

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی در نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی

سمیه طالبی

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه علامه طباطبایی

چکیده

این تحقیق با هدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با بهزیستی روان‌شناختی در نوجوانان با رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی انجام شده است. روش تحقیق حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای است پس‌رویدادی نیز نامیده می‌شود. جامعه آماری این پژوهش شامل دو گروه می‌باشد. نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر ۱۲۰ نفر (نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ ساله) در شهر رشت می‌باشد که شامل ۶۰ نفر نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و ۶۰ نفر نوجوانان عادی به‌عنوان مقایسه است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند که از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات و...) هم‌تاسازی شدند. در جمع‌آوری اطلاعات از فرم کوتاه (۷۵ سؤال) پرسشنامه طرح‌واره یانگ استفاده شده است که ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حوزه می‌سنجد. این طرح‌واره‌ها عبارت‌اند از: گروه اول (بریدگی / طرد)، گروه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) گروه سوم (محدودیت‌های مختل)، گروه چهارم (دیگر جهت‌مندی) گروه پنجم (گوش به زنگی بیش‌ازحد و بازداري) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (فرم ۸۴ سؤال) که دارای ۶ خرده‌آزمون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است، انجام گرفته است. جهت استنباط نتایج پژوهشی از آزمون‌های تحلیل واریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده و با استفاده نرم‌افزار SPSS۲۰ تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی در نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یافته‌ها بیانگر آن هستند که گرایش به رفتارهای پرخطر می‌تواند ویژگی‌هایی هم‌چون طرح‌واره‌ها و بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر منفی خود قرار دهد.

واژگان کلیدی: طرح‌واره‌های ناسازگار، بهزیستی روان‌شناختی، گرایش به رفتارهای پرخطر

مقدمه

دوره نوجوانی، دوره تغییرات بزرگ، تغییر سریع احساسی، فیزیکی و اجتماعی است (برکایت^۱، برادفورد^۲، ۱۳۸۵). نوجوانی دوره اکتشاف، اتکاء به نفس، پایش خود، توانایی تصمیم‌گیری مستقلانه و مهم‌ترین دوره انتخاب است (فلدمن^۳ و والیوت^۴، ۱۹۹۰)؛ و در عین حال یکی از دشوارترین، تنش‌زاترین و در عین حال هیجان‌انگیزترین دوره زندگی است. تحول در نوجوانی به دلیل اثربخشی بر مراحل بعدی پهنه زندگی و نقشی که در بزرگسالی در زندگی فردی و اجتماعی فرد ایفا میکند حائز اهمیت است. از اوایل قرن بیستم که مطالعه این مرحله از تحول آغاز شد رویکرد غالب در نظریات و پژوهش‌ها، رویکرد نقصان‌نگر بود که نوجوانی را "دوره طوفان و استرس" (هال^۵، 1904)، "بحران" (اریکسون^۶، ۱۹۶۸) و "اختلال تحولی" (فروید^۷، ۱۹۶۹)، شکست یا در معرض خطر قرار گرفتن قلمداد می‌کردند (بنسون و همکاران^۸، ۲۰۰۶).

بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواریها و بحران دوره نوجوانی، دست به رفتارهایی می‌زنند که سلامت حال و آینده آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد. مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی ناپایمن، عامل بسیاری از موارد مرگ و میر و بزرگسالی را تشکیل می‌دهد. (لیدنبرگ، بوگست و ویلیامز^۹، ۲۰۰۰).

در بافت روان‌شناسی و روان‌درمانی طرحواره‌ها به طور کلی به‌عنوان یک اصل سازمان، بخش کلی محسوب می‌شوند که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم مرتبط با حوزه روان‌درمانی این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند و به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (یانگ، کلسکو، ویشار^{۱۰}، ۲۰۰۳) بعبارت دیگر، طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (زانگ و هه^{۱۱}، ۲۰۱۰). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا برجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتی و دی^{۱۲}، ۲۰۰۴؛ تیم^{۱۳}، ۲۰۱۰). این طرحواره‌ها ممکن است در دوران اولیه کودکی از طریق تجارب منفی با افراد مهم زندگی بوجود آیند. لذا روان‌شناسان شناختی معتقدند که طرحواره‌ها به سختی تغییر می‌کنند چرا که آنها دانش ما در مورد خودمان و جهان پیرامون مان را سازمان می‌دهند و کیستی ما و چگونگی درک جهان را تعیین می‌کنند (یانگ و کلسکو^{۱۴}، ۱۹۹۴؛ لیدنبرگ و برایت^{۱۵}، ۲۰۰۷).

¹.Barceyt

².Bradford

³. Feldman

⁴.Eliott

⁵.Halle

⁶.Ericson

⁷.Ferued

⁸. Binsun

⁹. Lindberg, Boggset & Williams

¹⁰. Young, Klosko, & Weishaar

¹¹. Zhang & He

¹².Malltby & Day

¹³. Thimm

¹⁴. Young, Klosko

¹⁵. Lindberg & Berite

یانگ طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را زیربنای بروز مشکلات و اختلالات روان‌شناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان برمی‌شمرد و معتقد است که این طرح‌واره‌ها ناکارآمد و خود تداوم بخش هستند. در طول زندگی با تحریف واقعیات فرد را وادار می‌کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگارانه آن‌ها عمل کنند؛ بنابراین، در حوزه رشد شناختی طرح‌واره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. طرح‌واره به‌عنوان یک نقشه انتزاعی شناختی، راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۹). از سوی دیگر 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 غیرواقع‌بینانه خود را نشان می‌دهند (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۰).

سلامت یک مفهوم چند بعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می‌گیرد. یکی از مهم‌ترین عوامل موثر در ارتقاء و تکامل سلامت روانی انسان‌ها بر خورداری از بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی به وسیله احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی، مشخص می‌شود. در افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی، احساس مثبت بر احساس منفی غلبه دارد. عوامل اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی نقش مهمی در سوگیری رفتاری افراد دارند. اغلب نوجوانان، خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است که فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم‌گیری به سمت رفتارهای پرخطر بکشاند. رفتار پرخطر به رفتارهایی اطلاق می‌گردد که احتمال نتایج مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد (کارگر، گرو^۱، ۲۰۰۳). لذا شامل: مصرف سیگار و الکل، گرایش به رابطه با جنس مخالف و رفتار جنسی خطرناک، خشونت، رانندگی خطرناک می‌باشد که در عصر کنونی ما دامنه این خطرات بسیار گسترده است. لذا می‌توان با شناخت عوامل زیربنایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌توان در آینده در جهت پیشگیری از گرایش به رفتار پرخطر با آموزش، اقدامات مؤثر انجام داد. در سال‌های اخیر با وجود تلاش‌های بسیاری که در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به مضرات و خطرات رفتارهای پرخطر صورت گرفته است، هم‌چنان با افزایش روزافزون این رفتارها به ویژه در میان جوانان و نوجوانان روبرو هستیم. با عنایت به صدمات و خسارات جبران‌ناپذیری که هر یک از رفتارهای پرخطر به دنبال دارند و از آن جایی که اقدامات تغییر رفتار در سطح فردی و اجتماعی طولانی مدت و پرهزینه است، به نظر می‌رسد پیشگیری، بهترین رویکرد برای کاهش رفتارهای تهدیدکننده‌ی سلامت در سطح جامعه باشد.

فرضیه‌ها

بین طرح‌واره‌های ناسازگار در نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر با نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

بین بهزیستی روان‌شناختی نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر با نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

پیشینه

نوجوانی یکی از دوره‌های مهم در ساخت و پایه‌ریزی شخصیت هر فردی محسوب می‌شود. برخی از مشکلات رفتاری ایجاد شده در این برهه، در دوره‌های بعدی زندگی، خود را به صورت ویژگی‌هایی پایدار نشان می‌دهند (احدی و محسنی، ۱۳۸۶، سیمونز، 1388، ماسن، ۱۳۸۴، حیدری، ۱۳۸۰، هاینی، ۲۰۰۲، ریحانی، 139، بست و مانگینگ، ۱۳۸۴، زارعی، ۱۳۸۹). به دلیل این‌که نوجوانی یک دوره بحرانی از زندگی است، الگوهای رفتاری مهم که می‌توانند بر سراسر زندگی فرد تاثیر بگذارند، در این دوره شکل می‌گیرند. در نوجوانی فرد جایگاه خویش را در خانواده، دوستان و جامعه تعیین می‌کند. عوامل اجتماعی، اقتصادی و

¹. Carr-Gregg & Grover

خانوادگی نقش مهمی در سوگیری رفتاری افراد به عهده دارند. اغلب نوجوانان با خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم‌گیری به سمت رفتارهای پرخطر بکشانند. جامعه امروز، نوجوان و خانواده را با نیازهای فراوانی روبرو می‌کند (صادقی، گیلانی پور، ۱۳۸۸، طارمیان، ۱۳۸۱، علیزاده، ۱۳۸۴، فتحی، ۱۳۹۲، فالی، ۱۳۹۰). در دوره نوجوانی افراد تجربه آموزی نموده‌اند و از این رو با خطرهای گوناگونی روبرو می‌شوند، در این مرحله نوجوان از خانواده به سوی جامعه کشیده می‌شود و در راستای به دست آوردن جایگاه اجتماعی می‌کوشد. در این دوران آن‌ها ممکن است دوستانی برگزینند که والدین نمی‌پذیرند و یا ممکن است پوششی داشته باشند که والدین آن‌ها را نپسندند و یا اینکه به مقایسه خانواده خود با سایر خانواده‌ها بپردازند. در این مرحله از زندگی، نوجوان برای این‌که بتواند خود و جایگاه خود را در جامعه و خانواده ثابت کند و برای خود نقش و پایگاهی داشته باشند، ممکن است به رفتارهای مخرب و پرخطر روی بیاورند. او این کارها را برای اثبات خود و عدم نادیده گرفته شدن و مرکز توجه قرار گرفتن انجام می‌دهد. از جمله این رفتارها، رفتارهای پرخطر است که به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال نتایج منفی و مخرب جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (کارگرگ، اندربی و گرور، ۲۰۰۳، کاظمی، ۱۳۸۳، کران و ماسی، ۱۳۸۸، کودرن و وانگ، ۱۳۸۹).

در پژوهشی که توسط هالپرن-فلشر و کافمن^۱ (۲۰۰۱) انجام گرفت، آن‌ها دریافتند که نوجوانان در مقایسه با بزرگسالان جوان (اوایل تا اواسط ۲۰ سالگی) فاقد مهارت‌های شناختی ضروری برای تصمیم‌گیری درباره گزینه‌های جایگزین و تخمین احتمال پیامدها هستند. این مطالعه نیز مشکل قابل توجهی داشت، یعنی خطرات مطرح شده در سوالات، کاملاً به بزرگسالان مربوط می‌شد (به‌عنوان مثال، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا خطر جراحی پلاستیک و رضایت به این کار را تخمین بزنند). هر چند بزرگسالان این نمونه نیز ممکن است تجارب قبلی چندانی در این زمینه نداشته باشند، این خطرات خاص ممکن است به راحتی زمینه را برای برتری پاسخ‌های بزرگسالان فراهم کند، چرا که سیاست‌های اجتماعی جاری، نوجوانان را از گرفتن چنین تصمیماتی منع می‌کند و از این رو مانع از هر گونه تجربه قبلی در این زمینه برای نوجوانان می‌شود (لی، ۱۹۹۱، ترجمه، محمودی، ۱۳۸۵، رجایی فرد، ۱۳۷۷، سخاوت، ۱۳۸۱). در مقابل تعدادی از مطالعات جدید دریافتند که نوجوانان قادرند گزینه‌های خطرناک بالقوه را ارزیابی کنند یا حداقل با بزرگسالان در زمینه تخمین احتمالی پیامدهای خطر، کاملاً قابل مقایسه‌اند. در طی پژوهشی بیث-ماروم و همکارانش (۱۹۹۳) و همچنین کواردل و همکارانش (۱۹۹۳) از نوجوانان و بزرگسالان خواستند تا امکان پیامدهای مختلف چند رفتار خطرناک (مثل مصرف الکل، نوشیدن و رانندگی، مصرف ماری‌جوانا، فرار از مدرسه و رفتارهای جنسی نایمن)، احتمالات مربوط به این پیامدها و آسیب‌پذیری خویش در برابر این پیامدها را برآورد کنند. در نتیجه هر دو مطالعه گزارش دادند که نوجوانان و بزرگسالان نمرات و انواع پیامدهای قابل مقایسه‌ای ارائه دادند و به علاوه هر دو گروه نوجوانان و بزرگسالان خود را به میزان مشابهی در برابر پیامدهای منفی احتمالی، آسیب‌پذیر ارزیابی کردند. شاید یکی از حالات ممکن برای توجیه تشابه ارزیابی خطرات و در عین حال خطرپذیری بیشتر در نوجوانان نسبت به بزرگسالان، عدم استفاده نوجوانان از اطلاعات قبلی یا روند تصمیم‌گیری منطقی باشد. به این معنا که دسترسی به اطلاعات و توانایی برای ارزیابی دقیق‌تر ضامن استفاده از آن‌ها نیست. ممکن است نوجوانان با وجود داشتن تجارب لزوماً قبلی در موارد مشابه توانایی کمتری در استفاده از آن تجارت داشته باشند در حالی که در شرایط معمولی و ایمن می‌توانند به خوبی بزرگسالان در مورد خطرات و پیامدهای ناگوار آنها صحبت کنند؛ به عبارت دیگر توانایی درس گرفتن از تجارب قبلی و به کار بردن آن در موارد مشابه بعدی ممکن است نقطه ضعف نوجوانان نسبت به بزرگسالان باشد (سراجزاده، ۱۳۸۳، سلیمانی، ۱۳۸۶، شکوهی و همکاران، ۱۳۸۸).

^۱. Halpn & Felsher

در پی تحقیقی نشان داده شد که میانگین سن شروع به مصرف سیگار در کشور ما ۱۶/۶ سال بوده است (جعفرزادگان و زارعی، ۱۳۸۰) و بالاترین نسبت معتاد کشور (۴۵/۷) در فاصله سنی ۱۷ تا ۲۲ سالگی مصرف را آغاز کرده اند (مدنی و رزاقی، ۱۳۸۱؛ به نقل از فتحی و فدوی، ۱۳۹۱).

در پژوهشی سلیمانی نیا، جزایری و محمدخانی (۱۳۸۴) با مطالعه ۳۸۵ نوجوان ۱۴ تا ۱۹ ساله دبیرستانی در تهران دریافتند که ۲۳٪/۳ از دختران و ۴۰٪/۴ از پسران که در مجموع ۱۲۰ نفر (۳۱٪/۲) از کل نوجوانان مورد بررسی را تشکیل می دادند در طول زندگی حداقل یک بار با میل خود و چه با زور درگیر رابطه جنسی شده اند که از این میان، ۱۹٪/۵ از آن ها در معرض رفتار جنسی پرخطر و ابتلا به بیماری های مقاربتی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) بوده اند.

رفتارها و سبک زندگی افراد عمدتاً در طی دوره نوجوانی پایه گذاری می شود (گیلبرت^۱، ۲۰۰۳) و برآورد شده است که هفتاد درصد مرگ ها به دنبال رفتارهایی رخ می دهند که در نوجوانی روی داده و قابل اصلاح بوده اند (عابدینی و همکاران، ۱۳۸۶).

مصرف مواد مخدر، خشونت و رفتارهای جنسی عامل بسیاری از مرگ و میرهای سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز، ۲۰۰۰). بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار، الکل، مواد مخدر و روابط جنسی نامطمئن در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می افتند (برگمن و اسکات^۲، ۲۰۰۱).

هالینگ، ارهار، راونز و اسپالک^۳ (۲۰۰۷) در مطالعه خود بر روی نوجوانان آلمانی گزارش نمودند که ۱۱/۹ درصد از نوجوانان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات بهداشت روان دارند.

مطالعات برگمن و اسکات (۲۰۰۱) نشان داده اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتارهای جنسی نایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می شوند.

در پژوهشی که توسط بروکس و همکاران^۴ (۲۰۰۲) در یکی از دبیرستان های ایالات ماساچوست امریکا که دانش آموزانی با میانگین سنی ۱۶/۲ سال داشتند، نشان داد که بین میزان افسردگی و استرس و افزایش سطح مصرف دخانیات، افزایش خشونت و درگیری های فیزیکی و رابطه جنسی نایمن ارتباط وجود دارد.

روپر و همکاران^۵ (۲۰۱۰) با بررسی طرحواره های ناسازگار ۵۰ نفر افراد وابسته به الکل و مقایسه آن با افراد غیر بالینی، دریافتند که افراد الکلی از سطح بالای طرحواره های ناسازگار را در انواع وابستگی هیجانی و آسیب پذیری و بی اعتمادی نشان می دهند.

برومت^۶ (۲۰۰۷) در پژوهش خود به بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار با مصرف مواد پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که طرحواره های ناسازگار با مصرف مواد رابطه قوی دارد.

1. Guilbert

2. Berigman & escout

3. Holling, Erhar, Ravens & Schlak

4. Brooks

5. Roper

6. Brummett

روش پژوهش:

تحقیق حاضر توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) است. جامعه آماری و نمونه پژوهش حاضر مشتمل بر ۱۲۰ نفر (نوجوانان ۱۲ تا ۲۰ ساله) می‌باشد که شامل ۶۰ نفر نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و ۶۰ نفر نوجوانان عادی به‌عنوان مقایسه است که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند انتخاب شدند که از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات و...) هم‌تاسازی شدند. ملاکهای شمول افراد به منظور شرکت در پژوهش عبارت‌اند از: ۱- عدم وجود مشکلات بینایی، شنوایی و ذهنی، ۲- طبقه سنی ۲۰-۱۲ سال (نوجوانان)، ۳- گرایش به رفتارهای پرخطر از سوی آزمودنی‌ها.

ملاک‌های خروج از پژوهش شامل این موارد بودند: ۱- ابتلاء به بیماری‌های عفونی و واگیردار، ۲- شروع درمان دارویی یا انجام جراحی، ۳- جابجایی محل تحصیل یا محل زندگی ۴- دریافت برنامه مداخله‌ای همزمان با این پژوهش که ممکن بود بر متغیرهای این پژوهش تأثیرگذار باشد.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه طرح‌واره یانگ (فرم کوتاه): در پژوهش حاضر به منظور سنجش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از فرم کوتاه (۷۵ سؤالی) پرسشنامه طرح‌واره یانگ استفاده شده است که ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حوزه می‌سنجد. این طرح‌واره‌ها عبارت‌اند از: گروه اول (بریدگی/ طرد)، گروه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) گروه سوم (محدودیت‌های مختل)، گروه چهارم (دیگر جهت مندی) گروه پنجم (گوش به زنگی بیش‌ازحد و بازداری) است. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) در دانشگاه های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر آلفای به دست آمده ۰/۹۱ بوده است. آلفای مربوط به طرح‌واره‌ها در این مطالعه به شرح زیر می‌باشد: محرومیت هیجانی ۰/۸۳، طرد- بی‌ثباتی ۰/۷۳، بی‌اعتمادی - بدرفتاری ۰/۷۹، انزوای اجتماعی- بیگانگی ۰/۸۲، نقص- شرم ۰/۸۵، شکست ۰/۹۰، وابستگی/ بی‌کفایتی ۰/۸۰، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۰/۸۷، خود تحول نیافته/ گرفتار ۰/۷۳، اطاعت ۰/۸۵، ایثار/ فداکاری ۰/۸۷، بازداری هیجانی ۰/۷۷، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی ۰/۷۱، استحقاق/ بزرگ منشی ۰/۸۰ و خودکنترلی ناکافی ۰/۷۶ است.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف: این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی کرد. فرم اصلی آن از ۱۲۰ سوال تشکیل شده است ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاهتر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از فرم ۸۴ سؤالی آن استفاده شده است. بهزیستی روان‌شناختی دارای ۶ خرده‌آزمون پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و تسلط بر محیط است. در فرم ۸۴ سؤالی هر عامل از ۱۴ سوال تشکیل شده است. در پژوهش زنجانی طبسی (۱۳۸۳) با روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل آزمون بهزیستی روان‌شناختی برابر ۰/۹۴ و برای آزمون‌های فرعی بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۹ بوده است. ضریب همبستگی بدست آمده بر اساس روش باز آزمایی برای کل آزمون ۰/۷۶ است.

1. Schema Questionnaire

2. Ryff

روش تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش:

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها، از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، جداول، نمودارها) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس و...) به منظور مشخص کردن معناداری ارتباط بین متغیرهای پژوهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی استفاده شد. برای محاسبات نیز، نرم‌افزار SPSS-20 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها:

در بررسی ابتدا یافته‌های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های دو گروه (نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی) مورد بررسی قرار می‌گیرد تا تفاوت‌های آزمودنی‌ها در متغیرهای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بهزیستی روان‌شناختی از نظر اطلاعات توصیفی مشخص گردد.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد پنج بعد کلی طرح‌واره ناسازگار

گروه	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
نوجوانان با رفتارهای پرخطر	بریدگی و طرد	۵۰/۰۶	۱۰/۴۷
	خودگردانی	۳۵/۳۳	۸/۷۵
	محدودیت	۳۷/۳۸	۸/۴۱
	دگرجهت مندی	۳۶/۸۱	۵/۶۳
	گوش به زنگی	۳۴/۶۶	۷/۳۹
نوجوانان عادی	بریدگی و طرد	۴۵/۰۱	۸/۷۵
	خودگردانی	۳۳/۵۵	۵/۲۸
	محدودیت	۳۳/۹۰	۴/۳۸
	دگرجهت مندی	۳۳/۷۸	۶/۲۹
	گوش به زنگی	۳۱/۳۵	۶/۹۷

همان گونه که در جدول شماره (۱) ملاحظه می‌شود، نوجوانان پسر عادی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نسبت به نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین بالاتری برخوردارند.

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد ابعاد بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک دو گروه

گروه	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
نوجوانان با رفتارهای پرخطر	پذیرش	۵۳/۵۰	۰/۵
	روابط بین فردی	۳۳/۴۹	۵۸/۳
	خودمختاری	۳۰/۵۴	۹۹/۲
	تسلط	۸۳/۵۳	۶۳/۴
	هدفمندی	۱۰/۵۴	۴۲/۴
	رشد	۵۰/۵۴	۲/۴
	نمره کل بهزیستی	۸۰/۳۱	۶۶/۱۱
نوجوانان عادی	پذیرش	۶۸/۵۴	۶۷/۵
	روابط بین فردی	۳۱/۵۱	۷۰/۳
	خودمختاری	۹۰/۵۷	۵۸/۳
	تسلط	۷۵/۵۵	۹۵/۵
	هدفمندی	۵۰/۵۴	۹۹/۵
	رشد	۸۶/۵۵	۳۸/۳
	نمره کل بهزیستی	۱۰/۳۳	۱۵/۱۳

همان گونه که در جدول شماره (۲) ملاحظه می‌شود، نوجوانان پسر عادی در بهزیستی روان‌شناختی نسبت به نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین بالاتری برخوردارند.

فرضیه اول پژوهش: بین طرح‌واره‌های ناسازگار در نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

جهت مقایسه بعد های طرح‌واره‌های ناسازگار در نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس‌ها نشان داد که این مفروضه برقرار نیست ($P=0.001/0$ ، $F_{15, 56.62/421}=69.0/2$ ، $F_{15, 257/42} = 2.57/42$ ام باکس). بعد از آن مفروضه همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین بررسی شد.

جدول (۳) نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس های دو گروه

مؤلفه‌ها	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
بریدگی و طرد	1/53	1	118	0/21
خودگردانی	30/23	1	۱۱۸	0/00
محدودیت	4/18	1	۱۱۸	0/04
دگر جهت مندی	6/91	1	۱۱۸	0/01
گوش به زنگی	0/069	1	۱۱۸	0/73

جدول (۴) نتایج آزمون های چند متغیری جهت مقایسه بعد های کلی طرح‌واره‌های ناسازگار در دو گروه

آزمون‌ها	ارزش	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۳۵0/	12/26	5	114	0/0001
لامبدای ویلکز	0/65	12/26	5	114	0/0001
اثر هاتلینگ	0/53	12/26	5	114	0/0001
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	0/53	12/26	5	114	0/0001

جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس چند متغیر جهت مقایسه ابعاد کلی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

مؤلفه‌ها	مجموع مجذور	df	مجموع مجذور میانگین	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
بریدگی و طرد	765/075	1	765/07	8/21	0/005	0/065
خودگردانی	95/408	1	95/408	1/93	0/167	0/016
محدودیت	126/00	1	126/00	49/4	0/0001	0/295

0/040	0/028	4/92	276/03	1	276/03	دگرجهت مندی
0/051	0/013	6/39	330/00	1	330/00	گوش به زنگی

جدول (۶) نتایج تحلیل واریانس تک متغیری جهت مقایسه نمره کل بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه

مؤلفه	مجموعه مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	مجذور انا
نمره بهزیستی کل	6063/408	1	6063/408	39/246	0/0001	0/250

فرضیه دوم پژوهش: بین بهزیستی روان‌شناختی در در نوجوانان با گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج نشان داد که در نمره کل بهزیستی روان‌شناختی بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. سپس ابعاد آن مورد بررسی قرار گرفت. براین اساس ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی کوواریانس‌ها نشان داد که این مفروضه برقرار است ($P=406/0$ ، $F_{51212.21/449}=042/1$ ، $F_{145/23}$ ، $F_{145/23}$ ام باکس). بعد از آن مفروضه همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین بررسی شد.

جدول (۷) نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه

مؤلفه‌ها	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
پذیرش	0/211	1	118	0/464
روابط	0/119	1	۱۱۸	0/731
خودمختاری	2/089	1	۱۱۸	0/151
تسلط	4/395	1	۱۱۸	0/038
هدفمندی	5/989	1	۱۱۸	0/016
رشد	2/692	1	118	0/104

جدول (۸) نتایج آزمون های چند متغیری جهت مقایسه ابعاد بهزیستی روان شناختی در دو گروه

آزمون‌ها	ارزش	F	Df1	Df2	سطح معنی‌داری
اثر پیلاپی	0/37	11/045	6	113	0/0001
لامبدای ویلکز	0/63	11/045	6	113	0/0001
اثر هاتلینگ	0/58	11/045	6	113	0/0001
بزرگ ترین ریشه‌ی روی	0/58	11/045	6	113	0/0001

جدول (۹) نتایج تحلیل واریانس چند متغیر جهت مقایسه ابعاد بهزیستی روان شناختی بین دو گروه

مؤلفه‌ها	مجموع مجذور	df	میانگین مجذور	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پذیرش	516/675	1	516/675	18/060	0/0001	0/133
روابط	118/008	1	118/008	8/890	0/0003	0/070
خودمختاری	448/533	1	448/533	4/178	0/0001	0/259
تسلط	110/208	1	3/873	3/873	0/051	0/032
هدفمندی	7/008	1	0/252	0/252	0/616	0/002
رشد	99/008	1	7/160	7/160	0/0009	0/057

بحث و نتیجه‌گیری:

فرضیه اول پژوهش: بین طرح‌واره‌های ناسازگار در نوجوانان با رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

براساس نظر یانگ (۱۹۹۲، نقل از یانگ و وین برگر ویک، ۲۰۰۱) آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت ماندن طرح‌واره‌های غیرانطباقی اولیه ناشی می‌شوند؛ بنابراین می‌توان از اهمیت طرح‌واره‌ها در تحول و تداوم آسیب‌شناسی روانی سخن به میان آورد، لذا در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آن‌جا که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوی

ادراک پدیده ها و شکل گیری روان بنه های فرد موثر بوده و می تواند آسیب های روان شناختی و اجتماعی پدید آورد، لذا ارتکاب جرم به عنوان یکی از آسیب های اساسی است که بر پایه ی این بنیادهای ناکارآمد شکل گرفته و سازمان می یابد (کلسکو و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از قادی پاشا، سرداری پور و خوش روش، ۱۳۹۲). در پژوهش برومت^۱ (۲۰۰۷) که با بررسی ۱۲۱ نفر از بیماران سرپایی درمان با نگهداری متادون، نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت مصرف مواد رابطه معناداری دارند که بررسی های گانون، وارد و گلی^۲ (۲۰۰۹) ریان و همکاران^۳ (2011) و همچنین پژوهش هریسون و رینی^۴ (۲۰۱۳) از این یافته ها حمایت می کنند و نشان می دهند که افراد دارای رفتارهای پرخطر مانند جرائم جنسی طرحواره های ناسازگاری دارند که آن ها را به سمت رفتار جنسی نامناسب سوق می دهد. همچنین، این یافته ها با مدل نظریه های ضمنی (وارد،^۵ ۲۰۰۰)، نظریه ی طرحواره های ناسازگار اولیه ی یانگ هماهنگ است. در این نظریه ها فرض بر این است که رفتارهای پرخطر مانند جرایم جنسی از فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه به وجود می آیند. افراد از طریق این طرحواره ها اطلاعات را تعبیر و تفسیر کرده و براساس آن عمل می کنند (برن و براون^۶، ۲۰۰۶).

به طور خلاصه می توان گفت که طرحواره ها هسته خود پنداره افراد را شکل می دهند، اگر دارای محتوای ناسازگار باشند افراد را نسبت به گستره ای از کاستی یها و مشکلات آسیب پذیر می کنند (یانگ، ۱۳۸۳).

فرضیه دوم پژوهش: بین بهزیستی روان شناختی در نوجوانان با رفتارهای پرخطر با نوجوانان عادی تفاوت معناداری وجود دارد.

بهزیستی اصطلاحی است که به حالت مثبت ذهن اشاره دارد و کیفیت زندگی ما را نشان می دهد. در ادبیات روانشناختی، بهزیستی ترکیبی از رضایت از زندگی یا چگونگی تفکر ما از زندگی مطلوب، و آنچه ما راجع به زندگی مان احساس می کنیم، فرض شده است. بهزیستی روانی سازه ای چند بعدی است که در برگیرنده احساس انسجام و پیوستگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی است و به ارزش های افراد و ارزیابی هایشان از زندگی که شناختی و عاطفی است بستگی دارد. افراد وقتی از فعالیت هایشان لذت بیشتری می برند (عاطفی) و وقتی که راضی و خشنود از نحوه زندگی شان هستند (شناختی) بهزیستی روانی را تجربه می کنند. در واقع بهزیستی روان شناختی، سطح بالای تجارب هیجانی مثبت سطح پایین تجارب هیجانی منفی و سطح بالای رضایت از زندگی را در بر می گیرد. نتایج این پژوهش کاظمی و دیده روشنی در سال ۱۳۸۹ نشان داد که بین سلامت روان و طرحواره های ناسازگار اولیه با افراد مصرف کننده مواد مخدر با افراد عادی رابطه وجود دارد و همچنین در پژوهشی که توسط نوروزی و امیری مجد (۱۳۹۵) در رابطه رفتارهای پرخطر و بهزیستی روان شناختی دختران دبیرستانی صورت گرفت نشان داد که رابطه منفی بین این دو مرلفه وجود دارد.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که به صورت کلی رابطه منفی معنی داری بین رفتارهای پرخطر با بهزیستی روان شناختی وجود دارد. نتایج حاصل شده در این پژوهش در زمینه رابطه منفی بین رفتارهای پرخطر با سلامت روانی و بهزیستی روان شناختی با مطالعات انجام شده توسط دیاز (۲۰۱۹) و هوره (۲۰۱۸) همخوان می باشد. ریوتل و همکاران (۲۰۱۱) در این زمینه بیان می کنند که افزایش در میزان افسردگی، بویژه در دختران، تحولات خانواده و همچنین مشکلات رفتاری اغلب ناتوانی اجتماعی، روانی عمیقی

1. Brummett

2. Gannon, Ward & Collie

3. Rayan

4. Harrison & Rainey

5. Ward

6. Burn & Brown

را در نوجوانان دختر ایجاد کرده است و با توجه به آنکه نوجوانان دختر از شیوه های مقابله ای متفاوتی استفاده می کنند، احتمال بروز رفتارهای پرخطر افزایش یافته است که در نهایت نقش اساس در بهزیستی جسمی، روانی و اجتماعی آنان خواهد داشت. (کسلر و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج مطالعاتی که به منظور بررسی ارتباط رفتارهای پرخطر با برخی نشانگان روانی در ۲۲۲ دانش آموز دبیرستانی پایه نهم تا دوازدهم با میانگین سنی ۱۲/۲ سال در ایالت ماساچوست آمریکا انجام شد، نشان داد که بین میزان افسردگی و استرس گزارش شده توسط آزمودنی ها و افزایش میزان رفتارهای پرخطر در آنها در طول یک ماه گذشته ارتباط معنادار وجود داشته است و یک معادله رگرسیون چند متغیری نشان داد که احساسات مربوط به افسردگی و تحت استرس قرار داشتن با افزایش سطح مصرف دخانیات، افزایش خشونت و درگیریهای فیزیکی، رابطه جنسی نایمن و رژیم غذایی ناسالم مرتبط می باشد (بروکس و اسکات، ۲۰۰۲).

منابع

۱. رضایی نسب، فرشته. عباسی، ایمان. نظیری، قاسم. برزگر، مجید (۱۳۹۲). تعیین طرحواره های ناسازگارانه اولیه در زنان مبتال به روابط اعتیادگونه. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال چهارم، شماره دوم، صفحه ۸۳.
۲. صادقی، م. گیلانی پور، م (۱۳۸۲). بررسی وضعیت بهداشت جوانان، واحد پژوهش و تحقیق. رشد. تهران. پردیس
۳. کاظمی، رضا. دیده روشنی، سونیا (۳۱۰۳). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سلامت روان در سوء مصرف کنندگان مواد و افراد عادی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، دوره ۳۱، شماره ۱، صفحه ۱.
۴. قادی پاشا، م.، سرداری پور، م.، و خوش روش، س. (۱۳۹۲) مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در مجرمین مرد مبتال به اختلالات شخصیت با سایر مجرمان. مجله علمی. پزشکی قانونی ۲۰۳، ۲۸۹-۲۸۳.
۵. قاسمی، ثریا، شریفی، کبیر (۱۳۹۶). بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی. مجله رویش روان شناسی، سال ششم، شماره ۴، دوره ۲۱.
۶. منظری، محمد صادق. کاوه فارسانی، ذبیح الله. حسینعلی، مهرابی. شکیبیا، عباس (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و افسردگی در بین دانشآموزان پسر شهرستان فالرجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۳۲ شماره، ۲۲، شماره ۱۲۹، ۹۷-۲۰.
۷. نوفرستی، اعظم؛ اکبری زردخانه، سعید (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در مجرمان جنسی و افراد عادی . دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی. سال . چهاردهم، شماره ۲، ۱۲۰-۱۲۹.
۸. یانگ، جفری. (۱۳۸۱). شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی، حسن حمید پور، تهران: آگه ارجمند، ص ۱۱۱-۱۱۵.

9. Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L., Eaton, D., Hawkins, J., & Ross, J. G. (2004). Methodology of the youth risk behavior surveillance system. *Morbidity & Mortality Weekly Report*, 53, 1-13

10. Bergman, M. M., Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health risk behaviors: Gender and socio-economic differences. *Journal Adolescent*, 24(2), 183-97.
11. Carr-Gregg, M. R. C., & Grover, S. R. (2003). Risk taking behavior of young women in Australia, screening for health risk behaviors. *Medical Journal of Australia*, 178, 601-604.
12. Lindberg, L. D., Boggess, S. & Williams, W. (2000). Multiple threats: The co occurrence of teen health risk behaviors. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Retrieved from www.urban.org/uploaded/pdf/multiplethreats.pdf.
13. Young, J, E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner guide*. New York. Guilford.
14. Young, J.& Klosko, g.& Vishar,M. (2009). *Treatment schemas: Applied guide to clinical specialists*, translated by: Hasan Hamidpoor & Zahra Andooz, Tehran, Arjmand publication. (Persian)