Medical Science Journal of Islamic Azad University Vol. 29, No.4, Winter 2019 ORIGINAL ARTICLE

Structural model of attachment styles, early maladaptive schemas and health dimensions by mediating coping styles

Elham Faramarzinia[1], Sayyid Abdul Majid Bahrainian[2], Mehdi Manouchehri[3]
[1] PhD Candidate of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Markazi Branch, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

Abstract

Background: Knowing the variables affecting health is clinically important. The purpose of this study was to determine the mediating role of coping styles in relation between attachment styles and early maladaptive schemas and health dimensions.
Materials and methods: In a descriptive study, 500 students from Azad University of Medical Sciences of Tehran between 2017 and 2018 were selected by available sampling method. Participants (250 female and 250 male) were asked to complete questionnaires of adult attachment scales, early maladaptive schemas, coping styles, and general health. Data analysis was performed using structural equation modeling.
Results: The results showed that the tested model had suitable fit. There was a significant negative relationship between subscales of attachment styles other than secure attachment with dimensions of health. In the early maladaptive schemas scale, other than the sub-scale of the other direction, the other subscales had a significant negative relationship with the dimensions of health. In the scale of coping styles, there was a significant positive correlation between problem-oriented strategy subscales, and emotional-oriented strategies had a negative significant relation with health dimensions, The results also showed that coping styles had mediating role in the relationship between attachment styles and early maladaptive schemas with health dimensions.
Conclusion: These findings, while pointing to the complexity of attachment nature, early maladaptive schemas and coping styles, emphasize the identification and conceptualization of various variables affecting health.
Keywords: *Attachment styles, Early maladaptive schemes, Coping styles, Health dimensions.*

Cited as: Faramarzinia E, Bahrainian SAM, Manouchehri M. Structural model of attachment styles, early maladaptive schemas and health dimensions by mediating coping styles. Medical Science Journal of Islamic Azad University, Tehran Medical Branch 2019; 29(4): **337-348.**

Correspondence to: Sayyid Abdul Majid Bahrain
Tel: *+98 9123447617*
E-mail: majid.bahrainian@gmail.com
ORCID ID: 0000-0003-2819-2182
Received: 20 May 2018; **Accepted:** 3 Sep 2018

مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۲۹، شماره ۴، زمستان ۹۸، صفحات ۳۳۷ تا ۳۴۸

Original Article

مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت با میانجی‌گری سبک‌های مقابله با استرس

الهام فرامرزی نیا[۱]، سید عبدالمجید بحرینیان[۲]، مهدی منوچهری[۳]

[۱]دانشجوی دکتری تخصصی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران
[۲]استاد، گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳]استادیار، گروه روانشناسی واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: *آگاهی از متغیرهای تاثیرگذار بر سلامت از نظر بالینی اهمیت فراوانی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت انجام شد.*

روش بررسی: *در این مطالعه توصیفی، ۵۰۰ نفر (۲۵۰ نفر دختر و ۲۵۰ نفر پسر) از دانشجویان دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۶ به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از آنها خواسته شد مقیاس‌های دلبستگی بزرگسالان، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی را تکمیل کنند. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش الگویابی معادلات ساختاری انجام شد.*

یافته‌ها: *مدل آزمون شده از برازش مناسبی برخوردار بود. بین خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی به جز دلبستگی ایمن با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی‌داری وجود داشت. در مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز به جز خرده مقیاس دیگر جهتمندی، سایر خرده مقیاس‌ها با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی‌داری داشتند. در مقیاس سبک‌های مقابله با استرس، خرده مقیاس راهبردهای مسئله مدار، رابطه مثبت معنی‌دار و راهبردهای هیجان مدار رابطه منفی معنی‌داری با ابعاد سلامت داشتند. همچنین نتایج نشان داد که سبک‌های مقابله با استرس نقش میانجیگری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت داشتند.*

نتیجه‌گیری: *این یافته‌ها ضمن اشاره به پیچیدگی طبیعت دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله‌ای، به شناخت و مفهوم پردازی متغیرهای مختلف مؤثر برابعاد سلامت تأکید می‌کنند.*

واژگان کلیدی: *سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله با استرس، ابعاد سلامت.*

مقدمه

سلامت که به طور کلی در تعریف سازمان بهداشت جهانی (WHO)، حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، مسئله‌ای است که امروزه پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است، به طوری که مطالعات انجام شده در سال‌های اخیر، رابطه تنگاتنگی بین ابعاد سلامت و عوامل شخصیتی و روانشناختی را به وضوح نشان می‌دهد (۱). تعریف سازمان بهداشت جهانی بیانگر این مسئله است که سلامت یک مسئله چند بعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند؛ لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت فردی(جسمی، روانی و اجتماعی) توجه داشته باشد. معمول‌ترین بعد سلامت، سلامت جسمی است که در مقایسه با دیگر ابعاد، می‌توان آن را به سادگی ارزیابی کرد. از نظر

آدرس نویسنده مسئول: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، گروه روانشناسی، سید عبدالمجید بحرینیان (**email**: majid.bahrainian@gmail.com)
ORCID ID: 0000-0003-2819-2182
تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۲/۳۰
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۷/۶/۱۲

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با یکدیگر نشانه سلامت جسمی است (۲). یکی دیگر از ابعاد سلامت بعد اجتماعی آن است. سلامت اجتماعی را می‌توان میزان تطابق و هماهنگی فرد با جامعه و بر حسب حمایت اجتماعی و نحوه ایفای نقش او در جامعه تعریف کرد (۳). یکی از متغیرهای مؤثر بر سلامت، سبک‌های دلبستگی است. دلبستگی پیوند هیجانی پایدار بین دو فرد است، به طوری که یکی از طرفین کوشش می‌کند نزدیکی یا مجاورت با موضوع دلبستگی را حفظ کرده و به گونه‌ای عمل کند که مطمئن شود ارتباط ادامه می‌یابد (۴). از جنبه‌های پزشکی روان تنی اثرات زیست شناختی دلبستگی بر رشد حیوان و انسان است. نظریه روان تنی معتقد است که از دست دادن توانایی سازگاری با وقایع یا به عبارت دیگر از بین رفتن توانایی‌های انطباقی، مقاومت فرد را در برابر بیماری از بین می‌برد و او را مستعد شروع یا وخیم‌تر شدن بیماری‌های مختلف، از دیابت گرفته تا سرطان، علاوه بر اختلالات روانشناختی می‌کند که این توانایی‌های انطباقی می‌تواند تحت تاثیر دلبستگی فرد قرار گیرد. اطلاعات همه گیر شناختی، افزایش مرگ و میر را در بین افراد دچار محرومیت از دلبستگی نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهشی کنرادیا و همکارانش (۲۰۱۸) در حیطه سبک‌های دلبستگی و ابعاد سلامت، حاکی از آن است که ابعاد دلبستگی اجتنابی و اضطرابی ارتباط معنی‌داری را با نسبت‌های پایین‌تری از دوران بدون علائم افسردگی و شدت افسردگی نشان داد. همچنین سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با سبک دلبستگی دلمشغول نسبت قابل توجهی از زمان بدون علامت را پیش بینی کرد (۵). بررسی پیترموناکو و بک (۲۰۱۸) نشان داد که دلبستگی ناایمن (اضطرابی/ یا اجتنابی) با پاسخ‌های فیزیولوژیکی کنترل نشده به استرس، رفتارهای بهداشتی خطرناک، حساسیت به بیماری‌های جسمی و نتایج بدتر بیماری‌ها مرتبط است (۶). مطالعات مک گوایر و همکارانش (۲۰۱۸) نشان داد افرادی که دارای دلبستگی ناایمن هستند بیشتر احتمال دارد که علائم افسردگی را در مقایسه با افرادی که دچار دلبستگی ایمن هستند، گزارش دهند. همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که افزایش دلبستگی ایمن موجب کاهش علائم افسردگی در نمونه‌های بزرگسالان می‌شود (۷). در ایران نیز طاهری و همکارانش (۱۳۹۳) نشان دادند که سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا با بعد افسردگی رابطه معنی‌داری دارند (۸). دسته دیگر از عوامل شخصیتی بنیادی در پدیدآیی پاتولوژی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند. آنها به عنوان الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی تعریف می‌شوند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند (۹). یانگ، طرحواره‌ها را از موضوعات ثابت فراگیر و پایداری می‌داند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند. این طرحواره‌ها، اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی نابهنجار را در پی دارند (۱۰). یانگ (۲۰۰۳) معتقد است برخی از این طرحواره‌ها، به ویژه آنها که به طور عمده در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار بگیرند. او هجده طرحواره ناسازگارانه را در قالب پنج حوزه طرحواره معرفی می‌کند (۱۱). طرحواره-های ناسازگار اولیه به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده‌اند. بیماران در اوایل زندگی به منظور انطباق با طرحواره‌ها، پاسخ‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار را به وجود می‌آورند تا مجبور نشوند هیجان‌های شدید و استیصال کننده را تجربه کنند، این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره‌ها می‌شود (۱۱). در حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بررسی که توسط مک دانل و همکارانش (۲۰۱۸) صورت گرفت نتایج نشان داد که طرحواره‌های خاصی پیش بینی کننده‌های مستقل در رابطه با اختلالات عاطفی، مقابله ناسازگار، مقابله سازگار و انعطاف پذیری هستند (۱۲). در بررسی‌های مکک (۲۰۱۷)، تعدادی همبستگی معنی‌دار با قدرت متوسط بین علایم اختلالات سلامت روان و طرحواره‌های ناسازگار اولیه یافت شد. علایم افسردگی و اضطراب با طرحواره‌های طرد و خودمختاری مختل مرتبط بودند. همبستگی‌های دیگر سلامت با طرحواره‌ها نیز قابل توجه بود، اما با قدرت ضعیف‌تری همراه بود (۱۳). شوری و همکارانش (۲۰۱۵) نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد و محدودیت‌های مختل با افسردگی اساسی، و حوزه خودمختاری و عملکرد مختل با اضطراب عمومی مرتبط است (۱۴). رضایی و همکارانش (۱۳۹۲) نیز نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار توانستند ۲۷ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند (۱۵). اما آیا رابطه بین سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت یک رابطه خطی و ساده است، یا این احتمال وجود دارد که متغیرهای دیگری در این رابطه نقش واسطه‌ای داشته باشند؟ بر این اساس یکی دیگر از متغیرها با نقش واسطه‌ای،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

سبک‌های مقابله با استرس است که در رابطه با سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت مورد بررسی قرارگرفت. روان شناسی سلامت برای نقش راهبردهای مقابله‌ای در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. راهبردهای مقابله‌ای به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده‌اند. مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روان شناسی سلامت مورد مطالعه قرارگرفته است. شناسایی شکل‌های موثر مقابله به عنوان متغیر واسطه‌ای در رابطه استرس– بیماری، خط مقدم پژوهش‌ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (۱۶). شرایط استرس‌زا فرد را وادار به مقابله می‌کند؛ مقابله عبارت است از تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود (۱۷). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) دو شیوه عمومی مقابله متمرکز بر مشکل و مقابله متمرکز برهیجان را برای مهار استرس مشخص کرده‌اند. مقابله متمرکز بر مشکل، مهارتی است که بر پرداختن به خود مسئله یا موقعیت تمرکز دارد و می‌تواند معطوف به بیرون باشد، در صورتی که مقابله متمرکز برهیجان معطوف به مهار ناراحتی هیجانی است و به عواطفی که با آن موقعیت مرتبط است می پردازد نه کنترل خود موقعیت (۱۷). در حوزه سبک‌های مقابله‌ای و ابعاد سلامت، نتایج پژوهش گراوین و گرانت (۲۰۱۳) نشان داد که کاربرد روش‌های مقابله‌ای صحیح، بر کیفیت زندگی و بهداشت روانی تاثیر می‌گذارد و در افزایش آن (در چهار مولفه نشانگان جسمانی افسردگی، اضطراب و کارکرد اجتماعی) نقش مهمی را ایفا می‌کند (۱۸). در ایران، نوربالا و همکارانش (۱۳۹۵) نشان دادند که سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی با وضعیت سلامت عمومی افراد رابطه معنی‌داری دارد (۱۹). اسماعیلی و افشاری (۱۳۹۵) نیز نشان دادند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با سبک‌های مقابله‌ای در مولفه‌های اجتنابی، مهارگری در حل مساله و درماندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۰). در حوزه سبک‌های مقابله‌ای میانجی سبک‌های دلبستگی و ابعاد سلامت، مک کن و همکارنش (۲۰۱۷) نشان دادند که زندانیانی که سابقه رفتار خودکشی دارند، به طور قابل توجهی سطح دلبستگی اضطرابی و اجتنابی و استراتژی‌های مقابله‌ای ناسازگار بالایی را دارند. سطح بالای مشکلات دلبستگی و سبک‌های مقابله ناسازگار با سطوح بالاتری از ناامیدی همراه است. استراتژی‌های مقابله‌ای هیجان مدار، تأثیر دلبستگی اضطرابی و اجتنابی را بر ناامیدی و افسردگی میانجیگری می‌کنند (۲۱). از این رو در این پژوهش بر آن شدیم تا ارتباط بین سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت را با میانجیگری سبک‌های مقابله‌ای در یک مدل ساختاری مورد بررسی قرار دهیم.

مواد و روشها

روش تحقیق پژوهش حاضر با توجه به هدف و موضوع آن، براساس اصول روش تحقیق همبستگی استوار و از تحلیل رگرسیون استفاده شد. جامعه آماری تحقیق شامل ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران در سال ۹۶-۹۷ با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب شدند، جمع آوری داده‌ها به شیوه پرسشنامه انجام گرفت و پس از تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل عاملی، متغیرها و عامل‌های موثر در تحقیق استخراج شد و مدل یابی روابط رگرسیون میان عوامل و متغیرها یافته شده با استفاده از نرم افزارهای SPSS و لیزرل انجام شد. در این بررسی فرض بر این است که متغیرهای پژوهش شامل سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور مستقیم و نیز از طریق سبک-های مقابله با استرس، ابعاد سلامت را پیش بینی می‌کنند. به این ترتیب فرضیه‌های پژوهش حاضر به این شکل مطرح و بررسی شدند: ۱) مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک‌های مقابله ای با ابعاد سلامت از برازش مناسبی برخوردار است. ۲) سبک‌های دلبستگی با ابعاد سلامت رابطه معنی‌داری دارد. ۳) طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت رابطه معنی‌داری دارد. ۴) سبک‌های مقابله‌ای با ابعاد سلامت رابطه معنی‌داری دارد. ۵) سبک‌های دلبستگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه معنی‌داری دارد. ۶) سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ابعاد سلامت نقش واسطه‌ای دارد. ۷) سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت نقش واسطه‌ای دارد. برآورد حجم نمونه در پژوهش‌های مبتنی بر الگویابی معادلات ساختاری، کلاین با تقسیم انواع الگوهای معادلات ساختاری به سه نوع ساده، کمی پیچیده، و الگوهای پیچیده عنوان می‌کند که حجم نمونه در الگوهای ساده زیر ۱۰۰، در الگوهای کمی پیچیده بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ نفر و در الگوهای پیچیده بالای ۲۰۰ نفر است (۲۲.) با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی، حجم نمونه برای پژوهش حاضر ۵۰۰ نفر برآورد شد. شرکت کنندگان مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی،

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی را تکمیل کردند.

ابزار سنجش

پرسشنامه سلامت عمومی: یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۳). این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی خوابی، ناسازگاری اجتماعی، و افسردگی وخیم است. هر خرده مقیاس ۷ گویه دارد و نمره گذاری آن بر روی یک طیف چهار درجه‌ای از ۰ تا ۳ است. نمره کمتر گویای سلامت بالاتر و نمره بیشتر گویای سلامت پایین‌تر است. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. وجود چهار خرده مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخ‌ها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع نمرات چهار خرده مقیاس به دست می‌آید (۲۳). محاسبات آماری پرسش‌نامه سلامت عمومی نشان می‌دهد که همبستگی خرده مقیاس‌ها با عامل کلی برای خرده مقیاس نشانه‌های بدنی ۰/۷۹، اضطراب ۰/۹۰، ناسازگاری اجتماعی ۰/۷۵، افسردگی وخیم ۰/۶۳ است. ضریب همبستگی ۰/۹۰ برای خرده مقیاس اضطراب را می‌توان ناشی از این امر دانست که اضطراب یک پدیده بنیادی است که مخرج مشترک نشانگان اختلالات روانی را تشکیل می‌دهد. پرسشنامه سلامت عمومی با تایید متخصصان روانشناسی و روانپزشکی، این امکان را برای پژوهشگران فراهم می‌کند تا بتوانند به اطلاعاتی فراتر از آنچه از یک پرسشنامه کلی حاصل می‌شود دست یابند. لذا پرسشنامه فوق از روایی محتوایی مطلوبی برخوردار است. ضرایب اعتبار آن بر اساس روش‌های به کار رفته بین ۰/۷ تا ۰/۹۳ و روایی همزمان نیز ۰/۵۵ گزارش شده است (۲۴). در ایران تقوی پرسشنامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرنباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰ را به دست آورد. همچنین در این پژوهش برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عاملی استفاده شده است (۲۴).

پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی بزرگسال: مقیاس دلبستگی بزرگسال که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته شده و در مورد نمونه‌های دانشجویی و جمعیت عمومی ایرانی هنجاریابی شده است (۲۵)، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ خواهد بود. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه ۱۴۸۰ نفری (۸۶۰ زن و ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۸؛ برای زنان ۰/۹۱ ، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و برای مردان ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۴؛ برای زنان ۰/۸۶ ، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۷۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی محتوایی مقیاس دلبستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان مقیاس دلبستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های "مشکلات بین شخصی" و "حرمت خود کوپر اسمیت" در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی منفی معنی‌دار از r=-۰/۶۱ تا r=-۰/۸۳ و با زیر مقیاس‌های حرمت خود همبستگی مثبت معنی‌داراز r= ۰/۳۹ تا r= ۰/۴۱ وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دلبستگی ناایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی مثبت معنی‌دار از r= ۰/۲۶ تا r=۰/۴۵ و با زیر مقیاس های حرمت خود همبستگی منفی و اما غیر معنی‌دار به دست آمد. این نتایج نشان دهنده روایی کافی مقیاس دلبستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی دوسوگرا، روایی سازه مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد (۲۷-۲۵).

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ: این پرسشنامه دارای ۷۵ ماده است و بر پایه یافته‌های اشمیت و همکارانش (۱۹۹۵) پانزده طرحواره غیر انطباقی اولیه را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه توسط یانگ و براون (۱۹۹۴) طراحی شد. فرم اولیه دارای ۲۰۵ آیتم بود. به منظور ساختن آزمونی کوتاه‌تر، فرم کوتاه این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ طراحی شد. هر آیتم بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. در این پرسشنامه هر ۵ سئوال یک طرحواره

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

را می‌سنجد. در مطالعه ولبرن، کوریستین، داگ، پونت فرگست و جوردن (۲۰۰۲) کلیه خرده مقیاس‌های ۱۵ گانه فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌ها از همسانی درونی کافی تا بسیار خوب برخوردار بودند. پایایی فرم کوتاه پرسشنامه به روش بازآزمایی ۰/۶۴ محاسبه شد (۲۸). عباسیان و فاتحی زاده (۱۳۸۲) روایی همزمان پرسشنامه و طرحواره را بررسی کردند. رابطه آزمون طرحواره‌ها با آزمون باورهای غیرمنطقی همبستگی ۰/۳۶ معنی‌دار داشت. همچنین روایی صوری پرسشنامه توسط ۱۲ نفر از اساتید دانشگاه اصفهان مورد تایید قرار گرفت. هر آیتم به وسیله مقیاس درجه بندی ۶ تایی نمره‌گذاری می‌شود (۲۸). بنابراین نمره‌های این پرسشنامه با جمع نمرات ماده‌های هر مقیاس به دست می‌آید، به عبارت دیگر هر مقیاس دارای ۵ ماده است که نوع طرحواره ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد، کمینه و بیشینه نمره‌های اندازه گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه بین ۱ تا ۶ است که نمره بالا حاکی از میزان بالای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌هاست (۲۸).

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن: برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای بر مبنای نظریه لازاروس و فولکمن این دو روانشناس در سال ۱۹۸۸ پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن را ساختند. در این پرسشنامه با ۶۶ سوال، دو زیرمقیاس کلی راهبرد هیجان محور و راهبردهای مسئله محور خلاصه می‌شوند که دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزای درونی یا بیرونی به کار می‌برند: ۴ زیر مقیاس جستجوی حمایت اجتماعی، مسولیت پذیری، مسئله گشایی برنامه ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت، راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و ۴ زیر مقیاس مقابله مستقیم، دوری گزینی یا فاصله گیری، گریز- اجتناب، خوشتنداری، راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار. ضریب آلفای کرنباخ بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ برآورد شد (۲۹). در راهبردهای مقابله‌ای لازاروس بالاترین نمره ۱۰۰ است (۳۰). در مطالعه‌ای که سمیعی (۱۳۹۳) بر روی ۴۴۵ نفر از کارمندان دو بانک از طریق نمونه برداری تصادفی در دسترس انجام داد، تحلیل مولفه‌های اصلی نشان داد که ۴۰ سوال استخراج شده از میان ۶۶ سوال، ۵۰/۲ درصد از کل واریانس را تبیین می کند. این سوالات هشت عامل را تشکیل می‌دهند. برای تعیین اعتبار، آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد که نشان می‌دهد این پرسشنامه از اعتبار بالایی برخوردار است (۳۱).

یافته‌ها

در این پژوهش به منظور تحلیل داده‌ها، از تحلیل‌های گوناگون استفاده شده است. در مرحله اول نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف و ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق مورد بررسی قرار گرفت که در جدول‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای متغیرهای تحقیق

ابعاد/ مولفه	سطح معنی‌داری
ابعاد سلامت	۰/۱۲۳
طرحواره های ناسازگار اولیه	۰/۱۴۶
سبکهای مقابله ای	۰/۱۳۹
سبکهای دلبستگی	۰/۱۵۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق

متغیرها	۱	۲	۳	۴
ابعاد سلامت	۱/۰۰			
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	-۰/۵۸۱**	۱/۰۰		
سبک‌های مقابله‌ای	۰/۳۶۳**	۰/۱۷۱**	۱ /۰۰	
سبک‌های دلبستگی	-۰/۳۸۷*	۰/۵۷۵**	۰/۴۷۹**	۱ /۰۰

* $p<۰/۰۵$؛ ** $p<۰/۰۱$

با توجه به اینکه سطح معنی‌داری برای متغیرهای تحقیق بزرگتر از ۰/۰۵ است پس فرض صفر تایید می‌شود و نتیجه می‌گیریم که داده‌های جمع آوری شده برای متغیرهای تحقیق نرمال است. با توجه به نتایج بدست آمده از ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای تحقیق می‌توان گفت بین همه متغیرها در سطح اطمینان ۹۹ درصد رابطه معنی‌داری وجود دارد. با توجه به ضریب مسیر ۰/۵۴- و همچنین آماره t به مقدار ۷/۰۷- می‌توان گفت: سبک‌های دلبستگی در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه سبک‌های دلبستگی با ابعاد سلامت رابطه معنی‌داری دارد، تایید می‌شود. همچنین با توجه به ضریب مسیر ۰/۶۷- و همچنین آماره t به مقدار ۱۱/۵۹- می‌توان گفت: طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت رابطه معنی‌داری دارد تایید می‌شود. با توجه به ضریب مسیر ۰/۳۱- و همچنین آماره t به مقدار ۴/۳۵- می‌توان گفت: سبک‌های مقابله‌ای در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه سبک‌های مقابله‌ای با ابعاد سلامت رابطه معنی‌داری دارد نیز تایید می‌شود. مقدار ضریب تعیین چندگانه (R^2) برابر ۰/۸۱ شد. این ضریب توانایی

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

پیش بینی متغیر وابسته توسط متغیر مستقل را بررسی می‌کند. بر این اساس متغیرهای سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای روی هم رفته توانسته‌اند ۸۱ درصد از تغییرات متغیر ابعاد سلامت را پیش بینی کنند که این نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. در فرضیه سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ابعاد سلامت نقش واسطه‌ای دارد. با توجه به اینکه مقدار بدست آمده آزمون سوبل بیشتر از ۱/۹۶ (مقدار ۷/۱۷) است، می‌توان گفت سبک‌های دلبستگی با میانجیگری سبک‌های مقابله‌ای بر ابعاد سلامت اثر غیر مستقیم دارد. همچنین در فرضیه سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت نقش واسطه‌ای دارد، نیز با توجه به اینکه مقدار به دست آمده آزمون سوبل بیشتر از ۱/۹۶ (مقدار ۱۳/۱۱) است، می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک-های مقابله‌ای بر ابعاد سلامت اثر غیر مستقیم دارد. در حوزه سبک‌های دلبستگی با توجه به ضریب مسیر ۰/۰۸- و همچنین آماره t به مقدار ۰/۶۲- می‌توان گفت: دلبستگی ایمن در سطح اطمینان ۹۵ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر معنی‌داری ندارد؛ بنابراین فرضیه فرعی دوازدهم پژوهش معنی‌دار نیست و تایید نمی‌شود. با توجه به ضریب مسیر ۰/۲۷- و همچنین آماره t به مقدار ۳/۵۵- می‌توان گفت: دلبستگی اجتنابی در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه فرعی سیزدهم پژوهش معنی‌دار است و تایید می‌شود. با توجه به ضریب مسیر ۰/۵۰- و همچنین آماره t به مقدار ۶/۰۵- می‌توان گفت: دلبستگی دوسوگرا در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه فرعی چهاردهم پژوهش معنی‌دار است و تایید می‌شود. مقدار ضریب تعیین چندگانه (R^2) برابر ۰/۳۲ شد. این ضریب توانایی پیش

جدول ۳ . ضرایب مسیر،آماره t و ضریب تعیین (متغیر وابسته:ابعاد سلامت)

متغیر پیش بین	ضریب مسیر (β)	آماره t	ضریب تعیین کل (R^2)
سبکهای دلبستگی	-۰/۵۴	-۷/۰۷**	
طرحواره های ناسازگار اولیه	-۰/۶۷	-۱۱/۵۹**	۰/۸۱
سبکهای مقابله ای	-۰/۳۱	-۴/۳۵**	

* p<۰/۰۵ ؛** p<۰/۰۱

جدول ۴. ضرایب مسیر، آماره t و ضریب تعیین (متغیر وابسته: ابعاد سلامت)

متغیر پیش بین	ضریب مسیر(β)	آماره t	ضریب تعیین کل (R^2)
دلبستگی ایمن	-۰/۰۸	-۰/۶۲	
دلبستگی اجتنابی	-۰/۲۷	-۳/۵۵**	۰/۳۲
دلبستگی دوسوگرا	-۰/۵۰	-۶/۰۵**	

* p<۰/۰۵ ؛** p<۰/۰۱

جدول ۵. ضرایب مسیر، آماره t و ضریب تعیین (متغیر وابسته: ابعاد سلامت)

متغیر پیش بین	ضریب مسیر (β)	آماره t	ضریب تعیین کل (R^2)
بریدگی و طرد	-۰/۶۸	-۹/۶۳**	
خودگردانی و عملکرد مختل	-۰/۵۶	-۷/۹۵**	
دیگرجهتمندی	-۰/۰۹	-۰/۸۱	۰/۶۹
گوش بزنگی بیش از حد و بازداری	-۰/۴۹	-۶/۲۸**	
محدودیتهای مختل	-۰/۳۳	-۵/۶۳**	

* p<۰/۰۵ ؛** p<۰/۰۱

جدول ۶. ضرایب مسیر، آماره t و ضریب تعیین (متغیر وابسته :ابعاد سلامت)

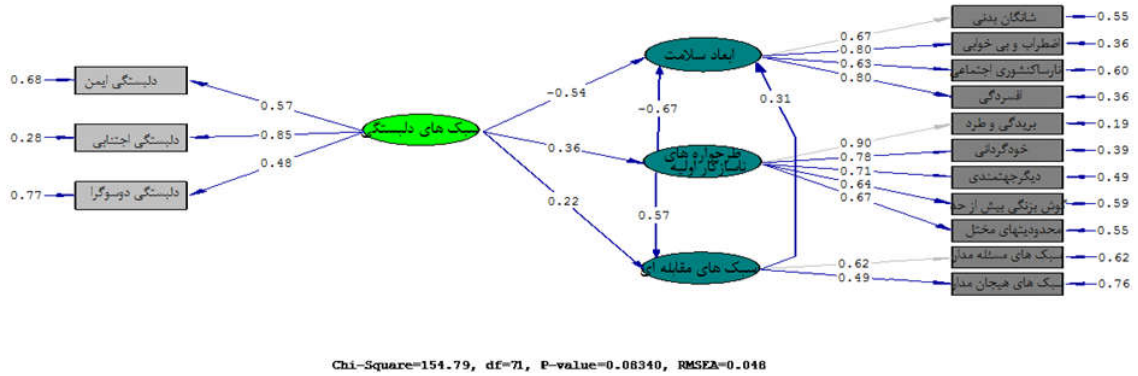
متغیر پیش بین	ضریب مسیر (β)	آماره t	ضریب تعیین کل (R2)
سبکهای مسئله مدار	۰/۳۸	۴/۶۳**	
سبکهای هیجان مدار	-۰/۲۵	-۳/۲۴**	۰/۲۲

* p<۰/۰۵ ؛** p<۰/۰۱

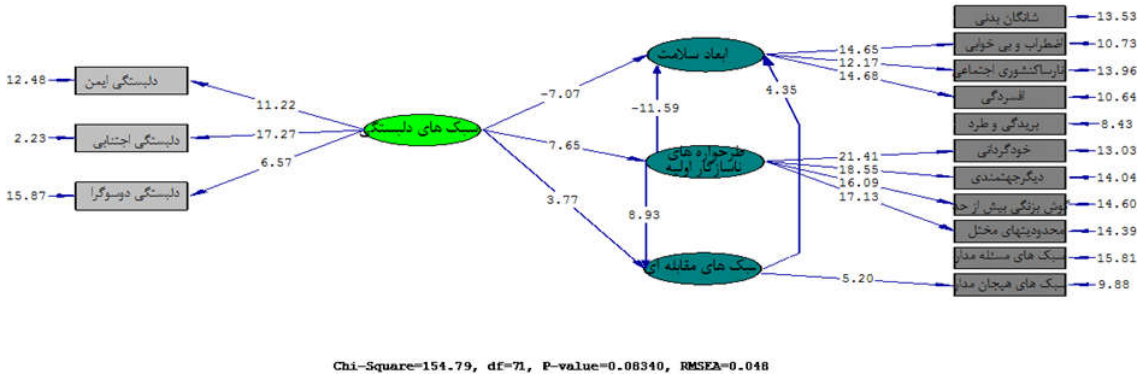
[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

بینی متغیر وابسته توسط متغیر مستقل را بررسی می‌کند. بر این اساس متغیرهای دلبستگی اجتنابی و دلبستگی دوسوگرا روی هم رفته توانسته‌اند ۳۲ درصد از تغییرات متغیر ابعاد سلامت را پیش بینی کنند. متغیر دلبستگی ایمن سهم معنی‌داری در پیش بینی متغیر ابعاد سلامت ندارد که این نتایج در جدول ۴ نشان داده شده است.

در حوزه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط با فرضیه بریدگی و طرد با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی‌داری دارد. نتایج نشان داد که با توجه به ضریب مسیر ۰/۶۸- و همچنین آماره t به مقدار ۹/۶۳- می‌توان گفت: بریدگی و طرد در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین این فرضیه پژوهش معنی‌دار است و تایید می‌شود. نتایج تحلیل‌ها در ارتباط با این فرضیه که خودگردانی و عملکرد مختل با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی‌داری دارد، نشان داد که با توجه به ضریب مسیر ۰/۵۶- و همچنین آماره t به مقدار ۷/۹۵- می‌توان گفت: خودگردانی و عملکرد مختل در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین این فرضیه پژوهش نیز معنی‌دار است و تایید می‌شود. نتایج تحلیل‌ها در ارتباط با این فرضیه که دیگر جهتمندی با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی داری دارد، نشان داد که با توجه به ضریب مسیر ۰/۰۹- و همچنین آماره t به مقدار ۰/۸۱- می‌توان گفت: دیگرجهتمندی در سطح اطمینان ۹۵ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر معنی‌داری ندارد؛ بنابراین این فرضیه پژوهش معنی‌دار نیست و تایید نمی‌شود. در بررسی‌های صورت گرفته بر روی این فرضیه که گوش بزنگی بیش از حد و بازداری با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی‌داری دارد، نتایج نشان داد که با توجه به ضریب مسیر ۰/۴۹- و همچنین آماره t به مقدار ۶/۲۸- می‌توان گفت: گوش بزنگی بیش از حد و بازداری در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین این فرضیه پژوهش معنی‌دار است و تایید می‌شود. در ارتباط با اینکه محدودیت‌های مختل با ابعاد سلامت رابطه منفی معنی‌داری دارد، نتایج نشان داد که با توجه به ضریب مسیر ۰/۳۳- و همچنین آماره t به مقدار ۵/۶۳- می‌توان گفت: محدودیت‌های مختل در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین این فرضیه پژوهش نیز معنی‌دار است و تایید می‌شود. مقدار ضریب تعیین چندگانه (R^2) برابر ۰/۶۹ شد.



شکل ۱. مدل‌سازی معادلات ساختاری مدل مفهومی تحقیق (تخمین استاندارد)



شکل ۲. مدل‌سازی معادلات ساختاری مدل مفهومی تحقیق (معنی‌داری ضرایب)

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

این ضریب توانایی پیش بینی متغیر وابسته توسط متغیر مستقل را بررسی می‌کند. بر این اساس متغیرهای بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و گوش بزنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل روی هم رفته توانسته‌اند ۶۹ درصد از تغییرات متغیر ابعاد سلامت را پیش بینی کنند. متغیر دیگر جهتمندی سهم معنی‌داری در پیش بینی متغیر ابعاد سلامت را نداشت که این نتایج در جدول ۵ نشان داده شده است.

در حوزه سبک‌های مقابله با استرس و در ارتباط با این فرضیه که سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت نقش واسطه‌ای دارد، نتایج نشان داد که با توجه به اینکه مقدار به دست آمده آزمون سوبل بیشتر از ۱/۹۶ (مقدار ۱۳/۱۱) است، می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک‌های مقابله‌ای بر ابعاد سلامت اثر غیرمستقیم دارد. با توجه به ضریب مسیر ۰/۳۸ و همچنین آماره t به مقدار ۴/۶۳ می‌توان گفت: سبک‌های مسئله مدار در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر مثبت و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه سبک مقابله مسئله مدار بر ابعاد سلامت اثر معنی‌داری دارد تایید می‌شود. همچنین با توجه به ضریب مسیر ۰/۲۵- و همچنین آماره t به مقدار ۳/۲۴- می‌توان گفت: سبک‌های هیجان مدار در سطح اطمینان ۹۹ درصد بر ابعاد سلامت تاثیر منفی و معنی‌داری دارد؛ بنابراین فرضیه سبک مقابله هیجان مدار بر ابعاد سلامت اثر معنی‌داری دارد تایید می‌شود. مقدار ضریب تعیین چندگانه (R^2) برابر ۰/۲۲ شد. این ضریب توانایی پیش بینی متغیر وابسته توسط متغیر مستقل را بررسی می‌کند. بر این اساس متغیرهای سبک‌های مسئله مدار و سبک‌های هیجان مدار روی هم رفته توانسته‌اند ۲۲ درصد از تغییرات متغیر ابعاد سلامت را پیش بینی کنند که این نتایج در جدول ۶ نشان داده شده است.

مدل نهایی

با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوش مدل نهایی به صورتی که در شکل‌های ۱ و ۲ آمده است، تدوین شد.

در برسی فرضیه اصلی این پژوهش نتایج حاصله نشان داد که مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک‌های مقابله‌ای با ابعاد سلامت از برازش مناسبی برخوردار است؛ بنابراین فرضیه اصلی تحقیق مورد تائید قرار گرفت که در جدول ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷. شاخص های برازش مدل مفهومی تحقیق

نام شاخص	حد مجاز	مقدار به دست آمده
X2/df	۳ و کمتر	۲/۱۸
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۵
NNFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۵
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۴
RMSEA	کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۴۸

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله با استرس در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت بود. نتایج تحلیل‌ها نشان داد که مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری سبک‌های مقابله‌ای، با ابعاد سلامت از برازش مناسبی برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد که سبک‌های مقابله با استرس نقش واسطه‌ای معنی‌داری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ابعاد سلامت دارد. از سوی دیگر، سبک‌های دلبستگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه هم یک اثر مستقیم و هم یک اثر غیرمستقیم بر ابعاد سلامت دارند. یافته‌ها همچنین نشان دادند که از میان سبک‌های دلبستگی، دو سبک اجتنابی و دوسوگرا و از میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه چهار طرحواره بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، گوش بزنگی و محدودیت‌های مختل رابطه منفی معنی‌داری با ابعاد سلامت داشتند و از بین سبک‌های مقابله‌ای، سبک مقابله‌ای مسئله مدار رابطه مثبت معنی‌دار و سبک مقابله‌ای هیجان مدار رابطه منفی معنی‌داری با ابعاد سلامت داشتند، اما بین سبک دلبستگی ایمن از خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی و دیگر جهتمندی از خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، رابطه معنی‌داری با ابعاد سلامت پیدا نشد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج مطالعات بسیاری همسویی دارد؛ از جمله، این نتایج در دو خرده مقیاس سبک‌های دلبستگی (اجتنابی و دوسوگرا) با یافته‌های کنرادیا و همکارانش (۲۰۱۸)، پیترموناکو و بک (۲۰۱۸)، مک گوایر و همکارانش (۲۰۱۸) و در ایران طاهری و همکارانش (۱۳۹۳) همسویی دارد. در ارتباط با خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مک دانل و همکارانش (۲۰۱۸)، مکک و همکارانش (۲۰۱۷)، شوری و همکارانش

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

(۲۰۱۵) و در ایران با یافته‌های رضایی و همکارانش (۱۳۹۲) و یوسفی (۱۳۹۳) همسویی دارد. در ارتباط با مقیاس سبک‌های مقابله با استرس یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گراوین و گرانت (۲۰۱۳) و در ایران با نتایج بررسی‌های نوربالا و همکارانش (۱۳۹۵) و اسماعیلی و افشاری (۱۳۹۵) همسویی دارد. همچنین در خصوص میانجیگری سبک‌های مقابله‌ای بین سبک‌های دلبستگی با و ابعاد سلامت یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های همچنین مک کن و همکارانش (۲۰۱۷) همسویی دارد. در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان چنین گفت که تحقیقات قبلی حاکی از این است که تجارب دلبستگی، طرحواره‌ها و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند فاکتور موثری در سلامت افراد باشد. با استناد به این تحقیقات افراد دارای سبک‌های دلبستگی اضطرابی و اجتنابی، طرحواره‌های ناسازگار و راهبردهای مقابله‌ای منفی در خطر ابتلا به انواع اختلالات جسمی و روانشناختی قرار دارند. افراد دارای سبک‌های دلبستگی ناایمن از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه بیشتری استفاده می‌کنند (۳۲). سبک‌های دلبستگی ناایمن و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه افراد باعث می‌شود که آنها در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا توانایی کمتری داشته باشند که این مسئله در کوتاه مدت با افزایش اضطراب و در بلند مدت با کاهش حس خودکارآمدی فردی و افزایش آسیب پذیری در برابر مشکلات جسمی و روانشناختی و کاهش سطح سلامت آنها همراه است (۳۳). همچنین اگر چه طرحواره‌ها در دوران کودکی کارکرد خوبی دارند، اما استفاده از آنها در سال‌های بعدی زندگی ناسازگارانه است، زیرا ادارک جهان مشابه دوران کودکی نیست (۳۴). وجود این طرحواره‌ها در دوران بزرگسالی باعث مقابله با مشکلات در راه‌های ناسازگارانه می‌شود و تهدیدی برای بهزیستی و سلامت افراد به شمار می‌رود. فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر به ارزیابی منفی رویدادها و تعبیر محرک‌ها به صورت منفی و تهدیدآمیز می‌شود (۳۵). این امر باعث می‌شود که فرد موقعیت فشارزا و توانایی خود برای مقابله با آن را به صورت منفی ارزیابی کند و در نتیجه در یک راهبرد مقابله‌ای منفعل و ناسازگارانه مانند مقابله هیجان مدار درگیر شود (۳۶). چرا که افراد زمانی از مقابله‌های ناسازگارانه استفاده می‌کنند که موقعیت استرس‌زا را غیر قابل کنترل و دستکاری ادراک کنند (۳۷). از سوی دیگر فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه حجم عظیمی از هیجان‌های منفی و ناخوشایند را تولید می‌کند (۳۳) و افراد سبک مقابله‌ای ناسازگار را به کار می‌بندند تا با هیجانات آشفته ناشی از برانگیختگی طرحواره‌ها کنار آیند و از آنجایی که فرد با طرحواره‌هایش احساس راحتی می‌کند و نیاز به هماهنگی شناختی دارد، برای بقا و تداوم طرحواره خود می‌جنگد که یکی از ساز و کارهایی که به کار می‌گیرد استفاده از سبک مقابله‌ای ناسازگار است. به دنبال استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه، آشفتگی‌های روانشناختی بیشتری را تجربه می‌کنند و کیفیت سلامت آنها کاهش می‌یابد (۳۸). بدین ترتیب، طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق واداشتن افراد به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مقابله هیجان مدار) سطح سلامت پایین‌تری را موجب می‌شوند. به عنوان مثال، افرادی که دارای طرحواره‌های ناسازگار در حوزه طرد و بریدگی هستند، انتظار دارند که نیازشان به امنیت و محبت برآورده نشود و آنها ممکن است در برابر احساس طرد و ناایمنی از طریق یک راهبرد مقابله‌ای نامؤثر محافظت کنند که این امر در پایین آمدن کیفیت سلامت آنها سهیم است. در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند موجب افزایش دانش روانشناختی ما در زمینه عوامل موثر بر شکل دهی و تداوم سلامت باشد و به گسترش تبیین‌های مربوط به سلامت کمک کند. به علاوه، یافته‌های این پژوهش تاییدی است بر نظریه‌های حاضر در زمینه رابطه بین سبک‌های دلبستگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله با استرس، با ابعاد سلامت و توجه به این مطلب که رابطه بین این متغیرها پیچیده است و بررسی سایر متغیرها به منظور فهم بهتر این رابطه ضروری است. به طور کلی نتایج این پژوهش نوید بخش نگاهی نو به مقوله سلامت است که برای تبیین بهتر نیاز به دیدگاهی گسترده و همه جانبه دارد. در سطح عملی و به خصوص بالینی، این یافته‌ها، متخصصان بهداشت روان از جمله روان شناسان و روانپزشکان را تشویق می‌کند با شناسایی عوامل تاثیرگذار بتوانند رویکردهای موثر، نوین و مقرون به صرفه‌ای را جهت پیشگیری، درمان و ارتقاء سلامت جسمی و روانی مد نظر قرار دهند و با شناسایی به موقع عوامل مداخله‌گر در بیماری و سلامت، بتوانند هزینه‌های تحمیل شده به فرد، جامعه و سیستم بهداشت و درمان را کاهش دهند. بررسی شاخص‌های سلامت یک ضرورت بسیار مهم در ارزیابی وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای دست اندرکاران و برنامه ریزان حوزه سلامت است، تا بر این اساس اولویت‌های مهم بهداشتی جامعه را نیز درک کرده و برنامه‌های ارایه شده را به نحو مطلوبی اجرا کنند و با ارایه چهارچوب مفهومی شاخص‌های سلامت می‌توان یک مجموعه منسجم از شاخص‌های سلامت جسم و روان را ایجاد کرد.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

REFERENCES

1. Schwartz CE, Bode R, Repucci N, Becker J, Sprangers MA, Fayers PM. The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift. Qual Life Res 2006;15:1533-50.

2-Shojaei Tehrani H, Ebadi Fardazar F, Eds. Principles of health services. Tehran: Samatat Publications; 2007. [In Persian]

3- Waitley D, Ed. The psychology of winning. USA: Berkley Publishing; 2016. P.198630-2.

4-Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock; 1979.

5-Conradia HJ, Kamphuis JH, de Jongeb P. Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care. J Affect Disord 2018; 225: 160-66.

6- Pietromonaco PR, Beck LA. Adult attachment and physical health. Curr Opin Psychol 2019;25:115-120.

7-McGuire A, Gillath O, Jackson Y, Ingram R. Attachment security priming as a potential intervention for depressive symptoms. Journal of Social and Clinical Psychology 2018; 37: 44-68.

8-Taheri M, Hasani, J, Rezaei Jamalouee H. Prediction of health dimensions based on attachment styles and components of emotional intelligence. Journal of Clinical Care 2014;2:24-31. [In Persian]

9-Young JE, Klosko JS, Weishaar ME, Eds. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.

10-Yang J, Ed. Cognitive therapy of personality disorders, a scenario-focused approach; Translation: Sahebi A, Hamidpour H. Tehran: Arjomand Publication; 2005. [In Persian]

11-Yang J, Colosseau J, Vishar M, Eds. Schema therapy: a practical guide for clinical specialists. Translation: Hamidpour H, Endoz Z. First edition. Tehran: Arjmand Publishing; 2003. [In Persian]

12- Mc Donnell E, Hevey D, McCauley M, Ducray KN. Exploration of associations between early maladaptive schemas, impaired emotional regulation, coping strategies and resilience in opioid dependent poly-drug users. Subst Use Misuse 2018;53:2320-29.

13-Mącik D. Symptoms of mental health disorders and erly maladaptive schhemas- assessment of dependencies. Psychoterapia 2017;1: 33–47.

14- Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL. The relationship between early maladaptive schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders. J Psychoactive Drugs 2015;47:230-8.

15-Rezaei M, Gholam Razaei S, Sehvandi MA, Ghazanfari F, Derrickand F. The power of early maladaptive schemas and personality dimensions in predicting depression. Thought and Behavior 2013;8:77-86. [In Persian]

16-Hobfoll SE, Schwarzer RC. Disentangling the stress labyrinth interpreting the meaning of the term stress and it is studied in health context.Anxiety. Stress Coping. 1998;11: 181-212.

17-Lazarus MLRS, Folkman S. The concept of coping in stress, Appraisal, and coping. 1984: New York, Springer.

18- Graven LJ, Grant JS. Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: an integrative review. Heart Lung. 2013;42:183-94.

19-Noorbala F, Bahrami E, Alipour A. The Effect of Avoidance and Extreme Counterfeit Coping Styles on Health; Journal of Health Psychology. 2016; 5:21-29. [In Persian]

20-Ismaili A, Afshari A. The study of the relationship between coping styles and early maladaptive schemas. 5th International Conference of Psychology and Social Sciences, Tehran, Iran: 2016. [In Persian]

21- Annette M, Heron CJ, Thomson R, Nicholas D. Attachment, Coping, and Suicidal Behavior in Male Prisoners. Criminal Justice and Behavior. 2017; 44: 566-588.

22-Markus KA. Principles and Practice of Structural Equation Modeling by Rex B. Kline. Structural Equation Modeling. Multidisciplinary J. 2012:19:509-12.

23-Goldberg D. Manual of the general health questionnaire. 1978: Windsor: NFER Publishing Company.

24-Taqavi, SMR. Validity and validity of general health questionnaire on a group of students in Shiraz University, Journal of Psychology. 2002; 4: 381-398. [In Persian]

25-Basharat MA. Standardization of Adult Attachment Scale. Research Report, University of Tehran. 2005;11;42-47 [Persian]

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]
[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]

26-Basharat MA. Adult Attachment Scale: A Questionnaire, Method of Implementation and Grading. Developmental Psychology. 2013; 35: 32-317. [In Persian]

27-Besharat MA. Development and validation of Adult Attachment Inventory. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2011;30: 475-479. [In Persian]

28-Abbasids HR, Fatehizadeh M. Standardization of a short form of cognitive schema test on Isfahan University Students, Isfahan University [Master's thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2003. [In Persian]

29- Soleimani M A, Pahlevan Sharif S, Yaghoobzadeh A, Sim Ong F. Relationship between hardiness and addiction potential in medical students. Iran J Psychiatry Behav Sci 2016; 10:e6225.

30-Saatchi M, Kamkar K, Ashgarian M, Eds. Psychological tests. Tehran: Virayesh Publishing; 2010. [In Persian]

31-Samii S. Psychometric properties of Lazarus Folman coping strategies questionnaire and its relationship with anxiety and self-efficacy of coping with problems [Master's Thesis]. Tehran: Islamic Azad University; 2014. [In Persian]

32-Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: a review. J Trauma Stress 2004;17:11 -21.

33-Shaver PR, Mikulincer M0. Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In: Gross JJ, Ed. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. 446–65.

34- Yang J, Ed. Schema therapy. Translation: Hamidpour H, Endoz Z. First edition. Tehran: Arjmand Publishing; 2017. [In Persian]

35-Penley JA, Tomaka J. Associations among the Big five, emotional responses, and coping with acute stress. Personality and Individual Differences 2002;32: 1215-28.

36-BallS SJ, Shekhar A. A psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. Psychiatric Res 2002;36: 97-103.

37-Karlsen B, Oftedal B, Bru E. The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. Journal of Advanced Nursing 2012; 68: 391–401.

38-Endler NS, Parker JDA. Multidimensional assessment of coping: task, emotion and avoidance strategies. Psychological Assessments 1994;6: 50-60.

[Downloaded from tmuj.iautmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.10235922.1398.29.4.8.8]

[DOI: 10.29252/iau.29.4.337]