

مقایسه دو روش دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی

نعمت ستوده اصل^{۱*} (M.Sc.)، حمید طاهر نشاطدوست^۱ (Ph.D.)، مهرداد کلاتری^۱ (Ph.D.)، هوشنگ طالبی^۲ (Ph.D.)، علیرضا خسروی^۳ (M.D.)

۱- دانشگاه اصفهان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

۲- دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم، گروه آمار

۳- دانشگاه علوم اصفهان، دانشکده پزشکی، گروه قلب و عروق

چکیده

سابقه و هدف: فشار خون اساسی، یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران و سومین علت مرگ و میر در دنیا می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه دو روش دارودرمانی و درمان شناختی - رفتاری بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی است که از آذر ماه ۱۳۸۷ تا شهریور ماه ۱۳۸۸ در مرکز قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. نمونه تحقیق، ۴۰ نفر بیمار مبتلا به فشار خون اساسی است که به شکل تصادفی انتخاب و نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌های جمعیت‌نگاشتی و کیفیت زندگی اقدام نمودند. بعد از اعمال مداخلات درمانی و چهار ماه پس از پایان مداخله، توسط همان پرسش‌نامه‌ها مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تغییرات کیفیت زندگی در آزمودنی‌های گروه آزمایشی به صورت معنی‌داری بیش از گروه شاهد بود ($p < 0.05$)، و اثرات درمان پس از چهار ماه هنوز برقرار بود ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری: درمان شناختی - رفتاری در بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی موثر است. با توجه به نتایج این تحقیق، استفاده از رویکرد تیمی و لزوم همکاری متخصصان داخلی و قلب و روان‌شناسان به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی، کیفیت زندگی، فشار خون اساسی.

مقدمه

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۸) و بررسی محققان، میزان شیوع بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، در کلیه کشورها به ویژه در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش می‌باشد [۳، ۲، ۱]. دلیل اصلی این افزایش، عوامل متعددی مانند رشد روز افزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی مردم، و

افزایش دوران بقای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری گزارش شده است [۳]. یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن، به واسطه شیوع بالا، میزان بالای مرگ و میر و تاثیر منفی بر کیفیت زندگی بیماران، بیماری فشار خون اساسی می‌باشد [۴]. این بیماری، مهم‌ترین مسئله بهداشت عمومی در کشورهای مختلف جهان و سومین علت مرگ انسان‌ها در سراسر دنیا می‌باشد [۱] و به دلیل عدم وجود نشانه‌های

داروهای ضد فشار خون به صورت منظم و روزانه، بسیار سخت‌تر از تحمل علائم فشار خون می‌باشد [۱۷]. هم‌چنین نشان داده شده که سلامت مرتبط با کیفیت زندگی متعاقب مصرف داروهای ضد فشار خون بهبود یافت، اما ادراک بیماران از بیماری خود، تغییرات محسوسی نکرد و بیماران هم‌چنان خود را در نقش یک بیمار تجسم می‌نمودند و ادراک عمومی آنان از سلامت خود منفی بود [۱۸]. به صورت منطقی این موضوع می‌تواند در استقبال بیماران از درمان‌های پزشکی اثر منفی بگذارد و راه را برای استفاده از سایر درمان‌ها در فشار خون بالا هموار نماید. لذا در کنار تحقیقاتی که بر نقش دارو درمانی 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 کمی تحقیقات انجام شده در این زمینه، پژوهش حاضر به مقایسه دو روش دارودرمانی و درمان شناختی- رفتاری بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی است که از اوایل آذر ماه ۱۳۸۷ الی اواخر آبان ماه ۱۳۸۸، در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی صدیقه طاهره و الزهرای اصفهان انجام گرفته است. جامعه آماری این پژوهش را بیماران مرد مبتلا به فشار خون اساسی که در محدوده سنی ۵۵-۳۰ سال قرار دارند، تشکیل دادند. تعداد ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به فشار خون بالا به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به صورت جای‌گزینی تصادفی در دو گروه دارو درمانی (لیست انتظار) و گروه درمان شناختی- رفتاری (تجربی) قرار گرفتند (هر گروه ۲۰ نفر). کفایت حجم نمونه، بر اساس معیار کیسر و بارتلت و فرمول محاسبه حجم نمونه در مطالعات مداخله‌ای محاسبه گردید [۲۰]. با توجه به روش آماری به کار گرفته شده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، لزوم کنترل اثرات متغیرهای مداخله‌گر و ضرورت وجود درجه

آشکار و قابل تشخیص، به قاتل خاموش معروف است [۵]. نزدیک به ۲۰٪ از جمعیت بالغین جامعه به این بیماری مبتلا هستند [۳] و از علل مهم مرگ و میر محسوب می‌شود [۷،۶،۱]. فشار خون بالا، مانند سایر بیماری‌های مزمن، با شیوه‌ی زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، به عوارض ناخوشایندی منجر می‌شود [۷]. این بیماری، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم شده است [۹،۸]. به همین دلیل در ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته، به طوری که بهبود عمل‌کرد روزانه و کیفیت زندگی این دسته از بیماران به صورت یک هدف در نظام بهداشتی و درمانی کشورها در آمده است [۹]. نتایج یک کارآزمایی بالینی نیز نشان داده است که اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماری‌های مزمن، می‌تواند راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محسوب شود [۱۰]. مفهوم کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، بر تجارب، اعتقادات، انتظارات و ادراک فرد از زندگی تاثیر می‌گذارد [۱۱،۹]. در حوزه‌ی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، چهار بعد اصلی شامل بعد فیزیکی (جسمی)، بعد روان‌شناختی، بعد اجتماعی و بعد محیطی مورد توجه قرار می‌گیرد [۱۲،۱۳]. نتیجه این که شیوع بالای پرفشاری خون و عوارض منفی آن بر کیفیت زندگی این بیماران، این بیماری را به مشکل عمده بهداشتی - درمانی کلیه کشورها تبدیل کرده است [۵،۴]. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا اغلب پائین‌تر از حد انتظار می‌باشد [۱۵،۱۴،۸]. نتایج مطالعه ارسلاتنس و همکاران در سال ۲۰۰۸ بیان‌گر رابطه منفی بین فشار خون و کیفیت زندگی بود و لزوم تغییر در سبک زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی را به منظور ارتقاء کیفیت زندگی آنان مورد تاکید قرار داد [۱۶]. نتایج مطالعه دیگر نشان داد که، بسیاری از بیماران مبتلا به فشار خون اساسی معتقد بودند زحمت و رنج مصرف

آزادی مکفی برای خطا و جهت افزایش توان آماری و در نظر گرفتن ریزش احتمالی نمونه‌ها، ضریب افزایشی مناسبی در محاسبه حجم نمونه در نظر گرفته شد. در آغاز مطالعه، دو گروه شاهد و مورد، از نظر سن، جنس، میزان فشار خون سیستولیک و دیاستولیک و وضعیت تاهل همسان‌سازی شدند و اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند (جدول ۱). تشخیص فشار خون بالا بیماران با بررسی پرونده بیمار و طبق نظر متخصص قلب و عروق و بر اساس ملاک‌های هفتمین گزارش بین‌المللی در مورد بیماری محرز گردید [۵]. برخی از ملاک‌ها ورود نمونه به تحقیق عبارت‌اند از: دارا بودن تشخیص فشار خون اساسی، دارا بودن فشار خون برابر یا بیش از ۱۴ در مقیاس جیوه (۹۰/۱۴)، محدوده سنی ۳۰-۵۵، تحصیلات دیپلم و بالاتر و داشتن حداقل توانایی جسمی و شناختی لازم جهت شرکت در مداخلات روان‌شناختی. برخی از ملاک‌های خروج نمونه از تحقیق عبارت‌اند از: دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک (بنا به تشخیص روان‌شناس مجری طرح)، وجود بیماری پزشکی جدی و محدودکننده دیگری که موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی شود، سابقه سکته مغزی بنا به تشخیص پزشک متخصص داخلی، سوء مصرف مواد و دارا بودن فشار خون به خاطر بیماری‌های زمینه‌ای بر اساس تشخیص متخصص قلب و عروق، دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن مانند دیابت، بیماری کلیوی و سرطان و ممکن نبودن پی‌گیری بیمار طی مراحل مداخله و پی‌گیری.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی، از دو پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌نگاشتی (محقق ساخته) و پرسش‌نامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization - Quality Of Life - Brief) استفاده شد. در پرسش‌نامه جمعیت‌نگاشتی، اطلاعاتی مانند سن، وزن، مصرف سیگار، سابقه بیماری، سابقه مصرف دارو، بیماری یا بیماری‌های همراه با فشارخون بالا و تحصیلات از بیماران گرفته شد. برای سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. این پرسش‌نامه، فرم خلاصه شده مقیاس ۱۰۰ ماده‌ای کیفیت

زندگی سازمان جهانی بهداشت می‌باشد که جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد [۱۳، ۱۲]. این پرسش‌نامه با توجه به عمومیت، سادگی، سازگاری و انطباق ابعاد مورد ارزیابی با فرهنگ و نوع فعالیت فیزیکی روانی جمعیت مورد مطالعه، برای این پژوهش مناسب تشخیص داده شد. این پرسش‌نامه به چندین زبان از جمله زبان فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعدد ایران و خارج از کشور، رایج‌ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی می‌باشد [۲۳، ۲۲]. در ایران اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه ارزیابی و تأیید شده است [۲۲، ۲۱]. پرسش‌نامه فوق دارای ۲۶ سوال است. دو سوال پرسش‌نامه در مورد رضایت‌مندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه سوال‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌نمایند [۱۳، ۱۲]. در این پژوهش، برای نمره‌گذاری پرسش‌نامه کیفیت زندگی، از روش نمره‌گذاری لیکرت بر اساس درجه‌بندی ۵ تایی استفاده شد (نمره صفر، نشان‌گر درک منفی و کم و ۴ درک مثبت و بالا می‌باشد). به عنوان مثال یک سوال: چقدر از زندگی لذت می‌برید؟ دارای جواب‌های زیر می‌باشد: نمره ۰ اصلاً، ۱- کمی، ۲- به طور متوسط، ۳- زیاد و نمره ۴- خیلی زیاد، که امتیاز بالاتر به منزله کیفیت بالاتر زندگی در این سوال می‌باشد. در اجرای این مقیاس از بیماران خواسته شد با در نظر گرفتن احساسات و رفتارهای خویش در دو هفته اخیر به سئوالات پرسش‌نامه پاسخ دهند. گویه‌هایی که مورد سوال قرار می‌گیرند در چهار حیطه کلی شامل بعد جسمی، بعد روان‌شناختی، بعد اجتماعی و بعد محیطی است و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کنند [۱۳، ۱۲]. فشار خون بیماران به وسیله پزشک مستقر در مرکز قلب و عروق دانشگاه اصفهان اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری فشارخون، بیماران مورد مطالعه برای مدت ۱۵ دقیقه از زمان مراجعه به مرکز، استراحت می‌کردند و پس از آن، پزشک مرکز، فشارخون بیمار را در دو نوبت اندازه‌گیری می‌کرد. این اندازه‌گیری منطبق بر توصیه انجمن قلب آمریکا است [۵].

جهت اجرای پژوهش، پژوهش‌گر با حضور در مراکز درمانی صدیقه طاهره و بیمارستان الزهرا اصفهان، ضمن توضیح ماهیت و اهداف پژوهش و جلب موافقت بیماران، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌های تحقیق از هر دو گروه مورد و شاهد نمود. ارزیابی کیفیت زندگی بیماران در سه مقطع قبل از مداخله به عنوان خط پایه، پس از مداخله و چهار ماه پس از مداخله به عنوان پی‌گیری انجام گرفت. جلسات مداخله، درمان شناختی- رفتاری و دارودرمانی در مرکز پژوهشی قلب و عروق بیمارستان صدیقه طاهره، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اصفهان روی بیماران گروه آزمایش اجراء شد. لازم به ذکر است که هر دو گروه مورد مطالعه (گروه تجربی و شاهد)، به علت فشار خون بالا تحت نظر متخصص قلب و عروق تحت درمان دارویی قرار داشتند. تنها تفاوت گروه‌ها این بود که گروه دارو درمانی (لیست انتظار)، به جز دارودرمانی، مداخله درمانی دیگری (درمان شناختی- رفتاری)، دریافت نکردند. جهت

اجرای درمان شناختی- رفتاری بک [۱۹]، روان‌شناس مجری طرح، یک روز در هفته به مدت ۳ ماه، نسبت به ارائه درمان شناختی رفتاری طبق پروتکل درمان شناختی- رفتاری که به تأیید ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی دانشگاه اصفهان رسیده بود، اقدام نمود. پس از ۸ جلسه از ارائه مداخله درمانی، مجدداً آزمودنی‌ها نسبت به پر کردن آزمون کیفیت زندگی اقدام کردند. ۴ ماه پس از مداخله، به منظور ارزیابی ماندگاری مداخلات صورت پذیرفته، آزمون پی‌گیری از آزمودنی‌ها به عمل آمد. ضمناً در انجام این تحقیق موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت‌کننده در این پروژه اخذ گردید و با توجه به سابقه استفاده از این روش توسط محققین، پروتکل انجام این تحقیق هیچ‌گونه تضادی با موازین اخلاق پژوهش نداشت.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده، طی سه مرحله ارزیابی با استفاده از روش‌های تحلیل کو واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری

گروه ۲ (CBT)		گروه ۱ (دارو درمانی)		مراحل	ابعاد کیفیت زندگی
SD	M	SD	M		
۱/۰۵	۱۱/۵۰	۰/۷۵۹	۱۰/۹۵	پیش‌آزمون	جسمانی
۱/۸۹	۱۶/۷۰	۰/۹۴	۱۷/۴۴	پس‌آزمون	
۱/۲۵	۱۱/۰۰	۲/۳۵	۱۵/۵۵	آزمون پیگیری	
۱/۰۹	۱۰/۹۵	۰/۶۸۵	۱۱/۰۵	پیش‌آزمون	روان شناختی
۰/۹۸۸	۱۸/۳۵	۱/۸۹	۱۵/۶۰	پس‌آزمون	
۰/۸۱۲	۱۶/۸۵	۱/۱۳	۱۲/۳۵	آزمون پیگیری	
۱/۰۹	۱۱/۰۵	۰/۷۵۴	۱۱/۳۵	پیش‌آزمون	اجتماعی
۱/۱۶	۱۷/۹۰	۱/۲۹	۱۴/۱۰	پس‌آزمون	
۱/۶۶	۱۲/۰۵	۱/۰۹	۹/۹۵	آزمون پیگیری	
۰/۹۱۹	۱۱/۱۰	۰/۸۲۰	۱۱/۴۰	پیش‌آزمون	محیطی
۲/۳۵	۱۶/۷۵	۳/۲۷	۱۵/۲۵	پس‌آزمون	
۱/۷۹	۱۱/۸۰	۰/۹۱۰	۱۰/۷۵	آزمون پیگیری	

نتایج

نتایج تحلیل شاخص‌های جمعیت نگاشتی نشان داد، میانگین (\pm انحراف معیار) سن گروه دارو درمانی $45/5 \pm 6/93$ و میانگین (\pm انحراف معیار) سن گروه درمان شناختی - رفتاری $44/10 \pm 5/65$ بود، از نظر آماری تفاوت سنی دو گروه در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ($P=0/78$). میانگین (\pm انحراف معیار) میزان فشار خون سیستولیک گروه دارودرمانی $149 \pm 6/85$ و میانگین (\pm انحراف معیار) میزان فشار خون سیستولیک گروه درمان شناختی - رفتاری $145 \pm 5/94$ بود، از نظر آماری تفاوت میزان فشار خون سیستولیک دو گروه در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ($P=0/150$). میانگین (\pm انحراف معیار) وزن گروه دارودرمانی $72/25 \pm 11/08$ و میانگین (\pm انحراف معیار) وزن گروه شناختی - رفتاری $73/95 \pm 11/35$ بود، از نظر آماری تفاوت وزن دو گروه در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ($P=0/629$). نتیجه این که دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت نگاشتی مهم در فشار خون بالا در شروع مطالعه هم‌سان‌سازی شده و اختلاف معنی‌داری نداشتند. ضمناً، نتایج آزمون لوین نشان داد، سطح معناداری مقدار F ، بالاتر از $0/05$ است که مبین هم‌سانی واریانس‌های دو گروه در سه متغیر در شروع مداخله بود. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش (شناختی - رفتاری) و شاهد (دارودرمانی) در ابعاد چهارگانه جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری در جدول ۱ نشان داده شده است.

به منظور بررسی تأثیر روش‌های درمان‌گری بر روی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بیماران، در مرحله پس‌آزمون از آزمون کوواریانس استفاده شد. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است.

بر مبنای تحلیل کوواریانس، تأثیر نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها، در هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی معنادار نیست ($p>0/05$). با توجه به نتایج جدول ۲، تفاوت تأثیر دارودرمانی و درمان‌شناختی رفتاری پس‌آزمون در بعد جسمانی ($p<0/47$)، روان‌شناختی ($p<0/001$)، اجتماعی ($p<0/001$) و محیطی ($p<0/14$) می‌باشد. بنابراین، اختلاف به دست آمده در ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی معنی‌دار نیست اما در ابعاد جسمانی و محیطی تفاوت به دست آمده معنی‌دار می‌باشد. میزان تأثیر در بعد روان‌شناختی $0/45$ و در بعد اجتماعی $0/73$ می‌باشد (جدول ۲). برای بررسی تداوم تأثیر روش‌های درمان‌گری بر روی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بیماران، نیز از آزمون کوواریانس استفاده شد.

همان‌طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تأثیر نمره پیش‌آزمون گروه‌ها در هیچ کدام از ابعاد کیفیت زندگی در مرحله آزمون پی‌گیری معنادار نیست. ($p>0/05$). اما تفاوت تأثیر دارودرمانی و درمان‌شناختی رفتاری در مرحله آزمون پی‌گیری در بعد جسمانی ($p<0/001$)، روان‌شناختی ($p<0/001$)، اجتماعی ($p<0/001$) و محیطی ($p<0/002$) معنی‌دار می‌باشد. میزان تأثیر در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی به ترتیب $0/58$ ، $0/83$ ، $0/32$ و $0/16$ می‌باشد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی درمان دارویی و شناختی - رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آمارای
توان آزمون	جسمانی	4/50	1	4/50	2/90	0/99	0/81	0/38
	روان شناختی	0/82	1	0/82	0/38	0/56	0/1	0/89
	اجتماعی	3/13	1	3/13	2271	0/14	0/64	0/31
	محیطی	0/01	1	0/01	0/001	0/97	0/001	0/50
عضوین گروهی	جسمانی	0/833	1	0/833	0/54	0/47	0/02	0/109
	روان شناختی	64/43	1	64/43	27/48	0/001	0/45	0/99
	اجتماعی	123/35	1	123/35	89/49	0/001	0/73	1/000
	محیطی	20/49	1	20/49	2/31	0/14	0/07	0/31

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی پایایی تاثیر دو روش درمانی در مرحله آزمون پیگیری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	میزان تأثیر	توان آماری
شناختی	جسمانی	۳/۸۵	۱	۳/۸۵	۰/۹۹	۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۱۶
	روان شناختی	۰/۰۱	۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	اجتماعی	۱/۰۴	۱	۱/۰۴	۰/۵۵	۰/۴۷	۰/۰۲	۰/۱۱
	محیطی	۵/۳۹	۱	۵/۳۹	۲/۵۱	۰/۱۲	۰/۰۷	۰/۳۴
دارودرمانی	جسمانی	۱۷۵/۷۰	۱	۱۷۵/۷۰	۴۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰۰
	روان شناختی	۱۵۷/۴۷	۱	۱۵۷/۴۷	۱۶۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰۰
	اجتماعی	۲۹/۹۱	۱	۲۹/۹۱	۱۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۷
	محیطی	۱۳/۶۵	۱	۱۳/۶۵	۶/۳۶	۰/۰۲	۰/۱۶	۰/۶۹

بحث و نتیجه گیری

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 [۲۴]. به نظر می‌رسد بیماری‌های مزمن مانند فشار خون اساسی، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می‌شوند [۹، ۸]. نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهند ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت‌های فراوانی در رژیم غذایی مثل محدودیت در مصرف نمک و چربی‌های اشباع شده، تغییر در نحوه انجام کارهای روزانه و فعالیت‌های ورزشی - تفریحی و غیره در این بیماران می‌شود. در کنار این محدودیت‌ها، عدم درمان قطعی بیماری و لزوم رعایت رژیم غذایی به صورت منظم و طولانی، باعث ایجاد فشار روانی بر بیمار می‌شود که این مسأله می‌تواند بر کیفیت زندگی فرد تأثیر منفی بگذارد [۲۵]. آمار و همکاران (۲۰۰۳)، با طرح این سوال که چرا فشار خون در پیش‌گیری سطح دوم به خوبی کنترل نمی‌شود، به این موضوع مهم تأکید نمودند که فشار خون بالا، از همه رویدادهای مهم زندگی اثر می‌پذیرند و این رویدادها قادرند، کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر خود قرار دهند. آنان بر این اصل مهم تأکید دارند که هر گونه درمان موفقیت‌آمیز در فشار خون بالا، می‌بایست علاوه بر دارودرمانی، بر نقش عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی نیز توجه جدی داشته

باشد و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند [۲۶]. یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری نسبت به دارودرمانی، تغییرات بیش‌تری را در ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی موجب شده است و تغییرات به دست آمده، تا ۳ ماه پس از مداخله نیز در تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران هم‌چنان پایدار مانده است. تحقیقات انجام شده در این زمینه کم و در ایران تحقیق خاصی که به صورت مستقیم به این موضوع پرداخته باشد نادر می‌باشد. یافته‌های به دست آمده با نتایج برخی تحقیقات هم‌سو می‌باشد. کات و همکاران نشان دادند، دارو درمانی فشار خون به تنهایی برای بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران کفایت نمی‌نماید و استفاده از رویکردهای روان‌شناختی در این زمینه ضرورت دارد. اساس این ادعا این است که، بسیاری از بیماران مبتلا به فشار خون اساسی، دارای نشانه‌های واضح بیماری نیستند و مصرف بلند مدت و حتی مادام‌العمر داروهای ضد فشار خون، مانند آنتولول، سیلازآپریل، وراپامیل و پراپرانولول در دراز مدت، نگرش بیمار را نسبت به خودش منفی می‌کنند. 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 بیمارگونه بیمار را از او باز ستانند [۲۷، ۱۰]. درمان شناختی- رفتاری می‌تواند در کنار درمان‌های دارویی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران اثر مثبتی بگذارد. به عنوان شاهدهی بر این مدعا، یکی از

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از سرکار خانم دکتر شهناز شاهرخی به خاطر کمک در نمونه‌گیری و همچنین از مدیریت و کارکنان محترم مرکز تحقیقات قلب و عروق بیمارستان صدیقه طاهره اصفهان به واسطه کمک به اجرای این مطالعه سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع

- [1] WHO. Cause of death. Center for Global. Into Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa C, 2006: 120-140.
- [2] Jekel James F. Katz David L. Epidemiology, biostatistics and preventive medicine. 2Ed, W.B. Saunders Company, 2001: pp:221-223.
- [3] Wang Y. and Wang QJ. The prevalence of prehypertension and hypertension among US adults according to the new joint national committee guidelines: new challenges of the old problem. Arch intern med 2004; 164: 2126-2134.
- [4] Samvat T, Hodjatzadeh A. and Naderi A Z. Guide to diagnosis, evaluation & treatment of hypertension for doctors. Tehran: Seda Publication; 2000: 39-45. (Persian).
- [5] Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Rizzo JL Jr. and 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: 2560-2572.
- [6] Arslantas D, Ayranci U, Unsal A. and Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. Chin Med J 2008; 121: 1524-1531.
- [7] Roccella E, Kaplan N. Interpretation and evaluation of clinical guidelines. In: Izzo JL Jr, Black HR (editors): Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure: Basic Science, Population Science, and Clinical Management. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. pp. 126-127.
- [8] Beto JA. and Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A met analysis of clinical trials. Am J Hypertens 1994; 7: 286-287.
- [9] Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann Int Med, 2005; 7: 29-33.
- [10] Cote I, Grégoire JP. and Moissan J. Health-related quality of life measurement in hypertension. A review of randomized controlled drug trials. Pharmacoeconomics 2000; 18: 435-450.
- [11] Fayers PM, Machine D. Quality of life: Assessment, Analysis, and Interpretation. New York: Wiely, 2000: 25-30.
- [12] World Health Organization. World Health organization quality of life brief introduction, administration and trial version, Scoring, Field Geneva. 1996.
- [13] World Health Organization. Division of Mental Health: Field Trial World Health organization quality of life -100. Geneva, WHO: 2006.
- [14] Christensen BI, KockRow ED. Adult health nursing. St. Louis: Mosby; 1999: 287.
- [15] Rilli J. and L. Assessing and managing chronic heart failure. Prof Nurse 2001; 16: 1112-1115.
- [16] Arslantas D, Ayranci U, Unsal A. and Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. Chin Med J 2008; 121: 1524-1531.
- [17] Degl'Innocenti A, Elmfeldt D, Hofman A, Lithell H, Olofsson B, Skoog I. and et al. Health-related quality of life during treatment of patients with hypertension: results from the Study on

رفتارهای مرتبط با بیماری که درمان موفقیت‌آمیز آن را پیش‌بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد، پای‌بندی بیماران به توصیه‌های درمانی است. اگر چه مردم و پزشکان وقت و انرژی زیادی را صرف اقدامات تشخیصی بیماری می‌نمایند، اما بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به علت خستگی ناشی از درمان طولانی‌مدت و ناامیدی از درمان قطعی، پی‌گیری رژیم درمانی توصیه شده را رها ساخته یا نادیده می‌گیرند. نجمی و همکاران در سال ۱۳۸۶، در پژوهشی با عنوان: اثربخشی درمان روان‌شناختی چند جنبه‌ای بر بهبود پای‌بندی به درمان پزشکی در بیماری دیابت نوع یک، تاثیر درمان‌شناختی - رفتاری را بر رعایت رهنمودهای پزشکی در یکی از بیماری‌های مزمن بررسی نمودند. نتیجه این تحقیق نشان داد که، اقدامات روان‌شناختی، بر فرایند استفاده از خدمات پزشکی از جمله کاهش هزینه‌های درمان، افزایش همکاری بیمار در اجرای برنامه‌های درمانی و پیروی بیمار از دستورالعمل‌های متخصصین اثر مثبت می‌گذارد. نتایج این تحقیق همچنین نشان داد، اجرای مداخله‌های روان‌شناختی با تمرکز بر اصلاح سبک‌های اسنادی، چالش با باورهای غیر منطقی، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت حل مسأله، مراقبه، پس‌خوراند زیستی، تصویرسازی 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 پای‌بندی به توصیه‌ها درمانی نیز کمک می‌نماید [۲۸].

در مجموع، یافته‌های مطالعه حاضر مؤید اثر مثبت مداخله‌ی شناختی - رفتاری بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی است. نتایج این تحقیق، تأکید مجددی بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علوم از جمله علم پزشکی و روان‌شناسی و همکاری توأم روان‌شناسان و متخصصان داخلی و قلب و عروق، به منظور افزایش اثربخشی مداخله‌های درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی می‌باشد.

- [23] Lynn Mc Queen. Quality enhancement research initiative. Health services research and development services; 2002:1.
- [24] Efstratopoulos AD, Voyaki SM, Baltas AA, VratsistasFA, Kirlas DE, Kontoyannis JT. and et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: the Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *Am J Hypertens* 2006; 19: 53-60.
- [25] Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M. and Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *J Hypertens* 2003; 21: 1199-1205.
- [26] Fletcher AE, Bulpitt CJ, Chase DM, Collins WC, Furberg CD, Goggin TK. and et al. Quality of life with three Antihypertensive treatments. Cilazapril, Atenolol, Nifedipine. *Hypertension* 1992; 19: 499-507.
- [27] Najmi B, Ahadi H, Delavar A. and Hashemipoor M. The Effectiveness of Multidimensional Psychological Treatment in Enhancing the Adherence to Medical Treatment in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Behavioral Sciences Research*. 2008; 5: 875-82. 127-136. (Persian).
- Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE). *J Hum Hypertens* 2004; 18: 239-245.
- [18] Efstratopoulos AD, Voyaki SM, Baltas AA, Vratsistas FA, Kirlas DE, Kontoyannis JT. and et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: the Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *Am J Hypertens* 2006; 19: 53-60.
- [19] Beck A.T. Cognitive therapy of depression, treatment of depression: old controversies and new approaches, Raven Press, 1983
- [20] Oreizy H. and Farahani H. Applied Reserch methods in Counseling and Psychology. *Danjeh*. 2007: 319. (Persian).
- [20] Brock D. Quality of Life Measures in Health Care and Medical Ethics. *The Quality of Life*. M. Nussbaum and A. Sen. Oxford, Clarendon Press, 1993.
- [21] Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A. and Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. *A J Applied Sciences*, 2006: 3: 1763-1766.
- [22] Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, and Gandek B. The short form health survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version, *Quality of life j reserch*. 2005: 14: 875-82. (Persian)

Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension

Namat Sotodeh Asl (M.Sc)^{*1}, Hamidtaher Neshat Dost (Ph.D)¹, Mehrdad Kalantery (Ph.D)¹, Hoshang Talebi (Ph.D)², AliReza Khosravi (M.D)³

1 - Dept. of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Isfahan, Isfahan, Iran

2 - Dept. of Statistic, Faculty of Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

3 - Dept. of Cardiology, Faculty of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received: 15 Dec 2009 Accepted: 7 Mar 2010)

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

Materials and Methods: This clinical trial was performed in Heart center of Medical Uuniversity of Isfahan (Iran) between April 2007 and April 2008. 40 Patients with essential hypertension were selected randomly and assigned into 2 groups: experimental group that received cognitive behavioral therapy and control group with drug therapy. All of the patients completed the quality of life and a demographic questionnaire before start of interventions as pre test. The post test was completed after the end of intervention and follow up completed after 4 month later.

Results: Findings showed that cognitive behavioral therapy was more effective than drug therapy on improvement of quality of life in the patients with essential hypertension in post test and follow up.

Conclusion: Cognitive behavioral therapy was effective on improvement of quality of life in the patients with essential hypertension. According to findings of this work, we suggest that team work approach consist of psychologists and heart professional can be useful for treatment of quality of life in the patients with essential hypertension.

Key words: Cognitive behavioral therapy, Drug therapy, Life quality, Essential hypertension

* Corresponding author: Fax: +98 9125315850; Tel: +98 9125315850
sotodeh1@yahoo.com