

The Relation between Early Maladaptive Schema and Procrastination and Mental Health of Medical and Non-medical Students of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Ali Mohammad Beigi¹,
Maryam Bakhtiari¹,
Shahram Mohammadkhani²,
Zohreh Sadeghi³

¹ Department of Psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

³ PhD Student in Psychology, Payame Noor University of Tehran, Tehran, Iran

(Received September 24, 2012 ; Accepted December 31, 2012)

Abstract

Background and purpose: Cognitive models refer to the effect of early maladaptive schemas in formation of psychology pathologies in establishing psychological problems. This study aimed at determining the relation between early maladaptive schemas with procrastination and mental health of medical and non-medical students of Shahid Beheshti University of medical sciences.

Materials and methods: This correlational descriptive study was done using procrastination questionnaire (GP), early maladaptive schema of Yang (YSQ-SF) and General Health Questionnaire (GHQ-28) were applied to collect the data. The data was analyzed using SPSS.

Results: The subjects included 462 students including 232 medical students and 230 non-medical students who were recruited according to accessibility features. There results showed a significant correlation between early maladaptive schema and procrastination and mental health in medical and non-medical students.

Conclusion: This study verified the role of early maladaptive schema in psychological pathology and procrastination. However, further studies should be carried out to define and clarify the cognitive content of any psychological malfunction.

Keywords: Early maladaptive schema, procrastination, mental health, students

J Mazand Univ Med Sci 2013; 23(97): 24-32 (Persian).

بررسی رابطه‌ی بین طرحواره‌های ناکارآمد با اهمال کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

علی محمد بیگی^۱

مریم بختیاری^۱

شهرام محمد خانی^۲

زهره صادقی^۳

چکیده

سابقه و هدف: مدل‌های شناختی در تبیین اختلالات روان‌شناختی به اثر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علائم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. هدف این پژوهش بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با اهمال کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود به همین منظور سه پرسشنامه طرحواره‌های ناکارآمد اولیه یانگ، اهمال کاری یا مقیاس تعلل ورزی عمومی و سلامت عمومی بر روی شرکت‌کنندگان در پژوهش که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، اجرا گردید. تحلیل این نتایج با استفاده از نرم افزار آماری صورت گرفت.

یافته‌ها: شرکت‌کنندگان در این پژوهش (۴۶۲) نفر دانشجویان از دو گروه پزشکی (۲۳۲) نفر و غیر پزشکی (۲۳۰) نفر بودند. نتایج پژوهش نشان داد که بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

استنتاج: به‌طور کلی، نتایج این پژوهش قبل از هر چیز نقش واسطه‌ای طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را در آسیب‌شناسی روانی و اهمال کاری تأیید می‌کند. نتایج به دست آمده در این پژوهش بستری برای بررسی عمیق‌تر محتوای شناختی خاص هر اختلال است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، اهمال کاری، سلامت روان، دانشجویان

مقدمه

رفاه آن‌ها در آینده جلوگیری می‌نماید؛ مشکلات ناشی از عدم سلامت روان و اهمال کاری است. اختلالات عاطفی و روان‌شناختی از عوامل مهم و رو به تزاید ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع است (۱).

یکی از جنبه‌های مهم زندگی، موفقیت یا عدم موفقیت در تحصیلات دانشگاهی است. موفقیت در دانشگاه می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بسیاری از پیشرفت‌های دانشجویان در آینده باشد. مانعی مشترک در بین دانشجویان که از پیشرفت و

E-mail: alimb69@yahoo.com

مؤلف مسئول: علی محمد بیگی - تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، معاونت دانشجویی و فرهنگی

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۷/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۱/۸/۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۱/۱۰/۱۱

مدل‌های شناختی در تبیین اختلالات روان‌شناختی به اثر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علایم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. بر اساس مدل آسیب‌پذیری-استرس در آسیب‌شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عوامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده‌اند (۲). در این میان Peazar و Balbi معتقدند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل‌هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرحواره می‌شود. این طرحواره‌ها در زندگی فرد به عنوان عدسی‌هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهند (۳). Yang طرحواره‌ها را در قالب پنج حیطه اصلی طبقه‌بندی کرده است و آن‌ها را به عنوان حیطه‌های طرحواره معرفی می‌کند. این حیطه‌ها عبارتند از: انفعال و ترد، خودگردانی و عملکرد مختل، حد و مرزهای مختل، هدایت شدن توسط دیگران و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۴). اعتقاد برای این است که تأثیرات سودمند یا مضر طرحواره‌ها، سبب وسعت بخشیدن یا محدود ساختن رشد توانمندی‌های بالقوه در کودکان می‌گردد و پژوهش‌های متعدد همواره از صحت این ادعا خبر می‌دهد (۲). طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیر واقع بینانه خود را نشان می‌دهند (۵). زمانی که طرحواره‌ها فعال می‌شوند، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودآیند منفی می‌گردند و به طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شوند (۶). Yang معتقد است هر کدام از علایم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط است (۷). در رویکرد طرحواره درمانی دو نوع رویکرد در مورد رابطه طرحواره‌ها با اختلالات روان‌شناختی مدنظر است اولین رویکرد این است که طبق مدل آسیب‌شناسی شناختی،

در شرایط اختلالات هیجانی، احتمال فعال شدن تمامی طرحواره‌های ناکارآمد وجود دارد (۴). دومین رویکرد معتقد است که فعال شدن غیراختصاصی تمامی طرحواره‌ها کمک چندانی به پیش بینی نوع اختلال هیجانی نمی‌کند. بر پایه فرضیه اختصاصی بودن محتوا، شناخت‌ها وابسته به اضطراب، به ارزیابی خطر و تهدید مربوط می‌شوند، حال آن که شناخت‌های وابسته به افسردگی با شکست و از دست دادن، شناخت‌های وابسته به خشم با ارزیابی بی‌عدالتی و شناخت‌های وابسته به هیجان مثبت، با ارزیابی نیل به منافع همراه می‌باشند (۹۸) و از طرفی در پژوهش‌ها هم عنوان شده است که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامد (۱۰). بنابراین می‌تواند به این نتیجه رسید که طرحواره‌های ناکارآمد می‌تواند اختلالات روان‌شناختی را طبق هر دو رویکرد تبیین کنند. با توجه به نظریه ساختارهای معناگذاری طرحواره که بر این باور است که شناخت‌ها و طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش بوده، پردازش شناختی به کمک طرحواره‌های موجود در فرد هدایت می‌شوند (۱۱-۱۳). می‌توان نتیجه گرفت تأثیری که طرحواره‌های ناکارآمد بر روی شناخت‌های ما می‌گذارد منجر به این می‌شود که فرد از رویدادها پردازش درستی نداشته، در نتیجه این عدم پردازش صحیح منجر به اختلالات روان‌شناختی می‌گردد. پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علایم آسیب‌شناسی روانی همواره بر اهمیت وجود این طرحواره‌ها در شکل‌گیری علایم صحنه‌گذار است (۱۴). از جمله هراس اجتماعی (۱۵)، وسواس (۱۷-۱۵)، اختلالات شخصیت (۱۸)، خودشیفتگی (۱۹)، اختلالات خوردن (۲۰). علاوه بر آسیب‌های روانی که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه موجب می‌شوند همچنین طرحواره‌هایی وجود دارند که می‌توانند ما را به سمت اهمال کاری سوق دهند و از ایجاد تغییرات منع کنند. منظور از اهمال کاری مورد

بحث تأخیر طبیعی و معمولی نیست که گاهی اوقات پیش می‌آید، بلکه منظور نوعی ویژگی شخصیتی است که در رضایت فردی اختلال ایجاد می‌کند و به کیفیت روابط انسانی آسیب می‌رساند. دانشجویان درصد بالایی از افرادی می‌باشند که دارای این اختلال هستند (۲۱). آمارها نشان می‌دهد که شیوع اهمال کاری در این قشر از ۲۵ تا ۹۵ درصد می‌باشد (۲۲، ۲۳). تقریباً ۷۵ درصد آن‌ها خود را اهمال کار می‌دانند (۲۴). با توجه به این آمارها نظر محققین به این مسأله که علت شیوع اهمال کاری در دنیا به خصوص در بین دانشجویان تا این حد زیاد می‌باشد، جلب شد و به بررسی علل و عوامل آن و پیامدهای آن پرداختند (۲۵). هدف این پژوهش که از نظر مطالعه رابطه این سه متغیر منحصر به فرد است و برای اولین بار در داخل و خارج از کشور اجرا می‌گردد، این است که طبق مدل همبستگی رابطه بین طرمواره‌های ناکارآمد اولیه با اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را بررسی نماید.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است جامعه این مطالعه را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در دانشگاه مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌داد. ۴۶۲ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۲۳۲ نفر پزشکی و ۲۳۰ غیر پزشکی) به صورت در دسترس انتخاب شدند.

برای سنجش طرمواره‌های ناسازگارانه از فرم کوتاه^۱ YSQ-SF استفاده شد. این پرسشنامه ۷۵ موردی توسط Yang در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی ۱۵ طرمواره ناسازگار اولیه ساخته شده است. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست،

۶ برای کاملاً درست) در این پرسشنامه هر ۵ سؤال یک طرمواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرمواره ناکارآمد است (۲۶). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ است (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه فرم کوتاه طرمواره‌های ناسازگارانه اولیه Yang با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر مقیاس‌های آن محرومیت هیجانی ۰/۷۲، رهاشدگی/بی ثباتی ۰/۷۶، بی‌اعتمادی/بدرفتاری ۰/۸۲، انزوای اجتماعی/بیگانگی ۰/۸۴، نقص و شرم ۰/۸۸، شکست ۰/۹۲، وابستگی/بی‌کفایتی ۰/۸۹، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر ۰/۸۸، گرفتار/خود تحول نیافته ۰/۸۶، اطاعت ۰/۸۷، فداکاری ۰/۷۳، بازداری هیجانی ۰/۸۳، معیارهای سرسختانه ۰/۸۲، استحقاق/بزرگ منشی ۰/۷۷ و خود انضباطی ناکافی ۰/۷۸ به دست آمد.

برای سنجیدن اهمال کاری رفتاری در این پژوهش از آزمون اهمال کاری یا مقیاس تعلل‌ورزی عمومی (GP^۲) استفاده شد این مقیاس ۲۰ گزینه‌ای که Lay آن را طراحی نموده است، دارای ماده‌هایی با ۵ گزینه می‌باشد. نمره گذاری گویه‌های منفی به صورت عکس انجام می‌شود این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوب گزارش شده است (۲۸). در پژوهش حسینی و همکار وی همسانی درونی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۷۳ درصد محاسبه شد (۲۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه اهمال کاری با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه و ۰/۶۵ به دست آمد. آزمون سلامت عمومی^۳ (GHQ-28) که برای سنجش سلامت عمومی دانشجویان استفاده شد اولین بار توسط Gpldberg

2. General Procrastination (GP)

3. General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)

1. the Young Schema Questionnaire, Short from (YSQ-SF)

سال ۱۹۷۲ تنظیم گردید و دارای سه فرم ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی است فرم ۲۸ سؤالی این پرسشنامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده می شود دارای چهار مقیاس نشانگان جسمانی، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی و گرایش به خودکشی را اندازه گیری می کند. برای هر ماده می توان به روش نمره گذاری لیکرت چهار گزینه از (۰ تا ۳) نمره در نظر گرفت. نمره بیشتر، افزایش علائم را نشان می دهد (۳۰). نجفی و همکارش پایایی آزمون سلامت عمومی را با روش آزمون مجدد برابر ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین حساسیت، ویژگی و میزان کلی اشتباه با نقطه برش ۲۲ را به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۲۰ گزارش کردند (۳۱، ۳۰).

در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۹۳ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار SPSS صورت پذیرفت و از روش های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون همبستگی پیرسون) استفاده شد.

یافته ها

بعد از تجزیه و تحلیل یافته ها مشخص گردید که دانشجویان در طرحواره وابستگی / بی کفایتی در هر دو گروه پزشکی (M=۹/۸۸، SD=۵/۶۵) و غیر پزشکی (M=۵/۵۵، SD=۹/۷۸) p=۰/۸۴۰ کمترین نمره را

کسب نمودند و در طرحواره معیارهای سرسختانه در هر دو گروه پزشکی (M=۱۸/۱۴، SD=۶/۲۰) و گروه غیر پزشکی (M=۱۸/۶۰، SD=۵/۹۷) p=۰/۵۵۸ بیشترین نمره را کسب نمودند. نمرات دو گروه تقریباً به هم نزدیک می باشد ولی پراکندگی گروه پزشکی بیشتر از غیر پزشکی است. همچنین نمره سلامت روان در گروه پزشکی (M=۲۳/۹۶، SD=۱۴/۲۳) و در گروه غیر پزشکی (M=۱۸/۸۳، SD=۱۲/۲۷) p=۰/۰۰۱ به دست آمد که میانگین گروه پزشکی بالاتر از گروه غیر پزشکی می باشد. میزان اهمال کاری در گروه پزشکی (M=۵۷/۱۳، SD=۷/۴۴) و در گروه غیر پزشکی (M=۵۷/۲۷۶، SD=۷/۴۴) p=۰/۲۷۶ می باشد نمرات دو گروه تقریباً به هم نزدیک می باشد ولی پراکندگی گروه پزشکی بیشتر از غیر پزشکی است. به منظور بررسی رابطه بین طرحواره های نا کار آمد با اهمال کاری و سلامت روان در بین دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی از روش آماری همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج حاصل در جدول شماره ۲ گزارش شده است.

همان طور که در جدول شماره ۲ آمده است از بین طرحواره های نا کار آمد در دانشجویان پزشکی فقط بین طرحواره های انزوای اجتماعی / بیگانگی و نقص و شرم با اهمال کاری رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. اما در دانشجویان غیر پزشکی از بین طرحواره های نا کار آمد، طرحواره های رهاسدگی، انزوای اجتماعی / بیگانگی، شکست، وابستگی / بی کفایتی، گرفتار / خود تحول نایافته، اطاعت، استحقاق / بزرگ منشی، خود انضباطی

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره ی طرحواره های نا کار آمد، اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی

معنی داری	گروه غیر پزشکی	گروه پزشکی	متغیرها	معنی داری	گروه غیر پزشکی	گروه پزشکی	متغیرها
۰/۴۷۰	۱۱/۶۴±۵/۹۷	۱۱/۸۳±۶/۲۱	اطاعت	۰/۲۷۳	۱۴/۶۴±۵/۳۲	۱۴/۰۹±۵/۴۲	محروریت هیجانی
۰/۴۴۴	۱۵/۰۳±۵/۰۲	۱۴/۶۵±۵/۴۹	فداکاری	۰/۳۴۴	۱۶/۰۵±۵/۸۲	۱۵/۵۵±۵/۷۲	رهاسدگی / بی ثباتی
۰/۴۱۱	۱۴/۴۳±۶/۶۴	۱۳/۴۷±۵/۸۴	بازداری هیجانی	۰/۷۵۴	۱۲/۷۰±۵/۷۰	۱۲/۸۷±۵/۷۲	بی اعتمادی / بدرفتاری
۰/۵۵۸	۱۸/۰۵±۵/۹۷	۱۸/۱۴±۶/۲۰	معیارهای سرسختانه	۰/۴۵۲	۱۲/۷۲±۶/۳۷	۱۳/۱۶±۶/۱۳	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۰۲۶	۱۷/۰۱±۵/۵۲	۱۵/۸۱±۶/۰۶	استحقاق / بزرگ منشی	۰/۴۳۳	۱۱/۱۰±۵/۹۳	۱۰/۶۶±۶/۱۳	نقص و شرم
۰/۰۷۵	۱۳/۵۳±۵/۴۲	۱۲/۶۲±۵/۶۰	خود انضباطی ناکافی	۰/۵۹۵	۱۰/۶۱±۵/۸۳	۱۰/۳۱±۶/۶۵	شکست
۰/۲۷۶	۵۷±۷/۴۴	۵۷/۱۳±۹/۴۸	اهمال کاری	۰/۸۴۰	۹/۷۸±۱۱/۸۳	۹/۸۸±۵/۶۵	وابستگی / بی کفایتی
۰/۰۰۰	۱۸/۸۳±۱۲/۲۷	۲۳/۹۶±۱۴/۲۳	سلامت روان	۰/۶۲۵	۱۰/۹۳±۵/۵۵	۱۰/۹۴±۶/۰۵	آسیب پذیری نسبت به بیماری و ضرر
				۰/۳۱۰	۱۰/۸۷±۵/۸۲	۱۱/۴۴±۶/۱۴	گرفتار / خود تحول نایافته

جدول شماره ۴: ضرایب همبستگی بین طرحواره‌های ناکارآمد با اهمال کاری و سلامت روان در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی

سلامت روان		اهمال کاری		طرحواره‌های ناکارآمد
غیر پزشکی	پزشکی	گروه غیر پزشکی	گروه پزشکی	
**۰/۲۵۹	**۰/۱۸۵	۰/۰۲۱	۰/۰۲۷	محروریت هیجانی
**۰/۲۴۳	**۰/۳۱۵	**۰/۱۸۲	۰/۰۴۴	رهاشدگی/ بی‌ثباتی
**۰/۴۰۴	**۰/۳۷۴	۰/۱۰۱	۰/۱۸	بی‌اعتمادی/ بدر رفتاری
**۰/۴۲۲	**۰/۴۳۲	**۰/۱۷۸	**۰/۱۸۱	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
**۰/۳۳۸	**۰/۴۰۷	۰/۱۲۶	*۰/۱۴۴	نقص و شرم
**۰/۲۲۵	**۰/۳۵۰	*۰/۱۶۳	۰/۱۲۶	شکست
**۰/۲۳۵	**۰/۳۵۵	*۰/۱۳۹	۰/۰۸۶	وابستگی/ بی‌کفایتی
**۰/۳۱۰	**۰/۴۱۴	۰/۶۶	۰/۰۴۱	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر
**۰/۱۷۳	**۰/۲۶۶	*۰/۱۶۷	۰/۱۰۱	گرفتار/ خودتحول نیافته
**۰/۲۵۲	**۰/۴۵۳	*۰/۱۶۱	۰/۱۲۵	اطاعت
**۰/۲۳۹	**۰/۳۰۳	-۰/۰۲۵	۰/۰۴۲	فداکاری
**۰/۳۰۹	**۰/۳۵۴	۰/۶۲	-۰/۰۱۷	بازداری هیجانی
۰/۱۰۶	۰/۰۳۷	-۰/۱۲۱	-۰/۰۸۳	معیارهای سرسختانه
**۰/۲۹۸	*۰/۱۵۸	*۰/۱۴۲	-۰/۰۶۱	استحقاق/ بزرگ منشی
**۰/۲۹۴	**۰/۳۲۶	**۰/۲۸۴	۰/۰۶۱	خود انضباطی ناکافی

* p < ۰/۰۵

** p < ۰/۰۱

اجتماعی/ بیگانگی، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، گرفتار/ خودتحول نیافته، اطاعت، استحقاق/ بزرگ منشی و خود انضباطی ناکافی با اهمال کاری رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. خصوصیات افرادی که این طرحواره‌ها در آن‌ها بیشتر فعال است عبارتند از: معمولاً ناپایدار، نقص در حد و مرزهای درونی، بی‌مسئولیتی در قبال دیگران و یا فقدان هدف‌گزینی طولانی مدت و تأکید زیادی بر ارضاء نیازهای دیگران در مقایسه با نیازهای خود دارند. مقایسه‌ای که می‌توان بین این دو گروه در دو فرض بالا انجام داد این است که در گروه غیر پزشکی هشت طرحواره، از حیثه‌های اول تا چهارم و در گروه پزشکی دو طرحواره از حیثه اول با اهمال کاری رابطه معنی‌دار داشتند. طرحواره انزوای اجتماعی بیگانگی در هر دو گروه رابطه معنی‌داری با اهمال کاری داشت. به منظور تبیین و بررسی نظری رابطه طرحواره‌های ناکارآمد و اهمال کاری طبق رویکرد Yang می‌توان گفت که فردی که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه دارد با انتخاب سبک پاسخ‌دهی ناکارآمد از تجربه نمودن هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده‌ها دوپیری می‌کند.

ناکافی با اهمال کاری رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. همچنین به جزء طرحواره ناکارآمد معیارهای سرسختانه بین بقیه طرحواره‌های ناکارآمد با سلامت روان در بین هر دو گروه دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.

بحث

در مطالعه حاضر مشخص شد که از بین طرحواره‌های ناکارآمد در دانشجویان پزشکی فقط بین طرحواره‌های انزوای اجتماعی/ بیگانگی و نقص و شرم با اهمال کاری رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد و بین سایر طرحواره‌ها با اهمال کاری در این گروه رابطه معنی‌داری وجود ندارد. در این‌جا ذکر این نکته ضروری است که با توجه به این که رابطه مذکور برای اولین بار است در ایران و خارج از ایران بررسی می‌شود پژوهشگر نتوانست تحقیقی را در این راستا پیدا نماید که نتایج این بخش از پژوهش را با آن مقایسه نماید. همچنین در دانشجویان غیرپزشکی از بین طرحواره‌های ناکارآمد، بین طرحواره‌های ناکارآمد رهاشدگی/ بی‌ثباتی، انزوای

سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی رابطه مثبت معنی دار وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج Muris (۲۰۰۶)، Welburn و همکاران (۲۰۰۲) و دیگران (۲، ۲۵، ۳۳، ۳۸-۳۶، ۳۹) همسو است.

به طور کلی، نتایج این پژوهش قبل از هر چیز نقش واسطه ای طرحواره‌ها در آسیب‌شناسی روانی و اهمال کاری را تأیید می‌کند. نتایج به دست آمده در این پژوهش بستری برای بررسی عمیق‌تر محتوای شناختی خاص هر اختلال است. این امر گامی مهم در جهت تبیین و وضوح بخشی به اختلالات خواهد بود و از طرفی تلویحات مهمی در زمینه‌های درمانی خواهد داشت در این راستا به نظر می‌رسد این حیطه نیازمند بررسی دقیق و جداگانه هر اختلال به منظور تبیین آن‌ها و ترسیم نمای طرحواره‌های ناکارآمد اولیه دخیل در تداوم علایم است. دشواری در انتخاب نمونه به علت گستردگی و عدم تمرکز دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی و عدم دسترسی به منابع دست اول و مقالات مرتبط از مهم‌ترین محدودیت‌های این تحقیق محسوب می‌شود. به علت تازگی موضوع پیشنهاد می‌گردد که این تحقیق در نقاط دیگر کشور و با نمونه‌ها و جوامع متنوع‌تر انجام گیرد. همچنین برای بالا بردن اطلاعات دانشجویان از عوامل مؤثر بر سلامت روان و اهمال کاری که به عنوان مانعی بر سر راه پیشرفت آن‌ها عمل می‌کند آموزش‌های مرتبط در این زمینه صورت گیرد.

همچنین با برگزیدن سبک مقابله اجتنابی از موقعیت‌های برانگیزاننده طرحواره‌ای، مثل روابط صمیمی یا چالش‌های شغلی نیز دوری می‌کند و می‌تواند رفتار مخربی هم داشته باشد (۴). Basco اهمال کاری را فعالیت می‌داند که دو عامل آن‌را بر می‌انگیزاند. افکار منفی و واکنش‌های هیجانی (۳۲). پس می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌هایی که فرد را به هیجانات منفی را در فرد بر می‌انگیزاند می‌برد در واقع عاملی جهت شکل‌گیری و تداوم اهمال کاری نیز می‌باشند.

همچنین طبق نظریه ساختارهای معنی‌گذاری طرحواره Beck (۱۹۷۶)، Ingram (۱۹۸۴)، Clark و همکاران (۱۹۹۹) که شناخت‌ها و طرحواره‌ها خاستگاه آغازین پردازش دانسته‌اند و نظر Mor و همکاران (۲۰۰۲) مبنی بر این که افراد اطلاعات مربوط به خویشتن را به اندازه کافی پردازش می‌نمایند ولی اطلاعات ناهمخوان با خویشتن را کمتر یا بدتر پردازش می‌کنند (۱۳-۱۱، ۲۳) بنابراین شاید بر اساس این نظریه، بتوان نتیجه گرفت که افراد اهمال کار هم به مانند افراد افسرده اطلاعات مثبت خود ارجاع را از نظام پردازش اطلاعات خویش حذف می‌نمایند و اطلاعات منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می‌آورند و این سوگیری منطبق با طرحواره‌های ناکارآمد فرد می‌باشد. نتایج دیگر تحقیق نشان می‌دهد به جزء طرحواره ناکارآمد معیارهای سرسختانه بین بقیه طرحواره‌های ناکارآمد با

References

1. Kaveh MH, Shojaezadeh D, Shahmohammadi D, Eftekhari Ardebili H, Rahimi A, Bolhari J. Teachers' role in elementary school mental health: Results of an interventional study. Payesh Health Mon, J Iranian Inst Health Sci Res 2003; 2(2): 95-103 (Persian).
2. Harris AE, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas and depressive symptoms in young adult. Cogn Ther Res 2002; 26(3): 405-416.
3. Gunty AL, Buri JR. Parental Practices and the Development of Maladaptive Schemas. Online Submission, Paper Presented at the Annual Meeting of the Midwestern Psychological Association 2008; 33. Retrieved from ERIC database (ED502663).
4. Young JE, Klosko JS, weishaar ME. Schema

- therapy, A practitioner's guid. NewYork: Guilford press; 2003.
5. James IA, Reichelt FK, Freeston MH, Barton SB. Schemas as memories: implications for treatment. *J cogn psychot* 2007; 21(1): 51-57.
 6. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, et al. The early maladaptive schemas: A study inadult patients with anxiety disorders. *Encephale* 2004; 30(3): 255-258.
 7. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res* 2006; 30(5): 571-584.
 8. Clark LA. The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. In *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping Features*. Kendall PC, Watson D, (eds). San Diego: Academic Press; 1989. p. 83-129.
 9. Clark LA, Watson D. Theoretical and empirical issues in differentiating depression from anxiety. In *Psychosocial aspects of depression*. Becker J, Kleinman A, (eds). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1991. p. 39-65.
 10. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A, Jones C. Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in Non-clinical Samples. *Pers Individ Differ* 2004; 36(7): 1669-1680.
 11. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press; 1976.
 12. Ingram RE. Toward an information-processing analysis of depression. *Cogn Ther Res* 1984; 8(5): 443-477.
 13. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc; 1999.
 14. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A Comparison of Maladaptive Schemata in Treatment-Seeking Obese Adults and Normal-Weight Control Subjects. *J Psychosom Res* 2006; 60(3): 245-252.
 15. Cecero JJ, Young JE. Case of Silvia: A schema-focused approach. *J Psychother Integr* 2001; 11(2): 217-229.
 16. Thimm JC. Mediation of Early Maladaptive Schemas between Perceptions of parental Rearing Style and Personality Disorder Symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2010; 41(1): 52-59.
 17. Lotfi R, Donyavi V, Khosravi Z. Comparison of Early maladaptive schemas between personality disorder (cluster B) and normal subjects. *J Arak Univ Med Sci* 2007; 2: 1261-1266 (Persian).
 18. Torres C. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopathy and narcissism. A thesis submitted for the degree of Doctor of Psychology (clinical) of the Australian National University, 2002. Available at: <https://digitalcollections.anu.edu.au/bitstream/1885/49255/6/02whole.pdf>.
 19. Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. Parental Bonding and Eating Disorder Symptoms in Adolescents: The Meditating Role of Core Beliefs. *Eat Behav* 2005; 6(2): 113-118.
 20. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. The Psychometric properties of the finnish Young schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009; 40(1): 158-168.
 21. Aitken M. A personality profile of the college student procrastinator. unpublished

- doctoral dissertation, University of Pittsburgh; 1982.
22. Ellis A, Knaus WJ. Overcoming procrastination. New York: Signet Books; 1977.
 23. O'Brien WK. Applying the transtheoretical model to academic procrastination. Unpublished doctoral dissertation, University of Houston; 2002.
 24. Potts TJ. Predicting procrastination on academic tasks with self-report personality measures. Dissertation Abstracts International 1987; 48: 1543.
 25. Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of General health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9: 139-145
 26. Young JE, Brown G. Young schema questionnaire: Short form, New York: Cognitive Therapy Center; 1998. Available at: [http://pure.rhul.ac.uk/portal/en/publications/young-schema-questionnaire-short-form\(509104f1-db10-48cf-965b-62964a10339f\)/export.html](http://pure.rhul.ac.uk/portal/en/publications/young-schema-questionnaire-short-form(509104f1-db10-48cf-965b-62964a10339f)/export.html).
 27. Ahi GH, Mohamadifar M, Besharat MA. The reliability and validity of the Schema Questionnaire-Short Form. Psychology & Educational Science 2007; 37(3): 5-20 (Persian).
 28. Lay CH. At last, my research article on procrastination. J Res Pers 1986; 20(4): 474-495.
 29. Hoseini F, Khayyer M. Prediction of Behavioral and Decisional Procrastination Considering Meta-Cognition Beliefs in University Students. IJPCP 2009; 15(3): 265-273. (Persian).
 30. Yaghobi N, Shamohamadi D, Nasr M. Epidemiological study of mental disorders in urban and rural areas Some'esara city (Gilan). Iranian Psychiatry and Clinical Psychology 1995; 1(4): 55-60 (Persian).
 31. Shahamat F, Predicting General Health symptoms (somatization, anxiety and depression) from early maladaptive schemas. J Psychol, Tabriz Uni, 2011; 5(20): 103-124. (Persian).
 32. Basco MR. The procrastinator's guide to getting things done. New York. Guilford Press; 2010.
 33. Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. Psychol Bull 2002; 128(4): 638-662.
 34. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviors, big five personality factors and psychopathological symptoms. Clin Psychol Psychother 2006; 13(6): 405-413.
 35. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontefract A, Jordan S. The schema questionnaire-short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. Cogn Ther Res 2002; 26(4): 519-530.
 36. Platts H, Mason O, Tyson M. Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. Psychol Psychother 2005; 78(5): 549-564.
 37. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? Clin Psychol Psychother 2010; 17(5): 374-385.
 38. Lumley MN, Harkness KL. Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas and symptom profile in adolescent depression. Cogn Ther Res 2007; 31(5): 639-657.
 39. Calvete E, Estévez A, López de Arroyabe E, Ruiz P. The Schema Questionnaire-short form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of

- affective disorders. *Eur J Psychol Assess* 2005; 21(2): 90-99.
40. Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cogn Ther Res* 2010; 34(4): 368-379.
41. Reinecke MA, Simons A. Vulnerability to depression among adolescents: Implications for cognitive-behavioral treatment. *Cognit Behav Pract* 2005; 12(2): 166-176.
42. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, et al. The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cogn Ther Res* 2006; 30(4): 515-529.