

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش مشکلات درون‌نمود نوجوانان نارساخوان

عذرا فرامرزی^۱، نرگس ادیب سرشکی^{۲*} و بهمن بهمنی^۳

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۱۱/۹؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۵/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۷/۲۵

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین میزان تأثیر آموزش هوش هیجانی بر مشکلات درون‌نمود دانش‌آموزان نارساخوان بود. **روش:** روش پژوهش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان پسر نارساخوان مراجعه‌کننده به مراکز اختلال‌های یادگیری سازمان آموزش و پرورش استثنایی شهر تهران بود که از میان آن‌ها ۳۰ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۳ ساله که دارای پرونده بودند به روش نمونه‌در دسترس انتخاب شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه خودسنجی نوجوانان آخباخ و رسکورلا (۲۰۰۳) و پرسشنامه هوش هیجانی شات (۱۹۹۸) بود. با استفاده از روش تحلیل کوواریانس داده‌ها تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که هوش هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معنی‌داری افزایش، و مشکلات درون‌نمود این گروه کاهش یافته است. **نتیجه‌گیری:** آموزش هوش هیجانی می‌تواند در افزایش هوش هیجانی و کاهش مشکلات درون‌نمود موثر باشد. لذا پیشنهاد می‌شود با آموزش هوش هیجانی و استفاده از نتایج این پژوهش در مراکز مشاوره نوجوانان نارساخوان، مشکلات درون‌نمود آن‌ها را کاهش دهند.

کلید واژه‌ها: هوش هیجانی، مشکلات درون‌نمود، نارساخوانی، نوجوانان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

Email:n.adib@hotmail.com

* ۲. نویسنده مسئول، مربی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

۳. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

مقدمه

نوجوانی یکی از دوره‌های مهم زندگی فرد است و مشکلات رفتاری که در این دوره پدید می‌آید ممکن است در دوره‌های بعدی به صورت پایدار مشاهده شود. لیو، لیو، تئو و لیو^۱، (۲۰۰۳) نیز نشان داده اند مشکلات رفتاری درون نمود^۲ در این دوره با اختلال‌های خلقی و خودکشی در بزرگسالی ارتباط دارد. کارآمدی نوجوان در برخورد با مسائل فردی و اجتماعی به طور قابل توجهی از طریق تجربه‌های هیجانی و نحوه مواجهه و انطباق او با رویدادها تعیین می‌شود. در قرن حاضر که فشارهای روانی بر زندگی انسان‌ها سایه افکنده است توانایی مهار هیجان‌های ناگوار بر حفظ سلامت روان تأثیر به سزایی خواهد داشت. افرادی که در تنظیم هیجان‌های خود مهارت دارند، بهتر می‌توانند حالات هیجانی منفی را از طریق فعالیت‌های خوشایند جبران نمایند (خسروجاوید، ۱۳۸۱). مایر و سالوی^۳ (۱۹۹۷) چنین مهارتی را هوش هیجانی^۴ نامیدند. به اعتقاد آن‌ها هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانمندی‌های فرد در ادراک، مدیریت و برون‌ریزی مناسب هیجان‌ها است که در بعضی از شرایط به عنوان نوعی راهبر مقابله‌ای عمل می‌کند و انسان به واسطه هوش هیجانی می‌تواند با مدیریت فشارهای زندگی که بخشی از آن بُعد هیجانی دارد، به حل بهینه مسأله بپردازد.

سایو^۵ (۲۰۰۹)، نشان داد جوانانی که قادرند خود را درک و هیجان‌هایشان را تنظیم کنند، افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. لیو و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند دانش آموزان دارای هوش هیجانی بالا، افسردگی و نشانه‌های بدنی کمتری را بروز می‌دهند. همچنین بستاین، بارونز و نتلبک^۶ (۲۰۰۵) دریافتند هوش هیجانی بالا با اضطراب پایین ارتباط دارد. مطالعات شات، مالوف، سورستینسون، بهلر و روک^۷ (۲۰۰۷) نیز نشان داد افراد دارای هوش هیجانی بالا به لحاظ درک بهتر، فهم و مدیریت هیجان ممکن است بتوانند از حالت‌های ناسازگاری هیجانی خود نظیر اختلال‌های خلقی و اضطرابی پیشگیری کنند.

سایو (۲۰۰۹) ارتباط هوش هیجانی را با مشکلات رفتاری درون نمود و برون نمود^۸ نوجوانان مطالعه کرد و به این نتیجه رسید هوش هیجانی پایین مشکلات رفتاری مثل افسردگی را در پی

1. Liao, Liao, Teoh & Liao
2. internalizing
3. Mayer & Salovey
4. emotional intelligence
5. Siu
6. Bastin, Burns & Nettelbeck
7. Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar & Rooke
8. Externalizing

دارد و خودکنترلی بالا منجر به کاهش اضطراب می‌شود. ریف^۱ (۲۰۰۱)، با مطالعه هوش هیجانی ۱۲۸ دانشجو که مرکب از ۳۲ مرد و ۲۲ زن مجموعاً ۵۴ دانشجوی دچار ناتوانی‌های یادگیری و ۳۴ مرد و ۴۰ زن مجموعاً ۷۴ دانشجوی بدون ناتوانی‌های یادگیری بود، دریافت تفاوت میان دانشجویان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری در زمینه مهار استرس و توانایی سازگاری و نیز تفاوت بین دانشجویان دختر و پسر در مهارت‌های درون فردی قابل توجه و معنی‌دار است.

مطالعات داودا و هارت^۲ (۲۰۰۰) ارتباط معنی‌داری را بین هوش هیجانی پایین با افسردگی، نشانه‌های جسمانی و استرس بالا برجسته کرد. سیاروچی، دغانه و اندرسون^۳ (۲۰۰۲) نیز دریافتند هوش هیجانی، میانجی معنی‌دار بین سلامت روان و استرس است؛ به گونه‌ای که افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، استرس، افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه می‌کردند و تمایل کمتری به خودکشی داشتند. مطالعات دیگری نیز رابطه منفی و معنی‌داری را بین هوش هیجانی با اختلال‌های رفتاری (محمدی و غرابی، ۱۳۸۶) و تأثیر آموزش هوش هیجانی را بر بهبود سلامت روان مادران فرزندان عقب‌مانده ذهنی آموزش پذیر (شریفی درآمدی، ۱۳۸۷) نشان داده‌اند.

از سوی دیگر پژوهش‌ها به عنوان مثال الینگتن^۴ (۲۰۰۶) نشان داده‌اند نوجوانان دچار ناتوانی یادگیری بیش از سایرین دارای مشکلات رفتاری، هستند. ناتوانی یادگیری، اختلال در یک یا چند فرایند روان‌شناختی موثر در فهمیدن یا در کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری است که ممکن است به شکل نارسایی در گوش دادن، فکر کردن، حرف زدن، خواندن، نوشتن، املا یا محاسبات ریاضی، نمود پیدا کند. این اختلال شرایطی چون ناتوانی‌های ادراکی، آسیب مغزی، اختلال خفیف مغزی، نارساخوانی، ناگویی و نارساگویی رشدی^۵ را شامل می‌شود که نتیجه نارسایی‌های بینایی، شنوایی یا حرکتی، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال هیجانی یا محرومیت‌های محیطی، فرهنگی یا اقتصادی نیست (هاردمن، درو و وینستون اگن^۶، ۱۳۸۸). یکی از انواع ناتوانی‌های یادگیری نارساخوانی است، که شیوع آن بین ۵ تا ۱۷/۵ درصد برآورد شده است. مطالعات نشان می‌دهد که نارساخوانی عقب افتادگی رشدی گذرا نیست، بلکه موقعیتی مزمن و پایدار است

-
1. Reiff
 2. Dawda, & Hart
 3. Ciarrochi, Deane & Anderson
 4. Allington
 5. developmental aphasia /dyshhasia
 6. Hardman, Drew & Winston Egan

(شیوتیز و شیوتیز^۱، ۲۰۰۵). تعریف‌ها و عناوین دهی‌هایی به این دانش آموزان، بیشتر بر جنبه های تحصیلی تأکید دارد. اما به هر حال، کودکان و نوجوانان دچار ناتوانی‌های یادگیری معمولاً مشکلات هیجانی و بین فردی بسیار جدی دارند و در برخی موارد، ابعاد اجتماعی زندگی این دانش آموزان در مقایسه با نارسایی‌های ویژه تحصیلی، مشکلات بیشتری را برای آن‌ها ایجاد می‌کند (هاردمن، درو و وینستون، ۱۳۸۸).

از جمله مشکلات درون نمود این نوجوانان، مشکلاتی چون اضطراب و افسردگی است که دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری به‌ویژه نارساخوان‌ها به وفور آن را تجربه می‌کنند. به‌طور کلی آن‌ها دو برابر بیشتر از دانش آموزان دیگر از پریشانی، افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، رفتاری، افکار خودکشی و مشکلات سلامت روان رنج می‌برند (ویلسون^۲ و الکساندر، ۲۰۰۹).

مطالعه بلوم و هلس^۳ (۲۰۱۰) نشان داد وضعیت کودکان دچار اختلال یادگیری غیرکلامی^۴ از نظر شناخت، بیان و فهم عبارات غیرکلامی هیجان‌وخیم‌تر از کودکان دچار اختلال‌های یادگیری کلامی و بدون اختلال یادگیری است. تراس، تامسون و مینیس^۵ (۲۰۱۰) نیز دریافتند که میزان مشکلات رفتاری و هیجانی در این گروه به‌طور معنی‌داری بیش از جمعیت عادی است. مختارپور (۱۳۸۹) میزان شیوع اختلال‌های رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی نارساخوان را برابر ۵۴/۹ درصد برآورد کرد، در حالی که این میزان در دانش‌آموزان عادی ۱۵/۵ درصد است. با توجه به شیوع بالای اختلال‌های رفتاری در افراد دچار ناتوانی یادگیری و از سوی دیگر بر اساس نتایج مطالعاتی که در خصوص رابطه منفی هوش هیجانی و اختلال‌های رفتاری و نیز تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان مطرح شد؛ ضرورت و اهمیت انجام پژوهش‌هایی چون پژوهش حاضر برجسته می‌شود. هدف از انجام پژوهش حاضر این بود میزان تأثیر برنامه آموزشی هوش هیجانی را بر کاهش مشکلات درون‌نمود شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی نوجوانان نارساخوان تعیین کند و فرضیه‌های زیر را بیازماید:

۱. آموزش هوش هیجانی اضطراب/افسردگی نوجوانان نارساخوان را کاهش می‌دهد.
۲. آموزش هوش هیجانی گوشه‌گیری/افسردگی نوجوانان نارساخوان را کاهش می‌دهد.
۳. آموزش هوش هیجانی شکایات جسمانی نوجوانان نارساخوان را کاهش می‌دهد.
۴. آموزش هوش هیجانی مشکلات درون‌نمود نوجوانان نارساخوان را کاهش می‌دهد.

1. Shaywitz
2. Wilson & Alexander
3. Bloom & health
4. nonverbal learning disability
5. Terras, Thompson & Minnis

۵. آموزش هوش هیجانی، هوش هیجانی نوجوانان نارساخوان را افزایش می‌دهد.

روش

روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و جامعه آماری شامل همه نوجوانان پسر نارساخوان مراجعه کننده به مراکز اختلال‌های یادگیری شهر تهران بود که با هماهنگی آموزش و پرورش استثنایی و مراجعه به مراکز مربوط شناسایی شدند. از میان مراجعه کنندگان، ۳۰ نفر از دانش آموزان نارساخوان پسر ۱۳- ۱۱ ساله که نمره هوشبهر بین ۱۰۸- ۱۰۳ را در آزمون وکسلر و نمره پایین‌تر از میانه را در آزمون خودسنجی نوجوانان کسب کرده بودند، به صورت نمونه در دسترس انتخاب و سپس از نظر سن تقویمی، هوشبهر و نمرات آزمون هم‌تاسازی و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش برنامه آموزش هوش هیجانی را دریافت کرد و در گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودسنجی نوجوانان^۱. نسخه‌های موسوم به نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ^۲ توسط توماس آخنباخ و لسی رسکورلا^۳ (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای سه نسخه مختلف است. نسخه اول سیاهه رفتاری کودک^۴ و نسخه دوم گزارش معلم^۵ برای سنین ۱۸- ۶، و نسخه سوم پرسشنامه خودسنجی نوجوانان برای سنین ۱۸- ۱۱ هنجاریابی شده است. پرسشنامه خودسنجی آخنباخ ۱۱۲ سوال دارد که ۸ مشکل یا نشانگان عاطفی، رفتاری و اجتماعی از جمله مشکلات درون‌نمود (با جمع مقیاس‌های ۱ و ۲ و ۳؛ شماره سوال‌ها: ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱، ۱۱۲، ۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۱۱، ۴۷، ۵۱، ۵۴، و.....به‌دست می‌آید) را اندازه‌گیری می‌کند. درجه بندی سوالات به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی درست؛ ۲ = کاملاً درست است. پایایی این پرسشنامه توسط مینایی (۱۳۸۴) در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ محاسبه شده، اعتبار محتوایی و ضریب آلفای مشکلات درون نمود این پرسشنامه توسط وی ۰/۸۷ گزارش شده است. کاکابرایی، حبیبی

1. Youth Self- Report (YSR)
2. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
3. Tomas M, Achenbach & Lesie, Rescorla
4. Child Behavior Checklist (CBCL)
5. Teachers Report Form (TRF)

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش مشکلات ...

عسگرآباد و فدایی (۱۳۸۶) نیز ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های اضطراب/افسردگی ۰/۸۴، برای گوشه‌گیری/ افسردگی ۰/۸۶ و برای شکایات جسمانی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

۲. پرسشنامه هوش هیجانی شات^۱. این پرسشنامه توسط شات در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و ۳۳ سوال دارد. برای نمره‌گذاری از مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۵ استفاده می‌شود. خسرو جاوید (۱۳۸۱) این پرسشنامه را ترجمه و برای هنجاریابی، نسخه ۳۳ ماده‌ای آن را در مورد ۲۳۴ دانش آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران اجرا کرد. پایایی مقیاس هوش هیجانی کل بر مبنای آلفای درونی ۰/۸۱ شد و تحلیل عامل مقیاس با استفاده از روش تحلیل مولفه‌های اصلی، سه عامل تنظیم هیجان با آلفای ۰/۸۱، ارزیابی و ابراز هیجان با آلفای ۰/۶۷ و بهره برداری از هیجان با آلفای ۰/۵۰ را به دست داد. افزون بر این، هوش هیجانی کل با سه زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۴ و ۰/۶۹ همبستگی نشان داد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. همچنین نتایج پژوهش وی بیانگر همبستگی معنادار و منفی هوش هیجانی با متغیرهای ملاک نظیر، افسردگی و حالت اضطراب بود که این امر نشان دهنده اعتبار ملاکی این پرسشنامه است.

۳. برنامه آموزش هوش هیجانی. جلسات گروهی این برنامه توسط بارآن^۲ ۱۹۹۷ تدوین گردیده است (علی زاده دربندی، ۱۳۸۵) که در این پژوهش مطالب زیر در ۱۲ جلسه گروهی دقیقه‌ای به آزمودنی‌های گروه آزمایش آموزش داده شد.

جلسه ۱. مفاهیم خودآگاهی هیجانی و اثرات آن. انواع هیجان‌های اساسی به طور کامل همراه با تصاویر بیان، و از آزمودنی‌ها خواسته شد تا هیجان‌ها را از روی تصاویر چهره، شناسایی کنند. سپس خودآگاهی و واکنش افراد برای توجه به احساسات خود و کنار آمدن با آن‌ها بیان و از جمله گفته شد از زاویه خودآگاهی افراد به سه دسته خودآگاه، مغروق و پذیرا، تقسیم می‌شوند و نحوه واکنش آن‌ها متفاوت است. سپس مشکلاتی که از خودآگاهی پایین ناشی می‌شود نظیر اشکال در انتخاب هدف، اشکال در برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف و جز آن و نشانه‌های خود آگاهی بالا نظیر شناخت نقاط ضعف و قوت، شناخت احساسات، هیجان‌ها، نیازها و سائق‌های خاص خود و جز آن شرح داده شد.

1. Schutte Self- Report Inventory (SSRI)

2. Bar- On

جلسه ۲. احترام به خود. ویژگی‌های افرادی که به خود احترام می‌گذارند، اعتماد به نفس و توصیه‌های عملی و گام‌های موثر برای افزایش اعتماد به نفس، انواع خود و خودپنداره و ویژگی‌های نوجوانانی که عزت نفس زیاد و کم دارند و همچنین فواید عزت نفس بالا بیان شد.

جلسه ۳. استقلال. برای تعیین میزان استقلال و وابستگی دانش آموزان پس پرسیدن سؤالاتی از آن‌ها استقلال، خلاقیت، خصوصیات افراد خلاق، فنون آموزش خلاقیت و موانع بروز خلاقیت تشریح شد.

جلسه ۴. ابراز وجود. رفتارهای اصلی رویارویی با مشکلاتی نظیر واکنش‌های ابتدایی و عالی، شیوه‌های رفتاری نظیر سبک پاسخگویی منفعلانه، پرخاشگرانه و قاطعانه، نمونه‌ای از رفتار جرأت‌ورزی، بی‌جرأتی و پرخاشگری بیان و به صورت ایفای نقش اجرا شد.

جلسه ۵. همدلی. مطالبی در زمینه همدلی و مواردی که در ایجاد همدلی در افراد کمک کننده است بیان، و نمونه‌ای از آن به صورت ایفای نقش اجرا شد.

جلسه ۶. آموزش روابط بین فردی. توضیحاتی درباره روش‌هایی که اشخاص حالات درونی خود را منتقل می‌کنند و طبقه بندی این حالت‌ها که شامل ارتباط کلامی، ارتباط غیرکلامی و آهنگ و کیفیت صدا است، ارائه شد. سپس مهارت‌های اجتماعی ویژه که شامل زبان بدن نظیر لبخند زدن، برقراری ارتباط چشمی و حرکات مختلف چهره در حالت‌های هیجانی گوناگون است نظیر اضطراب، دوستی، صمیمیت، مهارت‌های اجتماعی ویژه شامل ارتباط کلامی، گوش‌دادن و توجه به دیگران، پذیرش و تعریف و تمجید از دیگران، دوست شدن با آن‌ها و جز آن آموزش داده شد و تمرین‌هایی در این زمینه نظیر سوال کردن از معلم، رد درخواست دیگری، دوست شدن با دانش آموز جدید، به کار بردن جملات مثبت و تحسینی در مورد دیگران به عنوان مثال گفتن «تو چه دوست خوبی هستی»، تقاضا یا درخواست از دیگران و نظایر آن برای آن‌ها تعیین و از آن‌ها خواسته شد در جلسه آینده درباره مواردی که انجام داده‌اند صحبت کنند.

جلسه ۷. حل مسئله و مهارت‌های تصمیم‌گیری. عواملی که در تصمیم‌گیری نقش دارند نظیر آگاهی و اطلاعات، فشارهای اجتماعی از جمله فشار والدین، و نیز موقعیت‌های بین فردی نظیر تحت تأثیر دوستان قرار گرفتن، شیوه‌های ناکارآمد تصمیم‌گیری نظیر اجتناب، به تعویق انداختن و تصمیم‌گیری بدون بررسی و بازبینی بیان شد؛ و سپس روش حل مسئله به دانش آموزان آموزش داده شد. بدین ترتیب که ابتدا مشکل را به درستی تعریف کنند که مشکل چیست، از چه زمانی ایجاد شده است و با تصمیمی که می‌گیرند چه اتفاقی می‌افتد و عواقب آن چیست. سپس برگه راهنمای تصمیم‌گیری در اختیار آن‌ها قرار گرفت تا به صورت عملی تصمیمی را اتخاذ نمایند و جلسه بعد بیاورند.

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش مشکلات ...

جلسه ۸. آزمون واقعیت و انعطاف پذیری. پس از تعریف آزمون واقعیت، در مورد ایجاد توازن بین توانایی واقعی و اهداف، کارکرد اهداف در زندگی بحث و از هر یک از دانش آموزان خواسته شد تا اهداف کوتاه و بلند مدتی برای خود انتخاب کنند و یک تمرین عملی برای رسیدن گام به گام به اهداف کوتاه و بلند مدت انجام دهند.

جلسه ۹. تحمل استرس. استرس تعریف، و درباره عوامل استرس زا و واکنش بدن نسبت به آن‌ها بحث شد. سپس نحوه آگاهی یافتن از استرس و فشار روانی در وجود خود، راه‌های مقابله سازگارانه با آن و خودگویی‌های مناسب در مواقع استرس، به دانش آموزان آموزش داده شد.

جلسه ۱۰. کنترل تکانه. درباره عوامل ایجاد کننده ناکامی، تعارض، خشم و پرخاشگری بحث شد. سپس روش تحلیل موقعیت، افکار، عواطف و واکنش رفتاری برای آگاهی یافتن از خشم و فنون مقابله با خشم آموزش داده شد.

جلسه ۱۱. شادی و شادکامی و خوشبینی. درباره ویژگی‌های افراد شاد و افرادی که شادکامی ضعیفی دارند، انواع بذله و شوخ طبعی، ویژگی‌های افراد امیدوار و خوش‌بین بحث شد و رفتار همراه با شوخ طبعی و شش خصلت آرامش، جرأت‌مندی، رضایتمندی، اداره، امیدواری و صمیمیت که باید در فرد وجود داشته باشد، آموزش داده شد.

جلسه ۱۲. پاسخگویی به سؤالات. جلسه آخر به سؤالات پاسخ داده شد و تشریح شد که تأکید این برنامه بر خودآگاهی است که سنگ‌بنای هوش هیجانی است. لازم به ذکر است که اهداف کلی همه موارد اعم از خودآگاهی، احترام به خود و جز آن، آشنایی دانش آموز با مفاهیم و نقش و تأثیر آن در زندگی و راه‌های رسیدن به آن‌ها است.

شیوه اجرا. ابتدا آزمون‌های "وکسلر"، "خودسنجی نوجوانان" و "هوش هیجانی" اجرا و سپس دانش آموزان نارساخوان از نظر سن تقویمی و هوش‌بهر هم‌تا و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند، گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد ولی گروه آزمایش آموزش هوش هیجانی را در ۱۲ جلسه گروهی ۱:۴۵ دقیقه‌ای به مدت ۶ هفته ۲ روز در هفته دریافت کرد. پس از اتمام جلسات آموزشی، در مرحله پس‌آزمون پرسشنامه‌های هوش هیجانی و خودسنجی نوجوانان در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا و داده‌ها جمع‌آوری شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ دانش آموز پسر نارساخوان (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) شرکت داشتند. کوچکترین آزمودنی ۱۱ سال و بزرگترین آزمودنی ۱۳ سال سن داشت. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۱۱/۵۷ سال با انحراف معیار ۰/۷۴ بود. میانگین سن آزمودنی‌های گروه آزمایش

۱۱/۶۰ سال با انحراف معیار ۰/۷۴ و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه گواه ۱۱/۵۳ با انحراف معیار ۰/۷۴ بود.

جدول ۱. شاخص‌های آماری اضطراب/ افسردگی نوجوانان نارساخوان در دو گروه

| مرحله گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۱۱/۳۳ | ۲/۷۴ | ۷/۹۳ | ۲/۸۴ |
| گواه | ۹/۴۰ | ۴/۹۲ | ۸/۸۰ | ۴/۸۱ |

طبق جدول ۱ میانگین اضطراب/ افسردگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ ولی کاهش این میانگین‌ها در گروه گواه چشمگیر نیست.

جدول ۲. کوواریانس مقایسه اضطراب/ افسردگی نوجوانان نارساخوان باتوجه به گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

| منبع اثر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | اندازه اثر |
|-----------|---------------|------------|-----------------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۳۶۰/۵۶ | ۱ | ۳۶۰/۵۶ | ۱۲۶/۸۱** | ۰/۸۲ |
| گروه | ۴۷/۹۵ | ۱ | ۴۷/۹۵ | ۱۶/۸۶** | ۰/۳۸ |
| خطا | ۷۶/۷۷ | ۲۷ | ۲/۸۴ | | |

**P<۰/۰۱

طبق جدول ۲ پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر متغیر وابسته اضطراب/افسردگی داشته، و پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته اضطراب/افسردگی داشته است. بنابراین مداخله اثرگذار بوده و موجب کاهش اضطراب/ افسردگی گروه آزمایش شده است.

جدول ۳. شاخص‌های آماری گوشه‌گیری/ افسردگی نوجوانان نارساخوان در دو گروه

| موقعیت گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۹/۲۷ | ۲/۱۸ | ۶/۶۰ | ۲/۴۷ |
| گواه | ۸/۲۰ | ۳/۶۹ | ۸/۴۰ | ۳/۷۶ |

جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین گوشه‌گیری/ افسردگی پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته؛ ولی این میانگین‌ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش مشکلات ...

جدول ۴. کوواریانس مقایسه گوشه‌گیری / افسردگی نوجوانان نارساخوان با توجه به گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

| منبع اثر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | اندازه اثر |
|-----------|---------------|------------|-----------------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۱۹۵/۶۸ | ۱ | ۱۹۵/۶۸ | ۶۰/۳۷ ** | ۰/۶۹ |
| گروه | ۵۴/۱۱ | ۱ | ۵۴/۱۱ | ۱۶/۶۹ ** | ۰/۳۸ |
| خطا | ۸۷/۵۲ | ۲۷ | ۳/۲۴ | | |

**P<۰/۰۱

طبق جدول ۴ پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر متغیر وابسته گوشه‌گیری/افسردگی داشته، و پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته گوشه‌گیری/افسردگی داشته است. بنابراین مداخله اثرگذار بوده و موجب کاهش گوشه‌گیری/افسردگی گروه آزمایش شده است.

جدول ۵. شاخص‌های آماری شکایات جسمانی نوجوانان نارساخوان در دو گروه

| موقعیت گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|-------------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۵/۹۳ | ۱/۹۸ | ۳/۵۳ | ۲/۱۳ |
| گواه | ۴/۶۰ | ۱/۸۸ | ۴/۲۰ | ۲/۵۱ |

جدول ۵ نشان می‌دهد میانگین شکایات جسمانی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ ولی این میانگین‌ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۶. کوواریانس مقایسه شکایات جسمانی نوجوانان نارساخوان با توجه به گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

| منبع اثر | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | اندازه اثر |
|-----------|---------------|------------|-----------------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۹۱/۳۸ | ۱ | ۹۱/۳۸ | ۴۰/۶۱ ** | ۰/۶۰ |
| گروه | ۲۴/۳۵ | ۱ | ۲۴/۳۵ | ۱۰/۸۲ ** | ۰/۲۹ |
| خطا | ۶۰/۷۶ | ۲۷ | ۲/۲۵ | | |

**P<۰/۰۱

طبق جدول ۶ پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر متغیر وابسته شکایات جسمانی داشته، و پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته شکایات جسمانی داشته است. بنابراین مداخله اثرگذار بوده و موجب کاهش شکایات جسمانی گروه آزمایش شده است.

جدول ۷. شاخص‌های آماری مشکلات درون‌نمود نوجوانان نارساخوان در دو گروه

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۲۶/۵۳ | ۵/۴۶ | ۱۸/۰۷ | ۵/۷۹ |
| گواه | ۲۲/۲۰ | ۹/۸۵ | ۲۱/۴۰ | ۸/۹۵ |

جدول ۷ نشان می‌دهد میانگین مشکلات درون‌نمود گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته؛ ولی این میانگین‌ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۸. کوواریانس مقایسه مشکلات درون‌نمود نوجوانان نارساخوان با توجه به گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

| منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | اندازه اثر |
|-----------|---------------|------------|-----------------|----------|------------|
| پیش‌آزمون | ۱۳۸۲/۹۶ | ۱ | ۱۳۸۲/۹۶ | ۱۷۹/۸۹** | ۰/۸۷ |
| گروه | ۳۵۵/۹۵ | ۱ | ۳۵۵/۹۵ | ۴۶/۳۰** | ۰/۶۳ |
| خطا | ۲۰۷/۵۷ | ۲۷ | ۷/۶۹ | | |

** $P < 0.01$

طبق جدول ۸ پیش‌آزمون تأثیر معناداری بر متغیر وابسته مشکلات درون‌نمود داشته، و پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر متغیر وابسته مشکلات درون‌نمود داشته است. بنابراین مداخله اثرگذار بوده و موجب کاهش مشکلات درون‌نمود گروه آزمایش شده است.

جدول ۹. شاخص‌های آماری هوش هیجانی نوجوانان نارساخوان در دو گروه

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۷۹/۹۳ | ۱۴/۹۲ | ۸۲/۴۰ | ۱۴/۷۵ |
| گواه | ۸۲/۲۷ | ۱۵/۲۸ | ۸۳/۹۳ | ۱۵/۲۸ |

طبق جدول ۹ میانگین هوش هیجانی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است؛ ولی این میانگین‌ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۱۰. کوواریانس مقایسه هوش هیجانی نوجوانان نارساخوان با توجه به گروه با کنترل اثر پیش آزمون

| منبع اثر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | اندازه اثر |
|-----------|---------------|------------|-----------------|------------|------------|
| پیش آزمون | ۶۲۹۳/۸۰ | ۱ | ۶۲۹۳/۸۰ | ۷۴۷۵/۳۴ ** | ۰/۹۹ |
| گروه | ۴/۵۷ | ۱ | ۴/۵۷ | ۵/۴۲ * | ۰/۱۷ |
| خطا | ۲۲/۷۳ | ۲۷ | ۰/۸۴ | | |

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

طبق جدول ۱۰ پیش آزمون تأثیر معناداری بر متغیر وابسته هوش هیجانی داشته، و پس از کنترل آماری اثر پیش آزمون، متغیر مستقل (گروه) تأثیر معناداری بر هوش هیجانی داشته است. بنابراین مداخله اثرگذار بوده و موجب افزایش هوش هیجانی گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته‌های این پژوهش، آموزش هوش هیجانی باعث کاهش مشکلات درون نمود نوجوانان دانش آموز نارساخوان گروه آزمایش شد و مشکلات درون نمود در دانش آموزان گروه آزمایش کاهش معناداری نسبت به گروه گواه پیدا کرد. این یافته نشانگر اثربخش بودن آموزش هوش هیجانی در کاهش مشکلات درون نمود چنین دانش آموزانی است. همچنین با پژوهش‌های لیو و همکاران (۲۰۰۳)؛ بستانین و همکاران (۲۰۰۵)؛ شات و همکاران، (۲۰۰۷)؛ سایو (۲۰۰۹)؛ داودا و هارت (۲۰۰۰)؛ سیاروچی و همکاران (۲۰۰۲)؛ محمدی و غرابی (۱۳۸۶)؛ شریفی درآمدی (۱۳۸۷) همسو است که در زمینه رابطه اختلال‌های رفتاری و سلامت روان با هوش هیجانی صورت گرفته است و بر رابطه منفی بین هوش هیجانی و اختلال‌های رفتاری صحنه می‌گذارد. بنابراین با توجه به ارتباط این دو متغیر می‌توان گفت نقص در هوش هیجانی می‌تواند زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات رفتاری باشد (سایو، ۲۰۰۹)؛ و آموزش هوش هیجانی با بالا بردن هوش هیجانی دانش آموزان بر کاهش مشکلات رفتاری آنان می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد.

در همین راستا سایو (۲۰۰۹) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که هوش هیجانی پایین منجر به مشکلات رفتاری مثل افسردگی و اضطراب می‌شود؛ و سیاروچی و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند، استرس، افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه می‌کنند، و سلطانی فر (۱۳۸۶) نیز دریافت افراد با هوش هیجانی بالا، دارای سطوح پایین تری از هورمون‌های استرس و دیگر نشانگرهای برانگیختگی هیجانی هستند و کودکان با کفایت هیجانی بهتر توانایی بیشتری برای تمرکز بر مشکل و استفاده از مهارت حل مسئله دارند که موجب افزایش توانایی‌های شناختی آنان می‌شود. همچنین نتایج این پژوهش نشان داد آموزش هوش هیجانی سبب کاهش نمرات زیر مقیاس‌های اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات

جسمانی نیز می‌شود. این نتایج همسو با پژوهش‌های لیو و همکاران (۲۰۰۳) و داودا و هارت (۲۰۰۰) است که همبستگی منفی هوش هیجانی با افسردگی و نشانه‌های بدنی را نشان دادند.

یافته دیگر پژوهش این بود که آموزش هوش هیجانی منجر به افزایش هوش هیجانی دانش‌آموزان نارساخوان شده است. این یافته هم‌راستا با پژوهش‌هایی است که نیلز، کوئیدبچ، میکولاجزک و حنن^۱ (۲۰۰۹) انجام دادند، و دریافتند هوش هیجانی سبب افزایش هوش هیجانی می‌شود و پیگیری ۶ ماه بعد آن‌ها نشان داد که این تغییرات بلند مدت است. همچنین این یافته هم‌راستا با پژوهش‌های شریفی درآمدی (۱۳۸۷) و علی زاده دربندی (۱۳۸۵) است.

پژوهش‌هایی که در مورد افراد دچار ناتوانی یادگیری صورت گرفته به‌عنوان مثال ویلسون (۲۰۰۹) و مختارپور (۱۳۸۹) نشانگر این است که اضطراب و افسردگی این افراد بالاتر از افراد دیگر است. همچنین پژوهش‌های ریف (۲۰۰۱) و بلوم و هلس (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که افراد دچار ناتوانی یادگیری و بدون ناتوانی یادگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای از نظر هوش هیجانی با هم دارند. بنابراین با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته که نشانگر پایین بودن هوش هیجانی در افراد دچار ناتوانی یادگیری و بالا بودن مشکلات درون‌نمود در آن‌ها است، ضروری است هوش هیجانی به آن‌ها آموزش داده شود، تا ضمن حل مشکلات کنونی دانش‌آموزان از شدت یافتن این مشکلات رفتاری در آینده نیز پیشگیری کند. با توجه به نتایج پژوهش نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش هوش هیجانی می‌تواند روشی موثر برای کاهش مشکلات درون‌نمود محسوب گردد و برای پیشگیری و کنترل این مشکل مورد استفاده قرار گیرد.

این پژوهش همانند هر پژوهش دیگری در کنار پاسخگویی به برخی از سوالات موجود در زمینه موضوع پژوهش، دارای محدودیت‌هایی نیز بود، از جمله این که نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم و بهره‌گیری در مورد سایر گروه‌های کودکان و نوجوانان استثنایی را ندارد. محدودیت دیگر انجام پژوهش در محدوده سنی دانش‌آموزان ۱۳-۱۱ سال بود، بنابراین نمی‌توان یافته‌های آن را به دانش‌آموزان دچار ناتوانی یادگیری در سنین دیگر تعمیم داد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی از این دست در سایر حیطه‌های ناتوانی‌های یادگیری از جمله نارساویسی و اختلال ریاضی نیز انجام شود و در صورتی که نتایج یکسانی به‌دست‌آید، از نتایج آن استفاده بیشتری به عمل آید و در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش‌های حاضر، خانواده‌ها و کارشناسان آموزشی نیز در جریان این نتایج قرار بگیرند و از آن استفاده کنند.

1. Nelis, Quoid bach, Mikolajczak & Hanenne

منابع

خسرو جاوید، مهناز. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شوت در نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی. دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.

سلطانی فر، عاطفه. (۱۳۸۶). هوش هیجانی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۹ (۳۵ و ۳۶): ۸۴-۸۳
شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران فرزندان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال. فصلنامه خانواده پژوهی، ۴ (۱۶): ۴۳۹-۴۲۳.

علی زاده دربندی، حسن. (۱۳۸۵). تعیین کارایی آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بر تقویت هوش هیجانی دانش آموزان دختر (با هوش هیجانی پایین) مقطع متوسطه شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روان شناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کاکابرای، کیوان، حبیبی عسگرآبادی، مجتبی و فدایی، زهرا. (۱۳۸۶). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ (YSR): فرم خودگزارشگری ۱۸-۱۱ سال کودک و نوجوان روی دانش آموزان مقطع متوسطه. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۱ (۴): ۶۶-۵۰.

محمدی، داوود و غرای، بنفشه. (۱۳۸۶). ارتباط اختلال‌های رفتاری با هوش هیجانی در دانش آموزان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۴ (۴): ۲۹۹-۲۸۹.

مختار پور، حسن. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه شیوع انواع اختلال‌های رفتاری دانش آموزان نارساخوان مقطع ابتدایی با دانش آموزان عادی مقطع ابتدایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

مینایی، اصغر (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA): انطباق و هنجاریابی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.

هاردمن، مایکل ام.، درو، کلیفورد جی و وینستون اگن، ام. (۱۳۸۸). روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی در جامعه، مدرسه و خانواده.. ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه و فریبا یادگاری. تهران. نشر دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۸).

Bastin, V.A., Burns, N.R., & Nettelbeck, T. (2005). emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and individual differences* ; 39(6): 1135-1145.

Bloom, E., & Health, N. (2010). Recognition, expression, and understanding facial expressions of emotion in adolescents with nonverbal general learning disabilities. *Journal of learning disabilities* 43(2):180-192.

- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual difference*, 32(2): 197 – 209.
- Dawda, D., & Hart, SD. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of bar- on emotional quotient inventory (EQ-i) in university students. *Journal of personality and individual differences*; 28(4): 797-812.
- Liau, A.K., Liau, A.W., Teoh, G.B., & Liau, M.T. (2003). The case for emotional literacy: The influence of emotional intelligence on problem behaviors in Malaysian secondary school students. *Journal of moral education*; 32(1): 51-66.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* New York: Basic Books.
- Nelis, D., Quoid bach, J., Mikolajezak, M., & Hanenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible?.*Personality and individual differences*, 47(1): 36 – 41.
- Reiff, H. B. (2001). The relation of LD and general with emotional intelligence in college students. *Journal of learning disabilities*, 34(1): 66 – 78.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M ., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, n., & Rooke, S. E. (2007). The Meta – analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health .*Personality and individual differences*, 42(6):921 – 933.
- Shaywitz, S., & Shaywitz, B.A. (2005). Dyslexia (specific reading disability), *society of biological psychiatry*, 57(11): 1301-1309.
- Siu, A.F.Y. (2009). Trait emotional intelligence and relationships with problem in Hong Kong adolescents. *personality and individual differences*, 47(6):553 – 557.
- Terras, M.M., Thompson, L.C., & Minnis, H. (2010). Dyslexia and psycho- social functioning: An exploratory study of the role of self- esteem and understanding. *Dyslexia*, 15(4): 304- 327.
- Wilson, M., & Alexander, M. (2009). The mental health of Canadian with self – reported learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 42(1): 24 – 40.