



بررسی رابطه ی سلامت روان با باورهای دینی و طرحواره های ناسازگار اولیه

فاطمه حیدری ثابت¹، حسینعلی مهرابی² و حمید طاهر نشاط دوست³

1 کارشناسی ارشد - دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

Fheidari2013@gmail.com

2 استادیار، دانشکده روان شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

3 استاد، دانشکده روان شناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای دینی و طرحواره های ناسازگار در پیش بینی سلامت روان بود. به این منظور، در قالب مطالعه توصیفی از نوع همبستگی، تعداد 200 نفر از دانش آموزان به صورت تصادفی طبقه ای انتخاب و پرسشنامه طرحواره های ناسازگار یانگ (SQ)، پرسشنامه باورهای دینی و چک لیست علائم مرضی (SCL90-R) را تکمیل کردند. نتایج ضریب همبستگی پیرسون بیانگر رابطه معنادار منفی بین طرحواره های ناسازگار و سلامت روان بود. از سوی دیگر، رابطه سلامت روان و باورهای دینی نشان داد که با بالا رفتن عمل به مناسک دینی، سلامت روان افزایش می یابد ($p < 0/05$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد طرحواره های آسیب پذیری نسبت به بیماری، محرومیت هیجانی، خویشتن داری / خود انضباطی ناکافی، بی اعتمادی / بد رفتاری، انزوای اجتماعی / یگانگی، معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی و بازداری هیجانی قادر به پیش بینی 65/7٪ سلامت روان بودند. به نظر می رسد توجه به طرحواره ها چه در زمینه پیشگیری و یا درمان نتیجه چشمگیری در ارتقا بهداشت روان داشته باشد.

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، باورهای مذهبی، سلامت روان

The relationship between mental health and religious beliefs and early maladaptive schemas

Fatemeh, Heydari Sabet¹; Hossein Ali, Mehrabi² & Hamid Taher, Neshat Doost³

1-Department of psychology, University of Azad Islamic, Isfahan, Iran
 (Email: *Fheidari2013@gmail.com*)

2-Department of psychology, University of Esfahan, Isfahan, Iran

3-Department of psychology, University of Esfahan, Isfahan, Iran

Abstract

The study was designed to investigate the role of religious beliefs and maladaptive schemas in predicting mental health in adolescent girls. For this propose, descriptive study of correlation, 200 students selected with classified random sampling and completed short form of maladaptive schemas questionnaire, SCL-90-R and religious belief questionnaire. Results from Pearson correlation coefficient showed that there is a negative significant relationship between maladaptive schemas and mental health ($p < 0.05$). On the other hand, relation between mental health and religious belief showed



by increasing religious rites, mental health is high ($p < 0.05$). also results from analysis of stepwise regression showed maladaptive schemas including vulnerability to harm or illness, emotional deprivation, insufficient self control, Mistrust / abuse, social isolation / alienation, unreleting standards / hyper criticalness, emotional inhibition could predict %65/7 of mental health in girls students. So we can progress in mental health by Treatment and prevention programs such as training plans, especially parents.

Keywords: *Early maladaptive schemas, Religious Beliefs, mental health*

1- مقدمه

سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را با بیان تندرستی تعریف کرده و تندرستی را وجود وضع مطلوب و خوب جسمی و روحی و اجتماعی یک فرد تعریف می کند. در این تعریف فقط عدم وجود بیماری مطرح نگردیده و میدان وسیعتری را دارا می باشد (خالقی و یساری فرد، ۱۳۸۷). با این نگاه، دین یکی از اساسی ترین و مهم ترین نهادهایی است که جامعه بشری به خود دیده است، به طوری که هیچ گاه بشر خارج از این پدیده زیست نکرده و دامن از آن بر نکشیده است (نوابخش و پوریوسفی، ۱۳۸۵). یکی از آموزه های مهم در متون دینی که بررسی های عقلی و روحی - روانی نیز بر آن تأکید می کنند، مسأله ی تأثیر متقابل در ایمان و باورهای دینی و رفتار است. یعنی همچنان که اعتقاد صحیح و باور دینی سبب بروز اعمال و رفتارهای شایسته و خوب از یک انسان می شود این رفتار خوشایند و پسندیده نیز سبب شکوفایی هر چه بیشتر ایمان شخص و رشد آن می شود (حسنی، ۱۳۸۵). افراد مذهبی با حوادث تروماتیک زندگی که قابل پذیرش نیستند، راحت تر سازگار می شوند. از این رو مذهب باعث ایجاد امید در فرد می شود. امید باعث ایجاد انگیزه و انرژی در فرد می شود که او را به بهتر شدن اوضاع زندگی امیدوار می کند. آنها احساس آزادی شخصی بیشتری نسبت به دیگران می کنند، وابستگی عاطفی کمتری به اطرافیان دارند و از شخصیت هایی دینی که مقاومت، الگو برداری می کنند و این مسأله باعث افزایش تحمل و پذیرش موقعیت های غیرقابل تغییر در آنها می شود. از سویی افراد مذهبی از الگوی تصمیم گیری خاصی استفاده نموده و این الگو، فرد را در جهت افزایش تصمیم گیری های مفید برای اطرافیان، خود و کاهش تصمیم گیری های خود مخرب سوق می دهد، و این امر تا حدی از شدت استرس های زندگی می کاهد. بنابراین مذهب تنها منبع پاسخگو به سؤالات نهایی است، به ویژه در موارد اضطراری که علم قادر به پاسخگویی نمی باشد (کوئینینگ، ۲۰۰۴). همسو با نقش مذهب در سلامت روان، می توان از طرحواره های ناسازگار هم سخن گفت زیرا مشکلات بیماران و تحقیقات متعدد، نشان داده که طرحواره های ناسازگار اولیه از زمان کودکی در فرد ایجاد می شود، پایدار هستند و نسبت به تغییر مقاومت می کنند. تأثیر آنها بر فرد محدود به دوران کودکی نمی شود و نقش اصلی در اختلال های محور دو و برخی اختلال های محور یک DSM دارد. یانگ معتقد است هر کدام از علائم آسیب شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره های اولیه مرتبط است (دیلاتر، سروانت، روزینک، لورت، پارکویت، گودمندوهات کیت^۱، ۲۰۰۴).

در واقع، طرحواره یک بسته حافظه ای است که درون مایه آن را آموزه های فرد در طول زمان شکل می دهد. باید توجه داشت که در روند پدیدایی طرحواره عواملی مانند تجارب فرد در فرآیند رشد، خانواده، فرهنگ، زیست شناسی فرد، خصلت های سرشتی و رخداد های بزرگ (مثبت و منفی) در طول زندگی مؤثرند. این بسته حافظه ای چونان یک فیلتر عظیم

¹ - Delattre, servant, rusinek, lorette, parquet, goudemand & hautekeete



و پیچیده بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل می کند و با سرند، دسته بندی و سازمان دهی، شکل گیری معانی جدید را در ذهن شدنی می سازد (صلواتی و یکه یزدان دوست، 1389).

در سالهای اخیر اشاره شده است که شمار زیادی از نوجوانان از مسائل عاطفی و روانی رنج می برند (هیون^۱، 1996). مشکلات سلامت روان در نوجوانی یا ادامه مشکلات روانی دوران کودکی است و یا شروع یک بیماری جدید است. این مشکلات بطور کلی شامل حساسیت در روابط بین فردی، تنهایی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و مسائلی در ارتباط با خودکشی هستند (جنسن^۲، 1991). یانگ (2003) در پژوهشی که در نوجوانان کره ای انجام داد عنوان کرد که 74/3٪ از نوجوانان در بعد حساسیت بین فردی و 56/9٪ در بعد افسردگی و 48/8٪ در مقیاس پرخاشگری دچار مشکل بودند.

برخی مطالعات نشان می دهد که کودکان دارای طرحواره های یکسان در نوجوانی و بزرگسالی هستند و رابطه قوی بین بسیاری از مقیاس های پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ و میزان آسیب شناسی روانی وجود دارد (مارلین^۳، 2010).

هالند، هانسن، وگل، لونس، سولم و هیمل^۴ (2011) با مطالعه ای که بر روی افراد دارای اختلال وسواس انجام دادند نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در پیش بینی اختلال وسواس و جلوگیری از این اختلال نشان داده شده است. انجام سه پرسشنامه وسواس فکری و عملی ییل برون، پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه افسردگی بک در قبل و بعد از درمان و تحلیل رگرسیون نشان داد که طرحواره های ایثار، رهاشدگی و شکست با وسواس فکری- عملی در ارتباط هستند.

همچنین، علائم افسردگی و اضطراب رابطه معناداری را با طرحواره های ناسازگار اولیه در نوجوانان نشان داد و علائم افسردگی را بر اساس دو طرحواره انزوا و اجتماعی / بیگانگی و فداکاری قابل پیش بینی است (لاملی و هارکنس^۵، 2007). در مطالعه ی دیگر بین علائم اختلالات عاطفی (افسردگی، اضطراب و خشم) و طرحواره های ناسازگار اولیه که 407 دانش آموز، مشخص شد این طرحواره دارای رابطه معناداری با نشانه های اختلال های عاطفی افسردگی و اضطراب می باشند (کالویت، استویز، لویز و رویز^۶، 2005).

مطالعه ای که رابطه ی بین طرحواره ها و اضطراب را بررسی کرد نتایج، علایم اضطرابی را بر اساس طرحواره ها به صورت معناداری پیش بینی کرد (کازیونا، 2004^۷). بررسی مقایسه باورهای هسته ای بین گروهی از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و اختلالات اضطرابی و یک گروه کنترل شامل افراد سالم بعد از تکمیل پرسشنامه طرحواره یانگ و پرسشنامه اضطراب و هراس اجتماعی نشان داد که افراد دچار هراس اجتماعی سطوح بالاتری از طرحواره های حوزه بریدگی و طرد نشان می دهند و بی اعتمادی - بدرفتاری، نقص - شرم و محرومیت هیجانی بعنوان توضیح روشنتر واریانس اضطراب افراد است که آنها در موقعیت اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی، احساس می کنند (پینتو گویا، کاستیلهو، گالهاردو و کانهها^۸، 2006).

گزارش های متعدد از حضور در فعالیت های مذهبی و به دنبال آن ارزیابی بهتر از سلامتی خود را نشان داده است. بر این اساس بررسی نیکولسن، رز و بوبک (2009) تایید کرد که بین فعالیت مذهبی کمتر و سلامتی کمتر رابطه وجود دارد. در بررسی دیگر مذهب منبع آرامش تلقی شده و در آن ارتباط میان متغیرهای مذهبی و پریشانی روانی در میان دو گروه آزمایشی

1 - Heaven

2 - Jensen

3 - Marleen

4 - Haaland, Hansen, Vogel, Launes, Solem & Himle

5 - Lumley & Harkness

6 - Calvete, Estevez, Lopez & Ruiz

7 - Cousineau

8 - Pinto-gaoveia, Castilho, Galhardo & Cunha



بیماران مراکز درمانی و گروه دانشجویان بررسی شده است. نتایج این پژوهش نشان می دهد که آرامش روانی با داشتن مذهب همبستگی مثبت دارد. آزمودنیهای پژوهش، گرایش به نداشتن مذهب را با سطح بالای افسردگی و افکار خودکشی مرتبط دانستند و آرامش را در داشتن مذهب نشان دادند (اکس لاین، 2008¹). همچنین در مطالعه ای بین فرهنگی که در 19 کشور غربی بر روی 28085 نفر آزمودنی انجام دادند دریافتند که هر چه انسانها پایبندی بیشتری به مذهب دارند درجه گرایش آنها به خود کشی کمتر است (نیلمان، هالپرن، لئون و لوئیز، 1997²).

در فرا تحلیلی که در زمینه مطالعات مذهبی و سلامت روانی انجام دادند، نشان داد که در 47 درصد مطالعات رابطه ای مثبت بین مذهب و سلامت روانی وجود دارد، 23 درصد رابطه ای منفی و در 30 درصد آنها رابطه معنی داری دیده نشد (پاین³، برگین⁴، بلیمیا⁵ و جنکینس⁶، 1991). همچنین بررسی میان نگرش مذهبی و سلامت روانی نشان داد که بین این مؤلفه ها رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد و نیز میان نگرش مذهبی و سیستم ایمنی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد (حمید، 1388). بررسی دیگر رابطه معنادار بین بهره گیری از دعا با سلامت روانی آزمودنی ها را نشان داد که افزایش بکارگیری دعا با کاهش نمرات اضطراب و افسردگی همراه بوده است (شجاعیان و زمانی منفرد، 1381). مطالعه دیگری که بر دانشجویان رشته های پزشکی انجام شد، نشان داد هر چه افراد از مقابله مذهبی بیشتر استفاده کنند از سلامت روانی بهتر برخوردار هستند (پهلوان، 1376). این مطالعات ذهن را درگیر این مطلب می کند که شناخت رابطه طحوااره ها و باورهای دینی و سلامت روان و تغییر و اصلاح آنها می تواند باعث احساس رضایت از زندگی، جهت دهی و پیشرفت کمال هر فرد شود با شناخت منشا آسیب های روانی درمان بهتر و سریعتر اتفاق می افتد، همچنین شناخت بهتر این موارد می تواند کمک بزرگی برای پیشگیری از وقوع آنها باشد. لذا با توجه به دامنه محدود تحقیقات در زمینه رابطه طحوااره های ناسازگار با باورهای دینی و سلامت روان، در این پژوهش تلاش بر آن است تا با بررسی نقش طحوااره های شناختی در رابطه با سلامت روان و باور های دینی، مشخص شود در زمان ارزیابی نقش مؤلفه های دینی، طحوااره های ناسازگار شناختی تا چه حد بر سلامت روان تاثیر می گذارد.

2- روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. در مطالعات همبستگی، رابطه میان متغیرها مورد بررسی قرار می گیرد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه شهر قم بود. نمونه آماری این مطالعه شامل 200 دانش آموز دختر دوره متوسطه قم بودند که در شاخه نظری مشغول به تحصیل بودند که به شیوه تصادفی طبقه ای (بر اساس ناحیه آموزشی، رشته و پایه تحصیلی) انتخاب شدند. نحوه نمونه گیری به این صورت بود که ابتدا از کل چهار ناحیه آموزش و پرورش استان قم، دو ناحیه به طور تصادفی انتخاب و سپس در هر ناحیه بر اساس تعداد دانش آموزان در سه رشته علوم انسانی، علوم تجربی و ریاضی فیزیک در چهار پایه دبیرستان، نسبت تعداد حجم مورد نیاز برای اجرای پرسشنامه بر

1 - Exline

2 - Neelman, Halpern, Leon & Lewis

3 - Payne

4 - Bergin

5 - Bielmea

6 - Jenkins



حسب رشته و پایه مشخص شد و بر اساس این نسبت 72 نفر پایه اول و 48 نفر پایه دوم و 44 نفر پایه سوم و 36 نفر پایه چهارم انتخاب و در کل 200 دانش آموز دختر با مراجعه به مدارس متوسطه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

3- ابزار

3-1- پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (SQ-SF)

نسخه فرم کوتاه 75 سوالی پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ (SQ-SF)، 75 گویه این پرسشنامه توسط یانگ (1998) برای ارزیابی 15 طرحواره ناسازگار اولیه طرحواره های رهاشدگی / بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوا، اجتماعی/ یگانگی، وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته/ گرفتار و شکست، استحقاق/ بزرگ منشی، خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی، اطاعت، ایثار و تأییدجویی/توجه طلبی، منفی گرایی/ بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی و تنبیه ساخته شده است. هر پرسش بر یک مقیاس 6 درجه ای نمره گذاری می شود (1 برای کاملاً نادرست و 6 برای کاملاً درست) در این پرسشنامه هر 5 پرسش یک طرحواره را می سنجد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از 25 باشد آن طرحواره ناکارآمد است. اعتبار مقیاس به وسیله آلفای کرونباخ برای کل آزمون 0/964 و برای تمام زیر مقیاس ها بالا بود (والر، میر و اوهانین، 2001). ضریب آلفا برای هر طرحواره ناسازگار از 0/83 برای طرحواره وابستگی شدید تا 0/96 برای طرحواره نقص/ شرم بود و ضرایب باز آزمایی در یک جمعیت غیر بالینی بین 0/50 تا 0/82 بدست آمد. این پرسشنامه روایی افتراقی و همگرایی خوبی دارد (یانگ، 2003). هنجاریابی آن با همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث 0/97 و در جمعیت مذکر 0/98 بدست آمده است (آهی، 1385). در تحقیقی که به بررسی رابطه حساسیت پردازش حسی و طرحواره ها پرداخته بود، نشان داد که این پرسشنامه از روایی و پایایی زیادی برخوردار است (صدوقی، 1386).

3-2- چک لیست نشانگان روانی (SCL90-R)

برای سنجش سلامت روانی، این ابزار توسط دراگوتیس و همکاران در سال 1972 طراحی شده، 90 سئوالی بوده و استاندارد می باشد که در مقیاس لیکرت 5 درجه ای به صورت هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و به شدت، با نمره گذاری به ترتیب دارای 0، 1، 2، 3، 4، 5 نمره می باشد. این آزمون دارای 90 پرسش است که نشانگان 9 گانه شایع حیطه روانپزشکی شامل شکایت جسمی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان پریشی را مورد بررسی قرار می دهد. هفت پرسش دیگر که در هیچ یک از ابعاد دیگر قرار نمی گیرند، به عنوان پرسش های اضافی برای تاکید بر افسردگی می باشد. این چک لیست در مطالعات داخل و خارج از کشور روا و پایا شده است. مصلی نژاد و همکاران یافته اند پایایی 0/88 را برای این ابزار گزارش داده اند و در سایر مطالعات به پایایی 0/94 و 0/86 نیز است (شهرکی واحد، مردانی حموله، اسدی بیدمشکی و حیدری، 1390).



3-3- پرسشنامه باورهای دینی

پرسشنامه باورهای دینی توسط کشاورز، مهربانی و سلطانی زاده (1388) ساخته شده بود. این پرسشنامه دارای 30 سؤال بود. به هر ماده از پرسشنامه در قالب طیف لیکرت (شامل کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) پاسخ داده می شد و نحوه نمره گذاری آن نیز از صفر (برای گزینه کاملاً مخالفم) تا 4 (برای گزینه کاملاً موافقم) بود. پایایی پرسشنامه با اجرای این آزمون بر 102 آزمودنی که شامل مردم شهر اصفهان بود ضریب آلفای کرانباخ 0/94 را به دست داد. روایی این پرسشنامه به شیوه تحلیل عاملی نشان داد این پرسشنامه دارای سه عامل بنیادی به نام های «اعتقاد به اصول دین»، «دوستی و بندگی خدا» و «عمل به مناسک دین» می باشد که هر سه همبستگی های بالا و معناداری با نمره کل پرسشنامه دارا بودند.

4- یافته ها

در جدول (1) متغیرهای پژوهش به همراه شاخص های توصیفی شامل تعداد، میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی این متغیرها با نمره کل سلامت روان و معناداری آنها ارائه شده است.



جدول 1: نمرات توصیفی متغیرها و ضرایب همبستگی آنها با سلامت روان

متغیرها	شاخص ها	میانگین	انحراف استاندارد	ضریب همبستگی	معناداری
سلامت روان		76/17	50/28		
طرحواره های ناسازگار اولیه	محرومیت هیجانی	10/81	5/15	0/543	0/000
	رها شدگی/بی ثباتی	13/02	7/1	0/375	0/000
	بی اعتمادی/بدرفتاری	11/48	4/92	0/555	0/000
	انزوای اجتماعی/یگانگی	9/79	4/40	0/560	0/000
	نقص/شرم	7/51	3/45	0/543	0/000
	شکست	8/29	4/13	0/318	0/000
	وابستگی/بی کفایتی	8/48	3/99	0/311	0/000
	آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر	8/86	4/82	0/632	0/000
	خود تحول نیافته/گرفتار	11/89	6/00	0/209	0/001
	ایثار	16/65	5/54	0/240	0/000
	بازداری هیجانی	11/91	5/76	0/488	0/000
	معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی	18/02	6/76	0/337	0/000
	استحقاق/بزرگ منشی	14/97	5/57	0/431	0/000
باورهای دینی	خویشتن-داری/خود-انضباطی ناکافی	13/83	5/04	0/533	0/000
	اطاعت	425/90	3/99	0/488	0/000
	اعتقاد به اصول دین	83/36	9/24	-0/049	0/245
	دوستی و بندگی خدا	30/89	3/57	-0/076	0/144
	عمل به مناسک دینی	21/23	5/11	-0/168	0/009
	نمره کل			-0/107	-0/132

در جدول (1) نمرات میانگین متغیرها به ترتیب شامل سلامت روان 76/17، محرومیت هیجانی 10/81، رها شدگی/بی ثباتی 13/02، بدرفتاری/بی اعتمادی 11/48، انزوای اجتماعی/یگانگی 9/79، نقص/شرم 7/51، شکست 8/29، وابستگی/بی کفایتی 8/48، آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر 8/86، خود تحول نیافته/گرفتار 11/89، ایثار 16/65، بازداری هیجانی 11/91، معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی 18/02، استحقاق/بزرگ منشی 14/97، خویشتن-داری/خود-انضباطی ناکافی 13/83، اطاعت 425/90، اعتقاد به اصول دین 83/36، دوستی و بندگی خدا 30/89، عمل به مناسک دینی 21/23 می باشد.

نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که طرحواره های ناسازگار دارای رابطه ای بین 0/209- برای طرحواره «خود تحول نیافته/گرفتار»- تا 0/632- برای طرحواره آسیب پذیری نسبت به بیماری- بودند. تمامی این ضرایب



همبستگی از لحاظ آماری معنادار بودند ($p < 0/05$)؛ لذا ضمن تایید فرضیه اول مطالعه، مشخص شد که با بالا رفتن نمرات تمامی طرحواره های ناسازگار شناختی، نمرات پرسشنامه SCL-90-R هم افزایش می یابد؛ و به عبارت دیگر، با بالا رفتن نمرات طرحواره های ناسازگار شناختی، علائم آسیب شناسی روانی افزایش می یابد؛ یعنی سلامت روان به تبع تشدید طرحواره های شناختی کاهش می یابد.

علاوه براین، نتایج بررسی رابطه بین خرده مقیاس ها و نمره کل پرسشنامه باورهای دینی با سلامت روان هم نشان داد که تنها ضریب همبستگی بین خرده مقیاس عمل به مناسک دینی و سلامت روان که برابر با $0/168$ بود، از لحاظ آماری معنادار است و به تبع آن می توان گفت که با بالا رفتن عمل به مناسک دینی و انجام بیشتر آن، علائم آسیب شناسی روانی کاهش می یابد؛ یعنی با انجام بیشتر مناسک دینی در دانش آموزان دختر، سلامت روان آنان به طور معناداری افزایش می یابد ($p < 0/05$).

جدول 2: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی سلامت روان در دانش آموزان دختر شهر قم

مرحله	متغیرهای وارد شده به معادله	ضریب رگرسیون	مجدور رگرسیون (سهم کل)	سهم خالص	F	درجه آزادی یک	درجه آزادی دو	معناداری
1	آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر	0/632	0/399	0/399	131/484	1	198	0/000
2	متغیرهای مرحله اول + محرومیت هیجانی	0/722	0/521	0/122	49/949	1	197	0/000
3	متغیرهای مرحله دوم + خویشتن-داری / خود-انضباطی ناکافی	0/764	0/584	0/064	29/966	1	196	0/000
4	متغیرهای مرحله سوم + بی اعتمادی/بدرفتاری	0/784	0/615	0/031	15/632	1	195	0/000
5	متغیرهای مرحله چهارم + انزوای اجتماعی/یگانگی	0/797	0/636	0/021	10/994	1	194	0/001
6	متغیرهای مرحله پنجم + معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی	0/806	0/649	0/014	7/586	1	193	0/006
7	متغیرهای مرحله ششم + بازداری هیجانی	0/811	0/657	0/008	4/493	1	192	0/035

به منظور پیش بینی سلامت روان دانش آموزان بر اساس، طرحواره های ناسازگار شناختی و مؤلفه های باورهای دینی، از تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. در تحلیل رگرسیون گام به گام بر اساس میزان قدرت بیشتر پیش بینی هر یک از



متغیر های وارد شده به معادله برای پیش بینی سلامت روان عمل می شود. همان طور که در جدول (2) مشاهده می شود اولین متغیر وارد شده به معادله آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر می باشد که مجذور رگرسیون نشان می دهد که 39/9 درصد از سلامت روان را آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر تبیین می کند ($P < 0/05$). در گام دوم سهم خالص محرومیت هیجانی برای پیش بینی سلامت روان 12/2 درصد است. در گام سوم سهم خالص خویشتن داری / خود- انضباطی ناکافی برای پیش بینی سلامت روان 6/4 درصد است. در گام چهارم سهم خالص بی اعتمادی/بدرفتاری برای پیش بینی سلامت روان 3/1 درصد است. در گام پنجم سهم خالص انزوای اجتماعی/یگانگی برای پیش بینی سلامت روان 2/1 درصد است. در گام ششم سهم خالص معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی برای پیش بینی سلامت روان 1/4 درصد است. در گام هفتم سهم خالص بازداری هیجانی برای پیش بینی سلامت روان 0/8 درصد است. که از لحاظ آماری معنادار می باشد ($p < 0/05$).

همانطور که در جدول 3 مشاهده می شود در مجموع 65/7 درصد سلامت روان دانش آموزان دوره متوسطه شهر قم بر اساس مجموعه خرده مقیاس های طرحواره های آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر، محرومیت هیجانی، خویشتن- داری / خود- انضباطی ناکافی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/یگانگی، معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی و بازداری هیجانی قابل پیش بینی می باشد.

در جدول (3) متغیرها، ضرایب خام، استاندارد جهت معادله پیش بینی سلامت روان دختران دانش آموز ارائه شده است.

جدول (3): ضرایب معادله خام و استاندارد جهت پیش بینی سلامت روان دانش آموزان

متغیرها	ضرایب خام		ضرایب استاندارد بنا	t	معناداری
	B	خطای استاندارد			
مقدار ثابت	-58/53	8/184		-7/152	0/000
آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر	3/34	0/527	0/320	6/333	0/000
محرومیت هیجانی	1/87	0/504	0/191	3/703	0/000
خویشتن-داری / خود-انضباطی ناکافی	1/67	0/505	0/168	3/313	0/001
بی اعتمادی/بدرفتاری	1/64	0/522	0/161	3/144	0/002
انزوای اجتماعی/یگانگی	1/67	0/623	0/146	2/677	0/008
معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی	0/86	0/335	0/116	2/572	0/011
بازداری هیجانی	0/94	0/441	0/107	2/120	0/035

همانطور که مشاهده می شود در جدول (3) ضرایب معادله پیش بینی سلامت روان بر اساس متغیرهای وارد شده به معادله ارائه شده است بر اساس این جدول مشاهده می شود که معادله پیش بینی سلامت روان بدین صورت تبیین می شود که این ضرایب پیش بینی از لحاظ آماری معنادار می باشند.

$$+ \text{محرومیت هیجانی } 1/87 + \text{آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر } 3/34 = \text{سلامت روان}$$

$$+ \text{انزوای اجتماعی/یگانگی } 1/67 + \text{بی اعتمادی/بدرفتاری } 0/64 + \text{خویشتن-داری / خود-انضباطی ناکافی } 1/67$$

$$\text{مقدار ثابت } -58/53 - \text{بازداری هیجانی } 0/94 + \text{معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی } 0/86 +$$

5- نتیجه گیری

این پژوهش به منظور تبیین و پیش بینی طرحواره های ناسازگار اولیه و باورهای مذهبی در سلامت روان صورت گرفت. در پژوهش های اخیر نقش طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان عوامل پیش بینی کننده سلامت روان مورد توجه زیادی واقع شده اند. نتیجه این پژوهش نشان داد که با بالا رفتن نمره هر یک از 15 خرده مقیاس طرحواره ها، علائم آسیب شناسی روانی فرد افزایش پیدا می کند. تحلیل داده ها با رگرسیون گام به گام نشان داد که آسیب پذیری نسبت به بیماری یا



ضرر، محرومیت هیجانی، خویشتن داری/ خود- انضباطی ناکافی، بی اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی/ یگانگی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی، بازداری هیجانی توانستند که سلامت روان را به خوبی پیش بینی کنند.

یافته های این پژوهش همسو با یافته های سایر پژوهش های انجام گرفته در این زمینه می باشد (هالند و همکاران (2011)، مارلین (2010)، لاملی و هارکنس (2007)، کالویت و همکاران (2005)، کازیونا (2004)، پیتو گویا و همکاران (2006)).

در تبیین این نتایج می توان به این نکته اشاره کرد که سامانه شناختی همه انسانها دارای طرحواره هایی است که فرد را برای مقوله بندی اطلاعات و پیش بینی رخدادها توانا می سازد. این طرحواره ها از تجارب فردی، خانواده، فرهنگ، خصلت های شناختی و رخداد های مثبت و منفی در طول زندگی فرد تاثیر می گیرند. زمانی که این عوامل آسیب زا باشند و فرد را در جهت رشد سالم هدایت نکنند. سلامت فرد را دچار نقصان می کنند به این صورت که رفتارهای ناسازگار را به عنوان پاسخی در برابر طرحواره هایشان به کار می برند که با ادامه این رفتارهای ناسازگار، بهداشت روانی خود را بیشتر دچار کاستی می کنند.

همچنین نتایج نشان داد با بالا رفتن عمل به مناسک دینی، سلامت روان افزایش می یابد. پس با توجه به این نتایج فرضیه دوم شامل رابطه بین باور دینی و سلامت روان در مورد مؤلفه عمل به مناسک دینی تایید و در مورد مؤلفه های اعتقاد به اصول دین و دوستی و بندگی خدا تایید نمی شود. نمره کل ضرایب همبستگی سلامت روان با باورهای دینی ضریب همبستگی معکوس و از لحاظ آماری معنادار نمی باشد. قابل توجه است این نتایج با سایر پژوهشهای انجام شده در این زمینه هماهنگ است (اکس لاین (2008)، نیلمان و همکاران (1997)، پاین و همکاران (1991)، شهامت (1389)، پهلوان (1376)، کوئینینگ (2004)، والرو همکاران (2001)). بررسی رابطه میان عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران نشان داد که 44/1٪ دانشجویان مورد بررسی دارای استرس کم، 31/1٪ دارای استرس متوسط و 24/8٪ دارای استرس زیاد بوده اند. از میان عوامل تنش زا، ترس از مردود شدن در امتحان ها، مرگ یکی از بستگان نزدیک و دعوای شدید با پدر به ترتیب درصد بیشتری از دانشجویان را تحت تأثیر قرار داده بود. در زمینه نشانگان استرس، نگرانی، اضطراب و کمرویی بیش از سایر نشانه ها توسط آزمودنیهای پژوهش گزارش شده است. مقایسه نمرات دانشجویان در پرسشنامه توکل با نمرات آنان در پرسشنامه نشانگان استرس نشان داده که با بالا رفتن نمرات آنان در پرسشنامه توکل، نمرات آنان در پرسشنامه استرس کاهش یافته است (بوالهری، احسان منش، کریمی کیسمی، 1379). و از طرفی با برخی نتایج پژوهش های قبلی هماهنگ است (پاین، برگین، بلمیا و جنکینس، 1991). بر این اساس در تبیین نتایج بدست آمده در این مطالعه می توان دلایلی برشمرد از جمله همراهی باور دینی با رفتار دینی انجام نشده است به این صورت که انجام رفتار دینی را نمی توان در حکم مذهبی بودن پذیرفت شاید آن رفتار فقط یک الگوپذیری ساده و یا عادت باشد. در پژوهش ها هم به این نتیجه رسیده اند که رفتار دینی به تنهایی کفایت نمی کند و شاید بتوان گفت باور و اعتقاد راسخ دینی می تواند مهم تر از رفتار دینی باشد و اگر فردی باور دینی داشته باشد آن را به عمل در می آورد که همان رفتار دینی می شود و ممکن است از طرفی کار عملی و فراتر از حرف انجام نداده ایم تا باورهای دینی نوجوانان را بتوان از سطحی بودن به طرف عمیق تر شدن آنها سوق دهیم.

با توجه به نتایج این تحقیق می توان با برنامه ریزیهای آگاهانه و آموزش های لازم برای والدین از ایجاد طرحواره های ناسازگار در کودکان پیشگیری کرد و آینده ای روشن همراه با سلامتی روان بیشتر را برای نسل جدید رقم زد. علاوه بر این



گذاشتن این دوره های آموزشی برای همه افراد در تمام سنین پیشنهاد می شود زیرا جلوی آسیب بیشتر را هر وقت بگیریم، سنجیده و مفید است.

پیشنهاد می شود که این پژوهش بر روی نمونه های جنس مذکر و حتی بر روی بزرگسالان دو جنس در قشرهای متفاوت انجام شود همچنین با سنجش سایر مؤلفه های روانی و اجتماعی مؤثر در سلامت روان قیاسی با نقش طرحواره ها انجام گیرد چرا که نتایج این گونه پژوهش ها می تواند تلنگری برای توجه به اهمیت سلامت روان و بهزیستی جامعه باشد.

مراجع

- آهی ق، 1385. هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی.
- بوالهری ج، احسان منش م، کریمی کیسی ع، 1379. "بررسی رابطه بین عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی"، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره 21، 6(1): 34 - 35.
- پهلوان ه، 1376. "بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله های مذهبی و سلامت روانی"، مجموعه مقالات اولین همایش نقش دین در سلامت روان، قم: انتشارات دفتر نشر نوید اسلام.
- حسنی، س، 1385. نقش باورهای دینی در اصلاح فرد و جامعه. رساله علمی سطح 4 حوزه. مرکز مدیریت علمیه قم.
- حمید ن، 1388. "بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن"، مطالعات روان شناختی دانشکده علوم و تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء، دوره پنجم، شماره 2، صفحه 73-87.
- خالقی ص، یساری فرد ز. 1387. رابطه باورهای مذهبی و سلامت روان در دانشجویان دختر دانشگاه های قم، پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور قم.
- شجاعیان ر، زمانی منفرد ا، 1381. "ارتباط دعا با سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی"، فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره 30، سال هشتم، شماره 2.
- شاهت ف، 1389. "پیش بینی نشانه های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه"، فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال پنجم، شماره 20.
- شهرکی واحد ع، مردانی حموله م، اسدی بیدمشکی ا، حیدری م، 1390. "بررسی مؤلفه های تست SCL90 با کیفیت زندگی کاری در کارکنان بیمارستان امیرالمؤمنین (ع) شهر زابل". مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان، دوره هجدهم، شماره 2.
- صدوقی ز، 1386. بررسی سبک های پیوند والدینی، فرایندهای حسی - ادراکی و شناختی کاربرد نادرست اینترنت. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت مدرس.
- صلواتی م، یکه یزدان دوست ر، 1389. طرحواره درمانی، تهران: نشر دانژه، چاپ اول.
- نوابخش م، پوریوسفی ح. 1385. "نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان". مجله پژوهش دینی. شماره 14.

Calvete E, Estevez A, Lopez de Arroyabe & Ruiz p.2005. The schema questionnaire – short form: structure and of affective disorders. *Europaran Journal of psychological assessment*, 21(2):90-99.

Cousineau.2004.Early maladaptive schemas predisposing anxiety.santé ment que,29(1):53-60.

Delattre V,Servant D,Rusinek S,Lorette C,Parquet J, Goudemand M, Hautekeete M.2004. The early maladaptive schemas:a study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale*,30(3):255-8.

Exline JJ.2008.Beliefs about god and forgiveness in a baptist church sample.*Journal of Psychology and Christianity*,27:131-139.



- Haaland A, Vogel p, launes G, Haaland V, Hasen B, Solem S, Himle J. 2011. The role early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder, Behaviour Research and therapy, 49(11):781-788.
- Heaven PCL.1996.Adolescent health: the role of individual difference routeledge. London.
- Jensen P.1991.Mental health and disorder in children and adolescents: Current status and research needs community health,143:1-7.
- Koenig, H.G. 2004. Spirituality, wellness, and quality of life, sexuality, reproduction and menopause, 2:76-82.
- Lumley, Harkness.2007.Specificity in the relations among childhood adversity,early maladaptive schema and symptom profile in adolescentdepression.Available from:http://www.queensu.ca/psychology/moodlab/publications/CTR_2007.pdf.
- Marleen M.Rijkeboer G, M.de, Boo early.2010. Maladaptive schemas in children:Development and validation of the schema inventory for children original research article.Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.41(2): 102-109.
- Neelman J,Halpern D,Leon D,Lewis G.1997.Tolerance of suicide,religion and suicide rates:an ecological and individual study in western countries.Psycho med.27(5): 1165-71.
- Nicholson A, Rose R, Bobak M. 2009. Association between attendance at religious services and self-reported health in 22 european countries.Social & Medicine, 69(4):519-528.
- Payne IL,Bergin AE,Bielmea KA,Jenkins PH.1991.Review of religion and mental health: prevention and the enhancement of psychosocial functioning.prevention in human service.9:11-40.
- Pinto-Gouveia j. Castilho P. Galhardo A & Cunha M .2006. Early maladaptive schemas and social phobia.Cognitive Therapy and Research, 30(5):571-574.
- Waller G.Meyer C & Ohanian V.2001. Psychometric properties of the long & short versions of the young schema questionnaire. Cognitive therapy and research,25:137-147
- Young HO Kim.2003.Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence:Find result from a 2years study. international journal of nursing studies,40(2):115-124
- Young HO Kim.2003.Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence:Find result from a 2years study. international journal of nursing studies,40(2):115-124