

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری (CBT) بر سبک و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپر تانسیون

علی عیسی زادگان^۱، سیامک شیخی^{۲*}، محمد حافظنیا^۳

تاریخ دریافت 1392/04/25 تاریخ پذیرش 1392/06/14

چکیده

پیش زمینه و هدف: فشار خون یکی از عوامل مؤثر بر سبک زندگی و کیفیت زندگی و سومین علت مرگ و میر در دنیاست. لذا مطالعه حاضر با اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر روی بیماران مبتلا به فشار خون در جهت ارتقاء سبک زندگی و کیفیت زندگی انجام گرفته است.

مواد و روش: این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه شاهد انجام شده است. نمونه شامل ۳۰ مرد مبتلا به فشار خون بود که به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت-فرم کوتاه (SF-۳۶) و پرسش نامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت HPLPII استفاده شد. هر دو گروه تحت دارو درمانی بودند اما گروه آزمایش علاوه بر دارو درمانی ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری را دریافت کرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کواریانس (آنکوا) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که درمان شناختی - رفتاری موجب تغییر در نمره سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است. میانگین نمرات سبک زندگی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرده بود ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به همراه درمان دارویی در سبک زندگی و کیفیت زندگی اثر گذار باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی، رفتاری، سبک زندگی، کیفیت زندگی، فشار خون

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره هشتم، ص ۵۹۲-۵۸۳، آبان ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: آذربایجان غربی، ارومیه، خیابان والفجر ۲، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی، صندوق پستی: صندوق ۰۹۱۴۱۴۷۰۰۶۵

Email: ss.naybi@yahoo.com

مقدمه

بیماری فشار خون بالا یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که در جوامع روبه توسعه افزایش چشمگیری دارد. در ایران شیوع فشار خون بالا، در بین افراد ۳۵ تا ۶۵ ساله ۲۳/۲ درصد گزارش شده که این میزان در مردان ۲۵/۱ و در زنان ۲۱/۵ درصد می‌باشد (۱). فشار خون یک بیماری شایع، بدون علامت به قاتل خاموش معروف است و مانند سایر بیماری‌های مزمن، با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب به عوارض

ناخوشایندی منجر می‌شود (۲،۳). یافته‌ها حاکی از آن است که عوامل روان‌شناختی همچون سبک زندگی و کیفیت زندگی بر نشانه‌های فشار خون و کنترل آن تأثیر گذار هستند (۴). امروز با توجه به هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی، لزوم تغییر رویکرد درمانی به رویکرد پیشگیری از بیماری مورد تأکید است. بر این اساس سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت ارتقاء سلامت یعنی تشویق سبک زندگی سالم، خلق محیط حمایت کننده، جهت دهی مجدد خدمات بهداشتی و تعیین سیاست‌های بهداشتی عمومی تأکید می‌کند (۵).

^۱ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه

^۲ استادیار گروه روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه

سبک زندگی تحت عنوان تمام رفتارهایی که تحت کنترل شخص هستند یا بر خطرات بهداشتی فرد تأثیر می‌گذارند تعریف می‌شود و شامل رفتارهایی مانند عادات غذایی، خواب و استراحت، فعالیت بدنی و ورزش، کنترل وزن، ایمن سازی در مقابل بیماری، سازگاری با استرس و توانایی استفاده از حمایت‌های خانواده و جامعه است (۶،۷). امروزه اکثر مشکلات بهداشتی - سلامت (مانند چاقی، انواع سرطان‌ها و پرفشاری خون...) با دگرگونی سبک زندگی و شیوه زندگی افراد در ارتباط است (۸). بیماری فشار خون بالا نیز از جمله بیماری‌های است که با سبک زندگی افراد رابطه تنگاتنگی دارد (۹). در ایران مطالعات نشان می‌دهد سبک زندگی جزء عوامل خطر در پرفشاری خون محسوب می‌شود و بیماری‌های ناشی از سبک زندگی از علل عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی به شمار می‌رود (۱۰) و با مطالعات بیشتر در این خصوص و شناخت دقیق تر چگونگی ارتباط این دو با یکدیگر می‌توان در پیشگیری و کنترل مؤثر واقع شد (۱۰). در پژوهش صبری و همکاران (۱۱)، نجار و همکاران (۱۲)، فرج زاده و همکاران (۱۳) نتایج در کل حاکی از آن است که سبک زندگی نامناسب افراد در ابتلا به بیماری فشار خون مؤثر است.

متغیر دیگری که در ابتلا افراد به فشار خون بالا نقش دارد کیفیت زندگی است و سازمان بهداشت جهانی به عنوان سازمان پیشگام در سال‌های اخیر توجه خاصی به این موضوع دارد (۱۴). فشار خون بالا، مانند سایر بیماری‌های مزمن، با سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، به عوارض ناخوشایندی منجر می‌شود. این بیماری موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد نا توانی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم شده است (۱۵،۱۶). در این میان برخی از محققین کیفیت زندگی را مترادف با مفهوم سلامتی می‌دانند. به نظر این پژوهشگران کیفیت زندگی در بر گیرنده مجموعه شرایطی است که افراد در زندگی خود دارند و دو مفهوم را در بر می‌گیرد: وجود شرایط لازم برای یک زندگی خوب و تمرین برای خوب زندگی کردن (۱۷). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا اغلب پایین تر از حد انتظار می‌باشد (۱۸،۱۹). به عنوان مثال اضطراب و خشم با فشار خون بالا رابطه داشته و از این طریق بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۲۰). نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی از آن است که اختلالات روانی در این بیماران بالا است و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۰). پژوهش لو و همکاران (۲۱) نشان داده است که ۳۵ درصد بیماران مبتلا به فشار خون بالا از اختلالات روان پزشکی رنج می‌برند و به تبع آن سطح کیفیت زندگی پایینی دارند.

در این میان مداخلات روان‌شناختی به خصوص درمان شناختی - رفتاری از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند سبک زندگی و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشد. مدل‌های شناختی - رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطر بسیار مفیدند (۲۲). طبق مفروضه‌های بنیادی مدل‌های شناختی - رفتاری، تفکر و ادراک بیماران، هیجان‌ها و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهد (۲۲). درمان شناختی - رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن می‌گردد (۲۳). در همین راستا گلیجنس (۲۴) در تحقیق خود اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری را در بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون مثبت ارزیابی می‌کند. لیندایوس (۲۵) در تحقیق خود مدعی شد که درمان شناختی رفتاری مداخله مناسبی جهت ارائه سبک زندگی مناسب برای این بیماران است. کارتر و همکاران (۲۶) نیز نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری در بهبود سبک زندگی این بیماران سودمند است. عاملی و همکاران (۲۷) در بعد کیفیت زندگی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری حاکی از اثر بخشی این روش درمانی در بهبود کیفیت زندگی این بیماران است. تومید کی و همکاران (۲۸) هم در تحقیق خود مدعی شدند که اثر بخشی این نوع درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران مناسب است. در همین راستا پژوهش‌های ولز و همکاران (۲۹) رو بینز و همکاران (۳۰) تایید می‌کنند که درمان شناختی - رفتاری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مطلوب است. ردفورد (۳۱) در پژوهش خود اثر بخشی این روش درمان را در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مثبت ارزیابی کرده است. لذا در کنار تحقیقاتی که بر نقش دارودرمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا تاکید دارد، تلاش در جهت یافتن روش‌های جدیدتر برای بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران ضروری است. با توجه به اینکه در کشور ما پژوهش‌های کمتری در حوزه‌های درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر بهبود سبک و کیفیت زندگی بیماران فشار خون صورت گرفته، تحقیق حاضر به بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر سبک و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به هیپرتانسیون پرداخته است.

مواد و روش کار

این پژوهش از طرح‌های آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه شاهد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مرد مبتلا به فشار خون مراجعه کننده به مرکز بهداشت در شهرستان سلماس بودند. بر اساس پرونده‌های موجود در مرکز و با تشخیص پزشک متخصص، دارای فشار خون بالا

زیدی و همکاران (۳۳) آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۲ و پایایی آزمون سباز آزمون را ۰/۹۱ گزارش نموده‌اند. پرسش نامه کوتاه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۲ (SF-36): این ابزار کوتاه که ۳۶ سؤال دارد که شامل هشت بعد (عملکرد جسمی، محدودیت نقش جسمی، درد بدن، درک کلی از سلامت، نیرو و انرژی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش عاطفی و سلامت روان) می‌باشد که به دو بخش مجموع ابعاد روانی و ابعاد جسمی تقسیم می‌شود. هر کدام از ۸ بعد امتیاز ۰-۱۰۰ را دارا هستند که امتیاز بالا نشان دهند عملکرد بهتر می‌باشند. در ایران روایی و پایایی آن تایید شده است (۳۴). در پژوهش منتظری و همکاران (۳۵) تحلیل هم‌خوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط سایر مقیاس‌های پرسش نامه از حداقل ضریب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. پایایی آزمون باز آزمون این پرسشنامه با فاصله زمانی دو هفته ۰/۷۵ بدست آمده است.

محتوای پروتکل درمان

۱- جلسه اول شامل معارفه و بحث راجع به اهمیت سبک زندگی و عوامل کاهنده کیفیت زندگی، و نقش آن‌ها در تشدید و تداوم بیماری فشار خون و آموزش تن آرامی بود. جلسه دوم و سوم: درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و توضیح درباره خطاهای پردازش آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش آن‌ها به عنوان راهکارهایی جهت تغییر افکار غیر منطقی بیماران صحبت شد. جلسه چهارم: شامل آموزش مدیریت خشم، اضطراب، استرس و نقش فعالیت‌های جسمانی و استفاده از رژیم غذایی توصیه شده پزشک بود. جلسه پنجم: آموزش شیوه حل مسئله، روابط اجتماعی و میان فردی و نقش معنویت در ارتقاء سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران صحبت شد. جلسه ششم: در مورد اهمیت شیوه زندگی و نداشتن کیفیت زندگی مطلوب که به بیماری‌های فردی منجر می‌گردد، بحث شد. جلسه هفتم: توصیه راهکارهای برای ایجاد سبک زندگی مناسب و کیفیت زندگی مطلوب برای بیماران بود. جلسه هشتم: مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل بود. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را به بیماران آموزش می‌داد و تکالیفی برای اجرا در فاصله بین جلسات برای آن‌ها معین می‌کرد و بیماران موظف بودند که در فاصله دو جلسه تکالیف خانه را به درمانگر گزارش کنند. برای پیگیری دو ماه بعد مجدداً هر دو گروه مورد مطالعه پرسش نامه‌ها را اجرا کردند. پروتکل درمانی بر اساس کتاب کار ردفور (۳۱) انتخاب شده است.

تشخیص داده شده بودند و دارو مصرف می‌کردند. بعد از تشخیص فشار خون بالای بیماران با بررسی پرونده بیمار و طبق نظر متخصص محرز گردید، نمونه مورد بررسی به علت محدودیت در نمونه‌گیری از بیماران، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ۳۰ نفر مرد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و شاهد (n=۱۵) قرار گرفتند. در روش علی-مقایسه‌ای حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن فشار خون اساسی، دارا بودن تشخیص فشار خون برابر یا بیش از ۱۴ در مقیاس جیوه، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالاتر و نداشتن بیماری‌های روان‌پزشکی، اختلال حاد، بیماری پزشکی جدی و نداشتن اختلالات جسمانی مزمن مثل دیابت و بیماری کلیوی. گروه آزمایش علاوه بر ادامه مصرف دارو توسط خودشان تحت مداخلات شناختی - رفتاری قرار گرفت. اما گروه شاهد فقط تحت دارو درمانی بود و مداخلات درمان شناختی را دریافت نکردند. جهت اجرای پژوهش با حضور در مرکز درمانی بهداشت شهر ستان سلماس ضمن توضیح ماهیت و اهداف پژوهش و جلب موافقت بیماران، اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های تحقیق به عنوان پیش آزمون از هر دو گروه اقدام شد. ارزیابی پرسشنامه‌ها سه بار قبل از مداخله و پس از مداخله و ۲ ماه پس از مداخله به عنوان پی گیری انجام گرفت. جلسات مداخله درمان شناختی رفتاری در مرکز بهداشت روی بیماران گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، هفتگی ۱/۵ ساعته اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت^۱ (HPLPII): این پرسش نامه به وسیله واکر و همکاران توسعه یافته است و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد، که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خود شکوفایی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کند، اندازه‌گیری می‌کند این پرسشنامه ۶ زیر شاخه تحت عناوین تغذیه، فعالیت بدنی، مسئولیت پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس روابط بین فردی و رشد معنوی دارد. نحوه‌ی پاسخ دهی به این پرسش نامه براساس طیف لکیرنی ۴ نقطه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب و به طور معمول) است همچنین این پرسشنامه ۵۳ سؤال دارد. والکر و همکاران برای این ابزار آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را گزارش کردند و پایانی آزمون باز آزمون را هم ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (۳۲). در ایران

² World Health Organization-Quality of Life-Brief

³Health-promoting Life Style ProfileII (HPLPII)

یافته‌ها

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمرات سبک زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌ها

مراحل	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۲۱/۸۰	۲۶/۵۹	۴۱/۲۰	۱۶/۹۶
کنترل	۲۲/۱۵	۲۶/۳۱	۲۲/۹۵	۲۶/۲۰

طبق جدول ۱ میانگین سبک زندگی گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۲۲/۱۵ و ۲۲/۹۵ بود. در صورتی که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۲۱/۸۰ و ۴۱/۲۰ بود.

جدول شماره (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌ها

مراحل	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۹/۶۰	۲۲/۲۱	۳۸/۱۴	۱۵/۴۸
کنترل	۱۸/۹۰	۲۹/۵۴	۱۹/۱۴	۲۱/۱۶

طبق جدول ۲ میانگین کیفیت زندگی گروه کنترل در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۱۸/۹۰ و ۱۹/۱۴ بود. در صورتی که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۱۹/۶۰ و ۳۸/۱۴ بود.

قبل از بررسی تحلیل نتایج از همگنی شیب‌های رگرسیون با استفاده از طرح یک طرفه آزمودنی‌ها و همچنین برابری واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های مورد مطالعه، توسط آزمون لون، به عنوان پیش فرض‌های لازم برای استفاده از آزمون کواریانس، اطمینان حاصل شد که بر اساس نتایج آزمون لون ($P=0/29$, $F=14/31$) مبنی بر برقراری پیش فرض‌های

مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها برای سبک زندگی و ($P=0/30$, $F=13/21$) برای کیفیت زندگی شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس وجود داشت. همچنین نتایج تحلیل واریانس برای بررسی و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون با مقدار $F=7/12$ برای سبک زندگی و $F=6/15$ برای کیفیت زندگی رابطه معنی‌دار را نشان نمی‌دهد، لذا مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برای هر دو متغیر محقق شده است. با توجه به یافته‌های فوق، جهت بررسی نتایج از تحلیل کواریانس استفاده شد. که نتایج در جدول شماره ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول شماره (۳): نتایج تحلیل کواریانس سبک زندگی در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی‌داری	مجذورات
پیش آزمون	۱	۳۲۷۸۲/۲۱۶	۳۸۹/۳۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹
عضویت گروهی	۱	۱۵۵۲/۲۶۵	۱۷/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر بهبود سبک زندگی در جدول ۳ ارائه شده است. آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت

معنی‌داری وجود دارد ($F=389/312$, $P<0/001$). به طوری که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر بهبود سبک زندگی توانست باعث افزایش قابل ملاحظه میانگین سبک زندگی در گروه آزمایش

۳۸ درصد بوده است. به عبارت دیگر ۳۸ درصد تفاوت نمرات سبک زندگی دو گروه مربوط به اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر بهبود سبک زندگی است.

شود. در این تحلیل تأثیر پیش آزمون مهار شده است. همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات سبک زندگی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل پس از مهار تأثیر پیش آزمون معنی‌دار است. میزان این تأثیر گروهی

جدول شماره (۴): نتایج تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	مجزور اتا
پیش آزمون	۱	۳۴۸۷۲/۲۱۸	۳۹۱/۴۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸
عضویت گروهی	۱	۱۷۳۲۴/۲۱۸	۱۸/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹

کنترل پس از مهار تأثیر پیش آزمون معنی‌دار است. میزان این تأثیر گروهی ۲۹ درصد بوده است. به عبارت دیگر ۲۹ درصد تفاوت نمرات کیفیت زندگی دو گروه مربوط به اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی است. جهت بررسی تفاوت بین بیماران در مرحله پیگیری ۲ ماهه درمان شناختی - رفتاری بر بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی نیز از تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج در جدول ۵ درج شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به تأثیر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در جدول ۴ ارائه شده است. آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.001$, $F = 391.415$). به طوری که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی توانست باعث افزایش قابل ملاحظه میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایش شود. در این تحلیل تأثیر پیش آزمون مهار شده است. همان طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین باقیمانده نمرات کیفیت زندگی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و

جدول شماره (۵): نتایج تحلیل کوواریانس جهت پیگیری ۲ ماهه‌ی تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر سبک و کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه هر دو گروه

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	شاخص F	معنی‌دار	مجزورات
سبک زندگی	پیش آزمون	۳۲۴۶۱/۳۱۸	۱	۳۲۴۶۱/۳۱۸	۳۵۶/۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	گروه	۱۴۱۲/۱۳۰	۱	۱۴۱۲/۱۳۰	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۸۹۶/۲۱۱	۱	۲۸۹۶/۲۱۱	۲۴۸/۲۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گروه	۱۳۱۰/۲۱۰	۱	۱۳۱۰/۲۱۰	۱۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات روان‌شناختی به خصوص شناختی - رفتاری باعث بهبود سبک و کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری تغییراتی را در ابعاد روان شناختی بیماران مبتلا به فشار خون موجب می‌شود و تغییرات بدست آمده تا ۲ ماه بعد از مداخله نیز در تمامی ابعاد کیفیت زندگی و سبک زندگی بیماران همچنان پایدار است. یافته‌های بدست آمده با نتایج برخی تحقیقات از جمله با نتایج

همان گونه که جدول ۵ نشان می‌دهد در پیگیری دو گروه مورد مطالعه با هم تفاوت دارند، برای متغیر سبک زندگی ($P < 0.001$ و $F = 356.110$) و کیفیت زندگی ($P < 0.001$ و $F = 248.240$) معنی‌دار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر سبک زندگی با مقدار $F = 16.50$ و در سطح $P < 0.001$ و $F = 12.48$ در مجزور اتا و متغیر کیفیت زندگی با مقدار $F = 12.48$ در سطح $P < 0.001$ و $P < 0.001$ مجزور اتا بیشتر از گروه گواه است و چنین استنباط می‌شود که اثر درمان شناختی رفتاری در بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون مؤثر است.

گلیجنس و همکاران (۲۴)، لیندایوس، بیلن و کینومن (۲۵)، کارتر و همکاران (۲۶)، جوبانیان و همکاران (۲)، آملی و همکاران (۲۷)، تومیوکی و همکاران (۲۸)، ویلز و همکاران (۲۹)، روبینز و همکاران (۳۰)، و ردفورد (۳۱) هم سو می‌باشد. همه آن‌ها در پژوهش‌های خود اثر بخشی درمان شناختی رفتاری را در بهبود سبک و کیفیت زندگی بیماران به هیپر تانسیون مثبت گزارش کرده‌اند.

سبک زندگی نامناسب یکی از عوامل تأثیر گذار بر بیماری‌های مزمن از جمله سرطان کولون، فشار خون بالا، زخم معده، و ایدز، ... می‌باشد. علت عمده مرگ و میر در جوامع امروزی هم به اعمال نادرست سبک زندگی مانند سیگار کشیدن، عدم تحرک و عادات تغذیه‌ای ناکافی مربوط می‌شود (۳۵) و هم به تبع آن سبک زندگی نامناسب باعث کاهش سطح کیفیت زندگی بیماران می‌شود. چون بیماران مبتلا به فشار خون مشکلات روان شناختی مانند (اضطراب و افسردگی) را هم گزارش می‌کنند احتمالاً این موضوع باعث کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی آن‌ها هم می‌شود. هم چنین گزارش شده است که مشکلات هیجانی روان شناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایین دارند، زیاد است (۲۸). امروزه دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی و درمانی در سراسر جهان به بهبود کیفیت زندگی مردم خود توجه دارند و می‌کوشند تا با به کارگیری خدمات بهداشتی - درمانی و شیوه‌های نوین درمانی، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد و جامعه را بیشتر تأمین کنند و آثار ابتلا به بیماری‌ها را کاهش دهند (۳۶). اگر چه دارو درمانی در خط مقدم درمان، است اما مصرف زیاد داروها در بیماران مبتلا به فشار خون در دراز مدت نگرش بیمار را نسبت به خودش منفی می‌کند. بنابراین درمان‌های دارویی با وجود این که در کاهش فشار خون این بیماران اثر مثبت دارند، اما قادر نیستند احساس منفی بیمار را نسبت به بیماری خود تغییر دهند و نقش بیمار گونه بیمار را از او باز ستانند (۳۶). اجرای مداخله‌های روان شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیر منطقی، آرام سازی، آموزش مهارت حل مسئله، تصویر سازی ذهنی هدایت شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای از جمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری است که نه تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماری‌های مزمن را تخفیف می‌بخشد که به افزایش سطح پای بندی به توصیه‌های درمانی نیز کمک می‌کند.

چنین می‌توان گمانه زنی کرد که درمان شناختی رفتاری کمک می‌کند آزمودنی‌ها شیوه‌های کاهش یا تغییر واکنش‌هایشان را به شرایط یاد بگیرند که به نظر می‌رسد این نیز می‌تواند در تنظیم فشار خون آن‌ها مؤثر باشد و حتی نیاز به مصرف دارو را نیز

تقلیل دهد. این یاد گیری احتمالاً توجه فرد را نسبت به فشار خونس و نوسانات روزمره را تسهیل می‌کند. هشیاری افزایش یافته در خصوص تغییر فشار خون و شیوه‌های خاص پاسخ‌دهی به فشار روانی افزایش و تسهیل یافته و منجر به یادگیری مدیریت در خصوص هیجان‌های منفی مؤثر در فشار خون از جمله خصومت و احساسات خشم می‌شود بنابراین درمان شناختی رفتاری می‌تواند در کنار درمان‌های دارویی بر بهبود سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران اثر مثبت بگذارد. از طرف دیگر از آنجا که در ایران فرایند توسعه برنامه‌های بهداشتی ملی که بر بیماری‌هایی چون چاقی، دیابت، فشار خون و قلب و عروق متمرکز است فهم درست از سبک زندگی ایرانیان برای طراحی برنامه‌های بهداشتی و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها حیاتی است. لذا درمان‌های شناختی رفتاری در بهبود سبک زندگی و ارتقا کیفیت زندگی این برنامه‌ها می‌تواند نقش آفرینی بهتری داشته باشد. وقتی درمان جویان مهارت‌های رفتاری شناختی را جهت کنترل فشارخون یاد بگیرند و در موقعیت‌های استرس‌زای زندگی برای مدتی به کار بگیرند در می‌یابند که قادرند تصمیم بگیرند و کنترل رویدادهای زندگی خود و اقدام مؤثر جهت دستیابی به نتیجه مطلوب را داشته باشند. احساس رضایت درونی کرده و این به نوبه موجب افزایش شادکامی، بهزیستی روانی و خود کار آمدی که از مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌باشد می‌گردد. شرایط موجود را به چالش می‌کشند و به طور خلاقانه و مسئله مدارانه با مشکلات بر خورد می‌کنند. حس رضایتمندی، خود باوری، مناسبات گرم اجتماعی را به دنبال داشته و موجبات بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود. این درک مثبت درونی افراد از خودشان باعث کنترل فشار روانی و در نتیجه کاهش فشار خون و افزایش کیفیت زندگی می‌شود. سبک زندگی افراد مبتلا به هایپر تانسیون با افراد سالم متفاوت است و سبک زندگی عامل مؤثر در بروز فشار خون است لذا نتایج بیان می‌کند مراقبین بهداشت و درمان بیش از پیش در برنامه‌های آموزش بهداشت خود به نقش سبک زندگی در بروز بیماری تأکید بکنند و بیماران ضمن کنترل فشار خون، تشویق شوند در رفتارهای غیر بهداشتی خود تغییراتی ایجاد بکنند. گرچه طرح‌های مداخله‌ای اصلاح سبک زندگی به اشکال متعددی برای کاهش فشار خون به کار گرفته شده است و نتایج خوبی نیز در بر داشته است ولی به درمان‌های غیر دارویی برای افزایش اثر بخشی روش‌های معمول و امتحان شده نیاز است. کاهش چند میلی متر جیوه‌ای فشار خون می‌تواند خطرات ناشی از این بیماری خاموش را به میزان زیادی کاهش دهد. کاهش ۵ میلی متر جیوه‌ای فشارخون مشاهده شده در مطالعات، با کاهش ۱۴ درصد مرگ و میر ناشی از سکته قلبی، کاهش ۹ درصد مرگ‌ومیر ناشی از

برای بیماران صورت گیرد تا بتوان از درمان محوری به سمت رویکرد سلامت محور گام برداشت و از هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی صرفه جویی به عمل آید. پیشنهاد می‌شود مسائل روانی اجتماعی مؤثر در فشار خون نیز بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدرانی

این پژوهش با مشارکت بیماران مبتلا به هیپرتانسیون انجام گرفت. از تمامی بیماران شرکت کننده، مسئولین و اعضای محترم درمانگاه‌های شهرستان سلماس تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. بدون درمان رها کردن گروه کنترل که از لحاظ اخلاقی درست نبود از این که شکایتی نداشته و در این خصوص رضایت داشتند کمال تشکر و قدرانی را می‌نماید.

بیماری‌های قلبی و کاهش ۷ درصد کل مرگ‌ومیر ها همراه است (۳۷، ۳۸).

عدم امکان پیگیری طولانی تر از شش ماه و نیز عدم امکان نمونه‌گیری جامع از کلیه مناطق شهری و محدود شدن آن فقط به یک شهرستان از جمله محدودیت‌های این مطالعه به شمار می‌رود. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به مشکلات اداری با مسئولان و همکاری خود بیماران مبتلا به هایپر تانسیون اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد که این طرح پژوهشی در حجم نمونه بزرگ‌تر انجام گیرد تا نتایج با احتمال بیشتری به جامعه تعمیم داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مورد زنان نیز اجرا گردد. با توجه به اهمیت سبک زندگی و همبستگی آن با سلامت روان‌شناختی، کیفیت زندگی و بیماری‌های مزمن، توصیه می‌شود کارگاه‌هایی از سوی دست‌اندرکاران سلامت در ارتباط با آموزش سبک زندگی و کیفیت زندگی در مراکز بهداشتی درمانی

References

- Samvat T, Hodjatzadeh A, Naderi AZ. Guide to diagnosis, evaluation & treatment of hypertension for doctors. Tehran: Seda Publication; 2000. (Persian)
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Rizzo JL Jr, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report. JAMA 2003; 289: 2560-72.
- Izzo JL, Black HR, Council for High Blood Pressure Research (American Heart Association). Hypertension primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
- Kusek JW, Lee JY, Smith DE, Milligan S, Faulkner M, Cornell CE, et al. Effect of blood pressure control and hypertensive drug regimen on quality of life and lifestyle. Controlled clinical trials 2007; 17: 40-6.
- WHO | Health promotion [Internet]. WHO. 2010 [cited 2013 Oct 15]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/en/>
- Lock CA, Lecouturier J, Mason JM, Dickinson HO. Lifestyle intervention to prevent osteoporotic fractures: a systematic review. Osteoporosis Int 2006; 17(1): 20-8.
- Monahan F, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, & Green CJ. Phipps' Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2003.
- Moer M. Evidence of the effectiveness of intervention for secondary prevention and treatment of coronary heart (Dissertation). Sandiego :Sandiego state University; 2002.
- Ruixing Y, Limei Y, Yaming C, Dezhai Y, Weixiong I, Muyan L, et al. Prevalence, awareness, treatment, control and risk factors of hypertension in the Guangxi HeiYi Zhung and Han populations. Heartens Res 2006; 29(6): 423-32.
- Baroogh N, Teimouri F, Saffari M, Hosseiniadeh SR, Mehran A. Hypertension and lifestyle in 24-

- 65 year old people in Qazvin kosar region in 2007. *Pejohande* 2010; 15(5): 193-80.(Persian)
11. Saberi S , Bener A , Eapen V, Abuzeid MS ,AL – Mazrouei AM, Singh J. Some risk factors for hypertension in the united Arab emirates. *East Mediator health J* 2004 ;10(4): 610-90.
 12. Naggar I, Heydari A,& Behnamvasheni HR. The relationship between lifestyle and essential hypertension in Sabzevar. *J Sabzevar Univ med Sci* 2004; 11(2)49-54.(Persian)
 13. Faragzadeh Z, Kaheni S, Saadatjoo A. relation between stress and hypertension and coping ways. *J Birjand Univ med Sci* 2005; 12(1,2): 9-15. (Persian)
 14. Omranifard V, Afshar H,Mehrabi T, Asadolahi G. Different domains quality of life in schizophrenia. medical behavior science research center. *J Esfahan Univ med Sci* 2007; (5)27-31.(Persian)
 15. Beto JA. Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A met analysis of clinical trials. *Am J Hypertens*1994; 7: 286-7.
 16. Deyo RA. The quality of life and research and care. *Ann Int Med* 1991; 114(8): 695-7.
 17. Babapour khairadin J. Effectiveness of communication skills training on the students problem solving style. *J psychology Univ Tabriz* 2008; 713: 10. (Persian)
 18. Christensen BI, KockRow ED. Adult health nursing. Missouri: St. Louis. Mosby; 1999.
 19. Rilli J L. Assessing and managing chronic heart failure. *Prof Nurse* 2001; 16: 1112-5.
 20. WeiT M. Wang Anxiety and anger symptoms in patients with hypertension: a community – based studying. *J psychiatry med* 2006; 36: 315-22.
 21. Lowe B, Grafek U , Kroenke K, Grunig E, Herzog E, Borst MM. Anxiety anddepression inpatients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic medicine* 2004; 66: 831-6.
 22. Clark M, Hampson SE: Implementing a cognitive behavioral therapy intervention to improve lifestyle self -management in patients with type 2 diabetes. *End couns* 2003;42: 245-56.
 23. Sela RA. Chronic low back pain and cognitive-behavioral therapy (Dissertation). Dmonton: Canada University of alberta; 1990.
 24. Geleijnse JM , Kok FJ, Grobbee DE. Impact of cognitive behavior therapy on lifestyle of hypertension in western Populations. *Eur j public health* 2006; 14(3): 235-9.
 25. Lindauis TL, Beilin LJ, Knuiman MW. Influence of cognitive behavior therapy on blood pressure in men and women. *Hypertention* 2003; (1): 1-7.
 26. Carter JD, Luty SE, Mckenzie JM, Mulder RT, Frampton CM, Joyce PR. Patients predictors of response to cognitive behavior therapy on blood pressure. *Affect disorder* 2011; 128(3): 252-610.
 27. Jabalameli S, Neshatdoust H, Molavi H. Efficacy cognitive- behavior therapy on quality of life hypertension women. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2010; (15): 88-97.(Persian)
 28. Tomoyuki K, Kazoo E, Satoshi H, Joji J. Effectiveness cognitive behavior therapy on quality of life and depression of hypertension disease. *Autonomic neuroscience* 2008; 144: 89.
 29. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Affective, substance use, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11(5):320–7.
 30. Robbins MA, Elias MF, Croog SH, Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosom Med* 1994;56(3):251–9.
 31. Redfourd MH. Cognitive – behavioral Therapy on quality of life in patients with blood pressure: Workbook. New York: Oxford University Press; 2007.
 32. Walker SN, Sechrit KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile; development and

- psychometric characteristics. Nurs Res 1987; 36: 76-81.
33. Mohammadi Zeidi I , Pakpour Hajiagha A, Mohammadi zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting life-style profile. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; (1): 103-13.(Persian)
34. Baraz SH, Mohammadi L , Boroumand B. Correlation of quality of life and some of blood factors in hemodialysis patients. Shahrekord Univ Med Sci J 2008;9(4): 67-74. (Persian)
35. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MAS. The short form health survey (sf-36): translation and validation study of the Iranian version. Payesh J 2006; 5: 49-56. (Persian)
36. Rejeske WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adult. J Gerontology 2001; (56): 23-35.
37. Navidian A, Abedi MR, Baghban I, Fatehizadeh M, Poursharifi H. Effect of motivational interviewing on blood pressure of referents suffering from hypertension. Kowsar Med J 2010;15(2): 115-21. (Persian)
38. Wexler R, Aukerman G. Nonpharmacological strategies for managing hypertension. Am Fam Physicia 2006;73(11): 1953-6.

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE – BEHAVIORAL THERAPY ON STYLE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

Ali Issazadegan¹, Siamak Shiekhy^{*2}, Mohammad Hafeznia³

Received: 16 Jul , 2013; Accepted: 5 Sep , 2013

Abstract

Background & Aims: Essential hypertension is one of the most important factors on quality of life and life style and the third cause of death in the world. The purpose of the present study was to determine the effect of cognitive behavioral therapy on improvement of quality of life and life style in patients with essential hypertension.

Materials & Methods: In a quasi-experimental design with pre-test/post-test with control group paradigm, a sample of 30 male patients with hypertension were selected by available sampling method and randomly were assigned into two experimental (n=15) and one control group (n=15). The measurement tool was World Health Organization-Quality of life (SF-36)-Short term and health-promoting lifestyle profileII (HPLPII) Questionnaire. Each group was in drug therapy but the experimental group participated in eight sessions of cognitive-behavior therapy, while the control group did not receive any treatment. The mean scores of two groups were compared through analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The findings showed that cognitive behavioral therapy was effective on improvement of quality of life and life style in the patients with essential hypertension in posttest and follow up.

Conclusion: Cognitive behavioral therapy and drug therapy could be effective on improvement of quality of life and life style in the patients with essential hypertension.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Life style, Quality of life, Hypertension

Address: Department of Psychiatry, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +989141470065

Email: ss.naybi@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(8): 592 ISSN: 1027-3727

¹ Associate professor of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychiatry, Social Determinants of Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Clinical Psychology Student, Islamic Azad University, Science and Research Urmia Branch, Urmia, Iran