

بررسی و مقایسه طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و اهمال کاری در زمینه تحصیل

علی محمد بیگی^۱، زهره صادقی^۲، ژاندارک اقلیدی^۳،

مهران عرب احمدی^۴، سید علیرضا فیروزه‌ای^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مدل‌های شناختی در تبیین اختلال‌های روان‌شناختی به اثر طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علایم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. هدف این پژوهش تحلیل و مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و اهمال کاری در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش تحلیلی توصیفی، از نوع مقایسه‌ای بود به همین منظور دو پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه (YSQ-SF) Yang، اهمال کاری یا مقیاس تعلل ورزی عمومی (GP) بر روی (۴۶۲) نفر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۹۰-۹۱ از دو گروه پزشکی (۲۳۲) نفر و غیرپزشکی (۲۳۰) نفر که به در دسترس انتخاب گردیدند اجرا گردید. تحلیل این نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS انجام گردید.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که دانشجویان هر دو گروه در طرح‌واره وابستگی/بی‌کفایتی کمترین نمره و در طرح‌واره‌ی معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی بیشترین نمره را کسب نمودند. بین طرح‌واره استحقاق/بزرگ منشی در دو گروه پزشکی و غیرپزشکی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان می‌دهد تفاوت میزان اهمال کاری در بین دو گروه معنی‌دار نیست.

نتیجه‌گیری: با توجه به داده‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که دانشجویان گروه پزشکی در مجموع طرح‌واره‌های ناکارآمد کمتری نسبت به گروه غیر پزشکی دارند. دختران هم نسبت به پسران در هر دو گروه طرح‌واره‌های ناکارآمد کمتری دارند. میزان اهمال کاری در بین هر دو گروه بالا بود. همچنین دانشجویان پزشکی اهمال کارتر از گروه غیر پزشکی و پسران دو گروه از دختران اهمال کارتر می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: مدل‌های شناختی، طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، اهمال کاری، دانشجویان پزشکی، دانشجویان غیر پزشکی، دانشگاه

ارجاع: محمد بیگی علی، صادقی زهره، اقلیدی ژاندارک، عرب احمدی مهران، فیروزه‌ای سید علیرضا. بررسی و مقایسه طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و

اهمال کاری در زمینه تحصیل. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۳): ۴۶۷-۴۵۵

پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۰۵

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، روان‌شناس مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email:alimb69@yahoo.com
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد، گروه کاردرمانی دانشکده‌ی توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران
۴. دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران
۵. پزشک عمومی، مدیر مرکز تحقیقات باروری و ناباروری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از جنبه‌های مهم زندگی، موفقیت یا عدم موفقیت در تحصیلات دانشگاهی است. موفقیت در دانشگاه می‌تواند پیش‌بینی کننده بسیاری از پیشرفت‌های دانشجویان در آینده باشد. مانعی مشترک در بین دانشجویان که از پیشرفت و رفاه آن‌ها در آینده جلوگیری می‌نماید مشکلات ناشی از اهمال کاری است و اختلالات عاطفی و روان‌شناختی از عوامل مهم و رو به تزاید ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی در تمام جوامع است (۱). مدل‌های شناختی در تبیین اختلالات روان‌شناختی به اثر طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه در شکل‌گیری علایم آسیب‌شناسی روانی اشاره دارد. براساس مدل آسیب‌پذیری-استرس در آسیب‌شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عوامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده‌اند (۲). برحسب نظریه‌ی شناختی Beck، این طرح‌واره‌ها شامل طرح‌واره‌های شناختی منفی (که به صورت عزت‌نفس پایین نمایان می‌شود) و عقاید خشک و ثابت و غیرمنطقی (که به نگرش‌های ناکارآمد اشاره دارد) است (۳). طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه، الگوهای شناختی و هیجانی خود ویرانگری هستند، که از اوایل رشد و تحول فرد آغاز می‌شوند و در طول زندگی فرد تکرار می‌شوند. برطبق این تعریف، رفتار فرد قسمتی از طرح‌واره‌ی وی نیست، بلکه رفتارهای غیرانطباقی به عنوان پاسخی به طرح‌واره شکل می‌گیرند. بنابراین، رفتارها توسط طرح‌واره‌ها برانگیخته می‌شوند، ولی قسمتی از طرح‌واره‌ها نمی‌باشند (۲). غالباً طرح‌واره‌ها پنهان باقی می‌مانند تا این‌که یک موقعیت تنیدگی‌زا به فعال شدن آن‌ها بینجامد. در این میان Bowlby و Piaget معتقد هستند که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش مدل‌هایی در درون سازمان شناختی فرد به نام طرح‌واره می‌شود. این طرح‌واره‌ها در زندگی فرد به عنوان عدسی‌هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهند (۴). Young طرح‌واره‌ها را در قالب پنج حیطه‌ی اصلی طبقه‌بندی کرده است و آن‌ها را به عنوان حیطه‌های طرح‌واره معرفی می‌کند. این حیطه‌ها عبارت هستند از: انفصال و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، حد و مرزهای مختل، هدایت

شدن توسط دیگران و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۵). اعتقاد بر این است که تأثیرات سودمند یا مضر طرح‌واره‌ها، سبب وسعت بخشیدن یا محدود ساختن رشد توان‌مندیهای بالقوه در کودکان می‌گردد و پژوهش‌های متعدد همواره از صحت این ادعا خبر می‌دهد (۲). طرح‌واره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی میان فردی به صورت سوء تفاهم‌ها، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف و چشم‌داشت‌های غیرواقع بینانه خود را نشان می‌دهند (۶). زمانی که طرح‌واره‌ها فعال می‌شود، تبدیل به اتاق فرمان افکار خودایند منفی می‌گردند و به طور منفی موجب سوگیری در اطلاعات می‌شوند (۷). Young معتقد است هر کدام از علایم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط است (۸). پژوهش‌های صورت گرفته در رابطه با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و علایم آسیب‌شناسی روانی همواره بر اهمیت وجود این طرح‌واره‌ها در شکل‌گیری علایم صحه گذارده است (۹). از جمله هراس اجتماعی (۱۰)، وسواس (۱۱-۱۲)، اختلالات شخصیت (۱۳)، خودشیفتگی (۱۴) و اختلالات خوردن (۱۵). نظریه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه بر این باور است که افراد اطلاعات همخوان با خویشان را به اندازه کافی پردازش می‌نمایند ولی اطلاعات ناهمخوان با خویشان را کمتر یا بدتر پردازش می‌کنند (۷-۶)، نتیجه‌ای که حاصل می‌شود این است که مجموعه‌ی رفتاری فرد در پاسخ به عوامل تنیدگی‌زا به مقدار زیادی تحت نفوذ باورها و فرض‌های بنیادین فرد قرار دارد (۸). پس همان‌طوری هم که قبلاً به نوعی گفته شد می‌توان گفت که بین طرح‌واره‌های ناکارآمد و اهمال کاری ارتباط وجود دارد و این ارتباط در بعضی پژوهش‌ها به صراحت بیان گردیده است. طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند (۱۶). علاوه بر آسیب‌های روانی که طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه موجب می‌شوند هم‌چنین طرح‌واره‌هایی وجود دارند که می‌توانند ما را به سمت اهمال کاری سوق دهند و از ایجاد تغییرات منع کنند. منظور از اهمال کاری مورد بحث تأخیر

اختلال‌هایی که مبتلایان آن به شدت علاقمند به کنترل محیط خودشان می‌باشند (۲۹)، اختلال‌های وسواس اجبار، شک و تردید و حالت‌های کمال‌گرایی (۲۸) و اسکیزوفرنی که میزان شیوع این اختلال در افراد اهمال‌کار بالا گزارش شده است (۳۰، ۲۸). همچنین اهمال‌کاری زنگ خطر بزرگی است برای افسردگی (۳۱) و ترس (۳۲) و پیرو تحلیل brezniz افراد نگران باید به میزان بیشتری اهمال‌کاری کنند (۳۳). بر همگان واضح است که شغل پزشکی از جمله مشاغل پراسترس می‌باشد و پزشکان و دانشجویان پزشکی در معرض استرس و آسیب روانی ناشی از آن می‌باشند. بعضی از مطالعات شیوع بیشتر علائم روان‌پزشکی را در دانشجویان پزشکی نسبت به جمعیت عادی و یا سایر رشته‌های تحصیلی نشان داده‌اند (۳۸-۳۴) و برخی از مطالعات نیز به میزانی از دانشجویان پزشکی که به دنبال استرس در پی مراقبت‌های پزشکی هستند، اشاره دارد (۳۹). از طرف دیگر در تعدادی از مطالعات این تفاوت‌ها رد شده است (۴۰-۴۱). مسأله‌ی مهم دیگر این است که داشتن مشکلات روانی منجر به اختلال در انجام تکالیف درس، کاهش انگیزه، اضطراب، ترس و نگرانی شده و سبب می‌شود که دانشجویان بخش قابل توجهی از نیروی فکری خود را صرف چنین مشکلاتی کنند. در نتیجه، مسلماً توان و علاقه‌ی کافی برای فعالیت در امور درسی و آموزشی را نخواهند داشت (۴۲). با این تفاسیر شناخت علل و عواملی و میزان شیوع این عوامل که موجب به خطر افتادن سلامت روان دانشجویان و نیز موجب عدم استفاده کافی و مناسب از استعداد‌های آن‌ها می‌گردد وظیفه‌ی همه محققینی که با این عزیزان در ارتباط هستند می‌باشد.

هدف این پژوهش که از حیث مطالعه‌ی این متغیرها خصوصاً مطالعه‌ی متغیر اهمال‌کاری بر روی گروه دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی منحصر به فرد است این می‌باشد که در درجه‌ی اول میزان طرح‌واره‌های ناکارآمد و اهمال‌کاری را در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در دو گروه پزشکی و غیرپزشکی بسنجد و در واقع در مورد شیوع این دو متغیر در بین دانشجویان اطلاعاتی کسب نمود و در درجه دوم بتواند این دو متغیر که در واقع در پیشرفت و سلامت جسم و

طبیعی و معمولی نیست که گاهی اوقات پیش می‌آید. بلکه منظور نوعی ویژگی شخصیتی است که در رضایت فردی اختلال ایجاد می‌کند و به کیفیت روابط انسانی آسیب می‌رساند. تعاریف مختلفی از اهمال‌کاری صورت گرفته است ولی همه تعاریف تقریباً ادبیات مشترکی در خصوص اهمال‌کاری دارند و آن‌را به معنای تأخیر یا به تعویق انداختن یک وظیفه، هدف یا تصمیم دانسته‌اند (۱۳-۱۷). اهمال‌کاری آکادمیک شکل گسترده‌ی اهمال‌کاری عمومی است که به تعلل در انجام وظایف و تکالیف و به تعویق‌انداختن مسؤولیت‌های درسی دانشگاه گفته می‌شود و این موضوع به عنوان مانعی برای پیشرفت و ترقی دانشجویان در دانشگاه تلقی می‌گردد (۱۹، ۱۶، ۱۴-۱۳). بیشترین میزان شیوع اهمال‌کاری در ۲۰ سالگی و بعد از آن تا ۶۰ سالگی میزان آن در افراد کاهش می‌یابد (۱۹). دانشجویان کسانی هستند که درصد بالایی از افرادی می‌باشند که دارای این اختلال هستند (۲۰). آمارها نشان می‌دهد که شیوع اهمال‌کاری در این قشر از ۲۵ تا ۹۵ درصد می‌باشد (۲۰-۲۲)، تقریباً ۷۵ درصد آن‌ها خودشان را اهمال‌کار می‌دانند (۲۳) و ۵۰ درصد به طور پیوسته و مشکل‌ساز اهمال‌کاری می‌کنند (۲۴). غالباً اهمال‌کاری خودش را در قالب خواب، بازی یا تماشای تلویزیون نشان می‌دهد (۲۵). مسأله نگران‌کننده این است که ظاهراً این اعداد و ارقام در حال افزایش است (۲۶). با توجه به این آمارها بود که نگاه محققین به سمت این مسأله جلب شد که ببینند چرا شیوع اهمال‌کاری در دنیا خصوصاً در بین دانشجویان تا این حد زیاد می‌باشد و از طرفی به علل و عوامل آن و پیامدهای آن بپردازند (۲۷). اهمال‌کاری رابطه‌ی پیچیده‌ای با سایر اختلال‌های روانی دارد و به نظر می‌رسد نقش متفاوتی در هر نوع اختلال داشته باشد اگر چه خود به عنوان یک بیماری جدا شناخته نمی‌شود ولی ارتباط تنگاتنگی با سایر اختلال‌ها دارد (۲۸). البته این مسأله باید پیگیری شود که آیا واقعاً اهمال‌کاری باعث به وجود آمدن این اختلال‌ها است یا این‌که این اختلال‌ها باعث به وجود آمدن اهمال‌کاری می‌گردد. این اختلال‌ها عبارت هستند از: اختلال‌های شخصیت (هیستریونیک، نارسیستیک، مرزی و ضداجتماعی)، اختلال‌هایی که مشخصه‌ی اصلی آن‌ها ترس و اضطراب بوده،

۰/۸۲، استحقاق/ بزرگ منشی ۰/۷۷ و خود انضباطی ناکافی ۰/۷۸ به‌دست آمد. برای سنجیدن اهمال‌کاری از آزمون اهمال‌کاری یا مقیاس تعلل‌ورزی عمومی (GP) استفاده شد این مقیاس ۲۰ گزینه‌ای که (Lay) آن‌را ساخته است، ماده‌های آن دارای ۵ گزینه هستند. نمره‌گذاری گویه‌های منفی به‌صورت عکس انجام می‌شود این مقیاس دارای پایایی و روایی مطلوب گزارش شده است (۴۵). به منظور شناخت بیشتر از میزان شیوع اهمال‌کاری در بین دانشجویان محاسبه گردید. افرادی که دو گزینه‌ی اول یعنی (قطعاً غلط است و معمولاً غلط است) را انتخاب نمودند در گروه غیر اهمال‌کار و افرادی که گزینه‌ی سوم تا پنجم یعنی گزینه‌های (گاهی غلط و گاهی درست است، غالباً صحیح است و قطعاً صحیح است) را انتخاب نمودند در گروه اهمال‌کار قرار می‌گیرند (۴۶). در پژوهش حسینی و خیر همسانی درونی این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۷۳ درصد محاسبه شد (۴۷). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه اهمال‌کاری با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ۰/۶۵ به‌دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS صورت پذیرفت و از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون تی برای دو گروه مستقل) استفاده شد.

یافته‌ها

بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص گردید که دانشجویان در طرح‌واره‌ی ناکارآمد وابستگی/ بی‌کفایتی در هر دو گروه پزشکی ($M=9/88$ ، $SD=5/65$) و غیرپزشکی ($M=9/78$ ، $SD=5/55$) کمترین نمره را کسب نمودند و در طرح‌واره‌ی ناکارآمد معیارهای سرسختانه در هر دو گروه پزشکی ($M=18/14$ ، $SD=6/20$) و غیرپزشکی ($M=18/60$ ، $SD=5/97$) بیشترین نمره را کسب نمودند. هم‌چنین مشخص گردید که میزان اهمال‌کاری در گروه پزشکی ($M=57/13$ ، $SD=9/48$) و در گروه غیرپزشکی ($M=57$ ، $SD=7/44$) می‌باشد. به منظور تعیین تفاوت طرح‌واره‌ها و اهمال‌کاری در دو گروه از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است. در مقایسه‌ی

روان آن‌ها تأثیرگذار است را اول در بین هر دو گروه و در مرحله دوم به تفکیک جنسیت در داخل هر دو گروه مقایسه کند. به منظور بررسی این اهداف فرض اصلی این پژوهش این بود که بین طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و اهمال‌کاری دانشجویان پزشکی در مقایسه با دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش تحلیلی توصیفی و از نوع مقایسه‌ای است جامعه‌ی این مطالعه را کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در دانشگاه مشغول به تحصیل بودند تشکیل می‌داد. ۶۲ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (۲۳۲ نفر پزشکی و ۲۳۰ غیر پزشکی) به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای سنجش طرح‌واره‌های ناسازگارانه از فرم کوتاه (YSQ-SF) استفاده شد. این پرسش‌نامه ۷۵ آیتمی توسط Young در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شده است. هر سؤال بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود ۱ برای کاملاً نادرست، ۶ برای کاملاً درست. در این پرسش‌نامه هر ۵ سؤال یک طرح‌واره را می‌سنجد. چنان‌چه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرح‌واره ناکارآمد است (۴۳). هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط آهی در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه‌های تهران انجام گرفته، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ به دست آمده و ضریب آلفای کرونباخ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ است (۴۴). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه فرم کوتاه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه Young با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۹۷ و برای زیر مقیاس‌های آن محرومیت هیجانی ۰/۷۲، رهاشدگی/ بی‌ثباتی ۰/۷۶، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری ۰/۸۲، انزوای اجتماعی/ بیگانگی ۰/۸۴، نقص و شرم ۰/۸۸، شکست ۰/۹۲، وابستگی/ بی‌کفایتی ۰/۸۹، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر ۰/۸۸، گرفتار/ خودتحوّل نایافته ۰/۸۶، اطاعت ۰/۸۷، فداکاری ۰/۷۳، بازداری هیجانی ۰/۸۳، معیارهای سرسختانه

بین طرح‌واره‌های ناکارآمد در دو گروه پزشکی و غیر پزشکی نتایج جدول ۱ نشان داد بین طرح‌واره استحقاق/ بزرگ منشی در دو گروه پزشکی و غیرپزشکی تفاوت معنی‌داری ($p < 0/05$) وجود دارد. در دو گروه پزشکی و غیر پزشکی تفاوت معنی‌داری ($p < 0/05$) وجود ندارد. میانگین نمره‌های طرح‌واره‌های ناکارآمد در دو گروه پزشکی و غیرپزشکی به تفکیک جنسیت در هر دو گروه پزشکی و غیر پزشکی با استفاده از آزمون t مستقل مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. نتایج نشان می‌دهد که در بین دانشجویان گروه پزشکی در طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی ($p < 0/05$)، نقص و شرم ($t = 224$)، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر ($t = 224$)،

به منظور تعیین تفاوت طرح‌واره‌های ناکارآمد در دو جنس، طرح‌واره‌های ناکارآمد در بین دانشجویان به تفکیک جنسیت در هر دو گروه پزشکی و غیر پزشکی با استفاده از آزمون t مستقل مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۲ آمده است. نتایج نشان می‌دهد که در بین دانشجویان گروه پزشکی در طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی ($p < 0/05$)، نقص و شرم ($t = 224$)، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر ($t = 224$)،

به منظور بررسی میزان شیوع اهمال‌کاری درصد افرادی که در آزمون سنجش اهمال‌کاری از نقطه‌ی برش آزمون نمره‌ی بیشتری کسب نمودند محاسبه گردید نتایج نشان می‌دهد که در گروه پزشکی ۹۶/۶ درصد از دانشجویان (۹۶/۳ درصد دختران، ۹۶/۴ درصد پسران) و در گروه غیر پزشکی ۹۷ درصد (۹۷/۱ درصد دختران، ۹۶/۷ درصد پسران) از دانشجویان در امور تحصیلی خود اهمال‌کاری می‌کنند.

به منظور بررسی میزان شیوع اهمال‌کاری درصد افرادی که در آزمون سنجش اهمال‌کاری از نقطه‌ی برش آزمون نمره‌ی بیشتری کسب نمودند محاسبه گردید نتایج نشان می‌دهد که در گروه پزشکی ۹۶/۶ درصد از دانشجویان (۹۶/۳ درصد دختران، ۹۶/۴ درصد پسران) و در گروه غیر پزشکی ۹۷ درصد (۹۷/۱ درصد دختران، ۹۶/۷ درصد پسران) از دانشجویان در امور تحصیلی خود اهمال‌کاری می‌کنند.

جدول ۱. مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و اهمال‌کاری در دانشجویان پزشکی و غیر پزشکی

معنی‌داری	df	T	غیر پزشکی		پزشکی		
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
۰/۲۷۳	۴۶۰	-۱/۰۹۷	۵/۳۲	۱۴/۶۴	۵/۴۲	۱۴/۰۹	محرومیت هیجانی
۰/۳۴۴	۴۶۰	-۰/۹۴۸	۵/۸۲	۱۶/۰۵	۵/۷۲	۱۵/۵۵	رهاشدگی/ بی‌ثباتی
۰/۷۵۴	۴۶۰	۰/۳۱۳	۵/۷۰	۱۲/۷۰	۵/۷۲	۱۲/۸۷	بی‌اعتمادی/ بدرفتاری
۰/۴۵۲	۴۶۰	۰/۷۵۳	۶/۳۷	۱۲/۷۲	۶/۱۳	۱۳/۱۶	انزوای اجتماعی/ بیگانگی
۰/۴۳۳	۴۶۰	-۰/۷۵۸	۵/۹۳	۱۱/۱۰	۶/۱۳	۱۰/۶۶	نقص و شرم
۰/۵۹۵	۴۶۰	۰/۵۳۴	۵/۸۳	۱۰/۶۱	۶/۶۵	۱۰/۳۱	شکست
۰/۱۴۰	۴۶۰	۰/۲۰۲	۵/۵۵	۹/۷۸	۵/۶۵	۹/۸۸	وابستگی/ بی‌کفایتی
۰/۶۲۵	۴۶۰	۰/۰۱۶	۶/۲۴	۱۰/۹۳	۶/۰۵	۱۰/۹۴	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر
۰/۳۱۰	۴۶۰	-۱/۰۱۶	۵/۸۲	۱۰/۸۷	۶/۱۴	۱۱/۴۴	گرفتار/ خودتحول نیافته
۰/۴۷۰	۴۶۰	۰/۳۳۲	۵/۹۷	۱۱/۶۴	۶/۲۱	۱۱/۸۳	اطاعت
۰/۴۴۴	۴۶۰	-۰/۷۶۶	۵/۰۳	۱۵/۰۳	۵/۴۹	۱۴/۶۵	فداکاری
۰/۴۱۱	۴۶۰	-۱/۶۵۱	۶/۶۴	۱۴/۴۳	۵/۸۴	۱۳/۴۷	بازداری هیجانی
۰/۵۵۸	۴۶۰	-۰/۸۲۳	۵/۹۷	۱۸/۶۰	۶/۲۰	۱۸/۱۴	معیارهای سرسختانه
۰/۰۲۶	۴۶۰	-۲/۲۳۰	۵/۵۲	۱۷/۰۱	۶/۰۶	۱۵/۸۱	استحقاق/ بزرگ منشی
۰/۰۷۵	۴۶۰	-۱/۷۸۵	۵/۴۲	۱۳/۵۳	۵/۶۰	۱۲/۶۲	خود انضباطی ناکافی
۰/۲۷۶	۴۶۰	۱/۰۹۲	۷/۴۴	۵۷	۹/۴۸	۵۷/۱۳	اهمال‌کاری

جدول ۲. مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد دردانشجویان پزشکی و غیر پزشکی به تفکیک جنسیت

معنی‌داری	T	غیر پزشکی		معنی‌داری	T	پزشکی		
		پسر میانگین انحراف استاندارد	دختر میانگین انحراف استاندارد			پسر میانگین انحراف استاندارد	دختر میانگین انحراف استاندارد	
۰/۰۸۷	-۱/۶۶	۱۵/۲۰ع۶/۸۰	۱۴/۰۲ع۵/۸۸	۰/۰۰۳	-۳/۴۱	۱۵/۲۹ع۵/۸۹	۱۲/۹۰ع۴/۵۰	محرومیت هیجانی
۰/۲۶۳	-۰/۶۴۴	۱۶/۳۲ع۵/۶۰	۱۵/۸۲ع۶/۱۴	۰/۶۲۰	-۲/۹۵	۱۶/۶۱ع۵/۶۲	۱۴/۴۴ع۵/۴۳	رهاشدگی / بی‌ثباتی
۰/۱۴۱	-۰/۸۱۱	۱۳/۰۷ع۵/۳۹	۱۲/۴۵ع۶/۰۸	۰/۰۷۹	-۲/۷۲	۱۳/۹۲ع۶/۱۴	۱۱/۸۸ع۵/۰۱	بی‌اعتمادی/بدرفتاری
۰/۰۴۴	-۱/۲۰	۱۳/۲۷ع۵/۸۲	۱۲/۲۵ع۶/۹۹	۰/۶۰۷	-۳/۱۹	۱۴/۴۴ع۶/۰۲	۱۱/۸۹ع۵/۹۷	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۰/۹۹۶	-۲/۳۷	۱۲/۰۳ع۵/۷۸	۱۰/۱۷ع۶/۰۳	۰/۰۰۰	-۴/۲۵	۱۲/۱۸ع۶/۵۲	۸/۹۰ع۴/۸۴	نقص و شرم
۰/۱۷۹	۰/۶۱۹	۱۰/۴۳ع۵/۶۳	۱۰/۹۱ع۶/۱۳	۰/۰۰۱	-۳/۶۶	۱۲/۱۸ع۶/۷۴	۸/۷۶ع۵/۵۵	شکست
۰/۳۴۹	۰/۱۳۷	۹/۷۹ع۵/۲۸	۹/۹۰ع۵/۹۲	۰/۰۰۱	-۳/۶۸	۱۲/۳۵ع۶/۱۰	۸/۴۷ع۴/۷۰	وابستگی / بی‌کفایتی
۰/۲۶۵	۰/۰۳	۱۱/۰۲ع۶/۰۸	۱۱/۰۴ع۶/۵۰	۰/۰۱۶	-۳/۷۳	۱۲/۳۵ع۶/۲۵	۸/۴۷ع۵/۴۲	آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر
۰/۹۰۳	-۰/۱۴۵	۱۱/۰۴ع۵/۷۹	۱۰/۹۰ع۵/۹۱	۰/۰۷۵	-۳/۵۰	۱۲/۷۷ع۶/۲۹	۹/۹۸ع۵/۶۲	گرفتار / خودتحول نایافته
۰/۳۹۳	-۰/۷۵۲	۱۱/۹۹ع۵/۸۸	۱۱/۳۹ع۶/۱۳	۰/۲۱۹	-۳/۲۰	۱۵/۹۴ع۶/۳۲	۱۰/۴۷ع۵/۶۵	اطاعت
۰/۶۹۸	-۱/۰۷	۱۵/۳۸ع۵/۸۴	۱۴/۶۷ع۵/۱۹	۰/۱۳۵	-۳/۵۹	۱۵/۹۴ع۵/۶۳	۱۳/۴۰ع۴/۹۳	فداکاری
۰/۵۶۳	-۲/۱۹	۱۵/۳۷ع۶/۴۴	۱۳/۴۵ع۶/۷۵	۰/۲۲۲	-۲/۶۱	۱۸/۴۱ع۵/۴۶	۱۲/۵۵ع۵/۹۸	بازداری هیجانی
۰/۱۲۲	-۲/۳۴	۱۹/۴۱ع۶/۲۵	۱۷/۵۷ع۵/۴۹	۰/۳۴۷	-۰/۳۴۷	۱۸/۴۱ع۵/۸۶	۱۸/۱۳ع۶/۳۲	معیارهای سرسختانه
۰/۸۶۲	-۱/۴۵	۱۷/۴۵ع۵/۳۶	۱۶/۳۹ع۵/۴۶	۰/۳۹۲	-۱/۹۵	۱۶/۵۹ع۵/۱۶۴	۱۵/۰۴ع۶/۲۸	استحقاق/بزرگ منشی
۰/۴۸۲	-۰/۱۹۱	۱۳/۶۵ع۵/۴۴	۱۳/۵۱ع۵/۴۱	۰/۴۷۲	-۳/۱۷	۱۱/۴۴ع۵/۷۷	۱۱/۴۴ع۵/۱۵	خود انضباطی ناکافی
-۰/۸۶۶	-۰/۸۶۶	۵۷/۴۰ع۷/۲۶	۵۶/۵۴ع۷/۷۰	۰/۳۹۳	-۰/۹۳۳	۵۶/۷۰ع۱۰/۰۹	۵۵/۵۲ع۸/۶۸	اهمال کاری

بررسی‌های انجام شده در حوزه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد و اهمال کاری به تحلیل و مقایسه‌ی طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش با تکیه بر مدل‌های شناختی- رفتاری و

واهمال کاری دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پرداخته شد.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که دانشجویان هر دو گروه در طرح‌واره وابستگی / بی‌کفایتی کمترین نمره و در طرح‌واره‌ی معیارهای سرسختانه بیشترین نمره را کسب نمودند. هم‌چنین میانگین نمره کلی طرح‌واره‌های ناکارآمد گروه پزشکی پایین‌تر از گروه غیرپزشکی می‌باشد. نمرات دو گروه تقریباً به هم نزدیک می‌باشد ولی پراکندگی گروه پزشکی بیشتر از غیر پزشکی است. باور زیربنایی در طرح‌واره‌ی معیارهای سرسختانه این است که فرد باید تمامی تلاش خود را انجام دهد تا بتواند به استانداردهای درونی شده بسیار سخت در مورد رفتار و عملکرد، به منظور اجتناب از سرزنش برسد. این افراد، غالب اوقات احساس در فشاربودن دارند و اختلال واضحی در کسب لذت، آرامش، اعتماد به نفس و رضایت در روابط بین فردی دارند (۲). این طرح‌واره خود را به صورت کمال‌گرایی، قوانین غیرقابل انعطاف و اشتغال ذهنی با زمان و کارآمدی نشان می‌دهد. نمره بالای هر دو گروه در طرح‌واره معیارهای سرسختانه را می‌توان با توجه به این‌که اکثر این دانشجویان در طول تحصیل خود از کودکی به طور جدی درس خوانده‌اند و به نوعی تحت فشار بوده‌اند توجیه نمود.

این دو گروه در طرح‌واره‌ی وابستگی / بی‌کفایتی کمترین نمره را گرفته‌اند خصوصیات افرادی که این طرح‌واره در آن‌ها فعال است این است که در پذیرفتن مسؤلیت‌های روزانه بدون کمک دیگران احساس ناتوانی می‌کنند. این طرح‌واره اغلب به عنوان احساس درماندگی یا منفعل بودن خود را نشان می‌دهد با توجه به این‌که این افراد در دوران کودکی ونوجوانی خود از موفق‌ترین دانش‌آموزان بوده‌اند این منطقی است که این طرح‌واره کم‌تر در آن‌ها شکل گرفته باشد.

نتایج دیگر نشان می‌دهد بین طرح‌واره استحقاق / بزرگ منشی در دوگروه پزشکی و غیرپزشکی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در بین گروه غیرپزشکی میزان طرح‌واره استحقاق / بزرگ منشی بیشتر از گروه پزشکی می‌باشد.

افرادی که در این طرح‌واره نمره‌ی بالاتری کسب می‌کنند خود را از دیگران بالاتر و ارجح‌تر می‌دانند و بنابراین، مستحق دریافت حقوق ویژه می‌باشد. احترام به قانون و حقوق دیگران در این افراد مشاهده نمی‌شود. معمولاً، این بیماران هر کاری را در هر زمانی که دوست داشته باشند، بدون در نظر گرفتن واقعیت‌های موجود و ضرر به دیگران، انجام می‌دهند و به منظور کسب قدرت یا کنترل، تأکید اغراق‌آمیزی بر برتر بودن خود دارند. سعی بسیاری می‌کنند که بر دیگران غالب شوند، نقطه‌نظرهای خود را به دیگران تحمیل می‌کنند و رفتارهای دیگران را در جهتی که تمایل داشته دارند، هدایت می‌کنند، بدون این‌که با آن‌ها همدلی داشته باشند و یا احساسات آن‌ها را در نظر بگیرند (۲).

به منظور پاسخ به این سؤال که چرا نمره افراد در این طرح‌واره در گروه غیرپزشکی بالاتر می‌باشد جای بررسی بیشتر و نگاه عمیق‌تر به این مسأله لازم است (شاید به این دلیل که این گروه از دانشجویان خود را محق دانسته و احساس می‌کنند حقتشان ضایع گردیده است). هم‌چنین در کشورمان و خارج از کشورمان تحقیقاتی که طرح‌واره‌های ناکارآمد را در دو گروه پزشکی و غیرپزشکی بررسی و مقایسه نموده باشد صورت نگرفته است که بتوان نتایج این پژوهش را با آن مقایسه نمود و از این حیث این پژوهش منحصر به فرد می‌باشد. نتیجه‌ای که با توجه به نمره کلی طرح‌واره‌ها می‌توان گرفت این است که وضعیت گروه پزشکی از نظر طرح‌واره‌های ناکارآمد بهتر از گروه غیر پزشکی است.

یافته‌ی دیگر این تحقیق نشان داد که میزان طرح‌واره‌های ناکارآمد در پسران گروه پزشکی به غیر از طرح‌واره‌ی شکست که با دختران برابر است در همه طرح‌واره‌ها بیشتر از دختران بود و این تفاوت در بین دختران و پسران در طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، نقص و شرم، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر، وابستگی / بی‌کفایتی و شکست معنی‌دار می‌باشد. در گروه غیر پزشکی نتایج این مقایسه نشان داد که میزان طرح‌واره‌های ناکارآمد در پسران به غیر از طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و ضرر، وابستگی / بی‌کفایتی،

نویسندگان پیش تجربی است که سعی در تبیین اهمال کاری داشت. او اصطلاح سندرم اهمال کاری مزمن را وضع و توصیف کرد. او اعتقاد داشت که طبع آهستگی و رویای روزانه در مواجهه با تکلیف، نمای نهایی این سندرم است که ناشی از روش‌های تربیت غلط کودک است. Missildine باور قوی داشت که بزرگسالان اهمال کار، از سوی والدینی که پیشرفت را تحمل می‌کنند، اهداف غیرمنطقی برای کودک لحاظ می‌کنند و این دستیابی را به عشق و تأیید والدینی پیوند می‌دهند، آزرده شده‌اند (۱۳). کودکانی که در این محیط پرورش می‌یابند وقتی پیشرفت نمی‌کنند مضطرب شده و احساس بی ارزشی می‌کنند. صدمات دوران کودکی که از سبک فرزندپروری استبدادی و سخت‌گیرانه ناشی شده است نیز باعث می‌شود که فرد نسبت به انجام کارها حساس باشد یا بیش از اندازه سخت گیر باشد و نگران ارزیابی دیگران در مورد کارهایش باشد و برای فرار از این ارزیابی‌ها وسختی‌ها به اجتناب دست بزنند. نکته‌ی مهم این است که این افراد وقتی با مشکلی مواجه می‌شوند که باید تصمیم‌گیری نمایند اهمال می‌کنند (۵۱). Missildine (۲۸) معتقد بود که وقتی این کودک در بزرگسالی با تکلیفی مواجه می‌شود که مستلزم ارزیابی توانایی‌های شخصی‌اش است تمایل به تجربه مجدد و نمایش مجدد این احساس‌های اولیه را دارد. برای مثال ممکن است بزرگسالان به جای تلاش برای تحقق خواسته‌های تحمیل شده به تعلل و اهمال کاری دست بزنند. حاصل این امر گرایش به اهمال کاری است که بزرگسال فعال پیشین را سر درگم می‌کند.

میزان اهمال کاری در بین هر دو گروه بالا می‌باشد. این نتایج با تحقیقات Steel (۲۱) و تحقیقات دیگر (۱۴، ۱۹، ۲۴-۲۲) همسو می‌باشد. همچنین بین اهمال کاری در دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی تفاوت معنی‌داری به علت نزدیکی زیاد نمرات دو گروه مشاهده نشد و فرضیه‌ی پژوهش ما رد می‌گردد. اما این میزان بین دانشجویان پزشکی بالاتر از غیر پزشکی می‌باشد. این نتایج با تحقیقات (۵۳-۵۲) همسو است. نتایج نشان می‌دهد میزان اهمال کاری در بین دو جنس در

شکست و گرفتار/ خودتحول نیافته بیشتر از دختران بود. این تفاوت در طرح‌واره‌ی انزوای اجتماعی/ بیگانگی معنی‌دار می‌باشد و پسران در مقایسه با دختران این طرح‌واره در آن‌ها بیشتر می‌باشد.

به منظور تبیین این نتایج با توجه به نظریه‌ی یانگ به عواملی که در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها نقش دارند باید اشاره نمود. Young معتقد است در شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه عواملی هم‌چون محیط تربیتی اولیه، سبک دلبستگی، سرشت هیجانی، تجربه‌های اولیه زندگی و رویدادهای دردناک کودک با یکدیگر در تعامل هستند. از طرفی با توجه به این که اغلب کودکان رفتار مقابله‌ای را از والدینی که با او همانندسازی کرده‌اند، مدل‌سازی می‌کنند (۲) با توجه به نظر Freeman and Fusco که معتقد است تحول طرح‌واره‌ها تحت تأثیر فرهنگ، خانواده، مذهب و عوامل مربوط به جنسیت، سن یا شخصیت فرد قرار دارد (۴۸) و طبق نظر Young (۲) مبنی بر این که محیط اولیه بیش از حد حمایت‌کننده زمینه‌ساز رشد و گسترش طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه می‌گردد می‌توان این طور تبیین نمود که محیط اولیه زندگی پسران، نوع نگاه تربیتی خانواده و جامعه به آن‌ها و تمایل بیشتر اکثر خانواده‌ها به داشتن فرزند پسر و سبک دلبستگی پسران که مراقبت بیشتری از طرف مادران دریافت می‌کنند بیشتر از محیط دختران، زمینه و بستر لازم را برای شکل‌گیری طرح‌واره‌ای ناکارآمد برای آن‌ها فراهم نموده است.

یکی از رویکردهایی که به رابطه بین اهمال کاری و تربیت و محیط اولیه‌ی کودک می‌پردازد رویکرد روان‌پویشی می‌باشد مفهوم اجتناب در نگاه فروید نشانگر محدودیت در کارکرد ایگو است که می‌تواند دلایل متفاوتی داشته باشد (۴۹). اهمال کاری ریشه در تثبیت‌های دوره مقعدی داشته باشد. گفته می‌شود شخصیت‌های مقعدی از تناقض و دمدمی مزاجی انباشته‌اند، معمولاً با پشتکار هستند ولی گاهی کارها را تا آخرین لحظه به تأخیر می‌اندازند. این امر به تضاد به موقع کارها در مقابل منتظر ماندن و از لذت تأخیر برخوردار شدن مربوط است (۵۰). Missildine نویسنده‌ی مشهوری که از دیدگاه روان‌پویشی به رشد کودک می‌نگریست نمونه‌ای از

از آن می‌باشند (۳۸-۳۴) و با در نظر گرفتن رابطه بین استرس‌های روان‌شناختی و اهمال‌کاری، می‌توان نتیجه گرفت که یکی از دلایل اهمال‌کاری زیاد دانشجویان غیر پزشکی و پزشکی مشغله زیاد و فشارهای کاری و درسی دانشجویان و رقابت فشرده آنان می‌باشد. در دانشجویان پزشکی با توجه به بیشتر بودن این مشغله میزان اهمال‌کاری بیشتر می‌باشد.

به طور کلی نتایج این پژوهش قبل از هر چیز در نظر دارد تا به شکلی متفاوت به شناسایی مشکلاتی که سد راه پیشرفت دانشجویان قرار دارد بپردازد به همین منظور سعی دارد با شناسایی الگوهای شناختی و هیجانی خودیوانگر در دانشجویان که خود را به صورت طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و اهمال‌کاری تحصیلی نشان می‌دهد بستری را به فراهم نماید تا به آن‌ها کمک شود و آن‌ها بتوانند از پتانسیل‌های خود حداکثر استفاده را بنمایند، این امر گامی مهم در جهت تبیین و وضوح‌بخشی به سایر اختلال‌های آن‌ها نیز خواهد بود و از طرفی تلویحات مهمی در زمینه‌های درمانی خواهد داشت. پیشنهاد می‌گردد با بالا بردن اطلاعات دانشجویان به وسیله‌ی آموزش‌های کاربردی سطح شناخت این افراد را نسبت به عوامل مؤثر بر اهمال‌کاری و طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه به عنوان موانع باز دارنده پیشرفت فراهم گردد تا بهتر از گذشته بتوانند در مسیر پیشرفت حرکت کنند.

هم‌چنین استفاده‌های کاربردی که می‌توان از نتایج این پژوهش در جهت کمک به دانشجویان نمود این مسأله است که همه درمانگران نگاه عمیق‌تر به مشکلات دانشجویان با در نظر گرفتن ریشه‌های تحولی مشکلات آن‌ها که خود را به صورت طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه نشان می‌دهد داشته باشند و با استفاده از این رویکرد و نتایج این پژوهش به دانشجویانی که اهمال‌کاری باعث به وجود آمدن مشکلاتی در آن‌ها شده است بپردازند.

محدودیت‌ها

اولین محدودیت، انتخاب گروه نمونه بود و آن هم به علت گستردگی و عدم تمرکز دانشکده‌ها و بیمارستان‌های آموزشی

هر دو گروه در بین پسران بیشتر از دختران می‌باشد. با توجه به این مسأله که میزان طرح‌واره‌های ناکارآمد در بین دختران کمتر از پسران و میزان اهمال‌کاری نیز در آن‌ها کمتر است می‌توان به نقش طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه در سبب شناسی اهمال‌کاری و تفاوت جنسیت در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها اشاره نمود و نتیجه گرفت که شاید یکی از دلایل میزان کمتر اهمال‌کاری در بین دانشجویان دختر میزان کمتر طرح‌واره‌های ناکارآمد آن‌ها باشد. به منظور تبیین و بررسی نظری طرح‌واره‌های ناکارآمد و اهمال‌کاری طبق این رویکرد می‌توان گفت که فردی که طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه دارد با سبک پاسخ دهی ناکارآمدی که بر می‌گزیند می‌خواهد که مجبور نشود هیجان‌های شدید و استیصال‌کننده‌ای را تجربه کند. از این‌رو با برگزیدن سبک مقابله‌ی اجتنابی از موقعیت‌های برانگیزاننده طرح‌واره‌ای، مثل روابط صمیمی یا چالش‌های شغلی اجتناب می‌کند و رفتار مخربی را در پیش می‌گیرد (۲). هم‌چنین Basco (۳۲) هم معتقد است که افکار منفی و واکنش‌های هیجانی عامل و دلیل به وجود آمدن و شکل‌گیری اهمال‌کاری است. طبق نظریه‌ی ساختارهای معنی‌گذاری طرح‌واره (۴، ۵۶-۵۴) که شناخت‌ها و طرح‌واره‌ها را خاستگاه آغازین پردازش دانسته‌اند و نظر Rector, Segal, Gemar (۵۷) Mor, Winquis مبنی بر این‌که افراد اطلاعات مربوط به خویشتن را به اندازه کافی پردازش می‌نمایند ولی اطلاعات ناهمخوان با خویشتن را کمتر یا بدتر پردازش می‌کنند (۶) بنابراین می‌توان بر اساس نظریه Clark, Beck, Alford (۵۶) یافته‌های مطالعه را چنین تفسیر کرد که افراد اهمال‌کار هم به مانند افراد افسرده اطلاعات مثبت خود - ارجاع را از نظام پردازش اطلاعات خویش حذف می‌نمایند و اطلاعات منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می‌آورند و این سوگیری منطبق با طرح‌واره‌های ناکارآمد فرد می‌باشد. تحلیلی که بین دو گروه در بحث اهمال‌کاری با توجه به میزان شیوع بالای اهمال‌کاری در هر دو گروه می‌توان انجام داد این است که دانشجویان پزشکی در معرض استرس و آسیب روانی ناشی

می‌گردد به منظور شناخت و جامع‌تر از مسایل دانشجویان مطالعه‌های بعدی به صورت گروهی و همه‌جانبه صورت پذیرد و یا در صورت امکان در غالب تحقیقات طولی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی پزشکی شهید بهشتی که با همکاری خود امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد هم‌چنین در این پژوهش متغیرها با دیدگاه‌های نظری مختلف با همدیگر بررسی شدند، اما مدلی جامع و یکپارچه که بتوان این مؤلفه‌ها را در آن گنجانده، هنوز ارایه نشده است که این مسأله را هم می‌توان به عنوان محدودیت دیگر ذکر نمود.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌گردد در تحقیق‌های بعدی از سایر روش‌های سنجش خصوصاً مصاحبه‌های تشخیصی و آزمون‌های روانی دیگر نیز به عنوان مکمل استفاده نمود. هم‌چنین پیشنهاد



References

1. Kaveh MH, Shojaezadeh D, Shahmohammadi D, Eftekhari Ardebili H, Rahimi A, Bolhari J. Teachers' role in elementary school mental health: Results of an interventional study. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2003; 2(2): 95-103. [In Persian].
2. Young JE, Klosko JS, Weishar ME. *Schema therapy, A practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery GO. *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guilford Press; 1979.
4. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press; 1976.
5. Beck AT, Steer RA, Epstein N. Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content specificity hypothesis. *Journal of Clinical Psychology* 1992;48: 423- 32.
6. Rector NA, Segal ZV, Gemar M. Schema research in depression: A Canadian perspective. *Canadian Journal of Behavioral Science* 1998; 30: 213-24.
7. James I A, Reichelt FK, Freston MH, Barton SB. Schemas as memories-implications for treatment. *Journal of cognitive psychotherapy- An International Quarterly* 2007; 21-57.
8. Delattre V, Servant D, Rusinek S, Lorette C, Parquet PJ, Goudemand M, et al . The early maladaptive schemas: A study in adult patients with anxiety disorders. *Encephale* 2004; 30(3): 255-8.
9. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A. Early maladaptive schemas and social phobia. *cognitive therapy and research* 2006; 30 (5): 571-584.
10. Anderson K, Rieger E, Cateson I. A Comparison of Maladaptive Schemata in Treatment-Seeking Obese Adults and Normal-weight Control Subjects. *Journal of Psychosomatic Research* 2006;60:245- 52.
11. Cecero JJ, Young JE. Case of Silvia: A schema-focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration* 2001; 11(2): 217-29.
12. Thimm JC. Mediation of Early Maladaptive Schemas between Perceptions of parental Rearing Style and Personality Disorder Symptoms. *J. Behav, Ther & Exp Psychiat* 2010; 41: 52-9.
13. Torres C. Early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopathy and narcissism. [PhD Thesis]. Canberra, Australia; Australian National University: 2002
14. Turner HM, Rose KS, Cooper MJ. Parental bonding and Disorder Symptoms in Adolescents: The Mediating Role of Core Beliefs. *Eating Behaviors* 2005; 6:113-118.
15. Saariaho T, Saariaho A, Karilab I, Joukamaa M. The Psychometric properties of the finnish Young schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2009; 40:158° 68..
16. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A. Images of mother, self, and god as predictors of dysphoria in Non-clinical Samples *Personality and Individual Differences* 2004; 36: 1669-80.
17. Lotfi R, Donyavi V, Khosravi Z. The comparison of Early maladaptive schemas in soldiers with personality disorder cluster B and healthy soldiers. *J.A.U.M.S* 2007; 2: 1261-6 [In Persian].
18. McCown W, Roberts R. A study of academic and work-related dysfunctioning relevant to the college version of an indirect measure of impulsive behavior. *Integra Technical Paper* 1994;94-28.
19. Aitken M. A personality profile of the college student procrastinator. unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh; 1982.
20. Ellis A, Knaus WJ. *Overcoming procrastination*. New York: Signet Books; 1977.
21. Steel P. The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin* 2007; 133: 65-94.
22. O'Brien WK. Applying the transtheoretical model to academic procrastination. Unpublished doctoral dissertation, University of Houston; 2002.
23. Potts TJ. Predicting procrastination on academic tasks with self-report personality measures. *Dissertation Abstracts International* 1987; 48:1543.
24. Day V, Mensink D, O Sullivan M. Patterns of academic procrastination. *Journal of College Reading and Learning* 2000; 30:120° 134.
25. Pychyl TA, Lee JM, Thibodeau R, Blunt A. Five days of emotion: An experience sampling study of undergraduate student procrastination. *Journal of Social Behavior and Personality* 2000; 15:239° 54.
26. Kachgal MM, Hansen LS, Nutter KJ. Academic procrastination prevention/intervention: Strategies and recommendations. *Journal of Developmental Education* 2001; 25:14° 24.
27. Gendron A, Webster E, Miller M, Helm S, Hadwin A. A Goldberg DP, Hiller V. A scaled version of General health Questionnaire. *psychological Medicine* 2009; 9:131-145.
28. Ferrari JR, Johnson JL, McCown WG. *Procrastination and task avoidance*. New York; Plenum Press: 1995.
29. Rothblum ED, Solomon LJ, Murakami J. Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology* 1986; 33:387-394.
30. Birmer L. Procrastination: Its role in transference and countertransference. *Psychoanalytic Review* 1993; 80:541-58.

31. Johnson J. The ss-77. A measure of psychological symptom severity. Princeton, N. J: Northshore Press; 1992.
32. Basco MR. The procrastinator's guide to getting things done. New York. Guilford Press; 2010.
33. Tallis F, Aysenk M, Mathews A. A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences* 1992; 13(2):161-8.
34. Affspring Eric H. Assessing for a history of serious depression among first- year collage students. *Journal of collage students Psychotherapy* 1998; 12: 61-5.
35. Beck Arne L, Berman David A. Information to improve students, Problem Performance. *Journal of medical Education* 1986; 61; 749-56.
36. Bjorksten O, Sutherland S, Meller, Stewart T: Identification of medical student problems and comparison with other students. *J. Med.Educ* 1983, 58 (10):759-67.
37. Linn BS, Zeppa R. Dimension of stress in junior medical student *Br J. Psychiatry, Distress Precipitated by Psychiatric illness in Medical student. Psychol* 1984; 54(3): 969-76.
38. Salmons PH. Psychiatric illness in medical student *Br J. Psychiatry* 1983; 143: 505-8.
39. Kathryn Kris: Distress Precipitated by Psychiatric training among medical students . *Am J Psychiatry* 1986;143(11):1432-5.
40. Helmers KF, Dan off D, Steiner y, Layton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students, low students, and graduate students at Mac Gill university. *Acad Med* 1997; 72(8): 708-14.
41. Center C, Davis M, Ford DE. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA .* 2003; 18; 289(23); 161-60.
42. Ross SH, Niebling B, Heckert TM. Source of stress among college students. *College Student Journal* 1999; 33(2):312-17.
43. Young JE. The Young schema questionnaire: Short form, [online]. Available from: <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs.htm>; 1998.
44. Ahi GH, Standardization of The Young Schema Questionnaire: [MsC Thesis]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabai University; 2006. [In Persian].
45. Lay CH, Schouwenburg HC. Trait procrastination, time management, and academic behavior. *Journal of Social Behavior & Personality* 1993; 8: 647-662.
46. Lay CH. The relationship of procrastination and optimism to judgments of time to complete an essay and anticipation of setbacks. *Journal of Social Behavior and Personality* 1988; 3:201-14.
47. Hosseini FS, Khayer M. Predicting procrastination and decision making based on meta cognitive beliefs in students. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 15(3): 265-73.[In Persian]
48. Freeman A, Fusco GM. *Borderline personality disorder-A therapist's guide to taking control.* USA: Norton; 2004.
49. Strachey J. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, James Strachey, in collaboration with Anna Freud assisted by Alix strachey and alan Tyson volume XX (1925-1926). An autobiographical study, inhibitions, symptoms and anxiety, the question of lay analysis and other works. London, the Hogarth Press and the institute of psychoanalysis 1975; 20.
50. Pervin L. *Psychology of Personality*, Translated by Javadi MJ, Kadivar P. Tehran: Rasa; 1990. [In Persian].
51. McCown W, Carise D, Johnson J. Trait procrastination in self-described adult children of excessive drinkers: An exploratory study. *Journal of Social Behavior and Personality* 1991; 6: 147-51.
52. Tamadoni M. procrastination In the students. *Developmental Psychology . Iranian psychologists* 2010; 6(24): 334-7.
53. Else-Quest NM, Hyde JS, Goldsmith HH, Van Hulle CA. Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2006; 132: 33° 72.
54. Ingram RE. Toward an information processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research* 1984; 8: 443-78.
55. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. *Cognitive vulnerability to depression.* New York: Guilford Press; 1998.
56. Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* New York: John Wiley & Sons, Inc; 1999.
57. Mor N, Winquis. J. Self-focoused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 2002; 128:638-62.

A comparison of early maladaptive schema and procrastination in medical and nonmedical students of Shahid Beheshti University of medical sciences

Ali Mohammad Beigi¹, Zohreh Sadeghi², Jandark Eghlidi³,
Mehran Arab Ahmadi⁴, Alireza Firoozei⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: Cognitive models in establishing psychological problems refers to the effect of early maladaptive schemas in formation of psychology pathologies. The purpose of this study was the comparison of early maladaptive schema and procrastination in medical and nonmedical students of Shahid Beheshti University of medical sciences.

Methods and Materials: The method is descriptive and comparative. There for two questionnaire of procrastination(GP) and early maladaptive schema of Yang (YSQ-SF) was filled by 462 students from 2 groups of medical (232) and nonmedical (230) students of Shahid Beheshti University of medical sciences tehran in year school 2012 which was recruited accessibility. Analysis was performed by SPSS.

Findings: This study indicates that the students in both groups obtained the lowest scores in Incompetence (DI)/ Dependence schema and the highest score in unrelenting standards / hyper criticalness schema. There was a significant difference between medical and nonmedical groups in Entitlement /Grandiosity schema. Also There was no significant difference between groups in procrastination.

Conclusions: According to the data it can be concluded that medical students had less dysfunctional schemas compared to non-medical students. Girls compared to boys in both groups had less dysfunctional schemas. procrastination was high in both groups. also procrastination was higher in medical students compared to non-medical students. Boys had more procrastination in both groups compared to girls.

Keywords: Cognitive Models, Early Maladaptive Schema, Procrastination, Medical Students, Nonmedical Students, University

Citation: Mohammad Beigi A, Sadeghi Z, Eghlidi J, Arab Ahmadi M, Firoozei A. **A comparison of early maladaptive schema and procrastination in medical and nonmedical students of Shahid Beheshti University of medical sciences.** J Res Behave Sci 2014; 12(3): 455-467

Received: 25.12.2012

Accepted: 08.10.2014

- 1- M. A. Clinical Psychology, Consuling Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Corresponding Author: Email:alimb69@yahoo.com
- 2- Ph.D. Student in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
- 3- Instructor, Department of occupational therapy, Faculty of Rehabilitation, ShahidBeheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- 4- Medical Student, Faculty of Medicine. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
- 5- MD. Director of the Research Centre for Reproductive and non Reproductive of Medicine Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.