



Modeling of Early Maladaptive Schemas on Adherence to Treatment with the Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation and Resilience in Coronary Heart Patients

Hossein Ghassempour¹, Maryam Darzi Azadboni^{2*}, Bahram Mirzaian³,
Alireza Sangani⁴, Samira Shakerian⁵

1-Master of General Psychology Islamic Azad University Sari Branch, Sari, Mazandaran, Iran.
ORCID: 0000-0002-2792-1112

2- PhD in General Psychology Islamic Azad University Sari Branch, Sari, Mazandaran, Iran.
ORCID: 0000-0002-4302-9730

3-Assistant Professor Department of Psychology Islamic Azad University Sari Branch, Sari, Mazandaran, Iran.
ORCID: 0000-0001-9822-937x

4-PhD in Psychology of Children with Special Needs, Department of Cultural Psychology Pathology, Farabi Research Center for Psychological Sciences, Mazandaran, Iran.
ORCID: 0000-0002-6255-7467

5- Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University Ayatollah Amoli Branch, Amol, Mazandaran, Iran.
ORCID: 0000-0002-0644-7351

*Corresponding author: Maryam Darzi Azadboni, PhD in General Psychology Islamic Azad University Sari Branch, Sari, Mazandaran, Iran.

Email: Maryamdarzi66@yahoo.com

Received: 3 Dec 2021

Revised: 16 July 2022

Accepted: 28 July 2022

Abstract

Introduction: Adherence therapy is one of the important psychological factors in the improvement of physical diseases that can be influenced by various factors to reduce various physical diseases. Understanding this important research, the aim of modeling the structural relationships of early maladaptive schema on adherence to treatment was mediated by cognitive regulation of emotion and fever in coronary heart patients admitted to hospital.

Methods: The research method was descriptive-correlation of structural equations. The study population included all coronary heart patients in Fatemeh Zahra Hospital in Sari (Mazandaran Heart Center). Using Loehlin (2004) sampling method, 280 hospitalized patients were selected as the sample. early maladaptive schemas' questionnaire, emotion cognitive regulation, Resilience, and General and Specific Adherence Results were used. The collected data were analyzed using Pearson correlation coefficient and path analysis in SPSS and Amos statistical software.

Results: The results showed the effect of incompatible programs on adherence therapy intermediary cognitive regulation of emotional design and resilience is significant ($p=0.01$).

Conclusions: Due to the predictive power of changes, the results can be found in psychological interventions and training used in consumption.

Keywords: Maladaptive Schema, Adherence to Treatment, Cognitive-emotional Regulation, Resilience, Coronary Heart Disease.

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Ghassempour H, Darzi Azadboni M, Mirzaian B, Sangani A, Shakerian S. Modeling of early maladaptive schemas on adherence to treatment with the mediating role of cognitive emotion regulation and resilience in coronary heart

patients. Journal of Nursing Education (JNE). October-November 2022. p:13-24 [Persian]





مدل یابی طرحواره های ناسازگار اولیه بر تبعیت درمانی با نقش واسطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در بیماران کرون قلبی

حسین قاسمپور^۱، مریم درزی آزادبنی^{۲*}، بهرام میرزائیان^۳، علیرضا سنگانی^۴، سمیرا شاکریان^۵

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، مازندران، ایران. ORCID: 0000-0002-1792-1112

۲- دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، مازندران، ایران. ORCID: 0000-0002-4302-9730

۳- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، مازندران، ایران. ORCID: 0000-0001-9822-X937

۴- دکتری روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه، گروه آسیب شناختی روانشناسی فرهنگی، مرکز پژوهشی علوم روانشناختی فارابی، مازندران، ایران. ORCID: 0000-0002-6255-7467

۵- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت‌الله آملی، آمل، مازندران، ایران. ORCID: 0000-0002-0644-7351

*نویسنده مسئول: مریم درزی آزادبنی، دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، مازندران، ایران.

ایمیل: Maryamdarzi66@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۶

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۴/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۱۲

چکیده

مقدمه: تبعیت درمانی یکی از عوامل مهم روانشناختی در بهبود بیماری های جسمی است که می تواند تحت تاثیر عوامل مختلفی زمینه کاهش بیماری های مختلف را فراهم آورد، با درک این مهم پژوهش حاضر با هدف مدل یابی روابط ساختاری طرحواره های ناسازگار اولیه بر تبعیت درمانی با واسطه گری تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در بیماران کرون قلبی بستری در بیمارستان انجام شد.

روش کار: روش تحقیق توصیفی- همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی تحقیق شامل تمامی بیماران کرون قلبی بستری در بیمارستان فاطمه الزهرا (س) ساری (مرکز قلب مازندران) بود. با استفاده از روش نمونه گیری لوهلین (۲۰۰۴)، ۲۸۰ نفر از بیماران بستری در بیمارستان به عنوان نمونه انتخاب شدند. از پرسشنامه های طرحواره ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان، تاب آوری و مقیاس تبعیت کلی و اختصاصی استفاده شد. داده های گردآوری شده با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم افزار آماری SPSS و Amos تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که اثر طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی با واسطه تنظیم شناختی هیجانی و تاب آوری معنی دار می باشد ($P=0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به قدرت پیش بینی کنندگی متغیرها می توان از نتایج در مداخلات روانشناختی و آموزش ها در بیماران استفاده نمود.

کلید واژه ها: طرحواره ناسازگار، تبعیت درمانی، تنظیم شناختی-هیجانی، تاب آوری، بیماران کرون قلبی.

مقدمه

شریان کرونر اختلالی است که به طور عمده با تنگی مجرای شریان کرونر به وسیله ضایعه آترواستیک مشخص می شود و تا سال ۲۰۲۰ مهمترین بیماری در جهان از نظر اقتصادی قلمداد می شد [۳]. بیماری های قلبی عروقی از طریق کاهش دو عامل خطر قابل پیش گیری است، عوامل

بیماری های قلبی عروقی از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است [۱]. از بین تمامی بیماری های قلبی عروقی، بیماری کرونر قلبی، در نرخ میزان مرگ و میر آمار بیشتری را به خود اختصاص داده است [۲]. بیماری

خطر رفتاری (مانند استعمال دخانیات، مصرف بی رویه الکل، عدم فعالیت جسمی و رژیم غذایی ناسالم (و عوامل خطر متابولیک (مانند افزایش فشارخون و بالا بودن قند خون و سطح کلسترول خون) [۴]. داروهای قلبی عروقی به جهت مدیریت و پیشگیری ثانویه بیماری های قلبی عروقی از طریق کنترل عوامل خطر متابولیک حائز اهمیت هستند، از این رو تبعیت ضعیف از این داروها منجر به پیش آگهی ضعیف بیماری و افزایش احتمال مرگ و میر در این بیماران می شود [۵].

تبعیت درمانی (پیروی از توصیه های متخصص مراقبت های بهداشتی تعریف شد، این مهم انجام اقدامات پیشگیرانه، حضور در جلسات ویزیت، پیروی از توصیه های مراقبت از خود و مصرف دارو طبق دستور پزشک را در بر می گیرد [۶]. تبعیت درمانی از سه مرحله شروع برنامه درمانی، اجرا و خاتمه درمان تشکیل می شود. مرحله شروع برنامه درمانی از زمانی آغاز می شود که بیمار اظهار می دارد برای اولین بار تجویز شده را مصرف کرده است، مرحله اجرا به میزان مصرف داروهای تجویز شده، توسط بیمار، طی یک دوره خاص اشاره دارد و خاتمه درمان زمانی است که بیمار رژیم دارویی را قطع کرده است [۵]. در حال حاضر عدم تبعیت به دارو یک چالش مهم بهداشت سلامت است، خصوصاً در مورد مبتلایان بیماری های مزمن طبق توصیه سازمان بهداشت جهانی افزایش تبعیت به داروهای فشارخون، چربی خون و دیابت می تواند نتایج کلینیکی و هزینه های بهداشتی را به طور چشمگیری بهبود بخشد [۵۳، ۳۵].

مطالعات نشان می دهد که تبعیت از دارو بر کیفیت زندگی بیماران قلبی تاثیر مثبتی دارد [۹-۷].

پژوهش ها نشان می دهد که بعضی هیجانانامند اضطراب به طور بالقوه عوامل خطر مهمی برای بیماری های قلبی عروقی هستند [۱۰]. همچنین استرس حاد، احساس تنش، سرخوردگی و موقعیت های استرس زای دوران کودکی و نوجوانی با افزایش خطر ابتلا به بیماریهای قلبی عروقی همراه است [۱۱]. از دیدگاه رویکرد شناختی، مهمترین عامل روانشناختی موثر بر بیماری های جسمی، طرحواره های ناسازگار اولیه (می باشد [۱۲]. مطالعات اخیر روی بیماران مبتلا به اختلالات روان شناختی نشان داده است که بین طرحواره های ناسازگار و بیماری های جسمی ارتباط وجود دارد، علاوه بر این Young و همکاران (۲۰۰۶) نشان دادند که در بیماران با طرحواره های ناسازگار

درد مزمن، سردرد، بیماری های قلبی عروقی، خستگی و علائم روانی شایع است [۱۳]. طرحواره درمانی فرض می کند زمانی که نیازهای رشدی سالم در دوران کودکی برآورده نشود، طرحواره های ناسازگار اولیه به وجود می آید [۱۴]. طرحواره های ناسازگار اولیه شامل خاطرات، احساسات بدنی، هیجانانام و شناخت هایی است که تصور می شود، از دوران کودکی و نوجوانی سرچشمه گرفته و در طول زندگی یک فرد بسط داده می شود [۱۵]. پژوهش حکم آبادی و همکاران (۲۰۱۹) بیانگر آن است که تکنیک های شناختی تجربی، روابط بین فردی و رفتاری و رفتاردر طرحواره ناسازگار و پیروی از درمان پزشکی بیماران قلبی از نظر آماری و بالینی معنادار است [۱۶]. برقی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی بر روی بیماران هموفیلی دریافتند تصور غلط درباره بیماری می تواند به تبعیت ضعیف تر منجر شود [۱۷]. نتایج مطالعات نشان می دهد که بیمارانی که طرحواره هایشان در حوزه محدودیت مختل قرار دارد، توانایی مهار تکانه های خود را ندارند و نمی توانند ارضای نیازهای آبی خود را به خاطر دستیابی به منافع آبی به تاخیر بیندازند و نمی توانند ابزار هیجان و تکانه هایشان را کنترل کنند [۱۸]. احمدی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند بیماران دچار انسداد عروق کرونری قلب، در حیطه شناختی و هیجانی دارای مشکلات بیشتری هستند [۱۹]. همچنین پژوهش کرباس دهی و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از آن است که تغییر طرحواره ی ناسازگار اولیه باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان می شود [۲۰].

عوامل متعددی در تبعیت بیماران از توصیه های درمانی گزارش شده است که از جمله آن می توان به توانایی تنظیم هیجانانام اشاره کرد [۲۱]. یکی از دلایلی که منجر به تبعیت درمانی ضعیف می شود نقص در تنظیم و بازسازی شناختی هیجان است [۲۲]. پژوهش ها نشان می دهند که اختلالات خلقی، هیجان های منفی و انزوای اجتماعی زمینه ابتلا به انواع بیماری جسمی را در افراد پدید می آورد [۱۹].

از آنجا که بیماری قلبی عروقی روان تنی محسوب می شود در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت [۲۳]. نتایج پژوهش های مختلف حاکی از آن است که عوامل روانشناختی هم در زمینه سازی ابتلا به بیماری های قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند [۲۴]. تنظیم شناختی هیجان، پاسخ های شناختی به رویدادهای فراخوان هیجان هستند که آگاهانه

یا نا آگاهانه سعی در تغییر شدت یا نوع تجربه هیجانی دارند. نتایج مطالعات مختلف رابطه قوی بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و آسیب شناسی روانی را نشان می دهند [۲۵]. به طوری که استفاده از راهبردهای ناسازگار در تنظیم هیجان باعث ایجاد برخی از آسیب های روان شناختی، مانند اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و خشونت می شود. مطالعات همچنین نشان دادند راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان مانند خود سرزنشگری، نشخوار فکری، فاجعه سازی پیش بینی کننده اختلالات عاطفی در بیماران قلبی است [۲۶]. بهره گیری مطلوب از راهبردهای سازگاران تنظیم شناختی هیجان، نظیر ارزیابی مجدد باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگاران می شود [۲۴].

در کنار این مهم تاب آوری (عامل مهمی در نحوه واکنش و سازگاری فرد با چالش های مهم است تا بتواند در مواجهه با موقعیت تغییر زندگی، موفق باشد. نتایج پژوهش های مختلف نشان داده است که سطح پایین تاب آوری با افسردگی در مبتلایان به بیماران کرونر قلبی و سطح بالای تاب آوری با بهبود پیامد توانبخشی قلبی عروقی در ارتباط است [۲۷]. تاب آوری باعث ارتقا سازگاری، مقاومت و بهبود سلامت روانی و جسمی بعد از یک موقعیت چالش برانگیز می شود. همچنین یک فرآیند واکنشی در غلبه بر اثرات منفی موقعیت های استرس زای زندگی و یادگیری در مورد آن است [۲۸]. افراد با تاب آوری پایین در شرایط استرس زا به شیوه انعطاف ناپذیر و خشک عمل می کنند که منجر به رفتار ناسازگار می شود [۲۹]. تاب آوری نوعی ترمیم خود در برابر پیامدهای منفی هیجانی، عاطفی و شناختی است [۳۰]. تاب آوری به بیماران در جهت دستیابی به آرامش و بهزیستی کمک می کند. افراد برخوردار از تاب آوری آسیب پذیری کمتری نسبت به بیماری نشان می دهند. در رهایی از فشار ناشی از اثرات بیماری از توانایی بیشتری برخوردارند. پژوهشگران تاب آوری را خصیصه ای شخصیتی می داند که به منزله تعیین کننده انعطاف پذیری در کنترل هیجان ها عمل می کند [۳۱]. در این راستا پژوهش Lee و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که تاب آوری در بیماران با احتمال سارکوپنی مبتلا به بیماری قلبی عروقی پایین تر است و باید توجه بیشتری به سلامت روان آن ها داشت [۲۸]. پژوهش های متعددی همچون بشارت و رامشی (۲۰۱۹) و کردستانی و قمری (۲۰۱۸) نشان دادند

بین تاب آوری و سازگاری با بیماری قلبی ارتباط وجود دارد و تاب آوری باعث افزایش قدرت تحمل و سازگاری فرد در برخورد با مشکل و حفظ سلامت روانی و ارتقا آن می شود [۳۲، ۳۹]. دوستدار و گلشنی (۲۰۱۴) دریافتند که افراد سالم دارای نمرات تاب آوری بالاتر و بیماران قلبی و این قلبی سخته ای دارای نمره تاب آوری پایین تری بودند و این امر خطر آسیب پذیری را در این گروه افزایش داده [۳۳]. در رابطه ی تاب آوری و تبعیت از درمان رحیمی و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که تاب آوری منجر به بهبود افسردگی و پریشانی در بیماران دیابتی شود و یک روش مفید برای افزایش تمایل بیمار در تبعیت از درمان باشد [۳۴]. علی پور و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی دریافتند تاب آوری می تواند به عنوان متغیر واسطه ای تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر پیروی از در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تقویت نماید [۳۵]. مسعودنیا و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی دریافتند متغیر حمایت اجتماعی تاثیر به سزایی در بر تبعیت بیماران قلبی به توصیه های پزشکی دارد [۳۶].

همانطور که اشاره شد پژوهش های مختلفی به طور جداگانه به نقش متغیرهای پژوهش در تبعیت درمانی اشاره دارند، با این حال رابطه مستقیم و با نقش میانجی این عوامل با تبعیت از درمان در بیماران قلبی کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. بنابراین با توجه به نقش متغیرهای فوق بر تبعیت درمانی با در نظر گرفتن جامعه ایرانی که روابط اجتماعی از اهمیت ویژه ای در آن برخوردار است و نیز فقدان پژوهش های قلبی که به صورت ترکیبی به بررسی این متغیر های پرداخته باشد، هدف کلی پژوهش حاضر بررسی تاثیر طرحواره های ناسازگار اولیه بر تبعیت درمانی با واسطه ی نقش تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری بر بیماران کرونر قلبی می باشد.

فرضیه های پژوهش

۱. طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی اثر معنی داری دارد.
۲. راهبردهای ناسازگاران بر تبعیت درمانی کلی اثر معنی داری دارد.
۳. راهبردهای سازگاران بر تبعیت درمانی کلی اثر معنی داری دارد.
۴. تاب آوری بر تبعیت درمانی کلی اثر معنی داری دارد.
۵. طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه راهبردهای ناسازگاران اثر معنی داری دارد.

پزشک را به طور کلی اندازه می گیرد. دارای پنج ماده است و همسانی درونی آن قابل قبول ($\alpha=0.81$) گزارش شده است. تبعیت اختصاصی میزان تبعیت از توصیه های ضروری ویژه یک بیماری را اندازه می گیرد. مقیاس تبعیت اختصاصی ویژه بیماران قلبی، میزان تبعیت بیماران قلبی را از توصیه های مبنی بر مصرف دارو و تغییر سبک زندگی می سنجد. این مقیاس دارای ۱۰ ماده در مقیاس لیکرت شش درجه ای است و همسانی درونی به دست آمده برای آن در حد قابل قبول به دست آمده است. همبستگی میان تبعیت اختصاصی و کلی بسیار کوچک و در دامنه ی میان ۰/۲۹ تا ۰/۱۲ قرار دارد. بنابراین به نظر می رسد مقیاس تبعیت اختصاصی و کلی اطلاعات مشابهی را در بر ندارند. پایایی این دو مقیاس در مطالعه Hayes و همکاران (۱۹۹۴) براساس همبستگی نمرات آزمون، آزمون مجدد با فاصله دو سال قابل قبول به دست آمده است (تعداد جامعه آماری، ۰/۰۶=تبعیت کلی، ۰/۵۵=تبعیت اختصاصی) [۳۸]. در پژوهش حاضر به منظور استفاده از این مقیاس ها از روش ترجمه رو به جلو، رو به عقب استفاده شد. به این ترتیب که ابتدا نسخه های اصلی توسط یک مترجم حرفه ای و یک متخصص روانشناسی مسلط به زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شدند سپس متن فارسی تهیه شده مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. پس از مطابقت این دو نسخه با نسخه اصلی ابزار و انجام اصلاحات لازم، مقیاس های تبعیت کلی و تبعیت اختصاصی به زبان فارسی آماده شدند. نسخه های به دست آمده در یک مطالعه مقدماتی برای ۶۰ بیمار قلبی به اجرا درآمدند و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس تبعیت کلی (۰/۸۷) و مقیاس تبعیت اختصاصی (۰/۹۱) محاسبه گردید. همچنین همبستگی درونی سوالات محاسبه شد (همبستگی یک یک سوالات با یکدیگر و همبستگی هر سوال با کل تست) و پس از انجام اصلاحات لازم (سوال ۳ در مقیاس تبعیت کلی هم از نظر آزمودنی و هم از نظر آماری دچار مشکل بود و جمله بندی آن نیاز به تغییر داشت) نسخه نهایی مقیاس تبعیت کلی و اختصاصی به دست آمد.

پرسشنامه تاب آوری کانر دیویدسون CD-RISK: مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون یک ابزار ۲۵ گویه ای است که سازه ی تاب آوری را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از صفر تا چهار می سنجد. حداقل نمره ی تاب آوری در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است. نتایج مطالعه

۶ طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه راهبردهای سازگاران اثر معنی داری دارد.

۷ طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه تاب آوری اثر معنی داری دارد.

روش کار

پژوهش حاضر با توجه به هدف از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده ها به صورت مقطعی و تحلیل آن ها به روش توصیفی و از نوع طرح های همبستگی و روش مدل یابی ساختاری می باشد. از ویژگیهای تحقیق توصیفی این است که محقق دخالتی در موقعیت، وضعیت و نقش متغیرها ندارد و آنها را دستکاری یا کنترل نمی کند و صرفاً آنچه وجود دارد مطالعه کرده، به توصیف و تشریح آن می پردازد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران کرونر قلبی بستری در بیمارستان فاطمه زهرا ساری (مرکز قلب مازندران) در سال ۱۴۰۰ می باشد. با استفاده از روش نمونه گیری Loehlin (۲۰۰۴)، به ازای هر متغیر ۳۰ تا ۵۰ نمونه اتخاذ گردید [۳۷]، که در مجموع با توجه به تعداد ۴ متغیر مشاهده شده و اختصاص ضریب ۵۰ تعداد ۲۸۰ بیمار با تشخیص کرونر قلبی (بیماری قلبی که در اثر اجتماع پلاکتها در عروق کرونری به وجود می آید. به این مشکل تصلب شرایین می گویند که موجب بسته شدن جریان خون می شود) به روش نمونه گیری مرحله ای به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند، ویژگی جمعیت شناختی نمونه آماری مورد مطالعه نشان داد که ۱۶۲ نفر (۵۷/۸٪) را مردان و ۱۱۸ نفر (۴۲/۲٪) را زنان تشکیل دادند، از نظر مدرک تحصیلی ۷۴ نفر (۲۶/۴٪) زیر دیپلم، ۱۲۴ نفر (۴۴/۳٪) دیپلم و ۸۲ نفر (۲۹/۳٪) مدرک کارشناسی داشتند. میانگین سن آنها ۵۳/۱۸ با انحراف استاندارد ۷/۸ بود، میانگین سابقه بیماری آنان ۲/۳ سال با انحراف استاندارد ۰/۹۷ بود.

معیارهای ورود به پژوهش حاضر حداقل دارای بیماری کرونر قلبی، حداقل سه ماه سابقه بیماری داشتند.

ابزار گردآوری داده های پژوهش پرسشنامه استاندارد به شرح زیر بود.

مقیاس تبعیت کلی (General Adherence Scale) و تبعیت اختصاصی (Specific Adherence Scale): مقیاس های تبعیت کلی و اختصاصی به منظور سنجش میزان تبعیت بیماران مزمن توسط Hayes و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده اند. مقیاس تبعیت کلی تمایل بیمار به پیروی از توصیه های

مقدماتی مربوط به ویژگی های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرایی مقیاس کافی گزارش شده اند؛ نتایج تحلیل عاملی اکتشافی وجود پنج عامل (شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف/ روابط ایمن، مهار، معنویت) را برای مقیاس تاب آوری تایید کرده است [۳۹]. ویژگی های روانسنجی فرم فارسی مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون در چندین پژوهش، در خلال سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در نمونه های بیمار (n=۲۵) و بهنجار (n=۱۱۲۳) انجام شده اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند. در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های هر یک از زیر مقیاس های تاب آوری از ۰/۷۳ تا ۰/۹۱ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس تاب آوری را تایید نمودند. پایایی باز آزمایی مقیاس تاب آوری کانر دیویدسون برای نمونه های بیمار (n=۱۳۱) و بهنجار (n=۳۲۳) در دو نوبت با فاصله های ۲ تا ۴ هفته برای هر یک از زیر مقیاس های تاب آوری از ۰/۶۹ تا ۰/۸۴ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < 0.001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون را تایید کردند [۴۰]. علی رغم وجود تایید روایی در پژوهش های قبلی در داخل کشور، روایی صوری و محتوایی پرسشنامه در پژوهش حاضر توسط متخصصان روانشناسی مورد تایید قرار گرفت، به طور مشخص هماهنگی شکل و ظاهر پرسشنامه با جامعه آماری مورد مطالعه و محتوای آن بدون تغییر مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: توسط Gamefski & Kraaij (۲۰۰۱) تدوین شده و دارای ۳۶ گویه است. نمره دهی بر اساس طیف پنج تایی هرگز تا همیشه است. دارای هفت خرده مقیاس سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت در قالب دو راهبرد سازگارانه و راهبردناسازگارانه می باشد. فرم فارسی آن توسط سامانی و صادقی (۲۰۱۰) مورد اعتبار یابی قرار گرفت. ضریب آلفا برای خرده مقیاس ها به وسیله Gamefski و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۶ و

برای خرده مقیاس ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ به دست آمد [۴۱]. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه در پژوهش حاضر توسط متخصصان روانشناسی مورد تایید قرار گرفت، پایایی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد.

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه): نسخه اصلی پرسشنامه، توسط Yang (۱۹۹۴) برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساخته شده است. همچنین شکل کوتاه پرسشنامه برای اندازه گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه براساس فرم اصلی تهیه شده است. یک ابزار ۷۵ سوالی برای سنجش طرحواره های ناکارآمد اولیه با طیف لیکرت بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، بیشتر درست تا غلط=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، کاملاً درست=۶) نمره گذاری می شود. در فرم کوتاه، هر طرح واره توسط پنج سوال سنجیده می شود. در این پرسشنامه نمره بالا نشان دهنده وجود طرحواره های ناسازگار اولیه است (۲۳). پژوهش Yang & Lang (۱۹۹۸) ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کرد. اعتبار این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ در مورد ۱۵ خرده مقیاس بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش شده است و نتایج بازآزمایی با ۱۵ روز فاصله ۰/۶۷ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. دارای اعتبار صوری و محتوایی مطلوبی است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد [۴۱]. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه در پژوهش حاضر توسط متخصصان روانشناسی مورد تایید قرار گرفت، پایایی پرسشنامه بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی-واحد ساری مورخ ۱۴۰۰/۶/۶ به کد اخلاق شماره IR.IAU.SARI.REC.1400.060 می باشد. پس از کسب کد اخلاق و مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، پژوهشگران به بیمارستان های منتخب مراجعه و با ارائه معرفی نامه به مرکز مربوطه، اجازه حضور در محیط پژوهش را کسب نمود، سپس با مراجعه به بیمارستان فاطمه زهرا شهر ساری و شناسایی بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی آزمودنی ها کد داشتند و محرمانه ماندن اطلاعات و اصل راز داری رعایت شد. همچنین

و توان تأثیر متغیرهای پژوهش بر تبعیت درمانی از تحلیل مسیر در نرم افزار آماری Amos استفاده شده است.

یافته‌ها

در ابتدا با بررسی پیش فرض های آماری با میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی بین متغیرها در جدول ۱ ارائه شده است، لازم است بیان شود اعداد ۱ بر روی قطر ماتریس بیانگر همبستگی آن متغیر با خودش می باشد.

موضوعات اخلاقی همچون؛ سرقت ادبی، رضایت آگاهانه؛ انتشار چندگانه و ... در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفته اند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SS22 و Amos در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی از آماره هایی نظیر میانگین، انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون بهره گرفته شده است، همچنین برای تعیین میزان

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی متغیرهای طرحواره ها و تاب آوری و تبعیت درمانی

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
طرحواره های ناسازگار	۳۱۱/۲۴	۲۴/۷۸	۱				
راهبردهای ناسازگارانه	۴۱/۰۵	۶/۲۹	۰/۳۲**	۱			
راهبردهای سازگارانه	۳۸/۲۴	۶/۲۴	-۰/۲۲**	-۰/۲۴**	۱		
تاب آوری	۵۷/۳۹	۷/۲۴	-۰/۲۸**	-۰/۲۴**	۰/۲۷**	۱	
تبعیت درمانی کلی	۲۴/۳۹	۳/۴۵	-۰/۳۰**	-۰/۲۹**	-۰/۲۴**	۰/۲۷**	۱

** P<0/01

وجود داشت و بین متغیرهای راهبردهای سازگارانه و تاب آوری با تبعیت درمانی در بیماران قلبی رابطه مثبت در سطح ۰/۰۱ وجود داشت.

نتایج مندرج در جدول (۱) همبستگی معنی داری بین متغیرهای طرحواره های ناسازگار و راهبردهای ناسازگارانه با تبعیت درمانی در بیماران قلبی رابطه منفی در سطح ۰/۰۱

جدول ۲. شاخص های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها و متغیرها

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار به دست آمده
X ² /df	کای اسکور نسبی	<۳	۱/۹۶۷
X ²	آزمون نیکویی برازش مجذور کای	-	۴۷/۲۰۸
DF	درجه آزادی	-	۲۴
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	<۰/۱	۰/۰۲۸
GFI	شاخص برازندگی تعدیل یافته	>۰/۹	۰/۹۹۸
NFI	شاخص برازش نرم	>۰/۹	۰/۹۹۴
CFI	شاخص برازش مقایسه ای	>۰/۹	۰/۹۹۷

میزان شاخص برازندگی تعدیل یافته (GFI) شاخص برازش مقایسه ای (CFI) و شاخص برازش نرم (NFI) نیز تقریباً برابر و بزرگتر از ۰/۹ بود که نشان داد مدل اندازه گیری متغیرهای پژوهش، مدلی، مناسب بود.

مطابق جدول (۲) مقدار ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۰۲۸ بود لذا این مقدار کمتر از ۰/۱ بود که نشان دهنده این بود که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب بوده و مدل قابل قبول بود. همچنین مقدار کای دو به درجه آزادی (۱/۹۶۷) بین ۱ و ۳ می باشد و

جدول ۳: برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست نمایی (ML)

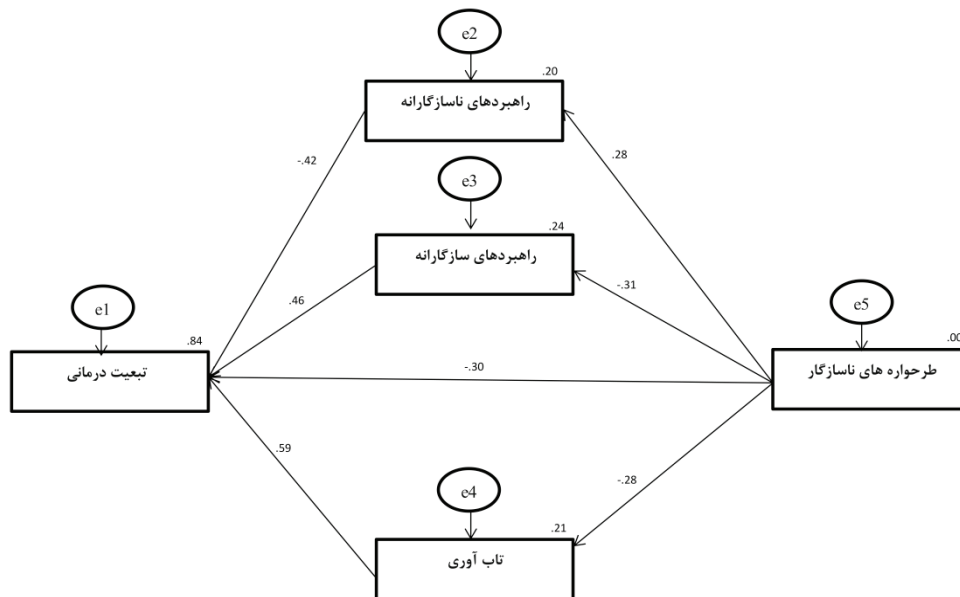
متغیر	b	B	R2	t	معنی داری
طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی	-۰/۴۶۳	-۰/۳۰۵	۰/۱۴۱	۳/۵۲۱	۰/۰۰۰۱
راهبردهای ناسازگارانۀ بر تبعیت درمانی کلی	-۰/۴۲۷	-۰/۲۹۸	۰/۱۲۷	۳/۱۱۲	۰/۰۰۰۱
راهبردهای سازگارانۀ بر تبعیت درمانی کلی	۰/۶۳۵	۰/۳۴۰	۰/۲۱۵	۴/۸۸۷	۰/۰۰۰۱
تاب آوری بر تبعیت درمانی کلی	۰/۶۶۵	۰/۳۷۴	۰/۲۴۸	۵/۷۸۰	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول (۳) مسیرهای طرحواره های ناسازگار، راهبردهای ناسازگارانۀ، راهبردهای سازگارانۀ و تاب آوری اثر

جدول ۴: برآورد اثرات میانجی مدل با استفاده از روش بوت استرپ

متغیر	B	حد پایین	حد بالا	معنی داری
طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه راهبردهای ناسازگارانۀ	-۰/۴۲۱	-۰/۵۳۲	-۰/۳۱۴	۰/۰۰۱
طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه راهبردهای سازگارانۀ	۰/۴۶۰	۰/۳۴۶	۰/۶۱۳	۰/۰۰۱
طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه تاب آوری	۰/۵۹۱	۰/۴۹۶	۰/۶۶۳	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول (۴) مشاهده می گردد، مسیر طرحواره های ناسازگار بر تبعیت درمانی کلی با واسطه تنظیم شناختی هیجانی و تاب آوری مقادیر استاندارد شده



نمودار ۱. مدل نهایی مسیرهای آزمون شده به همراه آماره های پیش بینی استاندارد شده

آوری با تبعیت درمانی در بیماران رابطه ی مثبت و معنادار وجود داشت، همچنین مسیر طرحواره های ناسازگار، راهبرد های سازگارانۀ و تاب آوری اثر مستقیم و معناداری بر تبعیت کلی درمانی دارا بود و به طور کلی ۸۴ درصد از متغیر تبعیت درمانی را دارا می باشند و مدل روابط ساختاری نشان داد که مدل تبعیت درمانی از برازش مناسبی برخوردار بود. در تبیین نتایج این قسمت از پژوهش می توان گفت تبعیت درمانی

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر طرحواره های ناسازگار اولیه بر تبعیت درمانی با نقش واسطه ی تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در بیماران کرونر قلبی بود، نتایج نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای طرحواره های ناسازگار و راهبردهای ناسازگارانۀ با تبعیت درمانی در بیماران قلبی وجود داشت و بین متغیرهای راهبردهای سازگارانۀ و تاب

طرحواره های ناسازگار اولیه از عوامل تاثیرگذار در اختلالات قلبی عروقی ست و باید به نقش آن در این اختلال توجه کرد. بیماران دچار انسداد عروق کرونری قلب در حیطه شناختی و هیجانی دارای مشکلات بیشتری هستند. و توجه به این مساله می تواند هم پیامد پیشگیرانه و هم پیامد درمانی قابل توجهی به دنبال داشته باشد [۱۸، ۱۹]. پژوهش افشاری (۲۰۱۸) حاکی از آن است که اکثر مبتلایان دیابتی دارای سطح متوسط تبعیت از درمان بودند [۲۱]. نتیجه ی پژوهش بشارت و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد بین حمایت اجتماعی و سازگاری با بیماری قلبی رابطه مثبت معنادار وجود دارد و کمیت، کیفیت و فراوانی روابط اجتماعی به طور قابل توجهی وضعیت سلامت را تحت تاثیر قرار می دهند [۴۰]. دوستدار و گلشنی (۲۰۱۴) بیماران قلبی و بیماران قلبی سکنه ای دارای نمرات تاب آوری پایین تری در مقایسه افراد سالم بودند. در تبیین آن می توان اشاره کرد که بیماران سکنه ای هر مصیبت و حادثه ناگوار را تهدید ارزیابی می کنند و آن را خطر جدی و غیرقابل کنترل می دانند و به همین دلیل آسیب پذیرتر هستند و بروز اختلال های بدنی و روانی در این افراد بیشتر است و افراد تاب آور دارای عزت نفس بالا و کاهش مشکلات هیجانی و رفتارهای اضطرابی کمتری از خود نشان می دهند و سطح پایین تاب آوری میزان اضطراب و افسردگی در بیماران و افراد بستری را نشان می دهد [۳۳]. طبق یافته های رحیمی و همکاران (۲۰۲۰) بین افسردگی، دیابت نوع دو، تاب آوری و تبعیت از درمان رابطه وجود دارد. همچنین، تاب آوری و پریشانی دیابت بین افسردگی و تبعیت از درمان نقش واسطه ای دارند. بنابراین تاب آوری در بیماران ممکن است منجر به بهبود افسردگی و پریشانی دیابت شود و می تواند یک روش مفید برای افزایش تمایل بیمار در تبعیت از درمان باشد [۳۴]. براساس نتیجه ی مطالعات علی پور و همکاران (۲۰۱۶) تاب آوری در بیماران می تواند منجر به بهبود سلامت روان بیماران دیابتی شود. و افراد مبتلا به دیابت با فشارهای هیجانی روبرو هستند که می تواند مراقبت از خود را مختل کند [۳۵]. این یافته همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد. محدودیت های این پژوهش؛ با توجه به این که ابزار مورد استفاده در این بررسی پرسشنامه های خود گزارش دهی بوده است، امکان سوگیری پاسخ بیماران وجود داشته است. همچنین این پژوهش تنها بر پایه نمونه ی بیماران کرونر قلبی بیمارستان حضرت فاطمه الزهرا ساری

در روند بهبود بیماری از اهمیت زیادی برخوردار است، با توجه به اثر متغیرهای متعدد بر تبعیت از درمان در این پژوهش سعی شد نقش طرحواره ناسازگار، تنظیم هیجان و تاب آوری بررسی شود. همکاری ضعیف در درمان، هم برای بیماران و هم برای سیستم های ارائه کننده مراقبت های مرتبط با سلامت، زنگ خطر محسوب می شود، زیرا از منظر بالینی، عدم تبعیت از درمان سبب کاهش اثرات مفید درمانی، علائم نشانه ها، افزایش عوارض و افزایش میزان بستری و حتی مرگ می گردد به طوری که داشتن تصویری غلط از بیماری می تواند به تبعیت کمتر منجر شود. برخی مطالعات نشان داده اند درک منفی از وضعیت بیماری با عدم تبعیت از درمان، ناتوانی بیشتر در آینده، کاهش سرعت بهبود در کیفیت زندگی پایین تر همراه است [۱۷]. نتایج پژوهش امینی نسب و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از آن است که تبعیت از دارو یک رفتار چند بعدی است که تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله وضعیت تحصیلی، تعداد فرزندان، هم خونی، شدت بیماری و تعداد قرص های مورد استفاده در روز قرار می گیرد. پیروی داروها نقش اساسی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی دارد و باعث کاهش میزان مرگ و میر و بستری در بیماران و افزایش کیفیت زندگی می شود [۷]. در پژوهش Al-Ganmi و همکاران (۲۰۱۹) که بر روی ۲۶۴ بیمار قلبی در استرالیا و عراق انجام شد، تبعیت از دارو و عوامل مرتبط با آن مورد بررسی قرار گرفت. نسبت قابل توجهی از بیماران قلبی استرالیایی و عراقی سطح تبعیت پایینی به داروهای قلبی گزارش کرده اند و در هر دو کشور تبعیت درمانی با اعتقاد بیماران در مورد درمان وابسته بود [۸]. Silavanich و همکاران (۲۰۱۹) هم نشان دادند که تبعیت درمانی رابطه ی مثبت و معنی داری با کیفیت زندگی بیماران قلبی دارد [۹]. حکم آبادی (۲۰۱۹) در بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر روی تبعیت از درمان نشان داد که طرحواره درمانی بر تغییر طرحواره های ناسازگار اولیه بیماران قلبی تاثیر گذاشته و منجر به کاهش عاطفه ی منفی آنها شده است، همچنین این مطالعه توانایی طرحواره درمانی بر الگو شکنی رفتاری را نشان می دهد و این راهبرد به مراجع کمک می کند تا برای جایگزین کردن الگوی رفتاری سازگار به جای پاسخ های مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کند و در نتیجه منجر به تبعیت از درمان می شود [۱۶]. یوسفی و همکاران (۲۰۱۶) و احمدی و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند

بزرگتر و در نظر گرفتن سایر متغیرهای مهم روانشناختی) به طراحی مداخلات جامع تر پرداخته و سپس به ارزیابی آن مداخلات در مطالعات بعدی پرداخته شود. لازم به ذکر است مداخلات روان شناختی می تواند شامل طراحی، ساخت و اجرای بسته آموزش راهبردهای تنظیم شناختی-هیجانی و روش تقویت و ارتقای سطح تاب آوری در پروتکل های درمانی بیماران کرونرقلبی باشد.

سیاسگزاری

گروه پژوهش بر خود لازم می داند که از کلیه پرسنل و بیماران بیمارستان فاطمه زهرا ساری که صمیمانه گروه پژوهش را در انجام این پژوهش یاری دادند، نهایت سپاس و قدردانی را به عمل آورد.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافع در مورد پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Roth GA, Johnson C, Abajobir A, Abd-Allah F, Abera SF, Abyu G, et al. Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017;70(1):1-25. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.052>
2. Choi H, Koh Y S, Lee S W. Increased risk of coronary heart disease with hysterectomy in young women: A longitudinal follow-up study using a national health screening cohort. *Maturitas*, 2021;26:1-8. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.10.009>
3. Agha yousefi A, Sharifi N. The relationship between coping strategies with stress and fasting blood sugar in patients with coronary heart disease. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2014;21(1):81-92. [Persian]
4. Zhang B, Wang Y, Wang C. The association of sleep quality and night sleep duration with coronary heart disease in a large-scale rural population. *Sleep Medicine*;2021;87:233-240. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.09.013>
5. Tegegn HG, D'Espaignet ET, Wark S, Spark MJ. Self-reported medication adherence tools in cardiovascular disease: protocol for a systematic review of measurement properties. *JBIC Evidence Synthesis*. 2020;18(7):1546-56.

صورت گرفته است که قابلیت تعمیم دهی نتایج را محدود می کند، انجام پژوهش در نمونه های دیگر می تواند گامی در حل این موضوع باشد. از دیگر محدودیت های این پژوهش می توان به کم سواد یا بیسواد بودن برخی از بیماران اشاره نمود که می تواند در نتیجه ی پرسشنامه موثر باشد.

نتیجه گیری

به طور کلی از یافته های این پژوهش می توان این گونه نتیجه گیری کرد که متغیرهای طرحواره های ناسازگار اولیه، تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری بر تبعیت از درمان تاثیر دارند و می توانند موجب تقویت یا تضعیف آن شوند. بنابراین به متخصصان سلامت پیشنهاد می شود که به منظور افزایش متابعت بیماران کرونرقلبی در مطالعات آتی از سایر پارادایم های معتبر و مطمئن تر مثل مصاحبه، استفاده از پژوهش مذکور با گستردگی بیشتر (نمونه پژوهشی

<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00117>

6. Dayapoğlu N, Turan G B, Özer Z. Evaluation of medication adherence and medication beliefs among patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*; 2021; 124:1-7. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.108366>
7. Amininasab S, Lolaty H, Moosazadeh M, Shafipour V. Medication adherence and its predictors among patients with heart failure. *Nursing and Midwifery Studies*. 2018;7(2):81-6. [Persian] https://doi.org/10.4103/nms.nms_9_17
8. Al-Ganmi AHA, Al-Fayyadh S, Abd Ali MBH, Alotaibi AM, Gholizadeh L, Perry L. Medication adherence and predictive factors in patients with cardiovascular disease: A comparison study between Australia and Iraq. *Collegian*. 2019;26(3):355-65. <https://doi.org/10.1111/nhs.12681>
9. Silavanich V, Nathisuwan S, Phrommintikul A, Permsuwan U. Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. *Heart & Lung*. 2019;48(2):105-10. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.009>
10. Nakamura S, Kato K, Yoshida A, Fukuma N, Okumura Y, Ito H, et al. Prognostic value of depression, anxiety, and anger in hospitalized cardiovascular disease patients for predicting adverse cardiac outcomes. *The American journal of cardiology*. 2013;111(10):1432-6. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.07.013>

- [org/10.1016/j.amjcard.2013.01.293](https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2013.01.293)
11. Slepecky M, Kotianova A, Prasko J, Majercak I, Gyorgyova E, Kotian M, et al. Coping, schemas, and cardiovascular risks-study protocol. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017;13:2599. <https://doi.org/10.2147/NDT.S148837>
 12. Manavipour D, Miri LS. Early maladaptive schemas in patients with psychosomatic disorder and multiple sclerosis. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2017;5(1):40-47. [Persian] <https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.5.1.40>
 13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*: Guilford Press; 2006.
 14. Farrell JM, Shaw IA. *Experiencing schema therapy from the inside out: a self-practice/self-reflection workbook for therapists*. New York: Guilford Press; 2018.
 15. Tariq A, Quayle E, MLawrie S, Reid C, Chan SW. Relationship between early maladaptive schemas and anxiety in adolescence and young adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2021; 295: 1462-1473. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.031>
 16. Hokmabadi ME, Bigdeli I, Asadi J, Asghari Ebrahim Abad MJ. Schema therapy on personality type D, working and prospective memory and adherence to treatment in patients with coronary artery disease. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2019;9(0):96-107. [Persian]
 17. Barghi Irani Z, Dehkhodaei S, Alipour A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients. *The Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*. 2019;16(4):289-99. [Persian]
 18. Yousefi R, Asghari H, Toghiani E. Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation in cardiac patients and normal individuals. *J Adv Med Biomed Res*. 2016;24(107):130-43. [Persian]
 19. Ahmadi F, Aliasghar A, Borjali M. The comparison of patients suffering from coronary thrombosis with healthy individuals concerning early maladaptive schemas and emotion regulation strategies. *J Behav Sci*. 2014;8(1):55-63. [Persian]
 20. Karbasdehi ER, Abolghasemi A, Karbasdehi FR. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2018;48(4):233-9. [Persian] <https://doi.org/10.1007/s10879-018-9390-2>
 21. Afshari A. Prediction of diabetic patients' treatment adherence by self-compassion, emotional regulation and spritual welbeing. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2018;16(4):466-75. [Persian] <https://doi.org/10.52547/rbs.16.4.466>
 22. Sofia SA, Lysaker PH, Smith E, Celesia BM, Dimaggio G. Therapy adherence and emotional awareness and regulation in persons with human immunodeficiency virus. *The Journal of nervous and mental disease*. 2018;206(12):925-30. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000901>
 23. Yaldız A H, Solak N, Ikizer G. Negative emotions in siblings of individuals with developmental disabilities: The roles of early maladaptive schemas and system justification, *Research in Developmental Disabilities*, 2021;2021:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104046>
 24. Kyranides M N, Neofytou L. Primary and secondary psychopathic traits: The role of attachment and cognitive emotion regulation strategies, *Personality and Individual Differences*, 2021;182: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104046>
 25. Langer K, Wolf O T, Jentsch V L. Delayed effects of acute stress on cognitive emotion regulation , *Psych neuroendocrinology*, 2020;125: 105-115. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.105101>
 26. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and individual differences*. 2005;39(7):1249-60. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004>
 27. Jones J, Buckley J, Furze G, Sheppard G. *Cardiovascular Prevention and Rehabilitation in Practice*: Wiley Online Library; 2020. <https://doi.org/10.1002/9781119071006>
 28. Lee S-Y, Tung H-H, Peng L-N, Chen L-K, Hsu C-I, Huang Y-L. Resilience among older cardiovascular disease patients with probable sarcopenia. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2020;86:103939. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103939>

29. Sharpley CF, Bitsika V, Jesulola E, Fitzpatrick K, Agnew LL. The association between aspects of psychological resilience and subtypes of depression: implications for focussed clinical treatment models. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2016;20(3):151-6. <https://doi.org/10.1080/13651501.2016.1199810>
30. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017;42:110-115. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
31. Chow P C. Quality of life, psychological resilience, personality traits and illness perception in grown-up congenital heart patients in Hong Kong, *International Journal of Cardiology Congenital Heart Disease*, 2021;6: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijcchd.2021.100279>
32. Kordestani D, Ghamari A. Comparing the Resilience, Life Style and Life Quality Among Cardiovascular Patients and Normal people. *scientific magazine yafte*. 2018;19(5):71-80. [Persian]
33. DoustdarTousi SA, Golshani S. Effect of resilience in patients hospitalized with cardiovascular diseases. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014;24(116):102-9. [Persian]
34. Rahimi M, Jalali M, Nouri R, Rahimi M. The Mediating Role of Resilience and Diabetes Distress in Relationship between Depression and Treatment Adherence in Type 2 Diabetes among Iranian Patients. *Journal of Community Health Research*. 2020;9(2):107-18. [Persian] <https://doi.org/10.18502/jchr.v9i2.3404>
35. Alipour A, Aliakbari DM, Amini F, Hashemi JA. Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: mediating role of resiliency and hope. 2016;10(2):53-67. [Persian]
36. Masoudnia E, Foroozannia K, Montazeri M. Relationship between perceived social support and adherence to medical advices among patients with coronary heart disease after by-pass surgery. 2012;19(6):798-806. [Persian]
37. Loehlin J C. *Latent Variable Models* NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 2004. <https://doi.org/10.4324/9781410609823>
38. Zarani F, Zamani R, Besharat MA, Ehsan HB, Rahiminejad A, Sadeghian S. Effectiveness of the information-motivation-behavioral skills model in the adherence rate of coronary artery bypass grafting patients. *Psychological Research*. 2010;12(3-4):24-43. [Persian]
39. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM, Levitan EB. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the REasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PloS one*. 2018;13(6):e0198578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198578>
40. Besharat M-A, Ramesh S. The relation between resilience, spiritual well-being, and social support with adjustment to heart disease. *Health and Development Journal*. 2019;8(1):1-15. [Persian]
41. Shabani H, Mirzaian B, Sangani A. Structural Equation Modeling of Schemas and Attachment Styles with Addiction Potential through the Mediation of Stress Coping Strategies, Cognitive Emotion Regulation, and Loneliness among the Addicts under Treatment. *Research on Addiction*. 2017;11(43):177-94. [Persian]