

بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان فلج مغزی

جواد میرزایی^۱
 راضیه بابایی^۲
 لیلا علیزادگان مقدم^۳
 فریده محمودی^۴
 پروانه شقاقی^۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان فلج مغزی انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر، یک مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را نوجوانان با فلج مغزی ۱۶ تا ۱۸ ساله تشکیل دادند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، به طوری که در این پژوهش ۳۰ نوجوان با فلج مغزی شرکت داشتند. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند و در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. به گروه آزمایش، هوش هیجانی در ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد ولی به گروه کنترل این نوع آموزش ارائه نشد. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر و پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت بود. اطلاعات جمع‌آوری‌شده از طریق آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که در مرحله بعد از مداخله، میانگین نمرات سلامت عمومی و عزت‌نفس گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود ($P < 0/0001$). **نتیجه‌گیری:** برنامه آموزش هوش هیجانی باعث بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان با فلج مغزی شد؛ بنابراین توجه به متغیرهایی از جمله سلامت عمومی و عزت‌نفس ضروری است و برنامه‌ریزی برای ارائه آموزش هوش هیجانی به این گروه از افراد اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلیدواژه‌ها: سلامت عمومی، عزت‌نفس، هوش هیجانی، فلج مغزی

ادامه می‌یابد. در واقع، فلج مغزی یک آسیب عصب‌شناختی غیرپیش‌رونده و نوعی اختلال کنترل و هماهنگی ماهیچه است که بر اثر آسیب به مغز در قبل از تولد، حین تولد یا در اوایل دوران کودکی ایجاد می‌شود (عاشوری و جلیل‌آبکنار، ۱۳۹۵؛ هالاهان و همکاران، ۲۰۱۵).

در چند دهه اخیر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فلج مغزی نوعی ناتوانی تحولی و شرایط ناتوان‌کننده چندگانه‌ای است که پیچیده‌تر از یک ناتوانی حرکتی صرف می‌باشد. تعداد زیادی از افراد با فلج مغزی علاوه بر ناتوانی حرکتی، اختلال‌های هیجانی یا رفتاری

مقدمه

فلج مغزی^۶ یکی از رایج‌ترین ناتوانی‌های جسمانی دوران کودکی است که هنوز بسیاری از علت‌های آن شناسایی نشده است. میزان شیوع فلج مغزی در چهار دهه اخیر، در حدود ۲ تا ۳ نفر در هر هزار تولد زنده گزارش شده است. اصطلاح فلج مغزی به توصیف گروهی از اختلال‌های حرکتی و وضعیت بدنی می‌پردازد که از صدمه یا آسیب به مغز ناشی می‌شود (هالاهان، کافمن و پولن، ۲۰۱۵). فلج مغزی نشانه‌های پیچیده‌ای دارد و انواع مختلف و درجات متفاوتی از آسیب حرکتی را در برمی‌گیرد. این اختلال در اوایل کودکی به وجود می‌آید و شرایط غیر پیش‌رونده‌ای است که

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا، ایران (alizadegan22@gmail.com)

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا، ایران

^۵ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین، پیشوا، ایران

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۶/۴/۱۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۶/۱۶

^۶ Cerebral palsy

^۷ Hallahan, Kauffman & Pullen

است از قضاوت و نگرشی که فرد به‌طور پیوسته و مداوم از ارزش‌های خود بیان می‌کند و از چهار مؤلفه عزت‌نفس خویشتن، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانواده و عزت‌نفس تحصیلی به وجود می‌آید. محققان عقیده دارند که عزت‌نفس انسان که از عوامل تعیین‌کننده رفتار در انسان به شمار می‌رود و در مراحل مختلف زندگی متأثر از چگونگی ارتباط او با دیگران است (امی و کریستینا^{۱۱}، ۲۰۱۴؛ ماهر^{۱۲}، ۲۰۱۶). ایجاد روابط گرم و صمیمی با انسان دیگر، منبع اعتماد، ایمنی و آسایش هر انسانی است که به‌تبع آن می‌تواند در رشد عزت‌نفس و کاهش احساس کمرویی و بی‌ارزشی او مؤثر واقع شود (بیان‌زاده و ارجمندی، ۱۳۸۲؛ آدولف و برگر^{۱۳}، ۲۰۱۵؛ شو و لازاتخان^{۱۴}، ۲۰۱۷).

توجه بیشتر به مسائل مربوط به سلامت عمومی و عزت‌نفس به اعتبار این برداشت منجر شده که فراگیری مهارت‌های متناسب با سن نه‌تنها برای انطباق موفقیت‌آمیز در خلال مرحله کنونی رشد کودک و نوجوان، بلکه به‌عنوان مبنایی ضروری جهت ارتقای توانمندی‌های فردی و اجتماعی که برای سیر موفقیت‌آمیز مراحل بعدی رشد الزامی هستند، از اهمیت اساسی برخوردار است (عزیزی، خمسه، رحیمی و براتی، ۱۳۹۲؛ تروشیکینا و مانوکیان^{۱۵}، ۲۰۱۶). در این میان نوجوانان با فلج مغزی به دلیل محدودیت‌هایی که در زمینه فعالیت‌های حرکتی و سلامت جسمی دارند، در تعاملات اجتماعی مناسب با همسالان و بزرگ‌سالان در موقعیت‌های گوناگون با مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی مواجه می‌شوند؛ بنابراین یکی از اهداف اصلی آموزش نوجوانان با فلج مغزی، توجه به سلامت عمومی و عزت‌نفس است (هالاها و همکاران، ۲۰۱۵). بدیهی است که ارائه خدمات آموزشی مانند برنامه آموزش هوش هیجانی^{۱۶} جهت ارتقای سلامت عمومی و عزت‌نفس افراد با فلج مغزی ضروری است، چراکه هوش هیجانی برخلاف هوش شناختی یک توانایی ثابت و تغییرناپذیر نیست و می‌توان آن را از طریق آموزش‌های ویژه افزایش داد (بار-ان^{۱۷}، ۲۰۰۶؛ یپ و مارتین^{۱۸}، ۲۰۰۵). هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌ها و مهارت‌های غیر شناختی است که توانایی فرد را در مقابله با فشارها و تقاضاهای محیطی افزایش می‌دهد (بار-ان، ۲۰۰۶). به سخن دیگر، هوش هیجانی به تفاوت‌های افراد در ادراک، پردازش، تنظیم و به‌کارگیری

نیز دارند (کرک، گالاگر و کولمن^۱، ۲۰۱۵). ناتوانی‌های افراد با فلج مغزی دارای ابعاد جسمی و روان‌شناختی مختلفی هستند. به نظر می‌رسد این ناتوانی‌ها نه‌تنها در جسم این افراد، بلکه در طرز فکر آن‌ها و سایر افراد جامعه نسبت به آنان نیز وجود داشته باشد. نگرش‌های منفی، پیش‌داوری‌ها، تبعیض‌ها و رفتارهای غیرعادلانه بر جنبه‌های گوناگون زندگی افراد با فلج مغزی تأثیر می‌گذارد (سلیمانی دینانی، اکبری دهکردی، کاکوجویاری و مرادی، ۱۳۹۰). سلامت عمومی^۲ و عزت‌نفس^۳ دو حوزه مهمی هستند که تحت تأثیر ناتوانی‌های جسمی از جمله فلج مغزی قرار می‌گیرند و بر موفقیت‌ها و توانمندی‌های این افراد تأثیر می‌گذارد (هالاها و همکاران، ۲۰۱۵).

سلامت عمومی یکی از مباحث مهمی است که بحث‌های بسیاری را برانگیخته است (امانی برجلی و سهرابی، ۱۳۸۹؛ ریچاردز^۴، ۲۰۱۴). سلامتی صرفاً نبود بیماری یا ناتوانی نیست بلکه حالتی از آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. در واقع، سلامت عمومی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در فرد که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. بر اساس این تعریف سلامتی تنها جنبه جسمانی افراد را دربرنمی‌گیرد بلکه باید به جنبه‌های روانی و اجتماعی نیز توجه کرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴؛ گالدریزی، هاینز، کاستروپ، بیزهولد و سارتوریوس^۵، ۲۰۱۵؛ جیاگورانتان، وینگانکار، ابدین، سامباسیوام، سئو، پنگ و همکاران^۶، ۲۰۱۷). توجه روزافزون به موضوع سلامت عمومی و عزت‌نفس در هیچ‌جا محسوس‌تر و چشمگیرتر از متون مربوط به نیازهای بهداشت روانی کودکان و نوجوانان نیست (باراش و کیشور-کومار^۷، ۲۰۱۰؛ احقر، احمدی و قنبری، ۲۰۱۳).

سطوح بالای عزت‌نفس برای سلامت عمومی نوجوانان و بزرگ‌سالان بسیار مهم است (عزیزی و نیک‌بخش، ۱۳۹۱). عزت‌نفس نوعی ارزیابی از خود است که میزان اعتقاد فرد به قابلیت، اهمیت، موفقیت و ارزش خویش را منعکس می‌کند (اسمیجرسا، ویجسن، آستروم، اسحاق، اسپیکنز، بکر و همکاران^۸، ۲۰۱۷) و اغلب به‌عنوان نگرش مطلوب یا نامطلوب نسبت به خود تعریف می‌شود (واچز، جیکروا، وازسنوی، ولف و جانگر^۹، ۲۰۱۶؛ جیانگ، چن و وانگ^{۱۰}، ۲۰۱۷). به‌بیان‌دیگر، عزت‌نفس عبارت

⁹ Wachs, Jiskrova, Vazsonyi, Wolf & Junger

¹⁰ Jiang, Chen & Wang

¹¹ Amy & Kristina

¹² Maher

¹³ Adolph & Berger

¹⁴ Shu & Lazatkhan

¹⁵ Troshikhina & Manukyan

¹⁶ Emotional intelligence

¹⁷ Bar-on

¹⁸ Yip & Martin

¹ Kirk, Galager & Colmen

² General health

³ Self-esteem

⁴ Richards

⁵ Galderisi, Heins, Kastrup, Beezhold & Sartorius

⁶ Jeyagurunathan, Vaingankar, Abdin, Sambasivam, Seow, Pang & et al.

⁷ Bharath & Kishore-Kumar

⁸ Smeijersa, Vrijisen, Oostrom, Isaac, Speckens, Becker & et al.

بررسی کرده بودند حاکی از آن بود که عزت نفس، خودکنترلی، حل مسئله بین فردی و درک هیجان‌ها خود و دیگران در آزمودنی‌ها به‌طور معناداری افزایش یافته بود و دوام اثربخشی این مداخله پس از پیگیری نتایج پژوهش در یک و دو سال بعد از مداخله معنادار بود. در تحقیق دیگری گریبنرگ، کاسچ، کوک و کوما^{۱۸} (۱۹۹۵) به این نتیجه رسیدند که آموزش هوش هیجانی منجر به بهبود سلامت عمومی کودکان ناشنوا و افزایش سازگاری مادران آن‌ها در شرایط تنش‌زا می‌شود.

یافته‌های پژوهش عاشوری، جلیل‌آبکنار و پورمحمدرضای تجریشی (۱۳۹۳) بیانگر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر بهبود عزت نفس کلی، عزت نفس خویشتن، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانواده و عزت نفس تحصیلی دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا بود. صبحی قراملکی (۱۳۹۱) در نتایج تحقیق خود گزارش کرد که هوش هیجانی با انگیزه پیشرفت رابطه مثبت و معناداری دارد. در این پژوهش به ترتیب خودآگاهی، خودمدیریتی و مدیریت رابطه که از مؤلفه‌های هوش هیجانی هستند بیشترین همبستگی را با انگیزه پیشرفت داشتند در صورتی که مؤلفه آگاهی اجتماعی با آن رابطه معناداری نداشت. هویزوی و عنایتی (۱۳۸۹) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی به شیوه گروهی بر استفاده از روش‌های رویارویی با استرس در بین دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اهواز پرداختند، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که آموزش هوش هیجانی بر استفاده از روش‌های رویارویی با استرس در بین دانش‌آموزان مؤثر است. شریفی درآمدی (۱۳۸۷) در نتایج پژوهش خود گزارش کرد آموزش هوش هیجانی باعث بهبود سلامت عمومی، کاهش علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی مادران فرزندان آهسته‌گام می‌شود. شریفی درآمدی، مولوی و رضوانی (۱۳۸۴) در نتایج مطالعه دیگری عنوان کردند که آموزش هوش هیجانی منجر به کاهش نشانه‌های جسمانی‌سازی، افسردگی اساسی، ناسازگاری اجتماعی و اضطراب در مادران کودکان فلج مغزی شد و سلامت عمومی آن‌ها را افزایش داد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند هوش هیجانی بر سلامت حافظه و نیروی تعقل، ادراک و معنابخشی تجربیات، داوری صحیح، تصمیم‌گیری مناسب و رشد روانی اجتماعی انسان تأثیر

اطلاعات هیجانی اشاره دارد (میکولاجچک و لومینت^۱، ۲۰۰۸) و چهار مؤلفه خودآگاهی^۲، خودمدیریتی^۳، آگاهی اجتماعی^۴ و مدیریت رابطه^۵ را شامل می‌شود (گلمن^۶، ۱۹۹۹). هدف اصلی روان‌شناسان و متخصصان از آموزش هوش هیجانی این است که جوامع مختلف نسبت به گسترش و به‌کارگیری هوش هیجانی با تأکید بر رشد توانایی‌های فردی مانند حل مسئله^۷، مقابله با هیجان^۸، خودآگاهی^۹، سازگاری اجتماعی^{۱۰} و کنترل استرس بین کودکان و نوجوانان، اقدام نمایند (فلینگر، هولزینگر و پولارد^{۱۱}، ۲۰۱۲). از این رو پژوهش‌های متعددی در زمینه تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی و عزت نفس کودکان و نوجوانان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف انجام شده است. نتایج پژوهش روی^{۱۲} (۲۰۱۲) بیانگر اثربخشی آموزش رفتارهای اجتماعی بر بهبود عزت نفس، عزت نفس خویشتن، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانواده و عزت نفس تحصیلی در نوجوانان کم‌توان ذهنی بود. در بررسی پتریدز، فدریکسین و فورنهایم^{۱۳} (۲۰۰۴) مشخص شد دانش‌آموزانی که دارای هوش هیجانی بالا هستند رفتارهای انحرافی، گریز و اخراج از مدرسه در آن‌ها کمتر دیده می‌شود، بهتر با استرس‌های ناشی از هیجان و اضطراب روبرو می‌شوند و از عملکرد تحصیلی بالاتری برخوردارند. کام، گریبنرگ و کاسچ^{۱۴} (۲۰۰۴) در پژوهشی به بررسی تداوم اثر آموزش توانمندی‌های هیجانی بر سلامت روان‌شناختی ۱۳۳ دانش‌آموز با نیازهای ویژه (۵۳ دانش‌آموز با اختلال یادگیری، ۲۳ آهسته‌گام، ۳۱ دانش‌آموز دارای اختلال هیجانی و رفتاری، ۲۱ دانش‌آموز دارای آسیب‌های جسمی و ۵ دانش‌آموز دارای معلولیت‌های چندگانه) در یک دوره ۳ ساله پرداختند. آن‌ها در نتایج بررسی خود گزارش کردند که رفتارهای درونی‌سازی و برونی‌سازی شده کاهش یافته و خودکنترلی، خودنظم‌بخشی و درک هیجان‌ها خود و دیگران نیز به‌طور معناداری افزایش یافته بود. نتایج پژوهش‌های مایر، سالوی و کاروسو^{۱۵} (۲۰۰۴) و سارانی^{۱۶} (۱۹۹۸) بیانگر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر ارتقای سلامت روانی و عمومی دانشجویان بود. آن‌ها گزارش کردند که آموزش هوش هیجانی منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و نقص در عملکرد اجتماعی آزمودنی‌ها شده است. نتایج مطالعه گریبنرگ و کاسچ^{۱۷} (۱۹۹۸) که اثربخشی برنامه آموزشی هوش هیجانی را در ۵۷ دانش‌آموز ناشنوای ابتدایی

¹⁰ Social adjustment

¹¹ Fellinger, Holzinger & Pollard

¹² Roy

¹³ Pwtrides, Federicksin & Furnham

¹⁴ Kam, Greenberg & Kusche

¹⁵ Mayer, Salovey & Caruso

¹⁶ Saarni

¹⁷ Greenberg & Kusche

¹⁸ Greenberg, Kusche, Cook & Quamma

¹ Mikolajczak & Luminet

² Self-awareness

³ Self-management

⁴ Social awareness

⁵ Relation management

⁶ Goleman, D.

⁷ Problem solving

⁸ Emotion coping

⁹ Self-awareness

نمونه به ملاک‌های ورود و خروج پژوهش توجه شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص فلج مغزی، دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ سال و زندگی با پدر و مادر می‌شد. همچنین، وجود مشکلات حسی (ناشنوایی یا نابینایی) و هوشی، داشتن مشکلات قلبی و تنفسی، استفاده از برنامه‌های روان‌شناختی هم‌زمان با مطالعه حاضر از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. به‌منظور تعیین حداقل حجم نمونه بر اساس فرمول زیر و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، ۳۰ نفر از نوجوانان با فلج مغزی انتخاب گردیدند که با روش تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند، به‌نحوی که اعضای هر گروه ۱۵ نفر بود. در فرمول زیر، n همان تعداد آزمودنی‌ها؛ σ یعنی واریانس جامعه؛ Z به معنی سطح معناداری و d همان تفاوت میانگین جامعه و نمونه است.

$$n = \frac{\sigma^2(z_{1-\alpha/2})^2}{d^2} = (20/97)^2 \times (1/96)^2 / (11)^2 = 13/96$$

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- پرسشنامه سلامت عمومی^۶: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۹ توسط گلدبرگ و هیلر ساخته شد که ۲۸ سؤال دارد و دارای ۴ مقیاس است که به ترتیب عبارت‌اند از علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی. هر یک از این مقیاس‌ها دارای ۷ سؤال است. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از «صفر» (بیشتر از همیشه) تا «۳» (خیلی بدتر از همیشه) است، نمره ۲۳ و بالاتر نشانگر عدم سلامت عمومی و نمره پایین‌تر از ۲۳ بیانگر سلامت عمومی است (کاویانی موسوی و محیط، ۱۳۸۰). گلدبرگ (۱۹۹۳) روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرده است (امانی و همکاران، ۱۳۸۹). در ایران نیز یعقوبی، قائدی، امیدی، کاهانی و ظفر (۱۳۸۷) پایایی آن را با استفاده از بازآزمایی ۰/۸۸ و روایی خرده مقیاس‌های آن را ۰/۵۵ گزارش کرده‌اند. همچنین پالاهنگ (۱۳۷۵) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۹۱ گزارش نمود و مقادیر آلفای کرونباخ را برای علائم جسمانی ۰/۸۴، اضطراب ۰/۷۸، نقص در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی ۰/۸۱ برآورد کرده است. در این پژوهش، ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ و روایی آن به روش تحلیل عاملی ۰/۸۰ به دست آمد.

چشمگیری دارد (گلمن، ۱۹۹۹؛ کاجوب^۱، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، فلج مغزی می‌تواند بر خودآگاهی^۲، خودمدیریتی^۳، آگاهی اجتماعی^۴ و مدیریت رابطه^۵ که از مؤلفه‌های هوش هیجانی هستند تأثیر نامطلوبی گذاشته و موجب ضعف خودپنداره^۶، انزوای^۷، ناامیدی^۸، افسردگی و اضطراب شود (امی و کریستینا، ۲۰۱۴)؛ بنابراین احتمال می‌رود آموزش هوش هیجانی به‌عنوان مؤلفه اثرگذار در بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان با فلج مغزی باشد ولی پژوهش‌های اندکی به این مسئله مهم پرداخته‌اند و به نظر می‌رسد که این افراد مورد غفلت واقع شده‌اند. با توجه به این که نوجوانان با فلج مغزی از حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین قشرهای جمعیت دانش‌آموزی را تشکیل می‌دهند که میزان افسردگی، اضطراب، مشکلات ارتباطی و روان‌شناختی آن‌ها به مراتب بیشتر از همسالان عادی‌شان است و بدیهی است که این عوامل از منابع قوی تهدیدکننده سلامت عمومی و عزت‌نفس آن‌ها هستند ضرورت دارد که آن‌ها از برنامه‌های جامع آموزشی و توان‌بخشی در جهت بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس برخوردار گردند تا بتوانند از پس چالش‌های جدی زندگی روزمره خود برآیند. امروزه به علت اهمیتی که هوش هیجانی در دنیا یافته است حجم پژوهش‌ها معطوف به این حیطة از دانش به‌سرعت در حال فزونی است، بنابراین شایسته است که صاحب‌نظران، محققان و متخصصان آموزش و پرورش همراه و همگام با سایر کشورها در این مسیر گام برداشته و با انجام پژوهش‌های منطبق بر ویژگی‌های فرهنگی و بومی نوجوانان با فلج مغزی، با آموزش هوش هیجانی به تقویت سلامت عمومی و عزت‌نفس این قشر از افراد جامعه همت گمارند؛ بنابراین، پژوهش حاضر درصدد بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان با فلج مغزی است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل نوجوانان ۱۶ تا ۱۸ ساله با فلج مغزی می‌شد که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در مدارس شهر تهران مشغول به تحصیل بودند. برای انتخاب آزمودنی‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این صورت که ابتدا آموزشگاه سروش که یکی از مراکز آموزشی نوجوانان با فلج مغزی واقع در شهر تهران است انتخاب شد. پس از هماهنگی‌های لازم، اعضای گروه نمونه پژوهش انتخاب گردید. در انتخاب گروه

⁶ Self-concept

⁷ Seclusiveness

⁸ Despair

⁹ General Health Questionnaire

¹ Kaschub

² Self-awareness

³ Self-management

⁴ Social-awareness

⁵ Relation management

اخلاقی، به مدیر مدرسه و والدین آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش به‌صورت محرمانه و بی‌نام مورد استفاده قرار گیرد. ابتدا تمامی آزمودنی‌ها پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر و پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت را تکمیل کردند و نمرات آن‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس به‌طور تصادفی در یکی از دو گروه آزمایش یا کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. برنامه آموزشی هوش هیجانی توسط یک روان‌شناس آموزش‌دیده با استفاده از روش‌های بحث گروهی، نمایشی و ایفای نقش در ۱۲ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای طی شش هفته و هفته‌ای دو جلسه داده به گروه آزمایش آموزش داده شد. هر جلسه آموزش هوش هیجانی به یک موضوع خاص، اختصاص داشت. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است. این برنامه آموزشی بر اساس دیدگاه برادبری و گریوز (۱۳۸۴) طراحی شده است و برای دانش‌آموزان عادی و استثنایی مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به این دیدگاه، هوش هیجانی شامل چهار مهارت خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه است. این برنامه توسط هویزآوی و عنایتی (۱۳۸۹) در دانش‌آموزان دبیرستانی مورد استفاده قرار گرفته که ضرایب روانی و پایایی آن به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین پایایی برنامه آموزشی مذکور با فاصله زمانی ۱ ماه، در این پژوهش ۰/۷۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت^۱: برای ارزیابی عزت‌نفس آزمودنی‌ها از این پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه مذکور توسط کوپر اسمیت و همکاران در سال ۱۹۶۷ تدوین شده است. این پرسشنامه ۵۸ ماده دارد که ۸ ماده آن دروغ‌سنج است و در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. ۵۰ ماده دیگر آن به ۴ خرده مقیاس عزت‌نفس خویشتن، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانواده و عزت‌نفس تحصیلی تقسیم شده است. دامنه نمرات آن بین ۰ و ۵۰ است. به هر پاسخ مناسب نمره یک و در غیر این صورت نمره صفر تعلق می‌گیرد. ضریب پایایی پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و به روش تنصیف ۰/۶۲ محاسبه شده است (وجدانی، ۱۳۸۱). در تحقیق شکرکن و نیسی (۱۳۷۴) ضرایب اعتبار از طریق روش همبسته کردن نمره‌های آزمون برای پسران ۰/۶۹ و برای دختران ۰/۷۱ بوده و همچنین ضرایب پایایی آزمون به روش بازآزمایی برای دانش‌آموزان پسر و دختر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۲ گزارش شده است. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و روایی آن با استفاده از روش همبسته کردن نمره‌های آزمون ۰/۷۶ محاسبه شد.

به‌منظور اجرای پژوهش، ضرورت آن برای مدیر مدرسه توضیح داده شد. از آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت در پژوهش اخذ شد. در ضمن به‌منظور رعایت ملاحظات

جدول ۱. برنامه آموزشی هوش هیجانی

جلسات	محتوای جلسات
۱	معرفی و شناخت هیجان‌ها
۲	آگاهی از هیجان‌های خود
۳	آگاهی از علت هیجان
۴	درک پیامد هیجان و تصمیم‌گیری
۵	شیوه‌های مدیریت هیجان
۶	مدیریت هیجان خود و ابراز وجود
۷	کنترل و تنظیم هیجان دیگران
۸	مدیریت هیجان دیگران و حل مسئله
۹	همدلی و برخورد مناسب با هیجان
۱۰	روابط بین فردی و مقابله با استرس
۱۱	آگاهی اجتماعی و انعطاف‌پذیری در مقابل تغییر
۱۲	جمع‌بندی مطالب آموزش داده‌شده، نظرخواهی و ارائه پیشنهادها

عمل می‌آمد، مهارت مربوط به هر جلسه پس از اصلاح رفتار، تشویق و تقویت رفتارهای صحیح به‌طور مجدد اجرا می‌شد و درنهایت محتوای آموزشی هر جلسه مورد جمع‌بندی قرار گرفته و در راستای مهارت آموخته‌شده تکلیفی برای منزل ارائه می‌شد.

شیوه کار در هر جلسه به‌این‌ترتیب بود که ابتدا مربی توضیحاتی پیرامون محور هر جلسه می‌داد، مهارت موردنظر در هر جلسه توسط مربی و اعضای گروه موردبحث قرار می‌گرفت، سپس مهارت آموزش داده‌شده توسط اعضای گروه اجرا و تمرین می‌شد، بازخورد و تصحیح رفتار توسط اعضای گروه و مربی به

^۱ Cooper Smith self-esteem questionnaire

توصیفی و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعدیل اثر پیش‌آزمون به‌منظور مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در پس‌آزمون استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی بیانگر سن آزمودنی‌ها در دامنه ۱۶ تا ۱۸ سال با میانگین $17/06 \pm 1/73$ و بهره هوشی ۹۰ تا ۱۱۰ با میانگین $99/47 \pm 2/65$ بود. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

پس از پایان جلسات آموزشی، مجدداً همه آزمودنی‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر و پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت ارزیابی شدند و نمرات آن‌ها به‌عنوان پس‌آزمون در نظر گرفته شد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در پایان پژوهش نیز کارگاهی سه‌روزه برای گروه کنترل برگزار و در مورد هوش هیجانی با آن‌ها بحث شد و در همین راستا یک جزوه آموزشی تهیه و در اختیار آن‌ها قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از این پژوهش از نرم‌افزار SPSS^{۲۳} استفاده شد. از میانگین و انحراف استاندارد در سطح

جدول شماره ۲. شاخص توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
علائم جسمانی	پیش‌آزمون	۱۱/۳۶	۱/۱۳	۱۱/۳۴
	پس‌آزمون	۷/۲۴	۱/۰۶	۱۱/۲۷
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۲/۵۸	۱/۳۳	۱۳/۰۹
	پس‌آزمون	۹/۶۸	۱/۸۰	۱۲/۳۷
نقص در عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲/۳۲	۰/۹۴	۱۲/۵۵
	پس‌آزمون	۹/۴۰	۱/۰۳	۱۲/۶۳
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۶/۷۶	۱/۲۲	۱۶/۹۴
	پس‌آزمون	۱۲/۱۴	۱/۴۵	۱۶/۹۸
نمره کلی سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۵۳/۰۲	۲/۹۶	۵۳/۹۲
	پس‌آزمون	۳۸/۴۶	۲/۶۷	۵۳/۶۲
عزت نفس خویشتن	پیش‌آزمون	۵/۴۶	۱/۱۴	۵/۳۷
	پس‌آزمون	۱۰/۶۵	۰/۹۸	۵/۳۰
عزت نفس اجتماعی	پیش‌آزمون	۵/۷۳	۱/۸۲	۵/۹۱
	پس‌آزمون	۸/۳۶	۱/۸۶	۵/۹۴
عزت نفس خانواده	پیش‌آزمون	۳/۰۹	۱/۰۸	۳/۳۷
	پس‌آزمون	۵/۶۰	۱/۰۲	۳/۹۱
عزت نفس تحصیلی	پیش‌آزمون	۳/۴۸	۰/۹۷	۳/۴۰
	پس‌آزمون	۵/۴۵	۰/۸۶	۳/۵۹
نمره کلی عزت نفس	پیش‌آزمون	۱۷/۷۶	۲/۴۸	۱۸/۰۵
	پس‌آزمون	۳۰/۰۶	۲/۳۷	۱۸/۷۴

از برابری واریانس‌ها را در هر دو متغیر سلامت عمومی و عزت نفس بود ($P > 0/05$). همچنین سلامت عمومی و عزت نفس آزمودنی‌ها، در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌فرض‌های آماری «اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی» موردحاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را پیش از مداخله و پس از مداخله نشان می‌دهد. به علت وجود یک متغیر مستقل (آموزش هوش هیجانی) و دو متغیر وابسته (سلامت عمومی و عزت نفس) از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. بعد از بررسی و تأیید نرمال بودن متغیرهای پژوهش، آزمون باکس فرض همگنی واریانس-کوواریانس را تأیید کرد ($P = 0/83$). به‌منظور رعایت مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج آن حاکی

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای سلامت عمومی و عزت نفس

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	سطح معناداری
اثر پیلائی	۰/۸۹۴	۲	۲۵	۱/۳۶۴	<۰/۰۰۰۵
گروه لامبدای ویلکز	۰/۰۱۷	۲	۲۵	۱/۳۶۴	<۰/۰۰۰۵
اثر هاتلینگ	۶۹/۴۹۱	۲	۲۵	۱/۳۶۴	<۰/۰۰۰۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۶۹/۴۹۱	۲	۲۵	۱/۳۶۴	<۰/۰۰۰۵

همبستگی با پس‌آزمون کنترل شده است. به‌منظور پی بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴، آمده است.

نتایج آزمون‌های چهارگانه که در جدول ۳، آمده است، حاکی از آن است که گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای سلامت عمومی و عزت نفس تفاوت معناداری دارند ($P < 0/0005$). در این تحلیل، متغیر پیش‌آزمون به دلیل

جدول ۴. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای سلامت عمومی و عزت نفس

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار احتمال	مجزور اِتا
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۱۹۸/۳۴	۱	۱۹۸/۳۴	۲۹/۰۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۱۴
	گروه	۱۰۳۱/۷۲	۱	۱۰۳۱/۷۲	۷۴۳/۸۱	<۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	خطا	۱۷۳/۶۹	۲۶	۶/۶۸			
عزت نفس	واریانس کل	۱۴۰۳/۷۵	۲۹				
	پیش‌آزمون	۱۸۱/۴۸	۱	۱۸۱/۴۸	۱۲/۵۵	<۰/۰۰۰۱	۰/۱۸
	گروه	۶۷۶/۶۰	۱	۶۷۶/۶۰	۱/۳۷	<۰/۰۰۰۵	۰/۶۸
	واریانس خطا	۱۳۲/۲۹	۲۶	۵/۰۸			
	واریانس کل	۹۹۰/۳۷	۲۹				

همگنی واریانس-کوواریانس را تأیید کرد ($P = 0/63$) و نتایج آزمون لون حاکی از برابری واریانس‌ها بود ($P > 0/05$)؛ بنابراین خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت نفس دانش‌آموزان، در دو گروه آزمایش و کنترل در تمام خرده مقیاس‌ها در پیش‌فرض‌های آماری «اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی» مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵، ارائه شده است.

با توجه به جدول ۴، گروه اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است ($P < 0/0005$) که با در نظر گرفتن مجزور اِتا، می‌توان گفت ۷۳٪ تغییرات در سلامت عمومی و ۶۸٪ تغییرات در عزت نفس ناشی از تأثیر برنامه مداخله در گروه آزمایش است. به‌منظور بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت نفس نوجوانان فلج مغزی از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. آزمون باکس فرض

جدول ۵. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت نفس

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	سطح معناداری
اثر پیلائی	۰/۸۴۷	۸	۱۳	۳/۴۹	<۰/۰۰۰۵
گروه لامبدای ویلکز	۰/۰۱۹	۸	۱۳	۳/۴۹	<۰/۰۰۰۵
اثر هاتلینگ	۸۷/۳۳	۸	۱۳	۳/۴۹	<۰/۰۰۰۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۸۷/۳۳	۸	۱۳	۳/۴۹	<۰/۰۰۰۵

از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

با توجه به نتایجی که در جدول ۵ آمده است گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت نفس تفاوت معناداری دارند ($P < 0/0005$). به همین منظور

جدول ۶. نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت‌نفس

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا
سلامت عمومی	علائم جسمانی	۱	۱۱۹/۰۲	۱۶۵/۸۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶
	اضطراب	۱	۱۳۱/۴۶	۱۴۷/۸۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹
	نقص در عملکرد اجتماعی	۱	۱۴۰/۶۴	۱۹۲/۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۴
	افسردگی	۱	۵۰/۷۰	۸۷/۱۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴
عزت‌نفس	عزت‌نفس خوشتن	۱	۲۱۲/۲۸	۲۴۹/۶۴	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵
	عزت‌نفس اجتماعی	۱	۱۰۹/۰۶	۲۱۵/۷۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹
	عزت‌نفس خانواده	۱	۳۹/۰۸	۹۴/۰۹	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹
	عزت‌نفس تحصیلی	۱	۳۴/۷۳	۱۰۲/۲۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین تمامی خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت‌نفس آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P < 0/0005$). با توجه به مجذور اتا در هر یک از خرده مقیاس‌های علائم جسمانی،

همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت بین تمامی خرده مقیاس‌های سلامت عمومی و عزت‌نفس آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P < 0/0005$). با توجه به مجذور اتا در هر یک از خرده مقیاس‌های علائم جسمانی،

بحث و نتیجه‌گیری

آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی، کاهش علائم جسمانی، اضطراب، نقص در عملکرد اجتماعی و افسردگی مادران فرزندان آهسته‌گام؛ شریفی درآمدی و همکاران (۱۳۸۴) مبنی بر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر کاهش نشانه‌های جسمانی‌سازی، افسردگی اساسی، ناسازگاری اجتماعی و اضطراب در مادران کودکان فلج مغزی و افزایش سلامت عمومی آن‌ها همسو است.

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس با تأکید بر تعیین سهم خرده مقیاس‌های هر یک از این دو متغیر در نوجوانان فلج مغزی بود. بخشی از نتایج پژوهش حاضر که مبنی بر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر بهبود سلامت عمومی و خرده مقیاس‌های آن در نوجوانان با فلج مغزی بود با نتایج پژوهش‌های حنفی، یاسین، باری و سالیبن^۱ (۲۰۱۲) مبنی بر رابطه مثبت و معنادار بین هوش هیجانی با کاهش مشکلات رفتاری؛ کام و همکاران (۲۰۰۴) مبنی بر اثربخشی توانمندی‌های هیجانی بر سلامت روان‌شناختی دانش‌آموز با نیازهای ویژه؛ مایر و همکاران (۲۰۰۴)، سارانی (۱۹۹۸)، بیرامی (۱۳۸۷) و اسمعیلی (۱۳۸۳) در خصوص اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر ارتقای سلامت عمومی، کاهش افسردگی، اضطراب، علائم جسمانی و نقص در عملکرد اجتماعی دانشجویان؛ گرینبرگ و همکاران (۱۹۹۵) مبنی بر تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی کودکان ناشنوا؛ هویزای و عنایتی (۱۳۸۹) در خصوص اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر رویارویی با استرس در دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه؛ سعادی، مهربانی‌زاده هنرمند، نجاریان، احدی و عسگری (۱۳۸۹) مبنی بر تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازگاری فردی-اجتماعی در دانش‌آموزان دختر سال دوم متوسطه؛ شریفی درآمدی (۱۳۸۷) مبنی بر تأثیر

در راستای تبیین اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی نوجوانان فلج مغزی می‌توان عنوان کرد که از آنجایی‌که هوش هیجانی آرایه‌ای چندعاملی از توانایی‌های هیجانی، شخصی و اجتماعی است که شامل خودارزیابی دقیق از توانایی ادراک هیجانات خود و دیگران، توانایی ایجاد و حفظ روابط صمیمی با دیگران، توانایی بیان و مدیریت هیجانات، توانایی خودکنترلی، توانایی تصدیق تفکر و احساس، توانایی مدیریت تفسیر و حل مسئله مؤثر است بر توانایی کلی انسان برای مقابله مؤثر و فعال با فشارها و مطالبات گوناگون اثر می‌گذارد (مایر و همکاران، ۲۰۰۴؛ ماهر، ۲۰۱۶). از طرفی دیگر، نوجوانان دارای فلج مغزی به علت مشکلات جسمی و روان‌شناختی مانند کودکان عادی به‌طور ضمنی توانایی‌ها و مهارت‌های فوق را نمی‌آموزند و همگام با همسالان عادی‌شان تحول نمی‌یابد؛ بنابراین دور از انتظار نیست که اگر هوش هیجانی که تغییرپذیر و آموختنی است

¹ Hanafi, Yasin, Bari & Salubin

و همکاران (۲۰۰۴) و هیندلی^۴ (۲۰۰۰) در خصوص رابطه مثبت و معنادار میان هوش هیجانی با پیشرفت تحصیلی؛ گرینبرگ و کاسج (۱۹۹۸) مبنی بر اثربخشی برنامه آموزشی هوش هیجانی بر عزت‌نفس، خودکنترلی، حل مسئله بین فردی و درک هیجانات خود و دیگران در دانش‌آموزان ناشنوا؛ عاشوری و همکاران (۱۳۹۳) بیانگر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر بهبود عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس خویشتن، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانواده و عزت‌نفس تحصیلی دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا؛ مستعلمی و همکاران (۱۳۸۴) و به‌پژوه و همکاران (۱۳۸۶) مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود عزت‌نفس افراد نابینا همخوان است.

در راستای تبیین این یافته می‌توان گفت هوش هیجانی مجموعه‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌های غیر شناختی است که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با استرس‌ها و تقاضاهای محیطی افزایش می‌دهد، در نتیجه یک عامل مهم در تعیین موفقیت فرد در زندگی است و متغیرهای مربوط به عزت‌نفس را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بار-ان، ۲۰۰۶) و پدیده‌ای کاملاً مرتبط با آن است (آستین و همکاران، ۲۰۰۷). از آنجایی که فلج مغزی بر رشد حرکتی و مهارت‌های اجتماعی فرد اثر نامطلوبی می‌گذارد و مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی ایجاد می‌کند. آموزش هوش هیجانی با بالا بردن شناخت او از خود و دیگران، به ارتباط با دیگران و سازگاری و انطباق با محیط پیرامون که برای موفق شدن در برآوردن خواسته‌های اجتماعی لازم است منجر می‌گردد و احتمال می‌رود با آموزش هوش هیجانی و به مدد هوش شناختی، اثرات نامطلوب فلج مغزی کاهش یابد؛ بنابراین آنچه احتمال می‌رود این است که عزت‌نفس نوجوان با فلج مغزی بهبود یابد.

در تبیین اثربخشی برنامه آموزش هوش هیجانی بر بهبود خرده مقیاس‌های عزت‌نفس می‌توان عنوان کرد که هوش هیجانی به توانایی شناسایی و تشخیص مفاهیم و معانی هیجان‌ها، روابط بین آن‌ها، استدلال کردن و حل مسئله اشاره دارد (باگی^۵، ۲۰۱۰). افراد با هوش هیجانی بالا در مواجهه با وقایع استرس‌آمیز از توان مقابله مؤثرتر برخوردارند، زیرا هیجانات خود را دقیق‌تر درک و ارزیابی می‌کنند؛ می‌دانند چه موقع و به چه نحوی احساساتشان را بروز دهند و می‌توانند به‌طور مؤثری حالات خلقی خود را تنظیم نمایند (سالوی^۶، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، آموزش هوش هیجانی موجب پردازش مناسب اطلاعاتی می‌شود که بار هیجانی دارند و استفاده از آن‌ها برای هدایت فعالیت‌های شناختی مانند حل مسئله و تمرکز انرژی بر

بر اساس برنامه‌ای جامع به آن‌ها آموزش داده شود سلامت عمومی آن‌ها بهبود یابد.

یکی از نتایج پژوهش حاضر این بود که احساس اضطراب با هوش هیجانی رابطه معکوس داشت. در جهت تبیین یافته اخیر می‌توان گفت به نظر می‌رسد که هوش هیجانی به‌عنوان یک عامل اصلی در نظم‌بخشی و کنترل هیجانات و شکل‌دهی روابط بین فردی، نقش تعیین‌کننده‌ای در کنترل اضطراب داشته باشد (بار-ان، ۲۰۰۶). احتمال می‌رود که رابطه هوش هیجانی نوجوانان دارای فلج مغزی با سطح اضطراب آن‌ها هم از این منطبق تبعیت کند.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، هوش هیجانی و افسردگی نیز رابطه معکوس داشتند؛ یعنی افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، میزان افسردگی آن‌ها پایین‌تر است. بر اساس مطالعه آستین، فارلی، بلک و مور^۱ (۲۰۰۷) افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، از طریق تفکیک منابع استرس و تشخیص محتوای مسائل مربوط به خود و دیگران، به شیوه منطقی با مسائل کنار آمده و کمتر خود را درگیر چرخه ناکارآمد افکار منفی می‌نمایند که منجر به افسردگی می‌شود.

یافته دیگر این که نقص در عملکرد اجتماعی نیز با هوش هیجانی رابطه معکوس داشت. در راستای تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد وقتی که روابط بین فردی، روش‌های برقراری ارتباط بین فردی، شناخت اجزای کلامی و غیرکلامی ارتباط، شناخت ویژگی‌های یک ارتباط مطلوب و روابط اجتماعی در دانش‌آموزان به‌خوبی رشد یابد عملکرد اجتماعی آن‌ها بهبود می‌یابد (پاجارس و شانک^۲، ۲۰۰۵). دانش‌آموزی که هوش هیجانی بالایی ندارد به‌سختی می‌تواند عقاید نادرست را تشخیص داده و از دیگران یا معلم تقاضای کمک در جهت رفتار درست نماید، او نقاط ضعف خود را نمی‌پذیرد، نمی‌تواند تعامل مثبتی را شروع کرده یا ادامه دهد و ابزار احساسات کند (بیرامی، ۱۳۸۷). این چرخه معیوب منجر به ایجاد نگرش منفی و در نهایت نقص در عملکرد اجتماعی خواهد شد.

بخش دیگری از نتایج پژوهش حاضر که بیانگر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر بهبود عزت‌نفس و تمامی خرده مقیاس‌های آن در نوجوانان با فلج مغزی بود با نتایج پژوهش‌های روی (۲۰۱۲) مبنی بر اثربخشی آموزش رفتارهای اجتماعی بر بهبود عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس خویشتن، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانواده و عزت‌نفس تحصیلی نوجوانان آهسته‌گام؛ تایلر و مونتگمری^۳ (۲۰۰۷) در خصوص اثربخشی آموزش شناختی رفتاری بر افزایش عزت‌نفس در نوجوانان افسرده؛ حنفی و همکاران، (۲۰۱۲)، پتریدز

⁴ Hindley

⁵ Bagby

⁶ Salovey

¹ Austin, Farrelly, Black & Moore

² Pajares & Schunk

³ Taylor & Montgomery

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از برنامه مداخلاتی خاصی در گروه نوجوانان با فلج مغزی، ابزار ویژه‌ای برای ارزیابی سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان با فلج مغزی و عدم اجرای آزمون پیگیری به دلیل محدودیت زمانی است؛ بنابراین شایسته است که در تعمیم‌پذیری نتایج احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی ضمن توجه به ویژگی‌های شخصیتی، سن، جنسیت و سطوح متفاوت آسیب حرکتی افراد با فلج مغزی، با حجم نمونه بیشتری انجام شود تا دقیق‌تر بتوان به تفاوت‌ها پی برد و نتایج را تعمیم داد. از برنامه‌های مداخلاتی دیگری در جهت بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان با فلج مغزی بهره گرفت. همچنین، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزش هوش هیجانی به صورت خدمات آموزشی و روان‌شناختی طراحی و در مدارس به طور رسمی به نوجوانان با فلج مغزی ارائه شود تا بتوان از بسیاری از مشکلات سلامت عمومی و عزت‌نفس آن‌ها در بزرگسالی پیشگیری نمود.

منابع

- اسمعیلی، معصومه (۱۳۸۳). بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر افزایش سلامت عمومی. پایان‌نامه دکترای مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- امانی، سعیده؛ برجلی، احمد و سهرابی، فرامرز (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش مهارت زندگی بر بهبود سلامت عمومی دانش‌آموزان دختر سال سوم متوسطه. همایش منطقه‌ای کودک و نوجوان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمانشاه، ۱۷-۱.
- برادیری، ت؛ و گریور، ج. (۱۳۸۴). آزمون هوش هیجانی. (ترجمه گنجی، م)، تهران: انتشارات صابرین. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- به‌پژوه، احمد؛ خانجانی، مهدی؛ حیدری، محمود و شکوهی یکتا، غلامحسین (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر عزت‌نفس دانش‌آموزان نابینا. مجله پژوهش در سلامت عمومی شناختی، ۱(۳)، ۳۷-۲۹.
- بیان‌زاده، سید اکبر و ارجمندی، زهرا (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر رفتار سازشی کودکان عقب‌مانده ذهنی خفیف. مجله اندیشه و رفتار، ۱(۹)، ۳۴-۲۷.
- بیرامی، منصور (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر ابراز وجود، خودکارآمدی و سلامت عمومی دانش‌آموزان. فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۳(۱۱)، ۴۲-۲۵.
- پالانگ، حسین (۱۳۸۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در شهر کاشان. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴(۴)، ۲۷-۱۹.
- سلیمانی دینانی، مریم؛ اکبری دهکردی، مهناز؛ کاکوجویاری، علی‌اصغر و مرادی، اعظم (۱۳۹۰). تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر فشار روانی بر افزایش ابراز وجود دانش‌آموزان دختر معلول

روی رفتارهای لازم ضرورت دارد (مایر و همکاران، ۲۰۰۴). احتمالاً با آموزش هوش هیجانی به افراد با فلج مغزی، باور و نگرشی که فرد نسبت به خود، انگیزه‌ها و خودکارآمدی شخصی دارد بهبود یافته و منجر به افزایش عزت‌نفس خویش می‌شود. وقتی که فرد مهارت‌های اجتماعی کاربردی مطلوبی داشته باشد دیدگاه و نگرش وی نسبت به ترجیحات، علائق، وظایف و ابراز وجود خویش در برابر جامعه تعدیل شده و به تبع آن عزت‌نفس اجتماعی او رشد می‌یابد. در این راستا، برداشت و قضاوتی فرد نسبت به احساسات، روابط و انتظارات خود از خانواده دارد تغییر کرده و احتمال بهبود عزت‌نفس خانواده بیشتر می‌شود. وقتی که نوجوان با فلج مغزی به کمک یادگیری مهارت‌های اجتماعی از توان بالقوه و ظرفیت هوشی خود آگاهی می‌یابد در قضاوت و نگرشی که نسبت به امور تحصیلی، همکلاسی‌ها، معلم و مدرسه دارد تغییر مثبتی حاصل خواهد شد، بنابراین بهبود عزت‌نفس تحصیلی که یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر است دور از انتظار نخواهد بود.

با توجه به مشکلات جسمی، حرکتی و روان‌شناختی نوجوانان با فلج مغزی، آموزش‌هایی که با هدف بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس آن‌ها پایه‌ریزی شوند از ارزش بالایی برخوردار هستند. در فعالیت‌های آموزشی مدارس، اغلب عمومی‌ترین هدف‌های آموزشی، کسب دانش و اطلاعات غیرکاربردی از طریق هوش شناختی و مهارت‌های حافظه‌ای است، اما از آنجایی که بین دانستن و توانستن و انجام دادن فاصله‌ی چشمگیری وجود دارد، تأکید بر محفوظات نمی‌تواند بازگوکننده یک روند کامل آموزشی باشد (اسمیت، ۲۰۰۱) و توجه به جنبه دیگر هوش، یعنی هوش هیجانی منجر به تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت‌بندی آن‌ها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، آموزش مهارت حل مسئله، اصلاح باورهای نادرست، استفاده از راهبردهای جانشین و درنهایت ارتقای سلامت عمومی و عزت‌نفس دانش‌آموزان می‌شود. اگر معلمان و مربیان از سطوح مختلف هدف‌های آموزشی و نقش مهم عملیاتی کردن یادگیری با تأکید بر نیازسنجی و مشکلات خاص نوجوانان با فلج مغزی آگاهی یابند، آموزش‌های کاربردی را به مدد هوش هیجانی فراگیران با فلج مغزی متناسب با ظرفیت‌های هوش شناختی آن‌ها تدارک خواهند دید که در این صورت یادگیرنده آمادگی مقابله با چالش‌های زندگی روزمره را در خود احساس خواهد کرد. در نتیجه دور از انتظار نیست که این توانایی، منجر به بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس در آن‌ها گردد؛ بنابراین، آگاهی دادن به والدین و مربیان در خصوص نقش و اهمیت آموزش هوش هیجانی، تأثیر بسزایی در بهبود سلامت عمومی و عزت‌نفس نوجوانان با فلج مغزی خواهد داشت.

آبادان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات اهواز.

هویزای، زهره و عنایتی، میر صلاح‌الدین (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر استفاده از روش‌های رویارویی با استرس در بین دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهر اهواز. *فصلنامه یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۵(۱۴)، ۹۵-۱۰۹.

یعقوبی، حمید؛ قائدی، غلامحسین؛ امید، عبدالله؛ کاهانی، شمس‌الدین و ظفر، مسعود (۱۳۸۷). مطالعه مقدماتی اعتباریابی و تعیین نمره برش پرسشنامه سلامت عمومی. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۴۸۹-۴۹۲.

Adolph, K. E., & Berger, S. E. (2015). *Physical and motor development*. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental science: An advanced textbook*, (7th ed., pp. 261-333). New York: Psychology Press/Taylor & Francis.

Ahghar, G. H., Ahmadi, A., & Ghanbari, L. (2013). The impact of storytelling on social skills. *Journal of American Science*, 9(4), 105-12.

Amy, M. B., & Kristina, M. D. (2014). Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(5), 779-789.

Austin, E.J., Farrelly, D., Black, K. & Moore, H. (2007). Emotional Intelligence, Machiavellianism, and Emotional Manipulation, *Personality and Individual Differences*, 43: 173-79.

Bagby, R. M. (2010). *An overview of the Alexithymia construct*. In: The handbook of emotional intelligence, by Jossey Bass R, Bar On and Parker J D A (Eds) San Francisco.

Bharath, S., & Kishore-Kumar, K. V. (2010). Empowering adolescents with life skills education in schools-school mental health program: Does it work? *Indian Journal of Psychiatry*, 52(4), 344-349.

Bar-on, R. (2006). The Bar-on model of emotional-social intelligence (ESI). *Journal of Psychotherapy*, 18: 13-25.

Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 739, 1037-1044.

Galderisi, S., Heins, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233.

Goleman, D. (1999). *Beyond Expertise: Working with emotional intelligence*. Bloomsbury Publishing, London.

جسمی - حرکتی دوره متوسطه شهر اصفهان در سال ۱۳۸۹. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۴، ۷۳-۸۹.

شریفی درآمدی، پرویز (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان مادران کودکان آهسته‌گام آموزش‌پذیر. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴(۴)، ۴۲۳-۴۳۹.

شریفی درآمدی، پرویز، مولوی، حسین و رضوانی، فاطمه (۱۳۸۴). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان مادران کودکان فلج مغزی در شهر اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۷(۲۶)، ۶۳-۷۶.

شکرکن، حسین و نیسی، عبدالکازم (۱۳۷۴). تأثیر عزت‌نفس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر و دختر. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۱(۱)، ۲۷-۱۶.

صبحی قراملکی، ناصر (۱۳۹۱). پیش‌بینی انگیزه پیشرفت تحصیلی بر اساس هوش هیجانی دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۱(۳)، ۶۲-۴۹.

صعادی، زهرا؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن؛ احدی، حسن و عسگری پرویز (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش هوش هیجانی بر کاهش پرخاشگری و افزایش سازگاری فردی-اجتماعی در دانش‌آموزان دختر سال دوم متوسطه اهواز. *مجله یافته‌های نو در روان‌شناسی*، ۱۲، ۱۴۹-۱۳۷.

عاشوری، محمد؛ جلیل‌آبکنار، سیده سمیه و پورمحمدرضای تجربی، معصومه (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر حرمت خود دانش‌آموزان پسر کم‌شنوا. *فصلنامه توان‌بخشی*، ۱۵(۱)، ۳-۱۲.

عاشوری، محمد و جلیل‌آبکنار، سیده سمیه (۱۳۹۵). *دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و آموزش فراگیر*. چاپ اول. تهران: انتشارات رشد فرهنگ.

عزیزی، سارا و نیک‌بخش، رضا (۱۳۹۱). رابطه عزت‌نفس و واماندگی در ورزشکاران نخبه دارای معلولیت جسمانی حرکتی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۹(۳۴)، ۱۵۷-۱۶۷.

عزیزی، مریم؛ خمسه، فریال؛ رحیمی، ابوالفضل و براتی، محمد (۱۳۹۲). بررسی ارتباط عزت‌نفس با افسردگی در دانشجویان پرستاری یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب تهران. *روان پرستاری*، ۱(۱)، ۲۸-۳۴.

کاوایی، حسین؛ موسوی، اشرف سادات و محیط، احمد (۱۳۸۰). *مصاحبه آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات سنا.

مستعلمی، فروزان؛ حسینیان، سیمین و یزدی، سیده منوره (۱۳۸۴). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر افزایش عزت‌نفس دختران نابینای شهر تهران. *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴(۴)، ۴۵۰-۴۳۷.

وجدانی، لادن (۱۳۸۱). *بررسی مقایسه عزت‌نفس، افسردگی، جایگاه مهارت‌های شخصی معتادین خودمعرّف با معتادین مرد زندان شهرستان*

- study. *Personality and Individual Differences*, 44(7), 1445-53.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2005). Self-efficacy and self-concept beliefs. *Journal of International Advances in Self-Research*, 2(2), 95-121.
- Pwtrides, K. V., Federicksin, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 136, 277-93.
- Richards, P. S. (2016). Psychotherapy and Religious Values: Remembering Allen E. Bergin's Legacy. *Open Theology*, 2, 876-880.
- Roy, B. (2012). Adjustment problems of educable mentally retarded. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 2(6), 1-5.
- Saarni, C. (1998). *Developing emotional competence*. New York: Guilford press.
- Salovey, P. (2012). *Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence*. Intelligence.
- Shu, C. Y., & Lazatkhan J. (2017). Effect of leader-member exchange on employee envy and work behavior moderated by self-esteem and neuroticism, *Revista de Psicología Del Trabajo y de las Organizaciones*, In Press, Corrected Proof.
- Smeijersa, D., Vrijnsen, J. N., Oostrom, H. V., Isaac, L., Speckens, A., Becker, E. S., & Rinck, M. (2017). Implicit and explicit self-esteem in remitted depressed patients, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 54, 301-306.
- Taylor, T. L., & Montgomery, P. (2007). Can cognitive behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 823-39.
- Troshikhina, E. G., & Manukyan, V. R. (2016). Self-esteem and emotional development of young children in connection with mothers' parental attitudes, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 233(17), 357-361.
- Wachs, S., Jiskrova, G. K., Vazsonyi, A. T., Wolf, K. D., & Junger, M. (2016). A cross-national study of direct and indirect effects of cyberbullying on cybergrooming victimization via self-esteem. *Psicología Educativa*, 22(1), 61-70.
- World Health Organization (2014). *Promoting mental health. A report of the world health organization*, Department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promoting foundation and the University of Melbourne Geneva, Switzerland.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A., Cook, E. T., Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged deaf children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-36.
- Greenberg, M. T., Kusche, C. A. (1998). Preventive intervention for school-age deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1), 49-63.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2015). *Exceptional learners: an introduction to special education* (13th Ed). Published by Pearson Education, Inc.
- Hanafi, M., Yasin, M., Bari, S., & Salubin, R. (2012). Emotional intelligence among deaf and hard hearing children. *Journal of Social Sciences*, 7, 679-82.
- Hindley, P. (2000). Psychiatric aspects of hearing impairment. *Journal of Child Psychiatric*, 38: 101-17.
- Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Seow, E., Pang, S., Picco, L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Gender differences in positive mental health among individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 88-95.
- Jiang, H., Chen, G., & Wang, T. (2017). Relationship between belief in a just world and Internet altruistic behavior in a sample of Chinese undergraduates: Multiple mediating roles of gratitude and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 104, 493-498.
- Kam, C. M., Greenberg, M. T., Kusche, C. A. (2004). Sustained effects of the PATHS curriculum on the social and psychological adjustment of children in special education. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12(2), 66-78.
- Kaschub, M. (2002). Defining emotional intelligence in music education. *Arts Education Policy Review*, 103(5), 9-15.
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M.R. (2015). *Educating Exceptional Children* (14th Ed). Cengage Learning, Printed in the United States of America.
- Maher, L. (2016). *A comparative study of self-esteem, mental toughness and athletic identity in team and individual sports: male athletes*. National College of Ireland.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). A further consideration of issues of emotional intelligence. *Psychological Inquiry*, 15(3), 249-55.
- Mikolajczak, M., Luminet, O. (2008). Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory

Yip, J., & Martin, R. A. (2005). Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40, 1202-1208.

4

Investigation of the Effectiveness of Emotional Intelligence Training on the General Health and Self-esteem in Adolescents with Cerebral Palsy

Javad Mirzaei¹

Razeyeh Babaei²

Leyla Alizadegan Moghadam³

Farideh Mahmoudi⁴

Parvaneh Shaghghi⁵

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to investigate of the effectiveness of emotional intelligence training on the general health and self-esteem in adolescents with cerebral palsy.

Methods: Study procedure was quasi-experimental with pretest-posttest design with control group. The study population included of adolescents with cerebral palsy aged 16-18 years old. Subjects were selected by convenient sampling method. In this study were participated 30 adolescents with cerebral palsy. Subjects were divided into two groups by randomly method (experimental and control group), each of which was consisted of 15 adolescents. Experimental group received in emotional intelligence training in the 12 sessions lasting for 50 minutes, but control group did not. The instrument of present research was Goldberg & Hiller general health questionnaire and Cooper Smith self-esteem questionnaire. The obtained data were analyzed by using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) test.

Results: The findings of this research showed that there was significant increase in general health and self-esteem scores mean of experimental group in the post intervention in comparison with control group ($P < 0.0001$). **Conclusion:** The emotional intelligence training program led to improve the general health and self-esteem of adolescents with cerebral palsy. Therefore, paying attention to the variables such as general health and self-esteem are essential and planning for providing of emotional intelligence training is a particular importance.

Key words: *General health, Self-esteem, Emotional intelligence, Cerebral palsy*

¹ M.A. student in Psychology, Islamic Azad University, Varamin, Pishva Branch, Iran

² M.A. student in Psychology, Islamic Azad University, Varamin, Pishva Branch, Iran

³ M.A. student in Psychology, Islamic Azad University, Varamin, Pishva Branch, Iran. (Corresponding Author: alizadegan22@gmail.com)

⁴ M.A. student in Psychology, Islamic Azad University, Varamin, Pishva Branch, Iran

⁵ M.A. student in Psychology, Islamic Azad University, Varamin, Pishva Branch, Iran