



Comparison of Maladaptive Schemas and Components of Emotional Intelligence in Observing or Not Observing Health Procedures During the Covid-19 Pandemic

Sajjad Panahi Far Department of Psychology, College of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran.

Farnaz Khodadadi Jokar * Department of Psychology, College of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

Mahna Gholami MA in Clinical Psychology, Sanandaj, Iran.

Abstract

The aim of this study was to compare maladaptive schemas and components of emotional intelligence in observing or not observing health procedures during the Covid-19 pandemic in soldiers of a military training center in the Armed Forces in 2020. The statistical sample consisted of 148 people out of 250 people who referred to the university in a certain period of time without observing the hygienic principles related to the coronavirus and were selected by systematic sampling method. They were selected to the Duty Training Center. To collect data the Bar-On Emotional Intelligence Questionnaire (1980) and Young's Early Maladaptive Schemas Questionnaire (1995) were used. Finally, the data were analyzed using multivariate analysis of variance and Bonferroni post-hoc test. Findings indicate that there is a significant difference between the early maladaptive schemas in the field of disconnection and rejection and the field of impaired performance as well as the components of emotional intelligence in interpersonal and intrapersonal intelligence between the two groups. Accordingly, the existence of maladaptive schemas and low levels of interpersonal and intrapersonal intelligence are among the psychological factors influencing the lack of attention to health principles in the fight against coronavirus.

Keywords: Emotional Intelligence, Maladaptive Schemas, Corona Virus, Observance and Non-Observance of Health Principles

* Corresponding Author: Khodadadifarnaz7@gmail.com



دانشگاه جامع امام حسین

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های هوش هیجانی در رعایت یا عدم رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در دوره کرونایی

سجاد پناهی‌فر

دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه

لرستان، لرستان، ایران.

فرناز خدادادی جوکار*

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم

اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

مهنا غلامی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، سندج، ایران

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های هوش هیجانی در رعایت یا عدم رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ در سربازان یک مرکز آموزشی نظامی در نیروهای مسلح در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت.

روش اجرا: نمونه آماری شامل ۱۴۸ نفر از ۲۵۰ نفری بودند که بدون رعایت اصول بهداشتی مربوط به ویروس کرونا در بازه زمانی معین به یکی از مراکز آموزش نظامی مراجعه نمودند و با روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند و نمونه افراد پاسخ‌دهنده به اصول بهداشتی کرونا نیز به صورت همگن از مراجعه‌کنندگان به همان مرکز آموزش انتخاب شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه هوش هیجانی بار-آن (۱۹۸۰) و پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۵) استفاده شد؛ و در نهایت داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی بوئنفرنی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه طرد و بریدگی و حوزه عملکردهای مختل و همچنین مؤلفه‌های هوش هیجانی در هوش بین فردی و درون فردی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بر این اساس وجود طرح‌واره‌های ناسازگار و پایین بودن سطح هوش بین فردی و درون فردی از عوامل روان‌شناختی تأثیرگذار در عدم توجه به اصول بهداشتی در مقابله با ویروس کرونا است.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی؛ طرح‌واره‌های ناسازگار؛ ویروس کرونا؛ رعایت و عدم رعایت اصول بهداشتی.

مقدمه

در سال ۲۰۱۹، یک ویروس کرونای^۱ جدید که سارس-کو-۲ و بیماری‌اش کووید-۱۹، نامیده شدند، از ووهان (چین) پدیدار شد، گسترش یافت و منجر به یک همه‌گیری جهانی شد. ردیابی جهانی شیوع نشان می‌دهد که دیگر کشورها احتمالاً در مراقبت از بیماران مبتلابه کرونا فشارهای مشابهی را در زیرساخت‌های خود دارند. چین، جایی که منشأ کرونا است، پیشرفت همه‌گیری را با تأکید بر فاصله اجتماعی کاهش داده است، درحالی‌که کره جنوبی نیز مشابه آن با آزمایش گسترده مانع از شیوع بیماری شده است. همه‌گیری کرونا شاید ویرانگرترین رویداد جهانی در پزشکی مدرن باشد (پیوا، فیلیپینی، تورلا، کاتانیو، مارگولا و همکاران^۲، ۲۰۲۰). داده‌های اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که قطرات کوچکی که در ارتباط رودررو طی صحبت کردن، سرفه و عطسه خارج می‌شوند رایج‌ترین راه انتقال هستند. تماس طولانی با فرد مبتلا (در حدفاصل ۶ پایی و برای حداقل ۱۵ دقیقه) و تماس کوتاه با افراد نشانه‌دار (شامل سرفه)، با خطر بالاتر انتقال ارتباط دارد، درحالی‌که تماس کوتاه با افراد بدون نشانه به احتمال کمتری منجر به انتقال می‌شود (چو، آکل، دودا و همکاران^۳، ۲۰۲۰). به‌علاوه احتمال انتشار و انتقال از طریق تماس با سطوح، نیز وجود دارد (کامف، تاد، فندر و استینمن^۴، ۲۰۲۰؛ مارکوس و دومینگو^۵، ۲۰۲۱). یکی از راه‌های ابتلای فرد به کرونا ویروس از طریق لمس شیء یا سطح آلوده است؛ بدین صورت که فرد پس از تماس با سطح آلوده و سپس لمس دهان، بینی و چشمان با دست آلوده، ویروس را وارد بدن خود می‌کند (توکلی، وحدت و کشاورز، ۲۰۲۰). در این زمینه شست‌وشوی مکرر دست‌ها با آب و صابون، ضدعفونی کردن سطوح، استفاده از ماسک تنفسی، استفاده از دستمال کاغذی برای خشک کردن دست‌ها، شخصی شدن میز و وسایل کار، شخصی شدن کمد لباس‌ها و استفاده از سیستم چهره‌نگاری به‌جای انگشت‌نگاری جهت ثبت ورود و خروج از راه کارهای بهینه جهت پیشگیری از انتشار ویروس کرونا است (ابراهیمی، یاراحمدی، ملک‌پور، ناصرزاده، طاهری و همکاران، ۱۳۹۹). رایج‌ترین نشانگان کووید-۱۹ تب، سرفه خشک و تنگی نفس، علائم اسکلتی عضلانی (میالژی، درد مفاصل، خستگی)، علائم گوارشی و از دست دادن حس بویایی/چشایی است، اما بعضی از مبتلایان ممکن است هیچ‌کدام از این نشانگان را نشان

-
1. Coronavirus
 2. Piva, Filippini, Turla, Cattaneo, Margola
 3. Chu, Akl, Duda
 4. Kampf, Todt, Pfaender & Steinmann
 5. Marqu'es & Domingo

ندهند (دو کرتی، هریسون، گرین و همکاران^۱، ۲۰۲۰؛ وانگ، هو و همکاران^۲، ۲۰۲۰، لاندی، باریلارو، بلینی و همکاران^۳، ۲۰۲۰؛ لی، ژائو، هی، وو، یویی و چن^۴، ۲۰۲۰؛ جوست، ویرسینگا، رودز، چنگ، پیکاک و همکاران^۵، ۲۰۲۰). کووید-۱۹ یک بیماری بالقوه قابل پیشگیری است، مدل‌های آماری ریاضی و شواهد تجربی ارتباط مداخلات بهداشت عمومی، شامل قرنطینه خانگی بعد از سرایت، محدود کردن تجمعات گسترده، محدودیت سفر و فاصله اجتماعی را با کاهش و کنترل میزان انتقال، حمایت می‌کنند، (جون، روتنبوهلر، بوبوس^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ پن، لیو، وانگ^۷ و همکاران، ۲۰۲۰؛ خیائو، تانگ، وو، شکه و تانگ^۸، ۲۰۲۰). هم‌زمان با آن‌که جهان در شرایط بحرانی ناشی از کووید-۱۹ به سر می‌برد و به نظر می‌رسید که دنیا را به بن‌بست رسانده است، وضعیت ترس و اضطراب در جهان شکل گرفت (کومار و سومانی، ۲۰۲۰؛ نقل از فریور و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه مطالعات بسیاری نشان داده است که کووید-۱۹ به دلیل میزان بالای سرایت ویروس و افزایش تعداد موارد تأیید شده و تلفات در سرتاسر جهان، واکنش‌های ترسناک و استرس روانی را در جمعیت عمومی به وجود آورده است (کیو و شن، ژائو، وانگ، خیه و همکاران^۹، ۲۰۲۰؛ وانگ، پن، ون، تن، خو و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۰). اضطراب بیمار شدن یا ترس از مرگ به دلیل ویروس کرونا، احتمالاً منجر به احساس ناتوانی، ناامیدی، خستگی و فرسودگی شغلی، احساسات منفی، برهم خوردن تعادل کار و زندگی و سلامت روحی می‌گردد (موختار^{۱۱}، ۲۰۲۰؛ نقل از عزیزی آرام و بشرپور، ۱۳۹۹). وضعیت شدید کووید-۱۹ منجر به مشکلات سلامت روان مانند اضطراب و استرس در کارکنان مراکز بهداشتی می‌گردد و یکی از دلایل آن ترس از انتقال و انتشار ویروس به خانواده خویش می‌باشد و احتمالاً خانواده‌های افراد شاغل در مراکز درمانی- بهداشتی نیز از مشکلات مشابه آن‌ها در طول شیوع کووید ۱۹ رنج خواهند برد (یینگ، روان، کونگ، ژو، جی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده،

1. Docherty, Harrison & Green
2. Wang, Hu & Hu
3. Landi, Barillaro & Bellieni
4. Li, Zhao, He, Wu, Yue & Chen
5. Wiersinga, Rhodes, Cheng, Peacock, Prescott
6. Juni, Rothenbuhler & Bobos
7. Pan, Liu & Wang
8. Xiao, Tang, Wu, Cheke & Tang
9. Qiu, Shen, Zhao, Wang & Xie
10. Wang, Pan, Wan, Tan & Xu
11. Mukhtar
12. Ying, Ruan, Kong, Zhu & Ji

شیوع بیماری‌های عفونی مانند کووید-۱۹ می‌تواند باعث پریشانی شدید هیجانی، ترس از بیماری، اضطراب، افسردگی و خشم شود حتی در افرادی که در معرض خطر بالای این بیماری نیستند (دایی، هو، شیونگ، کیو و یوان، ۲۰۲۰؛ هوانگ و ژائو، ۲۰۲۰). در این راستا یکی از اهداف اصلی روان‌شناسی بالینی و سلامت در طول این بیماری همه‌گیر، بررسی واکنش‌های رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی به اورژانس کووید-۱۹ و همچنین اقدامات پیشگیرانه‌ای است که توسط دولت‌ها برای محدود کردن سرایت اعمال شده است، مانند انزوای اجتماعی (کستلنو، دجیورجیو، مانزونی، تریدوی و موهدینی، ۲۰۲۰). در واقع کووید-۱۹ را نمی‌توان صرفاً به‌عنوان امری بهداشتی قلمداد کرد و آن را به مسئله‌ای پزشکی تقلیل داد؛ بلکه باید به این بیماری به‌عنوان یک واقعیت روانی اجتماعی نگریسته شود و با شناسایی ابعاد مختلف فرهنگی، روان‌شناختی، سیاسی و اجتماعی به تهیه راهنماها و پروتکل‌های مناسب مبادرت کرد. هردو مبانی نظری و تجربی برای این انتظار وجود دارد که هوش هیجانی به‌عنوان یک ضربه‌گیر (حائل) در برابر پیامدهای انگیزشی مخرب آسیب، عمل کند (مریدا-لوپز، بیکر، اکستیرمرا، ۲۰۱۹). مفهوم هوش هیجانی که برای اولین بار توسط سالووی و مایر در سال ۱۹۹۰ مطرح شد، در رویارویی موفقیت‌آمیز با فشارهای روزمره مانند خودآگاهی، خودکنترلی و روابط مؤثر در طول کووید-۱۹ مفید است (تاگو و کوارشی، ۲۰۱۶). از آنجا که، اثربخشی مقررات پیشگیرانه با نگرش افراد، درک و ویژگی‌های خطر و همچنین توانایی آن‌ها برای سازگاری، تغییر و درگیر شدن در رفتارهای محافظتی ارتباط دارد (چن، ران، لیو، هو، دو و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژانگ، لو، لی و همکاران؛ بیش و میچی، ۲۰۱۰) و با توجه به دنیایی که به‌سرعت در حال رشد است، بر رهبران و مدیران ضروری است که درجه‌ای از هوش هیجانی را برای مقابله با چالش‌های گسترده در پیرامونشان به کار بگیرند (سلطانی، شهسواری و مرادی، ۲۰۱۴). در واقع بحران کرونا در حال آزمودن احساسات و هوش و ثبات هیجانی همه است. شیوع کووید-۱۹ ممکن است برای مردم استرس‌زا باشد. ترس و اضطراب در مورد یک بیماری می‌تواند طاقت‌فرسا باشد و باعث ایجاد احساسات قوی در بزرگسالان و کودکان شود. هوش هیجانی و مهارت ثبات هیجانی هسته اصلی

1. Dai, Hu, Xiong, Qiu & Yuan
2. Huang & Zhao
3. Castelnuovo, De Giorgio, Manzoni, Treadway & Mohiyeddini
4. Merida-Lopez, Bakker & Extremera
5. Tagoe & Quarshie
6. Chen, Ran, Liu, Hu & Du
7. Zhong, Luo & Li
8. Bish & Michie

در برخورد با بحران‌های انسانی هستند (عبدل-فتاح^۱، ۲۰۲۰). یکی از ویژگی‌های کلیدی افراد با هوش هیجانی این است که آن‌ها در تنظیم احساسات خود و حفظ کیفیت عملکرد خود در دوره‌های استرس شدید متخصص هستند (اوراک، فراهانی، کلیشامی، سید فاطمی، بنی‌هاشمی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). هوش هیجانی به‌عنوان بخش اصلی هیجان درونی، افراد را برای شناخت موقعیت‌های متفاوت و انتخاب آیت‌هایی که برای زندگی‌شان مناسب هستند کمک می‌کند (نایدوو^۳، ۲۰۰۰). هوش هیجانی «توانایی نظارت بر احساسات و عواطف خود و دیگران، تمایز بین آن‌ها و استفاده از این اطلاعات» برای هدایت تفکر و اقدامات فرد است (سالوی، ۱۹۹۰، نقل از روزتینی، ساردلی، پالس، تورولا، لوواتو^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). فراتر از عوامل مرتبط با کووید-۱۹ ویژگی‌های متعدد فردی و اجتماعی نیز ممکن است رفتارهای جمعیتی را پیش‌بینی کرده و شکل دهند (ژانگ، وو، ژائو و ژانگ^۵، ۲۰۲۰). از سویی یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند در پاسخ دادن یا پاسخ ندادن به اصول بهداشتی ویروس کرونا نقش داشته باشد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (محمد بیگی، بختیاری، محمدخانی و صادقی، ۱۳۹۱). همچنین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یکی از متغیرهایی است که ممکن است ترس از ابتلا به بیماری مانند کرونا ویروس را تشدید کند. از آنجایی که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند منجر به هراس اجتماعی در افراد شوند، همین هراس و ترس از روابط اجتماعی و تقابل رودررو با افراد می‌تواند ترس از ارزیابی را در دیگران تشدید کند (زینل و یوزر^۶، ۲۰۲۰). یافته‌های فتحی، شیرمردی، ماهارو و کرایبی (۱۴۰۰) نشان داد، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و طرح‌واره ناسازگار رهاشدگی بهترین پیش‌بینی کننده برای اضطراب بیماری کرونا کارکنان شبکه بهداشت است. یانگ و کلسکو^۷ (۲۰۰۵) طرح‌واره‌ها را باورهای عمیق و مستحکم فرد در مورد خود و جهان و حاصل آموزه‌های سال‌های نخستین زندگی می‌دانند. به نظر آن‌ها طرح‌واره‌ها، دانش ما در مورد خودمان و جهان هستند و به ما می‌گویند چگونه‌ایم و جهان چگونه است. اغلب طرح‌واره‌ها، نتیجه زیان‌بخش فرآیند تحول در دوره کودکی است (یانگ، کولسکو و ویشار^۸، ۲۰۰۳). طرح‌واره‌ها حالت ابعادی دارند، بدین معنا که از نظر شدت و گستره فعالیت در ذهن با یکدیگر فرق دارند. هر چه طرح‌واره شدیدتر باشد

1. Abdel-Fattah
2. Orak, Farahani, Kelishami, Seyedfatemi & Banishemi
3. Naidoo
4. Rossetini, Conti, Suardelli, Geri & Palese Lea, Davis, Mahoney & Qualter
5. Zhang, Wu, Zhao & Zhang
6. Zeynel & Uzer
7. Young & Klosko
8. Weishaar

شمار بیشتری از موقعیت‌ها می‌توانند آن را فعال کنند (مارتین^۱ و یانگ، ۲۰۱۰). طرح‌واره‌ها مطابق با ۵ نیاز تحولی کودک به پنج حوزه، بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری تقسیم شده‌اند که هر کدام شامل چند طرح‌واره است. حوزه بریدگی و طرد که بیانگر آن است که نیازهای فرد برای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء نخواهد شد شامل طرح‌واره‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص / شرم و انزوای اجتماعی / یگانگی است. حوزه خودگردانی و عملکرد مختل بیانگر آن است که انتظارات فرد از خود و محیط به توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقاء و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت‌آمیز کارها تداخل می‌کنند شامل طرح‌واره‌های وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خود تحول نیافته / گرفتار و شکست می‌باشد. حوزه محدودیت‌های مختل که اشاره به نقص در محدودیت‌های درونی، احساس مسئولیت در قبال دیگران یا جهت‌گیری مثبت به اهداف بلندمدت زندگی دارد شامل استحقاق / بزرگ‌منشی، خویش‌داری و خود انضباطی ناکافی است. حوزه دیگر جهت‌مندی اشاره به تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران دارد به گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود و شامل طرح‌واره‌های اطاعت، ایثار و پذیرش‌جویی / جلب توجه می‌باشد و حوزه گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری که اشاره به تأکید افراطی بر واپس‌زنی احساسات، تکانه‌ها و انتخاب‌های خودانگیخته فرد دارد و شامل طرح‌واره‌های منفی‌گرایی / بدبینی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و تنبیه می‌باشد (یانگ، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور، ۱۳۸۶). مطالعه کمر و کالوت^۲ (۲۰۱۲) نشان داد که در افراد با سبک دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا، تشکیل طرح‌واره‌های معیوبی که باعث عدم پذیرش، آسیب زدن به خود، پیروی و هدایت شدن توسط دیگران می‌شود، به نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌انجامد. براساس تئوری الگوی پیشنهاد شده توسط یانگ طرح‌واره‌ها در دوران کودکی توسعه می‌یابند و به صورت قالب‌هایی برای پردازش تجارب بعدی به کار گرفته می‌شوند. با انعکاس طرح‌واره‌های ناسازگار اغلب باورهای بی‌قیدوشرطی درباره خود شخص ایجاد می‌شود (تتلی، مقدم و داوسون^۳، ۲۰۱۴). پاسخ مداخله‌ای بحران روانی توصیه شده به کووید-۱۹ بر حفظ ثبات هیجانی، مقابله با ترس، نظارت بر ناراحتی و

-
1. Martin
 2. Camara & Calvete
 3. Tetley, Moghaddam & Dawson

بهبود مقابله متمرکز بود (ژانگ، وو، ژائو و ژانگ^۱، ۲۰۲۰). هوش هیجانی به تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی که با شرایط استرس‌زا مقابله می‌کنند کمک می‌کند (لیا، داویس، ماهونی و کوواتر^۲، ۲۰۱۹). هوش هیجانی به نظر می‌رسد نقش تعیین‌کننده‌ای در سطوح استرس و مدیریت رضایت‌بخش آن دارد (ماسا، آگوس و پنا^۳، ۲۰۲۰). در این راستا مطالعات نشان می‌دهند که پاسخ ندادن به اصول بهداشتی در دوران کرونا به نوعی یک نوع اهمال‌کاری محسوب می‌شود و نتایج مطالعات این یافته را تأیید کرده‌اند که هوش هیجانی پایین با اهمال‌کاری بالاتر در ارتباط است و بنابراین با کاهش هوش هیجانی می‌توان بیان کرد که این احتمال وجود دارد که افراد در رعایت اصول بهداشتی دقت کمتری داشته باشند (جعفری، سید خراسانی، ۱۳۹۷).

در مورد طرح‌واره‌ها نیز می‌توان به این موضوع اشاره کرد که پاسخ ندادن به اصول بهداشتی در دوران کرونا نوعی اهمال‌کاری در نظر گرفته می‌شود و مطالعات نشان داده‌اند که اهمال‌کاری با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه رابطه مثبتی دارد (محمد بیگی و همکاران، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش مصلح تکمیلی (۱۴۰۰) نشان داد، با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (خودمختاری و عملکرد مختل) و طرح‌واره‌های مقابله با تنیدگی می‌توان ترس از ابتلا به کرونا ویروس (کووید-۱۹) در دانش‌آموزان را پیش‌بینی کرد. از سویی پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و انجام درست وظایف رابطه معکوسی وجود دارد (محمد بیگی و همکاران) و از سویی دیگر رابطه بین هوش هیجانی با مسئولیت اجتماعی مثبت و معنادار است به این معنا که نمره بالا در هوش هیجانی با نمره بالا در مسئولیت اجتماعی همراه است (ارزانی بیرجانی، بختیارپور، سعیدی‌مهر، ۲۰۱۹). همان‌طور که مسئولیت اجتماعی شامل مراقبت از خودمان و دیگران، انجام وظایف، همکاری کردن با اجتماعی که به آن تعلق داریم و ساخت دنیایی بهتر می‌باشد (لیکونا^۴، ۱۹۹۲). در شرایط بحرانی کنونی هر فرد به‌عنوان عضوی از جامعه مسئول محافظت از خود و دیگران هست. پژوهشگران در پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال هستند که آیا بین طرح‌واره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های هوش هیجانی در رعایت یا عدم رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ در سربازان یک مرکز آموزشی نظامی تفاوت وجود دارد.

-
1. Zhang, Wu, Zhao & Zhang
 2. Lea, Davis, Mahoney & Qualter
 3. Mascia, Agus & Penna
 4. Lickona

روش اجرا

پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. این نوع مطالعات به صورت پس‌رویدادی بوده و هدف از آن شناسایی و تعیین ارتباط بین متغیرهایی است که قبلاً اتفاق افتاده است. جامعه آماری شامل کلیه مراجعه‌کنندگان به یکی از مراکز آموزش نظامی در نیروهای مسلح است که در تیرماه سال ۱۳۹۹ بود. از میان جامعه آماری، به روش نمونه‌گیری سیستماتیک تعداد ۱۴۸ نفر از افراد غیر پاسخگو به اصول بهداشتی مربوط به ویروس کرونا به عنوان گروه ملاک و همچنین تعداد ۱۴۸ نفر از پاسخ‌دهنده به اصول بهداشتی کرونا به عنوان گروه هم‌انتخاب شدند؛ پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزار پرسشنامه، موردبررسی قرار گرفتند که در انتها تعداد ۱۳۲ پرسشنامه مربوط به گروه ملاک و ۱۲۹ پرسشنامه مربوط به گروه هم‌انتخاب قابل تحلیل بود. از فرمول کوکران برای تعیین حجم نمونه استفاده شد. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاحظه‌های اخلاقی زیر در این پژوهش رعایت شدند:

- ۱) کلیه اطلاعات انفرادی هر یک از شرکت‌کنندگان کاملاً به صورت محرمانه بود،
 - ۲) برای شرکت‌کنندگان امکان انصراف از تحقیق و یا عدم مشارکت برای هر یک از آنان در طول اجرای تحقیق وجود داشت،
 - ۳) به دلیل خستگی احتمالی شرکت‌کنندگان از ارائه پرسشنامه‌های طولانی اجتناب شد و
 - ۴) برای شرکت‌کنندگان فضای مناسب برای پاسخگویی تدارک دیده شد.
- از تحلیل واریانس چند راه نیز برای مقایسه متغیرهای وابسته در بین دو گروه استفاده شد و سپس برای بررسی دقیق تفاوت درون گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Spss نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش حاضر شامل:

سیاهه هوش هیجانی بار-آن^۱: اولین مقیاس هوش هیجانی بار-آن در سال ۱۹۸۰ با طرح این سؤال که چرا بعضی مردم نسبت به بعضی دیگر در زندگی موفق‌ترند آغاز گردید. در این سال مؤلف مفهوم تعریف و اندازه‌ای از هوش غیر شناختی (بار-آن^۲، ۱۹۹۸، ۱۹۹۲، ۱۹۹۶ الف، ۱۹۹۶ پ، ۱۹۹۷ ب). ارائه کرد و پس از ۱۷ سال تحقیق اولین مقیاس هوش هیجانی ساخته شد. پاسخ به بخش‌های پرسشنامه هوش هیجانی یک نمره کامل از ضریب هوش عاطفی به دست می‌دهد. پنج

-
1. Emotional Quotient Inventory
 2. Bar-On

نمره از خرده مقیاس‌های پنج‌گانه که هر کدام از آن‌ها خود به سه خرده مقیاس دیگر تقسیم می‌شوند، در مجموع پانزده نمره به دست می‌دهند. پنج مقیاس اصلی عبارت‌اند از:

ضریب هوش هیجانی درون‌فردی شامل: حرمت نفس، خودآگاهی عاطفی، جرئت ورزی، شجاعت، خودشکوفایی.

ضریب هوش عاطفی بین‌فردی^۱: شامل: همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، روابط بین‌فردی.

ضریب هوش عاطفی مدیریت استرس^۲ شامل: تحمل فشار روانی، تکانش‌وری.

ضریب هوش عاطفی توان‌سازی^۳ شامل: واقعیت‌گرایی، انعطاف‌پذیری، حل مسئله.

ضریب هوش عاطفی خلق عمومی^۴ شامل: خوش‌بینی، شادکامی.

میزان آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳٪ گزارش گردیده که این میزان (آلفای محاسبه‌شده در مرحله سوم) با آلفای محاسبه‌شده در مرحله دوم آزمون یکسان به دست آمده است (ذراتی و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین پایایی آزمون در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۸۸٪ به دست آمد.

پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۵: یانگ برای اندازه‌گیری این سازه‌های ۱۸‌گانه، پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را ساخت که در ویرایش اول و دوم ۷۵ سؤال داشت و در ویرایش سوم پرسشنامه ۹۰ سؤالی را طراحی کرد (یانگ^۶، ۲۰۰۸). یانگ، نورمن، اسپچی و توماس^۷ (۱۹۹۵) پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۹۰ سؤالی ویرایش سوم را بر روی نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی اعتباریابی کرده‌اند که اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۸۱ گزارش کردند. در پژوهش دیگری که توسط جان، جاشوا و جاکولاین^۸ (۲۰۰۴) نقل از یوسفی و همکاران (۱۳۸۸) انجام شد، اعتبار پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر روی یک نمونه دانشجویی ۲۹۲ نفری بررسی شده در این بررسی اعتبار پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۱ به دست آمده است (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸). همچنین در پژوهشی که

1. Inter personal EQ
2. Stress management EQ
3. Adaptability EQ
4. General mood EQ
5. Early maladaptive schema scale (Emss)
6. Young
7. Young, Norman & Thomas
8. John, Joshua & Jacqueline

روایی آن را از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه دل‌بستگی و استرس در نوجوانان بررسی کردند که اعتبار معتبر و معناداری برای آزمون به‌دست آمد (کولینز و رید، ۱۹۹۱). پژوهش آلیکس، گلین، فرانسکا و همکاران (۲۰۰۱) نقل از یوسفی و همکاران (۱۳۸۸) برای بررسی اعتبار فرم کوتاه و بلند پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر روی نمونه ۶۰ نفری از زنان دارای اختلال و بدون اختلال نشان داد که اعتبار پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فرم کوتاه و بلند از لحاظ پایانی با دو روش همسانی درونی و بازآزمایی در دو گروه تفاوت معناداری ندارند و به ترتیب در فرم کوتاه و بلند برای گروه غیر بالینی ۰/۸۳ و ۰/۷۹ و در فرم کوتاه و بلند برای گروه غیر بالینی ۰/۸۶ و ۰/۸۱ گزارش کردند (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر نیز پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل آزمون ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

در جدول شماره ۱ اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه افراد پاسخ‌دهنده و غیر پاسخ‌دهنده به اصول بهداشتی ویروس کرونا نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرها در گروه رعایت‌کننده یا عدم رعایت‌کننده شیوه‌نامه‌های بهداشتی ویروس کرونا

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
طرح‌واره طرد و بریدگی	رعایت‌کننده	۶۳/۳۲۰۸۱	۱۴/۲۵۸۰۱
	عدم رعایت‌کننده	۷۱/۸۹۵۳۰	۱۹/۵۹۶۰۲
طرح‌واره عملکرد مختل	رعایت‌کننده	۵۱/۳۴۲۱۹	۱۰/۷۴۳۳۸
	عدم رعایت‌کننده	۵۸/۳۲۳۸۱	۱۵/۱۲۰۷۴
طرح‌واره دیگر جهت‌مندی	رعایت‌کننده	۴۷/۲۲۳۷۱	۸/۳۲۵۶۵
	عدم رعایت‌کننده	۴۹/۹۰۱۷۳	۹/۷۵۱۹۷
طرح‌واره گوش‌به‌زنگی	رعایت‌کننده	۶۵/۶۰۰۲۸	۱۰/۵۶۹۲۰
	عدم رعایت‌کننده	۶۴/۸۹۲۲۶	۱۱/۸۱۷۱۸
طرح‌واره محدودیت مختل	رعایت‌کننده	۳۱/۶۱۲۴۷	۵/۰۰۴۷۶
	عدم رعایت‌کننده	۳۳/۸۷۲۶۴	۶/۴۳۰۴۸
طرح‌واره ناسازگار اولیه نمره کلی	رعایت‌کننده	۲۵۹/۰۹۹۴۶	۴۴/۸۴۹۵۴

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
حوزه درون فردی	عدم رعایت کننده	۲۷۸/۸۸۵۷۴	۵۸/۵۷۱۷۶
	رعایت کننده	۷۱/۶۸۵۳۰	۱۰/۶۸۷۵۲
	عدم رعایت کننده	۶۵/۹۸۵۴۴	۱۱/۸۳۸۸۰
حوزه بین فردی	رعایت کننده	۳۸/۶۰۳۲۸	۶/۲۹۶۷۳
	عدم رعایت کننده	۳۵/۳۳۴۲۷	۷/۴۶۴۳۶
حوزه مقابله با فشار	رعایت کننده	۳۳/۲۶۱۹۰	۹/۳۵۵۷۱
	عدم رعایت کننده	۳۱/۹۸۴۲۷	۷/۲۶۷۸۵
حوزه سازگاری	رعایت کننده	۴۴/۱۰۰۲۳	۸/۳۵۱۸۹
	عدم رعایت کننده	۴۳/۲۳۲۷۹	۹/۵۰۹۸۳
حوزه خلق کلی	رعایت کننده	۲۸/۲۰۸۱۸	۶/۱۱۱۶۵
	عدم رعایت کننده	۲۶/۸۹۲۵۷	۵/۴۸۴۴۳
نمره کلی سواد هیجانی	رعایت کننده	۲۱۵/۸۵۸۸۹	۲۸/۶۱۱۲۵
	عدم رعایت کننده	۲۰۳/۴۲۹۳۴	۳۲/۸۶۵۸۹

در جدول شماره ۲ اطلاعات مربوط به آزمون آماری تحلیل متغیر چند راهه برای مقایسه متغیرهای وابسته در بین دو گروه افراد رعایت کننده یا عدم رعایت کننده شیوه‌نامه‌های بهداشتی ویروس کرونا نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج حاکی از این است که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول (۲) تحلیل متغیر چند راهه برای بررسی معناداری میانگین‌های دو گروه در متغیرهای وابسته

آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری
آزمون اثر پیلایی	۱۱/۸۹۹a	۱۱/۰۰۰	۱۳۵/۰۰۰	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۱۱/۸۹۹a	۱۱/۰۰۰	۱۳۵/۰۰۰	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱۱/۸۹۹a	۱۱/۰۰۰	۱۳۵/۰۰۰	۰/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱/۸۹۹a	۱۱/۰۰۰	۱۳۵/۰۰۰	۰/۰۰۰

همان‌گونه که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد دو گروه در متغیرهای وابسته بر اساس آزمون تعقیبی بونفونی مورد مقایسه قرار گرفتند، که نتایج بیانگر تفاوت معناداری در متغیرهای طرح‌واره

ناسازگار اولیه (نمره کلی)، و حوزه‌های طرد و بریدگی و همچنین عملکرد مختل در بین دو گروه می‌باشد. به طوری که از میان ۵ حوزه طرح‌واره‌های ناسازگار در دو حوزه بریدگی / طرد؛ که خود شامل پنج طرح‌واره رهاشدگی و بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی و بدرفتاری، نقص و شرم، انزوای اجتماعی و بیگانگی است و همچنین در حوزه وابستگی / عملکرد مختل؛ که شامل طرح‌واره‌های وابستگی و بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری، خود تحول نیافته و گرفتار و شکست است، گروه افراد غیر رعایت‌کننده اصول بهداشتی نسبت به گروه افراد رعایت‌کننده اصول بهداشتی در این طرح‌واره‌ها فعال‌تر بوده است.

همچنین یافته‌ها بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار در سواد هیجانی افراد در دو گروه غیر رعایت‌کننده اصول بهداشتی و رعایت‌کننده اصول بهداشتی می‌باشد به صورتی که افراد رعایت‌کننده اصول بهداشتی در دو حوزه درون‌فردی و حوزه بین‌فردی و نمره کل سواد هیجانی به صورت معنی‌داری نمرات بالاتری نسبت به افراد غیر رعایت‌کننده به این اصول کسب نمودند.

جدول (۳) آزمون تعقیبی بونفرنی برای مقایسه میانگین دو گروه در متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان اختلاف میانگین‌ها
طرح‌واره طرد و بریدگی	*-۸/۵۷۴۴۹	۲/۹۹۱	۰/۰۰۰	-۱۴/۷۶۰ -۶/۳۷۴
طرح‌واره عملکرد مختل	*-۶/۹۸۱۶۲	۲/۲۱۱	۰/۰۰۰	-۱۲/۴۱۹ -۳/۸۸۷
طرح‌واره دیگر جهت‌مندی	-۲/۶۷۸۰۲	۱/۵۲۷	۰/۲۷۰	-۵/۹۸۱ -۱/۹۸۱
طرح‌واره گوش‌به‌زنگی	۰/۷۰۷۶۲	۰/۵۸۷	۰/۷۷۶	۱/۳۶۱ ۰/۴۴۱
طرح‌واره محدودیت مختل	-۲/۲۶۰۱۷	۱/۱۸۹	۰/۲۹۱	-۶/۸۱۲ -۱/۱۸۷
طرح‌واره ناسازگار اولیه نمره کلی	*-۱۹/۷۸۶۲۸	۷/۴۰۹	۰/۰۰۰	-۳۶/۰۹۱ -۱۲/۱۴۱
حوزه درون‌فردی	*۵/۶۹۹۸۶	۲/۰۹۹	۰/۰۰۰	۱۰/۳۳۸ ۳/۰۰۵
حوزه بین‌فردی	*۳/۲۶۹۰۱	۱/۰۸۱	۰/۰۴۹	۷/۴۷۲ ۱/۸۷۶
حوزه مقابله با فشار	۱/۲۷۷۶۳	۰/۶۱۲	۰/۱۶۳	۲/۱۷۳ ۰/۸۹۱
حوزه سازگاری	۰/۸۶۷۴۴	۰/۴۱۷	۰/۶۰۵	۲/۰۸۴ ۰/۵۵۵
حوزه خلق کلی	۱/۳۸۷۶۱	۰/۸۷۰	۰/۰۹۸	۴/۲۱۸ ۱/۰۰۹
نمره کلی سواد هیجانی	*۱۲/۳۵۹۵۵	۵/۹۷۰	۰/۰۰۰	۲۶/۶۱۹ ۹/۶۵۷

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه بین طرح‌واره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های هوش هیجانی در رعایت یا عدم رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در زمان همه‌گیری کووید-۱۹ در سربازان یک مرکز آموزشی نظامی انجام گرفت. نتایج نشان داد میان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد به طوری که افراد غیرپاسخ‌دهنده به اصول بهداشتی و ویروس کرونا دارای طرح‌واره‌های پررنگ‌تری در حوزه طرد و بریدگی و حوزه عملکرد مختل و همچنین نمره کلی طرح‌واره‌ها می‌باشند. این یافته با یافته‌های دایی و همکاران (۲۰۲۰) و هوانگ و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در راستای تبیین نتایج حاصله می‌توان چنین اذعان کرد که تفاوت معنادار میان طرح‌واره‌های ناسازگار (امتیاز کلی) افراد رعایت‌کننده و غیر رعایت‌کننده اصول بهداشتی ویروس کرونا نشان می‌دهد گروه غیر رعایت‌کننده اصول بهداشتی دارای سبک‌های پاسخ مقابله‌ای ناسازگارتر در مقایسه با گروه عادی بوده و به وجود آمدن این سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند در راستای در امان نگه داشتن فرد از تجربه مکرر هیجان‌های شدید و مستأصل‌کننده باشد که می‌تواند ناشی از شرایط خاص مراکز آموزش نظامی و همچنین استرس‌های محیطی این مراکز باشد. به عبارت دیگر وجود طرح‌واره ناسازگار اولیه به مصداق یک تهدید بوده و تهدید نوعی ناکامی در ارضای یکی از نیازهای هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح با محدودیت‌های واقع‌بینانه محسوب می‌شود و افراد دارای طرح‌واره‌های پررنگ‌تر توانایی مقابله سازگارانه با تهدیدها را ندارند، تهدیدهایی که با حضور در مراکز استرس‌زا همچون مراکز آموزش سربازی و نظامی به وجود آمده یا فعال می‌شوند.

از سوی دیگر در تبیین وجود تفاوت معنی‌دار در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در حوزه عملکرد مختل می‌توان چنین بیان کرد که افراد غیر رعایت‌کننده، از محیط انتظاراتی دارند که در توانایی‌های محسوس آن‌ها برای جدایی، بقا و انجام موفقیت‌آمیز کارها به صورتی مستقل تداخل ایجاد می‌کند و اعتقاد بر این که فرد نمی‌تواند مسئولیت روزمره را بدون کمک قابل ملاحظه دیگران در حد قابل قبولی انجام دهد به صورت درماندگی ظاهر شده و باعث بی‌توجهی به اصول بهداشتی می‌گردد. همچنین به نظر می‌رسد افراد غیر رعایت‌کننده که در این حوزه دارای طرح‌واره‌های پررنگ‌تری هستند به دلایلی از جمله نزدیکی بیش‌ازحد با یکی از افراد مهم در زندگی در زمینه‌ی حس فردیت دارای مشکل بوده و رشد اجتماعی طبیعی آن‌ها مختل است. در نتیجه این افراد بدون حمایتگری نزدیکان در ادامه زندگی روزمره با مشکل مواجه شده و نمی‌توانند آسوده‌خاطر بوده و احساس پوچی، سردرگمی و بی‌هدفی به‌عنوان مانعی در مقابل ایفای

نقش‌های اجتماعی آنان ظاهر می‌گردد. این در حالی است که افراد در مراکز آموزش نظامی به دلیل وجود شرایط خاص از افراد حمایتگر زندگی خود فاصله گرفته و در محیطی فارغ از حمایت‌های عاطفی زندگی می‌کنند و این مسئله در فعال کردن طرح‌واره‌های حوزه عملکرد مختل نقش به‌سزایی دارد. به‌طور کلی باور بر این است که این افراد در مقایسه با افراد عادی غالباً در حوزه‌های پیشرفت (شغل، تحصیلات، ورزش و...) با شکست مواجه می‌شوند. همچنین در تبیین تفاوت معنادار میان طرح‌واره‌های ناسازگار در حوزه طرد و بریدگی می‌توان گفت عدم انتظار فرد از ارضاء نیازهایش برای امنیت، ثبات، محبت، پذیرش و احترام که ناشی از زندگی در شرایط جدید و دوری از منابع امنیت، ثبات و محبت می‌باشد به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی می‌تواند دلیلی بر عدم توجه به اصول بهداشتی گردد. همچنین انتظار بدرفتاری، دروغ و سودجویی توسط دیگران که از ویژگی‌های غالب طرح‌واره‌ی طرد است ممکن است این احساس را در فرد به‌وجود آورد که دیگران در رفتار خود صداقت ندارند و این احساس نیز می‌تواند از دلایل عدم توجه به توصیه‌های بهداشتی باشد.

از طرف دیگر نتایج نشان داد میان هوش هیجانی دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد به‌طوری‌که افراد غیر رعایت‌کننده اصول بهداشتی و ویروس کرونا در مقایسه با افراد رعایت‌کننده نمرات پایین‌تری را در هوش هیجانی بین‌فردی، درون‌فردی و نمره کلی هوش هیجانی کسب نمودند. این یافته با یافته‌های پرنسویچ، دیکما و ادموند^۱ (۲۰۲۰) و فولکمن^۲ و همکاران (۱۹۸۷) همسو و به یافته‌های مریدا- لویز، بیکر، اکستیرمرا^۳ (۲۰۱۹)؛ ایرج، شهسواری و مرادی (۲۰۱۴) نزدیک است. در تبیین تفاوت معنادار میان هوش هیجانی بین‌فردی می‌توان گفت هوش بین‌فردی توانایی درک افراد دیگر است، یعنی این‌که چه چیز موجب برانگیختن آن‌ها می‌شود، چگونه کار می‌کنند و چگونه می‌توان با آن‌ها کار مشترک انجام داد؛ که شامل توانایی درک و سپس ارائه پاسخ مناسب به روحيات و خلق‌وخو و انگیزش‌ها و خواسته‌های افراد دیگر می‌شود بر این اساس افراد رعایت‌کننده اصول بهداشتی با آگاهی داشتن از احساسات شخصی خود که حاصل خودآگاهی است و توانایی درک خواسته‌ها و نیازهای اجتماعی به اصول و قواعد اجتماعی پایبندی بیشتری داشته و از احتمال آسیب رساندن به دیگران اجتناب می‌نمایند. همچنین در تبیین تفاوت معنادار میان هوش هیجانی درون‌فردی می‌توان گفت هوش هیجانی درون‌فردی بیانگر خودآگاهی درونی و شامل خودآگاهی هیجانی، قاطعیت، حرمت ذات، خود شکوفایی و استقلال

1. perencevich, diekema, Edmond

2. folkman

3. merida-lopez, bakker & extremera

است و افراد رعایت‌کننده اصول بهداشتی که به صورت معنی‌داری نمرات بالایی را در این مقیاس کسب نموده‌اند، با احساسشان در تماس هستند و توانسته‌اند در شرایط خاص مراکز آموزش نظامی احساس مثبت نسبت خود را حفظ نموده و با باوری که به اعتقادات خود دارند با اطمینان خاطر اقدامات بهداشتی و مراقبتی را انجام دهند. همچنین بیماری کرونا شکل‌های جدیدی از انسان اجتماعی می‌سازد و افراد با تمایل به سمت پذیرش اجتماع انسانی بیشتر از خود مراقبت می‌کنند. در واقع بیماری کرونا با ایجاد یک شرایط حساس برای کل جامعه امکان ایجاد تغییر در ارتباط و ابراز عقاید و فضای لازم برای بروز هیجانات فرد را فراهم می‌آورد و فرد در هر زمان و مکانی با دیگران با یک نوع اقدام بهداشتی ارتباط برقرار کند. افراد با هوش هیجانی بالا می‌دانند چگونه در موقعیت‌های مختلف برانگیخته شوند. این افراد توانایی کافی، برای فهم و تحلیل تجربه‌های هیجانی خود و دیگران را دارا هستند و این توانایی باعث می‌شود تا به تنظیم هیجانات و ابراز مقاومت در برابر پذیرش رفتارهای ناشایست از جمله پاسخ ندادن به اصول بهداشتی بپردازند. از سویی افراد با هوش هیجانی مناسب در معاشرت با دیگران با ظاهری بسیار آراسته و متناسب ظاهر می‌شوند و افرادی با قدرت بالای تعاملات اجتماعی هستند که در روابطشان با دیگر افراد مسئولیت‌پذیر و دارای ظرفیتی بسیار برای حل مشکلات آن‌ها خواهند بود. این افراد از قضاوت اخلاقی با سطح بالایی بهره‌مند هستند و خودمختار عمل می‌کنند؛ به این صورت که معیار خود را برای ارزش‌های اخلاقی داشته و از منبعی در این مورد اطاعت نمی‌کنند. آن‌ها توان درک مشکلات دیگران را با همدلی بسیار و آغوشی باز پذیرا خواهند بود. در روابط عاطفی با دیگران غنی عمل می‌کنند و از استعداد بالایی در درک روابط غیرکلامی برخوردار هستند. همچنین به وضعیت هیجانی خود اشراف کامل دارند و از بیان احساسات خود هیچ ترسی به دل راه نمی‌دهند. ارزیابی این افراد از شرایط احساسی و هیجانی خود و دیگران به‌خوبی برآورد شده و در این زمینه از مهارت به‌سزایی برخوردار هستند. در مجموع در تنظیم هیجان‌های خود و دیگر افراد از توانمندی خوبی برخوردار هستند. به این ترتیب می‌دانند احساسات خود را چگونه بیان کنند و تا هراندازه لازم باشد توانایی به تأخیر انداختن خواسته‌های خویش را دارند. به عبارتی دیگر شفافیت در بیان خواسته‌ها و نیازهای خود را به‌خوبی رعایت و در کنترل تکانه‌ها و امیال خود موفق عمل می‌کنند؛ به این دلیل که می‌دانند چگونه میان احساسات و منطق خود پل زده، تعادل برقرار نمایند و در نهایت از ثبات هیجانی بهره‌مند شوند؛ بنابراین همه‌ی این ویژگی‌ها به‌نوعی باعث می‌شوند که فرد به دلیل درک مسئولیت شخصی و اجتماعی، در دوران بیماری کرونا به اصول بهداشتی

پاسخگو بوده و موارد و پروتکل‌های بهداشتی را رعایت کند که این موضوع در محیط‌های با جمعیت بالا و شلوغ همچون مراکز آموزش سربازی نمود بیشتری به خود می‌گیرد.

نتایج تحقیق حاضر نشان داد بیماری کرونا یک واقعیت روانی اجتماعی بوده و شناخت این بعد از بیماری می‌تواند در تنظیم پروتکل‌های مناسب پیشگیری مؤثر و کارساز باشد به صورت کلی عدم احترام به حقوق جمعی با رعایت نکردن پروتکل‌های بهداشتی می‌تواند ناشی از افکار خود آیند و طرح‌واره‌های ناسازگار نهفته در ذهن افراد باشد که به‌عنوان الگوی خود آسیب‌رسان هیجانی-شناختی، رفتار افراد را برخلاف خواست جمعی سوق دهد از طرف دیگر نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر در رابطه با هوش هیجانی نشان می‌دهد هوش هیجانی بالا به افراد این توانایی را می‌دهد که کنترل موقعیت تهدیدزا را بر عهده داشته و از دخالت عوامل نامطلوب درونی و بیرونی همچون یاس و نومییدی، خستگی، عوامل هیجانی منفی فشار روانی اطرافیان و سایر عوامل محیطی جلوگیری نمایند در مجموع این یافته‌ها حاکی از این است که هوش هیجانی از مؤلفه‌های اساسی در پیشگیری و رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی در مراکز متراکم جمعیتی همچون مراکز آموزش سربازی و نظامی در زمان پاندمی کرونا است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به گروه سنی نمونه‌های پژوهش اشاره نمود که همگی در یک طیف سنی قرار داشتند و همچنین نمونه‌های تحقیق حاضر نیز شامل افراد مراجعه‌کننده به یک مرکز آموزش بود که تعمیم یافته‌ها مستلزم توجه به این دو موضوع می‌باشد.

در راستای یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می‌شود ارتقاء عوامل روانی-اجتماعی در جامعه فراگیران و دانشجویان مراکز آموزشی و دانشگاهی نیروهای مسلح به‌عنوان یک عامل مهم و اثربخش در رفتار این جوامع مورد توجه قرار گیرد که این مهم می‌تواند با پیش‌بینی برنامه‌های درسی و آموزشی در این مراکز تحقق یابد. همچنین پیشنهاد می‌گردد دیگر عوامل مؤثر بر رعایت پروتکل‌های بهداشتی در رویکردهای رفتاری، روان‌پویشی و... مورد بررسی و کنکاش قرار گیرد.

هوش هیجانی به‌عنوان یک عامل مهم در ارتقای هر سازمان مؤلفه‌ای قابل رشد و آموزش می‌باشد و در صورتی که هر سازمان و ارگانی دارای کارکنانی با هوش هیجانی بالا باشد راه آسوده‌تری در رسیدن به اهداف خود خواهد داشت که در این زمینه پیشنهاد می‌شود زمینه‌های ارتقای هوش هیجانی در کارکنان واحدهای نظامی به‌صورت برنامه‌های آموزشی و کارگاه‌های عملی فراهم آید.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله پیش رو هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

سپاسگزاری

از تمامی کارکنان پایور پادگان و سربازانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند سپاسگزاریم.

منابع

- ابراهیمی، حسین، یاراحمدی، رسول، خارقانی مقدم، سیده ملیکا، ملک‌پور، فاطمه، ناصرزاده، زهرا، طاهری، احسان و محمدیان، یوسف. (۱۳۹۹). بررسی وضعیت پیشگیری از ابتلا به ویروس کرونا در صنایع. سلامت کار ایران، ۱۷، ویژه‌نامه کووید-۱۹.
- جعفری، اصغر و سید خراسانی، مرضیه سادات. (۱۳۹۷). پیش‌بینی اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس هوش هیجانی با نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان علوم پزشکی. دو ماهنامه علمی - پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۱ (۲)، ۳۹-۴۷.
- فتحی، کیهان، شیرمردی، سارا، ماهار، زینب، کرای، امین. (۱۴۰۰). پیش‌بینی اضطراب بیماری کرونا براساس طرح‌واره‌های ناسازگار رهاندگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۸ (۶). <http://rjms.iuums.ac.ir/article-16802-fa.html>
- محمد بیگی، علی، بختیاری، مریم، محمدخانی، شهرام و صادقی، زهره. (۱۳۹۱). بررسی رابطه‌ی بین طرح‌واره‌های ناکارآمد با اهمال‌کاری و سلامت روان دانشجویان پزشکی و غیرپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۲ (۹۷)، ۲۶-۳۴.
- مصلح تکلیمی، فاطمه. (۱۴۰۰). نقش تشخیصی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های مقابله با تنیدگی در پیش‌بینی ترس از ابتلا به کرونا ویروس (کووید-۱۹) در دانش‌آموزان. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۶ (۵۴)، ۱-۱۲. <http://ijndibs.com/article-1-551-fa.html>
- یانگ، جفری. (۱۳۸۶). طرح‌واره درمانی ترجمه حسن حمید پور. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۸۶.

References

- Abdel-Fattah, H. M. M. (2020). Emotional Intelligence and Emotional Stability in Crises. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders* 4, 56-62.
- Arzani Birjani, M., Bakhtiyar Pour, S., & Saeedi Mehr, S. (2019). INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN JOB-STRESS AND EMOTIONAL INTELLIGENCE WITH SOCIAL RESPONSIBILITY IN DOCTORS BY WORK ETHICS. *Journal of Economic and Social Research*. Vol. 18, Special Issue.4, 690-696.
- Bish, A., Michie, S. (2010). Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: a review. *Br J Health Psychol*, 15(4):797-824.

- Bourouiba, L. (2020). Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions: potential implications for reducing transmission of COVID-19. *JAMA*. Published online March 26, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4756.
- Castelnuovo, G., De Giorgio, A., Manzoni, G. M., Treadway, D. C., & Mohiyeddini, C. (2020) Psychological, Behavioral, and Interpersonal Effects and Clinical Implications for Health Systems of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: A Call for Research. *Front. Psychol.* 11:2146. doi: 10.3389/fpsyg.2020.0214.
- Camara, M., & Calvete, E. (2012). P-122-Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: the role of dysfunctional coping strategies. *European Psychiatry*, 27, 1.
- Chen, X., Ran, L., Liu, Q., Hu, Q., Du, X., & Tan, X. (2020). Hand hygiene, mask-wearing behaviors and its associated factors during the COVID-19 epidemic: a cross-sectional study among primary school students in Wuhan, China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(8):2893.
- Chu, D.K., Akl, E.A., Duda, S., & et al. (2020). COVID-19 Systematic Urgent Review Group Effort (SURGE) study authors. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020; 395(10242):1973-1987. doi:10.1016/S0140-6736(20)31142-9.
- Dai, Y., Hu, G., Xiong, H., Qiu, H., & Yuan, X. (2020). Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>.
- Docherty, A. B., Harrison, E. M., Green, C. A., & et al. (2020). ISARIC4C Investigators. Features of 20 133 UK patients in hospital with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ*, 369:m1985. doi:10.1136/bmj.m1985.
- Ganji, h., Mirhashemi, M., & Sabet, M. (1392). Preliminary Standardization of Brad-berry-Greaves emotional intelligence test. *The Journal of knowledge and research in applied psychology*. (10) 11:47-25.
- Harris, L. (2014). *Instructional leadership perceptions and practices of elementary school leaders* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Virginia.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, Article 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.
- Juni, P., Rothenbuhler, M., Bobos, P., & et al. (2020). Impact of climate and public health interventions on the COVID-19 pandemic: a prospective cohort study. *CMAJ*. 2020; 192(21):E566-E573. doi:10.1503/cmaj.200920.
- Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S., Steinmann, E. (2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J. Hosp. Infect.* 104 (3), 246–251. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>.
- Karimi, S. (2013). Early Maladaptive Schemas versus Emotional Intelligence in Substance Addicts and Non-addicts Living in Tehran. *Life Science Journal*, 10(1), 481-6.
- Landi, F., Barillaro, C., Bellieni, A., & et al. (2020). The new challenge of geriatrics: saving frail older people from the SARS-CoV-2 pandemic infection. *J Nutr Health Aging*. 2020; 24(5):466-470. doi:10.1007/s12603-020-1356-x.
- Lea, R. G., Davis, S. K., Mahoney, B., & Qualter, P. (2019). Does emotional intelligence buffer the effects of acute stress? A systematic review. *Front Psychol*. 2019;10:810. doi:10.3389/fpsyg.2019.00810.
- Lickona, T. (1992). *Educating for a character*. New York: Bantam Books.
- Martin, R., & Young, J. (2010). *Schema Therapy*. In k.S.Dobson. (Ed). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*, p.p.317-346. London.Guilford press.
- Marqu`es, M., Domingo, J.L. (2021). Contamination of inert surfaces by SARS-CoV-2: persistence, stability and infectivity. A review. *Environ. Res.* 193, 110559 <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110559>.

- Mascia, M. L., Agus, M., & Penna, M. P. (2020). Emotional Intelligence, Self- Regulation, Smartphone Addiction: Which Relationship With Student Well- Being and Quality of Life? *Front. Psychol.* 11:375. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00375.
- Merida-Lopez, S., Bakker, A.B., & Extremera, N. (2019). How does emotional intelligence help teachers to stay engaged? Crossvalidation of a moderated mediation model. *Elsevier Ltd.* <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.048>.
- Naidoo, A.V. (2000). *Community Psychology: Constructing Community, Reconstructing Psychology in South Africa*. Inaugural Address: Please Reference as Follows: University of Stellenbosch.
- Orak, R. J., Farahani, M. A., Kelishami, F. G., Seyedfatemi, N., Banihashemi, S., & Havaei, F. (2016). Investigating the effect of emotional intelligence education on baccalaureate nursing students' emotional intelligence scores. *Nurse Educ. Pract.* 20, 64–69. doi: 10.1016/j.nepr.2016.05.007.
- Pan, A., Liu, L., Wang, C., & et al. (2020). Association of public health interventions with the epidemiology of the COVID-19 outbreak in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(19):1-9. doi:10.1001/jama.2020.6130.
- Perencevich, E. N., Diekema, D. J., & Edmond, M. B. Moving Personal Protective Equipment Into the Community Face Shields and Containment of COVID-19. *JAMA.* Published online April 29, 2020.
- Piva, S., Filippini, M., Turla, F., Cattaneo, S., Margola, A., De Fulviis, S., Nardiello, I., Beretta, A., Ferrari, L., Trotta, R., Erbici, G., Focà, E., Castelli, F., Rasulo, F., Lanspa, M.J., & Latronico, N. (2020). Clinical presentation and initial management critically ill patients with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection in Brescia, Italy. Published by Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.jerc.2020.04.004>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen. Psychiatr.* 33(2), e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>.
- Rossettini, G., Conti, C., Suardelli, M., Geri, T., Palese, A., Turolla, A., Lovato, A., Gianola, S., & Dell'Isola, A. (2019). COVID-19 and Health Care Leaders: How Could Emotional Intelligence Be a Helpful Resource During a Pandemic? *Phys Ther.* Sep 1;101(9):pzab143. doi:10.1093/ptj/pzab143.
- Soltani, I., Shahsavari, M., & Moradi, M. (2014). The Impact of Emotional Intelligence on Crisis Management Capabilities Case Study: Small and Medium Enterprises in the Province of Isfahan. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 415-423.
- Tagoe, T., & Quarshie, E. N. (2016). The relationship between emotional intelligence and job satisfaction among nurses in Accra. *Nurs Open.* 4(2): 84-89.
- Tavakoli, A., Vahdat, K., Keshavarz, M. (2020). Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): an emerging infectious disease in the 21st century. *ISMJ*, 22(6):432-50.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating behaviors*, 15(1), 49-59.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17 (5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., & et al. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*; 323(13):1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.1585.
- Wiersinga, W. J., Rhodes, A., Cheng, A. C., Peacock, S. J., & Prescott, H. C. (2020). Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), A Review. *Journal of American Medical Association.*
- Xiao, Y., Tang, B., Wu, J., Cheke, R.A., & Tang, S. (2020). Linking key intervention timings to rapid decline of the COVID-19 effective reproductive number to quantify lessons

- from mainland China. *Int J Infect Dis*. Published online June 11, 2020. doi:10.1016/j.ijid.2020.06.030.
- Young, J. E., Klosko, J. S. (2005). *Schema therapy*. In Oldham, J.M., Skodol, A.E., & Bender, D.S. (Eds.), *The American psychiatric publishing textbook of personality disorders*. Washington DC: American Psychiatry Publishing Inc. pp. 289-306.
- Ying, Y., Ruan, L., Kong, F., Zhu, B., Ji, Y., Lou, Z. (2020). Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 20(1):1-10.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020). Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: A model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>.
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., & et al. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*, 16(10):1745-1752.

