

تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی

زهره خیام نکویی*، علی‌رضا یوسفی، غلام‌رضا منشئی

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن، و نقش آموزش در بهبود آن، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی در شهر اصفهان انجام شد.

روش‌ها: در این پژوهش تجربی، نمونه مورد مطالعه ۵۶ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان چمران و مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان بودند که به صورت تصادفی گزینش، و با روش تخصیص تصادفی به دو گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. گروه تجربی در طی هشت جلسه دو ساعته، به صورت گروهی، آموزش دیدند. هر دو گروه آزمودنی‌ها پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌نیو ویژه بیماران قلبی را قبل از شروع آموزش و دو هفته پس از پایان آموزش تکمیل نمودند. برخی اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نیز به همراه پرسشنامه اصلی جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و از طریق آزمون‌های آماری، t مستقل، مجذور کای و کولموگروف اسمیرینف و تحلیل کواریانس انجام شد.

نتایج: آموزش‌های شناختی- رفتاری با شاهد اثر احتمالی پیش‌آزمون در سه خرده مقیاس کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی تأثیر معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد بهره‌گیری از مداخلات شناختی- رفتاری شیوه مناسبی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی در کنار سایر درمان‌های پزشکی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: آموزش، شناختی- رفتاری، بیماری‌های قلبی- عروقی، کیفیت زندگی.

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / تابستان ۱۳۸۹؛ ۱۰(۲): ۱۴۸ تا ۱۵۴.

مقدمه

درمان قطعی بیماری، هدف غیر واقعی و دست نیافتنی تلقی می‌شود، زیرا این بیماری، ناتوان‌کننده و پیش‌رونده است و عوامل متعدد بیرونی و درونی بر تشدید و بهبود آن مؤثر هستند. طبعاً این خصوصیات بر روند کیفیت زندگی بیماران اثر گذاشته و همواره توجه به این شاخص مهم جزء اهداف اساسی درمان و مراقبت بشمار می‌آید(۲).

شیوه‌های رایج ارزشیابی بهبود در بیماران، مانند: معاینات بالینی، بررسی‌های آزمایشگاهی، استفاده از روش‌های پیشرفته تصویربرداری و نظایر آن، گرچه اطلاعات بااهمیتی در مورد بیماری در اختیار قرار می‌دهد، اما در نگاه کل‌نگر (holistic view) به بیمار کافی نیست. در نگاه جامع نمی‌توان بیماری را از ویژگی‌های فردی و

با وجود کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی در طول دهه گذشته، این اختلالات علت عمده مرگ و میر و یا ناتوانی در افراد است(۱). اصولاً در بیماران که مبتلا به مشکلات مزمن عروق کرونر هستند،

* نویسنده مسؤول: زهره خیام نکویی (دانشجوی دکتری روان‌شناسی)، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات اصفهان. کوی شادمان، خیابان صائب، اصفهان. khayyamnekouei@gmail.com
دکتر علی‌رضا یوسفی (دانشیار)، مرکز تحقیقات علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، (aryousefy@edc.mui.ac.ir)؛ دکتر غلام‌رضا منشئی (استادیار)، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین (smanshaee@yahoo.com)

این مقاله در تاریخ ۸۸/۹/۵ به دفتر مجله رسیده، در تاریخ ۸۹/۴/۲۲ اصلاح شده و در تاریخ ۸۹/۴/۲۸ پذیرش گردیده است.

کاهش اضطراب، کاهش میزان نارسایی قلبی، افزایش تعاملات اجتماعی و خانوادگی و در نهایت، بهبود کیفیت زندگی این بیماران شده است (۹). سنجش کیفیت زندگی، بویژه در بیماری‌های مزمن، از اهمیت خاصی برخوردار است زیرا در بیماری‌های مزمن، نه تنها سلامت جسمی، بلکه سلامت روانی و اجتماعی بیمار نیز مورد مخاطره جدی قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان بدون امید به بهبودی، زندگی می‌کنند (۱۰). بیماری‌های قلبی- عروقی نیز بطور عموم در زمره بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرند و از این رو، سنجش کیفیت زندگی این بیماران برای تصمیم‌گیری‌های درمانی حائز اهمیت است (۱۱).

توجه جدی به پیشگیری‌های ثانویه در ساختار نگاه کل‌نگر و رسیدن به هدف بهبود زندگی بیماران، ضرورتاً روش‌های نوینی را در کنار درمان‌های رایج طلب می‌کند. شیوه‌هایی که عمدتاً در حوزه پزشکی جایگزین (alternative medicine) در حال گسترش و در عین حال ارزیابی در جوامع گوناگون است. مداخلات روان‌شناختی، و از جمله آموزش‌های شناختی- رفتاری، یکی از این شیوه‌ها محسوب می‌شود. در پژوهشی تأثیر درمان‌های شناختی- رفتاری و دارو- درمانی را بر اختلالات اضطرابی در مقایسه با دارو- درمانی، در ۲۳۲ بیمار در دو گروه مورد مطالعه قرار گرفته و نشان داده که درمان آمیخته (درمان شناختی- رفتاری به همراه دارو- درمانی) بطور معناداری نشانه‌های اضطراب را در این بیماران کاهش داده و باعث بهبود عملکرد آنها و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران شده است. اما گروه دیگر که در شرایط مشابه فقط دارو دریافت کرده بودند، بهبود چندانی از خود نشان ندادند (۱۲). در جامعه ما این گونه مداخلات درمانی هنوز چندان شیوع نیافته و محتوی آموزشی این مداخلات با شرایط فرهنگی ما مطابقت نیافته، و همچنین اثربخشی این مداخلات با روش‌های علمی و به صورت همه جانبه مورد مطالعه قرار نگرفته است. از این رو، این پژوهش از کارهای آغازین در این زمینه در جامعه ایرانی است که در صدد بررسی اثرات آموزش‌های شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی انجام شده است.

اجتماعی بیمار جدا دانست. گسترش نگاه کل‌نگر به بیمار و محوریت دادن به او، به ایجاد راه و روش‌های جدیدی برای ارزشیابی بهبود بیماران منجر شده است. یکی از شایع‌ترین این روش‌ها، بررسی کیفیت زندگی بیمار است (۳). سنجش کیفیت زندگی بیماران نه تنها ابزار ارزشیابی مؤثر بودن مداخلات درمانی، بلکه روشی برای تحلیل هزینه- اثربخشی این مداخلات نیز هست (۴).

به دلیل گستردگی مفهوم کیفیت زندگی، تعریف واحدی از آن ارائه نشده است. در سال‌های اخیر، کوشش‌هایی انجام شده تا کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت (health related quality of life) مورد توجه قرار گیرد. توسعه تکنولوژی در پزشکی، توجه همه جانبه به نیازهای افراد را تا حدودی مورد فراموشی قرار داده است (۵). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کنار مداخله‌های درمانی، احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را در کانون اهمیت قرار می‌دهد و از این رو، کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت است اگر چه وابسته به آن می‌باشد (۶و۷).

سازمان جهانی بهداشت برای کیفیت زندگی چهار بعد در نظر گرفته است:

سلامت جسمی، شامل مواردی از قبیل: درد و احساس ناراحتی، خواب و استراحت و توانایی انجام کار و امور روزمره؛

جنبه روان‌شناختی، شامل مواردی از قبیل: قیافه ظاهری،

احساسات مثبت و منفی، حافظه، تمرکز و اعتماد به نفس؛

روابط اجتماعی، شامل مواردی از قبیل: روابط

شخصی، حمایت اجتماعی و فعالیت‌های جنسی؛

و محیط اجتماعی، شامل مواردی از قبیل: تأمین مالی،

محیط خانه، دسترسی به اطلاعات، مشارکت در فعالیت‌های

اجتماعی و تسهیلات رفت و آمد (۸).

آژانس تحقیقات و مراقبت‌های بهداشتی آمریکا در مورد ضرورت پیشگیری ثانویه بیماران قلبی- عروقی اظهار می‌دارد: در آمریکا سالانه بیش از دو میلیون بیمار کرونری جدید نیازمند برنامه‌های مراقبتی و توان‌بخشی می‌باشند، زیرا بررسی‌ها نشان می‌دهد که پیگیری‌های مراقبتی باعث افزایش توان فعالیت، کاهش بروز درد،

روش‌ها

در این پژوهش نیمه تجربی، از طرح دو گروه تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. نمونه پژوهش ۵۶ نفر از بیماران عروق کرونر بودند که به صورت تصادفی از مرکز آموزشی و درمانی قلب چمران و مرکز تحقیقات قلب و عروق انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه کیفیت زندگی مک‌نیو (McNew) بود که اختصاصاً برای سنجش کیفیت زندگی بیماران قلبی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال است و در سه خرده‌مقیاس: عملکرد هیجانی، عملکرد فیزیکی و عملکرد اجتماعی، کیفیت زندگی بیماران قلبی را ارزیابی می‌کند. چهارده سؤال این پرسشنامه در حوزه عملکرد فیزیکی، ۱۴ سؤال آن در حوزه عملکرد هیجانی و ۱۳ سؤال در حوزه عملکرد اجتماعی است. پنج سؤال از حوزه عملکرد فیزیکی، علائم بیماری را ارزیابی می‌کند. چگونگی تقسیم‌بندی سؤالات در پرسشنامه به گونه‌ای بود که هر سؤال می‌تواند در یک، دو و یا هر سه حوزه قرار گیرد. بدین ترتیب، نمره فرد در عملکرد فیزیکی با محاسبه میانگین نمرات ۱۴ سؤال در همان حوزه، در عملکرد هیجانی با محاسبه میانگین نمرات ۱۴ سؤال مربوط به حوزه عملکرد هیجانی و در عملکرد اجتماعی نیز با محاسبه میانگین نمرات ۱۳ سؤال در حوزه عملکرد اجتماعی حاصل می‌گردد. نمره نهایی نیز با محاسبه نمره تمام سؤالات محاسبه می‌شود.

هر کدام از سؤالات پرسشنامه دارای معیار پاسخ هفت درجه‌ای است و پاسخ آزمودنی به هر یک از هفت گزاره، موضع او را روی پیوستاری که از «همیشه» تا «اصلاً» متغیر است، نشان می‌دهد. بالاترین نمره ممکن در هر حوزه هفت و کمترین نمره یک است که به ترتیب نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالا و کیفیت زندگی پایین می‌باشد. این پرسشنامه برای بیماران قلبی در شهر اصفهان توسط یوسفی و جعفری ۱۳۸۳ هجری‌ایابی شده است (۱۳). پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به میزان ۰/۹۴ از شیوه آلفای کرونباخ به دست آمد. اطلاعات دموگرافیک بیماران نیز همراه پرسشنامه اصلی دریافت شد. محتوای آموزش طراحی شده برای گروه تجربی

هشت جلسه دو ساعته آموزش گروهی بود که به صورت هفتگی برگزار می‌گردید. محتوی آموزش بر اساس سرفصل‌های کتاب آموزش شناخت- درمانی گروهی (۱۴) و کتاب مجموعه پرسشنامه برای مریبان روابط انسانی (۱۵)، مطالعات پیشینه تحقیق، شناسایی مشکلات ویژه بیماران قلبی عروقی و با عنایت به مبانی اعتقادی و فرهنگی جامعه تدوین شد. این محتوی آموزشی مشتمل بر ۱۰ هدف عمده بود:

آگاه کردن بیماران از نشانه‌های اضطراب و مسائل اضطراب‌زا؛

آشنایی با منطق آموزش‌های شناختی- رفتاری؛ کمک به آزمودنی‌ها برای شناسایی رفتارها و افکار خودآیند منفی؛

توجه به احساسات خود و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار خودآیند منفی؛

تکنیک‌های آرمیدگی؛

شیوه‌های برقراری ارتباطات مؤثر؛

فنون حساسیت‌زدایی منظم؛

فنون جرأت‌ورزی (خودابرازی)؛

تبیین رابطه افکار با حالات خلقی؛

و توقف افکار برای مقابله با افکار منفی.

هر جلسه دارای اهداف مشخصی بود و برای هر جلسه تکالیف خانگی متناسب با آموزش دریافتی نیز تهیه شد. مطالب و تکالیف به صورت جزوه و نوار صوتی «آموزش در ژرفا» (۱۶) برای انجام تمرینات آرمیدگی در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. افراد گروه تجربی پرسشنامه پیش‌آزمون را قبل از شروع آموزش‌ها و پرسشنامه پس‌آزمون را دو هفته بعد از پایان آن تکمیل کردند. گروه شاهد آموزشی دریافت نکردند اما به آنها گفته شد که برای یک دوره آموزشی با آنها تماس گرفته خواهد شد. آزمودنی‌های گروه شاهد نیز همزمان با گروه تجربی پرسشنامه پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تکمیل کردند. رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در مطالعه با متقاعد کردن آنان جلب شد.

اطلاعات به دست آمده از این پژوهش از طریق نرم‌افزار SPSS با استفاده از آزمون‌های آماری t مستقل

برای مقایسه سن و مدت زمان بیماری آزمودنی‌ها، آزمون کولموگروف اسمیرینف برای بررسی نرمال بودن نمرات دو گروه در مقیاس کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه میانگین کیفیت زندگی دو گروه با کنترل نمرات پیش‌آزمون انجام گرفت. معیار رد فرضیه صفر در تمام آزمون‌ها $\alpha \leq 0/5$ منظور گردید.

نتایج

نرمال بودن نمرات دو گروه در مقیاس کیفیت زندگی و سه خرده مقیاس آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق آزمون کولموگروف اسمیرینف بررسی و مورد تأیید قرار گرفت ($p \leq 0/05$). فراوانی جنس، وضعیت تأهل، عوامل خطرزا، وضعیت اقتصادی، استرس شغلی و سطح تحصیلات در دو گروه تجربی و شاهد از طریق

آزمون مجذور کای مقایسه شد که فراوانی این متغیرها در دو گروه تفاوت معنادار نداشت. سن و مدت زمان بیماری آزمودنی‌ها در دو گروه از طریق آزمون t مستقل مقایسه شد که به ترتیب با مقادیر $t=1/025$ و $t=1/24$ تفاوت معنادار نداشتند (جدول ۱).

کیفیت زندگی (متغیر وابسته) به منظور حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) انجام شد. نتایج آزمون در جدول دو ارائه شده است.

نتایج نشان می‌دهد که آموزش‌های شناختی- رفتاری با حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون در سه خرده مقیاس کیفیت زندگی و نمره کل کیفیت زندگی تأثیر معنی‌داری با $P < 0/0001$ داشته است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه تجربی و شاهد قبل و بعد از مداخله

متغیر وابسته	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
گروه تجربی		
عملکردهیجانی	۴/۶۳±۱/۲۶	۵/۶۶±۰/۹۳
عملکرد فیزیکی	۴/۴۶±۱/۳۲	۵/۵۳±۰/۹۷
عملکرد اجتماعی	۴/۶۳±۱/۳۹	۵/۷۱±۰/۹۴
نمره کل کیفیت زندگی	۴/۵۳±۱/۱۶	۵/۵۷±۰/۸۳
گروه شاهد		
عملکرد هیجانی	۵/۰۱±۱/۱۷	۴/۸۵±۱/۳۸
عملکرد فیزیکی	۴/۹۲±۱/۳۰	۴/۸۶±۱/۲۹
عملکرد اجتماعی	۵/۰۰±۱/۳۷	۵/۰۱±۱/۲۷
نمره کل کیفیت زندگی	۴/۹۳±۱/۱۵	۴/۸۷±۱/۲۸

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کواریانس، تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر متغیر وابسته کیفیت زندگی مکنیو و خرده مقیاس‌های آن

متغیرهای وابسته	مقدار F	سطح معناداری	میزان اثر	توان آزمون	p
عملکرد هیجانی	۲۳/۸۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹۸	$\leq 0/05$
عملکرد فیزیکی	۱۵/۷۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲	۰/۹۷۴	$\leq 0/05$
عملکرد اجتماعی	۱۶/۷۰۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۸	$\leq 0/05$
نمره کل کیفیت زندگی	۲۰/۲۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹۳	$\leq 0/05$

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی انجام گرفت. همان طور که نتایج نشان داد اندازه اثر (size effect) و توان آزمون بسیار بالا نشان‌دهنده این است که آموزش‌های شناختی- رفتاری با حجم نمونه موجود اثر معنی‌دار و تعیین‌کننده‌ای بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی داشته است.

در این پژوهش، هیچ تغییری در داروهای دریافتی دو گروه تجربی و شاهد داده نشد، اما پژوهش‌هایی که به مقایسه تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری با دارو- درمانی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که آموزش‌های شناختی- رفتاری، علاوه بر کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی، کاهش مصرف داروها را نیز به همراه دارد (۱۷). در مورد تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی، بویژه در بیماران مزمن، پژوهش‌های زیادی انجام شده و کماکان در حال انجام است. در پژوهشی دریافتند که آموزش‌های شناختی- رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مضطرب مؤثر است (۱۸). پژوهش‌های انجام شده ارتباط بین اضطراب و افزایش مرگ و میر و موربیدیتی در بیماران قلبی را نشان داده‌اند (۱۹). همچنین شواهد متقاعدکننده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اضطراب، یک ریسک فاکتور مستعدکننده ایجاد بیماری عروق کرونر (CHD) است. اما کاربرد تکنیک‌های مختلف روان- درمانی، مانند: آرمیدگی، مراقبه، بیوفیدبک از طریق کاهش فشار خون، توان انقباض عروقی را کاهش داده و موجب بهبود عملکرد قلب و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود.

پژوهش‌های متعدد دیگر نیز که به بررسی تأثیر آموزش‌های شناختی- رفتاری پرداخته‌اند، تأثیرات قاطع این مداخلات را، بویژه در مرحله پیشگیری ثانویه، مؤثر و کارآمد دانسته‌اند (۱۲ و ۲۰).

با توسعه تدریجی رویکرد کل‌نگر در درمان بیماران و پذیرش نسبی و مقبولیت این دیدگاه در نزد متخصصان، شیوه‌های متناسب با آن نیز در مداخلات درمانی گسترش یافته است. استفاده از روش‌های روان‌شناختی

به عنوان یکی از روش‌های مؤثر در پزشکی جایگزین، بویژه در درمان بیماری‌های مزمن، در حال گسترش است. از این رو، نتایج این پژوهش در ایران و بسیاری از پژوهش‌های انجام شده در سطح جهانی موجب خواهد شد تا بهره‌گیری از آموزش‌های شناختی- رفتاری تدریجاً به بخشی جدایی‌ناپذیر از پروتکل درمانی بیماران مزمن و از جمله بیماران قلبی- عروقی تبدیل شود.

به نظر می‌رسد بین ادراک فرد از خود، اعتماد به نفس او، توانایی ایجاد احساسات مثبت در خود و مقاومت در مقابل احساسات منفی، دیدگاه مثبت نسبت به خود، دنیای خود و آینده و واقع‌بینی با نحوه کنار آمدن با بیماری‌های مزمن و از جمله مهم‌ترین آنها، یعنی بیماری‌های قلبی- عروقی، ارتباط تنگاتنگی وجود دارد. عوامل ذکر شده، چنان که در بیمار تقویت شود تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر احساس بهبودی، احساس رضایت از زندگی، تجربه ترس و نگرانی کمتر، و در نتیجه، بهبود کیفیت زندگی، خواهد داشت.

با توجه به این که پژوهش حاضر از اقدامات آغازین در کشور محسوب می‌شود، بنابراین، انجام این پژوهش و نتیجه‌بخش بودن آن، نشان از قابلیت اجرایی آن نیز دارد. لازم به ذکر است که حوزه مورد بررسی در این پژوهش، هنوز به تنومندی، بلوغ و اشباع پژوهشی دست نیافته است. موضوعاتی از قبیل: مدت زمان ماندگاری اثرات آموزش‌های شناختی- رفتاری، نحوه و شیوه‌های تعادل بین آموزش‌های شناختی- رفتاری و مصرف داروها، نحوه تعامل بین پزشک و متخصصان علوم رفتاری در مواجهه با بیمار، روش‌های حصول اطمینان از این که بیمار چه زمانی به حد قابل قبولی از توانایی برای شاهد احساسات خود می‌رسد، و موضوعات بسیاری از این دست، هنوز دستاوردهای پژوهشی فزون‌تری را طلب می‌کند. بهره‌گیری از مطالعات طولی آینده‌نگر، توأم با حجم نمونه وسیع‌تر و با در نظر گرفتن متغیرهای بیشتر، که با وجود مراکز تحقیقاتی مرتبط و فعال در سطح کشور، انجام آنها دور از دسترس نیست، می‌تواند نتایج بسیار نیکو و قابل استفاده‌ای داشته باشد و بخشی از کاستی پژوهشی در این زمینه را جبران کند.

نتیجه گیری

استناد به نتایج تحقیقاتی مانند پژوهش حاضر، موجبات پذیرش عام تر و عالمانه تر شیوه های مؤثر پزشکی مکمل در نزد متولیان سلامت و آموزش پزشکی کشور خواهد شد، و به تقویت دیدگاه کل نگر کمک خواهد کرد، و به تبع آن، هم برنامه های آموزش پزشکی و هم پروتکل های درمانی، در آینده تغییرات قابل توجهی را تجربه خواهد کرد.

قدردانی

بدین وسیله از مسئولین محترم بخش های داخلی و ویژه قلب و مدیریت پرستاری مرکز آموزشی و درمانی شهید چمران و مرکز تحقیقات قلب و عروق اصفهان که امکان نمونه گیری و اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، صمیمانه سپاسگزاری و قدردانی می شود.

منابع

1. López-Jaramillo P, Casas JP, Bautista L, Serrano NC, Morillo CA. An integrated proposal to explain the epidemic of cardiovascular disease in a developing country. From socioeconomic factors to free radicals. *Cardiology* 2001; 96(1): 1-6.
2. Lukkarinen H. Quality of life in coronary artery disease. *Nurs Res* 1998 Nov-Dec; 47(6): 337-43.
3. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ* 2001 May 26; 322(7297): 1297-300.
4. Safizadeh H, Garousi B, Afsharpour S. [Quality of life of hemodialysis patients]. *Payesh Quarterly* 2005; 5(1): 29-35. [Persian]
5. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? *Current Opinion in Psychiatry* 1997 10(5): 337-45.
6. Ferrans CE, Powers MJ. [Quality of life index: development and psychometric properties]. *Rech Soins Infirm* 2007 Mar; 88: 32-7.
7. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ* 2001 Jun 2; 322(7298): 1357-60.
8. [No authors listed]. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995 Nov; 41(10): 1403-9.
9. Gay S. Meeting cardiac patients expectation of caring. *Diments Crit Care Nurse* 1999; 18: 46-50.
10. Addington-Hall J, Kalra I. Who should measure quality of life? *British Journal* 2001; 322: 1417-20.
11. Coelho R, Romas S, Prata J, Bettencourt P. Heart failure and health related quality of life. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005; 1: 19.
12. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et al. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Mar; 62(3): 290-8.
13. Jafari M. [Validation of the quality of life MacNew questionnaire for cardiac patients]. [dessment]. Isfahan: Khorasgan University. 2004. [Persian]
14. Free ML. *Cognitive therapy in groups: guidelines and resources for practice*. England: John Wiley & Sons. 1999.
15. Yousefi A, Jafari F, Changiz T. [Translator]. [The trainers questionnaire Kit]. Hony P [Athour]. 1st ed. Tehran: Farhange Mardom. 2005. [Persian]
16. Bahadoran K, Pournaseh M. [The path of deep calm]. Tehran: Mehr-e-Kavian Publications. 2003. [Persian]
17. Gorenstein EE, Papp AA, Keleber MS. Cognitive behavioral treatment of anxiety in later life. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1999: 305-20.
18. Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez TL, Jacquin KM, Harrington PJ. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychol* 1995 Oct; 63(5): 823-30.
19. Branwalld E, Zips DP, Libby P, Bonow R. *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 7th ed. London: Saunders. 2004.
20. Durham RC, Turvey AA. Cognitive therapy vs Behavior therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour Research Therapy* 1987; 25: 229-34.

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality

Zohreh Khayam Nekouei¹, Alireza Yousefy², Qolamreza Manshaee³

Abstract

Introduction: *Considering the significance of life quality in chronic diseases and the role of education in its improvement, this study was performed to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy on improving the life quality of cardiovascular patients in Isfahan city.*

Methods: *In this experimental study, 56 patients who referred to Chamran Hospital and Isfahan Cardiovascular Research Center were randomly selected and assigned to two groups of experiment and control. The experiment group was trained in 8 group sessions, each session taking 2 hours. Both groups received Mc New life quality questionnaire for cardiac patients before and two weeks after education. Some demographic data was also gathered along with the questionnaire. Data was analyzed by SPSS software using statistical tests such as independent t-test, χ^2 , and covariance analysis.*

Results: *With observing the possible effect of pretest, cognitive-behavioral therapy had a significant effect on the total score of life quality and its three subscale*

Conclusion: *It seems that, along with other medical therapies, making use of cognitive-behavioral interventions is an appropriate method for improving the life quality of cardiovascular patients.*

Keywords: Education, Cognitive-Behavioral, Cardiovascular diseases, Quality of life.

Addresses:

(✉)¹ PhD student of psychology, Islamic Azad University- Isfahan Science and Research Branch, Shadman alley, Saeb St, Isfahan, Iran.. E-mail: khayyamnekouei@gmail.com

² Associate Professor, Medical Education Research Center, Department of Medical Education, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran. E-mail: aryousefy@edc.mui.ac.ir

³ Assistant Professor, Department of Psychology, School of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch. E-mail: smanshaee@yahoo.com

Source: Iranian Journal of Medical Education 2010 Sum; 10(2): 148-153.

