



بررسی نگرشهای ناسالم، افسردگی و شدت بیماری کرونر قلب در بیماران بستری در CCU

دکتر رخساره یزدان دوست^{*}، دکتر هادی رضوان طلب^{**}، دکتر امیر حسین پیروی^{***}

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی نقش سازه‌های روانشناختی به ویژه نگرشهای ناسالم با پیامد افسردگی در بروز و تشدید بیماری کرونر قلب انجام شده است. **روش:** در این پژوهش ۳۰ نفر (۲۸ مرد و ۲ زن) بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد و ۳۰ نفر (۲۸ مرد و ۲ زن) از افراد غیر بیمار پس از هم‌تاسازی، از نظر افسردگی و نگرشهای ناسالم به کمک آزمون افسردگی بک، مقیاس نگرشهای ناسالم و پرسشنامه اطلاعات شخصی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. افزون بر آن، شدت انفارکتوس میوکارد در ارتباط با افسردگی و نگرشهای ناسالم در گروه بیمار نیز بررسی شد. داده‌های پژوهش به کمک آزمون t و ضریب همبستگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** این بررسی نشان داد که بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد فراوانی افسردگی بیشتری نسبت به گروه غیر بیمار دارند و میانگین شدت افسردگی آنان نسبت به گروه غیر بیمار معنی دار است. همچنین میانگین نمرات نگرشهای ناسالم گروه بیمار نیز در مقایسه با گروه غیر بیمار تفاوت معنی دار نشان داده است. اگر چه در هر دو گروه همبستگی مثبت میان افسردگی و نگرشهای ناسالم وجود دارد، اما این همبستگی در گروه بیمار به مراتب قویتر از گروه غیر بیمار است.

Andeeshah
Va
Rattar
اندیشه‌ورفتار
۳۸

کلید واژه: نگرشهای ناسالم، افسردگی، بیماری کرونر قلب، CCU

از ۱۰۰۰۰ سال پیش از میلاد مسیح مورد توجه و تأکید

مقدمه

ارتباط میان تن و روان از زمانهای دور و به بیان دیگر بوده است (کاپلان^(۱)، سادوک^(۲) و گرب^(۳)، ۱۹۹۴). اما

* فوق دکترای روانشناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، خیابان جمالزاده جنوبی، مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی.

** فوق تخصص قلب و عروق، تهران، خیابان زرتشت غربی، بیمارستان مهر.

*** پزشک عمومی

آنچه امروزه در پزشکی رفتاری^(۱) دارای اهمیت است دیدگاهی کلی نگر بنام زیستی- روانی- اجتماعی^(۲) است که در این مثلث، انسان نه تنها از سه دیدگاه زیستی، روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد، بلکه ارتباط تنگاتنگ این دیدگاهها با یکدیگر نیز دارای اهمیت ویژه است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). جامعه‌ی زیست پزشکی^(۳) بصورت فزاینده‌ای اهمیت عوامل روانشناختی را در تاریخچه‌ی اختلالها، پیشگیری از ناتوانی در بیماریها و پیشرفت سیر درمان دریافته است. بیماریهای قلبی به ویژه بیماری کرونر قلب^(۴) در گروه اختلالهایی قرار دارند که جنبه‌های روانشناختی در پیدایش و تکوین آن نقش اساسی ایفا می‌کنند. اختلال کرونر قلب نخستین علت مرگ و میر در بسیاری از کشورهاست (سو^(۵)، سو و سو، ۱۹۹۰؛ تیلور^(۶)، ۱۹۹۱). ۵۰ میلیون نفر در جهان سالیانه از بین می‌روند که از این تعداد نزدیک به ۱۲ میلیون نفر بر اثر بیماریهای قلبی و عروقی می‌میرند (مرندی، ۱۳۷۶). در آمریکا ۵۰-۴۰ درصد کل مرگها به این بیماری نسبت داده می‌شود (انجمن قلب آمریکا، ۱۹۸۸). به علت شیوع و گسترش تدریجی این اختلال که تقریباً گریبانگیر جواترها نیز شده است، یافتن دلایل و راههای پیشگیری از اختلالهای قلبی پیوسته یکی از اولویت‌های بهداشتی بوده است. ابهام در مورد علت مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای قلبی زمانی افزایش می‌یابد که تقریباً ۱۰٪ افرادی که از پا در می‌آیند، قلب و رگهای سالمی دارند (سو، سو و سو، ۱۹۹۰). این اختلال در مردان به مراتب شایعتر از زنان است (تیلور، ۱۹۹۱؛ کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵)، بیشتر گروههای فعال جامعه، را گرفتار می‌کند و بسیار پر هزینه است. در ایران هر ساله ۱۵ میلیارد ریال یارانه صرف درمان بیماران قلبی و عروقی می‌شود. همچنین سالیانه ۵۰ میلیون دلار ارز برای خرید تجهیزات پزشکی این قبیل بیماران هزینه می‌شود (مرندی، ۱۳۷۶). با وجود بررسیهای بسیار بر روی عوامل خطر در بروز این بیماریها، عوامل خطر ساز

شناسایی شده در کمتر از نصف موارد بیماری ملاحظه شده و تنها نیمی از علت اختلال و مرگ و میر بیماران را توجیه می‌کند (بران والد^(۷)، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۱۹۹۱؛ سو، سو و سو، ۱۹۹۰). در ایران تنها یک گزارش، میزان مرگ و میر ناشی از بیماریهای کرونر قلب در فواصل سالهای ۱۳۶۴ الی ۱۳۶۷ را ۳۵٪ کل مرگ و میرها گزارش کرده است. این رقم در سال ۱۳۶۸ نزدیک به ۴۰٪ برآورد شده است (متکلم، ۱۳۶۹).

افسردگی نیز شایعترین مشکل روانشناختی بیماران مبتلا به کرونر قلب است (کارنی^(۸)، ریچ^(۹)، جیف^(۱۰)، ۱۹۹۵) که می‌تواند بطور مستقیم و غیر مستقیم بر روی عوامل خطر ساز تأثیر بگذارد (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵) بررسی‌ها نشان داده‌اند که نشانه‌های افسردگی پیش از شروع بیماری کرونر قلب وجود دارد و بر سیر بیماری پس از پیدایش آن تأثیر می‌گذارد (اپلز^(۱۱)، ۱۹۹۷). آن دسته از افرادی که مبتلا به انفارکتوس میوکارد^(۱۲) شده و نشانه‌های بارز افسردگی نیز داشته‌اند، مرگ و میر آنها در ۶ ماه آینده بیشتر بوده است. بررسی افرادی که انفارکتوس داشته‌اند نشان می‌دهد که حدود ۱۵٪ آنان دچار افسردگی اساسی^(۱۳) شده و این دسته از بیماران ۵ برابر بیشتر از بیماران بدون افسردگی در معرض مرگ و میر ۶ ماهه قرار دارند (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵). بنابراین بنظر می‌رسد که افسردگی نقش مهمی در سیر بیماری کرونر قلب داشته باشد، در حالی که ارتباط میان شخصیت نوع A^(۱۴) و استعداد ابتلا به انفارکتوس، متناقض است و بنظر می‌رسد که تنها برخی از افراد با شخصیت نوع A مبتلا به انفارکتوس و بیماریهای کرونر قلب می‌شوند. در نتیجه

1-behavioral medicine	2-bio-psycho-social
3-bio-medical	4-coronary heart disease
5-Sue	6-Taylor
7-Braunwald	8-Carney
9-Rich	10-Jaffe
11-Appels	12-myocardial infarction
13-major depression	14-type A personality

انفارکتوس میوکارد بستری در CCU را مورد بررسی قرار دهد. همچنین در مقایسه با گروه غیر بیمار شدت افسردگی و نگرشهای ناسالم آنها را ارزیابی کند. در صورت تأیید موضوع یاد شده شناخت درمانی که تأکید بر نگرشهای ناسالم دارد در درمان بیماران کرونر قلب مبتلا به افسردگی بستری در CCU اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. در این صورت می‌توان افسردگی را درمان نموده و آمار مرگ و میر پس از انفارکتوس را کاهش داد.

روش

این پژوهش از نوع پژوهشهای پس رویدادی^(۶) است که بصورت مقطعی - مقایسه‌ای^(۷) انجام گرفته است. آزمودنیهای پژوهش را ۳۰ نفر بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد بستری در CCU بیمارستان مهر و ۳۰ نفر از افراد غیر بیمار تشکیل داده‌اند که بر اساس متغیرهای جنس، سن، تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه بیمار هم‌تاسازی شده بودند. در این پژوهش ارتباط میان نگرشهای ناسالم، افسردگی و شدت بیماری کرونر قلب در گروهها بررسی و مقایسه گردیده است.

گروه بیمار شامل ۲۸ بیمار مرد و ۲ بیمار زن بود که پس از بررسی‌های لازم با تشخیص انفارکتوس میوکارد و تعیین شدت بیماری بر روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت^(۸) بر اساس پیش آگهی انفارکتوس میوکارد توسط متخصصان قلب و عروق با در نظر گرفتن گستره مشکل، نشانه‌های بالینی و سابقه‌ی پیشین بیماری، مورد ارزیابی روانشناختی قرار گرفتند. همه‌ی آنها متأهل بوده و در دامنه‌ی سنی ۷۶-۲۵ سال قرار داشتند (با میانگین سنی ۵۱/۹ سال). میزان تحصیلات آنان از بی سواد تا دکتری تخصصی (با میانگین ۹/۴ کلاس) متغییر بود. باید هیچ

شاید عوامل روانشناختی دیگری همچون نگرشهای ناسالم^(۱) در ارتباط با افسردگی در این بیماران نقش داشته باشد.

در دهه‌های اخیر نظریه‌های شناختی در عین اهمیت قایل شدن به جنبه‌های رفتاری و آگاهانه‌ی افسردگی و قبول نقش یادگیری به عنوان عامل تعیین کننده‌ی اصلی در ایجاد نشانه‌های گوناگون رفتار افسرده، اولویت را به برداشتها، باورها و نگرشها و محتویات ذهنی فرد می‌دهند و به بیان ساده‌تر، واکنشهای بدنی - رفتاری نشان دهنده افسردگی را پیامد افکار افسرده می‌دانند. از میان الگوهای شناختی افسردگی نظریه‌ی شناختی بک^(۲)، بیش از سایر نظریه‌ها مورد توجه قرار گرفته است. به نظر بک جنبه‌های شناختی مانند برداشت منفی فرد از محیط خارج، کم بها دادن به خود و نومییدی نسبت به آینده، بیش از آنکه نتیجه احساس افسردگی باشد، به چنین عواطفی دامن می‌زند. بک بر این باور است که فرد افسرده هدف‌های بالا و دشواری را انتخاب کرده و خود را بخاطر نرسیدن به این هدفهای غیر واقع بینانه سرزنش می‌کند. به تدریج نوعی احساس ناتوانی و بیچارگی به فرد دست می‌دهد که نومییدی و احساس شکست کامل او را به دنبال دارد. وی باور دارد که ویژگی اساسی افسردگی نوعی تغییر در سازمان فکری و شناختی بیمار است و بر اثر تسلط پاره‌ای از الگوهای شناختی، بیمار، خود، دنیا و آینده را به نحوی منفی تلقی می‌کند و به این ترتیب ارتباطی میان نگرشهای ناسالم و افسردگی فراهم می‌شود (بک، ۱۹۶۷، ۱۹۷۲، ۱۹۷۶؛ بک، راش^(۳)، شاو^(۴) و امری^(۵)، ۱۹۷۹؛ یزدان دوست، ۱۹۸۸).

با توجه به بروز و شیوع روزافزون انفارکتوس میوکارد و همراهی افسردگی با آن ضرورت پژوهش حاضر احساس گردید. به ویژه نگرشهای ناسالم که می‌توانند نقش کلیدی در پیدایش و سیر افسردگی و به دنبال آن بروز انفارکتوس میوکارد و عود دوباره آن داشته باشند. از این رو پژوهش حاضر کوشش دارد که: ارتباط میان افسردگی، نگرشهای ناسالم و شدت بیماری در بیماران مبتلا به

1-dysfunctional attitudes 2-Beck
3-Rush 4>Show
5-Emery 6-ex-post facto
7-comparative cross-sectional
8-Likert

یک از بیماران سابقه‌ی مراجعه به روانپزشک یا روانشناس بالینی را نمی‌داشتند.

گروه غیر بیمار نیز شامل ۲۸ مرد و ۲ زن بود که سابقه‌ی هیچ گونه ناراحتی قلبی و مراجعه به روانپزشک یا روانشناس بالینی را نداشتند. ۲۹ نفر از آنها متأهل بوده و در دامنه‌ی سنی ۶۱-۲۵ سال (با میانگین ۴۸/۲ سال) قرار داشتند، سطح تحصیلات آنها از بی سواد تا لیسانس (با میانگین ۱۳/۱۰ کلاس) در تغییر بوده است.

همه بیماران کرونر قلب در روزهای سوم تا پنجم بستری در CCU، به کمک آزمون افسردگی بک^(۱)، مقیاس نگرشهای ناسالم^(۲) و پرسشنامه‌ی اطلاعات شخصی مورد بررسی قرار گرفتند. اگر چه تمامی بیماران از بیماری خود آگاهی کامل داشتند ولی از تشخیص دقیق متخصص قلب خود بی‌اطلاع بوده و آزمونگر نیز از دادن اطلاعات بیشتر در این زمینه به بیماران خودداری کرده است. در تمامی موارد نخستین شرط برای انجام مصاحبه‌ی بالینی و اجرای آزمونها، مناسب بودن حال بیمار برای انجام این کار و آمادگی وی بود. ابتدا پرسشنامه‌ی اطلاعات شخصی که در برگیرنده‌ی اطلاعات فردی و بالینی بیمار بوده و دارای ۱۲ پرسش بود توسط آزمونگر تکمیل می‌گردید. سپس آزمون افسردگی بک (BDI) توسط بیمار تکمیل می‌شد. این آزمون دارای ۲۱ گروه پرسش و هرگروه شدت یکی از نشانه‌های افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. BDI را بک، وارد^(۳)، مندلسون^(۴)، موک^(۵) و ارباگ^(۶) (۱۹۶۱) ساخته‌اند. نشانه‌های این آزمون در سه گروه ۷ ماده‌ای: نشانه‌های احساسی و عاطفی^(۷)، نشانه‌های انگیزشی و شناختی^(۸) و نشانه‌های جسمانی و نباتی^(۹) از یکدیگر جدا می‌شوند. پایایی و اعتبار این آزمون در بررسیهای چندی رضایت بخش گزارش شده است. این آزمون همبستگی زیادی با دیگر آزمونهای "خودگزارشی"^(۱۰) دارد. بطور کلی BDI یک ابزار کوتاه و آسان برای اندازه‌گیری افسردگی در پژوهشهای بالینی است (بلاک^(۱۱) و هرسن^(۱۲)، ۱۹۸۸). در ایران پایایی

BDI بر روی ۳۷۵ نفر از افراد عادی جامعه^(۱۳) با روش بازآزمایی^(۱۴) چهار ماهه ۴۹/۰ گزارش شده است (یزدان دوست، همان جا). در این پژوهش آخرین نسخه BDI که توسط بک (۱۹۷۸) بازنگری شده و توسط یزدان دوست (همان جا) با نقطه برش ۱۰ ترجمه و انطباق شده به کار رفته است.

پس از تکمیل BDI و چند دقیقه استراحت، بیماران مقیاس نگرشهای ناسالم^(۱۵) را تکمیل می‌نمودند. این مقیاس شامل ۴۰ عبارت برای تعیین باورها و نگرشهای زمینه ساز افسردگی است که توسط بک و ویس من^(۱۶) (۱۹۷۸) ساخته شده است. در نظریه‌ی شناختی افسردگی بک فرض بر این است که وابستگی زیاد افراد به یک باور معین سبب بالا رفتن احتمال خطر افسردگی در رویارویی با فشارهای زندگی می‌شود (هولون^(۱۷) و کندال^(۱۸)، ۱۹۸۰). بطور کلی DAS توانایی خوبی در تمایز گذاری میان افراد افسرده از آزمودنیهای بهنجار دارد (غرایبی، ۱۳۷۲). بررسیها نشان داده‌اند که نمرات بالای DAS در افراد بهنجار می‌تواند نشانه تاریخچه‌ی پیشین افسردگی و یا در خطر بودن برای دوره‌های جانشینی باشد (بلاک و هرسن، ۱۹۸۸). در یک پژوهش با استفاده از روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری پایایی برابر ۰/۷۲ برای مقیاس نگرشهای ناسالم در ایران بدست آمد (غرایبی، ۱۳۷۲). در این پژوهش نسخه ترجمه شده DAS که توسط یزدان دوست (۱۳۷۷) بازنگری شده، به کار رفته است.

1-Beck Depression Inventory

2- Dysfunctional Attitudes Scale

3-Ward

4-Mendelson

5-Mock

6-Erbaugh

7-affective & emotional

8-cognitive & motivational

9-vegetative & physical

10-self-report

11-Bellack

12-Hersen

13-general population

14-test-retest

15-Dysfunctional Attitudes Scale (DAS)

16-Weissman

17-Hollon

18-Kendall

یافته ها

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که ۳۰٪ از افراد مبتلا به انفارکتوس میوکارد دارای نشانه‌های افسردگی بوده و تنها ۱۰٪ از افراد غیر بیمار چنین نشانه‌هایی را داشته‌اند.

همبستگی میان شدت افسردگی ($M=9/2$) و شدت نگرشهای ناسالم ($M=130/3$) در بیمارانی که به دلیل انفارکتوس میوکارد در CCU بستری بوده‌اند ($F=0/51$) مثبت و از نظر آماری معنی دار است.

همبستگی میان شدت افسردگی ($M=5/73$) و شدت نگرشهای ناسالم ($M=114/5$) در افراد غیر بیمار ($F=0/33$) اگر چه مثبت بوده ولی از نظر آماری معنی دار نیست.

همبستگی میان شدت افسردگی ($M=9/2$) و شدت انفارکتوس میوکارد ($M=3/53$) در بیمارانی که در CCU بستری بوده‌اند مثبت و از نظر آماری معنی دار نیست.

همبستگی میان شدت نگرشهای ناسالم ($M=130/3$) و شدت انفارکتوس میوکارد ($M=3/53$) در گروه بیمار نیز اگر چه مثبت بود اما از نظر آماری معنی دار نبود.

جدول ۱ نشان دهنده تفاوت میان میانگین شدت نگرشهای ناسالم بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در مقایسه با افراد غیر بیمار است. بیماران با میانگین $130/4$ به مراتب دارای نگرشهای ناسالم بیشتری در مقایسه با گروه غیر بیمار با میانگین $114/5$ هستند که آسیب پذیری آنان را در برابر افسردگی نشان می‌دهد. این تفاوت نیز از نظر آماری معنی دار می‌باشد ($p<0/01, t=3/003$).

میانگین شدت افسردگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد بیش از میانگین افراد غیر بیمار (جدول ۲) و تفاوت میان آنها از نظر آماری معنی دار است ($p<0/05, t=2/04$).

جدول ۱- تفاوت میان میانگین شدت نگرشهای ناسالم در

گروه بیمار ($n=30$) و غیر بیمار ($n=30$)

گروه	M	SD	t	df	p
بیمار	۱۳۰/۴	۲۲/۰۸			
غیربیمار	۱۱۴/۵	۱۸/۶			
			۳/۰۰۳	۵۸	$p<0/01$

جدول ۲- تفاوت بین میانگین شدت افسردگی در دو گروه

بیمار ($n=30$) و غیر بیمار ($n=30$)

گروه	M	SD	t	df	p
بیمار	۹/۲	۷/۴			
غیربیمار	۵/۷۳	۵/۶۵			
			۲/۰۴	۵۸	$p<0/05$

بحث

این پژوهش افسردگی را در ۳۰٪ از بیماران مورد بررسی نشان داد. این یافته با یافته پژوهشی (آهتو^(۱))، ایزوآهو^(۲)، پولیجوجکی^(۳)، لپیالا^(۴)، رومو^(۵) و کیوه لی^(۶)، (۱۹۹۷) مطابقت دارد. در حالی که تنها در ۱۰٪ از گروه غیر بیمار افسردگی دیده شد. همچنین شدت افسردگی در گروه بیمار در مقایسه با گروه غیر بیمار تفاوت معنی داری را نشان داد ($p<0/05$). این یافته نیز با برخی بررسیهای پیشین از جمله شکل^(۷)، ورنون^(۸) و اوستفلد^(۹) (۱۹۹۱) مطابقت دارد. در طول دوره نقاهت پس از انفارکتوس میوکارد در روزهای سوم تا پنجم پس از انفارکتوس یا پس از آنکه بیمار، بیمارستان را ترک کرد ممکن است افسردگی بروز کند. گروهی افسردگی دوران نقاهت را همانند واکنش سوگ^(۱۰) پس از مرگ دانسته‌اند که در آن احساس از دست دادن توانمندیهای بالقوه یا توانایی‌های بدنی دیده می‌شود

1-Ahto	2-Isoaho
3-Pulijoki	4-Laippala
5-Romo	6-Kivelae
7-Shekelle	8-Vernon
9-Ostfeld	10-grief

(هرست^(۱)، شلانت^(۲) و همکاران، ۱۹۹۰).

این بررسی نشان داد که بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد تفاوت چشمگیری با افراد غیر بیمار در زمینه ی نگرشهای ناسالم دارند ($P < 0/01$) و با توجه به همبستگی قوی میان DAS و BDI ($r = 0/51$) در گروه بیمار، شاید بتوان افسردگی آنان را ناشی از مشکلات شناختی ایشان دانست.

شدت بیماری انفارکتوس میوکارد با افسردگی و نگرشهای ناسالم اگر چه همبستگی مثبت دارد اما این همبستگی از نظر آماری معنی دار نیست. هیچ یک از بیماران از پیش آگهی بیماری خود آگاهی نداشتند و ممکن است همین ناآگاهی، علت کاهش کمی همبستگی میان افسردگی و نگرشهای ناسالم با شدت بیماری باشد. انکار بیماری برای رویارویی با ترس و به همین دلیل نپذیرفتن درمان نیز در گروهی از آزمودنیهای پژوهش دیده شده است که با یافته‌های بررسیهای پیشین (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۵) مطابقت دارد.

از آنجا که افسردگی با نگرشهای ناسالم در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد از روز سوم بستری در CCU ارتباط دارد، روان درمانی می‌تواند انتخاب سودمندی باشد. روان درمانی مناسب می‌تواند در راستای درمان افسردگی و بهبودی هرچه سریعتر بیماری کرونر قلب آنان باشد. مهمترین پرسشی که ممکن است برای بیمار مبتلا به حمله قلبی در این مرحله مطرح گردد این است "چرا حالا؟" عواملی که با واقعه همراهی داشته‌اند باید درک شوند زیرا درمان را با سرعت به بهبودی، بازگشت بیمار به زندگی عادی و مفید، پیشگیری از عود پیوند می‌دهد. در واقع این دوره مرحله‌ی اصلاح نگرشها و سبک زندگی است. کسانی که احساس کرده‌اند تا آستانه مرگ پیش رفته‌اند آماده‌اند که توصیه‌هایی را در مورد تغییر سبک زندگی و نگرشهای خود همچون درمانهای روانشناختی بپذیرند.

سپاسگزاری

از جناب آقای دکتر سهراب شیبانی مدیر عامل بیمارستان مهر که با اجرای این پروژه‌ی تحقیقی در بیمارستان مهر موافقت نمودند سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

منابع

غرابی، بنفشه (۱۳۷۲). بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی، در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. تهران: انستیتو روانپزشکی تهران.

متکلم، محمد حسین (۱۳۶۹). مرگ و میر حاصل از بیماریهای قلب در بالغین و اطفال تهران طی پنج سال گذشته. مجموعه سخنرانی‌های متخصصین در چهارمین کنگره قلب و عروق در ایران، تهران: انتشارات و آموزش فلیپ فلاپ.

مردی، علیرضا (۱۳۷۶). سخنرانی ایراد شده در نخستین کنگره مدیریتانه‌ای پیشگیری از بیماریهای قلبی، عروقی و دهمین کنگره‌ی سالانه قلب و عروق ایران، اصفهان.

یزدان دوست، رخساره (۱۳۷۷). ترجمه تجدید نظر شده مقیاس نگرشهای ناسالم (DAS). تهران: بیمارستان مهر.

Ahto, M., Isoaho, R., Puolijoki, H., Laippala, P., Romo, M., & Kivela, S. L. (1997). Coronary heart disease and depression in the elderly a population based study. *Family Practice*, 14, 436-445.

American Heart Association (1988). In Taylor, S.E. (1991). *Health Psychology*. New York: McGraw Hill's Inc.

Appels, A. (1997). Depression and coronary heart disease: Observations and questions. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 443-452.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck, A. T. (1972). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Earbaugh, J. K. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., & Weissman, A. (1978). In Bellack, A. S. & Hersen, M. (1988). *Behavioral Assessment*. New York: Pergamon Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bellack, A. S., & Hersen, M. (1988). *Behavioral assessment*. New York: Pergamon Press.
- Braunwald, E. (1997). Heart disease. *A Textbook of cardiovascular medicine*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Carney, R. M., Rich, M. W., & Jaffe, A. S. (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: A review of possible mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 142-149.
- Denollet, J. (1997). Personality, emotional distress and coronary heart disease. *European Journal of Personality*, 11, 343-357.
- Hollon, S. D., & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Hurst, W. J., Schlant, R. C. (1990). *The Heart*. New York: Mc Graw-Hill Company.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Shekelle, R. B., Vernon. S. W., & Ostfeld, A. M. (1991). Personality and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 53, 176-184.
- Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior*. New Jersey: Houghton Mifflin Company.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology*. New York: Mc Graw Hill's Inc.
- Yazdandoost, R. (1988). *The effect of rational-emotive therapy on dysfunctional thoughts and irrational beliefs in depression*. Unpublished doctoral thesis in clinical psychology. Pune: University of Poona.