu و همکاران در پژوهشی نشان دادند که اجرای تکنیک آرام‌سازی به مدت 6 هفته روزی 1 بار موجب کاهش خستگی و بهبود کیفیت خواب در بیماران مبتلا به ام اس می‌شود (16). طیف وسیعی از روش‌های آرام سازی وجود دارد اما روشی که توسط Benson در سال 1970 معرفی شد به دلیل یادگیری و آموزش آسان آن به دیگران مطلوبیت بیشتری دارد (14). از آنجاییکه یکی از راههای مقابله با مشکلات روانشناختی آرام سازی بوده و همچنین با توجه به تأثیر استفاده از این روش در صرف هزینه‌ها، عدم نیاز به تجهیزات خاص و امکان اجرای آسان آن توسط بیماران و نظر به اینکه در جستجوهای انجام شده، تاکنون محققان اثر بخشی آرام‌سازی را بر برخی ابعاد درمان بیماران تحت درمان با همودیالیز مانند اثر بر استرس و اضطراب مورد مطالعه قرار داده‌اند؛ اما تحقیقی که اثر آرام‌سازی بنسون را بر افسردگی به عنوان شایعترین مشکل روانی بیماران تحت درمان با همودیالیز مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد، این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آرام‌سازی بنسون بر افسردگی بیماران همودیالیزی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی با شماره ثبت کارآزمایی بالینی IRCT:2014011115393N2 بر روی 70 نفر از بیماران همودیالیزی مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان واسعی سبزوار در سال 1392 انجام شد. افراد با سنین 18 تا 65 سال، تحت درمان همودیالیز برای حداقل 6 ماه و دارای پرونده فعال در مرکز دیالیز شهر سبزوار (بیمار دیالیزی مهمان یا دیالیز دوره‌ای نباشد)، انجام دیالیز 3 مرتبه در هفته، عدم ابتلا به اختلالات عصبی-عضلانی و ناتوانی شدید جسمی در صورت تمایل وارد مطالعه شدند و بطور تصادفی در دو گروه کنترل و ازادسازی بنسون قرار گرفتند. احتساب امتیاز بالاتر از نقطه برش"14" بر اساس سیاهه افسردگی بک "BDI-II" و تایید متخصص اعصاب و روان بود. افراد در صورت عدم تمایل به ادامه مداخله، استفاده از داروهای مؤثر بر بیماریهای روانی، سابقه ابتلا به افسردگی یا بستری شدن به علل روانی قبل از نارسایی کلیه و همودیالیز، سابقه حادثه یا تجربه ناگوار جدی در 6 ماه اخیر، پیوند کلیه یا استفاده از روش دیالیز صفاقی و مرگ بیمار از مطالعه خارج شدند. برای برآورد حجم نمونه مطالعه مقدماتی (Pilot study) با حجم 20 نفر انجام شد، حجم نمونه بر اساس آنالیز داده ها، با توان آزمون 90 و میزان اطمینان 95 درصد، 62 نفر محاسبه گردید که با توجه به احتمال ریزش نمونه 70 نفر وارد مطالعه شدند. در گروه مداخله 1 نفر به علت پیوند کلیه و 1 نفر به علت عدم تمایل به ادامه مداخله و در گروه کنترل 2 نفر به علت پیوند کلیه و 1 نفر به علت فوت از مطالعه خارج شدند و در نهایت مداخله با 65 نفر (33 نفر) گروه آزمون و (32 نفر) گروه شاهد اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ثبت مشخصات فردی شامل سن، جنس، شغل، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه ابتلا به بیماری کلیوی، مدت تحت درمان با همودیالیز و "پرسشنامه افسردگی بک بود. سیاهه افسردگی بک بعنوان یک ابزار معتبر و پایا، شامل 21 سؤال است که 15 سؤال با علایم عاطفی و 6 سؤال هم با علایم جسمانی و هر سئوال شامل 4 گزینه می باشد و ارزش نمرات آن از 3 و نمرات کلی آزمون بین 63-0 نمره می‌باشد (17و16). سیاهه افسردگی بک در مطالعات بسیاری در بیماران نارسایی پیشرفته کلیوی استفاده شده و از اعتبار و پایایی برخوردار است (21-18). در مطالعه حاضر پایایی ابزار با آلفای کرونباخ α=0/85 محاسبه شد.

پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه و تأییدیه کمیته اخلاق، ضمن معرفی به واحدهای پژوهش و ارائه توضیحات لازم و بیان اهداف مطالعه، 70 بیمار رضایت نامه آگاهانه را تکمیل و وارد مطالعه شدند. محتوای آموزشی جلسات شامل پرسش و پاسخ درباره فواید آرام‌سازی و نمایش عملی تکنیک بود. در این جلسات بعد از توضیح درباره نحوه انجام تمرینات از واحدهای پژوهش خواسته شد که تمرینات را در حضور پژوهشگر انجام دهند تا از صحت انجام آنها اطمینان حاصل شود، جلسات در اتاق جداگانه‌ای که برای استراحت بیماران همودیالیز اختصاص داشت، با هماهنگی قبلی با مسئول بخش انجام شد. واحدهای پژوهش در هر جلسه از همودیالیز، آرام‌سازی را در حضور پژوهشگر به مدت 20 دقیقه انجام می‌دادند، همچنین روش آموزشی به همراه پمفلت آموزشی و یک لوح فشرده که روند انجام تمرینات بر روی آن ضبط شده بود به واحدهای پژوهش داده شد و از آنان خواسته شد آرام‌سازی را روزی 2 بار و هر بار به مدت 20 دقیقه انجام دهند. به صورت پیامکی نیز در رابطه با پیروی از برنامه آموزشی پیگیری و تقویت لازم انجام می شد. افراد در گروه کنترل، مراقبت معمول را دریافت می نمودند و برای این گروه نیز پیامک‌هایی با محتوای مراقبت از خود، رعایت رژیم غذایی و دارویی و پاسخ به سوالات احتمالی آنها ارسال می گردید. گروه مداخله علاوه بر درمان های معمول آموزش انجام تمرین های آرام سازی را دریافت نمودند. با توجه به اینکه بعد از آموزش، بیماران تمرینات را به صورت مستقل انجام می دادند و در مقایسه با گروه کنترل توجه خاصی را دریافت ننمودند، سعی گردید از توجه رفتاری بیشتر به گروه آزمون به عنوان یک عامل مخدوش کننده حتی الامکان اجتناب گردد. چهار هفته پس از انجام تمرینات آرام سازی، میزان افسردگی واحدهای پژوهش در هر دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک بررسی شد. سپس داده ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تعیین نرمالیتی متغیرهای کمی از آزمون کلوگراف اسمیرنوف استفاده

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]

گردید. جهت مقایسه متغیرهای کمی که توزیع نرمال داشتند، آزمون ها تی مستقل، برای مقایسه متغیرهای کمی که توزیع نرمال نداشتند من ویتنی یو و برای مقایسه متغیرهای کیفی بین دو گروه از کای اسکوئر استفاده شد. جهت مقایسه افسردگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه از آزمون دقیق فیشر استفاده گردید و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

از کل افراد مورد مطالعه 51 نفر(78/46%) مرد و 56 نفر (86/15%) متأهل بودند. میانگین سنی افراد در گروه آزمون 9/18±48/57 و در گروه شاهد 8/17±49/93 سال بود (جدول 1). در گروه کنترل میانگین نمره افسردگی از 9/24±30/58 در قبل از مداخله به 9/63±30/83 بعد مداخله رسید. که این تفاوت از نظر آماری معنی‌داری نبود. میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون، بعد از انجام مطالعه کاهش معنی‌داری یافت، به طوریکه از 9/86±32/46 به 9/23±23/30کاهش یافته بود (p<0/001).

جدول 1. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش در دو گروه آزمون و شاهد

متغیرها / گروه ها	گروه آزمون تعداد(درصد)	گروه شاهد تعداد (درصد)
سن		
35-18سال	3(9/09)	2(6/25)
45-35سال	10(33/33)	7(21/88)
55-45سال	15(45/45)	17(53/13)
65-55 سال	5(15/15)	6(18/75)
جنس		
زن	6(18/18)	8(25/00)
مرد	27(81/82)	24(75/00)
وضعیت تأهل		
مجرد	4(12/12)	5(15/63)
متأهل	29(87/87)	27(84/38)
تحصیلات		
بیسواد	6(18/18)	5(15/63)
زیردیپلم	21(63/63)	22(68/75)
دیپلم	4(12/12)	2(6/25)
بالای دیپلم	2(6/06)	3(9/38)
شغل		
بیکار	14(42/42)	19(59/38)
آزاد	11(33/33)	8(25/00)
کارمند	4(12/12)	3(9/38)
بازنشسته	4(12/12)	2(6/25)

بعلاوه در مقایسه میانگین نمره افسردگی بین گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد، در حالیکه بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (p=0/01). بین وجود افسردگی واحدهای پژوهش با ویژگی فردی آنان با استفاده از آزمونهای آماری مربوطه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه تأثیر مثبت آرام‌سازی بنسون را بر افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در چهار هفته مداخله نشان داد. این بررسی نشان داد که بین میانگین امتیاز افسردگی قبل و بعد از مطالعه، در گروه آموزش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. علت این تفاوت آماری می‌تواند به کارگیری تمرینات آرام‌سازی بنسون طی یک ماه در این گروه از بیماران باشد؛ Ghafari و همکاران در مطالعه‌ای که تکنیک آرام‌سازی را بر روی افسردگی بیماران مبتلا به ام اس انجام دادند؛ با اجرای تکنیک آرام‌سازی یک بار در روز به مدت دو ماه نشان دادند افسردگی بیماران کاهش یافته است(20). که نتایج مشابه نتایج مطالعه اخیر است؛ از آنجا که طبیعت مزمن بودن بیماری ام اس با بیماران همودیالیزی مشابه می‌باشد؛ می‌تواند نتایج این مطالعه را تأیید کند. آرام‌سازی و انجام تمرینات منظم از طریق تثبیت کردن سیستم عصبی اتونومیک و کنترل عواطف فرد در موقعیتهای استرس زا، به بهبود احساس سلامتی فرد می‌انجامد. بکارگیری این تمرینات موجب تغییر تمامی متغییرهای همودینامیک می‌شود که احتمالاً دلیل احساس بهبودی در این افراد می‌شود. Jorm و همکاران در مطالعه مروری خود نتیجه گرفتند که اثر آرام‌سازی در بهبود افسردگی بیشتر از درمان انتظاری است و می تواند با کمترین هزینه اجرا شود (22). در مطالعه Murphy و همکاران که به منظور مقایسه رفتار درمانی شناختی، آموزش آرام‌سازی و داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای در درمان افسردگی انجام گرفت، رفتار درمانی شناختی و آرام سازی در کاهش علائم افسردگی به یک اندازه مؤثر بودند به طوریکه نمره افسردگی در گروه رفتار درمانی شناختی 82 درصد، در گروه آرام‌سازی 73 درصد و در گروه دارو درمانی 29 درصد کاهش داشت(23). از طرفی بر اساس تحقیقات انجام شده، مشخص شده است که انجام یک جلسه 20- 5 دقیقه‌ای تمرینات آرام‌سازی، به میزان یک خواب یک ساعته باعث حفظ انرژی در فرد می‌گردد(24). مطالعه حاضر با تحقیق Tayyebi و همکاران همخوانی دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که روش‌های درمانی مکمل مانند هاتایوگا و ورزش باعث ایجاد تفاوت معنی‌داری بر علائم روانشناختی بیماران می‌شود. در تکنیک هاتایوگا توجه خاصی بر روی گسترش آرام‌سازی و احساس آرامش در بدن وجود دارد. در این پژوهش نشان دادند میانگین نمره افسردگی در گروه آزمون 9±3/5 قبل از مداخله به 7/5±3/3 در بعد از مداخله کاهش یافته است ولی در گروه کنترل تغییر خاصی ایجاد نشده است (21) که این یافته موید نتیجه مطالعه حاضر می‌باشد. نتایج مطالعه Field و همکاران در رابطه با اثرات آرام‌سازی بر افسردگی با نتایج مطالعه حاضر متفاوت بود، در مطالعه Field میانگین نمره افسردگی در گروه آرام‌سازی در قبل و بعد از مداخله در روز اول و آخر انجام تمرینات اختلاف آماری معنی داری نداشت (25) ابزار مورد استفاده برای سنجش افسردگی در این مطالعه نیمرخ حالات خلقی (POMS) بود که نیم ساعت قبل و بعد از مداخله مورد استفاده قرار می گرفت. همچنین آرام‌سازی در مطالعه Field دو بار در هفته طی دو ماه انجام می شد در حالیکه در مطالعه حاضر تمرینات آرام‌سازی به مدت 4 هفته روزانه دو بار انجام

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]

می‌گرفت. از نتایج دیگر این مطالعه عدم وجود ارتباط بین افسردگی با جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و شغل است. در مطالعه Rahimi و همکاران نیز که با هدف بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر میزان افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز انجام گرفته است، هیچگونه ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و خصوصیات فردی نمونه‌های پژوهش مشاهده نشد (26). Patten و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌داری میان متغیرهای فوق با افسردگی بیماران مبتلا به ام اس نیافتند (27). که این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. در مجموع وجود رابطه معنی‌داری بین اطلاعات دموگرافیک و افسردگی به معنی عدم وجود رابطه واقعی نیست بلکه حجم نمونه این مطالعه برای بررسی ارتباطات برآورد نشده است. برای بررسی این ارتباطات نیاز به مطالعات اختصاصی‌تر با حجم نمونه مناسب و تمرکز بر این متغیرها می باشد. با توجه به قابلیت اجرای خوب و آسان تکنیک آرام‌سازی بنسون به عنوان یک روش درمانی مکمل در بیماران تحت درمان با همودیالیز و اینکه اجرای این تکنیک توانست میزان افسردگی را به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین علایم در مبتلایان به نارسایی مزمن کلیه کاهش دهد. اجرای این تکنیک و بررسی تأثیر آن بر دیگر علایم بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، همچنین بر سایر بیماریهای مزمن پیشنهاد می‌گردد.

یکی از محدودیتهای این مطالعه احساس وجود توجه نسبت به آزمودنیها بود که کمک به افراد در انجام مستقل تمرینات تا حدود زیادی این محدودیت را برطرف می‌نمود. با توجه به نتایج این مطالعه که نشان داد افسردگی بیماران تحت درمان با همودیالیز در اثر آرام‌سازی بنسون بهبود می‌یابد، بنابراین از برنامه آرام‌سازی بنسون می توان به عنوان یک روش مؤثر، راحت و کم هزینه در راستای بهبودی و پیشگیری از مشکلات روانشناختی این بیماران و همچنین سایر بیماریهای مزمن گام برداشت. بدین جهت توصیه می‌گردد آموزش آن به دانشجویانی که در آینده شغلی خود مسئول مراقبت از این دسته از بیماران می‌شوند نیز مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و کلیه پرستاران بخش دیالیز مرکز آموزشی و پژوهشی-درمانی واسعی سبزوار، به خصوص آقای مهران حسینی، همچنین بیماران و خانواده‌های آنان جهت همکاری در این تحقیق، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]

The Effect of Benson Relaxation Technique on Depression in Patients Undergoing Hemodialysis

N. Heshmatifar (MSc)*[1], H. Sadeghi (MSc)[2], A. Mahdavi (MSc)[3], M.R. Shegarf Nakhaie (MD)[4], M.H. Rakhshani (PhD)[5]

1.Department of Nursing, Sabzevar University of Medical Sciences,Sabzevar, I.R.Iran
2.Department of Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R.Iran
3.Mazandaran University of Medical Sciences, Masandaran, I.R.Iran
4.Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, I.R.Iran
5.Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 17(8); Aug 2015; PP:34-40
Received: Dec 30th 2014, Revised: Feb 4th 2015, Accepted: May 6th 2015.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Depression is the most common mental disorder in patients undergoing hemodialysis. This disorder has adverse effects on the course of disease and treatment process and is recognized as an independent risk factor for death in hemodialysis patients. The purpose of this study was to determine the relaxing effects of Benson relaxation technique on depression in patients undergoing hemodialysis.

METHODS: This clinical trial was performed on 65 hemodialysis patients. Subjects were randomly divided into two groups: control group (n=32) and intervention group using Benson relaxation technique (n=33). The intervention group performed Benson relaxation exercises twice a day for 20 minutes over one month. Beck Depression Inventory was completed one month before and one month after the intervention. The control group received usual treatments (IRCT: 2014011115393N2)

FINDINGS: Overall, 51 patients were male in the present study. The mean age of participants was 48.57±9.18 years in the intervention group and 49.93±8.17 years in the control group. Before the intervention, there was no significant difference between the groups in terms of the studied variables. The mean score of depression in the intervention group decreased from 32.46±9.86 before the intervention to 23.30±9.23 after the intervention; the difference was statistically significant ($p<0.001$). Also, the mean score of depression in the control group changed from 30.58±9.24 before the intervention to 30.83±9.63 after the intervention.

CONCLUSION: The results of this study showed that Benson relaxation technique is effective in reducing depression in hemodialysis patients. Therefore, by applying this technique, we can take a major step towards improving and preventing patients' psychological problems.

KEY WORDS: *Benson Relaxation Technique, Depression, Hemodialysis.*

Please cite this article as follows:

Heshmatifar N, Sadeghi H, Mahdavi A, Shegarf Nakhaie MR, Rakhshani MH. The Effect of Benson Relaxation Technique on Depression in Patients Undergoing Hemodialysis. J Babol Univ Med Sci. 2015;17(8):34-40.

***Corresponding Author: N.Heshmatifar (MSc)**
Address: Faculty of Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.
Tel: +98 51 44446070
Email:nheshmatifar@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]

References

1.Zamanzade V, Heydarzade M, Ashvandi KH, Lak DS. Relationship between quality of life and social support in hemodialysis patient. Med J Tabriz Univ Sci. 2007;7(29):49- 54. [In Persian]
2.Tayyebi A, Babahaji M, Sadeghi Sherme M, Ebadi A, Eynollahi B. Study of the effect of Hatha Yoga exercises on stress, anxiety and depression among hemodialysis . Iran J Crit Care Nurs. 2011;4(2):67-72.
3.Mokhtari N, Nasiri M, Mashoof T, Kazem Neghad E. A comparative study of hemodialysis patients' QOL from patients' and nurses' perception. J Gilan Univ Med Sci. 2003;12(47):16-23. [In Persian]
4.Hassanzadeh J, Hashiani AA, Rajaeefard A, Salahi H, Khedmati E, Kakaei F, et al. Long -term survival of living donor renal transplants: A single center study. Indian J Nephrol. 2010;20(4):179-84. Available at:http://www.indianjnephrol.org/temp/IndianJNephrol204179-4086847_010806.pdf
5.Rafii F, Rambod M, Hosseini F. Perceived social support in hemodialysis patients. Hayat. 2009;15(1):5-12. [In Persian]
6.Aghanwa HS, Morakinyo O. Psychiatric complications of hemodialysis at a kidney center in Nigeria. J Psychosom Res. 1997; 42(5):445-51.
7.Bossola M, Ciciarelli C, Di Stasio E, Conte GL, Vulpio C, Luciani G, et al. Correlates of symptoms of depression and anxiety in chronic hemodialysis patients. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(2):125-31.
8.Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. Semin Dial. 2005;18(2):91-7.
9.Mahmoudi Sh, Salehnegad G, Nazaryan S, Yaghobi M. A comparison study of depression between hemodialysis patients and renal transplant recipients. Iran J Nurs Res. 2010;5(18):73-80. [In Persian]
10.Zaakeri-Moghadam M, Shaban M, Kazemnejad A, Tavasoli Kh. The effect of breathing exercises on fatigue level of COPD patients. Hayat. 2006;12(3):17-25. [In Persian]
11.Hadadian F, Ghorbani A, Falah H, Latifi SM. The effect of trancscutaneus electrical acupoint stimulation (TEAS) on fatigue reduction in hemodialysis patients. J Kermanshah Univ Med Sci. 2011;15(3).
12.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. [In Persian].
13.Rambod M, Sharif F, Pourali-Mohammadi N, Pasyar N, Rafii F. Evaluation of the effect of Benson's relaxation technique on pain and quality of life of haemodialysis patients: A randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 201;51(7):964-73.
14.Benson H, Klipper MZ. The relaxation response. New York: HarperCollins; 1975.
15.Hanifi N, Ahmadi F, Memarian R, Khani M. Effect of benson relaxation techniques on hemodynamic variables of patient undergoing coronary angiography. J Shahid Sadoghi Univ Med Sci. 2005;12(4):78-86. [In Persian]
16.Dayapoglu N, Tan M. Evaluation of the effect of progressive relaxation exercises on fatigue and sleep quality in patients with multiple sclerosis. J Altern Complement Med. 2012; 18(10): 983-7.
17.Cukor D, Coplan J, Brown C, Friedman S, Smith AC, Peterson RA, et al. Depression and anxiety in urban hemodialysis patients. Clin J Am Soc Nephrol. 2007;2(3):484-90.
18.Kojima M, Hayano J, Tokudome S, Suzuki S, Ibuki K, Tomizawa H, et al. Independent associations of alexithymia and social support with depression in hemodialysispatients. J Psychosom Res. 2007;63(4):349-56.
19.Hedayati SS, Minhajuddin AT, Toto RD, Morris DW, Rush AJ. Validation of depression screening scales in patients with CKD. American Journal of Kidney Diseases. 2009; 54 (3) 433-439.
20.Ghaffari S, Ahmadi F, Nabavi M, Memarian R. Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran National MS Society. Res Med. 2008;32(1):45-53.[In Persian]
21.Tayyebi A, Babahaji M, Sadeghi sherme M, Ebadi A, Eynollahi B. Study of the effect of Hatha Yoga exercises on stress, anxiety and depression among Hemodialysis patients. Iran J Criti Care Nurs. 2011;4(2):67-72. [In Persian].
22.Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD007142.
23.Murphy GE, Carney RM, Knesevich MA, Wetzel RD, Whitworth P. Cognitive behavior therapy, relaxation training, and tricyclic antidepressant medication in the treatment of depression. Psychol Rep. 2009;77(2):403-20.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]

24.Jefferson M. Principles and practice of non pharmacological methods on pain relief. 4th ed. California: Addison Welsey Co.; 2008. p:54.
25.Field T, Grizzle N, Scafidi F, Schanberg S. Massage and relaxation therapies' effects on depressed adolescent mothers. Adolesc enc e. 2006;31(124):903-11.
26.Rahimi A, Ahamadi F, Gholiaf M. Effects of applying continuous care model (CCM) onstress, anxiety and depression in hemodialysis patients. Res Med. 2006;30(4):361-9.[In Persian]
27.Patten SB, Lavorato DH, Metz LM. Clinical correlates of CES-D depressive symptom ratings in an MS population. Gen Hosp Psychiatry. 2009;27(6):439-45.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1394.17.8.5.6]
[DOI: 10.22088/jbums.17.8.34]