



پژوهش توانبخشی در پرستاری

دوره اول شماره ۱ پاییز ۱۳۹۳

- ۱..... بررسی تأثیر تحریکات چند حسی بر بهره حافظه سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان شهر اهواز
ایمان مقدسی فر، لیلیا فخارزاده، مالک فریدونی مقدم، محمدحسین حقیقی زاده
- ۱۲..... تأثیر گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس
جاسم بهرامیان، کیانوش زهراکار، محسن رسولی
- ۲۳..... کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در مراقبین اصلی عضو خانواده‌های کودکان مبتلا به معلولیت جسمی - حرکتی تحت پوشش سازمان بهزیستی شهر ایلام
الهام حسینی، سیده فاطمه حق دوست اسکویی، صدیقه خنجری، محمد حیدری، منصوره قدوسی
- ۳۲..... مقایسه هوش هیجانی نابینایان و کم‌بینایان با افراد سالم در مؤسسه بهزیستی شهرستان شاهرود سال ۱۳۹۲
محسن دهقانی، منیر نظری
- ۴۲..... بررسی اثربخشی یک دوره تمرین هوازی بر خودپنداره بدنی و عزت نفس پرستاران
سید رضا سعادت مهر، کیان نوروزی، ندا خالدی، فرشته بخشیان، پوریا رضا سلطانی
- ۵۱..... تأثیر مراقبت معنوی - مذهبی بر اضطراب بیماران پس از عمل جراحی بای پس عروق کرونر قلب
فرشته تاج‌بخش، محمدعلی حسینی، محسن صادقی قهرودی، مسعود فلاحی خشک‌ناب، اصغر رکوفیان، مهدی رهگذر
- ۶۲..... مقایسه موانع و تسهیل‌کننده‌های شرکت در برنامه بازتوانی قلبی از دیدگاه بیماران جراحی شده پیوند عروق کرونر و کارشناسان توانبخشی قلبی
زینب حاج علی اکبری، محمد علی حسینی، کیان نوروزی، مهدی رهگذر
- ۷۴..... نیازهای توانبخشی بیماران با ناتوانی جسمی ناشی از حوادث ترافیکی برای بازگشت به جامعه: یک مطالعه کیفی
فاطمه پاشایی ثابت، کیان نوروزی تبریزی، حمیدرضا خانکه، مسعود فلاحی خشک‌ناب

به نام خداوند جان و خرد
نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن علمی پرستاری ایران
دوره اول، شماره ۱ - پاییز ۱۳۹۳

- صاحب امتیاز: انجمن علمی پرستاری ایران
- مدیر مسؤول: دکتر کیان نوروزی
- سردبیر: دکتر مسعود فلاحی خشکتاب
- مدیر اجرایی: خانم زهرا تمیزی
- کارشناس نشریه: خانم اکرم پورولی
- شماره مجوز وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی: ۳۲۹۶۱/۹۲ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۲۳

اعضای هیأت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):

- دکتر نرگس ارسلانی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر فاطمه الحانی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس
- دکتر اصغر دالوندی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر ناهید رژه، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر مریم روانی پور، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
- دکتر عباس عبادی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر مسعود فلاحی خشکتاب، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سادات سیدباقر مداح، استادیار آموزش پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر فرحناز محمدی، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر سهیل نجفی، استادیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله
- دکتر منیر نوبهار، دانشیار پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دکتر کیان نوروزی تبریزی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- دکتر علیرضانیکیبخت نصرآبادی، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر مجیده هروی کریموی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- دکتر فریده یغمایی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

• **حروفچینی و صفحه آرایی:** مهندس صادق توکلی

• **طراح جلد:** مهندس صادق توکلی

• **ناشر:** انجمن علمی پرستاری ایران

• **نشانی:** تهران میدان توحید-دانشکده پرستاری و مامایی تهران

• **کدپستی:** ۱۴۱۹۷۳۳۱۷۱ صندوق پستی: ۱۴۱۹۵/۳۹۸ تلفن و نمابر: ۶۶۵۹۲۵۳۵

E-mail: info@ijrn.ir, **Website:** http://ijrn.ir

مقایسه هوش هیجانی نابینایان و کم‌بینایان با افراد سالم در مؤسسه بهزیستی شهرستان شاهرود

سال ۱۳۹۲

* محسن دهقانی^۱، منیر نظری^۲

چکیده

مقدمه: افراد نابینا تحت تأثیر برخوردهای جامعه و اطرافیان در مهارت‌های سازشی و تشخیصی مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند و مطالعات در زمینه رفتارهای اجتماعی و انطباقی کودکان نابینا در ایران محدود و دارای نتایج ضدونقیض است. تحقیق حاضر با مقایسه نمره هوش هیجانی افراد کم‌بینا و نابینا با افراد بینا در جامعه نابینایان شهر شاهرود سعی در پی بردن به تأثیر معلولیت بر میزان هوش هیجانی دارد.

روش: این مطالعه توصیفی مقایسه‌ای بر روی ۳۲ نفر معلول نابینا و کم‌بینا از کل جامعه بهزیستی شهرستان شاهرود و تعداد ۷۷ نفر از افراد سالم خانواده سایر گروه‌های معلول تحت پوشش بهزیستی انجام پذیرفت. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه استاندارد هوش هیجانی بار - اون با اعتبار و پایایی تأیید شده در ایران جمع‌آوری شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره کل هوش هیجانی در افراد گروه نابینا و کم‌بینا و افراد گروه سالم به ترتیب $331/5 \pm 45$ و $42 \pm 326/5$ بود که هر چند نمره هوش هیجانی بین دو گروه متفاوت بود ولی این تفاوت معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). همچنین نتایج بیانگر آن بود که دو مؤلفه انعطاف‌پذیری و خودشکوفایی در بین دو گروه دارای اختلاف معنی‌داری بوده و افراد نابینا و کم‌بینا از میانگین نمره بالاتری برخوردار هستند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: مؤلفه‌های انعطاف‌پذیری و خود شکوفایی در گروه نابینایان و کم‌بینایان در مقایسه با افراد سالم به میزان قابل ملاحظه و معنی‌داری بالاتر است که با استفاده از این مؤلفه‌های هوش هیجانی در افراد نابینا و کم‌بینا می‌توان استعدادها، ظرفیت‌ها و نیروهای بالقوه موجود در آن‌ها را مورد بررسی و برنامه ریزی قرار داد و زمینه‌هایی را برای رشد و شکوفایی آن‌ها فراهم ساخت.

کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، نابینا، کم‌بینا

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱/۲۸

۱- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، ایران. (نویسنده مسؤول).

پست الکترونیکی: m_dehghani@hlth.mui.ac.ir

۲- کارشناس بهداشت عمومی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، ایران.

مقدمه

هیجان‌ها برنامه‌هایی فوری برای حفظ زندگی می‌باشند که تکامل را در وجود ما به تدریج به ودیعه گذاشته‌اند (۱). در دهه‌های پیشین به هیجان‌ها به‌عنوان عامل منفی و مختل‌کننده نگاه می‌کردند، اما پژوهش‌های روانشناختی در ساله‌های اخیر جهش عمده‌ای داشته است و به هیجان به‌عنوان عامل مؤثر و مهم در رفتار سازشی و تعامل‌های اجتماعی شناخت خود و دیگران و شایستگی‌های اجتماعی می‌نگرد (۲).

توانایی درک، استنباط و به‌کارگیری مهارت‌های هیجانی در افراد متفاوت است و این مجموعه از سطوح هشیاری، هوش هیجانی فرد را تشکیل می‌دهد و در عملکرد فرد سهم بسزایی دارد (۳). پژوهشگران مختلف هوش هیجانی را شامل توانایی برای تشخیص درست هیجان‌ها و عواطف دیگران، پاسخ مناسب به آن‌ها همچنین برانگیختن، آگاهی و نظم بخشیدن و کنترل پاسخ‌های هیجانی خویش می‌داند (۵،۴).

افرادی که از هوش هیجانی بالایی برخوردار هستند و از مهارت‌های روانی مناسب استفاده می‌کنند بهتر قادر خواهند بود توانایی بالقوه خود را بالفعل نموده و نقاط ضعف و قوت هیجانی خویش را بشناسند؛ زیرا این مهارت‌ها هستند که رفتارها و عملکرد ما را تعیین می‌کند (۶). نتایج مطالعات نشان داده اند که ارتباط معنی داری بین هوش هیجانی و سازه‌هایی همچون رضایت از زندگی (۷)، خودکارآمدی (۸)، عملکرد تحصیلی و رفتار بزهکارانه (۹) احساس تندرستی، رضایت از زندگی و احساس شادکامی (۱۰) وجود دارد. هوش هیجانی پایین، عامل بالقوه‌ی تهدیدکننده بهداشت روانی محسوب می‌شود (۱۱). تحقیق اسمعیلی بر همبستگی بالای هوش هیجانی و سلامت روانشناختی اشاره دارد (۱۲).

محققان زیادی بر این باور هستند که هوش هیجانی برای پیش‌بینی مراحل مختلف زندگی مهم است و افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند سازگاری بیشتری را نشان می‌دهند (۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵). Ciarrochi و همکاران بر این باورند که توانمندی و

شایستگی‌های اجتماعی و هیجانی، غیر ذاتی و در عین حال قابل یادگیری می‌باشند پس می‌توان چنین نتیجه گیری کرد که مهارت‌های تشکیل‌دهنده هوش هیجانی با گسترده شدن یادگیری‌های فرد، افزایش سن و مقطع تحصیلی متحول می‌شود (۱۶).

عدم توانایی تحرک مستقل توسط نابینایان، پیش‌بینی کننده تأخیر در رشد مهارت‌های زندگی روزانه و اجتماعی است (۱۷). با توجه به این که مهارت‌های هیجانی و اجتماعی در ارتباط با دیگران آموخته می‌شوند و لازمه کسب بسیاری از این مهارت‌ها داشتن قدرت بینایی است، در نتیجه افراد نابینا به‌واسطه نقص بینایی خود، از به دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند که این تجربیات می‌تواند تأثیر زیادی بر بالیدگی هیجانی و تعامل اجتماعی افراد نابینا داشته باشند (۱۸).

نتایج پژوهش حسینیان و همکاران با عنوان مقایسه هوش هیجانی و جرات ورزی در دانش آموزان دختر و پسر نابینا نشانگر آن بود که معلولیت بینایی می‌تواند عامل مؤثری در هوش هیجانی باشد به طوری که دانش آموزان نابینا دارای هوش هیجانی پایین‌تری نسبت به همسالان خود هستند (۱۹). معلولیت بینایی برخی از مؤلفه‌های هوش هیجانی را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد به طوری که دانش آموزان نابینا و کم‌بینا در مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود، خودشکوفایی، استقلال، روابط بین فردی، حل مسئله، انعطاف‌پذیری، تحمل استرس و کنترل تکانه و شادکامی مهارت کمتری نسبت به دانش آموزان عادی کسب کردند و این در حالی است که نتایج برخی از مطالعات دیگر نشان می‌دهند که ارتباطی بین هوش هیجانی و معلولیت بینایی وجود ندارد به طوری که علی‌رضایی در پژوهشی با عنوان مقایسه هوش هیجانی افراد نابینا و کم‌بینا و افراد سالم به این نتیجه رسید که بین هوش هیجانی افراد نابینا و کم‌بینا با افراد سالم تفاوتی وجود ندارد (۲۰).

مدارس و فرهنگ ما صرفاً بر توانایی‌های تحصیلی تأکید می‌کند و هوش هیجانی را که مجموعه‌ای از صفات بی‌اندازه مهم در سرنوشت آدمی است را نادیده می‌انگارد و این در حالی است که

روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. دو گروه افراد معلول و سالم انتخاب شده به منظور کنترل عوامل مخدوش‌کننده هیچ نوع ارتباط و نسبت فامیلی باهم نداشتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد هوش هیجانی بار - اون استفاده شد. در پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک سؤالاتی همچون سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار می‌گرفت. پرسشنامه استاندارد ۹۰ سؤالی هوش هیجانی بار - اون در مطالعه سموعی در اصفهان هنجاریابی (تائید روایی) گردید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ محاسبه شد که نشانگر پایایی بالای آن می‌باشد (۲۱). این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی برای ارزیابی رفتارهای مرتبط باهوش هیجانی و اجتماعی است که آزمودنی پاسخ خود را در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ مشخص می‌کند. این ابزار دارای ۵ عامل با ۱۵ مؤلفه می‌باشد که برای ارزیابی هر مؤلفه ۶ سؤال طراحی شده است. ۵ عامل سیاهه هوش هیجانی شامل عامل درون فردی با مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود، احترام به خود، خودشکوفایی و استقلال، عامل بین فردی با مؤلفه‌های همدلی، مسئولیت‌پذیری و روابط بین فردی، عامل مدیریت استرس با مؤلفه‌های تحمل استرس و کنترل تکانه، عامل سازگاری با مؤلفه‌های حل مسئله، واقعیت‌سنجی و انعطاف‌پذیری و عامل خلق عمومی با مؤلفه‌های خوش‌بینی و شادکامی می‌باشد که مجموعه آن‌ها هوش هیجانی را تشکیل می‌دهند. هر مؤلفه دارای حداقل ۶ و حداکثر ۳۰ نمره می‌باشد و بنابراین کل آزمون دارای حداقل ۹۰ و حداکثر ۴۵۰ نمره است. نمره کل هر مؤلفه برابر با مجموع نمرات هر یک از سؤالات آن مؤلفه و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مؤلفه می‌باشد. کسب امتیاز بیشتر در این آزمون، نشانگر موفقیت بیشتر فرد در مؤلفه مورد نظر یا در کل آزمون و برعکس می‌باشد. دو نوع پرسشنامه مورد استفاده برای هر دو گروه که فقط در سبک کلمات باهم متفاوت بوده و از نظر تعداد و نوع سؤالات هیچ فرقی با یکدیگر نداشتند، در میان واحدهای مورد پژوهش توزیع گردید. با عنایت به عدم انتشار اطلاعات افراد، ملاحظات اخلاقی نیز با برگزاری جلسه

هوش تحصیلی بدون هوش هیجانی نمی‌تواند به بهترین وضع کار کند (۴). افراد نابینا متأثر از برخوردهای ناسنجیده جامعه و اطرافیان در این مهارت‌های سازشی و تشخیصی مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (۱۸).

با توجه به اهمیت هوش هیجانی در کم‌بینایان و نابینایان که از یک سو محدود بودن گستره و تنوع تجربیاتشان که رشد شناختی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از سوی دیگر مشکلاتی که آن‌ها در ارتباط با سازگاری فردی و اجتماعی خود تجربه می‌نمایند که ممکن است این مشکلات بر هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن تأثیرگذار باشد (۱۸) و همچنین با در نظر گرفتن این نکته که تاکنون در مورد هوش هیجانی گروه‌های اقلیت جامعه همچون نابینایان و ناشنوایان پژوهش‌های اندکی صورت گرفته و یا مطالعات در این زمینه دارای نتایج ضدونقیض می‌باشند، لذا مطالعه حاضر با مقایسه نمره هوش هیجانی افراد کم‌بینا و نابینا با افراد بینا در جامعه نابینایان شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۲ سعی در پی بردن به تأثیر معلولیت بر میزان هوش هیجانی آن‌ها دارد.

روش مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی مقایسه‌ای می‌باشد که در سال ۱۳۹۲ در موسسه بهزیستی شهرستان شاهرود انجام گرفت. در این مطالعه به دلیل کوچک بودن جامعه پژوهش (۵۳ نفر) نمونه‌گیری انجام نشده و کل جامعه به صورت سرشماری مورد مطالعه قرار گرفتند که در زمان پژوهش تعداد ۴۴ نفر حضور داشتند و تعداد ۹ نفر به علل مختلف از جمله مسافرت در دسترس نبودند. همچنین از بین افراد حاضر فقط تعداد ۳۲ نفر معلول نابینا و کم‌بینا حاضر به همکاری در مطالعه شدند. با توجه به ویژگی‌های مطالعه هیچ معیار ورود و خروج برای این پژوهش در نظر گرفته نشد. با توجه به عنوان طرح پیشنهادی که مقایسه هوش هیجانی در افراد کم‌بینا و نابینا با افراد سالم بود، برای این منظور تعداد ۷۷ نفر (تقریباً دو برابر جهت مقایسه بهتر و افزایش توان مطالعه) از افراد سالم خانواده سایر گروه‌های معلولی که تحت پوشش موسسه بهزیستی شهرستان شاهرود بودند به

در میان دو گروه متفاوت بود ولی آزمون آماری تی مستقل این اختلاف را معنی‌دار نشان نداد ($P > 0/05$). همچنین نتایج مقایسه میانگین عامل‌های وابسته به هوش هیجانی در دو گروه نابینایان و کم‌بینایان با افراد سالم نشان داد که در ۵ عامل درون فردی، بین فردی، مدیریت استرس، سازگاری و خلق کلی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشته است ($P > 0/05$) (جدول ۲).

علاوه بر این نتایج بیانگر آن بود که در تجزیه و تحلیل ۱۵ مؤلفه تشکیل‌دهنده هوش هیجانی، فقط دو مؤلفه انعطاف‌پذیری و خود-شکوفایی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت. به عبارت دیگر میانگین نمره انعطاف‌پذیری در افراد نابینا و کم‌بینا ۲۰/۱۸ و در افراد سالم ۱۸/۵۲ و همچنین میانگین نمره خودشکوفایی در افراد نابینا و کم‌بینا ۲۳/۹ و در افراد سالم ۲۲/۱ به دست آمد که با توجه به نتیجه آزمون تی مستقل این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بودند (جدول ۳).

بین سن، جنسیت و وضعیت تأهل با نمره هوش هیجانی در دو گروه نابینا و کم‌بینا و افراد سالم ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید ($P > 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که با کنترل متغیرهای محدودش‌کننده سن، جنسیت، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات، تفاوت نمره هوش هیجانی در دو گروه افراد نابینا و کم‌بینا با افراد سالم از طریق آزمون آنالیز کوواریانس معنی‌دار نبود ($P = 0/056$).

توجهی که با مددجویان و مشارکت کنندگان گروه مقایسه و کسب رضایتمانه کتبی و آگاهانه مورد توجه قرار گرفت.

جهت توصیف داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده شد. آزمون آماری تی مستقل برای مقایسه میانگین نمرات هوش هیجانی در دو گروه نابینا و سالم، آزمون همبستگی پیرسون برای تعیین رابطه نمرات هوش هیجانی با متغیرهای پیوسته و آزمون آنالیز کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات هوش هیجانی در دو گروه با کنترل متغیرهای محدودش‌کننده سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در گروه افراد سالم $29 \pm 6/5$ سال و در گروه نابینا و کم‌بینا $27/3 \pm 5/1$ سال بود. ۶۳ درصد از کل افراد مورد مطالعه جنس زن، ۵۹ درصد متأهل و ۳۱ درصد افراد دارای تحصیلات دانشگاهی و بقیه دیپلم و به پایین بودند. نزدیک به ۷۰ درصد افراد نابینا و کم‌بینا مجرد بودند و نیمی از آن‌ها هم تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱).

یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین و انحراف معیار نمره کل هوش هیجانی به ترتیب در افراد نابینا و کم‌بینا و افراد سالم $331/5 \pm 45$ و $326/5 \pm 42$ بود. هرچند میانگین نمره هوش هیجانی

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک افراد سالم و نابینا و کم‌بینا موسسه بهزیستی شهرستان شاهرود

کل جامعه	گروه		متغیر
	نابینا و کم‌بینا (۳۲)	سالم (۷۷)	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	سن
$28/5 \pm 6/2$	$27/3 \pm 5/1$	$29 \pm 6/5$	
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	جنس
۴۰ (۳۶/۷)	۱۳ (۳۹/۴)	۲۷ (۳۵/۵)	مرد
۶۹ (۶۳/۳)	۱۹ (۶۰/۴)	۵۰ (۶۵/۵)	زن
			وضعیت تأهل
۶۳ (۵۹/۱)	۱۰ (۳۰/۴)	۵۳ (۶۸/۶)	متأهل
۴۶ (۴۰/۹)	۲۲ (۶۹/۶)	۲۴ (۳۱/۴)	مجرد
			تحصیلات
۲۴ (۲۲/۶)	۴ (۱۳)	۲۰ (۲۵/۷)	زیر دیپلم
۴۹ (۴۶/۲)	۱۱ (۳۴/۸)	۳۸ (۵۰)	دیپلم
۳۶ (۳۱/۲)	۱۷ (۵۲/۲)	۱۹ (۲۴/۳)	دانشگاهی

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین نمرات عامل‌های هوش هیجانی و نمره کل در دو گروه سالم و نابینا-کم بینا بهزیستی شاهرود

P-value	مقدار آماره t	گروه				عامل‌های هوش هیجانی
		نابینا و کم‌بینا		سالم		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۸۰۴	۰/۹۲	۱۳/۳۳	۷۶/۷۵	۱۶/۸۳	۷۶/۶۸	عامل درون فردی
۰/۸۸	۰/۰۲	۱۷/۵۱	۱۰۹/۹۴	۱۶/۴۲	۱۰۶/۶۳	عامل بین فردی
۰/۸۹	-۰/۲۳	۸/۴۷	۳۵/۹۰	۹/۳۴	۳۶/۳۲	عامل مدیریت استرس
۰/۸۰	۰/۴۴	۸/۳۴	۶۲/۴۲	۹/۹۹	۶۱/۵۳	عامل سازگاری
۰/۷۰	۰/۹۶	۷/۴۹	۴۶/۵۴	۸/۵۰	۴۴/۸۹	عامل خلق عمومی
۰/۵۴	۰/۴۲	۴۵	۳۳۱/۵	۴۲/۶	۳۲۶	نمره کل هوش هیجانی

جدول شماره ۳- مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های هوش هیجانی در دو گروه سالم و نابینا-کم بینا بهزیستی شاهرود

P-value	مقدار آماره t	گروه				مؤلفه‌های هوش هیجانی
		نابینا و کم‌بینا		سالم		
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۴۷	-۰/۶۱	۳/۶۴	۲۱/۳۶	۵/۵۴	۲۲/۱۰	خودآگاهی هیجانی
۰/۴۱	۰/۸۲	۴/۲۶	۱۹/۸۱	۶/۷۲	۱۸/۹۳	ابراز وجود
۰/۵۶	۰/۵۳	۸/۰۸	۲۴/۳۶	۶/۷۵	۲۳/۵۰	احترام به خود
۰/۰۴۹*	۱/۸۱	۳/۵۶	۲۳/۹	۲/۷۶	۲۲/۱	خودشکوفایی
۰/۴۴	۰/۶۸	۳/۹۵	۲۰/۷	۵/۳۰	۲۰/۰۷	استقلال
۰/۷۷	-۰/۲۸	۱۰/۳۳	۲۶/۰۳	۱۶/۱۲	۲۶/۷۶	همدلی
۰/۲۸	۱/۰۵	۲/۷۲	۲۶/۳۹	۲/۹۳	۲۵/۷۶	مسئولیت‌پذیری
۰/۸۱	۰/۲۱	۴/۰۷	۲۴/۳۳	۳/۳۱	۲۴/۱۵	روابط بین فردی
۰/۷۳	-۰/۳۴	۴/۳۸	۱۸/۵۷	۶/۱۶	۱۸/۹۳	تحمل استرس
۰/۹۵	-۰/۰۵	۵/۶۱	۱۷/۳۳	۴/۸۳	۱۷/۳۹	کنترل تکانه
۰/۷۳	-۰/۳۳	۲/۴۸	۲۳/۵۴	۶/۵۹	۲۳/۹۴	حل مسئله
۰/۶۳	-۰/۴۷	۴/۳۵	۱۸/۶۹	۳/۳۹	۱۹/۰۶	واقعیت‌سنجی
۰/۰۲۵*	۱/۹۷	۴/۲۰	۲۰/۱۸	۳/۹۱	۱۸/۵۲	انعطاف‌پذیری
۰/۷۰	۰/۳۲	۳/۶۵	۲۲/۸۷	۵/۱۸	۲۲/۵۵	خوش‌بینی
۰/۲۴	۱/۱۶	۴/۶۶	۲۳/۶۶	۶/۹۲	۲۲/۳۴	شادکامی

بحث

محیط عاطفی بهتری برخوردارند از سلامت روانشناختی و هوش هیجانی بهتری برخوردار هستند و نگرش مثبتی به زندگی خواهند داشت (۴).

کاکاوند پایین بودن هوش هیجانی خانواده معلولین را به واکنش‌های هیجانی والدین کودکان معلول به نبود سلامتی که انتظارش را داشتند و یا نبود فرصت‌ها و خواسته‌هایی که فرزندشان نمی‌تواند به آن‌ها دست یابد نسبت می‌دهد (۲۲). نتایج مطالعه شریفی این نظریه را مطرح کرد که فقدان بینایی نمی‌تواند تأثیر چندانی بر هوش افراد نابینا بگذارد (۲۳). یافته‌های پژوهش ساجدی در بررسی

در مطالعه حاضر در بررسی و مقایسه نمره هوش هیجانی و عامل‌های آن در بین دو گروه افراد نابینا و کم‌بینا و افراد سالم مشخص شد که بین نمره کل هوش هیجانی و عامل‌های آن در دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این امر احتمالاً به دلیل محیط و آموزش‌هایی است که افراد مورد مطالعه در مواجهه با آن قرار داشتند به‌گونه‌ای که بین محیط زندگی کودک و رشد هیجانی او رابطه معنی‌دار وجود دارد Golman مدعی شده است افرادی که از

نمره بالای این دو مؤلفه در گروه افراد نابینا و کم‌بینا را می‌توان به نقش خانواده در اجتماعی شدن افراد نابینا نسبت داد. به نظر می‌رسد مدت‌زمان طولانی که افراد نابینا و کم‌بینا با معلولیت خود سپری می‌نمایند، زمینه پرورش ابعاد عاطفی را در آنان ایجاد می‌کند. به عبارت دیگر وقتی فرد نابینا و کم‌بینا با مشکلی مواجه می‌شود که از پذیرش آن ناگزیر است، به‌طور طبیعی ظرفیت‌هایی را در خود پرورش می‌دهد تا امکان مواجهه با این وضعیت برای وی تسهیل گردد.

در این مطالعه مشخص شد که هوش هیجانی افراد با تحصیلات مختلف، متفاوت نیست. به نظر می‌رسد تحصیلات نمی‌تواند تضمین‌کننده هوش هیجانی بالا باشد. به عقیده پژوهشگران تحصیلات به‌خودی‌خود تأثیر اندکی در رشد هوش هیجانی دارد (۳۵). با در نظر گرفتن وضعیت تحصیلی نسبتاً خوب و موفقیت اجتماعی افراد نابینا و کم‌بینا در مطالعه حاضر، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که احتمالاً ظرفیت‌های هوش هیجانی بالای این افراد در موفقیت آن‌ها دخیل بوده که با وجود معلولیت، آن‌ها همچنان توانمندی بالایی جهت مقابله با مشکلات داشته‌اند. در مطالعه حاضر این تفاوت احتمالاً به دلیل حجم نمونه کمی که در دسترس بود معنی‌دار مشاهده نگردید.

در این بررسی، ارتباطی بین سن افراد و هوش هیجانی وجود نداشت. در این زمینه فرضیه و نتایج ضدونقیض گزارش شده است. بار - اون بیان می‌کند که گروه سنی بالاتر از میزان هوش هیجانی بیشتری نسبت به گروه سنی پایین‌تر برخوردارند (۱۴). مطالعات انجام‌شده نشان‌دهنده این است که نمرات هوش هیجانی معمول با افزایش سن بیشتر می‌شود. اکثر مردم در هر دهه از زندگی خود، چند نمره هوش هیجانی بیشتری دریافت می‌کنند. Shaughnessy & Parker (۳۷)، Brown & Moshavi (۳۸) و Ciarrochi و همکاران (۱۶) نیز بر این باورند که توانمندی‌ها و شایستگی‌های هیجانی و اجتماعی افراد غیر ذاتی و قابل یادگیری است و با بالا رفتن سن و افزایش تجربه، هوش هیجانی گسترش و افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد علت تناقض نتایج مطالعه حاضر با سایر

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر روابط بین فردی، عزت‌نفس و مهارت ابراز وجود در دختران نابینا نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی بر عزت‌نفس و مهارت ابراز وجود دختران نابینا تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد ولی بر روابط بین فردی آن‌ها تأثیری نداشته است، که به نظر می‌رسد احتمالاً به دلیل محدودیت آن‌ها در برقراری ارتباط با گروه هم‌تایان و همچنین جدایی ناشی از عدم توانایی در جابجایی گسترده این افراد باشد (۲۴).

بیابانگرد معتقد است که مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان عادی به‌طور معنی‌داری بهتر از دانش‌آموزان نابینا است (۳۰). در مطالعه‌ای که توسط Busari & Eniola بر روی کودکان نابینا انجام شد، مشخص گردید که کار بر روی هوش هیجانی این کودکان منجر به افزایش خود کارآمدی آنان می‌گردد. البته در همین بررسی مشخص شد که تفاوت معنی‌داری بین مدت‌زمان ابتلاء فرد به نابینایی و هوش هیجانی وجود داشته است (۲۵).

نتایج حاصل از بررسی ۵ عامل تشکیل‌دهنده هوش هیجانی نشان داد که این عوامل در هر دو گروه سالم و نابینا و کم‌بینا تفاوتی ندارد. مطالعات مختلفی نتایجی برخلاف یافته‌های پژوهش حاضر را به دست آوردند (۱۷،۲۶،۳۰) درحالی‌که یافته‌های پژوهش‌های Lewis & Lselin (۳۱)، Galager & Kerk (۳۲) و صالحی (۳۳) در تأیید نتایج این پژوهش بود. به‌طورکلی در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت که معلولیت‌های حسی به‌ویژه نقایص بینایی می‌توانند در رشد مهارت‌های اجتماعی به‌ویژه مهارت‌هایی که لازمه آن‌ها داشتن قدرت بینایی است، مؤثر باشند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد از بین ۱۵ مؤلفه تشکیل‌دهنده هوش هیجانی تنها در دو مؤلفه انعطاف‌پذیری و خود شکوفایی بین دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده گردید. در این رابطه نمره هر دو مؤلفه در گروه کم‌بینایان و نابینایان بیشتر از افراد سالم خانواده سایر معلولین به دست آمد که برخلاف نتایج فرج‌الهی می‌باشد که بیان می‌کند اگر یکی از حواس کودک به هر علتی دچار نقص و اختلال شود این محدودیت عموماً مانع بروز توانایی‌ها و شکوفایی انسان می‌شود (۳۴).

است زمینه پرورش ابعاد عاطفی و خودشکوفایی را فراهم سازد. از آنجایی که اکثریت آزمودنی‌ها در سنین جوانی قرار داشته و از سطوح تحصیلات بالاتری برخوردار بودند بدین ترتیب می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که به احتمال زیاد ظرفیت‌های هوش هیجانی در موفقیت افراد مورد مطالعه دخیل بوده است. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به حجم نمونه کم اشاره کرد که ممکن است تحلیل نتایج و مقایسه‌ها تحت تأثیر حجم نمونه کم قرار گرفته و خیلی قابل‌اعتماد نباشند، بنابراین پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده با حجم نمونه بالاتر و مطالعات تحلیلی نتایج به‌دست‌آمده مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی مصوب در کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با شماره طرح تحقیقاتی ۹۱۲۷ در خرداد ۱۳۹۲ می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت‌های مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه و همکاری کارکنان بهزیستی شهرستان شاهرود تشکر و قدردانی می‌گردد.

مطالعات می‌تواند تا حدودی به تفاوت‌های منطقه‌ای توزیع سنی افراد مورد مطالعه و حجم نمونه پایین مطالعه باشد.

در ارتباط با تفاوت نمره هوش هیجانی مردان و زنان نتایج این پژوهش با یافته‌های Jordan و همکاران (۳۹) و Brackett و همکاران مغایرت داشته است (۴۰). در توجیه این یافته می‌توان گفت که این وضعیت تا حدودی به دلیل زمینه اجتماعی - تربیتی زنان و مردان در جامعه و فرهنگ ما مرتبط است. علاوه بر این، عوامل فرهنگی و اجتماعی ممکن است بر این یافته تأثیرگذار باشد. با توجه به تناقض یافته‌ها بین پژوهش‌های مختلف در زمینه تفاوت هوش هیجانی مردان و زنان، در تفسیر این یافته باید با احتیاط عمل کرد.

نتیجه‌گیری نهایی

بین نمره کلی هوش هیجانی بین دو گروه نابینایان و کم‌بینایان با افراد سالم تفاوتی وجود نداشت درحالی‌که میانگین نمره دو مؤلفه انعطاف‌پذیری و خودشکوفایی بین دو گروه متفاوت است و آزمودنی‌های گروه نابینایان و کم‌بینایان از میانگین نمره بالاتری برخوردار بودند. به نظر می‌رسد زندگی طولانی‌مدت با معلولیت ممکن

منابع

- 1- Golman D. Emotional intelligence. Translated by Parsa, N. Tehran: Roshd 2008; 29. [In Persian]
- 2- Mohseni N. Theories of Developmental Psychology. Pardi 2004; 57. [In Persian].
- 3- Mayer J. Emotional intelligence: Popular or scientific psychology, APR.1999; 30: 80.
- 4- Golman F. Emotional intelligence: why it can matter more the IQ? New York bantam Book 1995. Available from: <http://www.trocjim.com>.
- 5- Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: Theory finding, and implication psychological Inquiry 2004; 15: 197-215.
- 6- Lane A M. Emotional intelligence research, positive thinking for sport. Turning up performance-music and video as organic aids. Peak performance issue 2006; 228: 5-7.
- 7- Gannon N, Ranzijn R. Dose emotional intelligence predicts unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? Personality and Individual differences 2004; 38: 1353-1364.
- 8- Cikanek KL. Emotional intelligence and coping skills as predictors of counselor self – efficacy with genetic counseling graduate students 2007. University of Minnesota.
- 9- Pedrides K, Frederichson N, Farenham A. The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. Personality and individual differences 2002; 36: 271-293.

- 10- Summer feldt LJ, Klootserman PH, Antony M, Parker J. Social anxiety, emotional intelligence, and inter-personality adjustment. *Journal of psychopathology and behavioral assessment* 2002; 28 (1); 57-68
- 11- Ciarrochi J, Forgas JP, Mayer JD. *Emotional intelligence in everyday life: Publishing of face.* Psychology press 2001.
- 12- Esmaili M, Ahadi H, Dlavar A, SHafiabadi A. *Impact of emotional intelligence training on mental health.* *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2007; 2 (13): 158-165.
- 13- Mayer J, Salovey P, Caruso D. *Emotional intelligence: Theory finding, and implication psychological inquiry* 2004; 15: 197-215.
- 14- Bar-on R. *The Bar-on model of emotional social intelligence (ESI).* *Psychothema* 2006;18: 13-25.
- 15- Mayer J, Fletcher T. *Emotional intelligence: A Theoretical overview and implications for research and professional practice in sport psychology.* *Journal of applied sport psychology* 2007; 19: 115-121.
- 16- Ciarrochi J, Deane F.P & Anderson S. *Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health.* *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 197-209.
- 17- Papadopoulous K, Metsiou K, Agaliothis I. *Adaptive behavior of children and, adolescents with visual impairments.* *Research in developmental disabilities* 2011; 32: 1086-1096.
- 18- Ghomrani A, Jafari H. *Introduction to Emotional Intelligence Conference vision and blind students and alumni of Iran.* Tehran 2004.
- 19- Hoseinian M, Emamipur S. *Comparing Emotional Intelligence and AssertivenessS in normal and blind boys and girls.* *Humanities Cultural Studies* 1996.
- 20- Alirezaei Moghadam B S, Asgarnejad Farid AA. *Comparing Emotional Quotient in blind, Semi blind and normal groups.* *Taalim Tarbiat Estesnaei* 2012; 112: 27-36. [In Persian]
- 21- Samouei R. *Standardization Emotional intelligence Questionnaire.* Tehran, Iran: Ravan Tajhiz Sina Publication; 2002. [In Persian].
- 22- Kakavand A. *Psychology and education of special children.* Tehran: Nashr Ravan, 2006 [In Persian].
- 23- Sharifi Daramadi P. *Psychology education of blind children.* Tehran. *Publications gofteman khalagh.* 2000. [In Persian].
- 24- Sajedi S. *The effect of stress on interpersonal skills, self-esteem and assertiveness blind girls.* *Journal Science and Research in Applied Psychology* 2009; 39.
- 25- Eniola MS, Busari AO. *Eemotional Intelligence in promoting self-Efficacy of the visually impaired fresh students of federal college of Education (special) Oyo Nigeria.* *The social sciences* 2007; 2: 152-155

- 26- Winer J, Tradif C. Social and emotional functioning of children with learning disabilities: Does, special education placement make a difference? *Learning disabilities research and practice* 2004;19: 20-32.
- 27- Hapem J, Ottowitz J, McLennan MN. Recipe for success: Education and rehabilitation work together to provide cooking experiences for visually impaired students 2008; 39: 193-196.
- 28- Rabinson B. Effects of visual impairment, gender and age on self-determination of children who are blind. Unpublished master thesis, state university of New York at Brockport 2002; 35: 69-80.
- 29- Shahim S. Social skills in a group of blind and visually impaired students. *Journal of Psychology and Educational Sciences* 2009; 32: 139-121.
- 30- Biabangard E. Blind, deaf, and normal social skills than female students in Tehran. *Exceptional Children Journal* 2005; 5: 55-68.
- 31- Lewis S, Lselin SA. A comparison of the independent living skills of primary students with visual impairment s and their sighted peers: A pilot study. *Journal of visual impairment and blindness* 2002; 96: 335-344.
- 32- Kerk S, Galager J. *Education of Exceptional Children*. Translated by M. Javadiyan. Razavi Publications Mashhad: 2003. Third Edition. [In Persian].
- 33- Salehi L, Seif D. Teacher interaction with knowledge-based model for predicting loneliness among adolescents with and without visual impairment Mvzv dimensions of perceived competence. *Journal of Psychology Special* 2012; 5.
- 34- Farajullahi M, Sarmadi MR, Taghdiri nooshabadi A. Academic achievement and behavioral difficulties in male students. *research on Exceptional children*. 2009; 9(3): 81-273.
- 35- Foote D. What's your emotional intelligence? *Computer World* 2001; 35: 28-29.
- 36- Dulewicz V, Higgs M. Emotional intelligence –A review and evaluation study. *Journal of Managerial Psychology* 2000; 15: 341-372.
- 37- Shaughnessy P, Parker JDA. Promoting emotional intelligence: an intervention program for use in different aboriginal groups. Invited address at the annual meeting of the National Consultation on Career Development (NATCON), annual meeting, Ottawa, Ontario. 2005.
- 38- Brown FW, Moshavi D. Transformational leadership and emotional intelligence: a potential pathway for an increased understanding of interpersonal influence. *Journal of Organizational Behavior* 2005; 26: 867–871.
- 39- Jordan P L, Ashkanasy N M, Hartel C E J, Hooper G S. Workgroup emotional intelligence: Scale development and relationship to team process and goal focus. *Human Resource Management Review* 2002; 12: 195-214.
- 40- Brackett MA, Rivers Shiffman S, Lerner N, Salovey, P. Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology* 2006; 4.

The comparison of Emotional Quotient in blinds and low visions with normal sighted people in Shahroud welfare organization, 1392

*Mohsen Dehghani¹, Monir Nazari²

Abstract

Introduction: Blind people experience more problems about adaptive and diagnostic skills affected by society and environment encounters, and Studies in related to social and adaptive behaviors in blind children is limited in Iran and the results are conflicting. The aim of this study was comparing Emotional Quotient in blinds and low visions with normal sighted people in Shahroud city and tries to understand the impact of the disability on Emotional Quotient.

Methods: This is a comparative cross-sectional study. 109 individuals (32 blind and low vision persons consisting the population of blinds in Shahroud welfare organization and 77 male and female healthy individuals of families from other disable groups) with convenient sampling method were selected. We used a reliable (Cronbach's alpha equal to 0/93) standardized 90 items Bar-on Emotional Quotient questionnaire in this study. Large fonts version of questionnaires were used for low vision group. Pearson correlation coefficient, independent t-test and ANCOVA tests were conducted for statistical analysis of data using SPSS software version 16.

Results: The mean and standard deviation of Emotional Quotient in blind, low vision and healthy persons was 331.5 ± 45 and 326.5 ± 42 , respectively. Although emotional Quotient scores were different between the two groups, but independent t-test showed no significant differences ($P > 0/05$). Emotional Quotient scores in two dimensions, Flexibility ($p=0.035$) and self-actualization ($p=0.049$) were significantly higher in blinds and low vision group. Control for confounding variables such as age, gender, marital status and education level conducted using analysis of covariance and results were not significant ($P > 0.05$).

Conclusion: Two dimensions of flexibility and self-actualization of emotional quotient scores in blinds and low visions in this study are significantly higher that could be due to long time experience living with disability and well adaptation with this condition and also is due to relatively high educational achievements in these subjects. It is recommended that emotional intelligence be utilized in this group for personal development purposes.

Keywords: Emotional Quotient, blind, low vision.

Received: 17 April 2014

Accepted: 20 July 2014

1- MSc in Epidemiology, Department of Epidemiology, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran. (Corresponding Author).

E-mail: m_dehghani@hlth.mui.ac.ir

2- BSc in Public Health, Student Research Committee, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

- Effect of Multi - Sensory Stimulation on memory in Nursing home residents in Ahvaz.....1**
Moghaddasifar I, Fakharzadeh L, Fereidooni Mohamad M, Haghghi Zadeh H
- The effect of hope based group therapy approach on the severity of depression in multiple sclerosis patients.....12**
Bahramian J, Zahra Kar K, Rasouli M
- Quality of life and its associated factors in primary family caregivers of children with physical disabilities under supervision of welfare organization Iran- Ilam.....23**
Hosseini E, Seyedeh Fatemeh Haghdost Oskouie, Khanjari S, Heidari M, Ghodusi M
- The comparison of Emotional Quotient in blinds and low visions with normal sighted people in Shahroud welfare organization, 1392.....32**
Mohsen Dehghani, Monir Nazari
- The effect of an aerobic training program on physical self-concept and self-esteem of nurses.....42**
Saadatmehr R, Nourozi K, Khaledi N, Bakhshian F, Rezasoltani P
- The effect of religious-spiritual care on anxiety post surgery coronary artery bypass graft patients.....51**
Tajbakhsh F, Hosseini MA, Sadeghi Ghahroudi M, Fallahi Khoshkenab M, Rokofian A, Rahgozar M
- Comparing barriers and facilitators of attending to cardiac rehabilitation programs from patients with coronary artery bypass graft surgery and rehabilitation specialists' viewpoints.....62**
Hajali Akbari Z, Hosseini MA, Nourozi K, Rahgozar M
- Rehabilitation needs of patients with physical disabilities due to traffic accidents for returning to the community: a qualitative study.....74**
Pashaei Sabet F, Norouzi Tabrizi K, Khankeh HR, Fallahi Khoshknab M