

بررسی رابطه‌ی بین طرح‌های ناکارآمد با اهمال‌کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

علی محمد بیگی^۱

مریم بختیاری^۱

شهرام محمد خانی^۲

زهره صادقی^۳

چکیده

سابقه و هدف: مدل‌های شناختی در تبیین اختلالات روان‌شناختی به اثر طرح‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علایم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. هدف این پژوهش بررسی رابطه بین طرح‌های ناکارآمد اولیه با اهمال‌کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود به همین منظور سه پرسشنامه طرح‌های ناکارآمد اولیه یانگ، اهمال‌کاری یا مقیاس تعلل ورزی عمومی و سلامت عمومی بر روی شرکت‌کنندگان در پژوهش که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند اجرا گردید. تحلیل این نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: شرکت‌کنندگان در این پژوهش (۴۶۲) نفر دانشجویان از دو گروه پزشکی (۲۳۲) نفر و غیر پزشکی (۲۳۰) نفر بودند. نتایج پژوهش نشان داد که بین طرح‌های ناکارآمد اولیه با اهمال‌کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

استنتاج: به‌طور کلی، نتایج این پژوهش قبل از هر چیز نقش واسطه‌ای طرح‌های ناکارآمد اولیه را در آسیب‌شناسی روانی و اهمال‌کاری تأیید می‌کند. نتایج به دست آمده در این پژوهش بستری برای بررسی عمیق‌تر محتوای شناختی خاص هر اختلال است.

واژه‌های کلیدی: طرح‌های ناکارآمد اولیه، اهمال‌کاری، سلامت روان، دانشجویان

مقدمه

پیشرفت و رفاه آن‌ها در آینده جلوگیری می‌نماید مشکلات ناشی از عدم سلامت روان و اهمال‌کاری است. اختلالات عاطفی و روان‌شناختی از عوامل مهم و رو به‌تزايد ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع است (۱).

یکی از جنبه‌های مهم زندگی، موفقیت یا عدم موفقیت در تحصیلات دانشگاهی است. موفقیت در دانشگاه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بسیاری از پیشرفت‌های دانشجویان در آینده باشد. مانعی مشترک در بین دانشجویان که از

E-mail: alimb69@yahoo.com

مؤلف مسئول: علی محمد بیگی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت دانشجویی و فرهنگی

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران

تاریخ دریافت: ۹۱/۷/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۹۱/۸/۷ تاریخ تصویب: ۹۱/۱۰/۱۱

مدل‌های شناختی در تبیین اختلالات روان‌شناختی به اثر طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علایم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. بر اساس مدل آسیب‌پذیری-استرس در آسیب‌شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عوامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده‌اند (۲). در این میان پیازه و بالبی معتقدند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل‌هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرح‌واره می‌شود. این طرح‌واره‌ها در زندگی فرد به عنوان عدسی‌هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهند (۳). یانگ طرح‌واره‌ها را در قالب پنج حیطه اصلی طبقه‌بندی کرده است و آن‌ها را به عنوان حیطه‌های طرح‌واره معرفی می‌کند. این حیطه‌ها عبارتند از: انفعال و ترد، خودگردانی و عملکرد مختل، حد و مرزهای مختل، هدایت شدن توسط دیگران و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۴). اعتقاد برای این است که تأثیرات سودمند یا مضر طرح‌واره‌ها، سبب وسعت بخشیدن یا محدود ساختن رشد توانمندی‌های بالقوه در کودکان می‌گردد و پژوهش‌های متعدد همواره از صحت این ادعا خبر می‌دهد (۲). طرح‌واره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیر واقع بینانه خود را نشان می‌دهند (۵). زمانی که طرح‌واره‌ها فعال می‌شود، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند منفی می‌گردند و به طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شوند (۶). یانگ معتقد است هر کدام از علایم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط است (۷). در رویکرد طرح‌واره درمانی دو نوع رویکرد در مورد رابطه طرح‌واره‌ها با اختلالات روان‌شناختی مدنظر است اولین رویکرد این است که طبق مدل آسیب‌شناسی شناختی،

در شرایط اختلالات هیجانی، احتمال فعال شدن تمامی طرح‌واره‌های ناکارآمد وجود دارد (۴). دومین رویکرد معتقد است که فعال شدن غیراختصاصی تمامی طرح‌واره‌ها کمک‌چندانی به پیش‌بینی نوع اختلال هیجانی نمی‌کند. بر پایه فرضیه اختصاصی بودن محتوا، شناخت‌ها وابسته به اضطراب به ارزیابی خطر و تهدید مربوط می‌شوند، حال آن‌که شناخت‌های وابسته به افسردگی با شکست و از دست دادن، شناخت‌های وابسته به خشم با ارزیابی بی‌عدالتی و شناخت‌های وابسته به هیجان مثبت، با ارزیابی نیل به منافع همراه می‌باشند (۹،۸) و از طرفی در پژوهش‌ها هم عنوان شده است که طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامد (۱۰). بنابراین می‌تواند به این نتیجه رسید که طرح‌واره‌های ناکارآمد می‌تواند اختلالات روان‌شناختی را طبق هر دو رویکرد تبیین کنند. با توجه به نظریه ساختارهای معناگذاری طرح‌واره که برای ناوار است که شناخت‌ها و طرح‌واره‌ها خاستگاه آغازین پردازش بوده و پردازش شناختی به کمک طرح‌واره‌های موجود در فرد هدایت می‌شوند (۱۱-۱۳). می‌توان نتیجه گرفت که تأثیری که طرح‌واره‌های ناکارآمد بر روی شناخت‌های ما می‌گذارد منجر به این می‌شود که فرد از رویدادها پردازش درستی نداشته و در نتیجه این عدم پردازش صحیح منجر به اختلالات روان‌شناختی گردد. پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علایم آسیب‌شناسی روانی همواره بر اهمیت وجود این طرح‌واره‌ها در شکل‌گیری علایم صحه گذارده است (۱۴). از جمله هراس اجتماعی (۱۵)، وسواس (۱۷-۱۵)، اختلالات شخصیت (۱۸)، خودشیفتگی (۱۹)، اختلالات خوردن (۲۰). علاوه بر آسیب‌های روانی که طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه موجب می‌شوند همچنین طرح‌واره‌هایی وجود دارند که می‌توانند ما را به سمت اهمال‌کاری سوق دهند و از ایجاد تغییرات منع کنند. منظور از اهمال‌کاری مورد

مدل‌های شناختی در تبیین اختلالات روان‌شناختی به اثر طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علایم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. بر اساس مدل آسیب‌پذیری-استرس در آسیب‌شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عوامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده‌اند (۲). در این میان پیازه و بالبی معتقدند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل‌هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرح‌واره می‌شود. این طرح‌واره‌ها در زندگی فرد به عنوان عدسی‌هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهند (۳). یانگ طرح‌واره‌ها را در قالب پنج حیطه اصلی طبقه‌بندی کرده است و آن‌ها را به عنوان حیطه‌های طرح‌واره معرفی می‌کند. این حیطه‌ها عبارتند از: انفعال و ترد، خودگردانی و عملکرد مختل، حد و مرزهای مختل، هدایت شدن توسط دیگران و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۴). اعتقاد برای این است که تأثیرات سودمند یا مضر طرح‌واره‌ها، سبب وسعت بخشیدن یا محدود ساختن رشد توانمندی‌های بالقوه در کودکان می‌گردد و پژوهش‌های متعدد همواره از صحت این ادعا خبر می‌دهد (۲). طرح‌واره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیر واقع بینانه خود را نشان می‌دهند (۵). زمانی که طرح‌واره‌ها فعال می‌شود، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند منفی می‌گردند و به طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شوند (۶). یانگ معتقد است هر کدام از علایم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط است (۷). در رویکرد طرح‌واره درمانی دو نوع رویکرد در مورد رابطه طرح‌واره‌ها با اختلالات روان‌شناختی مدنظر است اولین رویکرد این است که طبق مدل آسیب‌شناسی شناختی،

بحث تأخیر طبیعی و معمولی نیست که گاهی اوقات پیش می‌آید. بلکه منظور نوعی ویژگی شخصیتی است که در رضایت فردی اختلال ایجاد می‌کند و به کیفیت روابط انسانی آسیب می‌رساند. دانشجویان کسانی هستند که درصد بالایی از افرادی می‌باشند که دارای این اختلال هستند (۲۱). آمارها نشان می‌دهد که شیوع اهمال کاری در این قشر از ۲۵ تا ۹۵ درصد می‌باشد (۲۲، ۲۳). تقریباً ۷۵ درصد آن‌ها خودشان را اهمال کار می‌دانند (۲۴). با توجه به این آمارها بود که نگاه محققین به سمت این مساله جلب شد که ببینند چرا شیوع اهمال کاری در دنیا خصوصاً در بین دانشجویان تا این حد زیاد می‌باشد و از طرفی به علل و عوامل آن و پیامدهای آن پردازند (۲۵). هدف این پژوهش که از حیث مطالعه رابطه این سه متغیر منحصر به فرد است و برای اولین بار می‌باشد که در داخل و خارج از کشور اجرا می‌گردد این است که طبق مدل همبستگی بررسی نماید که چه رابطه‌ای بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی وجود دارد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است جامعه این مطالعه را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در دانشگاه مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌داد. ۴۶۲ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۲۳۲ نفر پزشکی و ۲۳۰ غیر پزشکی)، به صورت در دسترس انتخاب شدند.

برای سنجش طرحواره‌های ناسازگارانه از فرم کوتاه‌یانگ^۱ استفاده شد. این پرسشنامه ۷۵ آیتم توسط یانگ در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود ۱ برای کاملاً نادرست،

۶ برای کاملاً درست در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است (۲۶). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ است (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر مقیاس‌های آن محرومیت هیجانی ۰/۷۲، رهاشدگی/ بی‌ثباتی ۰/۷۶، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری ۰/۸۲، انزوای اجتماعی/ بیگانگی ۰/۸۴، نقص و شرم ۰/۸۸، شکست ۰/۹۲، وابستگی/ بی‌کفایتی ۰/۸۹، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر ۰/۸۸، گرفتار/ خود تحول نیافته ۰/۸۶، اطاعت ۰/۸۷، فداکاری ۰/۷۳، بازداری هیجانی ۰/۸۳، معیارهای سرسختانه ۰/۸۲، استحقاق/ بزرگ منشی ۰/۷۷ و خود انضباطی ناکافی ۰/۷۸ به دست آمد.

برای سنجیدن اهمال کاری رفتاری در این پژوهش از آزمون اهمال کاری یا مقیاس تعلق‌ورزی عمومی (GP) استفاده شد این مقیاس ۲۰ گزینه‌ای که لی (Lay) آنرا ساخته است، ماده‌های آن دارای ۵ گزینه هستند. نمره‌گذاری گویه‌های منفی به صورت عکس انجام می‌شود این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوب گزارش شده است (۲۸). در پژوهش حسینی و خیر همسانی درونی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۷۳ درصد محاسبه شد (۲۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه اهمال کاری با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ۰/۶۵ به دست آمد. آزمون سلامت عمومی که برای سنجش سلامت عمومی دانشجویان استفاده شد اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید و دارای سه فرم ۱۲، ۲۸ و ۶۰

1. YSQ-SF

سؤالی است فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده می شود دارای چهار مقیاس نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی و گرایش به خودکشی را اندازه گیری می کند. برای هر ماده می توان به روش نمره گذاری لیکرت چهار گزینه از (۰ تا ۳) نمره در نظر گرفت. نمره بیشتر، افزایش علائم را نشان می دهد (۳۰). نجفی و صولتی یعقوبی پایایی آزمون سلامت عمومی را با روش آزمون مجدد برابر ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه با نقطه برش ۲۲ را به ترتیب ۰/۰۷۴/۸۴ و ۰/۲۰ گزارش کردند (۳۰، ۳۱).

در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۹۳ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار spss صورت پذیرفت و از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون) استفاده شد.

یافته ها

بعد از تجزیه و تحلیل یافته ها مشخص گردید که دانشجویان در طرحواره وابستگی/ بی کفایتی در هر دو گروه پزشکی (M= ۹/۸۸، SD= ۵/۶۵) و غیر پزشکی (M= ۵/۷۸، SD= ۹/۷۸) p=۰/۸۴۰ کمترین نمره را

کسب نمودند و در طرحواره معیارهای سرسختانه در هر دو گروه پزشکی (M= ۱۸/۱۴، SD= ۶/۲۰) و گروه غیر پزشکی (M= ۱۸/۶۰، SD= ۵/۹۷) p=۰/۵۵۸ بیشترین نمره را کسب نمودند. نمرات دو گروه تقریباً به هم نزدیک می باشد ولی پراکندگی گروه پزشکی بیشتر از غیر پزشکی است. همچنین نمره سلامت روان در گروه پزشکی (M= ۲۳/۹۶، SD= ۱۴/۲۳) و در گروه غیر پزشکی (M= ۱۸/۸۳، SD= ۱۲/۲۷) p=۰/۰۰۰ به دست آمد که میانگین گروه پزشکی بالاتر از گروه غیر پزشکی می باشد. مشخص گردید که میزان اهمال کاری در گروه پزشکی (M= ۵۷/۱۳، SD= ۹/۴۸) و در گروه غیر پزشکی (M= ۵۷، SD= ۷/۴۴) p=۰/۲۷۶ می باشد نمرات دو گروه تقریباً به هم نزدیک می باشد ولی پراکندگی گروه پزشکی بیشتر از غیر پزشکی است. به منظور بررسی رابطه بین طرحواره های نا کار آمد با اهمال کاری و سلامت روان در بین دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی از روش آماری همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج حاصل در جدول شماره ۲ گزارش گردیده است.

همان طور که در جدول شماره ۲ آمده است از بین طرحواره های نا کار آمد در دانشجویان پزشکی فقط بین طرحواره های انزوای اجتماعی/ بیگانگی و نقص و شرم با اهمال کاری رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. اما در دانشجویان غیر پزشکی از بین طرحواره های نا کار آمد، طرحواره های رهاسدگی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی،

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره ی طرحواره های نا کار آمد، اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی

معنی داری	گروه غیر پزشکی	گروه پزشکی	متغیرها	معنی داری	گروه غیر پزشکی	گروه پزشکی	متغیرها
۰/۴۷۰	۱۱/۶۴±۵/۹۷	۱۱/۸۳±۶/۲۱	اطاعت	۰/۲۷۳	۱۴/۶۴±۵/۳۲	۱۴/۰۹±۵/۴۲	محروریت هیجانی
۰/۴۴۴	۱۵/۰۳±۵/۰۳	۱۴/۶۵±۵/۴۹	فداکاری	۰/۳۴۴	۱۶/۰۵±۵/۸۲	۱۵/۵۵±۵/۷۲	رهاسدگی/ بی ثباتی
۰/۴۱۱	۱۴/۴۳±۶/۶۴	۱۳/۴۷±۵/۸۴	بازداری هیجانی	۰/۷۵۴	۱۲/۷۰±۵/۷۰	۱۲/۸۷±۵/۷۲	بی اعتمادی/ بدرفتاری
۰/۵۵۸	۱۸/۶۰±۵/۹۷	۱۸/۱۴±۶/۲۰	معیارهای سرسختانه	۰/۴۵۲	۱۲/۷۲±۶/۳۷	۱۳/۱۶±۶/۱۳	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
۰/۰۲۶	۱۷/۰۱±۵/۵۲	۱۵/۸۱±۶/۰۶	استحقاق/ بزرگ منشی	۰/۴۳۳	۱۱/۱۰±۵/۹۳	۱۰/۶۶±۶/۱۳	نقص و شرم
۰/۰۷۵	۱۳/۵۳±۵/۴۲	۱۲/۶۲±۵/۶۰	خود انضباطی ناکافی	۰/۵۹۵	۱۰/۶۱±۵/۸۳	۱۰/۳۱±۶/۶۵	شکست
۰/۲۷۶	۵۷±۷/۴۴	۵۷/۱۳±۹/۴۸	اهمال کاری	۰/۸۴۰	۹/۷۸±۱۱/۸۳	۹/۸۸±۵/۶۵	وابستگی/ بی کفایتی
۰/۰۰۰	۱۸/۸۳±۱۲/۲۷	۲۳/۹۶±۱۴/۲۳	سلامت روان	۰/۶۲۵	۱۰/۹۳±۵/۵۵	۱۰/۹۴±۶/۰۵	آسیب پذیری نسبت به بیماری و ضرر
				۰/۳۱۰	۱۰/۸۷±۵/۸۲	۱۱/۴۴±۶/۱۴	گرفتار/ خود تحول نایافته

جدول شماره ۲: ضرایب همبستگی بین طرحواره های ناکارآمد با اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی

سلامت روان		اهمال کاری		طرحواره های ناکارآمد
غیر پزشکی	پزشکی	گروه غیر پزشکی	گروه پزشکی	
** / ۰/۲۵۹	** / ۰/۱۸۵	۰/۰۲۱	۰/۰۲۷	محرومیت هیجانی
** / ۰/۲۴۳	** / ۰/۳۱۵	** / ۰/۱۸۲	۰/۰۴۴	رهاشدگی / بی ثباتی
** / ۰/۴۰۴	** / ۰/۳۷۴	۰/۱۰۱	۰/۱۸	بی اعتمادی / بدرفتاری
** / ۰/۴۲۲	** / ۰/۴۳۲	** / ۰/۱۷۸	** / ۰/۱۸۱	انزوای اجتماعی / بیگانگی
** / ۰/۳۳۸	** / ۰/۴۰۷	۰/۱۲۶	* / ۰/۱۴۴	نقص و شرم
** / ۰/۲۲۵	** / ۰/۳۵۰	* / ۰/۱۶۳	۰/۱۲۶	شکست
** / ۰/۲۳۵	** / ۰/۳۵۵	* / ۰/۱۳۹	۰/۰۸۶	وابستگی / بی کفایتی
** / ۰/۳۱۰	** / ۰/۴۱۴	۰/۰۶۶	۰/۰۴۱	آسیب پذیری نسبت به بیماری و ضرر
** / ۰/۱۷۳	** / ۰/۲۶۶	* / ۰/۱۶۷	۰/۱۰۱	گرفتار / خودتحوّل نایافته
** / ۰/۲۵۲	** / ۰/۴۵۳	* / ۰/۱۶۱	۰/۱۲۵	اطاعت
** / ۰/۲۳۹	** / ۰/۳۰۳	- / ۰/۰۲۵	۰/۰۴۲	فداکاری
** / ۰/۳۰۹	** / ۰/۳۵۴	۰/۰۶۲	- / ۰/۰۱۷	بازداری هیجانی
۰/۱۰۶	۰/۰۳۷	- / ۰/۱۲۱	- / ۰/۰۸۳	میارهای سرسختانه
** / ۰/۲۹۸	* / ۰/۱۵۸	* / ۰/۱۴۲	- / ۰/۰۶۱	استحقاق / بزرگ منشی
** / ۰/۲۹۴	** / ۰/۳۲۶	** / ۰/۲۸۴	۰/۰۶۱	خود انضباطی ناکافی

گرفتار / خودتحوّل نایافته، اطاعت، استحقاق / بزرگ منشی و خود انضباطی ناکافی با اهمال کاری رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. خصوصیات افرادی که این طرحواره ها در آنها بیشتر فعال است عبارتند از: معمولاً ناپایدار، نقص در حد و مرزهای درونی، بی مسئولیتی در قبال دیگران و یا فقدان هدف گزینی طولانی مدت و تأکید زیادی بر ارضای نیازهای دیگران در مقایسه با نیازهای خودشان دارند. مقایسه ای که می توان بین این دو گروه در دو فرض بالا انجام داد این است که در گروه غیر پزشکی هشت طرحواره، از حیثه های اول تا چهارم و در گروه پزشکی دو طرحواره از حیثه اول با اهمال کاری رابطه معنی دار داشتند. طرحواره انزوای اجتماعی بیگانگی در هر دو گروه رابطه معنی داری با اهمال کاری داشت. به منظور تبیین و بررسی نظری رابطه طرحواره های ناکارآمد و اهمال کاری طبق رویکرد یانگ می توان گفت که فردی که طرحواره های ناکارآمد اولیه دارد با انتخاب سبک پاسخ دهی ناکارآمد از تجربه نمودن هیجان های شدید و استیصال کننده های دوری می کند. همچنین با برگزیدن سبک مقابله اجتنابی از موقعیت های برانگیزاننده طرحواره ای، مثل روابط صمیمی یا چالش های شغلی نیز اجتناب می کند و می تواند رفتار مخربی هم داشته باشد (۴).

شکست، وابستگی / بی کفایتی، گرفتار / خودتحوّل نایافته، اطاعت، استحقاق / بزرگ منشی، خود انضباطی ناکافی با اهمال کاری رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. همچنین به جزء طرحواره ناکارآمد معیارهای سرسختانه بین بقیه طرحواره های ناکارآمد با سلامت روان در بین هر دو گروه دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد.

بحث

در مطالعه حاضر مشخص شد که از بین طرحواره های ناکارآمد در دانشجویان پزشکی فقط بین طرحواره های انزوای اجتماعی / بیگانگی و نقص و شرم با اهمال کاری رابطه مثبت معنی داری وجود دارد و بین بقیه طرحواره ها با اهمال کاری در این گروه رابطه معنی داری وجود ندارد. در این جا نکته ای که لازم است مطرح شود این است که با توجه به این که این رابطه برای اولین بار است که در ایران و خارج از ایران بررسی می شود پژوهشگر نتوانست تحقیقی را در این راستا پیدا نماید که نتایج این بخش از پژوهش را با آن مقایسه نماید. همچنین در دانشجویان غیرپزشکی از بین طرحواره های ناکارآمد، بین طرحواره های ناکارآمد رهاشدگی / بی ثباتی، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، وابستگی / بی کفایتی،

لبورن Welburn، کاریستین Coristin، داگ Dag، پونترفراکت Pontecfract و جردن Jordan (۳۵) و دیگران (۲، ۲۵، ۳۹-۳۳) همسو است.

به طور کلی، نتایج این پژوهش قبل از هر چیز نقش واسطه ای طرحواره‌ها در آسیب‌شناسی روانی و اهمال کاری را تأیید می‌کند. نتایج به دست آمده در این پژوهش بستری برای بررسی عمیق‌تر محتوای شناختی خاص هر اختلال است. این امر گامی مهم در جهت تبیین و وضوح بخشی به اختلالات خواهد بود و از طرفی تلویحات مهمی در زمینه های درمانی خواهد داشت در این راستا به نظر می‌رسد این حیطه نیازمند بررسی دقیق و جداگانه هر اختلال به منظور تبیین آن‌ها و ترسیم نمای طرحواره‌های ناکارآمد اولیه دخیل در تداوم علایم است. دشواری در انتخاب نمونه به علت گستردگی و عدم تمرکز دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی و عدم دسترسی به منابع دست اول و مقالات مرتبط از مهم‌ترین محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود. به علت تازگی موضوع پیشنهاد می‌گردد که این تحقیق در نقاط دیگر کشور و با نمونه‌ها و جوامع متنوع‌تر انجام گیرد. همچنین برای بالا بردن اطلاعات دانشجویان از عوامل مؤثر بر سلامت روان و اهمال کاری که به عنوان مانعی بر سر راه پیشرفت آن‌ها عمل می‌کند آموزش‌های مرتبط در این زمینه صورت گیرد.

باسکو Basco اهمال کاری را فعالیت می‌داند که دو عامل آن‌را بر می‌انگیزاند. افکار منفی و واکنش‌های هیجانی (۳۲). پس می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌هایی که فرد را به هیجانات منفی را در فرد بر می‌انگیزاند می‌برد در واقع عاملی جهت شکل‌گیری و تداوم اهمال کاری نیز می‌باشند.

همچنین طبق نظریه ساختارهای معنی‌گذاری طرحواره بک Beck (۱۱)، اینگرام Ingram (۱۲)، و کلارک Clark، بک و آلفورد Alford (۱۳) که شناخت‌ها و طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش دانسته‌اند و نظر (مور Mor) و وینکوویست Winqvist (۳۳) مبنی بر این که افراد اطلاعات مربوط به خویشتن را به اندازه کافی پردازش می‌نمایند ولی اطلاعات ناهمخوان با خویشتن را کمتر یابد تر پردازش می‌کنند بنابراین شاید بر اساس این نظریه، می‌توان نتیجه گرفت که افراد اهمال کار هم به مانند افراد افسرده اطلاعات مثبت خود ارجاع را از نظام پردازش اطلاعات خویش حذف می‌نمایند و اطلاعات منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می‌آورند و این سوگیری منطبق با طرحواره‌های ناکارآمد فرد می‌باشد. نتایج دیگر تحقیق نشان می‌دهد که جزء طرحواره ناکارآمد معیارهای سرسختانه بین بقیه طرحواره‌های ناکارآمد با سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج موریس Muris (۳۱، ۳۴) و

References

1. Kaveh MH, Shojaeezadeh D, Shahmohammadi D, Eftekhari Ardebili H, Rahimi A, Bolhari J. Teachers' role in elementary school mental health: Results of an interventional study. Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2003; 2(2): 95-103 (Persian).
2. Harris AE, Curtin L. Parental perception, early maladaptive schemas and depressive symptoms in young adult. Cogn Ther Res 2002; 26(3): 405-416.
3. Gunty AL, Buri JR. Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas. Online Submission, Paper Presented at the Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association 2008; 33.
4. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy, A practitioner's guide. New York: Guilford press; 2003

-
5. James IA, Reichelt FK, Freston MH, Barton SB. Schemas as memories-implications for treatment. *Journal of cognitivepsychotherapy- An Interational Quarterly* 2007; 21-57.
 6. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: A study inadult patients with anxiety disorders. *Encephale* 2004; 30(3): 255-8
 7. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A. Early maladaptive schemas and socialphobia. *Cogn Ther Res* 2006; 30(5): 571-584
 8. Clark LA. The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. In *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping Features*. Kendall PC, Watson D, editors. San Diego: Academic Press; 1989. p. 83-129
 9. Clark LA, Watson D. Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In *Psychosocial aspects of depression*. Becker J, Kleinman A, editors. Hillsdale: Erlbaum; 1991. p. 39-65
 10. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A. Images of mother, self, and god as predictors of dysphoria in Non-clinical Samples. *Personlity and Differences* 2004; 36(7): 1669-1680
 11. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press; 1976
 12. Ingram RE. Toward an information processing analysis of depression. *Cogn Ther Res* 1984;8,443-478
 13. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientificfoundations of cognitivetheory and therapyof depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1999.
 14. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A Comparison of Maladaptive Schemata inTreatment-Seeking Obese Adults and Normal- weight ControlSubjects. *Journal ofPsychosomatic Research* 2006; 60: 245-252.
 15. Cecero JJ, Young JE. Case of Silvia: A schema-focused approach.*Journal of Psychotherapy Integration* 2001; 11(2).
 16. Thimm JC. Mediation of Early Maladaptive Schemas betweenPerceptions of parental Rearing Style and Personality Disorder Symptoms. *J Behav, Ther., & Exp. Psychiat* 2010; 41: 52-59.
 17. Lotfi R, Donyavi V, Khosravi Z. The comparison of Early maladaptive schemas in soldiers with personality disorder cluster B and healthy soldiers. *J.A.U.M.S*2007; 2: 1261-1266 (Persian).
 18. Torres C. Early maladaptive schemas and cognitive distortionsin psychopathy and narcissism. A thesis submitted for the degree of Doctor of Psychology (clinical) of the Australian National University, 2002 Available in: [Eprints.anu.edu.au/archive/00002617/01/02whole.pdf](http://eprints.anu.edu.au/archive/00002617/01/02whole.pdf).
 19. Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. Parental bonding and Disorder Symptoms in Adolescents: The Meditating Role of Core Beliefs. *Eating Behaviors* 2005; 6: 113-118.
 20. Saariaho T, Saariahoa A, Karilab I, Joukamaac M. The Psychometric properties of the finnishYoung schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *J.Behav, Ther., & Exp. Psychiat* 2009; 40: 158-168
 21. Aitken M. A personality profile of the college studentprocrastinator. unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh; 1982

22. Ellis A, Knaus WJ. Overcoming procrastination. New York: Signet Books; 1977.
23. O'Brien WK. Applying the transtheoretical model to academic procrastination. Unpublished doctoral dissertation, University of Houston; 2002
24. Potts TJ. Predicting procrastination on academic tasks with self-report personality measures. Dissertation Abstracts International 1987;48:1543
25. Gendron A, Webster E, Miller M, Helm S, Hadwin A. A Goldberg DP, Hiller V.A scaled version of General Health Questionnaire. *psychological Medicine* 2009; 9: 131-145
26. Young JE. The Young schema questionnaire: Short form, 1998; Available at: <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs.htm>
27. Ahi GH. Standardization of The Young Schema Questionnaire: short form. Master's thesis, Allameh Tabatabai University in Tehran; 2006. (Persian).
28. Lay CH. At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality* 1986; 20: 474-495.
29. Hoseini F, Khayyer M. Predicting procrastination and decision making based on meta cognitive beliefs in students. *IJPCP* 2008; 15(3): 265-273. (Persian).
30. Najafi M, Solati Yaghoobi N. Epidemiology of mental disorders in Gilan. Master's thesis, Tehran Psychiatric Institute; 1997. (Persian).
31. Shahamat F, Predicting General Health symptoms (somatization, anxiety and depression) based on early maladaptive schemas. *Journal of Psychology, Tabriz University*, 2010; 5(20). (Persian).
32. Basco MR. The procrastinator's guide to getting things done. New York. Guilford Press; 2010.
33. Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2002; 128: 638-662.
34. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relation to perceived parental rearing behaviors, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical psychology and psychotherapy* 2006; 13: 405-413
35. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The schema questionnaire-short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cogn Ther Res* 2002; 26(4): 519-530.
36. Platts H, Mason O, Tyson M. Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *PPTRP* 2005; 78: 549-564.
37. Mans GB, Breat C, Vlierberqne LV. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schema as a cognitive link. *Journal of clinical psychology and psychotherapy* 2010; 17, 374-387.
38. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schema and symptom profile in adolescent depression. *Cogn Ther Res* 2007; 31(5): 639-657.
39. Calvete E, Estévez A, López de Arroyabe E, Ruiz P. The Schema Questionnaire-short form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment* 2005; 21(2): 90-99.

-
40. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cogn Ther Res* 2010; 34(3): 368-379.
41. Reinecke MA, Simons A. Vulnerability to Depression among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice* 2005; 12(2): 166-176.
42. Riso LP, Froman SF, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cogn Ther Res* 2006; 30: 515-529

Archive of SID