

## The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on Quality of Life of Cardiovascular Patients

Mostafa Jani<sup>1</sup>, Bahman Salehi<sup>2\*</sup>, Seyed Ali Aleyasin<sup>3</sup>, Hossein Davoudi<sup>3</sup>

1.MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

2.Professor, Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

3.Assistant Professor, Department of Counseling, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

Received: 11 Jan 2017, Accepted: 14 Mar 2017

### Abstract

**Background:** The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life of patients with cardiovascular diseases.

**Materials and Methods:** This semi-experimental study was done based on a pretest - posttest design with control group. Statistical population included all of the patients with cardiovascular diseases referred to Amir-Kabir educational and medical center of Arak, and sample included 30 persons who selected by screening and simple random sampling and assigned into two control and experimental groups. Research instrument included Mcnew quality of life scales which participants answered it during two pre-test and post-test steps; also, experimental group participated in 9 cognitive-behavioral therapy meetings.

**Results:** There was a significant difference between mean quality of life and its components in both experimental and control groups.

**Conclusion:** Results analysis showed that group-based cognition- behavior therapy has an influence on life quality (emotional, physical and social domains)( $p>0.05$ ).

**Keywords:** Cardiovascular disease, Cognitive-behavioral therapy, Quality of life.

\*Corresponding Author:

Address: Department of Psychiatry, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Email: basalehi@yahoo.com

## اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی

مصطفی جانی<sup>۱</sup>، بهمن صالحی<sup>۲\*</sup>، سید علی آل یاسین<sup>۳</sup>، حسین داودی<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

۲. استاد، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۲۴

### چکیده

**زمینه و هدف:** هدف تحقیق حاضر تعیین اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی بود.

**مواد و روش‌ها:** روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امیرکبیر شهر اراک بود و حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به طور غربالگری انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه گواه و آزمایش گمارش شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه کیفیت زندگی مک نیو بود که شرکت کنندگان طی دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون به آن پاسخ دادند و گروه آزمایش نیز طی ۹ جلسه در جلسات درمان شناختی رفتاری شرکت کردند. ( $p > 0.05$ )

**یافته‌ها:** بین میانگین گروه آزمایش و گواه در متغیر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** تحلیل نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی (حیطه عاطفی، فیزیکی و اجتماعی) اثر بخش است.

**واژگان کلیدی:** بیماری‌های قلبی و عروقی، درمان شناختی - رفتاری، کیفیت زندگی.

\*نویسنده مسئول: ایران، اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه روان پزشکی

Email: basalehi@yahoo.com

## مقدمه

به کارگیری شاخص‌های عینی و ذهنی اجتماعی مانند تولید ناخالص داخلی، بهداشت، شاخص رفاه و...-تعریف کیفیت زندگی بر اساس تعیین متغیرها یا عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و توجه به زمینه‌ها و شرایطی که در آن، سطح کیفیت زندگی تعیین می‌شود(۵).

ستوده و همکاران (۲۰۱۰)، مقایسه‌ای را در مورد اثربخشی رفتار درمانی شناختی و داروها بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی، انجام دادند نتایج این بررسی نشان داد که رفتار درمانی شناختی مؤثرتر از دارو درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون بالا است و انجام کار گروهی بین روان‌شناسان و متخصصان قلب می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران مفید باشد(۶).

فردلند و همکاران ۲۰۱۵، در پژوهشی به بررسی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی و مراقبت از خود در بیماران دارای نارسایی قلبی پرداختند که نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر افسردگی بیماران نارسایی قلبی مؤثر است و باعث کاهش اضطراب و خستگی و افزایش عملکرد اجتماعی و کیفیت بهتر زندگی می‌شود(۷). دورینگ و همکاران ۲۰۱۵، در مطالعه‌ای به بررسی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی، بهبود درد و کنترل درک در بیماران جراحی قلب پرداختند که نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی، درد و بهبود کنترل درک می‌شود(۸).

تیلور ۲۰۱۰، در پژوهش خود جهت بررسی رابطه‌ی بین افسردگی، ضربان قلب متغیر و بیماری‌های قلبی عروقی، پژوهش‌های مختلفی را مورد مطالعه قرار داد. نتایج این بررسی نشان می‌دهد که افسردگی می‌تواند در بروز بیماری کرونری قلب و هم‌چنین بدتر شدن پیش‌آگهی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را پیش‌بینی نماید(۹).

ساب و همکارانش ۲۰۰۹، در برنامه‌ای افزایش بهبودی در بیماران قلبی عروقی، اثر بخشی مداخله‌ی شناختی رفتاری گروهی و انفرادی و ترکیب این دو در نمونه‌ی وسیعی از بیماران مبتلا به نارسایی قلبی افسرده را

امروزه مهم‌ترین معضل سلامتی در همه‌ی کشورهای جهان از جمله کشور ما ایران، تغییر الگوی مرگ و میر بیماری، به بیماری‌های مزمن است. این بیماری‌ها که شامل بیماری‌های قلبی به ویژه فشار خون، سرطان، دیابت و غیره می‌شوند، نه تنها درمان قطعی ندارند، بلکه بر ذهن و رفتار و سبک زندگی افراد اثرات قابل ملاحظه‌ای می‌گذارند(۱).

داشتن قلب سالم برای حیات انسان یک ضرورت است، هرچند بسیاری از بیماران قلبی آموخته‌اند که چگونه با داشتن قلب بیمار یک زندگی کامل و مولد داشته باشند. بیماری‌های قلبی عروقی به سن یا جنس خاصی اختصاص ندارد و همه افراد در هر سن و جنسی ممکن است در معرض ابتلا به این بیماری‌ها باشند. با این حال، می‌توان با انجام اقدامات مؤثر و به موقع، خطر ابتلاء یا عوارض حاصل از آن‌ها را کاهش داد(۲).

امروزه بررسی کیفیت زندگی، بخش اساسی ارزیابی پزشکی و سنجش وضعیت سلامتی به شمار می‌رود. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که در برگیرنده‌ی ابعادی چون سلامت جسمی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط می‌باشد. برخی مطالعات نشان دادند که بیماری‌های قلبی عروقی به صورت یک فاکتور مستقل روی کیفیت زندگی بیماران تأثیر به‌سزایی برجا می‌گذارد(۳).

کیفیت زندگی مفهومی مهم نزد بیماران قلبی عروقی است و به عنوان یک مفهوم چند بعدی شامل عملکرد جسمانی، روانی اجتماعی و بهبودی، در نظر گرفته می‌شود. بررسی‌ها نشان داده‌اند که انفارکتوس میوکارد اثرات منفی بر کیفیت زندگی بیماران داشته و معمولاً بیماران با آنژین صدری یا سایر علائم قلبی، کیفیت زندگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند(۴).

لیو(۱۹۷۶) سه رویکرد را در بررسی مفهوم کیفیت زندگی ارائه می‌دهد: ۱-تعریف کیفیت زندگی بر اساس عناصر تشکیل دهنده آن مانند شادکامی، رضایت‌مندی، ثروت و ... ۲-تعریف کیفیت زندگی از طریق

بررسی کردند. در این پژوهش از مجموع ۱۲۴۳ آزمودنی که مراقبت معمول پزشکی دریافت می‌کردند، ۷۸۱ نفر تنها درمان انفرادی و ۳۶۵ نفر علاوه بر درمان انفرادی مداخله‌ی شناختی رفتاری گروهی نیز دریافت کردند. نتایج نشان داد که اضافه نمودن آموزش گروهی شناختی رفتاری به درمان انفرادی، به کاهش پیامدهای پزشکی منجر می‌شود (۱۰).

یکی از روش‌هایی که امروزه در کنار شیوه‌هایی که عمدتاً در حوزه‌ی پزشکی به کار می‌رود مورد توجه قرار گرفته است، درمانی شناختی رفتاری می‌باشد. درمان شناختی رفتاری شیوه‌ای درمانی است که در آن به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این که بتواند این افکار تحریف شده رفتار ناکارآمد را تغییر دهد، از بحث‌ها و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته استفاده می‌شود. در واقع این شیوه بر نحوه ادراک فرد از وقایع زندگی، توجه به واکنش‌های رفتاری، ارتباط عقاید و کنش‌ها و سازماندهی افکار تمرکز دارد درمان رفتاری شناختی بر پایه این تصور کلی که رفتارها و الگوهای منفی متغیر تأثیر به‌سزایی بر عواطف شخصی دارد قرار گرفته است درمان شناختی رفتاری به تشخیص و تحلیل و تغییر افکار و رفتارها کمک می‌کند یعنی به تسکین احساس خشم و پرخاش‌گری کمک می‌کند (۱۳).

با توجه به اهمیت کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، پژوهش حاضر به دنبال این است که آیا گروه درمانی شناختی رفتاری، بر کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی مؤثر است؟

## مواد و روش‌ها

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی و طرح کلی پژوهش از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران قلبی و عروقی که ۶ ماه اول سال ۱۳۹۵ به درمانگاه قلب مرکز آموزشی و درمانی امیرکبیر شهر اراک مراجعه کردند

و بیماری قلبی آن‌ها محرز گردیده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۳۰ نفر که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند گزینش شدند و در دو گروه شاهد و آزمایش با حجم ۱۵ نفر به صورت تصادفی ساده گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱- تشخیص متخصص و داشتن پرونده به عنوان بیمار قلبی و عروقی، ۲- تحصیلات سیکل به بالا، ۳- دارای سن حداقل ۲۰ و حداکثر ۵۵ سال ۴- نداشتن بیماری‌های دیگر به جزء بیماری قلبی ۵- نداشتن سابقه‌ی بیماری قلبی اختلالات روان پزشکی ۶- نداشتن سابقه خانوادگی بیماری‌های قلبی روان پزشکی ۷- نداشتن عقب ماندگی ذهنی ۸- جنس مرد ۹- داشتن سابقه بستری در بخش قلب بیمارستان ۱۰- توانایی شرکت در کلاس‌ها. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: ۱- ابتلا به هر نوع بیماری جسمی یا اختلالات روانی ناتوان کننده دیگر ۲- مصرف هر نوع داروی روان گردان و یا داروهای روان پزشکی در طول دوره‌ی مداخله. جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسش‌نامه کیفیت زندگی مک نیو استفاده شد. جهت تکمیل پرسش‌نامه به ۱۰ دقیقه یا کمتر وقت نیاز است. این پرسش‌نامه یک ابزار با ارزش برای بررسی و ارزشیابی سلامت در ارتباط با کیفیت زندگی به بیماران قلبی است. از سه حیطه عاطفی (۱۴ سؤال)، فیزیکی (۱۴ سؤال) و اجتماعی (۱۳ سؤال)، تشکیل شده که جمعاً ۳۷ سؤال می‌شود. بومی‌سازی این ابزار در مطالعه اسدی لاری در سال ۲۰۰۳ در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، صورت گرفت که همبستگی درونی حیطه احساسی-عاطفی و فیزیکی با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و حیطه اجتماعی ۰/۹۴ و برای کل حیطه‌ها ۰/۹۵ گزارش شد (۱۲).

## پروتکل درمان شناختی و رفتاری:

محتوای آموزشی طراحی شده برای گروه آزمایش بر اساس مطالعات پیشینه‌ی تحقیق، شناسایی مشکلات ویژه‌ی بیماران قلبی عروقی، سرفصل کتاب‌های درمان شناختی - رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی (۱۴)، تکنیک‌های شناخت درمانی (۱۵)، رفتار درمانی شناختی (۱۱) و مهارت‌های زندگی (۱۶)، هم‌چنین راهنمایی و تابید اساتید روان پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی اراک، با توجه به مبانی اعتقادی و فرهنگی جامعه تدوین شد. در این مداخله از ساختار درمان شناختی - رفتاری تبعیت شده است و ساختار هر جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شامل بررسی تکالیف خانگی (حدود ۱۵ دقیقه)، مرور جلسه قبل (حدود ۱۰ دقیقه)، ارائه‌ی موضوع اصلی جلسه (حدود ۴۵ دقیقه)، خلاصه و جمع‌بندی (حدود ۱۰ دقیقه) و توضیح تکالیف خانگی جلسه‌ی بعد (حدود ۱۰ دقیقه) بود (۱۳).

جلسات	هدف
جلسه اول	ایجاد ارتباط و آموزش در حوزه منطق درمان شناختی رفتاری و انجام پیش‌آزمون
جلسه دوم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای: آرمیدگی، تصویرسازی ذهنی
جلسه سوم	شناسایی افکار اتوماتیک
جلسه چهارم	ارزیابی افکار اتوماتیک
جلسه پنجم	چالش افکار اتوماتیک و جایگزینی پاسخ‌های واقع‌گرایانه
جلسه ششم	کمک به درک باورهای حد واسط و بنیادین مرتبط با بیماری
جلسه هفتم	خودگویی‌های مقابله‌ای
جلسه هشتم	ارتباط قاطعانه
جلسه نهم	جلسه نهایی

### یافته‌ها

نتایج به دست آمده از تحقیق در جداول زیر آورده شده است.

جدول ۱. تحلیل داده‌های به دست آمده از کیفیت زندگی در سطح آمار توصیفی

فیزیکی	اجتماعی	عاطفی		
۲۰/۳۵	۳۸/۵	۴۳/۸۳	میانگین	آزمایش
۱/۴۶	۴/۱۴	۴/۹۲	انحراف معیار	پیش‌آزمون
۲۰/۷۲	۳۹/۹۱	۴۲/۵۸	میانگین	شاهد
۱/۶۴	۴/۴۴	۶/۴۱	انحراف معیار	
۲۶/۷۷	۴۷/۰۸	۴۹/۸۳	میانگین	آزمایش
۲/۶۹	۵/۹۵	۵/۵۰	انحراف معیار	پس‌آزمون
۱۹/۸۳	۴۰/۰۸	۴۴/۸۰	میانگین	شاهد
۲/۱۵	۵/۳۵	۶/۳۸	انحراف معیار	

با توجه به جدول ۱ که نشان دهنده میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون است همان‌طور که مشخص است گروه آزمایش در مرحله پیش و پس از

آزمون دارای تفاوت‌هایی در میانگین در متغیرهای کیفیت زندگی در سه حیطه (عاطفی، اجتماعی و فیزیکی) است.

جدول ۲. بررسی نرمال بودن توزیع اطلاعات متغیرهای تحقیق در مرحله پیش‌آزمون

متغیرها	تعداد	نمره Z	سطح معناداری
حیطه عاطفی	۲۴	۰/۸۷	۰/۱۴۸
حیطه اجتماعی	۲۴	۰/۹۱	۰/۱۸۱
حیطه فیزیکی	۲۴	۱/۵۱	۰/۰۶۷

می‌شود. در نتیجه کلیه متغیرهای تحقیق در هر دو گروه دارای توزیعی نرمال هستند.

با توجه به جدول ۲ که بیان‌گر نرمال بودن توزیع اطلاعات با توجه به نمره Z به دست آمده و سطح معناداری بیش‌تر از ۰/۰۵ فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع اطلاعات تأیید

جدول ۳. نتیجه آزمون همسانی ماتریس کوواریانس‌ها (باکس)

سطح معناداری	F	Box's
۰/۰۹۸	۵/۶۳	۹/۵۰۱

فرض صفر می‌باشد، فرض صفر ما مبنی بر همسانی ماتریس کوواریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، سطح معناداری آزمون باکس برابر با ۰/۰۹۸ می‌باشد. از آنجایی که این مقدار، بزرگ‌تر از سطح معناداری (۰/۰۱) مورد نیاز برای رد

جدول ۴. نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	sig
حیطه عاطفی	۰/۳۴۵	۲۲	۱	۰/۰۶۵
حیطه اجتماعی	۰/۸۳۳	۲۲	۱	۰/۱۴۶
حیطه فیزیکی	۰/۹۹۵	۲۲	۱	۰/۰۹۱

فرض صفر ما مبنی برای همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین در هیچ یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد. از این رو

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه متغیرهای تحقیق در هر دو گروه

آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	sig
اثر پیلایی	۰/۷۸۳	۱۰/۱۱	۵	۱۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۱۷	۱۰/۱۱	۵	۱۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۶۱	۱۰/۱۱	۵	۱۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۳/۶۱	۱۰/۱۱	۵	۱۴	۰/۰۰۱

است ( $p < ۰/۰۱$ ). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که هر دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای تحقیق تفاوت وجود دارد.

همان‌طور که مشاهده می‌گردد سطح معنی‌داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، برابر با ۰/۰۱

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig	ایتا
حیطه عاطفی	۱۳۹/۶۵	۱	۱۳۹/۶۵	۱۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲
حیطه اجتماعی	۱۷/۸۸	۱	۱۷/۸۸	۲۲/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴
حیطه فیزیکی	۳۸/۹۰	۱	۳۸/۹۰	۹/۰۶	۰/۰۰۷	۰/۳۰

تحقیقات خیام نکویی و همکاران (۱۶)۱۳۸۹، هم‌خوانی دارد.

### نتیجه گیری

درمان شناختی رفتاری با کاهش سطح اختلالاتی چون خستگی، بی‌حالی، دردهای جسمانی (قفسه سینه)، اضطراب و افسردگی و تصحیح سبک زندگی فرد بیمار در کنار درمان دارویی کمک زیادی به بالا بردن کیفیت زندگی می‌کند هر چند با توجه به حجم نمونه پایین این مطالعه نمی‌توان این نتایج را به کل جامعه تعمیم داد و نیاز به مطالعات با حجم نمونه بیش‌تر و در مراکز دیگر می‌باشد. اما این نوع درمان با توجه به انعطاف‌پذیر بودن با شرایط افراد قادر است سطح فعالیت‌های بدنی، عدم وابستگی به دیگران در انجام کارها و علاقه برای انجام وظایف را افزایش دهد و در نتیجه فرد را نسبت به زندگی رضایت‌مند می‌کند. کیفیت زندگی با متغیرهای محیط زندگی، بهداشت روان و سلامت جسمانی در ارتباط است. و می‌تواند به عنوان یک راهکار جهت بالا بردن کیفیت زندگی در بیماران قلبی و عروقی در بخش‌های قلب پیشنهاد گردد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم. این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد خمین آقای مصطفی جانی می‌باشد.

### منابع

1. Ali Pour A. [An Introduction to health psychology]. 2nd ed. Tehran: Payam Noor University. 2011;120-88.
2. Samavati T, shams M, Hojiozadeh A, ways to prevent and control cardiovascular disease. 2nd ed. Tehran: Young publishing; 2012
3. Galileans M, sharifirad, mostafavi F; [its general self- efficacy and perceived social support and quality of life of cardiorascular

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۶، مقدار F به دست آمده، برای بررسی تفاوت نمرات مولفه‌های کیفیت زندگی در دو گروه می‌باشد که در سطح 0.001 معنی‌دار است. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. در نتیجه گروه درمانی شناختی رفتاری بر مولفه‌های کیفیت زندگی موثر است.

### بحث

تحقیق حاضر با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی انجام شد. روش تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری قلبی عروقی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی امیرکبیر شهر اراک بود و نمونه شامل ۳۰ نفر که به صورت غربال‌گری انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مورد و شاهد گمارش شدند. کلیه شرکت‌کنندگان طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسش‌نامه کیفیت زندگی پاسخ دادند و گروه آزمایش نیز طی ۹ جلسه در جلسات درمان شناختی - رفتاری شرکت داده شد. تحلیل نتایج در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. تحلیل نتایج مانکوا نشان داد که درمان شناختی - رفتاری به شیوه گروهی بر کیفیت زندگی (حیطه عاطفی، فیزیکی و اجتماعی) با  $p < 0.01$  اثر بخش است. از نظر حیطه عاطفی نتایج مطالعه ما با تحقیقات انجام شده توسط کریمی و همکاران (۲۰۱۴)، (۱۴) ستوده حاصل و همکاران (۲۰۱۰) (۶)، خیام نکویی و همکاران (۱۶)۱۳۸۹ فردلند و همکاران (۲۰۱۵) (۷)، دورینگ و همکاران (۲۰۱۵) (۸)، تیلور (۲۰۱۰) (۹)، سالیوان و همکاران (۲۰۰۹) (۱۰) ساب و همکارانش (۲۰۰۹) (۱۱)، اکبری و همکاران (۱۷)۱۳۹۳، شکرگزار و همکاران (۱۸)۱۳۹۳ مقدم و همکاران (۴)۱۳۹۲ هم‌خوانی دارد. از نظر حیطه اجتماعی نتایج مطالعه ما با تحقیقات جلیلیان و همکاران (۱۳۹۲)، خیام نکویی و همکاران (۱۶)۱۳۸۹ هم‌خوانی دارد. از بعد حیطه فیزیکی نتایج ما با

12. Hawton K, Malskookiss P, Kirk J, Clark D. Cognitive behavior therapy: a practical guide for treatment of mental disorders. Qasemzadeh H. (Persian translator). 12th ed; Volume I. Tehran; Arjmand Publication. 2014;309-15.
13. Rajati F, Sharifirad G, Sadeghi M. [comparison of three questionnaires on quality of life for heart Failure Patients in a cardiac rehabilitation program]. Journal of Health system 2012; 10(1):25-97.
14. Craig AW. cognitive behavior therapy for chronic medical problems: Translated by Moloudi R. Tehran, Iran. Arjmand publication; 2012
15. Leahy R. Cognitive therapy techniques: Translated by Hamidi poor H. Tehran, Iran. Arjmand publication; 2011.
16. Khanife H, Pourhoseini M. Life Skills. 2nd ed, Iran: Hajar publication; 2013.
17. Akbari B, Afkhami P. [Type D personality, Perfectionism and happiness in Cardiovascular disease and ordinary people], Journal of Guilan University of Medical Sciences 2013; 23(3):24-34
18. Shokrgozar S, Ahmadi R. [Assess the severity of depression based on scale depression among heart patients (CDS) In cardiovascular patients admitted to the Hospital of Rasht], Journal of Guilan University of Medical Sciences 2013; 24(4):9-15
19. AghaBagheri H, Mohammadkhani P, Omrani S, Farahmand V. [Effectiveness of group-based cognitive therapy based on mindfulness upon increasing subjective well-being and hope in MS patients]. Journal Of Clinical Psychology. 2012; 4(1(13)):10-19.
20. Bayazi MH, Ahadi H, Fata L, HashemDanesh TH. [The effectiveness of short-term cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety, stress and chronic coronary heart patients: a randomized controlled task]. Journal Of Mental Health. 2012; 14(1):110-21.
21. Faramarzi S, Homale R, Izadi R. [Efficacy of cognitive behavioral group training of life skills on mental health of patients]. Journal of Health system 2012; 9(5): 531-539
4. Moghaddam M, moghaddam B, mohammad Hosseini S. [predict quality of life based on Public health social support and self- efficacy in cardiovascular patients in Yasouj]. University of medical sciences yasuj scientific journal brings knowledge 2013; 19(7):195-203.
5. Omidi R, Ghaffari G. quality of life: social development index. 1sted. Iran: Publishers Headband; 2008.
6. Sotoudehasl NA, Neshatdoust HT, Kalanteri M, Talebi H. *Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension*. Koomesh; 2010; 11(4(36)), pp:294-302
7. Freedland KE, Kenneth R, carney MN, rich. cognitive Behavior therapy fir Depression and Self- care in heart failure patients, the journal of the American medical Association, 2015, 175(11):1773-1782.
8. Doering V, mc Guire A, Estwood J, chen B. sugery patients cognitive behavioral therapy for depression improves pain and perceived control in cardiac, European journal of cardiovascular Nursing, 2015, 145(2):188-192.
9. Taylor, C.B.. Depression : heart rate related variables and cardio vascular disease. Int Journal psychophysiol; 2010, 78:80-8
10. Sullivan M J, Wood L, Terry J, Brantley J, Chorles A, Oswoth H B. The support, Education, and Research in chronic Heart Failure study (SEARCH) : A mindfulness based psycho-educational, intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure, 2009.
11. Saab, PG; Bang, H; Williams, RB; Powell, LH; Schneiderman, N; thoresence : & et al. The impact of cognitive behavioral group training on event- free survival in patients with myocardial infrection. Journal Psychosom Res 2009; 67: pp 45-65.



- children in Kermanshah in 2010]. Research on exceptional children. 2012; 2(7): 1-26.
24. Pillai M. Efficacy of cognitive – behavior therapy (CBT) on depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting. Journal of pharmacy and Biological sciences (IosrIpbs) ISSN: 2278-3008. 2012; 2 (2): 26-31.
25. Shujahuddini F, Kazemi M, Ali Poor A, Oraki M. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy on symptoms of depression and anxiety in patients with myocardial infarction]. Journal of Evidence-Based Care. 2012; 2(4): 29-42.
- women with handicapped spouses]. Social Welfare Spring. 2011; 11(40): 217-35.
22. Ghanbari N, Habibi M, Shamsuddini S. [Effectiveness of stress management by cognitive behavioral method on enhancing psychological, social and emotional well-being of students with homesickness]. Journal Of Clinical Psychology. 2013; 5(1(17)): 28-41..
23. Kakabayee K, Arjmandnia A, Afroz Gh. [Relationship between coping styles and perceived social support with psychological subjective well-being scales among parents of regular and mentally ill