

EFFECTIVENESS OF CARDIOVASCULAR SPECIFIC PSYCHOTHERAPY

Effectiveness of Cardiovascular Specific Psychotherapy on Heart Disease Patients' Quality of Life

ABSTRACT

Background and objective: Cardiovascular diseases (CVDs) is one of the causes of death worldwide. CVDs covers a wide array of disorders, including diseases of the cardiac muscle and of the vascular system supplying the heart, brain, and other vital organs. The aim of the paper was to study the effectiveness of cardiovascular specific psychotherapy on the patients' quality of life.

Materials and methods: In this quasi-experimental study 30 patients with heart disease from Rasol-e-Akram hospital in the city of Rasht were selected by accessible sampling method, and randomly placed in two experimental and control groups. Experiment and control groups completed the WHOQOL questionnaire before and after the intervention. The intervention was implemented in 25 sessions (each 150 minutes) for patients in the test group. Data was analyzed by MANCOVA test using SPSS19.

Results: The mean scores of quality of life and its subscales, before and after the intervention, statistically had significant difference ($p < 0.05$). Therefore, it seems that cardiovascular specific psychotherapy was effective on the promotion of patients' quality of life.

Conclusion: This kind of therapy is effective in improving life quality of cardiovascular patients. Therefore, it is recommended as an effective therapy to improve mental health.

Paper Type: Research Article.

Keywords: Cardiovascular disease (CVD), Psychotherapy, Psychocardiology, Quality of life, Rasht.

► **Citation:** Soltani-shal R, Aghamohammadian-Sharbaf HR, Abdekhodaei MS, Tayyebi M. Effectiveness of cardiovascular specific psychotherapy on heart disease patients' quality of life. *Iran J Health Educ Health Promot*. Autumn 2016;4(3): 244-254.

Reza Soltani-shal

* PhD of Psychology, Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad (UM), Mashhad, Iran
reza.soltanishal@stu.um.ac.ir, Soltani. psy@gmail.com

Hamidreza Aghamohammadian-Sherbaf

Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, UM, Mashhad, Iran (Corresponding Author)
aghamohammadian@ferdowsi.um.ac.ir

Mohammad-Saeid Abdekhodaei

Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, UM, Mashhad, Iran abdekhoda@um.ac.ir

Mohammad Tayyebi

Assistant Prof., Dept. of Cardiology, School of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences (MUMS), Mashhad, Iran tayyebim@mums.ac.ir

Received: 14 November 2015

Accepted: 12 December 2016

اثربخشی الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی آن‌ها

رضا سلطانی‌شال،

دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
 reza.soltanishal@stu.um.ac.ir, Soltani. psy@gmail.com

حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف

* استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
 (نویسنده مسئول)
 aghamohammadian@ferdowsi.um.ac.ir

محمدسعید عبدخدایی

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
 abdkhoda@um.ac.ir

محمد طیبی

استادیار گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
 tayyebim@mums.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های قلبی-عروقی یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شوند. بیماری‌های قلبی-عروقی بیماری‌های وسیعی را دربرمی‌گیرد نظیر بیماری‌های عضلات قلب و سیستم عروق که وظیفه‌شان فراهم کردن نیازمندی‌های قلب، مغز و سایر اندام‌های حیاتی بدن است. در مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی آن‌ها پرداخته شد. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه‌آزمایشی، ۳۰ بیمار قلبی به‌صورت در دسترس از بیمارستان رسول اکرم شهر رشت انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. مداخله بر اساس ۲۵ جلسه (۱۵۰ دقیقه‌ای) برای بیماران گروه آزمایش انجام گرفت. داده‌ها بر اساس آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و توسط SPSS۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نمرات میانگین میزان کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن قبل و بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.05$). به عبارتی دیگر، به نظر می‌رسد روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی آنان مؤثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** این درمان در بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی مؤثر بوده است. بنابراین، به‌عنوان یک درمان اثربخش برای بهبود بهداشت روان پیشنهاد می‌گردد. **نوع مقاله:** مطالعه پژوهشی. **کلیدواژه:** بیماری قلبی و عروقی، روان‌درمانی، روان‌قلب‌شناسی، بیماران قلبی، کیفیت زندگی، رشت.

◀ **استناد:** سلطانی‌شال ر، آقامحمدیان شهرباف ح، عبدخدایی م، طیبی م. اثربخشی الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی آن‌ها. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت*. پاییز ۱۳۹۵؛ ۳(۳): ۲۴۴-۲۵۴.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۸/۲۳
 تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۲۲

مقدمه

با صنعتی شدن جوامع، علل مهم مرگ و ازکارافتادگی‌های ناشی از بیماری‌های عفونی و کمبود تغذیه به بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، سرطان‌ها، میگرن، پرفشاری‌خون، دردهای کلیوی و دیابت، تغییر یافت. این تحول را «گذر اپیدمیولوژیک» می‌نامند. بررسی‌ها نشان داده است که صرفاً عوامل جسمانی و فیزیولوژیک عامل سبب‌ساز بیماری‌های مزمن و غیرواگیر نیستند؛ بلکه متغیرهای روان‌شناختی نیز به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای افراد به این بیماری محسوب می‌شوند (۱). بیماری‌های قلبی-عروقی شامل بیماری‌های پیشرونده‌ای هستند که ممکن است از دوران کودکی آغاز و تظاهر بالینی خود را به‌طور عمده در بزرگسالی و میان‌سالی به بعد آشکار کنند. دگرگونی‌های سریع اقتصادی-اجتماعی دهه‌های اخیر در بسیاری از کشورهای شرق مدیترانه و خاورمیانه، ازجمله ایران، موجب شده است که بیماری‌های قلبی-عروقی یک مشکل عمده بهداشتی و اجتماعی به شمار آید؛ که ابعاد آن به‌سرعت در حال افزایش است (۲). تشخیص بیماری‌های قلبی-عروقی علاوه بر مطرح نمودن مشکلات جسمی، باعث اختلالات قابل توجه در وضعیت روانی بیماران می‌شود (۳). ازجمله این اختلالات می‌توان به اضطراب، افسردگی و اطمینان نداشتن به آینده اشاره کرد (۴).

در حال حاضر، بیماری قلبی یکی از شایع‌ترین بیمارهای مزمن و مهم‌ترین علت بستری افراد در بیمارستان است (۵). امروزه، بیماری‌های قلبی یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شوند. این بیماری در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شود و مهم‌ترین اختلال قلبی-عروقی و یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است. در شروع قرن بیستم اختلال قلبی - عروقی کمتر از ۱۰٪ کل مرگ‌ومیر در جهان را شامل می‌شد؛ اما در اواخر قرن بیستم، علت نزدیک به نیمی از کل مرگ‌ومیرهای کشورهای پیشرفته و حدود ۲۵٪ مرگ‌ومیرهای کشورهای

در حال توسعه به شمار می‌رود (۶). در همین راستا، پژوهشگران بر این باورند که تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی-عروقی و سکتة مغزی، به ترتیب، اولین و چهارمین علت ناتوانی در فهرست بیماری‌های ناتوان‌کننده قرار خواهند گرفت (۷).

طبق معیارهای جهانی، سلامتی تنها جنبه‌های جسمانی را در بر نمی‌گیرد. به‌گونه‌ای که سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را «حالتی که در آن فرد از نظر روانی، عاطفی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او نشانه‌ای از بیماری و رنجوری مشاهده نمی‌شود» تعریف کرده است (۵). با توجه به تعریف سلامتی سازمان جهانی بهداشت مبنی بر ابعاد وسیع آن به شکل رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه صرفاً فقدان بیماری، لازم است علاوه بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری در اندازه‌گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی به سایر ارزش‌های انسانی مانند کیفیت زندگی نیز توجه شود (۲). بنابراین، در ارزیابی سلامتی نباید صرفاً به شاخص‌های سنتی سلامتی، یعنی نرخ مرگ‌ومیر و نرخ ابتلای به بیماری، توجه نمود؛ بلکه باید ادراکی که افراد از کیفیت زندگی‌شان دارند را نیز موردتوجه قرار داد (۱) و از آنجاکه کیفیت زندگی ابعاد متعددی نظیر اجتماعی، هیجانی، جسمانی، حرفه‌ای و معنوی را در بر می‌گیرد، از اهمیت دوچندانی برخوردار است (۷). این امر به‌گونه‌ای است که به عقیده پژوهشگران، در دهه‌های اخیر برای تعیین نیازهای حیطه سلامت و ارتقای سطح سلامتی افراد، کیفیت زندگی آن‌ها را موردبررسی قرار می‌دهند (۴). اگرچه تعریف دقیق کیفیت زندگی مشکل است، ولی برای بیشتر مردم یک مفهوم گسترده دارد. این مفهوم شامل رضایت از زندگی در همه زمینه‌ها مانند وضعیت سلامتی، اشتغال، مسکن و آموزش است. به‌علاوه، اگرچه قبلاً طول عمر بیماران اهمیت بسیاری داشت، ولی امروزه کیفیت زندگی بیماران نیز موردتوجه زیادی قرار گرفته است (۲). در دهه اخیر، ارزیابی و سنجش کیفیت زندگی در میان بسیاری از متخصصان در حیطه‌های مختلف ازجمله خدمات پزشکی، خدمات روانی اجتماعی، خدمات آموزشی و کار درمانگران نیز متداول شده است. آگاهی

مواد و روش‌ها

در این طرح نیمه‌آزمایشی، گروه آزمایش مورد مداخله قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مداخله نیز به ترتیب پیش‌آزمون و پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. سپس پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل با هم مقایسه شدند. جامعه آماری پژوهش بیماران قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان رسول اکرم شهرستان رشت در تابستان ۱۳۹۴ بودند. از میان واجدین شرایط، ۳۰ بیمار قلبی به صورت دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. شرکت در پژوهش برای تمامی افراد اختیاری بود و اطلاعات به دست آمده از آنان کاملاً محرمانه و بدون ذکر مشخصات هویتی جمع‌آوری شد. بیماران دارای شرایط حاد مانند بیماران دارای نارسایی شدید قلبی، اختلالات همبود پزشکی و روان‌شناختی، درد شدید قلبی و بیمارانی که از نظر تحصیلی قادر به تکمیل پرسشنامه‌ها نبوند، در نمونه پژوهش قرار نگرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۲ توسط SPSS19 استفاده شد.

پروتکل روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی: با توجه به مرور مطالعات انجام شده در زمینه روان‌قلب‌شناسی^۲ عوامل روان‌شناختی سبب‌ساز بیماری‌های قلبی غیروراثتی در ایران عبارت‌اند از: اختلالات خلقی، اضطراب، طرح‌واره شناختی و هیجانی، استرس و سبک‌هایی مقابله‌ای و تنظیم هیجانی، حمایت اجتماعی، سرسختی روان‌شناختی و تاب‌آوری، سبک زندگی، معنویت، شخصیت و کیفیت زندگی. لذا در یک طرح روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی می‌توان این متغیرهای روان‌شناختی سبب‌ساز را مورد مداخله قرار داد. این طرح روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی در جدول ۱ نشان داده شده است. برای بررسی روایی آن، از طرح‌های روان‌درمانی مورد تأیید روان‌درمانگران در حوزه هر یک از عوامل روان‌شناختی سبب‌ساز بهره گرفته شد. از نظر

از اهمیت ارزیابی و سنجش کیفیت زندگی افراد در زمینه‌ها و حیطه‌های گوناگون نیز خبر از تغییر جهت از رهیافت صرفاً طبی و پزشکی به رهیافت یا الگوی نوین تر زیستی-روانی-اجتماعی^۱ می‌دهد. این الگو، چندبعدی است و بر روابط متقابل بین فرد، فعالیت‌هایی که می‌خواهند انجام دهند و یا باید انجام دهند و نیز با رفتاری که این فعالیت‌ها در آن انجام می‌گیرند اشاره دارد (۷). نتایج بیشتر درمان‌های بیماران قلبی، عمدتاً در قالب مرگ و میر و با استفاده از معیارهایی نظیر میزان بقا، نتایج آزمایشگاهی و قضاوت بالینی برآورد می‌شد. گرچه این روش‌ها، اطلاعات بسیار مهمی را در زمینه بعد جسمانی بیمار ارائه می‌دهند، اما قادر به ارزیابی دیگر ابعاد مهم سلامتی فرد نیستند (۸). بنابراین، در مورد بیماری‌های پیش‌رونده و مزمنی نظیر بیماری‌های قلبی که نمی‌توان بیماری را از ساختار اجتماعی و شخصیتی فرد جدا کرد، استفاده از معیارهای یادشده کیفیت زندگی به‌تنهایی برای بررسی کلیه ابعاد سلامتی کافی نخواهد بود (۹). یک‌راه برای دستیابی به زمینه‌های روانی، اجتماعی و پزشکی بیماران قلبی و درمان همه‌جانبه آن‌ها، در نظر گرفتن درمان همه‌جانبه‌ای است تا تمامی ابعاد کیفیت زندگی بیماران قلبی را در بر گیرد (۱۰). بر اساس نتایج مطالعات، عمده مسائل و مشکلاتی که به‌طور معمول کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری قلبی را تحت تأثیر قرار می‌دهد عبارت‌اند از: آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به بیماری (۱۱)، اقدامات تشخیصی و درمانی، استرس (۱۲)، درد (۱۳)، افسردگی (۱۴)، نقش بیماری بر روابط خانوادگی (۱۵)، روابط زناشویی و روابط اجتماعی (۱۶)، مسائل اقتصادی ناشی از بیماری (۱۷)، مشکلات تغذیه‌ای (۱۸) و عوارض ناشی از درمان (۱۹). بنابراین، تدوین درمان ویژه بیماران قلبی و انجام مداخله کل‌نگرانه‌ای در جهت بهبود کیفیت زندگی این مبتلایان ضروری به نظر می‌رسد. در همین راستا، مطالعه حاضر به اثربخشی درمان ویژه بیماران قلبی، تدوین شده بر اساس مطالعات انجام شده، بر کیفیت زندگی بیماران قلبی پرداخته است.

2. MANCOVA

3. psychocardiology

1. biopsychosocial model

پنج متخصص روان‌درمانگر در حوزه درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی تلفیقی نیز استفاده شد.

جدول ۱. پروتکل روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی

جلسات	محتوای جلسات
اول و دوم	معارفه و قوانین؛ معارفه اعضا. آشنا کردن اعضا با ماهیت بیماری و نقش علل و عوامل روان‌شناختی در بروز و تشدید بیماری قلبی، معرفی کلی شناخت درمانی گروهی، تعیین هدف‌ها و انتظارات، تأکید بر انجام تکالیف خانگی و مشاهده فایل‌های آموزشی تصویری، اخذ تعهد درمانی، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
سوم و چهارم	سبک‌های دلبستگی؛ انواع سبک‌های دلبستگی؛ تبیین رابطه سبک‌های دلبستگی با اختلالات روانی و جسمانی، الگوی ارتباط متقابل تفکر-رفتار- فیزیولوژی؛ ویژگی‌های افکار خودآیند منفی و چگونگی شناسایی آن‌ها؛ راهنمایی جهت شناسایی مقاومت‌های احتمالی؛ تفهیم تغییرپذیر بودن باورها؛ ارائه روش تحلیل منطقی و نحوه چالش کلامی با افکار؛ آماده‌سازی اعضا برای تنیدگی‌های ناشی از تغییر و آموزش فن تنش‌زدایی، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
پنجم و ششم	طرح‌واره‌های شناختی و هیجانی؛ آموزش پنج حوزه طرح‌واره‌ای و ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ابعاد هیجانی، احساسات بدنی، خاطرات و شناخت‌واره‌های طرح‌واره‌ها، شیوه شکل‌گیری طرح‌واره، نقش خلق‌و‌خو و ابعاد آن در شکل‌گیری طرح‌واره؛ انواع نیازهای هیجانی انسان؛ آموزش نیازهای مرکزی و ریشه تحولی طرح‌واره‌ها و نحوه شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناکارآمد. آموزش نحوه تداوم طرح‌واره‌ها. آزمون اعتبار یک طرح‌واره ناکارآمد. تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
هفتم و هشتم	شخصیت؛ الگوهای شخصیتی A و D و پنج عامل بزرگ؛ شناخت ویژگی‌های آن‌ها و نقش آن‌ها در آسیب‌شناسی بیماری‌های قلبی؛ تمثیل چمدان، پیامدهای رفتاری و هیجانی الگوهای شخصیتی؛ آموزش شیوه‌های مدیریت زمان؛ حل مسئله و تصمیم‌گیری؛ مدیریت خشم و ابراز قاطعانه و سالم خشم؛ آموزش خودکنترلی، آموزش خودگویی‌های مثبت، آموزش خوش‌بینی و تکنیک‌های رفتاری دیگر نظیر نوشتن، موسیقی و ...؛ تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
نهم و دهم	سرسختی و تاب‌آوری؛ معرفی خصوصیات تاب‌آوری؛ شادی، خردمندی و بینش، شوخ‌طبعی، همدلی، کفایت‌های عقلانی، هدفمندی در زندگی؛ شناخت موقعیت‌های ناخوشایند زندگی و افزایش سازگاری و تحمل در حیطه فردی؛ آشنایی با عوامل حمایتی داخلی، مفهوم خوش‌بینی، عزت‌نفس، منبع کنترل. شناخت استعدادها و علایق و تأکید بر آن‌ها و تمایل به استفاده از آن‌ها، پذیرش نقش‌های متمادل، آشنایی با راه‌های ایجاد تاب‌آوری، پذیرفتن تغییر، خودآگاهی، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
یازدهم و دوازدهم	باورهای غیرمنطقی؛ آموزش تحریف‌های شناختی، طرح و به نقد کشاندن نگرش‌های ناکارآمد؛ تعریف و شرح ویژگی‌های افکار غیرمنطقی، شرح ویژگی‌های افراد دارای افکار غیرمنطقی و افراد دارای افکار کارآمد؛ شناسایی خودگویی‌های منطقی و غیرمنطقی و تمرین جایگزینی افکار منطقی؛ ارائه راهکارهای مقابله با نگرش‌های ناکارآمد و جایگزینی افکار منطقی؛ نحوه ارائه راهکارهای منطقی به‌جای تمرکز بر نگرش‌های ناکارآمد؛ بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و نشان دادن رفتارهای دفاعی و نقد آن‌ها توسط گروه. تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
سیزدهم و چهاردهم	سبک و کیفیت زندگی؛ آشنایی با سبک زندگی سالم و ابعاد آن. آشنایی با اصول تغذیه سالم، شروع رژیم غذایی و بررسی افکار مخرب مرتبط با رژیم گرفتن، عواقب عدم تبعیت سبک زندگی ناسالم، چگونگی توقف کاهش وزن و شروع ایفای وزن جدید؛ داروهای مصرفی، روش ترک سیگار، انتخاب غذاهای کم‌چرب، نقش رژیم غذایی و فعالیت بدنی در بیماری؛ مهارت‌های خودنظاره‌گری غذا خوردن و سبک‌های خوردن، کنترل محرک و دریافت کالری‌های پنهان، محاسبه کالری‌ها، هدایت خودگویی‌های منفی؛ به‌جز سلامت جسمانی، سایر مؤلفه‌های کیفیت زندگی (سلامت روانی، سلامت محیطی و روابط اجتماعی) به دلیل مشابهت با سایر مفاهیم، در سایر جلسات موردتوجه درمانی قرار گرفته است، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
پانزدهم و شانزدهم	استرس و اضطراب؛ تأثیر استرس و اضطراب بر بیماری قلبی، تکنیک‌های شناسایی استرس و اضطراب، آشنایی با شیوه‌های رفتاری و ذهنی مقابله با استرس؛ ارائه تمرین تنفس و کشش؛ مهارت‌های بین فردی و اجتماعی؛ عزت‌نفس و حرمت خود؛ آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرئت‌ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی، شناسایی افکار اضطراب‌زا، تکنیک‌های شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب‌زا، ارائه تفسیرها یا پیش‌بینی‌های جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
هفدهم و هجدهم	سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم هیجانی؛ معرفی هیجان، شناسایی و نام‌گذاری احساسات، تمایز میان هیجان‌های مختلف، شناخت روش‌های مقابله‌ای (مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)، علائم و پیامدهای شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه با هم؛ آگاهی از رابطه میان افکار اتوماتیک (خودکار)، تفسیرها و رفتار. انعطاف‌پذیری در تفسیر و در نظر گرفتن گستره‌ای از احتمالات، آگاهی از پیامدهای اجتناب هیجانی، آگاهی و تجربه هیجان یا سرکوب هیجان، انجام مواجهه و توجه دقیق به تمام موانع یا رفتارهای اجتنابی، تفسیر مجدد، معرفی باورهای مربوط به طردشدگی و درماندگی، شناسایی باورهای هسته‌ای، شکستن باورهای هسته‌ای مشکل‌زا و جایگزین کردن باورهای جدید، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
نوزدهم و بیستم	معنویت؛ توضیح علت رنج‌ها و سختی‌ها در زندگی روزمره از دیدگاه دین؛ هدف خلقت و رابطه خداوند متعال با بندگان؛ بحث قضا و قدر الهی؛ تسلیم، رضا و توکل از منظر دین؛ آثار دعا برای خود و دیگران و پیامد روانی آن؛ صبر و پیامد روانی آن؛ عفو و بخشش و پیامد روانی آن، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
بیست‌ویکم و بیست‌ودوم	حمایت اجتماعی؛ روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تغییر انتظارات منفی ارتباطی، مشکلات بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ترس از مخالفت، افزایش مهارت‌های بین فردی ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد و واکنش‌های دیگران. آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی، شناساندن تحریف‌های شناختی و تأثیرشان بر رابطه. افکار و رفتارهای مختل‌کننده ارتباط مناسب و دفع‌کننده حمایت اجتماعی، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
بیست‌وسوم و بیست‌وچهارم	افسردگی؛ شناخت نشانه‌های افسردگی و نقش آن در بیماری قلبی؛ افکار خودآیند منفی همراه با احساس‌های ناخوشایند؛ آموزش تن آرامی، تمرین تنفس، الگوی ABCD (حوادث، باورها، پیامدها، چالش کشیدن عقاید غیرمنطقی)، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی.
بیست‌وپنجم	جمع‌بندی و مرور، بازخورد از بیماران و اجرای پس‌آزمون.

(۲۰). این مقیاس در ایران هنجاریابی شده است و ضریب آلفای آن برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آمده است. ضریب پایایی آن نیز با روش بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۷ گزارش شده است. روایی و پایایی این مقیاس مناسب برآورد شده است (۲۱).

یافته‌ها

تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه متأهل بودند. در گروه آزمایش ۳۳/۳٪ زن و ۶۶/۷٪ مرد بودند و در گروه کنترل ۸/۳٪ زن و ۹۱/۷٪ مرد بوده‌اند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۱۰ سال و گروه کنترل ۳۴/۴۶ سال بود. میانگین مدت بیماری گروه آزمایش ۳/۵۳ سال و گروه کنترل ۳/۷۳ سال بود.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی کیفیت زندگی در گروه‌های کنترل و آزمایش

ابعاد کیفیت زندگی	گروه			
	آزمایش		کنترل	
	زمان	میانگین	انحراف معیار	میانگین
جسمی	پیش‌آزمون	۸/۸۳	۲/۴۱	۸/۰۸
	پس‌آزمون	۱۰/۶۷	۱/۶۷	۹/۳۳
روانی	پیش‌آزمون	۸/۶۷	۲/۴۹	۱۰/۷۵
	پس‌آزمون	۱۳/۵	۱/۱۷	۱۱/۷۵
اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲/۵	۲/۱۵	۱۲/۵
	پس‌آزمون	۱۴/۳۳	۱/۵	۱۲/۴۲
محیطی	پیش‌آزمون	۱۰/۵۸	۱/۶۲	۱۱/۱۷
	پس‌آزمون	۱۳	۱/۲۸	۱۳/۵۸
کلی	پیش‌آزمون	۴۰/۵	۶/۳	۴۳/۷۵
	پس‌آزمون	۵۲/۱۷	۴/۶۵	۴۶/۰۸

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای موردبررسی در این فرضیه در جدول ۲ نشان داده شده است. جهت بررسی فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در ابتدا پیش‌فرض‌های اصلی موردبررسی قرار گرفت. نرمال‌بودن توزیع متغیرها به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه بررسی شد.

برای اجرای الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی، بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی، به مدت ۲۵ جلسه ۲/۵ ساعته به‌صورت سه جلسه درمانی در هفته تحت مداخله قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه شاهد در این مدت تنها مداخله معمول پزشکی را دریافت کردند. در پژوهش حاضر یک برنامه مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه‌مدت طراحی و اجرا شد؛ که عوامل خطر قابل‌تعدیل چندگانه جسمی، روانی و اجتماعی را پیگیری می‌کرد و معطوف به کاهش عوامل سبب‌ساز بیماری قلبی در بیماران قلبی بود. این مداخله از ساختار گروه‌درمانی شناختی رفتاری تبعیت می‌کرد و ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، ارائه موضوع اصلی، استراحت و پذیرایی، ادامه ارائه موضوع اصلی، خلاصه و جمع‌بندی و ارائه تکالیف خانگی جلسه بعد بود. ترتیب موضوعات جلسات بر اساس ادبیات تحقیق و ریشه‌ای‌تر بودن عوامل روان‌شناختی سبب‌ساز منظم گردید.

ابزارهای پژوهش: ابزارهای پژوهش پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی بودند.

۱- پرسشنامه جمعیت‌شناختی: که شامل برخی مشخصات جمعیت‌شناختی مانند سن، جنسیت، میزان تحصیلات بود.

۲- پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود که به‌منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است. فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است و چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال (به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال) مورد ارزیابی قرار می‌دهد. دو سؤال اول نیز صرفاً حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. پس از انجام محاسبه‌های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه، به تفکیک، به دست خواهد آمد؛ که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه موردنظر است. امتیاز بالاتر نیز نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است

معنادار است ($p < 0/05$). این معناداری در بُعد محیطی کیفیت زندگی ($F = 3/35$) معنادار نبود ($p > 0/05$).

بحث

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس ارائه شده در جدول ۴، در مجموع گروه آزمایش پس از کنترل متغیرهای مداخله گر، افزایش معناداری را در نمرات کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل نشان داد. لذا مطالعه حاضر نشان دهنده اثربخشی روان درمانی ویژه بیماران قلبی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی است. این یافته با نتایج سایر یافته ها (۲۲-۲۳) همخوانی دارد. در همین راستا، سانگ و همکاران (۲۴) در سال ۲۰۱۵ در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند سبب کاهش معنادار استرس، اضطراب و افسردگی شود. پولگ و همکاران (۲۵) در سال ۲۰۱۴ نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند سطوح کورتیزول بدن را کاهش داده و سلامت جسمی را از این طریق افزایش دهد). شرودر و همکاران (۲۶) در سال ۲۰۱۲ نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند به صورت معناداری سبب کاهش اختلالات جسمی شود. اوداوو و همکاران (۲۷) در سال ۲۰۰۶ در نتیجه مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری سبب کاهش معنادار سندرم خستگی افراد می شود. همچنین هافمن و همکاران (۲۸) در سال ۲۰۱۴ نشان دادند که درمان شناختی رفتاری سبب افزایش معنادار کیفیت زندگی افراد می شود.

طی دو دهه گذشته علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن افزایش چشمگیری یافته و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به صورت یک هدف درآمده است. پژوهشگران معتقدند که طی ۱۰ سال گذشته تحقیقات زیادی انجام گرفته است تا کیفیت زندگی بیماران قلبی را تعیین کند (۲۹). از طرف دیگر، طول مدت و شدت بیماری های مزمن مانند بیماری های قلبی -عروقی به اندازه ای است که کیفیت زندگی افراد مبتلا را دستخوش تغییرات محسوسی می کند. عوامل متعددی بر کاهش کیفیت زندگی این بیماران تأثیرگذار است. زیرا

آماره کولموگروف اسمیرنوف به تفکیک گروه ها معنادار نبودند ($p < 0/01$). در نتیجه، توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی می کرد. نتیجه آزمون باکس ($p < 0/01$) نشان می دهد که فرض همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس برقرار نبود. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس ها برای مراحل پس آزمون معنادار نبود ($p < 0/01$). آماره اثر پیلایی در جدول ارائه شده است.

جدول ۳. آزمون های چندمتغیره در تحلیل کوواریانس چندمتغیره

منبع	اثر پیلایی	F	sig	اندازه اثر
گروه	۰/۷۶۱	۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱

اطلاعات جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تفاوت گروه های آزمایش و کنترل را در کیفیت زندگی نشان می دهد ($p < 0/05$). با توجه به جدول ۴، ملاحظه می شود که بین متغیرهای مورد مطالعه در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود دارد. بر این اساس، می توان نتیجه گرفت که دست کم در یکی از متغیرها بین گروه ها، تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس چندمتغیره در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون های اثرات بین آزمودنی در تحلیل کوواریانس چندمتغیره در کیفیت زندگی

گروه	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	اندازه اثر
جسمی	۹/۰۹۷	۱	۹/۰۹۷	۶/۷۳	۰/۰۱۹	۰/۲۸۴
روانی	۱۷/۶۹	۱	۱۷/۶۹	۶/۲۳	۰/۰۲۳	۰/۲۶۸
اجتماعی	۲۹/۶۵	۱	۲۹/۶۵	۱۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
محیطی	۳/۲۰۹	۱	۳/۲۰۹	۳/۳۵	۰/۰۸۴	۰/۱۶۵
کلی	۲۲۹/۱۲	۱	۲۲۹/۱۲	۱۲/۸۲	۰/۰۰۲	۰/۴۳

بر اساس نتایج جدول ۴، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر روان درمانی ویژه بیماران قلبی بر ابعاد جسمی ($F = 6/73$)، روانی ($F = 6/23$)، اجتماعی ($F = 14/85$) و کلی ($F = 12/83$)

به نظر می‌رسد مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش نیز با استفاده از به‌کارگیری موارد مختلف سبب کاهش حس نگرانی و اضطراب در رابطه با بیماری در بیماران قلبی شرکت‌کننده در پژوهش شده باشد؛ ایم وارد عبارت‌اند از: استفاده از فنون آرام‌سازی، تصویرسازی، آموزش احساسات و حالت‌های هیجانی مختلف، درجه‌بندی کردن آن‌ها، آموزش این مسئله که افکار چگونه بر احساسات اثر می‌گذارند و به‌چالش کشیدن افکار و نگرانی‌های مرتبط با بیماری و حتی سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت‌های کنترل خشم، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگار. نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد شده است. تلاش شد تا با آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار و نگرش‌های خودآیند منفی مرتبط با بیماری قلبی کاهش عوامل روان‌شناختی سبب‌ساز بیماری قلبی مورد هدف قرار گرفته در نتیجه کیفیت زندگی بیماران بهبود یابد. عملکرد خلقی معیوب، که شامل علائم اضطراب و افسردگی همگام با بیماری قلبی است، ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند مشکلات شناختی، استرس مربوط به حملات قلبی، سلامت جسمانی و سلامت روانی را به میزان زیادی تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بدین دلیل است که مداخله و تکنیک‌های آموزشی، به‌طور مستقیم بر چندین بعد کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذاشته است (۳۵). از طریق تکنیک مدیریت خود به این بیماران آموزش داده شد که علائم بیماری قلبی همانند دیگر تجربیات روزانه هستند. و این افراد همان‌گونه که قادرند تجربیات مختلف روزانه را کنترل کنند، می‌توانند از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده، علائم و حملاتشان را نیز کنترل کنند. بنابراین، با افزایش حس کنترل بر علائم و کاهش بروز نشانه‌ها و حملات، کیفیت زندگی بیماران نیز بهبود پیدا کرد. بیماران قلبی دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند و فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بروی ظاهر خود، نازرنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود بلکه موجب افزایش استرس

کیفیت زندگی امری ذهنی بوده و تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر فرهنگ، محیط فیزیکی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، بیماری، حوادث درمان‌ها و ... قرار می‌گیرد (۳۰). بیماری قلبی-عروقی باعث ایجاد محدودیت در فعالیت‌های گروهی، اجتماعی و تفریح، غیبت از کار به خاطر بیماری و ایجاد مسئولیت برای خودمراقبتی و پیروی از رژیم‌های درمانی به‌طور روزانه می‌شود. این اثرات، از طریق کاهش اعتمادبه‌نفس، کاهش در کیفیت عملکرد اجتماعی، ایجاد نگرانی در رابطه با بروز حمله تنفسی و حتی انزوای اجتماعی، کیفیت زندگی مبتلا به این بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳۱). با استفاده از روش‌های مختلف تلاش می‌شود تا چهارچوب کلی درمان شناختی رفتاری اعمال گردد. این روش‌ها عبارت‌اند از: افزایش آگاهی و دانش در مورد ماهیت بیماری، آموزش تنفس عمیق و دیافراگمی جهت بهتر نفس کشیدن در هنگام تنگی نفس و یا سرفه، صحبت راجع به محدودیت‌های بیماری و احساسات افراد در این مورد، چگونگی یادگیری مهارت‌های مقابله سازگار، انجام آرمیدگی، آموزش انجام فعالیت‌هایی جایگزین فعالیت‌های محدودکننده بیماری، کار بر روی شناخت‌ها و تفکرات منفی به‌ویژه راجع به بیماری و اثرات آن، آموزش استفاده از منابع حمایتی و اجتماعی، آموزش مهارت‌های حل مسئله و جرأت‌ورزی. همچنین حضور در جمع همسالانی که این محدودیت‌ها را تجربه می‌کنند و مبتلا به بیماری هستند، از حس متفاوت بودن نسبت به دیگران می‌کاهد و باعث می‌شود تا افراد از تجربیات یکدیگر در برخورد با مسائل نیز موضوعاتی را یاد بگیرند. استفاده از روش‌های فوق احتمالاً از طریق تغییر دیدگاه افراد راجع به بیماری و روند زندگی خود، توانست بر ارتقاء کیفیت زندگی آنان اثرات مثبت داشته باشد (۳۲).

افراد دارای بیماری‌های مزمن، حساس و مستعد ابتلا به اضطراب هستند. این اضطراب معمولاً به جنبه‌های ناشناخته بیماری، پیشرفت بیماری، پیش‌آگهی ضعیف احتمالی، توانایی‌ها برای درمان و مدیریت مؤثر تغییرات فیزیکی یا رژیم‌های درمانی، توانایی شغلی و عملکرد اجتماعی مربوط است (۳۳).

فرد می‌گردد؛ که خود استرس می‌تواند تأثیر زیادی بروی علایم بیماری و چرخه حملات قلبی بگذارد. برای بیماران قلبی مشکلات شناختی مسئله‌ای مهم است. بعضی از بیماران قلبی در سازماندهی فعالیت‌ها مشکل دارند. وجود داروهای چندگانه می‌تواند سبب ابر گرفتگی تفکر شده و سرعت فرد را در پردازش اطلاعات پایین بیاورد. این نقایص ممکن است سبب افزایش وابستگی به دیگران، کاهش احساس ایمنی و از دست دادن اعتماد به فعالیت‌های شخصی خود شود (۳۶).

با آموزش شیوه‌های چالش با افکار، میزان استرس افراد کاهش می‌یابد. اگرچه این عامل به تنهایی نمی‌تواند باعث کاهش عوامل سبب‌ساز بیماری قلبی شود؛ اما حداقل از بدتر شدن این بیماری جلوگیری می‌کند (۳۷). وقتی بیمار متوجه می‌شود که پیشرفت بیماری‌اش متوقف شده و یا رو به کاهش است، به بهبودی مجدد خود امیدوار گشته و ناامیدی او نسبت به آینده کاهش می‌یابد. این وضعیت خود عامل مؤثری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران به شمار می‌رود. اضطراب و استرس فرد از جهتی خود عامل مؤثری در تشدید علایم است و از جهت دیگر بر طبق دور باطلی که ایجاد می‌کند باعث افزایش افکار ناکارآمد می‌شود. از طرفی، استرس مزمن‌ترین علامت روان‌شناختی همراه با بیماری قلبی است. درمان شناختی رفتاری سبب بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران قلبی می‌شود. این بُعد حیطه‌هایی هم چون بهزیستی هیجانی، انزوای اجتماعی و حمایت اجتماعی را در برمی‌گیرد (۳۸). در تبیین این یافته می‌توان به نقش تکنیک ارائه‌شده در پروتکل درمانی اشاره نمود. یکی از موارد

مورد تأکید در درمان اصلاح سبک ارتباطی بیماران و افزایش تجارب اجتماعی لذت‌بخش آن‌ها بود. از طریق آموزش تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت، به بیماران آموزش داده شد تا تجارب لذت‌بخش زندگی روزانه و برنامه هفتگی خود را افزایش دهند. افزایش تجارب خوشایند ازجمله عواملی است که بهزیستی هیجانی بیماران را افزایش می‌دهد.

این پژوهش با بررسی و تأیید اثربخشی روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی نشان داد این روش می‌تواند به‌عنوان درمان‌های انتخابی و یا مکمل درمان‌های پزشکی در بهبود کیفیت زندگی و بهبود بیماران قلبی به‌کاربرده شوند. پی‌گیری نکردن نتایج در گروه‌ها پس از اخذ پس‌آزمون، اجرای مداخله‌های درمانی در بازه زمانی کوتاه دوماه ازجمله محدودیت‌های این پژوهش به دلیل کمبود امکانات بود. بنابراین، در تعمیم نتایج این مطالعه باید جانب احتیاط رعایت شود و مطالعات آینده با رعایت موارد یادشده، به نتایج با ضریب اطمینان بیشتری دست یابند.

نتیجه‌گیری: روان‌درمانی ویژه بیماران قلبی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی به‌طور معناداری مؤثر است و کاربرد این روش جدید توسط متخصصین قلبی برای بهبود ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی بیماران قلبی توصیه می‌شود.

سپاسگزاری

از مسئولین محترم بیمارستان رسول اکرم (ص) رشت و تمامی بیماران قلبی که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

References:

1. Mazloomi Mahmoodabad SS, Tehrani H, Gholian-aval M, Gholami H, Nematy M. The effect of social class on the amount of salt intake in patients with hypertension. Blood pressure. 2016;25(6):360-3.
2. Sabzmakan LAAJ, Mohammad%A Nikpajouh, Akbar%A Bakhtari, Fatemeh. Determinants of Physical Activity among Patients with Cardiovascular Metabolic Risk Factors based on the Educational Factors of PRECEDE Model: A Mixed Method Study. ranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016;4(1):5-19.
3. Schröder A, Rehfeld E, Ornbøl E, Sharpe M, Licht RW, Fink P. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial. Br J Psychiatry. 2012 Jun;200(6):499-507.
4. Plag J, Gaudlitz K, Schumacher S, Dimeo F, Bobbert T, Kirschbaum C, et al. Effect of combined cognitive-behavioural therapy and endurance training on cortisol and salivary alpha-amylase in panic disorder. J Psychiatr Res. 2014 Nov;58:12-9.

5. Karimy TAS, Mohsen% A Sanaeinasab, Hormoz% A Khalagi, Kazem% A Hassan-Abadi, Mehdi. Impact of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior on Lifestyle Change of Patients with Myocardial Infarction. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2016;3(4):370-80.
6. Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: a pilot study. *Epilepsy Behav*. 2014 May;34:68-72.
7. Agdal ML, Raadal M, Öst L-G, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta Odontol Scand*. 2012 Dec;70(6):463-70.
8. van Groenestijn AC, Schröder CD, Visser-Meily JMA, Reenen ETK-V, Veldink JH, van den Berg LH. Cognitive behavioural therapy and quality of life in psychologically distressed patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers: Results of a prematurely stopped randomized controlled trial. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2015 Sep;16(5-6):309-15.
9. Agdal ML, Raadal M, Öst L-G, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta Odontol Scand*. 2012 Dec;70(6):463-70.
10. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. *BMC Gastroenterol*. 2015;15:54.
11. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2014 Jun;82(3):375-91.
12. Agdal ML, Raadal M, Öst L-G, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta Odontol Scand*. 2012 Dec;70(6):463-70.
13. Oei TPS, McAlinden NM, Cruwys T. Exploring mechanisms of change: the relationships between cognitions, symptoms, and quality of life over the course of group cognitive-behaviour therapy. *J Affect Disord*. 2014 Oct;168:72-7.
14. Oei TP, McAlinden NM. Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Res*. 2014 Dec 30;220(3):1012-8.
15. Van Biljon L, Nel P, Roos V. A partial validation of the WHOQOL-OLD in a sample of older people in South Africa. *Glob Health Action*. 2015;8:28209.
16. Canaway R, Manderson L. Quality of life, perceptions of health and illness, and complementary therapy use among people with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Altern Complement Med*. 2013 Nov;19(11):882-90.
17. Ma Y, Yang Y, Huang Y, Zhao H, Hou X, Tian Y, et al. An investigation of symptom burden and quality of life in Chinese chemo-naïve advanced lung cancer patients by using the Instrument-Cloud QOL System. *Lung Cancer*. 2014 Jun;84(3):301-6.
18. Soo Hoo SY, Gallagher R, Elliott D. Systematic review of health-related quality of life in older people following percutaneous coronary intervention. *Nurs Health Sci*. 2014 Dec;16(4):415-27.
19. Braga Filho RT, D'Oliveira Júnior A. Metabolic syndrome and military policemen's quality of life: an interdisciplinary comprehensive approach. *Am J Mens Health*. 2014 Nov;8(6):503-9.
20. Van Biljon L, Nel P, Roos V. A partial validation of the WHOQOL-OLD in a sample of older people in South Africa. *Glob Health Action*. 2015;8:28209.
21. Shal RS, Sharbaf HA. Survey the Prevalence of Psychopathology in Coronary Heart Disease Patients: A Casual Model Based on Analysis of the Role of Psychological Factors. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care [Internet]*. 2013;2(4).
22. Hesselmark E, Plenty S, Bejerot S. Group cognitive behavioural therapy and group recreational activity for adults with autism spectrum disorders: a preliminary randomized controlled trial. *Autism*. 2014 Aug;18(6):672-83.
23. Kavitha C, Rangan U, Nirmalan PK. Quality of life and marital adjustment after cognitive behavioural therapy and behavioural marital therapy in couples with anxiety disorders. *J Clin Diagn Res*. 2014 Aug;8(8):WC01-4.
24. Tsang HWH, Cheung WM, Chan AHL, Fung KMT, Leung AY, Au DWH. A pilot evaluation on a stress management programme using a combined approach of cognitive behavioural therapy (CBT) and complementary and alternative medicine (CAM) for elementary school teachers. *Stress Health*. 2015 Feb;31(1):35-43.
25. Plag J, Gaudlitz K, Schumacher S, Dimeo F, Bobbert T, Kirschbaum C, et al. Effect of combined cognitive-behavioural therapy and endurance training on cortisol and salivary alpha-amylase in panic disorder. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov;58:12-9.
26. Schröder A, Rehfeld E, Ornbøl E, Sharpe M, Licht RW, Fink P. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2012 Jun;200(6):499-507.
27. O'Dowd H, Gladwell P, Rogers CA, Hollinghurst S, Gregory A. Cognitive behavioural therapy in chronic fatigue syndrome: a randomised controlled trial of an outpatient group programme. *Health Technol Assess*. 2006

- Oct;10(37):iii – iv, ix – x, 1–121.
28. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2014; 82(3):375–91.
 29. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. *BMC Gastroenterol*. 2015; 15:54.
 30. Agdal ML, Raadal M, Öst L-G, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta Odontol Scand*. 2012; 70(6):463–70.
 31. van Groenestijn AC, Schröder CD, Visser-Meily JMA, Reenen ETK-V, Veldink JH, van den Berg LH. Cognitive behavioural therapy and quality of life in psychologically distressed patients with amyotrophic lateral sclerosis and their caregivers: Results of a prematurely stopped randomized controlled trial. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*. 2015; 16(5-6):309–15.
 32. Agdal ML, Raadal M, Öst L-G, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta Odontol Scand*. 2012; 70(6):463–70.
 33. Conwill M, Oakley L, Evans K, Cavanna AE. CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: a pilot study. *Epilepsy Behav*. 2014; 34:68–72.
 34. Shimodera S, Watanabe N, Furukawa TA, Katsuki F, Fujita H, Sasaki M, et al. Change in quality of life after brief behavioral therapy for insomnia in concurrent depression: analysis of the effects of a randomized controlled trial. *J Clin Sleep Med*. 2014 15; 10(4):433–9.
 35. Graham CD, Simmons Z, Stuart SR, Rose MR. The potential of psychological interventions to improve quality of life and mood in muscle disorders. *Muscle Nerve*. 2015; 52(1):131–6.
 36. Chien H-C, Chung Y-C, Yeh M-L, Lee J-F. Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *J Clin Nurs*. 2015 Nov;24(21-22):3206–14.
 37. Wise J. Cognitive behavioural therapy shows promise in heart failure patients with depression. *BMJ*. 2015;351:h5163.
 38. Mayou RA, Bryant BM, Sanders D, Bass C, Klimes I, Forfar C. A controlled trial of cognitive behavioural therapy for non-cardiac chest pain. *Psychol Med*. 1997 Sep;27(5):1021–31.