Original Article

Effect of cognitive therapy on mental health in patients with heart failure

Taghadosi M[1,2], Rohollah F[3], Aghajani M[4*], Raygan F[5]

1- Department of Medical Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Ph.D Candidate, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, I. R. Iran.
3- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
4- Department of Management and Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
5- Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received June 26, 2013; Accepted November 24, 2013

Abstract:

Background: Patients with heart failure are at greater risk for developing mental disorders (e.g. depression and anxiety) which can lead to limitations in the professional, family and social tasks resulting in dependency on others. Cognitive therapy is commonly used to treat a wide range of mental disorders. Therefore, this study aimed to investigate the effect of cognitive therapy on mental health in the HF patients.

Materials and Methods: In this clinical trial study, 66 patients with HF were randomly divided into two groups using continuous sampling in Shahid-Beheshti hospital during 2012-2013. The intervention group received 8 sessions of cognitive therapy within 1 month and the control group only received conventional cardiac care. Data were collected using the Goldberg Health Questionnaire and then were analyzed.

Results: Results showed no significant difference between the two groups in mental health, but a significant difference was found in mental health between the intervention (51.56±5.41) and control (62.23±9.32) groups (P<0.0001). Significant difference was found between mental health before (58.16±10.99) and after (51.56±5.41) the cognitive therapy in the intervention group (P= 0.003), while no significant difference was found in mental health in the control group (P=0.27).

Conclusion: Cognitive therapy can improve mental health of the patients with HF. So, it is recommended as a complementary treatment, along with other medical care provided by nurses, for these patients.

Keywords: Mental health, Cognitive therapy, Heart failure

* **Corresponding Author.**
Email: aghajani_m@kaums.ac.ir
Tel: 0098 361 555 0021
Fax: 0098 361 555 3366

IRCT Registration NO: IRCT201204304655N2 Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences April, 2014; Vol. 18, No 1, Pages 52-59

Please cite this article as: Taghadosi M, Rohollah F, Aghajani M, Raygan F. Effect of cognitive therapy on mental health in patients with heart failure. ***Feyz*** 2014; 18(1): 52-9.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

تاثیر شناخت‌درمانی بر سلامت روان بیماران مبتلا به نارسایی قلبی

محسن تقدسی [۱و۲]، فهیمه روح الله [۳]، محمد آقاجانی [۴*]، فریبا رایگان [۵]

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 ٦٦ 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 (۵۱/۵٦±۵/٤۱) و کنترل (٦۲/۲۳±۹/۳۲) مشاهده شد ($P<۰/۰۰۰۱$). بین سلامت روان قبل (۵۸/۱٦±۱۰/۹۹) و بعد (۵۱/۵٦±۵/٤۱) از شناخت درمانی در گروه مداخله نیز تفاوت معنی‌دار دیده شد ($P=۰/۰۰۳$)، در حالی‌که 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، شناخت درمانی، نارسایی قلبی

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

مقدمه

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 ٦۵ 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].

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 [٤]. 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 [٦،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 ۳٦ درصد متفاوت بوده و حتی تا ۷۷/۵ درصد نیز گزارش شده است. هم‌چنین، ٤۰ درصد این بیماران ممکن است دچار اختلالات اضطرابی شوند. مطالعات نشان داده‌اند که سطح کلی اضطراب این بیماران ٦۰ 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 [۱۱-۹]. هم‌چنین، این اختلالات منجر به عدم تحمل فعالیت شده و باعث می-

[۱] مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] دانشجوی دکترای تخصصی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

[۳] دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۴] مربی، گروه پرستاری مدیریت و بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۵] استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* **نشانی نویسنده مسئول:**
دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پرستاری و مامایی

تلفن: ۰۳٦۱ ۵۵۵۰۰۲۱ **دورنویس:** ۰۳٦۱ ۵۵۵۳۳٦۶

پست الکترونیک: aghajani_m@kaums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۲/۴/۵ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۹۲/۹/۳

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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 [۱۳،۱٤]. به‌علاوه، با توجه به پیشرفت‌های اخیری 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 [۱٦،۱۵]. در حال حاضر اساس درمان نارسایی قلب درمان-های دارویی و غیر دارویی است. اصولا 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 شناخت درمانی، 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 به‌سمت 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 [۲٤-۲۲]، در حالی‌که 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 حمایت‌های روانی-اجتماعی موثرتری را نسبت به سایر اعضای تیم درمان ارائه دهند [۳۰]. بنابراین، باتوجه 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 به‌صورت مستمر بود و معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سن ٦۵-۲۱ سال؛ EF پایین‌تر از ٤۰ 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؛ قبلا 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 مراحل 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 می-گردید. 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 ٤ حیطه نشانه‌های جسمی (سوال ۱ تا ۷)؛ اضطراب (سوال ۸-۱٤)؛ کارکرد اجتماعی (سوال ۱۵-۲۱) و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

افسردگی (سوال ۲۲-۲۸) است. امتیاز این پرسشنامه ۲۸ تا ۱۱۲ است که نمره بالاتر وضعیت بدتر و نمره پایین‌تر وضعیت مطلوب‌تر را گزارش می‌کند. 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 هم‌زمان با پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ (r=۰/۹۱) مورد تایید قرار داده و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹ گزارش کرده است [۳٤]. گروه مداخله تحت شناخت‌درمانی [۲۹] و گروه کنترل تحت مراقبت‌های معمول قلبی قرار گرفت [۳۵]. مداخله شناخت‌درمانی توسط روان‌پرستار و پرستار آموزش دیده در کلاس آموزشی در بیمارستان اجرا شد. محتوای آموزشی شناخت‌درمانی در این مطالعه بر اساس شناخت‌درمانی Beck و شناخت‌درمانی بیماران نارسایی قلب در مطالعه Dekker و همکاران (۲۰۱۱) می‌باشد [۲۹]. مداخله شامل ٦ گام در ۸ جلسه ٤٥ دقیقه‌ای به‌صورت انفرادی (گام دوم و ششم) و گروهی بود (کادر ۱-۱).

کادر ۱-۱- مراحل انجام شناخت‌درمانی در گروه مداخله

گام اول

سلامت روان و نارسایی قلب: شرح علائم افسردگی، اضطراب و بیان این‌که مسائل مربوط به روان یک مشکل معمول در بیماران با نارسایی قلب است. توصیف ارتباط بین اختلالات روان با نارسایی قلب و پیامدهای ناشی از آن؛ شرح ارتباط و تاثیر کیفیت زندگی در فرایند بهبودی یا وخامت علائم ناشی از اختلال نارسایی 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 می‌شود.

در این گام گفته می‌شود که افکار می‌تواند 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 واقعیت پر استرس و افکار منفی، احساسات و رفتارها نشان داده می‌شود.

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

گام سوم

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

سوال بحث انگیز: شناخت این‌که چه نوع از افکار از ذهن بیمار می‌گذرد؟ 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 می‌شود زمانی که فکر منفی به ذهن‌اش خطور کرد دو دست را محکم به‌هم زده و بگوید (ایست). به بیمار گفته می‌شود که به‌کمک توقف فکر از احساسات دردناک و افکار منفی رهایی می‌یابد.

جزء تعاملی: بیمار به‌کمک پرستار تمرین توقف فکر را انجام می‌دهد.

گام پنجم

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

مرحله تعاملی: پرستار معمولا از ۳ یا ٤ عبارت آغاز کرده و آنها را به‌صورت روشن و شفاف نوشته و به بیمار آموزش می‌دهد در مکان‌هایی 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 تمرین‌های اصلی این گام است و استفاده و نصب جملات زیبا در مکان‌هایی که بیمار با آنجا در تماس است و به‌کار گیری حداقل ۲ فکر مثبت برای هر فکر منفی.

محتوای آموزشی بر اساس محتوای شناخت‌درمانی بیماران نارسایی قلب در مطالعه Dekker و همکاران انجام گردید [۲۹]. برای جلسات شناخت‌درمانی 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 به‌منظور افزایش اطلاعات و آگاهی بیماران درباره نارسایی قلبی و بیان احساسات و نگرانی آنها بود. موضوعات جلسات بعدی شامل موارد زیر بود: ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارها و این‌که

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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 به‌همراه 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. هم-چنین، 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 مجددا 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.

نتایج

در گروه مداخله ۳ نفر (۱ نفر به‌علت فوت، ۱ نفر به‌علت عدم همکاری، و ۱ نفر به‌علت عدم پیگیری جلسات) و در گروه کنترل نیز ۳ نفر (۲ نفر به‌علت فوت و ۱ نفر به‌علت 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 معنی-داری بین سلامت روان و تمامی حیطه‌های آن بین دو گروه مداخله و کنترل یافت شد ($P<۰/۰۰۰۱$) (جدول شماره ۲). به‌علاوه، آزمون t زوجی تفاوت معنی‌داری بین سلامت روان قبل (۱۰/۹۹±۵۸/۱۶) و بعد (۵/۴۱±۵۱/۵۶) از شناخت‌درمانی در گروه مداخله نشان داد ($P=۰/۰۰۳$)، در حالی‌که در گروه کنترل در شروع و پایان مطالعه تفاوت معنی‌داری یافت نشد ($P=۰/۲۷$) (جدول شماره ۳). هم‌چنین، آزمون کوواریانس با حذف اثر میزان سلامت روان قبل در گروه‌ها، ارتباط معنی‌داری دیده شد ($P<۰/۰۰۰۱$).

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

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

Exact Fisher* t-test**

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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

سلامت روان و حیطه‌های آن	شروع مطالعه $\overline{X} \pm SD$		نتیجه آزمون	پایان مطالعه $\overline{X} \pm SD$		نتیجه آزمون
	مداخله	کنترل		مداخله	کنترل	
نشانه‌های جسمانی	۱۵/۱۳±٤/۷۳	۱۵/۱۳±۳/۷۰	P=۱	۱۲/۵±۲/۵۸	۱۵/۱۷±۳/۹٦	P<۰/۰۰۰۱
اضطراب	۱۵/۹٦±٤/۲	۱٦/۸±٤/۲	P=۰/٤۳	۱۱/٦±۲/۷	۱۸/٤٦±۵/۲۵	P<۰/۰۰۰۱
وضعیت اجتماعی	۱٤/٦۳±٤/۲۹	۱۲/۹±٤/۰٤	P=۰/۱۱	۱۸/۵۳±۵/۱۹	۱٤/۰٦±٤/٦۵	P<۰/۰۰۰۱
افسردگی	۱۲/٤۳±۵/۱۱	۱٤/٦۳±۵/۷۸	P=۰/۱۲	۸/۹۳±۱/۹۱	۱٤±۵/۸۳	P<۰/۰۰۰۱
نمره کل سلامت روان	۵۸/۱٦±۱۰/۹۹	٦۱/۱٦±۹/۵۷	P=۰/۲٦	۵۱/۵٦±۵/٤۱	٦۲/۲۳±۹/۳۲	P<۰/۰۰۰۱

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

سلامت روان	مداخله $\overline{X} \pm SD$		نتیجه آزمون	کنترل $\overline{X} \pm SD$		نتیجه آزمون
	قبل	بعد		قبل	بعد	
	۵۸/۱٦±۱۰/۹۹	۵۱/۵٦±۵/٤۱	P=۰/۰۰۳	٦۱/۱٦±۹/۵۷	٦۲/۲۳±۹/۳۲	P=۰/۲۷

بحث

نتایج این تحقیق نشان داد که شناخت‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و اضطراب و در نتیجه بهبود در سلامت روان می‌شود [۳۷،۳٦]. 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 [۳۹،۳۸]. 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 [٤۰]. هم‌چنین، Solgi و همکاران اذعان می‌دارند که شناخت‌درمانی تا حد قابل ملاحظه‌ای بر افسردگی و هیجانات مبتلایان به اسکلروز متعدد موثر بوده و سبب بهبودی آنان می‌شود [٤۱]. 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 [٤۲]. نتایج مطالعه Dekker و همکاران روی بیماران نارسایی قلبی حاکی از تاثیر مثبت شناخت-درمانی 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. به‌نظر می-رسد 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، شناخت‌درمانی باعث تغییر در افکار و نگرش‌ها و کاهش افکار معیوب می‌شود که سهم زیادی را در سلامت روان ایفا می‌کند [٤٤،٤۳]. از طرف دیگر نتایج برخی از مطالعات نشان داده‌اند که شناخت‌درمانی نتیجه معنی‌داری را در بیماران به‌دنبال 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 گروه-های 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 به‌کار 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 به‌نظر 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-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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 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.

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, Crasske 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

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

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.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]