

## تاثیر شناخت‌درمانی بر سلامت روان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

محسن تقدسی<sup>۱</sup>، فهیمه روح‌الله<sup>۳</sup>، محمد آجاجانی<sup>۴\*</sup>، فریبا رایگان<sup>۵</sup>

### خلاصه:

سابقه و هدف: مبتلایان به نارسایی قلبی در معرض خطر مشکلات روانی از قبیل اضطراب و افسردگی هستند که می‌تواند منجر به ایجاد محدودیت‌هایی در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی و وابستگی افراد شود. یکی از درمان‌های مطرح برای بهبود این مشکلات، شناخت‌درمانی است. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر شناخت‌درمانی بر سلامت روان این بیماران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری شده در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۹۱ انجام شد. نمونه‌گیری به‌صورت مستمر بود و سپس ۶۶ نفر به‌صورت تصادفی به دو گروه تخصیص داده شدند. گروه مداخله (۳۳ نفر) طی ۱ ماه ۸ جلسه شناخت‌درمانی و گروه کنترل (۳۳ نفر) مراقبت‌های معمول قلبی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ جمع‌آوری شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: آزمون t مستقل تفاوت معنی‌داری را بین سلامت روان در شروع مطالعه بین دو گروه نشان نداد، اما پس از پایان مطالعه تفاوت معنی‌داری بین سلامت روان بین دو گروه مداخله (۵۱/۵۶±۵/۴۱) و کنترل (۶۲/۲۳±۹/۳۲) مشاهده شد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). بین سلامت روان قبل (۵۸/۱۶±۱۰/۹۹) و بعد (۵۱/۵۶±۵/۴۱) از شناخت‌درمانی در گروه مداخله نیز تفاوت معنی‌دار دیده شد ( $P = ۰/۰۰۳$ ), در حالی که در گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نبود ( $P = ۰/۲۷$ ).

نتیجه‌گیری: شناخت‌درمانی منجر به بهبودی سلامت روان مبتلایان به نارسایی قلبی می‌شود. لذا، توصیه می‌شود به‌عنوان یک درمان مکمل توسط پرستاران در کنار سایر مراقبت‌ها برای این بیماران ارائه گردد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، شناخت‌درمانی، نارسایی قلبی

دو ماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض، دوره هجدهم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۳، صفحات ۵۹-۵۲

### مقدمه

بر اساس آمار به‌دست آمده از انجمن قلب و عروق آمریکا سالانه حدود سی هزار بیمار به‌دلیل عوارض ناشی از نارسایی قلب، جان خود را از دست می‌دهند [۴]. این بیماری با ایجاد عوامل تنش‌زای جسمی و روانی مختلف چون درد، فقدان سلامتی، از دست دادن شغل، محرومیت حسی، احساس مرگ قریب الوقوع و درجات متفاوتی از واکنش‌های روانی نظیر ناامیدی، خستگی و وحشت، موجب احساس بی‌ارزشی و کاهش اعتماد به نفس در بیمار می‌شود [۶، ۵]. به‌علت طول مدت و شدت این بیماری، ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و سلامت روان این بیماران، دست‌خوش تغییرات فراوانی می‌گردد [۷]. این تغییرات بیمار را در معرض خطر بیماری‌های روانی مثل اضطراب و افسردگی قرار می‌دهد [۸]. شیوع افسردگی در بین بیماران مبتلا به نارسایی قلبی از ۱۵ تا ۳۶ درصد متفاوت بوده و حتی تا ۷۷/۵ درصد نیز گزارش شده است. هم‌چنین، ۴۰ درصد این بیماران ممکن است دچار اختلالات اضطرابی شوند. مطالعات نشان داده‌اند که سطح کلی اضطراب این بیماران ۶۰ درصد بیشتر از افراد سالم است. همراهی اضطراب و افسردگی با یک بیماری مزمن نظیر نارسایی قلبی، باعث افزایش مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش نیاز به استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌ها می‌شود [۹-۱۱]. هم‌چنین، این اختلالات منجر به عدم تحمل فعالیت شده و باعث می‌-

بیماری‌های قلبی - عروقی، علت عمده ناتوانی و مرگ میر در کشورهای مختلف جهان بوده و با وجود ابداع روش‌های مختلف درمانی، هنوز دارای شیوع بالایی هستند [۱]. بیش از ۲۵ درصد از بیماران بستری در بخش‌های داخلی و قلب بیمارستان‌ها مبتلایان به نارسایی قلبی می‌باشند [۲]. آمارها نشان می‌دهند که به ازاء هر یک‌هزار نفر، ۱۰۰ نفر در سن بالای ۶۵ سال دچار نارسایی قلبی هستند و شیوع آن به‌دلیل افزایش سن، کاهش مرگ و میر و پیشرفت‌های اخیر در درمان انفارکتوس میوکارد و بیماری‌های مادرزادی قلبی رو به افزایش است [۳].

<sup>۱</sup> مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان  
<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس  
<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان  
<sup>۴</sup> مربی، گروه پرستاری مدیریت و بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان  
<sup>۵</sup> استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

### \* نشانی نویسنده مسئول:

دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی

دوره نویس: ۵۵۵۳۳۶۶ ۰۳۶۱

تلفن: ۵۵۵۰۰۲۱ ۰۳۶۱

پست الکترونیک: aghajani\_m@kaums.ac.ir

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۲/۹/۳

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۵

حمایت‌های روانی-اجتماعی موثرتری را نسبت به سایر اعضای تیم درمان ارائه دهند [۳۰]. بنابراین، با توجه به نتایج متفاوت و متناقض در زمینه شناخت‌درمانی و مشکلات روان‌شناختی این بیماران و نیز نقش مهم مراقبتی پرستاران، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر شناخت‌درمانی بر سلامت روان بیماران با نارسایی قلبی انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی یک‌سو کور است است که بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلب بستری در بیمارستان شهید بهشتی کاشان طی سال ۱۳۹۱ انجام شده است. حجم نمونه بر اساس مطالعه مشابه [۳۱]، با اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد، ۳۰ نفر تعیین شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۳۳ نفر تعیین گردید. نمونه‌گیری به صورت مستمر بود و معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ۶۵-۲۱ سال؛ EF پایین‌تر از ۴۰ درصد (کلاس ۲ و ۳ نارسایی قلبی) در اکوکاردیو-گرافی؛ گذشت حداقل ۲ ماه از زمان تشخیص نارسایی قلب؛ توانایی صحبت کردن و سواد خواندن و نوشتن؛ قبلاً آموزش رسمی در زمینه شناخت‌درمانی دریافت نکرده باشند؛ نداشتن مشکلات شناختی شناخته شده از جمله آلزایمر، سکته مغزی، و حمله گذرای مغزی، نداشتن اختلال شنوایی و بینایی که مانع از برقراری ارتباط شود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: فوت بیمار در طول مطالعه؛ عدم همکاری بیمار؛ عدم پیگیری برنامه؛ ابتلا به مشکلات عصبی-شناختی و ابتلا به اختلالات شنوایی و بینایی که مانع از برقراری ارتباط می‌شود؛ پیشرفت بیماری به سمت فراحل انتهایی و ایجاد افسردگی شدید حین مطالعه. معیارهای اخلاقی بر اساس معاهده هلسینکی رعایت شد و مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه قرار گرفت. پس از توضیح اهداف و کسب رضایت آگاهانه بیماران براساس تخصیص تصادفی بلوکی به ۲ گروه ۳۳ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه اطلاعات فردی- اجتماعی (۵ سوال) و سلامت روان Goldberg بود که در شروع مطالعه توسط کلیه بیماران تکمیل شد. در صورت نیاز، پرسش‌ها توسط محقق برای بیمار خوانده و توضیح داده می‌شد و جواب ثبت می‌گردید. پرسشنامه GHQ وضعیت سلامت روان فرد را در چهار هفته اخیر مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه اولین بار توسط Goldberg تنظیم گردید و دارای ۲۸ سوال به شکل لیکرت می‌باشد و شامل ۴ حیطه نشانه‌های جسمی (سوال ۱ تا ۷)؛ اضطراب (سوال ۸-۱۴)؛ کارکرد اجتماعی (سوال ۱۵-۲۱) و

شود بیمار استقلال خود را در انجام فعالیت‌های معمول زندگی از دست داده و در امر مراقبت از خود به دیگران وابسته شود [۱۲]. پیامد اصلی این وابستگی عملکرد مختل و ایجاد محدودیت‌هایی در وظایف شغلی، خانوادگی و اجتماعی است که در نهایت سبب اختلال در سلامت روان و انزوای اجتماعی بیمار می‌شود [۱۴، ۱۳]. به‌علاوه، با توجه به پیشرفت‌های اخیر که در درمان و افزایش طول عمر بیماران نارسایی قلبی رخ داده، سلامت روان آنها بیش از پیش مورد توجه مراقبین بهداشتی از جمله پرستاران قرار گرفته است [۱۶، ۱۵]. در حال حاضر اساس درمان نارسایی قلب درمان‌های دارویی و غیر دارویی است. اصولاً درمان‌های غیر دارویی در این بیماران در جهت حذف عوامل زمینه‌ای و تغییرات سبک زندگی می‌باشد [۱۷]. از جمله درمان‌های غیر دارویی به‌ویژه برای مشکلات روان‌شناختی، شناخت‌درمانی است. شناخت‌درمانی یک مداخله رفتاری بر اساس مدل شناختی است که هدف اصلی آن تغییر مسیر احساسات و رفتارها است. نقش درمان‌گر در شناخت‌درمانی، توسعه همکاری، ایجاد ارتباط درمانی و آموزش به بیمار در جهت استقلال است، تا بیمار بتواند به‌عنوان یک درمان‌گر در درمان خود ایفای نقش کند. همچنین، بیمار آموزش می‌بیند تا افکار مختل خود را شناسایی کرده و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد [۱۸]. در مجموع این درمان فرآیند تدریجی است که به فرد کمک می‌کند گام به گام به سمت تغییر رفتار حرکت نماید [۲۱-۱۹]. تاثیر شناخت‌درمانی در مطالعات مختلف متناقض گزارش شده است. برخی از مطالعات تاثیر آن را در بهبود علائم و کاهش افسردگی بیماران قلبی و دیابتی مثبت گزارش کرده‌اند [۲۴-۲۲]. در حالی که برخی مطالعات دیگر گزارش کرده‌اند که تاثیر شناخت‌درمانی بر افسردگی بیماران قلبی و دیابتی از نظر آماری معنی‌دار نبوده است [۲۸-۲۵]. از طرفی مطالعات در زمینه بررسی تاثیر شناخت‌درمانی در بیماری‌های قلبی به‌ویژه نارسایی قلبی محدود است. Dekker و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای را با هدف تاثیر شناخت‌درمانی بر عواقب بیماران نارسایی قلبی انجام دادند. نتایج حاکی از تاثیر مثبت شناخت‌درمانی بر کاهش افکار منفی، افسردگی، بستری مجدد در بیمارستان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران بود. البته این مطالعه محدودیت‌هایی از جمله تعداد محدود نمونه و مدت زمان کوتاه مداخله را داشت [۲۹]. بیماران نارسایی قلبی با مشکلات عدیده روان‌شناختی روبرو هستند و ارائه راه-کارهای مناسب مراقبتی از سوی آنها امری ضروری است. از آنجا که پرستاران نقش مهمی در فراهم آوردن حمایت‌های عملی و ارتقاء سطح سلامت روان بیماران مبتلا به نارسایی قلب دارند و به‌علت پیوندهای عاطفی قوی‌تری که با بیماران دارند، می‌توانند

افسردگی (سوال ۲۲-۲۸) است. امتیاز این پرسشنامه ۲۸ تا ۱۱۲ است که نمره بالاتر وضعیت بدتر و نمره پایین تر وضعیت مطلوب تر را گزارش می کند. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد شده است که روایی و پایایی نسخه فارسی آن در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است [۳۳،۳۲]. مولوی روایی آن را به شیوه هم-زمان با پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (۳۰/۹۱) مورد تایید قرار داده و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹ گزارش کرده است [۳۴]. گروه مداخله تحت شناخت درمانی [۲۹] و گروه کنترل تحت مراقبت های معمول قلبی قرار گرفت [۳۵]. مداخله شناخت-درمانی توسط روان پرستار و پرستار آموزش دیده در کلاس آموزشی در بیمارستان اجرا شد. محتوای آموزشی شناخت درمانی در این مطالعه بر اساس شناخت درمانی Beck و شناخت درمانی بیماران نارسای قلب در مطالعه Dekker و همکاران (۲۰۱۱) می باشد [۲۹]. مداخله شامل ۶ گام در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت انفرادی (گام دوم و ششم) و گروهی بود (کادر ۱-۱).

کادر ۱-۱- مراحل انجام شناخت درمانی در گروه مداخله

#### گام اول

سلامت روان و نارسای قلب: شرح علائم افسردگی، اضطراب و بیان این که مسائل مربوط به روان یک مشکل معمول در بیماران با نارسای قلب است. توصیف ارتباط بین اختلالات روان با نارسای قلب و پیامدهای ناشی از آن؛ شرح ارتباط و تاثیر کیفیت زندگی در فرایند بهبودی یا وخامت علائم ناشی از اختلال نارسای قلبی. اخبار بد: افسردگی و اضطراب برای قلب مضر است. اخبار خوب: درمان برای افسردگی و اضطراب وجود دارد. سوال مورد بحث در این گام: آیا هریک از علائم افسردگی، اضطراب برای بیمار آشنا هست یا نه؟

#### گام دوم

افکار، احساسات و رفتارها: ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارها نشان داده می شود.

در این گام گفته می شود که افکار می تواند اشتباه و منفی باشد و این افکار ارتباط با احساسات دردناک و رفتارهای منفی ناشی از اختلال روان چون افسردگی و اضطراب باشد.

بیمار دو داستان از زندگی واقعی خود را بیان کرده و به بیمار ارتباط میان یک واقعت پر استرس و افکار منفی، احساسات و رفتارها نشان داده می شود.

سوال بحث برانگیز: آیا این داستانها برای بیمار آشنا است؟ آیا بیمار می داند که چگونه افکار منفی بیمار منجر به احساسات دردناک و رفتارهای منفی می شود؟

#### گام سوم

داستان شما: مرحله تعاملی: بیمار وضعیت پر استرس اخیر خود را شرح می دهد.

سوال بحث انگیز: شناخت این که چه نوع از افکار از ذهن بیمار می گذرد؟ این افکار چه احساساتی برای بیمار ایجاد کرده است؟ آیا بیمار به هریک از این رفتارها توجه دارد؟

#### گام چهارم

توقف فکر: متوجه کردن بیمار به این موضوع که چه فکر منفی را دارد. به بیمار گفته می شود زمانی که فکر منفی به ذهن اش خطور کرد دو دست را محکم بهم زده و بگوید (ایست). به بیمار گفته می شود که به کمک توقف فکر از احساسات دردناک و افکار منفی رهایی می یابد.

جزء تعاملی: بیمار به کمک پرستار تمرین توقف فکر را انجام می دهد.

#### گام پنجم

جملات تاکیدی مثبت: یک عبارت ساده و کوتاه است که نشان می دهد چگونه زندگی بسیار زیبا می شود. در این گام استفاده از عبارت های مثبت به بیمار آموزش داده می شود. در این مرحله از باورهای مذهبی بیمار در ساخت جملات تاکیدی مثبت استفاده می شود.

مرحله تعاملی: پرستار معمولاً از ۳ یا ۴ عبارت آغاز کرده و آنها را به صورت روشن و شفاف نوشته و به بیمار آموزش می دهد در مکان هایی چون منزل که بیمار در آنجا بسیار رفت و آمد دارد، بچسباند.

#### گام ششم

کار در خانه: تمرین توقف فکر هر زمان که بیمار فکر منفی داشت یکی از تمرین های اصلی این گام است و استفاده و نصب جملات زیبا در مکان هایی که بیمار با آنها در تماس است و به کار گیری حداقل ۲ فکر مثبت برای هر فکر منفی.

محتوای آموزشی بر اساس محتوای شناخت درمانی بیماران نارسای قلب در مطالعه Dekker و همکاران انجام گردید [۲۹]. برای جلسات شناخت درمانی طی جلسه اول، اعضای گروه باهم آشنا شده و قوانین و اهداف کار تنظیم گردید، سپس طی جلسات بعدی با بیان نیازها و مشکلات افراد به سوالات آنان در مورد بیماری و عوارض آن و داروهای مورد استفاده پاسخ داده شد که به منظور افزایش اطلاعات و آگاهی بیماران درباره نارسای قلبی و بیان احساسات و نگرانی آنها بود. موضوعات جلسات بعدی شامل موارد زیر بود: ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارها و این که

## نتایج

در گروه مداخله ۳ نفر (۱ نفر به علت فوت، ۱ نفر به علت عدم همکاری، و ۱ نفر به علت عدم پیگیری جلسات) و در گروه کنترل نیز ۳ نفر (۲ نفر به علت فوت و ۱ نفر به علت عدم همکاری) حذف شدند و تجزیه و تحلیل روی بقیه بیماران صورت گرفت. دو گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای چون جنس، سن و ... مورد مقایسه قرار گرفتند و از این نظر تفاوت معنی‌دار آماری نداشتند (جدول شماره ۱). آزمون  $t$  مستقل تفاوت معنی‌داری را بین سلامت روان و حیطه‌های آن شامل اضطراب، وضعیت اجتماعی، نشانه‌های جسمانی و افسردگی در شروع مطالعه بین دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد، اما پس از پایان مطالعه تفاوت معنی‌داری بین سلامت روان و تمامی حیطه‌های آن بین دو گروه مداخله و کنترل یافت شد ( $P < 0/0001$ ) (جدول شماره ۲). به علاوه، آزمون  $t$  زوجی تفاوت معنی‌داری بین سلامت روان قبل ( $58/16 \pm 10/99$ ) و بعد ( $51/56 \pm 5/41$ ) از شناخت‌درمانی در گروه مداخله نشان داد ( $P = 0/003$ )، در حالی‌که در گروه کنترل در شروع و پایان مطالعه تفاوت معنی‌داری یافت نشد ( $P = 0/27$ ) (جدول شماره ۳). هم‌چنین، آزمون کوواریانس با حذف اثر میزان سلامت روان قبل در گروه‌ها، ارتباط معنی‌داری دیده شد ( $P < 0/0001$ ).

چگونه افکار منفی، احساسات و رفتارهای دردناک و نادرست را ایجاد می‌کند، آموزش نحوه تحلیل افکار به بیماران، آموزش نحوه تفکر مسئله‌ساز به آن‌ها، نحوه تغییر دادن روش‌های فکری نادرست، تمرین آرمیدگی، آموزش روش تنبیه خود و خودپاداش-دهی، آموزش تکنیک‌های توقف افکار، جایگزینی افکار و تقویت مثبت به همراه تکلیف‌های در منزل [۳۱]. هم‌چنین، در طی دوره مداخله محقق جهت پی‌گیری انجام تکالیف درمان‌گر برای پاسخ به سوالات، یک تماس تلفنی ۱۰-۵ دقیقه‌ای با بیماران داشت. هم‌چنین، این بیماران مراقبت‌های معمول بیماران قلبی را دریافت کردند، اما بیماران در گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول را براساس استانداردهای مراقبتی انجمن قلب آمریکا (۲۰۰۱) دریافت نمودند [۳۵]. پس از پایان مطالعه ابزار مطالعه مجدداً توسط همکار محقق که اطلاعی از نوع مداخله گروه‌ها نداشت، در گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و  $t$  مستقل یکسان بودن گروه‌ها از نظر متغیرهای زمینه‌ای بررسی شد و به‌منظور مقایسه دو گروه از نظر میانگین و انحراف معیار نمره سلامت روان از آزمون  $t$  مستقل و مقایسه گروه‌ها قبل و پس از مداخله از  $t$  زوجی و برای حذف اثر میزان سلامت روان قبل از آزمون کوواریانس در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۴ استفاده شد. سطح معنی‌داری در این پژوهش کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱- وضعیت واحدهای مورد پژوهش از نظر متغیرهای زمینه‌ای به تفکیک در دو گروه مورد مطالعه

| متغیر مورد سنجش                      | گروه مداخله<br>n=۳۰ |              | گروه کنترل<br>n=۳۰ |              |
|--------------------------------------|---------------------|--------------|--------------------|--------------|
|                                      | تعداد (درصد)        | تعداد (درصد) | تعداد (درصد)       | تعداد (درصد) |
| جنس                                  | زن                  | ۱۷ (۵۶/۷)    | ۱۷ (۵۶/۷)          |              |
|                                      | مرد                 | ۱۳ (۴۳/۳)    | ۱۳ (۴۳/۳)          | *۱           |
| مشکل اصلی                            | تنگی نفس            | ۱۲ (۴۰)      | ۱۴ (۴۶/۷)          |              |
|                                      | درد قفسه سینه       | ۱۸ (۶۰)      | ۱۶ (۵۳/۳)          | *۰/۴۵        |
| سیگاری بودن                          | بلی                 | ۸ (۲۶/۷)     | ۹ (۳۰)             | *۱           |
|                                      | خیر                 | ۲۲ (۷۳/۳)    | ۲۱ (۷۰)            |              |
| تاریخچه بیماری‌های قلبی              | تعویض دریچه         | ۶ (۲۰/۷)     | ۱۰ (۴۰)            |              |
|                                      | ایسکمی قلبی         | ۱۰ (۳۴/۵)    | ۴ (۱۶)             | **۰/۹۷       |
|                                      | فشار خون            | ۱۳ (۴۴/۸)    | ۱۱ (۴۴)            |              |
| سن (انحراف معیار± میانگین)           | ۵۹/۲۶±۹/۸۱          | ۵۹/۲۶±۹/۸۱   | ۵۲/۴۶±۱۴/۳۸        | ***۰/۲۹      |
| کسر تخلیه‌ای (انحراف معیار± میانگین) | ۲۸/۸۳±۸/۹۷          | ۲۸/۸۳±۸/۹۷   | ۲۶/۶۶±۸/۵          | ***۰/۱       |

t-test\*\* Exact Fisher\*

جدول شماره ۲- مقایسه نمره سلامت روان و حیطه‌های آن بین دو گروه در قبل و بعد از مداخله

| نتیجه آزمون  | پایان مطالعه     |                  | نتیجه آزمون | شروع مطالعه      |                   | سلامت روان و حیطه‌های آن |
|--------------|------------------|------------------|-------------|------------------|-------------------|--------------------------|
|              | کنترل            | مداخله           |             | کنترل            | مداخله            |                          |
| $P < 0.0001$ | $15/17 \pm 3/96$ | $12/05 \pm 2/08$ | $P = 1$     | $15/13 \pm 3/70$ | $15/13 \pm 4/73$  | نشانه‌های جسمانی         |
| $P < 0.0001$ | $18/46 \pm 5/25$ | $11/76 \pm 2/7$  | $P = 0.43$  | $16/8 \pm 4/2$   | $15/96 \pm 4/2$   | اضطراب                   |
| $P < 0.0001$ | $14/06 \pm 4/75$ | $18/03 \pm 5/19$ | $P = 0.11$  | $12/9 \pm 4/04$  | $14/73 \pm 4/29$  | وضعیت اجتماعی            |
| $P < 0.0001$ | $14 \pm 5/83$    | $8/93 \pm 1/91$  | $P = 0.12$  | $14/73 \pm 5/78$ | $12/43 \pm 5/11$  | افسردگی                  |
| $P < 0.0001$ | $62/23 \pm 9/32$ | $51/56 \pm 5/41$ | $P = 0.26$  | $61/16 \pm 9/57$ | $58/16 \pm 10/99$ | نمره کل سلامت روان       |

جدول شماره ۳- مقایسه نمره کلی سلامت روان در قبل و بعد از مداخله در هر گروه

| نتیجه آزمون | کنترل            |                  | نتیجه آزمون | مداخله           |                   | سلامت روان |
|-------------|------------------|------------------|-------------|------------------|-------------------|------------|
|             | $\bar{X} \pm SD$ |                  |             | $\bar{X} \pm SD$ |                   |            |
|             | قبل              | بعد              |             | قبل              | بعد               |            |
| $P = 0.27$  | $62/23 \pm 9/32$ | $61/16 \pm 9/57$ | $P = 0.003$ | $51/56 \pm 5/41$ | $58/16 \pm 10/99$ |            |

شناخت‌درمانی باعث تغییر در افکار و نگرش‌ها و کاهش افکار معیوب می‌شود که سهم زیادی را در سلامت روان ایفا می‌کند [۴۴، ۴۳]. از طرف دیگر نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی نتیجه معنی‌داری را در بیماران به دنبال نداشته است که می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع بیماری، تعداد جلسات و شدت اضطراب و افسردگی افراد مورد مطالعه باشد [۲۸-۲۵]. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی بیماران بستری مبتلا به نارسایی قلبی انجام شد، پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای با همین ساختار بر روی بیماران سرپایی انجام گردد. همچنین، مطالعاتی به تفکیک گروه‌های جنسی و سنی در بیماران صورت بگیرد. با توجه به تاثیر مثبت شناخت‌درمانی بر سلامت روان بیماران پیشنهاد می‌گردد که دانشگاه‌ها دوره‌های آموزشی را برای پرستاران به‌خصوص پرستاران بالینی برگزار نمایند تا پرستاران بتوانند این مداخله را در کنار سایر مراقبت‌های پرستاری به کار گیرند. لازم است مدیران بیمارستانی محیطی را برای انجام مداخلات غیر دارویی توسط تیم درمانی مثل شناخت‌درمانی در نظر بگیرند. مطالعات دیگر برای بررسی تاثیر این مداخله در سایر بیماری‌های قلبی و بیماری‌های مزمن ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به شرایط فرهنگی حاکم در جامعه ایرانی پیشنهاد می‌شود در چیدمان گروه‌ها برای انجام مداخله جنسیت لحاظ گردد تا بیماران بتوانند مسائل خود را راحت بازگو نمایند.

#### نتیجه‌گیری

شناخت‌درمانی باعث بهبود سلامت روان و ابعاد جسمی، روانی بیماران نارسایی قلبی می‌شود. بنابراین، شناخت‌درمانی می-

#### بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که شناخت‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و اضطراب و در نتیجه بهبود در سلامت روان می‌شود [۳۷، ۳۶]. نتایج مطالعات پیشین نشان داده است که مداخلات روان‌درمانی از جمله شناخت‌درمانی به‌میزان قابل توجهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شده و تا چندین ماه پس از پایان مداخله این اثرات هم‌چنان وجود دارد [۳۸، ۳۷]. Wojtyna و همکاران (۲۰۰۷) تحقیقی را با هدف بررسی تاثیر شناخت‌درمانی بر کیفیت زندگی و اعتماد به نفس زنان مبتلا به سرطان پستان انجام دادند. نتایج مطالعه ایشان بیان‌گر افزایش معنی‌دار در اعتماد به نفس و بهبودی در سلامت روان گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بود [۴۰]. هم‌چنین، Solgi و همکاران اذعان می‌دارند که شناخت‌درمانی تا حد قابل ملاحظه‌ای بر افسردگی و هیجانات مبتلابان به اسکروز متعدد موثر بوده و سبب بهبودی آنان می‌شود [۴۱]. Simpson و همکاران نیز دریافتند که شناخت‌درمانی می‌تواند باعث بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته پستان شود؛ بدین صورت که پس از شناخت‌درمانی میزان افسردگی و اختلالات خلقی کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند [۴۲]. نتایج مطالعه Dekker و همکاران روی بیماران نارسایی قلبی حاکی از تاثیر مثبت شناخت‌درمانی بر کاهش افکار منفی، افسردگی، بستری مجدد در بیمارستان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران بود [۲۹]. نتایج مطالعات پیشین هم‌سو با یافته‌های مطالعه حاضر است. به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی با تغییر در روش زندگی، پذیرش مسئولیت مراقبت، تغییر نقش‌ها و تغییر در الگوی اجتماعی تاثیر قابل ملاحظه‌ای در واکنش‌های روانی افراد می‌گذارد [۳۹]. هم‌چنین،

دانشگاه علوم پزشکی کاشان می‌باشد. بدین‌وسیله از مسئولان محترم دانشگاه، مسئولان و کارکنان بیمارستان شهید بهشتی و کلیه همکاران و بیماران عزیزی که در این پژوهش شرکت نموده و ما را یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

تواند به‌عنوان یک درمان مکمل توسط پرستاران در کنار سایر مداخلات پرستاری برای مبتلایان نارسایی قلب به‌کار گرفته شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد و طرح تحقیقاتی ۹۱۸۹ مصوب معاونت پژوهشی

### References:

- [1] Gasiorowski A, Dutkiewicz J. Comprehensive rehabilitation in chronic heart failure. *Ann Agric Environ Med* 2013; 20(3): 606-12.
- [2] Lewis BS, Karkabi B, Jaffe R, Yuval R, Flugelman MY, Halon DA. Anemia and heart failure statement of the problem. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20 Suppl 7: 3-6.
- [3] Albackr HB, Alhabib KF, Ullah A, Alfaleh H, Hersi A, Alshaer F, et al. Prevalence and prognosis of congestive heart failure in Saudi patients admitted with acute coronary syndrome (from SPACE registry). *Coron Artery Dis* 2013; 24(7): 596-601.
- [4] Minasian AG, van den Elshout FJ, Dekhuijzen PN, Vos PJ, Willems FF, van den Bergh PJ, et al. COPD in chronic heart failure. *Heart Lung* 2013; 42(5): 365-71.
- [5] Feola M, Garnero S, Vallauri P, Salvatico L, Vado A, Leto L, et al. Relationship between Cognitive Function, Depression/Anxiety and Functional Parameters in Patients Admitted for Congestive Heart Failure. *Open Cardiovasc Med J* 2013; 7: 54-60.
- [6] Ketterer MW, Draus C, McCord J, Mossallam U, Hudson M. Behavioral Factors and Hospital Admissions/Readmissions in Patients with CHF. *Psychosomatics* 2013; pii: S0033-3182(13)00134-5.
- [7] Halmo R, Galuszka J, Langova K, Galuszkova D. Self care in patients with chronic heart failure. Pilot study - self care includes problems. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2013 Jun 12.
- [8] Reigel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on self care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 24(6): 485.
- [9] Sullivan MJ, Wood L, Terry J, Brantley J, Charles A, McGee V, et al. A mindfulness-based psycho educational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *Am Heart J* 2009; 157(1): 84-90.
- [10] Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morely M, Burns A, et al. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care Model for management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 2007; 57(538): 364-70.
- [11] Sullivan G, Craske MG, Shurbourne C, Edlund MJ, Rose RD, Golinelli D, et al. Design of Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) study: innovations in collaborative care for anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29(5): 379-87.
- [12] Heidenreich PA, Spertus JA, Jones PG, Weintraub WS, Rumsfeld JS, Rathore SS, et al. Health status identifies heart failure outpatients at risk for hospitalization or death. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47(4): 752-6.
- [13] Dunderdale K, Thompson DR, Miles JN, Beer SF, Furze G. Quality of life measurement in chronic heart failure do we take account of patient's perspective? *Euro J Heart Fail* 2005; 7(4): 572-820.
- [14] Molloy GJ, Johnston DW, Witham MD. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. *Euro J Heart Fail* 2005; 7: 592-603.
- [15] Koenig HG. Depression outcome in in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2006; 166(9): 991-6.
- [16] Radcliffe AM, Lumley MA, Kendall J, Stevenson JK, Beltran J. Written emotional disclosure. *J Soc Clin Psychol* 2010; 26(3): 362-84.
- [17] Hussaini S. Basic principles of mental health planning in Islamic schools. *Razavi Publication* 2007; 2(1): 8-11. [in Persian]
- [18] Dekker RL, Lennie TA, Peden AR, Chung ML, Wu JR, Moser DK. Negative thinking a modifiable target for the treatment of depressive symptoms in patients with heart failure. *Circulation* 2008; 118(S): 976.
- [19] Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. Living with depressive symptoms in Patients with heart failure. *Am J Crit Care* 2009; 18(4): 310-8.
- [20] Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(9): 953-9.
- [21] Peden AR, Hall LA, Rayens MK, Beebe LL. Reducing negative thinking and depressive symptoms in college women. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32(2): 145-51.
- [22] Beckmann LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social

- support on clinical events of myocardial Infarction. *JAMA* 2003; 289(23): 3106-16.
- [23] Lust man PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. *Ann Intern Med* 1998; 129(8): 613-21.
- [24] Davazdah Emamy MH, Roshan R, Mehrabi A. The effectiveness of cognitive Behavioral stress management training on Glycemic control and depression in patients with type 2 Diabetes. *Services Endocrine Metabolism Res Center* 2009; 14(2): 385-92. [in Persian]
- [25] Black JL, Allison TG, Williams DE, Rummans TA, Gau Gt. Effect of intervention for psychological distress on re hospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. *Psychosomatics* 1998; 39(2): 134-43.
- [26] Snoek FJ, Vander van NC, Twis JW, Hogenelst MH, Tromp-Wever AM, Van der ploeg HM, et al. cognitive behavioral therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled type 1 diabetes patients. *Diabet Med* 2008; 25(11): 1337-42.
- [27] Hamid N. Muscle relaxation and cognitive therapy affect on patient's myocardial infarction anxiety in hospital Ahvaz. *Hormozgan Med J* 2007; (1): 33-9. [in Persian]
- [28] Ismail K, Thomas SM, Maissi E, Chalder T, Schmidt U, Bartlett J. Motivational enhancement therapy with and without cognitive behavior therapy to treat type 1 diabetes. *Ann Intern Med* 2008; 149(10): 708-19. [in Persian]
- [29] Dekker RL, Moser DK, Peden AR, Lennie TA. Cognitive therapy improves three-month outcomes in hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail* 2011; 18(1): 1-11.
- [30] Azadi F, Mohammadi E. Effect of using partnerships care model on quality of life in Coronary artery disease patients. *Iran J Nurs Res* 2006; 1(2): 23-9. [in Persian]
- [31] Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, Bostrom A, Epstein L. Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 942-9.
- [32] Saatchi M, Askarian M. Psychological tests. Publication editing. 2010; 1(1): 2-10. [in Persian]
- [33] Fathi Ashtiani A. Psychological Tests- Personality and Mental Health Evaluation. Beast Press; 2010. [in Persian]
- [34] Molavi H. Validity factor structure and reliability of the Farsi version of general health questionnaire 28 In Iranian students. *J Psychological Res* 2004; (17): 3-40. [in Persian]
- [35] Hunt SA, Baker DW, Chin MH, Cinquegrani MP, Feldman AM, Francis GS, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol* 2001; 38(7): 2101-13.
- [36] Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaul den LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001; 161(15): 1849-56.
- [37] Strik JJ, Honig A, Maes M. Depression and myocardial infarction relationship between heart and mind. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001; 25(4): 879-92.
- [38] Regal S, Roberts D. Mental Health Liaison. Edinburgh. *Bailliere Tindall* 2002; 12(2): 1-5.
- [39] Peterson C, Maier SF, Seligman MEP. A theory for the age of personal control. Oxford University Press; 1993. p. 1-4.
- [40] Wojtyna E, Życińska J, Stawiarska P. The influence of cognitive behavioral therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Rep Pract Oncol Radiother* 2007; 12(2): 109-17.
- [41] Solgi Z, Hashemian K, Saedipur B. Cognitive therapy effect in decrease depression in AIDS patients. *Psychol Study* 2007; 3(4): 1-2. [in Persian]
- [42] Simpson JS, Carlson LE, Etrew ME. Effect of group therapy for breast cancer on health carutilization. *Cancer Pract* 2001; 9(1): 19-34.
- [43] Carney RM, Freedland KE, Stein PK, Skala JA, Hoffman P, Jaffe AS. Change in heart variability during treatment for depression in patient with coronary heart disease. *Psychosom Med* 2000; 62(5): 639-47.
- [44] Chi Chester JW. Treating anxiety and stress, a group psycho-educational approach using. *Wiley* 2000; (2): 48.