



Journal Website

Article history:

Received 25 March 2026

Revised 08 August 2026

Accepted 15 August 2026

Initial Publication 23 August 2026

Final Publication 23 August 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 3, pp 1-24



E-ISSN: 2981-1759

Structural Modeling of Self-Care in Patients with Coronary Artery Disease Based on Object Relations and Type D Personality: The Parallel Mediating Roles of Perceived Social Support and Alexithymia

Mojtaba. Rabani¹, Reza. Bagherian Sararoudi^{2*}, Hamidreza. Nikyar³, Hasan. Rezaei Jamalouei⁴

¹ Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

² Professor of Health Psychology, Department of Health Psychology and Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Department of Medicine. Clinical Research Development Center, Na.C., Islamic Azad University. Najafabad, Iran

⁴ Associate Professor Department of Health Psychology, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* Corresponding author email address: bagherian@med.mui.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Rabani, M., Bagherian Sararoudi, R., Nikyar, H., & Rezaei Jamalouei, H. (2027). Structural Modeling of Self-Care in Patients with Coronary Artery Disease Based on Object Relations and Type D Personality: The Parallel Mediating Roles of Perceived Social Support and Alexithymia. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(3), 1-24.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to test a structural model of self-care in patients with coronary artery disease based on object relations and Type D personality, with perceived social support and alexithymia as parallel mediators.

Methods and Materials: This applied, descriptive-correlational study employed partial least squares structural equation modeling. The statistical population consisted of patients with a confirmed diagnosis of coronary artery disease attending teaching hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences during the Iranian year 1403, from whom 243 patients were selected through systematic random sampling. Data were collected using the Self-Care Questionnaire, Object Relations Questionnaire, Type D Personality Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and Toronto Alexithymia Scale. Data were analyzed using SPSS version 24 and SmartPLS version 3. Partial least squares structural equation modeling was used to examine the hypothesized structural relationships, and Sobel tests were applied to assess the significance of indirect effects. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Findings: The structural model demonstrated acceptable fit ($SRMR = 0.060$) and explained 52.5% of the variance in self-care. Type D personality negatively predicted perceived social support ($\beta = -0.566$, $p < 0.001$) and self-care ($\beta = -0.188$, $p = 0.004$), while positively predicting alexithymia ($\beta = 0.281$, $p = 0.005$). Object relations positively predicted perceived social support ($\beta = 0.285$, $p = 0.003$) and self-care ($\beta = 0.246$, $p = 0.003$) and negatively predicted alexithymia ($\beta = -0.500$, $p < 0.001$). Perceived social support positively predicted self-care ($\beta = 0.257$, $p = 0.001$), whereas alexithymia negatively predicted self-care ($\beta = -0.431$, $p < 0.001$). The specific indirect effects through both mediators were significant for Type D personality and object relations, confirming partial parallel mediation through perceived social support and alexithymia.

Conclusion: Self-care among patients with coronary artery disease is jointly influenced by personality characteristics, interpersonal representations, emotional processing capacity, and perceived social resources.

Keywords: Self-Care; Coronary Artery Disease; Object Relations; Type D Personality; Perceived Social Support; Alexithymia; Structural Equation Modeling.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Coronary artery disease (CAD) is a chronic health condition whose successful management depends not only on medical treatment but also on patients' sustained engagement in self-care behaviors. Self-care includes adherence to medication, healthy nutrition, appropriate physical activity, symptom monitoring, stress management, avoidance of harmful behaviors, and regular engagement with healthcare services. Nevertheless, patients frequently experience psychological, interpersonal, motivational, and contextual barriers that interfere with sustained self-care ([Gupta et al., 2021](#); [Hamill & Bugge, 2023](#)). Psychological characteristics may affect the severity and course of coronary disease partly by shaping unhealthy behaviors and patients' responses to illness ([Ahadi et al., 2015](#)). Recent studies have consequently conceptualized self-care as a multidimensional outcome influenced by mental health, psychological resources, personality characteristics, and the social context of chronic illness ([Cummings et al., 2023](#); [MamSharifi et al., 2025](#); [Thomas et al., 2025](#); [Vega-Martínez et al., 2025](#)).

Personality is particularly relevant because relatively stable patterns of affect, cognition, and behavior can influence how patients interpret illness, cope with stress, communicate their needs, and adhere to treatment. Contemporary personality models emphasize the integration of dispositional characteristics with situationally expressed patterns of behavior ([DeYoung & Krueger, 2023](#); [Fleeson & Jayawickreme, 2021](#)). Longitudinal evidence also indicates that personality traits predict adherence to self-care among patients with CAD ([Fan et al., 2024](#)), while patients with coronary heart disease have been found to differ from healthy individuals in personality characteristics and locus of control ([Bagheri & Sotoudeh Asl, 2024](#)). Of particular relevance is Type D personality, characterized by high negative affectivity and social inhibition. This personality pattern has been associated with poorer health outcomes and adverse psychological functioning ([Grande et al., 2021](#)), and anxiety may partly explain its association with quality of life and general health among cardiovascular patients ([Bolghan-Abadi, 2023](#)).

Beyond personality traits, object relations may influence how patients perceive themselves and others, establish trust, seek assistance, and use interpersonal resources. Object relations represent internalized relational patterns that shape expectations regarding intimacy, security, rejection, and interpersonal availability ([Azadfallah et al., 2021](#)). Such relational patterns may also be linked to emotional processing. Family relationships and early interpersonal experiences have been associated with alexithymia ([Khalil al-Rahman & Yousefi, 2019](#)), while alexithymia itself is related to broader personality and self-functioning characteristics ([Bagheri & Khodaei, 2021](#)). Difficulties in identifying, differentiating, and expressing emotions may compromise adaptive coping, interpersonal communication, and health-related decision-making ([Bliton et al., 2016](#); [Costabile et al., 2018](#)). More broadly, emotion regulation and the balance between emotional inhibition and expression are closely associated with well-being and social functioning ([Gross & John, 2020](#)), although cultural norms can modify the meaning and consequences of emotional suppression ([Campos & Keltner, 2022](#); [Fernandez & Braganza, 2022](#)). Cognitive-emotional resources may likewise protect individuals against stress, anxiety, and depressive states ([Balkis & Duru, 2019](#)).

Perceived social support represents another potentially important mechanism linking personality and interpersonal functioning to self-care. Greater perceived support has been associated with better psychological adjustment and resilience during illness ([Chen et al., 2021](#)) and with improved self-management in chronic conditions through emotional-regulation processes ([He & Liu, 2021](#)). In CAD,

perceived social support has been identified as a mediator between psychological factors and self-care (Chen et al., 2022) and between anxiety and self-care (He & Wang, 2022). Emotional-regulation strategies can themselves influence perceived support and health outcomes in cardiac patients (Chang & Tsai, 2020), while social support may buffer perceived stress under demanding health-related circumstances (Balaji et al., 2020). Evidence from heart failure similarly demonstrates meaningful relationships among perceived social support, self-care, and health-related quality of life (Thapa et al., 2025). Although digital and other structured interventions have expanded opportunities to support self-care (Green & Vu, 2022), their effectiveness may still depend on underlying psychological and interpersonal capacities. Accordingly, the present study aimed to test a structural model of self-care among patients with CAD based on object relations and Type D personality, with perceived social support and alexithymia examined as parallel mediators.

Methods and Materials

This applied study used a descriptive-correlational design and structural equation modeling. The statistical population consisted of patients with a confirmed diagnosis of coronary artery disease who attended teaching hospitals affiliated with Isfahan University of Medical Sciences, including Al-Zahra, Shahid Sadoughi, Khorshid, and Chamran hospitals. A total of 243 eligible patients were selected using systematic random sampling. Following coordination with the cardiology departments and review of inpatient and outpatient records, eligible patients were identified, and every fifth patient was selected to preserve the systematic random sampling procedure.

Data were collected using five standardized self-report instruments. Self-care was assessed with the Self-Care Questionnaire, which evaluates physical, psychological, and social aspects of self-care. Object relations were measured using the 45-item Object Relations Questionnaire, covering alienation, insecure attachment, egocentricity, and social incompetence. Type D personality was evaluated using the 14-item Type D Personality Scale, which measures negative affectivity and social inhibition. Perceived social support was assessed with the 12-item Multidimensional Scale of Perceived Social Support, covering support from family, friends, and significant others. Alexithymia was evaluated with the 20-item Toronto Alexithymia Scale.

Data were initially analyzed in SPSS version 24 using descriptive statistics and Spearman correlation coefficients. The measurement and structural models were subsequently tested using partial least squares structural equation modeling in SmartPLS version 3. Model fit was evaluated using the standardized root mean square residual (SRMR), while coefficients of determination (R^2) were used to assess the explanatory power of the endogenous constructs. Standardized path coefficients, t statistics, and probability values were used to evaluate direct relationships. Specific indirect effects were calculated for the parallel mediation paths, and their statistical significance was examined using Sobel tests. Values of $|t|$ or $|Z|$ greater than 1.96 with $p < 0.05$ were considered statistically significant.

Findings

The structural model demonstrated satisfactory overall fit, with an SRMR value of 0.060, below the acceptable threshold of 0.080. The model explained 66.7% of the variance in perceived social support ($R^2=0.667$), 54.3% of the variance in alexithymia ($R^2=0.543$), and 52.5% of the variance in self-care ($R^2=0.525$), indicating meaningful explanatory capacity for the major endogenous constructs.

All eight hypothesized direct structural paths were statistically significant. Type D personality had a strong negative effect on perceived social support ($\beta=-0.566$, $t=5.93$, $p<0.001$), a negative effect on self-care ($\beta=-0.188$, $t=2.63$, $p=0.004$), and a positive effect on alexithymia ($\beta=0.281$, $t=2.84$, $p=0.005$). Object relations positively predicted perceived social support ($\beta=0.285$, $t=2.65$, $p=0.003$) and self-care ($\beta=0.246$, $t=2.95$, $p=0.003$), while negatively predicting alexithymia ($\beta=-0.500$, $t=5.78$, $p<0.001$). Perceived social support positively predicted self-care ($\beta=0.257$, $t=3.158$, $p=0.001$), whereas alexithymia negatively predicted self-care ($\beta=-0.431$, $t=4.055$, $p<0.001$). Among the proximal predictors of self-care, alexithymia showed the strongest direct effect.

The mediation analyses further demonstrated significant parallel indirect pathways. The indirect effect of Type D personality on self-care through perceived social support was negative and significant ($\beta=-0.145$, $Z=-2.800$, $p=0.005$), as was its indirect effect through alexithymia ($\beta=-0.121$, $Z=-2.327$, $p=0.020$). The combined indirect effect was -0.267 , while the total effect of Type D personality on self-care was -0.455 . Because its direct effect remained statistically significant, the mediation pattern was partial and parallel.

For object relations, the indirect effect on self-care through perceived social support was positive and significant ($\beta=0.073$, $Z=2.168$, $p=0.030$), as was the indirect effect through alexithymia ($\beta=0.216$, $Z=3.332$, $p=0.001$). The total indirect effect was 0.289 , exceeding the direct effect of 0.246 , and the total effect of object relations on self-care reached 0.535 . Because both direct and indirect pathways remained significant, perceived social support and alexithymia also partially and simultaneously mediated the relationship between object relations and self-care.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that self-care among patients with coronary artery disease is shaped by an interconnected system of personality, interpersonal, emotional, and social processes. Type D personality was associated with poorer self-care both directly and indirectly. Its substantial negative association with perceived social support suggests that negative affectivity and social inhibition may reduce patients' willingness or ability to seek, recognize, or effectively use available interpersonal resources. At the same time, its positive relationship with alexithymia indicates that patients with stronger Type D characteristics may experience greater difficulty identifying and communicating emotional states. Together, reduced perceived support and impaired emotional processing provide two distinct pathways through which Type D personality may undermine engagement in health-promoting behaviors.

Object relations showed the opposite pattern. More adaptive object relations were associated with greater self-care, stronger perceived social support, and lower alexithymia. Patients whose internal relational representations facilitate trust, interpersonal security, and emotional engagement may be more capable of obtaining assistance, communicating with healthcare professionals, and recognizing their emotional responses to chronic illness. Notably, the indirect effect of object relations through alexithymia was considerably larger than the pathway through perceived social support. This finding indicates that emotional processing may be a particularly important mechanism through which relational functioning is translated into self-care behavior.

The significant effects of both mediators also demonstrate that social and emotional mechanisms should not be considered competing explanations. Rather, they appear to operate simultaneously. Perceived social support represents an interpersonal resource that can facilitate coping, adherence, and access to practical and emotional assistance, whereas alexithymia reflects an intrapersonal vulnerability

that may interfere with recognition of distress, communication of needs, stress regulation, and appropriate health-related responses. Their parallel operation provides a more comprehensive account of why patients with similar medical conditions may differ substantially in self-care.

Overall, the model explained more than half of the variance in self-care, supporting the clinical relevance of integrating psychological and interpersonal variables into the management of coronary artery disease. The results suggest that assessment of Type D personality, relational functioning, perceived social support, and emotional-processing difficulties may help identify patients at greater risk for inadequate self-care. Interventions that strengthen supportive relationships while improving emotional awareness, identification, and expression may consequently enhance patients' capacity to maintain recommended health behaviors. In conclusion, self-care in coronary artery disease appears to emerge from the combined influence of enduring personality characteristics, internalized relational patterns, perceived social resources, and emotional-processing capacities, with perceived social support and alexithymia serving as significant partial parallel mechanisms linking personality and object relations to self-care.



مدل‌یابی ساختاری خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D: نقش میانجی موازی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگوایی هیجانی

مجتبی ربانی^۱، رضا باقریان^{۲*}، حمیدرضا نیک‌یار^۳، حسن رضایی جمالویی^۴

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد، ایران

۲. استاد روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی و مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳. گروه پزشکی، مرکز تحقیقات توسعه پژوهش‌های بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

۴. دانشیار گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: bagherian@med.mui.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

ربانی، مجتبی، باقریان، رضا، نیک‌یار، حمیدرضا، و رضایی جمالویی، حسن. (۱۴۰۶). مدل‌یابی ساختاری خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D: نقش میانجی موازی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگوایی هیجانی. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۳)، ۱-۲۴.



© ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل ساختاری خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D، با نقش میانجی موازی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگوایی هیجانی انجام شد. **روش‌شناسی:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی بود. جامعه آماری شامل بیماران دارای تشخیص قطعی بیماری عروق کرونر مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنان ۲۴۳ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودمراقبتی، پرسشنامه روابط موضوعی، مقیاس تیپ شخصیتی D، مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پرسشنامه ناگوایی هیجانی تورنتو گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و SmartPLS نسخه ۳ و با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر حداقل مربعات جزئی و آزمون سوئل برای بررسی اثرهای غیرمستقیم انجام شد. سطح معناداری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد. **یافته‌ها:** مدل ساختاری از برازش مطلوبی برخوردار بود ($SRMR=0.060$) و ۵۲.۵ درصد از واریانس خودمراقبتی را تبیین کرد. تیپ شخصیتی D بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta=-0.566, p<0.001$) و خودمراقبتی ($\beta=-0.188, p=0.004$) اثر منفی و بر ناگوایی هیجانی اثر مثبت داشت ($\beta=0.281, p=0.005$). روابط موضوعی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta=0.285, p=0.003$) و خودمراقبتی ($\beta=0.246, p=0.003$) اثر مثبت و بر ناگوایی هیجانی اثر منفی داشت ($\beta=-0.500, p<0.001$). حمایت اجتماعی ادراک‌شده خودمراقبتی را به‌طور مثبت ($\beta=0.257, p=0.001$) و ناگوایی هیجانی آن را به‌طور منفی پیش‌بینی کرد ($\beta=-0.431, p<0.001$). همچنین، اثرهای غیرمستقیم اختصاصی از طریق هر دو میانجی معنادار بود و حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگوایی هیجانی به‌صورت موازی و جزئی، رابطه تیپ شخصیتی D و روابط موضوعی با خودمراقبتی را میانجی‌گری کردند. **نتیجه‌گیری:** خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تحت تأثیر هم‌زمان ویژگی‌های شخصیتی، بازنمایی‌های بین‌فردی، ظرفیت پردازش هیجان و منابع حمایت اجتماعی قرار دارد.

کلیدواژگان: ودمراقبتی؛ بیماری عروق کرونر؛ روابط موضوعی؛ تیپ شخصیتی D؛ حمایت اجتماعی ادراک‌شده؛ ناگوایی هیجانی؛ مدل‌یابی معادلات ساختاری.

مقدمه

بیماری عروق کرونر یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن قلبی-عروقی است که علاوه بر پیامدهای جسمانی و خطر بروز عوارض جدی، نیازمند مشارکت مستمر بیمار در مدیریت بیماری و رعایت رفتارهای سلامت‌محور است. پیشرفت‌های پزشکی و دارویی اگرچه نقش تعیین‌کننده‌ای در کنترل علائم و کاهش پیامدهای نامطلوب بیماری دارند، اثربخشی بلندمدت آنها تا حد زیادی به میزان مشارکت فعال بیمار در مراقبت از خود وابسته است. در این میان، خودمراقبتی مجموعه‌ای از رفتارهای هدفمند شامل پایبندی به درمان، مصرف منظم داروها، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی مناسب، مدیریت عوامل خطر، کنترل استرس، پایش نشانه‌ها و مراجعه به‌موقع برای دریافت خدمات درمانی را در بر می‌گیرد. شواهد نشان می‌دهند که موانع خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر صرفاً به دانش پزشکی یا دسترسی به خدمات محدود نیستند، بلکه برداشت بیمار از بیماری، وضعیت روان‌شناختی، انگیزش، روابط اجتماعی و ویژگی‌های فردی نیز در پایبندی به رفتارهای مراقبتی دخالت دارند (Gupta et al., 2021; Hamill & Bugge, 2023). همچنین، مطالعات انجام‌شده درباره نقش عوامل روان‌شناختی در شدت و مدیریت بیماری عروق کرونر نشان داده‌اند که رفتارهای ناسالم و متغیرهای روان‌شناختی می‌توانند بخشی از ارتباط میان ویژگی‌های فردی و پیامدهای بیماری را توضیح دهند (Ahadi et al., 2015).

در سال‌های اخیر، خودمراقبتی از یک مفهوم صرفاً رفتاری به سازه‌ای چندبعدی تبدیل شده است که عوامل شناختی، هیجانی، بین‌فردی و شخصیتی در شکل‌گیری و تداوم آن نقش دارند. پژوهش‌های انجام‌شده در بیماران قلبی نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناختی می‌توانند بر توانایی بیماران برای پیگیری توصیه‌های پزشکی، مدیریت علائم و حفظ رفتارهای سلامت‌محور اثرگذار باشند (Cummings et al., 2023). حتی مطالعات در سایر بیماری‌های مزمن نیز نشان داده‌اند که سلامت روان و ظرفیت سازگاری روان‌شناختی با کیفیت رفتارهای خودمراقبتی ارتباط دارند؛ برای مثال، وضعیت سلامت روان با خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت مرتبط گزارش شده است (Thomas et al., 2025) و مرور مطالعات نیز رابطه میان حس انسجام و خودمراقبتی را در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار داده است (Vega-Martínez et al., 2025). افزون بر این، توسعه برنامه‌های ساختاریافته خودمراقبتی بر اساس ویژگی‌های روان‌شناختی و شخصیتی در حوزه‌های مختلف نشان می‌دهد که خودمراقبتی را می‌توان به‌صورت رفتاری هدفمند و متناسب با خصوصیات فردی مفهوم‌سازی و تقویت کرد (MamSharifi et al., 2025). بنابراین، شناسایی عوامل روان‌شناختی مرتبط با خودمراقبتی در بیماران عروق کرونر می‌تواند زمینه تدوین مداخلات فردمحورتر را فراهم سازد.

یکی از مهم‌ترین عوامل فردی مرتبط با نحوه پاسخ انسان به بیماری مزمن، شخصیت است. شخصیت به الگوهای نسبتاً پایدار ادراک، هیجان و رفتار اشاره دارد که چگونگی مواجهه فرد با محیط، روابط و موقعیت‌های فشارزا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. رویکردهای جدید ارزیابی شخصیت نیز بر یکپارچه‌سازی ابعاد مختلف شخصیت و بررسی پیامدهای بالینی این ویژگی‌ها تأکید دارند (DeYoung & Krueger, 2023). از سوی دیگر، نظریه‌های معاصر شخصیت، از جمله نظریه کل‌صفت، نشان می‌دهند که صفات شخصیت نه‌تنها به گرایش‌های پایدار فرد اشاره دارند، بلکه در قالب الگوهای رفتاری و هیجانی متغیر در موقعیت‌های روزمره نیز آشکار می‌شوند (Fleeson & Jayawickreme, 2021). در زمینه بیماری عروق کرونر، اهمیت شخصیت زمانی بیشتر می‌شود که برخی ویژگی‌های شخصیتی بتوانند رفتارهای مرتبط با سلامت را تسهیل یا مختل کنند. یافته‌های طولی نشان داده‌اند که صفات شخصیتی می‌توانند با میزان پایبندی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر به رفتارهای خودمراقبتی مرتبط باشند (Fan et al., 2024). همچنین، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به بیماری کرونر با افراد سالم، تفاوت‌هایی



را در برخی ابعاد شخصیتی و منبع کنترل نشان داده است که ضرورت توجه به ساختار شخصیت در فهم سازگاری با این بیماری را برجسته می‌کند (Bagheri & Sotoudeh Asl, 2024).

در میان الگوهای شخصیتی مرتبط با سلامت قلبی، تیپ شخصیتی D جایگاه ویژه‌ای دارد. این تیپ شخصیتی عموماً با دو مؤلفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی شناخته می‌شود؛ به این معنا که فرد از یک سو آمادگی بیشتری برای تجربه مکرر هیجان‌های منفی مانند نگرانی، تنش، تحریک‌پذیری و خلق منفی دارد و از سوی دیگر، به دلیل نگرانی از ارزیابی یا طرد شدن، تمایل کمتری به ابراز این تجربه‌ها در تعاملات اجتماعی نشان می‌دهد. فراتحلیل مطالعات آینده‌نگر درباره تیپ شخصیتی D، اهمیت این سازه را در بررسی پیامدهای سلامتی مورد توجه قرار داده است (Grande et al., 2021). در بیماران قلبی نیز تیپ شخصیتی D با شاخص‌های نامطلوب روان‌شناختی و کیفیت زندگی ارتباط دارد و اضطراب می‌تواند در ارتباط این تیپ شخصیتی با کیفیت زندگی و سلامت عمومی نقش میانجی داشته باشد (Bolghan-Abadi, 2023). بنابراین، می‌توان انتظار داشت که عاطفه منفی و بازداری اجتماعی از طریق کاهش انگیزش، افزایش فشار روانی، محدود کردن کمک‌خواهی و تضعیف ارتباط بیمار با شبکه حمایتی، رفتارهای خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار دهند.

با این حال، شخصیت تنها در قالب صفات آشکار فرد قابل فهم نیست و کیفیت بازنمایی‌های درونی از خود و دیگران نیز می‌تواند در نحوه تعامل با بیماری و دریافت کمک از دیگران نقش داشته باشد. مفهوم روابط موضوعی به الگوهای درونی‌شده‌ای اشاره دارد که در بستر روابط اولیه شکل می‌گیرند و بعدها بر نحوه ادراک فرد از خود، دیگران، اعتماد، صمیمیت، وابستگی و تعاملات بین‌فردی اثر می‌گذارند. بررسی الگوهای غالب روابط موضوعی در نمونه‌های ایرانی نیز نشان داده است که تفاوت‌های معناداری در شیوه سازمان‌دهی روابط بین‌فردی وجود دارد و این الگوها می‌توانند برای فهم کیفیت عملکرد ارتباطی افراد مورد استفاده قرار گیرند (Azadfallah et al., 2021). از این منظر، فردی که دیگران را قابل اعتماد و در دسترس ادراک می‌کند، ممکن است هنگام مواجهه با بیماری راحت‌تر از منابع کمک استفاده کند؛ در مقابل، الگوهای همراه با بیگانگی، دلبستگی ناایمن، خودمحوری یا احساس بی‌کفایتی اجتماعی می‌توانند دریافت حمایت و همکاری با دیگران را دشوار سازند.

پیوند میان روابط اولیه، عملکرد بین‌فردی و پردازش هیجان نیز در این زمینه اهمیت دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که روابط خانوادگی و ویژگی‌های محیط ارتباطی اولیه می‌توانند با ناگویی هیجانی ارتباط داشته باشند (Khalil al-Rahman & Yousefi, 2019). از سوی دیگر، ناگویی هیجانی با برخی ویژگی‌های شخصیتی و مشکلات در تمایز یافتگی خود مرتبط گزارش شده است (Bagheri & Khodaei, 2021). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که توانایی فرد در شناسایی، نام‌گذاری و بیان حالات هیجانی ممکن است مستقل از کیفیت روابط بین‌فردی نباشد. در واقع، بازنمایی‌های درونی نسبت به خود و دیگران می‌توانند تعیین کنند که فرد تا چه اندازه هیجان‌های خود را قابل پذیرش می‌داند، آنها را در تعامل با دیگران بیان می‌کند و هنگام مواجهه با فشار روانی از حمایت بین‌فردی بهره می‌گیرد. در بیماری مزمنی مانند بیماری عروق کرونر، این فرایند می‌تواند اهمیت مضاعفی داشته باشد، زیرا مدیریت موفق بیماری نیازمند تعامل مستمر با خانواده، پزشکان و سایر منابع حمایتی است.

یکی از سازوکارهایی که می‌تواند ارتباط میان ویژگی‌های شخصیتی و بین‌فردی با خودمراقبتی را توضیح دهد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده است. حمایت اجتماعی ادراک‌شده به ارزیابی ذهنی فرد از میزان در دسترس بودن حمایت عاطفی، اطلاعاتی و عملی از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم اشاره دارد. اهمیت این سازه بیش از مقدار عینی روابط اجتماعی است، زیرا آنچه در تنظیم استرس و رفتار بیمار مؤثر واقع می‌شود، تا حد زیادی ادراک او از امکان دسترسی به حمایت است. مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده با سلامت روان و تاب‌آوری در شرایط بیماری ارتباط دارد (Chen et al., 2021). همچنین، در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، حمایت اجتماعی و

تنظیم هیجان می‌توانند به‌صورت مرتبط با رفتارهای خودمدیریتی عمل کنند (He & Liu, 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهند که تجربه برخورداری از یک شبکه حمایت‌کننده می‌تواند منابع روان‌شناختی لازم برای سازگاری با بیماری و حفظ رفتارهای مراقبتی را افزایش دهد. نقش حمایت اجتماعی در بیماران قلبی نیز به‌طور خاص مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی می‌تواند رابطه میان اضطراب و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر را میانجی‌گری کند (He & Wang, 2022). همچنین، شواهد حاکی از آن است که متغیرهای روان‌شناختی از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده با خودمراقبتی بیماران کرونری ارتباط پیدا می‌کنند (Chen et al., 2022). در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی نیز خودمراقبتی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی مرتبط گزارش شده‌اند (Thapa et al., 2025). اهمیت حمایت اجتماعی با یافته‌هایی فراتر از حوزه قلب و عروق نیز تأیید می‌شود؛ به‌گونه‌ای که برخورداری از حمایت اجتماعی بیشتر با تجربه استرس ادراک‌شده کمتر در افراد مواجه با شرایط مراقبتی دشوار همراه بوده است (Balaji et al., 2020). در مجموع، چنین یافته‌هایی حمایت اجتماعی را نه یک عامل محیطی حاشیه‌ای، بلکه سازوکاری روانی-اجتماعی معرفی می‌کنند که می‌تواند چگونگی تبدیل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی به رفتارهای سلامت‌محور را توضیح دهد.

از سوی دیگر، نحوه تنظیم و ابراز هیجان می‌تواند بر ادراک حمایت اجتماعی نیز اثر بگذارد. در بیماران پس از سکته قلبی، راهبردهای تنظیم هیجان با ادراک حمایت اجتماعی و پیامدهای سلامت مرتبط گزارش شده‌اند (Chang & Tsai, 2020). از دیدگاه نظری نیز تنظیم هیجان شامل فرایندهایی است که فرد از طریق آنها تجربه، شدت و ابراز هیجان‌های خود را مدیریت می‌کند و تعادل میان بازداری و بیان هیجان می‌تواند با بهزیستی و عملکرد بین‌فردی ارتباط داشته باشد (Gross & John, 2020). علاوه بر این، زمینه فرهنگی می‌تواند تعیین کند که بازداری هیجانی در چه شرایطی سازگارانه یا ناسازگارانه باشد و چگونه بر عملکرد اجتماعی تأثیر بگذارد (Campos & Keltner, 2022). این نکته در مطالعه بیماران ایرانی اهمیت دارد؛ زیرا خودمراقبتی و شیوه استفاده از حمایت اجتماعی نیز می‌توانند تحت تأثیر ارزش‌ها، هنجارها و الگوهای ارتباطی فرهنگی قرار گیرند. به‌طور کلی، مطالعات نشان داده‌اند که عوامل فرهنگی بر چگونگی انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر تأثیر دارند (Fernandez & Braganza, 2022).

در این میان، ناگویی هیجانی می‌تواند یکی از سازوکارهای مهم تبیین‌کننده کاهش خودمراقبتی باشد. ناگویی هیجانی با دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف و بیان آنها و گرایش بیشتر به تفکر معطوف به امور بیرونی مشخص می‌شود. وقتی فرد قادر نیست حالات هیجانی خود را به‌درستی شناسایی و بازنمایی کند، ممکن است در تشخیص فشار روانی، درخواست حمایت، ارتباط دادن حالات جسمانی با هیجان‌ها و استفاده از راهبردهای سازگارانه مقابله‌ای نیز با دشواری مواجه شود. مطالعات مربوط به بازشناسی هیجان نشان داده‌اند که اختلال در پردازش و تشخیص هیجان می‌تواند با مشکلات روان‌شناختی همراه باشد (Costabile et al., 2018). همچنین، پژوهش درباره بی‌نظمی هیجانی نشان داده است که دشواری در مدیریت هیجان‌ها می‌تواند با الگوهای رفتاری ناسازگارانه و مشکلات بین‌فردی ارتباط پیدا کند (Bliton et al., 2016). بنابراین، در بیماران قلبی، ناگویی هیجانی می‌تواند از طریق کاهش آگاهی از نیازهای هیجانی، محدود کردن تعاملات حمایت‌طلبانه و دشوار ساختن مدیریت استرس با رفتارهای ضعیف‌تر خودمراقبتی همراه شود.

از منظر شناختی نیز نحوه تفسیر رویدادها و کیفیت پردازش هیجان می‌تواند در سطح پریشانی روان‌شناختی نقش داشته باشد. شواهد نشان داده‌اند که باورهای عقلانی می‌توانند در ارتباط میان باورهای غیرعقلانی و حالات هیجانی نظیر استرس، افسردگی و اضطراب نقش محافظتی داشته باشند (Balkis & Duru, 2019). این یافته در کنار پژوهش‌های مربوط به تنظیم و بازشناسی هیجان نشان می‌دهد که پردازش سازگارانه تجربه‌های هیجانی یکی از پایه‌های مقابله مؤثر با شرایط فشارزا است. در بیماری عروق کرونر که فرد با محدودیت‌های جسمانی، ترس از عود بیماری، مصرف طولانی‌مدت دارو و ضرورت تغییر سبک زندگی روبه‌رو است، ناتوانی در شناخت و تنظیم هیجان می‌تواند



منابع لازم برای حفظ رفتارهای خودمراقبتی را کاهش دهد. به همین دلیل، بررسی ناگویی هیجانی در کنار ویژگی‌های شخصیتی و روابط بین‌فردی می‌تواند تصویر کامل‌تری از عوامل مؤثر بر خودمراقبتی فراهم سازد.

بر این اساس، به نظر می‌رسد تیپ شخصیتی D و روابط موضوعی ممکن است نه فقط به‌طور مستقیم، بلکه از طریق مسیرهای هیجانی و اجتماعی بر خودمراقبتی تأثیر بگذارند. فرد دارای ویژگی‌های برجسته تیپ D به دلیل عاطفه منفی و بازداری اجتماعی ممکن است حمایت کمتری را در دسترس خود ادراک کند و در عین حال، در شناسایی و ابراز هیجان‌هایش نیز با دشواری بیشتری مواجه شود. در نقطه مقابل، روابط موضوعی مطلوب می‌توانند با اعتماد بیشتر به دیگران، امکان ایجاد روابط حمایت‌کننده و ظرفیت بهتر برای تجربه و بیان هیجان همراه باشند. چنین الگویی با دیدگاه‌هایی همخوان است که بر تعامل صفات شخصیت، تجربه‌های هیجانی و موقعیت‌های اجتماعی در شکل‌گیری رفتار تأکید دارند (Fleeson & Jayawickreme, 2021). علاوه بر این، اثر شخصیت بر رفتارهای سلامت‌محور در بیماران قلبی (Fan et al., 2024) و نقش حمایت اجتماعی در انتقال اثر عوامل روان‌شناختی به خودمراقبتی (Chen et al., 2022) زمینه نظری مناسبی برای آزمون یک مدل میانجی فراهم می‌کنند.

هم‌زمان، تحولات اخیر در مدیریت بیماری‌های قلبی نشان می‌دهد که برنامه‌های خودمراقبتی در حال حرکت از آموزش‌های عمومی به سمت مداخلات شخصی‌سازی‌شده‌تر هستند. مرور مداخلات خودمراقبتی مبتنی بر برنامه‌های تلفن همراه در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داده است که فناوری می‌تواند فرصت‌هایی برای آموزش، پایش و حمایت از خودمدیریتی فراهم کند (Green & Vu, 2022). با این حال، موفقیت چنین مداخلاتی نیز احتمالاً وابسته به ویژگی‌های روان‌شناختی بیمار و توانایی او در تعامل با منابع حمایتی است. به عبارت دیگر، فراهم کردن ابزار یا اطلاعات به‌تنهایی تضمین‌کننده رفتار خودمراقبتی نیست و موانعی مانند پریشانی هیجانی، بازداری اجتماعی، ضعف در روابط بین‌فردی و دشواری در پردازش هیجان باید هم‌زمان مورد توجه قرار گیرند. این دیدگاه با شواهد حاصل از مرور عوامل روان‌شناختی مؤثر بر خودمراقبتی (Gupta et al., 2021) و مطالعات مربوط به تجربه بیماران از موانع خودمراقبتی (Hamill & Bugge, 2023) سازگار است. در مجموع، اگرچه پژوهش‌های پیشین به‌صورت جداگانه نقش صفات شخصیت، تیپ شخصیتی D، عوامل روان‌شناختی، تنظیم هیجان، حمایت اجتماعی و خودمراقبتی را بررسی کرده‌اند (Cummings et al., 2023; Grande et al., 2021)، هنوز ضرورت بررسی هم‌زمان سازوکارهای درون‌فردی و بین‌فردی در یک مدل ساختاری منسجم وجود دارد. به‌ویژه، پژوهش‌های موجود کمتر به این پرسش پرداخته‌اند که آیا روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D از طریق دو مسیر متمایز اما هم‌زمان، یعنی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگویی هیجانی، با خودمراقبتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر ارتباط دارند. توجه هم‌زمان به این دو میانجی از آن جهت اهمیت دارد که حمایت اجتماعی نماینده یک منبع بین‌فردی و ناگویی هیجانی بیانگر یک آسیب‌پذیری درون‌فردی در پردازش هیجان است؛ بنابراین، آزمون میانجی‌گری موازی آنها می‌تواند روشن سازد که ویژگی‌های شخصیتی و روابط درونی‌شده از چه مسیرهایی به رفتارهای مراقبت از خود منتقل می‌شوند و مبنایی برای طراحی مداخلات روان‌شناختی و حمایتی دقیق‌تر فراهم آورند.

ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D، با بررسی نقش میانجی موازی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگویی هیجانی انجام شد.

مواد و روش پژوهش

تحقیق حاضر توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی است که در طی مراحل اجرای آن به دنبال تدوین مدل ساختاری خود مراقبتی در بیماران مبتلا به کرونری آرتری دیلیز بر اساس روابط موضوعی، تیپ شخصیتی، با میانجی‌گری ادراک حمایت، ناگویی هیجانی است. از



آنجا که در این پژوهش به تدوین مدل ساختاری خود مراقبتی در بیماران مبتلا به کرونری آرتری دیلیز بر اساس روابط موضوعی، تیپ شخصیتی، با میانجی گری ادراک حمایت، ناگویی هیجانی پرداخته شده است؛ تحقیق حاضر از نوع تحقیقات کاربردی است؛ چرا که در مورد یکی از موضوعات یا مسائل کاربردی در حوزه روانشناختی انجام شده است و نتایج و یافته‌های آن می‌تواند برای حل مشکلات یا پاسخ‌گویی به پرسش‌های روانشناسان، مشاوران و علاقمندان بدین موضوع مفید باشد.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلبی است که در سال ۱۴۰۳ به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (از جمله بیمارستان‌های الزهرا (س)، شهید صدوقی، خورشید و چمران) مراجعه کرده‌اند. این بیماران تشخیص قطعی ابتلا به کرونر قلبی را بر اساس مستندات پزشکی و تشخیص متخصص قلب و عروق دریافت کرده‌اند.

برای تعیین حجم نمونه، از توصیه لوهلین (۱۹۹۲) استفاده شد که بر اساس آن، در مدل‌های ساختاری با ۲ تا ۴ عامل نهفته، حداقل ۱۰۰ تا ۲۰۰ مورد کفایت دارد. با توجه به ماهیت مدل حاضر که شامل چند عامل پنهان (روابط موضوعی، تیپ شخصیتی، حمایت ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و خودمراقبتی) است.

نوع نمونه‌گیری، تصادفی سیستماتیک بود. به این ترتیب که پژوهشگر با هماهنگی بخش قلب و عروق بیمارستان‌های مذکور، در بازه‌ی زمانی چهارماهه (خرداد تا مهر ۱۴۰۳) به آرشیو پرونده بیماران بستری و سرپایی مراجعه کرده و فهرستی از بیماران دارای تشخیص کرونر قلبی را دریافت نمود. پس از حذف بیماران واجد شرایط خروج از پژوهش، هر پنجمین بیمار مراجعه‌کننده یا بستری (n/۵) به عنوان یک واحد نمونه انتخاب گردید تا اصل تصادفی بودن رعایت شود.

ابزارهای متعددی برای اندازه‌گیری متغیرها وجود دارد. رایج‌ترین ابزار تحقیق پرسشنامه است. پرسشنامه یکی ابزارهای رایج تحقیق و روشی مستقیم برای کسب داده‌های تحقیق است. پرسشنامه‌های پژوهش حاضر به شرح زیر هستند:

پرسشنامه خودمراقبتی (SCQ): پرسشنامه خودمراقبتی توسط گالینا، الیور، سانسو و بیتو در سال ۲۰۱۵ تهیه شده است. پرسشنامه خودمراقبتی، خودمراقبتی افراد را در سه حوزه اصلی خودمراقبتی جسمی، ذهنی و اجتماعی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در پژوهش رئوفی عادگانی (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۵ به دست آمد. همچنین میزان روایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش رئوفی عادگانی (۱۳۹۷)، ۰/۸۴ محاسبه و گزارش گردید.

پرسشنامه روابط موضوعی: این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال صحیح و غلط (به صورت طیف لیکرت دوتایی صفر و یک) است (بل و همکاران، ۱۹۸۶). این پرسشنامه چهار خرده مقیاس دارد (۱) بیگانگی: نمرات بالا در این بعد نشان دهنده فقدان اعتماد در روابط و ناتوانی در حفظ روابط با ثبات و راضی کننده است. (۲) دلبستگی ناایمن: نمره بالا در این بعد نشان دهنده نگرانی مرضی برای دوست داشته شدن و طرد نشدن و زودرنجی از جانب دیگران است. (۳) خودمحوری: نمرات بالا در این بعد نشان دهنده مشغولیت مداوم با اهداف و نیازهای خود در روابط، ناتوانی در همدلی و سرمایه‌گذاری عاطفی و متوقع بودن در روابط است. (۴) بی‌کفایتی اجتماعی: در ایران ضریب آلفای کرونباخ را برای بی‌کفایتی اجتماعی، خودمحوری، دلبستگی ناایمن و بیگانگی، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ گزارش کردند. همچنین همبستگی بین سیاهه ۹۰ سؤالی فرم بازنگری شده و خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ بود (هادی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳). پرسشنامه تیپ شخصیتی D: این مقیاس توسط دنولت در سال ۲۰۰۵ تدوین شده است. این مقیاس ۱۴ سوال دارد و مولفه‌های عاطفه منفی و بازداری اجتماعی را می‌سنجد. همسانی درونی سوالات در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۸۵ و خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۹ به دست آمد.



مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده: مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبُعدی، یک ابزار ۱۲ عبارتی است که توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبُعدی، میزان حمایت اجتماعی ادراک شده توسط آزمودنی در هر یک از ۳ حیطه‌ی یاد شده را میسنجد و دارای سه زیرمقیاس خانواده (عبارات ۳-۴-۸-۱۱)، دوستان (عبارات ۶-۷-۹-۱۲) و افراد مهم (عبارات ۱-۲-۵-۱۰)، است. ضریب آلفای کرونباخ کلّ مقیاس، برابر ۰/۸۹ و نیز سه بُعد حمایت اجتماعی از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵ و ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه ناگویی هیجانی: این پرسشنامه توسط بگبی و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و دارای ۲۰ گویه است. در مقابل هر گویه ۵ گزینه شامل؛ کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، نه مخالف نه موافق (۳)، موافق (۴) و کاملاً موافق (۵) قرار دارد. بنابراین حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه ۲۰ و ۱۰۰ و نقطه برش آن نیز ۶۰ می‌باشد. کسب نمره بالا به معنای نشان دهنده شدت ناگویی هیجانی بیشتر در بین آزمودنیها است. همچنین ابراهیم‌پور و همکاران (۱۴۰۱) ضمن تأیید روایی صوری پرسشنامه با استفاده از نظرات متخصصان رشته روانشناسی، پایایی آن را نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند.

داده‌های گردآوری‌شده ابتدا با شاخص‌های آمار توصیفی و ماتریس همبستگی اسپیرمن در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ بررسی شدند. سپس مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی در نرم‌افزار SmartPLS نسخه ۳ آزمون شد. برای ارزیابی برازش کلی مدل از شاخص SRMR، برای سنجش توان تبیینی سازه‌های درون‌زا از ضریب تعیین (R^2) و برای بررسی معناداری مسیرهای مستقیم از ضرایب استانداردشده، آماره t و سطح معناداری استفاده شد. به‌منظور تکمیل گزارش میانجی‌گری، اثرهای غیرمستقیم از حاصل ضرب ضرایب مسیر محاسبه و معناداری آن‌ها با آزمون سوبل بررسی شد. در سطح اطمینان ۹۵ درصد، مقادیر $|t|$ یا $|Z|$ بزرگ‌تر از ۱.۹۶ و p کمتر از ۰.۰۵ معنادار تلقی شدند.

یافته‌ها

یافته‌ها در سه سطح گزارش شد: نخست، توصیف متغیرهای پژوهش؛ دوم، بررسی الگوی همبستگی میان سازه‌ها؛ و سوم، ارزیابی مدل ساختاری و تفکیک اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل. در مدل پژوهش، روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D متغیرهای برون‌زا، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگویی هیجانی میانجی‌های موازی و خودمراقبتی متغیر درون‌زا در نظر گرفته شدند.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی درک شده	۴.۰۰	۰.۴۷
تیپ شخصیتی	۳.۹۶	۰.۶۰
ناگویی هیجانی	۳.۴۰	۰.۵۵
خودمراقبتی	۳.۹۹	۰.۵۲۲
روابط موضوعی	۰.۶۶	۰.۰۶



مطابق جدول ۱، میانگین حمایت اجتماعی ادراک‌شده (0.47 ± 0.40) و خودمراقبتی (0.52 ± 0.99) در سطح نسبتاً مطلوب قرار داشت؛ با این حال، میانگین تیپ شخصیتی D نیز بالا بود (0.60 ± 0.96) و ناگویی هیجانی در سطح متوسط گزارش شد (0.55 ± 0.40). این الگو نشان می‌دهد برخورداری از حمایت اجتماعی و انجام نسبی رفتارهای مراقبتی لزوماً به معنای نبود آسیب‌پذیری روان‌شناختی نیست و بخشی از بیماران، هم‌زمان با حفظ سطح قابل قبول خودمراقبتی، عاطفه منفی، بازداری اجتماعی یا دشواری در پردازش هیجان را تجربه می‌کنند. میانگین روابط موضوعی برابر با 0.66 ± 0.06 بود و پراکندگی اندک آن، همگنی نسبی پاسخ‌دهندگان را در این سازه نشان داد. در این بخش، روابط دو متغیری بین متغیرها با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ نتایج حاصل از این روابط در چارچوب همبستگی متغیرها ارائه شده است.

جدول ۲

ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	ناگویی هیجانی	تیپ شخصیتی	حمایت اجتماعی درک شده	خودمراقبتی	روابط موضوعی
ناگویی هیجانی	۱	0.548^{**}	0.199^{**}	0.295^{**}	0.149^{**}
تیپ شخصیتی		۱	0.412^{**}	0.110^{**}	0.234^{**}
حمایت اجتماعی درک شده			۱	0.235^{**}	0.129^{**}
خودمراقبتی				۱	0.399^{**}
روابط موضوعی					۱

نتایج جدول ۲ نشان‌دهنده ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش است. براساس نتایج به‌دست‌آمده، بین ناگویی هیجانی و تیپ شخصیتی نوع D همبستگی مثبت و معناداری در سطح 0.01 مشاهده شد ($r=0.548$) که نشان می‌دهد با افزایش ویژگی‌های تیپ شخصیتی نوع D، میزان ناگویی هیجانی نیز افزایش می‌یابد. همچنین بین ناگویی هیجانی و حمایت اجتماعی درک‌شده رابطه منفی و معناداری در سطح 0.01 وجود دارد ($r=-0.199$) به این معنا که هرچه افراد در شناسایی و بیان هیجان‌های خود با دشواری بیشتری مواجه باشند، حمایت اجتماعی کمتری را ادراک می‌کنند. علاوه بر این، بین ناگویی هیجانی و خودمراقبتی نیز همبستگی منفی و معناداری در سطح 0.01 مشاهده شد ($r=-0.295$) که نشان‌دهنده آن است که افزایش ناگویی هیجانی با کاهش رفتارهای خودمراقبتی همراه است. همچنین ناگویی هیجانی با روابط موضوعی رابطه منفی و معناداری در سطح 0.01 دارد ($r=-0.149$). نتایج همچنین نشان داد که بین تیپ شخصیتی نوع D و حمایت اجتماعی درک‌شده رابطه منفی و معناداری در سطح 0.01 وجود دارد ($r=-0.412$)، به این معنا که با افزایش عاطفه منفی و بازدارندگی اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده کاهش می‌یابد. علاوه بر این، تیپ شخصیتی نوع D با خودمراقبتی رابطه منفی و معناداری در سطح 0.05 نشان داد ($r=-0.110$)، که بیانگر آن است که با افزایش ویژگی‌های این تیپ شخصیتی، رفتارهای خودمراقبتی کاهش می‌یابد. همچنین بین تیپ شخصیتی نوع D و روابط موضوعی نیز رابطه منفی و معناداری در سطح 0.05 مشاهده شد ($r=-0.234$).

در ادامه نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی درک‌شده و خودمراقبتی رابطه مثبت و معناداری در سطح 0.05 وجود دارد ($r=0.235$)، که بیانگر آن است که هرچه افراد حمایت اجتماعی بیشتری ادراک کنند، رفتارهای خودمراقبتی بیشتری نیز از خود نشان می‌دهند. همچنین بین حمایت اجتماعی درک‌شده و روابط موضوعی رابطه مثبت و معناداری در سطح 0.05 مشاهده شد ($r=0.129$). در نهایت، بین خودمراقبتی و روابط موضوعی همبستگی مثبت و معناداری در سطح 0.01 به دست آمد ($r=0.399$) که نشان می‌دهد هرچه کیفیت روابط

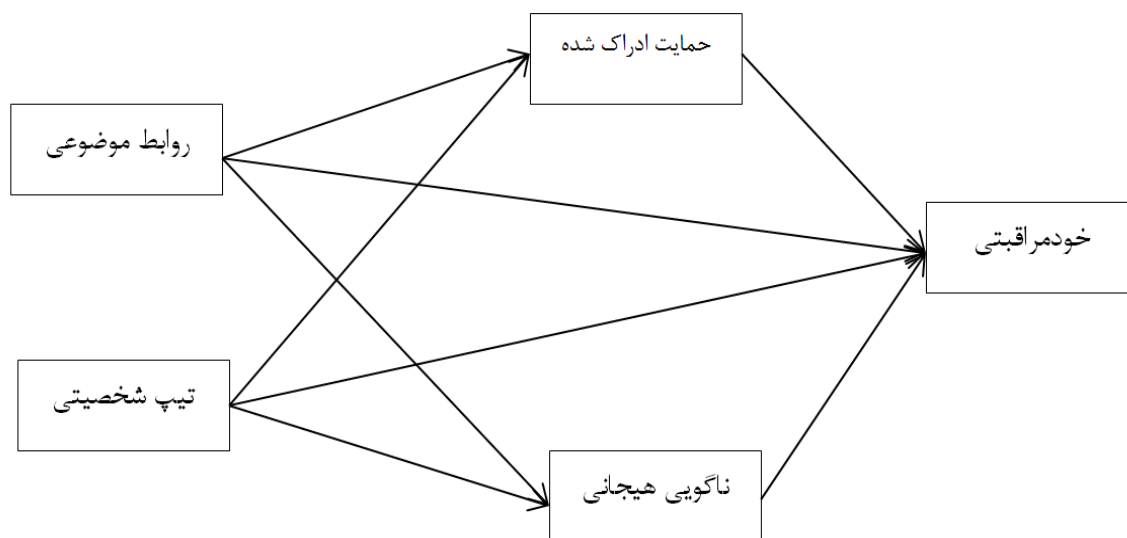


موضوعی مطلوب‌تر باشد، سطح رفتارهای خودمراقبتی نیز افزایش می‌یابد. به طور کلی نتایج همبستگی نشان می‌دهد که روابط میان متغیرهای پژوهش در جهت مورد انتظار قرار دارند و شرایط لازم برای آزمون مدل ساختاری پژوهش فراهم است.

در این بخش به آزمون فرضیه‌های مطرح شده در فصل اول پرداخته شده است. همانطور که گفته شد برای تبیین رابطه بین متغیرها براساس مدل مفهومی ارائه شده از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده می‌کنیم. براساس مدل مفهومی الگوی زیر در نرم افزار PLS ترسیم شد.

شکل ۱

نتایج آزمون آماری پژوهش



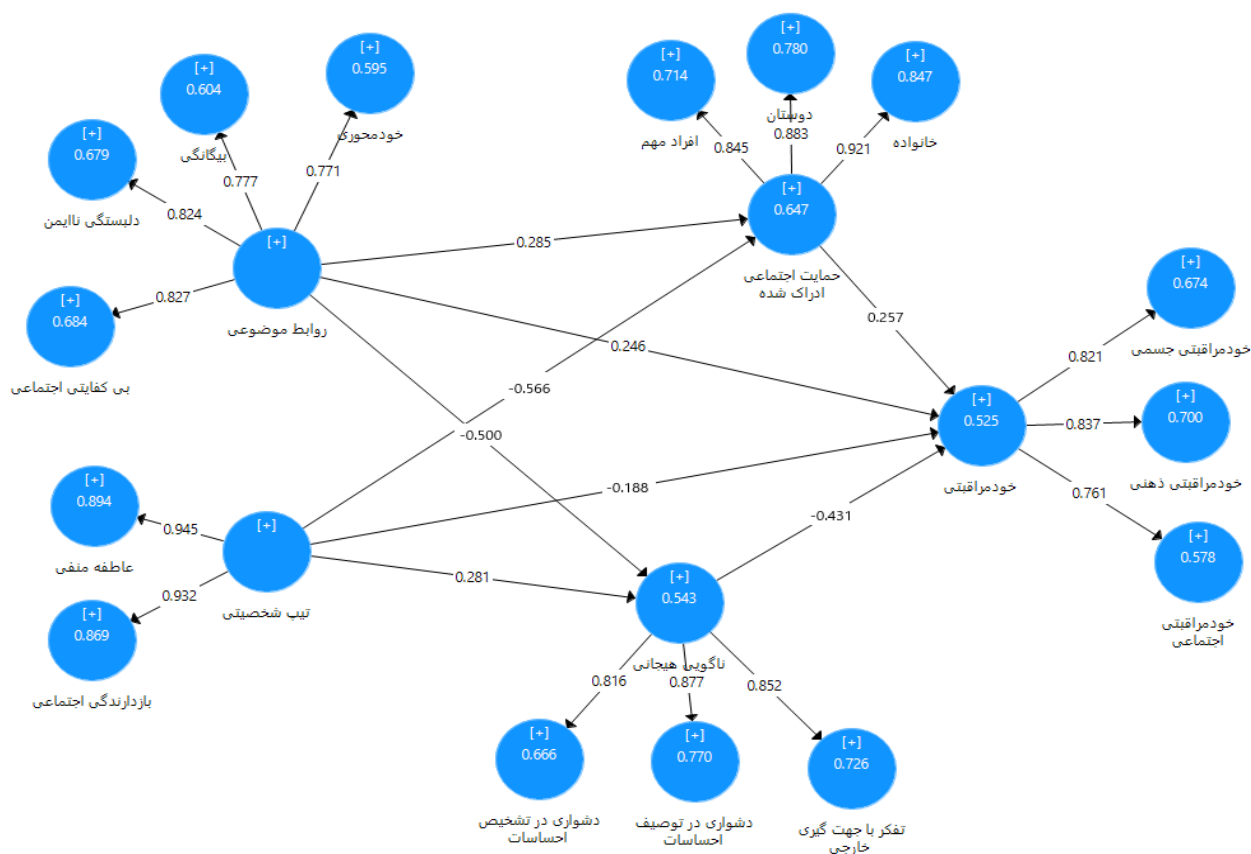
پس از ترسیم مدل، مرحله بعدی، بدست آوردن تخمین پارامترهای آزاد از روی مجموعه‌ای از داده‌های مشاهده شده است. روش‌های تکراری از قبیل بیشینه درست نمایی، یا حداقل مربعات تعمیم یافته و یا روش حداقل مربعات جزئی جهت تخمین مدل مورد استفاده قرار می‌گیرد که در اینجا از روش حداقل مربعات جزئی استفاده شد. هر متغیر در سیستم مدل سازی معادلات ساختاری می‌تواند هم به عنوان یک متغیر درون‌زا و هم یک متغیر برون‌زا در نظر گرفته شود. متغیر درون‌زا متغیری است که از جانب سایر متغیرهای موجود در مدل تاثیر می‌پذیرد در مقابل متغیر برون‌زا متغیری است که هیچ‌گونه تاثیری از سایر متغیرهای موجود در مدل دریافت نمی‌کند بلکه خود تاثیر می‌گذارد. در این پژوهش متغیر تیپ شخصیتی و روابط موضوعی متغیرهای برون‌زا و خودمراقبتی متغیری درون‌زا است. سایر متغیرها نقش میانجی دارند. قبل از ارائه نتایج برازش مدل، فرض نرمال بودن باقیمانده‌های مدل و شاخص‌های برازش مدل مورد بررسی قرار گرفت. هر چند روش محاسباتی در نرم افزار PLS به فرض نرمال بودن حساسیت ندارد. برای آزمون نرمال بودن از روش اسمیرنوف - کلموگروف استفاده شد که نتایج در جدول ۴-۶ آمده است. آماره Z اسمیرنوف کلموگروف برای متغیرهای پژوهش در سطح ۹۵ درصد اطمینان در سطح ۰.۰۵ معنادار است، بنابراین فرض نرمال بودن باقیمانده‌های مدل رد شده و میتوان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کند. با استفاده از شاخص‌های برازش مدل باید مطابق بودن مدل مفهومی و داده‌های جمع‌آوری شده را ارزیابی کنیم. در اینجا از شاخص معروف SRMR (ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده) استفاده شد. مقدار این شاخص پس از برازش مدل ۰.۰۶ بدست آمد که در محدوده قابل قبول (کمتر از ۰.۰۸) قرار دارد.

بنابراین مدل برازش شده کاملاً مناسب و نیاز به اصلاح ندارد و خروجی‌های آن برای بررسی فرضیه‌های طرح قابل استفاده است. در این بخش، نتایج حاصل از تحلیل روابط ساختاری یا مسیرهای مفروض مدل پژوهش که ناظر بر فرضیه‌های پژوهش است بررسی می‌شود. در واقع، پارامترهای مربوط به اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای برونزاد بر متغیرهای واسطه‌ای و درونزاد، برآورده می‌شود. لازم به ذکر است که به منظور ارائه یک گزارش قابل فهم و ساده از نتایج مربوط به روابط ساختاری حاصل از تحلیل معادلات ساختاری، نتایج به صورت تفکیک شده و به ترتیب فرضیه‌های پژوهش گزارش می‌شود.

نتایج برازش مدل در شکل‌های ۲ و ۳ و جداول ۳ تا ۵ ارائه شده است. شکل ۲ ضرایب مسیر استاندارد شده، شکل ۳ مقادیر قدرمطلق آماره t ، جدول ۳ اثرهای مستقیم، جدول ۴ شاخص‌های برازش و توان تبیینی و جدول ۵ تجزیه اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل را نشان می‌دهد.

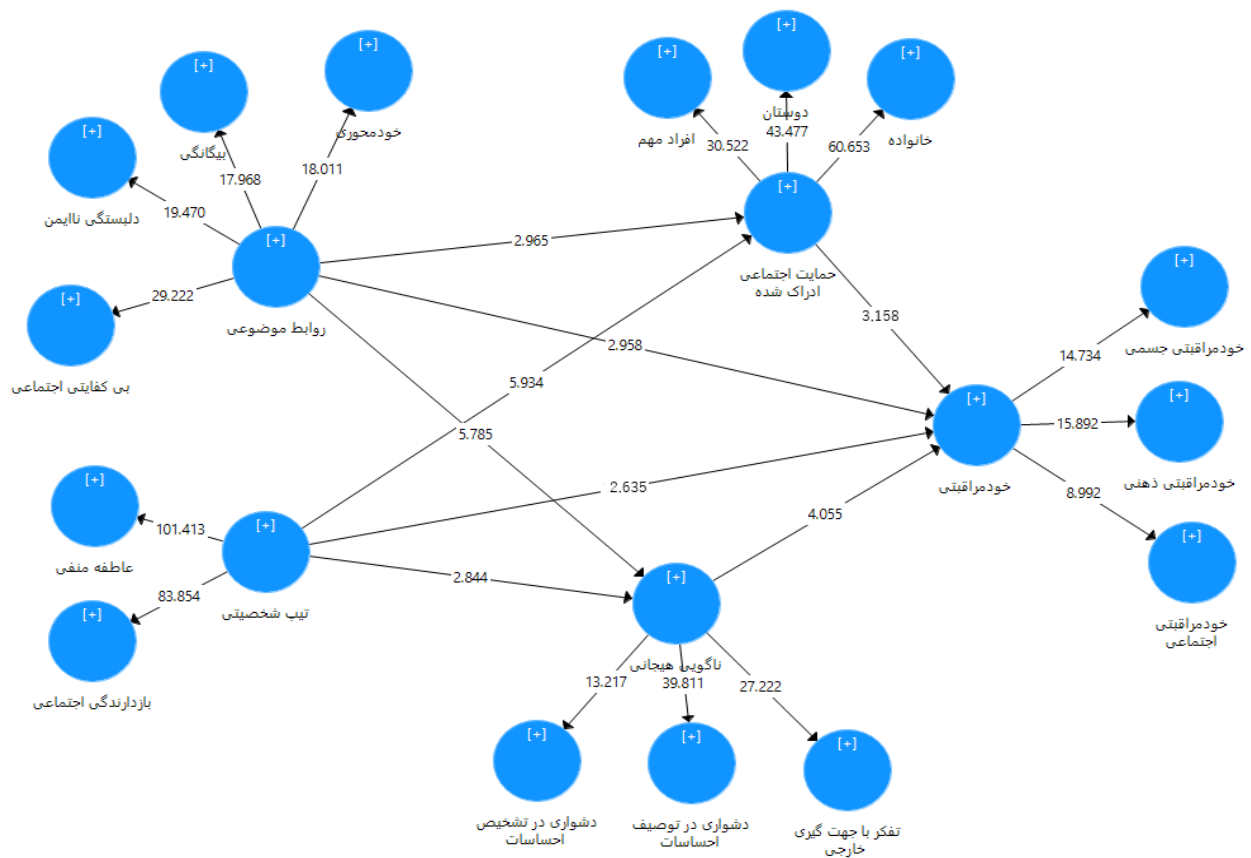
شکل ۲

ضرایب مسیر (اثرات مستقیم) حاصل از برازش مدل معادلات ساختاری



شکل ۳

مقادیر قدر مطلق تی حاصل از برآزش مدل معادلات ساختاری



جدول ۳

اثرات مستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته

مسیر	ضریب رگرسیونی	انحراف استاندارد	مقدار قدرمطلق تی	سطح معناداری
تیپ شخصیتی - حمایت اجتماعی ادراک شده	-۰.۵۶۶	۰.۰۹۵	۵.۹۳	۰.۰۰۰
تیپ شخصیتی - خودمراقبتی	-۰.۱۸۸	۰.۰۷۱	۲.۶۳	۰.۰۰۴
تیپ شخصیتی - ناگویی هیجانی	۰.۲۸۱	۰.۰۹۹	۲.۸۴	۰.۰۰۵
حمایت اجتماعی ادراک شده - خودمراقبتی	۰.۲۵۷	۰.۰۸۱	۳.۱۵۸	۰.۰۰۱
روابط موضوعی - حمایت اجتماعی ادراک شده	۰.۲۸۵	۰.۰۹۶	۲.۶۵	۰.۰۰۳
روابط موضوعی - خودمراقبتی	۰.۲۴۶	۰.۰۸۳	۲.۹۵	۰.۰۰۳
روابط موضوعی - ناگویی هیجانی	-۰.۵۰۰	۰.۰۸۶	۵.۷۸	۰.۰۰۰
ناگویی هیجانی - خودمراقبتی	-۰.۴۳۱	۰.۱۰۶	۴.۰۵۵	۰.۰۰۰

بر اساس جدول ۳، تمامی هشت مسیر مستقیم مدل در سطح ۰.۰۵ معنادار بودند. قوی‌ترین اثر مستقیم منفی مربوط به تیپ شخصیتی D بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta = -0.566, t = 5.93, p < 0.001$) و پس از آن اثر روابط موضوعی بر ناگویی هیجانی ($\beta = -0.500, t = 5.78, p < 0.001$) بود. ناگویی هیجانی نیز قوی‌ترین پیش‌بین مستقیم خودمراقبتی محسوب شد ($\beta = -0.431, t = 4.05, p < 0.001$) در



مقابل، حمایت اجتماعی ادراک‌شده ($\beta=0.257, p=0.001$) و روابط موضوعی ($\beta=0.246, p=0.003$) خودمراقبتی را به‌طور مثبت پیش‌بینی کردند؛ در حالی که تیپ شخصیتی D اثر مستقیم منفی و کوچک‌تری بر خودمراقبتی داشت ($\beta=-0.188, p=0.004$). این الگو نشان می‌دهد سازوکارهای هیجانی و حمایتی، نسبت به اثر مستقیم ویژگی شخصیتی، نقش نزدیک‌تری در تبیین رفتارهای خودمراقبتی دارند.

جدول ۴

شاخص‌های برازش و توان تبیینی مدل ساختاری

شاخص / سازه درون‌زا	مقدار	معیار یا معنای شاخص	تفسیر
SRMR	۰.۰۶۰	کمتر از ۰.۰۸۰	برازش مطلوب مدل
R^2 حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۰.۶۶۷	تبیین ۶۶.۷ درصد واریانس	توان تبیینی متوسط رو به بالا
R^2 ناگویی هیجانی	۰.۵۴۳	تبیین ۵۴.۳ درصد واریانس	توان تبیینی متوسط
R^2 خودمراقبتی	۰.۵۲۵	تبیین ۵۲.۵ درصد واریانس	توان تبیینی متوسط

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مدل افزون بر برازش مطلوب، از قدرت تبیین قابل قبول نیز برخوردار است. مقدار SRMR برابر با ۰.۰۶۰، فاصله میان ماتریس همبستگی مشاهده‌شده و برآوردشده را در محدوده مناسب قرار می‌دهد. همچنین، مدل ۵۲.۵ درصد از واریانس خودمراقبتی، ۵۴.۳ درصد از واریانس ناگویی هیجانی و ۶۶.۷ درصد از واریانس حمایت اجتماعی ادراک‌شده را تبیین کرد. بنابراین، ترکیب روابط موضوعی، تیپ شخصیتی D و دو سازوکار میانجی، بخش معناداری از تفاوت‌های فردی در رفتارهای خودمراقبتی بیماران کرونری را توضیح می‌دهد؛ هرچند بخشی از واریانس همچنان به عوامل پزشکی، جمعیت‌شناختی و رفتاری خارج از مدل مربوط است.

جدول ۵

تجزیه اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل بر خودمراقبتی

متغیر پیش‌بین	اثر مستقیم	غیرمستقیم از حمایت اجتماعی	مسیر از ناگویی هیجانی	مسیر اثر کل	غیرمستقیم اثر کل	اثر کل	نوع میانجی‌گری
تیپ شخصیتی D	-۰.۱۸۸ ($p=0.004$)	-۰.۱۴۵ ($p=0.005$), ($Z=-2.800$)	-۰.۱۲۱ ($p=0.020$), ($Z=-2.327$)	-۰.۲۶۷	-۰.۴۵۵	-۰.۴۵۵	جزئی و موازی
روابط موضوعی	۰.۲۴۶ ($p=0.003$)	۰.۰۷۳ ($p=0.030$), ($Z=2.168$)	۰.۲۱۶ ($p=0.001$), ($Z=3.332$)	۰.۲۸۹	۰.۵۳۵	۰.۵۳۵	جزئی و موازی

مطابق جدول ۵، اثر کل تیپ شخصیتی D بر خودمراقبتی برابر با -۰.۴۵۵ بود که بخش بزرگ‌تری از آن از طریق دو میانجی منتقل شد (اثر غیرمستقیم کل = -۰.۲۶۷). در این مسیر، کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده اندکی سهم بیشتری از افزایش ناگویی هیجانی داشت. در مقابل، اثر کل روابط موضوعی بر خودمراقبتی ۰.۵۳۵ به دست آمد و اثر غیرمستقیم آن (۰.۲۸۹) از اثر مستقیم (۰.۲۴۶) بیشتر بود؛ به‌ویژه مسیر کاهش ناگویی هیجانی (۰.۲۱۶) سهم غالب را در انتقال اثر روابط موضوعی داشت. از آنجا که هم اثرهای مستقیم و هم اثرهای غیرمستقیم معنادار باقی ماندند، الگوی میانجی‌گری برای هر دو متغیر پیش‌بین از نوع جزئی و موازی است. این نتیجه نشان می‌دهد مداخلات مؤثر باید هم‌زمان بر تقویت شبکه حمایتی و بهبود شناسایی و بیان هیجان‌ها تمرکز کنند.



در جمع‌بندی یافته‌ها، مدل پژوهش نشان داد روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D نه تنها مستقیماً، بلکه عمدتاً از طریق دو سازوکار روانی-اجتماعی بر خودمراقبتی مرتبط‌اند. تیپ شخصیتی D با کاهش دسترسی ادراک شده به حمایت و افزایش دشواری در پردازش هیجان، خودمراقبتی را تضعیف می‌کند؛ در حالی که روابط موضوعی مطلوب با تقویت ادراک حمایت و کاهش ناگویی هیجانی، زمینه انجام منظم‌تر رفتارهای مراقبتی را فراهم می‌سازد. بنابراین، یافته محوری پژوهش صرفاً تأیید چند رابطه دو متغیری نیست، بلکه شناسایی یک الگوی میانجی موازی است که نحوه انتقال اثر ویژگی‌های شخصیتی و بین فردی به رفتار خودمراقبتی را توضیح می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی ساختاری خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر اساس روابط موضوعی و تیپ شخصیتی D، با میانجی‌گری موازی حمایت اجتماعی ادراک شده و ناگویی هیجانی انجام شد. نتایج نشان داد مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بود و توانست ۵۲.۵ درصد از واریانس خودمراقبتی را تبیین کند. همچنین، تیپ شخصیتی D اثر منفی و معناداری بر حمایت اجتماعی ادراک شده و خودمراقبتی و اثر مثبت و معناداری بر ناگویی هیجانی داشت. در مقابل، روابط موضوعی بر حمایت اجتماعی ادراک شده و خودمراقبتی اثر مثبت و بر ناگویی هیجانی اثر منفی نشان داد. حمایت اجتماعی ادراک شده نیز خودمراقبتی را به صورت مثبت و ناگویی هیجانی آن را به صورت منفی پیش‌بینی کرد. افزون بر این، اثرهای غیرمستقیم تیپ شخصیتی D و روابط موضوعی بر خودمراقبتی از طریق هر دو میانجی معنادار بود و در هر دو مورد، میانجی‌گری جزئی و موازی تأیید شد. این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که رفتارهای خودمراقبتی بیماران کرونری را نمی‌توان صرفاً پیامد وضعیت پزشکی یا آگاهی بیمار دانست، بلکه تعامل ویژگی‌های پایدار شخصیتی، الگوهای بین فردی، کیفیت پردازش هیجان و منابع حمایت اجتماعی نقش مهمی در تبیین آن دارد. این برداشت با مطالعاتی که بر نقش عوامل روان‌شناختی در خودمراقبتی بیماران عروق کرونر تأکید کرده‌اند همسو است (Cummings et al., 2023; Gupta et al., 2021).

نخستین یافته نشان داد تیپ شخصیتی D اثر مستقیم منفی و معناداری بر خودمراقبتی دارد. این یافته با نتایج مطالعاتی همسو است که ویژگی‌های شخصیتی را از عوامل مؤثر بر پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران قلبی معرفی کرده‌اند (Fan et al., 2024). همچنین، ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نشان داده است که این بیماران از نظر برخی ابعاد شخصیتی و منبع کنترل با افراد سالم تفاوت دارند (Bagheri & Sotoudeh Asl, 2024). فراتحلیل مطالعات مرتبط با تیپ شخصیتی D نیز بر ارتباط این ساختار شخصیتی با پیامدهای نامطلوب سلامت تأکید داشته است (Grande et al., 2021). در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد دارای تیپ شخصیتی D به دلیل برخورداری از عاطفه منفی بالا، بیشتر مستعد تجربه نگرانی، تنش، بدبینی و حالات خلقی ناخوشایند هستند و هم‌زمان، به علت بازداری اجتماعی، تمایل کمتری به مطرح کردن مشکلات و نیازهای خود با دیگران دارند. این ترکیب ممکن است انگیزه بیمار را برای اجرای مستمر توصیه‌های درمانی کاهش داده، توانایی او را برای درخواست کمک محدود کند و موجب شود رفتارهایی مانند پیگیری درمان، فعالیت بدنی، تنظیم رژیم غذایی و مدیریت استرس با کیفیت کمتری انجام شوند. یافته‌های مربوط به نقش اضطراب در ارتباط میان تیپ شخصیتی D و کیفیت زندگی بیماران قلبی نیز این تبیین را تقویت می‌کند (Bolghan-Abadi, 2023).

یافته دیگر نشان داد تیپ شخصیتی D اثر منفی قابل توجهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده دارد. این نتیجه را می‌توان به مؤلفه بازداری اجتماعی این تیپ شخصیتی نسبت داد. فردی که از ارزیابی منفی دیگران نگران است یا در بیان نیازها و هیجان‌های خود محدودیت دارد، ممکن است حتی در صورت وجود واقعی منابع حمایتی، آنها را کمتر در دسترس یا کمتر کارآمد ادراک کند. بنابراین، تفاوت بین «وجود حمایت» و «ادراک حمایت» در این بیماران اهمیت زیادی دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک شده در شرایط بیماری

می‌تواند با سلامت روانی و سازگاری بهتر همراه باشد (Chen et al., 2021) و در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر نیز به‌عنوان سازوکاری مؤثر در ارتباط عوامل روان‌شناختی با خودمراقبتی مطرح شده است (Chen et al., 2022; He & Wang, 2022). علاوه بر این، شواهد در سایر جمعیت‌های در معرض فشار روانی نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی بیشتر با تجربه استرس کمتر همراه است (Balaji et al., 2020). بنابراین، می‌توان استنباط کرد که بازداري اجتماعی در تیپ D نه‌تنها روابط واقعی فرد را محدود می‌کند، بلکه ممکن است ارزیابی شناختی او از آمادگی دیگران برای کمک را نیز منفی‌تر سازد.

نتایج همچنین نشان داد تیپ شخصیتی D اثر مثبت و معناداری بر ناگویی هیجانی دارد. این یافته از نظر مفهومی قابل انتظار است، زیرا بازداري اجتماعی و عاطفه منفی می‌توانند زمینه دشواری در شناخت و بیان تجربه‌های هیجانی را فراهم کنند. افراد دارای تیپ D ممکن است هیجان‌های منفی فراوانی را تجربه کنند، اما به دلیل تمایل به مهار بیان هیجان، فرصت کمتری برای پردازش بین‌فردی این تجربه‌ها داشته باشند. این فرایند در طول زمان می‌تواند موجب کاهش وضوح هیجانی و دشواری در نام‌گذاری و بیان احساسات شود. یافته‌های مربوط به ارتباط ناگویی هیجانی با ویژگی‌های شخصیتی و تمایز یافتگی خود نیز بر پیوند میان ساختار شخصیت و ظرفیت پردازش هیجان تأکید دارند (Bagheri & Khodaei, 2021). از سوی دیگر، نظریه‌ها و پژوهش‌های تنظیم هیجان نشان می‌دهند که تداوم بازداري و سرکوب هیجان می‌تواند بر بهزیستی و عملکرد بین‌فردی تأثیر منفی داشته باشد (Gross & John, 2020). تفاوت‌های فرهنگی در نحوه ابراز و سرکوب هیجان نیز ممکن است شدت این رابطه را تحت تأثیر قرار دهد (Campos & Keltner, 2022). بنابراین، ناگویی هیجانی را می‌توان یکی از مسیرهایی دانست که ویژگی‌های تیپ D از طریق آن به رفتارهای سلامت‌محور ضعیف‌تر منتهی می‌شوند.

از دیگر یافته‌های پژوهش، اثر مثبت و معنادار روابط موضوعی بر خودمراقبتی بود. این یافته نشان می‌دهد هرچه بازنمایی فرد از خود و دیگران منسجم‌تر و روابط بین‌فردی او از کیفیت مناسب‌تری برخوردار باشد، احتمال مشارکت مؤثرتر در رفتارهای خودمراقبتی افزایش می‌یابد. بررسی روابط موضوعی در نمونه‌های ایرانی نیز نشان داده است که الگوهای متفاوت روابط موضوعی می‌توانند کیفیت تعامل فرد با دیگران را مشخص کنند (Azadfallah et al., 2021). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت روابط موضوعی مطلوب با اعتماد بیشتر به دیگران، احساس امنیت در روابط، توانایی دریافت کمک و ظرفیت برقراری روابط متقابل همراه است. بیماری عروق کرونر یک وضعیت مزمن است که مدیریت آن مستلزم تعامل مداوم با پزشکان، پرستاران، اعضای خانواده و سایر منابع اجتماعی است. از این رو، فردی که روابط بین‌فردی باثبات‌تر و بازنمایی‌های مثبت‌تری از دیگران دارد، احتمالاً آمادگی بیشتری برای پذیرش توصیه‌ها، کمک‌خواهی و ادامه برنامه‌های مراقبتی خواهد داشت. این برداشت با دیدگاه‌های جدید شخصیت که رفتار را حاصل تعامل ویژگی‌های فردی و موقعیت‌های اجتماعی می‌دانند سازگار است (DeYoung & Krueger, 2023; Fleenon & Jayawickreme, 2021).

روابط موضوعی همچنین اثر مثبت و معناداری بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده داشت. این یافته نشان می‌دهد کیفیت الگوهای درونی‌شده روابط می‌تواند تعیین کند فرد تا چه اندازه دیگران را در دسترس، حمایت‌کننده و قابل اعتماد ادراک کند. افرادی که تجربه‌های بین‌فردی آنها با امنیت، پذیرش و اعتماد بیشتر همراه بوده است، احتمالاً در بزرگسالی نیز حمایت دیگران را راحت‌تر شناسایی و دریافت می‌کنند؛ در مقابل، بیگانگی، دلبستگی ناایمن و انتظارات منفی از روابط ممکن است ادراک حمایت را کاهش دهند. از این منظر، حمایت اجتماعی فقط محصول تعداد روابط اجتماعی نیست، بلکه بخشی از آن به چارچوب درونی فرد برای تفسیر رفتار دیگران وابسته است. یافته‌های مربوط به ارتباط حمایت اجتماعی با خودمدیریتی در بیماری‌های مزمن نیز نشان می‌دهد که این منبع بین‌فردی می‌تواند نقش مهمی در سازگاری بیمار داشته باشد (He & Liu, 2021). همچنین، مطالعات انجام‌شده درباره تأثیر راهبردهای تنظیم هیجان بر ادراک حمایت اجتماعی در بیماران قلبی، رابطه نزدیک فرایندهای هیجانی و بین‌فردی را نشان داده‌اند (Chang & Tsai, 2020).



یافته مهم دیگر، اثر منفی روابط موضوعی بر ناگویی هیجانی بود. به بیان دیگر، هرچه کیفیت روابط موضوعی مطلوب‌تر بود، میزان دشواری در شناسایی و بیان هیجان کاهش می‌یافت. این یافته با مطالعاتی که بر نقش روابط خانوادگی و تجربه‌های اولیه بین‌فردی در شکل‌گیری ناگویی هیجانی تأکید کرده‌اند همخوانی دارد (Khalil al-Rahman & Yousefi, 2019). ظرفیت شناخت و بیان احساسات تا حد زیادی در بستر تعاملات اولیه رشد می‌کند؛ هنگامی که محیط ارتباطی امکان نام‌گذاری، پذیرش و بیان هیجان را فراهم سازد، فرد به تدریج می‌آموزد تجربه‌های درونی خود را تشخیص داده و در قالب زبان و ارتباط بین‌فردی سازمان دهد. در مقابل، روابط نایمن یا فاقد پاسخ‌دهی عاطفی ممکن است این رشد را مختل کنند. یافته‌های مرتبط با بازشناسی هیجان و همبودی‌های روان‌شناختی نیز اهمیت توانایی تشخیص صحیح هیجان‌ها را برای عملکرد روان‌شناختی نشان می‌دهد (Costabile et al., 2018). علاوه بر این، بی‌نظمی هیجانی می‌تواند با طیفی از رفتارهای ناسازگارانه بین‌فردی مرتبط باشد (Bliton et al., 2016). بر این اساس، روابط موضوعی مطلوب می‌توانند از طریق فراهم کردن بنیانی برای پردازش سازگارانه هیجان، از بروز یا شدت ناگویی هیجانی بکاهند.

نتایج پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی ادراک‌شده اثر مثبت و معناداری بر خودمراقبتی دارد. این یافته با مطالعاتی که حمایت اجتماعی را یکی از عوامل مهم در خودمراقبتی بیماران قلبی معرفی کرده‌اند همسو است (Chen et al., 2022; He & Wang, 2022). همچنین، در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی مرتبط شناخته شده‌اند (Thapa et al., 2025). حمایت اجتماعی می‌تواند از چند مسیر رفتارهای خودمراقبتی را تسهیل کند؛ حمایت عاطفی احساس امنیت و امید را افزایش می‌دهد، حمایت اطلاعاتی فهم بیمار از بیماری و درمان را بهبود می‌بخشد و حمایت ابزاری می‌تواند اجرای رفتارهایی مانند مراجعه به پزشک، مصرف منظم دارو یا رعایت برنامه‌های توانبخشی را آسان‌تر کند. از سوی دیگر، احساس تنها نبودن در مقابله با بیماری ممکن است بار روانی بیماری را کاهش دهد و منابع شناختی و هیجانی بیشتری برای پیگیری رفتارهای سلامت‌محور در اختیار فرد قرار دهد. این موضوع با یافته‌های مربوط به نقش حمایت اجتماعی در کاهش فشار روانی و ارتقای سازگاری در شرایط بیماری و مراقبت نیز سازگار است (Balaji et al., 2020; Chen et al., 2021).

ناگویی هیجانی نیز در پژوهش حاضر اثر منفی و معناداری بر خودمراقبتی داشت و در میان متغیرهای نزدیک به خودمراقبتی، یکی از اثرهای مستقیم برجسته را نشان داد. این یافته بیانگر آن است که دشواری در شناسایی و بیان احساسات می‌تواند فراتر از حوزه هیجانی، بر رفتارهای عملی مرتبط با مدیریت بیماری نیز اثر بگذارد. بیماری قلبی با تجربه نشانه‌های جسمانی و هیجانی متعددی همراه است و بیمار باید بتواند تغییرات بدنی، اضطراب، فشار روانی و نیاز به کمک را از یکدیگر تمایز دهد. فرد دارای ناگویی هیجانی ممکن است در این تمایزگذاری با مشکل مواجه شود و در نتیجه واکنش مناسبی به فشار روانی یا علائم بیماری نشان ندهد. این تبیین با چارچوب‌های تنظیم هیجان که بر اهمیت شناسایی و بیان سازگارانه هیجان‌ها در سلامت تأکید دارند همخوان است (Gross & John, 2020). همچنین، نقش باورهای سازگار و پردازش شناختی مؤثر در کاهش استرس، افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد که کیفیت پردازش تجربه‌های درونی برای مقابله با فشارهای زندگی اهمیت دارد (Balkis & Duru, 2019). از این رو، ناگویی هیجانی می‌تواند موجب شود بیمار از راهبردهای مقابله‌ای محدودتر استفاده کند و مشارکت کمتری در خودمراقبتی داشته باشد.

مهم‌ترین یافته پژوهش حاضر به تأیید نقش میانجی موازی حمایت اجتماعی ادراک‌شده و ناگویی هیجانی مربوط بود. برای تیپ شخصیتی D، اثر غیرمستقیم از مسیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده برابر با ۰.۱۴۵- و از مسیر ناگویی هیجانی برابر با ۰.۱۲۱- بود و مجموع اثر غیرمستقیم به ۰.۲۶۷- رسید؛ در عین حال، اثر مستقیم نیز معنادار باقی ماند. بنابراین، حمایت اجتماعی و ناگویی هیجانی به‌طور جزئی و موازی رابطه تیپ D با خودمراقبتی را میانجی‌گری کردند. این یافته با مطالعاتی که حمایت اجتماعی را میانجی ارتباط عوامل روان‌شناختی با



خودمراقبتی معرفی کرده‌اند هماهنگ است (Chen et al., 2022; He & Wang, 2022). از نظر نظری، فرد دارای تیپ D از یک سو به دلیل بازداري اجتماعی حمایت کمتری را ادراک می‌کند و از سوی دیگر به دلیل عاطفه منفی و مهار هیجانی، در شناسایی و بیان احساسات با دشواری بیشتری مواجه می‌شود؛ هر دو فرایند می‌توانند به کاهش خودمراقبتی منجر شوند. باین‌حال، باقی ماندن اثر مستقیم نشان می‌دهد تیپ شخصیتی D احتمالاً از مسیرهای دیگری نظیر انگیزش، باورهای مربوط به بیماری، ادراک کنترل و پایبندی رفتاری نیز بر خودمراقبتی اثر می‌گذارد. مطالعاتی که به نقش عوامل روان‌شناختی در شدت بیماری و رفتارهای ناسالم پرداخته‌اند نیز از وجود چنین مسیرهای چندگانه‌ای حمایت می‌کنند (Ahadi et al., 2015).

برای روابط موضوعی نیز هر دو مسیر غیرمستقیم معنادار بودند؛ اثر غیرمستقیم از طریق حمایت اجتماعی ادراک‌شده برابر با ۰.۰۷۳ و از طریق ناگویی هیجانی برابر با ۰.۲۱۶ بود و اثر غیرمستقیم کل به ۰.۲۸۹ رسید که حتی از اثر مستقیم روابط موضوعی بر خودمراقبتی بیشتر بود. برجسته‌تر بودن مسیر ناگویی هیجانی نشان می‌دهد یکی از مهم‌ترین کارکردهای روابط بین‌فردی سالم ممکن است پرورش ظرفیت شناخت، تنظیم و بیان هیجان باشد. فردی که در روابط خود احساس امنیت و اعتماد بیشتری دارد، احتمالاً هیجان‌های خود را بهتر پردازش می‌کند و در نتیجه در مواجهه با فشار ناشی از بیماری نیز رفتارهای منظم‌تر و سازگارانه‌تری نشان می‌دهد. این تبیین با یافته‌های مرتبط با نقش روابط خانوادگی در ناگویی هیجانی (Khalil al-Rahman & Yousefi, 2019) و ارتباط ناگویی هیجانی با سایر ویژگی‌های روان‌شناختی (Bagheri & Khodaei, 2021) هماهنگ است. در عین حال، مسیر حمایت اجتماعی نشان می‌دهد روابط موضوعی مطلوب از طریق تقویت برداشت فرد از دسترس‌پذیری دیگران نیز می‌توانند خودمراقبتی را بهبود دهند.

در مجموع، نتایج حاضر از یک الگوی زیستی-روانی-اجتماعی در تبیین خودمراقبتی بیماران عروق کرونر حمایت می‌کند. رفتارهای خودمراقبتی تحت تأثیر صرف دانش، امکانات پزشکی یا توصیه‌های درمانی قرار ندارند، بلکه شخصیت، کیفیت روابط، شیوه پردازش هیجان و حمایت اجتماعی با یکدیگر تعامل دارند. این نتیجه با پژوهش‌هایی که موانع خودمراقبتی بیماران کرونری را چندبعدی دانسته‌اند (Hamill & Bugge, 2023) و مطالعاتی که بر تأثیر فرهنگ در رفتارهای خودمراقبتی تأکید کرده‌اند (Fernandez & Braganza, 2022) همسو است. همچنین، توسعه مداخلات دیجیتال برای تقویت خودمراقبتی نشان می‌دهد ابزارهای فناورانه می‌توانند بخشی از فرایند مدیریت بیماری را تسهیل کنند، اما اثربخشی آنها احتمالاً زمانی بیشتر خواهد بود که تفاوت‌های شخصیتی و هیجانی بیماران نیز مورد توجه قرار گیرد (Green & Vu, 2022). یافته‌های مربوط به طراحی برنامه‌های خودمراقبتی متناسب با ویژگی‌های روان‌شناختی نیز اهمیت شخصی‌سازی مداخلات را برجسته می‌کنند (MamSharifi et al., 2025). به همین ترتیب، مطالعات مربوط به سلامت روان و خودمراقبتی در سایر بیماری‌های مزمن (Thomas et al., 2025) و ارتباط حس انسجام با خودمراقبتی (Vega-Martínez et al., 2025) نشان می‌دهند که توجه به منابع روان‌شناختی بیمار می‌تواند در طیف گسترده‌ای از بیماری‌های مزمن اهمیت داشته باشد. بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر با روشن کردن دو مسیر موازی هیجانی و اجتماعی نشان می‌دهد که برای ارتقای خودمراقبتی بیماران قلبی باید هم به آسیب‌پذیری‌های درون‌فردی و هم به منابع بین‌فردی توجه شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد. نخست، طرح پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی و مقطعی بود؛ بنابراین، اگرچه مدل ساختاری امکان بررسی جهت روابط نظری میان متغیرها را فراهم کرد، نمی‌توان بر اساس آن روابط علی قطعی استنباط کرد. دوم، داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و در نتیجه احتمال سوگیری ناشی از مطلوبیت اجتماعی، خطای یادآوری یا برداشت ذهنی پاسخ‌دهندگان وجود دارد. سوم، نمونه پژوهش از بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شد و تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و درمانی ممکن است تعمیم نتایج به بیماران سایر مناطق را



محدود کند. علاوه بر این، برخی عوامل پزشکی و جمعیت‌شناختی مانند شدت بیماری، مدت ابتلا، نوع درمان، بیماری‌های همراه، وضعیت اقتصادی و میزان دسترسی به خدمات درمانی در مدل اصلی وارد نشدند و ممکن است بخشی از واریانس باقی‌مانده خودمراقبتی را توضیح دهند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از طرح‌های طولی استفاده کنند تا ترتیب زمانی و جهت روابط میان تیپ شخصیتی D، روابط موضوعی، حمایت اجتماعی، ناگویی هیجانی و خودمراقبتی با دقت بیشتری بررسی شود. انجام مطالعات در نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی متفاوت می‌تواند به ارزیابی قابلیت تعمیم مدل کمک کند. همچنین، افزودن متغیرهایی مانند خودکارآمدی، سواد سلامت، ادراک بیماری، اضطراب، افسردگی، راهبردهای تنظیم هیجان، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و شدت بیماری می‌تواند قدرت تبیینی مدل را افزایش دهد. پیشنهاد می‌شود نقش تعدیل‌کننده متغیرهایی مانند جنسیت، سن، مدت ابتلا و نوع درمان نیز بررسی شود. استفاده هم‌زمان از داده‌های خودگزارشی و شاخص‌های عینی مانند پایبندی دارویی، سطح فعالیت بدنی، مراجعات درمانی و شاخص‌های بالینی می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد. همچنین، اجرای پژوهش‌های مداخله‌ای برای آزمون اینکه آیا بهبود حمایت اجتماعی و کاهش ناگویی هیجانی واقعاً به افزایش خودمراقبتی منجر می‌شود، گام مهمی در تأیید کاربرد بالینی مدل خواهد بود.

با توجه به یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود ارزیابی روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر به بخشی از مراقبت‌های معمول قلبی تبدیل شود و در کنار شاخص‌های پزشکی، ویژگی‌های تیپ شخصیتی D، کیفیت روابط بین‌فردی، میزان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و مشکلات مربوط به شناسایی و بیان هیجان نیز بررسی شوند. برای بیمارانی که از حمایت اجتماعی ضعیف برخوردارند، می‌توان برنامه‌های خانواده‌محور، گروه‌های حمایتی و آموزش مهارت‌های کمک‌خواهی و ارتباط مؤثر را طراحی کرد. همچنین، برای بیماران دارای ناگویی هیجانی بالا، آموزش شناسایی هیجان‌ها، نام‌گذاری احساسات، بیان مناسب هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند در برنامه‌های توانبخشی قلبی ادغام شود. در بیماران دارای ویژگی‌های برجسته تیپ شخصیتی D نیز مداخلات باید بر کاهش بازدارندگی اجتماعی، مدیریت عاطفه منفی، تقویت مشارکت در درمان و افزایش استفاده از منابع حمایتی متمرکز باشند. در نهایت، هماهنگی میان متخصصان قلب، روان‌شناسان سلامت، پرستاران و اعضای خانواده می‌تواند زمینه شکل‌گیری یک الگوی مراقبت یکپارچه و شخصی‌سازی‌شده را برای ارتقای پایدار رفتارهای خودمراقبتی فراهم کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.



موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Ahadi, H., Sadeghian, S., Ashayeri, H., & Habibi Asgarabad, M. (2015). *Psychological Factors Affecting the Severity of Coronary Artery Disease: The Mediating Role of Unhealthy Behaviors* <https://civilica.com/doc/1263379>
- Azadfallah, P., Abbasi, L., Fathi Ashtiani, A., & Farahani, H. (2021). Analysis of Dominant Object Relations Patterns in Iranian Couples. *Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 17(67), 245. <https://sid.ir/paper/1073610/fa>
- Bagheri, M., & Khodaei, A. (2021). The Relationship of Mindfulness, Differentiation of Self, and Alexithymia with Borderline Personality Traits. *Journal of Preventive Care in Nursing & Midwifery*, 11(2), 38.
- Bagheri, M., & Sotoudeh Asl, M. (2024). Assessment of Personality and Locus of Control in Patients with Coronary Heart Disease. *Clinical Psychology and Personality*, 22(2), 217. <https://doi.org/10.22070/cpap.2024.19100.1542>
- Balaji, A. B., Claussen, A. H., Smith, D. C., Visser, S. N., Morales, M. J., & Perou, R. (2020). Social Support and Perceived Stress Among Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(3), 1128-1137. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04324-7>
- Balkis, M., & Duru, E. (2019). The Protective Role of Rational Beliefs on the Relationship Between Irrational Beliefs, Emotional States of Stress, Depression and Anxiety. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 37(1), 96-112.
- Bliton, C. F., Wolford-Clevenger, C., Zapor, H., Elmquist, J., Brem, M. J., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2016). Emotion Dysregulation, Gender, and Intimate Partner Violence Perpetration: An Exploratory Study in College Students. *Journal of family violence*, 31, 371-377.
- Bolghan-Abadi, M. (2023). The Mediating Role of Generalized Anxiety in the Relationship Between Type D Personality and Quality of Life and General Health in Cardiovascular Patients. *Health Psychology*, 12(48), 61. <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.67108.5753>
- Campos, B., & Keltner, D. (2022). Cultural Influences on Emotional Suppression and Social Functioning. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 53(7), 613-628. <https://doi.org/10.1177/00220221221099972>
- Chang, M. C., & Tsai, Y. F. (2020). Effects of Emotional Regulation Strategies on Social Support Perception and Health Outcomes in Post-Myocardial Infarction Patients. *Heart & Lung*, 49(6), 775-782. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.006>
- Chen, H., Wang, X., & Zhang, L. (2022). Psychological Predictors of Self-Care Behaviors in Coronary Heart Disease Patients: The Mediating Effect of Perceived Social Support. *Psychology & Health*, 37(3), 381-395. <https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1951234>
- Chen, X., Wang, Y., Tian, R., & Zhang, L. (2021). Perceived Social Support, Resilience and Mental Health Among Patients with COVID-19 Infection in China: A Cross-Sectional Study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1889202. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1889202>
- Costabile, T., Capretti, V., Abate, F., Liguori, A., Paciello, F., Pane, C., & Saccà, F. (2018). Emotion Recognition and Psychological Comorbidity in Friedreich's Ataxia. *The Cerebellum*, 17, 336-345.
- Cummings, D. M., Nouryan, C., & Waters, C. (2023). Psychological Factors and Their Impact on Self-Care in Coronary Artery Disease Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 46(3), 420-433. <https://doi.org/10.1007/s10865-022-00374-9>
- DeYoung, C. G., & Krueger, R. F. (2023). Integrative Approaches to Personality Assessment: Advances and Implications. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 269-297. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-092122-070336>



- Fan, H., Sun, J., & Wang, Z. (2024). The Impact of Personality Traits on Self-Care Adherence in Patients with Coronary Artery Disease: A Longitudinal Study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 31(1), 24-32. <https://doi.org/10.1007/s12529-023-10301-z>
- Fernandez, S., & Braganza, S. (2022). Cultural Influences on Self-Care Behaviors of Patients with Coronary Artery Disease. *Patient Education and Counseling*, 105(3), 621-628. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.012>
- Fleeson, W., & Jayawickreme, E. (2021). Whole Trait Theory. In *The Oxford Handbook of Personality and Social Psychology* (pp. 133-154). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195376746.013.9>
- Grande, G., Romppel, M., & Fuchs, A. (2021). The Type D Personality Construct: A Meta-Analysis of Prospective Studies on Health Outcomes. *Health Psychology Review*, 15(2), 246-269. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1866102>
- Green, C. A., & Vu, A. (2022). Mobile App-Based Self-Care Interventions for Coronary Artery Disease: A Scoping Review. *Digital Health*, 8, 20552076221074406. <https://doi.org/10.1177/20552076221074406>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2020). Emotion Regulation Processes and Well-Being: Toward a Framework Integrating Inhibition and Expression. *Current Directions in Psychological Science*, 29(4), 324-329. <https://doi.org/10.1177/0963721420915586>
- Gupta, S., Bharti, B., & Malhotra, N. (2021). Psychological Factors Influencing Self-Care Behaviors in Coronary Artery Disease Patients: A Systematic Review. *Behavioral Medicine*, 47(2), 101-112. <https://doi.org/10.1080/08964289.2021.1877743>
- Hamill, S., & Bugge, C. (2023). Exploring Patients' Perceptions of Barriers to Self-Care in Coronary Artery Disease. *Patient Preference and Adherence*, 17, 691-701. <https://doi.org/10.2147/PPA.S390018>
- He, L., & Wang, Y. (2022). Social Support as a Mediator Between Anxiety and Self-Care in Coronary Artery Disease Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 37(6), 482-489. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000803>
- He, Y., & Liu, Y. (2021). Perceived Social Support and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Illness: The Mediated Role of Emotional Regulation. *Journal of Health Psychology*, 26(7), 966-976. <https://doi.org/10.1177/1359105320903521>
- Khalil al-Rahman, A., & Yousefi, Z. (2019). *Multiple Relationships of Early Maladaptive Schemas, Family Relationships, and Maternal Personality with Alexithymia in Elementary School Children* <https://civilica.com/doc/1277223>
- MamSharifi, P., Sohrabi, F., Borjali, A., Hoseinsabet, F., & Zamanpour, E. (2025). Developing and validating a self-care program for the prevention of pornography based on psycho-linguistic dimensions and pathological personality traits. *Ethics in research*. <https://doi.org/10.1080/08964289.2025.1877743>
- Thapa, A., Kang, J., Chung, M. L., Wu, J.-R., Biddle, M., Cha, G., & Moser, D. K. (2025). Self-Care, Perceived Social Support, and Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. *Nursing research*, 74(4), 258-265. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000820>
- Thomas, J. J., Sosa, A. V. Y., & Fuentes, S. P. S. (2025). Type 2 Diabetes Self-Care in Oxcutzcab, Yucatan, Mexico: The Role of Mental Health. *Journal of Transcultural Nursing*, 36(4), 438-446. <https://doi.org/10.1177/10436596251323579>
- Vega-Martínez, M. D. C., López-Martínez, C., & Del-Pino-Casado, R. (2025). Sense of coherence and self-care in people with diabetes: systematic review. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.01.16.25320434>