MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Nov. **Research Article**

Evaluation of Coping Strategies and Early Maladaptive Schemas in Patients with Coronary Artery Disease and Control Group

Farzaneh Ahmadi[1], Zahra Ostadian Khani[2], Alireza Aghayousefi[3]

Author Address
1. PhD student in psychology, Islamic Azad University, Boroujerd Branch, Iran;
2. PhD student of psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Iran.
***Corresponding Author Address**: Islamic Azad University, Boroujerd Branch, Iran.
***E-mail**: farzanehahmadi57@yahoo.com

Received: 2016 August 8; **Accepted:** 2016 November 29

Abstract

Background and objective: Coronary artery disease is the most common serious diseases in developing countries. It is predicted that by 2020, heart disease will kill 25 million people annually. Coronary artery disease is the leading cause of death in people over 35 years in Iran. Biological factors such as abnormal levels of certain fats in the blood, increase in bad cholesterol, increase in lipoprotein cholesterol, fluctuations in lipoprotein cholesterol levels of good cholesterol, hypertension, smoking, sedentary lifestyle, overweightness or obesity, increasing age, and family history of premature coronary heart disease make people susceptible to heart disease. Some psychological factors such as stress predispose people to coronary heart disease. On top of it, basic schemata, too, predisposes people to coronary artery disease. The present study aimed to compare the stress coping strategies and early maladaptive schemas in patients with coronary artery disease and healthy individuals.

Methods: The population of the study was all patients with coronary artery disease and their relatives who were referred to the hospital martyr. Convenience sampling was used to recruit 60 participants from among the patients with coronary artery disease treated at martyr Beheshti Hospital and Diagnostic Center of light Nuclear Medicine Qom- Iran. Each participant was matched to a healthy person, who was visiting the same institutes, for age, gender, marital status and education. Inclusion criteria for this study were as follows: signing a consent to participate in research, being in the age range from 35 to 65 years, having studied up to at least a fifth-grade education level, not suffering from major psychiatric disorders, not taking psychiatric drugs and drugs to diagnose coronary artery disease by cardiologists for patients. The exclusion criteria included psychological disorder or a history of mental illness, history of lung disease, medication, drugs (based on self-reporting) and failure to sign the written consent to participate in research. The research instruments were 1) Lazarus Coping Strategies inventory, 2) Yang Maladaptive and 3) Goldberg General Health Inventory. The Data were analyzed through on way ANOVA.

Results: Patients with coronary artery disease were significantly different from the control group in the coping strategies factors: coping ($P=0.002$), problem solving ($P<0.001$)), early maladaptive schemas (emotional deprivation ($P<0.001$), abandonment ($P<0.001$), mistrust ($P=0.008$), vulnerability to disease ($P<0.001$) Undeveloped Self ($P<0.001$), sacrifice ($P=0.006$), emotional inhibition ($P=0.024$), and strict criteria ($P<0.001$).

Conclusion: Coronary artery disease is affected by problem-focused and emotion-focused coping strategies as well as early maladaptive schemas. Therefore, it is imperative that patients identify maladaptive coping styles and early maladaptive schemas.

Keywords: Coronary artery disease, Coping Style, Early maladaptive Schemas.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ راهبردهای مقابله با استرس و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب و افراد سالم

*فرزانه احمدی[۱]، زهرا استادیان خانی[۲]، علیرضا آقایوسفی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد؛

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی؛

۳. دکترای روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** ایران، بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد.

***رایانامه:** farzanehahmadi57@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۸ مرداد۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۹آذر۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: بیماری انسداد عروق‌کرونر قلب از علل بسیارمهم مرگ‌ومیر در ایران است. پژوهش حاضر باهدف مقایسهٔ راهبردهای‌های مقابله با استرس و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب و افراد سالم بود.

روش‌بررسی: مطالعهٔ حاضر، توصیفی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. نمونه‌های پژوهش را ۶۰ نفر (۳۰ بیمار دچار انسداد عروق‌کرونر قلب و ۳۰ فرد سالم) تشکیل دادند که به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای و طرح‌واره‌های ناسازگار و سلامت عمومی گلدبرگ، پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب در مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای شامل رویاروگری (p=۰/۰۰۲)، حل مدبرانهٔ مسئله (p<۰/۰۰۱) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل محروم‌بودن هیجانی (p<۰/۰۰۱)، رهاشدگی (p<۰/۰۰۱)، بی‌اعتمادی (p=۰/۰۰۸)، آسیب‌پذیری به بیماری (p<۰/۰۰۱)، خودتحول‌نیافته (p=۰/۰۰۶)، ایثار (p<۰/۰۰۱)، بازداری هیجانی (p=۰/۰۲۴)، معیار سرسختانه (p<۰/۰۰۱) و خویشتن‌داری (p<۰/۰۰۹) درمقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند.

نتیجه‌گیری: باتوجه به تأثیرپذیری بیماران عروق‌کرونری از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، جهت بهبود بیماران می‌توان، با شناسایی راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و آموزش و درمان در این حوزه، در بهبود الگوهای شناختی و راهبردهای مقابله‌ای این بیماران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: انسداد عروق‌کرونری، راهبردهای مقابله‌ای، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

۱ مقدمه

بیماری‌های عروق‌کرونر قلب به‌علت نارسایی خون و اکسیژن کافی به بافت‌های قلب ایجاد می‌شود (۱) و از بیماری‌های جدی بسیار شایع در کشورهای پیشرفته است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالیانه ۲۵ میلیون نفر را ازبین خواهد برد (۲)؛ همچنین اولین علت مرگ‌ومیر در افراد بیشتراز ۳۵ سال در ایران است (۳). عوامل مختلف زیستی ازجمله میزان غیرطبیعی چربی‌های خاصی در خون، افزایش سطح کلسترول بد یا کاهش تراکم لیپوپروتئین کلسترول، کاهش سطح کلسترول خوب یا افزایش لیپوپروتئین کلسترول، افزایش فشارخون، مصرف سیگار، فقدان فعالیت‌بدنی یا ورزش، داشتن اضافه‌وزن یا چاقی، افزایش سن، سابقهٔ خانوادگی برای بیماری کرونر قلب زودرس افراد را مستعد ابتلا به بیماری قلبی می‌کند (۴). شواهد بسیاری نشان می‌دهد استرس در دو اختلال قلبی‌عروقی، یعنی فشارخون زیاد و بیماری عروق‌کرونر قلب نقش دارد. فشارخون زیاد عامل خطرزای عمده‌ای در بیماری‌های عروق‌کرونر، سکتهٔ مغزی و بیماری‌های کلیوی است (۵). استرس باعث افزایش ترشح کاتکولامین و کورتیکواستروییدها از غدد درون‌ریز می‌شود. میزان زیاد این هورمون‌ها در طولانی‌مدت ممکن است موجب آسیب‌دیدن شریان‌ها و قلب شود (۶). پژوهش‌ها نشان‌داده استرس هیجانی موجب کاهش جریان خون کرونر می‌شود؛ همچنین در افراد مبتلا به تنگی خفیف عروق کرونر، روش‌های مقابلهٔ هیجان‌محور از راه افزایش تنوس وازوموتور، منجربه اسپاسم عروق کرونر شده که می‌تواند عاملی مستعدکننده برای توسعهٔ انفارکتوس میوکارد حاد باشد. افزایش کاربرد روش‌های مقابله با تنیدگی هیجان‌مدار، باعث افزایش در سطح قند خون ناشتا و افزایش در به‌کارگیری مقابله با تنیدگی مسئله‌مدار، منجربه کاهش در سطح قندخون ناشتا می‌شود (۷) افزایش کاربرد روش‌های مقابله با استرس مسئله‌مدار ازجمله روش ارزیابی مجدد مثبت می‌تواند سطح اینترلوکین–β1 و کوتیزول را کاهش دهد (۸). مطالعات نشان داده افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله‌ای تجهیز کنند، در رویارویی با مشکلات موفق‌تر هستند؛ چراکه استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، به آن‌ها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند (۹). پژوهش‌ها نشان‌داده که افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با افزایش اضطراب و آسیب جسمانی و خُلق افسرده و کاهش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار با افزایش اختلال در عملکرد اجتماعی مطابقت دارد. راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی هستند که هدف آن‌ها به حداقل‌رساندن فشارهای موقعیت استرس‌زا است. پژوهش‌های اخیر نشان دادند که نوع راهبردهای مقابلهٔ استفاده‌شده به‌وسیلهٔ فرد نه‌تنها بهزیستی روان‌شناختی، بلکه بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۰). شناسایی راهبردهای مؤثر مقابله به‌عنوان متغیر واسطه در رابطهٔ استرس‌بیماری خط‌مقدم پژوهش‌ها را درحوزهٔ پیشگیری به خود اختصاص داده است. به‌طورکلی نتایج غالب پژوهش‌ها، مقابلهٔ هیجانی را به‌عنوان مؤثرترین واسطه در رابطهٔ استرس‌بیماری معرفی کردند. بیماری‌های مبتنی‌بر استرس و وخامت سلامت عمومی بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابلهٔ هیجانی استفاده می‌کنند (۱۱). راهبرد مقابلهٔ اجتنابی، متغیری مهم برای پیش‌بینی متغیر بیماری عروق‌کرونری‌قلب محسوب می‌شود (۱۲). نتایج پژوهشی نشان داد پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی بیماری‌های عروق‌کرونر قلب، نوروزگرای، برون‌گرایی، استرس و تعارض‌های بین‌فردی، با بیماری رابطهٔ مستقیم و با سلامت رابطهٔ معکوس داشتند؛ اما وظیفه‌شناسی و بازبودن به تجارب، دارای رابطهٔ معکوس با بیماری و رابطهٔ مستقیم با سلامت بودند (۱۳). بین کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی‌عروقی با راهبرد مسئله‌مدار و اجتنابی رابطهٔ مثبت معنادار وجود دارد (۱۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد، مردان مبتلا به بیماری کرونری‌قلب، بیشتر راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد و رویارویی مستقیم و زنان مبتلا، بیشتر راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد خودکنترلی را به‌کار می‌برند (۱۵). همچنین در بررسی مقایسه‌ای پاسخ‌های مقابله‌ای و رویدادهای مهم زندگی در بیماران مبتلا به عروق‌کرونری مشاهده شد تغییر شیوه‌های برخورد با استرس و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند در کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های عروق‌کرونر نقش مهمی ایفاکند (۱۶). عوامل شناختی نیز می‌تواند در ارزیابی‌های افراد از واقعه به‌عنوان پدیدهٔ استرس‌زا مؤثر باشد. در پژوهش‌های شناخت اجتماعی و علوم عصب‌شناختی تلاش بر آن است تا از راه روش‌های دانش عصب‌شناختی به پرسش‌های مربوط به چگونگی تعامل شناخت و هیجان پاسخ داده شود (۱۷).

آدمی دارای راهبردهای شناختی نسبتاً پایدار است که طرح‌واره نامیده می‌شود. طرح‌واره‌ها از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند. آن‌ها نقش عمده‌ای در چگونگی تفکر، احساس و ارتباط با دیگران ایفا می‌کنند. وقتی افراد با محیط‌هایی روبرو می‌شوند که یادآور محیط‌های دوران کودکی آن‌هاست، طرح‌واره‌هایشان برانگیخته شده و به‌محض بروز چنین اتفاقاتی، فرد دربرابر هجوم و سیطرهٔ عواطف منفی شدید قرار می‌گیرد. طرح‌واره‌ها چگونگی مفهوم‌سازی شخص را از مجموعه‌ای از محرک‌ها نشان می‌دهند. طرح‌واره‌ها درواقع مفهومی فراگیربوده که هیجانات و خاطرات و شناخت‌ها را دربر می‌گیرد و درطول دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته و درسراسر زندگی گسترش می‌یابند؛ همچنین نقش عمده‌ای در چگونگی تفکر و احساس و ارتباط با دیگران ایفا می‌کنند (۱۸). نتایج پژوهشی نشان داد: در تنیدگی مزمن، نشانگان سوخت‌وساز و بیماری عروق‌کرونری قلب به الگویی دست یافتند که برپایهٔ آن در مردان کهن‌سال، تنیدگی مزمن سبب نشانگان سوخت‌وساز شده و آن هم به‌نوبهٔ‌خود زمینه‌ساز شکل‌گیری بیماری کرونری‌قلب می‌شود (۱۹). بین نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی و اضطراب و افسردگی) و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه رابطه وجود دارد. در افسردگی طرح‌واره‌های اطاعت/خودگردانی مختل و محدودیت‌های مختل، پیش‌بینی‌کنندهٔ معناداری برای علائم افسردگی است. بیشتر بیماران قلبی انسداد عروق‌کرونر نیز هم‌زمان یا قبل و بعداز بیماری انسداد کرونر مبتلا به افسردگی می‌شوند (۲۰). همچنین پژوهش بیان کرد: بین محروم‌بودن هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری درمقابل ضرر یا بیماری، اطاعت،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

ازخودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی، با رضایت از زندگی رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد (۲۱). طرح‌واره‌های اطاعت/خودگردانی مختل و محدودیت‌های مختل، پیش‌بینی‌کنندهٔ معناداری برای علائم افسردگی است. در افراد افسرده در طرح‌واره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی و ایثار به‌صورت معناداری رابطه وجود دارد (۲۲). بیماران مولتیپل‌اسکلروزیس که دارای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه درحوزهٔ طرد و بریدگی بودند، درک منفی‌تری از بیماری خود داشته و ناتوانی حرکتی بیشتری را گزارش دادند (۲۳). باتوجه به نتایج پژوهش‌ها و به‌دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روان‌شناختی، شناختی در شکل‌گیری و تداوم بیماری انسداد عروق‌کرونر قلب، پژوهش حاضر به‌دنبال مقایسهٔ راهبردهای مقابله با استرس و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب با افراد سالم است.

۲ روش‌بررسی

مطالعهٔ حاضر، توصیفی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعهٔ آماری را همهٔ بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر قلب و همراهان آن‌ها تشکیل دادند که به بیمارستان شهیدبهشتی و مرکز تشخیصی پزشکی هسته‌ای نور قم مراجعه کردند. انتخاب نمونه‌ها به‌شیوهٔ دردسترس از بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر قلب تحت‌درمان، مراجعه‌کننده به بیمارستان شهیدبهشتی و مرکز تشخیصی پزشکی هسته‌ای نور قم بود. نمونهٔ افراد سالم نیز به‌روش دردسترس با همسان‌سازی برای برخی فاکتورها ازجمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات ازبین همراهان بیماران مختلف (غیراز بیماران قلبی)، در بیمارستان شهیدبهشتی و مرکز پزشکی هسته‌ای نور قم انتخاب شدند. معیارهای ورود برای مطالعه عبارت‌بود از: تکمیل رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در پژوهش؛ داشتن سن درمحدودهٔ ۳۵ تا ۶۵ سال؛ سطح تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی؛ نداشتن اختلالات روان‌پزشکی عمده؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی و مواد مخدر؛ تشخیص قطعی انسداد عروق‌کرونر توسط متخصص قلب برای گروه بیماران. معیارهای خروج برای هر دو گروه شامل وجود اختلال روان‌شناختی یا سابقهٔ بیماری روانی، سابقهٔ بیماری ریوی، مصرف دارو، مواد مخدر (براساس خودگزارش‌دهی) و تکمیل‌نکردن رضایت‌نامهٔ کتبی برای شرکت در پژوهش بود. در این پژوهش درمجموع ۶۰ نفر نمونه (۳۰ نفر بیماران انسداد عروق‌کرونر قلب ۶۲/۵درصد مرد و ۳۷/۵درصد زن و ۳۰ نفر افراد سالم ۶۵/۶درصد مرد ۴/۴ درصد زن(بودند. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱. پرسشنامهٔ راهبردهای مقابله‌ای لازاروس: پرسشنامه‌های راهبردهای مقابله‌ای لازاروس شامل ۶۶ ماده است. راهبردی که در این چک‌لیست فهرست‌شده از چاره‌جویی که لازاروس و همکارانش تهیه کردند و نیز از پیشنهادهای ادبیات مقابله مشتق شده است. این راهبردها شامل موادی از زمینه‌های دفاعی یا تسکینی مقابله مانند اجتناب، تفکر سحری یا آرزویی، عقلایی‌سازی، مجزاسازی و بازداری و نیز موادی ازحوزهٔ حل مسئله مانند جستجوی اطلاعات و بازداری عمل و عمل مستقیم می‌شود. آزمودنی‌هایی که به مواد چک‌لیست درارتباط با رویدادی تنیدگی‌زا ویژه پاسخ می‌دادند، جواب خود را با علامت «بلی» یا «خیر» دربارهٔ هر ماده، برحسب آنکه آن راهبرد را در مواجهه با آن رویداد خاص به‌کار گرفته بودند یا نه، مشخص می‌کردند.

نمره‌گذاری هر مؤلفه به‌طریق زیر محاسبه می‌شود.

- راهبرد مقابله‌ای رویاروگری: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴، ۴۶
- راهبرد مقابله‌ای دوری‌جویی: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴
- راهبرد مقابله‌ای خویشتن‌داری (خودمهارگری): نمرهٔ آزمودنی از مواد ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲، ۶۳
- راهبرد مقابله‌ای حمایت‌اجتماعی: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲، ۴۵
- راهبرد مقابله‌ای مسئولیت‌پذیری: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۹، ۲۵، ۲۹، ۵۱
- راهبرد مقابله‌ای گریزاجتناب: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸، ۵۹
- راهبرد مقابله‌ای حل مدبرانه مسئله: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۸، ۴۹، ۵۲
- راهبرد مقابله‌ای بازبرآورد مثبت: نمرهٔ آزمودنی از مواد ۲۰، ۲۳، ۳۶، ۳۸، ۵۶، ۶۰

درپرسشنامهٔ لازاروس و فولکمن به‌دست می‌آید.

این آزمون ۸ زیرمقیاس داشته و شامل. مقابلهٔ مستقیم (رویاروگری)، فاصله‌گرفتن (دوری‌جویی)، خودکنترلی (خودمهارگری)، طلب حمایت اجتماعی (حمایت‌اجتماعی)، پذیرش مسئولیت (مسئولیت‌پذیری)، گریزاجتناب، حل مسئله برنامه‌ریزی‌شده (حل مدبرانه مسئله) و ارزیابی مجدد مثبت (باز برآورد مثبت) است. چهار زیرمقیاس طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله برنامه‌ریزی‌شده و ارزیابی مجدد مثبت راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار هستند و چهار زیرمقیاس مقابلهٔ مستقیم، فاصله‌گرفتن، گریزاجتناب و خودکنترلی راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار هستند (۲۵). این پرسشنامه را در سال ۱۳۷۳ آقایوسفی به فارسی برگرداند. فولکمن و لازاروس، پایایی این پرسشنامه را به‌روش همسانی درونی ۰/۷۵ و پایایی خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۶۱ برای روش مقابلهٔ دوری‌جو تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد، گزارش کردند (۲۶). همچنین پایایی این پرسشنامه بااستفاده از روش همسانی درونی آلفای کرونباخ برای نمونه‌ای ۷۶۳نفری از دانش‌آموزان دبیرستانی تهران ۰/۸۰ برآورد شد (۲۷).

پرسشنامهٔ فرم‌کوتاه طرح‌واره ناکارآمد اولیه یانگ: پرسشنامهٔ‌خودگزارشی طرح‌واره یانگ، ابزاری ۷۵سؤالی برای سنجش طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه با طیف لیکرت با مقیاسی ۶درجه‌ای از (کاملاً درست دربارهٔ من، تاکاملاً غلط دربارهٔ من) درجه‌بندی می‌شود. یانگ در سال ۱۹۹۸ این پرسشنامه را از روی فرم پرسشنامهٔ اصلی فرم ۲۰۵سؤالی، طراحی کرد. پرسشنامهٔ طرح‌واره برای ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناکارآمد اولیه ساخته شد. در اولین پژوهش جامع دربارهٔ ویژگی‌های روان‌سنجی آن، برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه، ضریب

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به‌دست آمد. ضریب آزمون‌بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۲ بود. این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی دربرابر افسردگی و نشانه‌شناسی اختلال‌های شخصیت، روایی افتراقی خوبی را نشان داد. هر طرح‌واره ناسازگار اولیه ۵ سؤال را شامل‌شده که درمجموع ۷۵ سؤال می‌شود. نتایج تحلیل‌عاملی نسخهٔ کوتاه این پرسشنامه، با نتایج تحلیل‌عاملی نسخهٔ بلند آن همخوانی دارد و سنجش ۱۵ عامل (طرح‌واره) را به‌خوبی تأیید می‌کند. هنجاریابی این پرسشنامه را در ایران آهی در سال۱۳۸۴ بر ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام داد. همسانی درونی این پرسشنامه بااستفاده از آلفای کرونباخ در افراد مؤنث ۰/۹۷ و در افراد مذکر ۰/۹۸ به‌دست آمد. نتایج حاصل از این مطالعه ضمن ارایهٔ نُرم ایران این پرسشنامه، نشان داد که پرسشنامهٔ طرح‌واره‌ها در نمونهٔ جمعیت ایرانی به‌جای ۱۵ عامل، ۱۲ عامل را دربرگرفته که به‌ترتیب زیر نام‌گذاری می‌شود.

وابستگی/شکست، بیگانگی/انزوای اجتماعی، نقص/شرم، محروم‌بودن هیجانی، خودانضباطی کافی/ اطاعت، آسیب‌پذیری دربرابر ضرر و بیماری، معیارهای سرسختانه، خودتحول‌نیافته/خودگرفتار، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، بازداری هیجانی، رهاشدگی و ایثار (۲۸).

پرسشنامهٔ سلامت عمومی: از این پرسشنامه جهت تفکیک و اطمینان‌یافتن گروه کنترل یا همان افراد سالم از افراد بیمار استفاده شد. این پرسشنامه ابزاری خودگزارش‌دهی است که داده‌های سلامت روانی بااستفاده از پرسشنامهٔ سلامت روان ۲۸ سؤالی جمع‌آوری می‌شود. این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۲ گلدبرگ تهیه کرد. فرم ۲۸ سؤالی را گلدبرگ و هیلیر درسال ۱۹۷۹، در اقدامی به‌منظور افزایش واریانس و براساس تحلیل عوامل روی فرم اصلی ساختند. شامل چهار مقیاس ۷سؤالی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. شیوهٔ نمره‌گذاری این پرسشنامه بیشتر به‌صورت لیکرت بوده که براساس این شیوه هرکدام از سؤال‌های ۴ درجه‌ای به‌صورت ۳، ۳، ۱، ۰ نمره‌گذاری می‌شود. درنتیجه دامنهٔ نمرهٔ فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. فردی که نمرهٔ بیشتری در آزمون به دست آورد سلامت روان کمتری دارد و فردی که نمرهٔ کمتری را بگیرد، از سلامت روان بیشتری برخوردار است. نقطهٔ برش در پژوهش یعقوبی و قائدی درسال۱۳۸۷ با روش نمره‌گذاری لیکرت برابر ۱۹ بود. بیرخائفی در سال ۱۳۸۸، در بررسی شاخص پایایی این پرسشنامه به‌صورت مطالعهٔ مقدماتی با نمونه‌ای ۱۲۰ نفری، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳۰ را نشان داد (۲۹).

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهشی در جدول ۱ بین راهبردهای مقابله‌ای بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۱. نتایج میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس تک‌متغیرهٔ راهبردهای مقابله‌ای افراد بیمار و سالم

زیرمقیاس‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	مقدارp
رویاروگری	بیمار	۶/۸۱	۲/۱۰	۱۱/۸۴۲	۰/۰۰۲
	سالم	۸/۶۵	۲/۳۳		
دوری‌جویی	بیمار	۷/۷۸	۲/۸۹	۲/۸۲۷	۰/۱۱۲
	سالم	۸/۶۵	۱/۹۱		
خودمهارگری	بیمار	۱۱/۹۳	۳/۵۵	۰/۹۰۷	۰/۲۱۸
	سالم	۱۳	۳/۵۱		
حمایت‌اجتماعی	بیمار	۹/۶	۲/۹۰	۳/۱۸۵	۰/۰۷۴
	سالم	۱۱/۱۵	۴/۰۸		
مسئولیت‌پذیری	بیمار	۵/۴۰	۱/۹۸	۱/۸۳۷	۰/۲۷۲
	سالم	۶/۰۳	۲/۱۴		
گریزاجتناب	بیمار	۹/۰۹	۴/۲۱	۰/۲۹۲	۰/۳۳۲
	سالم	۸/۴۵	۳/۷۶		
حل مدبرانهٔ مسئله	بیمار	۷/۱۵	۲/۶۵	۹/۳۱۲	<۰/۰۰۱
	سالم	۹/۳۱	۲/۶۸		
بازبرآورد مثبت	بیمار	۱۰/۰۶	۲/۸۹	۰/۹۱۳	۰/۰۸۸
	سالم	۱۱/۱۵	۴/۲۰		

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در راهبرد مقابله‌ای رویاروگری (p=۰/۰۰۲) و حل مدبرانهٔ مسئله (p<۰/۰۰۱) بین افراد مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد؛ اما بین سایر راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

جدول ۲. نتایج میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل واریانس تک‌متغیرهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیهٔ افراد بیمار و سالم

زیرمقیاس‌ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	مقدار p
محروم‌بودن هیجانی	بیمار	۳/۰۳	۰/۹۲	۱۵/۹۱۹	<۰/۰۰۱
	سالم	۲/۹۷	۰/۹۸		
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	بیمار	۳/۳۰	۱/۱۸	۲۴/۳۶۸	<۰/۰۰۱
	سالم	۱/۹۷	۰/۸۶		
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	بیمار	۲/۳۶	۱/۰۶	۵/۹۶۸	۰/۰۰۸
	سالم	۱/۷۳	۱/۶۶		
انزوای اجتماعی/بیگانگی	بیمار	۱/۷۵	۰/۶۸	۰/۴۳۴	۰/۲۳۰
	سالم	۱/۶۰	۰/۸۴		
نقص / شرم	بیمار	۱/۷۲	۰/۶۰	۰/۶۵۰	۰/۹۴۳
	سالم	۱/۷۶	۱/۸۳		
شکست	بیمار	۲/۲۱	۰/۸۳	۰/۲۳۲	۰/۵۲۲
	سالم	۲/۰۷	۰/۷۵		
وابستگی/ بی‌کفایتی	بیمار	۱/۹۵	۰/۹۵	۰/۹۳۳	۰/۱۳۳
	سالم	۱/۷۱	۰/۸۷		
آسیب‌پذیری دربرابر بیماری	بیمار	۳/۰۴	۱/۳۹	۲۰/۳۳۶	<۰/۰۰۱
	سالم	۱/۷۶	۰/۶۹		
خودتحول‌نیافته/ گرفتار	بیمار	۲/۵۵	۱/۳۰	۹/۲۱۵	۰/۰۰۶
	سالم	۱/۶۵	۰/۷۶		
اطاعت	بیمار	۲/۴۴	۰/۹۷	۰/۰۹۸	۰/۰۵۳
	سالم	۱/۹۸	۰/۸۵		
ایثار	بیمار	۴/۴۷	۱/۱۲	۴۰/۰۷۱	<۰/۰۰۱
	سالم	۲/۸۲	۰/۸۷		
بازداری هیجانی	بیمار	۳/۴۱	۲/۰۳	۰/۰۴۸	۰/۰۲۴
	سالم	۲/۵۹	۱/۰۶		
معیار سرسختانه/عیب‌جویی	بیمار	۴/۱۲	۱/۳۴	۱۸/۵۰۶	<۰/۰۰۱
	سالم	۲/۹۶	۱/۱۱		
استحقاق/بزرگ‌منشی	بیمار	۳/۵۹	۱/۰۱	۰/۹۴۴	۰/۳۶۴
	سالم	۳/۴۶	۳/۸۷		
خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی	بیمار	۲/۸۱	۱/۰۱	۰/۰۲۵	۰/۰۰۹
	سالم	۲/۲۱	۰/۸۷		

در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) آمده است. کمترین میانگین در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، بیشترین میانگین متعلق به طرح‌وارهٔ ایثار، معیارهای سرسختانه و کمترین میانگین در طرح‌وارهٔ نقص و شرم در بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر قلب مشاهده می‌شود. جدول بالا نشان می‌دهد که در زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل محروم‌بودن هیجانی (p<۰/۰۰۱)، طرد و رهاشدگی (p<۰/۰۰۱)، بی‌اعتمادی/بدرفتاری (p=۰/۰۰۸)، آسیب‌پذیری دربرابر ضرر یا بیماری (p<۰/۰۰۱) و خودتحول‌نیافته/گرفتار (p=۰/۰۰۶)، ایثار (p<۰/۰۰۱) بازداری هیجانی (p=۰/۰۲۴)، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی (p=۰/۰۰۱)، خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی (p=۰/۰۰۹)، بین دو گروه بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر قلب و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد.

۴ بحث

به‌طورکلی در این پژوهش دربارهٔ وضعیت تأهل بیماران، ۹۳/۸درصد متأهل و ۶/۳درصد مجرد و ۷۸/۱درصد افراد متأهل سالم و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

۲۱/۹درصد افراد مجرد سالم بودند. میانگین سنی ۳۰ سال بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر با افراد سالم ازنظر راهبردهای مقابله‌ای و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، تفاوت معنادار وجود دارد. این بیماران در مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (رویاروگری و حل مدبرانهٔ مسئله) درمقایسه با گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند. نتایج بالا همسو با پژوهش (۱۱) است که راهبرد مقابلهٔ هیجانی را به‌عنوان مؤثرترین واسطه در رابطهٔ استرس‌بیماری معرفی کردند؛ درنتیجهٔ آن بیماری‌های مبتنی‌بر استرس و وخامت سلامت عمومی بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابلهٔ هیجانی استفاده می‌کنند.

نتایج پژوهش (۱۶) مقایسهٔ راهبردهای مقابله‌ای بیماران مبتلا به عروق‌کرونر قلب با افراد سالم نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای بیشتر به‌صورت هیجانی بوده و کمتراز افراد سالم از راهبردهای مبتنی‌بر حل مدبرانهٔ مسئله استفاده می‌کنند که این نتیجه همسو با نتایج پژوهش حاضر است؛ همچنین نتایج پژوهش اکبری، علیلو و اصلان‌آبادی بیان کرد که بیماران مبتلا به عروق‌کرونر قلب از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (۱۵) که این نتایج با پژوهش حاضر همسوست. در مطالعه‌ای (۱۶) که به بررسی عوامل روان‌شناختی خطرساز ابتلا به بیماری عروق کرونر پرداخت، مشاهده شد بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب در استفاده از راهبرد مقابلهٔ اجتناب و خویشتن‌داری با افراد سالم تفاوت دارند؛ همچنین دارای میزان بیشتری از نوروزگرایی هستند. نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو نیست؛ اما باتوجه به نوروزگرایی که در این مطالعه نشان داده شد، تفاوت‌های شخصیتی و میزان نوروزگرایی، به‌نوعی می‌تواند راهبردهای مقابله‌ای را تحت‌تأثیر قرار دهد. به‌نظر می‌رسد بیماران قلبی در ابتدای شروع بیماری راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و گریزاجتناب را به‌کار می‌گیرند همچنان‌که نتایج (۱۲) و (۱۵) نشان داده است؛ اما در درازمدت که مشکلات شدیدتر مرتبط با بیماری را تجربه می‌کنند، سعی‌کرده محتاطانه و آگاهانه درجهت گام‌برداشتن برای سلامت، از راهبردهای مقابلهٔ مسئله‌مدار چون رویاروگری استفاده کنند. روش‌های مقابله‌ای به‌عنوان کوشش‌هایی هیجانی و شناختی و رفتاری به‌منظور افزایش تطابق فرد با محیط یا تلاش‌هایی برای پیشگیری از پیامدهای منفی موقعیت استرس‌زا توصیف شده است (۱۶).وجه مشخصهٔ سبک مقابلهٔ ناکارآمد (هیجان‌محور منفی)، دوری‌گزیدن از عامل استرس‌زا ازطریق نادیده‌نگاری و بی‌اهمیت‌دانستن موضوع است. در بیماران دچار انسداد عروق‌کرونر قلب، زمانی‌که رویاروشدن با مسئله‌ای بیش‌از اندازه دردناک باشد، فرد ممکن است وجود آن را انکار کند. در موقعیت‌های پزشکی، افرادی که به بیماری‌های کشنده و مزمن مبتلا هستند، معمولاً از راهبردهای ناکارآمد استفاده می‌کنند؛ به‌طوری‌که ازنظر هیجانی کمتر با بیماری درگیر می‌شوند.این امر باعث کاهش استرس در کوتاه‌مدت شده، ولی در طولانی‌مدت عوارض جسمی نامطلوبی دارد. درواقع بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر در طولانی‌مدت بااستفاده از تجربیات گذشته، واقع‌بین بوده و از راهبرد جمع‌آوری اطلاعات برای حل مشکلات خود استفاده می‌کنند. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد: بیماران مبتلا به انسداد عروق‌کرونر قلب، در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل محروم‌بودن هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری به بیماری، خودتحول‌نیافته، ایثار، بازداری هیجانی، معیار سرسختانه و خویشتن‌داری با گروه کنترل تفاوت معنادار داشتند. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های ۲۰ و ۲۱ همسوست. در افسردگی طرح‌واره‌های اطاعت/خودگردانی مختل و محدودیت‌های مختل، پیش‌بینی‌کنندهٔ معناداری برای علائم افسردگی است. بیشتر بیماران قلبی انسداد عروق‌کرونر نیز هم‌زمان یا قبل و بعداز بیماری انسداد کرونر مبتلا به افسردگی می‌شوند. در یافتهٔ پژوهش ۲۱ نیز بین محروم‌بودن هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری دربرابر ضرر یا بیماری، اطاعت، ازخودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی، خویشتن‌داری و خودانضباطی ناکافی با رضایت از زندگی رابطهٔ منفی معنادار وجود دارد. به‌نظر می‌رسد به‌دلیل شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی به‌ویژه طرح‌واره‌های محروم‌بودن هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری به بیماری، خودتحول‌نیافته، ایثار، بازداری هیجانی، معیار سرسختانه و خویشتن‌داری، می‌تواند عاملی زمینه‌ساز در ابتلای به بیماری‌های جسمی با منشأ روانی و به‌خصوص بیماری عروق‌کرونر قلب باشد. افراد دارای طرح‌وارهٔ ناسازگار محروم‌بودن هیجانی، بر این باورند که نیازهای هیجانی آن‌ها توسط دیگران درنظر گرفته نمی‌شود. در طرح‌وارهٔ رهاشدگی فرد معتقد است که دیگران منبعی نامطمئن برای حمایت و ارتباط هستند. باور به اینکه دیگران به فرد آسیب می‌رسانند، در طرح‌وارهٔ بی‌اعتمادی/بدرفتاری مشاهده می‌شود. در طرح‌وارهٔ آسیب‌پذیری دربرابر ضرر یا بیماری، فرد اعتقاد دارد که برخی بحران‌ها حتمی بوده و به‌زودی اتفاق می‌افتند. وجود طرح‌واره‌های بالا به‌صورت تلویحی (۲۰) و (۲۱) می‌تواند زمینه‌ساز ابتلای فرد به بیماری عروق‌کرونر قلب باشد. طرح‌وارهٔ آسیب‌پذیری دربرابر ضرر یا بیماری در بیماران قلبی باعث می‌شود، فرد احساس کند بر سلامت جسمی خود کنترل نداشته و همین امر زمینهٔ ابتلا به افسردگی را در او فراهم آورد. به‌نظر می‌رسد وجود طرح‌وارهٔ انزوای اجتماعی/بیگانگی منجربه دریافت‌نکردن حمایت‌اجتماعی برای کاهش استرس شده و این امر زمینه‌ساز ابتلا به بیماری انسداد عروق‌کرونر قلب می‌شود؛ همچنین طرح‌وارهٔ ایثارگری باعث می‌شود فرد بر دیگران تمرکزکرده، به‌نحوی‌که باتمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران در زندگی روزمرهٔ خود به‌قیمت ارضانشدن نیازهای خود فرد تمام شده و در طولانی‌مدت منجربه استرس‌های مدوام در فردمی‌شود. همین استرس در تعامل با راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، بستری مناسب جهت ابتلا به این بیماری را ایجاد می‌کند.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر، نقش واسطه‌ای باورهای شناختی به‌خصوص طرح‌واره‌ها و راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان فاکتورهای روان‌شناختی در بیماری انسداد عروق‌کرونر قلب را نشان می‌دهد؛ بنابراین باتوجه به تأثیرپذیری بیماران عروق‌کرونری از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، طرح‌وارهٔ درمانی و آموزش راهبردهای

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

مقابله‌ای سازگارانه با استرس، می‌تواند عاملی مهم در کنار مراقبت‌های پزشکی باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی پزشکان، پرسنل بیمارستان شهیدبهشتی و مرکز پزشکی هسته‌ای نور که موقعیت را برای انجام پژوهش آماده کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

References

1. Benjamin IJ, Griggs RC, Wing EJ, Fitz JG, editors. Andreoli and Carpenter's Cecil essentials of medicine. Philadelphia, PA: Elsevier/Saunders; 2010. [Link]
2. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2012;49(6):755–71. [Link]
3. Vahidian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnezhad A. Assessing risk factors coronary artery disease. 3th Middle East Cardiovascular Congress; 2009. [Persian]
4. Kashi A, Saha S. Ethics in biomaterials research. J Long Term Eff Med Implants. 2009;19(1):19–30. [Link]
5. Sarafino Ed. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. Ahmadi Abhari A. (Persian translator). Tehran: Roshd Publication; 2012. [Link]
6. Brammer LM, Abrego PJ, Shostrom EL. Therapeutic Counseling and Psychotherapy. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1993. [Link]
7. Sharif N, Agha Yousefi A. Relation between coping ways with stress and systolic and diastolic blood pressure in coronary heart disease. Pajoohandeh Journal. 2016;20(6):327–33. [Persian] [Link]
8. Agha Yousefi A, Alipour A, Shaghaghi F, Shatif N. Relationship between coping ways with stress and levels of IL-1β and cortisol in coronary heart disease patients. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012;19(2):182–90. [Persian] [Link]
9. Cavanagh K, Shapiro DA. Computer treatment for common mental health problems. J Clin Psychol. 2004;60(3):239–51. [Link]
10. Ghasemzadeh Nasaji S, Peyvastehgar M, Hosseinian S, Moutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive-behavioral coping responses and cognitive emotion regulation strategies. Journal of Behavioral Sciences. 2010;4(1):35–43. [Persian] [Link]
11. Pakenham KI. Coping with Multiple Sclerosis: Development of a measure. Psychology, Health & Medicine. 2001;6(4):411–28. [Link]
12. Khanjani Z, Faroghy P, Yaghobi A. The Risk psychological factors and suffering from coronary heart diseases: analytical on role of personality and coping styles in CHP. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2010;32(3):30–4. [Persian] [Link]
13. Monirpoor N, Khoosfi H. Psychological predictors of coronary heart diseases: the role of personality factors, stressful life events and perceived quality of social support. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2011;9(2):148–54. [Persian] [Link]
14. Kkosrovani A, Mahmoudi Rad Gh, Dastjerdi R. The relationship between coping strategies and quality of life and psychological well-being of coronary heart disease. The 4th International Congress of Psychosomatic. Isfahan: Islamic Azad University Branch; 2011. [Persian] [Link]
15. Akbari M, Aliloo M, Majid, Aslanabadi N. Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: Role of gender factor. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;15(4):368–76. [Persian] [Link]
16. Abdollahian E, Mokhber N, Kafaei Razavi Z. Compression of copping responses and life events in males with Coronary artery disease. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2006;8(30):37–42. [Persian] [Link]
17. Samani S, Sadeghi L. Psychometric adequacy of cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Psychological Models and Methods. 2010;1(1):51–62. [Persian] [Link]
18. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2010;41(4):373–80. [Link]
19. Vitaliano PP, Scanlan JM, Zhang J, Savage MV, Hirsch IB, Siegler IC. A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. Psychosom Med. 2002;64(3):418–35. [Link]
20. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. Cogn Ther Res. 2010;34(4):368–79. [Link]
21. Shirvani MY, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2011;12(2):55–65. [Persian] [Link]
22. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. Cogn Ther Res. 2007;31(5):639–57. [Link]
23. Akhani A, Izadikhah Z, Bagherian-Sararoudi R, Khorvash F. Investigating the effect of illness perception on the relationship between early maladaptive schemas and level of motor disability in multiple sclerosis patients. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2013;7:609. [Persian] [Link]
24. Delavar A. Educational and Psychological Research. Tehran: Virayesh Publication; 2015. [Persian] [Link]
25. Aliloo MM, Bakhshipor A, Esmaeli M, Tabrizi MT. Personality traits and coping styles in patients with essential hypertension. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2010;32(2):61–6. [Persian] [Link]
26. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The schema questionnaire—short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cognitive Therapy and Research. 2002;26(4):519–30. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]

27. Memaryani M. Effect of coping therapy on personal well being's mothers of exceptional students (somatic movement) of Tehran cities girls [BA dissertation]. [Tehran, Iran]: Humans Science Faculty, Payamenor University; 2009. [Persian]
28. Ahi GH. Standardization short version of the Young Schema Questionnaire [MA dissertation in Psychology]. [Tehran, Iran]: Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University; 2006. [Persian]
29. Pirkhaefi A. relationship between metacomponent of creativity and mental health in student of university. Journal of Social Cognition. 2013;1(2):101–12. [Persian] [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-15]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.50.8]