

رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی و کیفیت زندگی دانشجویان روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد واحد تهران شمال

سمانه امیری سیاوشانی^۱، طاهر تیزدست^۲، عبدالحسن فرهنگی^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تهران شمال، ایران.

^۲ استادیار، هیات علمی دانشگاه آزاد تنکابن، گروه روانشناسی.

نام نویسنده مسئول:

سمانه امیری سیاوشانی

چکیده

هدف این پژوهش بررسی رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی و کیفیت زندگی دانشجویان روانشناسی و علوم تربیتی است. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال بودند. که ۱۰۰ نفر اعم از زن و مرد، مجرد و متأهل از بین دانشجویان گروه روانشناسی و علوم تربیتی به روش تصادفی انتخاب شدند. پژوهش از نوع همبستگی بود و از سه پرسشنامه ی فرم کوتاه طرحواره یانگ، سلامت عمومی (GHQ) و فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. روش آماری رگرسیون چند گانه به روش گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS بود. نتایج نشان داد که طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی بیشترین مقدار همبستگی مستقیم با نمره سلامت عمومی و بیشترین مقدار همبستگی غیر مستقیم با نمرات کیفیت زندگی به دست آورده است. به عبارت دیگر طرحواره های معنی دار در حوزه قطع ارتباط و طرد ۴۵ درصد از کیفیت زندگی و ۴۶٫۵ درصد از سلامت عمومی را تبیین می نمایند. با توجه به اهمیت متغیرهای پژوهش با دستکاری طرحواره های این حوزه می توان سلامت عمومی و کیفیت زندگی را بهبود داد.

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، سلامت عمومی، کیفیت زندگی.

مقدمه

سلامت عمومی از پر اهمیت ترین منابع زندگی بشر بوده و در کیفیت زندگی فرد و پیشبرد اهداف جامعه تاثیر دارد. که مفهومی با توجه به بافت فرهنگی حاکم بر آن متفاوت است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت حالتی از سلامتی کامل جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و نه فقط فقدان بیماری است، که در آن فرد خود را توانمند دیده و می تواند بدون استرس به صورت ثمر بخش کار کند و قادر به کمک به جامعه باشد (بری و جنکینس، ۲۰۰۷). سلامت یعنی استفاده خوب از توانمندی ها و بهزیستی که در همه جنبه های زندگی جریان دارد. (علی اکبری دهکردی، شکرکن و محتشمی، ۱۳۹۰).

امروزه دانشجویان قشر مهمی از جامعه را تشکیل می دهند. و به دلیل شرایط سنی و موقعیت اجتماعی خاص در معرض استرس های فراوان می باشند. که اثرات ناخوشایندی بر بهداشت روانی و جسمانی آنها می گذارند و به پایین آمدن کیفیت زندگی آنها منجر می شود. کیفیت زندگی شامل متغیرهای متعدد در حوزه های مختلف اقتصادی، امنیتی و خانوادگی می باشد. (جمشیدی ها، کرد، محمدی، ۱۳۹۲). و موضوعاتی چون رفاه، رفح نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد، از خودگذشتگی و نودوستی را در برمی گیرد (فرکلوث^۱، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی، به سلامتی و رضایت از زندگی اشاره می کند و یک مفهوم چند جانبه مداوم است. (عبدلهی و محمدپور، ۱۳۹۲: ۲۰). که به همراه شاخص سلامت عمومی و جسمانی نشانگر میزان کامیابی افراد است. (کریمیان، کریمیان، گلزاری، برجعلی، ۱۳۹۱). امروزه درکی از سلامتی وجود دارد که ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی، مراقبت های بهداشتی و فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت را در بر میگیرد که با عنوان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^۲ شناخته می شود. (ارسنجانی شیرازی، جوادى فر، جوادنوری، حقیقی زاده، ۱۳۹۴). از عوامل مهم ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی می توان به اختلالات عاطفی و روان شناختی اشاره کرد. در تبیین اختلالات روان شناختی، مدل های شناختی به تاثیر طرحواره های ناسازگار اولیه^۳ در شکل گیری علایم آسیب شناسی روانی اشاره دارند. واژه طرحواره در روانشناسی، تاریخچه ای غنی دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره قالبیست که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل میگیرد تا به افراد کمک کند، تجارب خود را تبیین کنند. (یانگ^۴، ۲۰۰۳). طرحواره های ناسازگار اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و معمولاً از ارضا نشدن نیازهای اولیه در دوران کودکی سرچشمه می گیرند (بصیری، ۱۳۹۲). پنج نیاز اساسی از نظر یانگ: ۱- دلبستگی^۵ ایمن به دیگران ۲- خود گردانی^۶، کفایت و هویت. ۳- آزادی در بیان نیازها و هیجان های سالم. ۴- خود انگیختگی^۷ و تفریح. ۵- محدودیت های^۸ واقع بینانه و خویشتن داری^۹.

این نیازها جهان شمول بوده و کسانی که که می تواند آنها را به طور سازگارانه ای ارضا کنند از سلامت عمومی برخوردارند. (یانگ، ۲۰۰۵). یانگ می گوید با توجه به شکل گیری طرحواره در دوران کودکی هیچ انسانی در روی کره زمین نیست که دارای طرحواره نباشد و در کل طرحواره خوب وجود ندارد (به نقل از حمید پور، ۱۳۹۴). از آنجا که افراد جذب وقایعی می شوند که با طرحواره هایشان هماهنگ است، به همین دلیل تغییر طرحواره ها سخت است. (اکبری و همکاران، ۱۳۹۱).

در تحقیقات انجام گرفته در رابطه با این موضوع دهقانی، ایزدی خواه، تقی نسب و رضایی (۱۳۹۳) نشان دادند که راهبرد های مقابله ای واسطه ی رابطه ی بین طرح واره های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی روانی هستند. بنابراین، با بهبود راهبرد های مقابله ای می توان کیفیت زندگی روانی آن ها را افزایش داد. محمدی، مظاهری و حیدری (۱۳۹۳) تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش در طرحواره ها و کیفیت زندگی نشان داد. طبق نتایج می توان با بررسی طرحواره ها کودکان در معرض خطر را شناسایی و جهت کنترل زندگی آنها اقدام کرد. محمد بیگی، بختیاری، محمد خانی و صادقی (۱۳۹۱) بین طرحواره های ناکار آمد اولیه با اهمال کاری و سلامت عمومی در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی داری یافتند. معظمی گودرزی (۱۳۹۱) نشان داد که شیوه فرزندپروری مستبدانه در جهت مثبت توان پیش بینی طرح واره های ناسازگار حوزه های قطع ارتباط و طرد، محدودیت های مختل و دیگر جهت مندی را دارد. و شیوه فرزندپروری مقتدرانه در جهت منفی توان پیش بینی طرح واره های ناسازگار حوزه های محدودیت های مختل و عملکرد و خودگردانی مختل را دارد. همچنین شیوه فرزندپروری سهل گیرانه در جهت مثبت توان پیش بینی طرح واره های ناسازگار حوزه عملکرد خودگردانی مختل را دارد. شهامت (۱۳۸۹) رابطه ی معنادار طرحواره های ناسازگار اولیه و علائم سه گانه ی جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی را بیان کرد. که طرحواره

1 Fairclough

2 Health-Related Quality of Life: HRQOL

3 Early Maladaptive Schemas

4 Young

5 attachment

6 autonomy

7 spontaneity

8 limits

9 self- Control

نقص شرم به طرز معناداری هر سه علامت را پیشبینی کرد. نتایج پژوهش ولبرگ^{۱۰} و چیاراملو^{۱۱} (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که طرحواره های ناسازگار دو حوزه دیگر جهت مندی^{۱۲} و گوش به زنگی بیش از حد^{۱۳} و بازداری^{۱۴} فروانی مکانیزمهای دفاعی روان نژند را پیشبینی می‌کنند و سه حوزه (بریدگی و طرد، خودگرانی و عملکرد مختل و محدودیت های مختل) فراوانی استفاده از مکانیزمهای دفاعی ناپخته را پیشبینی می‌کنند. دو مفهوم روانی مبتنی بر دو مدل نظری مختلف روان‌کاوی و درمان رفتاری پیوند مهمی را در توجیه استفاده از روش های درمانی یکپارچه مانند طرحواره درمانی، به اشتراک می‌گذارند.

در پژوهشی نتایج ارتباط معنی داری میان طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت افسردگی در هر دو گروه نشان داد. طرحواره های پیش بینی کننده شدت افسردگی در گروه خودکشی (نقص / شرم^{۱۴}، شکست و استحقاق/ بزرگ منشی^{۱۵})، و طرحواره های پیش بینی کننده در گروه گواه (نقص / شرم، استحقاق/ بزرگ منشی، آسیب پذیری نسبت به ضرر^{۱۶}، و معیارهای سرسختانه^{۱۷}) بودند. درویشی، رحمانی، اکبری و راهبرد (۲۰۱۳). رابطه مثبت بین حوزه محدودیت های مختل با پرخاشگری زبانی، نگرش پرخاشگرانه و پرخاشگری عمومی را نشان داد. در حالیکه حوزه بریدگی و طرد با پرخاشگری فیزیکی رابطه مثبت داشت. این یافته ها با الگوهای اجتماعی شناختی پرخاشگری سازگار است. (شوری^{۱۸} و المکوئیست^{۱۹}، اندرسون^{۲۰} و استوارت^{۲۱}، ۲۰۱۵). طرحواره های حوزه، نقص/شرم و اطاعت، علایم اضطراب اجتماعی را پیش بینی می‌کند این طرحواره های ناسازگار اولیه، افکار خودکار و به موجب آن، اضطراب اجتماعی را پیش بینی می‌کنند. این نتایج پیامدهای مهمی برای مداخله در نوجوانانی که دچار اضطراب اجتماعی هستند، دارد. (کالویت^{۲۲}، ۲۰۱۲). ریبیرو^{۲۳} و همکاران (۲۰۱۸) با بررسی جنبه های مختلف مربوط به سلامت جسمی و روانی، از جمله بی خوابی و فرسودگی رابطه منفی بین استرس و کیفیت زندگی را در دانشجویان نشان داد. در تحقیق فیلینک^{۲۴} (۲۰۱۷) بیماران با افکار خودکشی بیشترین رابطه را با اکثریت طرحواره های ناسازگار اولیه نشان دادند. در این میان علائم افسردگی شدید و ناامیدی، با طرحواره آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، پیش بینی کننده افکار خودکشی بود. پژوهش ها رابطه ی معنی دار بین راهبردهای مقابله ای و کیفیت زندگی را نشان داده اند (پانتته^{۲۵}، کریتپراچ^{۲۶}، چانگ و وونگ^{۲۷}، ۲۰۱۱). کامارا^{۲۸} و کالویت (۲۰۱۲) به بررسی نقش واسطه ای راهبردهای مقابله ای در رابطه ی بین طرحواره های ناسازگار و ناراحتی های روانشناختی پرداختند. نتایج آنها نشان داد که راهبردهای مقابله ای رابطه ی بین طرح واره ناسازگار اولیه و نشانه های اضطراب و افسردگی را واسطه گری می‌کنند.

طرحواره ها در اثر تکانها و حوادث غیر منتظره می‌توانند فعال گردند و باعث افت فرد از لحاظ سلامت عمومی و کیفیت زندگی گردد. لذا شناسایی و اقدام به حل به موقع آنها می‌تواند در جهت بهبود این دو متغیر موثر واقع شود. با توجه به اینکه سلامت روان و سلامت جسمانی و کارکرد اجتماعی از مولفه های کیفیت زندگی و سلامت عمومی هستند به نظر می‌رسد که این دو متغیر با طرحواره های ناسازگار اولیه ارتباط داشته باشند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ی بین طرحواره های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی و کیفیت زندگی در جامعه حساس دانشجویی صورت گرفته است تا پیش بینی های بدست آمده از این پژوهش بصورت کاربردی مورد استفاده قرار گیرد. در باب رابطه ی طرح واره های ناسازگار اولیه با بسیاری از اختلالات از جمله (نشانه های افسردگی و اضطراب)، (اختلالات شخصیت)، (نورزگرایی)، (سوء مصرف مواد) و (اختلالات دوقطبی) پژوهش های زیادی انجام گرفته است، اما رابطه ی طرح واره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی و سلامت عمومی افراد به خوبی مورد توجه و تحقیق قرار نگرفته است. از آنجا که تحقیقات انجام شده در این زمینه بسیار اندک بوده ضرورت انجام این پژوهش پر رنگ تر می‌شود.

¹⁰ Walburg

¹¹ Chiamello

¹² defense mechanisms

¹³ overigilance- inhibition

¹⁴ defectiveness- shame

¹⁵ entitlement- grandiosity

¹⁶ vulnerability to harm or illness

¹⁷ unrelenting standards

¹⁸ Shorey

¹⁹ Elmquist

²⁰ Anderson

²¹ Stuartb

²² Calvete

²³ Ribeiro

²⁴ Flink

²⁵ Panthee B

²⁶ Kritpracha C

²⁷ Chinnawong T

²⁸ Camara M

روش

این پژوهش، از نوع پژوهش های همبستگی^{۲۹} و با روش میدانی انجام گرفته است. که در گروه تحقیقات کاربردی^{۳۰} قرار می گیرد. جامعه آماری کلیه دانشجویان زن و مرد کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال در رده سنی ۲۵ تا ۳۵ سال اعم از مجرد و متأهل که در نیمه دوم سال تحصیلی ۹۴-۹۵ مشغول به تحصیل بودند، می باشد. روش نمونه گیری بصورت تصادفی از بین رشته های گروه روانشناسی و علوم تربیتی انتخاب شد. حجم نمونه با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش ۱۰۰ نفر لحاظ گردیده است. روش آماری پژوهش رگرسیون چند گانه به روش گام به گام می باشد که با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام می گردد. به منظور تشخیص طرحواره های ناسازگار اولیه در آزمودنیها از پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ استفاده شد. ویژگی های روان سنجی این طرحواره ها را اسمیت، جونز و یانگوتلچ (۱۹۹۵، به نقل از لطفی، دنیوی، خسروی، ۱۳۸۵) بررسی کردند. ترجمه آن نیز توسط آهی (۱۳۸۵) انجام گرفته و همسانی درونی آن را برحسب آلفای کرونباخ در گروه مؤنث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده است. (یوسف نژاد شیروانی و پیوسته گر، ۱۳۹۰). از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) جهت سنجش سلامت عمومی آزمودنیها استفاده شد که پایایی ۹۱٪ و آلفای کرونباخ ۸۸٪ و روایی محاسبه شده در این پژوهش ۹۴/۵ بود. (شهامت، ۱۳۸۹). همچنین به منظور سنجش سطح کیفیت زندگی آنها پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به کار برده شد که مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه ای در حیطه سلامت فیزیکی ۷۷٪، در حیطه روانی ۷۷٪، در حیطه روابط اجتماعی ۷۵٪ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۸۴٪ بود. همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۸۴/۰، و برای پایایی خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. (نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد، مجدزاده، ۱۳۸۵)

یافته ها

برای بررسی فرضیه پژوهش از آزمون رگرسیون چند متغیری گام به گام برای آزمون فرضیه های پژوهش استفاده شده است. به منظور کاهش خطا در محاسبات از نرم افزار اس.پی.اس.اس ۲۱ استفاده شد. در جدول (۱) ماتریس ضرایب همبستگی بین نمرات طرحواره ها با کیفیت زندگی و سلامت عمومی محاسبه شد. در این جدول ضرایب همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۵ با یک ستاره (*) و ضرایب همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱ با دو ستاره (**) نشانه گذاری شده اند. مشاهده می شود بیشترین مقدار همبستگی مستقیم بین نمره سلامت عمومی با طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی (۰/۵۸۸+) و بیشترین مقدار همبستگی غیر مستقیم نیز بین نمرات کیفیت زندگی با طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی (۰/۶۱۲-) به دست آمده است.

²⁹ Correlational Research

³⁰ Applied Res

جدول (۱) ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر ها	وابستگی بی کفایتی	شکست	نقص .شرم	انزوای اجتماعی . بیگانگی	بی اعتمادی. بد رفتاری	رهاشدگی. بی ثباتی	محرومیت هیجانی	سلامت عمومی
وابستگی بی کفایتی	1							
شکست	.307**	1						
نقص .شرم	.521**	.320**	1					
انزوای اجتماعی/بیگانگی	.581**	.321**	.316**	1				
بی اعتمادی.بد رفتاری	.246*	.226*	.388**	.276**	1			
رهاشدگی.بی ثباتی	.321**	.205*	.470**	.213*	.506**	1		
محرومیت هیجانی	.391**	.318**	.290**	.559**	0.126	0.178	1	
سلامت عمومی	.499**	.305**	0.108	.588**	.276**	.339**	.512**	1
کیفیت زندگی	-.475**	-.405**	-0.184	-.612**	-0.186	-.200*	-.585**	-.765**

در جدول (۲) مشاهده می شود ضرایب همبستگی چند متغیری اصلاح شده این مدل رگرسیون در گامهای نهایی، در باب رابطه طر حواره های ناسازگار اولیه دانشجویان با کیفیت زندگی: ($p < ۰/۰۰۰$) به صورت زیر هستند: انزوای اجتماعی/بیگانگی و محرومیت هیجانی ($F=۴۱/۴۳$ ، $R^2_{adj} = ۰/۴۵$)، وابستگی بی کفایتی و شکست ($F=۲۰/۷۶$ ، $R^2_{adj} = ۰/۲۸۵$)، استحقاق بزرگ منشی ($F=۳۱۳$ ، $R^2_{adj} = ۰/۴۶$)، اطاعت ($F=۴۶/۰۶$ ، $R^2_{adj} = ۰/۸۵$)، بازداري هیجانی و معیارهای سرسختانه ($F=۱۰/۲۳$ ، $R^2_{adj} = ۰/۳۳۰$)، $F=۲۵/۳۵$ ، $R^2_{adj} = ۰/۳۳۰$).

جدول (۲) نتایج تحلیل رگرسیون رابطه پنج حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی

نتایج تحلیل رگرسیون رابطه طرحواره های حوزه قطع ارتباط و طرد با کیفیت زندگی

گام	متغیر پیشبین	b	β	t	p	R^2	R^2_{adj}	F	p
دوم	انزوای اجتماعی/بیگانگی	-0.288	-0.415	-4.611	0.000	0.461	0.45	41.437	0.000
	محرومیت هیجانی	-0.217	-0.353	-3.926	0.000				

نتایج تحلیل رگرسیون رابطه طرحواره های حوزه عملکرد و خودگردانی با کیفیت زندگی

گام	متغیر پیشبین	b	β	t	p	R^2	R^2_{adj}	F	p
دوم	وابستگی بی کفایتی	-0.273	-0.387	-4.338	0.000	0.3	0.285	20.761	0.000
	شکست	-0.275	-0.286	-3.203	0.002				

نتایج تحلیل رگرسیون رابطه طرحواره های حوزه محدودیتهای مختل با کیفیت زندگی

گام	متغیر پیشبین	b	β	t	p	R^2	R^2_{adj}	F	p
اول	استحقاق بزرگ منشی	-0.346	-0.565	-6.787	0.000	0.32	0.313	46.064	0.000

نتایج تحلیل رگرسیون رابطه طرحواره های حوزه دیگر جهت مندی با کیفیت زندگی

گام	متغیر پیشبین	b	β	t	p	R^2	R^2_{adj}	F	p
اول	اطاعت	-0.222	-0.307	-3.199	0.002	0.095	0.085	10.233	0.002

نتایج تحلیل رگرسیون رابطه طرحواره های حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری با کیفیت زندگی

گام	متغیر پیشبین	b	β	t	p	R^2	R^2_{adj}	F	p
دوم	بازداری هیجانی	-0.277	-0.474	-5.259	0.000	0.343	0.33	25.359	0.000
	معیارهای سرسختانه	-0.126	-0.202	-2.245	0.027				

در جدول (۳) مشاهده می شود ضرایب همبستگی چند متغیری اصلاح شده این مدل رگرسیون در گامهای نهایی، در باب رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه دانشجویان با سلامت عمومی: ($p < 0/000$) به صورت زیر هستند:

انزوای اجتماعی/بیگانگی و محرومیت هیجانی و رهاشدگی/بی ثباتی و نقص / شرم ($F=22/47$ ، $R^2.adj=0/465$) آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری و وابستگی/ بی کفایتی ($F=21/98$ ، $R^2.adj=0/305$) استحقاق بزرگ منشی ($F=23/06$ ، $R^2.adj=0/182$) ایثارگری و اطاعت ($F=8/363$ ، $R^2.adj=0/129$) بازداری هیجانی ($F=26/696$ ، $R^2.adj=0/206$).

نتایج به دست آمده نشان دادند که طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی بیشترین مقدار همبستگی مستقیم با نمره سلامت عمومی ($+0/588$) و بیشترین مقدار همبستگی غیر مستقیم با نمرات کیفیت زندگی ($-0/612$) به دست آورده است. ($p < 0/01$). بین طرحواره های ناسازگار اولیه با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار وجود دارد و با سلامت عمومی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر طرحواره های معنی دار در حوزه قطع ارتباط و طرد ۴۵ درصد از کیفیت زندگی و ۴۶٫۵ درصد از سلامت عمومی را تبیین می نمایند. با توجه به اهمیت متغیرهای پژوهش می توان با دستکاری طرحواره های انزوای اجتماعی/بیگانگی و محرومیت هیجانی و رهاشدگی/بی ثباتی و نقص / شرم سلامت عمومی و همچنین با اصلاح طرحواره های انزوای اجتماعی/بیگانگی و محرومیت هیجانی، کیفیت زندگی را بهبود داد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی و کیفیت زندگی در دانشجویان است. متغیر پیشبین طرحواره های ناسازگار اولیه و متغیرهای ملاک سلامت عمومی و کیفیت زندگی می باشد. در تبیین یافته ها میتوان گفت افراد دارای طرحواره انزوای اجتماعی- بیگانگی، احساس متفاوت بودن با دیگران و وصله ناجور اجتماع بودن را دارند که به هیچ گروهی احساس تعلق خاطر نمی کنند (یانگ و وینبرگر، ۲۰۰۱). در صورتیکه سلامت عمومی به معنای احساس رضایت، روان سالمتر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۴، ترجمه پور افکاری، ۱۳۸۵). پژوهش مشابه انجام شده از جمله محمد بیگی (۱۳۹۱) نشان داد که بین طرحواره های ناکار آمد اولیه با اهمال کاری و سلامت عمومی در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد. همچنین کامارا و کلویت (۲۰۱۲) نشان داد که راهبردهای مقابله ای واسطه بین طرح واره ناسازگار اولیه و نشانه های اضطراب و افسردگی هستند.

با توجه به نتایج به دست آمده پژوهش حاضر و پژوهشهای مشابه با آن می توان این نتیجه را تبیین کرد که هرچه نمره طرحواره ناسازگار فرد بیشتر باشد کیفیت زندگی پایینتر و نمره سلامت عمومی بالاتر می رود. (در اینجا یاد آور می شویم نمرات بیشتر در این متغیر نشان دهنده عدم سلامت عمومی می باشد). بنابراین شناسایی و اقدام به حل به موقع طرحواره های مذکور می تواند در جهت بهبود سلامت عمومی و ارتقای کیفیت زندگی موثر واقع شود.

به دلیل محدودیت هایی پژوهش از قبیل یک دست نبودن آزمودنی ها از لحاظ سن، تحصیلات و جنس، استفاده از نمونه در دسترس و ابزار کاغذمادی، پیشنهاد می شود که تعمیم نتایج آن با احتیاط و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت گیرد.

این پژوهش فقط دانشجویان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال را مورد بررسی قرار داده است، لذا تعمیم نتایج به سایر دانشجویان در دیگر رشته ها و دانشگاهها بایستی با احتیاط صورت گیرد. با توجه به موارد فوق الذکر انجام این پژوهش در دیگر اقشار جامعه (پزشکان، معلمان، اساتید دانشگاه و...) و مقایسه نتایج آن با تحقیق حاضر پیشنهاد می شود.

منابع و مراجع

- [۱] ارسنجانی شیرازی، اعظم، جوادی فر. ناهید. جوادنوری. مؤگان. حقیقی زاده. محمد حسین. (۱۳۹۳). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر دبیرستان های شهر اهواز در سال (۱۳۹۳). مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، دوره ۴، آبان ۱۳۹۴، ص ۶۴۴.
- [۲] اکبری، ابراهیم، علیلو، مجید محمود، خانجانی، زینب، پورشریفی، حمید، فهیمی، صمد، امیری پیچاکالی، احمد، عظیمی، زینب. (۱۳۹۱). مقایسه دانشجویان دارای شکست عشقی با و بدون نشانگان بالینی در طرحواره های ناسازگار اولیه و الگوهای فرزندپروری. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال هجدهم، شماره ۳، ص ۱۸۴ تا ۱۹۴.
- [۳] آهی، قاسم. (۱۳۸۵). هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایا ن نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی
- [۴] بصیری، عاطفه. (۱۳۹۲). بررسی میزان تاثیر طرحواره های ناسازگار اولیه در افزایش احتمال طلاق و اثر تعدیل کنندگی الگوهای ارتباطی و سبک های اسنادی. پایان نامه کارشناسی ارشد، خانواده درمانی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ.
- [۵] جمشیدی ها، غلامرضا، کرد، حسین، محمدی، مهدی. (۱۳۹۱). بررسی رابطه ی کیفیت زندگی دانشجویان با نگرش کارآمد به نظام سیاسی. فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی، سال اول، شماره دوم.
- [۶] دهقانی، سپیده، ایزدی خواه، زهرا، تقی نسب، مریم، رضایی، الهام، (۱۳۹۳)، تحلیل مسیر طرح واره های ناسازگار، راهبردهای مقابله با استرس و کیفیت زندگی روانی، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره دوازدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۳.
- [۷] شهامت، فاطمه، (۱۳۸۹). پیشبینی نشانه های سلامت عمومی جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه. دانشگاه فردوسی مشهد، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم، شماره ۲۰.
- [۸] عبدالهی، فاطمه، محمد پور، رضا. (۱۳۹۲). بررسی کیفیت زندگی سالمندان مقیم منزل و سرای سالمندان ساری. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیست و سوم، شماره ۱۰۴، شهریور ۱۳۹۲، ص ۲۰.
- [۹] علی اکبری دهکردی، مهناز، شکرکن، حسین، محتشمی، طیه. (۱۳۹۰). رابطه نقش جنسیتی با سلامت عمومی و مؤلفه های آن در زنان شلاغل. فصلنامه علمی پژوهشی، دانشگاه شاهد، سال ۳، شماره ۵
- [۱۰] کاپلان، هارلود. سادوک، بنیامین. گرب، جک (۱۹۹۴). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری- روان پزشکی بالینی. (ترجمه پور افکاری، نصرت اله) (۱۳۸۵). تهران: انتشارات شهر آب.
- [۱۱] کریمیان، نگار، گلزاری، محمود، برجعلی، احمد. (۱۳۹۱). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر ارتقاء کیفیت زندگی مردان وابسته به مواد. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، سال دوم، شماره هشتم
- [۱۲] کلوسکو، ژانت، ویشار، مارجوری، یانگ، جفری. (۱۳۹۴). طرحواره درمانی جلد اول، (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز). تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۳] کلوسکو، ژ، ویشار، م، یانگ، ج. (۱۳۹۴). طرحواره درمانی جلد دوم. (ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز). تهران: انتشارات ارجمند.
- [۱۴] لطفی، راضیه، دنیوی، وحید، خسروی، زهره. (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلالات شخصیت دسته ب و افراد سالم. پایا ن نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء (س).
- [۱۵] محمدی، طاهره، مظاهری، محمدعلی، حیدری، محمود. (۱۳۹۳). حافظه تاریخیچه شخصی و طرحواره های اولیه در کودکان آزار دیده و پیش بینی کیفیت زندگی. روانشناسان ایرانی، سال ۱۱، شماره ۴۱.
- [۱۶] معظمی گودرزی، لیلیا. (۱۳۹۱). رابطه بین شیوه های فرزندپروری والدین با طرحواره های ناسازگار اولیه فرزندان. پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران مرکز.
- [۱۷] نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکوئی نائینی، کوروش، محمد، کاظم، مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۵، ص ۱-۱۲.

[۱۸] یوسف نژاد شیروانی، مائده، پیوسته گر، مهرانگیز. (۱۳۹۰)، رابطه رضایت از زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانشجویان، دانشگاه الزهراء، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال دوازدهم، شماره ۲.

- [19] Barry, M.M. Jenkins,R(2007). Jmplementing mental helth promotion.
- [20] Churchill livingstone Elsevier.
- [21] Calvete O E. O-43 - Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of automatic thoughts. European Psychiatry.2012;1
- [22] Camara M, Calvete E. Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: The role of dysfunctional coping strategies. European Congress of Psychiatry. 2012; 27 (1): 1- 15
- [23] Darvishi F, rahmani M, Akbari B, Rahbard M. A Comparison of Relationship between Early Maladaptive Schemas with Depression Severity in Suicidal Group and Non-clinical Sample. Procedia - Social and Behavioral Sciences.2013;84: 1072-1077
- [24] Fairclough, D.L. (2012). Design and analysis of quality of life studies in clinical trial. CRC press.
- [25] Flink N, Lehto S M, Koivumaa-Honkanen H, Viinamäki H, Ruusunen A, Valkonen-Korhonen M, Honkalampi K. Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients. The European Journal of Psychiatry.2017;87-92
- [26] Panthee B, Kritpracha C, Chinnawong T. Correlation between Coping Strategies and Quality of Life among Myocardial Infarction Patients in Nepal. Nursing 2011; 1 (2):18-Endler NS, Parker JDA. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. Psychological Assessment 1994; 6 (1): 50-60.
- [27] Ribeiro I J S, Pereira R, Freire I V, de Oliveira B G, Casotti C A, Boery E N. Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review. Health Professions Education. 2018; 70-77
- [28] Shorey R C, Elmquist J, Anderson S, Stuartb G L. Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. Personality and Individual Differences. 2015; 6-12
- [29] Walburg V, Chiamello S. Link between early maladaptive schemas and defense mechanisms European Journal of Applied Psychology / European Review of Applied Psychology. 2015; 221-226.
- [30] Young JE, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In D. Barlow, editors. Clinical handbook of psychological disorders. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2001.
- [31] Young, J.E. (2005). Young Schema Questionnaire– Short Form. New York: Schema Therapy Institute.
- [32] Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. New York : The Guilford Press.