

بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و
سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و
نوجوانان عادی

**Investigating the comparison of early maladaptive schema;
emotional quotient and social adjustment adolescents having
tendency to dangerous behavior and normal adolescents**

Soraya Ghasemi
Master of General Psychology

ثریا قاسمی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی

Dr Kabir Sharifi
Consulting group of Farhangian
University of Shahrekord

نویسنده مسئول

دکتر کبیر شریفی

گروه مشاوره دانشگاه فرهنگیان شهرکرد

Abstract

The aim of this study is to compare the early maladaptive schemas ,emotional intelligence and social adjustment of adolescents with high-risk behaviors and normal adolescents . This non-experimental study designs of correlation .The sample consisted of 380 adolescents (190 boys have a tendency to risky behaviors and normal, 190 girls have a tendency to risky behaviors and Normal) in the city shahrekord who were selected by convenience sampling method .The tool works taken, Schema Questionnaire-Short Form questionnaire Bar-on emotional

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی بود. روش بررسی: روش پژوهش حاضر غیر آزمایشی و طرح آن از نوع همبستگی است. نمونه ی این پژوهش متشکل از ۳۸۰ نوجوان (۱۹۰ نوجوان پسر دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی، ۱۹۰ نوجوان دختر دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی) در شهرستان شهرکرد بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار به کار

intelligence, Bell compatibility questionnaire and scale of adolescent risk-taking in Iran .

To analyze the data, descriptive statistics (frequency, mean and standard deviation) and inferential statistics (analysis of variance or MANOVA) was used .The results showed that the mean scores in early maladaptive schemas among adolescents ($p=0/001$) and female ($p=0/003$) has a normal tendency to risky behaviors and there are significant differences .Between emotional intelligence scores among adolescent boys ($002 / OP =$) and female ($p=0/005$) has the general tendency to risky behaviors and there are significant differences .Also ,the mean scores of social adjustment in adolescents ($p=0/003$) and female ($p=0/002$) has the general tendency to risky behaviors and there are significant differences. Based on these findings, it seems that the tendency to risky behaviors can be features such as schemas ,emotional intelligence and social adjustment of adolescents negatively affect their end . Therefore ,it is suggested that experts and officials of health services and workshops for adolescents with behaviors risk

گرفته شده، فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره، پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن، پرسشنامه سازگاری بل و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره یا مانوا) استفاده شد. یافته ها: یافته های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه در میان نوجوانان پسر ($P=0/001$) و دختر ($P=0/003$) دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی تفاوت معناداری وجود دارد. بین میانگین نمرات هوش هیجانی در میان نوجوانان پسر ($P=0/002$) و دختر ($P=0/005$) دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی نیز تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، بین میانگین نمرات سازگاری اجتماعی نوجوانان پسر ($P=0/003$) و دختر ($P=0/002$) دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی نیز تفاوت معناداری وجود دارد. نتیجه گیری: با توجه به یافته های پژوهش، به نظر می رسد که گرایش به رفتارهای پرخطر می تواند ویژگی هایی همچون طرحواره ها، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان را تحت تأثیر منفی خود قرار دهد. لذا، پیشنهاد می شود که کارشناسان و مسئولان خدمات بهداشتی و درمانی کارگاه های آموزشی برای نوجوانان دارای

familiar with these practices and their potential adverse consequences of such behavior be provided to hold to prevention.

Keywords: early maladaptive schemas, emotional intelligence, social adjustment, teenagers, tendency to risky behaviors

گرایش به رفتارهای پرخطر به منظور آشنایی با این رفتارها و پیامدهای ناگوار آنها برگزار کنند تا زمینه پیشگیری از این گونه رفتارها فراهم گردد.

واژه های کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی، سازگاری اجتماعی، نوجوانان، گرایش به رفتارهای پرخطر
دریافت: تیر ۹۵ پذیرش: دی ۹۶

مقدمه

امروزه شیوع رفتارهای پرخطر به خصوص در نوجوانان و جوانان به یکی از مهمترین نگرانی های جامعه تبدیل شده و علی رغم فعالیت های صورت گرفته طی سال های گذشته، رفتارهای مخاطره آمیز در سطح جهان دارای رشدی تصاعدی بوده است. علت رشد شاید این باشد که هنوز جهان و کشورهای در حال توسعه به این نتیجه نرسیده اند که باید انرژی بی پایان و جاه طلبی جوانان را درک نمایند و به خلق فرصت های واقعی برای جوانان بپردازند (ملکشاهی و مؤمن نسب، ۱۳۸۶).

یکی از موارد جدی تهدید کننده ی سلامت، که در سال های اخیر با توجه به تغییرات سریع اجتماعی، از سوی سازمان های بهداشتی، مجریان قانون و سیاست گذاران اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات موجود در جامعه مورد توجه قرار گرفته است، شیوع رفتارهای پرخطر در میان اقلات مختلف می باشد. به عنوان مثال، پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۳۰، تنها میزان بیماری ها و مرگ و میر ناشی از مصرف دخانیات به رقم ۱۰ میلیون نفر در سال برسد (اسلوسکی^۱، ۲۰۰۴). اگر پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی سایر رفتارهای پرخطر مانند سوءمصرف مواد، خشونت و ایدز را نیز به حساب آوریم، آسیب های وارده چند برابر می شود (سلیمانی نیا، جزایری و محمدخانی، ۱۳۸۴).

بسیاری از نوجوانان در مقابله با دشواری ها و بحران دوره ی نوجوانی، دست به رفتارهایی می زنند که سلامت حال و آینده آنان را مورد تهدید قرار می دهد. مصرف مواد، خشونت و رفتارهای جنسی ناپایمن، عامل بسیاری از موارد مرگ و میر در سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی را تشکیل می دهند (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز^۱، ۲۰۰۰). در حالی که بزرگسالان، بیشتر از بیماری هایی چون سرطان، نارسایی های قلبی - عروقی و دیابت آسیب می پذیرند، موارد تهدید کننده ی سلامت جوانان و نوجوانان عبارتند از: قتل، خودکشی، تصادفات و ایدز که تقریباً همه آن ها زیربنای رفتاری داشته و لذا قابل پیشگیری و کنترل می باشند (اوزر^۲، ۲۰۰۳).

عوامل اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی نقش مهمی در سوگیری رفتاری افراد دارند. اغلب نوجوانان، خانواده، جامعه و بستگان دچار چالش هستند و ممکن است که فشار این مشکلات نوجوان را در مرحله تصمیم گیری به سمت رفتارهای پر خطر بکشاند. رفتار پر خطر به رفتارهایی اطلاق می گردد که احتمال نتایج مخرب جسمی، روانشناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش دهد (کارگرگ و گروور^۳، ۲۰۰۳). لذا شامل: مصرف سیگار و الکل، گرایش به رابطه با جنس مخالف و رفتار جنسی خطرناک، خشونت، رانندگی خطرناک می باشد.

بر اساس آمارهای پیش بینی شده توسط بانک جهانی در رابطه با شاخص های توسعه جهانی، در سال ۲۰۰۵ حدود ۸/۵ میلیون نفر از جمعیت کشورمان را نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله تشکیل می دهند که این میزان معادل ۱۲/۵ درصد کل جمعیت کشور خواهد بود (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۱). بنابراین، با توجه به ساختار سنی جوان کشور و نظر به آن که نوجوانان، آسیب پذیرترین قشر جامعه در برابر رفتارهای پرخطر را تشکیل می دهند، بدیهی است که هر گونه ضایعه و نارسایی در بهداشت جسمی و روانی و در نتیجه، کاهش توانایی های این قشر حرکت ساز، به گونه ای غیر قابل اجتناب به کندی در پیشرفت جامعه می

1- Lindberg, Boggest & Williams

2- Ozer

3- Carr-Gregg & Grover

انجامد و از طرف دیگر عدم سلامت جسمی و روانی آن ها ممکن است در درازمدت، روی سلامتی آحاد جامعه اثر منفی بگذارد.

از جمله رویکردهایی که به این مسأله توجه دارد، رویکرد طرحواره درمانی یانگ^۱ است که بر کشف ریشه های تحولی مشکلات روانشناختی و طرحواره های ناکارآمد اولیه تأکید می کند (طباطبایی برزکی، سهرابی و کریمی زارچی، ۱۳۹۱). واژه ی طرحواره^۲ در روانشناسی و به طور گسترده در حوزه شناختی تاریخچه غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره تعدیل^۳ می شود و پاسخ های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می کند. طرحواره، بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکننده یک واقعه است (یانگ، کلاسکو و ویشار^۴، ۲۰۰۳). یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر رفتارهای نوجوانان، سازگاری اجتماعی آنان است. روانشناسان، سازگاری فرد را در برابر محیط مورد توجه قرار دادند و آن را به عنوان مهمترین نشانه سلامت روان جزئی از ویژگی های شخصیت بهنجار تلقی کرده اند که به فرد کمک می کنند تا خود را با جهان پیرامون خویش سازگار سازد، یعنی با دیگران در صلح و صفا زندگی کند و جایگاهی برای خود به دست آورد (اتکینسون و هیلگارد، ۱۹۹۸، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۱). در این میان سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش های خود و نحوه عملکرد در نقش هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد (ویزمن^۵، ۱۹۷۵). سازگاری اجتماعی معمولاً در اصطلاحات نقش های اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران و رضایت با نقش های متعدد مفهوم سازی شده است (کلیر و کاردینز^۶، ۱۹۷۸؛

1- Young's schema therapy approach

2- schema

3- mediate

4- Young, Klosko, & Weishaar

5- Weissman

6- Clear & Cardins

به نقل از بیدرمن و همکاران^۱، (۱۹۹۳). از دیگر متغیرهای مرتبط با رفتارهای نوجوانان، هوش هیجانی است. هوش هیجانی عبارت از توانایی ناظر بر ظرفیت ادراک، ابراز، شناخت، کاربرد و کنترل هیجان ها در خود و دیگران می باشد (سالووی و مایر^۲، ۱۹۹۰). هوش هیجانی برای نخستین بار توسط واین پاپن در رساله دکتری استفاده شده است و سالووی و مایر در سال (۱۹۹۰) معنای آن را توسعه داده اند (حدادی کوهسار و همکاران، ۱۳۸۳). سالووی هوش هیجانی را نوعی هوش اجتماعی و مشتمل بر توانایی کنترل هیجانات خود و دیگران و تمایز بین آنها و استفاده از اطلاعات برای راهبرد تفکر و عمل دانسته و آن را متشکل از مولفه های درون فردی و میان فردی گاردنر می داند و پنج حیطه ی خود انگیزی، خود آگاهی، خود کنترلی، همدلی، مهارت اجتماعی مورد مطالعه قرار داده است.

رفتارها و سبک زندگی افراد عمدتاً در طی دوره نوجوانی پایه گذاری می شود (گیلبرت^۳، ۲۰۰۳). و ۷۰ درصد مرگ ها به دنبال رفتارهایی رخ می دهند که در نوجوانی روی داده و قابل اصلاح بوده اند (عابدینی و همکاران، ۱۳۸۶). مصرف مواد مخدر، خشونت و رفتارهای جنسی عامل بسیاری از مرگ و میرهای سنین نوجوانی و اوایل بزرگسالی است (لیندبرگ، بوگست و ویلیامز، ۲۰۰۰). بسیاری از رفتارهای پرخطر از قبیل سیگار، الکل، مواد مخدر و روابط جنسی نامطمئن در سنین قبل از ۱۸ سالگی اتفاق می افتند (برگمن و اسکات^۴، ۲۰۰۱). میانگین سن شروع سیگار در ایران ۱۶/۶ سال بوده است (جعفرزادگان و زارعی، ۱۳۸۰). و بالاترین نسبت معتاد کشور (۴۵/۷) در فاصله سنی ۱۷ تا ۲۲ سالگی مصرف را آغاز کرده اند (مدنی و رزاقی، ۱۳۸۱؛ به نقل از فتحی و فدوی، ۱۳۹۱). سلیمانی نیا، جزایری و محمدخانی (۱۳۸۴) با مطالعه ۳۸۵ نوجوان ۱۴ تا ۱۹ ساله دبیرستانی در تهران دریافت که ۳۳٪/۳ از دختران و ۴۰٪/۴ از پسران که در مجموع ۱۲۰ نفر (۳۱٪/۲) از کل نوجوانان مورد بررسی را تشکیل می دادند در طول زندگی حداقل یک بار با میل خود و چه با زور درگیر

1- Biederman, Faraone, Barth & Chen

2- Salovey & Mayer

3- Guilbert

4- Bergman & Scott

رابطه جنسی شده اند که از این میان، ۱۹/۵٪ از آن ها در معرض رفتار جنسی پرخطر و ابتلا به بیماری های مقاربتی و سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ایدز) بوده اند. هالینگ، ارهار، راونز و اسچلاک^۱ (۲۰۰۷) در مطالعه خود بر روی نوجوانان آلمانی گزارش نمودند که ۱۱/۹ درصد از نوجوانان به علت مشکلات رفتاری نیاز به خدمات بهداشت روان دارند. با شناخت عوامل زیر بنایی (طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی) می توان در آینده در جهت پیشگیری از گرایش به رفتار پرخطر با آموزش، اقدامات مؤثر انجام داد. همچنین، علی رغم تلاش بسیاری که در دو دهه ی اخیر در جهت افزایش آگاهی عمومی نسبت به مضرات و خطرات رفتارهای پرخطر صورت گرفته است، هم چنان با افزایش روزافزون این رفتارها به ویژه در میان جوانان و نوجوانان روبرو هستیم. مطالعات نشان داده اند که اغلب رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، الکل، مواد و رفتارهای جنسی نایمن در سنین قبل از ۱۸ سالگی آغاز می شوند (برگمن و اسکات، ۲۰۰۱). با عنایت به صدمات و خسارات جبران ناپذیری که هر یک از رفتارهای پرخطر به دنبال دارند و از آن جایی که اقدامات تغییر رفتار در سطح فردی و اجتماعی طولانی مدت و پرهزینه است، به نظر می رسد پیشگیری، بهترین رویکرد برای کاهش رفتارهای تهدید کننده ی سلامت در سطح جامعه باشد.

نتایج مطالعه ای که به منظور بررسی ارتباط رفتارهای پرخطر با برخی نشانگان روانی توسط بروکس^۲ و همکاران (۲۰۰۲) در ۲۲۲۴ دانش آموز دبیرستانی پایه نهم و تا دوازدهم با میانگین سنی ۱۶/۲ سال در ایالات ماساچوست آمریکا انجام شد، نشان داد که بین میزان افسردگی و استرس گزارش شده توسط آزمودنی ها و افزایش میزان رفتارهای پرخطر در آن ها در طول یک ماه گذشته ارتباط معنادار وجود داشته است و یک معادله ی رگرسیون چند متغیری نشان داد که احساسات مربوط به افسردگی و تحت استرس قرار داشتن با افزایش سطح مصرف دخانیات، افزایش خشونت و درگیری های فیزیکی، رابطه جنسی نایمن و

1- Holling, Erhar, Ravens & Schlak

2- Brooks

رژیم غذایی ناسالم مرتبط می باشد. روبر^۱ و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی طرحواره های ناسازگار ۵۰ نفر از افراد وابسته به الکل و مقایسه ی آن با گروه غیر بالینی، دریافتند که بیماران وابسته به الکل در شش طرحواره ناسازگار به طور معناداری، متفاوت از افراد سالم بودند. افراد الکلی سطوح بالای طرحواره های ناسازگار را در وابستگی هیجانی، بی اعتمادی، نقص / شرم، وابستگی / بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و اطاعت نشان دادند. ترینیداد و جانسون^۲ (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نمرات بالا در مقیاس هوش هیجانی، با سطوح پایین پذیرش سیگار، قصد سیگار کشیدن و مصرف الکل رابطه ی منفی دارد. برومت^۳ (۲۰۰۷) در پژوهش به بررسی رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با مصرف مواد پرداخت. بدین منظور ۱۲۱ نفر از بیماران سرپایی درمان با نگهداری متادون را انتخاب و مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت مصرف مواد رابطه معناداری دارند. در پژوهش ترینیداد^۴ و همکاران (۲۰۰۴) نیز مشخص شد افرادی که هوش هیجانی پایین دارند، از مواد مخدر استفاده می کنند. پژوهش گیتز^۵ (۲۰۰۶) نشان داد که بین هیجان خواهی بالای نوجوانان و انجام رفتارهای پرخطری مثل رانندگی بی پروا، اعمال جنسی بدون لوازم پیشگیرانه همبستگی مثبتی وجود دارد (به نقل از عظیمی، ۱۳۸۷). همچنین، هادلی^۶ (۲۰۰۸) بیان می کند همبستگی منفی بین اضطراب و رفتار پرخطر و بین عملکرد سازگاران و رفتار پرخطر وجود دارد.

با توجه به مطالب ذکر شده و این که رفتار پرخطر در دانش آموزان چشم گیر بوده و نشان دهنده ضرورت ملاحظات لازم برای کاهش آنهاست (باریکانی، ۱۳۸۷)، لذا این پژوهش به دنبال بررسی مقایسه ی نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر و عادی از نظر

-
- 1- Roper
 - 2- Johnson
 - 3- Brummett
 - 4- Trinidad
 - 5- Gates
 - 6- Hadley

طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی است که در پی بررسی فرضیات زیر می باشد:

۱- بین نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر و نوجوانان عادی از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معنادار وجود دارد.

۲- بین نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر و نوجوانان عادی از نظر هوش هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد.

۳- بین نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر و نوجوانان عادی از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد.

روش

روش پژوهش حاضر غیر آزمایشی و طرح آن از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه ی دانش آموزان در حال تحصیل دختر و پسر در سطح شهر شهرکرد که به ترتیب ۱۶۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ نفر هستند که در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ مشغول به تحصیل می باشند.

نمونه، حجم نمونه و روش نمونه گیری:

با توجه به این که تعداد دانش آموزان در حال تحصیل دختر و پسر در سطح شهر شهرکرد به ترتیب ۱۶۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ نفر است، بنابراین حجم نمونه تعیین شده ۴۰۰ نفر می باشد. روش نمونه گیری در این پژوهش نمونه گیری در دسترس بود. به این طریق که، ابتدا ۱۹۰ نفر از میان مدارس دخترانه مقطع دبیرستان و ۱۹۰ نفر از میان مدارس پسرانه مقطع دبیرستان و مراکز شبانه روزی بهزیستی و خانه سلامت انتخاب شد و سپس آزمون ها بر روی آن ها اجرا گردید.

ملاک های ورود و خروج آزمودنی ها:

ملاک‌های شمول افراد به منظور شرکت در پژوهش عبارتند از: ۱- عدم وجود مشکلات بینایی، شنوایی و ذهنی، ۲- طبقه سنی ۲۰-۱۲ سال (نوجوانان)، ۳- گرایش به رفتارهای پرخطر از سوی آزمودنی‌ها. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز، شامل این موارد بودند: ۱- ابتلاء به بیماری‌های عفونی و واگیر، ۲- شروع درمان دارویی یا انجام جراحی، ۳- جابجایی محل تحصیل یا محل زندگی، ۵- دریافت برنامه مداخله‌ای همزمان با این پژوهش که ممکن بود بر متغیرهای این پژوهش تأثیرگذار باشد.

ابزار اندازه‌گیری یا روش‌های عملی جمع‌آوری داده‌ها:

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن^۱: پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن که در سال ۲۰۰۰ میلادی توسط رون و آن نوشته شده و شامل ۳۳ سوال است که مؤلفه‌های هوش هیجانی (خود آگاهی، خودکنترلی، خود انگیزی، هوشیاری اجتماعی و مهارت اجتماعی) را می‌سنجد. اجرای این پرسشنامه معمولاً بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه طول می‌کشد. گزینه‌ها به روش مقیاس لیکرت (همیشه، اغلب، گاهی، به ندرت، هیچ وقت) تهیه شده است. نمره‌گذاری در سؤالات مثبت از ۱ به ۵ و در سؤالات منفی از ۵ به ۱ شده است. این پرسشنامه از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است. در ایران زارع (۱۳۸۰) میانگین کل ضریب همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۷۶ به دست آورده است. شمس‌آبادی (۱۳۸۳) ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ی بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۳ با میانگین ۰/۷۰ گزارش کرده است. اعتبار محاسبه شده از طریق ضریب آلفای کرونباخ: پسر ۰/۷۴ و دختر ۰/۶۸ و برای کل ۰/۹۳ است. در این پژوهش نیز ضریب همسانی درونی ۰/۷۹ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شده است.

پرسشنامه سازگاری بل^۲: این پرسشنامه در سال ۱۹۶۱ توسط بل تدوین گردید. این پرسشنامه شامل ۱۶۰ سؤال در ۵ خرده‌مقیاس ۳۲ سؤالی است (سازگاری در خانه، سازگاری سلامتی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و سازگاری اجتماعی) که آزمودنی به صورت بلی و خیر به سؤال‌ها پاسخ می‌دهد و برای هر سؤال اگر صحیح پاسخ داده شود

1- Bar-On Emotional Intelligence Questionnaire

2- Bell Adaptability Questionnaire

نمره یک و اگر پاسخ غلط داده شود نمره صفر در نظر گرفته می شود. دامنه نمرات هر پرسشنامه بین ۰ تا ۱۲۸ و دامنه نمرات هر خرده مقیاس نیز بین ۰ تا ۳۲ می باشد (پورسید، حبیب الهی و فرامرزی، ۱۳۸۹). هرچه آزمودنی نمره کمتری در پرسشنامه سازگاری بل کسب کند سازگاری بیشتری دارد و بر عکس (پورسید، حبیب الهی و فرامرزی، ۱۳۸۹). در این پژوهش فقط خرده مقیاس سازگاری اجتماعی بر روی آزمودنی ها اجرا شد. در خرده مقیاس سازگاری اجتماعی، نمرات بالا نشانگر دوری و کناره گیری از تماس های اجتماعی و تسلیم در برابر آن معرفی می شوند و افرادی که نمره کم به دست می آورند در تماس های اجتماعی حالت پرخاشگری دارند. از جمله نکات مهم که هنگام پاسخ به پرسشنامه باید توجه داشت عبارت است از: جواب درست یا غلط وجود ندارد، در پاسخ به سؤالات بیان صحیح و روشن احساسات، افکار و علایق پاسخگر مهم است و غیره. پایایی هر یک از قسمت های پرسشنامه یعنی سازگاری اجتماعی و عاطفی که با روش همبستگی موارد فرد-زوج و با استفاده از فرمول اسپیرمن-براون تعیین شده اند، به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۱ و در سازگاری روانی (کل) ۰/۹۱ گزارش شده است (رقیبی، بخشایی و حسین آبادی، ۱۳۸۳). در ایران نیز، این پرسشنامه توسط بهرامی (۱۳۷۱؛ به نقل از آذین و موسوی، ۱۳۸۸) بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۹ به دست آمد. در این پژوهش نیز، با استفاده از روش دو نیمه کردن برای تعیین هماهنگی درونی آزمون، ضریب پایایی ۰/۸۲ به دست آمد.

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره^۱ (SQ-SF): نسخه اصلی طرحواره ها (SQ)، توسط یانگ برای اندازه گیری طرحواره های ناسازگار اولیه ساخته شده است. فرض بر این است که طرحواره ناسازگار اولیه، پدیدآیی و تداوم اختلالات روان شناختی را تحت تأثیر قرار می دهند. تحلیل عاملی نسخه ۲۰۵ سؤالی پرسشنامه طرحواره ها، طرحواره های پیشنهادی یانگ را تأیید کرد. شکل کوتاه پرسشنامه طرحواره (SQ-SF) که دارای ۷۵ گویه می باشد، برای اندازه گیری ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه توسط یانگ (۱۹۹۸) بر اساس فرم اصلی ساخته

1- Schema Questionnaire

شده است. این طرحواره ها عبارتند از: محرومیت هیجانی، طرد- بی ثباتی، بی اعتمادی- بدرفتاری، انزوای اجتماعی- بیگانگی، نقص- شرم، شکست، وابستگی- بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، خودتحوّل نایافته/ گرفتار، اطاعت، ایثار/ فداکاری، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی، استحقاق/ بزرگ منشی، خودکنترلی ناکافی. هر پرسش بر یک مقیاس ۶ درجه ای نمره گذاری می شود (۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر ۵ پرسش یک طرحواره را مورد سنجش قرار می دهد. چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲/۵ باشد، آن طرحواره ناکارآمد است. پایایی و روایی این ابزار در پژوهش های متعددی به اثبات رسیده است (بارانوف و تیان^۱، ۲۰۰۷). هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) در دانشگاه های تهران انجام گرفته است. همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمده است. در پژوهش حاضر آلفای به دست آمده ۰/۹۱ بوده است. آلفای مربوط به طرحواره ها در این مطالعه به شرح زیر می باشد: محرومیت هیجانی ۰/۸۳، طرد- بی ثباتی ۰/۷۳، بی اعتمادی - بدرفتاری ۰/۷۹، انزوای اجتماعی- بیگانگی ۰/۸۲، نقص- شرم ۰/۸۵، شکست ۰/۹۰، وابستگی/ بی کفایتی ۰/۸۰، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۰/۸۷، خود تحوّل نایافته/ گرفتار ۰/۷۳، اطاعت ۰/۸۵، ایثار/ فداکاری ۰/۸۷، بازداری هیجانی ۰/۷۷، معیارهای سرسختانه/ بیش انتقادی ۰/۷۱، استحقاق/ بزرگ منشی ۰/۸۰ و خودکنترلی ناکافی ۰/۷۶.

مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی^۲ (IARS): با کمک ابزارهای معتبر و مطرح در حوزه نوجوانان هم چون پرسشنامه خطرپذیری نوجوانان^۳ (ARQ)، گالونه^۴، مور^۵، موس^۶ و

1- Baranoff & Tian

2- Iranian Adolescents Risk-taking Scale

3- Adolescent Risk-Taking Questionnaire

4- Gullone

5- Moore

6- Moss

بوید^۱، (۲۰۰۰) و پرسشنامه سیستم کنترل رفتار پرخطر جوانان^۲ (YRBSS؛ برنر^۳ و همکاران، ۲۰۰۴) و در نظر گرفتن شرایط فرهنگی و محدودیت های اجتماعی جامعه ایران، مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی توسط زاده محمدی و احمدآبادی (۱۳۸۸) ساخته شد. این مقیاس شامل ۳۸ گویه برای سنجش آسیب پذیری نوجوانان در مقابل ۷ دسته رفتارهای پرخطر (خشونت، سیگار کشیدن، مصرف مواد مخدر، مصرف الکل، رابطه و رفتار جنسی و گرایش به جنس مخالف) است که پاسخگویان موافقت یا مخالفت خود را با این گویه ها در یک مقیاس ۵ گزینه ای از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) بیان می کنند. آزمون کفایت نمونه گیری کایزر-مایر-اولکین^۴ (KMO) برابر با ۰/۹۵ و در سطح بسیار مطلوب و رضایت بخش بود و آزمون کرویت بارتلت^۵ از نظر آماری معنادار بود. این پرسشنامه هنجاریابی شده و میزان آلفای کرونباخ برای سیگار ۰/۹۳، مواد مخدر و روان گردان ۰/۹۰، الکل ۰/۹۰، خشونت ۰/۷۸، دوستی با جنس مخالف ۰/۸۳ و رابطه و رفتار جنسی ۰/۸۷ به دست آمد (زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸).

روش اجرای پژوهش:

روش اجرای پژوهش و جمع آوری داده ها در این پژوهش، به این صورت بود که ابتدا جهت ورود به مدرسه و مراکز مشاوره شهر شهرکرد، معرفی نامه ای از طرف دانشگاه گرفته شد. پس از ورود به مراکز مربوطه و اجرای آزمون و تشخیص رفتار پرخطر، آزمودنی ها در گروه های گرایش به رفتار پرخطر و عادی جای گرفتند. در مرحله بعد جهت ورود آزمودنی ها به پژوهش، فرم رضایت نامه تکمیل گردید. سپس، آزمودنی ها به وسیله آزمون های پژوهش (پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن، پرسشنامه سازگاری بل و پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه) مورد آزمون و بررسی قرار گرفتند. در مرحله آخر نیز از همه آزمودنی ها و پرسنل مراکز مربوطه که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تشکر و تقدیر به عمل

1- Boyd

2- Youth Risk Behavior Surveillance

3- Brener

4- Kaiser-Mayer-Okin measure of sampling adequacy

5- Bartlett Test of sphericity

بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای

آمد. همچنین، به دلیل مسئولیت های اخلاقی به دانش آموزان این اطمینان داده شد که نتایج این پرسشنامه ها محرمانه بوده و هیچ گونه تأثیری بر آن ها نخواهد گذاشت.

روش تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش:

جهت تجزیه و تحلیل داده های به دست آمده از پرسشنامه ها، از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، جداول، نمودارها) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره با مانوا^۱) به منظور مشخص کردن معناداری ارتباط بین متغیرهای پژوهش (هوش هیجانی، طرحواره های ناسازگار اولیه و سازگاری اجتماعی) استفاده شد. برای محاسبات نیز، نرم افزار آماری SPSS-20 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

در بررسی ابتدا یافته های توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی های دو گروه (نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی) مورد بررسی قرار می گیرد تا تفاوت های آزمودنی ها در متغیرهای طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی از نظر اطلاعات توصیفی مشخص گردد. جدول ۱) میانگین و انحراف معیار متغیر طرحواره های ناسازگار اولیه در بین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی پسر و دختر

نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر		نوجوانان عادی		متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۴۹/۳۳	۱۷/۶۰	۳۴/۴۷	۱۲/۰۳	های پسران طرحواره
۴۴/۶۵	۱۵/۱۷	۳۰/۲۸	۱۰/۵۱	دختران ناسازگار اولیه

¹- multiple analysis of variance

همان گونه که در جدول شماره ۱ ملاحظه می شود، نوجوانان پسر عادی در طرحواره های ناسازگار اولیه نسبت به نوجوانان پسر دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین بالاتری برخوردارند. همچنین، نوجوانان دختر عادی در طرحواره های ناسازگار اولیه نسبت به نوجوانان دختر دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین بالاتری برخوردارند.

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیر هوش هیجانی در بین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی پسر و دختر

متغیر	نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر		نوجوانان عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
هوش	۲۵/۳۲	۳/۰۶	۳۱/۵۶	۵/۴۰
هیجانی	۲۷/۳۶	۴/۶۶	۳۲/۲۱	۷/۴۹

همان گونه که در جدول شماره ۲ ملاحظه می شود، نوجوانان پسر عادی در هوش هیجانی نسبت به نوجوانان پسر دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین بالاتری برخوردارند. همچنین، نوجوانان دختر عادی در هوش هیجانی نسبت به نوجوانان دختر دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین بالاتری برخوردارند.

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیر سازگاری اجتماعی در بین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای

پرخطر و عادی پسر و دختر

متغیر	نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر		نوجوانان عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پسران	۲۶/۳۰	۵/۷۸	۱۸/۴۹	۸/۰۲
دختران	۱۹/۳۸	۶/۰۱	۲۵/۳۳	۸/۶۰

بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای

همان گونه که در جدول شماره ۳ ملاحظه می شود، نوجوانان پسر عادی از لحاظ سازگاری اجتماعی نسبت به نوجوانان پسر دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین پایین تری برخوردارند. همچنین، نوجوانان دختر عادی از لحاظ سازگاری اجتماعی نسبت به نوجوانان دختر دارای گرایش به رفتار پرخطر از میانگین پایین تری برخوردارند.

اطلاعات استنباطی:

در این بخش داده های به دست آمده از مقیاس ها، به منظور تعیین معناداری تفاوت بین متغیرهای طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی در میان نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و نوجوانان عادی، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مورد استنباط قرار می گیرد.

لازم به ذکر است که بر اساس آزمون لوین و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط همسانی واریانس های بین گروهی رعایت شده است، بنابراین آزمون تحلیل واریانس چند متغیری قابل اجرا است.

جدول ۴) بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در میان پسران و دختران دارای گرایش به

رفتار پرخطر و عادی

متغیر	گروه	میانگین	df	مجدورات	میانگین	F	سطح
طرحواره های ناسازگار اولیه	پسران	نوجوانان دارای گرایش	۴۷۳۸/۳۶۲	۱	۴۷۳۸/۳۶۲	۴۲/۷۶	۰/۰۰۱
		به رفتار پرخطر نوجوانان عادی					
طرحواره های ناسازگار اولیه	دختران	نوجوانان دارای گرایش	۲۸۶۵/۱۰۷	۱	۲۸۶۵/۱۰۷	۳۷/۶۹	۰/۰۰۳
		به رفتار پرخطر نوجوانان عادی					

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، بین پسران دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/001$). همچنین، بین دختران دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/003$).

جدول ۵) بررسی مقایسه هوش هیجانی در میان پسران و دختران دارای گرایش به رفتار پرخطر و عادی

متغیر	گروه	مجموعه	df	میانگین	F	سطح
پسران	نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر	۳۵۴/۳۲۹	۱	۳۵۴/۳۲۹	۳۱/۱۲	۰/۰۰۲
	نوجوانان عادی					
دختران	نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر	۳۷۶/۰۶۶	۱	۳۷۶/۰۶۶	۳۳/۸۷	۰/۰۰۵
	نوجوانان عادی					

همان گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، بین پسران دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر هوش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/002$). همچنین، بین دختران دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر هوش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/005$).

بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای

جدول ۶) بررسی مقایسه سازگاری اجتماعی در میان پسران و دختران دارای گرایش به رفتار پرخطر و عادی

متغیر	گروه	مجموع	df	میانگین	F	سطح
سازگاری اجتماعی	پسران	نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر	۱۱۱/۳۵۱	۳۳/۳۵۱	۲۱/۰۶	۰/۰۰۳
		نوجوانان عادی				
سازگاری اجتماعی	دختران	نوجوانان دارای گرایش به رفتار پرخطر	۳۶۵/۳۵۱	۳۶۵/۳۵۱	۲۵/۱۱	۰/۰۰۲
		نوجوانان عادی				

همان گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می شود، بین پسران دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/003$). همچنین، بین دختران دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/002$).

بحث و نتیجه گیری:

نوجوانی دوره ای است که نوجوانان نقش ها و مسئولیت های جدید را می پذیرند و مهارت های اجتماعی را برای بر عهده گرفتن آن نقش ها فرا می گیرند (هریس، دانکن و بویسجولی، ۲۰۰۲). ولی از آن جایی که الگویی روشن و همه جانبه در زمینه رفتار مناسب برای آنان تعریف نشده است، به سبک- سنگین کردن رفتارها، آزمایش نقش های مختلف، اعلام تمایز از بزرگسالان و در برخی موارد به نادیده گرفتن قواعد دست می زند (راسخ، ۱۳۸۳؛ به نقل از زاده محمدی و احمدآبادی، ۱۳۸۸) و سرانجام این رشد نقش ها با انجام رفتارهای پرخطر همراه می شود. از این رو دوره نوجوانی اغلب با خطرپذیری هم معنی شده و فرد به عنوان موجودی خطرپذیر تعریف می شود. هدف

این پژوهش بررسی مقایسه هوش هیجانی، سازگاری اجتماعی و طرحواره ناسازگار اولیه در نوجوانان با گرایش به رفتار پرخطر و عادی بود. بدین منظور نمونه ای متشکل از ۱۹۰ نفر نوجوان پسر دارای گرایش به رفتار پرخطر و عادی و ۱۹۰ نفر نوجوان دختر دارای گرایش به رفتار پرخطر و عادی در شهرستان شهرکرد انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج پژوهش نشان داد که بین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر طرحواره های ناسازگار اولیه تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر، میانگین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر از لحاظ طرحواره های ناسازگار اولیه بالاتر از میانگین نوجوانان عادی است. این یافته ها با نتایج پژوهش های زیر همسو می باشد:

نتایج مطالعه ی بروکس و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد که احساسات مربوط به افسردگی و تحت استرس قرار داشتن با افزایش سطح مصرف دخانیات، افزایش خشونت و درگیری های فیزیکی، رابطه جنسی ناایمن و رژیم غذایی ناسالم مرتبط است. بیکر و بیچ^۱ (۲۰۰۴) در پژوهش خود نشان دادند که افراد دارای رفتارهای پرخطر جنسی طرحواره های ناسازگار اولیه بیشتری را نسبت به افراد عادی دارند. روپر و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی طرحواره های ناسازگار ۵۰ نفر از افراد وابسته به الکل و مقایسه ی آن با گروه غیر بالینی، دریافتند که بیماران وابسته به الکل در شش طرحواره ناسازگار به طور معناداری، متفاوت از افراد سالم بودند. افراد الکلی سطوح بالای طرحواره های ناسازگار را در وابستگی هیجانی، بی اعتمادی، نقص/ شرم، وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری و اطاعت نشان دادند. برومت^۲ (۲۰۰۷) با بررسی ۱۲۱ نفر از بیماران سرپایی درمان با نگهداری متادون، نشان داد که طرحواره های ناسازگار اولیه با شدت مصرف مواد رابطه معناداری دارند. همچنین، در پژوهش های خارجی

1- Backer & Beech

2- Brummett

دیگری مانند گانون، وارد و کلی^۱ (۲۰۰۷)، ترمبلی و دوزیس^۲ (۲۰۰۹)، ریان^۳ و همکاران (۲۰۱۱) و هریسون و رینی^۴ (۲۰۱۳)، از این یافته ها حمایت می کنند و نشان می دهند که افراد دارای رفتارهای پرخطر مانند جرائم جنسی طرحواره های ناسازگاری دارند که آن ها را به سمت رفتار جنسی نامناسب سوق می دهد. امانی و همکاران (۱۳۹۲) به پژوهشی پرداختند که یافته های آن نشان داد بین مؤلفه های طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک های هویت نوجوانان رابطه معنادار وجود دارد. همچنین، نتایج این تحقیق با حمایت از نظریه طرحواره های ناسازگار اولیه نشان می دهد این طرحواره ها می توانند پیش بینی کننده مهمی برای سبک شکل گیری هویت نوجوانان باشند و مداخله های مبتنی بر طرحواره ها می تواند روش مفیدی برای هدایت شکل گیری سبک هویت و حل بحران نوجوانی باشد. نتایج پژوهش سلیمانی نیا و همکاران (۱۳۸۴) حاکی از آن بود که بین نوجوانی که رفتار پرخطر دارند و آن هایی که رفتار پرخطر ندارند در اغلب شاخص های منفی و مثبت سلامت روان تفاوت معنادار وجود داشت. نوفرستی و اکبری زردخانه (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که در همه طرحواره ها به جز طرحواره های «محرومیت هیجانی»، «معیار سرسختانه» و «شکست»، بین دو گروه مجرمان جنسی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود داشت. به این معنی که گروه مجرمان جنسی در مقایسه با گروه افراد عادی طرحواره های ناسازگار اولیه بیشتری داشتند. نتایج پژوهش حقیقت منش و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که میانگین نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد آن در افراد با رفتار پرخطر به طور معناداری از میانگین نمرات افراد عادی در این مؤلفه ها بیشتر می باشد.

همچنین، این یافته ها با مدل نظریه های ضمنی (وارد^۵، ۲۰۰۰)، نظریه ی طرحواره های ناسازگار اولیه ی یانگ هماهنگ است. در این نظریه ها فرض بر این است که

1- Gannon, Ward & Collie

2- Tremblay & Dozois

3- Rayan

4- Harrison & Rainey

5- Ward

رفتارهای پرخطر مانند جرایم جنسی از فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه به وجود می آیند. افراد از طریق این طرحواره ها اطلاعات را تعبیر و تفسیر کرده و براساس آن عمل می کنند (برن و براون^۱، ۲۰۰۶).

در تبیین این یافته می توان گفت که از آنجا که طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان بنیادهای شناختی ناکارآمد بر نحوی ادراک پدیده ها و شکل گیری روان بنه های فرد موثر بوده و می تواند آسیب های روانشناختی و اجتماعی پدید آورد، لذا ارتکاب جرم به عنوان یکی از آسیب های اساسی است که بر پایه ی این بنیادهای ناکارآمد شکل گرفته و سازمان می یابد (کلسکو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ به نقل از قادی پاشا، سرداری پور و خوش روش، ۱۳۹۲).

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد بین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر هوش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر، میانگین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر از لحاظ هوش هیجانی بالاتر از میانگین نوجوانان عادی است. این یافته ها با نتایج پژوهش های زیر همسو می باشد:

نتایج پژوهش آستین، ساکلوفسکی و اگان^۳ (۲۰۰۵) رابطه ی منفی هوش هیجانی با مصرف الکل و رابطه ی مثبت آن با گستردگی و کیفیت روابط اجتماعی و رابطه ی سازش یافتگی اجتماعی موفقیت آمیز با ادراک دقیق تر خلق دیگران در زمینه عملکرد تحصیلی و رفتار سازگار در مدرسه را نشان داده است. همچنین، یافته های موجود رابطه ی هوش هیجانی را با اختلال شخصیت و بیماری های روانی و شیوع بیشتر اختلال شخصیت و بیماری های روانی در بین افراد با مصرف مواد و نقش حمایتی هوش هیجانی بالا در کاهش خطر گرایش به سیگار و اعتیاد در نوجوانان را نشان می دهد. به طوری که در مجموع بین نمره ی کلی هوش هیجانی و نمره ی مقیاس افراد الکلی رابطه

1- Burn & Brown

2. Klosko

3- Austin, Saklofeske, & Egan

بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای

منفی وجود دارد (مایر، سالووی و کاروسو^۱، ۲۰۰۰). ترینیداد و جانسون (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که نمرات بالا در مقیاس هوش هیجانی، با سطوح پایین پذیرش سیگار، قصد سیگار کشیدن و مصرف الکل رابطه ی منفی دارد. در پژوهش ترینیداد و همکاران (۲۰۰۴) نیز مشخص شد افرادی که هوش هیجانی پایین دارند، از مواد مخدر استفاده می کنند. در مطالعه ی دیگر تایلر و همکاران (۲۰۰۱) دریافتند، افرادی که به صورت تفریحی مشروبات الکلی مصرف می کنند و همچنین آنهایی که به الکل اعتیاد دارند از هوش هیجانی پایینی برخوردارند. خسروی کبیر و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود نشان دادند بین نمره های هوش هیجانی و سلامت روان افراد با مصرف مواد و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد به طوری که افراد با مصرف مواد از هوش هیجانی و سلامت روان پایین تری نسبت به افراد عادی برخوردار بودند. نتایج منشی و مظاهری (۱۳۸۹) نشان داد افرادی که در رفتارهای مصرف مواد درگیر شده اند، هوش هیجانی پایینی دارند.

در تبیین این یافته ها می توان گفت افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، ممکن است قابلیت های ذهنی بیشتری در درک صحیح موقعیت ها و پاسخگویی به فشارهای ناخواسته اطرافیان خود داشته باشند. بدیهی است که این قابلیت ها منجر به افزایش مقاومت در برابر رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد و غیره می شوند و دسترسی به راه حل های بهتر را میسر می سازد (خسروی کبیر و همکاران، ۱۳۸۸).

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که بین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر و عادی از نظر سازگاری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر، میانگین نوجوانان دارای گرایش به رفتارهای پرخطر از لحاظ سازگاری اجتماعی بالاتر از میانگین نوجوانان عادی است. این یافته ها با نتایج پژوهش های زیر همسو می باشد: پژوهش گیتز (۲۰۰۶) نشان داد که بین هیجان خواهی بالای نوجوانان و انجام رفتارهای پرخطری مثل رانندگی بی پروا، اعمال جنسی بدون

1- Mayer, Salovey, Caruso

لوازم پیشگیرانه همبستگی مثبتی وجود دارد (به نقل از عظیمی، ۱۳۸۹). معمولاً پیچیدگی در فعالیتهای با خطر بالا ارتباط مثبتی با عوامل شخصیتی، از قبیل ناسازگاری اجتماعی دارند. پژوهش ها گزارش داده اند اشخاصی که به سمت رفتارهای پرخطر جلب می شوند نمرات بالاتری در وابستگی، مطلوب بودن، برتری و عزت نفس دارند. آنها خطر رابطه جنسی، خطر سیگار کشیدن، و تکانشی بودن از خود نشان داده اند (رولیزان و اسکرمن، ۲۰۰۲؛ به نقل از عظیمی، ۱۳۸۹). هادلی^۱ (۲۰۰۸) بیان می کند همبستگی منفی بین اضطراب و رفتار پرخطر و بین عملکرد سازگاران و رفتار پرخطر وجود دارد. همچنین، این یافته ها با نظریه روانی - اجتماعی هماهنگ است. این نظریه معتقد است که نوجوانان دارای مهارت های اجتماعی و فردی ضعیف، نه تنها در برابر عوامل مشوق رفتارهای پرخطر آسیب پذیر هستند، بلکه تمایل دارند با گرایش به رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد به عنوان جایگزینی برای راهبردهای مقابله ای سازش یافته استفاده نمایند (طارمیان، ۱۳۸۰).

در تبیین این یافته ها می توان گفت نوجوانان احتمالاً برای افزایش منزلت در میان همسالان و یا برای رسیدن به لذت و ارضای حس کنجکاوی سراغ رفتارهای پرخطر مانند مصرف مواد و ... می روند. نوجوانان با الگو گرفتن از دوستان و خانواده و برای جلب توجه و مطرح کردن خود به سوی این گونه رفتارها کشیده می شوند. همچنین می توان بیان داشت که یک نوجوان تجربه کافی برای مواجهه با استرس ها را ندارد، به همین علت مواد مخدر و سیگار را به عنوان کاهنده استرس های خود مصرف می کند. از طرفی، احتمالاً گرایش به رفتارهای پرخطر مانند مواد به طور غیرمستقیم پاسخی است در مقابل ناتوانی در برخورد با موانع و ناکامی های زندگی که بر فرد وارد می شود و افراد از این طریق تلاش می کنند که درد و مسائل درونی خود را کاهش و یا تسکین دهند (ابوالقاسمی، پورکرد و نریمانی، ۱۳۸۸).

1- Hadley

منابع

- آذین، احمد، و موسوی، محمود. (۱۳۹۰). بررسی نقش عوامل آموزشی بر سازگاری اجتماعی دانش آموزان مقطع متوسطه شهرستان فریدونشهر. **جامعه شناسی کاربردی**، ۱، ۲۰۰-۲۰۷.
- آهی، قاسم. (۱۳۸۴). **هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ابوالقاسمی، عباس، پورکرد، مهدی، نریمانی، محمد. (۱۳۸۸). ارتباط مهارت های اجتماعی و خودکارآمدی با گرایش به مصرف مواد در نوجوانان. **فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار**، ۴، ۱۸۸-۱۸۱.
- امانی، احمد، کشاورز افشار، حسین، اسفندیاری، حجت، بازوند، فاطمه، و عبدالهی، نریمین. (۱۳۹۲). تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با سبک های هویت در دانش آموزان شهر سمنان. **مجله علوم رفتاری**، ۱، ۸۲-۷۵.
- اتکینسون، ریتا، ال؛ اتکینسون، ریچارد، اس؛ هیلگارد، ارنست، آر (۱۹۹۸). **زمینه روانشناسی**. ترجمه براهنی و همکاران (۱۳۸۱). تهران: انتشارات رشد.
- باریکانی، آمنه. (۱۳۸۷). رفتارهای پرخطر در نوجوانان مدارس راهنمایی و دبیرستان های شهر تهران. **روانشناسی بالینی ایران**، ۵۳، ۱۹۸-۱۹۲.
- پورسید، رضا، حبیب الهی، سعید، و فرامرز، سالار. (۱۳۸۹). اثربخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی بر میزان سازگاری دانشجویان نابینا و کم بینا. **راهنمای آموزش در علوم پزشکی**، ۱، ۱۱-۷.
- حدادی کوهسار، علی اکبر، روشن چسلی، رسول، اصغر نژادفرید، علی اصغر، (۱۳۸۵). مقایسه هوش هیجانی و سلامت روانی دانشجویان با روابط عاطفی آنان در خانواده. **پژوهش های نوین روانشناختی**، ۴، ۸۷-۶۹.
- حقیقت منش، الهام، آقامحمدیان شریانی، حمیدرضا، قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی، و مهرا، بهروز. (۱۳۸۹). طرحواره های ناسازگار اولیه و ابعاد طرحواره تجاوزگران جنسی. **مجله روانشناسی بالینی ایران**، ۲، ۱۵۳-۱۴۵.
- خسروی کبیر، زهرا، موسوی، ولی الله، آقاییوسفی، علیرضا. (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی و

سلامت روان در افراد با مصرف مواد و عادی. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۷۰، ۹-۱۶.

رقیبی، مهوش، بخشایی، نور محمد، و حسین آبادی، فاطمه. (۱۳۸۳). سازگاری روانی مادران کودکان مرزی و مادران کودکان عادی. تازه های روان درمانی، ۳۱ و ۳۲، ۱۳۷-۱۲۰.

زاده محمدی، علی، و احمدآبادی، زهره. (۱۳۸۸). بررسی رفتارهای پرخطر در میان نوجوانان راهکارهایی برای پیشگیری از جرم در محیط خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی، ۲۰، ۴۸۵-۴۶۷.

زارع، محمد، (۱۳۸۰). مطالعه سهم هوش هیجانی در موفقیت تحصیلی. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روان پزشکی تهران.

سازمان ملی جوانان. (۱۳۸۱). بررسی وضعیت بهداشت جوانان. واحد پژوهش و تحقیق. سلیمانی نیا، لیلا، جزایری، علیرضا، و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴). نقش سلامت روان در ظهور رفتارهای پرخطر نوجوانان. رفاه اجتماعی، ۱۹، ۹۰-۷۵.

شمس آبادی، روح الله. (۱۳۸۳). هنجاریابی و بررسی ساختارهای عاملی پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن و دانش آموزان متوسط (سال دوم، سوم و پیش دانشگاهی) دختر و پسر شهرستان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد. طباطبایی برزکی، سعید، سهرابی، فرامرز، و کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره های افراد افسرده. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۱، ۸۶-۷۵.

عظیمی، مرتضی. (۱۳۸۹). رابطه بین هیجان خواهی، سبک های هویت و میزان اعتیاد پذیری دانش آموزان پسر مقطع پیش دانشگاهی شهر تهران. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

فتحی، سروش، و فدوی، جمیله. (۱۳۹۱). تحلیلی بر آسیب های اجتماعی جوانان طی سال های ۱۳۷۸-۸۷ و عوامل مؤثر بر آن. فصلنامه مطالعات جامعه شناختی جوانان، ۸، ۱۲۱-۱۴۴.

قادی پاشا، م.، سرداری پور، م.، و خوش روش، س. (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره های ناسازگار

بررسی مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نوجوانان دارای

اولیه در مجرمین مرد مبتلا به اختلالات شخصیت با سایر مجرمان. *مجله علمی*

پزشکی قانونی، ۳ و ۲، ۲۸۹-۲۸۳.

عابدینی، س.، کمال زاده تختی، ح.، صادقی فر، ا.، و شهرکی واحد، ع. (۱۳۸۶). بررسی وضعیت

استعمال سیگار در دانشجویان علوم پزشکی بندرعباس. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۴،

۲۹۷-۳۰۲.

منشی، غ.، مظاهری، م. م. (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی با سومصرف مواد: الگوی تبیینی

سومصرف مواد کند کننده و غیر کند کننده. *اندیشه و رفتار*، ۱۵، ۸۰-۷۱.

ملکشاهی، فریده، مومن نسب، مرضیه. (۱۳۸۶). تاثیر برنامه آموزش پیشگیری از رفتارهای پر

خطر بر آگاهی و نگرش مربیان بهداشت مدارس ابتدایی خرم آباد. *فصلنامه علمی-*

پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۲، ۵۴-۴۷.

نوفرستی، ا.، زردخانه، ا. (۱۳۹۲). مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه در مجرمان جنسی و

افراد عادی. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲، ۱۲۹-۱۲۰.

Austin, E. J., Saklofesk, D. H & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. **Personality and Individual Differences**, 38, 547- 558.

Brener, N. D., Kann, L., Kinchen, S. A., Grunbaum, J. A., Whalen, L., Eaton, D., Hawkins, J., & Ross, J. G. (2004). Methodology of the youth risk behavior surveillance system. **Morbidity & Mortality Weekly Report**, 53, 1-13.

Baranoff & Tian. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. **Australian Journal of Psychology**, 59, 2, 78 – 86.

Bar-on, R. (2000). **Emotional and social intelligence: Insights from an emotion quotient inventory**. INR .Bar-on & J .Parker (EDS). A handbook of emotional intelligence .San Fransisco: Jossey - Bass.

Bar-On, R. & Parker, J. D. A. (2000). **Handbook of emotional intelligence**. Sanfrancisco: Jossey-Bass.

Bar-On, R. (1997b). **The emotional quotient inventory (EQ-i): Technical manual**. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.

Backer, E. & Beech, A. R. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and

- violent offenders. **Journal of Interpersonal Violence**, 10 (10), 119-125.
- Brooks, T. L., Harris, S., Thrall, J. S., Woods, E. R. (2002). Association of adolescent risk behavior with mental health symptoms in high school students. **Journal of Adolescent Health**, 31, 240-246.
- Brummett, B. R. (2007). Attachment style, early maladaptive schemas, coping self-efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone- maintenance treatment . New York: Fordham University Press.
- Bergman, M. M., Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviors: Gender and socio-economic differences. **Journal Adolescent**, 24(2), 183-97.
- Biederman, J., Faraone, S., Barth, R. P., Chen, W. J. (1993). Social adjustment inventory for children and adolescents. **Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry**, 32(5), 1059-1065.
- Burn, M., & Brown, S. (2006). A review of the cognitive distortions in child sex offenders: An examination of the motivations and mechanisms that underlie the justification for abuse. **Aggression and Violent Behavior**, 11, 225-236.
- Carr-Gregg, M. R. C., & Grover, S. R. (2003). Risk taking behavior of young women in Australia, screening for health risk behaviors. **Medical Journal of Australia**, 178, 601-604.
- Guilbert, J. (200). The world health report 2002-reducing risks, promoting healthy life. **Education for Health**, 16(2), 230-236.
- Gullone, E., Moore, S., Moss, S., & Boyd, C. (2000). The adolescent risk-taking questionnaire. **Journal of Adolescent Research**, 15, 231-250.
- Gannon, T. A., Ward, T., & Collie, R. (2007). Cognitive distortions in child molesters: Theoretical and research developments over the past two decades. **Aggression and Violent behavior**, 12, 402-416.
- Hadley, E. (2008). **The impact of defensive functioning and anxiety on risk taking behaviors** (Howard McGuire, PhD, Gary Kose, PhD, Joan Duncan, PhD).
- Harrison, K. & Rainey, B. (2013). **The Wiley-Blackwell handbook of legal and ethical aspects of sex offender**. London: Wiley- black well.
- Holling, H., Erhar, T. M., Ravens, S., Schlak, R. (2007). Behavioral problems in children and adolescence. **J Psychol Gesundheitsschutz**, 6, 784-93.
- Lindberg, L. D., Boggess, S. & Williams, W. (2000). **Multiple threats: The co-occurrence of teen health risk behaviors**. Office of the Assistant Secretary

- for Planning and Evaluation. Retrieved from www.urban.org/uploaded/pdf/multiplethreats.pdf.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? Educational implication. New York: Basic book.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P & Caruso, D. (2000). **Selecting a measure of emotional intelligence, hard book of emotional intelligence**. California: Bass Inc.
- Ozer, E. M., Park, M. J., Paul, T., Brindis, C. D., Irwin, C. E. (2003). **America's adolescents: Are they healthy?** San Francisco, CA, University of California, National Adolescent Health Information Center.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Boot, P. G., McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. Cognitive Therapy Research, 34(3), 207-215**
- Rayan, G., Leverage, T. & Lane, S. (2011). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences and correction* (3th ed). Hoboken: John Wiley.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. **Imagination, Cognition and Personality, 9**, 185-211
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. **Personality and Individual Differences, 32**, 95-105.
- Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C. P., & Johnson, A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. **Personality and Individual Differences, 36**, 945-954.
- Tremblay, P. F., Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. **Personality and Individual Differences, 46**, 569-574.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2001). **Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness**. Cambridge University Press.
- Ward, T. (2000). Sexual offender's cognitive distortions as implicit theories. Aggression and Violent Behavior, 5, 491-507.**
- Weissman, M.M. (1975). The assessment of social adjustment. **A Review of Techniques in ARC Gen Psychiatry, 32**, 125-136.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). **Schema therapy: A practitioner guide**. New York. Guilford.
- Young, J. E. (1998). **The Young Schema Questionnaire: Short form**. available at <http://home.sprynet.com/sprynet/schema/ysqs.htm>.