مقاله پژوهشی

بررسی اثرات دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و کاهش فشار روانی زنان مبتلا به فشارخون

لیلا خالوندی[1]، شبنم فاتحی[2]

۱. واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۲. واحد توسعه تحقیقات بالینی مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول).

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و هفتم، شهریورماه ۱۳۹۹، صفحات ۲۸-۱۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۲/۰۶ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۹/۰٤/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثرات دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر سلامت روان و کاهش فشار روانی زنان مبتلا به فشارخون در شهر کرمانشاه در سال ۹۹-۱۳۹۸ انجام گرفت. پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بسط یافته با گروه کنترل است. در این طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود دارد. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش اول ۸ جلسه آموزش شناختی-رفتاری و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم ۸ جلسه دارودرمانی و گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. تحلیل یافته‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان داد که رویکرد شناختی- رفتاری و دارودرمانی در کنار هم باعث افزایش سلامت روان و کاهش فشار روانی شده است. مهم‌ترین نتایج این پژوهش، مؤثر و مفید بودن استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری و دارودرمانی بر بهبود سلامت روان و کاهش فشارخون است. فشارخون می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز مشکلات سلامت روان و باعث بروز مشکلاتی برای بیماران مبتلا به فشارخون گردد. با توجه به نقش رویکرد شناختی-رفتاری و درمان دارویی بر بهبود سلامت روان و فشار روانی، استفاده از رویکرد تیمی و لزوم همکاری متخصصان حوزه فشارخون و روان شناسان به‌منظور ارتقای سلامت روان بیماران مبتلا به فشارخون اساسی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: دارودرمانی، درمان شناختی-رفتاری، سلامت روان، فشار روانی، فشارخون.

مقدمه

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

بیماری فشارخون یکی از شایع‌ترین مشکلات بهداشتی مزمن است (نازرول، نازرول، موندال و راکی، ۲۰۱۳) که شایع، بدون علامت و اغلب غیرقابل تشخیص بوده و در صورت عدم درمان منجر به عوارض کشنده‌ای مانند بیماری‌های قلبی- عروقی، انفارکتوس میوکارد، نارسایی احتقانی قلب و نارسایی کلیوی (مسون و همکاران، ۲۰۰٤) می‌شود و می‌تواند بر سلامت روان و رضایت از زندگی بیماران مبتلا نیز تأثیر نامطلوبی داشته باشد (موجن- آزی و سوزا- پوزا، ۲۰۱۱). همچنین فشارخون بالا اختلال روانی فیزیولوژیایی است که نقش عمده‌ای در بروز بیماری‌های عروق کرونری، سکته مغزی و بیماری‌های کلیوی دارد ازاین‌رو افزایش فشارخون از بزرگ‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت در کشورهای صنعتی به شمار می‌رود و امروزه اعتقاد بر این است که عوامل روان‌شناختی در پیدایش تمام بیماری‌ها اهمیت دارد. مطالعات نشان می‌دهد که یک میلیارد نفر در جهان به این بیماری دچار هستند و سالیانه ۷/۱ میلیون نفر براثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند (ارم، ۲۰۰۸). همچنین پیش‌بینی می‌شود رقم مبتلایان به این مشکل ۱/٥٦ میلیارد نفر تا سال ۲۰۲٥ افزایش پیدا کند (جافرز و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران پژوهش های صورت گرفته در حیطه‌ی فشارخون حاکی از آماری نگران‌کننده است به‌عنوان‌مثال صادقی (۱۳۸۲) در مطالعه‌ای در شیراز نشان داد که شیوع پرفشاری خون در افراد بالای ٦۰ سال ۰/٦٦ می‌باشد. پژوهش‌ها طیفی از علل را برای این بیماری شناسایی کرده‌اند که در این میان توجه به ویژگی‌های شخصیتی و وجود همزمان مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فشارخون که معمولاً به‌عنوان عوارض یا اختلالات توأم با این بیماری ظاهر می‌گردند و در ایجاد و گسترش آن نقش دارند، حائز اهمیت است (بارک و همکاران، ۱۹۹۸). فشارخون بالا، مانند سایر بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روان و فشار روانی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به‌موقع و مناسب به عوارض ناخوشایندی منجر می‌شود (روسلا و کاپلان، ۲۰۰۳). امروزه اکثر مشکلات بهداشتی سلامتی مانند چاقی، انواع سرطان‌ها و پرفشاری خون و مرگ ناشی از آن‌ها با رفتارهای افراد و شیوه زندگی آن‌ها است (موهر، ۲۰۰۱؛ ادلین، ۲۰۰٤). درمان‌های دارویی اغلب مؤثر واقع نمی‌شوند و درنتیجه باعث مراجعات مکرر این افراد به پزشکان مختلف می‌شود و اغلب نیز برای آن‌ها درمان‌های ترکیبی و رویکردهای مختلفی در نظر گرفته می‌شود، ازجمله این موارد می‌توان به رویکرد روان پویایی، درمان‌های دارویی، درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری اشاره کرد. اخیراً هم تکنیک‌های شناختی رفتاری در پی نارضایتی حاصل از اثربخشی رفتاردرمانی محض مطرح‌شده است. بی‌توجه ماندن به این‌همه مخارج و بی‌اهمیت تلقی کردن این مورد، غفلتی بس بزرگ محسوب می‌شود. این پژوهش به توسعه مرزهای دانش کمک کرده و باب جدیدی را بر شیوه‌های درمانی غیر دارویی، کم عارضه، بی عارضه، کم‌هزینه و قابل‌دسترس برای همه در درمان و کنترل بیماری فشارخون بالا می‌گشاید و از طرفی دیگر این پژوهش کمک می‌کند تا بیماران از یک‌سو و متخصصان و سیاست‌گذاران امور بهداشتی از سوی دیگر، اهمیت مداخلات به شیوه غیر دارویی را در کنترل بیماری‌های روان‌تنی دریابند. چنانچه نقش استرس در سبب‌شناسی و پایندگی فشارخون بالا را پذیرفت، ازاین‌رو آموزش بیمار برای کنترل استرس می‌تواند به کاهش فشارخون منجر شود. رسولی و حبیب زاده نشان دادند که آموزش ایمن‌سازی در مقابل

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

استرس بر کاهش میزان اضطراب و فشار روانی دانشجویان مؤثر بوده است (رسولی و رزمی زاده، ۲۰۱۳). برای فشارخون بالا کنترل فشار روانی در اساس نوعی آموزش کاربردی است. در مطالعات اولیه نشان داده‌شده است که کنترل و مدیریت فشار روانی به کاهش مستمر در فشارخون و حتی کاهش در رخداد سکته قلبی و بیماری مرتبط با آن می‌انجامد (پاتل و نورث، ۱۹۷۵). گروهی از روش‌های درمانی، روش‌های فعال هستند که در آن بیماران در درمان خود مشارکت فعال دارند. روان‌درمانی و روش‌هایی که از آن‌ها به‌عنوان درمان شناختی-رفتاری (CBT) یاد می‌شوند، به این گروه از درمان‌ها تعلق می‌گیرند. در این نوع درمان‌ها افراد مبتلا یاد می‌گیرند که فشارخون را به‌عنوان یک عامل خارجی اضافی و بی‌اهمیت در نظر بگیرند. درواقع در این نوع درمان‌ها دیدگاه فرد نسبت به فشارخون به‌طور بنیادی عوض می‌شود. می‌توان گفت که کنترل فشار روانی در درمان فشارخون دلیل اصلی است که می‌توان با استفاده از روان‌درمانی آن را کنترل کرد و کاهش داد. در روان‌درمانی، هدف، کمک به بیمار برای کنترل اضطراب و استرس خود، ایجاد آرامش و تمرکز و افزایش کارآمدی فرد است (نوبل و تیلور، ۲۰۰۷؛ زوگر، سودلوند و هولگرس، ۲۰۰۶). به گفتهٔ محققان، درمان شناختی-رفتاری نوعی روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نائل گردند. درمان شناختی-رفتاری در حال حاضر برای درمان تعداد زیادی از اختلالات، ازجمله هراس‌ها (فوبیا)، اعتیاد، افسردگی و اضطراب به کار گرفته می‌شود. درمان شناختی رفتاری عموماً کوتاه‌مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دورهٔ درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه به کمک روانشناسان و تمرین‌های خاص الگوهای فکری مخرّب یا مزاحمی را که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارش هستند شناسایی کرده و تغییر دهد (میشل، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه‌اینوستی و همکاران نشان داد که، بسیاری از بیماران مبتلا به فشارخون اساسی معتقد بودند زحمت و رنج مصرف داروهای ضد فشارخون به‌صورت منظم و روزانه، بسیار سخت‌تر از تحمل علائم فشارخون می‌باشد (اینوستی، ۲۰۰٤). هم‌چنین نشان داده‌شده که سلامت آنان متعاقب مصرف داروهای ضد فشارخون بهبود یافت، اما ادراک بیماران از بیماری خود، تغییرات محسوسی نکرد و بیماران هم چنان خود را در نقش یک بیمار تجسم می‌نمودند و ادراک عمومی آنان از سلامت خود منفی بود (افستراتوپولوس، ۲۰۰٦). ستوده اصل، نشاط دوست، کلانتری، طالبی و خسروی (۱۳۸۹) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه دو روش دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی مؤثر بوده است. ترخان، صفاری نیا و خوش‌خلق سیما (۱۳۹۱) در پژوهش تحت عنوان اثربخشی آموزش گروهی مصون‌سازی در مقابل استرس بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی مصون‌سازی و استرس در کاهش فشارخون سیستولیک و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا را نشان می‌دهد. قمری گیوی، محبی و ملکی (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و دارودرمانی در فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا به

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

این نتیجه رسیدند که روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس در کنار دارودرمانی می‌تواند به‌عنوان یک شیوه‌ی مداخله‌ی مفید در کاهش فشارخون و ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا مورداستفاده قرار گیرد. هدف اکثر درمان‌های روان‌شناختی موجود ارتقا سلامت روان بیماران به‌موازات درد کمتر و عملکرد بهتر است. به‌صورت منطقی این موضوع می‌تواند در استقبال بیماران از درمان‌های پزشکی اثر منفی بگذارد و راه را برای استفاده از سایر درمان‌ها در فشارخون بالا هموار نماید. لذا در کنار تحقیقاتی که بر نقش دارودرمانی بر سلامت روان و فشار روانی بیماران مبتلا به فشارخون بالا تأکید دارد، تلاش در جهت یافتن روش‌های جدیدتر برای بهبود سلامت روان و فشار روانی این دسته از بیماران ضروری است. با توجه به کمی تحقیقات انجام‌شده در این زمینه، پژوهش حاضر به بررسی اثرات دارو درمانی و درمان شناختی– رفتاری بر ابعاد مختلف سلامت روان و فشار روانی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی می‌پردازد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بسط یافته با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به فشارخون مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹–۱۳۹۸ تشکیل می‌دهد. نمونه موردنظر در پژوهش حاضر بر اساس ملاک ورود شامل عدم سابقه بیماری‌های دیگر، داوطلب بودن برای شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات سیکل و ملاک خروج نداشتن تحصیلات کافی و عدم رضایت و خستگی برای شرکت در پژوهش بود. در این طرح دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود دارد. قبل از مداخله، از شرکت‌کننده‌های پژوهش پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته (سلامت روان و فشار روانی) به عمل آمد. بعدازاین مرحله، شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش اول ۸ جلسه آموزش شناختی–رفتاری و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم ۸ جلسه دارودرمانی قرار گرفتند و گروه کنترل تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. سپس، از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل پس‌آزمون و مجدداً پس از ٤٥ روز پیگیری به عمل آمد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا فشارخون است که از بین آن‌ها و از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ٤٥ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه‌درمانی شناختی–رفتاری (۱۵ نفر)، دارودرمانی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) انتصاب گردیدند.

شیوه مداخله و اجرا

محتوای جلسه‌های درمان شناختی – رفتاری در پژوهش حاضر در جلسه اول، آشنا کردن مراجعان با درمان شناختی–رفتاری، مروری بر برنامه پیشرو، آموزش اولیه در مورد فشارخون، تعیین روز و زمان جلسات درمانی بود. در جلسه دوم به بیماران دربارهٔ اختلال آن‌ها، صحبت در مورد مدل تفکر روی رفتار و عواطف، چگونگی تفکر منطقی، عقلانی و شیوه‌های سازنده، تمرینات خانگی آموزش

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

داده شد. در جلسه سوم درباره اینکه چطور افکارمان بر خلق‌مان تأثیر می‌گذارد، بحث درباره اینکه افکار چه هستند، تمرین افکار مثبت به‌جای افکار منفی، مهارت‌های شناختی – رفتاری، ارائه تکالیف خانگی بحث شد. در جلسه چهارم به مراجعان در شناسایی سبک‌های تفکر منفی، آموزش آرام‌سازی، ارائۀ تکالیف خانگی کمک شد. در جلسه پنجم در مورد کنترل افکار منفی، تکنیک مدیریت تفکر، تکنیک کنترل توجه و ارائۀ تکالیف خانگی آموزش داده شد. در جلسه ششم آموزش‌های تصویری و تکالیف خانگی ارائه شد. در جلسه هفت از بیانیه‌های خودآموزشی و ارائه تکالیف خانگی استفاده شد. در جلسه هشتم مروری بر تمام تکنیک‌های شناختی و جمع‌بندی کلی برنامه بود.

ابزار

پرسشنامه سلامت روان: پرسشنامه سلامت عمومی در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته‌شده و به‌وسیله پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۵) به فارسی ترجمه و هنجاریابی شده است (فرهادی مطلق، ۱۳۹۱). این پرسشنامه یک ابزار غربالگری شناخته شده روانپزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی و غیر سایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به کار می‌رود. این مقیاس دارای چهار مؤلفه نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است و هر مؤلفه دارای هفت ماده است. این پرسشنامه دارای جمله‌هایی ساده پیرامون وضعیت روانی فرد است که با چهار گزینه اصلاً (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲) و زیاد (۳) نمره‌گذاری می‌شود. پالاهنگ و همکاران (۱۳۷۵) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۹۱ و تقوی (۱۳۸۰) ضریب پایایی آن را از طریق سه روش بازآزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نموده است. همچنین تقوی (۱۳۸۰) برای مطالعه روایی این پرسشنامه از دو روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل استفاده نمود که به ترتیب ۰/۵۵ و همبستگی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بود (فرهادی مطلق، ۱۳۹۱).

پرسشنامه استرس هری[1] (فشار روانی): برای سنجش استرس از مقیاس استرس هری استفاده شد. این پرسشنامه شامل ٦٦ عبارت است که هری (۲۰۰۵) برای سنجش فشار روانی در موقعیت‌های مختلف زندگی تهیه‌کرده است. پاسخ‌های این آزمون در یک طیف ۵ درجه‌ای از «اصلاً قبول ندارم» تا «کاملاً قبول دارم» قرارگرفته است. برای تعیین روایی پرسشنامه همسانی درونی آن از طریق روش دونیمه کردن بر اساس پاسخ‌های نمونه ۵۰ دانشجوی دانشگاه محاسبه شد. نتایج حاصل از فرمول اسپیرمن برای محاسبه ثبات درونی ۰/۷٤ و برای بررسی ثبات زمان پرسشنامه برای نمونه ۵۰ نفری ضریب همبستگی در روش بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد. برای بررسی اعتبار محتوا، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از اساتید روان‌شناسی قرار گرفت که در زمینه فشار روانی کار می‌کردند. آن‌ها

[1] -Harris stress inventor

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

از ۱۰۱ عبارتی که با دقت مطالعه کردند، به ٦٦ مورد به بهتر علائم استرس را مورد ارزیابی قرار می‌داد بیشترین امتیاز را دادند. بنابراین عبارت مذکور انتخاب گردید (هری، ۲۰۰۵).

یافته‌ها

جدول ۱) میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های سلامت روان و فشار روانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول۱. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های مؤلفه‌های سلامت روان در گروه‌ها در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		مرحله	شاخص آماری / گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	بیشترین	کمترین
مؤلفه‌های سلامت روان	نشانه‌های جسمانی	پیش‌آزمون	درمان CBT	۱٦/۱۱	۲/۰۸	۱۵	۱۸	۹
			درمان DRUG	۱۲/۵٦	۱/۹۸	۱۵	۱۷	۹
			کنترل	۷/٦۰	۲/۱۹	۱۵	۱۳	۵
		پس‌آزمون	درمان CBT	۷/۲۱	۲/۱۳	۱۵	۱۰	۷
			درمان DRUG	٦/۱۵	۲/۳۳	۱۵	۱۲	۵
			کنترل	۸/۵۹	۱/۰٦	۱۵	۱۱	۳
	اضطراب و بی‌خوابی	پیش‌آزمون	درمان CBT	۱۵/۵۳	۲/۷۲	۱۵	۲۲	۱۱
			درمان DRUG	۱۳/٦۰	۳/۲۰	۱۵	۱۷	٦
			کنترل	٦/۲۵	۲/۱۲	۱۵	۱۳	۲
		پس‌آزمون	درمان CBT	٤/۱۳	۱/۵٦	۱۵	۸	۱
			درمان DRUG	٦/۲۲	۱/۹۱	۱۵	۱۰	٤
			کنترل	۱۱/۰۲	۱/۸۹	۱۵	۱۷	٦
	نارسا کنش وری اجتماعی	پیش‌آزمون	درمان CBT	٦/۱۲	۲/۱٦	۱۵	۱۰	۳
			درمان DRUG	۷/۲٤	۲/۰۹	۱۵	۸	۵
			کنترل	۷/۲۲	۲/۱٤	۱۵	۱۷	۳
		پس‌آزمون	درمان CBT	۱۷/۵٦	۱/۳۳	۱۵	۱۹	۱۲
			درمان DRUG	۱۳/٤۸	۱/۱۳	۱۵	۱٦	۹
			کنترل	۷/۱۸	۲/۷۷	۱۵	۱۳	۳
	افسردگی	پیش‌آزمون	درمان CBT	۲۰/۳۳	٤/٦٦	۱۵	۲۳	۸
			درمان DRUG	۱۸/۰٦	۲/۵۲	۱۵	۲٤	۱٤
			کنترل	۱۲/۳۳	۳/۳۹	۱۵	۲۱	۷

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

		پس‌آزمون	درمان CBT	٦/١٣	١/٤٣	١٥	٨	١
			درمان DRUG	٦/١٣	٢/٤٥	١٥	٩	٠
			کنترل	٨/٨٠	٢/١٣	١٥	١٢	٣

جدول۲) میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های فشار روانی در آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره‌های فشار روانی در گروه‌ها در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری / گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد	بیشترین	کمترین
فشار روانی	پیش‌آزمون	درمان CBT	٣٣/٦٦	٢/١٧	١٥	٣٣	٢٥
		درمان DRUG	٣٠/٥	٣/٣٢	١٥	٣٦	٢٣
		کنترل	٣١/٣٤	٢/٩٩	١٥	٤٠	٢٧
	پس‌آزمون	درمان CBT	١١/٩٠	٢/٣٥	١٥	١٩	٤
		درمان DRUG	١٥/٨٠	٢/٩٩	١٥	٢٠	١٥
		کنترل	٢٦/٤٨	١/٩٨	١٥	٢٦	١٦

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیش‌آزمون سلامت روان و فشار روانی

شاخص‌ها	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر اتا
پیش‌آزمون	١٤/٥٥	١	١٤/٥٥	٢/٩٩	٠/٣	٠/٠٦
گروه	١٦٨١/٠٣٢	١	١٦٨١/٠٣٢	١٨٧/٢٥	٠/٠٠١	٠/٩٨
خطا	٢٨٣/٨٧٦	٢٧	١١//٣٧			
کل	١١٢٣١	٣٠				

نتایج حاصل از جدول شماره ۳، میزان F=۱۸۷/۲۵ به‌دست‌آمده در سطح معناداری P<۰/۰۰۱ حاکی از اثربخشی درمان CBT برافزایش سلامت روان و فشار روانی بود.

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پیش‌آزمون سلامت روان و فشار روانی

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

شاخص‌ها	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر اتا
پیش‌آزمون	۱۸/۱۰	۱	۱۸/۱۰	٤/۳٤	۰/۳	۰/۰٦٥
گروه	۷۷٦/۰٤۲	۱	۷۷٦/۰٤۲	۱٦۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰
خطا	۱٦۸/۲٤	۲۷	۷/۹۹			
کل	۱۳٤۱۷	۳۰				

نتایج حاصل از جدول شماره ٤، میزان F=۱٦۱/۲۳ به‌دست‌آمده در سطح معناداری P<۰/۰۰۱ حاکی از اثربخشی درمان DRUG برافزایش سلامت روان و فشار روانی بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به هدف بررسی اثرات درمان دارویی و درمان شناختی –رفتاری بر میزان سلامت روان و فشار روانی زنان مبتلا به فشارخون شهر کرمانشاه انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره میانگین نمره‌های پس‌آزمون سطوح متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که درمان شناختی–رفتاری بر نمرات پس‌آزمون سلامت روان و فشار روانی تأثیر معنی‌دار داشته است. بر اساس میانگین نمرات می‌توان گفت میزان سلامت روان بهبود و فشار روانی در پس‌آزمون با مداخله درمان شناختی رفتاری کاهش پیداکرده است، که با نتایج پژوهش های ستوده اصل (۱۳۸۹)، ترخان و همکاران (۱۳۹۱)، قمری گیوی (۱۳۹۳) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری خواهند توانست به بهبود احساسات منفی بیمار تا حد زیادی کمک کند. همچنین نتایج نشان داد که درمان دارویی بر نمرات پس‌آزمون سلامت روان و فشار روانی زنان مبتلا به فشارخون تأثیر معنی‌دار داشته است. امروزه دولت‌ها و سیستم‌های بهداشتی و درمانی در سراسر جهان به سلامت روان مردم خود توجه دارند و می‌کوشند تا با به‌کارگیری 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 (افستراتوپولوس، ۲۰۰٦). نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهند ابتلا به پرفشاری خون موجب ایجاد محدودیت‌های فراوانی در رژیم غذایی مثل محدودیت در مصرف نمک و چربی‌های اشباع‌شده، 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 به‌صورت منظم و طولانی، باعث ایجاد فشار روانی بر بیمار می‌شود که این مسئله می‌تواند بر سلامت روان فرد تأثیر منفی بگذارد. آمار و همکاران (۲۰۰۳) با طرح این سؤال چرا فشارخون در پیش‌گیری سطح دوم به‌خوبی 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 تأکیددارند که هرگونه درمان موفقیت‌آمیز

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

در فشارخون 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 (فلچر و همکاران، ۱۹۹۲). تحقیقات انجام‌شده در این زمینه کم و در ایران تحقیق خاصی که به‌صورت مستقیم به این موضوع پرداخته باشد نادر می‌باشد. یافته‌های به‌دست‌آمده با نتایج برخی تحقیقات هم سو می‌باشد. کات و همکاران نشان دادند، دارودرمانی فشارخون به‌تنهایی 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 فشارخون اساسی، دارای نشانه‌های واضح بیماری نیستند و مصرف بلندمدت و حتی مادم العمر داروهای ضد فشارخون، مانند آتنولول، سیلازآپریل، وراپامیل و پراپرانولول در درازمدت، نگرش بیمار را نسبت به خودش منفی می‌کنند. بنابراین، درمان‌های دارویی باوجوداینکه در کاهش فشارخون 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 بازستانند (کات، ۲۰۰۰؛ نجمی و همکاران، ۱۳۸٦). درمان شناختی– رفتاری می‌تواند در کنار درمان‌های دارویی بر بهبود سلامت روان و فشار روانی بیماران اثر مثبتی بگذارد. به‌عنوان شاهدی بر این مدعا، یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری که درمان موفقیت‌آمیز آن را پیش‌بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد، پای بندی بیماران به توصیه‌های درمانی است. اگرچه مردم و پزشکان وقت و انرژی زیادی را صرف اقدامات تشخیص بیماری می‌نمایند، اما بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به علت خستگی ناشی از درمان طولانی‌مدت و ناامیدی از درمان قطعی، پیگیری رژیم‌درمانی توصیه‌شده را رها ساخته یا نادیده می‌گیرند. نجمی و همکاران در سال ۱۳۸٦ در پژوهشی با عنوان: اثربخشی درمان روان‌شناختی چند جنبه‌ای بر بهبود پای بندی به درمان پزشکی در بیماری دیابت نوع یک، تأثیر درمان شناختی – رفتاری را بر رعایت رهنمودهای پزشکی دریکی از بیماری‌های مزمن بررسی نمودند. نتیجه این تحقیق نشان داد که، اقدامات روان‌شناختی، بر فرایند استفاده از خدمات پزشکی ازجمله 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 غیرمنطقی، آرام‌سازی عضلانی، آموزش مهارت حل مسئله، مراقبه، پس‌خوراند زیستی، تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ازجمله راهبردهای درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی– رفتاری است که نه‌تنها پیامدهای عاطفی منفی بیماری‌های مزمن را تخفیف می‌بخشد، که به افزایش سطح پای بندی به توصیه‌ها درمانی نیز کمک می‌نماید (نجمی، ۱۳۸٦). درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی، مداخله‌ای مؤثر در بهبود سلامت روان و کاهش فشار روانی بیماران مبتلا به فشارخون می‌باشند. این درمان‌ها قادر بوده فشار روانی را در این بیماران کاهش دهند و از این طریق به بهبود سلامت روان و کاهش فشارخون افراد مبتلا کمک کنند. توجه به پیشینه نظری و تحقیقات انجام‌شده، سازوکار اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی–رفتاری مربوط به تأثیر عمیقی است که این روش بر افکار، باورهای نادرست و اصلاح رفتارهای نامناسب بیماران مبتلا به

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

فشارخون می‌گذارد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و توجه به اهمیت سلامت روان و فشار روانی در بیماران دچار فشارخون بالا می‌توان سازوکارهایی برای کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش سلامت روان این بیماران تدارک دید تا ظرفیت‌های مقابله‌ای ایشان ارتقاء یابد و برنامه‌هایی در راستای رویکردهای کار گروهی پزشکان و روانشناسان اندیشید و اجرا کرد. باید توجه داشت محدودیت‌های این تحقیق ازجمله تک‌جنسی بودن نمونه‌ها و عدم کنترل شغل و وضعیت اقتصادی که می‌توانست بر نتایج تأثیر بگذارد تعمیم‌یافته‌ها را بااحتیاط مواجه می‌سازد. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش های بعدی برای رفع محدودیت‌ها از نمونه‌های جامع‌تر شامل هر دو جنس، در نظر گرفتن شغل و وضعیت اقتصادی، اجرا در خرده‌فرهنگ‌های مختلف و روش‌های موازی درمانی جهت کنترل هر چه بیشتر استفاده گردد. محدودیت دیگر پژوهش حاضر، محدودیت زمانی برای پیگیری بلندمدت تر ٦ یا ١٢ ماهه است تا بتوان در این مورد بهتر اظهارنظر کرد. با توجه به محدودیت زمانی، پس از ٤٥ روز پیگیری به عمل آمد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش های آتی پیش از شروع مداخله درمانی، افراد مورد مداخله را از لحاظ نوع فشارخون همسان‌سازی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی را با لحاظ کردن مرحله پیگیری طولانی‌مدت تری انجام دهند. درنهایت، مطالعات در حیطه شناسایی پاتوفیزیولوژی فشارخون و زیرساخت‌های عصب‌شناختی آن، همچنان ادامه دارد و امید است با شناخت دقیق‌تر این زیرساخت‌ها، بتوان راهکارهای درمانی و مدیریتی کاراتری را نیز به افراد دچار فشارخون ارائه داد. درمجموع، یافته‌های مطالعه حاضر مؤید اثر مثبت مداخله‌ی شناختی- رفتاری در کنار دارودرمانی بر بهبود ابعاد مختلف سلامت روان و فشار روانی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی است. نتایج این تحقیق، تأکید بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علوم ازجمله علم پزشکی و روان‌شناسی و همکاری توأم روان شناسان و متخصصان داخلی و قلب و عروق، به‌منظور افزایش اثربخشی مداخله‌های درمانی در بهبود سلامت روان و فشار روانی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی می‌باشد.

منابع

- ترخان، مرتضی؛ صفاری نیا، مجید و خوش‌خلق سیما، پروانه (١٣٩١). اثربخشی آموزش گروهی مصون‌سازی در مقابل استرس بر فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کیفیت زندگی زنان مبتلا به فشارخون بالا، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ٩ (٣).
- ستوده اصل، نعمت؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ کلانتری، مهرداد؛ طالبی، هوشنگ و خسروی علیرضا (١٣٨٩). مقایسه دو روش دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ١١ (٤).
- قمری گیوی، حسین؛ محبی، زهرا و ملکی، کامیاب (١٣٩٣). اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و دارودرمانی در فشارخون و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری فشارخون بالا، مجله علوم رفتاری، ٨ (٤):٤١١-٤٠٥.
- Roccella E, Kaplan N. The essentials of high blood pressure. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins; 2003.
- Amar J, Chamontin B, Genes N, Cantet C, Salcador M, Cambou J. Why is hypertension so frequently uncontrolled in secondary prevention? hypertension. 2003;21:1199-205.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

- Burk, V., Beilin, L. J., German, R.,Grosskop, F. S, Ritchie, J., Puddey, I. B.,&Rogers, P. (1998). Association of lifestyle and personality characteristics with blood pressure and hypertension: A cross-sectional study in the elderly. Journal of Psychosomatic Research, 45,139-148.
- 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.
- 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 Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE). J Hum Hypertens 2004: 18: 239-245.
- Edlin G, Golanty E. Health and Wellness. 8th ed. Boston: Jones and Bartlet; 2004.
- 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.
- Erem, C. (2008). Prevalence of pre-hypertension and hypertension and associated risk factor among Turkish adults: Trabzon hypertension study. Journal of Public Health, 31(1), 47- 58.
- Fletcher A, Bulpitt C, Chase D, Collins W, Furberg C, Goggin Taea. Quality of life with three antihypertensive treatments Cilazapril,Atenolil,Nifedipine. hypertension. 1992;19:499-507.
- Moher M. Evidence of the effectiveness of intervention for secondary prevention and treatment of coronary heart (Dissertation). San Diego State University; 2001.
- Mitchell, A. E. P. (2017). The effect of a short course in cognitive and behavioral therapy (CBT) on knowledge acquisition in non-specialist CBT practitioners. Advances in Psychology Research, 120(1), pp. 103-118.
- Mojon-Azzi, S., & Sousa-Poza, A. (2011).Hypertension and life satisfaction: An analysis using data from the survey of health, ageing and retirement in Europe.Journal of Applied Economics Letters, 18(2).
- Noble, W. & Tyler, R. (2007). Physiology and phenomenology of tinnitus: implications for treatment. International Journal of Audiol, 46, pp. 569-574.
- Nazrul, M. H., Nazrul, M. I., Mondal, S.Y., & Rocky, K. M. (2013).Determinants of Blood Pressure Control in Hypertensive Diabetic Patients in Rajshahi District of Bangladesh. Journal of Bioengineering & Biomedical Sciences, 3 (1), 1-5.
- Patel C, North W. Randomised controlled trail of yoga and biofeedback in the managment of hypertension: Lancet Ii; 1975.
- Zoger, S. Svedlund, J. & Holgers, K. M. (2006). Relationship between tinnitus severity and psychiatric disorders. Psychosomatics, 47, pp. 282-288.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]

Investigating the Effects of Drug Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health and Reducing the Psychological Pressure of Women with Blood Pressure

Abstract

The aim of this study was to investigate the effects of pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy on mental health and reduce the psychological pressure of women with hypertension in Kermanshah in 2009-2010. The present study is a quasi-experimental study of pretest, posttest and extended follow-up with the control group. In this plan, there are two experimental groups and one control group. Participants in the first experimental group received 8 sessions of cognitive-behavioral training and participants in the second experimental group received 8 sessions of pharmacotherapy and the control group did not undergo any interventions. Cognitive-behavioral and drug therapy approaches together increase mental health and reduce stress. The most important results of this study are the effectiveness and usefulness of using cognitive-behavioral and pharmacological approaches to improving mental health and lowering blood pressure. Blood pressure can be one of the main causes of mental health problems and can cause problems for patients with high blood pressure. Due to the role of cognitive-behavioral approach and drug treatment on improving mental health and stress, the use of team approach and the need for cooperation of blood pressure specialists and psychologists to improve the mental health of patients with major hypertension is recommended.

Keywords: *pharmacotherapy, cognitive-behavioral therapy, mental health, stress, blood pressu*

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-24]