

## اثر پیش‌بین سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی بر سلامت عمومی

فاطمه نوربالا\*، هادی بهرامی احسان\*\*، احمد علی پور\*\*\*

\* دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

\*\* دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

\*\*\* استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

### چکیده

### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۱۲

تجدیدنظر: ۱۳۹۴/۰۸/۱۱

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

**هدف:** طبق مدل طرحواره‌درمانی یانگ، سه سبک مقابله‌ای اجتناب، تسلیم و جبران‌افراطی در مقابل فعال شدن طرحواره‌ها بکار می‌روند. نوع سبک مقابله‌ای غالب در مواجهه با رویدادها، بر میزان سلامت عمومی افراد موثر است. هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی وضعیت سلامت عمومی (جسم و روان) افراد براساس نوع سبک مقابله‌ای غالب (اجتناب و جبران‌افراطی) می‌باشد.

### کلیدواژه‌ها:

سلامت عمومی، سبک مقابله‌ای اجتناب، سبک مقابله‌ای جبران افراطی.

**روش:** به این منظور فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت، پرسشنامه جبران‌افراطی یانگ-رای و پرسشنامه اجتناب یانگ-رای توسط ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران که با نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند، تکمیل گردید. تحلیل نتایج با روش همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نسخه ۱۸ نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج بیانگر رابطه‌ی معنادار سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران‌افراطی با وضعیت سلامت عمومی افراد بود ( $p \leq 0/05$ ). هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد سبک مقابله‌ای جبران‌افراطی بیشترین نقش را در پیش‌بینی میزان سلامت عمومی افراد دارد.

**نتیجه‌گیری:** هر دو سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی تأثیر منفی بر سلامت عمومی دارند، اما در صورت غلبه‌ی سبک مقابله‌ای جبران‌افراطی در مواجهه با مشکلات، آسیب بیشتری از نظر جسمانی و روانی به افراد وارد می‌شود.

## Predictive effects of avoidance and overcompensation coping styles on general health

\*F. Noorbala, \*\*H. Bahrami Ehsan, \*\*\*A. Alipour

\* Phd Student in Health Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

\*\* Associate Professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

\*\*\*Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

### Abstract

**Objective:** Based on Young schema therapy model, three coping styles i.e. avoidance, surrender, and overcompensation is utilized against schema activation. Confronting with events, the type of dominant coping style affects general health. The aim of this study was to predict general health status (mental and physical) based on the type of dominant coping styles.

**Method:** For this purpose, Short-Form Health Survey questionnaire (SF-36), Young-Rygh Compensation Inventory (YCI), and Young-Rygh Avoidance Inventory (YAI) were filled by 120 students of University of Tehran sampled via convenience sampling. The results were analysis through correlation and multiple regression methods in SPSS software (version 18).

**Results:** The results revealed that there is a significant relationship between two coping styles i.e. avoidance and overcompensation with general health status ( $p=0/05$ ). In addition, regression analysis showed that overcompensation coping style has a major role in the prediction of general health status.

**Conclusion:** Based on the results, both coping styles i.e. avoidance and overcompensation have negative effect on general health, but facing with events through excessive overcompensation has more deteriorative effect on mental and physical health.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2013/08/06

Revise: 2013/09/26

Acceptance: 2013/10/20

#### Keywords:

General health, Avoidance coping styles, Overcompensation coping styles

مقدمه

بررسی وضعیت سلامت عمومی بشر (سلامت جسمی و سلامت روانی) بشر و ریشه‌های تحولی آن، همیشه از مهمترین دغدغه‌های علم بوده است. در همین راستا، متغیرهایی که موجب شکل‌گیری ریسک‌فاکتورهای مخرب سلامتی هستند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. در این میان، الگوهای رفتاری که مرتبط با وضعیت ضعیف سلامتی هستند، بدلیل جنبه‌ی پیشگیری‌محوری که در شکل‌دهی به سلامت دارند، از اولویت بالایی برخوردارند. یکی از مهمترین پیش‌بین‌ها در این خصوص، سبک‌های مقابله‌ای افراد با مشکلات و نحوه‌ی سازگاری آنهاست (استینر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله‌ی تاثیر معناداری در میزان سازگاری افراد (گراوادل و سندال<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶، رکلیتیس و نوام<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) و همچنین رابطه‌ی معناداری با میزان سلامت عمومی افراد و وضعیت کلی سلامتی مناسب یا نامناسب افراد افسرده و بیماران مزمن دارند (فلنگان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۴، مورس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). علاوه‌براین، نوع سبک‌های مقابله‌ی که افراد اتخاذ می‌کنند با واکنش‌های دفاعی و صفات شخصیتی افراد همبستگی دارد و پیش‌بین مناسبی برای سطح عملکرد فرد است (کراتنمچر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۳، اریکسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷).

تاکنون طبقه‌بندی‌های متعددی درخصوص سبک‌های مقابله‌ی ارائه شده و شواهد پژوهشی

زیادی از بسیاری از آنها حمایت کرده است. مولفه‌ی اصلی که موجب این طبقه‌بندی‌ها می‌باشد شامل تلاش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد است که در مقابل چالش‌های مختلف محیطی از خود بروز می‌دهند (استینر و همکاران، ۲۰۰۲). تقریباً تمامی نظریات معاصر در این حیطه معتقدند که سبک‌های مقابله‌ی چندبعدی هستند و تاحدی وابسته به زمینه می‌باشند (آیزن<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). مبنای طبقه‌بندی سبک‌های مقابله‌ی می‌تواند متمرکز بر استراتژی مقابله (مساله‌مدار در مقابل هیجان‌مدار)، روش مقابله (شناختی، هیجانی و رفتاری) و یا ترکیبی از هر دو (گرایش‌شناختی، هیجانی و رفتاری جهت مواجهه با مشکل و یا اجتناب شناختی، هیجانی و رفتاری در برابر مشکل) باشد (استینر و همکاران، ۲۰۰۲).

یکی دیگر از نظریات مطرح در انواع سبک‌های مقابله، نظریه طرحواره‌درمانی یانگ است. طرحواره‌ها؛ ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به مثابه‌ی عدسیه‌هایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارند. این طرحواره‌ها در طی تجارب اوان کودکی شکل گرفته و پاسخ فرد به رخدادهای محیطی را کنترل می‌کند. منشأ این طرحواره‌ها نیازهای هیجانی اصلی، تجارب اولیه‌ی زندگی و مزاج هیجانی فرد است (یانگ<sup>۹</sup>، ۱۹۹۴). طرحواره‌های مطرح شده توسط یانگ با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضا نشده، به پنج حوزه‌ی: بریدگی و طرد (شامل ره‌اشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، محرومیت هیجانی/ نقص/

1 Stiner, H.  
2 Gravidal. L., & Sandal. G. M.  
3 Recklitis. C. J., & Noam. G.G.  
4 Flanagan. J. C.  
5 Moos, R. H.

6 Krattenmacher. T  
7 Erickson. S.  
8 Ayers. T. S.  
9 Young, J.

شرم، انزوای اجتماعی / بیگانگی)، خودگردانی و عملکرد مختل (وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول‌نیافته / گرفتار، شکست)، محدودیت‌های مختل (استحقاق / بزرگ‌منشی، خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی)، دیگر جهت‌مندی (اطاعت، ایثار، پذیرش‌جویی / جلب توجه)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی، تنبیه) تقسیم می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). زمانی که این طرحواره‌ها فعال می‌شوند می‌توانند بر ادراک، واقعیت و پردازش شناختی فرد اثر بگذارند (کرمر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روانشناختی می‌انجامند (مارمون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) و این الگوهای درونی از طریق به وجود آوردن سبک‌های مقابله رفتارهای بیرونی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (تیم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

برانگیختگی طرحواره (ناکامی یک نیاز هیجانی اساسی و هیجانهای همراه با آن) تهدیدی است برای فرد که باید با سبک مقابله‌ای خاصی به آن پاسخ دهد. تمام موجودات زنده در مقابل تهدید سه واکنش اساسی نشان می‌دهند: جنگ، گریز، و میخکوب شدن. این سه واکنش با سه سبک مقابله‌ای جبران افراطی، اجتناب و تسلیم که یانگ معرفی می‌کند، همخوانی دارند. این سه سبک مقابله‌ای معمولاً خارج از حوزه هوشیاری عمل می‌کنند. معمولاً این سبک‌های مقابله‌ای در دوران کودکی

انطباقی اند و بخشی از ساز و کارهای بقایی سالم به شمار می‌روند. اما وقتی فرد پا به دوران بزرگسالی می‌گذارد، سبک‌های مقابله‌ای حالت ناسازگارانه پیدا می‌کنند؛ زیرا بکارگیری آنها منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌گردد (یانگ، ۱۹۹۴). وقتی انسانها تسلیم طرحواره می‌شوند به درست بودن آن گردن می‌نهند و هیچ وقت سعی نمی‌کنند با طرحواره بجنگند یا از آن اجتناب کنند، بلکه می‌پذیرند که طرحواره درست است. وقتی افراد سبک مقابله‌ای اجتناب را بکار می‌گیرند، سعی می‌کنند زندگی خود را طوری تنظیم کنند که طرحواره هیچوقت فعال نشود. آنها می‌کوشند با ناآگاهی زندگی کنند. از فکر کردن به طرحواره اجتناب می‌کنند، افکار برانگیزاننده طرحواره را بلوکه می‌کنند، و در صورت بروز چنین افکار یا تصاویر ذهنی، سعی می‌کنند حواس خود را پرت کنند. در سبک مقابله‌ای جبران افراطی، افراد از طریق فکر، احساس، رفتار و روابط بین فردی به گونه‌ای با طرحواره می‌جنگند که انگار طرحواره متضادی دارند. آنها در ظاهر اعتماد به نفس زیادی دارند ولی در باطن هر لحظه نسبت به فعال شدن طرحواره‌ها احساس تهدید می‌کنند. جبران افراطی حمله متقابل علیه طرحواره است که متاسفانه به هدف خود دست نمی‌یابد و به جای بهبودی باعث تداوم آن می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

مطالعات متعددی بر نقش انواع سبک‌های مقابله و خصوصاً اجتناب در رابطه با اختلالات جسمانی و روانی انجام شده است و نشان داده که استفاده از مقابله‌های ناسازگار، اجتنابی و هیجان‌مدار تاثیر

3 Thimm. J. C.

1 Cormier, A.

2 Marmon

اثر مقایسه‌ای هر دو سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی را بر سلامت عمومی بسنجند و به این سوال پاسخ دهند که کدام سبک مقابله‌ای اثرات منفی بیشتری بر مولفه‌های سلامت روانی و جسمی دارند، مشهود است. علاوه بر این بررسی اینکه کدام سبک مقابله‌ای پیش‌بین مناسب‌تری برای آسیب‌های جسمانی و روانی است، می‌تواند به حوزه پیشگیری از اختلالات جسمانی و روانی نیز کمک شایانی کند. در همین راستا، هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط و نحوه تعامل دو سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی با وضعیت سلامت عمومی (جسمی و روانی) افراد است.

#### مواد و روشها

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دانشگاه تهران تشکیل می‌دهند. ۱۲۰ دانشجو (۷۵ نفر زن و ۴۵ نفر مرد) با میانگین سنی ۲۷/۵ سال، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در تحقیق شرکت کردند. هر فرد شرکت‌کننده در مطالعه، مجموعه پرسشنامه‌های زمینه‌یابی سلامت، پرسشنامه جبران افراطی یانگ-رای و پرسشنامه اجتناب یانگ-رای را تکمیل نموده است.

طرح اصلی این پژوهش به صورت همبستگی چند متغیری است که متغیر سلامت بعنوان متغیر ملاک و متغیرهای جبران افراطی و اجتناب بعنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شدند.

منفی بر سلامت عمومی افراد دارند و حتی از مولفه‌های پیش‌بین اعتیاد و یا رفتارهای آسیب‌زننده به خود هستند (ریزو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷، کراتنمچر و همکاران، ۲۰۱۳، فلنگان و همکاران، ۲۰۱۴، براون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۵)، هم‌چنین تحقیقات اندکی در زمینه ارتباط بین نوع طرحواره فعال و شدت استفاده از سبک خاصی از مقابله نیز انجام شده‌اند که نشان از رابطه‌ی اجتناب و برخی حوزه‌های خاص طرحواره‌ها از قبیل گوش‌بزدگی و بریدگی/ طرد می‌دهند (بایرامی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش دیگری استینر و همکاران (۲۰۰۲) مدلی را گزارش کردند که طبق آن سبک مقابله‌ی گرایش‌محور، می‌تواند بعنوان متغیر تعدیل‌کننده در رابطه بین اجتناب و تاثیرات منفی ناشی از آن در سلامتی افراد نقش داشته باشد و موجب کاهش آثار منفی اجتناب شود.

با این توصیف، اکثر مطالعات به سبک مقابله‌ای اجتناب و ارتباطات آن با مقوله‌ی سلامتی پرداخته‌اند و شواهد اندکی در خصوص سبک مقابله جبران افراطی در دسترس است. از جمله رفتارهای مرتبط با سبک مقابله‌ای جبران افراطی؛ رفتارهای تکانشی، کنترل‌های افراطی و یا تلاش‌های بیش از حد برای پوشاندن مشکلات و بازتاب متفاوت آنها در عمل هستند. اگرچه برخی مطالعات ارتباط منفی رفتارهای تکانشی و کنترل افراطی را با سلامت روان تایید کرده‌اند (اولندیک و هورسچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، آستین<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹)، اما در میان این مطالعات، جای خالی پژوهش‌هایی که

4 Ollendick, T. H.  
5 Astin, J. A.

1 Riso, P. L.  
2 Brown, M. J.  
3 Bayrami, M.

## ابزار پژوهش

۱. فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت<sup>۱</sup>: این پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌گردد، توسط ویر و شربورن<sup>۲</sup> ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آزمودنی در هر زیرمقیاس براساس طیف‌های لیکرت ۲ تا ۶ نمره‌ای پاسخ می‌دهد و نهایتاً در هر سوال نمراتی بین ۰ تا ۱۰۰ بدست می‌آورد و نمره بالاتر به منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (منتظری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ اصغری مقدم و فقیهی، ۱۳۸۲) و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه معادل ۰/۹۱ بدست آمد.

۲. پرسشنامه جبران افراطی یانگ-رای<sup>۴</sup>: پرسشنامه جبران افراطی یانگ - رای ( ۱۹۹۴ ، به نقل از یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳)، دارای ۴۸ سؤال است و به بررسی راهبردهای مقابله‌ای جبران افراطی می‌پردازد. سؤالات این مقیاس در یک طیف لیکرت ۱ تا ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند. هر سوال دارای زیربنایی از چند طرحواره مختلف

می‌باشد که راهبردهای افراطی چون رفتار انتقادگرایانه، خوداتکایی افراطی، ذهن و سواسی، خوش‌بینی بیش از حد، رفتارهای تکانشگرانه، نازنده‌سازی و ... در پاسخ به طرحواره صورت می‌گیرند. نمرات بالا نشان دهنده وجود راهبرد جبران افراطی غالب در فرد است. در مطالعه‌ای ضریب پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی از طریق دو نیمه سازی برابر ۰/۷۹ برآورد شده است (بایرامی، بخشی‌پور و اسماعیلی، ۲۰۱۲). در این مطالعه، آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر ۰/۸۲ محاسبه شده است.

۳. پرسشنامه اجتناب یانگ-رای<sup>۵</sup>: پرسشنامه اجتناب یانگ - رای ( ۱۹۹۴ ، به نقل از یانگ، کلوסקو و ویشار، ۲۰۰۳)، ۴۱ سؤالی است که برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی طراحی شده است. به هر سؤال نمره ای بین ۱ تا ۶ داده می‌شود. راهبردهای اجتنابی براساس این پرسشنامه عبارتند از: فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوء مصرف مواد، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، سرکوب خشم، علائم روانی - جسمی، گوشه گیری و دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن /فقدان انرژی، حواس پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت های مختلف، آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن و ...)، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، حواس پرتی منفعل، رویاپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند. نمرات بالا نشان دهنده‌ی غالب بودن راهبرد اجتناب است. در

4 Young Compensation Inventory  
5 Young-Rygh Avoidance Inventory

1 Short-Form Health Survey questionnaire  
2 Ware, J. E., & Sherbourne, C. D.  
3 Montazeri A,

براساس یافته‌های توصیفی، شرکت‌کنندگان معادل ۷۵ نفر زن و ۴۵ نفر مرد (کل ۱۲۰ نفر) می‌باشند که از این میان ۴۹٪ مجرد و ۴۵٪ متاهل هستند. از نظر تحصیلات نیز ۴۵٪ کارشناسی، ۲۵٪ کارشناسی ارشد و ۲۰٪ در مقطع دکتری مشغول به تحصیل هستند. جهت بررسی رابطه بین متغیرها، از روش همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن به همراه نمرات میانگین و انحراف‌استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

مطالعه‌ای بر روی دانشجویان ایرانی، ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق دو نیمه سازی برابر ۰/۷۹ به دست آمده (صلواتی، ۱۳۸۶) و در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۷ برآورد شده است.

در نهایت نتایج با استفاده از روش‌های همبستگی و رگرسیون چندگانه همزمان در نرم‌افزار SPSS 18 مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین، انحراف‌استاندارد و همبستگی بین متغیرها

متغیرها	۱	۲	۳	میانگین	انحراف استاندارد
۱ سلامت	-			۲۷۲۹/۴۸	۴۸۷/۹۶
۲ جبران افراطی	۰/۳۰**	-		۱۵۷/۲۴	۲۵/۶۳
۳ اجتناب	۰/۲۲*	۰/۵۵**	-	۱۱۷/۲۰	۱۸/۳۳

\*\*p < 0/01      \*p < 0/05

متغیرهای جبران افراطی و اجتناب به عنوان متغیر پیش‌بین (مستقل) وارد معادله شدند. جهت یافتن بهترین مدل آماری در تبیین روابط بین متغیرها، سه مدل رگرسیون چندگانه همزمان انجام شد. بدین صورت که یک بار هر یک از متغیرهای پیش‌بین (سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی) به تنهایی و یک بار نیز بصورت زوج در معادله شرکت داده شدند. نتایج حاصل از این رگرسیون‌ها در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

طبق نتایج جدول ۱ هر دو سبک مقابله‌ای جبران افراطی و اجتناب دارای همبستگی منفی و معنی‌داری با میزان سلامت افراد می‌باشند. اگرچه در این میان همبستگی بین جبران افراطی و سلامت قوی‌تر می‌باشد ( $p < 0/01$ )، یعنی هرچه میزان بکارگیری سبک مقابله‌ای جبران افراطی در افراد قوی‌تر باشد، میزان سلامت آن‌ها پایین‌تر است.

جهت بررسی نوع رابطه‌ی بین متغیرها، از رگرسیون چندگانه‌ی همزمان استفاده شد که در آن نمره کل سلامت عمومی به عنوان متغیر ملاک (وابسته) و



جدول ۲. نتایج مدل‌های رگرسیون چندگانه‌ی همزمان متغیرهای اجتناب و جبران افراطی بر سلامت

مدل	متغیر	R	Adjusted R	B	خطای استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
۱	جبران افراطی	۰/۰۹۳	۰/۰۸۴	-۷/۶۳۸	۲/۲۹۰	-۰/۳۰۴	-۳/۳۳۵	۰/۰۰۱
۲	اجتناب	۰/۰۴۸	۰/۰۳۹	-۶/۱۱۰	۲/۶۱۹	-۰/۲۱۸	-۲/۳۳۳	۰/۰۲۱
۳	جبران افراطی	۰/۰۹۶	۰/۰۸۰	-۶/۶۲۵	۲/۷۴۰	-۰/۲۶۴	-۲/۴۲۸	۰/۰۱۷
	اجتناب			-۲/۰۷۳	۳/۰۵۹	-۰/۰۷۴	-۰/۶۷۸	۰/۵۰۰

و ورود سبک مقابله اجتناب تنها منجر به کاهش این توان می‌شود. بنابراین هر چه فرد بیشتر از سبک مقابله جبران افراطی استفاده کند، سلامت کلی او بیشتر به خطر می‌افتد. همچنین سبک مقابله اجتناب اگرچه رابطه منفی با سلامت فرد دارد اما پیش‌بین مناسبی برای سلامت نمی‌باشد و احتمالاً متغیرهای واسطه‌ای دیگری منجر به کاهش سلامت فرد در حالت اجتناب می‌شوند.

جهت تایید برازش مدل رگرسیون پیشنهادی (مدل اول) از تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهند، در مدل اول جبران افراطی به تنهایی ۸/۴٪ از تغییرات متغیر ملاک (سلامت) را تبیین می‌کند ( $p < ۰/۰۱$ ). در مدل دوم متغیر اجتناب به تنهایی ۳/۹٪ از واریانس سلامت را تبیین می‌کند البته در سطح معنی‌داری  $p < ۰/۰۵$  معنادار می‌باشد. در مدل سوم که هر دو متغیر وارد معادله شده‌اند، درصد تبیین واریانس ۸٪ می‌باشد و اگرچه کل مدل معنادار می‌باشد، اما سهم سبک مقابله اجتناب در تبیین تغییرات سلامت معنادار نمی‌باشد ( $p = ۰/۵$ ). بدین ترتیب مشخص می‌شود که مدل اول یعنی جبران افراطی به تنهایی بیشترین توان را در تبیین واریانس متغیر ملاک دارد.

جدول ۳. شاخص‌های تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) جهت بررسی معناداری مدل رگرسیون انتخابی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۱۵۵۲/۸۸۹	۱	۱۵۵۲/۸۸۹	۱۱/۱۲۵	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۵۲۱۵/۰۰۰	۱۰۹	۱۳۹/۵۸۷		



حتی در این دسته از مطالعات بین دو متغیر سبک مقابله‌ای اجتناب و سلامت رابطه رگرسیون تایید نمی‌شود و این به معنای وجود متغیرهای واسطه‌ای در این رابطه می‌باشد که از ارزیابی تحقیقات خارج بوده‌اند. در مقابل تایید وجود رابطه‌ی رگرسیون بین جبران افراطی و سلامت عمومی در پژوهش حاضر همراه با عدم تایید رابطه‌ی رگرسیون بین اجتناب و سلامت، نشان از توانمندی سبک مقابله‌ای جبران افراطی در شکل‌دهی به سلامت افراد دارد. اهمیت این یافته از آنجا ناشی می‌شود که در اکثر مطالعات، صرفاً به نقش پررنگ سبک مقابله‌ای اجتناب و اثرات سوء آن بر سلامت تاکید می‌شود و حتی گاهی جهت جلوگیری از اجتناب، افراد به جبران افراطی ترغیب می‌گردند. آنچه برای تفسیر این پدیده لازم است، مختصات سبک مقابله‌ای جبران افراطی است که ریشه در نظریات طرحواره‌درمانی دارد.

طبق نظریه طرحواره‌درمانی اکثر افرادی که از جبران افراطی استفاده می‌کنند سالم به نظر می‌رسند و بسیاری از این افراد مورد تحسین جامعه هستند. آنها طرحواره‌های خود را به طور افراطی جبران می‌کنند. اما جنگیدن علیه یک طرحواره تا زمانی سالم محسوب می‌شود که رفتار با موقعیت تناسب داشته باشد، به احساسات دیگران خدشه وارد نکند و پیامد منطقی داشته باشد. ولی معمولاً جبران افراطی در چرخه حمله متقابل گرفتار می‌شود. به عنوان مثال، بیماران مطیع بهتر است کنترل بیشتری بر زندگی خود اعمال کنند، اما وقتی از جبران افراطی استفاده می‌کنند تبدیل به افرادی کنترل‌کننده

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول فوق نشان می‌دهد که رگرسیون متغیر سلامت عمومی در افراد، از روی سبک مقابله‌ای جبران افراطی، به لحاظ آماری معنادار است. میزان  $F=11/125$  با درجات آزادی او ۱۰۹ در سطح  $p<0/01$  نشان دهنده‌ی معناداری ضرایب رگرسیون و وجود شواهد کافی جهت تأیید مدل می‌باشد.

### نتیجه‌گیری و بحث

همانطور که نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهند، دو سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی دارای رابطه‌ی منفی با وضعیت کلی سلامت فرد است. بدین معنی که استفاده بیشتر از این سبک‌های مقابله، منجر به کاهش سلامت جسمی و روانی فرد می‌گردد. این یافته‌ها مطابق با نتایج پژوهش‌های متعددی است که رویکرد اجتنابی در مقابله با مشکلات را عامل آسیب به سلامت و بروز رفتارهای اجتنابی چون اعتیاد و ... می‌داند (فلنگان و همکاران، ۲۰۱۴، زرگر و همکاران، ۱۳۹۰). اما در مورد یافته‌ی دیگر که ارتباط منفی بین جبران افراطی و سلامت را نشان می‌دهد، شواهدی در بین پژوهش‌های صورت گرفته موجود نمی‌باشد و این رابطه، یافته‌ی جدیدی در تحقیق حاضر می‌باشد.

یافته‌ی دیگر این مطالعه، توانمندی سبک مقابله‌ای جبران افراطی در پیش‌بینی سلامت عمومی افراد و عدم وجود چنین اثر پیش‌بینی در سبک مقابله‌ای اجتناب می‌باشد. همانطور که در بالا ذکر شد، این پژوهش و دیگر شواهد پژوهشی، رابطه‌ی منفی بین اجتناب و سلامتی را نشان داده‌اند (ریزو، ۲۰۰۷) اما

و سلطه گر می شوند که باعث انزجار دیگران می شوند. جبران افراطی به عنوان جایگزینی برای درد ناشی از طرحواره به وجود می آید، بدین ترتیب بیمار راه گریزی از احساس درماندگی و آسیب پذیری روز افزون خود پیدا می کند. مثلاً خودشیفتگی به عنوان جبران افراطی به بیمار کمک می کند تا با احساس محرومیت هیجانی و نقص خود مقابله کند. این بیمار با تحقیر کردن دیگران می تواند احساس برتری کند. این افراد تلاش می کنند بی نقص به نظر برسند و ممکن است در دنیای بیرون موفق باشند اما در درون خود آرامش ندارند. آنها نمی توانند مسولیت شکستهای خود را بپذیرند یا محدودیتهایشان را بشناسند و از این رو کمتر از اشتباهات خود درس می گیرند. به همین دلیل وقتی به سختی شکست می خورند توانایی شان برای جبران افراطی درهم می شکند و به افسردگی مرضی دچار می شوند. در این هنگام طرحواره های زیربنایی آنها با شدت هیجانی بیشتری فعال می شود (یانگ، ۲۰۰۳).

نکته دیگر که حایز اهمیت است، ماهیت پرسشنامه ی جبران افراطی یانگ می باشد. بیشتر سوالات این پرسشنامه در پاسخ به طرحواره هایی چون حوزه بریدگی / طرد (خصوصاً نقص / شرم)، اطاعت و معیارهای سرسختانه طراحی شده اند و رفتارهایی با محوریت کنترل افراطی و یا برون ریزی را می سنجد. طبق مطالعات پژوهشی، طرحواره ها اغلب زیربنای نشانه های مزمن اختلالات روان شناختی مثل اضطراب، افسردگی و

بیماری های روان تنی و مشکلات شخصیتی هستند (تیم، ۲۰۱۱) و رفتارهایی چون کنترل افراطی و برون ریزی رابطه منفی با سلامت (جسمی و روانی) دارند (اولندیک و هورسچ، ۲۰۰۷، هانس و کنت، ۲۰۰۲). همانطور که شواهد پژوهشی نشان می دهند، طرحواره ناسازگار نقص / شرم در رابطه با هر سه علامت افسردگی، جسمانی سازی و اضطراب پیش بینی کننده معناداری است (شهامت، ۱۳۸۹). طرحواره نقص / شرم نشان می دهد که فرد دیدگاه منفی نسبت به خود در رابطه با خودکنترلی و تحمل ناکامی دارد که این دیدگاه یکی از اجزای مهم مثلث شناختی بک در علت شناسی افسردگی است. این نتیجه با نتایج هریس و کرتن<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) همخوان است. هم چنین هالورسن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز در بررسی خود به اولویت طرحواره ناسازگار نقص / شرم در پیش بینی علائم افسردگی دست یافتند. علاوه بر این، طرحواره های اطاعت و نقص / شرم در رابطه با علائم اضطرابی پیش بینی کننده معناداری هستند (لاملی و هارکنس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). طرحواره ی اطاعت در گروه دیگر جهت مندی که توجه بیش از حد به دیگران و نادیده گرفتن نیازهای خود است، می گنجد. این طرحواره عبارت است از احساس نیاز به کنترل شدن از سوی دیگری. در همین خصوص کازیونا<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) بیان می کند که طرحواره های ناسازگاران مرتبط با بحرانهای ارتباطی یکی از دسته طرحواره هایی است که مرتبط با علائم اضطرابی است. براین اساس جبران افراطی و کنترل بیش از حد

4 Halvorsen,  
5 Lumley, Harkness  
6 Cousineau

1 Thimm. J. C.  
2 Hans. T., & Kenneth. A.  
3 Harris, & Curtin

را به وی وارد می‌کند که می‌تواند در ابعاد جسمی و روانی سلامت او تاثیرگذار باشد. در همین راستا، توصیه می‌شود در تحقیقات آتی به بررسی رابطه‌ی بین نوع سبک‌های مقابله‌ای، طرحواره‌های فعال و سلامت عمومی افراد پرداخته شود و اینگونه اثر نقش واسطه‌ای طرحواره‌ی فعال فرد در تعامل با سبک مقابله‌ای غالب، بر سلامت افراد (خصوصاً سلامت جسمی) مورد بررسی قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که تحقیق حاضر در جوامع آماری متنوع‌تری همچون بیماران جسمی نیز مورد مطالعه قرار گیرد تا سبک مقابله‌ای ناسالم در این گروه افراد نیز مشخص شود.

در مجموع طبق نتایج پژوهش حاضر سبک مقابله‌ای جبران افراطی، پیش‌بین سلامت جسمی و روانی کمتر است. هم‌چنین دو سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی دارای ارتباط منفی با سلامت عمومی هستند.

بر روابط، بیشتر از کمک به بهبود روابط به سلامت فرد آسیب وارد می‌کند و از جمله علایم آسیب‌شناختی همراه با طرحواره اطاعت، علایم روان‌تنی می‌باشد (یانگ، ۲۰۰۳). علاوه بر موارد فوق، طرحواره‌ی معیارهای سرسختانه معمولاً به شکل کمال‌گرایی و احساس فشار مداوم برای رسیدن به معیارهای بلندپروازانه بروز می‌کند و تحقیقات نشان می‌دهند که کمال‌گرایی رابطه منفی با سلامت دارد (دیبارتولو و رندون، ۲۰۱۲، مولنار<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به تبیین‌های فوق، امکان دارد که بخشی از واریانس رابطه‌ی بین جبران افراطی و سلامت، توسط طرحواره‌های افراد تبیین شود. یعنی افرادی که دارای طرحواره‌های خاصی چون نقص/شرم، اطاعت و معیارهای سرسختانه هستند، اگر از سبک مقابله جبران افراطی استفاده کنند، آسیب بیشتری به نسبت استفاده از سبک اجتنابی می‌بینند. زیرا در این طرحواره‌ها رفتار جبرانی فرد فشار زیاد و مداومی

## منابع

- اصغری مقدم، محمدعلی و فقیهی، سمانه (۱۳۸۲). اعتبار و پایایی پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت (فرم کوتاه ۳۶ سؤالی) در دو نمونه ایرانی. *دوماهنامه دانشور رفتار*، سال دهم، شماره ۱، صفحه ۱۰-۱.
- زرگر، محمد؛ کاکاوند، علیرضا؛ جلالی، محمدرضا و مژگان، صلواتی (۱۳۹۰). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رفتارهای مقابله‌ای اجتناب در مردان وابسته به مواد شبه‌افیونی و افراد بهنجار.
- فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، سال ۵، شماره ۱ (۱۷)، صفحه ۸۴-۶۹.
- شهامت، فاطمه (۱۳۸۹). پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، سال ۵، شماره ۲۰.
- صلواتی، مژگان (۱۳۸۶). طرحواره‌های غالب و اثربخشی طرحواره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. پایان‌نامه دکترای

2 Molnar. D. S.

1 DiBartolo. P. M. & Rendón. M. J.

متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران، انتشارات ارجمند (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).

روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران. یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری (۱۳۹۱). طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای

## References

Astin, J. A., Anton-Culver, H., Schwartz, C. E., Shapiro, D. H. (2014). Sense of Control and Adjustment to Breast Cancer: The Importance of Balancing Control Coping Styles. *Behavioral Medicine*. 25(3), 101-109.

Ayers, T. S., Sandler, I. N., Twohey, J. L. (1998). Conceptualization and measurement of coping in children and adolescents. *Adv Clin Child Psych*. 20, 243° 301.

Bayrami, M., Bakhshipor, A., & Esmaeili, A. (2012). The relationship between coping styles and early maladaptive schemas in disconnection-rejection and over vigilance- inhibition in young s schema model. *J Life Sci Biomed*. 2(4), 178-181.

Brown, M. J., Serovich, J. M., Kimberly, J. A. (2015). Depressive Symptoms, Substance Use and Partner Violence Victimization Associated with HIV Disclosure among Men Who have Sex with Men. *AIDS and Behavior*. Inpress. DOI 10.1007/s10461-015-1122-y.

Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2010). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'Encéphale*, 37(4), 293-298.

Cousineau, P. (2004). Early Maladaptive Schemas Predisposing Anxiety. *Sante Ment Que*. 29(1), 53-60.

DiBartolo, P. M., & Rendón. M. J. (2012). A critical examination of the construct of perfectionism and its

relationship to mental health in Asian and African Americans using a cross-cultural framework. *Clinical Psychology Review*. 32, 139° 152.

Erickson, S., Feldman, S., Steiner, H. (1997). Defense reactions and coping strategies in normal adolescents. *Child Psychiat Hum*. 28, 45° 56.

Flanagan, J. C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*. 220, 391° 396.

Gravdal, L., & Sandal, G. M. (2006). The two-factor model of social desirability: Relation to coping and defense, and implications for health. *Personality and Individual Differences*. 40, 1051° 1061.

Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M., Waterloo, K. (2009). Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cognitive Therapy and Research*. 34(4), 368-379.

Hans, T., & Kenneth, A. (2002). Acting out: Maladaptive behavior in confinement. Washington, DC, US: American Psychological Association.

Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perception, Early Maladaptive Schemas and Depressive Symptoms in Young Adult. *Cognitive Therapy and Research*. 26(3), 405-416.

- Krattenmacher, T., Kühne, F., Führer, D., Beierlein, V., Brähler, E., Resch, F., Klitzing, K. V., Flechtner, H., Bergelt, C., Romer, G., & Möller, B. (2013). Coping skills and mental health status in adolescents when a parent has cancer: A multicenter and multi-perspective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 252° 259.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the Relations among Childhood Adversity, Early Maladaptive Schema and Symptom Profile in Adolescent Depression. 31 (5), 639-657.
- John J., Talia S Marmona, T. S., Beitela, M., Hutzba, A., Jones, C., Ceceroa, J. J. (2004). Images of Mother, Self, and God as Predictors of Dysphoria in Non-clinical Samples. *Personality and Differences*, 36, 1669-1680.
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40, 482° 500.
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., Vahdaninia, M., Gandek, B. (2005). The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res*, 14, 875-82.
- Moos, R. H. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychol Assessment*, 41, 33° 58.
- Ollendick, T. H., & Horsch, L. M. (2007). Fears in Clinic-Referred Children: Relations With Child Anxiety Sensitivity, Maternal Overcontrol, and Maternal Phobic Anxiety. *Behavior Therapy*, 38, 402° 411.
- Recklitis, C. J., Noam, G. G. (1999). Clinical and developmental perspectives on adolescent coping. *Child Psychiat Hum Dev*, 30, 87° 101.
- Riso, P. L. (2007). Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: a scientist-practitioner guide. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, H. L., & Pavelski, R. (2002). Coping Styles as Correlates of Health in High School Students. *Journal of Adolescent Health*, 30, 326° 335.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A i.v. factor model perspective. *J Behav Ther & Exp Psychiat*, 41, 373-380.
- Thimm, J. C. (2011). Incremental validity of maladaptive schemas over five-factor model facets in the prediction of personality disorder symptoms. *Personality and Individual Differences*, 50 (6), 777° 782.
- Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473° 83.
- Young, J. (1994). Schema Therapy: Conceptual Model, Available in [www.therapist-training.com.au/young.pdf](http://www.therapist-training.com.au/young.pdf).