Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2021; Vol 6 (3), Winter, pp: 78-87.

The Relationship between the Maladaptive Schemas with Emotional Intelligence and Emotional Regulation in the Diabetic Elderly

Hale Ramtinfar[1], Mandana Alizadeh[2]
1- M.A. in General Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
ORCID: 0000-0002-2720-7808
2- M.A. in Rehabilitation Counseling, Islamic Azad University, Rasht Branch, Rasht, Iran
ORCID: 0000-0002-5293-8952
***Corresponding Author:** Mandana Alizadeh, **Email:** m.alizadeh9893@gmail.com, **Tel:** +989113309893

Received: 28Aug2020 **Accepted:** 9Feb2021

Abstract
Background & Aim: Aging is a biological process experienced by all living things, including humans. The present study aimed to evaluate the relationship between maladaptive schemas and emotional intelligence with emotional regulation in the diabetic elderly.
Materials and Methods: This was a descriptive and correlational study, and the statistical population included all the diabetic elderly referring to the Diabetes Support Charity Association in Gilan, Iran in the last month of the Persian year 1398 (2019). In total, 225 out of 541 individuals were selected by stratified random sampling. Data were collected using the maladaptive schemas and emotional intelligence (1998), Meyer and Salovi (1997) emotional intelligence questionnaires, and Gross and John (2003) emotional regulation questionnaires. In addition, data analysis was performed using Pearson parametric statistics and multivariate regression.
Results: In this study, there was a significant relationship between maladaptive schemas and emotional intelligence in the diabetic elderly ($P<0.01$). In addition, a significant association was observed between the maladaptive schemas and emotional regulation of diabetic elderlies ($P<0.01$). In another part of the study, the results demonstrated that 24.4% of the changes in the maladaptive schemas of the elderly could be explained by using changes in emotional regulation and emotional intelligence of these individuals.
Conclusion: According to the results of the study, the variables of emotional intelligence and emotional regulation properly predicted the maladaptive schema of diabetic elderly.
Keywords: Maladaptive Schemas, Emotional Intelligence, Emotional Regulation, Diabetic Elderly

How to cite this article:
Ramtinfar H, Alizadeh M. The Relationship between the Maladaptive Schemas with Emotional Intelligence and Emotional Regulation in the Diabetic Elderly. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2021; 6 (3): 78-87.
URL http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-351-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

Copyright © 2021 the Author (s). Published by **Kurdistan University of Medical Sciences**. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت

هاله رامتین‌فر[1] و ماندانا علیزاده[2]

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

کد ارکید: 0000-0002-2720-7808

۲- کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

کد ارکید: 0000-0002-5293-8952

نویسنده مسئول: ماندانا علیزاده، **ایمیل:** m.alizadeh9893@gmail.com **تلفن:** ۰۹۱۱۳۳۰۹۸۹۳

تاریخ دریافت:۱۳۹۹/۶/۷ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۹/۱۱/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: سالمندی فرایندی زیستی است که تمام موجودات زنده از جمله انسان آن را تجربه می‌کنند. هدف این پژوهش بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع توصیفی و به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد سالمند مبتلا به دیابت مراجعه کننده به انجمن خیریه حمایت از بیماران دیابتی استان گیلان در یک ماهه پایانی سال ۱۳۹۸ به تعداد ۵۴۱ نفر بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به تعداد ۲۲۵ به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های طرح‌واره ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸)، هوش هیجانی مایر و سالووی (۱۹۹۷) و تنظیم هیجانی گروس و جان (۲۰۰۳) استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار پارامتریک پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی در سالمندان رابطه معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۱$). همچنین بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تنظیم هیجانی در سالمندان رابطه معناداری وجود داشت ($P<۰/۰۱$). در بخش دیگری از این پژوهش نتایج نشان داد ۲۴/۴ درصد تغییرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان را می‌توان با استفاده از تغییرات متغیرهای هوش هیجانی و تنظیم هیجانی تبیین نمود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که متغیرهای هوش هیجانی و تنظیم هیجانی پیش‌بین مناسبی برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان مبتلا به دیابت می‌باشد.

واژگان کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی، تنظیم هیجانی، سالمندان مبتلا به دیابت

مقدمه

افزایش چشمگیر جمعیت سالمندان (elderly) در جهان و ایران اهمیت قشر سالمند را در جامعه ما بیش از پیش مطرح و لزوم پژوهش در این زمینه را آشکار می‌کند. تحقیقاتی که در ایران در زمینه سالمندی انجام شده است جدید و بسیار محدود بوده و بر اساس آن سالمندی غالباً در مفهوم سلامت فیزیکی بررسی شده است. با وجود رشد جمعیت سالمند، هنوز بر نیازهای سالمندان به عنوان گروه آسیب‌پذیر جامعه تمرکز نشده است. بر اساس سرشماری عمومی سال ۱۳۹۰، در ایران جمعیت سالمندان بیشتر از ۶۰ سال، حدود ۶ میلیون و ۱۵۹ هزار و ۶۷۶ نفر بود (۸/۲۳ درصد). پیش‌بینی می‌شود این جمعیت تا سال ۲۰۵۰ به بیش از ۲۵ میلیون نفر برسد که روندی سریع‌تر از گروه‌های جمعیتی دیگر خواهد داشت (۱). از سوی دیگر، تا چندی پیش بیماری‌های واگیر به عنوان بزرگترین مشکل بهداشتی کشورهای جهان سوم به‌شمار می‌رفت، اما در حال حاضر افزایش نقش بیماری‌های غیرواگیر در مرگ‌و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

میر، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی محسوب می‌شود که بیماری دیابت (diabete) یکی از آن‌ها است (۲). دیابت از جمله بیماری‌های روان- تنی (psychosomatic) است که تنیدگی، در ایجاد، شدت، عود و مزمن شدن آن تأثیر قابل توجهی دارد. از سوی دیگر دیابت از عمده بیماری‌هایی می‌باشد که تعداد سالمندان در حال ابتلا به آن رو به افزایش است و تأثیرات جسمانی و حتی روانشناختی بارزی بر سالمندان دارد. بنابراین وضعیت روانشناختی سالمندان بطور مستقیم یا غیرمستقیم با بیماری‌های وابسته از جمله دیابت در سالمندان مرتبط است (۳).

یکی از متغیرهایی که روانشناسان علاقه‌مند هستند تا در رابطه با سالمندان مطالعه نماید طرحواره ناسازگار اولیه (Early Maladaptive Schemas) است. واژه طرحواره شناختی دارای معانی متعددی است که این تعاریف در حیطه گسترده‌ای از ساختارهای شناختی قابل‌دستیابی متفاوت هستند، طرحواره بالاترین سطح تعمیم‌یافته شناخت است که به تغییر مقاوم می‌باشد و تأثیر عمیق و قدرتمندی در شناخت واره‌ها و هیجان‌های فرد دارد و افکار خودآیند و باورهای بینابینی، به‌طور شدیدی تحت تأثیر طرحواره‌ها قرار می‌گیرند و این تأثیر به‌خصوص زمانی قدرتمند است که طرحواره‌ها فعال شوند (۴). محرک‌های جدید که از محیط به فرد وارد می‌شوند، اگر با طرحواره‌های موجود سازگار باشند، بسط داده می‌شوند و رمزگردانی می‌گردند و اگر ناسازگار یا نامربوط باشند، چشم‌پوشی و یا فراموش می‌شوند؛ بنابراین اگرچه طرحواره باعث تسهیل ادراک، فهم، یادآوری و حل مسئله می‌شود اما یک پیامد مهم عملکرد مداوم طرحواره، سوگیری و تحریف پردازش اطلاعات است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسان، در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول، در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (۵). در واقع آن‌ها باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (۶). اگرچه فرد می‌داند طرحواره منجر به ناراحتی وی می‌شود، ولی با طرحواره احساس راحتی می‌کند و همین احساس راحتی، فرد را به این نتیجه می‌رساند که طرحوارهاش درست است. افراد به سمت وقایعی کشانده می‌شوند که با طرحواره‌هایشان همخوانی دارند و به همین دلیل تغییر طرحواره‌ها سخت است. نتیجه چنین دیدگاهی این است که طرحواره بر پردازش تجارب بعدی تأثیر می‌گذارد (۷). طرحواره‌ها نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط با دیگران بازی می‌کنند و به‌گونه‌ای متناقض و اجتناب‌ناپذیر، زندگی بزرگسالی را به شرایط ناگوار دوران کودکی می‌کشانند که غالباً برای فرد زیان‌بخش می‌باشد (۸).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه بواسطه متغیرهایی همچون هوش هیجانی (Emotional Intelligence) قابل پیش‌بینی است. هوش هیجانی توانائی درک هیجانات و عواطف به‌منظور دست‌یابی و ایجاد هیجاناتی است تا ضمن کمک به تفکر بهتر، بتواند به شناخت هیجانات و عواطف بپردازد. ضمناً هماهنگی لازم میان عواطف و احساسات برای ارتقا عاطفی و هوشی را فراهم آورد (۹). در واقع هوش هیجانی نوعی پردازش عاطفی است که شامل ارزیابی صحیح عواطف خود و دیگران، بیان مناسب عواطف و تنظیم مناسب آن‌هاست؛ به‌نحوی‌که به بهبود جریان زندگی منجر شود (۱۰). وجود هوش هیجانی و احساس در انسان واقعیتی انکارناپذیر است و در انسان نیم‌کره راست مغز مربوط به هوش هیجانی است. هوش هیجانی توانایی آگاه بودن از خود، درک و فهم خود و دیگران توانایی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

مواجه‌شدن با هیجانات شدید و مدیریت خود و ... است (۱۱). هوش هیجانی یکی از مواردی است که شخص می‌تواند به کنار آمدن افراد در مواقع مواجهه با تنیدگی کمک کند که در واقع مجموعه‌ای از شناختی و هیجانی به هم متصل است که اشخاص را در درک، تجزیه و تحلیل و بروز دقیق هیجان‌ها کمک می‌کند تا از احساساتی که افکار را تسهیل می‌کند، آگاه شود (۱۲). طبق دیدگاه بک (Beck) ذهنیت‌ها از طرحواره‌هایی تشکیل شده‌اند که دربرگیرنده خاطرات، راهبردهای حل مسئله، تصاویر ذهنی و زبان هستند. فعال‌سازی یک ذهنیت خاص، حاصل میراث ژنتیکی فرد و باورهای فرهنگی و اجتماعی اوست. طرحواره‌ها به عنوان شبه‌رگه در نظر گرفته می‌شود که در طول زمان پایدار است (۱۳).

علاوه بر مطالب گفته شده، تنظیم هیجانی (Emotional Regulation) نیز در پیش‌بینی طرحواره-های ناسازگار اولیه نقش مؤثری دارد. تنظیم هیجان بر فرآیندهای درونی و بیرونی پاسخ‌دهی در برابر مهار و نظارت، ارزیابی و تعدیل تعاملات هیجانی به‌خصوص خصایص زودگذر و تند، برای به تحقق رسیدن اهداف مبتنی است (۱۴). تنظیم هیجان می‌تواند آگاهانه یا ناآگاهانه، زودگذر یا دایمی و رفتاری و یا شناختی باشد، تنظیم هیجان رفتاری، نوعی از تنظیم هیجان است که در رفتار آشکار فرد دیده می‌شود و نسبت به تنظیم هیجان شناختی که قابلیت مشاهده ندارد، زودگذر می باشد. تنظیم هیجانی شامل هر استراتژی مقابله‌ای است که افراد، هنگام مواجهه با هیجانات شدید استفاده می-کنند (۱۵). در واقع، تنظیم هیجانی، به توانایی فهم هیجانات، تعدیل تجربه هیجانی و ابراز هیجانات اشاره دارد (۱۶). تنظیم هیجان موفق همراه با دستاوردهای مثبت است، دستاوردهایی چون رشد صلاحیت‌های اجتماعی، سلامتی به کارگیرنده تنظیم هیجان و در مقابل، هیجان تنظیم نشده با اشکال برجسته آسیب‌های روانی همراه است (۱۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طبقه قدرتمندی از تنظیم هیجان شامل راه‌های شناختی اداره اطلاعات هیجانی تحریک کننده می‌باشد (۱۸). تنظیم هیجان شناختی همراه همیشگی آدمی است که به مدیریت یا تنظیم عواطف و هیجان‌ها کمک می‌کند؛ به انسان توان سازگاری مطلوبتر به خصوص بعد از تجارب هیجانی منفی را می‌دهد (۱۹). تنظیم هیجان در بیشتر مطالعات همسان با مقابله شناختی فرض می‌شود و در کل به راه‌های شناختی، مدیریت عواطف با استفاده از اطلاعات برانگیخته هیجانی گفته می‌شود. فرایندهای شناختی می‌توانند به افراد کمک کنند تا بتوانند مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها و یا عواطف را بر عهده بگیرند تا از این طریق بر مهار هیجان‌ها بعد از وقایع اضطراب‌آور و استرس‌زا توانا باشند (۲۰).

با توجه به مطالب گفته شده در این پژوهش هم این سؤال مطرح است که آیا طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت رابطه دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی و به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد سالمند مبتلا به دیابت مراجعه کننده به انجمن خیریه حمایت از بیماران دیابتی استان گیلان در یک ماهه پایانی سال ۱۳۹۸ به تعداد ۵۴۱ نفر بود که از بین آن‌ها نمونه‌ای به تعداد ۲۲۵ به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شد. همچنین برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از پرسشنامه‌های شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه طرح‌واره ناسازگار اولیه: این پرسشنامه توسط Young (۱۹۹۱) و از ۷۵ سؤال در طیف ۶ درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً غلط (۱)، تقریباً غلط (۲)، بیشتر درست است تا غلط (۳)، اندکی درست (۴)،

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

تقریباً درست (۵) و کاملاً درست (۶) تشکیل شده است. این پرسشنامه دارای حداقل نمره ۷۵، حداکثر نمره ۴۵۰ و نقطه برش آن نیز ۲۶۲/۵ می‌باشد. Young (۱۹۹۱) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۷۶ صدم گزارش کرده است (۲۱). همچنین فرامرزی‌نیا و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی پایایی ابزار مذکور را با استفاده از آلفای کرونباخ ۸۲ صدم محاسبه کرده‌اند (۲۲). در این پژوهش هم پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ صدم محاسبه شد.

پرسشنامه هوش هیجانی: این پرسشنامه توسط Mayer & Salovey (۱۹۹۷) ساخته شده و دارای ۳۲ سؤال در مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت به‌صورت؛ کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نه موافق و نه مخالفم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) سنجیده می‌شود. این پرسشنامه دارای حداقل نمره ۳۲، حداکثر نمره ۱۶۰ و نقطه برش آن نیز ۹۶ می‌باشد.Mayer & Salovey (۱۹۹۷) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۷۰ صدم گزارش کرده است (۲۳). همچنین در پژوهش حسینی‌طلاوردی (۱۳۹۲) شاخص آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۳۳ گویه‌ای هوش هیجانی برابر با ۰/۹۱ محاسبه شد که حاکی از پایایی بالای پرسشنامه است (۲۴). در این پژوهش هم پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ صدم محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم هیجانی: این پرسشنامه توسط Gross & Jon (۲۰۰۳) ساخته و دارای ده گویه می‌باشد. آزمودنی به هر گویه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از؛ کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ و نقطه برش آن نیز ۴۰ است. Gross & John (۲۰۰۳) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از آزمون- آزمون مجدد و به فاصله یک هفته ۷۶ صدم گزارش کرده‌اند (۲۵). همچنین تویاری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی پایایی ابزار مذکور را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۱ صدم محاسبه نموده‌اند (۲۶). در این پژوهش هم پایایی پرسشنامه مذکور با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ صدم محاسبه شد.

داده‌های این پژوهش در بخش توصیفی با استفاده از میانگین و انحراف استاندارد انجام شد. در بخش استنباطی نیز ابتدا برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک (shapiro-wilk) استفاده شد. از آن‌جایی که داده‌ها نرمال بودند برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون پیرسون (Pearson) و رگرسیون چندمتغیره (Multiple Regression) در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. در ضمن تمامی عملیات آماری با استفاده از نرم‌افزار Spss نگارش ۲۴ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه از بین جمعیت نمونه، کمترین تعداد با ۶۲ نفر (۲۷/۵۶ درصد) دارای تحصیلات زیر دیپلم و بیشترین آن‌ها نیز با تعداد ۹۳ نفر (۴۱/۳۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم بودند. همچنین کمترین تعداد با ۱۳ نفر (۵/۸۰ درصد) دارای ۱ فرزند و بیشترین آن‌ها نیز با تعداد ۹۲ نفر (۴۰/۹۰ درصد) دارای ۳ فرزند بودند. از سوی دیگر کمترین تعداد با ۲۴ نفر (۱۰/۶۷ درصد) دارای شغل آزاد و بیشترین آن‌ها نیز با تعداد ۶۲ نفر (۲۷/۵۶ درصد) شغل دولتی داشتند. ضمن این که کمترین تعداد با ۴۵ نفر (۲۰/۰۰ درصد) دارای سابقه پایین‌تر از ۵ سال و بیشترین آن‌ها نیز با تعداد ۱۸۰ نفر (۸۰/۰۱ درصد) بین ۱۰ تا ۲۰ سال دارای سابقه ابتلا به دیابت داشتند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۱: محاسبه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرهای تحقیق / شاخص‌های آماری	طرح‌واره ناسازگار اولیه	هوش هیجانی	تنظیم هیجانی
میانگین	۱۸۶/۸۱	۵۷/۴۸	۵۳/۴۰
انحراف استاندارد	۱۶/۸۳	۶/۵۰	۸/۹۹

نتایج اطلاعات جدول ۱ که مربوط به محاسبه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تحقیق است نشان داد متغیرهای؛ طرح‌واره ناسازگار اولیه دارای میانگین و انحراف استاندارد ۱۶/۸۳ ± ۱۸۶/۸۱، هوش هیجانی ۶/۵۰ ± ۵۷/۴۸ و متغیر تنظیم هیجانی نیز دارای میانگین و انحراف استاندارد ۸/۹۹ ± ۵۳/۴۰ بود.

جدول ۲: محاسبه ضریب همبستگی پیرسون پیرامون رابطه طرح‌واره ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی

متغیر	۱	۲	۳
طرح‌واره ناسازگار اولیه	۱		
هوش هیجانی	**۰/۳۲۰	۱	
تنظیم هیجانی	**۰/۴۰۸	*۰/۱۶۸	۱

*** P<۰/۰۰۱ ** P<۰/۰۱ * P<۰/۰۵

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ۲، ضریب همبستگی محاسبه شده در سطح P<۰/۰۱ معنادار بود. این نتیجه نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی در سالمندان رابطه معناداری وجود داشت. به طوری که مقدار این رابطه برابر برای هوش هیجانی ۰/۳۲۰ و تنظیم هیجانی ۰/۴۰۸ و به صورت مستقیم (مثبت) بود.

جدول ٤: نتایج تحلیل واریانس

	مجموع مجذورات	df	مجذور میانگین	F	sig	R	R^2 تعدیل شده
رگرسیون	۲۶۲۳/۴۹۵	۲	۱۳۱۱/۷۴۸	۳۷/۱۶۰	۰/۰۰۰	۰/۵۰۱	۰/۲۴۴
باقیمانده	۷۸۳۶/۶۶۵	۲۲۲	۳۵/۳۰۰				
کل	۱۰۴۶۰/۱۶۰	۲۲۴					

پیش‌بین: (مقدار ثابت)؛ هوش هیجانی و تنظیم هیجانی

ملاک: طرح‌واره ناسازگار اولیه

طبق داده‌های جدول ۴، مقدار R=۰/۵۰۱ و مجذور R^2 تصحیح شده برابر ۰/۲۴۴ محاسبه گردید. ۳۷/۱۶۰ =F(۱و۲۲۲) و P<۰/۰۰۱ نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت رابطه معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر، ۲۴/۴ درصد تغییرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان را می‌توان با استفاده از تغییرات متغیرهای هوش هیجانی و تنظیم هیجانی تبیین نمود.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

جدول ۵: سهم تفکیکی متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک

	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		
	B	خطای استاندارد	Beta	t	sig
مقدار ثابت	۷۱/۲۶۷	۳/۷۴۵	–	۱۹/۰۲۸	۰/۰۰۰
هوش هیجانی	۰/۲۶۰	۰/۱۰۴۲۱۸	۰/۳۶۲	۶/۱۹۲	۰/۰۰۹
تنظیم هیجانی	۱/۰۶۹	۰/۲۰۰	۰/۳۱۲	۵/۳۳۶	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۵، می‌توان معادله رگرسیون زیر را برای پیش‌بینی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان مبتلا به دیابت در نظر گرفت:

(تنظیم هیجانی) ۱/۰۶۹ + (هوش هیجانی) ۰/۲۶۰ + (مقدار ثابت) ۷۱/۲۶۷ = طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سالمندان مبتلا به دیابت

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی و تنظیم هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هوش هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت رابطه معناداری داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت هنگامی‌که طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم و یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغل، سوءمصرف مواد، تعارضات بین‌فردی و مانند آن می‌شود (۱۱). طرحواره‌های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال شخصیتی خاص نمی‌شود اما آسیب‌پذیری فرد را برای این اختلالات افزایش می‌دهند. طرحواره‌های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان‌دهنده مجزا باشند، بیشتر احتمالاً بوسیله الگوی مداوم با اعضاء خانواده و همتایان ایجاد می‌شوند که به نحو فزاینده‌ای طرحواره‌ها را تقویت می‌کنند. سازه طرحواره‌های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (۱۳). این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و فرد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد آشفتگی‌هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان‌تنی آسیب‌پذیر می‌سازند. طرح‌های اولیه ناسازگارانه اساساً تدریجی هستند و درون‌مایه‌های ناخودآگاه توسط افراد حفظ می‌شوند و به‌عنوان یک مدل برای پردازش تجارب بعدی مورد استفاده قرار می‌گیرند و در نتیجه در سراسر زندگی گسترش می‌یابند و رفتارها، افکار، احساسات و روابط با دیگران را تعیین می‌کنند (۹). از همین رو است هنگامی‌که حوزه‌های مختلف آن افزایش می‌یابد هوش هیجانی کاهش پیدا می‌کند. بنابراین، می‌توان بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به‌عنوان بخش زیرین و سخت شناخت‌های افراد که اغلب در دوران تحولی رشد شکل گرفته‌اند، با رفتار انحرافی در مقاطع بعدی رشد افراد ارتباط برقرار نمود. طرحواره‌ها از جمله علل فردی و روانشناختی‌ای هستند که در مطالعه هوش هیجانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند (۱۲). طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیر فرد از رویدادها شده، موجب نگرش‌های تحریف‌شده و گمانه‌های نادرست و اهداف و چشمداشت‌های غیرواقع‌بینانه می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عمیق‌ترین سطح شناخت هستند و الگوی ثابت و

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

درازمدتی دارند که در دوران کودکی به وجود می‌آیند و تا بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند و تا حد زیادی ناکارآمدند. آن‌ها نقش‌های اولیه و پایه‌ای بر تجارب افراد داشته، بر فرایند تجارب بعدی اثر می‌گذارند (۱۰).

در بخش دیگری از این پژوهش نتایج نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه با تنظیم هیجانی در سالمندان مبتلا به دیابت رابطه معناداری داشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت روانشناسان در چهارچوب نظریه رفتارگرایی در زمینه هیجان اظهارنظر کرده‌اند. آن‌ها بر جنبه‌های فیزیولوژیک و رفتارهای هیجانی تأکید ورزیده و هیجان را الگوی ارثی قلمداد نموده‌اند که به طور مداوم موجب تغییرات بدنی، احشایی و نظام غدد درون ریز می‌گردد (۱۸). بین واکنش‌های هیجانی و غریزی تفاوت وجود دارد به طوری‌که محرک‌های هیجانی سبب آشفتگی ارگانیزم می‌گردد و لازم است همواره هیجانات کنترل و تنظیم شوند تا سیستم فیزیولوژیکی انسان به نحو مطلوب به کارایی خود ادامه دهد (۱۵). عدم تنظیم هیجان به صورت فزاینده باعث تنش‌های مداوم ارگانیزم می‌شود که زمینه‌های بروز اضطراب، افسردگی، استرس و به طور کلی کاهش وضعیت روانشناختی مطلوب فرد می‌شود (۱۶). در این بین سالمندان مبتلا به دیابت به دلیل این بیماری نسبت به سایر سالمندان از آسیب‌پذیری بیشتری در مقابل هیجانات مستمر و پایدار برخوردارند (۲۰). با توجه به مطالب گفته شده سالمندان دارای تنظیم هیجانی مطلوب، می‌توانند استرس‌های محیطی و شرایط نامطلوب منتج از بیماری خود را کنترل کنند. این نکته می‌تواند به کنترل قند خون و خودمراقبتی، همچنین بهبود وضعیت روانشناختی سالمندان به مبتلا دیابت کمک کند. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد سالمندان مبتلا به دیابت که سطوح تنظیم هیجانی بالاتری دارند، شاخص‌های اضطراب، افسردگی و استرس پایین‌تر و در کل وضعیت روانشناختی مطلوب‌تری را داشته باشند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: الف) عدم توانایی در کنترل سطح پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت، ب) عدم توانایی در کنترل وضعیت اجتماعی و اقتصادی سالمندان مبتلا به دیابت، ج) عدم توانایی در کنترل وضعیت اشتغال سالمندان مبتلا به دیابت و د) عدم توانایی در کنترل شدت بیماری سالمندان مبتلا به دیابت. به منظور رفع محدودیت‌های یاد شده پیشنهادهای زیر ارائه می‌گردد: ۱) در پژوهش‌های بعدی میزان پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت کنترل شود. ۲) وضعیت اجتماعی و اقتصادی و رفاه عمومی خانواده سالمندان کنترل شود. ۳) وضعیت و کیفیت اشتغال سالمندان مبتلا به دیابت بررسی و کنترل شود. ۴) شدت بیماری در سالمندان مبتلا به دیابت مورد مطالعه و کنترل قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل مطالعه مستقل بوده که بدون دریافت کمک مالی از سوی نهاد و سازمانی صورت گرفته و نیز نویسندگان این مقاله هیچگونه تعارض منافع با یکدیگر نداشتند. همچنین نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از تمامی آزمودنی‌ها که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

References

1. Motamedi A, Borjali A, Sadeghpour M. Predicting the psychological well-being of the elderly based on their ability to manage stress and social support. Journal of elderly Studies. 2018; 1(13): 98-109.
2. Rook KS, August KJ, Choi S, Franks MM, Stephens MAP. Emotional reactivity to daily stress, spousal emotional support, and fasting blood glucose among patients with type 2 diabetes. J Health Psychol. 2016; 21(11): 2538-2549.
3. Hakimipour N, Taheri N, Hojati H, Rabiee SH. The relationship between social support and quality of life in the elderly with diabetes. Diabetes Nursing Quarterly of Zabol School of Nursing and Midwifery. 2015; 3(1): 42-50.
4. Riso L, Toit P, Stein D, Young JE. Cognitive Schemas and core beliefs in psychological problems. A Scientist Practitioner Guide. American Psychological Association. Washington, DC; 2007.
5. Kolsko J, Wisshar ME. Schema therapy: A praticitioners guide. New York. Guilford; 2017.
6. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of *early maladaptive schemas*. Child Abuse Negl. 2020; 99: 104235.
7. Basile B, Tenore K, Mancini F. *Early maladaptive schemas* in overweight and obesity: A *schema* mode model. Heliyon. 2019; 5(9): e02361.
8. Naamipour A, Pourmeydani S. Predicting makeup tendency based on early maladaptive schemas in women and girls in Isfahan. Social Psychology Research. 2017; 7(27): 67-78.
9. Sanche D, Ruis J. Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? Pers Individ Dif. 2017; 47: 36-41.
10. Alshammari F, Pasay-an E, Gonzales F, Torres SH. *Emotional intelligence* and authentic leadership among Saudi nursing leaders in the Kingdom of Saudi Arabia. J Prof Nurs. 2020; 4: In Press.
11. Fatemi M, Emotional Intelligence. Tehran: Sargol Publications. Print tenth; 2014.
12. Fabio AD, Saklofske DH. The contributions of personality and *emotional intelligence* to resiliency. Pers Individ Dif. 2018; 123: 140-144.
13. Ebrahimi M, Tavousi N. The mediating role of early uncompromising schemas in the relationship between personality and stubbornness. Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry. 2018; 5(1): 26-32.
14. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2017.
15. Eckert M, Ebert DD. Overcome procrastination: Enhancing emotion regulation skills reduce procrastination. Learn Individ Differ. 2016; 76: 1-6.
16. lin PY, Lin HC, Lin AL, Yen JY, Ko CHH. The association between *Emotional Regulation* and Internet Gaming Disorder. Psychiatry Res. 2020; 289: 113060.
17. Dillon DG, Ritchey M, Johnson BD, La-Bar KS. Dissociable effects of conscious emotion regulation strategies on explicit and implicit memory. Emotion. 2018; 7(2): 345-62.
18. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. Behav Res Ther. 2014; 50: 493-501.
19. Lee M, Lee ES, Jun JY, Park S. The effect of early trauma on North Korean refugee youths' mental health: Moderating effect of *emotional regulation* strategies. Psychiatry Res. 2020; 287: 112707.
20. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18- item version (CERQ-short). Pers Individ Dif. 2019; 41: 1045-105.
21. Young JE. Young Schema Questionnaire Short Form. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]

22. Faramarzinia E, Bahreyniyan SAH. Manouchehri M. Structural model of attachment styles, early maladaptive schemas, and health dimensions mediated by coping styles. Journal of Islamic Azad University. 2019; 29(4): 337-348.
23. Mayer J, Salovey P. Emotional intelligence and the construction and regulation of feeling. Applied Preventive Psychology. 1997; 4, 197-208.
24. Hossieni Talaverdi Y. Investigating the Relationship between Emotional Intelligence and Organizational Citizenship Behavior in Endowments and Charities. Master Thesis in Public Management, Human Resources, Allameh Tabatabai University; 2013.
25.Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. J Pers Soc Psychol. 2003; 85: 348-362.
26.Toyari E, Bakhtiyarpour S, Pasha r, Borna MR. Modeling the relationship between psycho-spiritual development and social support on marital happiness by considering the mediating role of emotional regulation in the parents of exceptional children. Journal of Psychological Achievements. 2020; 27(1): 91-108.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2024-10-12]