

Prediction of Mental Health on the Basis of Early Maladaptive Schemas Considering Intermediary Role of Worry in Patients with Severe Visual Deficits

Tehranchi K, MSc; Ahadi H, PhD*; Aletaha M, MD; Keraskian A, PhD

Islamic Azad University, Karaj, Iran

* Correspondence: drhahadi5@gmail.com

Purpose: Cognitive models emphasize on the role of primary maladaptive schemas to explain psychological disorders. It is important in the context of body defects in a clinical setting. This study was performed to determine early maladaptive schemas in patients with severe visual deficits.

Methods: In this cross-sectional study, 300 patients from oculo-plastic and cornea clinics of Labbafinejad Medical Center, Tehran, Iran with severe visual deficits were sequentially selected. Severe visual deficit was defined as having one enucleated eye or corrected distant visual acuity less than 20/200 in at least one eye. Informed consent was obtained from all patients. Data were gathered using demographic, Mental Health, and Young Maladaptive Schema questionnaires. Also structured clinical interview was performed. Chi-square and regression tests were used to analyze the data.

Results: A significant correlation was found between the majority of early maladaptive schemas and mental health in these patients. There was a strong negative correlation between psychological well-being and four schemas of vulnerability to harm or illness, dependency, insufficient self-control/self-discipline, and defectiveness/shame ($p < 0.01$). Also, there was a strong positive correlation between psychological distress and four schemas of vulnerability to harm or illness, dependency, mistrust/abuse, and insufficient self-control/self-discipline ($P < 0.01$).

Conclusion: Early maladaptive schemas destroy psychological well-being and increase psychological distress. Considering these psychological variables may help prevention, diagnosis, and treatment of patients with severe visual deficits.

Keywords: Maladaptive Schema, Mental Health, Visual Deficit

• Bina J Ophthalmol 2016; 22 (1): 47-55.

Received: 27 December 2016

Accepted: 10 January 2017

پیش‌بینی سلامت روان بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار با توجه به نقش واسطه‌ای نگرانی در بیماران دارای نقایص شدید بینایی

کتابیون طهرانچی^۱، دکتر حسن احدی^۲، دکتر مریم آل‌طه^۳ و دکتر آدیس کراسکیان موجمباری^۴

هدف: پیش‌بینی سلامت روان بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار با توجه به نقش واسطه‌ای نگرانی در بیماران دارای نقایص بینایی.

روش پژوهش: در این مطالعه مقطعی، ۳۰۰ بیمار دارای نقایص بینایی شدید که در فاصله زمانی فروردین تا پایان آذر سال ۱۳۹۵ به درمانگاه‌های اکولوپلاستیک و قرنیه بیمارستان لبافی‌نژاد تهران مراجعه کرده بودند، به‌طور پی‌درپی انتخاب شدند. پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، داده‌های پژوهش به کمک پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، نگرانی، سلامت روانی، طرح‌واره یانگ و مصاحبه بالینی ساختاریافته جمع‌آوری شدند. به‌منظور تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای‌مربع و رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان با واسطه نگرانی در بیش‌تر مولفه‌های طرح‌واره‌ای، ارتباط معناداری مشاهده شد. این ارتباط در شاخص بهزیستی روان‌شناختی از مولفه‌های سلامت روان در تعامل با چهار طرح‌واره آسیب‌پذیری

در برابر ضرر و بیماری، وابستگی، خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی و نقص/شرم، ارتباط معنادار مشاهده شد ($P < 0.01$). هم‌چنین چهار طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی، ارتباط معناداری با درماندگی روان‌شناختی دارد ($P < 0.01$). علاوه بر این متغیر نگرانی، در بیش‌تر مولفه‌های طرح‌واره‌ای مانند طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و بازداری هیجانی، اثر معنادار ایفا نموده است ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با تشدید نگرانی، به بهزیستی روان‌شناختی آسیب رسانده و درماندگی روان‌شناختی را می‌افزایند. بنابراین متغیرهای روان‌شناختی، می‌تواند به فرآیندهای پیش‌گیری، تشخیص و درمان بیماران با نقص شدید بینایی کمک کند.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۵؛ دوره ۲۲، شماره ۱: ۴۷-۵۵.

• پاسخ‌گو: دکتر حسن احدی (e-mail: drhahadi5@gmail.com)

دریافت مقاله: ۷ دی ۱۳۹۵

تایید مقاله: ۲۱ دی ۱۳۹۵

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد بین‌المللی کیش- جزیره کیش- ایران

۲- استاد- روانشناس- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد کرج- البرز- ایران

۳- استادیار- چشم‌پزشک- دانشگاه شهید بهشتی- مرکز تحقیقات چشم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- تهران- ایران

۴- استادیار- روانشناس- دانشگاه آزاد اسلامی- واحد کرج- البرز- ایران

✉ کرج- دانشگاه آزاد اسلامی- دانشکده روانشناسی

مقدمه

موضوع سلامت روان در دو دهه گذشته توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب نموده است.^۱ سلامت روانی را در مفهوم کلی بهداشت، توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی و جسمی تعریف می‌کنند و آن را قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه، منطقی و مناسب می‌دانند. در شرایط فشارزای زندگی، اختلال در سلامت روان به‌صورت اضطراب، ناکامی، حس بی‌ارزشی، عصبانیت و افسردگی خود را نمایان می‌سازد.^۲ امروزه ارزیابی و بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد دارای نقص عضو، هدف مهمی در برنامه‌های بازتوانی و پروتکل‌های درمانی و توان‌بخشی به شمار می‌رود.

طرح‌واره‌ها (Schema)، عناصر نظام‌مندی از واکنش‌ها و تجارب گذشته می‌باشند که می‌توانند ادراک‌ها و ارزیابی‌های بعدی را هدایت نمایند.^۳ این عناصر شناختی در گزینش، رمزگردانی و ارزیابی محرک‌ها تاثیرگذار می‌باشند. بر پایه‌ی مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها، فرد قادر می‌گردد که موقعیت خویش را در رابطه با زمان و فضا تعیین نموده و تجارب را به‌گونه‌ای معنی‌دار، طبقه‌بندی و تفسیر نماید. بنابراین طرح‌واره‌ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی می‌توانند موجب تداوم و مشکلات روانی شوند که یکی از عوامل روان‌شناختی پیچیده و موثر در شکل‌گیری و تداوم اختلالات جسمانی و روانی از جمله اختلالات روان‌تنی به شمار

می‌روند.^۴ قرارگیری در موقعیت‌های دشوار باعث فعال‌سازی طرح‌واره‌های ناسازگار می‌شود. ارتباط بین طرح‌واره‌ها و بیماری‌هایی مانند نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر و بیماران قلبی- عروقی نشان داده شده است.^۵

نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب است که به‌صورت پیش‌بینی و انتظار وقایع ناخوشایند در آینده تعریف می‌شود. نگرانی که در افراد سالم و هم‌چنین افراد مبتلا به اختلال دیده می‌شود، در میان افراد از لحاظ کمی و شدت متفاوت است. به اعتقاد ولز، نگرانی بهنجار یا نگرانی در مورد رخداد‌های بیرونی و رخداد‌های غیرشناختی درونی و نگرانی آسیب‌شناختی یا نگرانی در مورد نگرانی (فرانگرانی) می‌توانند بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت تاثیر قرار دهد.^۶ برخی تحقیقات نشان داده‌اند که نگرانی، با کاهش سلامت روان و افزایش خطر بروز اختلالات روانی، اختلالات اجتماعی و شغلی و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است.^۷

افراد دارای نقص بینایی، بزرگ‌ترین اقلیت غیرنژادی در جهان می‌باشند که توانایی انجام فعالیت عضوی از اعضای بدن خود را به علت‌های مختلفی ژنتیکی یا محیطی از دست داده‌اند.^۸ در ارایه خدمات توان‌بخشی به معلولان نابینا و کم‌بینا به‌جای تمرکز بر رضایت و توانایی انجام عملکردهای خاص، باید نتایج با معیار بهبود در سلامت روان مورد ارزیابی قرار گیرد.^۹ از منابع نگرانی در بیماران مبتلا به نقایص بینایی می‌توان به ابتلا به بیماری که یکی

پرسشنامه نگرانی (The Penn State Worry Questionnaire; PSWQ)^{۱۴}: پرسشنامه نگرانی پن که توسط می‌یر و همکاران (۱۹۹۰) طراحی شده است، یک مقیاس ۱۶ سوالی از نگرانی در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است که گزینه‌های از ۱ (اصلاً ویژگی من نیست) تا ۵ (خیلی ویژگی من است) نمره‌گذاری می‌شود. ۱۱ سوال آن مربوط به نگرانی است که به‌طور مثبت نمره‌گذاری می‌شود و بقیه پرسش‌ها، محتوای عدم نگرانی را بررسی می‌کنند.

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی در تعدادی از مطالعات بررسی شده و به‌طور کلی نتایج رضایت‌بخش بوده است. در هشت مطالعه، شواهد خوبی برای همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ Cronbach's alpha coefficient، ۰/۹۰) و پایایی بازآزمایی (۰/۷۴) در فاصله دو تا چهار هفته) و روایی همگرا و روایی واگرا به دست آمد^{۱۵}. همچنین همسانی درونی مقیاس عالی بوده و در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ قرار می‌گیرد^{۱۷}. برای تعیین پایایی پرسشنامه نگرانی پژوهش حاضر، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۳۹ بود.

پرسشنامه نگرانی (Mental Health Inventory; MHI-28)^{۱۸}: این مقیاس یک پرسشنامه ۲۸ سوالی است که دو وضعیت بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس بوده و روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی را نیز نشان می‌دهد^{۱۸}. ضریب آلفای کرونباخ مطالعه حاضر، ۰/۷۴۲ بود.

فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (Young Schema Questionnaire-Short Form; YSQ-SF)^{۱۹}: به منظور اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه یانگ^{۲۰} با ۷۵ سوال با مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و همچنین ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، گرفتار/خود تحول نیافته، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی استفاده شد. هر پنج سوال این پرسشنامه مربوط به یک طرح‌واره است. برای به دست آوردن نمره طرح‌واره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سوال محاسبه می‌گردد. طرح‌واره با نمره بالاتر به‌عنوان طرح‌واره ترجیحی بیمار در نظر گرفته می‌شود.

از اعضای مهم بدن را هدف قرار داده و عوارض ناشی از درمان که ممکن است با درد همراه باشد اشاره کرد. ترس از بدشکلی، نگرانی در مورد آینده مبهم و ترس از ناتوانی در مراقبت از خانواده نیز منابع دیگر ایجاد نگرانی در این بیماران می‌باشد^{۱۲،۱۳}. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت روان بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار با توجه به نقش واسطه‌ای نگرانی در بیماران دارای نقایص شدید بینایی انجام پذیرفت.

روش پژوهش

در این مطالعه‌ی مقطعی توصیفی، کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اکولوپلاستیک و قرنیه بیمارستان لبافی نژاد تهران با نقص شدید بینایی حداقل در یک چشم و یا یک چشم تخلیه‌شده در دامنه سنی ۶۵-۱۵ سال با حداقل سطح تحصیلات دیپلم به‌طور پی‌درپی وارد مطالعه شدند. مطالعه طی ماه‌های فروردین تا آذر سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. نقص شدید بینایی به دید اصلاح‌شده حداکثر برابر با ۲۰/۲۰۰ اطلاق شد. بیماران با شرایط زیر از مطالعه خارج شدند: ۱- قرار داشتن در مرحله حاد بیماری ۲- ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی ۳- مصرف داروی روان‌پزشکی حین و یا در بازه زمانی سه ماه قبل از شروع پژوهش. داده‌های پژوهش با استفاده از روش پیمایشی و در قالب پرسشنامه و مصاحبه بالینی جمع‌آوری شدند. پس از توضیح کامل در رابطه با اهداف و نحوه انجام مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه از کلیه بیماران اخذ شد. رضایت آگاهانه فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا انجام گرفت و به امتناع افراد از قبول یا ادامه شرکت در مطالعه احترام گذاشته شد. تلاش شد انجام روش‌های تحقیق با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی‌ها مغایر نباشد و شرکت‌کنندگان پژوهش در تمامی مراحل طراحی، اجرا و گزارش پژوهش از بعد کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی مورد حفاظت قرار گیرند تا انجام پژوهش خلل یا وقفه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی آزمودنی‌ها ایجاد ننماید. حجم نمونه با توجه به تعداد گویه‌های پرسشنامه‌ها و استفاده از مطالعات گذشته برآورد شد. در این پژوهش چهار پرسشنامه جمعیت شناختی، نگرانی، سلامت روان و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ و همچنین مصاحبه بالینی ساختار یافته مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی (Demographic): این پرسشنامه به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی مانند سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اجتماعی-اقتصادی، سابقه بیماری، علت آسیب چشمی، سابقه درمان و زمان انجام عمل جراحی تکمیل شد.

($P > 0.05$). همچنین فرضیه خطی بودن ارتباط متغیرها توسط آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) ارزیابی شد ($P > 0.05$) (جدول ۲).

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناسی بیماران شرکت‌کننده در

مطالعه		شاخص
متغیر	فراوانی (درصد)	
جنس	زن ۱۲۹ (۴۳)	
	مرد ۱۷۱ (۵۷)	
سن	۱۷-۲۶ ۵۳ (۲۷٫۷)	
	۲۷-۳۶ ۱۰۷ (۳۵٫۷)	
	۳۷-۴۶ ۵۹ (۱۹٫۷)	
	۴۷-۵۶ ۳۶ (۱۲)	
	۵۷-۶۶ ۱۵ (۵)	
علل نقص	تخلیه چشم: تومور ۲۷ (۹)	
	ضربه ۹۱ (۳۰٫۳۳)	
	نقص شدید بینایی: مادرزادی ۵۸ (۱۹٫۳)	
	ضربه ۴۵ (۱۵)	
	جراحی چشم ۳۶ (۱۲)	
	سوختگی ۳۵ (۱۱٫۷)	
	بیماری خود ایمنی ۸ (۲٫۷)	

بین بهزیستی روانشناختی و طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی‌ایی‌کفایتی، خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی، نقص و شرم، هم‌بستگی معنی‌دار منفی مشاهده شد ($P < 0.01$). از سوی دیگر بین درماندگی روان‌شناختی با طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی‌ایی‌کفایتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی، ارتباط معنادار و مثبت مشاهده می‌شود ($P < 0.01$). بنابراین ۳ طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی‌ایی‌کفایتی و خویش‌داری/خود انضباطی ناکافی بر سلامت روان این بیماران و پذیرش بیماری خود اثر منفی می‌گذارند.

متغیر واسطه‌ای نگرانی، در اکثر مولفه‌های طرح‌واره‌ای اثری معنادار ایفا نموده است. از این میان طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و بازداری هیجانی هم‌بستگی مثبت قوی با نگرانی دارند. ارتباط نگرانی با درماندگی روان‌شناختی (0.65) بیش‌تر از بهزیستی روان‌شناختی (-0.34) بود (نمودارهای ۱ و ۲).

اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه یانگ را اسمیت و همکاران^{۱۹} انجام دادند. ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ حاصل شد. همچنین این پژوهشگران نشان دادند پرسشنامه یانگ با مقیاس‌های پریشانی روان‌شناختی و اختلالات شخصیت هم‌بستگی بالایی دارد و از روایی مطلوبی برخوردار است.^۴ این پرسشنامه در ایران توسط آهی^{۲۱} ترجمه و اجرا شده است. ضریب آلفای کرونباخ در گروه بانوان ۰/۹۷ و در گروه آقایان ۰/۹۸ گزارش شد^{۲۱،۲۲}.

مصاحبه بالینی ساختاریافته (Structured Clinical Interview for DSM-IV): این مصاحبه بالینی به منظور تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV به کار می‌رود^{۲۳}. توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۰/۶۰ مطلوب بوده است. همچنین ضریب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۵۵ محاسبه شده است^{۲۴}.

تحلیل‌های آماری: جهت ارزیابی توزیع آزمودنی‌ها در متغیرهای جمعیت‌شناختی از آزمون کای‌مربع و برای بررسی هم‌بستگی بین متغیرها، از تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۳۴۲ بیمار از طریق نمونه‌گیری پی‌درپی مورد بررسی قرار گرفتند. از این بین، ۱۳ بیمار به دلیل قرار نگرفتن در دامنه سنی، ۹ بیمار به دلیل عدم تمایل به پاسخگویی، ۱۲ بیمار به دلیل قرار داشتن در مرحله حاد بیماری و ۸ بیمار به دلیل اختلال روان‌شناختی حاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی و پرسشنامه‌های ناقص از مطالعه خارج شدند. در نهایت اطلاعات مربوط به ۳۰۰ بیمار شامل ۱۲۹ زن و ۱۷۱ مرد مورد تحلیل آماری قرار گرفت (جدول ۱). سن بیماران از ۱۷ تا ۶۵ سال متغیر بود. علت تخلیه چشم در بیماران، ۹۱ مورد به دلیل ضربه و ۲۷ مورد به دلیل تومورهای چشمی بود. بیماران با کاهش شدید بینایی در ۵ گروه مادرزادی (۵۸ مورد)، در اثر ضربه (۴۵ مورد)، سوختگی (۳۵ مورد)، به دنبال جراحی چشم (۳۶ مورد) و بیماری خود ایمنی (۸ مورد) قرار گرفتند.

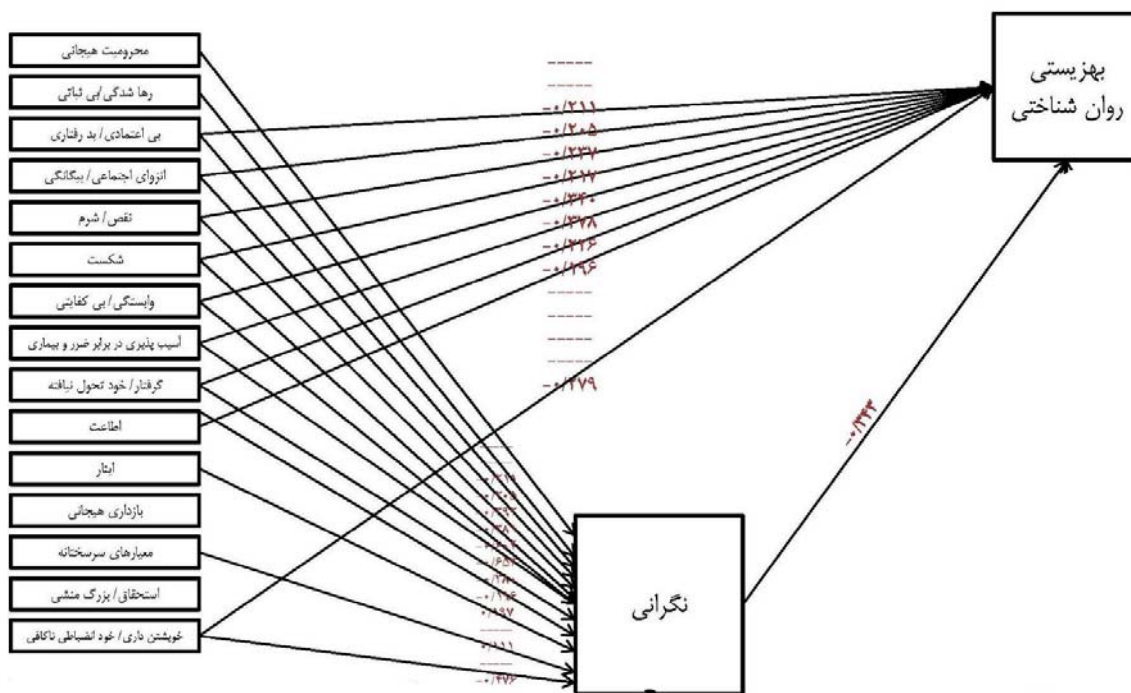
جهت بررسی ارتباط بین متغیر سلامت روان و شاخص نگرانی با طرح‌واره‌های ناسازگار، از تحلیل رگرسیون استفاده شد. توزیع نرمال متغیرها توسط آزمون کولموگروف اسمیرنوف احراز شد

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون در مورد متغیرهای پژوهش

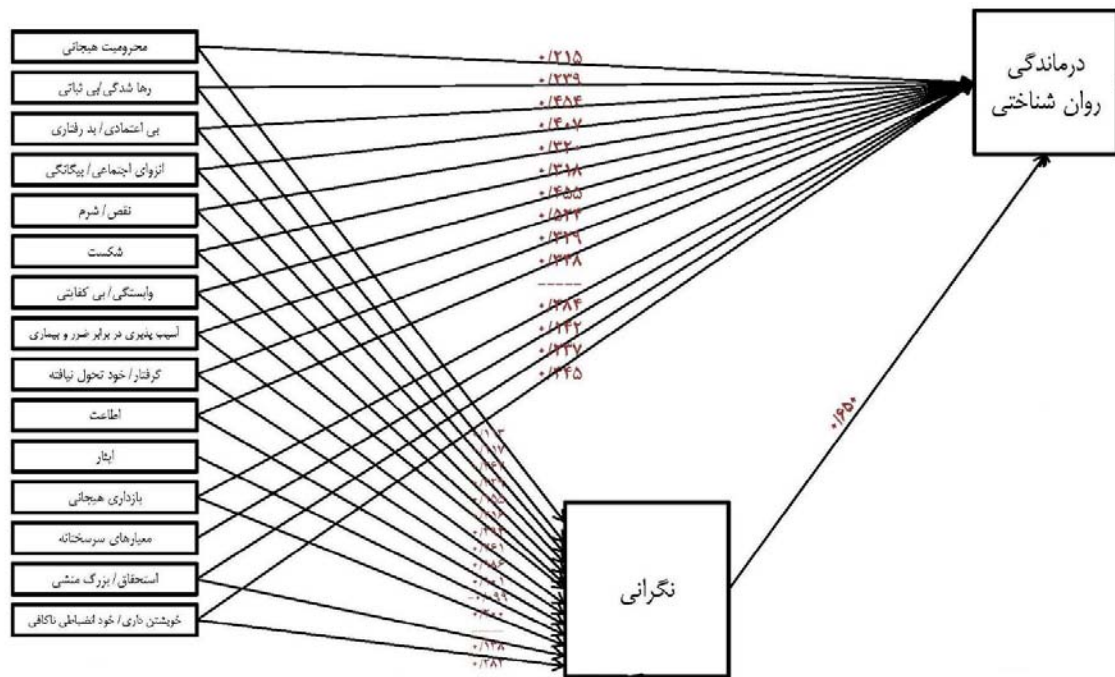
متغیر پیش‌بین	میانگین	انحراف استاندارد	همبستگی بین متغیر	
			پیش‌بین [طرح‌واره‌های ناسازگار] و متغیر سلامت روان]	همبستگی بین متغیر
محرومیت هیجانی	۱۲,۵۶	۷,۲۶	۰,۲۱۵**	۰,۱۶۱**
رهاشدگی بی‌ثباتی	۱۴,۵۱	۶,۷۲	-۰,۰۸۵	۰,۱۹۴**
بی‌اعتمادی/بدرفتاری	۱۲,۸۹	۶,۱۳	-۰,۲۱۱**	۰,۳۴۴**
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۱۰,۱۸	۵,۴۹	-۰,۲۰۵**	۰,۳۰۷**
نقص/شرم	۸,۸۵	۴,۹۰	-۰,۲۳۷**	۰,۲۷۱**
شکست	۱۰,۴۱	۵,۵۶	-۰,۲۱۷**	۰,۱۶۷**
وابستگی بی‌کفایتی	۹,۱۹	۵,۳۹	-۰,۳۴۰**	۰,۲۸۳**
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۱۱,۵۹	۵,۳۹	-۰,۳۷۸**	۰,۵۰۸**
گرفتار/خود تحول نیافته	۱۰,۸۶	۵,۶۳	-۰,۲۲۶**	۰,۲۳۶**
اطاعت	۱۱,۹۸	۵,۵۷	-۰,۱۹۶**	۰,۴۰۵**
ایثار	۲۰,۲۶	۶,۵۲	۰,۱۰۰	۰,۲۴۶**
بازداری هیجانی	۱۳,۳۴	۵,۵۲	-۰,۰۲۸	۰,۳۱۳**
معیارهای سرسختانه	۱۹,۷۶	۵,۸۶	۰,۰۲۳	۰,۲۴۰**
استحقاقی/بزرگ منشی	۱۵,۶۲	۵,۴۸	-۰,۰۲۰	۰,۱۵۸**
خوب‌نشن‌داری/خود انضباطی ناکافی	۱۴,۳۷	۵,۷۳	-۰,۲۷۹**	۰,۲۸۷**

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$



نمودار ۱- نمودار مسیر ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم و غیرمستقیم طرح‌واره‌های ناسازگار بر بهبودی روان شناختی با نقش واسطه‌ای نگرانی



نمودار ۲- نمودار مسیر ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم و غیرمستقیم طرح‌واره‌های ناسازگار بر درماندگی روان‌شناختی با نقش واسطه‌ای نگرانی

می‌شود و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخص، باعث احساس فشار روانی بیش از حد، نارضایتی از زندگی و تاثیرپذیری بیشتر از حوادث منفی زندگی می‌گردد^{۲۷}. یانگ آن دسته از طرح‌واره‌ها را که منجر به شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌شوند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نامید. به عقیده او طرح‌واره‌ها الگوهای مداوم از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها، حواس و ادراکات می‌باشند که رفتارها را هدایت می‌کنند^{۲۸}. از دید وی طرح‌واره‌های ناسازگار، باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان پیرامون و حاصل آموزه‌های سال‌های نخستین زندگی هستند که به‌عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوه ادراک پدیده‌های فرد موثر بوده و می‌توانند آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی پدید آورند و بر شکل‌گیری ابعاد و جنبه‌های تیپ‌های شخصیتی نیز موثر باشند. به نظر جاکوبین طرح‌واره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به‌دست‌آمده را رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند^{۲۹}. درمانگران در زمان فعال شدن طرح‌واره‌های ناسازگار، با آموزش فنون فراشناختی به بیماران می‌آموزند که با بحث و استدلال شناختی با حالات هیجانی خود روبرو گردند و از تحریف اطلاعات محیط توسط طرح‌واره‌ها جلوگیری نمایند.

مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای نگرانی در

بحث

در عصر حاضر ارتباطات انسانی در رشد اجتماعی، عاطفی و شخصیتی فرد نقش حیاتی ایفا می‌نماید. با توجه به این که حس بینایی دروازه دریافت اطلاعات و تبادل و ارتباط با محیط می‌باشد، افراد با نقیص شدید بینایی با مشکلات زیادی در زندگی مواجه هستند. تاثیر این فقدان بر وضعیت اجتماعی- روانی فرد غیرقابل‌انکار است. نوجوانان نابینا و یا ناشنوا با توجه به مشکل حسی و احتمال این که آموزش‌های لازم در جهت مهارت‌های ارتباطی لازم را در دسترس ندارند، از شبکه‌های اجتماعی مثل جمع دوستان، اشتغال و... دور می‌مانند^{۲۵}. از سوی دیگر واکنش‌های منفی اولیه والدین در صورت مواجه‌شدن با فرزند نابینا و یا فرزند ناشنوا، احتمال بی‌توجهی والدین به مسائل هویت‌یابی و خود‌پنداره این کودکان را افزایش می‌دهد که با پیامدهای متعدد روان‌شناختی همراه است^{۲۵}.

یانگ در نظریه خود پانزده طرح‌واره ناسازگار را معرفی نموده است که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی مهم شامل نیاز به پیوند و پذیرفته شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و لذت (جهت‌گیری از درون) ایجاد می‌شوند^{۲۶}. او بر این باور است که طرح‌واره‌های ناسازگار در افراد به تجربه رویدادهای منفی در زندگی منجر

پیش‌بینی سلامت روان بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار در بیماران با نقص شدید بینایی انجام شد. تاکنون پژوهش‌های اندکی در زمینه رابطه نگرانی با طرح‌واره‌های ناسازگار صورت گرفته است. نتایج مطالعه حاضر گویای اثرگذاری طرح‌واره‌های ناسازگار با میانجی نگرانی بر سلامت روان بود. در پژوهش‌های پیشین رابطه مستقیم مولفه‌های شناختی با سلامت روان بررسی شده و این که چه متغیر یا متغیرهایی می‌توانند نقش واسطه‌ای در رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار با سلامت روان ایفا کنند تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سلامت روان با واسطه نگرانی در اکثر مولفه‌های طرح‌واره‌ای، ارتباط معناداری وجود دارد. هم‌چنین شاخص نگرانی می‌تواند تبیین‌کننده ابعاد طرح‌واره‌های ناسازگار باشد.

مطالعه ما نشان داد که چهار طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی، خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی و نقص/شرم، هم‌بستگی قوی و منفی با بهزیستی روان‌شناختی دارند. طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری در افرادی شکل می‌گیرد که محیط امنی را در کودکی تجربه نکرده و خود را قربانی و آسیب‌پذیر می‌دانند بنابراین در برابر شرایط استرس‌زای محیط نیز واکنش شدیدتری نشان می‌دهند. طرح‌واره وابستگی که از عدم ارضای نیاز به خودگردانی و عملکرد مختل در کودکی نشأت می‌گیرد، بستری نابرابر برای ایجاد روابط نامطلوب ایجاد می‌کند که این موضوع منجر به اطاعت یک‌سویه و درنهایت ناپختگی فرد گردیده و در مواجهه با بیماری، او را ناتوان می‌کند. طرح‌واره خویش‌داری ناکافی نیز که از عدم ارضای نیاز به پذیرش محدودیت در محیط خانوادگی ناامن سرچشمه می‌گیرد، ادراک بیماری را دردناک‌تر می‌کند. هم‌چنین طرح‌واره نقص/شرم که از عدم ارضای نیاز به دلبستگی و محبت ایجاد شده، باعث می‌شود که افراد خود را نامطلوب، حقیر و بی‌ارزش بدانند. بنابراین در برابر انتقاد، طرد، سرزنش، کم‌رویی و احساس ناامنی در حضور دیگران و حس شرمندگی در ارتباط با عیب و نقص‌های خود، احساس ضعف می‌کنند و به بیماری خود واکنش شدیدتری نشان می‌دهد که این موضوع می‌تواند با وجود درمان‌های پزشکی مناسب، احساس ناراضی‌تی در فرد ایجاد کند.

پژوهش ما نشان داد که چهار طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی، بالاترین میزان همبستگی

قوی و مثبت را با درماندگی روان‌شناختی دارد. از این میان سه طرح‌واره آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، وابستگی، خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی در هر دو شاخص بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی مشترک می‌باشند. به این معنا که سه طرح‌واره فوق می‌توانند باعث آسیب به بهزیستی روان‌شناختی و تشدید درماندگی روان‌شناختی گردند. طرح‌واره بی‌اعتمادی/بدرفتاری از عدم ارضای نیاز دلبستگی ایمن به دیگران در محیط امن خانواده شکل می‌گیرد. این طرح‌واره به‌واسطه ارتباطات محدود و آسیب‌دیده کودکی شکل گرفته که می‌تواند بر تمامی ابعاد بهزیستی روانی اثر نامطلوب بگذارد. هم‌چنین بستر ارتباطات محدود می‌تواند شکل‌دهنده طرح‌واره بی‌اعتمادی- بدرفتاری باشد که در قالب چرخه‌ای معیوب، به تعاملات فردی افراد آسیب می‌رساند. شکست‌های متعدد در تعاملات بین فردی تبیین‌کننده اندیشه هراسناک و نگرش‌های مبنی بر آسیب‌پذیری می‌باشد که این احساس شکنندگی در درازمدت، بنیان‌های وابستگی رفتاری را شکل می‌دهد که آشکارا در روابط این افراد قابل‌مشاهده است. در حقیقت ارتباط درماندگی روان‌شناختی مشاهده‌شده با تمامی ابعاد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ریشه در فعال‌سازی طرح‌واره خویش‌داری دارد. خویش‌داری در معنای سالم، یک سازوکار درونی مداخله‌گر است که موجب می‌شود فرد افکار، عقاید یا تمایلات نادرست یا زبان‌آور ذهن خود را به عمل تبدیل نکند. این شاخص به فرد می‌آموزد رفتارهایش را تنظیم نموده و خود را با واقعیت تطبیق دهد نه واقعیت را با خود. حال آنکه طرح‌واره ناسازگار خویش‌داری در قالب یک سازوکار (مکانیزم) معکوس در بیماران با نقص شدید بینایی، نه‌تنها رفتارهای سازگارانه را هدایت نمی‌کند بلکه می‌تواند درماندگی را در این افراد رقم زند. ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار و بروز مشکلات روان‌شناختی در مطالعات گذشته نیز مورد بررسی و تایید قرار گرفته است^{۳۰،۳۱}. طرح‌واره‌های ناکارآمد می‌تواند بر شاخص اضطراب اثرگذار بوده و به‌طور غیرمستقیم به مشکلات روان‌شناختی منجر گردد^{۳۲}. همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، دمهری و همکاران^{۳۳} در نتایج خود فعال بودن طرح‌واره‌های گرفتار، نقص و شرم و اطاعت را بر خودپنداره نابینایان گزارش کردند. هم‌چنین یافته‌های ما با نتایج پژوهش Stuart و همکاران^{۳۰} که تاثیر طرح‌واره‌های ناسازگار را در الگوی رفتاری-شناختی افراد نسبت به خود و دنیا بر سلامت روان گزارش کردند، همسو است. احساس شکست در بیماران دارای نقایص بینایی حاصل عدم

لیاقت و حاصل فعال شدن طرح‌واره مذکور بوده که با احساس عدم لیاقت همراه است.^{۳۴}

متغیر نگرانی در قالب نقش واسطه‌ای تحت تاثیر طرح‌واره‌های ناسازگار قرار می‌گیرد. از این میان طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و بازداری هیجانی، هم‌بستگی زیادی با نگرانی دارند. ارتباط نگرانی با درماندگی روان‌شناختی بیش‌تر از بهزیستی روان‌شناختی می‌باشد. بنابراین حضور طرح‌واره‌های ذکرشده با تشدید بیش‌تر نگرانی می‌تواند اثر منفی بر سلامت روان این بیماران داشته باشد. طرح‌واره‌ها با تاثیر بر مولفه‌های شناختی نگرانی مانند تاثیر بر افکار آینده‌مداری، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری عمل می‌کند و باعث می‌شود که افراد به دنبال راه‌حل درست و منطقی نرفته و بر وقایع نامحتمل و بعید تمرکز یابند که خود مانع بهبودی و درمان صحیح آنان می‌گردد. بنابراین نگرانی بر کلیه شاخص‌های روان‌شناختی و حتی جسمانی اثر گذاشته و می‌تواند در چارچوب یک فرایند فرمانشی سبب تغییرات جسمانی گردد. از این‌رو فعال‌سازی طرح‌واره‌های ناسازگار در حضور شاخص نگرانی، قابل پیش‌بینی است.

نگرانی، پدیده شناختی طبیعی است که همه افراد آن را در مرحله خاصی از زندگی تجربه می‌کنند. شواهد فراوانی دال بر این که افراد طبیعی نیز نگران می‌شوند وجود دارد، البته شدت، فراوانی و قابلیت کنترل این پدیده در افراد متفاوت است.^{۳۵} نگرانی و اضطراب با افکار خودآیند و تحریف محرک‌ها تعریف می‌گردد. اضطراب و نگرانی، حاصل تغییراتی بیولوژیک در کارکرد غدد و هورمون‌های درون‌ریز بوده که از تغییر ساختاری در محور هیپوفیز، هیپوتالاموس و آدرنال نشأت می‌گیرد.^{۳۶} در یک پژوهش نشان داده شد که بین نشخوار فکری و نگرانی رابطه وجود دارد.^{۱۵} Bosmans و همکاران^{۳۳} نشان دادند که در مقایسه با افسردگی، نشخوار فکری و نگرانی رابطه قوی‌تری با اضطراب دارند. این‌گونه افکار ناخوانده روانی نقش مهمی در بسیاری از وضعیت‌های آسیب‌شناختی روانی ایفا می‌کنند و

نشخوار فکری می‌تواند از مولفه‌های شناختی فرد از جمله طرح‌واره ناسازگار تاثیر پذیرد.^{۳۳}

نتایج این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و کاربردی استفاده نمود. از یک طرف می‌تواند باعث گسترش دانش روانشناسی در زمینه عوامل موثر بر سازگاری با بیماری‌های مزمن در خصوص اختلالات بینایی و تبیین‌های روان‌شناختی آن گردد. همچنین، می‌تواند به روانشناسان سلامت در مدیریت، مداخلات روان‌شناختی و پروتکل‌های درمان کمک نموده و از هزینه‌های اجباری بیماران و پزشکان و سیستم بهداشت و درمان بکاهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود. این مطالعه در قالب طرحی مقطعی انجام شد، از این‌رو تعمیم نتایج آن نیازمند مطالعات بیش‌تر و طولانی‌مدت‌تر است. نمونه مطالعه را مراجعه‌کنندگان به بیمارستان لبافی‌نژاد تشکیل دادند که تحت شرایط هدفمند مورد گزینش قرار گرفتند، لذا استنباط نتایج کلی می‌تواند با سوگیری همراه باشد. به منظور ثبات متغیرهای پژوهش طی زمان، انجام پژوهش‌های طولی توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه باعث تحریک افکار خودآیند منفی شده نگرانی دردسرساز را بیش‌تر فعال می‌کنند. نقش محیط امن خانواده و ارضای نیازهای پنج‌گانه یانگ شامل نیاز به پیوند و پذیرفته شدن، خودگردانی، شایستگی و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و لذت، جهت سلامت روان افراد هنگام مواجهه با نگرانی ناشی از بیماری بسیار مهم است.

سپاسگزاری

نویسنده از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت کردند به ویژه کارکنان بیمارستان لبافی‌نژاد تهران که در تسهیل فرایند پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را دارد.

منابع

1. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: World Health Organization; 2008.
2. Häggström E, Mbusa E, Wadensten B. Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics* 200۹;۱۱(۴):۱۵۵-۸
3. Kriston L, Schäfer J, von Wolff A, Härter M, Hölzel LP. The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: are schemas organized into domains? *Journal of clinical psychology*. 2012;68(6):684-98.
4. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2010;41(4):373-80.
5. Bagherian R, Sanaeei M, Bahrami M. The relationship of history of hypertension and illness cognitive representation in post-myocardial infarction. *J Isfahan Medical School* 2010;27.
6. Phillips K, Wright BJ, Kent S. Psychosocial predictors of

- irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of psychosomatic research*. 2013;75(5):467-74.
7. Rafique Z. An exploration of the presence and content of metacognitive beliefs about depressive rumination in Pakistani women. *British journal of clinical psychology*. 2010;49(3):387-411.
 8. Wells A. The attention training technique: Theory, effects, and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(2):134-8.
 9. Kelly WE. Worry and sleep length revisited: Worry, sleep length, and sleep disturbance ascribed to worry. *The Journal of genetic psychology*. 2002;163(3):296-304.
 10. Poor Haidari M, Mashhadi M, Nekah A. Effectiveness of social skills training on emotional intelligence of people with physical disabilities. *The Journal of physical disabilities*. 2012; 8.
 11. Stelmack J. Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. *Optometry & Vision Science*. 2001;78(5):335-42.
 12. Knepp MM, Friedman BH. Cardiovascular activity during laboratory tasks in women with high and low worry. *Biological Psychology*. 2008;79(3):287-93.
 13. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*. 2006;60(2):113-24.
 14. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*. 1990;28(6):487-95.
 15. de Jong-Meyer R, Beck B, Riede K. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*. 2009;46(4):547-51.
 16. Davey GC. A comparison of three worry questionnaires. *Behaviour research and therapy*. 1993;31:51-56.
 17. Fresco DM, Frankel AN, Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG. Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*. 2002;26(2):179-88.
 18. Besharat M. Reliability and Validity of a short form of the Mental Health Inventory in an Iranian population. 2009.
 19. Calvete E, Estévez A, López de Arroyabe E, Ruiz P. The Schema Questionnaire-Short Form. *European Journal of Psychological Assessment*. 2005;21(2):90-9.
 20. Young J, Arntz A, Atkinson T, Lobbestael J, Weishaar M, Van Vreeswijk M, et al. The schema mode inventory. New York: Schema Therapy Institute. 2007.
 21. Ghasem A, Mohammed Ali M, MohammadAli B. Reliability and validity of short form young maladaptive schemas 2007.
 22. Shirvani MY, Peyvastegar M. The relationship between life satisfaction and early maladaptive schemas in university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2011;12(2):55-65.
 23. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JB. User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version: American Psychiatric Pub; 1997.
 24. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A persian translation of the structured clinical interview for diagnostic and statistical manual of mental disorders: psychometric properties. *Comprehensive psychiatry*. 2009;50(1):86-91.
 25. Hintermair M. Self-esteem and satisfaction with life of deaf and hard-of-hearing people—A resource-oriented approach to identity work. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*. 2008;13(2):278-300.
 26. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2003.
 27. McCullough ME, Bellah CG, Kilpatrick SD, Johnson JL. Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the Big Five. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001;27(5):601-10.
 28. Nordahl HM, Nysæter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2005;36(3):254-64.
 29. Stelmack J, Szlyk J, Joslin C, Swetland B, Myers L. Pilot study: Use of the NEI VFQ-25 to measure outcomes of low vision rehabilitation services in the Department of Veterans Affairs. Vision rehabilitation (Assessment, intervention and outcomes) Exton (PA): Swets & Zeitlinger. 2000:774-76.
 30. Shorey RC, Stuart GL, Anderson S. Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non clinical Comparison Group. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2014;21(1):21-8.
 31. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010;17(۸۲-۱۶۵):۴۳
 32. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2010;17(5):374-85.
 33. Demehri F, Movali G, Ahmadi L. A study of relationship between early maladaptive schemas self-concept and behavioral problems among deaf adolescences and adolescences with visual impairment in Yazd city. *Medical Journal of Illam* 2015;23:191-201.
 34. Johnston C, Dorahy MJ, Courtney D, et al. Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2009;40:248-255.
 35. Hamid Kh, Parvane T, Saeed T. Thought control strategies and trait anxiety: predictors of pathological worry in non-clinical sample. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:395.
 36. Pirnia B, Givi F, Roshan R, Pirnia K, Soleimani AA. The cortisol level and its relationship with depression, stress and anxiety indices in chronic methamphetamine-dependent patients and normal individuals undergoing inguinal hernia surgery. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:395.