

## مقاله پژوهشی

## رابطه بین طرحواره های هیجانی با میزان اضطراب و افسردگی و سبک های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب

محمد حسین بیاضی<sup>۱</sup>، زکیه گوهری<sup>۲</sup>، سید کاوه حجت<sup>۳\*</sup>، آرمان بهراد<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> استادیار روانشناسی، گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران  
<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران  
<sup>۳</sup> استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، بجنورد، ایران  
<sup>۴</sup> دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، بجنورد، ایران  
 \*نویسنده مسئول: بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری  
 پست الکترونیک: S.kavehhojjat1@gmail.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** ارتباط استرس و بیماری کرونری قلب در چنین مطالعه نشان داده شده است. طرحواره ها از دوران کودکی به تدریج شکل گرفته و باور ها و شناخت فرد در آینده را تشکیل می دهند. هدف از این پژوهش تعیین رابطه طرح واره های هیجانی با اضطراب، افسردگی و سبک های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب می باشد.

**مواد و روش کار:** به این منظور ۱۰۰ نفر از بیماران بستری در بخش قلب بیمارستان امام رضا (ع) شهرستان بجنورد که تشخیص بیماری کرونری قلب را داشتند انتخاب و مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی (LESS) (Leahy Emotional Schemas scale)، پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس فرم کوتاه (CISS) و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) برای آنها تکمیل شد. به منظور تحلیل داده ها از آزمون رگرسیون چند متغیره استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که بین طرحواره هیجانی عقلانی با سبک مقابله مساله مدار همبستگی مثبت و معنی دار ( $P < 0.05$ ,  $R^2 = 0.215$ ) و بین طرحواره هیجانی سرزنش با سبک مقابله مساله مدار همبستگی منفی و معنی داری ( $P < 0.05$ ,  $R = -0.219$ ) وجود دارد اما هیچکدام از طرحواره های هیجانی سبک مقابله مساله مدار را پیش بینی نمی کنند ( $R^2 = 0.159$ ). بررسی ابعاد مختلف طرح واره های هیجانی نشان داد که مولفه ارزش های بالاتر، پیش بینی کننده معکوس روش مقابله هیجان مدار ( $R^2 = 0.271$ ) و مولفه عقلانی بودن، پیش بینی کننده معکوس روش مقابله اجتناب مدار ( $R^2 = 0.291$ ) و مولفه نشخوار فکری، پیش بینی کننده اضطراب ( $R^2 = 0.47$ ) و مولفه کرحتی، پیش بینی کننده افسردگی بود ( $R^2 = 0.484$ ).

**نتیجه گیری:** نتیجه این پژوهش ضرورت توجه به مفهوم طرحواره های هیجانی در بیماران کرونری قلب به خصوص در زمینه درمان و بازتوانی این بیماران را روشن می سازد.

**واژه های کلیدی:** طرحواره های هیجانی، راهبردهای مقابله با استرس، اضطراب، افسردگی، بیماری کرونری قلب

## مقدمه

تجربه هیجانی منفی تاکید شده است [۲]. و علائم شدید افسردگی، اضطراب و استرس حاد و مزمن طولانی مدت، با سه برابر شدن خطر مرگ ناگهانی همراه هستند [۳]. این بیماری، ناشی از آسیب سرخرگ های کرونر می باشد [۴]. یکی از عوامل مهم حملات قلبی، فشار روانی یا استرس

بیماری کرونری قلب (CHD) از اختلالاتی به شمار می روند که جنبه های روانشناختی در پیدایش و تکوین آنها نقش اساسی دارند [۱]. عوامل روانشناختی زیادی در بروز بیمار یهای قلبی شناسایی شده اند و در این میان به

مدار شیوه هایی است که بر اساس آن فرد بر خود متمرکز شده و تمام تلاش خود را متوجه کاهش هیجانات ناخوشایند خویش می کند. (۳) مقابله اجتنابی مدار، مستلزم فعالیت ها و تغییرات شناختی است که هدف فرد اجتناب از موقعیت ها و رویدادهای تنیدگی زا است [۱۱]. لیهی معتقد است افراد از نظر راهبردهای مقابله با هیجان با هم تفاوت دارند [۱۲]. وقتی که یک هیجان ناخوشایند نظیر غم، خشم، یا اضطراب فعال می شود، ممکن است فرد با افکار و رفتارهای منفی به آن هیجان واکنش نشان دهد که می تواند زیر بنای آسیب پذیری در برابر انواع بیماری ها باشد [۱۲]. اکبری، علیلو و اصلان آبادی نیز در پژوهش خود دریافتند که بیماران کرونری قلب در مقایسه با افراد گواه، میزان استرس بالاتری را تجربه می کنند و در برخورد با مسایل استرس زا بیشتر از سبک های هیجان مدار بهره می گیرند [۱۳]. دیگر سازه ای که ارتباط احتمالی با طرحواره های هیجانی دارد، اضطراب می باشد. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است که خبر از خطری قریب الوقوع می دهد و شخص را برای مقابله آماده می سازد. بر اساس نظریه ی طرحواره بک (۱۹۷۶) اضطراب با افکار منفی خودکار و تحریف در تفسیر محرک ها و رویدادها مشخص می شود. تصور می شود که افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلند مدت، نشأت می گیرد. در همین راستا، طرح واره ها را نیز می توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه ی سازمان یافته ای از اطلاعات، باورها و فرض ها دانست [۱۴]. به واسطه این مبنای نظری به نظر می رسد اضطراب می تواند پیامد طرح واره ها باشد. پژوهش های انجام شده در این حوزه نیز حاکی از ارتباط اضطراب و طرحواره ها می باشد.

پژوهش عارف نیا، سرنندی و یوسفی حاکی از ارتباط میان طرحواره ها و اضطراب مدرسه می باشد [۱۴]. لی (۲۰۰۷) نیز در پژوهشی دیگر بر روی یک نمونه از دانشجویان به آزمون دو مدل فرضی که در آن طرحواره های شناختی نقش میانجی رابطه میان کمال گرایی جامعه مدار و اضطراب و افسردگی را داشت، پرداخت. متغیر احتمالی دیگر افسردگی می باشد. افسردگی حالت مرضی عاطفی

می باشد. فشار روانی از طریق واکنشهای عمومی بدن به محرک بیزاری آور، باعث ایجاد بیماری کرونری قلب می شود [۵]. تغییرات قلبی ایجاد شده به وسیله ی دستگاه عصبی خودکار عمیقا به استرس های هیجانی حاد نظیر اندوه، ترس یا خشم شدید حساس است، بنابراین تعجبی ندارد که هیجانات حاد بر قلب تاثیر داشته باشند. مواردی از مرگ قلبی ناگهانی به دنبال دیسترس های هیجانی، در تمام طول تاریخ و فرهنگ ها یافت می شود [۶].

هیجانات نقش اساسی و موثری در بروز بیماریهای روان تنی بویژه بیماری کرونری قلب دارند. هیجانها پدیده های چند وجهی اند، که تا اندازه ای حالت های عاطفی ذهنی هستند که باعث می شوند تا به شیوه خاصی احساس کنیم. هیجانها یک زنجیره از اعمال خودکار هستند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی خود به زنجیره ی زیربنایی خود یعنی طرحواره های هیجانی می رسند و در نقش ساخت و تداوم آنها عمل می کنند [۷]. در واقع می توان گفت هیجان ها، عوامل سازنده یک طرحواره هیجانی<sup>۳</sup> هستند [۸]. در همین راستا، درمانگران بالینی و مشاوران معتقدند که طرحواره ها و نگرش ها نسبت به هیجان ها در کاهش تجربه استرس و نهایتا پیشگیری و بهبود بیماران موثر است [۹] که بیماری کرونری قلب نیز از این قاعده مستثنی نیست.

با توجه به آنچه گفته شد و با عنایت به ضرورت شناخت بیشتر و کاهش بروز بیماری کرونری قلب، محقق در پژوهش حاضر تمایل به شناسایی عوامل احتمالی دارد که می تواند با طرحواره های هیجانی بیماران کرونری ارتباط داشته باشد. این عوامل عبارتند از، سبک های مقابله با استرس<sup>۱</sup>، اضطراب<sup>۲</sup> و افسردگی<sup>۳</sup>، مقابله<sup>۴</sup> را کوشش های رفتاری و شناختی ای تعریف کرده اند که باعث مهار کردن، مدارا و کاهش نیازها یا خواسته های درونی و بیرونی و تعارض میان آنها می شود [۱۰]. سه نوع راهبرد مقابله برای آن در نظر گرفته اند. (۱) مقابله مسئله مدار شیوه هایی است که بر اساس آن فرد برای کاستن یا از بین بردن علت تنیدگی انجام می دهد. (۲) مقابله هیجان

- 1 -Coping style
- 2- Anxiety
- 3 -Depression
- 4 -Coping

اشتباه است . تا ۶) : درباره من کاملاً درست است) محاسبه می شود. این پرسشنامه بطور کلی مشخص می کند که فرد در طی ماه گذشته با احساسات و هیجان های خود چگونه برخورد می کند. همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ ۰/۸۶) به دست آمده است و اعتبار آن را تحلیل عاملی تایید کرده اگرچه تا به امروز مطالعه ای بر روی اعتبار نسخه اصلی (LESS) انجام نشده تحقیقات نشان داده که در نسخه ترکی LESS ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه مقیاس برابر ۰/۷۰ است [۱۷]. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۱ بدست آمد.

پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس-فرم کوتاه (CISS-21) فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط کالزبیک و همکاران بر اساس پرسشنامه اصلی ۴۸ عبارتی اندلر و پارکر در سال ۱۹۹۰ ساخته شده است. تفاوت فرم کوتاه با پرسشنامه اصلی در تعداد عبارات آن است. پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس دارای ۴۸ عبارت است. در حالی که فرم کوتاه آن از ۲۱ عبارت تشکیل شده است این مقیاس سه سبک مقابله اصلی یعنی مساله مدار، که به معنای کنترل هیجانات و برنامه ریزی برای حل گام به گام مسئله است (شامل عبارات شماره: ۱۹، ۱۶، ۱۳، ۱۱، ۸، ۶، ۲)، هیجان مدار، که در آن فرد به جای تمرکز بر خود مسئله بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل بر کاهش هیجانات منفی تلاش می کند (شامل عبارات شماره: ۲۰، ۱۷، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۵، ۳) و سبک مقابله اجتنابی که فرد از روبروشدن با مشکل اجتناب می کند (شامل عبارات شماره: ۲۱، ۱۸، ۱۵، ۹، ۷، ۴، ۱)، رالزیابی می کند . این پرسشنامه نوعی ابزار خود گزارشی بوده که آزمودنی ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای (هرگز = ۱ تا بسیار زیاد = ۵) وضعیت خود را مشخص می کنند و حداکثر نمره فرد در هر خرده مقیاس ۳۵ می باشد [۱۸]. ضریب آلفای زیر مقیاس هارابدین شرح است: مقابله مسئله مدار: ۰/۷۲ مقابله هیجان مدار: ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی: ۰/۷۴ [۱۹] همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی کالزبیک و همکاران (۲۰۰۲) ساختار سه عاملی فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس را تایید کرد، که این حاکی از اعتبار سازه این آزمون است [۱۸] همچنین نتایج پژوهش بویسان حاکی

است که با احساس ناامیدی، بی کفایتی، گناه، ترس و بی ارزشی همراه است [۱۵]. پژوهش های چندی رابطه میان طرحواره ها و افسردگی را نشان داده اند. کالویت، استیوز، لویز و رویز (۲۰۰۵) در پژوهشی نقش پیش بینی کنندگی طرحواره های ناسازگار اولیه را در علائم افسردگی و اضطراب در یک نمونه غیر بالینی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج آنها نیز نشان داد که طرحواره های نقص/شرم، شکست و ایثار تنها پیش بینی کننده های مهم در علائم افسردگی بودند. این نتایج هم چنین بیان می کردند که طرحواره های ترس از رهاشدگی، شکست و اطاعت متغیرهای پیش بین عمده ای در علائم اضطراب می باشند. فقدان پژوهش های کافی و متعاقباً وجود نیاز پژوهشی برای توسعه مفهوم طرحواره های هیجانی در حیطه بیماری های قلبی بویژه بیماری کرونری قلب، همچنین شناسایی هسته اصلی این بیماری، انگیزه اصلی انجام این پژوهش بود. بر این اساس، این پژوهش با هدف شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با طرح واره های هیجانی صورت گرفته است. لذا این سوال مطرح می شود که آیا بین طرحواره های هیجانی، سبک های مقابله با استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران کرونری قلب رابطه وجود دارد؟

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت است از کلیه زنان و مردان مبتلابه بیماری کرونری قلب شهرستان بجنورد که در بخش قلب بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد بستری شدند. براساس جدول آمار ی وبا توجه به اینکه حجم بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) بجنورد طی یک ماه حدود ۱۲۰ نفر می باشد حجم نمونه ۹۲ نفر برآورد شد. [۱۶] که جهت احتیاط و کاهش خطا، حجم نمونه در این مطالعه ۱۰۰ نفر انتخاب شد. که شامل ۴۸ نفر مرد و ۵۲ نفر زن بود. افراد شرکت کننده در این پژوهش در دامنه سنی ۳۴ تا ۷۶ سال قرارداد شدند. مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی LESS در سال ۲۰۰۲ توسط رابرت لیهی برای شناسایی طرحواره های هیجانی مختلف طراحی گردید. که در بردارنده ۱۴ بعد و ۵۰ سوال است که در مقیاس ۶ درجه ای لیکرت (۱) : درباره من کاملاً

زیرمقیاس های طرحواره های هیجانی بدین شرح بود: تایید دیگران (۱۰/۵۰)، قابل درک بودن (۱۲/۸)، گناه (۱۲/۴۸)، دیدگاه ساده درمورد هیجان (۱۲/۹۹)، ارزشهای بالاتر (۱۰/۱۱)، قابل کنترل (۹/۹۷)، کرختی - بی حسی (۶/۹۶)، عقلانیت - ضد هیجانی (۱۰/۱۶)، طول مدت احساسات قوی (۹/۸۱)، توافق عمومی (۱۲/۱۹)<sup>۱</sup>، پذیرش احساسات (۲۲/۱)، نشخوار ذهنی (۱۴/۱۳)، ابراز (۷/۰۹)، سرزنش (۷/۴۲)

جدول ۲ نشان می دهد که "همبستگی بین طرحواره های هیجانی و روش مقابله مساله مدار برابر ۰/۳۹۹ می باشد. که به تنهایی ۰/۱۵۹ درصد از واریانس روش مقابله (مساله مدار) با استرس را تبیین می کند. و با روش مقابله هیجانمدار با استرس ۰/۵۲۱ است که به تنهایی ۰/۲۷۱ درصد از واریانس روش مقابله هیجان مدار با استرس را تبیین می کند. همچنین ضریب همبستگی بین طرحواره های هیجانی و روش مقابله اجتناب مدار ۰/۵۲۱ است که به تنهایی ۰/۲۷۱ درصد از واریانس روش مقابله اجتناب مدار با استرس را تبیین می کند. ضریب همبستگی با "اضطراب" ۰/۶۸۶ است که به تنهایی ۰/۴۷۰ درصد از واریانس اضطراب را تبیین می کند و ضریب همبستگی با "افسردگی" ۰/۶۲ است که به تنهایی ۰/۳۸۴ از واریانس افسردگی را تبیین می کند. جدول شماره ۳ نشان میدهد که طرحواره های هیجانی بطور معنادار پیش بینی کننده روش مقابله مساله مدار با استرس بیماران نمی باشند. و از بین طرحواره های هیجانی تنها دو مولفه "ارزش ای بالاتر و عقلانی" بطور معنادار پیش بینی کننده روش مقابله هیجان مدار، مولفه "عقلانی" بطور معنادار پیش بینی کننده روش مقابله اجتناب مدار، مولفه "عقلانی" بطور معنادار پیش بینی کننده روش مقابله اجتناب مدار و مولفه های "گناه"، دیدگاه ساده انگارانه به هیجانات، کنترل، کرختی، توافق عمومی، پذیرش احساسات، نشخوار ذهنی و سرزنش" بطور معنادار پیش بینی کننده اضطراب می باشد همچنین از جدول شماره ۳ نتیجه گرفته می شود که از بین طرحواره های هیجانی تنها مولفه "کرختی، نشخوار ذهنی و سرزنش" بطور معنادار پیش بینی کننده افسردگی بیماران می باشند

از رابطه مثبت معنادار عاطفه مثبت بازیر مقیاس مقابله مسئله مدار و رابطه مثبت و معنادار عاطفه منفی با زیر مقیاس مقابله هیجان مدار است که این مطلب نشان دهنده روایی همزمان فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پر استرس است. ضریب آلفای زیر مقیاس ها در مطالعه حاضر بدین شرح است: مقابله مسئله مدار: ۰/۷۰، مقابله هیجان مدار: ۰/۷۱، و مقابله اجتنابی: ۰/۷۲. این مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان (HADS) hospital anxiety and depression scale ابزار خودگزارشی ۱۴ آیتمی است که برای غربال وجود و شدت نشانه های افسردگی و اضطراب در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. و جمعیت مورد بررسی آن از نوجوانان ۱۶ سال به بالا تا سالمندان است [۲۰]. این ابزار یک زیر مقیاس افسردگی هفت قسمتی شامل عبارات: ۱۴، ۱۰، ۸، ۶، ۴، ۲، و یک زیر مقیاس اضطراب هفت قسمتی شامل عبارات: ۱۳، ۹، ۷، ۵، ۳، ۱، ۰، که در هر دوی آنها برای کاستن احتمالی تشخیص های مثبت کاذب نشانه ها را حذف کرده اند. نمره گذاری هر جزء آزمون روی یک مقیاس صفر تا سه است. بنابراین نمرات زیر مقیاس های افسردگی و اضطراب در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می گیرد. برای هر دو زیر مقیاس این پرسشنامه نمرات در دامنه صفر تا هفت عادی یا طبیعی، ۸ تا ۱۰ خفیف، ۱۱ تا ۱۴ متوسط و ۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می شود. همسانی درونی برای خرده مقیاس اضطراب آلفای کرونباخ: ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس افسردگی، آلفای کرونباخ: ۰/۸۵ به دست آمده است [۲۱]. و اعتبار سازه آن با استفاده از مقیاس های مرتبط رضایت بخش بوده است [۲۰]. به منظور بررسی رابطه طرحواره های هیجانی با سبک ها مقابله با استرس و اضطراب و افسردگی از ماتریس همبستگی و سپس از آزمون رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد.

#### یافته ها

۴۸ درصد از بیماران نمونه مورد مطالعه را مردان و ۵۲ درصد را زنان تشکیل می دهند که در دامنه سنی ۳۴ تا ۷۶ سال قرار داشتند. میانگین افسردگی (۱۰/۲۵)، اضطراب (۱۱/۲۵) و میانگین روش مقابله مسئله مدار (۲۰/۲۰)، هیجان مدار (۱۹/۵۴)، اجتناب مدار (۱۹/۹۰) و میانگین

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران کرونری قلب بر حسب جنسیت

تعداد درصد	درصد تراکمی	
۴۲ (۴۲٪)	۴۲٪	مرد
۵۸ (۵۸٪)	۱۰۰٪	زن
۱۰۰ (۱۰۰٪)	—	کل

جدول ۲: ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون (همزمان) بین طرحواره های هیجانی با اضطراب، افسردگی و روش های مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب

متغیر	ضریب همبستگی R	مجدور ضریب همبستگی R <sup>2</sup>	ضریب تعدیل شده	میزان F	سطح معنی داری
روش مقابله (مساله مدار)	۰/۳۹۹	۰/۱۵۹	۰/۰۲۰	۱/۱۴۷	۰/۳۳۱
روش مقابله (هیجان مدار)	۰/۵۲۱	۰/۲۷۱	۰/۱۵۱	۲/۲۵۹	۰/۰۱۱
روش مقابله (اجتناب مدار)	۰/۵۴۰	۰/۲۹۱	۰/۱۷۴	۲/۴۹۳	۰/۰۰۵
اضطراب	۰/۶۸۶	۰/۴۷۰	۰/۳۸۳	۵/۳۸۴	۰/۰۰۰
افسردگی	۰/۶۲۰	۰/۳۸۴	۰/۲۸۳	۳/۷۸۶	۰/۰۰۰

جدول ۳: رگرسیون ابعاد طرحواره های هیجانی با افسردگی، اضطراب و سبک های مقابله با استرس

متغیر	روش مقابله	روش هیجان مدار	روش اجتناب مدار	اضطراب	افسردگی
تایید	-۱/۴۰۶	۱/۰۱۴	۰/۷۱۶	۱/۷۴۵	۱/۵۲۴
قابل درک بودن	۰/۱۸۹	-۱/۰۴۳	-۱/۴۴۳	-۰/۵۷۸	-۰/۱۰۰
گناه	-۱/۱۹۴	۰/۷۴۷	۱/۲۰۸	۲/۶۷۹	۱/۶۹۰
دیدگاه ساده انگارانه	-۰/۹۴۰	۰/۹۴۵	۱/۳۵۷	۲/۰۸۴	۰/۶۹۶
ارزشهای بالاتر	-۰/۱۰۲	-۲/۰۶۵	-۰/۳۹۲	۰/۸۱۵	-۱/۸۸۸
کنترل	۰/۱۵۱	-۱/۵۷۹	-۰/۷۰۱	۲/۴۰۴	۰/۶۹۰
کرختی	۰/۲۸۱	-۰/۰۳۷	-۰/۰۱۱	۲/۳۳۳	۴/۳۶۲
عقلانی	۱/۶۵۱	-۱/۹۷۸	-۰/۳۵۰	-۱/۳۲۸	۰/۲۹۵
طول مدت	۰/۸۸۲	-۰/۰۷۲	-۰/۰۳۴	۰/۷۲۳	-۰/۶۹۱
توافق عمومی	-۰/۸۶۹	۰/۳۸۹	۰/۰۷۶	-۲/۱۱۰	-۱/۲۲۶
پذیرش احساسات	۰/۱۸۱	۰/۱۲۲	-۰/۱۱۲	۱/۳۲۴	۰/۴۴۱
نشخوار ذهنی	-۰/۴۶۱	-۰/۲۶۲	۰/۱۰۳	۳/۵۵۳	۲/۲۱۹
ایراز	-۰/۶۸۷	-۰/۸۷۷	-۰/۰۰۳	-۰/۶۵۷	-۰/۵۹۱
سرزنش	-۱/۵۰۱	۱/۷۶۳	۰/۱۹۱	۲/۷۶۸	۲/۶۴۵

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین روش مقابله مسئله مدار و طرحواره های هیجانی رابطه معناداری وجود ندارد بطور کلی، در تبیین احتمالی این یافته می توان اذعان نمود که تلاش های مساله مدار در سطوح شناختی رخ می دهد که عموماً عامل موثر بر سازگاری با محیط می باشد. هدف مقابله‌ی مسئله‌مدار، تغییر شرایط استرس‌آفرین است نتایج عدم معناداری آماری بین ابعاد ۱۴ گانه طرحواره هیجانی و سبک مقابله ای مساله مدار در پژوهش حاضر با بخش هایی از نتایج یافت شده در،

پژوهش های پیشین مانند دریر، الپورت، فلتچر و سوانسون، ۲۰۰۵؛ جافی، دزوریلا، ۲۰۰۶؛ تچ و تچ، ۲۰۰۷، هماهنگ می باشد [۲۵، ۲۴، ۲۳]. رابطه معکوس ارزش های بالاتر و سبک های مقابله هیجان مدار به این صورت قابل تبیین است که بطور کلی، تحقیقات نشان داده اند که اکثر افراد بیمار کرونری در مقابله با استرس از سبکهای اجتنابی یا هیجانی استفاده می کنند که هیچ کمکی به حل مسئله بوجود آمده نمی کند در حالی که افراد هنگام تفکر در مورد ارزش های بالاتر از آثار مطلوبی همچون آرامش، امید، عزت نفس و نشاط در

توجیه این یافته می‌توان به این مطلب استناد کرد که، یکی از سازه‌های مرتبط با نگرانی و اضطراب، نشخوار فکری است. در توجیه این یافته که کرختی پیش بینی کننده بهتر افسردگی بیماران کرونری است ( $P < 0/05$ ). می‌توان به این مطلب استناد کرد که؛ خلق پایین و احساس عدم لذت، نشانه‌های کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه بیماران افسرده احساس خستگی یا کمبود انرژی و کاهش توانایی تفکر و تمرکز دارند [۶]. لذا فرد افسرده مغلوب احساس یاس و ناامیدی می‌شود که این افراد متعاقباً یک احساس همیشگی کرختی هیجانی را تجربه می‌کند. به بیانی ساده تر آنها در مورد هیچ چیزی احساس و هیجان ندارند. یافته‌های پژوهش با یافته‌های لیهیکه بین خرده مقیاس‌های (LESS) و پرسشنامه افسردگی رابطه وجود دارد، همسو می‌باشد [۲۹].

#### نتیجه گیری

محققین در حوزه بیماریهای قلب و عروق نشان دادند که استرس و هیجانات هم در بروز وهم در تشدید بیماری کرونری قلب نقش دارند و نتایج این تحقیق نشان داد که استرس و هیجانات می‌تواند بر اساس طرحواره‌های هیجانی بیماران قابل پیش بینی باشد. بنابراین می‌توان با ارزیابی بیماران مستعد به بیماریهای قلبی از لحاظ وجود طرح‌واره‌های هیجانی مشکل دار، از بروز و تشدید بیماریهای کرونری قلب تا حدودی پیشگیری نمود و پیشنهاد می‌شود تا ارزیابی‌های روانشناختی بصورت منظم در برنامه‌های پیشگیری از بیماریهای قلبی گنجانده شود.

سلامت و بهداشت روان بهره‌مند گردند. همچنین، افرادی که از نتایج مفید ارزش‌های بالاتر برخوردار باشند، در مقابل انواع مشکلات و مسائل زندگی، فشارهای روانی، تهدیدها و بیماری‌های روانی مقاوم و پایدار خواهند بود که این امر سلامت روانی جسمانی را به دنبال خواهد داشت. علاوه بر آنچه گفته شد، ارتباط بین روابط صمیمانه و بهداشت روان در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج بیانگر ارتباط مثبت این دو متغیر می‌باشد [۲۶]. همچنین رابطه معکوس روش‌های عقلانی و سبک‌های مقابله اجتناب مدار به این صورت قابل تبیین است که روش مقابله اجتناب مدار شامل فعالیت‌هایی است که به منظور اجتناب از موقعیت استرس‌زا انجام می‌شود. [۲۸، ۲۷]. این در حالی است که، افراد عقلانی دارای ویژگی‌هایی از قبیل عمل‌گرایی و منطقی بودن می‌باشد و این گونه فرد به منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند یک مشکل، سعی می‌کند بر عامل آن تسلط یابد. این بخش از یافته که نشخوار" پیش بینی کننده بهتر اضطراب بیماران کرونری است ( $P < 0/05$ ). با یافته‌های پژوهش موریس، رولوف، میسترز و بوسما و دی جانگ میر، بک و رید همسو می‌باشد. دی جانگ میر، بک و رید در پژوهش خویش به این نتیجه رسیدند که بین نشخوار فکری و نگرانی رابطه وجود دارد (دی جانگ میر، بک و رید، ۲۰۰۹). موریس، رولوف، میسترز و بوسما نشان دادند که در مقایسه با افسردگی، نشخوار فکری و نگرانی رابطه قوی تری با اضطراب دارند [۲۹]. در

#### References

1. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U. et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. Review of the evidence. *Gen Intern Med*. 2006; 21:30-8
2. Kubzansky LD, Kawachi I. Anxiety and coronary heart disease: A synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Ann Behav Med* 1998; 20:47-58
3. de Jong-Meyer R, Beck B, Ride R. (2009). Relationships between rumination worry intolerance of uncertainty and Meta cognitive beliefs. *Personal Individ Differ*. 2009; 46: 547-549

4. Sarafy nave. (1385). *Health Psychology*. (Translation by Mirzai, E). Emissions growth [In Persian]
5. Borji, E. (1386). The relationship between emotional intelligence and coping styles of students Torbat jam. Master's thesis, University of Torbat jam [In Persian]
6. Sadouk Benjamin, Sadouk Virginia. (2004). *Synopsis of Psychiatry*. Volume 2, page 590-595
7. Scott Mear, Gregory. (2012). Examining the Relationship between Emotional Schemase Emotional Intelligence, and Relationship Satisfaction. A Dissertation Presented in Partial Fulfillment Of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy

- Greenberg, L.S. (2002), *Emotion in psychotherapy*. New York: Guilford Press-8
8. Leahy, Robert L. Tirsch, Dennis D. Melwani, Poonam S. (2012). Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy: Vol. 5, Special Section: Emotional Schemas, Emotion Regulation, and Psychopathology*, pp. 362-379
9. Penly, J. A., & Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional response, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-12
10. Haren, E. G., & Mitchell, C. W. (2003). Relationship between the five-factor personality Model and coping styles. *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal*, 40 (1), 38-42
- Leahy, R. (2002). A Model of Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 9, 177-190.
11. Akbari, M., Mahmoud Aliloo, M. and Aslan Abadi, N. (1388). Relationships between stress and coping coronary heart disease: the role of gender. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. Fifteenth year. (4). 368-376 [In Persian].
12. Aref Nia, S. Sarandi, P. and Yousefi R. (1391). Comparison of early maladaptive schemas in students of junior high school students' general anxiety. *Journal of School Psychology*. Volume 1. No. 74 - 4/ 89 [In Persian].
13. Seligman, M. E. P. & Rehan, D. (1985). *Psychopathology*, Volume II, translated by Syed Mohammadi [In Persian]
14. Delaware, Ali. (1378). *Applied Statistics and Possibilities Science in Educational Psychology*, Tehran: Growth
15. Yavuz, K.F., Turcapan, M.H., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, validity and reliability of the Leahy emotional schema scale Turkish version based on Turkish university students and workers. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24, 273-282
16. Calsbeek, H.; Mieke, Hengowen, G. Dekker, J. (2002). 5 factor structure of coping inventory for stressful situations (CISS-21) in adolescents and young adults with chronic digestive disorders. Available At: <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2003-2010-094857/c5.pdf>
17. Baysan, M. (2004). Situations-short Form (CISS-21) in a Non-clinical Turkish Sample. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2012; 25: 101-107
18. Kaviani, H., Syfvyryan, H., Sharifi, V., Ibrahimkhani, N. (1388). Hospital Anxiety and Depression Scale reliability and Validity (HADS) in patients with depression and anxiety, Iran, Medical School, University of Medicine, Tehran University of Medical Sciences (5) 67:379-385 [In Persian]
19. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983; (67): 361-370
20. Dreer, L.E., Elliott, R. F., Donald, C., Swanson, M. (2005). Social Problem Solving Abilities and Psychological Adjustment of Persons in Low Vision Rehabilitations. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 232-238.
21. Jaffee, W.B. & D'Zurilla, T. (2006). Adolescent Problem Solving, Parent Problem Solving and Externalizing Behavior in Adolescents. *Behavior Therapy*, 34, 295-311.
22. Telch, C.F. & Telch, M.J. (2007). Group Coping Skills Instruction and Supportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison of Strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 802-808.
23. Mousavi, S. Sadat. (1388). Impact of intimate relationships on the mental health. *Journal of Religion and Spirituality knowledge*. Esfand 1388 - Number 147. 113-134.
24. Nakhaee, M. (1373). The relationship between stressor factors and heart disease. Masters thesis, University Torbatjam. (2nd ed). California: Brook/Cole Publishing
25. Rice, L. P. (1992). *Stress and Health*. Shepperd, A. J. & Kashani The relationship of hardiness, gender and health *Journal of Personality*, 59(4), 747-768
26. H. J. (1991). Outcomes in adolescents... H. J. (1991).
25. Sherida A, Radmacher, S. (1992), C. L. & Health Psychology. New York: Wiley
26. Muris P, Roelofs J, Meesters C, Boomsma P. Rumination and worry in non-clinical adolescents. *J Cogn Ther Res*. 2004; 28(4): 539-554
27. Leahy, Robert L. Tirsch, Dennis D. Melwani, Poonam S. (2012). Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy: Vol. 5, Special Section: Emotional Schemas, Emotion Regulation, and Psychopathology*, pp. 362-379

Original Article

## The Relationship between Emotional Schemas and Anxiety, Depression and coping Stress Styles in Patients with coronary artery disease

Bayazi Mohammad Hosien<sup>1</sup>, Gohari Zakiye<sup>2</sup>, , Hojjat Seyed Kaveh<sup>3\*</sup>, Behrad Arman<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Department of psychology, Torbat-e-jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-jam, Iran

<sup>2</sup> MA of clinical Psychology, Torbat-e-jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e-jam, Iran

<sup>3</sup> \* Assistant professor of psychiatry, North khorasan university of medical sciences, Addiction and Behavioral Sciences Research center ,Bojnurd ,Iran

<sup>4</sup> Medical student, North khorasan university of medical sciences, Addiction and Behavioral Sciences Research center ,Bojnurd ,Iran

**\*Corresponding Author:**  
North khorasan university of  
medical sciences, Addiction and  
Behavioral Sciences Research  
center ,Bojnurd ,Iran  
Email: s.kavehhojjat1@gmail.com

---

### Abstract

**Background & Objectives:** Correlation between stress and coronary artery disease has been documented in many studies. Schemas develop in childhood and make cognitions and believe in future. Purpose of this study was investigation into the relationship between emotional schemas and anxiety, depression and coping stress styles in patients with coronary artery disease.

**Material and Methods:** 100 patients with coronary artery disease who admitted in Bojnourd Imam Reza Hospital selected and evaluated by Leahy Emotional Schemas scale (LESS) ,shortened version of the coping inventory for stressful situations (CISS) and hospital anxiety and depression scale (HADS). In order to analyze data, multi variables regression test has been used.

**Result:** Results showed a significant positive correlation between task-focused coping style and intellectual emotional schemas ( $R^2=0/215, p<0.05$ ) and a significant negative correlation between task-focused coping style and blame emotional schemas ( $R^2=0/219, p<0.05$ ). task-focused coping style was not predicted by any dimension of emotional schemas ( $R^2=0/159$ )., Assessment of all dimensions of emotional schemas showed that higher values predicted negatively emotion-focused coping ( $R^2=0/271$ ), rationality negatively predicted avoidance - focused coping style ( $R^2=0/291$ ), Blame predicted anxiety ( $R^2=0/47$ ) and numbness was negative predictor of depression ( $R^2=0/484$ ).

**Conclusion:** Result of this study showed that emotional schemas have important role in coronary artery patients and needs to special concern in treatment and rehabilitations of these patients

**Key words:** emotional schemas, coping stress styles, anxiety, depression, coronary artery disease

---