

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، مولتیپل اسکلروزیس و عادی

زمینه: هدف این مطالعه مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، مولتیپل اسکلروزیس و عادی بود.

روش‌ها: این پژوهش علی-مقایسه‌ای است. نمونه پژوهش شامل 20 بیمار افسرده و 20 بیمار ام‌اس بود که به‌روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد مراجعه‌کننده به مطب روانپزشکان و روانشناسان شهرستان خرم‌آباد انتخاب شده بودند. همچنین 20 فرد عادی نیز به شیوه هم‌تاسازی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس طرح‌واره یانگ - فرم کوتاه (YSQSF)، مقیاس افسردگی بک (BDI-II)، مقیاس وضعیت گسترش یافته ناتوانی (EDSS) و مقیاس اصلی آدلری برای موفقیت بین‌فردی (نسخه بزرگسالان) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده به‌روش تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) و آزمون تعقیبی شفه مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانوا، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بین بیماران افسرده، بیماران ام‌اس و افراد عادی متفاوت بود ($P \leq 0/001$). همچنین نتایج نشان داد که در کلیه مؤلفه‌های سبک زندگی به جز تعلق-علاقه اجتماعی، کنار آمدن، مسئولیت‌پذیری، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت میانگین نمرات گروه بیماران افسرده و بیماران ام‌اس به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد عادی است.

نتیجه‌گیری: میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی ناسالم در بیماران افسرده و مولتیپل اسکلروزیس بالا بوده و می‌تواند سلامت آنان را به مخاطره اندازد. لذا آرایه آموزش‌های مناسب جهت مقابله یا سازگاری با این علائم در بیماران مولتیپل اسکلروزیس و افسرده ضروری به‌نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک زندگی، افسردگی، مولتیپل اسکلروزیس

خدایراماد مؤمنی
گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی،
دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
محمدجواد بگیان کوله‌مرز*
گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی،
دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
امید محمدی
گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی،
دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
پرویز بهرامی
گروه اعصاب و روان دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی لرستان، لرستان، ایران
فرشته زارعی
گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی
همدان، همدان، ایران

*عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بلوار شهید
بهشتی، روبروی بیمارستان طالقانی دانشکده
علوم اجتماعی، گروه روانشناسی تلفن:
09169602600

Email: Javadbagiyan@yahoo.com

دریافت: 1394/4/15

پذیرش: 1394/9/3

Comparing the early maladaptive schemas and lifestyle among the patients with depression and multiple sclerosis and normal people

Background: The present study was aimed to compare the early maladaptive schemas and lifestyle in the patients with depression and multiple sclerosis (MS) and normal people.

Method: This study was causal-comparative in design. The study sample consisted of 20 depressed and 20 MS patients who were selected through convenience sampling from among the patients referring to psychiatrists and psychologists in Khorramabad. In addition, 20 normal people were selected by matching method. Data were collected by Young Schema Questionnaire (YSQSF), Beck Depression Inventory (BDI), Expanded Disability Status Scale (EDSS) and the original Adlerian Scale for Interpersonal Success (Adult version). The obtained data was analyzed by MANOVA and follow-up Scheffé tests.

Results: Based on the results of MANOVA, there was a significant difference between early maladaptive schemas and lifestyle in depressed and MS patients and normal people ($P \leq 0.001$). The results also showed that the mean scores of MS and depressed patients were significantly higher than that of normal people in the all components of lifestyle except belonging, social interest, coping, responsibility, striving for perfection and amenity.

Conclusion: The results of this study showed that the rate of early maladaptive schemas and unhealthy lifestyle was high in the patients with depression and multiple sclerosis, which could endanger their health. Therefore, it is essential to provide these people with appropriate training to cope with or adapt to these symptoms.

Keywords: Early maladaptive schemas, lifestyle, depression, multiple sclerosis

Khodamorad Momeni
Dept. of Psychology, Razi
University, Kermanshah, Iran
Mohammad Javad Bagiyan
Kulemarez*
Dept. of Psychology, Razi
University, Kermanshah, Iran
Omid Mohammadi
Dept. of Psychology, Razi
University, Kermanshah, Iran
Parviz Bahrami
Dept. of Neurologist, Lorestan
University of medical Sciences,
Lorestan, Iran
Fereshteh Zarei
Dept. of psychology, Islamic Azad
University of Hamadan, Hamadan,
Iran

*Corresponding author: Faculty
of Social Sciences and Education,
Razi University, Kermanshah,
Iran. Blvd, Kermanshah, Iran.
Tel: +98 9169602600
Email: javadbagiyan@yahoo.com

Received: 06 July, 2015
Accepted: 24 November, 2015

مقدمه

طرح‌واره‌ها یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه هستند که قوانین خاصی را برای پردازش اطلاعات و رفتار ایجاد می‌کنند (1 و 2). طرح‌واره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند و به‌طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (3-5). این طرح‌واره‌های ناسازگار، الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (6). پژوهشگران بر این عقیده‌اند که طرح‌واره‌ها به نشانه‌های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی، اختلالات شخصیت، تنهایی به‌دلیل روابط بین فردی مخرب، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم معده منجر می‌شوند (7). یانگ در نظریه خود هیجده طرح‌واره معرفی کرده که در نتیجه ارضا نشدن پنج نیاز هیجانی مهم، شامل نیاز به 1- پیوند و پذیرفته شدن، 2- خودگردانی و عملکرد، 3- محدودیت‌های واقع‌بینانه، 4- خودجهت‌مندی و خودبینی و 5- خودانگیزگی و لذت است (8).

یکی از عوامل دیگری که طرح‌واره‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد سبک زندگی است. سبک زندگی جهت‌گیری اصلی روانشناختی فرد است و شامل قوانین نسبتاً پایداری است که فعالیت‌های فرد را شکل داده و اداره آن‌ها را به دست شخص می‌دهد و از این‌رو فرد را برای بهره‌مندی از انتخاب آزاد و بهره‌برداری کامل از قابلیت‌ها و منابع شخصی‌اش توانمند می‌سازد (9 و 10). سبک زندگی شامل 10 مؤلفه و پنج خرده‌مقیاس اصلی: تعلق - علاقه اجتماعی، کنار آمدن، مسئولیت‌پذیری، نیاز به تأیید ارزیابی و محتاط بودن است (11 و 12) و مقیاس‌های حمایتی که با سرواژه مخفف (HELPS) از آن یاد می‌شود عبارتند از: سخت‌گیری، مستحق بودن، مورد علاقه همه بودن، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت که به ارزیابی سطح خوش‌بینی فرد در مورد خود و جهان

اطراف مورد استفاده قرار می‌گیرد (13).

هرچند کم‌تر پژوهشی به مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده و ام‌اس پرداخته است اما نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سبک زندگی یکی از فاکتورهای تأثیرگذار در بروز بیماری‌های مزمنی از قبیل سرطان کولون، فشارخون بالا، بیماری انسدادی مزمن ریه، سیروز کبدی، ایدز، زخم معده، بیماری‌های عروق کرونر، افسردگی و بیماری‌های خوددائمی می‌باشد (14 و 15). بندیکت و همکاران در پژوهشی دریافتند که ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجورخویی بالا، برون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری و دلپذیر بودن پایین) فشار روانی و سبک زندگی ناسالم در بیماران مبتلا به ام‌اس باعث تشدید علائم بیماری می‌گردد (16). اُکانر، راسماسون و هاوتون در پژوهشی دریافتند که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و معیارهای ناعادلانه با افسردگی، همبستگی مثبت وجود دارد (17). نتایج مطالعات آلتندر، جادیت و اسپردلی نشان می‌دهد که بین سلامتی و سبک زندگی سالم همبستگی وجود دارد (18). بروس و لانچ در مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که افسردگی و اضطراب بیماران ام‌اس نمایانگر روان‌آزردگی بیشتر، همراه با پایین بودن برون‌گرایی (تعلق اجتماعی) و مسئولیت‌پذیری نسبت به جمعیت نرمال است (19). جارسلو و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که بیماران افسرده و ام‌اس در مقایسه با افراد عادی در تعلق - علاقه اجتماعی، کنار آمدن، مسئولیت‌پذیری، برون‌گرایی، دلپذیر بودن و ملایمت نمرات پایین‌تر و در محتاط بودن، نیاز به تأیید، سخت‌گیری، روان‌آزردگی و مستحق بودن نمرات بالاتری کسب می‌کنند (20). فلت و هویت (21)، لایانو و همکاران (22) و آبی و همکاران (23) نیز دریافتند که بیماران مبتلا به ام‌اس از اضطراب و افسردگی بیشتری برخوردارند و این امر فرایند پردازش اطلاعات شناختی و هیجانی آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند. جان و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی ارتباط چاقی با نشانه‌های

زمینه‌ای؛ نداشتن سابقه خانوادگی ام‌اس و گذشتن حداقل شش‌ماه از تشخیص نهایی بیماری بود. ملاک‌های خروج نیز شامل ابتلا به هرگونه بیماری حاد و نیازمند بستری شدن در بیمارستان و هرگونه معلولیت جسمی که مانع شرکت در پژوهش می‌شود. در این پژوهش برای تشخیص عدم همبودی افسردگی با بیماری ام‌اس، مقیاس افسردگی بک بر روی کلیه‌ی بیماران ام‌اس (70 نفر) اجرا گردید و با توجه به نقطه برش این مقیاس سطح افسردگی در گروه مبتلا به بیماری ام‌اس مشخص شد. با توجه به همبودی بالای بیماری ام‌اس، پژوهشگران در نهایت 20 نفر بدون ابتلا به افسردگی انتخاب نمودند.

فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ SF): این پرسشنامه 75 سؤال دارد و برای سنجش 18 طرح‌واره ناسازگار اولیه شناختی طراحی شده است (26). هر یک از 75 عبارت این پرسشنامه در مقیاس لیکرت 6 درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمره فرد در هر طرح‌واره با جمع نمرات سؤالات مربوط به آن طرح‌واره حاصل می‌شود. نمره بالا نشان‌دهنده حضور پررنگ‌تر طرح‌واره ناکارآمد است (27 و 28). در مطالعه ولبرن و همکاران ضریب آلفای کرانباخ همه طرح‌واره‌ها بین 0/76-0/93 گزارش شده است (26 و 29).

پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه در سال 1967 توسط بک ساخته شده و دارای 21 ماده می‌باشد (30). هر گروه از پرسش‌ها شامل 4 گزینه و بر اساس مقیاس لیکرت (0-3) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل فرد از راه جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از 0-63 را شامل خواهد شد. هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله جلیلی و اخوت انجام گرفت (31). پایایی این پرسشنامه از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرانباخ 0/84 و همبستگی به‌دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر 0/70 گزارش شده است (31 و 32).

مقیاس وضعیت گسترش‌یافته ناتوانی (EDSS): مقیاس وضعیت گسترش‌یافته ناتوانی، یک مقیاس استاندارد

افسردگی و سبک زندگی بی‌تحرک در زنان میانسال پرداختند. نتایج نشان داد که بین چاقی و سبک زندگی بی‌تحرک زنان میانسال با نشانه‌های افسردگی ارتباط وجود دارد (24 و 25).

بنابراین با توجه به جوان بودن جمعیت کشور و میزان شیوع بیماری ام‌اس و اهمیت عوامل روانشناختی در روند بیماری، دستیابی به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی بیماران ام‌اس و مقایسه آن با بیماران افسرده، می‌توان گامی در جهت تعدیل و اصلاح طرح‌واره‌ها و در نتیجه کاهش استرس و افسردگی بیماران افسرده و ام‌اس باشد. لذا محققین در پی بررسی این موضوع می‌باشند که آیا همان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی مربوط به افسردگی در بیماران مبتلا به ام‌اس هم وجود دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش، یک پژوهش بنیادی و از نوع پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است که به‌صورت گذشته‌نگر انجام شد. در این پژوهش 20 بیمار افسرده از بین بیماران افسرده و 20 بیمار ام‌اس به‌عنوان نمونه از بین بیماران مراجعه‌کننده به روانپزشک و بخش اورژانس، نورولوژی مردان و زنان بیمارستان‌های شهرستان خرم‌آباد در فاصله زمانی تابستان و پاییز 1393 به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین 20 نفر افراد عادی نیز به‌شیوه هم‌تاسازی براساس سن، جنس، تحصیلات و وضعیت تأهل انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص بیماری ام‌اس نوع عودکننده - فروکش‌کننده با امتیاز وضعیت گسترش ناتوانی بین 0-5/5 (امتیاز فوق توسط نورولوژیست تعیین شده بود)؛ تشخیص افسردگی توسط مقیاس افسردگی بک (BDI) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات روانی بر اساس DSM-5 برای بیماران افسرده؛ داشتن سواد کافی برای پاسخ‌گویی به سؤالات، سن بین 20-40 سال؛ دریافت دارو در زمان تشخیص و در طول دوره پژوهش؛ نداشتن اختلال

همکاری در هر مرحله از تحقیق، عدم ذکر نام آزمودنی‌ها در فرم اطلاعاتی به جهت محرمانه بودن و در اختیار قرار دادن نتایج پژوهش به مسئولین محترم مرکز آموزشی درمانی (در صورت درخواست آن‌ها) از جمله نکات اخلاقی رعایت شده این پژوهش بود.

یافته‌ها

همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد فرض نرمال بودن داده‌ها برای تمام مؤلفه جز افسردگی رعایت شده است، همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک زندگی و افسردگی آمده است. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره کل طرح‌واره ناسازگار اولیه و سبک زندگی بیماران افسرده، ام‌اس و عادی تفاوت وجود دارد (جدول 1). قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها $(P=0/101, F=1/157, \text{BOX}=131/520)$ معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به‌درستی رعایت شده است. براساس آزمون لون و عدم معناداری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی نیز رعایت شده است.

همانطور که مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنی‌های گروه (بیماران ام‌اس، بیماران افسرده و افراد عادی) بین مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی $(P<0/001, F=32/462, (15 \text{ و } 44))$ تفاوت معناداری وجود دارد $(P<0/001)$ (جدول 2).

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانوا، بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه $(P<0/001, F=761/743, (2 \text{ و } 57))$ ، سبک زندگی $(P<0/001, F=111/248, (1 \text{ و } 32))$ و افسردگی $(P<0/001, F=192/640, (1 \text{ و } 32))$ بین بیماران افسرده، بیماران ام‌اس و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور پی بردن به این‌که بین کدام گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معناداری

جهانی است که برای اولین بار توسط کورتز به‌منظور بررسی شدت ناتوانی فیزیکی و نورولوژیکی در بیماران ام‌اس مورد استفاده قرار گرفت. در واقع عملکرد مسیرهای هرمی، مخ، ساقه مغز، مخچه و حس‌ها با استفاده از این مقیاس و توسط نورولوژیست جهت تعیین شدت ناتوانی در بیماران سنجیده می‌شود. پرسشنامه از صفر (معاینات نرمال نورولوژیکی) تا 10 (مرگ بر اثر بیماری مولتیپل اسکلروزیس) نمره‌گذاری می‌شود و از نظر روایی و پایایی مورد قبول است.

مقیاس اصلی آدلری برای موفقیت بین فردی (نسخه بزرگسالان): این پرسشنامه بر اساس روانشناسی فردنگر آدلر و توسط کرن، ویلر و کارلت در سال 1933 تهیه شد (33). پرسشنامه دارای 62 عبارت بسته پاسخ 5 گزینه‌ای در مقیاس لیکرت است. این گزینه‌ها عبارتند از: کاملاً موافق 1 تا کاملاً مخالف 5، که دارای پنج خرده‌مقیاس اصلی: تعلق-علاقه اجتماعی، کنارآمدن، مسئولیت‌پذیری، نیاز به تأیید و محتاط بودن و پنج خرده‌مقیاس فرعی: سخت‌گیری، مستحق بودن، موردعلاقه همه بودن، کوشش برای رسیدن به کمال و ملایمت است. در مورد روایی و اعتبار پرسشنامه، سازندگان فرم اصلی آن گزارش کرده‌اند که هماهنگی درونی سؤالات آن در دامنه‌ای بین 0/82-0/87 و همچنین ضریب اعتبار با آزمایی در پیوستاری از 0/66-0/87 متغیر بوده است (33). در پژوهش بشیری، علیزاده و کرمی ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در خرده‌مقیاس‌ها برای مقیاس‌های اصلی در طیفی بین 0/65-0/78 گزارش شد (34).

روش کار به این شکل بود که بعد از فراهم کردن مجوزهای لازم، بیان اهداف پژوهش و جلب رضایت شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌ها توزیع شد. سرانجام داده‌ها جمع‌آوری و با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون‌های تعقیبی شفه مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. لازم به ذکر است که کسب رضایت‌نامه کتبی از آزمودنی‌ها و خانواده هر دو گروه، محترم شمردن حقوق آزمودنی‌ها در رابطه با قطع یا ادامه

رسیدن به کمال و ملایمت، میانگین نمرات گروه بیماران افسرده و بیماران ام‌اس به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد عادی است. با توجه به نتایج آزمون شفه، سطح نمرات افسردگی در بیماران افسرده نسبت به سایر گروه‌ها بالاتر است (جدول 4).

وجود دارد از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد (جدول 3). نتایج آزمون تعقیبی شفه نشان داد که در کلیه طرح‌واره‌ها میانگین نمرات گروه بیماران افسرده و بیماران ام‌اس به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد عادی است. همچنین در کلیه مؤلفه‌های سبک زندگی به‌جز تعلق - علاقه اجتماعی، کنار آمدن، مسئولیت‌پذیری، کوشش برای

جدول 1- میانگین (M) و انحراف معیار (SD) طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، بیماران ام‌اس و افراد عادی

کولموگروف اسمیرنف		افراد عادی		بیماران ام‌اس		بیماران افسرده		مؤلفه
P	Z	SD	M	SD	M	SD	M	
0/838	0/971	2/94	58/45	2/29	71/90	4/70	73/35	بریدگی و طرد
0/694	0/967	3/90	43/10	3/49	59/70	3/48	60/80	خودگردانی و عملکرد مختل
0/569	0/961	2/04	21/80	2/92	37/95	3/56	36/40	محدودیت‌های مختل
0/967	0/983	3/56	22/10	2/70	34/65	2/74	34/55	دیگر جهت‌مندی
0/917	0/979	3/23	21/45	2/06	34/50	2/26	34/90	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
0/201	0/936	7/39	145/45	8/87	204/20	9/66	205/10	طرح‌واره ناسازگار اولیه
0/993	0/987	2/02	27/90	2/07	23/75	1/87	20/05	تعلق - علاقه اجتماعی
0/510	0/958	2/20	35/300	2/47	28/70	4/88	27/05	کنار آمدن
0/149	0/929	1/77	30/75	1/74	28/25	2/69	23/75	مسئولیت‌پذیری
0/738	0/969	2/31	19	1/48	25/50	1/66	27/850	نیاز به تأیید
0/608	0/963	1/47	15/80	1/84	23/65	1/93	20/45	محتاط بودن
0/425	0/954	1/35	17/95	2/15	22/15	1/83	23/25	سخت‌گیری
0/589	0/962	2/30	17/20	2/46	22/20	1/80	22/25	مستحق بودن
0/661	0/966	1/44	7/25	1/92	11/65	1/59	11/85	مورد علاقه بودن
0/061	0/909	2/41	22	1/89	18	1/92	17/50	کوشش برای رسیدن به کمال
0/304	0/945	1/83	19	2	16/30	1/80	15/30	ملایمت
0/622	0/964	5/67	208/65	6/85	220/45	8/80	219/19	سبک زندگی
0/030	1/450	2/25	7/95	2/02	12/30	4/38	26/25	افسردگی

جدول 2- نتایج آزمون اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

توان آماری	Eta	P	F	DF خطا	DF فرضیه	ارزش	آزمون	موقعیت
1/000	0/756	P≤0/001	32/462	24	15	0/007	لامبدای ویلکز	عضویت گروهی

جدول 3 - نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	SS	df	MS	F	P	ES	توان آماری
بریدگی و طرد	10605/433	2	5302/717	441/055	P≤0/001	0/939	1/000
خودگردانی و عملکرد مختل	7457/733	2	3728/867	282/190	P≤0/001	0/908	1/000
محدودیت‌های مختل	3175/900	2	1587/950	187/417	P≤0/001	0/868	1/000
دیگر جهت مندی	2083/433	2	1041/717	113/468	P≤0/001	0/799	1/000
گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	2342/433	2	1171/217	176/729	P≤0/001	0/861	1/000
طرح واره‌های ناسازگار اولیه	115196/933	2	57598/467	761/743	P≤0/001	0/759	1/00
تعلق - علاقه اجتماعی	616/900	2	308/450	77/623	P≤0/001	0/731	1/000
کنار آمدن	762/300	2	381/150	32/850	P≤0/001	0/535	1/000
مسئولیت‌پذیری	1083/333	2	541/667	120/960	P≤0/001	0/809	1/000
نیاز به تأیید	840/633	2	420/317	109/123	P≤0/001	0/793	1/000
محتاط بودن	623/233	2	311/617	100/522	P≤0/001	0/779	1/000
سخت‌گیری	312/933	2	156/467	47/629	P≤0/001	0/626	1/000
مستحق بودن	336/700	2	168/350	34/499	P≤0/001	0/548	1/000
مورد علاقه بودن	270/400	2	135/200	48/514	P≤0/001	0/630	1/000
کوشش برای رسیدن به کمال	132/300	2	66/150	15/076	P≤0/001	0/346	0/999
ملازمت	31/600	2	15/800	14/309	0/018	0/131	0/727
سبک زندگی	10622/433	2	531/217	111/248	P≤0/001	0/796	1/00
افسردگی	3656/100	2	1828/050	192/640	P≤0/001	0/871	1/00

جدول 4 - مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در گروه‌های مورد مطالعه با آزمون شفه

متغیر	گروه					
	افسرده و عادی		ام‌اس و عادی		افسرده و ام‌اس	
	P	(I-J)	P	(I-J)	P	(I-J)
بریدگی و طرد	P≤0/001	14/9	P≤0/001	13/45	P≤0/001	1/45
خودگردانی و عملکرد مختل	P≤0/001	17/7	P≤0/001	16/6	P≤0/001	1/10
محدودیت‌های مختل	P≤0/001	14/60	P≤0/001	16/950	P≤0/001	1/55
دیگر جهت مندی	P≤0/001	12/450	P≤0/001	12/80	P≤0/001	0/350
گوش به زندگی بیش از حد و بازداری	P≤0/001	13/45	P≤0/001	13/05	P≤0/001	0/400
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	P≤0/001	59/65	P≤0/001	58/75	P≤0/001	1/1
تعلق - علاقه اجتماعی	P≤0/001	7/850	P≤0/001	4/150	P≤0/001	3/70
کنار آمدن	P≤0/001	8/250	P≤0/001	6/660	P≤0/001	1/650
مسئولیت‌پذیری	P≤0/001	7	P≤0/001	2/50	P≤0/001	7
نیاز به تأیید	P≤0/001	8/85	P≤0/001	6/50	P≤0/001	2/35
محتاط بودن	P≤0/001	4/65	P≤0/001	7/850	P≤0/001	3/20
سخت‌گیری	P≤0/001	5/30	P≤0/001	4/20	P≤0/001	1/10
مستحق بودن	P≤0/001	5/05	P≤0/001	5	P≤0/001	0/500
مورد علاقه بودن	P≤0/001	4/60	P≤0/001	3/40	P≤0/001	1/20
کوشش برای رسیدن به کمال	P≤0/001	4/50	P≤0/001	4	P≤0/001	0/50
ملازمت	0/005	3/70	0/002	2/70	0/002	1
سبک زندگی	P≤0/001	37/20	P≤0/001	29/15	P≤0/001	8/05
افسردگی	P≤0/001	18/3	P≤0/001	5/35	P≤0/001	13/95

بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و سبک زندگی در بیماران افسرده، ام‌اس و افراد عادی بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به افسردگی، ام‌اس و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد. در زمینه تفاوت بیماران افسرده و افراد عادی این یافته با نتایج پژوهش‌های سلیگمن و همکاران (7)، او کانر و همکاران (17)، فلت (21) و لایانو- فونچویترا و همکاران (22) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان به اعتقاد یانگ مبنی بر این که علایم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مرتبط است (35)، اشاره نمود؛ در واقع طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روانشناختی منجر می‌شوند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی می‌باشند که این خود با رضایت از زندگی مرتبط می‌باشد (36). بیماران ام‌اس و افسرده به دلیل مشکلات جسمانی و روانشناختی، نگرش منفی‌تری نسبت به زندگی دارند و از این رو به جنبه‌های منفی و مخرب بیشتری گرایش پیدا می‌کنند (6). در حقیقت می‌توان گفت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند و به نشانه‌های بالینی بیشتر و روابط مشکل‌دار و تنهایی منجر می‌شوند (7). به این ترتیب، کسانی که از طرح‌واره‌های ناسازگار به‌طور افراطی استفاده می‌کنند، بیشتر تحت تأثیر حوادث منفی زندگی قرار می‌گیرند (37 و 38). در تبیین دیگر این نتایج می‌توان به مثلث شناختی بک نیز اشاره نمود. چرا که بیماران افسرده، دیدگاه منفی نسبت به خود در رابطه با خودکنترلی و تحمل ناکامی دارند که این نوع شناخت، خود سبب ایجاد این طرح‌واره‌ها می‌گردد (30). بر اساس نظریه طرح‌واره، افراد داده‌های مربوط به خویشتن را به اندازه کافی پردازش می‌کنند، ولی داده‌های ناهمخوان با خود را کم‌تر

یا بدتر پردازش می‌کنند (39) که می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیماران افسرده و ام‌اس، اطلاعات مثبت را از نظام پردازشی خویش حذف می‌کنند و داده‌های منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می‌آورند و این نحوه تفسیر منطبق با طرح‌واره‌های ناسازگار این بیماران می‌باشد.

همچنین نتایج آزمون شفه نشان داد که در تمام طرح‌واره‌ها میانگین نمرات گروه بیماران افسرده و ام‌اس به‌طور معناداری بیشتر از گروه افراد عادی می‌باشد. این یافته‌ها به صورت مستقیم و غیرمستقیم در راستای نتایج پژوهش‌های سلیگمن و همکاران (7) و اُکانر و همکاران است (17). در تبیین این یافته می‌توان گفت بیمارانی که در حوزه طرح‌واره‌های دیگر جهت‌مندی قرار می‌گیرند، تأکید زیادی بر ارضای نیازهای دیگران در مقایسه با نیازهای خود دارند و این کار را برای کسب تأیید حفظ ارتباط عاطفی و اجتناب از تنبیه انجام می‌دهند؛ به عبارت دیگر، محیط همراه با پذیرش بی‌قید و شرط در خانواده، هرگز برای این افراد وجود نداشته است. در چنین محیطی کودک آموخته است که به‌منظور کسب محبت، توجه و تأیید دیگران، باید بسیاری از خواسته‌ها و نیازها را سرکوب کند و در نهایت طرح‌واره‌های حوزه دیگر جهت‌مندی اطاعت و از خودگذشتگی / ایثار را در خود رشد می‌دهد. از طرف دیگر بیماران افسرده به این نتیجه می‌رسند که افسردگی و خلق منفی لازمه زندگی است. فرد افسرده با نگاه به گذشته، تمام اتفاقات ناخوشایند را در ذهن خود زنده می‌کند و در نتیجه مأیوس می‌شود. در این شرایط، افکار تحت تأثیر یک منفی‌گرایی زورمند قرار می‌گیرد و فرد نه تنها خود بلکه دنیا را تیره و تاریک می‌بیند، بنابراین فرد افسرده مثبت‌ها را نمی‌بیند و تنها منفی‌ها به ذهنش راه پیدا می‌کنند و تجربه‌های خشی و حتی مثبت زندگی خود را منفی می‌بیند (40). این منفی‌نگری و بدبینی خود یکی از عوامل مرتبط با طرح‌واره بازداری هیجانی می‌باشد که توجیه‌کننده پررنگ‌تر بودن این طرح‌واره در افراد افسرده نسبت به افراد عادی می‌باشد.

نمرات بیماران ام‌اس در این سه مؤلفه به‌طور معناداری بیشتر از گروه بیماران افسرده است. همچنین در مؤلفه نیاز به تأیید بین بیماران افسرده و ام‌اس تفاوت وجود دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، بالا بودن نمرات بیماران ام‌اس در مؤلفه‌های علاقه اجتماعی، مسئولیت‌پذیری و محتاط بودن که به ارزیابی احساس اعتماد و امنیت فرد در موقعیت‌های بین‌فردی می‌پردازد. بیماران ام‌اس نسبت به بیماران افسرده در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند و از سطح برونگرایی بالاتری برخوردارند اما تشدید بیماری موجب کاهش سازگاری روانشناختی و اجتماعی این بیماران شده و آنان در عمل، توان کنترل رویدادهای زندگی خود را از دست می‌دهند در نتیجه این عوامل باعث شکل‌گیری وضعیت‌های روانشناختی ناسالمی مثل استحقاق و نیاز به تأیید در افراد مبتلا می‌شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه فوق، واحدهای مورد مطالعه از میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک زندگی و افسردگی بالایی برخوردار بودند که فراهم کردن زمینه‌ای مناسب برای یادگیری روش‌های مقابله با افسردگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه جهت سازگاری بیماران ضروری به‌نظر می‌رسد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود انجمن ام‌اس، این بیماران را تحت پوشش قرار دهند، برنامه‌های آموزشی مدونی را جهت مقابله با افسردگی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ناشی از بیماری برگزار نمایند چرا که افزایش یادگیری روش‌های مقابله‌ای و سازگاری باعث بهبود کیفیت و سبک زندگی می‌شود و توانایی بیماران جهت کاهش علائم اضطراب، افسردگی و طرح‌واره‌های ناسازگار افزایش می‌یابد.

تشکر و قدردانی

از کلیه کلینیک‌های روانپزشکی، بخش نورولوژی شهرستان خرم‌آباد و همچنین کلیه بیماران و افرادی که پژوهشگران را در انجام این پژوهش با شکیبایی همراهی کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین سبک زندگی بیماران افسرده، ام‌اس و افراد عادی تفاوت وجود دارد. این نتایج با یافته‌های پژوهشی تانه بوم و همکاران (14)، فستینگ و همکاران (15)، بندیکت و همکاران (16)، آلدنر و همکاران (18)، بروک و همکاران (19)، جار اوسلو و همکاران (20) و جان و همکاران (24) همسو می‌باشند.

همسو با یافته‌های فوق، بیماران افسرده و ام‌اس در سبک زندگی تعلق - علاقه اجتماعی نمره پایینی به‌دست آوردند. پایین بودن امتیاز این سبک زندگی به این معنا است که فرد، متمایل به درون‌گرایی بوده و تعاملات فردی با دیگران را نمی‌پسندد. این یافته تأییدی بر نظریه آدلر است که علاقه اجتماعی را شاخصی برای سلامت روانشناختی می‌داند. در واقع پایین بودن نمرات بیماران افسرده و ام‌اس در علاقه اجتماعی را می‌توان با وجود بیماری، فقدان لذت، درون‌گرایی و سبک‌های شناختی ناسالم از دیگران تبیین نمود. از سوی دیگر سبک زندگی کنارآمدن به ارزیابی قاعده‌مندی فرد در انجام تکالیف زندگی می‌پردازد. این تکالیف عبارتند از: ارتباطات اجتماعی، کار و صمیمیت. پایین بودن نمره سبک زندگی کنارآمدن در بیماران افسرده و ام‌اس نشان‌دهنده این است که این افراد نگرش‌های منفی درباره خود پرورش می‌دهند (41). از سوی دیگر سبک زندگی مستحق بودن ارزیابی می‌کند که آیا فرد ترجیح می‌دهد که در موقعیت‌های اجتماعی با او به‌عنوان فردی استثنایی و منحصر به فرد رفتار شود یا خیر. در خانواده‌هایی که بیماران افسرده و ام‌اس دارند از دیگر جهت‌مندی ناسالم حمایت می‌کنند. کودکان یاد می‌گیرند که به تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران بیش از حد اهمیت دهند، به‌طوری‌که باعث نادیده گرفتن نیازهای سالم و مشروع خودشان می‌شوند و این امر زمینه را برای نوعی وابستگی و تأیید توسط دیگران برای این بیماران ایجاد می‌کند.

همچنین نتایج آزمون شفه نشان داد که در مؤلفه تعلق - علاقه اجتماعی، محتاط بودن و مسئولیت‌پذیری بین بیماران افسرده و ام‌اس تفاوت وجود دارد. به‌عبارتی دیگر میانگین

References

1. Dozois DJ, Martin RA, Bieling PJ. Early maladaptive schemas and adaptive / maladaptive styles of humor. *J Cog Ther and Res.* 2009; 33(6): 585-96.
2. Yang J, McCrae RR, Costa PT, Dai X, Yao S, Cai T, et al. Cross-cultural personality assessment in psychiatric populations: The NEO-PI—R in the people's Republic of China. *Psychol Assess.* 1999; 11(3): 359-68.
3. Zhang DH, He HL. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Soci Behav Pers.* 2010; 38 (8): 1119-22.
4. Maltby J, Day L. Forgiveness and defense style. *J Genec Psycho.* 2004; 165(1): 99-110.
5. Thimm JC. Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *J Behav Ther Experi Psychol.* 2010; 41(5): 373-80.
6. Young J, Klosko J, & Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide.* New York: The Guilford Press. 2003; 103-13.
7. Seligman MEP, Schulman P, Tryon A. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res & Ther.* 2007; 45 (6): 1111-26.
8. Young JE. *Young Schema Questionnaire Short Form.* New York: Schema Therapy Institute. 2003; 123-31.
9. Warren R, Malachy B. *Adlerian Lifestyle Counseling,* New York, Routledge, Adul Pub Heal. 2006; 206-12.
10. Kattryn T, Dominic U. *The Psychology of lifestyle,* london, Routledge. *Inteal J Behav Dev.* 2008; 38(8): 31-48.
11. Judith O, Diana J, Stephanie K, Bernadette MM. Relationships Among Factors Related to Body Mass Index, Healthy Lifestyle Beliefs and Behaviors, and Mental Health Indicators for Youth in a Title 1 School. *Original Research Article. J Pedi Heal Care.* 2014; 28 (3): 234-40.
12. Kuhn K. Consumerist Lifestyles in the Context of Globalization: Investigating Scenarios of Homogenization, Diversification and Hybridization. In: Lange H, Meier L. *The New Middle Classes. Globalizing Lifestyles, Consumerism and Environmental Concern.* New York: Springer. 2009; 214-24.
13. Zhang Y, Deng J, Majumdar S, Zheng B. Globalization of Lifestyle: Golfing in China. In: Lange H, Meier L. *The New Middle Classes. Globalizing Lifestyles, Consumerism and Environmental Concern.* New York: Springer. 2009; 143-67.
14. Tannenbaum C, Ahmed S & Mayo N. What drives older women's perceptions of health-related quality of life? *Quality of Life Res.* 2007; 16(4): 593-605.
15. Fasting MH, Nilsen TI, Holmen TL, Vik T. Life style related to blood pressure and body weight in adolescence: cross sectional data from the Young-HUNT study, Norway. *BMC Public Health.* 2008; 8 (1): 111-16.
16. Bendict RH, Priore RL, Miller C, Munschauer F, Jacobs L. Personality disorder in MS correlates with cognitive impairment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2001; 13(1): 70-6.
17. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behav Res Ther.* 2010; 48 (1): 52-9.
18. Allender JA, Jadith AN, Spredley BW. *Community health nursing concepts and practice.* Philadelphia: Lippincott Co. 2010; 15 (3): 213-32.
19. Bruce JM, Lynch SG. Personality Traits in multiple Sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *J Psychol Res.* 2011; 70 (5): 479-85.
20. Jaroslaw B, Kurylek A, Wozniacka A, Sysa A, Arkuszewska C. Personality traits and demographic an variables influence on quality of life in systemic Sclerosis. *J Psychosom Res.* 2011; 30 (1): 2-16.
21. Flett G, & Hewitt P. "Perfectionism and Cognitive Factors in Distress and Dysfunction in Children and Adolescents: Introduction to the Special Issue." *J Ratio- Emo & Cog- Behav Ther.* 2012; 30 (2): 53-61.
22. Labiano-Fontcuberta A, Alex J, Mitchell S, Moreno-García S, Benito-León J. Anxiety and depressive symptoms in caregivers of multiple sclerosis patients: The role of information processing speed impairment. *J Neurol Sci.* 2015; 349 (1–2): 220-25.
23. Abbey JH, Meghan B, Narineh H, Aaron P, Turner S, Dagmar A, Dawn M. Ehde A. Self-Efficacy as a Longitudinal Predictor of Perceived Cognitive Impairment in Individuals with Multiple Sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* In Press, Accepted Manuscript, Available online 15 January. 2015.
24. Juan EB, Peter C, Sócrates A, Juan M, Edward MH, Germán A, Zully B, Luz MB, Andrés C, Daniel F, María T, Gustavo G, José A, Hernández B, Fiorella L, Mabel M, Selva L, Alvaro, Desiree M, Eliana O, William O, et al. Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentary lifestyle in middle-aged women. *Orig Res Artic Matur.* 2015; 80 (1): 100-5.
25. Carr SN, Francis AJP. Do early maladaptive schemas mediate the relationship between childhood experiences and avoidant personality disorder features? A preliminary investigation in a non-clinical sample. *Cognitive Therapy Research.* 2010; (34): 343–58
26. Welburn K, Coristine M, Dagg P, Pontrefact A, & Jordan S. The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cog Res Ther.* 2002; 26 (3): 519-30.

27. Young J, Brown EG. The young schema questionnaire: Short form. Available at: <http://www.schematherapy.com>. 2003.
28. Brazandeh H. [The relationship between communication standards and early maladaptive schemas with Marital adjustment (Persian)]. Master's thesis, Mashhad: Mashhad University, Faculty of Psychology. 2005; 76-81.
29. Fatehizadeh M, & Abasyan HR. [Normalized The short form of schema test on Students of Isfahan University (Persian)]. Master's thesis, Isfahan: Isfahan University, Faculty of Psychology. 2003; 59-63.
30. Yaris S. The mediating Role of Metacognition on The relationship among Depression/Anxiety/ Negative Impact of Life experiences and smoking dependence (un - published M.S Dissertation). 2010; middle east technical university.
31. Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/ schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks (In Persian). *J Psychiatry Clin Psychol*. 2005; 11(3): 312-26.
32. Ghasemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, ebrahimkhani N. [Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: [BDI-II]. *Persian J Dep Anx* 2005; 21(4): 185-19.
33. Kern, RM, Wheeler M & Currence W. BASIS – A inventory Interpretative Manual. Highlands, NC: TRT Associates. 1997; 136-49.
34. Bashiry M, Alizade H & Krami A. Evaluate the psychometric properties and normative data lifestyle questionnaire (BASIS-A) on youth 18 to 40 years old. *Counsel Res & Deve*. 2007; 21(6): 69-92.
35. Delattre M. The Early Maladaptive Schemas: A Study in Adult Patients with Anxiety Disorders. *Encephale*. 2004; 30 (3): 255-8.
36. Papalia DE, Gross D, & Feldman RD. Child development: A topical approach and making. New York: McGraw Hill. 2003; 136-52.
37. McCullough ME, Bellah CG, Kilpatrick SD, Johnson JL. Vengefulness: Relationships with forgiveness, rumination, well-being, and the big five. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2001; 27 (5): 601-10.
38. Reinecke S, Simons R. Vulnerability to Depression among Adolescents: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cogn Behav Pract*. 2005; 12(2): 166-76.
39. Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2002; 128(8): 638-62.
40. Csukly G, Telek R, Filipovits D, Takacs B, Unoka Z, Simon L. What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011; 42(1): 129-37.
41. Lewis TF, & Watts R E. The predictability of Adlerian lifestyle themes compared to demographic variables associated with college student drinking. *J Indi Psych*. 2004; 60(3): 245-64.