

بررسی نقش میانجی نگرش های ناکارآمد در ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی

امید عنایتیان^۱

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه خيام مشهد

نویسنده مسئول:

امید عنایتیان

چکیده

مطالعات انجام شده در خصوص بیماری روان تنی فشار خون نشان دهنده ناتوان کننده و مزمن بودن این بیماری است و در این پژوهش نقش واسطه ای نگرش های ناکارآمد در رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی افراد مبتلا به فشار خون اساسی مورد مطالعه قرار گرفته است. روش پژوهش از نوع معادلات ساختاری است. در خصوص این پژوهش باید اشاره کرد که جامعه مورد مطالعه برابر ۳۰۰ نفر به گونه در دسترس در نظر گرفته شده است که شامل زنان و مردان می باشد که از این نمونه ۲۵۷ پرسشنامه های خود را به پژوهشگر تحویل دادند. در این پژوهش از پرسشنامه های طرحواره یانگ (فرم کوتاه ۷۵ سوالی)، مقیاس نگرش های ناکارآمد وایزمن و بک و پرسشنامه افسردگی و اضطراب و استرس (DASS-21) و با روش معادلات ساختاری مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفته اند. یافته های پژوهش نشان داد که مسیرهای غیرمستقیم مدل معنادار می باشد و این حاکی از معنی داری نقش واسطه ای نگرش های ناکارآمد در ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی در مبتلایان به فشار خون می باشد. نتایج نشان داد که نگرش های ناکارآمد نقش واسطه ای میان طرحواره های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی افراد مبتلا به فشار خون اساسی دارد. لذا در افراد مبتلا به فشار خون اساسی صرف نظر از دارو درمانی می توان با استفاده از روش روان شناختی نگرش های ناکارآمد این افراد را منعطف کرد.

واژگان کلیدی: نگرش ناکارآمد، طرحواره های ناسازگار اولیه، نشانگان بالینی، فشار خون اساسی

مقدمه

نگرش^۱ عبارت است از ترکیبی از باورها و هیجان‌هایی که شخص را پیشاپیش آماده می‌کند تا به دیگران، اشیا و گروه‌های مختلف به شیوه مثبت یا منفی نگاه کند [۱، ۲]. نگرش‌ها ارزیابی از اشیا را خلاصه می‌کنند و در نتیجه پیش بینی یا هدایت اعمال یا رفتارهای آینده را بر عهده می‌گیرند [۳]. نگرش را می‌توان بر حسب نظریه‌های یادگیری و رویکرد شناختی تعریف کرد. در هر یک از این نظریه‌ها مفهوم نگرش به گونه ای متفاوت تعریف می‌شود و هر یک از جنبه‌های متفاوت نگرش را مورد تأکید قرار می‌دهد. نگرش مرکب از سه عنصر شناختی، عاطفی (احساسی)^۲، و آمادگی برای عمل است در که برخی از تعریف‌ها، نگرش را نظام با دوامی از ارزشیابی‌ها، یا سازمان با دوامی از باورها دانسته اند. این اصطلاح نظام یا سازمان^۳ دلالت بر آن دارد که اجزای سه گانه نگرش با هم همبستگی دارند [۴]. طبق مدل نظری بک در مورد افسردگی افراد افسرده علاوه بر نگرش‌های ناکارآمد^۴، یک سری طرحواره‌های افسردگی‌زا دارند که در خلال سالیان بوجود آمده اند و همواره آمادگی آن را دارند که در شرایط پر استرس، باعث عود افسردگی گردند [۵]. طرحواره^۵ ساختاری شناختی برای ادراک، ساماندهی، پردازش و بهره‌برداری از اطلاعات است. طرحواره‌ها در طی زمان نسبتاً ثابت می‌مانند و این منجر به شیوه‌های ثابت برای ادراک و استفاده از اطلاعات می‌شود. طرحواره‌ها در افراد با هم متفاوتند و همین سبب می‌شود که هر فردی اطلاعات را به شیوه ای خاص پردازش کند و رفتاری متفاوت با دیگران داشته باشد. [۶]. مفهوم طرحواره‌ها در روانشناسی شناختی، رشد شناختی، روانشناسی خود^۶، دلبستگی^۷، گشتالت، روابط شی و روان‌کاوی ریشه دارد [۷]. طرحواره‌ها الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری که، از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و به شدت ناکارآمدند [۸]. ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها را می‌توان در سه زیردسته تجارب اولیه زندگی، خلق خوی هیجانی و نیازهای هیجانی اساسی بررسی کرد. بدین ترتیب، نگرش نشان دهنده اثر شناختی و عاطفی به جای گذاشته شده تجربه شخص از شی یا موضوع اجتماعی یا مورد پنهانی است و یک تمایل به پاسخ در برابر آن شی است [۹]. هایپر تنسیون^۸ یا فشارخون بالا یک وضعیت پزشکی است که در آن فشار وارد شونده بر دیواره رگ‌ها و فشار جریان خون از یک حد نرمال و پذیرفته‌شده بالاتر می‌رود [۱۰]. فشار موجود در هنگامی است که ماهیچه قلب بطور کامل منقبض شده و خون را به درون سرخرگ یا شریان فرستاده باشد و در مقابل، هنگامی که قلب در حالت استراحت بین دو ضربه به سر می‌برد و خون به واسطه فشار درون رگ‌ها و دریچه‌های درون وریدی در حال بازگشت به قلب و پر نمودن بطن راست است [۱۱]. از دید دانش فیزیکی فشار خون به نیرویی گفته می‌شود که توسط خون در جریان، به دیواره رگ‌ها وارد می‌آید و یکی از علائم اصلی حیات است. فشار یک مفهوم فیزیکی است، مقصود از فشار اشاره به «قدرت» یک مایع متحرک است [۱۲]. فشار خون با جریان یافتن به شاهرگ‌ها و به رگ‌ها کم می‌شود. اصولاً فشارخون در بخشهای مختلف سیستم گردش خون متفاوت است [۱۳]. معمول ترین روش اندازه‌گیری فشار خون به وسیله فشارسنج است که با استفاده از ارتفاع جیوه برای اندازه‌گیری فشار خون در حال چرخش در رگ‌ها استفاده می‌کند. [۱۴]. با این که خیلی از فشارسنج‌های فعلی دیگر از جیوه استفاده نمی‌کنند، فشار خون هنوز در تمام دنیا با میلیمتر جیوه اندازه‌گیری می‌شود. پرفشاری خون در اکثر مواقع علامتی ندارد و به همین دلیل بسیاری از مردم برای سال‌ها به فشار خون بالا مبتلا هستند بدون اینکه مطلع باشند. اگر فشار خون بالا تحت درمان قرار نگیرد، می‌تواند به سرخرگ‌ها و اندام‌های حیاتی بدن آسیب برساند. به همین دلیل است که از آن به عنوان قاتل خاموش نام می‌برند [۱۵] گفتنی است، فشارخون نرمال در انسان در حال استراحت در محدوده ۱۰۰ الی ۱۴۰ میلیمترجیوه (سیستولیک) و ۶۰ الی ۹۰ مم/ج (دیاستولیک) قرار دارد. به طور معمول اگر فشار خون بصورت پایدار بالاتر از ۱۴۰ سیستول و ۹۰ دیاستول قرار گیرد، پاتولوژی و بیماری محسوب می‌گردد [۱۶]. به عارضه افزایش فشار خون بیش از حد طبیعی، هایپر تنسیون و فشار خون بالا یا پرفشاری خون گفته می‌شود. همچنین کاهش فشارخون را هیپوتانسیون می‌نامند [۱۷]. فشار خون بالا به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم می‌گردد. در دسته اول علت فشار خون بالا مشخص نمی‌باشد و به صورت اولیه ایجاد شده است [۱۸]. در فشار خون ثانویه

¹ Attitude² Emotional³ Organization⁴ Dysfunctional attitudes⁵ Schema⁶ Self Psychology⁷ Attachment⁸ Hypertension

افزایش فشار خون به دنبال یک بیماری دیگر اتفاق می افتد و آن بیماری را می توان به عنوان علت افزایش فشار خون در نظر گرفت که در صورت کنترل بیماری اصلی، پرفشاری خون نیز به صورت مناسب تری کنترل می گردد. [۱۹]. افرادی که مبتلا به فشار خون بالای اولیه هستند، ممکن است سالها بدون علامت باشند و از بیماری خود اطلاعی نداشته باشند و زمانی متوجه بیماری خود می گردند که دچار علائم (مثل سردرد، تاری و اختلال دید، درد قفسه سینه، سرگیجه و تنگی نفس به هنگام فعالیت) می شوند که در واقع این علائم عوارض فشار خون بالاست، لذا تنها راهی که می توان در زمان مناسب به آن پی برد، اندازه گیری دوره ای و منظم فشار خون به وسیله دستگاه فشار سنج است [۲۰]. فشار خون در اکثر جوامع شیوع بالایی دارد و یکی از علل اصلی ناتوانی و مرگ و میر بیماران می باشد. [۲۱]. با توجه به اینکه فشار خون یک فرد تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله استرس و هیجانات قرار می گیرد در نتیجه ممکن است یک فرد در هنگام مراجعه به پزشک تحت تاثیر مواجهه با پزشک و شرایط مطب یا بیمارستان دچار استرس شده و فشار خون بیمار بالا رود [۲۲،۲۳]. وقتی برای بیماری تشخیص فشار خون بالا گذاشته می شود این امر مستلزم مصرف دارو (گاهی تا آخر عمر) صرف هزینه های مراجعه به مراکز درمانی و اتلاف وقت بیمار جهت مراجعات مکرر و ... می باشد [۲۱]. همانطور که ذکر شد درصدی از این افراد فقط در هنگام مراجعه به مطب یا بیمارستان افزایش فشار خون نشان می دهند و مابقی شبانه روز فشار خون نرمال دارند و اگر این بیماران هولتر مانیتورینگ^۱ ۲۴ ساعته شوند [۲۲،۲۱،۲۰].

روش پژوهش

جامعه آماری و حجم نمونه و روش نمونه برداری

روش پژوهش از نوع معادلات ساختاری است. نمونه گیری در ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به فشار خون بوسیله نمونه گیری در دسترس از طریق مطب های خصوصی متخصصین قلب و عروق و از طریق پرسشنامه آنلاین و چاپی انجام گرفته است. بدین ترتیب گروه های اصلی را بیماران مبتلا به فشار خون تشکیل می دهند. ملاک ورود تشخیص فشار خون توسط متخصص قلب و عروق است و ملاک خروج تشخیص همزمان بیماری روانی دیگر و عدم تمایل شرکت کنندگان پژوهش به ادامه کار است. در این پژوهش پرسشنامه های طرحواره یانگ (فرم ۷۵ سوالی)، نگرش های ناکارآمد وایزمن و بک (das-26) و افسردگی و اضطراب و استرس (dass-21) را بین یک نمونه ۳۰۰ نفری که به روش نمونه گیری در دسترس به دست آمده اند و متشکل از افراد مبتلا به فشار خون است پخش شد و نتایج آن ها را مورد بررسی قرار گرفت. تمامی مضامین اخلاقی در پژوهش رعایت شد و افراد نمونه بعد از تایید اینکه از سوی متخصص مربوطه دارای تشخیص فشارخون بودند پرسشنامه به آنها جهت پرکردن داده شد. پرسشنامه ها به دو صورت آنلاین و کاغذی تهیه شد و به این افراد داده شد. سپس اطلاعات جمع آوری گشته وارد نرم افزار spss 20 شد و سپس با استفاده از نرم افزار اموس مدل پژوهش طرح شد. به دلیل تعداد بالای سوالات پرسشنامه های این پژوهش و سختی همکاری افراد دارای فشار خون در پرکردن این پرسشنامه ها گاهی افراد از ادامه شرکت در پژوهش منصرف می شدند و یا پرسش نامه ها را ناقص پر می کردند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه طرحواره یانگ (فرم کوتاه ۷۵ سوالی)

در پژوهشی که توسط حسین مولوی، حمید طاهر نشاط دوست و مژگان صلواتی در رابطه با اعتباریابی پرسشنامه ی طرحواره ی یانگ (نسخه ی سوم فرم کوتاه) در دو گروه افراد بهنجار و دارای اختلال روانی در شهر تهران انجام شد که در آن گروه افراد بهنجار (n=۴۷۰) و دارای اختلال روانی (n=۸۲) در محدوده ی سنی ۵۰-۲۰ سال بودند که به طور نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها برای بررسی روایی همزمان شامل مقیاس نگرش های ناکارآمد بود. داده های مأخوذ از پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب همبستگی، تحلیل واریانس چندراهه و تحلیل ممیز مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتیجه ی حاصله این بود که به طور کل، ضریب آلفای کرونباخ و میزان ویژگی برای طرحواره ها مناسب بود. حساسیت نیز تا حدودی مطلوب بود و میزان ویژگی بالاتر از میزان حساسیت به دست آمد. ضریب روایی همزمان مقیاس نگرش های ناکارآمد با پرسشنامه ی طرحواره ی یانگ (نسخه ی سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) به میزان ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین نقاط برش برای تشخیص سرنبدی پرسشنامه ی طرحواره ی یانگ (نسخه ی سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) تعیین شد.

¹ Holter monitoring

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک (DAS-26)

این مقیاس در سال ۱۹۷۸ طراحی شد در این تحقیق مورد استفاده است. آنها دو فرم موازی را براس سنجش این سازه طراحی کردند که فرم الف آن ۴۰ سوال و فرم ب آن ۱۰۰ سوال داشت. در پژوهشی که توسط وایزمن و همکاران در سال ۱۹۷۸ در خصوص توسعه و اعتبار سنجی مقیاس نگرش ناکارآمد یک تحقیق مقدماتی انجام گرفت. نتایج نشان داد که مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS) برای اندازه‌گیری نگرش گسترده منفی یک فرد افسرده نسبت به خود، جهان خارج و آینده ساخته شده است. DAS از ساختار اختلال شناختی بک پیروی می‌کند. دو مطالعه به بررسی خصوصیات روان سنجی DAS و رابطه بین شناخت و تأثیر آن در ۳۰۰ دانش آموز و معلم فارغ التحصیل عادی پرداختند. مطالعه اول به بررسی ثبات درونی، قابلیت اطمینان از آزمون مجدد و همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک، مشخصات حالات و اندازه‌گیری تحریفات شناختی در افسردگی (داستان‌های فرضی) پرداخته است. در مطالعه دوم، DAS 100 ماده اصلی با تجزیه و تحلیل عاملی به دو شکل موازی ۴۰ موردی کوتاه شد. اعتبار این دو فرم تأیید شد، نشان می‌دهد که مطالعات آینده از نسخه کوتاه و نه ۱۰۰ مورد استفاده می‌کند. در نتیجه، یافته‌های اولیه نشان داد که شناخت‌های منفی با روحیه افسرده همراه است. علاوه بر این، اعتقادات منفی پایدارتر از تأثیر منفی است..

پرسشنامه افسردگی و اضطراب و استرس (DASS-21)

هر یک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات سوالات مربوط به آن بدست می‌آید. اعتبار این پرسشنامه در ایران در حد خوبیست. به گونه‌ای که همسانی درونی برای ۷۱۷ نفر در زیر مقیاس افسردگی برابر ۰/۸۱ و زیر مقیاس اضطراب ۰/۷۳ و زیر مقیاس تنیدگی ۰/۸۱ می‌باشد. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۲/۲۳ و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی پژوهش نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن در شرکت کنندگان پژوهش به ترتیب ۴۰/۶۱ و ۶/۷۸ می‌باشد. همچنین فراوانی جنسیت شرکت کنندگان پژوهش به ترتیب ۱۴۸ مرد و ۱۰۹ زن و فراوانی درصدی آن‌ها به ترتیب ۵۴/۳۵ و ۴۴/۳۵ می‌باشد. به علاوه وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان پژوهش به این قرار است است که افرادی که دارای مدرک سیکل بوده ۱۴ نفر و افراد دارای مدرک دیپلم ۴۸ نفر و افراد دارای مدرک فوق دیپلم ۲۰ نفر و افراد دارای مدرک لیسانس ۱۳۸ نفر و افرادی که دارای مدرک فوق لیسانس بودند ۳۷ نفر می‌باشد. همچنین فراوانی درصدی سیکل ۶/۰۲ و دیپلم ۱۸/۵۰ و فوق دیپلم ۷/۳۴ و لیسانس ۵۶/۱۵ و فوق لیسانس ۱۷/۳۹ و برآورد شد. در رابطه با یافته‌های توصیفی پژوهش می‌توان به میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای نشانگان بالینی، نگرش‌های ناکارآمد و طرح‌های ناسازگار اولیه اشاره کرد. به این ترتیب بر اساس یافته‌های پژوهش میانگین و انحراف استاندارد برای افسردگی به ترتیب ۱۳/۹۵ و ۱۰/۳۵ و برای اضطراب ۶/۶۳ و ۵/۵۹ و برای استرس ۱۴/۳۶ و ۶/۱۷ برآورد شد. در رابطه با نگرش‌های ناکارآمد میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس‌های آن از قرار زیر است. برای زیر مقیاس موفقیت/کمال طلبی به ترتیب ۳۵/۳۲ و ۱۵/۳۲ و برای نیاز به تأیید دیگران ۱۱/۷۳ و ۸/۳۰ برای نیاز به راضی کردن دیگران ۱۸/۹۳ و ۴/۳۶ و برای آسیب‌پذیری/ارزشیابی عملکرد به ترتیب ۱۳/۴۸ و ۶/۵۸ برآورد شد. همچنین میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار اولیه به شرح جدول ذیل می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار اولیه

طرحواره	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت های هیجانی	۱۳/۱۰	۵/۶۴
رهاشدگی/ بی ثباتی	۱۳/۵۱	۴/۸۷
بی اعتمادی/ سوء رفتار	۱۲/۲۸	۲/۳۹
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۸/۳۸	۵/۸۰
نقص/ شرم	۷/۵۱	۴/۹۰
شکست در پیشرفت	۸/۳۸	۲/۱۵
وابستگی/ بی کفایتی عملی	۸/۰۵	۵/۶۱
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۸/۱۳	۲/۴۱
گرفتاری و خود تحول نیافته	۹/۵۳	۱/۷۳
اطاعت	۸/۶۳	۲/۱۳
ایثار/ فداکاری	۱۵/۳۰	۳/۹۱
بازداری هیجانی	۱۵/۰۸	۵/۴۲
معیارهای سخت گیرانه	۱۳/۶۳	۹/۱۱
استحقاق و بزرگ منشی	۱۲/۷۵	۳/۲۰
خوشتن داری و خود انضباطی ناکافی	۱۱/۰۴	۱/۸۰

میانگین و انحراف معیار برای حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه از این قرار است. میانگین و انحراف استاندارد برای حوزه بریدگی و طرد به ترتیب ۴۵/۰۰ و ۲۰/۸۰ و برای حیطه خودگردانی و عملکرد مختل به ترتیب ۲۵/۶۰ و ۱۵/۵۰ و برای حیطه محدودیت های مختل به ترتیب ۳۰/۲۰ و ۹/۴۰ و برای حیطه دیگر جهت مندی به ترتیب ۳۴/۵۰ و ۶/۷۰ و در نهایت برای حیطه گوش به زنگی بیش از حد و باز داری به ترتیب ۳۰/۰۰ و ۱۲/۱۰ برآورد شد. بر اساس یافته های پژوهش مشخص شد که بین طرحواره های ناسازگار اولیه نگرش های ناکارآمد در افراد مبتلا به فشار خون اساسی ارتباط معنادار وجود دارد و نتایج آن از قرار جدول ذیل می باشد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد

نگرش ناکارآمد طرحواره	موفقیت/ کامل طلبی	نیاز به تأیید دیگران	نیاز به راضی کردن دیگران	آسیب پذیری/ ارزشیابی عملکرد
محرومیت های هیجانی	۰/۴۲*	۰/۴۸	۰/۱۷*	۰/۲۸
رهاشدگی/ بی ثباتی	۰/۹۱*	۰/۴۹*	۰/۶۵*	۰/۳۵
بی اعتمادی/ سوء رفتار	۰/۱۶*	۰/۲۹	۰/۷۸*	۰/۴۱
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۰/۲۸*	۰/۳۹*	۰/۲۱*	۰/۲۴
نقص/ شرم	۰/۸۰*	۰/۲۰*	۰/۸۵*	۰/۳۳
شکست در پیشرفت	۰/۳۵*	۰/۳۷*	۰/۲۳	۰/۲۱*
وابستگی/ بی کفایتی عملی	۰/۲۱*	۰/۱۶*	۰/۱۴*	۰/۳۵*
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۰/۸۴*	۰/۵۵*	۰/۷۴*	۰/۲۴
گرفتاری و خود تحول نیافته	۰/۳۵	۰/۳۹*	۰/۳۹*	۰/۵۴*
اطاعت	۰/۵۳*	۰/۷۵*	۰/۲۰*	۰/۲۸*
ایثار/ فداکاری	۰/۳۷	۰/۵۸*	۰/۱۱*	۰/۲۳
بازداری هیجانی	۰/۲۸*	۰/۲۲*	۰/۷۸*	۰/۱۲*
معیارهای سخت گیرانه	۰/۵۹*	۰/۸۸*	۰/۲۶*	۰/۲۱
استحقاق و بزرگ منشی	۰/۲۵*	۰/۵۸*	۰/۷۱*	۰/۲۹
خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی	۰/۳۸*	۰/۳۲*	۰/۳۰*	۰/۱۹

* معادل ۰/۰۵ < P، (معناداری)

به علاوه مشخص شد که این طرح واره های ناسازگار اولیه با نشانگان بالینی دهد افراد مبتلا به فشار خون اساسی ارتباط معنادار وجود دارد و نتایج آن در جدول ذیل آمده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین طر حواره های ناسازگار اولیه و نشانگان بالینی

نشانگان بالینی طر حواره	افسردگی	اضطراب	استرس
محرومیت های هیجانی	۰/۵۲*	۰/۵۳*	۰/۱۳*
رهاشده گی/ بی ثباتی	۰/۲۶*	۰/۱۹*	۰/۴۸*
بی اعتمادی/ سوء رفتار	۰/۵۷	۰/۲۵*	۰/۲۲*
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	۰/۴۶*	۰/۴۴*	۰/۱۴*
نقص/ شرم	۰/۴۹*	۰/۳۱*	۰/۶۶*
شکست در پیشرفت	۰/۳۹	۰/۲۰*	۰/۴۸*
وابستگی/ بی کفایتی عملی	۰/۱۰*	۰/۴۱*	۰/۱۶*
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	۰/۶۸*	۰/۳۲*	۰/۲۹*
گرفتاری و خود تحول نیافته	۰/۲۶	۰/۲۷*	۰/۳۸
اطاعت	۰/۳۵	۰/۱۱*	۰/۴۶*
ایثار/ فداکاری	۰/۶۳	۰/۳۴	۰/۲۳
بازداری هیجانی	۰/۳۰	۰/۲۹	۰/۵۹*
معیارهای سخت گیرانه	۰/۲۰*	۰/۴۹	۰/۷۰*
استحقاق و بزرگ منشی	۰/۱۲*	۰/۳۹*	۰/۳۲*
خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی	۰/۲۴	۰/۳۸	۰/۲۵*

* معادل ۰/۰۵ < P، (معناداری)

به علاوه مشخص شد که بین نگرش های ناکارآمد با نشانگان بالینی در افراد مبتلا به فشارخون اساسی ارتباط معنادار وجود دارد و داده های آن در جدول ذیل ذکر شده است.

جدول ۴. ضرایب همبستگی بین نگرش های ناکارآمد و نشانگان بالینی

نشانگان بالینی نگرش ناکارآمد	افسردگی	اضطراب	استرس
موفقیت/ کامل طلبی	۰/۵۰*	۰/۱۰*	۰/۳۲*
نیاز به تأیید دیگران	۰/۲۵	۰/۶۲*	۰/۱۷*
نیاز به راضی کردن دیگران	۰/۱۵*	۰/۳۵*	۰/۷۳*
آسیب پذیری/ ارزشیابی عملکرد	۰/۴۳	۰/۲۱	۰/۳۷

* معادل ۰/۰۵ < P، (معناداری)

اجرای معادلات ساختاری مدل تجربی و قابل استفاده به دست آورد همان گونه که در جدول ذیل مشاهده می کنیم الگوی پیشنهادی با توجه به شاخص های برازندگی دارای برازش خیلی خوب است.

جدول ۵. شاخص های برازش مدل نهایی

شاخص	χ^2/df	P	CFI	NFI	TLI	AGFI	GFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقدار	۱/۰۵	۰/۲۶	۰/۹۵	۰/۸۴	۰/۹۲	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۵۴	۰/۰۲	۰/۶۹

مدل ساختاری مورد آزمون و مدل های اندازه گیری پژوهش که شامل ضرایب رگرسیون یا بارهای عاملی رابطه متغیرهای پنهان و مشاهده شده است. ضرایب مسیر در این شکل، حامی از معنادار بودن مسیرهای مستقیم مربوط به مدل های اندازه گیری است که نشانه معرف بودن همه زیر مقیاس های متغیرها برای متغیر مربوطه است. در جدول ۶ ضرایب مسیر مدل های اندازه گیری به همراه مقدار t آمده است.

جدول ۶. ضرایب رگرسیون

متغیرهای مشاهده شده	طرحواره های ناسازگار اولیه	نگرش های ناکارآمد	نشانگان بالینی
محرومیت های هیجانی	$0/41(2/43)^*$		
رهاشدگی/ بی ثباتی	$0/55(1/13)^*$		
بی اعتمادی/ سوء رفتار	$0/81(5/67)^*$		
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	$0/49(7/01)^*$		
نقص/ شرم	$0/50(S)^*$		
شکست در پیشرفت	$0/49(2/71)^*$		
وابستگی/ بی کفایتی عملی	$0/77(2/70)^*$		
آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری	$0/41(2/40)^*$		
گرفتاری و خود تحول نیافته	$0/56(1/06)^*$		
اطاعت	$0/86(5/00)^*$		
ایثار/ فداکاری	$0/45(2/25)^*$		
بازداری هیجانی	$0/76(2/63)^*$		
معیارهای سخت گیرانه	$0/81(4/40)^*$		
استحقاق و بزرگ منشی	$0/39(4/18)^*$		
خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی	$0/70(6/97)^*$		
موفقیت/ کامل طلبی		$0/51(S)^*$	
نیاز به تأیید دیگران		$0/46(8/10)^*$	
نیاز به راضی کردن دیگران		$0/40(4/57)^*$	
آسیب پذیری/ ارزشیابی عملکرد		$-0/70(-1/18)$	
افسردگی			$0/76(3/58)^*$
اضطراب			$0/56(6/15)^*$
استرس			$0/90(S)^*$

* معادل $P < 0/05$ (معناداری)

بر اساس نتایج تحلیل برای مدل نهایی با استفاده از آموس، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مسیرها در جدول ۷ آمده است. اثر مستقیم بیانگر یک اثر مستقیم متغیر X بر روی متغیر Y است.

جدول ۷. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مدل نهایی

مسیرها	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	سطح معناداری
طرحواره های ناسازگار اولیه بر نشانگان بالینی	۰/۲۹۳	۰/۵۲۴	۰/۲۹۶
طرحواره های ناسازگار اولیه بر نگرش های ناکارآمد	۰/۴۱۵	۰/۱۲۷	۰/۰۰۰
نگرش های ناکارآمد بر نشانگان بالینی	۰/۲۶۰	۰/۱۳۱	۰/۰۱۱

جدول ۸ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم به دست آمده از تحلیل مدل نهایی را نشان می دهد. یک اثر غیرمستقیم متغیر X بر روی Y از طریق یک متغیر پیش‌بینی‌کننده دیگر، رابطه بین X و Y وقتی غیر مستقیم است که X علت Z است و Z نیز به نوبه خود در Y اثر دارد.

جدول ۸. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم مدل نهایی

مسیرها	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	سطح معناداری
طرحواره های ناسازگار اولیه بر نشانگان بالینی از طریق نگرش های ناکارآمد	۰/۱۱۳	۰/۲۸۱	۰/۰۰۰
طرحواره های ناسازگار اولیه بر افسردگی از طریق نگرش های ناکارآمد	۰/۱۲۷	۱/۲۷۷	۰/۰۰۰
طرحواره های ناسازگار اولیه بر اضطراب از طریق نگرش های ناکارآمد	۰/۳۰۲	۱/۲۳۱	۰/۰۰۰
طرحواره های ناسازگار اولیه بر استرس از طریق نگرش های ناکارآمد	۰/۱۸۹	۱/۱۰۶	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

به طور کلی می توان گفت که اولاً بر اساس جدول ۲ بین نگرش ناکارآمد موفقیت و کمال طلبی و ۱۳ طرحواره رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بین نگرش ناکارآمد نیاز به تأیید دیگران و ۱۳ طرحواره رابطه معنادار وجود دارد. همچنین بر اساس جدول ۲ بین نگرش ناکارآمد نیاز به راضی کردن دیگران و ۱۴ طرحواره ارتباط وجود دارد. به علاوه بین نگرش ناکارآمد آسیب پذیری/ طرد و ۵ طرحواره رابطه معنادار وجود دارد. از نتیجه این فرضیه می توان دریافت که ارتباط تنگاتنگی بین نگرش های ناکارآمد و طرحواره های ناسازگار اولیه وجود دارد. در پژوهشی که توسط فاطمه معین الغریابی و همکاران که در سال ۱۳۹۶ در خصوص مقایسه سبک های اسنادی، طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد (سه بعد از شناخت اجتماعی) در افراد افسرده و عادی انجام شد، یافته ها نشان دهنده تفاوت معنادار بین دو گروه سالم و افسرده در تمامی سبکهای اسنادی، طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد بود [۲۴]. ثانیاً بر اساس جدول ۳ می توان به وضوح دریافت که بین نشانه های بالینی افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب با ۸، ۱۱ و ۱۳ طرحواره ناسازگار اولیه ارتباط معنادار دارند. نتیجه این فرضیه حاکی از آن است که بین نشانگان بالینی و طرحواره های ناسازگار اولیه ارتباط معناداری وجود دارد. در پژوهشی که توسط پیچکلایی و همکاران در سال ۱۳۹۱ در خصوص بررسی مقدماتی علل تداوم نشانگان بالینی شکست عاطفی دانشجویان با تأکید بر سبک های دلبستگی و طرحواره های ناسازگار اولیه انجام گرفت، نتایج حاکی از آن بود که گروهها تفاوت معناداری در طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های دلبستگی دارند. [۲۵]. ثالثاً بر اساس جدول ۴ می توان دریافت که بین نشانه های بالینی افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب با ۲، ۳ و ۳ تا از حوزه های مربوط به نگرش های ناکارآمد ارتباط وجود دارد و این فرضیه هم نشان دهنده ارتباط تنگاتنگ بین نشانگان بالینی و نگرش های ناکارآمد است. رضایی، ابراهیم و همکاران در پژوهش انجام شده توسط درباره ی طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به فشار خون اساسی و بدون آن، نتیجه این شد که افراد مبتلا به فشارخون اساسی و بیماران غیر بالینی به طور معنی داری در ۹ طرح شامل محرومیت هیجانی، رها کردن / بی ثباتی، عدم اعتماد / سوء استفاده، انزوا / بیگانگی اجتماعی، عدم موفقیت، خودمختار / عدم توسعه، خودخواهی، خودخواهی و مهار عاطفی تفاوت دارند [۲۶]. در نهایت بر اساس نتایج حاصله از ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم و غیر مستقیم مدل نهایی می توان نقش واسطه ای نگرش های ناکارآمد را تأیید کرد. به عبارتی دیگر نگرش های ناکارآمد با واسطه گری می توانند باعث فعال شدن طرحواره های ناسازگار اولیه و طرحواره ها باعث فعالیت نشانگان بالینی افراد مبتلا به فشارخون می شوند. سهرابی، فرامرز و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و نگرش های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی نتایج پژوهش نشان داد که دو گروه افراد وابسته به مواد و افراد عادی بجز طرحواره فداکاری، در سایر طرحواره ها تفاوت معناداری با هم داشتند [۲۷].

محدودیت های پژوهش

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به تعداد بالای سوالات پرسشنامه های این پژوهش و سختی همکاری افراد مبتلا به فشار خون در پرکردن این پرسشنامه ها اشاره کرد. در مورد پژوهش هایی که به کمک پرسشنامه انجام می شوند دارای محدودیت بالقوه می باشند و پژوهش حاضر هم که از نوع پساوردادی می باشد از این قضیه مستثنا نیست. همچنین سختی رساندن پرسشنامه های چاپی به دست جامعه هدف از جمله محدودیت های این پژوهش در نظر گرفته می شود. در نهایت از دیگر محدودیت ها کمبود حجم نمونه است که شایسته است برای بدست آمدن نتایج دقیق تر بر اساس جدول مورگان افزایش یابد.

پیشنهادهای پژوهش

در رابطه با پیشنهادات پژوهش می توان خاطرنشان ساخت که در بررسی بیماری فشار خون شایسته است علاوه بر در نظر گرفتن سایر عوامل، به عامل مهم یعنی نگرش های ناکارآمد توجه ویژه ای مبذول داشت. از جنبه ی کاربردی ضرورت دارد علاوه بر خدمات زیستی پزشکی از قبیل دارو ها و غیره به پیشگیری و درمان از طریق غیر دارویی و روانشناختی توجه جدی و بیشتری شود، چراکه مداخله روانشناختی در بیماری ها در جهت کاستن از شدت بیماری و چه بسا جلوگیری از استمرار و مزمن شدن آن از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. همچنین برای اینکه نتایج دقیق تری از تأثیر متقابل متغیرها حاصل گردد، لازم است بر اساس جدول مورگان حجم نمونه افزایش یابد.

سپاس گذاری

نویسنده مقاله مراتب تشکر را از تمامی دست اندرکاران این پژوهش و همچنین افرادی که در نمونه پژوهش

مراجع

- [1] mooler. (2001). The theories underpinning rational emotive behavior therapy: where's the supportive evidence. *International Journal Attitude Studies*; 41(6):685-95.
- [2] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford. 2004.
- [3] Olesen J T, Peer H, Welsh K, Micheal A. *The Headache*. 2th ed. Lipincotte Williams & Wilking, Philadelphia. 2000; PP: 1024-52.
- [4] Atkinson, Rita et al., *The Psychology Background*, Translated by Mohamadeghi Barahani et al., Tehran, Roshd, 2009, Eighth Edition, Volume 2, Volume 19, p. 193.
- [5] brezn, D. Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. .(2007). Studies investigating early maladaptive schemas, 125, 276-302.
- [6] Borsook, David (2012). *The blood pressure: imaging, structure, and function*. New York: Oxford University Press. pp. 3-11.
- [7] Bigal, ME; Lipton, RB (2008 Jun). "The prognosis blood pressure.". *Current opinion in neurology* 21 (3): 301-8.
- [8] Adams RD(2001). blood pressure and other craniofacial pains. In: Adams and victor's. *Principles of neurology: From McGraw Hill Company*. NewYork: USA, 181-3.
- [9] Arthur C. Gaiton (1391). *Medical Physiology*, (translated by Ahmad Reza Niavariani). (Release Date in 2011).
- [10] Shakeri R, Shaeiri MR, Roshan R. The effect of biofeedback training on experimental Basic blood pressure according to perfectionism. 2007; 11(1): 43-59. [Persian].
- [11] Kalat, James (2005). *Physiological Psychology*. (Translated by Hadi Bahiraei) .Tehran: Arasbaran Publications. (Published in Original Language, 2004).
- [12] Gatchel R, Blanchard EB. *Psychophysiological disorders*. Washington: American Psychological Association; 2005. P. 24-112.
- [13] Dawn M. A double-blind provocative study of chocolate as a trigger of high blood pressure. *Cephalalgia* 2000; 17: 855-862.
- [14].Antono.B,Ditto.B,Moskowitz,D,S,Rios,N,(2000).Interpersonal behavior and resting blood pressure in college woman. A daily monitoring study, *Journal of Psychosomatic Research*. 309-31
- [15]. Baker,B,Kazarian,S,Morgues.J, (1994). Perceived interpersonal attitudes and psychiatric complaints in patients with essential hypertension, *Journal of Clinical Psychology*, 320-324
- [16].Clark,R, (2003). Parental history of hypertension and coping responses predict blood pressure changes in black college volunteers undergoing a speaking task about perceptions of racism, *American Psychosomatic Socie*
- [17]. Davies,M,H,(1971). Is high blood pressure a psychosomatic disorder?, *Journal of Cronic Disease*, 239- 25.
- [18] . National center for Health, united states , 2002 , Hyattsville , MD , US. Department of Health and Human services . Centers For Disease Control and prevention ,2002.

- [19]. Appel.L , robinson k . guallar E.utility of blood pressure monitoring outside of the clinic setting . Evidence report/Technology Assesment No. 63 AHRQ publication No. 3 – E 004.Rockville MD,Agenay for Heart case Quality ,2002
- [20].Valentia Fuster R, wayne Alender,RobertA ,ORouske Hurst,s the Heart 11th edition .MC Grawhillmedical D publishing Division 2004 :p:1534
- [21]. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin converting enzyme inhibitor(ALL-HAT). JAMA 288:2981-2997,2002.
- [22]. .Donal E,Hricik, Jackson, Michel c.smith.Hypertension serects 2002:9-10 83,88.
- [23]. The American Heart Association guidelines are available at <http://www.american heart.org>.
- [24] Moin al-Gharba'i, Fatima and Nawfari, Azam and Carmelo, Samira and Ganji, Nima. (1396). Comparison of attribution styles, early maladaptive schemas, and dysfunctional attitudes (three dimensions of social cognition) in depressed and normal individuals. Journal of Social Cognitive Research. Sixth period. the first number. Pages 91-104.
- [25] Pichaklai, Ahmad and Khanjani, Zeinab and Poursharifi, Hamid and Azimi Samad Fahimi, Zainab and Akbari, Ibrahim and Mahmoud Alilo, Majid and Ghasempour, Abdollah. (1391). A Preliminary Study of the Causes of Clinical Symptoms of Emotional Failure of Students with Emphasis on Attachment Styles and Early Maladaptive Schemes. Journal of Thought and Behavior. Sixth period. No. 23. Pages 70-80.
- [26] Rezaei, Ebrahimi and Hosseini, Wish and Khorrami, Farhad. (1393). Early maladaptive schemas in patients with and without migraine and tension headache. Journal of Health Psychology. Fourth period. Number 3. Pages 37-48.
- [27] Sohrabi, Faramarz & Azami, Youssef & Dostian, Younes. (1393). Comparison of early maladaptive schemas and dysfunctional attitudes in substance abusers and ordinary people. Journal of Applied Psychological Research. The fifth period. Issue 1. Pages 59-72.