

رابطه بین افکار خودکار منفی با 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 بررسی رابطه بین افکار خودکار منفی با 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 افکار خودآیند (ATQ) کندال و هولون (۱۹۸۰) 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 ۰/۷۲ و ۰/۸۹ محاسبه شد. جهت پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون) از طریق برنامه SPSS ۲۰ استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین افکار خودآیند و بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت رابطه معکوس و معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). همچنین نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که، با تغییر یک انحراف معیار در افکار خودکار منفی، ۰/۷۸ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیرمستقیم) ایجاد می‌شود. کار در مراکز بهداشتی درمانی، همراه با تنش‌های فراوان است در صورتی که افراد با نگرش‌های منفی حاصل از افکار خودآیند به مواجهه با شرایط پر استرس بپردازد، نخواهند توانست بهزیستی و سلامت روان‌شناختی خود را حفظ کنند.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، افکار خودآیند

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. 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 می‌شود (حمیدپور، ۱۳۸۸).

بک، استیر و اپستین^۱ (۱۹۹۲) در بررسی فرضیه ی محتوای خاص^۲ به این نتیجه رسیدند که حالات و بیماری های روان‌شناختی در رابطه با محتوای خاص شناختی فرد از هم متمایز می‌شوند. یکی از عواملی که باعث به خطر افتادن بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌گردد، افکار خودآیند منفی است. در نظریه REBT^۳ اینکه رویدادهای بیرونی ما را دچار اختلال بکنند یا نکنند، به عقاید ما بستگی دارد. عقاید بخش مهمی از نظام شناختی ما هستند که کار آنها ارزشیابی رویدادهای بیرونی است. بر حسب اینکه این ارزشیابی چگونه صورت می‌گیرد، دونوع عقیده وجود دارد: کارآمد^۳ و ناکارآمد^۴. عقاید کارآمد بر اساس سه

^۱Beck, Steer & Epstein

^۲content- specified

^۳evaluation

ملاک منطقی، تجربی و کارکردی، رویدادهای بیرونی را درست ارزشیابی^۴ می کنند (آبلا و همکاران، ۲۰۰۷). لذا عقاید کارآمد به پیامدهای کارا و عقاید ناکارآمد به پیامدهای کژکار منجر می شوند. پیامدها یا هیجانی اند (غم و افسردگی) یا رفتاری (تلاش بیشتر، افت عملکرد). اگر فرد عقاید کارآمد داشته باشد، علی رغم رویدادهای بد می تواند به اهداف اصلی اش برسد، اما عقاید ناکارآمد وقتی توسط رویدادها فعال شوند (بک، ۱۹۹۷). جلوی رسیدن فرد به اهدافش را می گیرند. وقتی یک رویداد منفی قابل تغییر باشد، باید با آن سازگار شود، فرد باید با آن مقابله کند و وقتی غیر قابل تغییر باشد، باید با آن سازگار شود. عقاید کارآمد به هر دو فرایند مقابله و سازگاری کمک می کنند و عقاید ناکارآمد در هر دوی این فرایندها اختلال ایجاد می نمایند (بهرامی و همکاران، ۱۳۸۸). افکار خودکارمنفی، تصاویر یا شناخته‌هایی ناکارآمد است که به عنوان نتیجه‌ای از طرحواره‌ی شناختی یا باور بنیادینی که در موقعیت خاصی فعال می شود، توسط فرد گزارش می شود (رستمی و همکاران، ۱۳۹۳). این تصاویر و افکار، منعکس کننده معنایی است که فرد به موقعیتی خاص می دهد و با پاسخ هیجانی و رفتاری به آن موقعیت ارتباط تنگاتنگی دارد. در این رابطه گل پرور و جوادی (۱۳۸۵) در پژوهشی نشان دادند که، افکار خودکار با رضایت از زندگی رابطه معکوس و معناداری دارد. و اثرگذارترین مسیر برای تعدیل باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران، مسیر نارسایی عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی، افکار خودکار منفی، رضایت از زندگی به باورهای دنیای عادلانه برای خود و دیگران است. 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 عرصه‌های زندگی از جمله زندگی فردی و اجتماعی و شغلی حائز اهمیت بوده و جای بحث دارد. یکی از زمینه‌هایی که نوجه 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 بخش عمده‌ای 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 هزینه‌های مالی و اقتصادی هنگفتی برای دولت و بخش‌های سلامت عمومی به همراه دارد و از سوی دیگر مشکلات سلامتی این افراد مشکلات عدیده‌ای بر دوش خانواده‌های 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 رابطه‌های عمده با طراحی دوره‌های آموزشی و مشاوره‌ای مناسب به پیشگیری از هر گونه اختلال بپردازیم و در زمینه افزایش دانش موجود در زمینه بهزیستی روان‌شناختی گامی هرچند کوچک برداشته باشیم. با توجه به مطالب مطرح شده سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین افکار خودکار منفی با بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر رابطه وجود دارد؟

^۴functional^۵unfunctional

روش پژوهش

روش پژوهش کاربردی و از نظر کنترل و دست‌کاری 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 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 افکار خودآیند (ATQ) کندال و هولون (۱۹۸۰) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف^۶ (RSPWB) بود.

پرسشنامه افکار خودآیند (ATQ): این پرسشنامه آزمونی است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خود آیند درباره خود که به وسیله کندال و هولون به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب الفای ۰/۹۷ بسیار خوب است (هولون و کندال، ۱۹۸۰). برای دست‌یابی به معیاری برای روایی این مقیاس، ضریب همبستگی بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه اولیه شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر محاسبه شد که به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ (در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱) را برای یاور به افکار خود آیند و فراوانی آن نشان داد. این ارقام می‌تواند به عنوان روایی همگرا در نظر گرفته شوند. همچنین همبستگی بین طبقه‌ای بین نمرات گروه کنترل در مراحل اول و دوم، ضرایب ۰/۷۶ و ۰/۸۸ را به ترتیب برای یاور به افکار خود آیند و فراوانی آن نشان داد که می‌تواند معیاری برای پایایی در نظر گرفته شود. در پژوهش حاضر پایایی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۷۲ بدست آمد.

پرسشنامه سنجش بهزیستی روان‌شناختی ریف: این پرسشنامه توسط ریف (۱۹۹۵)، ساخته شده است. و فرم کوتاه آن شامل ۱۸ سوال می‌باشد که شش بعد اساسی (خودمختاری، چیرگی بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت، هدف در زندگی و پذیرش خود) را می‌سنجد. ریف و کیز (۱۹۹۵)، ضریب پایایی این آزمون را روی یک نمونه ۳۲۱ نفری از آزمودنی‌ها زن و مرد سالم، مرفه، تحصیل کرده و اجتماعی بررسی کرده‌اند. نتایج پژوهش نشان داد که ضریب پایایی درونی این مقیاس در حد بالایی است (بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳). در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) نتایج تحلیل عاملی تاییدی تک‌گروهی نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه‌ی 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، رابطه‌ی 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 مقیاس‌ها به دست آمد که نشان از مناسب بودن پایایی این پرسشنامه برای نمونه حاضر است.

جهت پاسخ به فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون) از طریق برنامه SPSS ۲۰ استفاده شد.

^۶Ryffs Scales of Psychological Well-being

یافته ها

از مجموع ۱۵۰ نفر نمونه آماری بیشترین فراوانی گروه نمونه در سنین بین ۳۰ تا ۴۰ سال (۴۸٪) بود. اکثریت افراد نمونه دارای سابقه خدمت بین ۱۰ تا ۱۵ سال سابقه خدمت در مراکز بهداشتی بودند (۵۷/۳۳٪). اکثریت افراد نمونه دارای مدرک تحصیلی لیسانس (۶۵/۳۳٪) و اکثریت متأهل (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
افکار خودکار	۴۱/۳۰	۱۸/۰۶	۹۴	۳۰

همانگونه که در شماره (۱) ملاحظه می نمایید، میانگین و انحراف معیار بهزیستی روان شناختی در گروه نمونه برابر ۳۷۹/۹۰ و ۵۳/۲۴ می باشد. همچنین میانگین افکار خودکار منفی برابر ۴۱/۳۰ می باشد.

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 داده ها تأیید می گردد.

جدول ۲: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

توزیع مشاهدات از توزیع نرمال پیروی می کند.		$H_0: (p=0)$	
توزیع مشاهدات از توزیع نرمال پیروی نمی کند.		$H_1: (p \neq 0)$	
متغیر	آماره آزمون	مقدار Sig	نتیجه آزمون
افکار خودکار منفی	۰/۸۶	۰/۵۴	توزیع نرمال
بهزیستی روان شناختی	۲/۰۸	۰/۲۵	توزیع نرمال

نتایج حاصل از فرضیه تحقیق به شرح زیر می باشد:

فرضیه پژوهش: بین افکار خودکار منفی با بهزیستی روان شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر رابطه وجود دارد. به منظور بررسی این فرضیه از تحلیل رگرسیون خطی و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. در ادامه جدول ضرایب همبستگی متغیرها ارائه می شود.

جدول ۳: نتایج ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	
۲	۱
۱	بهزیستی روان شناختی
۲	افکار خودکار منفی
۱	۰/۴۰۴**

همانگونه که در جدول (۳) ملاحظه می‌نمایید، همبستگی میان بهزیستی روان‌شناختی و افکار خودکار منفی به لحاظ آماری در سطح خطای کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. نکته حائز اهمیت آن است که رابطه این دو متغیر به صورت معکوس می‌باشند، به این معنی که با افزایش یکی دیگری کاهش می‌یابد.

جدول ۴: خلاصه نتایج آمارهای مربوط به برازش مدل

مدل	R	R ²	خطای استاندارد برآورد	F	sig
۱	۰/۶۱	۰/۳۷۷	۲/۹۶	۱۲/۴۶	۰/۰۰۸

با توجه به نتایج جدول (۴)، ضریب همبستگی چندگانه بین متغیر پیش بین و متغیر ملاک (بهزیستی روان‌شناختی) برابر ۰/۶۱ می‌باشد. همچنین مقدار ضریب تعیین (R²) برابر با ۰/۳۷۷ می‌باشد که نشان‌دهنده میزان واریانس و تغییرات بهزیستی روان‌شناختی است که توسط متغیر پیش بین تبیین می‌شود.

همچنین معناداری آماره F بدست آمده نشان می‌دهد که افکار خودکار منفی 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 متغیر افکار خودکار منفی و معناداری این ضرایب در جدول (۵) آورده می‌شود.

جدول ۵: جدول ضرایب B و Beta حاصل از تحلیل رگرسیون بین بهزیستی روان‌شناختی و افکار خودکار منفی

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد شده		متغیر
		Beta	انحراف استاندارد	
۰/۰۰۰۰۱	۱۶/۱۹	-	۲۹/۳۲	ثابت
۰/۰۰۸	-۳/۵۳	-۰/۷۸	۰/۶۵۱	افکار خودکار منفی

طبق اطلاعات مندرج در جدول (۵)، ضریب B متغیر افکار خودکار منفی برابر ۲/۳۰- است که در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار می‌باشند.

با توجه به ضرایب به دست آمده می‌توان معادله پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی را به وسیله افکار خودکار منفی به شرح زیر نوشت:

$$\text{بهزیستی روان‌شناختی} = ۴۷۳/۸۹ - (\text{افکار خودکار منفی} \times ۲/۳۰)$$

همچنین با توجه به ستون Beta می‌توان گفت با تغییر یک انحراف معیار در افکار خودکار منفی، ۰/۷۸ انحراف معیار در بهزیستی روان‌شناختی تغییر (در جهت غیرمستقیم) ایجاد می‌شود.

بحث و تفسیر نتایج

فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه، بین افکار خودکار منفی با بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت شهر بهشهر رابطه وجود دارد، به لحاظ آماری معنادار است. آماره F برازش مدل رگرسیونی ارائه شده برابر ۲/۹۷ است که در سطح خطای

کمتر از ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون انجام‌شده افکار خودکار منفی پیش‌بینی‌کننده‌ی منفی و معناداری برای بهزیستی روان‌شناختی زنان شاغل در مراکز بهداشت هستند. افکار خودکار منفی، افکار وابسته به موقعیت و ناخواسته‌ای هستند که در شرایط تجربه‌پیشانی‌های هیجانی مثل اضطراب و افسردگی به ذهن فرد وارد می‌شوند. این افکار برای فرد معقول و منطقی به نظر می‌رسند و بیرون کردن آنها از ذهن بسیار دشوار است. در محیط‌های کاری پر استرس و پر تنشی مثل مراکز بهداشتی کارکنان در روز چندین مرتبه با شرایط ناراحت‌کننده، هیجانی و پر تنش رو به رو می‌شوند، در صورتی‌که آنها بر اساس افکار منفی به تفسیر هر یک از این اتفاقات بپردازند، احتمال آنکه بتوانند در پایان روز آثار سوئی چنین هیجانات منفی را از خود دور کنند کم به نظر می‌رسد. بنابراین بر خلاف افرادی که در مواجهه با شرایط پر استرس با استفاده از برداشت‌های مثبت به رهایی از بار فشار روانی حاصل از آن می‌پردازند، چنین افرادی به شدت از شرایط پر استرس آسیب می‌بینند و این فرایند در طولانی مدت بر سلامت و بهزیستی جسمانی و روانی آنها اثر می‌گذارد. این یافته با تحقیقات زحمتکش و زمانی (۱۳۸۶)، گل پرور و جوادی (۱۳۸۵) همسو می‌باشد.

نتیجه‌گیری

الیس معتقد است که بسیاری از ناراحتی‌ها و آشفتگی‌ها در زندگی افراد ناشی از عقاید ناکارآمد، غیر منطقی و غیر واقعی است که افراد از خود و جهان پیرامون خود دارند. به عبارت دیگر، مشکلات روانی افراد نتیجه‌ی شناخت‌های نادرست آنان است، زیرا جهان به خودی خود نه خوب است و نه بد، بلکه طرز تفکر ما آن را خوب یا بد می‌کند و در نتیجه می‌توان گفت که هیجان‌های هر فرد، ناشی از شناخت‌های وی است. این افکار ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش‌بینی‌هایی درباره رویدادهای آینده و یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده‌اند و این افکار به نوبه خود سایر نشانه‌های افسردگی را پدید می‌آورند: مانند نشانه‌های رفتاری (کاهش در سطوح فعالیت، کناره‌گیری) نشانه‌های انگیزشی (بی‌علاقگی، رخوت) نشانه‌های هیجانی (اضطراب، احساس گناه) نشانه‌های شناختی (اشکال در تمرکز، عدم قدرت در تصمیم‌گیری) و نشانه‌های جسمی (بی‌اشتهایی و بی‌خوابی) با پیشرفت افسردگی، افکار خود-آیند منفی هر چه بیشتر زیاد و شدید می‌گردند و افکار منطقی‌تر هر چه بیشتر ناپدید می‌شوند. خود این فرایند به گسترش فزاینده دامنه خلق افسرده منجر می‌شود و بدین ترتیب دور باطلی شکل می‌گیرد.

از سویی فرد هر قدر افسرده‌تر می‌شود، بیشتر افکار افسردگی‌زا پیدا می‌کند و بیشتر به آن افکار اعتقاد پیدا می‌نماید و از سوی دیگر، هر قدر این افکار افسردگی‌زا بیشتر به ذهن فرد می‌آید و در او اعتقاد بیشتری نسبت به آنها به وجود می‌آورد، آن فرد افسرده‌تر می‌شود. که همین امر باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی فرد می‌گردد. در مجموع نتایج پژوهش حاضر بیانگر اینست که افرادی که بهزیستی روان‌شناختی کمی دارند، در اغلب موارد افکار خودکار منفی دارند و از طرح‌واره‌های ناسازگار استفاده می‌کنند. بنابراین پیشنهاد می‌شود در برنامه‌ریزی‌ها و پژوهش‌های مربوط به کاهش مشکلات روان‌شناختی در اقشار جامعه به چگونگی و فرایند تاثیر این دو مولفه شناختی توجه ویژه‌ای مبذول گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود برای خانواده‌ها، برنامه‌های آموزشی جهت شناخت و معرفی افکار مناسب در برابر استرس 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. آقایوسفی، 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. بهرامی، فاطمه. قادرپور، رزگار. (۱۳۸۸). رابطه بین افسردگی و نشخوار فکری با باورهای فراشناختی مثبت و منفی. *مجله پژوهش های تربیتی و روان شناختی*. سال ۴. شماره ۲. ۳۸-۳۱.
۳. حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). مقایسه کارآیی شناخت درمانی با طرح وارہ 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 روان شناسی بالینی.
۴. رستمی، اعظم. شریعت نیا، کاظم. خواجهوند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۳). بررسی رابطه خودکارآمدی و ذهن آگاهی با نشخوار فکری در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود. *مجله علمی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. دوره ۲۴. شماره ۴. ۲۵۹-۲۵۴.
5. Abela RZ, Skitch SA. Dysfunctional attitudes, self-esteem, and hassle: cognitive vulnerability to depression in children of affectively ill parent. *Behav Res Ther*. 2007; 45: 1127-140.
6. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guildford; 1979