

## مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life in the Patients with Essential Hypertension

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۹

Sotodeh-Asl, N.\* M. A., Neshat-Dust, H. T. Ph. D., Kalantari, M. Ph. D., Talebi, H. Ph. D., Khosravi, A.R. M. D.

نعمت ستوده اصل\*، حمید طاهر نشاط دوست\*، مهرداد کلاتری\*، هوشنگ طالبی\*، علیرضا خسروی\*\*\*

### چکیده

### Abstract

**Introduction:** Essential Hypertension is the third cause of death and one of the most important causes of chronic disability in the world that its course can be chronic and progressive quality of life of patients in different aspects of their affect. The purpose of present study is to determine the effect of Hope Therapy and Drug Therapy on improvement of Quality of Life in the patients with Essential Hypertension.

**Method:** The present research is a quasi-experimental study that performed in Heart center of Medical University of Isfahan between April 2007 and April 2008. 40 Patients with Essential Hypertension were assigned in 2 groups as experimental group who received Hope Therapy and control group with Drug Therapy. Data were collected in this study by demographic questionnaire and short form of quality of life questionnaire. Questionnaire were completed by both groups in three stages before, after and three months after the intervention (follow-up phase) then analyzed.

**Results:** Results showed that Hope 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 phase.

**Conclusion:** Hope Therapy is effective on improvement of Quality of Life in the patients with Essential Hypertension. The results suggest a team work approach consist of Psychologists and Heart Professional can be useful for treatment of Quality of Life in the patients with Essential Hypertension.

**Keywords:** Hope Therapy, Drug Therapy, Quality of Life, Essential Hypertension

**مقدمه:** فشارخون اساسی، سومین علت مرگ و میر و یکی از مهم‌ترین علل اصلی ناتوانی مزمن در دنیا است که با سیر مزمن و پیشرونده خود می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را در ابعاد مختلف خود تحت تأثیر قرار دهد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی بود.

**روش:** مطالعه حاضر یک طرح شبه آزمایشی می‌باشد که از آذر ماه ۱۳۸۷ تا شهریور ماه ۱۳۸۸ در مرکز قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. تعداد ۴۰ نفر از بیماران مبتلا فشارخون اساسی به صورت گمراش تصادفی در دو گروه دارو درمانی (شاهد) و امید درمانی (مورد) قرار داده شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی از نوع فرم کوتاه بود. پرسشنامه در سه مرحله قبل، بعد و سه ماه پس از مداخله (مرحله پیگیری)، در دو گروه مورد استفاده و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد، امید درمانی بیش از درمان دارویی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی شد و اثرات درمان پس از سه ماه از پایان مداخله هنوز برقرار بود.

**نتیجه‌گیری:** امید درمانی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی مؤثر باشد. با توجه به نتایج این تحقیق، استفاده از رویکرد تیمی و لزوم همکاری متخصصان قلب و روان‌شناسان به منظور ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی پیشنهاد می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** امید درمانی، دارو درمانی، کیفیت زندگی، فشارخون اساسی

## مقدمه

متخصصین بهداشت و درمان، برنامه‌های آموزشی متفاوتی را به منظور کنترل و درمان فشارخون اساسی تدوین نموده‌اند، که این تلاش‌ها باعث افزایش حساسیت و آگاهی بیماران فشارخونی از شرایط خود شده است. بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی، نیازمند تغییرات اساسی در دیدگاه آنان نسبت به وضعیت کنونی و آینده بیماری و تأثیر آن بر زندگی آنان دارد و دارو درمانی قادر به تأمین این تغییرات نیست [۱۱، ۱۷]. لذا استفاده از سایر درمان‌های مکمل از جمله امید درمانی در این راستا از جایگاه ویژه‌ای برخوردار می‌باشد. علیرغم اهمیت درمان‌های مکمل مانند امید درمانی در ایجاد انگیزش و پدیدایی رفتار، در حیطه‌های مرتبط با سلامت توجه چندانی به آن نشده است و فقر تحقیقاتی در این زمینه مشهود است. به جهت نظری، اهمیت امید در درمان‌های پزشکی، با دانسته‌های مربوط به تأثیر دارو نماها شروع شد [۱۸]. امید مانند دارو نما دارای اثرات بیولوژیک است و می‌تواند روی کنترل درد و ناتوانی‌های جسمی بیماران تأثیر مثبتی بگذارد. امید و انتظار باعث فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین و آنکفالین و در نتیجه موجب کاهش درد در بدن می‌شود. در وضعیت ضعف جسمانی و درد، درماندگی و ناامیدی در انسان تشدید می‌شود و در نتیجه، آندورفین و آنکفالین کمتر و کلوستوکینین بیشتری در بدن ما آزاد می‌شود. این فرآیند باعث ایجاد سیکل معیوب افزایش درد می‌شود. امید با ایجاد تغییر در حالات بیولوژی بدن، باعث شکستن این دور باطل می‌شود و واکنش‌های زنجیره‌ای درد را تعدیل و در نتیجه موجب بروز احساس خوشایند در انسان می‌شود. این احساس به نوبه خود موجب آزاد شدن آندورفین و آنکفالین و کاهش بیشتر درد می‌شود [۱۹، ۲۰]. بیشترین حجم تحقیقات امید درمانی در چند دهه اخیر، به سلیگمن<sup>۹</sup> پدر روان‌شناسی مثبت (۲۰۰۰) و اسنایدر (۲۰۰۶-۱۹۴۴) تعلق دارد. از نظر آنان، ناامیدی، باعث بروز بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود. [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳]. نتایج تحقیقات اسنایدر بر روی بیماران روانی و برخی از بیماری‌های جسمی مانند سرطان، نشان می‌دهد که بسیاری از بیماری‌های روانی و برخی از بیماری‌های جسمانی در واکنش به از دست دادن امید رخ می‌دهند و امید درمانی قادر است سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد. او اشاره می‌کند که کاربرد امید به خاطر تأثیرات شگرف در پدیدایی و درمان عمده بیماری‌های جسمانی و روانی انسان،

فشارخون اساسی<sup>۱</sup> سومین علت مرگ و میر در دنیا است [۱، ۲]. نتایج تحقیقات انجام شده در ایران و جهان نشان می‌دهد، میزان شیوع فشارخون اساسی، در کلیه کشورها به ویژه در کشور ایران رو به افزایش می‌باشد [۲، ۳، ۴، ۵، ۶]. دلیل اصلی این افزایش، عوامل متعددی مانند رشد روز افزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهر نشینی، تغییر در سبک زندگی مردم، و افزایش دوران بقای این بیماران به واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری گزارش شده است [۱، ۲، ۳]. این بیماری، به دلیل عدم وجود نشانه‌های آشکار و قابل تشخیص و عوارض ناخوشایند قلبی و عروقی ناشی از آن، به «قاتل خاموش<sup>۲</sup>» معروف است [۷، ۸]. نزدیک به ۲۰٪ از جمعیت بالغین جامعه به بیماری فشارخون اساسی مبتلا هستند [۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶]. این بیماری، مانند اغلب بیماری‌های مزمن، با شیوه‌ی زندگی<sup>۳</sup>، سلامت روانی<sup>۴</sup> و کیفیت زندگی<sup>۵</sup> بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به موقع و مناسب، موجب بروز بیماری‌های مختلف، ایجاد ناتوانی قابل توجه، کاهش بهره‌وری و در نهایت کاهش کیفیت زندگی مردم می‌شود [۹، ۱۰، ۱۱]. اغلب موارد، درمان قطعی برای مبتلایان به این بیماری وجود ندارد و هدف درمانگران عمدتاً کنترل این بیماری می‌باشد [۷، ۸]. در طول ۲۰ سال اخیر، توجه به کیفیت زندگی این دسته از بیماران به یک نگرش کلی و یک هدف در نظام بهداشتی و درمانی کشورها در آمده است و رویکرد جدیدی به نام "کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی"<sup>۶</sup> در تحقیقات علوم پزشکی مطرح شده است [۱۱، ۱۲]. نتایج کارآزمایی‌های بالینی نشان داده است که اندازه‌گیری و بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران، جزئی از برنامه درمانی محسوب شده و راهنمای مفیدی برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی محسوب شود [۱۲، ۱۳]. 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 [۱۴، ۱۵]. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا اغلب پایین‌تر از حد انتظار می‌باشد و می‌بایست مورد توجه جدی قرار گیرد. [۱۱، ۱۲]. نتایج تحقیقات نشان داد، بسیاری از بیماران مبتلا به فشارخون اساسی معتقد بودند، زحمت و رنج<sup>۷</sup> مصرف داروهای ضد فشارخون به صورت منظم و روزانه، بسیار سخت‌تر از تحمل علائم فشارخون می‌باشد، لذا به همین دلیل در مصرف منظم داروهای تجویز شده، سهل‌انگاری می‌نمودند و ادراک عمومی بیماران از سلامت<sup>۸</sup>

خود هم‌چنان منفی بود [۱۶، ۱۷]. در طی ۲۰ سال گذشته،

در مراکز درمانی مرتبط با سلامت، می‌تواند یک مرکز بیمارنگر را به مرکزی سلامت‌نگر، تبدیل نماید [۲۲]. با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در زمینه تأثیر امید درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی انجام شده است،

پژوهش حاضر به مقایسه دو روش دارو درمانی و امید درمانی بر بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی می‌پردازد.

## روش

**طرح پژوهش:** مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی شبه آزمایشی است که به منظور مقایسه تأثیر دو روش امید درمانی و دارو درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی از اوایل آذر ماه ۱۳۸۷ الی اواخر آبان ماه ۱۳۸۸، در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی صدیقه طاهره و الزهرای اصفهان انجام شده است.

**آزمودنیها:** جامعه‌ی آماری این پژوهش را بیماران، مبتلا به فشارخون اساسی تشکیل دادند. نمونه این تحقیق را، تعداد ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به فشارخون اساسی تشکیل می‌دهند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی، در دو گروه دارو درمانی (شاهد) و گروه امید درمانی (مورد) قرار گرفتند (هر گروه  $n=20$ ). کفایت حجم نمونه، بر اساس معیار کیسر و بارلت و فرمول محاسبه حجم نمونه در مطالعات مداخله‌ای محاسبه گردید [۲۴]. با توجه به روش آماری به کار گرفته شده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، لزوم کنترل اثرات متغیرهای مداخله‌گر و ضرورت وجود درجه 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. تشخیص فشارخون 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 [۷]. برخی از ملاک‌ها ورود نمونه به تحقیق عبارت‌اند از: دارا بودن تشخیص فشارخون اساسی، دارا بودن فشارخون برابر یا بیش از ۱۴ در مقیاس جیوه (۹۱/۴) ≤، 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 محدود کننده دیگری که موجب کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی شود، سابقه سکنه مغزی بنا به تشخیص پزشک متخصص داخلی، سوء مصرف مواد و دارا بودن فشارخون 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 جمعیت شناختی (محقق ساخته) و پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱۰</sup> استفاده شد. در پرسشنامه جمعیت شناختی، 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 [۱۲، ۲۵]. 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 دنیا از جمله زبان فارسی ترجمه شده و در تحقیقات متعدد ایران و خارج از کشور، رایج‌ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی می‌باشد [۲۵، ۲۶]. در ایران اعتبار این پرسشنامه ارزیابی و تأیید شده است [۲۵، ۲۶، ۲۷]. پرسشنامه فوق دارای ۲۶ سؤال است. دو سؤال پرسشنامه در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه سؤال‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌نمایند [۱۵، ۲۵]. 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). در اجرای این مقیاس از بیماران خواسته شد با در نظر گرفتن احساسات و رفتارهای خویش در دو هفته اخیر به سؤال‌ات پرسشنامه پاسخ دهند. گویه‌هایی که مورد سؤال قرار می‌گیرند در چهار حیطه کلی شامل بعد جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و بعد محیطی است و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کنند [۱۵، ۲۷]. فشارخون 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 [۷]. در این تحقیق جهت مداخله، از روش امید درمانی اسنایدر که به تأیید ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی دانشگاه اصفهان رسیده بود، استفاده شد [۲۸، ۲۹]. جهت اجرای امید درمانی، روان‌شناس مجری طرح، یک روز در هفته به مدت ۳ ماه نسبت به ارائه امید درمانی طبق پروتکل درمان اسنایدر اقدام نمود. امید درمانی از نظر اسنایدر، فرآیند فعالانه‌ای است که هدف اصلی آن آموزش به مراجع است تا به صورت فعالانه مشکلات خود را شناسایی، و با اراده و تنظیم هدف، تا حصول نتیجه اهداف خود را دنبال کند [۲۹]. اسنایدر اعتقاد دارد، همه افراد دارای ظرفیت تفکر امیدوارانه هستند و سطح تفکر امیدوارانه را می‌توان در افراد افزایش داد [۱۹، ۲۲، ۲۳]. در این روش، با ادغام قواعد و فنون درمانی متعدد به مراجع کمک می‌شود، تا امید ذاتی موجود در خود را بیابد و در جهت ابقا و استمرار امید، برنامه‌ریزی و تلاش کند [۲۸، ۲۳]. در امید درمانی با تعامل حمایتی درمانگر- مراجع می‌توان امید را در بیماران افزایش داد. از نظر اسنایدر، افزایش امید در جلسات درمانی به موقعیت‌های خارج از حوزه درمان قابل تعمیم است. در امید درمانی، با استفاده از فنون متعدد به مراجع کمک می‌شود نسبت

به فهم و حل مشکل خود اقدام نماید [۲۸، ۲۹، ۳۰]. با عنایت به نظریه اسنایدر، فرآیند و مراحل امید درمانی در پژوهش حاضر در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته و بر اساس چهار گام اصلی به شرح زیر صورت پذیرفته است:

۱- امیدبایی: در جلسات امید درمانی، به مراجع کمک شد تا امیدی را که از قبل داشته‌اند، دریابند. ابزار لازم در این مرحله، اعتماد ورزی، احترام متقابل درمان‌جو و احساس تعهد دوجانبه بین بیمار و درمانگر بود [۲۲، ۲۳]. در این مرحله به مراجع کمک شد تا دیدگاه‌های مثبت‌تری درباره وجود امید در خود پیدا کند، ارزش و اهمیت امید را بفهمد، آثار و عواقب ناامیدی را درک کند و امید را در خود تقویت نماید [۲۸، ۲۹].

۲- تحکیم امید: اتحاد درمانی بین مراجع و درمان‌گر، مؤلفه اصلی جهت تحکیم امید در مراجع است. اتحاد درمانی مؤثر، باعث ایجاد همدلی، اعتماد و درک بیشتر مراجع از قابلیت‌های وجودی خود می‌شود و امید را در مراجع القا می‌کند. امید درمانگر با ایجاد اتحاد درمانی با مراجع، نه با زبان بلکه با عمل و رفتار خود، درمان‌جو را در موضع و شرایط درمانی امید بخشی قرار می‌دهد و امید موجود در مراجع را تحکیم می‌نماید [۲۹، ۳۰].

۳- بالا بردن امید: طبق نظر امید درمانگران، درمانگر فقط با استفاده از بینش و بصیرت نمی‌تواند جریان امید افزایشی را در مراجع تسهیل کند بلکه، عمل/تمرین برای دستیابی و افزایش امید، ضروری است. در این مرحله، به مراجع کمک می‌شود تا با افزایش و درک توان جسمی و روانی خود، به موانع موجود در جهت دستیابی به هدف غلبه نماید. مکانیزم‌هایی مانند خنده، شادی، ورزش و تفریحات، به مراجع کمک می‌کنند تا قدرت و توان خود را در دستیابی به اهداف برنامه‌ریزی شده مورد سنجش قرار دهد [۲۹، ۳۰].

۴- ابقای امید: ابقای امید، حلقه بازخوردی فرآیند امید درمانی و جست و جوی هدفمند و جمع‌آوری دوباره تلاش‌های قبلی امید بخش می‌باشد. این راهبرد به درمان‌جو کمک می‌کند تا با تشخیص افکار هدفمند، تشخیص موانع و هدف اندیشی و مانع اندیشی مناسب و فعال، عامل افزایش امید در خود باشد. آگاهی دادن به درمان‌جو، در زمینه اهداف و شناخت موانع دستیابی به هدف، به مراجع کمک می‌کند تا اهداف منطقی را طراحی و اجرا نماید [۳۰]. پس از ۸ جلسه از ارائه مداخله درمانی، مجدداً آزمودنی‌ها نسبت به پر کردن آزمون کیفیت زندگی اقدام کردند. ۳ 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 شرکت کننده در این پروژه اخذ گردید. 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 کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

تعداد ۴۰ نفر بیمار مبتلا به فشارخون اساسی در دو گروه دارو درمانی (لیست انتظار) و امید درمانی، به تعداد برابر (n=۲۰)، مورد مطالعه قرار گرفتند. سن گروه دارو درمانی در فاصله  $6/93 \pm 43/2$  و گروه امید درمانی در فاصله  $5/68 \pm 44/97$  قرار داشت. از نظر آماری تفاوت سنی دو گروه معنی‌دار نبود ( $P>0/05$ ). میزان فشارخون سیستولیک گروه دارو درمانی در فاصله  $5/62 \pm 149$  و گروه امید درمانی در فاصله  $5/83 \pm 148$  بود. از نظر آماری تفاوت میزان فشارخون سیستولیک دو گروه در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ( $P>0/05$ ). وزن گروه دارو درمانی در فاصله  $10/08 \pm 71/25$  و گروه امید درمانی در فاصله  $11/45 \pm 71/95$  قرار داشت و از نظر آماری تفاوت وزن دو گروه در زمان ورود به مطالعه معنی‌دار نبود ( $P>0/05$ ). نتیجه این که دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مهم در فشارخون بالا در شروع مطالعه اختلاف معنی‌داری با هم نداشتند. میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی گروه‌های آزمایش (امید درمانی) و شاهد (دارو درمانی) در ابعاد چهارگانه جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی در جدول ۱ نشان داده شده است. به منظور بررسی تأثیر روش‌های درمان‌گری روی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بیماران، در مرحله پس‌آزمون از آزمون کواریانس استفاده شد. نتایج در جدول ۲ نشان داده شده است. بر مبنای یافته‌های جدول ۲، تأثیر نمرات پیش‌آزمون، در هیچکدام از ابعاد کیفیت زندگی معنادار نیست ( $P>0/05$ ). اما تفاوت تأثیر دارو درمانی و امید درمانی بر تمام ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی معنی‌دار بود ( $P<0/05$ ). میزان تأثیر در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی به ترتیب  $0/63$ ،  $0/21$ ،  $0/57$ ،  $0/29$  بود. برای بررسی تداوم تأثیر روش‌های درمان‌گری روی ابعاد چهارگانه کیفیت زندگی بیماران، نیز از آزمون کواریانس استفاده شد. بر مبنای تحلیل کواریانس، تأثیر نمرات پیش‌آزمون در مرحله آزمون پیگیری در جدول ۳ آمده است همان طوری که مشاهده می‌شود، تأثیر نمره پیش‌آزمون در هیچکدام از ابعاد کیفیت زندگی معنادار نیست. ( $P>0/05$ ). تفاوت تأثیر دو گروه دارو درمانی و درمان شناختی رفتاری در مرحله آزمون پیگیری، در همه ابعاد کیفیت زندگی معنی‌دار می‌باشد ( $P<0/05$ ). میزان تأثیر در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی به ترتیب  $0/63$ ،  $0/21$ ،  $0/56$ ،  $0/30$  می‌باشد (جدول ۳).

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

ابعاد کیفیت زندگی	مراحل	گروه ۱ (دارو درمانی)		گروه ۲ (امید درمانی)	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

۰/۶۹	۱۰/۹۵	۰/۷۵۹	۱۰/۹۵	پیش آزمون	جسمانی
۱/۶۶	۱۵/۸۰	۰/۹۴	۱۷/۴۴	پس آزمون	
۱/۴۴	۱۰/۷۵	۲/۳۵	۱۵/۵۵	پیگیری	
۰/۷۸	۱۱/۰۱	۰/۶۸۵	۱۱/۰۵	پیش آزمون	روان شناختی
۱/۳۳	۱۷/۱۵	۱/۸۹	۱۵/۶۰	پس آزمون	
۱/۰۴	۱۲/۶۵	۱/۱۳	۱۲/۳۵	پیگیری	
۰/۸۵	۱۱/۱۰	۰/۷۵۴	۱۱/۳۵	پیش آزمون	اجتماعی
۱/۷۷	۱۶/۹۱	۱/۲۹	۱۴/۱۰	پس آزمون	
۱/۳۱	۱۵/۳۳	۱/۰۹	۹/۹۵	پیگیری	
۰/۸۹	۱۰/۸۰	۰/۸۲۰	۱۱/۴۰	پیش آزمون	محیطی
۱/۹۴	۱۶/۶۵	۳/۲۷	۱۵/۲۵	پس آزمون	
۱/۲۳	۱۱/۶۵	۰/۹۱۰	۱۰/۷۵	پیگیری	

**جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر درمان دارویی و امید درمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران در پس آزمون**

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	جسمانی	۰/۹۷	۱	۰/۹۷	۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۰۱۵	۰/۱۹
	روان شناختی	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۰۸	۰/۹۳	۰/۰۱	۰/۰۵۱
	اجتماعی	۸/۰۴	۱	۸/۰۴	۲/۴۶	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۳۳
	محیطی	۲/۶۶	۱	۲/۶۶	۰/۵۵	۰/۴۶	۰/۰۲	۰/۱۱
عضویت گروهی	جسمانی	۱۰۵/۹۴	۱	۱۰۵/۹۴	۵۷/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰۰
	روانی	۳۱/۹۹	۱	۳۱/۹۹	۹/۰۳	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۸۳
	اجتماعی	۱۳۸/۸۹	۱	۱۳۸/۸۹	۴۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰۰
	محیطی	۶۹/۲۵	۱	۶۹/۲۵	۱۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۶

**جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر روش درمان دارویی و امید درمانی در آزمون پیگیری**

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری
پیش آزمون	جسمانی	۰/۹۷	۱	۰/۹۷	۰/۵۲	۰/۴۸	۰/۰۱۵	۰/۱۹
	روان شناختی	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۰۸	۰/۹۳	۰/۰۱	۰/۰۵۱

اجتماعی	۸/۰۴	۱	۸/۰۴	۲/۴۵	۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۳۳
محیطی	۲/۶۶	۱	۲/۶۶	۰/۵۵	۰/۴۶	۰/۰۲	۰/۱۱
عضویت گروهی	۱۰۵/۹۵	۱	۱۰۵/۹۵	۵۵/۰۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰۰
روانی	۳۱/۹۹	۱	۳۱/۹۹	۲/۰۳	۰/۰۰۵	۰/۲۱	۰/۸۳
اجتماعی	۱۳۸/۸۹	۱	۱۳۸/۸۹	۴۲/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰۰
محیطی	۶۹/۲۵	۱	۶۹/۲۵	۱۴/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰	۰/۹۶

## بحث

بیماری‌های مزمن مانند فشارخون اساسی، باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران می‌شوند [۱۰، ۱۱]. 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 [۱۱، ۳۱]. 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 [۳۱، ۳۲]. آمار، چمونتین، جنیز، کانتت، سالوادور و کامب<sup>۱۱</sup>، با طرح این سؤال که چرا فشارخون در پیشگیری سطح دوم به خوبی کنترل نمی‌شود، به این موضوع مهم تأکید نمودند که فشارخون 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 موفقیت آمیز در فشارخون بالا، می‌بایست علاوه بر دارو درمانی، بر نقش عوامل روان‌شناختی و جامعه‌شناختی نیز توجه جدی داشته باشد و از این عوامل برای درمان موفق بیماران استفاده نمایند [۳۳]. یافته‌های

همسو می‌باشد. در راستای همین نتایج، یافته‌های پژوهش اشنایدر، آیروینگ و آندرسن<sup>۱۲</sup> نیز، نشان می‌دهد ارتقای امید یک راه مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن می‌باشد. از نظر این محققین، متعاقب امید افزایش، شاهد افزایش سطح اقدامات خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می‌باشیم [۲۲]. نتایج تحقیقات کات، گریگوری و مويسن<sup>۱۳</sup> [۱۲] و فلدچر، بوایت، چس، کولین، فوربرگ و گوگین<sup>۱۴</sup> [۳۴] نیز نشان دادند که، دارو درمانی فشارخون به تنهایی برای بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران کفایت نمی‌نماید. اساس این ادعا این است که، بسیاری از بیماران مبتلا به فشارخون اساسی، دارای نشانه‌های واضح بیماری نیستند و مصرف بلند مدت و حتی مادام‌العمر داروهای ضد فشارخون، مانند آتنولول<sup>۱۵</sup>، سیلازآپریل<sup>۱۶</sup>، وراپامیل<sup>۱۷</sup> و پراپرانولول<sup>۱۸</sup> در دراز مدت، نگرش بیمار را نسبت به خودش منفی می‌کنند و درمان‌های دارویی قادر نیستند در کنار کاهش میزان فشارخون، احساس منفی بیمار را نسبت به بیماری فشار تغییر دهند. اما نتایج تحقیقات گروپمن [۱۸] و اشنایدر<sup>۱۹</sup> و رنک<sup>۲۰</sup> [۲۹]، روی بیماران مبتلا به اختلالات بدخیم، نشان داد که باور و انتظار مانند دارونماها می‌توانند اثرات بالقوه‌ی مثبتی روی سیستم اعصاب مرکزی بگذارند و برون داد آن را تعدیل کنند. به همین دلیل، بیماران امیدوار به بهبود و سلامتی، به دلیل ایمان مذهبی و باور و انتظار مثبت از نتیجه درمان، با سرعت بیشتری بهبود یافته‌اند. در تأیید این یافته‌ها، اشنایدر و لوپز<sup>۲۱</sup>، امید را به عنوان یک دارونما در درمان بیماری‌های جسمانی و روانی مورد توجه قرار داده‌اند و بیان داشتند که، امید باعث ایجاد تغییرات مثبت در فیزیولوژی انسان می‌گردد [۲۸]. با توجه به دلایل فوق مبنی بر کارآمدی امید

پژوهش حاضر نشان دادند که امید درمانی نسبت به دارو درمانی، تغییرات بیشتری را در ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی موجب شده است (جدول ۲) و تغییرات به دست آمده، تا ۳ ماه پس از مداخله نیز در تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران هم‌چنان پایدار مانده است (جدول ۳). یافته‌های به دست آمده با نتایج برخی تحقیقات

12- Snyder, Irving, Anderson  
 13- Côté, Grégoire and Moisan  
 14- Fletcher, Bulpitt, Chase, Collins, Furberg  
 15- Atenolol  
 16- Cilazapril  
 17- Verapamil  
 18- Propranolol  
 19- Snyder  
 20- Rand  
 21- Lopez

11- Amar, Chamontin, Genes, Cantet, Salvador, Cambou

## 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 .Second Edition, W.B. Saunders Company. 2001; 40: 221-223.
- 3- Wang Y, Wang QJ. The prevalence of pre hypertension and hypertension among us adults according to the new joint national committee guidelines, new challenges of the old problem. Arch intern med. 2004; 164(119): 2126-34.
- ۴- عبداللهی علی اکبر، بذرافشان حمیدرضا، صالحی عارف، حسینی سیدعابدین، تاگو اکرم. اپیدمیولوژی پرفشاری خون. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان. ۴۱، ۸(۴):۱۳۸۵
- ۵- عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. چاپ دوم. تهران: نشر اشتیاق؛ ۱۳۸۰.
- ۶- قنبریان آرش، صالحی پیام، رضایی نصرآ. مرتضوی، نیلوفروشان عزیزی فریدون. الگوی فشارخون در جامعه شهری نوجوانان تهرانی. مطالعه قند و لیپید تهران؛ مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۴۲۵، ۵(۴):۱۳۸۲
- 7- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo 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, High Blood Pressure. 2003; 290:197.
- 8- Alexander R, Pratt C, Ryan T. The Heart. 11th Ed. Graw-Hill; 2004; 1315.
- 9- Arslantas Didem, Ayranci Unal, Unsal, Alaettin and Tozun Mustafa. 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. Chinese Medical Journal. 2008; 121(16):1524-1531.
- 10- Beto JA, Bansal VK. Quality of life in treatment of hypertension. A metaanalysis of clinical trials. Am J Hypertens. 1994 Mar; 7(3): 286-287.
- 11- Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann Int Med. 2005; 7(1): 29-33.
- 12- Côté I, Grégoire JP, Moisan J. Health-related quality of life measurement in hypertension. A review of randomised controlled drug trials. Pharmacoeconomics. 2000; 18: 435-450
- 13- Reynolds K, Chen J, Duan X. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in china. Hypertension Cancer and Nutrition (EPIC), Study population and data. 2002; 40(6): 920-927.
- 14- World Health Organization. WHOQOL-BREF introduction, administration and trial version. Scoring, Field Geneva; 1996.
- 15- World Health Organization. Division of Mental Health: Field Trial WHOQOL-100. Geneva, WHO; 2006.
- 16- Isabelle Cote Jean-Pierre Gregoire, Jocelyne Moisan. Health-Related Quality-of-Life Measurement in yperntension: A Review of Randomised Controlled Drug Trials. Its journal Pharmacoeconomics. 2000; 18: 251-265.

درمانی بر درمان اختلالات جسمانی، اشنایدر در توصیه‌ای همانند به متخصصان حرفه پزشکی، تذکر می‌دهد که این متخصصان می‌توانند از عنصر امید جهت درمان و به خصوص ارتقاء بهداشت روانی بیماران جسمی و روانی استفاده نمایند [۲۹]. نتایج تحقیق حاضر، 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 اثر بخشی مداخله‌های درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی می‌باشد.

در خاتمه یادآوری این نکته ضروری است که، فقدان اطلاعات دقیق از داروهای مصرفی و میزان مصرف آنها طی سه ماه پس از مداخله، نتیجه‌گیری قاطع از یافته‌های پژوهش را با محدودیت روبرو می‌سازد. بیماران مورد مطالعه از دو مرکز پزشکی دولتی انتخاب گردیدند، بنابر این پیشنهاد می‌شود با افزایش حجم نمونه و انتخاب بیماران از مراکز متفاوت و کنترل نقش داروهای مصرفی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، در بررسی‌های آینده، ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سایر بیماری مزمن مورد مطالعه قرار گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، پیشنهادات زیر ارائه می‌شوند:

۱- با توجه به گستردگی سیستم خدمات بهداشتی- درمانی در کشور ما، و ادغام بهداشت روان به عنوان اصل نهم خدمات بهداشتی اولیه در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور<sup>۲۳</sup> (PHC) و استقرار روان‌شناس در این مراکز، توصیه می‌شود، توجه به سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی، مورد تأکید و توجه جدی نیروهای مستقر در این مراکز اعم از سطح اول (خانه‌های بهداشت روستایی) و مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور (سطح دوم) قرار گیرد و در جلسات بازآموزی مراکز بهداشتی و درمانی مورد آموزش قرار گیرد.

۲- توصیه می‌شود، در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور، کلینیک سایکو سوماتیک (روان‌تنی) تشکیل و نسبت به آموزش دانشجویان پزشکی در زمینه رابطه تن و روان و اهمیت توجه به مقوله روان‌شناختی کلیه بیماری‌ها اعم از داخلی، قلب، پوست، گوارش و... اقدام شود.

۳- توصیه می‌شود محققین بعدی در زمینه تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر کاهش فشارخون اساسی و مقایسه آن با سایر درمان‌های طبی رایج در این زمینه اقدام نمایند.

## تشکر و قدردانی

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

33- Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salvador M, Cambou JP. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? *J Hypertens*. 2003; 21: 1199-1205.

34- Fletcher AE, Bulpitt CJ, Chase DM, Collins WC, Furberg CD, Goggin TK. et al. Quality of life with three antihypertensive treatments. Cilazapril, atenolol, nifedipine. *Hypertension*. 1992; 19(6 Pt 1):499-507.

17- Sprangers MAEB, de Regt, et al. "Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?" *J Clin Epidemiology*. 2000; 53(9): 895-907.

18- Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness. The sixth report of joint national committee on prevention detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. 2005; 157: 2413-46.

19- Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2005; 521-523.

20- Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*. 2000; 221-278.

21- Snyder CR. *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press; 1994.

22- Snyder CR, Irving L, Anderson JR. "Hope and Health: Measuring the Will and Ways", In: C. R. Snyder D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. New York: Pergamon Press; 1991: 285-305.

23- Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST. et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 60: 570-585.

۲۴- عربی حمید رضا، فراهانی حجت ا. روش‌های کاربردی پژوهش در روان‌شناسی بالینی و مشاوره. تهران: نشر دانژه؛ ۱۳۸۷.

۲۵- نجات سحر، منتظری علی، هلاگویی کوروش، کاظم محمد، مجد زاده رضا. استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی و انستیتو تحقیقات پزشکی*. ۱۳۸۸؛ ۴(۴): ۱-۱۲.

26- Eshaghi SR, Ramezani MA, Shahsanaee A, Pooya A. Validity and reliability of the Short Form-36 Items Questionnaire as a measure of quality of Life in elderly Iranian population. *American Journal of Applied Sciences*. 2006; 3: 1763-1766. (Persian)

27- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version, *QOL Res*. 2005; 14(3): 875-82. (Persian)

28- Snyder CR, Lopez S. Striking a balance: A complementary focus on human weakness and strength. In S. J. Lopez C. R. Snyder (Eds.), *Models and measures of positive assessment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003.

29- Snyder CR, Rand KL. Hopelessness and health. In N. Anderson (Ed.), *Encyclopedia of health and behavior*, Thousand Oaks, CA Sage. 2004; 521-523.

30- Snyder CR. *Handbook of hope: theory, measures, and applications*. ACADEMIC PRESS, USA; 2000.

31- American Heart Association. Heart attack and angina statistics. 2008: available from: [http://wikipedia.org/wiki/Heart\\_attack](http://wikipedia.org/wiki/Heart_attack).

32- Samvat T, Hodjatzadeh A, Naderi AZ. Guide to diagnosis, evaluation treatment of hypertension for doctors. Tehran: Seda Publication. 2000; 39- 45. (Persian)