مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۱۳۹۲؛۵ (ویژه نامه کمیته تحقیقات دانشجویی):۱۰۹۸-۱۰۹۱

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
2013;5(Student Research Committe Supplementary):1091-1098

مقاله پژوهشی

رابطه بین طرحواره های هیجانی با میزان اضطراب وافسردگی و سبک ها ی مقابله با استرس در بیماران کرونری قلب

*محمد حسین بیاضی[۱]، زکیه گوهری[۲]، سید کاوه حجت[۳]**، *آرمان بهراد[۴]*

[۱] استادیار روانشناسی، گروه روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام،تربت جام،ایران
[۲] کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام،ایران
[۳] استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی،مرکز تحقیقات اعتیاد وعلوم رفتاری ، بجنورد ،ایران
[۴] دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات اعتیاد وعلوم رفتاری، بجنورد ،ایران
***نویسنده مسئول:** بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات اعتیاد وعلوم 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 طرحوارهای هیجانی لیهی LESS (Leahy Emotional Schemas scale)، پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس-فرم کوتاه (CISS) و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی-(HADS) برای انها 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 (۰/۰۵>P ،۰/۲۱۵=R) و بین طرحواره هیجانی سرزنش با سبک مقابله مساله مدار همبستگی منفی و معنی داری (۰/۰۵>P ،۰/۲۱۹=R -) وجود دارد اما هیچکدام از طرحواره های هیجانی سبک مقابله مساله مدار را پیش بینی نمی کنند(R^2 =۰/۱۵۹) . بررسی ابعاد مختلف طرح واره های هیجانی نشان داد که مولفه ارزش های بالاتر، پیش بینی کننده معکوس روش مقابله هیجان مدار(R^2 =۰/۲۷۱) و مولفه عقلانی بودن، پیش بینی کننده معکوس روش مقابله اجتناب مدار(R^2 =۰/۲۹۱) و مولفه نشخوار فکری، پیش بینی کننده اضطراب (R^2 =۰/۴۷) و مولفه کرختی، پیش بینی کننده افسردگی بود (R^2 =۰/۴۸۴).*

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

بیماری کرونری قلب (CHD) از اختلالاتی به شمار می روند که جنبه های روانشناختی در پیدایش وتکوین آنها نقش اساسی دارند[۱]. عوامل روانشناختی زیادی در بروز بیمار یهای قلبی شناسایی شده اند و در این میان به تجربه هیجانئ منفی تاکید شده است[۲]. و علایم شدید افسردگی، اضطراب و استرس حاد و مزمن طولانی مدت، با سه برابر شدن خطرمرگ 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

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

می‌باشد. 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 پدیده‌های چند وجهی‌اند، که تا اندازه‌ای حالت‌های عاطفی ذهنی هستند که باعث می‌شوند 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[۳] 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[۱]، اضطراب[۲] و افسردگی[۳] ، مقابله[۴] 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 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 افرد 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، سرندی 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

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

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

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، لوپز 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 طرحواه 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 متعاقبا 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 حدو د۱۲۰نفر می باشدحجم نمونه ۹۲نفر برآورد شد.[۱۶] که جهت احتیاط وکاهش خطا ،حجم نمونه دراین مطالعه۱۰۰نفر انتخاب شد. که شامل۴۸ نفر مرد و۵۲ نفر زن بود. افراد شرکت کننده در این پژوهش در دامنه سنی ۳۴تا ۷۶ سال قرارداشتند .مقیاس طرحوارهای هیجانی لیهی LESS درسال ۲۰۰۲ توسط رابرت لیهی برای شناسایی طرحواره های هیجانی مختلف طراحی گردید. که در بردارنده ۱۴بعد و۵۰ سوال است که درمقیاس ۶ درجه ای لیکرت ۱) : درباره من کاملاً اشتباه است . تا ۶) : درباره من کاملاً درست است) محاسبه می شود. این پرسشنامه بطور کلی مشخص می کند که فرد درطی ماه گذشته با احساسات و هیجان های خود چگونه برخورد می کند. همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ۰/۸۶) به دست آمده است و اعتبار آن را تحلیل عاملی تایید کرده اگرچه تا به امروز مطالعه ای برروی 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 درپژوهش حاضر۰/۷۱بدست 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 پر استرس دارای ۴۸ عبارت است، درحالی که فرم کوتاه آن از ۲۱عبارت تشکیل شده است این مقیاس سه سبک مقابله اصلی یعنی مساله مدار، که به معنای کنترل هیجانات وبرنامه ریزی برای حل گام به گام مسئله است (شامل عبارات شماره:۱۹،۱۶،۱۳،۱۱،۸،۶،۲)، هیجان مدار،که درآن فرد به جای تمرکز بر خود مسئله بر هیجانات ناشی از آن تمرکز کرده و به جای حل مشکل برکاهش هیجانات منفی تلاش می کند (شامل عبارات شماره۲۰،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)، راارزیابی می کند . این پرسشنامه نوعی ابزار خود گزارشی بوده که آزمودنی‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز= ۱ تا بسیار زیاد=۵) وضعیت خود را مشخص می‌کنندوحداکثرنمره فرددر هر خرده مقیاس۳۵میباشد[۱۸]. ضریب آلفای زیر مقیاس هارابدین شرح است :مقابله مسئله مدار :۰/۷۲مقابله هیجان مدار :۰/۷۷ومقابله اجتنابی:.۰/۷۴ [۱۹]همچنین نتایج تحلیل عاملی تاییدی کالزبیک وهمکاران (۲۰۰۲) ساختار سه عاملی فرم کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس راتایید کرد ،که این حاکی از اعتبار سازه این آزمون است [۱۸] همچنین نتیاج پژوهش بویسان حاکی

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

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 درمطالعه حاضرابدین شرح است :مقابله مسئله مدار :۰/۷۰مقابله هیجان مدار :۰/۷۱ومقابله اجتنابی: ۰/۷۲. این مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستان(HADS) hospital anxiety and depression scale یک ابزارخودگزارشی۱۴آیتمی است که برای غربال وجود و شدت نشانه های افسردگی واضطراب درطی هفته گذشته دربیماران طراحی شده است .و جمعیت مورد بررسی آن از نوجوانان ۱۶سال به بالا تا سالمندان است[۲۰]. این ابزار یک زیر مقیاس افسردگی هفت قسمتی شامل عبارات:۲،۴،۶،۸،۱۰،۱۲،۱۴، و یک زیر مقیاس اضطراب هفت قسمتی شامل عبارات۱،۳،۵،۷،۹،۱۳دارد،که درهر دوی آنها برای کاستن احتمالی تشخیص های مثبت کاذب نشانه ها راحذف کرده اند. نمره گذاری هرجزءآزمون روی یک مقیاس صفرتا 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 صفرتا هفت عادی یا طبیعی ،۸ تا۱۰خفیف، ۱۱ تا ۱۴متوسط و۱۵ تا ۲۱ شدید در نظر گرفته می شود. همسانی درونی برای خرده مقیاس اضطراب آلفای کرونباخ:۰/۸۹وبرای خرده مقیاس افسردگی ،آلفای کرونباخ۰/۸۵به دست آمده است [۲۱]. واعتبار سازه آن بااستفاده از مقیاس های مرتبط رضایت بخش بوده است[۲۰]. به منظور برررسی رابطه طرحواره های هیجانی با سبک ها مقابله با استرس و اضطراب و افسردگی از ماتریس همبستگی وسپس ازآزمون رگرسیون چند متغیره همزمان استفاده شد.

یافته ها

۴۸ درصد از بیماران نمونه مورد مطالعه را مردان و۵۲ درصدرا زنان تشکیل می دهند که دردامنه 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)ومیانگین 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)،[1] 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 برابر۰/۳۹۹ می باشد. که به تنهایی۰/۱۵۹ 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 تنهایی۰/۲۷۱ درصد از واریانس روش مقابله هیجان مدار بااسترس را تبیین می کند. همچنین ضریب همبستگی بین طرحواره های هیجانی و روش مقابله اجتناب مدار ۰/۵۲۱ است که به تنهایی۰/۲۷۱ درصد از واریانس روش مقابله اجتناب مدار با استرس را تبیین می کند. ضریب همبستگی با "اضطراب"۰/۶۸۶ است که به تنهایی۰/۴۷۰ 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 شماره۳ نشان میدهد که طرحواه های هیجانی بطور معنادار پیش بینی کننده روش مقابله مساله مدار با استرس بیماران نمی باشند. و از بین طرحواه 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 ازجدول شماره۳ نتیجه گرفته می شود که از بین طرحواه های هیجانی تنها مولفه "کرختی، نشخوار ذهنی و سرزنش" بطور معنادار پیش بینی کننده افسردگی بیماران می باشند

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران کرونری قلب بر حسب جنسیت

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

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

متغیر	ضریب همبستگیR	مجذور ضریب همبستگی R^2	ضریب تعدیل شده	میزان F	سطح معنی‌داری
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

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

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

متغیر	نسبت t	روش مقابله مسئله مدار	روش مقابله هیجان مدار	روش مقابله اجتناب مدار 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	
ابراز	-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 دادکه 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 عموما عامل موثر بر سازگاری با محیط می باشد. هدف مقابله‌ی مسئله‌مدار، تغییر شرایط استرس‌آفرین است نتایج عدم معناداری آماری بین ابعاد ۱۴گانه 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 وسبک 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 می‌کنند که هیچ کمکی به حل مسئله بوجود آمده نمی کنددرحالی که افراد هنگام تفکر در مورد ارزش های بالاتر از آثار مطلوبیهمچون آرامش، امید، عزت نفس و نشاط در

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

سلامت و بهداشت روان بهره‌مند گرددند. همچنین، افرادی که از نتایج مفید ارزش های 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 پژوهش های متعدد مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج بیانگر ارتباط مثبت این دو متغیر می باشد [۲۶]. همچنین رابطه معکوس روش های عقلانی وسبک های 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 ویژگی هایی ار قبیل عمل گرایی و منطقی بودن می باشد و این گونه فرد به منظور کاهش یا حذف پیامدهای ناخوشایند یک مشکل، سعی می کند بر عامل آن تسلط یابد. این بخش از یافته که نشخوار" پیش بینی کننده بهتر اضطراب بیماران کرونری است (P<۰/۰۵). با یافته های پژوهش موریس، رولوف، میسترز و بوسما و دی جانگ میر، بک و رید همسو می باشد. 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 توجیه این یافته می‌توان به این مطلب استناد کرد که، یکی از سازه های مرتبط با نگرانی و اضطراب، نشخوار فکری است. در توجیه این یافته که کرختی پیش بینی کننده بهتر افسردگی بیماران کرونری است (P<۰/۰۵). می توان به این مطلب استناد کرد که؛ خلق پایین و احساس عدم لذت، نشانه های کلیدی افسردگی هستند. تقریبا همه بیماران افسرده احساس خستگی یاکبود انرژی وکاهش توانایی تفکروتمرکز دارند [۶]. لذا فرد افسرده مغلوب احساس یاس و ناامیدی می شود که این افراد متعاقبا یک احساس همیشگی کرختی هیجانی را تجربه می کند. به بیانی ساده تر آنها در مورد هیچ چیزی احساس و هیجان ندارند. یافته های پژوهش با یافته های لیهیکه بین خرده مقیاس های (LESS) و پرسشنامه افسردگی رابطه وجود دارد ، همسو می باشد [۲۹].

نتیجه گیری

محققین در حوزه بیماریهای قلب وعروق نشان دادند که استرس وهیجانات هم در بروز وهم در تشدید بیماری کرونری قلب نقش دارند ونتایج این تحقیق نشان داد که استرس و هیجانات می تواند بر اساس طرحواره های هیجانی بیماران قابل پیش بینی باشد.بنابراین می توان با ارزیابی بیماران مستعد به بیماریهای قلبی از لحاظ وجود طرح واره های هیجانی مشگل دار،از بروز وتشدید بیماریهای کرونری قلب تا حدودی پیشگیری نمود وپیشنهاد می شود تا ارزیابی های روانشناختی بصورت منظم در برنامه های پیشگیری از بیماریهای قلبی گنجانده شود.

References

1. Thombs BD,Bass EB,Ford DE,Stewar KJ,Tsilidis,KK,Patel U.et al.Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction .Review of the evidence. Gen Intem Med.2006; 21:30-8
2. Kubzansky LD, Kawachi I, Anxiety and coronary heart disease;: A synthesis of epidemiological,psychological,and experimental evidence. Ann Behave 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

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

Greenberg,L.S.(2002),Emotion in psychotherapy.New York:Guilford Press-8
8. Leahy, Robert L. Tirch, 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. Psycholog& Education: An Interdisciplinary Journal, 40 (1), 38-, 12- 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 . Rozenhan ,D . (1385). Psychopathology , Volume II , translated by . SyedMohammadi[In Persian]
14. Delaware , Ali . (1378). Applied Stistic and Possibilities Science in Educational Psychology , Tehran: Growth
15. Yavuz,K.F.,Turkcapar,M.H.,Demirel,B.,&K aradere,E.(2011).Adaptation,validity and reliability of the Leahy emotional schema schema scale Turkish version based onTurkish university students and workers.The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences , 24,273-282
16. Calsbeek;H;Mieke,Hengowen,G.Dekker,J(2 002).5factor structure of coping inventory for stressfull situations (CISS-21)in adolessens and young adults with chronic digestive disorders.Available At:http://igitur-archive.library.uu.nldissertations/2003-2010-094857/c5.pdf
17. Baysan;M, situations-short Form (CISS-21)in a Non-clinical Turkish Sample.Journalof Psychiatry and Neurological Sciences.2012:25:101-107
18. Kaviani , H, Syfvryan,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[InPersian]
19. Zigmond A.S,SnaithR.P.The hospital anxiety and depression scale.Acta Psychiatry scale.1983;(67):361-370
20. Dreer, L.E, Elliott, R, F, Donald C, Swanson, M, (2005).Social ProblemSolving Abilities and Psychological Adjustment of Persons in LowVision Rehabilations, Rehabilation Psychology, 50(3), 232-238.
21. Jaffee, W.B. &D'Zurilla, T., (2006). Adolescent Problem Solving, Parent Problem Solving and Externalizing Behavior in Adolescents, BehaviorTherapy, 34, 295-311.
22. Telch, C.F. &Telch, M.J. (2007). Group Coping Skills Instruction andSupportive Group Therapy for Cancer Patients: A Comparison ofStrategies, 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 factores and heart disease . Masters thesis, University Torbatjam .(2th ed). California: Brook/ Cole Publishing s 26-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 (4), outcomes in adolescents.., H. J. (1991).
25. Sherida A, Radmacher, S. (1992), C. L& Health Psychology . NewYork: 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. Tirch, 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

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]

Original Article

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

Bayazi Mohammad Hosien[1], Gohari Zakiye[2], , Hojjat Seyed Kaveh[3], Behrad Arman[4]*

[1] Department of psychology, Torbat-e- jam Branch,Islanic Azad University,Torbat-e-jam,Iran
[2]MA of clinical Psychology, Torbat-e- jam Branch,Islanic Azad University,Torbat-e-jam,Iran
[3] *Assistant professor of psychiatry, North khorasan university of medical sciences,Addiction and Behavioral Sciences Research center ,Bojnurd ,Iran
[4]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 (R2=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*

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-10-31]