

Modeling the Relationship between Early Maladaptive Schemes and Mediating Health Promoting Behaviors on Students' Mental Health

Nafiseh Majidi Yaychi¹, *Ramazan Hasanzadeh², Mahboobe Faramarzi³, Ali Reza Homayouni⁴

Author Address

1. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Babol Unit, Islamic Azad University, Babol, Iran;

2. PhD of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran;

3. PhD of Psychology, Department of Psychology, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran;

4. PhD of Psychology, Department of Psychology, Bandar Gaz branch, Islamic Azad University, Bandar Gaz, Iran.

*Corresponding Author Address: Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: rhasanzadehd@yahoo.com

Received: 2018 June 7; Accepted: 2018 July 18

Abstract

Background & Objective: Mental health is an important variable that is affected by many factors. General health includes behaviors in which a person has proper nutrition, regular exercise, avoidance of destructive behaviors, timely diagnosis of disease symptoms, stress management, adaptation and correction of interpersonal relationships in the social dimension, and the potential for improving quality of life it has a mental health and emphasizes the improvement of life's behaviors. Young people are critical in shaping the future generation and promoting community health because they are considered to be relatively healthy in health promotion efforts worldwide. Adolescence is regarded as a vital period due to significant physiological, cognitive and psychological changes. It is likely that adolescent students will be affected by early maladaptive schemas, which are shaped in the past years of life. Early maladaptive schemas are the result of childhood traumatic experiences that gradually become patterned as ineffective behaviors. These schemas, without being aware of them, are dominant in his cognitive system; they are self-sustaining and show high resistance to change. When the early maladaptive schemas are activated, levels of excitement are released, and direct or indirect leads to various forms of psychological disturbances such as depression, anxiety, inability to work, substance misuse, interpersonal conflicts, lack of Attention to health and wellness and so on. According to the above, the present study intends to investigate the relationships between initial maladaptive schemas and the mediation of health-promoting behaviors due to the full range of links between early maladaptive schemas and health-promoting behaviors and mental health. Mentally.

Methods: This research was correlation research based on Structural Equation Modeling (SEM). The statistical population consisted of all secondary and secondary school students in Sari, selected by multi-stage cluster sampling. The data gathering tool included the scale of early maladaptive schemas (Yang, 1994), mental health scale (Goldberg, 1979), and the scale of health promotion behaviors (Walker, 1987). For data analysis, structural regression equation modeling used and data analysis was performed using SPSS 24 and Amos 23 software.

Results: The results showed that there was a significant positive correlation between the variables of early maladaptive schemas and mental health and a negative correlation between health promotion behaviors and mental health ($p < 0.001$). According to the final model of research, the exogenous variable has the predictive power of mental health variable, and the research model was generally approved. Health promoting behaviors have a predictive role in mental health.

Conclusion: The results showed that there was a significant positive correlation between the variables of early maladaptive schemas and mental health and a negative correlation between health promotion behaviors and mental health ($p < 0.001$). According to the final model of research, the exogenous variable has the predictive power of mental health variable, and the research model was generally approved. Health promoting behaviors have a predictive role in mental health.

Keywords: Early Maladaptive Schemas, Health Promotion Behaviors, Mental Health.

مدل‌یابی رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت روانی دانش‌آموزان

نفسیه مجیدی یایچی^۱، *رمضان حسن‌زاده^۲، محبوبه فرامرزی^۳، علی‌رضا همایونی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، بابل، ایران؛
 ۲. دکترای روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛
 ۳. دکترای روان‌شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران؛
 ۴. دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.
- *آدرس نویسنده مسئول: واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
rhasanzadehd@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۷ خردادماه ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۷ تیرماه ۱۳۹۷

چکیده

هدف: سلامت روانی متغیر مهمی است که تحت تأثیر عوامل زیادی قرار دارد. این پژوهش با هدف بررسی مدل‌یابی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت روانی دانش‌آموزان انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش از نوع پژوهش‌های همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم شهر ساری بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای متناسب با حجم انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۴)، مقیاس سلامت روان (گلدبرگ، ۱۹۷۹) و مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت (والکر، ۱۹۸۷) بود. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده، از مدل‌یابی معادلات رگرسیونی ساختاری استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای نسخه ۲۴، SPSS و نسخه ۲۳، Amos انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد همبستگی مستقیم معناداری بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سلامت روانی و همبستگی معکوس معناداری بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت روانی وجود داشت ($p < 0.001$). طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت روانی دارای واریانس تبیین شده ۰/۱۳ بوده و بیانگر برازش مناسب مدل است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به اینکه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت نقش پیش‌بینی‌کنندگی را در سلامت روان دارد، پیشنهاد می‌شود از آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مدارس استفاده گردد و برنامه‌های طرحواره درمانی جهت بهبود سلامت روان، آمیخته با آموزش ابعاد ارتقادهنده سلامت باشد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، رفتارهای ارتقادهنده سلامت، سلامت روان.

است که رفته‌رفته به‌صورت الگوهایی از رفتارهای ناکارآمد تثبیت می‌شوند. این طرحواره‌ها بدون اینکه فرد از آن‌ها آگاهی داشته باشد، در نظام شناختی او تسلط می‌یابند؛ خودتداوم‌بخش هستند و در برابر تغییر مقاومت زیادی نشان می‌دهند (۱۲). این‌ها موجب سوگیری ما از رویدادها می‌شوند، لذا بین رفتارهای ناسازگارانه در آینده و طرحواره‌های ناسازگار، رابطه وجود دارد (۱۳). طرحواره‌ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی نابه‌تجار را در پی دارند و باعث ناراحتی‌های روانی می‌شوند. فرض بر این است که طرحواره‌ها به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم باعث بروز مشکلات و ناراحتی‌هایی نظیر: افسردگی، تنهایی یا روابط مخرب دیگر می‌شوند. آن‌ها اغلب زیربنای علائم اختلالات مزمن محور یک، مانند افسردگی، اضطراب و روان‌تنی و الگوی اصلی بسیاری از اختلالات شخصیت هستند (۱۴). هنگامی که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی، عدم توجه به سلامتی و تندرستی و مانند آن می‌شود (۱۵). با توجه به مطالب فوق پژوهش حاضر در نظر داشت به‌خاطر گستردگی و ارتباط نزدیکی که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سلامت روان وجود دارد به بررسی روابط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر سلامت روان بپردازد.

۲ روش بررسی

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع پژوهش‌های کاربردی و ازلحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به‌صورت مقطعی و تحلیل آن‌ها به روش توصیفی و از نوع پژوهش‌های همبستگی مبتنی بر روش مدل‌یابی معادلات ساختاری (SEM) بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر و پسر متوسطه دوم شهر ساری در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود. در این پژوهش برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به‌طوری‌که مناطق سه‌گانه شهری در شهر ساری به‌عنوان سه سرشاخه اصلی و ناحیه یک و ناحیه دو در مناطق شهری و مدارس هر منطقه به‌عنوان خوشه‌ها در نظر گرفته شدند. دانش‌آموزان نمونه (مجموعاً ۶۵۰ نفر) با توجه به تعداد دانش‌آموزان در منطقه و مدرسه انتخاب گردیدند. ۶۲۷ نفر از دانش‌آموزانی که به پرسشنامه‌هایی که در ادامه آمده است، به‌صورت کامل پاسخ دادند، به‌عنوان نمونه انتخاب شده و ۳۲ نفر از دانش‌آموزانی که به پرسشنامه‌ها به‌صورت ناقص پاسخ دادند از نمونه خارج گردیدند.

جهت انجام پژوهش و اخذ مجوز، هماهنگی با حراست اداره آموزش و پرورش شهرستان انجام شد. پس از انتخاب نمونه‌ها توضیحات مقدماتی درخصوص هدف پژوهش و نحوه همکاری و تکمیل ابزارها به دانش‌آموزان داده شد. رضایت‌نامه آگاهانه از جانب جامعه هدف کسب گردید. پس از آن پرسشنامه‌ها در اختیار

سلامت روان^۱ حالتی از بهزیستی است که افراد را قادر می‌سازد تا توانایی‌های خود را تشخیص دهند و بتوانند با استرس‌های معمول زندگی کنار بیایند. سلامت روان به عنوان مقوله‌ای مهم، بر تمامی جنبه‌های زندگی انسان تأثیرگذار است و ارتباطی دو طرفه و تعاملی چشمگیر با بهزیستی و بهره‌وری در جامعه و افراد دارد (۱). سلامت جسم و روان جدای از یکدیگر نیستند؛ به‌همین دلیل نیز سال‌هاست تعریف سلامت، دیگر تنها سلامت جسمی را در برنمی‌گیرد. از چندین دهه گذشته تاکنون سازمان بهداشت جهانی گرایش خدمات بهداشتی را از تمرکز بر روی بیماری به‌سوی توجه به پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت^۲ تغییر داده و ارتقای سلامت به‌عنوان راهبردی ضروری برای کاهش نابرابری بهداشتی و ارائه مراقبت‌های اولیه با کیفیت در نظر گرفته شده است (۲). سبک زندگی ارتقادهنده سلامت، یکی از معیارهای تعیین‌کننده سلامت و از شاخص‌های اصلی ارزیابی سلامت است که عاملی تعیین‌کننده برای بهبود سطح سلامت عمومی افراد جامعه محسوب می‌شود (۳). سلامت عمومی شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش مرتب، دوری از رفتارهای مخرب، تشخیص به‌موقع نشانه‌های بیماری، مدیریت استرس، سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بُعد اجتماعی می‌پردازد (۴). سلامت عمومی توانایی بالقوه‌ای برای بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان دارد و بر رفتارهای بهبود بخش زندگی تأکید می‌کند (۵). افراد جوان در شکل گرفتن نسل آینده و ارتقای سلامت اجتماع بسیار مهم هستند؛ چون در مرحله نسبتاً سالمی از زندگی در نظر گرفته می‌شوند، در تلاش‌های ارتقای سلامت در سراسر جهان، به‌عنوان اولویت در نظر گرفته می‌شوند (۶). دوره نوجوانی به‌دلیل تغییرات عمده فیزیولوژیکی، شناختی و روانی، دورانی بحرانی تلقی می‌شود (۷). احتمال دارد دانش‌آموزان نوجوان تحت تأثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ باشند، طرحواره‌هایی که در ادوار گذشته زندگی افراد شکل می‌گیرند (۸). رویکردهای نظری مختلف سلامت روان را از منظرهای متعدد نگریسته‌اند. در پژوهش پهرنانچی (۹) سلامت روان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران دارای نقایص بینایی پیش‌بینی شده است. یکی از عوامل بسیار مهمی که در تحقیقات مختلف به آن اشاره شده است، شناخت‌ها هستند. شناخت‌ها شامل نگرش، تفکرات و طرحواره‌ها هستند که می‌توانند بر سلامت روان تأثیرگذار باشند. در واقع طرحواره‌ها، باورها و احساسات مهمی درباره خود و محیط هستند که افراد آن را بدون چون‌وچرا پذیرفته‌اند (۱۰). دوران ابتدایی زندگی افراد، زمان شکل‌گیری و گسترش بسیاری از طرحواره‌ها بوده این طرحواره‌ها تجارب و عملکرد بعدی زندگی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۱). طرحواره‌های ناسازگار اولیه حاصل تجارب آسیب‌زای دوران کودکی

1. Mental Health

2. Health Promotion

3. Early Maladaptive Schemas

دانش‌آموزان قرار گرفت. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

- مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ^۱ (YSQ-SF): این مقیاس توسط یانگ (۱۹۹۴) برای اندازه‌گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه که ۵ حوزه (بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری) را می‌سنجد، ساخته شده است. این مقیاس ۷۵ سؤال دارد و نمره‌گذاری در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای «کاملاً غلط (نمره ۱)، تقریباً غلط (نمره ۲)، بیشتر درست تا غلط (نمره ۳)، اندکی درست (نمره ۴)، تقریباً درست (نمره ۵) و کاملاً درست (نمره ۶) است (۱۶). در ایران پایایی مقیاس به وسیله آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای حوزه‌های آن به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۷۳، ۰/۶۷ و ۰/۷۸ گزارش و روایی مقیاس نیز به روش تحلیل عاملی تأییدی، تأیید شده است (۱۷). در پژوهش حاضر پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای حوزه‌های بالا به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ ارزیابی شده است.

- مقیاس سلامت روان (GHQ-28): این مقیاس توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) تدوین و دارای ۴ زیرمقیاس (علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی) است. ضریب پایایی آن ۰/۷۴ گزارش شده است. در ایران پایایی مقیاس از طریق بازآزمایی، دوباره‌کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ و گزارش شده و روایی سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش گردیده است. در پژوهش حاضر پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ برای علائم جسمانی ۰/۷۷، علائم اضطرابی ۰/۸۰، علائم کارکرد اجتماعی ۰/۸۲ و علائم افسردگی ۰/۷۶ ارزیابی شد (۱۸).

- مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت: مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت والکر و همکاران (۱۹۸۷)، ۵۲ گویه دارد که ۶ بُعد را اندازه‌گیری می‌کند. تغذیه (۶ گویه)، ورزش (۵ گویه)، مسئولیت‌پذیری درباره سلامت (۱۰ گویه)، مدیریت استرس (۷ گویه)، حمایت بین‌فردی (۷ گویه) و خودشکوفایی (۱۳ گویه) گویه‌های این مقیاس‌اند. نمره‌گذاری در طیف لیکرت ۴ درجه‌ای «هرگز (نمره ۱)، برخی اوقات (نمره ۲)، اغلب (نمره ۳)، همیشه و به‌طور معمول (نمره ۴) است. آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برای کل مقیاس و برای ابعاد آن ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است. در ایران پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ و برای ابعاد از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و روایی مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی تأیید شده است (۱۹). در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برای ابعاد به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ ارزیابی گردید.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از مدل‌یابی معادلات رگرسیونی ساختاری استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۴ و Amos نسخه ۲۳، در

سطح معناداری ($\alpha=0/05$) انجام گرفت. در ابتدا با بررسی پیش‌فرض‌های آماری با استفاده از آزمون‌های کشیدگی و چولگی، جعبه‌ای، کولموگروف-اسمیرنوف، داده‌های پرت شناسایی شد، سپس با استفاده از آزمون ماهالانوبیس داده‌های پرت حذف گردید، همچنین پس از بررسی نرمالی داده‌ها مدل اندازه‌گیری سه متغیر پژوهش بررسی و تأیید شد.

۳ یافته‌ها

نتایج میانگین واریانس‌های استخراجی (AVE) نشان می‌دهد که تمامی خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر سلامت روان در مدل اندازه‌گیری مقادیر به دست آمده آن از حد معیار ۰/۵ بزرگ‌تر است که نشان‌دهنده روایی از نوع همگراست؛ همچنین پایایی مرکب (پایایی سازه) نشان‌دهنده آن است که مقادیر به دست آمده از مؤلفه‌ها از حد معیار ۰/۷ بیشتر است، بنابراین موضوع AVE و CR پرسشنامه‌ها تأیید می‌گردد.

نتایج مندرج در جدول ۲ همبستگی مثبت معناداری بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سلامت روانی در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. همبستگی معکوس معناداری بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت روانی در آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود مقدار RMSEA برابر با ۰/۴۲ بود لذا این مقدار کمتر از ۰/۱ است که نشان می‌دهد میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب است و مدل قابل قبول است. همچنین مقدار کای‌دو به درجه آزادی (۲/۵۴) بین ۱ و ۳ بود و میزان شاخص GFI، CFI و NFI نیز تقریباً برابر و بزرگ‌تر از ۰/۹ بود که نشان داد مدل اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، مدلی، مناسب است.

با توجه به جدول ۳ مسیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، رفتارهای ارتقادهنده سلامت اثر مستقیم معناداری بر سلامت روانی دارا هستند.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، از مسیر غیرمستقیم در نظر گرفته شده با توجه به مقادیر استاندارد شده (B)، استاندارد نشده (b) و (R^2) به دست آمده، مسیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر سلامت روانی، با توجه به مقدار به دست آمده دارای واریانس تبیین شده (R^2) برابر با ۰/۱۳ بود و با توجه به روش برآورد حداکثر درست نمایی (ML) تأیید گردید.

¹ Young Schema Questionnaire

جدول ۱: ماتریس همبستگی پیرسون طوره‌های ناسازگار اولیه، رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سلامت روانی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
۱ = تغذیه	۲۲/۹۱	۷/۲۴	۱														
۲ = ورزش	۲۰/۸۹	۷/۶۴	۰/۸۷**	۱													
۳ = مسئولیت پذیری سلامت	۲۰/۴۲	۷/۲۵	۰/۸۰**	۰/۶۵**	۱												
۴ = مدیریت استرس	۱۳/۲۷	۳/۶۵	۰/۸۹**	۰/۸۵**	۰/۶۹**	۱											
۵ = حمایت بین فردی	۱۷/۲۷	۵/۸۵	۰/۸۴**	۰/۶۱**	۰/۶۸**	۰/۸۶**	۱										
۶ = خودشنکوفایی	۲۰/۸۰	۶/۴۵	۰/۶۹**	۰/۶۲**	۰/۸۴**	۰/۸۲**	۰/۸۷**	۱									
۷ = علائم جسمانی	۱۰/۴۱	۳/۹۶۵	-۰/۳۱**	-۰/۲۹**	-۰/۲۵**	-۰/۳۱**	-۰/۳۳**	-۰/۳۰**	۱								
۸ = علائم اضطرابی	۱۰/۵۸	۴/۳۴	-۰/۳۱**	-۰/۲۷**	-۰/۲۷**	-۰/۳۲**	-۰/۳۳**	-۰/۳۰**	۰/۸۰**	۱							
۹ = علائم کارکرد اجتماعی	۸/۱۷	۳/۶۵	-۰/۳۱**	-۰/۲۰**	-۰/۲۷**	-۰/۳۲**	-۰/۳۲**	-۰/۲۰**	۰/۸۲**	۰/۳۹**	۱						
۱۰ = علائم افسردگی	۹/۰۸	۳/۵۲	-۰/۲۷**	-۰/۲۵**	-۰/۲۶**	-۰/۲۷**	-۰/۲۵**	-۰/۲۳**	۰/۸۲**	۰/۶۲**	۰/۶۲**	۱					
۱۱ = سلامت روانی	۳۶/۲۳	۱۴/۵۱	-۰/۲۹**	-۰/۲۶**	-۰/۲۵**	-۰/۳۰**	-۰/۲۸**	-۰/۲۵**	۰/۴۳**	۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۴۴**	۱				
۱۲ = طرد و بریدگی	۴۹/۲۲	۸/۶۱	-۰/۲۶**	-۰/۲۴**	-۰/۲۴**	-۰/۲۸**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	۰/۵۲**	۰/۴۶**	۰/۵۷**	۰/۴۶**	۰/۸۶**	۱			
۱۳ = خودگردانی	۴۱/۱۴	۸/۸۰	-۰/۲۰**	-۰/۲۰**	-۰/۲۹**	-۰/۳۲**	-۰/۳۱**	-۰/۳۲**	۰/۵۱**	۰/۶۸**	۰/۶۶**	۰/۴۶**	۰/۸۲**	۰/۸۸**	۱		
۱۴ = محدودیت‌های مختل	۳۶/۲۳	۸/۵۶	-۰/۲۶**	-۰/۲۵**	-۰/۲۶**	-۰/۲۸**	-۰/۲۹**	-۰/۲۹**	۰/۵۴**	۰/۵۵**	۰/۴۸**	۰/۵۰**	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۰/۸۰**	۱	
۱۵ = دیگر جهت‌مندی	۳۲/۱۴	۸/۶۹	-۰/۲۶**	-۰/۲۵**	-۰/۲۶**	-۰/۲۷**	-۰/۲۷**	-۰/۲۸**	۰/۴۱**	۰/۶۶**	۰/۵۸**	۰/۴۲**	۰/۶۱**	۰/۶۱**	۰/۸۰**	۰/۸۰**	۱
۱۶ = گوش به‌زنگی و بازدارندگی	۴۶/۲۲	۸/۶۷	-۰/۳۰**	-۰/۲۹**	-۰/۲۹**	-۰/۳۱**	-۰/۳۱**	-۰/۳۲**	۰/۴۸**	۰/۵۸**	۰/۵۸**	۰/۵۱**	۰/۸۰**	۰/۸۰**	۰/۸۷**	۰/۹۰**	۰/۸۳**

جدول ۲. شاخص‌های برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از سه مرحله اصلاح

نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار به دست آمده قبل از تصحیح	مقدار به دست آمده پس از تصحیح
χ^2/df	کای اسکوتر نسبی	< 3	۳/۴۹۷	۲/۵۴
RMSEA	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب	< 0.1	۰/۰۵۶	۰/۰۴۲
GFI	شاخص برازندگی تعدیل یافته	> 0.9	۰/۹۲۴	۰/۹۵۵
NFI	شاخص برازش نرم	> 0.9	۰/۸۹۲	۰/۹۲۱
CFI	شاخص برازش مقایسه ای	> 0.9	۰/۸۸۱	۰/۹۱۸
DF		-	۷۱	۶۸

جدول ۳. برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست نمایی (ML)

متغیر	مقدار استاندارد نشده	مقدار استاندارد شده	t مقدار	R ²
طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر سلامت روانی	۰/۳۹	۰/۳۵	۷/۴۲۵	۰/۱۳
رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر سلامت روانی	-۰/۳۸	-۰/۲۶	۴/۳۳۶	۰/۰۹

جدول ۴. برآورد مستقیم مدل با روش حداکثر درست نمایی

متغیر	B مسیر مستقیم	B مسیر غیر مستقیم	R ²
طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده سلامت بر سلامت روانی	-۰/۲۸	-۰/۴۸	۰/۱۳

۴ بحث

آن‌هاست. خانواده باعث شکل‌گیری فاکتورهایی مثل اعتقادات مذهبی و رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری سلامتی، مهارت‌های ارتباطی و روابط بین‌فردی می‌شود (۲۵)؛ فاکتورهایی که می‌توان آن‌ها را طرحواره‌هایی دانست که عملکرد آتی فرد را شکل می‌دهند. با افزایش نمره هر یک از ۱۵ خرده‌مقیاس طرحواره‌ها علائم آسیب‌شناسی روانی افزایش پیدا می‌کند که با نتایج تحقیقات چیو (۱۵) و آتماکا (۱۰) همسوست. در تبیین این نتایج می‌توان به این نکته اشاره کرد که سامانه شناختی همه انسان‌ها دارای طرحواره‌هایی است که فرد را برای مقوله‌بندی اطلاعات و پیش‌بینی رخدادها توانا می‌سازد؛ این طرحواره‌ها از تجارب فردی، خانوادگی، ابعاد شناختی و سبک زندگی تأثیر می‌پذیرد. زمانی که این عوامل آسیب‌زا باشند و فرد را در جهت رشد سالم هدایت نکنند، سلامت فرد دچار نقصان می‌شود؛ به این صورت که رفتارهای ناسازگار را به‌عنوان پاسخی در برابر طرحواره‌هایشان به کار می‌برد که با ادامه این رفتارها خود را دچار کاستی می‌نماید. می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌های شناختی ناسازگار اولیه، مدلی برای عدم سلامت روان هستند، طرحواره‌ها باعث می‌شوند که افراد معیارهای خاصی برای انتخاب در نظر بگیرند (۱۱). افراد به‌طور ناهشیار به سمت وقایعی کشیده می‌شوند که باعث راه‌اندازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه شان می‌شود و موقعیت‌ها و روابطی را بر می‌گزینند که طرحواره‌ها را تداوم می‌بخشند. طرحواره خودکنترلی ناکافی می‌تواند بر مسئولیت‌پذیری سلامتی و میزان فعالیت فیزیکی فرد تأثیرگذار باشد. فرد از این جریان آگاه نیست و هیچ پیش‌بینی ندارد و به این ترتیب فرد طرحواره ناسازگار خود را

هدف پژوهش حاضر بررسی مدل‌یابی روابط ساختاری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجی‌گری رفتارهای ارتقادهنده بر سلامت روان دانش‌آموزان دختر و پسر متوسطه دوم شهر ساری بود و با توجه به مدل نهایی تحقیق به‌طور کلی متغیر برونزا توان پیش‌بینی متغیر سلامت روان را داراست و مدل پژوهش تأیید گردید. رفتارهای ارتقادهنده سلامت نقش پیش‌بینی‌کنندگی را در سلامت روان دارد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش هاوک (۲۰) همسوست و نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در عدم سلامت روان افراد با نتایج تحقیقات چنگ (۲) و فیروزآبادی (۳) و دیکهات (۶) همسوست. از نتایج پژوهش استباط می‌شود که طرحواره‌ها یکی از متغیرهای مهم در سلامت هستند که می‌توانند بر ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت مثل مسئولیت‌پذیری سلامتی، فعالیت فیزیکی، تغذیه، مدیریت استرس و روابط بین فردی اثرگذار باشند و رفتارهای ارتقادهنده به‌عنوان متغیر میانجی بر سلامت روان فرد تأثیرگذار است. طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی هستند، موجب سوگیری در تفسیر ما از رویدادها می‌شوند. از نظر هیجانی باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون‌شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی، شد و باعث نابود شدن روابط نیز می‌گردد (۲۴). سال‌های کودکی بسیار مهم‌اند و نحوه ارتباط والدین با فرزندان منجر به شکل‌گیری محیطی سالم برای توسعه

مقابله با اضطراب و افسردگی کمک کنند (۹). روش‌هایی چون کنترل افکار غیرمنطقی، کاهش برانگیختگی و کاهش هشدار درونی و طرحواره‌درمانی که مرتبط با شناخت هستند، در کنار ورزش و آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت که روش‌های رفتاری هستند، برای کاهش فشار روانی، اضطراب و گرفتاری‌های روزانه به کار می‌روند. عدم پیروی از رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌تواند تحمیل‌کننده هزینه‌هایی بر سیستم مراقبت سلامت باشد (۲۰). از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به پرسشنامه که ابزار خودگزارش‌دهی است و عدم استفاده از سایر ابزارهای موجود اشاره کرد. همچنین به دلیل شیوه نمونه‌گیری غیرتصادفی امکان تعمیم نتایج به سایر دانش‌آموزان با محدودیت همراه است و نمونه‌ها در جامعه‌ای کوچک بررسی شدند. در همین راستا به محققان پیشنهاد می‌شود که این پژوهش را روی افراد و گروه‌های مختلف و دانش‌آموزان و دانشجویان شهرهای مختلف اجرا کنند تا نتایج، تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد. برای تشخیص، تنها از پرسشنامه استفاده شد که پیشنهاد می‌شود در تحقیقات مشابه بعدی، از روش‌های دیگر نظیر مصاحبه نیز استفاده شود.

۵ نتیجه‌گیری

یکی از اهداف تعیین‌شده سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۰، ارتقای سبک زندگی سالم در افراد است. در نتیجه ما باید با آگاه‌سازی والدین، آن‌ها را به شکل‌گیری طرحواره‌ها در فرزندان‌شان آگاه‌سازیم و با آموزش و بهبود رفتارهای ارتقادهنده به‌عنوان مؤثرترین روش جهت بهبود سلامت جسمی و روانی افراد، به ارتقای سبک زندگی سالم در افراد کمک کنیم. درنهایت پیشنهاد می‌شود از آموزش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در مدارس استفاده گردد و برنامه‌های طرحواره‌درمانی جهت بهبود سلامت روان، آمیخته با آموزش ابعاد ارتقادهنده سلامت باشد.

بازآفرینی می‌کند. این بازآفرینی‌ها به‌ویژه در حوزه بین‌فردی آشکار می‌شوند که یکی از دلایل مهم تداوم طرحواره‌ها و به تبع آن مشکلات افراد در انتخاب سبک زندگی ناسالم است. می‌توان گفت حضور طرحواره‌های ناسازگار باعث ایجاد دیدگاه‌های بدبینانه به زندگی می‌شود؛ نظیر: من شخصی شکست خورده‌ام، من موفق نمی‌شوم، من درمقابل بیماری آسیب‌پذیرم و من توانایی کنترل بر زندگی را ندارم؛ این تفکرات موجب فراخوانی هیجان‌ات منفی و اضطراب و افسردگی می‌شود. در پژوهشی (۱۶) همبستگی مثبت عامل روان رنجوری و روان‌نژندی با تمام خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه مشخص شد. در تحقیق حاضر نیز همبستگی مثبت معناداری بین متغیرهای طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سلامت روانی مشاهده گردید؛ گرفتن نمرات بیشتر در پرسشنامه سلامت روان حاکی از وضعیت بدتر فرد در سلامت روان است. در تبیین این نتایج می‌توان به تجارب شکل‌دهنده طرحواره‌هاشدهگی و آسیب‌پذیری درمقابل ضرر و بیماری و ویژگی‌های افرادی که دارای روان‌رنجوری هستند اشاره کرد؛ این عوامل می‌تواند منجر به سستی فرد و عدم توجه او به رفتارهای ارتقادهنده سلامت نظیر مدیریت استرس و مسئولیت‌پذیری سلامتی شود. این عوامل به نوبه خود می‌تواند سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار دهد. چرا که سلامت روان ارتباط تنگاتنگی با رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارد؛ همانگونه که در تحقیق حاضر مشاهده شد همبستگی منفی معناداری بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت با سلامت روان وجود دارد. چنان که پژوهش‌ها نشان می‌دهند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه گوناگون، آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی و آسیب‌شناسی شخصیتی ایجاد می‌کنند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت وسواسی-اجباری ارتباط دارد. در تحقیق حاضر نیز مشاهده می‌شود که نمرات بالای افراد مبنی بر وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بیانگر وجود نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و بدکارکردی اجتماعی است و سلامت روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این نتایج با تحقیقات فیشر و همکاران (۱۱)، رنر و همکاران (۱۶) و زره‌پوش و همکاران (۱۷) مبنی بر وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علائم افسردگی همسوست. در تبیین این موضوع می‌توان اظهار داشت که طرحواره‌ها قوانین زیربنایی هستند که افکار و رفتارهای فرد را زیر کنترل خود دارند و در طول سال‌های زندگی فرد تحول می‌یابند و همه جنبه‌های زندگی افراد را در حیطه آگاهانه و ناآگاهانه دربرمی‌گیرند. آن‌ها اطلاعات ورودی از محیط را فیلتر می‌کنند و دانش ما درباره خودمان و جهان پیرامونمان را سازمان می‌دهند (۱۳). با توجه به اینکه اساس طرحواره‌ها شناخت است و ارجحیت بر رفتار دارد، پس شناخت نادرست می‌تواند رفتارهای ارتقادهنده سلامت را تحت تأثیر قرار دهد و به تبع آن سلامت روان دچار نقصان گردد. افرادی که باورهای ناسازگار اولیه دارند، راهبردهای کنارآمدن ناسازگارانه‌ای نشان می‌دهند که ممکن است طرحواره‌هایشان را دایمی و تغییرناپذیر سازد. انبوهی از تحقیقات روان‌شناسی سلامت، درباره روش‌هایی است که در آن‌ها فرایندهای ذهنی و رفتاری می‌تواند به افراد، برای

References

1. Schönfeld P, Brailovskai, Bieda A, ChiZhang XC, Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016; 16: 1-10. [[link](#)]
2. Cheng YR. Investigation and countermeasures on the health-promoting lifestyle of the disabled elderly in a rural area. *Chinese Nursing Research*. 2015 Dec 1;2(4):107-9. [[link](#)]
3. Firoozabadi S, Jalilian M, Chenari R. Evaluation of health promoting behaviors in employees of Ilam University of medical sciences. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2017;2(1):1-10. [Persian] [[link](#)]
4. Can G, Ozdilli K, Erol O. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *J Nurse Health*. 2008; 10: 273-280. [[link](#)]
5. Nie Y, Lau S, Liau K. Role of academic self-efficacy in moderating the relation between task importance and test anxiety. *Learning and Individual Differences*. 2011; 21(6): 736-741. [[link](#)]
6. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014; 45 (2): 242-251. [[link](#)]
7. Cockram DM, Drummond PD, Lee CW. Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *The Journal of Clinical psychology & psychotherapy*. 2010; 17(3):165-82. [[link](#)]
8. Marleen M, Rijkeboer GM, Boo DE. Early Maladaptive schemas in children: Development and validation of the schema inventory for children original research article. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2010; 41(2): 102-9. [[link](#)]
9. Tehranchi K, Ahadi H, Aletaha M, Keraskian A. Prediction of Mental Health on the Basis of Early Maladaptive Schemas Considering Intermediary Role of Worry in Patients with Severe Visual Deficits.
10. Bina J *Ophthalmol*. 2016; 22 (1) :47-55. [[link](#)]
11. Atmaca S, Gençöz T. Exploring revictimization process among Turkish women: The role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child abuse & neglect*. 2016 Feb 1;52:85-93. [[link](#)]
12. Fischer TD, Smout MF, Delfabbro PH. The relationship between psychological flexibility, early maladaptive schemas, perceived parenting and psychopathology. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016 Jul 1;5(3):169-77. [[link](#)]
13. Oveisi A, Bakhshani N M. Comparative study of early maladaptive schemas of opium dependence and non-dependence men. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 14(2-54): 164-71. [Persian] [[link](#)]
14. Haaland AT, Vogel PA, Launes G, Haaland VO, Hansen B, Solem S, et al. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*. 2011 Nov 1;49(11):781-8. [[link](#)]
15. Young JE. *Young Schema Questionnaire-short form (YSQ-S)(On-line)*. New York: Cognitive Therapy Centre. 1998. [[link](#)]
16. Chiou ST, Chiang JH, Huang N, Chien LY. Health behaviors and participation in health promotion activities among hospital staff: which occupational group performs better?. *BMC health services research*. 2014 Dec;14(1):474. [[link](#)]
17. Renner F, Lobbstaël J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorder*. 2012; 136(3):581-590. [[link](#)]
18. Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi MR, Sadeghi Hosnife AH. The effect of schema therapy on chronic depression in students. *Journal of Research Behavioral Sciences*. 2012; [4 \(25\)](#):285-91. [Persian] [[link](#)]
19. Thimm JC. Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 2010, 41(1): 52-9. [[link](#)]
20. Deb S, McGirr K, Bhattacharya B, Sun J. Role of home environment, parental care, parent's

- personality and their relationship to adolescent mental health. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 2015; 5(6): 2-8. [\[link\]](#)
21. Hawke LD, Provencher MD. Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011; 25(4):257- 76. [\[link\]](#)