

بررسی طرحواره های ناسازگار اولیه، تدابیر مقابله ای

و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و زخم های گوارشی

امید عنایتیان^۱

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه خیام مشهد

نویسنده مسئول:

امید عنایتیان

چکیده

مطالعات انجام شده در رابطه با اختلالات افسردگی و زخم های گوارشی نشان دهنده نقش عوامل روانی و روان تنی در خصوص این بیماری هاست. در پژوهش حاضر رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه، تدابیر مقابله ای و نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به افسردگی و زخم های گوارشی مورد بررسی قرار گرفته است. این عوامل در سه گروه ۳۰ نفری، بیماران مبتلا به افسردگی، بیماران مبتلا به زخم های گوارشی و افراد سالم مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه های مورد استفاده شامل پرسشنامه طرحواره های یانگ فرم کوتاه، پرسشنامه پاسخ های مقابله ای بلینگز و موس و پرسشنامه نشانگان بالینی (افسردگی، اضطراب و استرس) می باشد. روش تحلیل و بررسی تحلیل واریانس^۱ می باشد. نتایج نشان داد بیماران مبتلا به افسردگی و زخم های گوارشی در مقایسه با افراد سالم، طرحواره های ناسازگار بیشتری داشته اند ($p < 0/01$)، به علاوه تدابیر مقابله ای بیماران مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد سالم بیشتر مبتنی بر مهار هیجانی ($p < 0/01$) و کمتر مبتنی بر حل مسئله ($p < 0/05$) که در این مورد در بیماران مبتلا به زخم های گوارشی و افراد سالم تفاوت معناداری مشاهده نگردید. همچنین نشانگان بالینی افراد مبتلا به افسردگی و زخم های گوارشی در مقایسه با افراد عادی بیشتر بود. بنابراین میزان طرحواره های ناسازگار اولیه و تدابیر مقابله ای در بیماران مبتلا به افسردگی و زخم های گوارشی نقش مؤثری در بروز و تشدید بیماری دارند.

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، تدابیر مقابله ای، نشانگان بالینی، افسردگی، زخم های گوارشی

¹ Anova

مقدمه

یانگ^۲ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) معتقد است برخی از این طرحواره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور ۱ قرار بگیرند. یانگ برای بررسی دقیق تر این ایده، مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که به آنها طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گوید. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند (۱). اغلب طرحواره‌ها نتیجه تجارب زبان بخش محسوب می‌شوند که فرد در سیر دوران کودکی و نوجوانی دائماً با این تجارب روبرو بوده است. اثر این تجارب ناگوار در سیر تحول با یکدیگر جمع می‌شود و منجر به شکل‌گیری یک طرحواره کاملاً ناسازگار تمام عیار می‌گردد (۲). طرحواره‌های ناسازگار اولیه برای بقای خودشان می‌جنگند. این امر نتیجه تمایل بشر به «هماهنگی شناختی»^۳ است. اگر چه فرد می‌داند طرحواره منجر به ناراحتی وی می‌شود، ولی با طرحواره احساس راحتی می‌کند و همین احساس راحتی، فرد را به این نتیجه می‌رساند که طرحواره‌اش درست است. افراد به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که با طرحواره‌های همخوانی دارند و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. بیماران به طرحواره‌ها به عنوان حقایقی می‌نگرند که بدون به‌بوته آزمایش گذاشتن صحت و سقم آنها، معتقدند که این حقایق درستند. نتیجه چنین دیدگاهی این است که طرحواره بر پردازش تجارب بعدی تاثیر می‌گذارد. طرحواره‌ها نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط بیماران با دیگران بازی می‌کنند و به گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشاند که غالباً برای بیماران زیان‌بخش بوده است (۳). طرحواره‌ها در اوایل دوران کودکی یا نوجوانی بازنمایی‌هایی دقیق از محیط پیرامون ایجاد می‌کنند. تجربه نشان داده است که طرحواره‌ها افراد تا حدودی بازتابی دقیق از محیط زندگی اولیه‌شان است. معمولاً ماهیت ناکارآمد طرحواره‌ها وقتی ظاهر می‌شوند که بیماران در روند زندگی روزمره خود و در تعاملاتشان با دیگران به گونه‌ای عمل کنند که طرحواره‌های آنها تایید شود، حتی اگر برداشت اولیه آنها درست نباشد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راه‌های ناکارآمدی که بیماران از طریق آنها یاد می‌گیرند با دیگران کنار بیایند، اغلب زیربنای نشانه‌های مزمن اختلالات محور ۱ مثل اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات روان تنی به شمار می‌روند (۴). طرحواره‌ها حالت ابعادی دارند، بدین معنا که از نظر شدت و گستره فعالیت در ذهن با یکدیگر فرق دارند. هر چه طرحواره‌ها شدیدتر باشد، شمار بیشتری از موقعیت‌ها می‌توانند آن را فعال کنند. به عنوان مثال، اگر فردی در دوران کودکی به شدت و دائم از سوی پدر و مادر خود مورد انتقاد قرار گرفته باشد، تقریباً در برخورد با هر کسی، احتمال دارد طرحواره نقص در او برانگیخته شود. اگر فردی در دوران کودکی، تنها از سوی یکی از والدین خود و آن هم گاهی اوقات و به شکل خفیف تری مورد انتقاد قرار گرفته باشد، ممکن است طرحواره نقص او تنها در برخورد با مراجع قدرتی که از جنسیت همان والد انتقادگر هستند، برانگیخته شود. به طور کلی هر چه طرحواره شدیدتر باشد، فرد به هنگام برانگیخته شدن طرحواره، عواطف منفی بیشتری را تجربه می‌کند و فعال بودن آن در ذهن، مدت زمان بیشتری به طول می‌انجامد (۵).

ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها

نیازهای هیجانی اساسی:

بر این باوریم که طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند. ما معتقدیم که انسان‌ها پنج نیاز هیجانی اساسی دارند: دل‌بستگی ایمن به دیگران (شامل نیاز به امنیت، ثبات محبت و پذیرش)، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیزگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری. اعتقاد بر این است که این نیازها، جهان‌شمول هستند. همه انسان‌ها، این نیازها را دارند، اگر چه شدت این نیازها در بعضی از افراد بیشتر است. فردی که از سلامت روان برخوردار است، می‌تواند این نیازهای هیجانی اساسی را به طور سالمی ای‌ارضاء کند. گاهی اوقات تعامل بین خلق و خوی فطری کودک و محیط اولیه، به جای ارضاء این نیازها، منجر به ناکامی آنها می‌شود. هدف طرحواره درمانی، این است که به بیماران کمک کند تا راه‌های سازگارانه تری برای ارضاء این پنج نیاز هیجانی بیابند (۱).

² Yang³ Schema⁴ Cognitive coordination

تجارب اولیه زندگی:

ریشه تحولی طرحواره های ناسازگار اولیه در تجارب ناگوار دوران کودکی نهفته است. طرحواره هایی که زودتر به وجود می آیند و معمولاً قوی ترین هستند، از خانواده های هسته ای نشأت می گیرند. تا حد زیادی، پویایی های خانواده، بازتاب دقیق پویایی های جهان ذهنی کودک هستند. وقتی بیماران در موقعیت هایی از زندگی بزرگسالی، طرحواره های ناسازگار اولیه شان فعال می شوند، معمولاً خاطره ای هیجان انگیز از دوران کودکی خود تجربه می کنند. همزمان با تحول کودک، سایر عوامل تاثیر گذار مانند همسالان، مدرسه، انجمن های گروهی و فرهنگ، به طور روز افزونی اهمیت می یابند و در شکل گیری طرحواره نقش بازی می کنند. با این حال، طرحواره هایی که بعداً در سی تحول شکل می گیرند، طیاد عمیق و نیرومند نیستند (۱).

چهار دسته از تجارب اولیه زندگی، روند اکتساب طرحواره ها را تسریع می کنند. اولین دسته از تجارب اولیه زندگی، ناکامی ناگوار نیازها هستند. این حالت وقتی اتفاق می افتد که کودک تجارب خوشایندی را تجربه نکند. طرحواره هایی مانند محرومیت هیجانی یا رها شدگی به دلیل نقص در محیط اولیه به وجود آیند. در محیط زندگی چنین کودکی، ثبات، درک شدن یا عشق وجود ندارد. نوع دوم تجارب اولیه زندگی که طرحواره ها را به وجود می آورند، آسیب دیدن و قربانی شدن هستند. در چنین وضعیتی، کودک آسیب می بیند یا قربانی می شود و طرحواره هایی مثل بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم یا آسیب پذیری نسبت به ضرر در ذهن او شکل می گیرد. در نوع سوم تجارب، مشکل این است که کودک، زیادی چیزهای خوب را تجربه می کند. والدین جهت رفاه و آسایش کودک، همه کار می کنند، در حالی که تامین رفاه و راحتی در حد متعادل برای رشد سالم کودک لازم است. در اثر این گونه تجارب در ذهن کودکان طرحواره هایی نظیر وابستگی/بی کفایتی یا استحقاق/بزرگ منشی به وجود می آید. در این حالت، والدین به ندرت با کودک جدی برخورد می کنند و کودک روی پر قو بزرگ می شود و لوس بار می آید. در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به خودگردانی یا محدودیت های واقع بینانه ارضاء نمی شوند. والدین ممکن است بیش از حد درگیر زندگی کودک بشوند یا ممکن است بدون هیچ گونه محدودیتی، آزادی عمل زیادی به او بدهند. نوع چهارم تجارب زندگی که باعث شکل گیری طرحواره ها می شود، درونی سازی انتخابی یا همانند سازی با افراد مهم زندگی است. کودک به طور انتخابی با افکار، احساسات، تجارب و رفتارهای والدین خود همانند سازی کرده و آنها را درون سازی می کند (۱).

خلق و خوی هیجانی:

علاوه بر محیط زندگی اولیه، عوامل دیگری نیز در شکل گیری طرحواره ها نقش بازی می کنند که در این میان، خلق و خوی هیجانی کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است. اکثر والدین، خیلی زود به این نکته پی می برند که هر کودکی از زمان تولد، شخصیت یا خلق و خوی منحصر به فرد و متمایزی دارد. برخی از کودکان تحریک پذیرند، برخی خجالتی و برخی نیز پرخاشگرند. پژوهش های زیادی نشان می دهند که عوامل زیستی در شکل گیری و تحول شخصیت از اهمیت فوق العاده ای برخوردارند. در قسمت پایین به برخی از ابعاد خلق و خوی هیجانی اشاره می شود که به نظر ما اکثر آنها مادرزادی اند و نسبتاً غیر قابل تغییر، مگر از طریق روان درمانی (۶).

خلق و خوی هیجانی کودک در تعامل با وقایع دردناک دوران کودکی منجر به شکل گیری طرحواره ها می شود. خلق و خوی متفاوت، کودکان را در معرض شرایط گوناگونی قرار می دهد. کودکان ممکن است به دلیل خلق و خویهای متفاوت، درمقابل رفتار مشابه والدین خود، واکنش های کاملاً متفاوتی نشان بدهند (۱).

مشاهدات اولیه حاکی از آن است که محیط اولیه فوق العاده محبت آمیز یا منزجر کننده می تواند به میزان زیادی خلق و خوی هیجانی را تحت الشعاع قرار دهد. به عنوان مثال، محیط امن و محبت آمیز یک خانواده ممکن است بتواند حتی یک کودک خجالتی را به کودکی دوست داشتنی و مهربان تبدیل کند و برعکس اگر محیط اولیه طرد کننده باشد، حتی یک کودک اجتماعی ممکن است منزوی شود. همچنین خلق و خوی هیجانی افراطی می تواند بر محیط پیرامون چیره شود و بدون هیچ گونه توجیه آشکاری در تاریخچه زندگی بیمار منجر به آسیب روانی گردد (۱). صرف نظر از طرحواره ها که در به وجود آمدن اختلالات زیادی نقش دارند نمی توان نقش مهارت ها و تدابیر مقابله ای را نادیده گرفت.

از دیدگاه لازاروس^۵ و فولکمن^۶ (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از: تلاش های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می شود (۷) مقابله، نیازمند بسیج و آماده سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می شود تفاوت اساسی

⁵ Lazarus

⁶ Folkman

دارد. (۸). تدابیر مقابله‌ای^۷ افکار و رفتارهایی هستند که پس از روبه رو شدن فرد با رویداد استرس‌زا به کار گرفته می‌شوند در حالی که منابع مقابله‌ای ویژگی‌های خود شخص هستند که قبل از وقوع استرس وجود دارند، مانند برخورداری از عزت نفس، احساس تسلط بر موقعیت، سبک‌های شناختی، منبع کنترل، خودآزمایی و توانایی حل مسئله (۹). از جمله امور مهم در این رابطه ارزیابی فرد از توانایی‌های خودش برای رویارویی با مسئله است. این ارزیابی‌ها ممکن است مطابق با واقعیت و توانایی‌های واقعی فرد باشد و یا مطابق با واقعیت و توانایی‌های او نباشد، ولی هر چه هست برداشت‌های فرد از توانایی‌ها و قابلیت‌هایش تعیین کننده اصلی برای مقابله با دشواری‌ها می‌باشد. اگر فرد احساس ناتوانی بکند با وجود همه مهارت‌هایی که آموخته نخواهد توانست از عهده مشکل برآید (۱۰). به طور کلی در برخورد با وضعیت‌های استرس‌زا دو نوع مقابله از طرف افراد به کار گرفته می‌شود: مقابله‌های کارآمد و مقابله‌های ناکارآمد. مقابله‌های مؤثر و کارآمد که ما را در برابر استرس‌ها و شرایط دشوار یاری می‌دهند به دو دسته تقسیم می‌شوند متمرکز بر مسئله و مقابله متمرکز بر هیجان. مقابله‌های متمرکز بر مسئله، عبارت از عملکردهای مستقیم فکری و رفتاری فرد می‌باشد که به منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدید کننده محیطی انجام می‌شود. به بیان دیگر مقابله متمرکز بر مسئله به تلاش‌های فرد برای تغییر وضعیت و گلاویزی مستقیم با مشکل مربوط می‌شود (۱۱). هیچ کس بدون کوشش نمی‌تواند به چیزی دست یابد. تصمیم گیری در مورد این که فرد هنگام استرس چه کار باید بکند نیازمند به قضاوت خود او است، که این قضاوت‌ها متأسفانه به وسیله هیجانات منفی که در اثر تجارب منفی گذشته به وجود آمده‌اند تحت تأثیر قرار می‌گیرند. مثلاً فردی که بحران زده است اگر در گذشته به ندرت تجربه‌ای موفقیت آمیز در تأثیر گذاردن بر دنیا برای تغییر اوضاع داشته و علاوه بر آن افسردگی در او تولید ناامیدی کرده باشد احتمالاً حتی با وجود کارهای فراوانی که می‌تواند برای اصلاح وضعیت خود انجام بدهد در صدد مقابله با مسئله برنمی‌آید. این افراد به جای این که خود را بازیگر نقش اصلی در زندگی بدانند خود را قربانی اعمال، رفتار و تلقینات دیگران می‌دانند. ناباوری نسبت به کارایی خود مانع بزرگی برای حل مسئله است، چون در این حالت فرد کمترین تلاشی برای حل مسئله انجام نمی‌دهد (۱۲). این مقابله شامل کلیه فعالیت‌ها یا افکاری می‌شود که فرد به منظور کنترل و بهبود احساسات نامطلوب ناشی از شرایط فشارزا به کار می‌گیرد، این مقابله‌ها عبارتند از:

مقابله مبتنی بر جستجوی حمایت عاطفی: تلاش‌های فرد برای به دست آوردن حمایت اخلاقی، همدلی، همدردی و جو تفاهم و احساس درک شدن توسط دیگران را شامل می‌شود (۱۳).

مقابله مبتنی بر تفسیر مجدد مثبت: ارزیابی مثبت از حوادث و موقعیت‌ها که مبتنی بر نگرش خوشبینانه به رویدادهای زندگی است، این مقابله بیشتر برای اداره و کنترل عواطف و آشفتگی روان به کار می‌رود تا مربوط به منبع استرس باشد (۷).

مقابله مبتنی بر مذهب: در این مقابله فرد برای رهایی از ناراحتی‌های خود به انجام اعمال مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خدا روی می‌آورد. یافته‌های پژوهش مک کری^۸ و کاتسا^۹ نشان می‌دهد که این نوع مقابله برای همه مردم مفید واقع می‌شود زیرا هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تغییر مثبت عمل می‌کند و لذا مقابله‌های بعدی را تسهیل می‌کند (۱۴).

مقابله مبتنی بر پذیرش: عبارت از یک پاسخ مقابله‌ای کنشی است که در آن شخص واقعیت شرایط فشارزا را می‌پذیرد. این امر در شرایطی که منبع فشار قابل تغییر نیست (فوت یکی از عزیزان) مهم و مؤثر است (۱۵).

افسردگی^{۱۰} یک حالت خلقی شامل بی‌حوصلگی و گریز از فعالیت یا بی‌علاقگی و بی‌میلی است و می‌تواند بر روی افکار، رفتار، احساسات و خوشی و تندرستی یک فرد تأثیر بگذارد (۱۶). افرادی که دارای حالت افسردگی هستند، می‌توانند احساس ناراحتی، اضطراب، پوچی، ناامیدی، درماندگی، بی‌ارزشی، شرمساری یا بی‌قراری داشته باشند. ممکن است آن‌ها اشتیاق خود در انجام فعالیت‌هایی که زمانی برایشان لذت بخش بوده از دست بدهند، نسبت به غذا بی‌میل و کم‌اشتها شوند، تمرکز خود را از دست بدهند، در به خاطر سپردن جزئیات و تصمیم‌گیری دچار مشکل شوند، در روابط خود به مشکل برخورد کنند و به خودکشی فکر کرده، قصد آن را داشته باشند و حتی خودکشی کنند (۱۷). افسردگی هم‌چنین

⁷ Coping strategies

⁸ Robert R. McCrae

⁹ Paul Costa Jr

¹⁰ Depression

ممکن است باعث بی‌خوابی، خواب بیش از حد، احساس خستگی و کوفتگی، مشکلات گوارشی، یا کاهش انرژی بدن شود. افسردگی یکی از ویژگی‌های برخی از نشانگان روانی از جمله اختلال افسردگی اساسی است (۱۸). اما ممکن است یک واکنش طبیعی نسبت به رویدادهای زندگی مانند مرگ اطرافیان، اثرات بیماری‌های بدنی یا عوارض جانبی مصرف بعضی از داروها و درمان‌های پزشکی باشد، البته تا زمانی که این حالت در یک مدت زمان طولانی باقی نمانده باشد. ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، افسردگی به شکل یک حالت و واکنش خلقی که فرد می‌تواند به عنوان بخشی از زندگی خود تجربه کند را از اختلال افسردگی اساسی متمایز می‌کند (۱۹،۲۰). زخم معده و اثنی عشر که اصطلاحاً به آن زخم پپتیک^{۱۱} گفته می‌شود، وجود زخم یا خراش در پوشش (مخاط) معده و اثنی عشر (دودنوم) است. معده اسید ترشح می‌کند و مخاط معده و اثنی عشر مکانیسم‌هایی برای محافظت از خودشان در برابر آن دارند (۲۱،۲۲). وقتی این روش به عللی متوقف شود، تأثیر اسید بر پوشش داخلی معده باعث زخم گوارشی می‌شود. زخم پپتیک (گوارشی) حدوداً ۲-۱ سانتیمتر قطر داشته و شبیه زخم بزرگ دهان هستند. زخم اثنی عشر در برخی نقاط بر روی ۱۰٪ افراد در طول زندگی شان تأثیر می‌گذارد و در سنین ۴۵-۲۰ دیده می‌شود. زخم معده چندان شایع نیست و معمولاً افراد بالای ۵۰ سال را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۳). برخی افراد با زخم پپتیک علائمی ندارند لیکن خیلی از اشخاص علائم زیر را دارند: - احساس درد و سوزش سردل و یا انتهای جناغ سینه و احساس درد در پشت - شروع درد ۲-۱ ساعت بعد از خوردن غذا بدتر شدن درد در صورت خالی بودن معده مانند درد شبانه که با خوردن آنتی اسید و شیر بهبود می‌یابد - آروغ زدن - تهوع و استفراغ - سوءهاضمه - کاهش وزن و کاهش اشتها - مشاهده خون در استفراغ یا مدفوع. البته این علائم می‌تواند ناشی از مشکلات دیگری غیر از زخم معده باشد و نیاز به مراجعه فوری به پزشک دارد (۲۴،۲۵).

روش پژوهش

جامعه آماری و حجم نمونه و روش نمونه برداری

پژوهش حاضر، علی-مقایسه ای از نوع پس رویدادی می‌باشد. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و بیماری زخم گوارشی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و مراکز مشاوره شهر مشهد تشکیل می‌دهند. نمونه گیری در گروه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و زخم گوارشی و با نمونه گیری در دسترس انجام گرفته است. حجم نمونه ۹۰ نفر در سه گروه ۳۰ نفری که شامل ۲۹ مرد و ۶۱ زن می‌باشد. بدین ترتیب گروه‌های اصلی را بیماران مبتلا به اختلال افسردگی و بیماری زخم گوارشی تشکیل می‌دهند. برای تشخیص اختلال افسردگی از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 استفاده می‌شود.

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 (۴۷۰=n) و دارای اختلال روانی (۸۲=n) در محدوده ی سنی ۵۰-۲۰ سال بودند که به طور نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده ها برای بررسی روایی همزمان شامل مقیاس نگرش‌های 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 نگرش‌های 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 سرندی پرسشنامه ی طرحواره ی یانگ (نسخه ی سوم فرم کوتاه، ۲۰۰۵) تعیین شد.

پرسشنامه پاسخ‌های مقابله ای بلینگز و موس: این پرسشنامه را که حاوی ۱۹ ماده که در آن بحران شخصی، تجربه فشار زا و نحوه درگیری با رویداد های مذکور در آن قید شده بود، برای ارزش یابی پاسخ های مقابله ای تنظیم نمودند. پاسخ های مقابله ای به سه بخش

¹¹ Peptic

شناختی فعال، رفتار های فعال و اجتنابی با در نظر گرفتن روایی صوری تقسیم شده و اعتبار و همسانی درونی گزارش شده بر اساس سه خرده مقیاس بین ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ می باشد. بلینگز و موس ادامه ی کار خود را روی بیماران افسرده به منظور شناسایی تدابیر مقابله ای آن ها با افزایش تعداد پاسخ های مقابله ای به ۳۱ ماده و استفاده از مقاس لیکرت چهار نقطه ای دنبال کردند. سه مقوله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مشکلدار و هیجان مدار طبقه بندی جدید آنها را دربرگرفت و اعتبار و همسانی درونی آن ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شد.

پرسشنامه افسردگی و اضطراب و استرس (DASS-21): هر یک از خرده مقیاس های DASS-21 شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هرکدام از طریق مجموع نمرات سوالات مربوط به آن بدست می آید. اعتبار این پرسشنامه در ایران در حد خوب است. به گونه ای 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 می باشد. آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجددا 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 می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹، و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ بود.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی

میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن شرکت کنندگان به شرح جدول زیر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن در شرکت کنندگان پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۵/۶۱	۵/۷۸

در ادامه جدول ۲ آماره های مربوط به عامل جنسیت را در شرکت کنندگان پژوهش نشان می دهد.

جدول ۲. فراوانی جنسیت شرکت کنندگان پژوهش

جنسیت	فراوانی	فراوانی درصدی
مرد	۲۹	۳۷/۳۵
زن	۶۱	۶۲/۶۵
مجموع	۹۰	۱۰۰

آماره های مربوط به وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان پژوهش

مدرک تحصیلی	فراوانی	فراوانی درصدی
سیکل	۵	۶/۶۲
دیپلم	۲۰	۱۷/۵۰
فوق دیپلم	۱۵	۹/۳۴
لیسانس	۴۰	۵۲/۱۵
فوق لیسانس	۱۰	۱۴/۳۹
مجموع	۹۰	۱۰۰

یافته های توصیفی پژوهش

میانگین و انحراف معیار نشانگان بالینی افراد مبتلا به میگرن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نشانگان بالینی

نشانه بالینی	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	۱۴/۹۵	۷/۳۵
اضطراب	۱۰/۶۳	۹/۵۹
استرس	۱۳/۲۶	۷/۱۷

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار تدابیر مقابله ای را در شرکت کنندگان پژوهش نشان می دهد.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد تدابیر مقابله ای

نگرش ناکارآمد	میانگین	انحراف استاندارد
مهار هیجانی	۲۲/۳۲	۱۱/۳۲
حل مسئله	۱۱/۷۳	۷/۳۰
حمایت اجتماعی	۱۷/۹۳	۹/۳۶

میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار اولیه در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار طرحواره های ناسازگار اولیه

انحراف استاندارد	میانگین	طرحواره
۴/۳	۹/۱۱	محرومیت های هیجانی
۳/۷۷	۱۵/۵۱	رهاشدگی/ بی ثباتی
۴/۲۹	۷/۲۸	بی اعتمادی/ سوء رفتار
۴/۵۲	۱۳/۳۲	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
۳/۴۰	۴/۳۱	نقص/ شرم
۵/۳۵	۶/۳۱	شکست در پیشرفت
۴/۴۱	۱۳/۳۲	وابستگی/ بی کفایتی عملی
۲/۵۱	۵/۳۳	آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری
۱/۲۳	۳/۸۳	گرفتاری و خود تحول نیافته
۴/۲۹	۳/۶۹	اطاعت
۷/۱۵	۱۲/۱۰	ایثار/ فداکاری
۵/۴۰	۲۱/۰۱	بازداری هیجانی
۶/۱۱	۱۶/۶۳	معیارهای سخت گیرانه
۴/۵۰	۱۲/۷۵	استحقاق و بزرگ منشی
۲/۶۰	۱۷/۰۴	خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی

جدول ۷ میانگین و انحراف معیار حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه را نشان می دهد.

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار حوزه های طرحواره های ناسازگار اولیه

انحراف استاندارد	میانگین	حوزه طرحواره
۱۹/۴۰	۴۳/۳۰	بریدگی و طرد
۱۳/۹۰	۲۲/۷۶	خودگردانی و عملکرد مختل
۱۲/۶۰	۳۰/۸۰	محدودیت های مختل
۱۴/۵۰	۲۲/۶۸	دیگر جهت مندی
۱۳/۹۰	۲۱/۹۹	گوش به زنگی بیش از حد

یافته های استنباطی پژوهش

جدول ۸ تحلیل واریانس میزان طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه های سه گانه را نشان می دهد

جدول ۸. تحلیل واریانس میزان طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه های سه گانه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	F	P
بین گروه ها	۳۹۹۸۰/۰۲۲	۲	۱۹۹۹۰/۰۱۱	۳۵/۸۰	۰/۰۱
درون گروه ها	۴۸۵۷۷/۲۶۷	۸۷	۵۵۸/۳۵۹		
مجموع	۸۸۵۵۷/۲۸۹	۸۹			

F معیار: ۴/۸۷، Q معیار: ۴/۲۴

جدول ۹ تحلیل واریانس میزان مقابله مبتنی بر مهار هیجانی در گروه های سه گانه را نشان می دهد.

جدول ۹. تحلیل واریانس میزان مقابله بر مهار هیجانی در گروه های سه گانه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	F	P
بین گروه ها	۱۹۳/۷۵۶	۲	۹۶/۸۷۸	۶/۱۵	۰/۰۱
درون گروه ها	۱۳۶۹/۲۳۳	۸۷	۱۵/۷۳۸		
مجموع	۱۵۶۲/۹۸۹	۸۹			

F معیار: ۴/۸۷، Q معیار: ۴/۲۴

جدول ۱۰ تحلیل واریانس میزان مقابله مبتنی بر حل مسئله در گروه های سه گانه را گزارش می دهد.

جدول ۱۰. تحلیل واریانس میزان مقابله بر حل مسئله در گروه های سه گانه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	F	P
بین گروه ها	۳۰/۰۲۲	۲	۱۵/۰۱۱	۴/۸۸	۰/۰۵
درون گروه ها	۲۶۷/۱۳۳	۸۷	۳/۰۷۰		
مجموع	۲۹۷/۱۵۵	۸۹			

F معیار: ۳/۱۱، Q معیار: ۳/۳۷

در جدول ۱۱ تحلیل واریانس میزان مقابله مبتنی بر جلب حمایت های اجتماعی در گروه های سه گانه را گزارش می دهد.

جدول ۱۱. تحلیل واریانس میزان مقابله بر جلب حمایت های اجتماعی در گروه های سه گانه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	F	P
بین گروه ها	۳۰/۰۲۲	۲	۱۵/۰۱۱	۴/۸۸	۰/۰۱
درون گروه ها	۲۶۷/۱۳۳	۸۷	۳/۰۷۰		
مجموع	۲۹۷/۱۵۵	۸۹			

F معیار: ۴/۸۷، Q معیار: ۴/۲۴

در جدول ۱۲ تحلیل واریانس نشانگان بالینی در گروه های سه گانه پژوهش گزارش شده است.

جدول ۱۲. تحلیل واریانس نشانگان بالینی در گروه های سه گانه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	واریانس	F	P
بین گروه ها	۷۲۵/۴۸۹	۲	۳۶۲/۷۴۷	۱۴/۴۲	۰/۰۱
درون گروه ها	۲۱۸۸/۰۶۷	۸۷	۲۵/۱۵۰		
مجموع	۲۹۱۳/۵۵۶	۸۹			

F معیار: ۴/۸۷، Q معیار: ۴/۲۴

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که از بخش یافته ها پیداست جداول ۱ تا ۳ مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش می باشد و جداول ۴ تا ۷ مربوط به یافته های توصیفی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد می باشد. به علاوه در بخش یافته های استنباطی پژوهش بر اساس جدول ۸ می توان دریافت که میزان F محاسبه شده از F معیار (۴/۸۷) بزرگتر بوده و نشان دهنده تفاوت میانگین سه گروه است. به علاوه میزان Q محاسبه شده بین بیماران مبتلا به افسردگی و افراد سالم و بین بیماران زخم گوارشی و افراد سالم بیشتر از Q معیار (۴/۲۴) می باشد و این نشان دهنده این است که میزان طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به افسردگی و زخم های گوارشی بیشتر از جمعیت سالم است. همچنین میزان Q محاسبه شده بین دو گروه بیماران افسرده و مبتلا به زخم گوارشی بیشتر از Q معیار (۴/۲۴) می باشد که این امر نشان دهنده این است که میزان طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به افسردگی بیشتر از زخم های گوارشی می باشد. در پژوهشی که توسط کرمی و همکاران (۱۳۹۶) در خصوص نقش طرحواره های هیجانی در پیش بینی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، نتایج نشان داد که طرحواره های هیجانی نقش مهمی در پیش بینی میزان افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان دارد. بنابراین، طراحی مداخلات روان شناختی در این زمینه توأم با شناسایی و تعدیل طرحواره های هیجانی منفی، می تواند منجر به کاهش افسردگی و اضطراب در این بیماران گردد (۲۶).

بر اساس جدول ۹ می توان دریافت که F محاسبه شده از F معیار (۴/۸۷) بزرگتر بوده و این نشان دهنده تفاوت میانگین میان سه گروه پژوهش است. به علاوه میزان Q محاسبه شده بین افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم بزرگتر از Q معیار (۴/۲۴) می باشد. بنابراین می توان گفت که افراد افسرده مقابله های مبتنی بر مهار هیجانی را بیشتر از افراد سالم به کار می برند. در پژوهشی که توسط شاه میری و همکاران (۱۳۸۵) در خصوص رابطه راهبردهای مقابله ای با ویژگی های فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد، نتایج نشان داد که ویژگی های فردی و شدت افسردگی در نحوه به کارگیری راهبردهای مقابله ای در بیماران افسرده موثر است. به این صورت که مردان، افراد با تحصیلات بالاتر، افراد شاغل، و بیماران با افسردگی خفیف نسبت به سایر افراد مورد مطالعه بیشتر از راهبردهای مقابله ای موثرتر نظیر مقابله رویاروگر، خویشتن داری، حل مدبرانه مساله، و جستجوی حمایت اجتماعی استفاده کردند. آنها همچنین کمتر راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه مانند تفکر آرزومندانه، گریز اجتناب، و خود سرزنشگری را به کار بردند (۲۷).

طبق جدول ۱۰ همان گونه که مشاهده می شود میزان F محاسبه شده بزرگتر از F معیار (۳/۱۱) می باشد و می توان نتیجه گرفت که بین میانگین های سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میزان Q محاسبه شده بین بیماران مبتلا به افسردگی و افراد سالم بزرگتر از Q معیار (۳/۳۷) می باشد. بنابراین می توان گفت که تدابیر مقابله ای افراد سالم نسبت به افراد افسرده بیشتر بر اساس حل مسئله است. به علاوه میزان Q محاسبه شده بین دو گروه افراد بیمار افسرده و مبتلا به زخم گوارشی بزرگتر از Q معیار بوده و این نشان دهنده آن است که بیماران مبتلا به زخم گوارشی ضمن آنکه در استفاده از مقابله مبتنی بر حل مسئله تفاوت معناداری با افراد سالم ندارند و این مقابله را بیشتر از افراد مبتلا به افسردگی استفاده می کنند.

همانطور که از جدول ۱۱ پیداست F محاسبه شده از F معیار (۴/۸۷) کوچکتر بوده که بر اساس آن می توان گفت بین سه گروه مورد مطالعه از لحاظ مقابله مبتنی بر جلب اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد.

مطابق با داده های جدول ۱۲ همانگونه که ملاحظه می گردد F محاسبه شده بزرگتر از F معیار (۴/۸۷) می باشد و می توان نتیجه گرفت که بین میانگین های سه گروه از نظر میانگین تفاوت معناداری وجود دارد. به علاوه میزان Q محاسبه شده بین افراد مبتلا به افسردگی و افراد سالم و بین افراد مبتلا به زخم گوارشی و افراد سالم از Q معیار (۴/۲۴) بزرگتر است. پس می توان گفت که میزان نشانگان بالینی در افراد مبتلا به افسردگی و زخم های گوارشی بیشتر از گروه افراد سالم است.

همانگونه که از نتایج پیداست می توان گفت که طرحواره ها و تدابیر مقابله ای و نشانگان بالینی می توانند در خصوص ایجاد و تشدید اختلال افسردگی و زخم های گوارشی دخالت داشته باشند.

محدودیت های پژوهش

از جمله محدودیت های پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. استفاده از پرسشنامه های خوسنجی درباره ی رویداد های گذشته که ممکن است افراد این رویدادها را به خوبی به خاطر نیاورند.
۲. کمبود حجم نمونه.

پیشنهادهای پژوهش

از جمله پیشنهادت پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. داشتن توجه ویژه به عامل طرحواره های ناسازگار و عوامل روانشناختی علاوه بر عوامل زیست چزشکی.
۲. افزایش حجم نمونه جهت دسترسی به نتایج دقیق تر.

سپاس گذاری

نویسنده مقاله مراتب تشکر را از تمامی دست اندرکاران این پژوهش و همچنین افرادی که در یافتن نمونه پژوهش اینجانب را یاری نمودند و افراد شرکت کننده در پژوهش به عمل می آورد.

مراجع فارسی

۱. یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت؛ و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۴). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. جلد اول، ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز (۱۳۹۴)، تهران: ارجمند.
۲۶. کرمی، سوما و السادات بنی جمالی، شکوه و خسروی، زهره و پرهون، هادی. (۱۳۹۶). خصوص نقش طرحواره های هیجانی در پیش بینی اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان. تحقیقات علوم رفتاری دوره پانزدهم. شماره ۳ (پیاپی ۴۹).
۲۷. شاه میری، حسن و قریشی زاده، سیدمحمدعلی. (۱۳۸۵). رابطه راهبردهای مقابله ای با ویژگی های فردی و شدت افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. دوره ۲۸ شماره ۱. از صفحه ۸۱ تا صفحه ۸۶.

مراجع انگلیسی

2. Brock, Joy. P. (2014). Examining the Relationships between Early Maladaptive Schemas, Forgiveness and Vengeance. Doctoral dissertation, Regent university. Retrieved from <http://proquest.com/docview/1534533290>.
3. Corral, C., & Calvete, E. (2014). Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence. *Span J Psychol*, 17: 10.1017.
4. Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J. E., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of Psrsonality and Social Psychology*, 65, 176-185.
5. John, P. P. (1990). The Big Five factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-100). New York: Guilford Press.
6. Worthington, E. L., Jr., & Wade, N. G. (1999). The social psychology of unforgiveness and forgiveness and implications fot clinical practive. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 385-418.
7. Lazarus and Folkman. Investigating Coping Styles and Its Types. 1984. 18(4): 211-78.
8. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55(3): 234-47.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 2nd ed. New York: Springer Publishing Co 1984; 120-39.
10. Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psych Assess* 1994; 6(1): 50-60.
- 11- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psych* 1989; 56(2): 267-83.
- 12- Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. Living with depressive sympoms: Patients with heart failure. *Am J Crit Care*, 2009; 18(4): 310-18.
- 13- Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindqvist JH, Grambow, SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health* 2004; 8(1):83-91.
14. McKerry and Katsa. Investigating Religious-Based Countermeasures. 2000. ; 46(1): 247-15.
- 15- Paukert AL, LeMaire A, Cully JA. Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging Ment Health*. *Aging ment health* 2009; 13(4): 601-10.
16. Beck, A. T, Rush, A.j., Shaw , B.F., & Emery , G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Newyork: Guilford.

17. Jenks Kettmann, J.D. & Altmaier, E.M. (2008) Social support and depression among bone marrow transplant patients, *Journal of Health Psychology*, 13(1): 39-46.
18. Koster, Annemarie & Bosma, Hans & Kempen, Gertrudis I.j.M & Penninx, Brenda W.J.H. & Beekman, Aartjan T.F. & Deeg, Dorly j.H. & Th.M, Jacques & Eijk, van. (2006) Socioeconomic differences in incident depression in older adults: The role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factor, *Journal of Psychosomatic Research*, vol 61: 619-627.
19. Lucht ,M. & Schaub R.T & Meyer,C & Hapka,U & Rumpf,H.j & Bartels,T & Houwald,J von & Barnow,S & Freyberger,H.J & Dilling,H & John,U. (2003) Gender differences in unipolar depression:a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality, *journal of Affective Disorders*, vol. 77 :203-211.
20. Pahkala, Kimmo & Kivela, Sirkka Laippala (1992) Social and environmental factors and dysthymic disorder in old age, *journal of clinical Epidemiology*, vol 45, issue7:775-783.
21. Kalat, James (2005). *Physiological Psychology*. (Translated by Hadi Bahiraei) .Tehran: Arasbaran Publications. (Published in Original Language, 2004).
22. Thorsen K, Soreide JA, Terjekvaroy J, Gromsaker T, Soreide K. Epidemiology of perforated peptic ulcer : age and gender-adjusted analysis of incidence and mortality. *Word Journal of Gastroenetrology*. 2013; 19(3):347-354.
23. Khorassani A, Vaghef Davari F. Perforated peptic ulcer in an adolescent boy with acute appendicitis:a case report. *Journal of Tehran University of Medical Sciences*. 2013;71(3):199-202. [Persian]
24. Barazandeh F, Yazdanbod A, Pourfarzi F, Ghajarieh Sepanlou S, Derakhshan M, Malekzadeh R. Epidemiology of Peptic Ulcer Disease: Endoscopic Results of a Systematic Investigation in Iran. *Middle East Journal of Digestive Diseases*. 2012;4(2):90-96. [Persian]
25. Hersey S, Sachs G. Gastric acid secretion. *Physiological Reviews*. 1995;75(1):155-90.