

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

\*فاطمه نوربالا<sup>۱</sup>، هادی بهرامی احسان<sup>۲</sup>، احمد علی‌پور<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. استاد گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۳/۱۱/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۰/۱۵)

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

\*Fatemeh Nourbala<sup>1</sup>, Hadi Bahrami Ehsan<sup>2</sup>, Ahmad Alipour<sup>3</sup>

1. PhD Student in Health Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

(Received: Feb. 01, 2015 - Accepted: Jan. 05, 2015)

### Abstract

**Objective:** Based on Young's 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). **Findings:** The results revealed that there is a significant relationship between two coping styles i.e. avoidance and overcompensation with general health status ( $p \leq 0/05$ ). 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.

**Keywords:** General health, Avoidance coping styles, Overcompensation coping styles.

### چکیده

**مقدمه:** طبق مدل طرح‌واره درمانی یانگ، سه سبک مقابله‌ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی در مقابل فعال شدن طرح‌واره‌ها بکار می‌روند. نوع سبک مقابله‌ای غالب در مواجهه با رویدادها، بر میزان سلامت عمومی افراد مؤثر است. هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی وضعیت سلامت عمومی (جسم و روان) افراد بر اساس نوع سبک مقابله‌ای غالب (اجتناب و جبران افراطی) است. روش: به این منظور فرم کوتاه پرسشنامه زمینه‌یابی سلامت، پرسشنامه جبران افراطی یانگ - رای و پرسشنامه اجتناب یانگ - رای توسط ۱۲۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران که با نمونه‌گیری در دسترس 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 جبران افراطی با وضعیت سلامت عمومی افراد بود ( $p \leq 0/05$ ). هم‌چنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد سبک مقابله‌ای جبران افراطی 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 جبران افراطی در مواجهه با مشکلات، آسیب بیشتری از نظر جسمانی و روانی به افراد وارد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** سلامت عمومی، سبک مقابله‌ای اجتناب، سبک مقابله‌ای جبران افراطی.

\*نویسنده مسئول: فاطمه نوربالا

\*Corresponding Author: Fatemeh Nourbala

Email: fnoorbala@yahoo.com

## مقدمه

سبک‌های مقابله ارائه شده و شواهد پژوهشی زیادی از بسیاری از آن‌ها حمایت کرده است. مؤلفه اصلی که موجد این طبقه‌بندی‌ها است 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 مقابله چندبعدی هستند و تا حدی وابسته به زمینه می‌باشند (آیزر<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). مبنای طبقه‌بندی سبک‌های مقابله می‌تواند متمرکز بر استراتژی مقابله (مساله‌مدار در مقابل هیجان‌مدار)، روش مقابله (شناختی، هیجانی و رفتاری) و یا ترکیبی از هر دو (گرایش‌های شناختی، 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 طرح‌واره درمانی یانگ است. طرح‌واره‌ها؛ ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به مثابه عدسی‌هایی 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 حوزه: بریدگی و طرد (شامل رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی /

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 ریسک فاکتورهای مخرب سلامتی هستند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. در این میان، الگوهای رفتاری که مرتبط با وضعیت ضعیف سلامتی هستند، به دلیل جنبه پیشگیری‌محوری که در شکل‌دهی به سلامت دارند، از اولویت بالایی برخوردارند. یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌ها در این خصوص، سبک‌های مقابله‌ی افراد با مشکلات و نحوه‌ی سازگاری آن‌هاست (استینر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سبک‌های مقابله تأثیر معناداری در میزان سازگاری افراد (گراودال 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). علاوه بر این، نوع سبک‌های مقابله 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 در خصوص

1. Stiner, H.
2. Gravdal, 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.

این سه سبک مقابله‌ای معمولاً خارج از حوزه هوشیاری عمل می‌کنند. معمولاً این سبک‌های مقابله‌ای در دوران کودکی انطباقی‌اند 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 به‌کارگیری آن‌ها منجر به تداوم طرح‌واره‌ها می‌گردد (یانگ، ۱۹۹۴). وقتی انسان‌ها تسلیم طرح‌واره می‌شوند به درست بودن آن گردن می‌نهند و هیچ‌وقت 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 به‌گونه‌ای با طرح‌واره می‌جنگند که انگار طرح‌واره متضادی دارند. آن‌ها در ظاهر اعتمادبه‌نفس زیادی دارند ولی در باطن هرلحظه نسبت به فعال شدن طرح‌واره‌ها احساس تهدید می‌کنند. جبران افراطی حمله متقابل علیه طرح‌واره است که متأسفانه به هدف خود دست نمی‌یابد و به جای بهبودی باعث تداوم آن می‌گردد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

مطالعات متعددی بر نقش انواع سبک‌های

بدرفتاری، محرومیت هیجانی / نقص / 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 / خودانطباقی ناکافی)، دیگر جهت-مندی (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 (کرمیر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به‌صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامد (مارمون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) و این الگوهای درونی از طریق به وجود آوردن سبک‌های مقابله رفتارهای بیرونی را تحت تأثیر 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.

1. Cormier, A.
2. Marmon
3. Thimm. J. C.

برخی مطالعات ارتباط منفی رفتارهای تکانشی و کنترل افراطی را با سلامت روان تأیید کرده‌اند (اولندیک و هورسچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷، آستین<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹)، اما در میان این مطالعات، جای خالی پژوهش‌هایی که اثر مقایسه‌ای هر دو سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی را بر سلامت عمومی بسنجند و به این سؤال پاسخ دهند که کدام سبک مقابله‌ای اثرات منفی بیشتری بر مؤلفه‌های 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.

#### روش

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

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 تأثیر منفی بر سلامت عمومی افراد دارند و حتی از مؤلفه‌های 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 گوش‌به‌زنگی 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 مقابله‌ای گرایش‌محور، می‌تواند به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در رابطه بین اجتناب و تأثیرات 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. ازجمله 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

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

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

نموده است. 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 سؤال دارای زیربنایی از چند طرح‌واره مختلف است که راهبردهای افراطی چون رفتار انتقادگرایانه، خوداتکایی افراطی، وسواسی، خوش‌بینی بیش از حد، رفتارهای تکانشگرانه، نازرنده‌سازی 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 دونیمه‌سازی 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 نمره‌ای بین ۱ تا ۶ داده می‌شود. راهبردهای اجتنابی بر اساس این پرسشنامه عبارت‌اند از: فکر نکردن به‌طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوء‌مصرف مواد، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، سرکوب خشم، علائم روانی - جسمی، گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی، حواس‌پرتی از

طرح اصلی این پژوهش به‌صورت همبستگی چند متغیری است که متغیر سلامت به‌عنوان متغیر ملاک و متغیرهای جبران افراطی و اجتناب به‌عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شدند. ابزارهای پژوهش عبارت‌اند از:

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 بر اساس طیف‌های لیکرت ۲ تا ۶ نمره‌ای پاسخ می‌دهد و نهایتاً در هر سؤال نمراتی بین ۰ تا ۱۰۰ به دست می‌آورد و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (منتظری<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۵؛ اصغری‌مقدم 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 به دست آمد.

۲. پرسشنامه جبران افراطی یانگ - رای<sup>۴</sup>:

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

5. Young-Rygh Avoidance Inventory

طریق درگیر شدن در فعالیت های مختلف، آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن و ...)، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، حواس‌پرتی منفعل، رؤیایپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند. نمرات بالا نشان‌دهنده‌ی غالب بودن راهبرد اجتناب است. در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان ایرانی، ضریب پایایی این پرسشنامه از طریق دونیمه 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

بر اساس یافته‌های توصیفی، شرکت‌کنندگان معادل ۷۵ نفر زن و ۴۵ نفر مرد (کل ۱۲۰ نفر) می‌باشند که از این میان ۴۹٪ مجرد و ۴۵٪ متأهل 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 انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین متغیرها

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

\* $p < 0/05$       \*\* $p < 0/01$

طبق نتایج جدول ۱ هر دو سبک مقابله‌ی 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 است ( $p < 0/01$ )، یعنی هرچه میزان به‌کارگیری سبک مقابله‌ای جبران افراطی در افراد قوی‌تر باشد، میزان سلامت آن‌ها پایین‌تر است.

(وابسته) و متغیرهای جبران افراطی و اجتناب به‌عنوان 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 یک‌بار هر یک از متغیرهای پیش‌بین (سبک مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی) به‌تنهایی و یک‌بار نیز به‌صورت زوج در معادله شرکت داده شدند. نتایج حاصل از این رگرسیون‌ها در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

جهت بررسی نوع رابطه‌ی بین متغیرها، از رگرسیون چندگانه‌ی هم‌زمان استفاده شد که در آن نمره کل سلامت عمومی به‌عنوان متغیر ملاک

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

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

جهت تأیید 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 به‌تنهایی ۸/۴٪ از تغییرات متغیر ملاک (سلامت) را تبیین می‌کند ( $p < 0/01$ ). در مدل دوم متغیر اجتناب به‌تنهایی ۳/۹٪ از واریانس سلامت را تبیین می‌کند البته در سطح معنی‌داری  $p < 0/05$  معنادار است. در مدل سوم که هر دو متغیر وارد معادله شده‌اند، درصد تبیین واریانس ۸٪ است و اگرچه کل مدل معنادار است، اما سهم سبک مقابلۀ اجتناب در تبیین تغییرات سلامت معنادار نیست ( $p = 0/5$ ). بدین ترتیب مشخص می‌شود که مدل اول یعنی جبران افراطی به‌تنهایی بیشترین توان را در تبیین واریانس متغیر ملاک دارد و ورود سبک

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		
کل	۱۶۷۶۷/۸۸۹	۱۱۰			

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول فوق نشان می‌دهد که رگرسیون متغیر سلامت عمومی در افراد، از روی سبک مقابلۀ جبران افراطی، به

لحاظ آماری معنادار است. میزان  $F = 11/125$  با درجات آزادی ۱ و ۱۰۹ در سطح  $p < 0/01$  نشان‌دهندۀ معناداری ضرایب رگرسیون و وجود

شواهد کافی جهت تأیید مدل است.

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 تأکید 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 طرح‌واره درمانی دارد.

طبق نظریه طرح‌واره درمانی 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 به‌طور 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. به‌عنوان مثال، بیماران مطیع بهتر است کنترل بیشتری بر زندگی خود اعمال کنند، اما وقتی از جبران افراطی استفاده می‌کنند تبدیل به افرادی کنترل‌کننده و سلطه‌گر می‌شوند که باعث انزجار دیگران می‌شوند. جبران افراطی به‌عنوان جایگزینی برای درد ناشی از طرح‌واره به وجود می‌آید، بدین ترتیب بیمار راه‌گزینی از احساس درماندگی و آسیب‌پذیری روزافزون خود پیدا می‌کند. مثلاً خودشیفتگی به‌عنوان جبران افراطی به بیمار کمک می‌کند تا با احساس محرومیت هیجانی و نقص خود مقابله کند. این بیمار با تحقیر کردن دیگران می‌تواند احساس برتری کند. این افراد تلاش می‌کنند

## 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 نیست و این رابطه، یافته‌ی جدیدی در تحقیق حاضر است.

یافته‌ی دیگر این مطالعه، توانمندی سبک مقابله‌ای جبران افراطی در پیش‌بینی سلامت عمومی افراد و عدم وجود چنین اثر پیش‌بینی در سبک مقابله‌ای اجتناب است. همان‌طور که در بالا ذکر شد، این پژوهش و دیگر شواهد پژوهشی، رابطه‌ی منفی بین اجتناب و سلامتی را نشان داده‌اند (ریزو، ۲۰۰۷) اما حتی در این دسته از مطالعات بین دو متغیر سبک مقابله‌ای اجتناب و سلامت رابطه رگرسیون تأیید نمی‌شود و این به معنای وجود متغیرهای واسطه‌ای در این رابطه است که از ارزیابی تحقیقات خارج بوده‌اند. در مقابل تأیید وجود رابطه‌ی رگرسیون بین جبران افراطی و سلامت عمومی در پژوهش حاضر همراه با عدم تأیید رابطه‌ی رگرسیون بین اجتناب و



که این دیدگاه یکی از اجزای مهم مثلث شناختی بک در علت‌شناسی افسردگی است. این نتیجه با نتایج هریس و کرتن<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) همخوان است. همچنین هالورسن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز در بررسی خود به اولویت طرح‌واره ناسازگار نقص/ شرم در پیش‌بینی علائم افسردگی دست یافتند. علاوه بر این، طرح‌واره‌های اطاعت و نقص/ شرم در رابطه با علائم اضطرابی پیش‌بینی کننده معناداری هستند (لاملی و هارکنس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). طرح‌واره‌ی اطاعت در گروه دیگر جهت‌مندی که توجه بیش از حد به دیگران و نادیده گرفتن نیازهای خود است، می‌گنجد. این طرح‌واره عبارت است از احساس نیاز به کنترل شدن از سوی دیگری. در همین خصوص کازینونا<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) بیان می‌کند که طرح‌واره‌های ناسازگاران مرتبط با بحران‌های ارتباطی یکی از دسته طرح‌واره‌هایی است که مرتبط با علائم اضطرابی است. بر این اساس جبران افراطی و کنترل بیش‌ازحد بر روابط، بیشتر از کمک به بهبود روابط به سلامت فرد آسیب وارد می‌کند و از جمله علائم آسیب‌شناختی همراه با طرح‌واره اطاعت، علائم روان‌تنی است (یانگ، ۲۰۰۳). علاوه بر موارد فوق، طرح‌واره معیارهای سرسختانه معمولاً به شکل کمال‌گرایی و احساس فشار مداوم برای رسیدن به معیارهای بلند پروازانه بروز می‌کند و تحقیقات نشان می‌دهند که کمال‌گرایی رابطه منفی با سلامت دارد (دیبارتولو و رندون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲، مولنار<sup>۸</sup> و همکاران،

بی‌نقص به نظر برسند و ممکن است در دنیای بیرون موفق باشند اما در درون خود آرامش ندارند. آن‌ها نمی‌توانند مسئولیت شکست‌های خود را بپذیرند یا محدودیت‌هایشان را بشناسند و از این رو کمتر از اشتباهات خود درس می‌گیرند. به همین دلیل وقتی به سختی شکست می‌خورند توانایی‌شان برای جبران افراطی درهم می‌شکند و به افسردگی مرضی دچار می‌شوند. در این هنگام طرح‌واره‌های زیربنایی آن‌ها با شدت هیجانی بیشتری فعال می‌شود (یانگ، ۲۰۰۳).

نکته دیگر که حائز اهمیت است، ماهیت پرسشنامه‌ی جبران افراطی یانگ است. بیشتر سؤالات این پرسشنامه در پاسخ به طرح‌واره‌هایی چون حوزه بریدگی/ طرد (خصوصاً نقص/ شرم)، اطاعت و معیارهای سرسختانه طراحی شده‌اند و رفتارهایی با محوریت کنترل افراطی و یا برون‌ریزی را می‌سنجند. طبق مطالعات پژوهشی، طرح‌واره‌ها اغلب زیربنای نشانه‌های مزمن اختلالات روان‌شناختی مثل اضطراب، افسردگی و بیماری‌های روان‌تنی و مشکلات شخصیتی هستند (تیم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱) و رفتارهایی چون کنترل افراطی و برون‌ریزی رابطه منفی با سلامت (جسمی و روانی) دارند (اولندیک و هورسچ، ۲۰۰۷، هانس و کنت<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). همان‌طور که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند، طرح‌واره ناسازگار نقص/ شرم در رابطه با هر سه علامت افسردگی، جسمانی‌سازی و اضطراب پیش‌بینی کننده معناداری است (شهامت، ۱۳۸۹). طرح‌واره نقص/ شرم نشان می‌دهد که فرد دیدگاه منفی نسبت به خود در رابطه با خودکنترلی و تحمل ناکامی دارد

3. Harris, & Curtin

4. Halvorsen,

5. Lumley, Harkness

6. Cousineau

7. DiBartolo. P. M. & Rendón. M. J.

8. Molnar. D. S.

1. Thimm. J. C.

2. Hans. T., & Kenneth. A.

(۲۰۰۶).

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.

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 را به وی وارد می‌کند که می‌تواند در ابعاد جسمی و روانی سلامت او تأثیرگذار باشد. در همین راستا، توصیه می‌شود در تحقیقات آتی به بررسی رابطه‌ی بین نوع سبک‌های

#### منابع

بر اساس طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه». فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال ۵، شماره ۲۰.

صلواتی، م (۱۳۸۶). «طرح‌واره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی». پایان‌نامه دکترای روانشناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

یانگ، جی؛ کلوسکو، جی و ویشار، ام (۱۳۹۱). طرح‌واره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران، انتشارات ارجمند (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).

اصغری مقدم، م.ع و فقیهی، س (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، م؛ کاکاوند، ع؛ جلالی، م.ر و مژگان، ص (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، ف (۱۳۸۹). «پیش‌بینی نشانه‌های سلامت عمومی (جسمانی‌سازی، اضطراب و افسردگی)

- 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. & Esmacili, 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 five-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).