

The comparison of patients suffering from coronary thrombosis with healthy individuals concerning early maladaptive schemas and emotion-regulation strategies

Ahmadi F. *MSc*[✉], Asqar-nejad-Farid A. *PhD*¹, Borjali M. *PhD*²

[✉] *Clinical Psychology Department, Azad University of Alborz Branch, Karaj, Iran*

¹ *Clinical Psychology Department, Medical Faculty, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

² *Clinical Psychology Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Kharazmi University, Tehran, Iran*

Received: 2013.12.25

Accepted: 2014.4.14

Abstract

Introduction: This study aimed to compare patients with Coronary Thrombosis to healthy people in respect of early maladaptive schemas and cognitive emotion-regulation strategies.

Method: Subjects of the study comprised 30 healthy people plus 30 patients with Coronary Thrombosis who were selected from individuals attending Shahid Beheshti Hospital and Nuclear Medicine Centre in Qom via accessibility sampling. Then, Both groups completed questionnaires of Young's maladaptive schemas, cognitive emotion regulation and Goldberg's public health. To analyze the data, methods of ANOVA and MANOVA were used.

Results: Component scores of patients in the early maladaptive schemas (emotional deprivation, abandonment / instability, mistrust / abuse, vulnerability to disease, Enmeshment/Undeveloped Self, Self - sacrifice, emotional inhibition, Unrelenting Standards / Recognition-seeking, Insufficient Self – control / Self - discipline) and cognitive emotion regulation strategies (self- blame, acceptance, refocus on planning, positive reappraisal, underestimate) were significantly higher than healthy subjects.

Conclusion: Considering the results of present study, Schema Therapy and training in emotion-regulation strategies can improve psychological health of patients suffering from coronary thrombosis via refinement of cognitive emotion-regulation strategies and emotional patterns.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Cognitive Emotion-Regulation, Coronary Thrombosis

مقایسه طرح واره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به انسداد عروق کرونر و افراد سالم

فرزانه احمدی[✉]، علی اصغر نژاد فرید^۱، محمود برجعلی^۲

[✉]گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات البرز، البرز، ایران
^۱گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، کرج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۴

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، در بیماران دچار انسداد عروق کرونر و افراد سالم بود.

روش: برای این منظور، آزمودنی‌های پژوهش (۳۰ بیمار مبتلا به انسداد عروق کرونر و ۳۰ فرد سالم) که در شهر قم به بیمارستان شهید بهشتی و پزشکی هسته‌ای مراجعه نمودند به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس هر دو گروه پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار یانگ، تنظیم شناختی هیجان و سلامت عمومی گلبگ را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل واریانس ANOVA و MANOVA استفاده شد.

یافته‌ها: نمره‌های بیماران در مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محروریت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، آسیب‌پذیری به بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار، ایثار، بازداری هیجانی، معیارسرسختانه/عیب‌جویی افراطی و خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (خودسرزنشگری، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری) در مقایسه با افراد سالم بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، جهت بهبود بیماران می‌توان از طرحواره درمانی و دوره‌های آموزش سازگاران راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، در بهبود الگوهای هیجانی و شناختی این بیماران استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: انسداد عروق کرونری، تنظیم شناختی هیجان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مقدمه

بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌های جدی در ممالک پیشرفته می‌باشند و در کشورهای در حال توسعه به سرعت در حال افزایش هستند. اگرچه میزان مرگ متناسب با سن در بیماری‌های عروق کرونر قلب (Coronary Heart Disease)، طی ۴ دهه گذشته در ایالات متحده به دو سوم کاهش یافته است، بیماری‌های قلب و عروق، همچنان شایع‌ترین علت مرگ باقی‌مانده که سالانه یک میلیون مورد (حدود ۴۰ درصد مرگ‌ها) را شامل می‌شوند هستند [۱]. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی سالانه ۲۵ میلیون نفر را از بین ببرد [۲] و سبب آسیب سهمگین اقتصادی، بهداشتی و سلامت به شخص، خانواده، کشور و در نهایت جامعه شود. بیماری‌های عروق کرونر قلب به علت نارسایی خون و اکسیژن کافی به بافت‌های قلب ایجاد می‌شوند [۳]. عوامل مختلف زیستی از جمله میزان غیرطبیعی چربی‌های خاصی در خون، بالا رفتن سطح کلسترول بد یا پایین آمدن تراکم لیپوپروتئین کلسترول (Low Density Lipoprotein Cholesterol) پایین رفتن سطح کلسترول خوب یا بالا آمدن لیپوپروتئین کلسترول (High Density Lipoprotein Cholesterol) افزایش فشارخون، مصرف سیگار، فقدان فعالیت بدنی یا ورزش، داشتن اضافه‌وزن یا چاقی، افزایش سن، سابقه خانوادگی برای بیماری کرونر قلب زودرس افراد را مستعد ابتلا به بیماری قلبی می‌کند [۴]. در سال‌های اخیر محققان متوجه شدند که علاوه بر متغیرهای پزشکی و بالینی، متغیرهای روانی از جمله؛ الگوی رفتاری نوع A، پرخاشگری، خصومت و خشم نیز می‌توانند در بروز و شیوع اختلال‌های قلبی نقش مهم داشته باشند [۵، ۶] و از آنجا که بیماری قلبی و عروقی روان‌تنی محسوب می‌شوند در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت [۷].

آدمی دارای سبک‌های شناختی نسبتاً پایدار است که طحرواره نامیده می‌شود. طحرواره‌ها از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند که نقش عمده‌ای در چگونگی تفکر، احساس و ارتباط با دیگران ایفاء می‌کنند. وقتی افراد با محیط‌هایی روبرو می‌شوند که یادآور محیط‌های دوران کودکی آن‌هاست، طحرواره‌هایشان برانگیخته می‌شوند و به محض بروز چنین اتفاقاتی، فرد مورد هجوم و سیطره عواطف منفی شدید قرار می‌گیرد [۸]. طرح‌واره‌ها چگونگی مفهوم‌سازی یک شخص را از مجموعه‌ای از محرک‌ها نشان می‌دهند [۹]. در پژوهش‌های شناخت اجتماعی و علوم عصب شناختی تلاش بر آن است تا از راه روش‌های دانش عصب‌شناختی به پرسش‌های مربوط به چگونگی تعامل شناخت و هیجان پاسخ داده شود [۱۰]. در زندگی روزمره، افراد همواره راهبردهای منظمی را برای تعدیل شدت و یا نوع تجارب هیجانی خود یا واقعه فراخواننده هیجان به کار می‌گیرند. علاوه بر این نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم

هیجان با الگوهای آسیب‌شناسی روانی آمیختگی کامل دارد [۱۱]. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که اختلال‌های خلقی، هیجان‌های منفی و انزوای اجتماعی زمینه ابتلا به انواع بیماری جسمی را در افراد پدید می‌آورد. تنظیم هیجان فرایندی است که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند تا به طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند، برای مثال اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، نتیجه مشکلات تنظیم شناختی است [۱۲]. پژوهش‌ها نشان دادند هیجان منفی خشم و خصومت علاوه بر بروز بیماری عروق کرونر قلب موجب تشدید و وخامت آن نیز می‌شود [۱۳]. بنابراین رفته‌رفته بیشتر واضح و روشن می‌شود متغیرهای روانی به صورت جدی در بیماری‌های فیزیکی مثل بیماری‌های عروق کرونر قلب هم در آغاز و هم در تداوم آن تمام دوره‌های زندگی به طور معناداری تأثیرگذار است. به دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و هیجانی در بیماری انسداد عروق کرونر قلب، با نظر به این که در ایران و کشورهای دیگر در مورد طحرواره‌های ناسازگار و بیماری انسداد عروق کرونر توسط پژوهشگر یافت نشده است، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا طحرواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد گروه گواه سالم متفاوت است؟

روش

مطالعه حاضر، مطالعه‌ای توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن را کلیه بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلبی و افراد سالم تشکیل می‌دهند. نمونه بیماران این پژوهش، به روش نمونه‌گیری در دسترس از بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب تحت درمان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی و مرکز تشخیصی پزشکی هسته‌ای نور قم انتخاب شد. نمونه افراد سالم نیز به روش در دسترس برای برخی فاکتورها از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات از بین همراهان بیماران مختلف (غیر از بیماران قلبی) در بیمارستان شهید بهشتی و مرکز پزشکی هسته‌ای نور قم انتخاب شدند. معیارهای ورود برای مطالعه، تکمیل رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش، داشتن سن در محدوده ۳۵ تا ۶۵ سال، سطح تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی، عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی عمده، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و مواد مخدر، تشخیص قطعی انسداد عروق کرونر توسط متخصص قلب برای گروه بیماران و معیار خروج، برای هر دو گروه وجود اختلال روان‌شناختی یا سابقه بیماری روانی، سابقه بیماری ریوی، مصرف دارو، مواد مخدر (بر اساس خود گزارش دهی)، عدم تکمیل رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. در مجموع ۶۰ نفر نمونه که ۳۰ نفر بیماران انسداد عروق کرونر قلب (۶۲/۵ درصد مرد و ۳۷/۵ درصد زن) و ۳۰ نفر افراد سالم (۶۵/۶ درصد مرد و ۳۴/۴ درصد زن) انتخاب شدند. در

[۱۶] در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ($n = 368$ ، $M = 197$ ، $SD = 171$ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها از 0.67 تا 0.89 گزارش نمود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش ($n = 43$ ، $M = 36$ مرد) در دو نوبت بافاصله دو تا چهار هفته برای زیر مقیاس‌های پرسشنامه از $I = 0.57$ تا $I = 0.76$ محاسبه شد. در این مطالعه، روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای خرده مقیاس‌ها از 0.81 تا 0.92 گزارش شد. همچنین در پژوهش *امین آبادی* و همکاران [۱۹] این پرسشنامه دارای اعتبار مناسبی می‌باشد.

پرسشنامه سلامت عمومی

General Health Questionnaire: یک ابزار خود گزارش دهی است که داده‌های سلامت روانی با استفاده از پرسشنامه سلامت روان ۲۸ سؤالی جمع‌آوری خواهد شد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شد. فرم ۲۸ سؤالی توسط گلدبرگ و هیلیر در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل چهار مقیاس ۷ سؤالی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بیشتر به صورت لیکرت است که بر اساس این شیوه هر یک از سؤال‌های ۴ درجه‌ای به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌گردد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود فردی که نمره بالایی در آزمون به دست می‌آورد از سلامت روان پایینی برخوردار بوده و فردی که نمره پایینی را به دست می‌آورد دارای سلامت روان بالاتری است. در مطالعه یعقوبی و قائدی [۲۰] بهترین نمره برش با روش نمره‌گذاری لیکرت برابر با ۱۹ به دست آمد. در مطالعات مختلفی که در ایران انجام شده حساسیت این آزمون بین ۸ تا 0.88 ، ویژگی بین ۶۹ تا 0.93 کار آیی ۷۶ و ضریب آلفای کرونباخ ۸۸ تا 0.92 گزارش شده است. بررسی شاخص اعتبار این پرسشنامه به صورت یک مطالعه مقدماتی با یک نمونه ۱۲۰ نفری توسط پیرخانی [۲۱] ضریب آلفای کرونباخ 0.93 را نشان داد.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌های پژوهشی در جدول ۱ بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران دچار انسداد عروق کرونر و افراد سالم تفاوت معنادار وجود دارد. بدین معنا که در طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بالاترین میانگین را در ایشار و معیارهای سرسختانه و کمترین میانگین را در نقص و شرم و در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بالاترین میانگین، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی شده و کم اهمیت شماری کمترین میانگین در بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب است.

این پژوهش در مورد وضعیت تأهل بیماران، $93/8$ درصد متأهل و $6/3$ درصد مجرد بودند و $78/1$ درصد افراد متأهل سالم و $21/9$ درصد افراد مجرد سالم بودند و میانگین سنی آنان نیز ۳۰ سال بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ-Early Maladaptive Schemas: پرسشنامه

خود گزارشی طرحواره یانگ، یک ابزار ۷۵ سؤالی برای سنجش طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با طیف لیکرت بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از (کاملاً «درست درباره من تا کاملاً» غلط درباره من) درجه‌بندی می‌شود. یانگ در سال ۱۹۹۸ این پرسشنامه را از روی فرم پرسشنامه اصلی فرم ۲۰۵ سؤالی، طراحی کرد. پرسشنامه طرحواره یانگ برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناکارآمد اولیه ساخته شد. در اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی آن، برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از 0.83 تا 0.96 به دست آمد و ضریب آزمون باز آزمون در جمعیت غیر بالینی بین 0.53 تا 0.82 بود. این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلال‌های شخصیت، روایی افتراقی خوبی نشان داده است [۱۴]. نتایج تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه، با نتایج تحلیل عاملی نسخه کوتاه این پرسشنامه، با نتایج تحلیل عاملی نسخه بلند آن همخوانی دارد و سنجش ۱۵ عامل (طرحواره) را به خوبی تأیید می‌کند. ثبات درونی زیر مقیاس‌های پرسشنامه نیز بسیار مناسب (آلفا بین 0.7 تا 0.93) گزارش شده است [۱۵].

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان CERQ:

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپنهورن در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قابل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس مواجه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و ۳۶ گویه دارد و اجرای آن خیلی آسان بوده و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده است. از ۹ زیر مقیاس تشکیل شده است. هر زیر مقیاس شامل ۴ گویه است. نمره کل هر یک از زیر مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره گویه‌ها به دست می‌آید. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در ایران توسط بشارت [۱۶] و حسنی [۱۷] اعتبار یابی شد. در مطالعه بشارت [۱۸] ویژگی‌های روان‌سنجی این فرم، شامل همسانی درونی، اعتبار بازآزمایی، روایی محتوایی، روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مطلوب گزارش شده است. همچنین بشارت

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبرد تنظیم شناختی هیجان در بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم

مقیاس‌ها	میانگین		انحراف استاندارد	
	بیماران قلبی	افراد سالم	بیماران قلبی	افراد سالم
محرومیت هیجانی	۳/۰۳۱۲	۱/۹۷۵۰	۰/۹۲۳۹۸	۰/۹۸۶۰۳
رهاشدگی / بی‌ثباتی	۳/۳۰۶۳	۱/۹۳۱۳	۱/۱۸۸۱۰	۰/۸۶۶۰۰
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	۲/۳۶۸۸	۱/۷۳۷۵	۱/۰۶۵۷۲	۰/۶۶۹۰۱
انزوای اجتماعی/ایبگانگی	۱/۷۵۰۰	۱/۶۰۰۰	۰/۶۸۵۳۳	۰/۸۴۷۰۱
نقص / شرم	۱/۷۲۵۰	۱/۷۶۲۵	۰/۶۰۹۰۷	۰/۸۳۶۲۷
شکست	۲/۲۱۲۵	۲/۰۷۵۰	۰/۸۳۹۲۶	۰/۷۵۳۰۶
وابستگی / بی‌کفایتی	۱/۹۵۰۰	۱/۷۱۸۸	۰/۹۵۸۴۹	۰/۸۷۶۷۴
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	۳/۰۴۳۷	۱/۷۶۲۵	۱/۳۹۹۲۹	۰/۶۹۳۶۳
خود تحول نیافته/ گرفتار	۲/۵۵۰۰	۱/۶۵۶۳	۱/۳۰۴۰۹	۰/۷۶۴۰۹
اطاعت	۲/۴۴۳۷	۱/۹۸۷۵	۰/۹۷۹۴۵	۰/۸۵۱۴۷
ایثار	۴/۴۷۵۰	۲/۸۲۵۰	۱/۱۲۶۵۱	۰/۸۷۸۰۵
بازداری هیجانی	۳/۴۱۸۸	۲/۵۹۳۷	۲/۰۳۷۹۴	۱/۰۶۱۳۳
معیار سرسختانه/عیب‌جویی	۴/۱۲۵۰	۲/۸۶۲۵	۱/۳۴۵۷۲	۱/۱۱۸۱۱
استحقاق/بزرگ‌منشی	۳/۵۹۳۷	۳/۴۶۲۵	۱/۰۱۱۵۳	۳/۸۷۰۶۳
خوب‌نشین‌داری/خودانضباطی ناکافی	۲/۸۱۲۵	۲/۲۱۲۵	۱/۰۱۲۱۰	۰/۸۰۴۷۲
خود سرزنش‌گری	۱۳/۴۳۷۵	۱۱/۲۸۱۳	۳/۴۴۴۸۴	۲/۶۷۸۸۸
پذیرش	۱۳/۷۵۰۰	۱۲/۱۲۲۵۰	۲/۴۷۵۶۹	۲/۹۰۵۲۵
نشخوار‌گری	۱۴/۲۵۰۰	۱۳/۵۶۲۵	۳/۱۱۰۸۶	۴/۸۱۸۹۰
تمرکز مجدد مثبت	۱۱/۱۸۷۵	۱۱/۲۱۸۸	۴/۰۰۳۵۳	۲/۸۲۵۴۰
تمرکز مجدد برنامه‌ریزی‌شده	۱۴/۸۷۵۰	۱۶/۱۵۶۳	۲/۹۰۴۳۹	۳/۱۶۳۳۹
ارزیابی مجدد مثبت	۱۴/۳۷۵۰	۱۷/۰۹۳۸	۲/۶۳۴۳۳	۲/۲۰۴۹۷
کم اهمیت شماری	۲/۸۴۴۹۱	۱۵/۸۷۵۰	۲/۸۷۴۹۱	۲/۲۶۸۲۹
فاجعه‌نمایی	۱۲/۹۳۷۵	۱۲/۷۵۰۰	۳/۱۱۰۲۱	۲/۴۴۹۴۹
دگر سرزنش‌گری	۱۱/۲۵۰۰	۱۱/۰۶۲۵	۳/۴۷۳۴۰	۲/۴۰۸۸۲

با اثر عامل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان عروق کرونر قلب و افراد سالم در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین اثر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب معنادار است.

همچنین همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، F محاسبه‌شده برای خودسرزنش‌گری و ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و پذیرش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. لذا بین بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

بحث

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین بیماران دچار انسداد عروق کرونر با افراد سالم از نظر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنادار وجود دارد. بر اساس نتایج شاخص‌های توصیفی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب، بالاترین میانگین در ایثار و معیارهای سرسختانه و کمترین میانگین در نقص و شرم می‌باشد. در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی‌شده بالاترین میانگین و کم اهمیت شماری کمترین میانگین در بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب است.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معناداری چند متغیره برای اثر بریدگی / طرد و خودگردانی و عملکرد مختل و محدودیت مختل و دگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم

آزمون	مقدار	F	df
لامبدای ویلکز	۰/۳۹۲	۴/۹۶۸**	۱۵

**p < ۰/۰۱

جدول ۲ نیز نشان می‌دهد آزمون‌های معناداری چند متغیره در رابطه با اثر بریدگی / طرد و خودگردانی و عملکرد مختل و محدودیت مختل و دگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین اثر عامل میزان طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیماران معنادار است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد F محاسبه‌شده برای محرومیت هیجانی، طرد و رهاشدگی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری و خود تحول‌یافته/گرفتار و خوب‌نشین‌داری/ خود انضباطی ناکافی، ایثار و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی در سطح ۰/۰۱ معنادار است بازداری هیجانی نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار است و لذا بین بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم تفاوت وجود دارد. جدول ۴ نشان می‌دهد، آزمون‌های معناداری چند متغیره در رابطه

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره طرحواره‌های ناسازگار اولیه

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	F	درجات آزادی بین گروهی	درجات آزادی درون گروهی
قلبی و سالم	محرومیت هیجانی	۱۹/۵۷۱**	۱	۶۲
	رهاشده‌گی/بی‌ثباتی	۲۷/۹۸۹**	۱	۶۲
	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۸/۰۵۳**	۱	۶۲
	انزوای اجتماعی	۰/۶۰۷	۱	۶۲
	نقص / شرم	۰/۱۶۸	۱	۶۲
	شکست	۰/۴۷۶	۱	۶۲
	وابستگی/بی‌کفایتی	۱/۰۱۴	۱	۶۲
	آسیب‌پذیری بیماری	۲۱/۵۳۷**	۱	۶۲
	خود تحول نیافته	۱۱/۱۸۹**	۱	۶۲
	استحقاق/ بزرگ‌منشی	۰/۰۳۴	۱	۶۲
	خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی	۶/۸۹۰**	۱	۶۲
	اطاعت	۳/۹۵۵	۱	۶۲
	ایثار	۴۲/۷۰۶***	۱	۶۲
	بازداری هیجانی	۴/۱۲۵*	۱	۶۲
	معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی	۱۶/۶۶۲**	۱	۶۲

*p<۰/۰۵، **p<۰/۰۱

جدول ۴. آزمون‌های معناداری چند متغیره تنظیم شناختی هیجان بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب و افراد سالم.

آزمون	مقدار	F	df
لامبدای ویلکز	۰/۴۹۹	۶/۰۲۵**	۹

**p<۰/۰۱

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره راهبردهای تنظیم شناختی هیجان افراد بیمار و سالم

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F
قلبی و سالم	خودسرنش‌گری	۶۶۴/۷۳۴	۱	۷۴/۳۹۱	۷/۸۱۳**
	فاجعه‌نمایی	۵۰۸/۴۳۸	۱	۲۲/۵۶۳	۲/۸۷۹
	پذیرش	۵۳۱/۷۵۰	۱	۴۲/۲۵۰	۵/۳۵۱*
	تمرکز مجدد مثبت	۷۴۴/۳۵۹	۱	۰/۰۱۶	۰/۰۰۱
	نشخوارگری	۱۰۲۷/۴۳۸	۱	۷/۵۳۸	۰/۴۶۰
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۵۹۷/۹۸۴	۱	۲۶/۲۶۶	۲/۸۴۸
	ارزیابی مجدد مثبت	۴۸۲/۴۸۴	۱	۱۱۸/۲۶۶	۲۰/۱۳۲**
	کم اهمیت شماری	۵۶۲/۷۳۴	۱	۱۴۷/۰۱۶	۲۱/۹۲۶**
	دیگر سرنش‌گری	۵۵۴/۴۳۸	۱	۰/۵۶۳	۰/۰۶۳

* p<۰/۰۵، ** p<۰/۰۱

مشکل‌آفرین دارند، به نشانه‌های مثل اضطراب یا افسردگی منجر می‌شوند. در مقابل طرحواره‌های ناسازگار اولیه که موجب تحمیل دیدگاهی منفی نسبت به وقایع زندگی می‌شوند، دیدگاه خوش‌بینانه، موجب فراخوانی هیجانات مثبت می‌شود و کیفیت مقابله با فشار روانی را در فرد بهبود می‌بخشد. پژوهش حاضر تا حدودی هماهنگ با پژوهشی است [۲۲] که در بیماران مبتلا به اسکروز موتیپل پرداخته شد که طرحواره‌های ناسازگاران در حوزه طرد و (بریدگی) محرومیت هیجانی، رهاشده‌گی، بی‌اعتمادی، نقص/شرم، بی‌اعتمادی اجتماعی با افراد سالم تفاوت داشتند به نظر می‌رسد که علیرغم اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران کودکی شکل می‌گیرند ولی ابتلای به بیماری جسمی می‌تواند فاکتور مهمی در فرایند شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه باشد که در افراد سالم بدین گونه نیست در پژوهشی [۲۳]

نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل واریانس تک متغیره و چند متغیره، بین بیماران قلبی دچار انسداد عروق کرونر و افراد سالم در طرحواره‌های اولیه، خرده‌مقیاس‌های محرومیت هیجانی، رهاشده‌گی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، خود تحول نیافته/گرفتار و همچنین حوزه محدودیت مختل در خرده‌مقیاس خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی و حوزه جهت‌مندی خرده‌مقیاس ایثار در سطح و در حوزه گوش به زنگی خرده‌مقیاس‌های معیار سرسختانه / عیب‌جویی در سطح و بازداری هیجانی در دو گروه بیماران قلبی و افراد سالم تفاوت معنادار بود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند و به عنوان صافی اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند به همین دلیل طرحواره‌های منفی در افرادی که تجارب کودکی

باعث رنجش افرادی می‌شوند که او از آن‌ها نگهداری می‌کند در پژوهشی [۲۷] رابطه رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان، بین محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، نقص / شرم، شکست، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، اطاعت، ایشار، بازداری هیجان، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی با رضایت از زندگی رابطه منفی معنادار وجود داشت و در پژوهش حاضر نیز طرحواره ناسازگار معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی در بیماران قلبی عروق کرونری که معمولاً رضایت از زندگی پایینی دارند معنادار شد در طرحواره معیار سرسختانه / عیب‌جویی باور اساسی بیماران قلبی مبنی بر این است که باید برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه درباره رفتار و عملکرد خود باید کوشش فراوانی به خرج دهد و این کار معمولاً برای جلوگیری از انتقاد صورت می‌گیرد. این طرحواره به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آید که تحت فشارند، نسبت به خودشان و دیگران بیش از حد عیب‌جویی می‌کنند و توقع دارند کارها با کیفیت عالی و در کوتاه‌ترین زمان انجام شوند. در نتیجه رضایت‌چندانی از موفقیت‌ها و نهایتاً زندگی خود ندارند. معنادار نبودن طرحواره فوق در افراد سالم ممکن است حاکی از رضایت‌مندی از زندگی افراد سالم باشد و اینکه فرد سالم در کودکی از طرف خانواده تحت فشار نبوده و مورد عیب‌جویی واقع نشده است.

با توجه به نتایج به دست آمده از بیماران قلبی مبتلا به عروق کرونر در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و خرده مقیاس‌های خود سرزنش‌گری، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کم اهمیت شماری تفاوت معنادار بود. پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند اختلال‌های خلقی، هیجان‌های منفی و انزوای اجتماعی زمینه‌آبتلا به انواع بیماری‌های جسمی را در افراد پدید می‌آورد. هیجان منفی خشم و خصومت علاوه بر بروز بیماری عروق کرونر قلب موجب تشدید و وخامت آن نیز می‌شود که در پژوهشی، از شیوه‌های القای خلق در راستای بهبود سلامت افراد بهره گرفتند [۲۸]. در زندگی روزمره، افراد همواره راهبردهای منظمی را برای تعدیل شدت و یا نوع تجارب هیجانی خود یا واقعه فراخواننده هیجان به کار می‌گیرند. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با الگوهای آسیب‌شناسی روانی، آمیختگی کامل دارد برای مثال اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نتیجه مشکلات تنظیم شناختی است اگر افراد قادر به مدیریت موثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌های شدید و طولانی مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی و اضطراب قابل تشخیص را بروز دهند. نتایج پژوهش حاضر تاحدی هماهنگ با نتایج پژوهشی [۲۹] می‌باشد که در آن افراد روان‌نژندی‌گرا در برخورد با تجربه منفی، بیشتر از راهبردهای ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، دیدگاه‌پذیری، فاجعه

که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افرادی که رفتار خود آزارنده داشتند چهار طرحواره محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی در افرادی که رفتار خود آزارنده داشتند معنادار شد. می‌توان این‌گونه تبیین نمود در بیماران قلبی که دارای طرحواره ناسازگار محرومیت هیجانی هستند این باور که نیازهای هیجانی فرد توسط دیگران در نظر گرفته نمی‌شود و این باور که دیگران یک منبع غیر قابل اعتماد برای حمایت و ارتباط هستند (طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی) و باور به اینکه فرد توسط دیگران مورد آسیب قرار می‌گیرد (طرحواره بی‌اعتمادی / بدرفتاری) و این که برخی از بحران‌ها حتمی و قریب‌الوقوع هستند (طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری) و این باورهای هیجانی و غیرقابل اعتماد بودن حمایت و بدرفتاری خانواده، این افراد را به صورت تلویحی به سمت ابتلا به بیماری عروق کرونر و ممکن است به سمت انجام رفتارهای خود آزارنده نیز سوق دهند که عدم معناداری طرحواره رهاشدگی و بی‌اعتمادی و آسیب‌پذیری در افراد سالم حاکی از آن است که بیماری جسمی وجود ندارد که منجر به شکل‌گیری باورها و طرحواره‌های ناسازگار شود و یا بالعکس آن. بدین معنا که وجود این طرحواره‌ها در بیماران قلبی می‌تواند به عنوان عاملی زمینه‌ساز در ابتلای بیماری‌های جسمی، به خصوص بیماری قلبی عروق کرونری گردد. بیماری قلبی عروقی یکی از بیماری‌های است که شرایط عمومی آن منجر به این باور می‌شود که شخص بیمار بر سلامت جسمش کنترل ندارد و فرد را به سمت بیماری سوق می‌دهد. همچنین در پژوهش حاضر علت بالا بودن میانگین طرحواره ایشار را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که آن‌ها اولویت زندگی خود را روی برآورده ساختن نیازهای دیگران قرار می‌دهند و نیازهای خود را به تعویق انداخته یا از آن چشم‌پوشی می‌کنند که همین امر منجر به افزایش اضطراب و استرس در این افراد شده و در نهایت افزایش احتمال ابتلای آن‌ها به بیماری می‌شود که می‌توان استنباط نمود که رابطه‌ای بین [۲۴] نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد. در افسردگی [۲۵] طرحواره‌های اطاعت / خودگردانی مختل و محدودیت‌های مختل، پیش‌بینی‌کننده معناداری برای علائم افسردگی می‌باشد که بیشتر بیماران قلبی انسداد عروق کرونر نیز همزمان یا قبل و بعد از بیماری انسداد کرونر مبتلا به افسردگی می‌شوند [۲۶] و در افراد افسرده دو طرحواره انزوای اجتماعی / بیگانگی و ایشار به صورت معناداری رابطه دارند؛ و این قبل و بعد و همزمانی افسردگی بیماران قلبی طرحواره ناسازگار ایشار معنادار شده به تمرکز افراطی بیماران بر ارضاء نیازهای دیگران در زندگی روزمره که به قیمت عدم ارضای نیازهای خود فرد تمام می‌شود چنین طرحواره ای منجر به این احساس می‌شود که نیازهای فرد ایشارگر به قدر کافی ارضاء نمی‌شوند و همچنین

مفیدی که منتهی به شرایط بهتر بیماری‌شان می‌شود به سازگاری و کنار آمدن با بیماری می‌پردازند. پژوهشگران [۳۶] در بیماران سرطانی نیز نقش تعدیل هدف و راهبردهای شناختی تنظیم هیجان را در بهزیستی روان‌شناختی مورد پژوهش دادند و دریافتند راهبردهای فاجعه‌نمایی و تمرکز بر تفکر به طور معناداری با عاطفه منفی بیشتر مرتبط است. تنظیم هیجانات از طریق شناخت‌ها به گونه‌ی جداناپذیری با زندگی انسان پیوند خورده است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی می‌توانند به فرد در حین یا بعد از تجربه وقایع استرس‌زا یا تهدیدکننده، در مدیریت یا تنظیم هیجان‌هایش کمک نموده و یا مانع از آن شود که فرد در آن‌ها غرق گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش قبل از هر چیز به نقش واسطه‌ای ویژگی‌های شناختی و طرحواره‌ها و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در آسیب‌شناسی روانی بیماری انسداد عروق کرونر قلب صحت می‌گذارد. پژوهشگر در این پژوهش سعی در بررسی محتوای شناختی طرحواره‌ها و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات خاص مرتبط با بیماری انسداد عروق کرونر قلب داشته است. بر اساس نتایج به دست آمده بیماران دچار انسداد عروق کرونری قلب، در حیطه شناختی و هیجانی دارای مشکلات بیشتری هستند. یافته‌های این مطالعه به طور تلویحی، نیاز به اجرای پژوهش‌هایی در زمینه اثربخشی درمان‌های طرحواره محور و آموزش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازش یافته در بیماران دچار انسداد عروق کرونر قلب را مطرح می‌کند. این امر گامی مهم در جهت تبیین و وضوح بخشی به اختلالات خواهد بود و از طرفی تلویحات مهمی در زمینه‌های درمانی خواهد داشت. در این راستا به نظر می‌رسد این حیطه نیازمند بررسی دقیق و جداگانه اختلال به منظور تبیین آن‌ها و ترسیم نمای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی سازش یافته دخیل در شکل‌گیری و تداوم بیماری قلبی عروق کرونر می‌باشد. با توجه به اینکه این مطالعه گذشته‌نگر بوده، بررسی‌های آینده‌نگر و قبل از شروع بیماری انسداد عروق کرونر قلب، لازم به نظر می‌رسد و می‌تواند به شناخت بهتر عوامل روان‌شناختی و نقش آن‌ها در ایجاد بیماری قلبی کمک کند. در روش پس رویدادی امکان دست‌کاری متغیر از محقق سلب شده است بنابراین نمی‌توان نتایج حاصل از بررسی متغیر مستقل و وابسته را قطعی تلقی کرد. علاوه بر این، بستری شدن در بیمارستان، خود به عنوان یک عامل استرس‌زای قوی مطرح است و کنترل نشدن این متغیر، استفاده از نمونه‌برداری در دسترس، حجم پایین نمونه مورد مطالعه، فقدان کنترل‌های آماری و کاربردی در روش اجرا از محدودیت‌های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود انجام بررسی‌های تکمیلی با اجرای دقیق‌تر و با گروه‌های نمونه وسیع‌تر

سازی و ملامت دیگران و افراد پایدار هیجانی از راهبردهای تمرکز مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی استفاده می‌کنند. به لحاظ نظری راهبردهای خود سرزنش‌گری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و دیگر سرزنش‌گری به عنوان راهبردهای سازش نایافته تنظیم شناختی هیجان در نظر گرفته می‌شوند، درحالی‌که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری تحت عنوان راهبردهای سازش یافته تنظیم شناختی هیجان مطرح می‌شوند. یافته‌های پژوهش‌ها نشان می‌دهند که راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان نظیر نشخوارگری، خود سرزنش‌گری و فاجعه‌نمایی به صورت مثبت با آشفتگی هیجانی و سایر جنبه‌های آسیب‌شناختی همبسته هستند، ولی در راهبردهای سازش یافته مانند ارزیابی مجدد مثبت، این همبستگی منفی است [۳۰، ۳۱، ۳۲]. در پژوهش حاضر راهبرد سازش نایافته تنظیم هیجان، خود سرزنش‌گری بیماران قلبی و راهبرد تنظیم شناختی هیجان سازش یافته پذیرش، معنادار بود که در راهبرد تنظیم شناختی هیجان پذیرش، فرد در برخورد با تجارب منفی و شرایط ناگوار به ناچار به پذیرش شرایط و کنار آمدن با آن می‌پردازد که به دلیل شرایط اضطراب‌انگیز و ناتوانی مزمن در کنترل بیماری‌شان به سمت اختلالات خلقی از جمله افسردگی سوق داده می‌شوند و به ناچار از این راهبرد به کرات استفاده می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده [۳۳] تجلی هیجان در بیماران افسرده در مقایسه با افراد غیر افسرده، کاهش می‌یابد. عاطفه مثبت پایین و عاطفه منفی بالا به ترتیب طرح‌های متمایزی از افسردگی و اضطراب هستند، همچنین عاطفه منفی با نوروزگرایی رابطه دارد. شرایط عمومی در بیماری قلبی منجر به عدم اتکا به خود و تلویحاً موجب افزایش اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا می‌شود [۳۴] که راهبردهای پذیرش، توجه مثبت مجدد، ارزیابی مجدد مثبت با سطوح بالاتر رشد سکنه قلبی ارتباط دارد. در پژوهش حاضر میانگین نمرات تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی بیماران قلبی بالاتر از افراد سالم بود، در راهبرد تنظیم شناختی هیجان ارزیابی مثبت مجدد، فرد در برخورد با شرایط ناگوار به یادآوری تجارب مثبت خود می‌پردازد. در بیماران قلبی عروق کرونری، ارزیابی مجدد مثبت، نوعی راهبرد تنظیم شناختی هیجان سازش یافته است که در مواجهه با شرایط ناگوار به تجارب ارزشمند ناشی از رویارویی با شرایط به وجود آمده و تأکید بر سازنده بودن این شرایط دارد که با گذشت زمان و استفاده از این راهبرد به بهبود و انطباق با شرایط نامطلوب بیماری‌شان منجر می‌شود [۳۵]. از آنجایی که بین سبک‌های تنظیم هیجان شناختی سازگار (تمرکز مثبت، ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز دوباره بر برنامه‌ریزی و سلامت عمومی، همبستگی مستقیم وجود دارد. بیماران قلبی به دلیل شرایط نامناسب بیماری‌شان هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کنند با مرور زمان و به یادآوردن موقعیت‌ها و تجارب

نمودند و صادقانه پاسخگوی سؤال‌ها بودند، همچنین از کارمندان بیمارستان شهید بهشتی و پزشکی هسته‌ای نور که نهایت همکاری را در انجام پژوهش داشتند و تمام اساتیدی ارجمندی که با صبر و شکیبایی به من آموختند تشکر و قدردانی می‌گردد.

و در مطالعات آینده متغیرهای اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی نیز بررسی گردند.

تشکر و قدردانی: با تشکر از تمام بیماران قلبی که همکاری

منابع

1. Fauci AS. Harrison's principles of internal medicine: McGraw-Hill Medical New York; 2008.
2. Shepherd CW, While AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2012; 49(6):755-71.
3. Andreoli TE. Principles of Internal Medicine Cecil: Philadelphia: W.B. Saunders; 2010.
4. Kashi A, Saha S. Ethics in Biomaterials Research. *J Long Term Eff Med Implants.* 2009; 19(1):19-30.[Persian]
5. Masoudnia E. Hostility, anger and risk of coronary artery atherosclerosis. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci and Health Services.* 2010; 18(6):540-55 .[Persian]
6. Moazen S., Azad-Fallah P., Safi M. Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects. *J Behav Sci.* 2009; 3(2):9-10.[Persian]
7. Zeinali S, Ashrafi P, Beirami M. A comparative study of personality factors and mental health components in heart patients and normal ones. *Urmia Med J.* 2011; 22(5):432-8.[Persian]
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide: Guilford Press; 2003.
9. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behavior Ther Experiment Psychiatr.* 2010; 41(4):373-80.
10. Samani S, Sadeghi I. Psychometric Adequacy Of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *J Methods Ment Models.* 2009; 1(1):51-62.[Persian]
11. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(2):217-37.
12. Campbell-Sills LH, Barlow D. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood Disorders. *Handbook of emotion regulation;* 2007.
13. Todaro JF, Shen B-J, Niaura R, Spiro A, Ward KD. Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study). *Am J Cardiol.* 2003; 92(8):901-6.
14. Young JE, Brown G. Young schema questionnaire: A schema-focused approach. *J Cogn Ther Per Disord.* 1994; 4:63-76.
15. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cogn Ther Res.* 2002; 26(4):519-30.
16. Besharat MA. A Preliminary Study of The Psychometric Properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Research Report, Tehran University; 2009.[Persian]
17. Hasani J. The Psychometric Properties of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *J Clin Psychol Med Settings.* 2010; 2(3):73-83.[Persian]
18. Besharat MA. Examined The Psychometric Properties of The Questionnaire In a Sample of Community Settings Emotional Understanding. *J Nurs Midwifery.* 2011; 75:In Press.
19. Aminabadi Z, Dehghani M, Khodapanahi MK. Factor structure and validation of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *J Behav Sci.* 2012; 5(4):365-71.[Persian]
20. Yaghobi H, Ghaedi G, Omid A, kahani SHZ. A Preliminary Study to Validate and Determine The Cut Questionnaire (GHQ28) on University Freshman Control. Book of Proceedings of the Fourth Seminar on Students' mental Health; 2008.[Persian]
21. Pirkhaefi A. Relationship Between Metacomponent of Creativity and Mental Health in Student of University[Dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabai University; 2009.[Persian]
22. Akhany A, Ayzdykhvah Z, Bagherian Sararoudi R, Khorvash F. The Role of Illness Perception on The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, and Level of Disability in Patients With Multiple Sclerosis. Special Issue Behav Med. 2012; 10(7):609-18.[Persian]
23. Castille K, Prout M, Marczyk G, Shmidheiser M, Yoder S, Howlett B. The Early Maladaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *J Cogn Psychother.* 2007; 21(1):58-71.
24. SHahamat F. Anticipated public health symptoms (somatization, anxiety and depression) based on early maladaptive schemas. *J Res Psychol.* 2010; 5(20):103-24.[Persian]
25. Halvorsen M, Wang C, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cogn Ther Res.* 2009; 34(4):368-79.
26. Lumley M, Harkness K. Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schemas, and Symptom Profiles in Adolescent Depression. *Cogn Ther Res.* 2007; 31(5):639-57.
27. Yoosofnejad Shirvani M, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. *Knowledge Res Appl Psychol.* 2011; 12(2):55-65.
28. Rafi'eenia P, Azad-Fallah P, Fathi-Ashtiani A, Rasulzade KT. Effect of mood states on cardiovascular responses based on extraversion and

- neuroticism personality dimensions. *J Behav Sci.* 2009; 3(2):85-91.[Persian]
29. Hasani J, Azad Fallah P, Rasoulzadeh Tabatabai S, Ashayeri H. Evaluation of cognitive emotion regulation strategies based on idealism and neurotic dimensions of extraversion. *Recent Cogn Sci.* 2008;10:1-13.
30. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, Van Den Kommer T, Teerds JAN. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *J Adolesce.* 2002; 25(6):603-11.
31. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Indiv Diff.* 2006; 40(8):1659-69.
32. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Indiv Diff.* 2004; 36(2):267-76.
33. Spitznagel MB, Potter V, Miller LA, Roberts Miller AN, Hughes J, Rosneck J, et al. Ability to regulate emotion is predicted by depressive symptoms and cognitive function in a cardiac sample. *J Cardiovascular Nurs.* 2013; 28(5):453-9.
34. Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Somsen GA. Post-Traumatic growth after a myocardial infarction: A matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *J Clin Psychol Med Settings.* 2008; 15(4):270-7.
35. Bemani Yazdi B, Azad Fallah P, Bagheri F. Experiences influence emotional reactions of cardiovascular and muscle activity in the face of personality D. *Morphological J Res Psychol Health.* 2010; 3(11):5.
36. Schroevers M, Kraaij V, Garnefski N. Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Pers Indiv Diff.* 2007; 43(2):413-23.