

## نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر

### الهام السادات رضوی

کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

#### چکیده

این مطالعه با هدف نقش طرح‌واره‌های ناسازگار در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر انجام گرفته است. روش پژوهش کاربردی و از نظر کنترل و دست‌کاری متغیرها غیرآزمایشی و از نظر ماهیت توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر در سال ۱۳۹۴ بود که تعداد آن‌ها ۳۲۴ نفر بود. حجم نمونه کارکنان با توجه به جدول کرجسی مورگان، ۱۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شد. ابزار گردآوری در این پژوهش پرسشنامه استاندارد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB) بود که جهت احراز روایی به رؤیت استادان صاحب‌نظر رسیده است و پایایی ابزار تحقیق با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ محاسبه شد. جهت پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون رگرسیون همزمان) از طریق برنامه SPSS ۲۰ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، بیگانگی اجتماعی، نقص، ناکامی، آسیب‌پذیری، گرفتاری، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خودانضباطی ناکافی پیش‌بینی‌کننده‌ی معناداری برای بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت هستند. ( $p < 0/05$ ). کار در مراکز بهداشتی درمانی، همراه با تنش‌های فراوان است در صورتی‌که افراد با نگرش‌های منفی حاصل از طرح‌واره‌های ناسازگار به مواجهه با شرایط پر استرس بپردازد، نخواهند توانست بهزیستی و سلامت روان‌شناختی خود را حفظ کنند.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، طرح‌واره‌های ناسازگار

## مقدمه

بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت (who) در سال ۲۰۱۰ در دنیا بیش از ۴۵۰ میلیون نفر از مردم از یک اختلال روحی- روانی رنج می‌برند، هر ساله حدود ۲۰٪ از بزرگسالان یک مشکل بهداشت روانی را تجربه می‌کنند، نزدیک به یک میلیون نفر مرتکب خودکشی می‌شوند و از هر ۴ خانواده یک خانواده عضوی با اختلالات روانی دارند. بهزیستی روانی برای مدت‌های زیادی در پشت پرده‌ای از انگ و تبعیض پنهان شده و اکنون پیشرفت علم بشر بستری برای بیان بهزیستی روانی و پرداختن به آن را فراهم نموده است. از طرفی می‌دانیم که برای همه ی افراد سلامت روحی، جسمی و اجتماعی برای ساخت مسیر زندگی حیاتی است. بهزیستی روانی در تعریف سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از ملاک های لازم برای سلامت عمومی در نظر گرفته شده است. بر این اساس سلامتی عبارت است از حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری. بهزیستی روانی حالت موفقیت آمیز در عملکرد روانی است که به افراد توانایی سازش یافتگی و سازگاری و کنار آمدن را با مشکلات و پریشانی ها را می‌دهد و باعث شادی آنان می‌شود. از شروع تلاش های عقلانی آدمی تا کنون بحث های قابل ملاحظه ای در مورد تجربه بهینه و اینکه زندگی خوب چگونه بنا می‌شود صورت گرفته است. مطالعه درباره بهزیستی روانی یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روانشناسی، روانپزشکی و جامعه‌شناسی است.

در دنیای پیچیده امروزی استرس خطری است که کنش های جسمانی، روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی فرد را به طور جدی تهدید می‌کند. پژوهش های فراوانی برای شناسایی منابع استرس به انجام رسیده است. مطالعات نشان داده اند که نوع شغل و شرایط دشوار برخی مشاغل از منابع اصلی استرس است که اثرات جدی منفی بر کارآمدی جسمانی و روانی فرد می‌گذارد و روابط خانوادگی و اجتماعی او را به شدت مختل می‌سازد. استرس شغلی نه تنها فرد را مستعد ابتلا به انواع بیماری ها می‌سازد، بلکه موجب افزایش احتمال اعتیاد به مشروبات الکلی و مواد مخدر و نیز افزایش احتمال طلاق و خودکشی می‌شود. اگرچه استرس در تمام مشاغل وجود دارد ولی در حرفه هایی که با سلامتی انسان سر و کار دارند، این موضوع اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. با توجه به نقش کلیدی این مشاغل در امر مراقبت از بیماران، توجه به کیفیت زندگی آنان و تلاش برای ارتقاء و بهبود آن ضروری است؛ زیرا آنها در صورتی وظایف خود را به شکل مطلوب انجام می‌دهند که خود از لحاظ جنبه های مختلف زندگی در سطح مطلوبی باشند.

بر اساس مدل آسیب‌پذیری \_ استرس<sup>۱</sup> در آسیب شناسی روانی پژوهش های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عامل زمینه ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده اند (هریس و کرتن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). در این میان پیازه (۱۹۵۴) و بالبی<sup>۳</sup> (۱۹۶۹) به نقل از گانتی، امی ال و بوری، جان آر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷ معتقدند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرح‌واره<sup>۵</sup> می‌شود. این طرح‌واره ها در زندگی فرد به عنوان عدسی هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهد. اعتقاد بر این است که تاثیرات سودمند یا مضر، سبب وسعت بخشیدن یا محدود ساختن رشد توانمندی های بالقوه در کودکان می‌گردد. گرچه تحقیقات متعدد در هر زمان در چارچوب نظریه ای خود به بررسی این اثرها پرداخته اند اما نتایج همواره از صحت این ادعا خبر می‌دهد (هریس و کرتن، ۲۰۰۲).

<sup>1</sup>Diathesis- stress model

<sup>2</sup>Harris & Curtin

<sup>3</sup>Piaget & Bowlby

<sup>4</sup>Gunty, Amy, Buri, John

<sup>5</sup>schema

بک، استیر و اپستین<sup>۶</sup> (۱۹۹۲) در بررسی فرضیه ی محتوای خاص<sup>۷</sup> به این نتیجه رسیدند که حالات و بیماری های روان‌شناختی در رابطه با محتوای خاص شناختی فرد از هم متمایز می شوند. چارچوب نظری مدنظر در پژوهش حاضر جهت بررسی محتوای شناختی افراد نظریه ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه<sup>۸</sup> جفری یانگ<sup>۹</sup> است (یانگ، ۱۹۹۴).

وی معتقد است این طرح‌واره ها که وی از آنها به عنوان «یک چارچوب مرجع» (یانگ، ۱۹۹۴) یاد می کند؛ ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به مثابه ی عدسی هایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می گذارد. این طرح‌واره ها در طی تجارب اوان کودکی شکل گرفته (که اکثرا در زندگی کودک نقش یک تروما را داشته اند)، و پاسخ فرد به رخداد‌های محیطی را کنترل می کند (یانگ، ۱۹۹۸). منشا این طرح‌واره ها نیازهای هیجانی اصلی<sup>۱۰</sup> (شامل پنج حیطة: ۱- دل‌بستگی امن به دیگران، ۲- خودمختاری، رقابت و احساس هویت، ۳- آزادی بیان نیازها و هیجانات، ۴- بازی و خودانگیخته بودن، ۵- محدودیت های معقول و خودکنترلی)، تجارب اولیه ی زندگی<sup>۱۱</sup> (ناکامی در ارضای نیازهای اولیه، ارضای بیش از حد و همانند سازی با رفتار نادرست والدین) و مزاج هیجانی کودک<sup>۱۲</sup> (مجموعه ویژگی های خلقی کودک که ذاتی هستند و متمایز کننده ی شخصیت اولیه کودک) است (یانگ، ۱۹۹۴). این طرح‌واره ها در رابطه با پنج تکلیف تحولی اساسی به وجود می آیند که اعتقاد بر این است کودک باید در طی تحول خود این تکالیف را در رابطه با والدین و محیط با موفقیت پشت سر گذارد. یانگ معتقد است هر کدام از علائم آسیب شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های اولیه مرتبط است (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش های عنوان شده است، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به پریشانی روان‌شناختی می انجامند (مارمون<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴ و تیلور<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵).

اختلال در بهزیستی روانی از جمله مشکلات اساسی است که باز مالی زیادی به دنبال دارد. طوری که هزینه پرداختن به مشکلات روان پزشکی در اروپا و آمریکای شمالی در سال ۱۹۹۹، بالغ بر ۱۲۰ بیلیون دلار به علاوه ۶۰ بیلیون دلار متعلق به اختلالات سوئی مصرف مواد. سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع مسائل مربوط به این بعد از سلامت در کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. این در حالی است که در برنامه ریزی های توسعه اجتماعی و اقتصادی، پایین ترین اولویت به آنها داده می شود (حمیدپور، ۱۳۸۸).

اطلاعات به دست آمده از تحقیقات اپیدمیولوژیکی در کشور ما دلالت بر این دارد که میزان شیوع این مشکلات در کشور ما نیز از سایر کشورها کمتر نیست. در خصوص شیوع بیماری‌های روان پزشکی در افراد ۱۵ سال به بالا در ایران، در یک مطالعه اپیدمیولوژیک در سطح کشور اعلام شده است که مجموعاً ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه در سطح کشور از اختلالات روانی رونج می برند که حدود ۱۲-۱۰ میلیون نفر از بالغین کشور نیازمند خدمات بهداشت روانی هستند. ضمن اینکه حدود ۰/۶٪ نیز از اختلالات سایکوتیک رنج می برند (آقا یوسفی و منجم، ۱۳۹۴). توجه به بهداشت روانی در تمام عرصه های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت بوده و جای بحث دارد. یکی از زمینه هایی که توجه به بهداشت روان در آن حائز اهمیت می باشد، شغل و حرفه می باشد. بشر از زمانی که خود را شناخته، در پی تلاش و فعالیت بوده و اشتغال به کار

<sup>۶</sup>Beck, Steer & Epstein

<sup>۷</sup>content- specified

<sup>۸</sup>early maladaptive schema

<sup>۹</sup>Young Jeffrey

<sup>۱۰</sup>core emotional needs

<sup>۱۱</sup>early life experiences

<sup>۱۲</sup>emotional temperament

<sup>۱۳</sup>Marmon

<sup>۱۴</sup>Taylor

بخش عمده ای از زندگی انسان را تشکیل می دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰). از این رو مهم ترین ضرورت انجام این پژوهش وجود عوامل استرس زاد در میان زنانی است که در مشاغل مراقبت و سلامت در حال فعالیت هستند و از سوی دیگر اهمیت سلامت و بهزیستی این قشر از جامعه در حفظ و ارتقا سلامت همگانی است. زیرا در وهله نخست مشکلات سلامتی این گروه هزینه های مالی و اقتصادی هنگفتی برای دولت و بخش های سلامت عمومی به همراه دارد و از سوی دیگر مشکلات سلامتی این افراد مشکلات عدیده ای بر دوش خانواده های این عزیزان وارد می آورد. از اینروست که به بررسی نقش عوامل شناختی در میزان بهزیستی این دسته از افراد می پردازیم تا در صورت وجود رابطه های عمده با طراحی دوره های آموزشی و مشاوره ای مناسب به پیشگیری از هر گونه اختلال بپردازیم و در زمینه افزایش دانش موجود در زمینه بهزیستی روان شناختی گامی هرچند کوچک برداشته باشیم. با توجه به مطالب مطرح شده سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا طرحواره های ناسازگار توان پیش بینی کنندگی بهزیستی روان شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر را دارند؟

### روش پژوهش

روش پژوهش کاربردی و از نظر کنترل و دست کاری متغیرها غیرآزمایشی و از نظر ماهیت توصیفی و از نوع پیمایشی - همبستگی بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر در سال ۱۳۹۴ بود که تعداد آن ها ۳۲۴ نفر بود. حجم نمونه کارکنان با توجه به جدول کرجسی مورگان، ۱۵۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شد. ابزار گردآوری در این پژوهش پرسشنامه استاندارد طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف<sup>۱۵</sup> (RSPWB) بود.

نسخه کوتاه پرسش نامه طرحواره یانگ<sup>۱۶</sup>: این مقیاس را یانگ (۱۹۹۹) ساخته است. این پرسش نامه دارای ۷۵ ماده می باشد که ۱۵ طرحواره ناسازگارانه اولیه را ارزیابی می کند. این پانزده طرحواره عبارتند از: ۱- محرومیت هیجانی ۲- طرد/ رهاشدگی ۳- بی اعتمادی/ بد رفتاری ۴- انزای اجتماعی ۵- نقص/ شرم ۶- شکست ۷- وابستگی/ بی کفایتی ۸- آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۹- گرفتاری/ در دام افتادگی ۱۰- اطاعت ۱۱- ایثار ۱۲- بازداری هیجانی ۱۳- معیارهای نامنعطف ۱۴- استحقاق و ۱۵- خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی. این ۱۵ طرحواره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه های تحولی اولیه قرار می گیرند. هر ماده به کمک ۶ گزینه درجه بندی می شود (یک = کاملاً در مورد من نادرست است؛ تا شش = کاملاً مرا توصیف می کند). نمره بالا در یک خرده مقیاس معین، احتمال بیشتر وجود یک طرحواره ناسازگارانه را برای آن فرد نشان می دهد. پایایی مقیاس YSQ-SF به وسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس بالاتر از ۰/۸۰ بود (وانگ و همکاران، ۲۰۱۰). در بررسی صدوقی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی مقیاس YSQ-SF به وسیله آلفای کرونباخ برای همه مقیاس ها در دامنه ۶۲ تا ۹۰ به دست آمد. پژوهش حاضر میزان پایایی با روش آلفای کرونباخ برای طرحواره های ناسازگار اولیه ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه سنجش بهزیستی روان شناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۹۵)، ساخته شده است. و فرم کوتاه آن شامل ۱۸ سوال می باشد که شش بعد اساسی (خودمختاری، چیرگی بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت، هدف در زندگی و پذیرش خود) را می سنجد. ریف و کیز (۱۹۹۵)، ضریب پایایی این آزمون را روی یک نمونه ۳۲۱ نفری از آزمودنی ها زن و مرد سالم، مرفه، تحصیل کرده و اجتماعی بررسی کرده اند. نتایج پژوهش نشان داد که ضریب پایایی درونی این مقیاس در حد بالایی

<sup>15</sup>Ryffs Scales of Psychological Well-being

<sup>16</sup>YSQ-SF

است (بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳). در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه در محدوده بین ۰/۸۹ برای تمام مقیاس ها به دست آمد که نشان از مناسب بودن پایایی این پرسشنامه برای نمونه حاضر است. جهت پاسخ به فرضیه های پژوهش از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون رگرسیون همزمان) از طریق برنامه SPSS ۲۰ استفاده شد.

### یافته ها

از مجموع ۱۵۰ نفر نمونه آماری بیشترین فراوانی گروه نمونه در سنین بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۰/۴۸) بود. اکثریت افراد نمونه دارای سابقه خدمت بین ۱۰ تا ۱۵ سال سابقه خدمت در مراکز بهداشتی بودند (۰/۵۷/۳۳). اکثریت افراد نمونه دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۰/۶۵/۳۳) و اکثریت متأهل (۰/۹۰/۶۶) بودند.

جهت بررسی آمار توصیفی از شاخص های پراکندگی و مرکزی استفاده شد. (جدول شماره ۱)

جدول ۱: آماره های توصیفی متغیرهای بهزیستی روان شناختی، طرحواره های ناسازگار در گروه نمونه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	بیشترین مقدار	کمترین مقدار
بهزیستی روان شناختی	۳۷۹/۹۰	۵۳/۲۴	۴۳۱	۲۵۳
محرومیت هیجانی	۹/۳۴	۴/۵۵	۲۱	۵
رها شدگی	۱۰/۸۳	۴/۶۳	۱۸	۵
بی اعتمادی / بد رفتاری	۱۱/۵۰	۴/۳۵	۱۹	۴
بیگانگی اجتماعی	۷/۴۱	۴/۱۶	۱۸	۵
نقص / شرم	۹/۴۰	۲/۳۰	۱۸	۵
ناکامی	۵/۴۰	۳/۵۹	۱۲	۴
وابستگی / بی کفایتی	۶/۹۳	۵/۰۳	۱۷	۵
آسیب پذیری نسبت به ضرر	۹/۹۰	۲/۴۴	۲۳	۵
گرفتاری / در دام افتادگی	۱۴/۱۵	۵/۰۶	۱۸	۱۰
اطاعت / پیروی	۱۸	۳/۶۱	۲۴	۹
فداکاری	۱۳/۴۲	۵/۲۷	۲۱	۹
بازداری هیجانی	۱۲/۲۸	۳/۹۵	۲۳	۵
معیارهای سرسختانه	۷/۷۱	۳/۹۸	۱۸	۵
استحقاق	۱۰/۶۰	۱/۸۵	۲۰	۶

۵	۱۰	۳/۲۲	۷	<b>خود انضباطی ناکافی</b>
---	----	------	---	---------------------------

همانگونه که در شماره (۱) ملاحظه می‌نمایید، میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان‌شناختی در گروه نمونه برابر ۳۷۹/۹۰ و ۵۳/۲۴ می‌باشد. همچنین میانگین طرح‌واره‌های ناسازگار همچون محرومیت هیجانی، رها شدگی، بی‌اعتمادی، بیگانگی اجتماعی، نقص، ناکامی، وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتاری، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خودانضباطی ناکافی به ترتیب برابر ۹/۳۴، ۱۰/۸۳، ۱۱/۵۰، ۷/۴۱، ۹/۴۰، ۵/۴۰، ۶/۹۳، ۹/۹۰، ۱۴/۱۵، ۱۸، ۱۳/۴۲، ۱۲/۲۸، ۷/۷۱ و ۱۰/۶۰ است.

همچنین بر اساس نتایج بدست آمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جدول شماره ۲) چون مقادیر بدست آمده (Sig) در هر ۴ متغیر از ۰/۰۵ بزرگتر است بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان شرط برابری واریانس‌ها برقرار بوده و نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید می‌گردد.

## جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

توزیع مشاهدات از توزیع نرمال پیروی می‌کند.		توزیع مشاهدات از توزیع نرمال پیروی نمی‌کند.	
H <sub>0</sub> : (p=0)		H <sub>1</sub> : (p≠0)	
متغیر	آماره آزمون	Sig مقدار	نتیجه آزمون
محرومیت هیجانی	۰/۶۹	۰/۷۱	توزیع نرمال
رها شدگی	۱/۳۵	۰/۰۵۱	توزیع نرمال
بی‌اعتمادی	۱/۴۳	۰/۳۳	توزیع نرمال
انزوای اجتماعی	۱/۵۵	۰/۱۶	توزیع نرمال
نقص / شرم	۱/۳۷	۰/۴۷	توزیع نرمال
شکست	۰/۸۱	۰/۵۲	توزیع نرمال
وابستگی / بی‌کفایتی	۱/۰۸	۰/۱۸	توزیع نرمال
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	۱/۰۰۶	۰/۲۶	توزیع نرمال
گرفتاری	۰/۵۷	۰/۹	توزیع نرمال
اطاعت	۰/۷۲	۰/۶۱	توزیع نرمال
ایثار	۱/۴۵	۰/۶۲	توزیع نرمال
بازداری هیجانی	۱/۵۳	۰/۴۳	توزیع نرمال
معیارهای نامنعطف	۱/۶۵	۰/۱۹	توزیع نرمال
استحقاق	۱/۴۷	۰/۵۷	توزیع نرمال
خویشتن‌داری	۰/۹۱	۰/۵۲	توزیع نرمال
بهزیستی روان‌شناختی	۲/۰۸	۰/۲۵	توزیع نرمال

نتایج حاصل از فرضیه تحقیق به شرح زیر می باشد:

فرضیه پژوهش: طرح‌واره‌های ناسازگار توان پیش‌بینی کنندگی بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر را دارند.

به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. به این صورت که بهزیستی روان‌شناختی به عنوان تنها متغیر پیش‌بینی شونده (ملاک) و طرح‌واره‌های ناسازگار به عنوان پیش‌بینی کننده ها به صورت همزمان وارد تحقیق شدند. در ادامه جدول ضرایب همبستگی متغیرها ارائه می‌شود.

جدول ۳: نتایج ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش (صفحه بعد)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱ بهزیستی روان شناختی																
۲ محرومیت هیجانی																
۳ رها شدگی																
۴ بی اعتمادی																
۵ بیگانگی اجتماعی																
۶ نقص اشرف																
۷ ناکامی																
۸ وابستگی بی کفایتی																
۹ آسیب پذیری																
۱۰ گرفتاری																
۱۱ اطاعت ابروی																
۱۲ قداکاری																
۱۳ بازداری هیجانی																
۱۴ معیارهای سرسخته																
۱۵ استحقاق																
۱۶ خود انضباطی ناکافی																

\*\* P<0/01 \* P<0/05

همانگونه که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌نمایید، همبستگی میان بهزیستی روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار شامل محرومیت هیجانی، رها شدگی، بی‌اعتمادی، بیگانگی اجتماعی، نقص، ناکامی، وابستگی، آسیب‌پذیری، گرفتاری، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خودانضباطی ناکافی به لحاظ آماری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد.

جدول ۴: خلاصه نتایج آمارهای مربوط به برازش مدل

مدل	R	R <sup>2</sup>	خطای استاندارد برآورد	F	sig
۱	۰/۸۳۶	۰/۶۹۹	۳۰/۲۵۸	۳۱/۹۲	۰/۰۰۰۰۱

با توجه به نتایج جدول، ضریب همبستگی چندگانه بین متغیر پیش بین و متغیر ملاک (بهزیستی روان‌شناختی) برابر ۰/۸۳۶ می‌باشد. همچنین مقدار ضریب تعیین (مجذور آر) برابر با ۰/۶۹۹ می‌باشد که نشان‌دهنده میزان واریانس و تغییرات بهزیستی روان‌شناختی است که توسط متغیرهای پیش بین تبیین می‌شود. همچنین معناداری آماره F بدست آمده نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار قادرند تغییرات مربوط به بهزیستی روان‌شناختی را به خوبی تبیین کنند و نشان‌دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده می‌باشد. در ادامه ضرایب غیر استاندارد و استاندارد طرح‌واره‌های ناسازگار و معناداری این ضرایب در جدول ۵ آورده می‌شود.

جدول ۵: جدول ضرایب و Beta حاصل از تحلیل رگرسیون بین بهزیستی روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار

متغیر	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده	T	سطح معناداری
	B	انحراف استاندارد			
ثابت	۴۱۴/۰۱	۱۶/۲۹	-	۲۵/۴۰	۰/۰۰۰۱
محرومیت هیجانی	۷/۷۸	۱/۵۸	۰/۶۷۸	۴/۹۰	۰/۰۰۰۱
رها شدگی	۱/۲۳	۲/۱۱	۰/۱۰۶	۰/۵۸۳	۰/۵۶۲
بی‌اعتمادی	۱/۴۱	۱/۵۷	۰/۱۱۵	۰/۸۹۰	۰/۳۷۵
بیگانگی اجتماعی	-۱۸/۹۴	۲/۵۹	-۱/۴۰	-۷/۲۸	۰/۰۰۰۱
نقص/شرم	-۱۴/۲۷	۶/۶۱	-۲/۳۵	-۸/۲۰	۰/۰۰۰۱
ناکامی	۲۳/۲۸	۵/۱۸	۱/۵۷	۴/۴۹	۰/۰۰۰۱
وابستگی/بی‌کفایتی	۲/۲۹	۲/۰۸	۰/۱۷۹	۱/۱۰	۰/۲۷۶
آسیب‌پذیری	-۲/۶۲	۱/۱۹	-۰/۲۰۵	-۲/۱۹	۰/۰۳۲
گرفتاری	۲۹/۵۸	۴/۶۹	۱/۰۳	۶/۲۹	۰/۰۰۰۱



۰/۰۰۰۱	۴/۷۶	۰/۶۶۷	۱/۸۶	۸/۸۹	اطاعت/پیروی
۰/۰۰۰۱	۷/۸۶	۱/۱۴	۳/۱۵	۲۴/۸۳	فداکاری
۰/۰۰۰۱	-۹/۵۰	-۱/۵۷	۱/۷۵	-۱۶/۶۷	بازداری هیجانی
۰/۰۰۰۱	-۵/۲۰	-۰/۷۵۰	۱/۵۱	-۷/۸۹	معیارهای سرسختانه
۰/۸۲۱	۰/۸۶	۰/۲۳۱	۱/۴۵	۰/۴۷	استحقاق
۰/۰۰۱	-۳/۴۹	-۰/۴۵۰	۱/۳۰	-۴/۵۳	خود انضباطی ناکافی

طبق اطلاعات مندرج در جدول (۵)، ضریب B متغیرهای محرومیت هیجانی، بیگانگی اجتماعی، نقص، ناکامی، آسیب‌پذیری، گرفتاری، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خودانضباطی ناکافی در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشند.

با توجه به ضرایب به دست آمده می‌توان معادله پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی را به وسیله طرح‌واره‌های ناسازگار به شرح زیر نوشت:

$$\begin{aligned} \text{بهزیستی روان‌شناختی} = & ۴۱۴/۰۱ - (\text{محرومیت} \times ۷/۷۸) - (\text{بیگانگی} \times ۱۸/۹۴) - (\text{نقص} \times ۱۴/۲۷) + (\text{ناکامی} \times ۲۳/۲۸) - \\ & (\text{بازداری} \times ۱۶/۶۷) + (\text{گرفتاری} \times ۲۹/۵۸) + (\text{اطاعت} \times ۸/۸۹) + (\text{فداکاری} \times ۲۴/۸۳) - \\ & (\text{سرسختانه} \times ۷/۸۹) - (\text{خودانضباطی} \times ۴/۵۳) \end{aligned}$$

همچنین با توجه به ستون Beta می‌توان گفت با تغییر یک انحراف معیار در محرومیت، ۰/۶۷۸ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت مستقیم) ایجاد می‌شود. و با تغییر یک انحراف معیار در بیگانگی اجتماعی ۱/۴۰ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیر مستقیم) ایجاد می‌شود. با تغییر یک انحراف معیار در نقص ۲/۳۵ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیر مستقیم) ایجاد می‌شود.

همچنین با تغییر یک انحراف معیار در ناکامی، ۱/۵۷ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت مستقیم) ایجاد می‌شود. و با تغییر یک انحراف معیار در آسیب‌پذیری ۰/۲۰۵ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیر مستقیم) ایجاد می‌شود. با تغییر یک انحراف معیار در گرفتاری ۱/۰۳ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت مستقیم) ایجاد می‌شود.

همچنین با تغییر یک انحراف معیار در اطاعت، ۰/۶۶۷ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت مستقیم) ایجاد می‌شود. و با تغییر یک انحراف معیار در فداکاری ۱/۱۴ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت مستقیم) ایجاد می‌شود. با تغییر یک انحراف معیار در بازداری هیجانی ۱/۵۷ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیر مستقیم) ایجاد می‌شود.

همچنین با تغییر یک انحراف معیار در معیارهای سرسختانه، ۰/۷۵۰ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت مستقیم) ایجاد می‌شود. و با تغییر یک انحراف معیار در خود انضباطی ناکافی ۰/۴۵۰ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیر مستقیم) ایجاد می‌شود.

### بحث و تفسیر نتایج

فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، طرح‌واره‌های ناسازگار توان پیش‌بینی کنندگی بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر را دارند، به لحاظ آماری معنادار است. آماره  $F$  برازش مدل رگرسیونی ارائه شده برابر  $۳۱/۹۲$  است که در سطح خطای بسیار کمتر از  $۰/۰۰۱$  معنادار می‌باشد. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون انجام‌شده طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی، بیگانگی اجتماعی، نقص، ناکامی، آسیب‌پذیری، گرفتاری، اطاعت، فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خودانضباطی ناکافی پیش‌بینی کننده‌ی معناداری برای بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت هستند. در این میان قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌ها شامل بازداری هیجانی، بیگانگی اجتماعی و ناکامی دو مورد نخست به حوزه بریدگی و طرد مربوط می‌شوند. افرادی که طرح‌واره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، نمی‌توانند دلبستگی‌های ایمن و رضایت بخشی با دیگران برقرار کنند. چنین افرادی معتقدند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. خانواده‌های اصلی آنها معمولاً بی‌ثبات (رهاشدگی / بی‌ثباتی)، بدرفتار (بی‌اعتمادی / بدرفتاری)، سرد و بی‌عاطفه (محرومیت هیجانی)، طرد کننده (نقص / شرم) یا منزوی (انزوای اجتماعی / بیگانگی) هستند (بانگ و فلانگان، ۱۹۹۸). اما طرح‌واره ناکامی به حوزه خودگردانی و عملکرد مختل مربوط می‌گردد، خودگردانی یعنی توانایی فرد برای جدا شدن از خانواده و عملکرد مستقل. این توانایی در مقایسه با افراد هم سن و سال سنجیده می‌شود. افرادی که طرح‌واره‌هایشان در این حوزه قرار دارد از خود و محیطشان، انتظاراتی دارند که در توانایی آنها برای تفکیک خود از والدین و دستیابی به عملکرد مستقلانه مانع ایجاد می‌کند، در نتیجه این افراد نمی‌توانند هویت مستقلی در مورد خودشان بدست آورند و نمی‌توانند زندگی‌شان را بدون دریافت کمک‌های بی‌شائبه دیگران اداره کنند. چنانچه مشاهده می‌نمایید، دو حوزه طرح‌واره‌هایی که پیش‌بینی‌های مهم و معنادار بهزیستی روان‌شناختی هستند، یعنی طرد و عملکرد مختل، با ایجاد موانع شناختی، سازگاری اجتماعی و شغلی فرد را کاهش می‌دهند، و وی را از داشتن موفقیت‌های شغلی و اجتماعی محروم می‌سازند. همچنین داشتن چنین طرح‌واره‌های ناسازگارانه‌ای، توان فرد به منظور فائق آمدن بر فشارهای وارده از سوی شرایط مختلف شغلی و اجتماعی را کاهش می‌دهند و منجر به ایجاد مشکلات روان‌شناختی در وی می‌شوند. این یافته با اغلب مطالعات پیشین همسو است، از جمله هارسون و همکاران (۲۰۰۹)، لارمی و هارکنس (۲۰۰۷)، کالویت و همکاران (۲۰۰۵) و نیز با پژوهش داخلی همچون شهامت (۱۳۸۹).

### نتیجه‌گیری

طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم و غیر مستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند. افراد دارای طرح‌واره محرومیت هیجانی و نقص شرم احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند. طرح‌واره را می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه‌ی سازمان یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست. محتوای هر طرح‌واره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد و در ادراک ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد. طرح‌واره‌ها از طریق پردازش اطلاعات بر رفتار تأثیر می‌گذارند و در جریان تفکر به تصمیم‌گیری کمک می‌کنند. وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، آسیب‌پذیری فرد را برای اختلالات روانی افزایش می‌دهد. طرح‌واره آسیب‌پذیری و معیارهای نامتعطف در افرادی به وجود می‌آید که در خانواده‌هایی زندگی می‌کنند که بی

عاطفه، تندخو، مضایقه گر می باشند. طرح‌واره‌ها فراتر از یک فکر، هستند و به شکلی پویا علاوه بر طرح عمل بودن، انسان را نیز طراحی می‌کنند؛ و بدلیل آنکه خاصیت تکراری بودن را دارا هستند سبب میشود فرد نسبت به آنها خیلی آگاهانه عمل نکند و خودتقویتگر باشند و این خودتقویتگری به آنها قدرت و ثبات داده و نسبت به تغییر مقاومت ایجاد کند. همانگونه که برای بدست آوردن علایق خود محوری و اعتبار دادن به تفکر خود میان بین تلاش می‌نماید و تاکید داشتند که ماهیت تفکر خودمیان بینانه به صورت غیرمنطقی و غیرانعطاف‌پذیری به همراه داشتن احساس‌های متعارض خشم و افسردگی از سوئی، و بی‌عاطفه بودن، غرور و نخوت فرد را درگیر و گرفتار می‌نماید که بالطبع با کاهش بهزیستی شخصی یعنی بعد روانشناختی کیفیت زندگی مواجه خواهد بود. این احساسات به دلیل فقدان محبت، صمیمیت و توجه در افراد ایجاد می‌شود که باعث کاهش بهزیستی روانشناختی در فرد می‌گردد. تنهایی، افسردگی را به دنبال دارد و افسردگی جزء اختلالاتی است که کاهش بهزیستی روانشناختی در فرد می‌گردد. در نتیجه پیشنهاد می‌شود تا دست اندرکاران عرصه بهداشت عمومی، با توجه به عوامل پیش‌بینی کننده بهزیستی روان‌شناختی به شناسایی افراد در معرض خطر بپردازند و با استفاده از روشهای پیشگیری جهت کاهش آمار این اختلالات روانی و جسمی در جامعه اقدام نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود برای خانواده‌ها، برنامه‌های آموزشی جهت شناخت و معرفی افکار مناسب در برابر استرس و نیز انواع طرح‌واره‌ها و نحو شکل‌گیری آنها فراهم گردد، باشد که بدین وسیله از ابتلای آحاد جامعه به اختلالات روانی و جسمی جلوگیری شود. از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به این اشاره کرد که، با توجه به اینکه جامعه مورد بررسی، زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر می‌باشند، به منظور تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش برای گروه‌های سنی و شغلی و همچنین ساکنین شهرهای دیگر کشور می‌بایست دقت شود.

## منابع

۱. آقاییوسفی، علیرضا. منجم، عارفه. (۱۳۹۳). رابطه خودمیان بینی و طرح‌واره ناسازگار اولیه با بهزیستی شخصی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری. دوره ۸، شماره ۳، ۲۶۳-۲۵۲.
۲. حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). مقایسه کارآیی شناخت درمانی با طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر: کاهش علائم، بهبود عملکرد، تغییر متغیرهای میانجی و فرایند تغییر علائم. رساله دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، گروه روان‌شناسی بالینی.
۳. دهقانی، سپیده. ایزدی خواه، زهرا. محمد تقی نسب، مریم. رضایی، الهام. (۱۳۹۳). تحلیل مسیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی روانی. (۱۳۹۳). مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲ (۲). ۸-۱.
۴. شهامت، فاطمه. (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی سازس، اضطراب، افسردگی) بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم، شماره ۲.
5. Calvete et al. , (2005). The Schema Questionnaire- Short Form: Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders, *European Journal of Psychological Assessment*, Volume 21, Issue 2, Pages 90-99.
6. Gunty, Amy L. ; Buri, John R. , (2008). Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas Online Submission, Paper Presented at the Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association (Chicago, IL, May 2008) , 33 pp.
7. Harris, Curtin, 2002. Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult, *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 26, No. 3, PP. 405-416.

8. Lumley, Harkness, (2007). Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schema and Symptom Profile in Adolescent Depression.
9. Taylor, (2013). A Brief Introduction to Schema Focused Therapy. Available in, [http://www.adobe.com/rdrmessage\\_onlineforms\\_ENU](http://www.adobe.com/rdrmessage_onlineforms_ENU).
10. Young, K. & R. Robert (1998). "*Internet addiction: Personality traits associated with its development*". Paper presented at the 69th annual meeting of the Eastern Psychological Association. Bradford: University of Pittsburgh
11. Young, J. E (1994). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed). Sarasota, FL. Professional Resource Press.
12. Young, (1994). Schema Therapy: Conceptual Model, Available in [www.therapist-training.com.au/young.pdf](http://www.therapist-training.com.au/young.pdf).