

## بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و سلامت روان زنان

### سیده عاطفه مظفری جمنانی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، علوم تحقیقات، ایران، تهران (نویسنده مسئول)

#### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و سلامت روان زنان بود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی و مداخله ای با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل ۲۰ الی ۴۵ سال منطقه ۳ شهر تهران بود که از این میان ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفره ی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه طرحواره درمانی را دریافت کردند، اما برای رعایت موازین اخلاقی، گروه کنترل نیز پس از اتمام پژوهش تحت سه جلسه طرحواره درمانی قرار گرفتند. جهت بررسی از دو پرسشنامه استفاده شد. ابزار مورد بررسی پرسشنامه هوش هیجانی بار آن و سلامت روان GHQ بود. یافته ها نشان داد طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و سلامت روان و مؤلفه های آنها در زنان متأهل مؤثر می باشد.

**واژه های کلیدی:** هوش هیجانی، سلامت روان، طرحواره درمانی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

یانگ (۱۹۹۹) مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که به آنها طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌گویند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند [۱] که در طی دوران کودکی رشد یافته‌اند و در طول زندگی فرد ثابت هستند، این طرحواره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته می‌شوند. بک و همکاران [۲] معتقدند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ثابت، منفی، درباره خود، دیگران یا دنیا هستند که در دوران اولیه زندگی شکل گرفته‌اند و بعد تجارب و رفتارهای فرد را شکل می‌دهند [۲]. از آنجا که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان سطوح شناختی عمیقی هستند که معمولاً خارج از هشیاری عمل می‌کنند، افراد را در معرض آسیب‌پذیری روانشناختی برای رشد افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان‌تنی قرار می‌دهد [۳].

یکی از دلایل سودمندی‌های طرحواره‌درمانی تأکید آن بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روانشناختی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه است [۴]. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که طرحواره درمانی می‌تواند باعث کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار گردد [۵، ۶، ۷، ۸].

شناخت طرحواره‌ها می‌تواند بر روی عوامل متعددی اثرگذار باشد. یکی از مباحثی که جنبه‌های متفاوت و گوناگون زندگی را دستخوش زندگی قرار می‌دهد، هوش هیجانی است که تحت تأثیر طرحواره‌ها قابلیت کاهش و ارتقا دارد. گلمن [۹] در تعریف هوش هیجانی می‌گوید: مهارتی است که دارنده آن می‌تواند از طریق خود آگاهی روحیات خود را کنترل کند، از طریق خود مدیریتی آن را بهبود بخشد، از طریق همدلی تأثیر آنها را درک کند و از طریق مدیریت روابط به شیوه‌ای رفتار کند که روحیه خود و دیگران را بالا ببرد [۹].

به اعتقاد سیاروچی و همکاران اگر فرد از لحاظ هیجانی توانمند باشد بهتر می‌تواند با چالش‌های زندگی مواجه شود و در نتیجه از سلامت روانی بهتری برخوردار باشد [۱۰].

افرادی که در تنظیم هیجان‌های خودشان و دیگران مهارت دارند و از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، قادر خواهند بود از خودشان در مقابل تنیدگی محافظت نمایند. چنین افرادی افسردگی، ناامیدی و اندیشه پردازی منفی کمتری را گزارش می‌دهند [۱۱].

هوش هیجانی با رضایت از زندگی و کیفیت آن و تعاملات اجتماعی رابطه‌ی مثبت و با احساس تنهایی و افسردگی رابطه منفی دارد. بار- ان گزارش کرد که هوش هیجانی با روان آزرده‌گی و افسردگی رابطه منفی و با برون‌گرایی، گشودگی به تجارب جدید، قابل پذیرش بودن، رضایت مندی از زندگی و توانایی شناختی رابطه مثبت دارد [۱۲].

اما چیزی که در این پژوهش مشغولیت ایجاد کرده است، اثربخشی طرحواره درمانی بر افزایش هوش هیجانی و سلامت روان می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی سلامت عمومی را سلامتی کامل بدنی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف می‌کند. آن را معادل کلیه روش‌ها یا تدابیری می‌داند که برای جلوگیری از ابتلا به بیماری روانی به کار می‌رود. به طور کلی شخص دارای سلامت روان بالاتر به عنوان یکی از شاخص‌های اصلی سلامت عمومی می‌تواند با مشکلات دوران رشد روبرو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد. به نظر می‌رسد تعریف رضایت بخش از سلامت روانی برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت آمیز و رفتار شایسته مطلوب است. بنابراین هرگونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می‌شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد [۱۳].

پژوهش‌های مختلفی نشان می‌دهند که طرحواره درمانی با سلامت روانی همبسته است و با وجود این متغیر نشانه‌های روان‌نژندی کاهش می‌یابد [۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۱۷]. از آنجا که به نظر می‌رسد زنان (مادران حال و یا مادران آینده) در نحوه کارکردهای روانی از جمله توانایی‌های ذهنی نسل بعد بی‌تأثیر نباشند، لذا قصد بر این است تا با یک پژوهش علمی و عملی این موضوع در بوته‌ی آزمایش قرار گیرد تا مشاهده شود تا چه اندازه این خصوصیات اساسی با هم در ارتباط هستند. بر این اساس و با توجه به مباحث بیان شده، سؤال اصلی پژوهش حاضر چنین طرح شده است که آیا طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و سلامت روان زنان اثربخش می‌باشد؟

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی و مداخله ای با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متأهل ۲۰ الی ۴۵ سال منطقه ۳ شهر تهران بود که از این میان ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری خوشه ای انتخاب شده و به دو گروه ۱۵ نفره ی آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه طرحواره درمانی را دریافت کردند، اما برای رعایت موازین اخلاقی، گروه کنترل نیز پس از اتمام پژوهش تحت سه جلسه طرحواره درمانی قرار گرفتند. جهت بررسی از دو پرسشنامه استفاده شد.

**پرسشنامه هوش هیجانی اجتماعی بار-آن:** این پرسشنامه دارای ۱۱۷ سؤال و ۱۵ مقیاس می باشد که توسط بار - آن بر روی ۳۸۳۱ نفر از ۶ کشور (آرژانتین، آلمان، هند، نیجریه، آفریقای جنوبی) که ۴۸/۸ درصد آنان مرد و ۵۲/۲ درصد آنان زن بودند اجرا شده و به طور سیستماتیک در آمریکای شمالی هنجاریابی گردید. نتایج نشان داد که آزمون از حد مناسبی از اعتبار و روایی برخوردار است. پاسخ های آزمون نیز بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای در طیف لیکرت تنظیم شده است. مقیاس های آزمون عبارتند از: خود آگاهی هیجانی (توانایی آگاه بودن و فهم احساس خود)، خود ابرازی، عزت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی (روابط بین فردی)، واقع گرایی، انعطاف پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل تکانشی (توانایی مقاومت در برابر یک تکانش)، خوش بینی، شادمانی. محمدی (۱۳۸۵) به منظور هنجاریابی این پرسشنامه در ایران آن را بر روی نمونه ای متشکل از ۲۰۹ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز اجرا کرد که پس از تکرار سنجش، نسخه فارسی پرسشنامه با فاصله زمانی ۵ هفته در یک گروه نمونه ۶۰ نفری که به صورت تصادفی از میان کل افراد نمونه انتخاب شده بودند و ضریب پایایی ۰/۷۸ بود. پایای حاصل از روش دو نیمه سازی در این پژوهش با استفاده از شاخص ضریب همبستگی اسپیرمن - براون مقدار ضریب پایایی برای مقیاس ۰/۷۳ و برای نیمه اول و دوم به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ برآورده شده است. کل ۹۰ عبارت این پرسشنامه به دو نیمه ۴۵ عبارتی تقسیم شد و ضریب همبستگی دو نیمه ای این پرسشنامه نیز ۰/۷۳ برآورده شده است.

**پرسشنامه سلامت روان GHQ:** پرسشنامه ۲۸ عبارتی سلامت عمومی گلدبرگ یک (پرسشنامه غربالگری) مبتنی بر خودگزارش دهی است که در مجموعه های بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می گیرد. در پرسشنامه سلامت عمومی به دو طبقه اصلی از پدیده ها توجه می شود. ناتوانی فرد در برخورداری از یک کنش وری سالم و بروز پدیده های جدید با ماهیت معلول کننده. پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم شد. فرم اصلی دارای ۶۰ عبارت است و فرم های کوتاه از ۱۲ تا ۲۸ عبارت نیز تهیه شده است. پرسشنامه سلامت عمومی علائم مرض فرد را از یک ماه قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزیابی قرار می دهد. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، نارساکنش وری اجتماعی و افسردگی می باشد. از مجموع نمرات زیرمقیاس ها نمره کل مقیاس به دست می آید. پرسش های کل مقیاس شامل پرسش های ۱ تا ۲۸ هستند.

گریفیوس روایی GHQ را در بیماران سرپایی آسیب نخاعی را همراه با جدول مصاحبه بالینی بررسی نمود. حساسیت ۰/۸۱ و ویژگی ۰/۸۲ به دست آمد. هابز ویژگی های روان سنجی را در نیوزیلند با نمونه ۳۲۸ نفری بررسی کردند. حساسیت آزمون ۰/۹۵ و ویژگی ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین همبستگی بین نمره کل و ۴ مقیاس علائم جسمانی، اضطرابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۸۰، ۰/۶۵ و ۰/۷۹ به دست آمد. در ایران مطالعات اندکی در خصوص کیفیت روان سنجی و ساختار عاملی GHQ صورت گرفته است. یعقوبی (۱۳۷۴) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده آزمون ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی آلفای کرونباخ برای مقیاس های علائم جسمی ۰/۸۵ اضطراب و بی خوابی ۰/۷۸ اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی وخیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است. تقوی (۱۳۸۰) به منظور تعیین اعتبار این پرسشنامه از سه روش بازآزمایی، دو نیمه سازی و ثبات درونی استفاده نمود نتایج به دست آمده با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲، و برای خرده آزمون های علائم جسمانی، اضطراب و بی خوابی، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ بود. به

علاوه نتایج به دست آمده با روش توصیفی برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. همچنین نتایج به دست آمده جهت سنجش ثبات درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده آزمون ها به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ بود.

## جدول شماره ۱: محتوای جلسات پروتکل طرحواره درمانی

جلسه اول	معرفی، پیش آزمون، ایجاد تفاهم، طرح اولیه مشکل به وسیله مراجع، تکلیف: تکمیل فرم کوتاه پرسشنامه طرح واره های ناسازگار اولیه یانگ
جلسه دوم	فرمول بندی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره - محور، سنجش تاریخچه یا سنجش طرحواره ها
جلسه سوم	فرضیه سازی درباره طرحواره ها، تصویرسازی ذهنی، آموزش به بیمار درباره طرحواره ها
جلسه چهارم	بررسی راهبردهای مقابله ای یا غلبه بر اجتناب طرحواره، تکمیل مفهوم بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره مدار، برون ریزی با استفاده از تکنیک آدمک ذهنیت ها
جلسه پنجم	آزمون اعتبار طرحواره ها در دوره های متفاوت زندگی، بررسی شواهد موافق و مخالف از دوران کودکی تا بزرگسالی، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره ها ارزیابی از مزایا و معایب پاسخ های مقابله ای با استفاده از تکنیک والد سرزنشگر
جلسه ششم	تبدیل طرحواره به افکار بنیادی سه گانه و آزمون آنها، ارایه منطق تکنیک های تجربی، آموزش و تدوین کارت های آموزشی طرحواره
جلسه هفتم	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و آموزش تکنیک تصویرسازی به منظور مداخله، گفتگوی خیالی
جلسه هشتم	بازسازی خاطرات آسیب زا به منظور بیرون ریختن عواطف بلوکه شده و دریافت حمایت و آرامش، نوشتن نامه به افراد مهم زندگی

## یافته ها

## جدول شماره ۲: اطلاعات توصیفی مرتبط با هوش هیجانی گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		گروه آزمایش		گروه کنترل	
	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
حل مسئله	۳/۶۶	۲۰/۸۶	۱/۷۹	۲۱/۹۳	۷/۴۳	۲۰/۲۰	۵/۹۹	۲۰/۸۶
شادمانی	۲/۵۶	۱۷/۸۰	۲/۲۸	۱۷/۸۰	۳/۷۴	۱۸/۴۰	۳/۳۷	۱۷/۸۰
استقلال	۳/۴۸	۱۵/۲۰	۲/۲۵	۱۷/۹۳	۲/۶۵	۱۸/۶۰	۴/۹۹	۱۵/۲۰
خودشکوفایی	۲/۳۹	۱۵/۸۰	۲/۵۲	۱۷/۹۳	۳/۱۵	۱۹/۷۳	۲/۷۸	۱۵/۸۰
خودهیجانی	۳/۳۶	۱۶/۲۰	۲/۴۴	۲۱/۲۶	۴/۳۵	۲۱/۰۶	۵/۶۷	۱۶/۲۰
واقع گرایی	۴/۴۹	۱۵/۷۳	۲/۶۱	۲۲/۸۰	۴/۱۷	۲۰/۴۶	۳/۸۸	۱۵/۷۳
روابط بین فردی	۵/۰۱	۱۷/۵۳	۱/۸۸	۲۰/۲۶	۴/۳۰	۲۰/۹۳	۴/۴۹	۱۷/۵۳
خوش بینی	۴/۳۳	۱۸/۰۶	۲/۵۷	۲۱/۳۳	۴/۰۴	۲۳/۶۶	۳/۳۳	۱۸/۰۶
احترام به خود	۳/۰۱	۱۸/۹۳	۲/۵۷	۲۰/۸۶	۳/۸۵	۲۰/۶۶	۴/۲۳	۱۸/۹۳
کنترل تکانه	۲/۸۰	۱۵/۰۰	۱/۷۹	۱۹/۴۶	۴/۰۶	۱۹/۴۶	۴/۱۲	۱۵/۰۰

۴/۰۸	۱۸/۵۳	۴/۱۲	۱۸/۸۶	۲/۴۶	۲۶/۶۶	۲/۲۲	۱۵/۶۶	انعطاف پذیری
۵/۲۷	۱۹/۸۶	۵/۲۷	۱۹/۶۶	۲/۲۵	۲۵/۹۳	۲/۷۸	۲۱/۸۰	مسئولیت پذیری
۵/۳۲	۲۱/۸۰	۴/۳۵	۲۰/۴۰	۲/۵۸	۲۶/۶۰	۳/۹۹	۲۰/۱۳	همدلی
۴/۴۶	۲۲/۴۰	۳/۹۹	۱۹/۶۶	۲/۴۰	۲۶/۰۶	۳/۴۷	۱۶/۶۴	خودابرازی
۴/۶۴	۲۰/۰۰	۲/۹۸	۲۰/۸۰	۲/۱۰	۲۶/۰۰	۳/۸۱	۱۴/۱۳	استرس
۳۱/۳۰	۳۰۷/۸۰	۳۳/۰۶	۲۷۹/۸۰	۱۵/۶۳	۳۹۲/۸۶	۲۶/۲۶	۲۵۹/۵۳	مجموع

میانگین زنان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در تمام خرده مقیاس ها افزایش داشته است. میانگین زنان گروه کنترل در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در برخی خرده مقیاس ها افزایش و در برخی دیگر کاهش داشته است.

جدول شماره ۳: اطلاعات توصیفی مرتبط با سلامت عمومی به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

گروه	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	جسمی	۸/۸۰	۳/۰۰	۷/۲۶	۲/۰۵
	اضطرابی و خواب	۸/۲۰	۴/۲۴	۸/۱۳	۴/۹۱
	کارکرد اجتماعی	۱۰/۰۶	۲/۳۴	۸/۱۳	۰/۹۱
	افسردگی	۴/۰۰	۳/۴۶	۲/۰۰	۱/۶۹
	سلامت روان	۲۱/۰۶	۹/۶۳	۲۴/۸۶	۶/۵۹
کنترل	جسمی	۷/۶۰	۳/۰۴	۷/۵۳	۳/۸۷
	اضطرابی و خواب	۱۰/۴۶	۵/۲۳	۱۰/۲۰	۶/۰۰
	کارکرد اجتماعی	۵/۸۰	۲/۸۰	۵/۵۳	۳/۶۴
	افسردگی	۶/۴۶	۶/۳۱	۷/۲۰	۸/۱۳
	سلامت روان	۳۰/۰	۱۰/۳۷	۲۹/۸۰	۱۴/۳۵

در گروه آزمایش، میانگین پیش آزمون نسبت به پس آزمون در برخی از مقیاس ها افزایش و در برخی از مقیاس ها کاهش داشته است، در کل سلامت روان نیز میانگین پس آزمون بیشتر از پیش آزمون می باشد. اما در گروه کنترل تغییرات مشهودی به چشم نمی خورد.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و سلامت روان

متغیر	مقدار	درجه آزادی	میانگین مجذور	درجه F	سطح معناداری
هوش هیجانی	۵۶۱۶۳/۵۵	۲	۲۰۰۸۱/۷۷	۴۹/۷۰۲	۰/۰۰۰
سلامت روان	۳۵۰/۰۷	۲	۱۷۵/۰۳	۱/۴۲۰	۰/۰۴۹

با تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ )، به بیان ساده تر می توان اینگونه گفت که طرحواره درمانی بر افزایش هوش هیجانی و سلامت روان مؤثر می باشد.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه های هوش هیجانی و سلامت روان

متغیرها	مقدار	درجه آزادی	میانگین مجذور	درجه F	سطح معناداری
حل مسئله	۳۰۲/۶۵	۲	۱۵۱/۳۲	۸/۷۰۸	۰/۰۰۱

۰/۰۰۰	۲۳/۷۹۹	۲۰۰/۶۵	۲	۴۰۱/۳۱	شادمانی
۰/۰۰۰	۱۴/۶۶	۲۰۸/۶۸	۲	۴۱۷/۷۲	استقلال
۰/۰۰۰	۲۳/۰۷	۱۳۶/۷۳	۲	۲۷۳/۴۷	خودشکوفایی
۰/۰۰۲	۷/۷۲۵	۱۵۳/۲۰	۲	۳۰۶/۴۰	خودهیجانی
۰/۰۰۰	۱۴/۱۲۴	۱۴۹/۱۶	۲	۲۹۸/۳۳	واقع گرایی
۰/۰۰۵	۶/۴۸۲	۷۸/۲۰۶	۲	۱۵۶/۴۱۲	روابط بین فردی
۰/۰۲۲	۴/۴۲۷	۴۱/۳۵۷	۲	۸۲/۷۱۴	خوش بینی
۰/۰۰۰	۱۵/۵۰	۱۷۴/۱۲	۲	۳۴۸/۲۴	احترام به خود
۰/۰۰۱	۹/۶۶	۱۱۹/۱۵۷	۲	۲۳۸/۳۱۴	کنترل تکانه
۰/۰۰۰	۲۱/۷۵۸	۲۵۱/۵۳۳	۲	۵۰۳/۰۶	انعطاف پذیری
۰/۰۰۲	۷/۶۶۳	۱۳۳/۳۷۶	۲	۲۶۶/۷۵۲	مسئولیت پذیری
۰/۰۲۲	۴/۳۹۱	۸۱/۳۳۴	۲	۱۶۲/۶۶۸	همدلی
۰/۰۰۷	۵/۹۲۵	۷۰/۳۶۳	۲	۱۴۰/۷۲۶	خودابرازی
۰/۰۰۱	۹/۴۰۷	۱۳۰/۱۷۶	۲	۲۶۰/۳۵۳	استرس
۰/۰۴۳	۰/۱۳۱	۱/۲۹۴	۲	۲/۵۸۷	جسمی
۰/۰۴۱	۱/۱۲۰	۳۳/۴۸	۲	۶۶/۹۶	اضطرابی و خواب
۰/۰۰۰	۳۷/۵۷۰	۳۸۴/۹۰۷	۲	۷۶۹/۸۱۴	کارکرد اجتماعی
۰/۰۰۶	۱۶/۳۹۱	۹۰/۴۴۳	۲	۱۹۰/۸۸۶	افسردگی

با تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی های گروه وجود دارد ( $p < ۰/۰۵$ )، به بیان ساده تر می توان اینگونه گفت که طرحواره درمانی بر مؤلفه های هوش هیجانی و سلامت روان در زنان مؤثر می باشد.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بر هوش هیجانی و سلامت روان و مؤلفه های آنها در زنان متأهل مؤثر می باشد. این نتایج با نتایج پژوهش شاپیرو و همکاران [۱۸] همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت هوش هیجانی وضعیتی از بلوغ روان شناختی است که حداکثر اثربخشی و رضایت خاطر بدست آمده از تقابل فردی و اجتماعی که شامل تسلط بر هیجان های خود، آگاهی از ضعف خود و رضایت از خوشی های خود می باشد و طرحواره درمانی تعادل بین اعضاء و محیط در رسیدن به خودشکوفایی به حساب می آید، همچنین برنامه های شناخت طرحواره ها در زمینه ارتقای هوش هیجانی در پیشگیری از بروز هیجانات شدید بسیار مفید و مؤثر بوده است. هیجان های مردم چه مثبت و چه منفی نقش حیاتی در تعادل کارکرد سیستم ایمنی بازی می کنند.

با شناخت و آگاهی از طرحواره ها از جنبه اپیدمیولوژی اختلالات، نشانه هایی نظیر افکار و احساسات نابهنجار و رفتارهای اجتماعی قابل مشاهده در افراد احتمالا کمتر است. وقتی مردم سعی می کنند تا حوادث ویژه گذشته خود را بازبایند، آنها در ابتدا به توصیف های سطح بالاتر دست می یابند، با استفاده از این توصیف ها به مراحل میانی می رسند و سپس به سمت توصیف هایی با سطوح پایین تر یعنی بازنمایی های حوادث خاص رهنمون می شوند. تشخیص حافظه مربوط به زندگینامه شخصی به صورت سلسله مراتب با اطلاعات عمومی بالاتر در سلسله مراتب توصیف ها همراه است و موارد جزئی تر و اطلاعات خاص در سطوح پایین سلسله مراتب اند. مردم به طور عادی قادرند تا از طریق سلسله مراتب، راحت تر سطوح مشخص مورد نیاز خود را برای پاسخ دادن مناسب به موقعیت مورد نظر انتخاب کنند [۱۹]. به نظر می رسد، این افراد از نظر جنبه های

مختلف نظیر مشاهده امور به آن صورتی که است نه آنچه که در ذهن وی تصور می‌شود، توصیف این مشاهدات بر اساس واقعیت و آنچه که رخ داده، پذیرش اشخاص و رویدادها دچار مشکل هستند و با توجه به چنین نشانه هایی در عملکرد خود نیز دچار مشکل اند. مثلاً در هنگام فعالیت های مختلف در حال حاضر وجود ندارند، تحت تأثیر گذشته و افکار گذشته نگر خود هستند و یا در آینده سیر می کنند.

در مجموع یافته های پژوهش حاضر خاطر نشان می کند، افراد با شناخت طرحواره های خود، از نشانه های منفی روان شناختی کمتری برخوردارند، سعی می کنند تا امور را به همان شکل واقعی که هست و اتفاق می افتد مشاهده و توصیف کنند، از ارزیابی و قضاوت امور بپرهیزند و در فعالیت های روزمره خود با آگاهی و بینش مناسب برخورد کنند. این پژوهش نیز مانند تمام پژوهش ها دارای محدودیت هایی بود. از جمله محدودیت های این پژوهش تعداد سؤالات پرسشنامه زیاد بوده و موجب خستگی آزمودنی ها می شد. البته این محدودیت خارج از اختیار پژوهشگر بود. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود که نتایج چنین پژوهش هایی که با محوریت زنان صورت می گیرد، در اختیار سازمان های مسئول و مرتبط مانند آموزش و پرورش و رسانه های گروهی قرار بگیرد. همچنین برگزاری جلسات طرحواره درمانی در جهت ارتقای هوش هیجانی برای عموم مردم می تواند مؤثر باشد.

#### منابع

۱. Young, J. E., Kolosko, J. S. & weishar, M. e. (۲۰۰۳). Schema therapy: A Partitioers guide. New York: Guilford press.
۲. Samuel, D. B. & Ball, S. A. (2013). The Factor Structure and Concurrent Validity of the early maladaptive schema questionnaire: Research Version. Cognitive Therapy and Research, Volume 37, Issue 1, pp: 150-159.
۳. Timm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schema. A five factore model perspective. Journal of Behavior therapy and experimental psychology, 41, 373-380.
۴. یانگ، ج (۱۹۵۰). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور (۱۳۹۰). تهران: ارجمند
۵. آهوان، م؛ قوتی، ع و یعقوبی، م (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی با رفتار خودزنی و خودکشی دختران نوجوان بین ۱۴ تا ۱۸ سال مشهد، فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، دوره ۲، شماره ۶، ۱۴-۱
۶. مؤذنی، ت؛ غلامرضایی، س و رضایی، ف (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره درمانی بر شدت افسردگی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، ارمان دانش، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، دوره ۲۳، شماره ۲، ۲۶۶-۲۵۳
۷. جهانگیری، م؛ صالحی، م؛ عشایی، ح و پاشا شریفی، ح (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وسواس جبری مقاوم به درمان، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۲(۲)، ۱۳-۲۷
۸. تاجیک زاده، ف؛ زارع، ا؛ نظیری، ق و افشاری، ر (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگه دارنده با متادون، فصلنامه شخصیت و تفاوت های فردی، ۴(۷)، ۱-۲۳

۹. Golmeman, D (2006) Emotional intelligence, NEWYORK: Bankom Books.
۱۰. Ciarrochi, J., Chan, A. Y. C., Caputi, P., & Roberts, R. (2001). " Measuring emotional intelligence". In C. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry (pp. 25–45). Philadelphia, PA: Psychology Press.
۱۱. Zeidner M, Matthews G, Roberts RD. (2009). What we know about emotional intelligence : how it affects learning, work, relationships, and our mental health. Massachusetts: The MIT Press: 182-90
۱۲. Bar-On R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In: Bar-On R, Parker JD. (editors). The handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass: 363-88
۱۳. روشنی کوشا، ن (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر هوش هیجانی، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم تحقیقات، تهران
۱۴. Bear, Ruth, smith, Gregory, T., Allen, Kristin, B. (2004), Assessment of mindfulness by self-Report the Kentucky in venfory of mindfulness skills, Assessment. V. 11, no. 3, pp.191-206.
۱۵. Janis, Leigh Bowen, Gisarah and Marlatt, Alan (2005), Spirituality, mindfulness and Substance aduse, Addictive Behaviors, Issue 30, pp. 1335-1344.
۱۶. Kingston, Jessica, Chadwick, Paul, Meron, Danieland & Skinner, Apilot, T., chas (2007), randomized controltrial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance psychological Well-being and physiological activity, Psychosomatic Research, V. 62, Issue 3, pp. 247.300.
۱۷. Carmody, James, Reed, George, Kristeller, Jean and Merriam, Phillip (2008), Mindfulness, spirituality, and health relatedsymptoms, Journal of Psycho somatic Research, Volume 64, Issue 4, pp. 393-403.
۱۸. Shapiro, S. L., Carson, L. E., Astin, J. A. et al., ۲۰۰۳. Mechanisms of mindfulness. Journal of Clinical Psychology . 62 : 373 – 86 .
۱۹. Segal . Z. V., Williams , J. M. G., & Teasdale , J. D. (2012) . Mindfulness – based cognitive therapy for depression . New York : Guilford .