

Evaluation of mental and behavioral patterns of emotional dysfunction and social isolation with high-risk behaviors in high school students in 24 districts of Tehran

بررسی الگوهای فکری و رفتاری نارسایی هیجانی و انزوای اجتماعی با رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مقطع متوسطه
مناطق ۲۴ گانه تهران

اکرم محمودی شورابی

دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی، کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش روان شناسی تربیتی

Faculty of Humanities, Department Psychology, Master in Educational Psychology

چکیده

هدف از این تحقیق بررسی الگوهای فکری و رفتاری نارسایی هیجانی و انزوای اجتماعی با رفتارهای پرخطر در دانش آموزان مقطع متوسطه مناطق ۲۴ گانه تهران می باشد. هوش هیجانی از جمله عوامل موثر در سلامت روان شناختی نوجوانان می باشد که متاثر از تجارب اولیه است

روش: پژوهش حاضر به صورت توصیفی از نوع همبستگی صورت گرفت و در میان انواع روش های همبستگی از نوع رگرسیونی بوده است. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه می باشد. برای اندازه گیری متغیرها از دو نوع پرسشنامه استفاده شده است. از پرسشنامه محقق ساخته رفتارهای پرخطر برای اندازه گیری رفتارهای پرخطر و از نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ برای سنجش طرح واره های ناسازگار اولیه استفاده شده است. تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی به انجام رسید. به منظور تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش از آمار توصیفی برای تعیین و بیان ویژگی های اطلاعاتی که بوسیله محقق جمع آوری گردیده استفاده شد که عبارتند از بیان شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و ترسیم نمودارها است و از آمار استنباطی برای بررسی میزان معنی داری از آزمون همبستگی، تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. یافته ها: یافته ها نشان میدهد که طرحواره های ناسازگار اولیه بر رفتارهای پرخطر دانش آموزان نقش دارد. نتیجه: بین طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد. بین طرحواره ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد. بین طرحواره ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد.

کلید واژه ها: طرحواره محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی، رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان، دانش آموزان، نارسایی هیجانی، الگوهای رفتاری و فکری، جهان بینی، کهن الگو، نظریه رشد مرحله ای پیاژه، تفکر قالبی، آلکسی تایمیا

۱- مقدمه

نوجوانی یکی از دشوارترین، تنش زاترین و در عین حال هیجان انگیزترین دوره زندگی، هم برای خود نوجوان و هم والدین و مربیان به شمار می آید. در خلال این دوره، لذت ناشی از استقلال و خودمختاری، صمیمیت، خوش بینی و امید به آینده از زمره لذات جدیدی هستند که قبل از آن تجربه نشده اند.

تغییرات روانی اجتماعی، شناختی و بیولوژیکی در دوره نوجوانی، فرصت‌های تحولی بی‌شماری را برای نوجوان فراهم می‌کند تا در رفتارهایی درگیر شود که به طور ضمنی، در اتخاذ سبک زندگی همراه با سلامت و یا به خطر انداختن سلامت اهمیت دارد (هریس، دانکن و بایس جولی، ۲۰۰۲). از طرفی، نوجوانان به کشف موقعیت‌های مخاطره‌ای تمایل دارند و این امر ظرفیت آنها را برای نداشتن زندگی طولانی و حتی مرگ بالا برده است (استویبر و گاد، ۱۹۹۵).

کرکمر و گرین^۲ (۲۰۰۰) مخاطره جویی را تمایل برای درگیر شدن در رفتارهایی می‌دانند که تهدید آمیز است یا به سلامت ذهنی و فیزیکی شخص آسیب می‌رساند. درباره‌ی این که چه عواملی باعث می‌شود بعضی افراد میل به رفتارهای پرخطر داشته باشند، نظریه‌های مختلفی وجود دارد.

طرحواره‌ها، هسته اصلی خودپنداره‌ی فرد را تشکیل می‌دهند و پردازش اطلاعات فرد را درباره خود، دنیا و دیگران هدایت می‌کنند. طبق نظریه یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه موضوعات ثابت، فراگیر و پایداری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند. این طرحواره‌ها از طریق تعامل خلق و خوی کودک با تجربیات منفی و مداوم وی شکل می‌گیرند و به سازگاری فرد با خانواده یا محیطش کمک می‌کنند. اما، این طرحواره‌ها در دوران‌های بعدی زندگی ممکن است ناسازگارانه باشند، زیرا طرحواره‌ها انعطاف ناپذیر و در مقابل تغییر مقاوم هستند. این طرحواره‌ها باعث تحریک افکار خودآیند منفی و ناراحتی روانی شدیدی می‌شوند. به این ترتیب، طرحواره‌ها ممکن است هسته‌ی اصلی آسیب‌شناسی در بسیاری از اختلالات باشند (فتی و همکاران، ۱۳۸۸).

از آن جا که طرح‌واره‌ها نیز بنیادهای شناختی فرد را تشکیل داده و می‌توانند رفتارهای فرد را شکل داده و به آن سمت و سو دهند، لذا می‌توان بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بخش زیرین و سخت شناختهای افراد که اغلب در دوره‌های تحولی رشد شکل گرفته‌اند، با رفتارهای ناسازگارانه در مقاطع بعدی رشد افراد، رابطه برقرار نمود طرحواره‌ها از جمله علل فردی و روانشناختی است که در مطالعه‌ی وابستگی به مواد از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند، طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای فرد از رویدادها شده و این سوگیریها خود را به صورت نگرشهای تحریف شده، گمانه‌های نادرست، اهداف و چشمداشت‌های غیر واقع‌بینانه نشان می‌دهند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوها یا درونمایه‌های عمیق و فراگیری هستند که به رابطه‌ی فرد با خود یا دیگران ارتباط دارند و به شدت ناکارآمد هستند (حقیقت‌منش، ۱۳۸۶).

در این پژوهش به بررسی رابطه طرحواره محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی بر رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان پرداخته شده است.

¹ Stoiber & Good

² Krcmar & Greene

۲- بیان مسأله

در عصر حاضر به علت پیشرفت های فناوری و تأثیر مستقیم آن بر کیفیت زندگی انسان، پرداختن به مسئله سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن اهمیت ویژه ای یافته است و تأمین سلامتی افراد جامعه یکی از مهمترین مسائل اساسی در هر کشوری محسوب می شود. یکی از موارد جدی تهدیدکننده سلامت که در سال های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، ازسوی سازمان های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست-گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقشار مختلف می باشد. به عنوان مثال پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰ تنها میزان بیماری ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به رقم ده میلیون نفر در سال برسد (رضوی و همکاران، ۱۳۹۳).

اگر پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر مانند سوء مصرف مواد، خشونت و ایدز را نیز به حساب آوریم، آسیب های وارده چند برابر می شود. هر چند که هیچ یک از اقشار جامعه از عواقب رفتارهای تهدید کننده سلامت در امان نیستند اما بعضی از گروه های اجتماعی از جمله نوجوانان در معرض خطر بیشتری قرار دارند. بطوری که بسیاری از قربانیان رفتارهای پرخطر در آینده از میان نوجوانان امروزی خواهند بود. بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری ها و بحران در دوره نوجوانی دست به رفتارهایی می زنند که سلامت حال و آینده آنها را مورد تهدید قرار می دهد. مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی ناپایمن، عوامل بسیاری از موارد مرگ و میر در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی را تشکیل می دهند. درحالی که بزرگسالان، بیشتر از بیماریهایی چون سرطان، نارسائی های قلبی-عروقی و دیابت آسیب می پذیرند. بر اساس آمارهای پیش بینی شده توسط بانک جهانی در رابطه با شاخص های توسعه جهانی در سال ۲۰۰۵ حدود ۸،۵ میلیون نفر جمعیت کشورمان را نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله تشکیل داده اند که این میزان معادل ۱۲،۵ درصد جمعیت کشور بوده است (سعادتیان و همکاران، ۱۳۹۳).

علی رغم تلاش بسیاری که در دو دهه اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به مضرات و خطرات رفتارهای پرخطر صورت گرفته است همچنان با افزایش روز افزون این رفتارها بویژه در میان جوانان و نوجوانان روبرو هستیم. مطالعات نشان داده اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر و رفتارهای جنسی ناپایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می شود. توجه به رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان و تلاش در جهت شناخت و پیشگیری آنها از اواخر دهه ۱۹۸۰ از ایالات متحده آغاز شد و گسترش روز افزونی در میان سایر جوامع داشته است. از سال ۱۹۹۱ ایالات متحده یک برنامه ملی مدرسه مدار تحت عنوان "سیستم نظارت بر رفتارهای پرخطر جوانان" را طراحی و به اجرا گذارده. که ارزیابی ۹ مقوله از رفتارهای پرخطر در نوجوانان- شامل خشونت، خودکشی، بی ملاحظگی در رانندگی، مصرف دخانیات، الکل و مواد، رفتارهای پرخطر جنسی که احتمال ابتلاء به ایدز یا بیماری های مقاربتی را داشته باشند، رفتارهای تغذیه ای ناسالم و عدم انجام فعالیت های بدنی و ورزشی را در بر می گیرد. در ایران نیز مدتی است که توجه به رفتارهای پرخطر در نوجوانان و راه های مقابله با آنها آغاز شده است (امامی و همکاران، ۱۳۹۳).

دلایل رفتارهای خطرجویی متفاوت است از جمله انگیزه های هیجان خواهی، ترس های بی کفایتی، نیاز به تحکیم هویت مردانه و انگیزه های گروهی نظیر فشار همسالان. این رفتار ممکن است بازتاب تخیلات همه توانی برخی از نوجوانان نیز باشد که خود را در مقابل صدمات و جراحات آسیب ناپذیر تصور می کنند. گروهی از محققان نیز، بر نقش محوری طرحواره های شناختی، در حفظ و ثبات رفتار پرخطر و پرخاشگرانه در زمان و موقعیت های گوناگون تأکید داشته اند. در این خصوص، کریک و دودج (۱۹۹۴) با ارائه مدل پردازش اطلاعات اجتماعی، نقش ساختارهای ذهنی، بویژه طرحواره های شناختی را در تنظیم رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه مهم تلقی کرده اند. هیوسمان

³ Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS)

⁴ Crick & Dodge

(۱۹۸۸) نیز معتقد است که رفتار پرخاشگرانه به علت درونی شدن تعداد زیادی از طرحواره های پرخاشگر، در ساختار ذهن فرد، بروز می کند (بیگلری و پویامش، ۱۳۹۵).

از جمله عوامل مخاطره آمیز اجتماعی می توان به، (۱) فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر (۲) بازار مواد (۳) مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی (۴) کمبود فعالیتهای جایگزین (۵) کمبود امکانات حمایتی، مشاوره ای و درمانی (۶) توسعه صنعتی (۷) محرومیت اجتماعی - اقتصادی نام برد. بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیتهای یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می دهد. مهمترین این موقعیتهای عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماریها یا دردهای مزمن. حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنشهای حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می کند (امامی و همکاران، ۱۳۹۳).

طرحواره های ناسازگار اولیه اساسا مضامین نا آشکار و ناهوشیارند که توسط افراد حفظ می شوند. این طرحواره ها به عنوان الگویی برای پردازش تجارب به کار می روند و در نتیجه در سرتاسر زندگی گسترش می یابند و رفتارها، افکار، احساسات و روابط بین شخصی را تعیین می کنند. طرحواره های ناسازگار اولیه غالبا ناکارآمد و پایدارند. فرض بر این است که طرحواره ها به صورت مستقیم و غیر مستقیم باعث بروز مشکلات و ناراحتی هایی نظیر: افسردگی، تنهایی یا روابط مخرب دیگر می شوند. طرحواره های ناسازگار به عنوان زیرساخت های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می شوند. طرحواره ها دارای مؤلفه های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. هنگامی که طرحواره های ناسازگار اولیه فعال می شوند سطوحی از هیجان منتشر می شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی های روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی و مانند آن می شود با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر در نظر دارد به خاطر گستردگی و ارتباط نزدیکی که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر وجود دارد به طور جامع این دو متغیر را در رابطه با هم مورد بررسی قرار دهد. اهمیت این مؤلفه در ظهور رفتارهای پرخطر دانش آموزان دارد را به نوعی تبیین نماید. لذا سوال اصلی: آیا بین طرحواره های محرومیت هیجانی و انزوای اجتماعی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد؟

۳- پیشینه تحقیق

۳-۱ مطالعات داخلی

قوامی و اسکندری (۱۳۹۸) در تحقیقی به بررسی طرحواره های هیجانی در اضطراب و وسوسه افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شهر شیراز پرداخته اند. پژوهش حاضر در قالب یک طرح توصیفی - تحلیلی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس روی ۲۰۰ مرد و زن معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد شیراز انجام شد. گردآوری داده ها با استفاده از پرسشنامه های اضطراب بک، عقاید وسوسه انگیز بک و کلارک، پرسشنامه طرحواره هیجانی لیهی انجام شد. یافته ها: یافته ها نشان داد که بین تمامی زیر مقیاس های طرحواره های هیجانی با اضطراب و وسوسه رابطه معنی داری وجود دارد ($P < 0.05$). بر اساس این مدل مجموعهای از متغیرها شامل فرونشانی، ارزیابی مجدد، طرحواره غیر قابل کنترل بودن بر اضطراب و وسوسه سوء مصرف مواد و اضطراب میانجیگری می کنند. نتیجه گیری: اضطراب و تاثیر آن در وسوسه سوء مصرف پدیده پیچیده ای است که عوامل مختلفی در آن دخیلند که از جمله آنها شخصیت و هیجان می باشد بنابراین برای پیشگیری از اضطراب و وسوسه، باید این متغیرها هدف قرار گرفته و تعدیل شوند.

سلیمی و همکاران (۱۳۹۸) در تحقیقی به پیش بینی کیفیت زندگی براساس طرحواره های هیجانی مبتلایان به فشارخون پرداخته اند. روش این مطالعه توصیفی (همبستگی) بود، بدین منظور از بین بیماران مبتلا به فشارخون مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی قائم شهر کرج و با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند، ۱۶۳ نفر انتخاب شدند و اقدام به تکمیل پرسشنامه های کیفیت زندگی (SF۳۶-) و مقیاس طرحواره های هیجانی (LSSL) به صورت حضوری نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روشهای متداول در آمار توصیفی و استنباطی (رگرسیون چندمتغیری) استفاده شد و داده ها با استفاده از بسته نرم افزاری SPSS تحلیل شد. فرضیه پژوهش این بود که بین طرحواره های هیجانی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. داده های پژوهش نشان داد بین طرحواره های هیجانی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد. پذیرش احساسات رابطه مثبت و معنادار با کیفیت زندگی دارد (در سطح ۰،۰۱) و متغیر نشخوار ذهنی رابطه معنادار و منفی با کیفیت زندگی دارد (در سطح ۰،۰۵). همچنین طرحواره هیجانی غیرقابل کنترل بودن رابطه منفی و معنادار با کیفیت زندگی نشان داده است (در سطح ۰،۰۱). طرحواره های هیجانی قابل درک بودن رابطه معنادار با کیفیت زندگی دارد (در سطح ۰،۰۱) و در نهایت رابطه کیفیت زندگی با طرحواره های هیجانی نشخوار ذهنی و غیرقابل کنترل بودن منفی و معکوس و پذیرش احساسات و قابل درک بودن مثبت یا مستقیم نشان داده شد. نتایج این پژوهش نشانگر نقش طرحواره های هیجانی در کیفیت زندگی است.

کرمبو (۱۳۹۸) در تحقیقی به اثربخشی طرحواره درمانی گروهی ذهنیت مدار بر راهبردهای تنظیم هیجانی و شایستگی اجتماعی پرداخته است. روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان مرد و زن واحدهای دانشگاه آزاد تهران تشکیل دادند که ۳۰ نفر از آنان به شیوه داوطلبانه انتخاب شدند و با روش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گردآوری داده های پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان و پرسشنامه شایستگی اجتماعی فنلر استفاده شد. گروه درمانی ذهنیت مدار بر اساس مدل فارل و همکاران (۲۰۱۴) در ۱۰ جلسه و در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برای دانشجویان گروه آزمایش اعمال گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که تفاوت معناداری بین پس-آزمون راهبردهای تنظیم هیجانی و شایستگی اجتماعی گروه آزمایش و گروه کنترل وجود داشت. به عبارت دیگر، ۹/۵۸ درصد از تغییرات شایستگی اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجانی توسط مداخله گروه درمانی قابل تبیین است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که گروه درمانی ذهنیت مدار به گونه ای معنادار، تبیین کننده ۸/۴۲ درصد از واریانس افزایش شایستگی اجتماعی، ۹/۳۹ درصد از واریانس افزایش راهبرد ارزیابی مجدد و ۷/۱۳ درصد از واریانس کاهش راهبرد سرکوبی در دانشجویان میباشد. بنابراین میتوان نتیجه گیری کرد که طرحواره درمانی گروهی ذهنیت مدار در افزایش شایستگی اجتماعی و راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی (ارزیابی مجدد) و کاهش راهبردهای منفی تنظیم هیجانی (سرکوبی) دانشجویان موثر است.

۳-۲ مطالعات خارجی

سوریا و همکاران^۵ (۲۰۱۹) در تحقیقی کارآزمایی مقایسه ای تصادفی از یک گروه مهارت های شناختی اجتماعی برای کودکان با اختلال طیف اوتیسم را مورد بررسی قرار دادند. این مطالعه به ارزیابی کارایی یک گروه آموزشی مهارتهای اجتماعی هدفمند در کودکان به سنین مدرسه و مبتلا به اختلال طیف اوتیسم یا ASD می پردازد. مداخله ای به نام Seaver-NETT (ارتباطات غیرکلامی، تشخیص عاطفی و نظریه آموزش ذهن) یک مداخله شناختی-رفتاری ۱۲ جلسه ای (CBI) باری کودکان به سنین مدرسه کلامی است که هدفش نقص های رفتاری اجتماعی ویژه ASD می باشد. شصت و نه کودک مبتلا به ASD که به سن ۸ الی ۱۱ سال می باشند و دارای IQهای کلامی بیش

⁵ Latha V. Soorya, Paige M. Weinger, Todd Beck, MS, Sarah Soffes, BA, Danielle Halpern, PsyD, Michelle Gorenstein, PsyD, Alexander Kolevzon, MD, Joseph Buxbaum, and A. Ting Wang

از ۷۰ هستند، در یک آزمون تحقیقاتی تطبیقی تصادفی سازی شده برای بررسی کارایی NETT نسبت به گروه بازی تسهیل شده شرکت کردند. نتایج درمان شامل گزارشات مربی در زمینه ارزیابی های رفتار اجتماعی و عصب روانشناختی شناخت اجتماعی می باشد که توسط سنجشگران به روش کور اجرا گردید. نتایج در اول تحقیقات، در اخر تحقیقات و سه ماه بعد از درمان جمع آوری گردید. بهبودهای معنی داری در زمینه نتایج رفتار اجتماعی مانند تبادلات غیرکلامی، پاسخ تلقینی، و روابط اجتماعی در شرایط NETT بسته به کنترل فعال در اخر مطالعه یافت گردید. IQ کلامی باعث تعدیل اثر تعاملی روی رفتار اجتماعی با IQ کلامی بالاتر مرتبط با بهبودهایی در شرایط CBI گردید. هیچ گونه بهبودهای معنی داری در زمینه نتایج شناختی اجتماعی پیدا نشد. هیچ گونه تفاوتی گروهی معنی داری در پیگیری ۳ ماهه با تقریباً نیمی از نمونه ها (تعداد ۳۴ نفر) پیدا نشد. این داده ها نشان می دهد که گروه های مهارت اجتماعی CBI هدف مانند NETT باعث بهبود نواقص ارتباطی اجتماعی در کودکان کلامی به سن مدرسه مبتلا به ASD شده اند. اثرات تعدیل کننده IQ کلامی بالا حاکی از نیاز به در نظر گیری مشخصات شرکت کننده و مشخصات درمان در ارتباط با نتایج در مطالعات آتی دارد

۴- روش تحقیق

پژوهش حاضر به صورت توصیفی از نوع همبستگی صورت گرفت و در میان انواع روش های همبستگی از نوع رگرسیونی بوده است. در تحلیل رگرسیون هدف پیش بینی تغییرات یک یا چند متغیر وابسته (ملاک) با توجه به تغییرات متغیرهای مستقل (پیش بین) است. به عبارت دیگر، تحلیل رگرسیون این امکان را برای محقق فراهم می کند تا تغییرات متغیر وابسته را از طریق متغیر مستقل پیش بینی نماید و سهم هر یک از متغیرهای مستقل را نیز در تبیین متغیر وابسته تعیین نماید.

تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات در دو سطح توصیفی و استنباطی به انجام رسید. به منظور تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش از آمار توصیفی برای تعیین و بیان ویژگی های اطلاعاتی که بوسیله محقق جمع آوری گردیده استفاده شد که عبارتند از بیان شاخص های میانگین و انحراف استاندارد و ترسیم نمودارها است و از آمار استنباطی برای بررسی میزان معنی داری از آزمون همبستگی، تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. تمام داده ها با استفاده از نرم افزار کامپیوتری SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جامعه آماری و نمونه آماری

جامعه آماری مورد پژوهش را جامعه آماری دانش آموزان کلاس دهم مناطق ۲۴ گانه تهران در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ تشکیل داده اند که مجموعاً 450 دانش آموز بوده اند.

روش نمونه برداری بصورت خوشه ای چند مرحله ای صورت گرفته بگونه ای که از بین دبیرستان های پسرانه و دبیرستان های دخترانه به تصادف سه دبیرستان پسرانه و سه دبیرستان دخترانه انتخاب در مرحله بعد از هر دبیرستان ۵ کلاس و بطور میانگین از هر کلاس ۱۵ نفر بطور تصادفی انتخاب شد لذا با توجه به حجم نمونه بدست آمده از نمونه گیری مورگان (۲۱۱ دانش آموز دختر و ۲۰۴ دانش آموز پسر). معیار ورود به پژوهش شامل دانش آموزان پایه دهم بود و معیار خروج از پژوهش عدم همکاری دانش آموزان در هر یک از مراحل پژوهش بود. در نهایت پرسشنامه های رفتار پرخطر و طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ جهت تکمیل کردن با رعایت کلیه شرایط اخلاقی و تاکید بر حفظ اطلاعات شخصی، در اختیارشان قرار گرفت.

ابزار پژوهش

ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه بوده است. برای اندازه گیری متغیرها از دو نوع پرسشنامه استفاده شده است. از پرسشنامه محقق ساخته رفتارهای پرخطر برای اندازه گیری رفتارهای پرخطر و از نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ برای سنجش طرح واره های ناسازگار اولیه استفاده شده است.

۵- تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این فصل به منظور تحلیل داده ها ابتدا شاخص های توصیفی مربوط به متغیرها مورد بررسی قرار می گیرد و در نهایت متغیرها بر حسب ارتباط، به صورت همبستگی پیرسون و بر حسب تفاوت، به صورت مقایسه میانگین ها و تحلیل واریانس برای بررسی فرضیه ها مورد تحلیل قرار می گیرند.

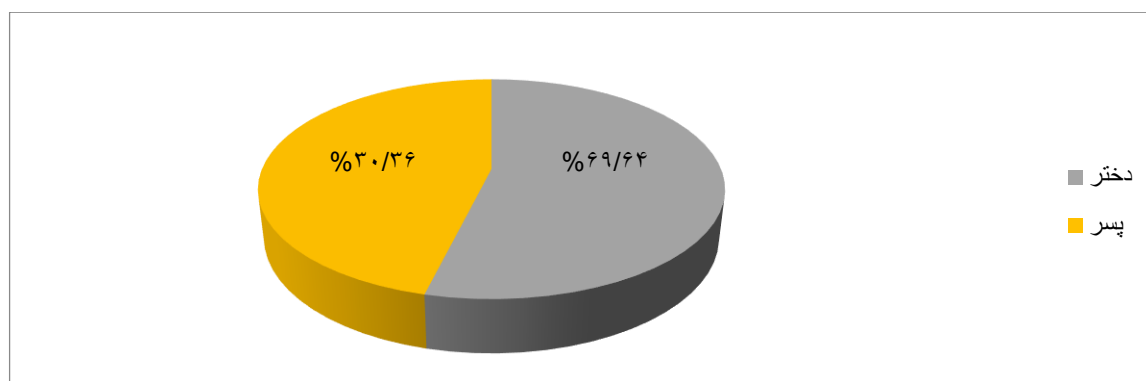
۵-۱ توصیف داده ها

ویژگی های توصیفی آزمودنی ها مورد مطالعه در پژوهش در جداول زیر مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۵-۱: فراوانی و درصد نمونه دانش آموزان دختر و پسر بر اساس جنسیت

کل		پسر		دختر		پایه تحصیلی
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	شاخص های آماری
۱۰۰	۴۱۵	۳۰/۴	۱۲۶	۶۹/۶	۲۸۹	دانش آموزان

بر اساس جدول ۵-۱ از ۱۰۰ درصد دانش آموزان ، ۶۹/۶ درصد دانش آموزان در سال دختر و ۳۰/۴ درصد پسر مشغول به تحصیل بودند

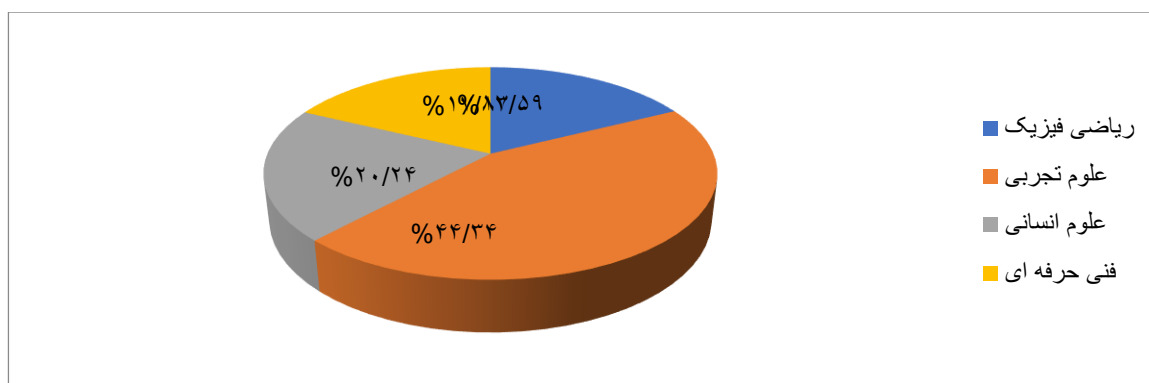


نمودار ۵-۱: درصد نمونه دانش آموزان پسر و دختر بر اساس پایه جنسیت

جدول ۲-۵: فراوانی و درصد نمونه دانش آموزان دختر و پسر بر اساس رشته تحصیلی

رشته تحصیلی		ریاضی و فیزیک		علوم تجربی		علوم انسانی		فنی و حرفه ای		کل	
شاخص های آماری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	کل
دانش آموزان	۷۳	۱۷/۶	۱۸۴	۴۴/۳	۸۴	۲۰/۲	۷۴	۱۷/۸	۴۱۵	۱۰۰	

بر اساس جدول ۲-۵ بیشترین درصد دانش آموزان از رشته ی علوم تجربی (۴۴/۳) و کمترین درصد دانش آموزی از رشته ی ریاضی فیزیک (۱۷/۶) بودند.



نمودار ۲-۵: درصد نمونه دانش آموزان پسر و دختر بر اساس رشته تحصیلی

جدول ۳-۵: فراوانی و درصد نمونه دانش آموزان بر اساس همزیستی با والدین

همزیستی		پدر و مادر		مادر		پدر		پدر و نامادری		مادر و ناپدری		کل	
شاخص های آماری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	کل
دانش آموزان	۳۸۲	۹۲/۸	۱۹	۴/۶	۳	۰/۷	۵	۱/۲	۳	۰/۷	۴۱۵	۱۰۰	

۴۱۵	۵/۷۲	۱۱/۰۸	۲۱۱	۶/۰۰	۱۱/۰۷	۲۰۴	۵/۴۴	۱۱/۰۸	انزوای اجتماعی
۴۱۵	۵/۳۵	۹/۱۷	۲۱۱	۵/۸۱	۸/۹۳	۲۰۴	۴/۸۴	۹/۴۱	شرم / نقص
۴۱۵	۵/۱۳	۹/۵۲	۲۱۱	۵/۰۸	۹/۴۴	۲۰۴	۵/۲	۹/۶	شکست
۴۱۵	۴/۴۲	۸/۸۱	۲۱۱	۴/۵۷	۸/۸۳	۲۰۴	۴/۲۷	۸/۷۸	وابستگی عاطفی
۴۱۵	۵/۵۱	۱۰/۰۱	۲۱۱	۵/۹۳	۱۰/۰۱	۲۰۴	۵/۰۵	۱۰/۰۱	آسیب پذیری نسبت به بیماری
۴۱۵	۵/۴۱	۱۲/۰۶	۲۱۱	۵/۴۷	۱۲/۰۸	۲۰۴	۵/۳۶	۱۲/۰۵	گرفتار
۴۱۵	۵/۲۶	۹/۹۸	۲۱۱	۵/۷۲	۱۰/۴۸	۲۰۴	۴/۷	۹/۴۷	اطاعت
۴۱۵	۵/۶۷	۱۵/۴۹	۲۱۱	۵/۶۸	۱۵/۷۸	۲۰۴	۵/۶۷	۱۵/۱۹	ایثار
۴۱۵	۵/۷۳	۱۲/۳۵	۲۱۱	۵/۸۳	۱۲/۱۵	۲۰۴	۵/۶۴	۱۲/۵۶	بازداری هیجانی
۴۱۵	۵/۹۳	۱۷/۵۲	۲۱۱	۶/۰۵	۱۷/۵۱	۲۰۴	۵/۸۳	۱۷/۵۳	معیارهای سرسختانه
۴۱۵	۶/۲۳	۱۵/۰۵	۲۱۱	۶/۴۴	۱۵/۰۲	۲۰۴	۶/۰۱	۱۵/۰۸	استحقاق / بزرگ منشی
۴۱۵	۵/۱۶	۱۳/۱۲	۲۱۱	۵/۵۴	۱۳/۳۲	۲۰۴	۴/۷۳	۱۲/۹۱	خویشتن داری

براساس جدول ۴-۵ میانگین مؤلفه های طرحواره های ناسازگار اولیه و کل در دانش آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند و میانگین ها نزدیک به یکدیگر هستند.

جدول ۵-۵ مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان دختر و پسر

انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	دانش آموزان	پارامتر متغیر
۲۸/۹۸	۱۰۴/۷۸	۲۱۱	دختر	رفتارهای پرخطر
۲۷/۷۱	۱۱۲/۵۴	۲۰۴	پسر	
۲۸/۵۹	۱۰۸/۶	۴۱۵	کل	

بر اساس جدول ۵-۵ میانگین نمرات مربوط به رفتارهای پرخطر در دانش آموزان دختر پایین تر از دانش آموزان پسر است.

۲-۵- تحلیل داده ای پژوهش

در این قسمت محقق به آزمون فرضیه ها با استفاده از ابزارهای آماری مناسب در این پژوهش، ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون ساده و چند متغیره و آزمون های t گروه های مستقل و واریانس یکطرفه و آزمون تعقیبی توکی به تجزیه و تحلیل داده ها می پردازد.

فرضیه اصلی: بین طرحواره ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد.

جهت بررسی معناداری ارتباط بین طرحواره ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش آموزان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

جدول ۶-۵: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون بین طرحواره ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش

آموزان

رفتارهای پرخطر			متغیر پیش بین
کل	دختر	پسر	متغیر ملاک
۰/۵۹	۰/۶۵	۰/۵۳	طرحواره های ناسازگار اولیه
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سطح معناداری
۴۱۳	۲۱۰	۲۰۳	درجه آزادی
۴۱۵	۲۱۱	۲۰۴	تعداد

در جدول ۶-۵ می توان استنباط نمود که بین طرحواره ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش آموزان در سطح $p < 0/01$ رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. پس با اطمینان ۹۹٪ فرض پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود. یعنی دانش آموزانی که از طرحواره های ناسازگار اولیه برخوردارند، بیشتر رفتارهای پرخطر را از خود نشان می دهند.

همچنین در دانش آموزان دختر و پسر به طور جداگانه نیز بین طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر رابطه معنادار و مثبت در سطح $p < 0/01$ نیز وجود دارد.

فرضیه فرعی اول: بین طرحواره ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد.

جدول ۷-۵: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون بین طرحواره ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر

دانش آموزان

رفتارهای پرخطر	متغیر پیش بین
----------------	---------------

متغیر ملاک	پارامترها	پسر	دختر	کل
محرومیت هیجانی	ضریب همبستگی	۰/۳۱	۰/۵۶	۰/۴۴
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	درجه آزادی	۲۰۳	۲۱۰	۴۱۳
	تعداد	۲۰۴	۲۱۱	۴۱۵

در جدول ۷-۵ می توان استنباط نمود که بین طرحواره ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان در سطح $p < 0/01$ رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. پس با اطمینان ۹۹٪ فرض پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

همچنین در دانش آموزان دختر و پسر به طور جداگانه نیز بین طرحواره ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر رابطه معنادار و مثبت در سطح $p < 0/01$ نیز وجود دارد.

فرضیه فرعی دوم: بین طرحواره ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد.

جدول ۸-۵: نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل ضریب همبستگی پیرسون بین طرحواره ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای

پرخطر دانش آموزان

متغیر پیش بین	پارامترها	پسر	دختر	کل
انزوای اجتماعی/بیگانگی	ضریب همبستگی	۰/۴۳	۰/۵۳	۰/۴۸
	سطح معناداری	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰
	درجه آزادی	۲۰۳	۲۱۰	۴۱۳
	تعداد	۲۰۴	۲۱۱	۴۱۵

در جدول ۸-۵ می توان استنباط نمود که بین طرحواره ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان در سطح $p < 0/01$ رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. پس با اطمینان ۹۹٪ فرض پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

همچنین در دانش آموزان دختر و پسر به طور جداگانه نیز بین طرحواره ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر رابطه معنادار و مثبت در سطح $p < 0/01$ نیز وجود دارد.

پس از وجود رابطه معنادار و مثبت بین طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر محقق درصدد است بیابد که آیا طرحواره های ناسازگار اولیه و مؤلفه های آن در دانش آموزان (کل) و دانش آموزان دختر و دانش آموزان پسر می تواند رفتارهای پرخطر را تبیین نماید و میزان تبیین هر کدام چقدر است. بدین منظور از رگرسیون ساده و گام به گام جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

جدول ۹-۵: نتایج حاصل از رگرسیون ساده و گام به گام

Sig.	t	β	B	Sig.	F	تغییرات R^2	R^2	رفتارهای پرخطر
								دانش آموزان کل
۰/۰۰۰	۴/۴۲	۰/۱۹	۰/۹۶	۰/۰۰۰	۴۱/۴۲	۰/۰۶	۰/۳۳	محرومیت هیجانی
۰/۰۰۰	۱۵/۱۹	۰/۵۹	۰/۳۴	۰/۰۰۰	۲۳۰/۸۱	۰/۳۵	۰/۳۵	طرحواره‌های ناسازگارانه کل
								دانش آموزان دختر
۰/۰۰۳	۲/۹	۰/۱۳	۰/۶۸	۰/۰۰۰	۱۹۶/۷	۰/۳۱	۰/۳۱	محرومیت هیجانی
۰/۰۰۰	۱۷/۹۷	۰/۶۵	۰/۳۶	۰/۰۰۰	۳۲۲/۹۱	۰/۴۳	۰/۴۳	طرحواره‌های ناسازگارانه کل
								دانش آموزان پسر
۰/۰۰۰	۳/۲۹	۰/۲۱	۱/۱۱	۰/۰۰۰	۱۰/۸۷	۰/۰۳	۰/۳۴	انزوای اجتماعی
۰/۰۰۰	۹/۱	۰/۵۳	۰/۳۱	۰/۰۰۰	۸۲/۹۳	۰/۲۹	۰/۲۹	طرحواره‌های ناسازگارانه کل

با توجه به یافته‌های حاصل از جدول ۹-۵ مشاهده می‌شود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه کل می‌تواند ۳۵ درصد واریانس رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان (کل) تبیین نماید و از بین ۱۵ مؤلفه آن، مؤلفه‌های آسیب‌پذیری نسبت به بیماری (۰/۲۶) واریانس، محرومیت هیجانی (۰/۳۳) واریانس، وابستگی عاطفی (۰/۳۶) واریانس و استحقاق/بزرگ منشی (۰/۳۹) واریانس و خویشن‌داری (۰/۴) واریانس و معیارهای سرسختانه (۰/۴۱) واریانس رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان تبیین می‌سازد. و در کل مؤلفه‌های آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و محرومیت هیجانی، وابستگی عاطفی، استحقاق/بزرگ منشی، خویشن‌داری و معیارهای سرسختانه (۰/۳۵) واریانس رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان تبیین می‌سازد که سهم هر کدام از مؤلفه‌ها در بالا ذکر شد.

در دانش آموزان دختر طرحواره‌های ناسازگار اولیه (کل) می‌تواند ۰/۴۳ واریانس رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان دختر تبیین نماید و از بین ۱۵ مؤلفه، مؤلفه‌های محرومیت هیجانی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، اطاعت، استحقاق/بزرگ منشی، وابستگی، خویشن‌داری و معیارهای سرسختانه می‌توانند ۰/۴۳ واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین نمایند. و سهم هر کدام در این تبیین، محرومیت هیجانی (۰/۳۱) واریانس، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری (۰/۴۲) واریانس، اطاعت (۰/۴۷) واریانس، استحقاق/بزرگ منشی (۰/۴۹) واریانس، وابستگی (۰/۵۱) واریانس، خویشن‌داری (۰/۵۱) واریانس و معیارهای سرسختانه (۰/۵۲) واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین می‌نمایند.

در دانش آموزان پسر، طرحواره ناسازگار اولیه می‌تواند ۰/۲۹ واریانس رفتارهای پرخطر را در دانش آموزان پسر تبیین نماید و از بین ۱۵ مؤلفه، مؤلفه‌های آسیب‌پذیری نسبت به بیماران، خویشن‌داری و انزوای اجتماعی می‌توانند ۰/۲۹ واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین نمایند. سهم هر کدام از مؤلفه‌های آسیب‌پذیری نسبت به بیماری (۰/۲۳) واریانس، خویشن‌داری (۰/۳) واریانس، انزوای اجتماعی (۰/۳۴) واریانس رفتارهای پرخطر را تبیین نماید.

۶- بحث و نتیجه‌گیری

طرحواره برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان شناسی، اینست که بسیاری از طرحواره ها در سالهای اول زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و در تجارب بعدی زندگی کاملاً حضور می یابند. بنابراین طرحواره می تواند مثبت یا منفی باشند. همچنین می توانند در سالهای اول زندگی یا حتی در سالهای بعد شکل بگیرند. یانگ معتقد است برخی از این طرحوارهها مخصوصاً آنها که در سالهای اولیه کودکی شکل گرفته اند، می تواند علت اصلی مشکلات رفتاری افراد باشد. بررسی های چندی که در این زمینه انجام شده، نشان می دهند که طرحواره های ناسازگار اولیه در شکل گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانشناختی، افسردگی مزمن و اختلال های اضطرابی و رفتارهای پرخطر نقش دارند. افراد به منظور انطباق با طرحواره، پاسخ های مقابله ای ناسازگاری بوجود می آورند تا مجبور نشوند هیجان های شدید و استیصال کننده ای را تجربه کنند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره می شود. سه سبک مقابله ای ناکارآمد تسلیم، اجتناب و جبران افراطی را می توان در تمامی حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه مشاهده نمود. در سبک مقابله ای تسلیم، بیمار تسلیم طرحواره می شود، به درست بودن طرحواره گردن می نهد و می پذیرد که طرحواره تأیید شده است. وقتی افراد سبک مقابله ای اجتناب را بکار می برند سعی می کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرحواره هیچوقت فعال نشود. آنها می کوشند با نا آگاهی زندگی کنند و افکار و تصاویر برانگیزاننده طرحواره را بلوکه می کنند. جبران افراطی را می توان تلاش نسبتاً سالمی در جهت حمله متقابل علیه طرحواره در نظر گرفت که متأسفانه به هدف خود دست نمی یابد و منجر به تداوم طرحواره می شود (یانگ، ۱۳۸۶). برخی طرحواره ها شرطی و برخی دیگر غیر شرطی هستند. بطور کلی طرحواره هایی که در اوایل سیر تحول انسان شکل می گیرند و اغلب در محور ساختار شناختی قرار دارند، باورهایی غیر شرطی درباره خود به دیگران هستند. طرحواره هایی که بعداً در سیر تحول شکل می گیرند شرطی می باشند. طرحواره های غیر شرطی هیچ راه گریزی برای فرد باقی نمی گذارند اما طرحواره های شرطی، روزنه امیدی برای او فراهم می کند بطوری که احساس می کند توانایی تغییر نتیجه را دارد. او میتواند اطاعت کند، به دنبال تأیید دیگران باشد، ایثارگری کند، هیجان ها را بازداری نماید و با انجام این کارها شاید حتی الامکان بتواند به طور موقت از وقوع نتایج منفی جلوگیری کند. با این وجود می توان گفت طرحواره های شرطی می توانند در حین استفاده از سبک های مقابله فعال شود.

در یافته های بدست آمده در این پژوهش بین تمامی مؤلفه های ناسازگار اولیه با رفتارهای پرخطر رابطه معنادار وجود دارد و تنها طرحواره معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی در دانش آموزان پسر معنادار نیست ($P > 0/01$). در این پژوهش طرحواره های آسیب پذیری نسبت به بیماری و نقص/شرم بیشترین همبستگی را با رفتارهای پرخطر نشان می دهد و طرحواره های از خودگذشتگی (ایثار) و معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی کمترین همبستگی را با رفتارهای پرخطر نشان می دهد.

فرضیه اصلی: بین طرحواره ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه معنی داری وجود دارد.

بر اساس نتایج این فرضیه رابطه مثبت و معناداری بین طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر دانش آموزان وجود دارد و دانش آموزانی که از طرحواره های ناسازگار اولیه برخوردارند، بیشتر رفتارهای پرخطر را از خود نشان می دهند. همچنین بر اساس یافته های اضافی، در دانش آموزان دختر و پسر به طور جداگانه نیز بین طرحواره های ناسازگار اولیه و رفتارهای پرخطر رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. طرحواره ها از جمله علل فردی و روانشناختی است که در مطالعه ای وابستگی به مواد از اهمیت ویژه ای برخوردارند، گروهی از محققان نیز بر نقش محوری طرحواره های ناسازگار اولیه در حفظ و ثبات رفتار پرخطر و پرخاشگرانه در زمان و موقعیت های گوناگون تأکید داشته اند (ارون و هیوسمان، ۱۹۹۱). ولبرن و همکاران (۲۰۰۲) نیز در تحقیقات خود نشان دادند طرحواره ها قویترین پیش بینی کننده های علائم روانی نظیر اضطراب، افسردگی، پارانوئید و سوء مصرف مواد می باشد. همچنین نتایج این پژوهش با تحقیقات کریک و دودیچ (۱۹۹۴) که با ارائه مدل اطلاعات اجتماعی، نقش ساختارهای ذهنی به ویژه طرحواره ها را در رفتارهای پرخطر و پرخاشگرانه مهم تلقی کرده اند، همراستا می باشد.

فرضیه فرعی اول: بین طرحواره‌ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد.

با توجه به نتایج پژوهش بین طرحواره‌ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. پس با اطمینان ۹۹٪ فرض پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

همچنین در دانش آموزان دختر و پسر به طور جداگانه نیز بین طرحواره‌ی محرومیت هیجانی و رفتارهای پرخطر رابطه معنادار و مثبت در سطح $p < 0/01$ نیز وجود دارد.

افرادی با چنین طرحواره‌ی انتظار ندارند تمایل آنها برای برقراری رابطه هیجانی با دیگران بطور کافی ارضاء شود. آنها احساس می کنند از نظر هیجانی با محرومیت مواجه شده اند و به قدر کافی محبت، صمیمیت و توجه دریافت نکرده اند. همچنین ممکن است احساس کنند هیچ کس نیست آنها را راهنمایی کند، کسی آنها را درک نمی کند و تنها هستند. آنها ممکن است احساس پوچی، بی معنایی و محرومیت از محبت کنند. چنین افرادی از روابط صمیمی کناره گیری می کنند و از روابط بین فردی فاصله می گیرند. اغلب احساس تنهایی، غمگینی و افسردگی می کنند و گرایش به سوء مصرف مواد و الکل می تواند به منظور کاهش علائم فوق باشد.

فرضیه فرعی دوم: بین طرحواره‌ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه وجود دارد.

با توجه به نتایج پژوهش بین طرحواره‌ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر دانش آموزان رابطه معنادار و مثبت وجود دارد. پس با اطمینان ۹۹٪ فرض پژوهش تأیید و فرض صفر رد می شود.

همچنین در دانش آموزان دختر و پسر به طور جداگانه نیز بین طرحواره‌ی انزوای اجتماعی/بیگانگی و رفتارهای پرخطر رابطه معنادار و مثبت در سطح $p < 0/01$ نیز وجود دارد.

افراد دارای این طرحواره احساس می کنند با دیگران متفاوتند و وصله ناجور اجتماع هستند. در واقع این طرحواره، حس متفاوت بودن فرد یا عدم تناسب با اجتماع را در بر می گیرد. معمولاً این افراد به هیچ گروه یا جامعه ای، احساس تعلق خاطر نمی کنند و از نقص های موجود در مهارت های اجتماعی خود رنج می برند و معمولاً اضطراب اجتماعی قابل توجهی دارند و به منظور کاهش اضطراب و غلبه بر اجتناب از موقعیتهای اجتماعی به داروهای آرام بخش، سوء مصرف مواد و الکل روی می آورند. این افراد گاهی به مکانیسم جبران افراطی برای تغییر شرایط روی می آورند و برای جذب شدن به گروه های مختلف بصورت افراطی عمل میکنند.

۱-۶ محدودیتهای پژوهش

هر تحقیقی از ابتدای امر یعنی انتخاب موضوع تا مراحل اجرا، و تجزیه و تحلیل و نتیجه گیری دارای محدودیتهایی است. بیان محدودیتهای پژوهش به محققانی که قصد تحقیق در زمینه های مختلف را دارند، کمک می کند تا به دیدی باز و آگاهی از موانع، کمبودها و محدودیتهای تحقیق به امر پژوهش در زمینه های مشابه بپردازند. این تحقیق نیز دارای موانع و محدودیتهایی است که در ذیل به آنها اشاره می کنیم.

عدم وجود تحقیقات مشابه در کشور و حتی خارج از کشور از مهمترین محدودیتهای این پژوهش می باشد که امکان مقایسه نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات مشابه را امکانپذیر نکرد.

تاکنون در ارتباط با این موضوع در ایران بخصوص در آموزش و پرورش کار تحقیقی مدون صورت نپذیرفته محقق از نظر وجود منابع مدون و اعتبار یابی شده در محدودیت بود.

۶-۲ پیشنهادات پژوهش

با توجه به اهمیت نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در رفتار و عملکرد دانش آموزان، شناخت و توجه مدیران و دبیران نسبت به آن و سبک های مقابله ای طرحواره ها ضروری به نظر می رسد.

۶-۳ پیشنهادات کاربردی

از آنجایی که یکی از وظایف مشاوره مدارس، ارتقای سطح بهداشت روانی دانش آموزان است، بنابراین برگزاری جلسات مشاوره ای با هدف آگاه سازی دانش آموزان، والدین و کادر مدرسه، و موضوع مهارت های زندگی و آشنایی با طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند در کاهش ریسک و میزان خطر پذیری اقشار گوناگون جامعه (بخصوص نوجوانان و جوانان) مفید واقع شود.

فهرست منابع

۱. ابراهیمی مقدمیان، محمود و شاکری صفت، زهرا. (۱۳۸۷). بررسی خشونت علیه زنان (مطالعه موردی زنان سرپرست خانوار

شهرک مدنی همدان در سال ۱۳۸۷). مقاله همایش بررسی مسائل اجتماعی-فرهنگی استان همدان با تأکید بر نقش و جایگاه

خانواده. ۲۲۲-۲۴۸

۲. اسعدی، سید حسن. (۱۳۸۴). پیشگیری از اعتیاد مواد مخدر (آسیب ها و راهبردها). چاپ پنجم، تهران: انجمن اولیاء و مربیان.
۳. اسعدی، سید نگار و اسعدی، سید حسن. (۱۳۸۹). پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی
۴. اکبر زاده، نسرين و مافی، مهوش. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی های روان شناختی خشونت ورزان در خانواده. *مجله مطالعات روان شناختی دانشگاه الزهراء*. دوره ۱، شماره ۴، ۲۰-۵
۵. برازنده، هدی لقا. (۱۳۸۴). بررسی معیارهای ارتباطی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سازگاری زناشویی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۶. بک، آ. تی و پرتزر، جی. (۱۳۸۱). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت* (ترجمه نسرين مصباح)، چاپ اول، تهران: شیوه.
۷. پیشگیری نوین. (۱۳۹۰). گاهنامه داخلی پژوهشگاه مطالعات وزارت آموزش پرورش زیر نظر شورای سیاست‌گذاری کمیته علمی راهبردی پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران: شماره دهم.
۸. حقیقت منش، الهه. (۱۳۸۶). *مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های دلبستگی در مجرمان جنسی و افراد عادی*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی ، دانشگاه فردوسی مشهد.
۹. خسروی، زهره و خاقانی فرد، میترا. (۱۳۸۳). بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل با افکار خودکشی و آسیب رسانی به همسر، *فصلنامه مطالعات زنان*. شماره ۶، ۹۹-۱۱۳.
۱۰. رجائی، علیرضا. (۱۳۷۹). اعتیاد، علل، درمان و پیشگیری. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، سال دوم، پائیز و زمستان، شماره ۸ و ۷، ص ۹۰-۹۹.
۱۱. رفیعی فر، شهرام و همکاران. (۱۳۸۹). *راهنمای زندگی عاری از خطر برای نوجوانان*، تهران: مهر راوش.
۱۲. روزنهان، دیوید. ال و سلیگمن، ای. پی. (۱۳۷۹). *آسیب شناسی روانی*. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: سالوان، جلد اول.
۱۳. ریو، ام. (۱۳۸۶). *انگیزش و هیجان* (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۵).
۱۴. زاده محمدی، علی و احمدآبادی، زهره. (۱۳۸۷). هم وقوعی رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان دبیرستان های تهران ، *فصلنامه خانواده پژوهی* ، سال چهارم (۱۳)، ص ۸۷ تا ۱۰۰
۱۵. سادوک، بی. جی.، سادوک، وای و کاپلان، اچ. (۱۳۸۷). *خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری-روان شناسی بالینی* (ترجمه فرزین رضایی). جلد اول، تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۱۹۹۱).
۱۶. سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۱). *بررسی وضعیت بهداشت جوانان*، واحد پژوهش و تحقیق.

۱۷. سیموس، جی. (۱۳۸۴). درمان رفتاری - شناختی (ترجمه سید احمد جلالی، آریو رحمانی و مریم پور امینی). تهران: انتشارات پادرا.

۱۸. شاکری نیا، ایرج. (۱۳۸۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی، سلامت روان و پرخاشگری با عادات رانندگی در رانندگان پر خط، فصلنامه مطالعات مدیریت ترافیک، سال چهارم، شماره ۱۵ زمستان.

۱۹. شفیع‌علی، علی. (۱۳۹۱). بررسی آموزش طرح مدرسه مروج سلامت بر تغییر نگرش نسبت به کاهش رفتارهای پر خطر و

افزایش سلامت روانی دانش آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام

۲۰. شهامت، فاطمه،، ثابتی، علیرضا و رضوانی، سمانه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری و طرحواره های ناسازگار اولیه،

مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۱۱(۲)، ۱۳۹-۲۵۴

۲۱. صادقی فسایی، سهیلا. (۱۳۸۹). خشونت خانگی و استراتژی‌های زنان در مواجهه با آن. مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران.

شماره ۱، ۳۶-۱

۲۲. ضیایی، سیده سلیل. (۱۳۸۸). اثر آموزش کنترل توجه بر کاهش تورش توجه وابستگان به مواد مخدر. پایان نامه کارشناسی

ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد

۲۳. طارمیان، فرهاد،، بوالهروی، جعفر،، پیروی، حمید و قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۶). شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر

تهران. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی، ایران، ۱۳(۱۴): ۳۳۵-۳۴۲

۲۴. طارمیان، فرهاد،، ماهجویی، ماهیارو فتیحی، طاهر. (۱۳۸۷). راهنمای معلم برای آموزش مهارت‌های زندگی. تهران: تربیت.

۲۵. طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۴). بررسی برخی از نظریه ها در زمینه مصرف مواد. تهران: انتشارات تربیت

۲۶. عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲). بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه. مجله مطالعات زنان. شماره ۲، ۱۰۲-۱۲۱

۲۷. عباسزاده، محمد،، سعادت، موسی و کسب‌وکار، حسین. (۱۳۸۹). خشونت خانگی، تهدیدی علیه سلامت روانی (مطالعه جامعه

شناختی زنان متأهل شهر تبریز). فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، ۶۱-۹۰

۲۸. فتی، لادن،، موتابی، فرشته،، ضیایی، کاوه،، مولودی، رضا و دایسون، دی. (۱۳۸۸). ساختار عاملی نسخه‌ی ایرانی پرسشنامه‌ی

طرحواره‌ی یانگ-فرم ۲۳۲ سؤالی در یک نمونه‌ی غیر بالینی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم،

زمستان، شماره ۱۶.

۲۹. فیست، جی،، فیست، جی، جی. (۱۳۸۶). نظریه های شخصیت (ترجمه یحیی سید محمدی). تهران: انتشارات نشر دوران.

چاپ دوم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲)

۳۰. کاپلان، اچ.، سادوک، بی.جی.، سادوک، وای. (۱۳۸۳). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی (ترجمه نصرت الله پورافکاری). تهران: انتشارات شهرآب.
۳۱. کرین، ویلیام سی. (۱۳۸۳). *پیشگامان روانشناسی رشد* (ترجمه فرید فدایی). تهران: انتشارات اطلاعات.
۳۲. محسنی تبریزی، علیرضا و رحمتی، محمدمهدی. (۱۳۸۱). مسیری در مفاهیم و نظریه‌های خشونت، پرخاش و پرخاشگری به منظور ساخت و ارائه یک مدل علی- توصیفی خشونت در ورزش. *فصلنامه علوم اجتماعی*. شماره ۱۹، ۱۲۵-۱۵۴
۳۳. محمدی، جمال. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر شناخت درمانی متمرکز بر طرح واره بر ارتقا بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد در سال تحصیلی ۸۱-۸۲ پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد.
۳۴. مرادی، قباد.، معتمدی هروی، میترا و محمدی، پروین. (۱۳۸۴). راهنمای آموزش AIDS, HIV، بیماری های آمیزشی. ویژه پزشکان شاغل در سیستم بهداشتی درمانی کشور. چاپ اول. تهران: صدا.
۳۵. معزی، معصومه.، اعظمی، مهران.، شاکری، مصطفی و پورحیدر، بهروز. (۱۳۸۷). همسرآزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان استان چهارمحال و بختیاری. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. دوره ۱۶، ۲۰-۲۶
۳۶. مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد. (۱۳۸۳). عوامل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. ۲۱(۶). ۴۹-۵۵
۳۷. ناجی، مجتبی و زارعی، مجید. (۱۳۸۸). *روانشناسی اعتیاد*، چاپ اول، تهران: انتشارات هنرهای زیبا.
۳۸. نیرمانی، محمد و آقامحمدیان، علیرضا. (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده های ساکن در شهر اردبیل. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*. شماره ۲۷ و ۲۸، ۱۰۷-۱۱۳
۳۹. نهاد تحقیقاتی حقوق زنان و اطفال. (۱۳۹۰). *خشونت فیزیکی علیه زنان*. انتشارات مجیدی
۴۰. یانگ، جی. (۱۳۸۴). *شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرح واره محور* (ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور). چاپ اول، تهران: انتشارات آگه
۴۱. یانگ، جی.، کلووسکو، ژ. و ویشار، ام. (۱۳۸۶). *طرح واره درمانی* (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز). انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار زبان اصلی ۲۰۰۳)

42. Andrews, D. (2000). *Understanding Adolescent Problem behavior*. [www.hec. Onio . state.edu/](http://www.hec.onio.state.edu/)

famlife/ bulletin/volune.

43. Baranoff, J., Tian, P. C. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59, 2, 78 – 86.
44. Bardhan-Quallen. (2004). *Sudipta Diseases and Disorders AIDS*. Thomson Gale. RC606 .65. B37.
45. Barry, H., Barry, H. III., Blane, H. T. (1969). Birth order of delinquent boys and alcohol involvement. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30: 408- 413.
46. Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 61, No. 2, PP. 226-244.
47. Beck-Sague, C. M., Beck, C. (2003). *HIV and AIDS: Deadly diseases and epidemics*. Chelsea House Publishers. RC606.6.B43.
48. Bener, A., Haigney, D., Crundal D. (2004). Driving Behavior stress error and violations on the road: A cross cultural comparison study. "3" *International conference on traffic of Transport Psychology*, 5-9 .September, Nottingham UK.
49. Bergman, M. M., Scott, J. (2001), " Young Adolescents" Well-being and Health-risk Behaviors: Gender and Socioeconomic Differences, *Journal of Adolescence*, 24, 183-197.
50. Bruce, D., Dart, M. (1991/2001). *Myouth Risk-behavior Survey*. Prepared by: Lincoln Lancaster county health department.
51. Carr-Gregg, M. R. C., Grover, S. R. (2003). Risk taking behaviour of young women in Australia, screening for health-risk behaviours. *The Medical Journal of Australia*, 178(12), 601-604.
52. Chliaoutakis, J.E. Demakakos, P. Tzamalouka, G. Bakou, V. M. Koumaki M., Darviri, C. (2002). Aggressive behavior while driving as predictor of self-reported car crashes. *Journal of Safety Research*. 33 [4]: 431–443.
53. Collard, P. (2004). *Interview with Jeffrey Young: reinventing your life through schema therapy*. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 17, No. 1, pp. 1 11.
54. Corben, M. (2001). Risk - Taking in Adolescence. <http://www.abc.net.au/northcoast/stories/s419571.htm>.
55. Duffy, L. (2005). Suffering, shame, and silence: The stigma of HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*. Pages 13- 20
56. Eron, L. D., Huesmann, L.R. (1991). *The stability of aggressive behavior developmental psychology handbook of developmental psychology*. New York. Plenum
57. Harris, K., Mullan, Duncan, G., Boisjoly, J. (2002). Evaluating the Role of "Noting to Lose" Attitudes on Risky Behavior in Adolescence. *Social Forces*, 00377732, Vol. 80 (3).
58. Huesmann, L.R. (1988). An information-processing model for the development of aggression. *aggression behavior*, vol 14. p.13-24

59. Jacquin, K.M.(1997). *The effects of maladaptive schemata on information processing, Unpublished doctoral dissertation*, The University of Texas at Austin.
60. Jessor, R. (1987) Problem behavior theory: Psychological development and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*,82, 331-42.
61. Kaplan H.I, Sadock B.J. (2003). *Kaplan and Sadock Synapses of psychiatry: Behavioral sciences, clinical Psychiatry* (9ed). Newyork, 448-452.
62. Krcmar, M. Greene, K. (2000). Connections between Violent Television Exposure and Adolescent Risk Taking. *Media Psychology*. Vol. 2 (3) p 195 - 217.
63. Lindberg, L.D., Boggess, S., Williams, S. (2000), *Multiple Threat: The Co-occurrence of Teen Health Risk Behaviors*,The Urban Institute.
64. Millon, T. (1981) *Disorders of personality*.New York: Wiley.
65. Murphy, D. A., Greenwell, L., Mouttapa, M., Brecht, M. Schuster, M.A (2006). Physical Health of Mothers with HIV/AIDS and the Mental Health of Their Children. *J Dev Behav Pediatr* ; 27(5): 386-395.
66. Naidoo, J., Wills, J. (2000), *Health Promotion: Foundations for Practice*, Second edition, London, Bailliere Tindall
67. Nordahl, H. M., Holthe, H., Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. VoL. 12, PP. 142 149.
68. Ozer, E.M., Park, M.J., Paul,T., Brindis, C.D., Irwin, C.E. (2003), *America's Adolescents: Are They Healthy?*, San Francisco, CA, University of California, National Adolescent Health Information Center
69. Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., Campbell, L. F. (2001). Early Maladaptive Schema of Personality Disorder Subtypes. *Journal of Personality Disorder*. Vol. 15, No. 6, PP. 546-559.
70. Platts, H., Tyson, M., Mason, O.(2002). Adult Attachment Style and Core Beliefs: Are They Linked?, *Clinical Psychology and Psychotherapy* .VoL.9. pp. 332 348.
71. Riso, L. P., Froman, S ,E., Raouf, M.,Gable, P., Turini-Santorelli, N; Penna, S., Blandino, J. A., Jacobs, C. H., Cherry, M., Maddux, R.E.(2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 30, No. 4, PP. 515-529.
72. Slusky, R.I.(2004) Decreasing High-risk Behavior in Teens. A Theatre Program Empowers Students to Reach out to Their Peers, *Health Care Exec*, 19(1):48-9
73. Song, A.V., Glantz, S.A., Halpern-Felsher, B.L., (2009). Perceptions of second-hand smoke risks predict future adolescent smoking initiation. *J. Adolesc. Health* 45, 618-625.

74. South, N. (1995). *Drugs: Control, crime, and criminological studies*. In Mike Maguire et al. The Oxford handbook of criminology, Oxford: Oxford University Press.
75. Stoiber, K., Good, B. (1995). *Risk and Resilience Factors Linked to Problem Behavior among Urban, Culturally Divers Adolescents*. School Psychology Review, Volume 27 (3).
76. The National Institute on Drug Abuse (NIDA).(2010). is part of the National Institutes of Health (NIH) , a component of the U.S. *Department of Health and Human Services*. Last updated on Thursday, June4
77. Young, J.E., Klosko, J.S ., Weishaar, M.E.(2003).*Schema therapy: A practitioner s guide*. Guilford publication.
78. Young, Jeffrey. E., Klosko, Janet. S.(1994). *Reinventing your life*. New York:plume book