

نقش میانجی تاب‌آوری در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای کنترل

خشم مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی

Role of Resiliency in Relation to Early Maladaptive Schemas and Anger Management Strategies for Patients with Coronary Artery Disease

Mahdiye Tavakoli Mirki

M.A. of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Akmar Mohamadi (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Islamic Azad University, Garmsar Branch, Garmsar, Iran

Email: mohammadi@yahoo.com

مهدیه توکلی میرکی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

اکبر محمدی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

mohammadi@yahoo.com

Abstract

Aim: this study was carried out aimed to determine the mediating role of resiliency in relation to early maladaptive schemas and anger management strategies for patients with coronary artery disease. **Method:** the present study is considered as a descriptive correlational research. The statistical population included all patients with coronary artery disease referred to Government Heart Hospitals in Tehran during the second six months of 2017, 1,400 people, who were selected using purposive volunteer sampling, 302 patients (163 female and 139 male patients) were selected as the research sample. The research tools included The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), Yang's early maladaptive schemas, and Hammond & Yung's Anger Management Skills. The test data was analyzed using structural equation modeling. **Results:** According to the results, resiliency mediates the relationship between early maladaptive schemas and anger management strategies. Resiliency and anger management strategies somehow have a predictive role for early maladaptive schemas, so that the early maladaptive schemas reduce by increasing the resiliency and anger management control strategies. The results also showed that there is an indirect relationship between early maladaptive schemas with the mediating role of resiliency and anger management strategies, so that the aggression of the patients also increases as the early maladaptive schemas increase, and, consequently, their resiliency rate decreases. **Conclusion:** It seems necessary to pay special attention to the importance of resiliency and early maladaptive schemas as euthanasia processes in development of transdiagnostic programs to increase the anger management skills of cardiac patients.

Keywords: Resiliency, Anger, Schema, Coronary artery disease

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین نقش میانجی‌گر تاب‌آوری در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای کنترل خشم مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی اجرا گردید. **روش:** روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری تمام بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های قلب دولتی شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ به تعداد ۱۴۰۰ شامل می‌شد؛ که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه‌ی مبتنی بر هدف، ۳۰۲ نفر (۱۶۳ نفر زن و ۱۳۹ نفر مرد) به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس‌های تاب‌آوری کونور - دیویدسون، طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ و مهارت‌های کنترل خشم یونگ و هاموند بود. داده‌های آزمون با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تاب‌آوری رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای کنترل خشم را میانجی‌گری می‌کند. تاب‌آوری و راهبردهای کنترل خشم به نوعی نقش پیش‌بینی‌کننده برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند. به طوری که با افزایش تاب‌آوری و راهبردهای کنترل خشم، طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تاب‌آوری با راهبردهای کنترل خشم رابطه غیرمستقیم دارد. به طوری که با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پرخاشگری بیماران نیز افزایش پیدا کرده و به تبع از میزان تاب‌آوری آنها کاسته می‌شود. **نتیجه‌گیری:** بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که در تدوین برنامه‌های درمانی برای افزایش مهارت‌های کنترل خشم بیماران قلبی به اهمیت تاب‌آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان فرآیندهای فراتشخیصی، به طور ویژه توجه شود.

کلید واژه‌ها: تاب‌آوری، خشم، طرحواره، کرونر قلبی

مقدمه

بیماری عروق کرونری (CHD) بیشترین بار بیماری را در بین بیماری‌های جسمی به خود اختصاص داده است (آندرولی، ۲۰۱۳) طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) این بیماری اولین و دومین علت اصلی مرگ و میر در کشورهای به ترتیب با سطح درآمد بالا و پایین است. CHD در کشورهای غربی بیش از یک سوم مرگ و میرها را شامل می‌شود (تام و روساموند، ۲۰۱۶) و در ایران نیز این ۳۵ درصد علل مرگ و میر را شامل شده و در صدر علل مرگ در کشور قرار دارد (احمدی، اصغرنژاد فرید و برجعلی، ۱۳۹۳). نتایج مطالعه همه گیرشناسی بیانگر آن است که در هر ۴۰ ثانیه یک نفر در جهان دچار CHD می‌شود که برای مردان خطر ابتلا به این بیماری در ۴۵ سالگی و برای زنان در بالای ۵۵ سالگی بیشتر است (وو، هوآنگک، چیو، چن، وی و دونگک، ۲۰۱۸).

بیماری عروق کرونری، بیماری روان‌تنی محسوب می‌شود و در بررسی عوامل مؤثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روان‌شناختی توجه داشت (شفر و وایل، ۲۰۱۲). پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی هم در زمینه‌سازی ابتلا به بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند و این عوامل طیفی از مکانیسم‌های دفاعی، طرحواره‌های ناسازگار، خصومت بین فردی، روش‌های مقابله ناسازگار و ترس‌های مرضی تا ویژگی‌های شخصیتی و انواع آسیب‌های روان‌شناختی را شامل می‌شوند (احمدخانی، رجماند، دهقانپور، شاکریان و نیک‌پور، ۱۳۹۶). از جمله متغیرهای نیرومندی که سبب ابتلا به بیماری قلبی عروق کرونری در جمعیت‌های ایرانی هستند، می‌توان به خصومت و خشم اشاره کرد (مسعودنیا، ۱۳۸۹). استعداد خصومت (تمایل افراد به واکنش نسبت به موقعیت‌های ناخوشایند، همراه با پاسخ‌هایی که عصبانیت، ناکامی، تحریک‌پذیری و بدگمانی) و خشم به درون (فقدان توانایی یا تمایل به ابراز عصبانیت مستقیم به موضوع)، رابطه معناداری با شدت بیماری‌های عروقی کرونری دارند (آرنولد، اسپرتوس و نالاموئو، ۲۰۱۴). نتایج مطالعات، کیتایاما، پارک، بویلان، میاموتو، لوین و همکاران (۲۰۱۵) و لین، فان، لو، لین، چو و همکاران (۲۰۱۵)، نقش پرخاشگری را به عنوان متغیر پیش‌بین کننده بیماری عروق کرونری قلب را تأیید نموده‌اند.

افراد مبتلا به CHD در رویارویی با چالش‌ها و مسائل زندگی روزمره فاقد توانایی لازم و اساسی هستند و همین امر آنها را آسیب‌پذیرتر می‌کند (رادمان، خدابخشی کولایی و تقوایی، ۱۳۹۴). "مدیریت خشم" یکی از مباحثی است که مدت‌هاست در حوزه روان‌شناسی مطرح شده است و کارشناسان تلاش می‌کنند در این حوزه به کسانی که نیازمند کمک هستند، اطلاعات کافی درباره هیجان خشم، مهار آن؛ خطراتی که سلامتی روحی و روانی آنها را تهدید می‌کند ارائه دهند. کنترل و مدیریت خشم نه از روی برانگیزاننده‌ها بلکه روی واکنش به آنها متمرکز است تا فردی که دایما به علت برانگیزاننده‌های درونی و بیرونی تحریک می‌شود بتواند عصبانیت خود را مهار و کنترل کند. مدیریت و تنظیم خشم در واقع به فرد کمک می‌کند تا یاد بگیرد چه طور خون سرد باشد و احساس منفی قبل از شروع خشم را مهار کند و تحت کنترل بگیرد (شکوهی یکتا، زمانی، پرند و اکبری زردخانه، ۱۳۸۹). در این رابطه نتایج مطالعه دیچک، بیوکل، کاپتین، هونیکگ، کسسی و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که کنترل خشم و هیجانات از بروز حملات قلبی به طرز قابل توجهی جلوگیری کرده و باعث افزایش کارآیی افراد در زندگی و محیط کارشان می‌شود. بیماران مبتلا به CHD سعی می‌کنند که هیجان‌اتشان را با بروز

خشم کنترل و مدیریت کنند (آقایی، قربانی، رستمی و مهدوی، ۲۰۱۶) که این الگوی تفکر موجب تداوم خشم در آنها می‌شود (دان، گیلبرت، لی و دافرن، ۲۰۱۸). یانگ (۲۰۰۳) این الگوهای تفکر را طرحواره‌های ناسازگار اولیه ذکر می‌کند که می‌توانند باعث آسیب‌پذیری فرد نسبت به مشکلات روان‌شناختی شوند.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در مسیر زندگی تداوم می‌یابند (سهرابی، اعظمی و دوستیان، ۱۳۹۳). همانگونه که از این تعریف می‌توان فهمید، طرحواره‌ها شامل رفتار افراد نمی‌شوند، بلکه رفتار بخشی از پاسخ‌های مقابله‌ای است که از طرحواره‌ها نشأت می‌گیرد (صلواتی و یزدان دوست، ۱۳۹۴). آشفته‌گی‌های فکری و شناخت‌های ناکارآمد از ویژگی‌های افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد (ژانگ و هه، ۲۰۱۰). بیماران مبتلا به CHD توانایی مهار تکانه‌های خود را ندارند و نمی‌توانند ارضای نیازهای آنی خود را به خاطر دست‌یابی به منافع آتی به تأخیر بیندازند. بیمارانی که طرحواره خویشتن‌داری/خود انضباطی ناکافی دارند، نمی‌توانند برای دست‌یابی به اهدافشان، خویشتن‌داری نشان دهند و ناکامی را به قدر کافی تحمل کنند. از سوی دیگر نمی‌توانند ابراز هیجان‌ها و تکانه‌هایشان را کنترل کنند. در شکل‌های خفیف‌تر این طرحواره، بیماران بر اجتناب از ناراحتی خیلی تأکید می‌کنند. به عنوان مثال سعی می‌کنند در روابط بین فردی، تعارضی ایجاد نکنند و از پذیرفتن مسئولیت‌های بیشتر، طفره روند. همچنین بیمارانی که طرحواره‌هایشان در حوزه‌ی گوش به زنگی قرار دارد، احساسات و تکانه‌های خودانگیخته را واپس‌زنی می‌کنند. آن‌ها اغلب تلاش می‌کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف‌پذیر و درونی شده خود، عمل کنند؛ حتی به قیمت از دست دادن خوش‌حالی و ابراز عقیده‌شان. آن‌ها معمولاً این کار را برای جلوگیری از مورد انتقاد واقع شدن یا از دست دادن کنترل روی تکانه‌هایشان انجام می‌دهند. شایع‌ترین حوزه‌های بازداری این بیماران عبارتند از: ۱) بازداری خشم (بازداری تکانه‌های مثبت مثل شوخی، محبت، برانگیختگی مثبت و بازیگوشی)، ۲) مشکل در بیان آسیب‌پذیری و ۳) تأکید بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان‌ها. این بیماران اغلب افرادی کسالت‌آور، مقید، منزوی یا سرد و بی‌عاطفه به نظر می‌رسند (احمدخانی و همکاران، ۱۳۹۶) و در اوایل ابتلا به این بیماری، به منظور انطباق با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگاری را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده را تجربه کنند؛ این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌شود (ثم، ۲۰۱۰) و به طبع آن میزان پرخاشگری آنها افزایش پیدا کرده و قدرت کنترل و تنظیم هیجان‌اتشان کاهش پیدا می‌کند (رشیدی، حمزه، طبقیان و احمدی‌طهورسلطانی، ۱۳۹۶).

اخیراً دانشمندان حوزه سلامت شروع به تدارک تداعی‌های محتمل بین تاب‌آوری و بیماری‌های روانی و جسمی کرده‌اند که به اندازه فهم تندرستی، عملکرد مثبت و خودشکوفایی اهمیت دارد (سکستون، بیرد و کلاگز، ۲۰۱۰). تاب‌آوری شاخص سازگارانه خوبی است که هنگام مواجهه با فجایع مصیب‌آمیز از قبیل وقایع آسیب‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد (کاریماک، ۲۰۱۰). تاب‌آوری روان‌شناختی به فرآیند پویایی انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت‌آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا می‌شود، تعریف می‌گردد (ابوالقاسمی، ۱۳۹۰) که در آن تعادل حیاتی به کارکرد قبلی خود باز می‌گردد. مطالعات پیشین گویای این امر است که تاب‌آوری در

بیماران مبتلا به CHD باعث کاهش خشم و طرحواره های ناسازگار اولیه آنان شده (پاترمن، اپل، لین، بلک‌برن، گراس و همکاران، ۲۰۱۳) و میزان اثرگذاری آن نیز در بین بیماران زن و مرد متفاوت است (پسندیده و زارع، ۱۳۹۵). همچنین نتایج مطالعات بیانگر آن است که تاب‌آوری نقش تعدیل‌کنندگی در ابتلای به بیماری‌های قلبی ایفا می‌کند و سطوح پایین آن به عنوان عامل خطر ساز برای ابتلا به بیماری‌های قلبی محسوب می‌شود (اعتصامی‌پور و امیر پور، ۱۳۹۳)؛ دوستانداری و گلشنی، ۱۳۹۳). تاب‌آوری، یک‌روند پویا و دینامیک است، نه یک وضعیت ثابت یعنی یک رفتار سازگارانه در یک موقعیت، ممکن است در موقعیت دیگر ناسازگار باشد، اغلب مشکلاتی که افراد تجربه می‌کنند تحت تأثیر شیوهی تصور آنها در مورد خود و دیگران است این شیوهی تصور طرحواره نامیده می‌شود، از طرفی، طبق نظر یانگ (۲۰۰۳) افرادی که باورهای ناسازگار اولیه دارند، راهبردهای کنار آمدن ناسازگارانه‌ای با خشم و هیجانات، نشان می‌دهند که ممکن است طرحواره‌هایشان را دائمی و تغییرناپذیر سازد. از این نظر، می‌توان دریافت که یانگ به دنبال مدلی برای سلامت و عدم سلامت روان بوده است. وجود این طرحواره‌های ناسازگار، از کودکی و اختلال در سیستم عملکرد فرد در آینده می‌تواند دلیلی باشد بر اینکه مدل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سلامت یا عدم سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند. بنابراین رفته‌رفته بیشتر واضح و روشن می‌شود متغیرهای روانی به‌صورت جدی در بیماری‌های فیزیکی مثل بیماری‌های عروق کرونر قلب هم در آغاز و هم در تداوم آن در تمام دوره‌های زندگی به‌طور معناداری تأثیرگذار است. بنابراین، به دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روان‌شناختی، شناختی و هیجانی در بیماری انسداد عروق کرونر قلب، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال انجام شد که آیا متغیر تاب‌آوری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای کنترل خشم در مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی نقش میانجی دارد؟ تا بتوان با ترسیم نقش تاب‌آوری در بهبود و پیشگیری از بیماری CHD به آنها کمک کرد.

روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات توصیفی به روش همبستگی می‌باشد جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری مراجعه کننده به بیمارستان‌های قلب دولتی شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۶ به تعداد ۱۴۰۰ نفر بوده که طبق فرمول کوکران تعداد ۳۱۰ نفر از جامعه مذکور به روش نمونه‌گیری داوطلبانه مبتنی بر هدف انتخاب شد. در مجموع به دلیل ناقص بودن اطلاعات ۸ نفر، اطلاعات ۳۰۲ نفر (۱۶۳ نفر زن و ۱۳۹ نفر مرد) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، طبق کدهای ۴-۸ و ۵-۸ نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و روان‌پزشکی ایران، از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشد و صرفاً برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. معیارهای ورودی نمونه عبارت بودند از: توانایی همکاری بیمار جهت شرکت در پژوهش؛ ابتلا به بیماری عروق کرونر قلب به تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق؛ داشتن حداقل تحصیلات سیکل؛ دامنه‌ی سنی ۵۰-۳۵ سال. معیارهای خروج برای هر دو گروه (زن و مرد) عبارت بودند از: سابقه بیماری روان‌پزشکی؛ ابتلا به بیماریهای جسمانی شدید (از قبیل سرطان و اختلالات گوارشی)؛ عدم توانایی در تکمیل پرسشنامه‌ها؛ اعتیاد به سوءمصرف مواد مخدر و انواع روانگردان‌ها. تشخیص بیماری‌های روان‌پزشکی و

سایر بیماری‌های جسمانی همزمان با توجه به بررسی پرونده پزشکی بیماران و با اخذ مجوزات لازم از دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت. به منظور کنترل اثر خستگی بر نتایج پژوهش، ارائه پرسشنامه‌ها در فواصل زمانی ۴۵ دقیقه‌ای انجام شد.

ابزار

پرسشنامه تاب‌آوری کونور - دیویدسون (CD-RIS): کونور و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی در سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۷۹ در زمینه تاب‌آوری تهیه کردند که دارای ۲۵ گویه است و در مقیاس لیکرت بین (کاملاً نادرست) و (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل نمره ۰ و حداکثر نمره ۱۰۰ است و هر چه نمره فرد بالاتر باشد تاب‌آوری بیشتری دارد. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه، انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور را از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی جدا کند و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی به کار برده شود. برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه‌ی همبستگی هر نمره با نمره‌ی کل به جز گویه‌ی ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش مولفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه‌ی ماتریس همبستگی گویه‌ها، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارنلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار مجذور خی در آزمون بارنلت برابر ۲۸/۵۵ بود که هر دو شاخص، کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. برای تعیین پایایی مقیاس خود تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (کرد میرزا، ۱۳۸۸) در این تحقیق نیز اعتبار مجدد آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و میزان ضریب آن بین ۰/۸۹ به دست آمد.

طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (YSQ-SF): این مقیاس ابزاری خود گزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌هاست که فرد بر اساس توصیف هر جمله خودش را در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای می‌سنجد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). فرم کوتاه این پرسشنامه (۷۵ سؤال) در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است که ۱۵ طرحواره را می‌سنجد. این طرحواره‌ها دارای ۵ حوزه که عبارتند از: حوزه اول: رها شدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم، محرومیت هیجانی. حوزه دوم: وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری خود تحول نیافته / گرفتار، شکست. حوزه سوم: استحقاق، خودکنترلی ناکافی. حوزه چهارم: اطاعت، فداکاری. حوزه پنجم: بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه. هر سؤال در یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست، تا ۶ برای کاملاً درست) در این پرسشنامه هر پنج سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. نتایج اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه طرحواره یانگ، توسط اسمیت، جوینر، یانگ و تلچ (۱۹۹۵) انجام شد، نشان داد که برای هر طرحواره ناسازگار اولیه،

ضریب آلفایی از ۰/۸۳ (برای طرحواره خود تحول نیافته / گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحواره نقص / شرم) به دست آمد و ضریب آزمون - بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. خرده مقیاس‌های اولیه پایایی آزمون - بازآزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند (آزاد بخت و وکیلی، ۱۳۹۲). همچنین این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلالات شخصیت، روایی همگرا و افتراقی خوبی نشان داد (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). در این تحقیق نیز اعتبار مجدد آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و میزان ضریب آن بین ۰/۶۳ (برای طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی) تا ۰/۸۷ (برای طرحواره معیارهای سرسختانه) به دست آمد.

پرسشنامه استاندارد مهارت‌های کنترل خشم (PACT): این پرسشنامه به برنامه آموزشی PACT متعلق است. برنامه کنترل خشم PACT را در سال ۱۹۹۵، بتی یونگ و رودنی هاموند تهیه و منتشر کردند و به‌عنوان یکی از برنامه‌های معتبر در زمینه کنترل خشم از آن استفاده می‌شود. این پرسشنامه توسط حاجتی، اکبرزاده و خسروی (۱۳۸۷) ترجمه و بعد از اجرای اولیه و به دست آوردن اعتبار درونی و همبستگی آن، برای سنجش مهارت‌های کنترل خشم در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشم نوجوانان شهر تهران بکار برده شد. پرسشنامه استاندارد مهارت کنترل خشم ۸ سؤال دارد و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت است. آزمودنی‌ها باید پاسخ‌های خود را بین ۵ درجه (خیلی مخالف، مخالف، بی‌نظر، موافق، خیلی موافق) مشخص کنند که به هر کدام از پاسخ‌ها به ترتیب نمره‌های ۱-۲-۳-۴-۵ داده می‌شود. دامنه نمره از ۸ تا ۴۰ است. کسب نمره پایین در این پرسشنامه نشان‌دهنده توانایی کمتر در کنترل خشم آزمودنی است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاجتی و همکاران (۱۳۸۷) در یک مطالعه پایلوت روی نمونه ۵۰ نفری به دست آمد. همچنین معیار دسته‌بندی نمره نهایی مهارت کنترل خشم میانگین \pm انحراف معیار است و نمرات هریک از سؤالات به صورت: ۵ = خوب، ۳ و ۴ = متوسط و ۱ و ۲ = ضعیف دسته‌بندی شد. در این تحقیق نیز اعتبار مجدد آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و میزان ضریب آن بین ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد که از تعداد ۳۰۲ نفر پاسخ‌دهنده، ۱۶۳ نفر (۵۴٪) زن و ۱۳۹ نفر (۴۶٪) مرد بودند که در دامنه سنی ۳۰-۳۵ سال ۲۷ نفر (۸/۹٪)؛ ۳۶-۴۰ سال ۶۴ نفر (۲۱/۲٪)؛ ۴۱-۴۵ سال ۹۷ نفر (۳۲/۲٪) و ۴۶-۵۰ سال ۱۱۴ نفر (۳۷/۷٪) قرار داشتند.

در جدول ۱ مفروضه‌های آزمون پارامتری بررسی شد. همانگونه که مشخص است، ارزش‌های چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که متغیرهای پژوهش توزیع نرمال دارند.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیر	کمینه	بیشینه	کجی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	۲۵	۸۰	۰/۰۲۱	۵۳۰۰۰	۵۲/۴۱	۱۳/۳۱
راهبردهای کنترل خشم	۱۲	۳۵	۰/۱۵۶	۶۰۰۰۰	۲۲/۶۹	۵/۴۴
طرحواره ناسازگار	۱۰۰	۳۷۸	۰/۴۰۸	۰/۷۴۵	۲۱۱/۶۴	۴۵/۱۲
محرومیت هیجانی	۶	۲۹	۰/۷۲۳	۰/۱۰۶	۱۴/۸۱	۵/۵۸
بی‌اعتمادی	۶	۲۹	۱/۰۱۶	۰/۸۶۱	۱۴/۵۶	۴/۹۵

۴,۴۱	۱۴,۷۷	۰,۷۹۳	۰,۵۳۶	۲۹	۶	طرد بی‌تابی
۵,۵۵	۱۶,۰۸	۱۸۵-	۰,۴۸۲	۲۹	۶	نقص/شرم
۵,۶۹	۱۵,۷۲	۱۹۵-	۰,۴۵۹	۲۹	۵	انزوای اجتماعی/بیگانگی
۶,۰۳	۱۳,۶۳	۴۳۲-	۰,۵۳۹	۲۹	۵	شکست
۵,۶۹	۱۳,۵۰	۸۸-	۰,۷۵۵	۲۹	۵	گرفتار
۵,۴۷	۱۳,۴۹	۰,۰۳۳	۰,۷	۳۰	۵	آسیب‌پذیری به بیماری
۵,۳۸	۱۴,۲۷	۷۴۶-	۰,۰۵۹	۲۹	۵	وابستگی/بی‌کفایتی
۴,۰۰	۱۲,۱۶	۳۱-	۰,۵۳۴	۲۴	۵	استحقاق/بزرگ‌منشی
۳,۵۰	۱۳,۴۸	۰,۲۰۳	۰,۱۸۳	۲۵	۵	اطاعت
۵,۴۸	۱۵,۰۶	۹۷۶-	۰,۱۳۷	۲۹	۶	بیش‌انتقاد
۳,۹۴	۱۴,۴۰	۲۰۳-	۰,۰۷۷	۲۵	۵	بازداری هیجانی
۵,۴۲	۱۲,۸۵	۰,۴۷	۰,۹۱۹	۲۹	۵	خودکنترلی ناکافی
۴,۹۱	۱۲,۷۸	۶۴۰-	۰,۲۹	۲۶	۵	فداکاری

جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف تک‌نمونه‌ای استفاده شد. نتایج نشان داد که مقدار سطح معنی‌داری برای کلیه متغیرهای پژوهش بزرگ‌تر از سطح خطای ($P > 0.05$) گزارش شده است؛ در نتیجه نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش با سطح اطمینان ۹۵ درصد تأیید گردید. نظر به اینکه اساس مدل‌سازی معادلات ساختاری بر مبنای ماتریس وارینانس - کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا در جدول ۲ ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است. بر اساس این نتایج، ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار است ($P < 0.01$). بیشترین همبستگی معنادار گزارش شده بین متغیر کنترل خشم و تاب‌آوری ($r = 0.613$) و کمترین ضریب همبستگی معنادار بین متغیر طرحواره ناسازگار اولیه و تاب‌آوری ($r = 0.473$) به دست آمد.

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش و معناداری آنها

متغیر	تعداد	همبستگی	معناداری
تاب‌آوری	۳۰۲	۰/۴۷۳**	۰/۰۰۱
طرحواره ناسازگار اولیه	۳۰۲	۰/۵۹۴**	۰/۰۰۱
طرحواره ناسازگار	۳۰۲	۰/۴۷۳**	۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۳۰۲	۰/۶۱۳**	۰/۰۰۱
طرحواره ناسازگار	۳۰۲	۰/۵۹۴**	۰/۰۰۱
کنترل خشم	۳۰۲	۰/۶۱۳**	۰/۰۰۱

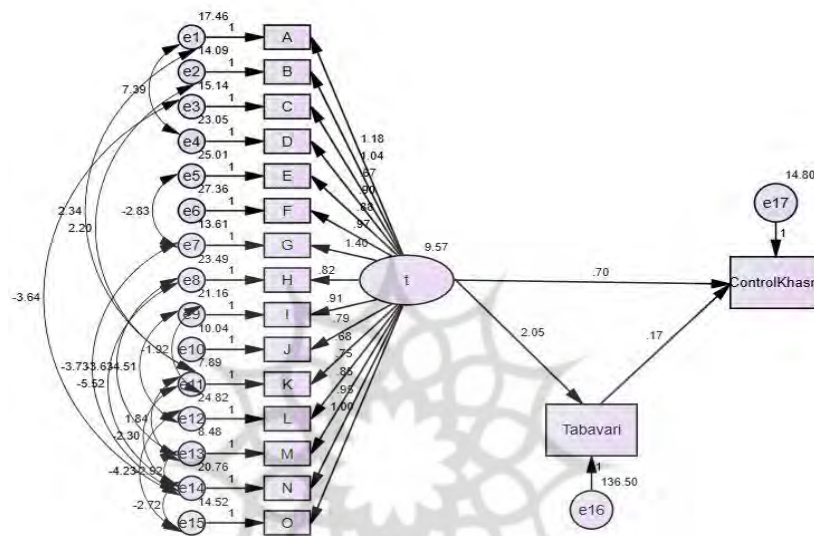
P < 0.01**

به منظور پاسخ به پرسش اصلی پژوهش، مبنی بر اینکه "آیا تاب‌آوری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای کنترل خشم نقش میانجی دارد؟" از مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار ایموس بهره‌برده شد. در جدول ۳ مهم‌ترین شاخص‌های آزمون برازش مدل مفهومی پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل

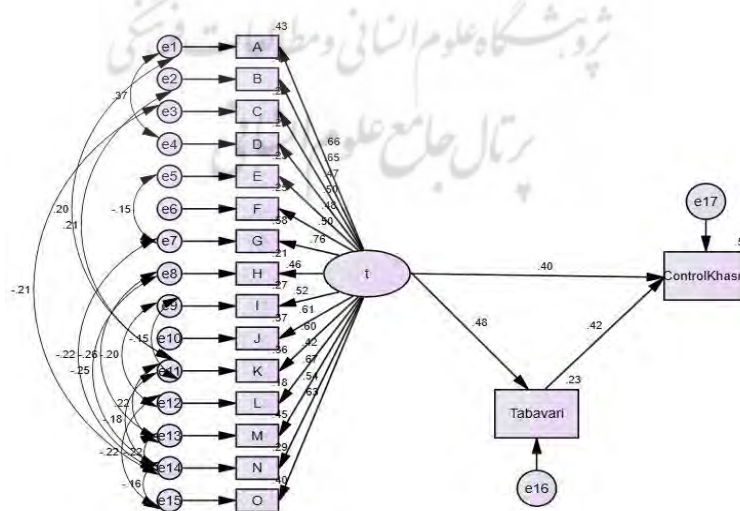
نام شاخص	میزان کفایت برازش	برازش مطلوب
آماره خی دو (χ ²)	۲۴۲/۷۰۴	
خی دو بهنجار شده به درجات آزادی (CMIN/DF)	۲/۳۵۶	کمتر از ۳
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریبی (RMSEA)	۰/۰۶۷	کمتر از ۰/۱
شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۲۰	بزرگ‌تر از ۰/۹۰
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۱۹	بزرگ‌تر از ۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۱۰	بزرگ‌تر از ۰/۹۰
شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)	۰/۹۰۱	بزرگ‌تر از ۰/۹۰

با توجه به اینکه هر یک از شاخص‌های به دست آمده برازش مدل به تنهایی دلیل برازندگی مدل یا فقدان برازندگی آن نیستند، نیاز است که این شاخص‌ها را در کنار یکدیگر و با هم تفسیر کرد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش مدل در مجموع از وضعیت مطلوبی بهره‌مند شده‌اند؛ بنابراین، پاسخ به فرضیات پژوهش بلامانع است. در ادامه مدل نهایی (اصلاح شده) در حالت ضرایب استاندارد نشده و ضرایب مسیر (β) گزارش شده است.



شکل ۱- ضرایب استاندارد نشده مسیرهای مدل اصلاح نشده معادلات ساختاری

مدل در حالت ضرایب استاندارد نشده معادل با وزن‌های رگرسیونی است که می‌توان براساس آن نمرات خام را محاسبه کرد.



شکل ۲- ضرایب استاندارد شده مسیرهای مدل اصلاح شده معادلات ساختاری

مدل در حالت ضرایب استاندارد شده بین مثبت یک تا منفی یک محدود می‌شود و برای نشان دادن قدرت و جهت رابطه از آن استفاده می‌شود.

در ادامه با توجه به نتایج جدول ۴ مربوط به ضرایب و معناداری آن مشخص شد متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تاب‌آوری با راهبردهای کنترل خشم رابطه غیرمستقیم ($P < 0/01$ و $\beta = 0/20$) و معنادار دارد.

جدول ۴- ضرایب و معناداری رابطه غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه با راهبردهای کنترل خشم

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	متغیر میانجی	نوع اثر	ضریب استاندارد شده (β)	سطح معناداری
طرحواره اولیه	ناسازگار	راهبردهای کنترل خشم	تاب‌آوری	۰/۲۰	۰/۰۰۱
			مستقیم	۰/۴۰	۰/۰۰۱
			غیرمستقیم	۰/۲۰	۰/۰۰۱
			کل	۰/۶۰	۰/۰۰۱

با توجه به شکل ۲، آشکار است که تمامی مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل از متغیرها به یکدیگر معنادار است. با توجه به شکل ۲ و شاخص‌های برازش مدل، مدل از برازش خوبی برخوردار است. این مطلب بدان معناست که متغیرهای موردنظر قدرت تبیین راهبردهای کنترل خشم را دارند.

جدول ۵- ضرایب و معناداری روابط مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین بر ملاک

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	β استاندارد شده
تاب‌آوری	تاب‌آوری	مستقیم (کل)	۰/۴۸ ^{**}
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	راهبردهای کنترل خشم	مستقیم	۰/۴۰ ^{**}
		غیرمستقیم	۰/۲۰ ^{**}
		کل	۰/۶۰ ^{**}
راهبردهای کنترل خشم	تاب‌آوری	مستقیم (کل)	۰/۴۲ ^{**}

$P < 0/01^{**}$

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی تاب‌آوری در ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای کنترل خشم مبتلایان به بیماری عروق کرونر قلبی اجرا شد.

نتایج پژوهش نشان داد که در مدل تدوین شده، تاب‌آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در قالب یک الگو می‌توانند راهبردهای کنترل خشم را پیش‌بینی کنند. با توجه به مثبت بودن ضرایب مسیر مربوط به متغیر ملاک که نشانه‌ی تأثیر مستقیم این متغیر است؛ تاب‌آوری، راهبردهای کنترل خشم را افزایش و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را کاهش می‌دهد. همانگونه که عنوان شد، تاب‌آوری نوعی حالت قابل توسعه در فرد که بر اساس آن قادر است در رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و تعارض‌های زندگی و حتی رویدادهای مثبت، پیشرفت‌ها و مسئولیت بیشتر به تلاش روز افزون‌تر ادامه دهد و برای دستیابی به موفقیت بیشتر، از پای ننشیند.

پژوهش‌های انجام شده حاکی از آنست که برخی افراد تاب‌آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می‌گردند. حال آنکه عملکرد برخی دیگر از این افراد، پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند (بوگر، ۱۳۹۵). سال‌هاست که تاب‌آوری به عنوان یک استعاره تأثیرگذار از عوامل طبیعی وارد روان‌شناسی شده است. این مفهوم به شیوه‌های گوناگونی تعریف شده و دارای ادبیات پیچیده و وسیعی به خصوص در روان‌شناسی رشد بوده و در مددکاری اجتماعی و جامعه‌شناسی نیز رو به افزایش است. این به دلیل آن است که تاب‌آوری به روش‌های گوناگون و نیز در موارد متفاوت استفاده می‌شود (سکستون و همکاران، ۲۰۱۰). در روان‌شناسی ظرفیت مثبت افراد برای سازگاری با استرس و فجایع را تاب‌آوری نامیده‌اند. در این معنا تاب‌آوری به عنوان عوامل

محافظتی و مقاومت در مقابل عوامل خطر ساز آینده مورد توجه واقع شده است. بنابراین، می‌توان گفت که در بیماران مبتلا به بیماری قلبی دچار انسداد عروقی کرونری تاب آوری نقش واسطه‌ای بر کنترل خشم آنان دارد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به واسطه‌ی تاب آوری نیز بر راهبردهای کنترل خشم این بیماران تأثیر می‌گذارد.

همچنین، الگوی تدوین شده در این پژوهش از برازش مناسبی بهره‌مند بود و نتایج نشان داد تاب آوری و راهبردهای کنترل خشم به نوعی نقش پیش‌بینی کننده برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند. به طوری که با افزایش تاب آوری و راهبردهای کنترل خشم، طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش می‌یابد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با نقش میانجی تاب آوری با راهبردهای کنترل خشم رابطه غیرمستقیم دارد. به طوری که با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پرخاشگری بیماران نیز افزایش پیدا کرده و به تبع از میزان تاب آوری آنها کاسته می‌شود. این نتایج همسو با یافته‌های رشیدی و همکاران (۱۳۹۶)؛ آقایی و همکاران (۲۰۱۴)؛ کاریماک (۲۰۱۰)؛ پاترمن و همکاران (۲۰۱۳) و یانگ (۲۰۰۳) است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماران قلبی تمایل دارند که رفتارهای خوشایند را کمتر انجام دهند، آن‌ها شدیداً گرفتار الگوهای ارتباطی بی‌حاصل خود هستند، به طوری که احتمالاً این الگوها به ایجاد باورهای منفی درباره‌ی خود و بیماریشان و دیگران و به تبع آن احساس خشم به دیگران منجر می‌شود. افراد دارای طرحواره‌ی گوش به زنگی در نظریه یانگ، احساسات و تکانه‌های خودانگیخته را واپس‌زنی می‌کنند. از سویی دیگر، افراد مبتلا به ناراحتی قلبی یاد گرفته‌اند که در خصوص حوادث منفی زندگی گوش به زنگ باشند و زندگی را طاق فرسا در نظر بگیرند به طوری که این تجارب اولیه به ایجاد باورهای منفی و دیدگاه‌های بدبینانه به زندگی نظیر "دیگران با من همدلی نخواهند داشت و من را درک نمی‌کنند"، یا نزدیکان من را حمایت عاطفی نمی‌کنند" یا عقیده به این که دیگران مرا آزار می‌دهند و به من دروغ می‌گویند منجر می‌شود. در نتیجه فرد مبتلا به بیماری قلبی برای فرار از این استرس پیش‌بینی‌ناپذیر حوادث و رخدادهای زندگی به احساس خشم روی می‌آورد (آرنولد و همکاران، ۲۰۱۴).

در این میان، تاب آوری می‌تواند با افزایش مهارت‌های اجتماعی از قبیل کنترل احساسات منفی و ارتباط مؤثر تقویت گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد ویژگی معمول افراد تاب آور شامل: پاسخده بودن، انعطاف‌پذیری، همدلی و توجه به دیگران، مهارت‌های اجتماعی، حس شوخ طبعی، و رفتارهای اجتماعی مطلوب دیگری است که به واسطه‌ی این ویژگی‌ها احساسات و روابط مثبت‌تری با دیگران برقرار می‌کنند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ارتقای میزان تاب آوری، عوامل حمایتی افراد مبتلا به بیماری قلبی دچار انسداد عروقی و کرونری را افزایش می‌دهد. همین امر به نوبه خود از میزان احساسات منفی (مانند احساس خشم) در مواجهه با دیگران و شرایط خطر کاسته و بر احتمال نتایج مثبت می‌افزاید (پاترمن و همکاران، ۲۰۱۳).

بررسی اینکه تاب آوری با کنترل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پریشانی‌های روانی از جمله پرخاشگری در جهت پیشگیری و کنترل ابتلا به بیماری‌های قلبی کمک می‌کند، از دیدگاه کاربردی ارزشمند است. در تدوین برنامه‌های درمانی بر افزایش مهارت‌های کنترل خشم بیماران قلبی باید به اهمیت تاب آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه که به عنوان فرآیندهای فراتشخیصی مطرح می‌شوند، توجه ویژه شود. گرچه یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی در راستای

یافته‌های پیشین است، اما محدودیت‌هایی نیز دارد که باید در نظر گرفته شود. پژوهش‌های اندک در زمینه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مدیریت خشم و به ویژه تاب‌آوری بیماران قلبی در کشور، امکان مقایسه و تحلیل همه جانبه را محدود می‌کند و از آنجا که این پژوهش در شهر تهران انجام شده است، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاص این شهر، قابلیت تعمیم نتایج به دیگر بخش‌های کشور پایین است. همچنین تنها استفاده از پرسشنامه، احتمال نادیده انگاشته شدن ابعاد دیگر موضوع را افزایش می‌دهد. تکرار این پژوهش در نمونه بالینی و همچنین استفاده از ابزارهای مختلف سنجش آسیب‌شناسی افراد مبتلا به CHD، به منظور روشن تر شدن ابعاد دیگر، مسئله ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۰). ارتباط تاب‌آوری، استرس و خودکارآمدی با رضایت از زندگی در دانش آموزان دارای پیشرفت تحصیلی بالا و پایین، *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۷(۳)، ۱۵۱-۱۳۱
- احمدخانی، لایلا، رجماند، سولماز، دهقانپور، مصطفی، شاکریان، زینب و نیک‌پور، مریم (۱۳۹۶). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و کمال‌گرایی با ناگویی هیجانی در بیماران قلبی، *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲(۱۰)، ۴۲-۲۸.
- احمدی، فرزانه، اصغر نژاد فرید، علی اصغر و برجعلی، محمود (۱۳۹۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا انسداد عروق کرونر و افراد سالم، *فصلنامه علوم رفتاری*، ۸(۱)، ۶۳-۵۵.
- آزاد بخت، راحیل و وکیلی، پریش (۱۳۹۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان، *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۴(۳)، ۱۸-۱۱.
- اعتصامی‌پور، راضیه و امیرپور، برزو (۱۳۹۳). مقایسه وضعیت افسردگی و تاب‌آوری در بیماران قلبی با افراد عادی، *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۶)، ۸۲-۷۳.
- پسندیده، محمد مهدی و زارع، لایلا (۱۳۹۵). بررسی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری و شوخ طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم، *فصلنامه روان‌شناسی سلامت*، ۵(۲۰)، ۱۰۸-۸۸.
- حاجتی، فرشته السادات، اکبرزاده، نسرین و خسروی، زهره (۱۳۸۷). تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران، *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۴(۳)، ۵۶-۳۵.
- دوستدار طوسی، سیدعلی و گلشنی صمد (۱۳۹۳). تأثیر تاب‌آوری در بیماران قلبی - عروقی بستری شده در بیمارستان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۶)، ۱۰۹-۱۰۲.
- رادمان، الهام، خدابخشی کولایی، آناهیتا و تقوایی، داود (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی آموزش مدیریت خشم بر کیفیت خواب و خشم بیماران عروق کرونری قلبی، *مجله سلامت اجتماعی*، ۲(۴)، ۲۳۷-۲۲۸.
- رشیدی، مهران، احمدیان، حمزه، طبغیان، نرجس و احمدی طهمورسلطانی، محسن (۱۳۹۶). همبستگی بین سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تیپ شخصیتی D در بیماران قلبی، *فصلنامه طب انتظامی*، ۶(۲)، ۹۲-۸۵.
- سهرابی، فرامرز، اعظمی، یوسف و دوستیان، یونس (۱۳۹۳). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نگرش‌های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی، *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۵(۱)، ۷۲-۵۹.
- شکوهی یکتا، محسن، زمانی، نیره، پرند، اکرم و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر خود نظم‌دهی هیجانی والدین، اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تهران، ایران.
- صلواتی، مژگان و یزدان دوست، رخساره یکه (۱۳۹۴). طرحواره درمانی (راه‌نمای ویژه متخصصان روان‌شناسی بالینی)، تهران، نشر دانژه.

کرد میرزا، عزت الله (۱۳۸۸). الگویابی زیستی / روانی / معنوی در افراد وابسته به مواد و تدوین برنامه مداخله برای ارتقاء تاب آوری مبتنی بر روایت‌شناسی شناختی و روان‌شناسی مثبت‌نگر، پایان‌نامه دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۹). خصومت، خشم و خطر بروز آترواسکلروز عروق کرونر، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸(۶)، ۵۵۱-۵۴۰.

- Aghaei, M., Ghorbani, N., Rostami, R. & Mahdavi, A. (2014). Comparison of anger management, anxiety and perceived stress in patients with cancer and Coronary Heart Disease (CHD). *Acta Medica Mediterranea Journal*, 2(2), 100-130.
- Andreoli, T.E. (2013). *Cecil essentials of medicine*, (6th ed). Russell lafayet.
- Arnold, S.V., Spertus, J.A. & Nallamothu, B. K. (2014). The Hostile Heart: Anger as a Trigger for Acute Cardiovascular Events. *European Heart Journal*, 35(21), 1359-1360.
- Dijk, S.V., Beukel, T.O.D., Kaptein, A. A., Honig, A., Cessie, S. L., Siegert, C. E & et al. (2013). For the NECOSAD Study Group. How baseline, new-onset, and persistent depressive symptoms are associated with cardiovascular and non-cardiovascular mortality in incident patients on chronic dialysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(24), 511-517.
- Dunne, A. L., Gilbert, F., Lee, S. & Daffern, M. (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior Journal*, 25(2), 173-189.
- Karairmak, O. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-Risc) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Journal of Psychiatric Research*, 179(3), 350-356.
- Kitayama, S., Park, J., Boylan, J.M., Miyamoto, Y., Levine, C.S., Markus, H. & et al. (2015). Expression of Anger and Ill Health in Two Cultures An Examination of Inflammation and Cardiovascular Risk. *Psychological Science Journal*, 26(2), 211-220.
- Lin, I.M., Fan, S.Y., Lu, H.C., Lin, T.H., Chu, C.S., Kuo, H.F. & et al. (2015). Randomized Controlled Trial of Heart Rate Variability Biofeedback in Cardiac Autonomic and Hostility among Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 70(17), 38-46.
- Puterman, E., Epel, E. S., Lin J., Blackburn, E. H., Gross, J. J., Whooley, M. A. & et al. (2013). Multisystem resiliency moderates the major depressionTelmoere length association. *Findings from the Heart and soul study. Brain, Behavior, and Immunity*, 33(14), 65-73.
- Schmidt, N. B., & Joiner, T. E., Young, J. E., Telch, M. J. (1995) The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 19(1), 295-321.
- Sexton, M. B., Byrd, M.R. & Kluges, V. (2010). Measuring resilience in Women experiencing infertility using the CD-Risc: Examining infertility related Stress, general distress, and coping Styles. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 236-241.
- Shepherd, C. W. & While, A. E. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 755-771.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 373-380.
- Thom, T. & Rosamond, W. (2016). Heart disease and stroke statistics – 2015 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation Journal*, 113(26), 85-151.
- World Health Organization. (2013). The global burden of disease 2010 update 2012 November 17. Available From: www.who.int/evidence/bod.
- Wu, X. F., Huang, J.Y., Chiou, J.Y., Chen, H.H., Wei, C.C. & Dong, L.L. (2018). Increased risk of coronary heart disease among patients with primary Sjögren's syndrome: a nationwide population-based cohort study. *Journal of Scientific Reports*, 8(2), 1109-1122.

- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner, guide*. New York: Gailford Press.
- Young, J.E. (2003). Schema therapy for borderline & narcissistic personality disorders. *Pittsfield, MA: New England Educational Institute*.
- Zhang, D. H., & He, H. L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social behaviour and Personality Journal*, 38(8), 1119-1122.

