

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۴/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۰/۰۵

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۵
دوره‌ی چهارم، سال ۲۳، شماره‌ی ۱
صص: ۲۲-۱

اثر درمان‌های شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی و میزان بازده قلبی در بیماری کرونر قلب

فرناز سیف*

چنگیز رحیمی**

نوراله محمدی***

چکیده

افسردگی یک اختلال رایج در بیماران عروق کرونر قلب است که سلامت روانی و میزان بازده قلبی آنان را کاهش می‌دهد. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی و میزان بازده قلبی بیماران عروق کرونر قلب و مقایسه اثر دو روش روان‌درمانی بود. آزمودنی‌ها بیماران کرونر قلبی بین سنین ۳۰ تا ۶۰ سال و مبتلا به افسردگی متوسط تا شدید بودند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه هم‌متاشده قرار گرفتند که شامل دو گروه آزمایشی برای دریافت درمان‌های شناختی-رفتاری فردی ($n=20$) و شناختی-رفتاری گروهی ($n=16$) و یک گروه کنترل ($n=16$) بود. گروه کنترل هیچ درمان روان‌شناختی دریافت نکردند. این پژوهش یک مطالعه آزمایشی است. بیماران با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همه آزمودنی‌ها پرسشنامه افسردگی بک-۲ را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکمیل نمودند. هم‌چنین آزمون بازدهی قلب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تکرار سنجش ترکیبی و آزمون تعقیبی شفه انجام شد. روش‌های درمان‌های شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر کاهش میزان افسردگی بیماران عروق کرونر قلب بطور معنی‌داری تأثیر داشت، اما در افزایش بازده قلبی آنان بی‌تأثیر بود. در ارتباط با کاهش میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری بین دو روش درمانی وجود نداشت. روش‌های درمانی شناختی-رفتاری فردی و گروهی می‌توانند میزان افسردگی در بیماران

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

crahiimi@hotmail.com

** دانشیار دانشگاه شیراز (نویسنده مسئول)

*** دانشیار دانشگاه شیراز

کرونر قلبی و نیاز به مصرف داروهای روانپزشکی در آنان را کاهش دهند.

کلید واژگان: درمان شناختی-رفتاری فردی، درمان شناختی-رفتاری گروهی، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب، بازده قلبی.

مقدمه

بیماری عروق کرونری قلب^۱ از جمله عوامل مهم مرگ و میر در جوامع امروزی است. حدود ۳۳ درصد مرگ مردان و ۲۸ درصد کل میزان مرگ و میرها، ناشی از این بیماری است (بونو، سهام، اسمیت، منزا و لِنفانت^۲، ۲۰۰۲). بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی نرخ مرگ و میر این بیماران از ۷/۲ درصد در سال ۲۰۰۲ به ۱۱/۱ در سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت (موسسه قلب آمریکا^۳، ۲۰۰۶). آسیب به قلب بر وضعیت روحی و روانی فرد تأثیر نامطلوب می‌گذارد و رفتارهایی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم و احساس دشمنی را ایجاد می‌کند. استرس‌های زندگی، زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی است و از سوی دیگر رویداد بیماری قلبی نیز همین پاسخ‌های رفتاری را پدید می‌آورد (بونو و همکاران، ۲۰۰۲). عدم توجه به استرس‌ها و واکنش‌های روانی مبتلایان، سبب تشدید بیماری آنان می‌گردد (توسلی و خرم، ۱۳۷۹). اضطراب بالا قبل از عمل جراحی قلب میزان مرگ پس از عمل را افزایش می‌دهد (تولی، بکر و نایت^۴، ۲۰۰۸).

علائم افسردگی هم در بیماران سکته قلبی (رادیش، نمروف^۵، ۲۰۰۳) و هم در بیماران بدون سکته قلبی دیده شده (ولسین^۶، ۲۰۰۴) و موجب تشدید علائم بیماری کرونری، عملکرد اجتماعی ضعیف‌تر و بازگشت دیرتر به فعالیت شغلی می‌شود (رو و همکاران^۷، ۲۰۰۳)، احتمال مرگ و میر در بیماران را بالا می‌برد (برگ، بندتو و سوفر^۸، ۲۰۰۳) و حتی بعد از ۵ تا ۱۵ سال پس از درمان بیماری قلبی، با وجود کنترل سایر علل خطر ساز، احتمال خطر سکته

- 1- Coronary Heart Disease (CHD)
- 2- Bonow, Samaha, Smith, Mensah, & Lenfant
- 3- American Heart Association
- 4- Tully, Baker, & Knight
- 5- Rudish & Nemeroff
- 6- Wulsin
- 7- Ruo
- 8- Burg, Benetto, & Soufer

قلبی را افزایش می‌دهد (لسپرنس، فرژر، تالاجیک و بوراسا، ۲۰۰۲). هم چنین میزان ابتلا به بیماری کرونری را پس از ۶ تا ۴۰ سال افزایش می‌دهد (روگولیز^۲، ۲۰۰۲)، چون بیماران در اثر افسردگی، فعالیت فیزیکی کمتری دارند، از خود کمتر مراقبت می‌کنند، الکل و دخانیات بیشتری مصرف می‌کنند، کمتر به دنبال خدمات درمانی هستند و بیشتر برنامه‌های بازتوانی را نیمه تمام رها می‌کنند (دراس، برادفورد، روزنهک، رادرفر و کروم هولز^۳، ۲۰۰۰).

افسردگی موجب مختل شدن سیستم خون‌رسانی و افزایش پلاک‌های فعال خونی و لخته شدن خون می‌شود (کارنی، فریدلند، میلر و جاف^۴، ۲۰۰۲). این عوامل از جمله علل بیماری‌زا در بیماری عروق کرونری قلب نیز محسوب می‌گردد (بنیاد ملی قلب استرالیا و جامعه قلب استرالیا و نیوزلند^۵، ۲۰۰۰). در افراد افسرده غیر مبتلا به بیماری کرونری هم افزایش فعالیت پلاک‌های خونی وجود دارد (لاگریسی-تود، واگنر، پولوسی، جانسون و فینکل^۶، ۱۹۹۷). افزایش عملکرد پلاکی، به علت اختلال در آزاد سازی سروتونین است (شاینز، هانیگ، کریجینز، بار و هامولاک^۷، ۲۰۰۳). ضعف در عملکرد سیستم ایمنی از دیگر موارد مطرح شده در ارتباط بین افسردگی و بیماری کرونری قلب است. افسردگی موجب ضعف سیستم ایمنی در بیماران قلبی می‌شود (آنیسمن و مرالی^۸، ۲۰۰۲). افسردگی، بخصوص در سالمندان، می‌تواند علامتی از اختلال در جریان خون مغز باشد (دورایسومی و همکاران^۹، ۱۹۹۹). به همین دلیل توجه به این عامل در افراد افسرده مبتلا به بیماری عروق کرونری، بخصوص در سالمندانی که به داروهای معمول افسردگی جواب نمی‌دهند، حایز اهمیت است. ضعف حمایت اجتماعی دریافت شده توسط این بیماران همبستگی قوی با شدت و طولانی شدن دوره بیماری دارد (بانکر و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۳) و بیشتر در بیماران افسرده ای دیده می‌شود که تنها زندگی می‌کنند و از کمبود اعتماد بین فردی و حمایت هیجانی ضعیف رنج می‌برند که

- 1- Lesperance, Frasure, Talajic, & Bourassa
- 2- Rugulies
- 3- Druss, Bradford, Rosenheck, Radrofer, & Krumholz
- 4- Carney, Freedland, Miller, & Jaffe
- 5- National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia And New Zealand
- 6- Laghrissi-Thode, Wagner, Pollock, Johnson, & Finkel
- 7- Schins, Honig, Crijins, Baur, & Hamulak
- 8- Anisman, & Merali
- 9- Doraiswamy
- 10- Bunker

خود میزان مرگ و میر را در این بیماران افزایش می‌دهد (گلدستون و بیللی^۱، ۲۰۰۸). این بیماری میزان مرگ و میر در بیماران کرونری را ۱/۵ تا ۲ درصد افزایش می‌دهد و در بیمارانی که سیستم حمایتی ضعیفی دارند به شکل حادثی‌تری بروز می‌نماید (گلدستون و بیللی، ۲۰۰۸). در فراتحلیلی که توسط بارد، شوماخر و هرمن-لینگن^۲ (۲۰۰۴) انجام شد، نتایج نشان داد افسردگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب، نرخ مرگ و میر را بالا می‌برد. آریو و همکاران^۳ (۲۰۰۰) معتقدند افسردگی به عنوان یک عامل غیر مستقل در افزایش ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب و مرگ ناشی از آن عمل می‌کند.

جراحی از روش‌های معمول درمان بیماری کرونری قلب است، اما روش‌های رفتاری مانند ورزش، منع مصرف سیگار و رژیم‌های غذایی کم چرب در دوره‌های باز توانی نیز به منظور کنترل عوامل هیجانی استفاده می‌شود. پیشگیری ثانویه^۴ در این بیماران شامل آموزش روش‌های کاهش حوادث عروقی و بهبود کیفیت زندگی است. خیام، نکویی، یوسفی و منشایی^۵ (۲۰۱۲) گزارش کردند که اگر مداخلات شناختی رفتاری همراه با روش‌های درمان پزشکی استفاده شود، می‌تواند کیفیت زندگی در این بیماران را بهبود بخشد. در تحقیقات انجام شده در مورد باز توانی در این بیماری، عوامل خطر ساز مختلفی بررسی شده است (بونو و همکاران، ۲۰۰۲). افسردگی یکی از عوامل مهمی است که هم در وقوع این بیماری دخالت دارد و هم در دوره نقاهت می‌تواند اثر منفی بر جای بگذارد (بانکر و همکاران، ۲۰۰۳). در یک مطالعه در ایران اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران کرونری قلب مزمن بررسی شد. نتایج نشان داد میزان استرس در بیماران به طور معناداری کاهش یافت، اما اگرچه افسردگی و اضطراب در بیماران در مقایسه با گروه گواه کاهش یافت، اما تفاوت معنا دار نبود (بیاضی، احدی، فتی و دانش ثانی، ۱۳۹۱). مطالعه گالیکسان و همکاران^۶ (۲۰۱۱) نشان داد که درمان شناختی رفتاری، احتمال بازگشت بیماری کرونری قلبی و سکته را کاهش می‌دهد. دوسلدورپ، فان الدرن، مس، ملومن و

-
- 1- Goldston & Bailie
 - 2- Barth, Shumakher, & Herrmann-Lingen
 - 3- Ariyo
 - 4- Secondary prevention
 - 5- Khayam, Nekouei, Yousefy, & Manshaee
 - 6- Gulliksson

کراج^۱ (۱۹۹۹) در یک متا‌آنالیز به این نتیجه رسیدند که برنامه‌های آموزش روانی^۲، میزان مرگ در بیماران کرونر قلبی را ۳۴٪ و احتمال عود سکتة قلبی را ۲۹٪ کاهش داد. لیندن، فیلیپس و لکرک^۳ (۲۰۰۷) در یک متا‌آنالیز دیگر نشان دادند درمان‌های روانشناختی بیماران کرونر قلبی میزان مرگ و میر آن‌ها و احتمال عود بیماری را کاهش می‌دهد.

بلومتال و شروود (۲۰۰۵) تأثیر ورزش و روش‌های کنترل استرس را بررسی کردند. نتایج میزان افسردگی کمتر به همراه کاهش عوامل خطر ساز بیماری کرونری را نشان داد. بورل^۴ (۱۹۹۶) تعدادی بیمار را که به علت حادثه عروقی، ۳ تا ۱۲ سال قبل تحت جراحی قرار گرفته بودند، تحت رفتار درمانی گروهی قرار داد. پس از ۶ سال پیگیری میزان مرگ در بیماران گروه آزمایش ۷ نفر در مقابل ۱۶ نفر در بیماران گروه کنترل بود. هم‌چنین گروه آزمایش کاهش قابل توجهی در افسردگی نشان داد. در یک مطالعه، تأثیر روان درمانی کوتاه مدت در بیماران کرونری قلب و سکتة قلبی بررسی شد (سبرکتس، فالگر، اپلز، کستر و بائر^۵، ۲۰۰۵). بیماران قلبی به طور تصادفی در دو گروه کنترل که روش معمول درمان بیماری قلبی و ورزش برای آنان اجرا شد، و گروه آزمایش که برنامه روان درمانی کوتاه مدت به مدت ۸ هفته در مورد آنان اجرا شد، قرار گرفتند. در پایان مداخله، اثرات درمانی روی رفتار خطرساز، خشم، افسردگی و خستگی مفرط مشاهده شد، اما پس از ۹ ماه پیگیری، تأثیر کلی در افسردگی و خستگی مفرط دیده نشد. در یک مطالعه جدید که توسط بیگدلی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۲) انجام شد نتایج نشان داد درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی باعث کاهش معنادار در پس آزمون و نیز پی‌گیری ۴ ماهه افسردگی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه نشده است، اما باعث کاهش معنادار در پس آزمون و پی‌گیری ۴ ماهه اضطراب و استرس زناشویی در گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه گواه شده است. در مطالعه دیگری بحرینیان و داوودی (۱۳۸۷) به مقایسه اثربخشی درمان رفتاری و شناختی-رفتاری بر میزان افسردگی بیماران قلبی پرداخته و گزارش کردند میانگین نمرات افسردگی افراد در دو گروه آزمایش در مقایسه با قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری داشته است؛ در حالی که در نمرات اکتسابی

1- Dusseldorp, van Elderen, Maes, Meulman, & Kraaij,

2- psychoduaaooaal

3- Linden, Phillips, & Lecrec

4- Burell

5- Sebregts, Falger, Appels, Kester, & Baer

افراد گروه شاهد که مداخله دریافت نکرده‌اند، تفاوت معناداری وجود نداشته است. ضمن اینکه از دو روش مداخله‌ای فوق روش درمان‌شناختی- رفتاری، در کاهش میزان افسردگی بیماران مؤثرتر بوده است.

در مجموع افسردگی از مهم‌ترین موانع مداوای بیماری‌های قلبی است، زیرا موجب عدم پذیرش بیماری شده و انگیزه بیمار برای ادامه درمان را کاهش می‌دهد. هم‌چنین تأثیر منفی بر پیش‌آگهی بیماری قلبی عروقی دارد (بونو و همکاران، ۲۰۰۲). از آن جایی که افسردگی از عوامل خطر ساز در طول دوره نقاهت این بیماری شناخته شده است (بلومنتال و شرود، ۲۰۰۵)، کنترل یا کاهش این اختلال در این بیماران می‌تواند به تسریع دوره درمان کمک کرده و میزان مرگ و میر را در این بیماران کاهش دهد (برکمن^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). در تحقیقاتی که در این مورد انجام شده است اغلب از روش‌های دارویی برای کنترل افسردگی استفاده شده است. با توجه به عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و امکان تداخل آن با اثرات داروهای قلب، استفاده از روش‌های غیر دارویی ضروری به نظر می‌رسد (گلدستون، بیلی، ۲۰۰۸). موثر بودن درمان‌های شناختی در برخی بیماری‌های دیگر مانند دیابت هم گزارش شده است (واینگر^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ هالفورد و براون، ۲۰۰۹).

برخی مطالعات جدید اثرات مثبت درمان‌های روان‌شناختی بر بیماری‌های قلبی را مورد تردید قرار داده‌اند. بامایستر، هوتن و بنگل^۴ (۲۰۱۱) اثر مداخلات روانی و دارویی افسردگی در بیماران کرونر قلبی را بررسی کرده و گزارش نمودند این نوع مداخلات اثر مثبت ناچیزی بر افسردگی در این بیماران دارد. ریز، بنت، وست، اسمیت و ابراهیم^۵ (۲۰۰۴) گزارش کردند که مداخلات روانی بر میزان مرگ بیماران کرونر قلب اثری نداشت، اما کاهش کمی در اضطراب و افسردگی بیماران نشان داد. از طرف دیگر والی^۶ و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند که درمان‌های روان‌شناختی در درمان علائم روانی بیماری موثر است اما دلایلی وجود ندارد که نشان دهد حمله قلبی، نیاز به عمل جراحی و یا میزان مرگ و میر را کاهش دهد.

-
- 1- Blomental, Sherwood
 - 2- Berkman
 - 3- Weinger
 - 4- Buumeister, Hutter, & Bengel
 - 5- Rees, Bennett, West, Smith, & Ebrahim
 - 6- Whalley

پژوهش حاضر در پی بررسی میزان اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر افسردگی در مبتلایان به بیماری عروق کرونری قلب است. درمان شناختی-رفتاری در شکل انفرادی برای درمان افسردگی در بیماری عروق کرونری به عنوان روشی بدون عوارض دارویی که به طور معمول نیز در درمان اختلالات روانی مانند افسردگی به کار می‌رود، مورد پژوهش قرار نگرفته است و امکان دارد با استفاده از درمان شناختی-رفتاری به صورت فردی و گروهی که به طور دقیق و توسط روانشناس در کنار تیم پزشکی انجام می‌شود، نتایج رضایت بخشی حاصل شود. با توجه به اینکه تعداد این نوع بیماران افزایش یافته است، مدت اقامت آنها در بیمارستان کوتاه شده و تقاضا برای مداخلات کم هزینه افزایش یابد، پژوهشگر بر آن شد تا به مقایسه تأثیر درمان‌های گروهی و فردی بر کاهش میزان افسردگی و افزایش بازده قلبی مبتلایان به این بیماری بپردازد. در این پژوهش دو فرضیه زیر شامل:

(۱) روان درمانی شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر میزان افسردگی تأثیر متفاوتی دارند،

(۲) روان درمانی شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر بازده قلبی بیماران کرونر قلبی اثر متفاوتی دارند، بررسی شده است.

روش شناسی پژوهش

این پژوهش یک مطالعه آزمایشی است. بیماران به دو گروه آزمایش و یک گروه گواه تقسیم شدند. دامنه افسردگی آنها از متوسط تا شدید بود. یک گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری فردی و یک گروه آزمایش دیگر درمان شناختی-رفتاری گروهی دریافت کردند. گروه کنترل صرفاً داروهای روانپزشکی مصرف کرده و هیچ نوع درمان روان شناختی دریافت نکردند. بیماران در ابتدا به منظور بررسی ابتلاء به افسردگی، با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ غربال شدند. پس از انجام مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-IV-R، افراد انتخاب شده و به طور تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. در هر سه گروه قبل و بعد از دوره درمان روان شناختی، میزان افسردگی و میزان بازده قلبی اندازه‌گیری و نتایج آنها مقایسه شد.

جامعه و نمونه آماری

از بین بیماران عروق کرونر قلب مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر شهرستان فسا که توسط پزشک تشخیص‌گذاری شده بودند، ۵۶ نفر حاضر به همکاری شدند. یکی از گروه‌های

آزمایش (n=۱۶) درمان شناختی-رفتاری گروهی و گروه آزمایش دیگر (n=۲۰) درمان شناختی-رفتاری فردی دریافت کردند. افراد گروه کنترل (n= ۲۰) تنها از داروهای تجویز شده توسط پزشک استفاده می‌کردند. ملاک‌های ورود به پژوهش، ابتلاء به بیماری عروق کرونر قلب، داشتن ملاک‌های افسردگی بر اساس DSM-IV که توسط پژوهشگر بررسی می‌شد، ابتلاء به افسردگی متوسط تا شدید، داشتن سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال و داشتن حداقل تحصیلات تا پایان دوره راهنمایی بود. ملاک‌های خروج شامل مبتلا بودن به سایر بیماری‌های جسمی و سایر اختلالات روانی در محورهای ۱ و ۲ DSM-IV-R و ابتلاء به افسردگی خفیف بود.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه افسردگی بک-۲: این پرسش‌نامه ۲۱ ماده‌ای توسط بک، استیر و برون^۱ (۱۹۹۶) ساخته شد و نشانه‌های بیماری افسردگی را که بیشتر شناختی هستند، ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه به صورت خود گزارش دهی است و بیماران باید هر گزینه را بین صفر تا سه درجه بندی کنند. این مقیاس دامنه افسردگی را از خفیف تا شدید (بین ۰ تا ۶۳) درجه بندی می‌کند. نمرات ۰-۹ فقدان افسردگی، ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹-۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰-۶۰ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. بک و همکاران (۱۹۹۶) روایی همزمان این مقیاس را ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. روایی نسخه فارسی پرسش‌نامه با محاسبه آلفای کرونباخ به میزان ۰/۹۳ برای دانشجویان و ۰/۹۳ برای بیماران سرپایی بدست آمد. پایایی این آزمون نیز در این بررسی با روش آزمون-بازآزمون در فاصله یک هفته به میزان ۰/۹۳ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار شده است. میزان همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی همیلتون ۰/۷۱ محاسبه شده است (قاسم‌زاده، مجتبایی، کرم‌قدیری و ابراهیم‌خانی^۲، ۲۰۰۵). بررسی خصوصیات روانسنجی BDI-II بر روی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی در ایران (محمدخانی و دابسون، ۱۳۸۶) نشان داد این پرسش‌نامه به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان در دفعات متعدد کاربرد دارد. رحیمی (۱۳۹۳) در یک مطالعه بر روی دانشجویان ایرانی روایی و پایایی قابل قبولی

1- Beck, Steer, & Brown

2- Ghassemzadeh, Mojtabai, Karamghadiri, & Ebrahimkhani

برای این پرسش‌نامه گزارش کرده است. نتایج نشان داد این پرسش‌نامه از ثبات درونی بالا (۰/۸۷) و در طول زمان از پایایی قابل قبولی (۰/۷۳) برخوردار بود. اجرای همزمان این آزمون با پرسش‌نامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی و مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سوالی نشان داد این آزمون از روایی همزمان خوبی برخوردار است.

اکوی قلب: بیماری عروق کرونر قلب در اثر تنگ یا بسته شدن عروق کرونر قلب (شریان اصلی خارج کننده خون از قلب به سراسر بدن) توسط پلاک‌های چربی یا لخته خونی ایجاد شده و موجب کاهش بازده قلبی، دردهای قفسه سینه، از بین رفتن بافت قلب و در بعضی موارد سکته قلبی می‌شود. «بازده قلب» شاخص میزان برون ده قلب توسط عضلات آن است که در افراد سالم بین ۵۰ تا ۶۰ درصد است و درصد پایین‌تر از این میزان، نشانه اختلال در عملکرد قلبی می‌باشد. به منظور ارزیابی میزان بازده قلب، از اکو، توسط پزشک متخصص در مرکز درمانی قلب استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل این شاخص از میزان بازده قلبی (مقدار خون خارج شده از قلب بر حسب CC) که توسط پزشک متخصص اندازه‌گیری می‌شد، استفاده شده است.

درمان شناختی-رفتاری: درمان شناختی-رفتاری فردی به صورت انفرادی در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و درمان شناختی-رفتاری گروهی به صورت گروهی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شده است. در طول جلسات درمان شناختی-رفتاری فردی، بیماران از خطاهای فکری و باورهای نادرست مرتبط با افسردگی آگاه شده و با کمک درمانگر شروع به اصلاح این افکار و باورها نمودند. در گروه آزمایشی دوم بیماران تحت روش درمانی مشابه با گروه اول قرار گرفتند، با این تفاوت که اجرای آن به شکل گروهی بود و بیماران در گروه تحت درمان قرار گرفته و تعاملات و پویایی‌های گروهی نیز مورد توجه قرار می‌گرفت.

اهداف درمانی در هر دو گروه مشابه بود و از روش درمانی شناختی-رفتاری مشابهی برای هر دو گروه درمان‌های فردی و گروهی استفاده شد که بر اساس روش درمان شناختی افسردگی مایکل فری (۱۳۸۲) و درمان شناختی-رفتاری هاوتون، سالکوویس و کلارک (۱۳۸۲) تنظیم شده بود. در درمان گروهی شناختی-رفتاری، جلسه اول به آشنایی افراد گروه با یکدیگر و درمانگر اختصاص می‌یافت و ساختار درمان توضیح داده می‌شد. در جلسات بعدی درمان مشابه با روش درمان فردی بود، اما به پویایی گروهی و تعاملات اعضا با یکدیگر

و با درمانگر توجه می‌شد. در پایان نیز یک جلسه اختتامیه برگزار می‌شد که در آن اعضا و درمانگر به مرور روش‌های درمانی آموخته شده و تجربه‌های خود در مورد درمان و تعامل با اعضای گروه می‌پرداختند و برای موقعیت‌های آینده آمادگی پیدا می‌کردند. در درمان فردی این جلسه به مرور آموخته‌ها و اهداف ابتدایی و ارزیابی آن‌ها با توجه به دستاوردهای درمانی پرداخته می‌شد.

روش اجرا

پس از دریافت تشخیص ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب توسط پزشک متخصص، بیماران با استفاده از پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ غربال شده و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-RR به منظور بررسی وجود علائم افسردگی یا عدم وجود سایر بیماری‌های روانی مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. قبل از آغاز مداخلات درمانی میزان بازده قلبی و شدت افسردگی کلیه بیماران اندازه‌گیری شد. سپس مداخلات درمانی در مورد گروه‌های آزمایش با استفاده از روش‌های درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی انجام شد. افراد گروه کنترل تنها از داروهای تجویز شده قلبی و داروهای ضد افسردگی مشابه در هر سه گروه استفاده نموده و هیچ نوع روان‌درمانی دریافت نکردند. پس از پایان دوره درمان هر سه گروه مجدداً به طور همزمان پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ را تکمیل نموده و از نظر بازده قلبی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی، آزمون تکرار سنجش ترکیبی، آزمون تعقیبی شفه و نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌های پژوهش

نتایج مربوط به تأثیر روش‌های درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی در گروه‌ها: ابتدا داده‌های مربوط به تأثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری بر میزان افسردگی بیماران کرونر قلبی و بهبود بیماری بررسی شد. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی سه گروه آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که به دلیل افت آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون تنها نمرات ۸ نفر در درمان گروهی و ۱۳ نفر در درمان فردی تجزیه و تحلیل شد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین

افسردگی در مرحله پیش آزمون در گروه‌های درمان فردی و گروهی و گروه بهنجار به ترتیب ۳۳/۴۶، ۳۱/۲۵ و ۳۳/۱۵ بوده است که در مرحله پس آزمون به ۱۰/۸۴، ۱۳/۶۲ و ۲۱/۶۰ کاهش یافته است.

جدول ۱.

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی سه گروه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| N | پس آزمون | | پیش آزمون | | گروه‌ها |
|----|----------|-------|-----------|-------|-------------|
| | SD | M | SD | M | |
| ۱۳ | ۱/۹۹ | ۱۰/۸۴ | ۵/۷۳ | ۳۳/۴۶ | درمان فردی |
| ۸ | ۱/۶۸ | ۱۳/۶۲ | ۳/۳۷ | ۳۱/۲۵ | درمان گروهی |
| ۲۰ | ۷/۷۰ | ۲۱/۶۰ | ۵/۵ | ۳۳/۱۵ | گروه کنترل |

به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی به علت وجود سه گروه به عنوان سه عامل بین گروهی و متغیر افسردگی در دو مرحله پیش و پس آزمون به عنوان متغیر درون گروهی، از آزمون تکرار سنجش ترکیبی (۳×۲) استفاده شد و تحلیل داده‌ها نشان داد که مفروضه‌های برابری واریانس و کوواریانس برقرار است. نتایج حاصل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲.

آزمون تکرار سنجش برای مقایسه میانگین میزان افسردگی در سه گروه

| معناداری | F | میانگین مجذورات | درجات آزادی | منابع تغییر |
|----------|-------|-----------------|-------------|-------------|
| ۰/۰۰۱ | ۲۳/۵ | ۲۶۹/۰۲ | ۱ | زمان |
| ۰/۰۰۱ | ۱۲/۴۲ | ۲۴۵/۹۱ | ۲ | زمان×گروه |
| | | ۱۹/۷۸ | ۳۸ | خطا |
| ۰/۰۰۳ | ۶/۷ | ۲۶۸/۲۱ | ۲ | گروه‌ها |
| | | ۳۹/۹۳ | ۳۸ | خطا |

همان طور که از نتایج جدول ۲ استنباط می‌شود، بین سه گروه از نظر میزان افسردگی در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این تفاوت در جهت کاهش میزان افسردگی

است. برای اینکه مشخص گردد تفاوت بین کدام گروه‌ها معنی‌دار است از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارایه شده است.

جدول ۳.

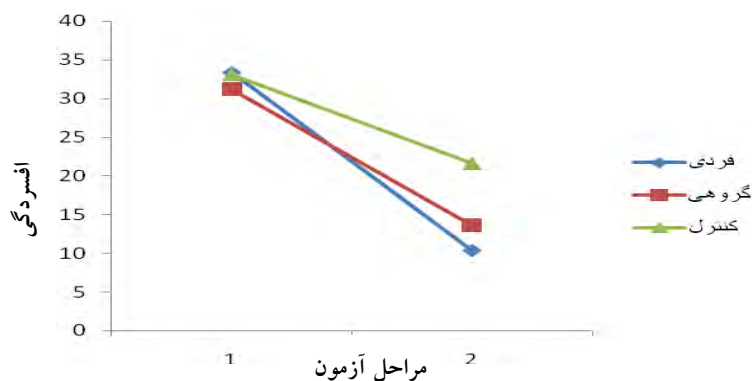
نتایج آزمون شفه برای نمرات حاصل از آزمون افسردگی سه گروه

| معناداری | خطای استاندارد | تفاوت میانگین‌ها | تعاملات گروهی |
|----------|----------------|------------------|---------------------------|
| ۰/۹۸۹ | ۲/۰۰۸ | -۰/۲۸ | درمان گروهی |
| ۰/۰۰۶ | ۱/۵۹ | -۵/۲۲ | درمان فردی گروه کنترل |
| ۰/۹۸۹ | ۲/۰۰۸ | ۰/۲۸ | درمان فردی |
| ۰/۰۳۱ | ۱/۸۶ | -۴/۹۳ | درمان گروهی گروه کنترل |
| ۰/۰۰۶ | ۱/۵۹ | ۵/۲۲ | درمان فردی |
| ۰/۰۳۱ | ۱/۸۶ | ۴/۹۳ | درمان گروهی |

مقایسه میانگین‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون معنادار است و در دو گروه آزمایش فردی و گروهی نسبت به گروه کنترل افسردگی به شکل معناداری کاهش یافته است. این نتیجه به این معنا است که درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی در کاهش میزان افسردگی بیماران مؤثر بوده است، اما بین دو روش فردی و گروهی در تاثیرگذاری بر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

نمودار ۱ تفاوت میانگین نمرات افسردگی سه گروه در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین افسردگی بیماران در مرحله پس آزمون کاهش یافته است، اما در دو گروه آزمایش میزان کاهش افسردگی تفاوت معناداری با گروه کنترل که فقط از داروهای تجویز شده استفاده کرده‌اند، دارد که می‌توان آن را به تأثیر روش درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی نسبت داد. با توجه به نمودار ۱، در میانگین‌های کاهش افسردگی در دو گروه آزمایش درمان فردی و گروهی تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود و در هر دو گروه میانگین افسردگی تقریباً به‌طور مشابه کاهش یافته است.

داده‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار میزان بازده قلبی در سه گروه و در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۴ ارایه شده است.



نمودار ۱. مقایسه میانگین نمرات افسردگی سه گروه در پیش آزمون و پس آزمون

جدول ۴.

میانگین و انحراف معیار میزان بازده قلبی سه گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون

| N | پس آزمون | | پیش آزمون | | گروه‌ها |
|----|----------|-------|-----------|-------|-------------|
| | SD | M | SD | M | |
| ۱۳ | ۷/۸۶ | ۴۴/۴۶ | ۹/۶ | ۴۱/۱۵ | درمان فردی |
| ۸ | ۶/۲۳ | ۴۴/۳۷ | ۸/۰۱ | ۴۲/۵ | درمان گروهی |
| ۲۰ | ۵/۳۸ | ۴۵ | ۶/۶ | ۴۴ | گروه کنترل |

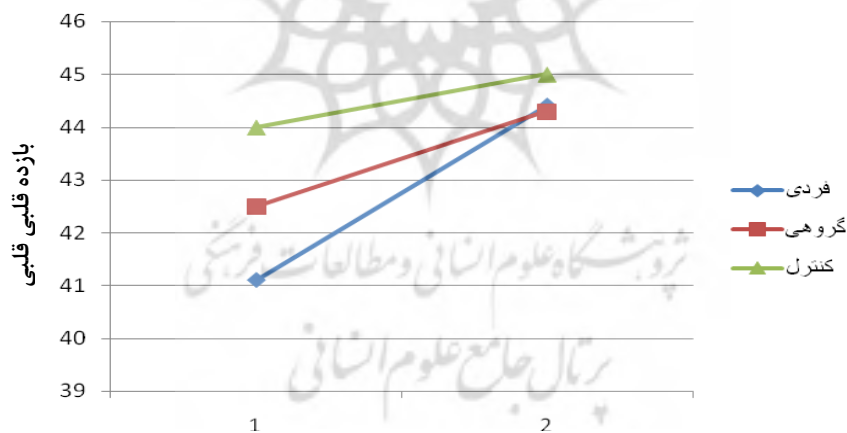
برای بررسی وجود تفاوت معنادار بین سه گروه در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر بازده قلبی از آزمون تکرار سنجش ترکیبی (۳×۲) استفاده شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که مفروضه‌های برابری واریانس و کوواریانس برقرار است. نتایج در جدول ۵ مشاهده می‌شود. در این تحلیل دو گروه آزمایش و گروه کنترل به عنوان عوامل بین گروهی و دو نمره بازده قلبی، قبل و بعد از اجرای برنامه درمانی به عنوان متغیر درون گروهی در نظر گرفته شد. همان گونه که ملاحظه می‌شود میانگین بازده قلبی گروه‌ها در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون بطور معنی‌داری افزایش یافته است. آزمون شفه نشان داد این تفاوت در هر سه گروه معنی‌دار بوده است، ولی از نظر افزایش میزان بازده قلبی تفاوتی بین سه گروه مشاهده نشد. بنابراین درمان شناختی-رفتاری، هم در شکل فردی و هم در شکل گروهی، تفاوت معناداری نسبت به مصرف داروها به تنهایی در گروه کنترل ایجاد نکرده است.

جدول ۵.

آزمون تکرار سنجش ترکیبی مربوط به بررسی میزان بازده قلبی در گروه‌های مختلف

| متغیرها | درجه آزادی | مجموع مجذورات | F | معناداری |
|-------------|------------|---------------|------|----------|
| زمان | ۱ | ۷۵/۸ | ۱۷/۳ | ۰/۰۰۱ |
| زمان × گروه | ۲ | ۱۰/۴ | ۲/۴ | ۰/۱۰۴ |
| خطا | ۳۸ | ۴/۳ | | |
| گروه‌ها | ۲ | ۲۳/۵ | ۰/۲۳ | ۰/۷۹۱ |
| خطا | ۳۸ | ۹۹/۶ | | |

نمودار ۲ تفاوت میانگین‌های سه گروه از نظر میزان بازده قلبی را نشان می‌دهد. همان گونه که مشاهده می‌شود میانگین میزان بازده قلبی در سه گروه در مرحله پس از آزمون افزایش یافته است و در این افزایش تفاوتی بین سه گروه وجود ندارد و بازده قلبی در هر سه گروه به یک میزان افزایش یافته است.



نمودار ۲. مقایسه تغییرات میانگین‌های بازده قلبی سه گروه قبل و پس از مداخله

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر تأثیر روان‌درمانی شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر کاهش میزان افسردگی و افزایش بازده قلبی در بیماری کرونر قلب را مقایسه کرده است. نتایج مربوط به

تأثیر روش‌های درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان افسردگی در گروه‌ها نشان داد تفاوت بین دو موقعیت پیش آزمون و پس آزمون معنادار است و افسردگی در دو گروه آزمایش که روان درمانی شناختی-رفتاری فردی و گروهی دریافت کرده‌اند نسبت به گروه کنترل به شکل معناداری کاهش یافته است. این نتیجه به این معنا است که هر دو شیوه اجرای درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی بر کاهش افسردگی در بیماران کرونر قلب تأثیر داشته‌اند. این نتیجه با نتایج بعضی از تحقیقات قبلی (بلومتال و شرود، ۲۰۰۵؛ دانکر، ۲۰۰۰؛ بانکر و همکاران، ۲۰۰۳) که استفاده از انواع مختلف روان درمانی در این بیماران را مثبت دانسته‌اند، همسو است. همان طور که قبلاً ذکر شد، محققان در بررسی افسردگی و اثرات آن در بیماری عروق کرونری، به عوامل مختلفی همچون افزایش فعالیت دستگاه سمپاتیک، افزایش کورتیزول در خون، بالا رفتن ضربان قلب و فشار خون، ضعف سیستم ایمنی و افزایش پلاک‌های خونی خطرناک در این بیماران اشاره کرده‌اند (دراس و همکاران، ۲۰۰۰؛ کارنی و همکاران، ۲۰۰۲؛ بنیاد ملی قلب استرالیا و جامعه قلب استرالیا و نیوزلند، ۲۰۰۰؛ شاینز، هونینگ، کریجینز، بائر و هامولاک^۱، ۲۰۰۳؛ آنیسمن و مرالی، ۲۰۰۲؛ بانکر همکاران، ۲۰۰۳؛ و گلدستون و همکاران، ۲۰۰۸). براساس نتایج این تحقیق، درمان شناختی-رفتاری چه در شکل فردی و چه در شکل گروهی می‌تواند در کاهش افسردگی مؤثر باشد. کاهش میزان افسردگی موجب می‌شود از یک طرف کیفیت زندگی بیمار ارتقاء یافته و از طرف دیگر میزان افکار منفی و نگرانی در مورد بیماری خود کاهش یابد که به نوبه خود نقش مهمی در بازگشت سریع‌تر بیمار به روش زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی می‌شود. این تغییرات احتمال شرکت در برنامه‌های درمانی و افزایش طول عمر بیمار را افزایش می‌دهد. هم چنین کاهش افسردگی در این بیماران باعث کاهش پلاک‌های خونی خطرناک، افزایش قدرت سیستم ایمنی و در نهایت کاهش مرگ و میر در بیماران قلبی می‌شود (بونو و همکاران، ۲۰۰۲؛ بانکر و همکاران، ۲۰۰۳؛ بیاضی و همکاران، ۱۳۹۱). از آنجا که با توجه به مطالعات ذکر شده، کاهش افسردگی در این بیماران اهمیت فراوان دارد، با استفاده از درمان‌های جایگزین مصرف دارو مانند روش‌های روان درمانی می‌توان به بیماران در کاهش افسردگی کمک نمود. کاهش افسردگی در بیماران عروق کرونری در این تحقیق را می‌توان به اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری که در دو شکل فردی و گروهی

اجراء شد، نسبت داد.

نتایج مربوط به تأثیر روش‌های درمان شناختی-رفتاری بر افزایش میزان بازده قلبی در بیماران نشان داد میانگین بازده قلبی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون بطور معناداری افزایش یافته است و این تفاوت در هر سه گروه معنا دار بود، ولی از نظر افزایش میزان بازده قلبی تفاوتی بین سه گروه مشاهده نشد. بنابراین، درمان شناختی-رفتاری چه در شکل فردی و چه در شکل گروهی تفاوت معناداری نسبت به مصرف داروها به تنهایی در گروه کنترل ایجاد نکرده است. این نتیجه با نتایج تحقیقات در مورد تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی و در نتیجه افزایش بازده قلبی، متناقض است. همان‌طور که در قبل اشاره شد در تحقیقات پیشین کاهش افسردگی موجب کاهش مرگ و میر بیماران عروق کرونری در اثر بیماری قلبی، کاهش خطر سکنه در آینده، کاهش علایم بیماری و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران می‌باشد (بلومنتال و همکاران، ۲۰۰۵؛ سبرکتس و همکاران، ۲۰۰۵). بازده قلبی یکی از شاخص‌های مهم بیماری قلبی است که توسط پزشک و بوسیله اکو بررسی می‌شود و در واقع شاخصی کمی از شدت بیماری کرونری است. افزایش عملکرد قلبی نشان دهنده بهبود بیشتر بیماری است. بنابراین، کاهش افسردگی در بیماری کرونر قلب و تأثیر آن در بهبودی قلبی را می‌توان با تغییر در بازده قلبی و افزایش آن ارزیابی کرد. با توجه به نتایج، افزایش بازده قلبی در هر سه گروه دیده می‌شود که مشخص نیست در اثر تأثیر داروهای قلبی بوده است یا عوامل دیگری در آن دخالت داشته است. البته به نظر پژوهنده ممکن است تأثیر درمان شناختی-رفتاری در بازده قلبی در زمان طولانی‌تر و در پیگیری‌های بعدی مشخص شود. این احتمال وجود دارد که ارتقای کیفیت زندگی و مداخله فعال‌تر بیمار در برنامه‌های درمانی و کنترل عوامل تشدیدکننده بیماری بر اثر کاهش میزان افسردگی و افزایش امید به درمان بتواند در دراز مدت میزان بازده قلبی را افزایش دهد.

هم‌چنین، نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری فردی و گروهی در کاهش میزان افسردگی بیماران مؤثر بوده است، اما بین دو روش فردی و گروهی در تاثیرگذاری بر میزان افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. در برخی تحقیقات قبلی هم بین دو روش از نظر تأثیرگذاری تفاوتی دیده نشده است (بلومنتال و همکاران، ۲۰۰۵). شاید این عامل که در هر دو گروه، یک فرد برنامه درمانی را اجرا کرده است باعث شده است تا دو برنامه خیلی شبیه به هم

اجرا شوند. به نظر می‌رسد دلیل دیگر می‌تواند تشابه دو برنامه درمانی در دو گروه باشد که موجب تأثیرگذاری یکسان شده است. اگر بین دو شکل اجرای گروهی و فردی آزمون از نظر اثربخشی تفاوتی مشاهده نشود اجرای گروهی درمان رفتاری-شناختی مقرون به صرفه است، چون هم افراد بیشتری در مدت زمان کوتاه‌تری تحت درمان روانشناختی قرار می‌گیرند و هم از نظر صرف هزینه‌ها به سود بیمار است.

در سال‌های اخیر برخی متخصصان قلب سعی کرده‌اند با استفاده از داروهای ضد افسردگی اثرات این اختلال را کاهش دهند، اما با توجه به اثرات جانبی این داروها و تداخل آن‌ها با داروهای قلب، لزوم استفاده از روش‌های غیر دارویی احساس می‌شود. به تازگی محققان سعی در استفاده از روش‌های روان درمانی در کنار درمان معمول این بیماران نموده‌اند. در ایران در مورد روان درمانی این نوع بیماران اقدامی صورت نگرفته است و به علت آشنا نبودن متخصصان پزشکی از چگونگی اجرای روش‌های روان درمانی، علی‌رغم اطلاع از مزایای آن، در مراکز قلبی از آنها استفاده نمی‌شود. هم‌چنین، امروزه مدت بستری شدن بیماران در بیمارستان کوتاه مدت شده و تقاضا برای مداخلات کم هزینه افزایش یافته است. از طرف دیگر محققان درصدد یافتن روش‌های درمانی غیر دارویی در جهت بهبود عوامل خطر ساز که پیشرفت درمان را به تاخیر می‌اندازد، می‌باشند. روش‌های درمانی روان شناختی به منظور کاهش این عوامل در مراکز درمانی هم‌زمان با درمان معمول بیماری می‌تواند به بهبودی سریع‌تر این بیماران کمک کند. با توجه به مطالب فوق، نتایج این پژوهش می‌تواند در کمک به متخصصان بهداشت و سلامت بیماران در ایران به کار رود و از اثرات مخرب این بیماری در جامعه بکاهد و شروعی برای استفاده از مداخله‌های روان شناختی به عنوان روشی بدون عوارض منفی دارویی در سایر بیماری‌های روان تنی باشد.

با توجه به مطالب فوق بنظر می‌رسد مسئله بازتوانی این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هدف از بازتوانی بیمار توسعه و اصلاح کیفیت زندگی و برگرداندن هر چه سریع‌تر بیمار به روش زندگی طبیعی و نزدیک به طبیعی است. اکثر این بیماران دچار افکار منفی و نگرانی در مورد بیماری خود هستند و این عوامل بهداشت آنان را به خطر می‌اندازد. مداخله شناختی در مورد افکار منفی مرتبط با افسردگی از جمله اقدامات مهم در جهت بهبود بیماری به شمار می‌رود. یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که از روش درمانی شناختی

به صورت فردی و گروهی می‌توان در مراکز درمانی استفاده کرد و بدین وسیله از عوارض ناشی از بیماری افسردگی در این بیماران و هم چنین از مصرف داروهای ضد افسردگی و عوارض آن‌ها پیشگیری نمود. با توجه به افزایش روزافزون بیماری و تحمیل هزینه‌های سنگین به بیماران و با توجه به اینکه اجرای فردی و گروهی درمان شناختی-رفتاری نتایج یکسان در بر دارد استفاده از روش درمان گروهی مقرون به صرفه است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم امکان پیگیری درمان و مشکلات بیماران در ارتباط با شرکت در جلسات درمان اشاره کرد. توصیه می‌شود در تحقیقات آتی مرحله پیگیری نیز اضافه شود تا اثرات دراز مدت روش‌های روان‌درمانی بر بازده قلبی مشخص گردد، درمان شناختی-رفتاری با روش‌های درمانی دیگر مانند درمان حمایتی مقایسه شوند و هم چنین بیمارانی که صرفاً داروهای ضد افسردگی مصرف می‌کنند با بیمارانی که صرفاً روان‌درمانی دریافت می‌کنند، مقایسه شوند.

منابع

- بحرینیان، عبدالحمید و داوودی، محبوبه (۱۳۸۷). مقایسه تأثیر روش‌های درمان رفتاری و شناختی-رفتاری. پژوهش در پزشکی، ۳۲ (۴): ۲۸۹-۲۹۶.
- بیاضی، محمدحسین، احدی، حسن، فتی، لادن، دانش ثانی، هاشم (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن: یک آزمایش کنترل شده تصادفی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۴ (۱): ۱۱-۲۱.
- بیگدلی، ایمان الله و رحیمیان بوگر، اسحاق (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و قراردادی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زناشویی در بیماران کرونری قلبی. فصلنامه روان‌شناسی بالینی، ۲ (۴): ۹۹-۲۷.
- توسلی، علی اکبر و خرم، زیبا (۱۳۷۹). عملکرد بطن چپ بیماران با انفارکتوس قلبی به همراه عارضه تاکی آریتمی فوق بطنی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۱۸ (۵۹): ۱۹-۲۶.

- رحیمی، چنگیز (۱۳۹۳). کاربرد پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در دانشجویان ایرانی. روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۰: ۱۷۳-۱۸۸.
- محمد خانی، پروانه و دابسون، کیت استفان (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگسالان مبتلا به افسردگی اساسی، ویژه‌نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۲۹: ۸۰-۸۶.
- هاوتون، کرک و سالکوویس کیس، کلارک (۱۳۸۲). رفتار درمانی شناختی. ترجمه حبیب اله قاسم‌زاده. تهران، انتشارات ارجمند.

- American Heart Association. (2006). *International Cardiovascular Disease Statistics*. Dallas: American Heart Association.
- Anisman, H., & Merali, Z. (2002). Cytokines stress and depressive illness. *Behavior and Immunity*, 16, 513-524.
- Ariyo, A. A., Haan, M., Tangen, C. M., & et al. (2000). The Cardiovascular Heart Study Collaborative Research Group: Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. *Circulation*, 102, 1773-1779.
- Barth, J., Schumacher, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66, 802-813.
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(9), CD008012. doi: 10.1002/14651858.CD008012.pub3.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berkman, L. F., Blumenthal J., Burg, M., Carney, R. M., Cathellier, D., Cowan, M. J., & et al. (2003). Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Events after Myocardial Infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patient (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA*, 289(23), 3106-3116.
- Blumental, J. A., & Sherwood, A. (2005). Effect of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease. A randomised controlled trial. *JAMA*, 293 (13), 1626-1634.
- Bonow, R. O., Samaha L. A., Smith J. S. C., Mensah, G. A., & Lenfant, C. (2002). The international burden of cardiovascular disease: Responding to the emerging global epidemic. *Circulation*, 106, 1602-1605.
- Bunker, S. T., Tonkin, A. M., Colquon, D. M., Esler, M. D., Hickie, I. B., Hunt, D., Jelinek, M. V., Oldenburg, B. F., Peach, H. G., Ruth, D., &

- Tennant, C. C. (2003). Stress and coronary heart disease: Psychological risk factors. National Heart Association of Australia Position Statement Update. *Medical Journal of Australia*, 178(6), 272-276.
- Burell, G. (1996). Group psychotherapy in Project New Life: Treatment of coronary prone behaviors for patients who had coronary artery bypass graft surgery. In R. Allen and S. Scheidt (Eds), *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (291-310). Washington, DC: American Psychological Association.
- Burg, M. M., Benetto, M. C., & Soufer, R. L. (2003). Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65(1), 111-8.
- Carney, R. M, Freedland, K. E., Miller, G. E., & Jaffe, A. S. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res*, 53, 897-902.
- Donker, F. J. S. (2000.) Cardiac Rehabilitation: A review of current development. *Clinical Psychology Review*, 20(7), 923-943 .
- Doraiswamy, P. M., Macfall, J., Krishnan, K. R. O, Connor, C., Wan, X., & Benaur, M. (1999). Magnetic resonance assessment of cerebral perfusion in depressed cardiac patient: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1641-1643.
- Druss, B. G., Bradford, D. W., Rosenheck, R. A., Radrofer, M. J., & Krumholz, H. M. (2000). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction, *JAMA*, 283(4), 506-511. doi:10.1001/jama.283.4.506.
- Dusseldorp, E., Van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J., Kraaij, V. (1999). A Mwta-Analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychology*, 18(5), 506-519.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory Second Edition: BDI-II-Persian. *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Goldston, K., & Bailie, A. (2008). Depression and coronary heart disease: A review of the epidemiological evidence explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychology Review*, 2, 288-306.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., & Svardsudd, K. (2011). Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Reatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients with Coronary Heart Disease. *Arch Intern Med*. 171(2), 134-140.
- Halford, J., & Brown, T. (2009). Cognitive-Behavioural Therapy as an adjunctive treatment in chronic physical illness. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 306-317, doi: 10.1192/apt.bp.107.003731.

- Khayam, M., Nekouei, Z., Yousefy, A., & Manshaee, G. (2012). Cognitive-behavioral therapy and quality of life: An experience among cardiac patients. *Journal of Education and Health Promotion, 1*, 1-4 .
- Laghrissi-Thode, F., Wagner, W. R., Pollock, B. G., Johnson, P. C., & Finkel, M. S. (1997). Elevated platelet factor 4 and β -thromboglobulin plasma levels in depressed patients with ischemic heart disease. *Biological Psychiatry, 42*, 290-295.
- Lesperance, F., Frasure, N., Talajic, M., & Bourassa, M. G. (2002). Five year risk of cardiac mortality in relation to severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation, 105*, 1049-1053. doi: 10.1161/ hc0902.104707.
- Linden, W., Phillips, M. J., & Lecrec, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: A meta-analysis. *Eur Heart J (2007) 28 (24)*, 2972-2984. doi: 10.1093/ eurheartj/ehm504.
- National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand. (2000). Management of unstable angina guidelines. *Medical Journal of Australia, 173*, 65-88.
- Rees, K., Bennett, P., West, R., Davey Smith, G., & Ebrahim S. (2004). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD002902. DOI: 10.1002/14651858.CD002902.pub2.
- Rudish, B., & Nemeroff, C. B. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry, 54*, 227-40.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease: A review and meta- analysis. *American Journal of Preventive Medicine, 23*, 51-61.
- Ruo, B., Rumsfeld, J. S., Haltky, M. A., Liu, H., Browner, W. S., & Whooley, M. A. (2003). Depressive symptoms and health-related quality of life: the heart and soul study. *JAMA, 290*, 215-221.
- Schins, A., Honig, A., Crijins, J., Baur, L., & Hamulak, K. (2003). Increased coronary events in depressed cardiovascular patients: 5-HT_{2A} receptor as missing link? *Psychosomatic Medicine, 65(5)*, 729-737.
- Sebregts, E. W. J., Falger, P. R. J., Appels, A., Kester, A., & Baer, F. W. H. M. (2005). Psychological effects of a short behavior modification program in patients with acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting. A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 58(5)*, 417-424 .
- Tully, P. J., Baker, R. A., & Knight, J. L. (2008). Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *Journal of Psychosomatic Research, 64(3)*, 285-290.
- Weinger, K., Beverly, E. A., Lee, Y., & et al. (2012). Can a Cognitive Therapy Group Intervention Improve Glycemia in Patients with Poorly Controlled Diabetes? *JCOM, 19(2)*, 56-59.

Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, P., Ebrahim, S., Liu, Z., West, R., Moxham, T., Thompson, D. R., & Taylor, R. S. (2011). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD002902. DOI: 10.1002/14651858.CD002902.pub3.

Wulsin, L. R. (2004). Is depression a risk factor for coronary heart disease? A systematic review of the epidemiologic evidence. *Harv Rev Psychiatry*, 12, 79-93.

