

رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی با هراس اجتماعی در دانش آموزان آسیب‌دیده بینایی و آسیب‌دیده شنوایی

دکتر جهانگیر کرمی* / دانشیار گروه روان‌شناسی / دانشگاه رازی کرمانشاه
 پریسا حیدری شرف / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی / دانشگاه رازی کرمانشاه
 بهناز شفیعی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی / دانشگاه رازی کرمانشاه

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی با اختلال هراس اجتماعی در دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا بود. **روش** پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل همه دانش‌آموزان آسیب‌دیده بینایی و آسیب‌دیده شنوایی پانزده ساله و بالاتر در مراکز استثنایی و مدارس عادی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ بود که به صورت تمام‌شماری همه آنها به تعداد ۸۰ (۲۴ نفر نابینا و ۵۶ نفر ناشنوا) به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه هراس اجتماعی، هوش هیجانی و فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی بود. برای بررسی رابطه هوش هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با هراس اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. **یافته‌ها** نشان داد که بین ویژگی‌های هوش هیجانی دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا و راهبردهای تنظیم شناختی با میزان هراس اجتماعی آنها رابطه منفی وجود دارد. همچنین، نتایج ضریب رگرسیون گام به گام نشان داد که قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها؛ برای مؤلفه اجتناب، خرده‌مقیاس نشخوارگری، برای مؤلفه ترس، ارزیابی مثبت و برای مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک، نشخوارگری بودند. ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که راهبردهای ملامت‌خود، نشخوارگری و فاجعه‌سازی رابطه‌ی مثبت با هراس اجتماعی دارند. در حالی که رابطه راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت با هراس اجتماعی منفی بود. **نتیجه‌گیری** بنابراین می‌توان نتیجه گرفت راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی سازه‌هایی روان‌شناختی هستند که در شکل‌گیری اختلال هراس اجتماعی نقش مهمی ایفا کرده و منجر به پایداری نشانه‌های این اختلال می‌شوند. **واژه‌های کلیدی:** هوش هیجانی، تنظیم هیجان، هراس اجتماعی، نابینا، ناشنوا.

مقدمه

اجتماعی- روانی فرد غیرقابل انکار است. پرینگل^۱ (۱۹۹۴) در پژوهشی در مقایسه سازه‌های شخصی و اجتماعی کودکان نابینا و ناشنوا به این نتیجه رسید که کودکان نابینا از لحاظ اجتماعی و شخصی پایین‌تر از افراد همتای بینای خود عمل می‌کنند (بریلاند به نقل از لوفلد^۲، ۱۹۸۰). براساس پیش‌بینی‌های جدید سازمان جهانی بهداشت نزدیک به ۴۵ میلیون نفر در سراسر دنیا نابینا^۳ هستند و ۱۳۵ میلیون نفر از نظر بینایی ناتوان بوده و نیازمند کمک‌های اقتصادی و اجتماعی هستند (استادی مقدم و همکاران، ۱۳۸۵). تعاریف متفاوتی از نابینایی به عمل آمده است (شهسواری، ۱۳۸۳). بنابراین فردی به صورت قانونی

حواس مختلف انسان به لحاظ اهمیتی که در امر احساس، ادراک و شناخت امور دارند در حقیقت دروازه‌های دانش و دانایی انسان تلقی می‌شوند. مهم‌ترین حواس انسان بینایی و شنوایی است و فعالیت‌های یادگیری، آموزشی، ارتباطی، هیجانی و غیره به طور گسترده با این دو حس در ارتباط هستند. از آنجا که ارتباطات انسانی در رشد اجتماعی، عاطفی و شخصیتی فرد نقش حیاتی دارد به نظر می‌رسد افراد نابینا و ناشنوا با مسائل و مشکلات بیشتری در زندگی مواجه باشند، زیرا حواس انسان مخصوصاً بینایی و شنوایی دروازه‌های دریافت اطلاعات و تبادل و ارتباط با محیط می‌باشند. بنابراین تاثیر فقدان آنها بر وضعیت

1. Pringle
 2. Lowend
 3. Blind

نابینا نامیده می‌شود که دیدی کم‌تر از $\frac{20}{200}$ در چشم برتر خود داشته باشد و دامنه دید وی کمتر از ۲۰ درجه باشد (روبرت هوداپ ۲۰۰۹، ترجمه‌ی پرویز شریفی در آمدی، ۱۳۸۹). ناشنوایی^۱ نیز نوعی اختلال حسی عصبی است که بیش از ۱۲۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از آن رنج می‌برند (فیروز بخت و همکاران، ۱۳۸۶). بیشتر پژوهش‌ها، نابینایان و به خصوص ناشنوایان را دارای کاستی مهارت اجتماعی گزارش کرده‌اند (بایر شات، ۱۹۹۱). کودکان دارای نارسایی شنوایی به دلیل نارسایی جسمی و محرومیت‌های ناشی از آن، اغلب قادر به ایجاد رابطه اجتماعی و متقابل با همسالان و بزرگسالان نیستند و سازگاری عاطفی و مهارت‌های اجتماعی آنان با دشواری روبه‌رو است (افروز، ۱۳۸۸). اختلال هراس اجتماعی^۲ یکی از جدی‌ترین مسایل نابینایی و ناشنوایی است و به معنای ترس افراطی یا غیرمعقول از موقعیت‌هایی که رفتار یا عملکرد فرد ممکن است مورد واری^۳ یا ارزیابی قرار بگیرد. این ترس ناشی از این انتظار است که فرد به طور منفی مورد قضاوت قرار خواهد گرفت و این مسئله به دستپاچگی و تحقیر می‌انجامد (سوزیک^۴، گیلر و استنگر^۵، ۲۰۰۸). از نظر میزان شیوع، اضطراب اجتماعی یکی از سه اختلال رایج روان‌پزشکی (گارسیا لویز^۶، ۲۰۰۶) پس از افسردگی اساسی و الکلیسم است. (مویترا^۷، هربرت و فورمن^۸، ۲۰۰۸). جوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی به طور کلی مراودات اجتماعی ضعیف و توانایی سازگاری کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (آلفانو و بیدل^۹، ۲۰۱۱). به نظر ولز^{۱۰} (۲۰۰۹) تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساسات‌شان در موقعیت‌هایی که ارزیابی می‌شوند، می‌تواند نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته باشد. وجود

باورهای شناختی منفی در مورد خویش می‌تواند به عنوان عامل خطر^{۱۱} در جهت ترس و خودداری افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد (روث^{۱۲}، ۲۰۰۴). هراس اجتماعی می‌تواند برجته‌های گوناگون روان‌شناختی تأثیرگذار باشد. نتیجه فراتحلیل اولانتجی^{۱۳}، کیسلر^{۱۴} و تولین^{۱۵} (۲۰۰۷) نشان داد افرادی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند کیفیت زندگی و کارکرد روانی-اجتماعی‌شان به گونه معنی‌دار آسیب می‌بیند. هیجان نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌کنیم و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهیم، همراه می‌شوند (گارفنسکی^{۱۶}، کرایج^{۱۷} و اسپینهاون^{۱۸}، ۲۰۰۲). هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، اثر بگذارند. این توانایی که تنظیم هیجان نامیده می‌شود، فرایند ای درونی و برونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن هدف‌ها برعهده دارد (تامپسون^{۱۹}، ۱۹۹۴). بنابراین تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازمان‌دهی رفتار سازگاران و همچنین جلوگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران محسوب می‌شود (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲). نظریه پردازان بر این باورند، افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌اتشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درونی‌نمود از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند (منین، فاراچ^{۲۰}، ۲۰۰۷). تنظیم هیجانی به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی، روانی و فیزیکی در به انجام

11. Risk factor
12. Roth
13. Olatunji
14. Cisler
15. Tolin
16. Garnefski
17. Kraaij
18. Spinhoven
19. Thompson
20. Mennin & Farach

1. Deafness
2. Social phobia
3. Scrutiny
4. Sosic
5. Gielers & Stangier
6. Garcia-Lopez
7. Moitra
8. Herbert & Forman
9. Alfano & Beidel
10. Wells

منفی هستند که نشان دهنده توانایی یکسان این دو گروه در این راهبرد تنظیم هیجانی است (گلدین^{۱۲} منبر^{۱۳}، حکیمی، کانلی^{۱۴} و گراس^{۱۵}، ۲۰۰۹). افزون بر این، در پژوهش‌های مربوط به کودکان و نوجوانان مضطرب، نشان داده است که ارزیابی شناختی مؤثر، هیجان‌های منفی کودکان مضطرب و کودکان غیرمضطرب را کاهش می‌دهد و کارایی آن بین دو گروه تفاوتی ندارد (کارسی^{۱۵}، هورش^{۱۶}، آپتر^{۱۷}، ادج^{۱۸}، و گراس^{۱۹}، ۲۰۱۰). باران^{۱۹} (۲۰۰۱) هوش هیجانی را دسته‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌های غیرشناختی می‌داند که توانایی موفقیت فرد در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی را افزایش می‌دهد و از جمله اشخاصی است که هوش هیجانی را به عنوان یک ویژگی شخصیتی می‌داند (پترایدز^{۲۰}، پیتا^{۲۱} و کوکیناکی^{۲۲}، ۲۰۰۷؛ سانگ^{۲۳}، هوانگ^{۲۴}، پنگ^{۲۵}، لاو^{۲۶}، وونگ^{۲۷} و چن^{۲۸}، ۲۰۱۰). هوش هیجانی تفاوت‌های فردی را در قابلیت‌های عاطفی فردی (کنترل استرس) و بین‌فردی (ادراک استرس) پوشش می‌دهد (ساکلوفسک^{۲۹}، استین^{۳۰}، گالووی^{۳۱} و دیویدسون^{۳۲}، ۲۰۰۷). به طور کلی هوش هیجانی از روی منبع کنترل درونی قابل پیش‌بینی است (کیل و بل^{۳۳}، ۲۰۰۸، سانگ و دیگران، ۲۰۱۰). روان‌شناسی به نام گلن، ترجمه بلوچ (۱۳۷۹)، در طی پژوهشی به این نتیجه رسید که هوش شناختی در بهترین شرایط فقط ۲۰ درصد از موفقیت‌ها را باعث می‌شود و ۸۰ درصد به عوامل دیگر وابسته است و سرنوشت افراد در بسیاری از موقعیت‌ها در گرو مهارت‌هایی است که هوش هیجانی را تشکیل می‌دهند. کرمی، زکی‌بی و رستمی (۱۳۹۲)،

رساندن هدف‌های فرد تعریف می‌شود (گراس^۱، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است فاقد توانایی آگاهی از هیجان‌های خود و شناسایی آن‌ها باشند. یک مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمتر قادر به توجه به هیجان‌های خود هستند، و احساسات خود را نسبت به گروه گواه، مشکل‌تر توصیف می‌کنند (ترک^۲، هیمبرگ^۳، لوترک^۴، مینین^۵ و فرسکو^۶، ۲۰۰۵). بنابراین، مشکلات هیجانی تجربه شده توسط افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از حالات هیجانی خود و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجان‌ها باشد. شواهد جدید مربوط به اختلال‌های اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلال‌ها باشد (رودبوف^۷ و هیمبرگ^۸، ۲۰۰۸).

جاکوبسن^۸ و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجان‌ها و تجربه هیجانی مثبت ارتباط منفی معنادار با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارند، به طوری که بین سطوح اضطراب اجتماعی و سطوح پردازش هیجانی خود ارجاعی رابطه معکوسی وجود دارد.

ورنر^۹، گولدین^{۱۰}، بال^{۱۱}، هیمبرگ و گراس (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی را بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌دهند. همچنین نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل، به میزان یکسانی از ارزیابی مجدد شناختی به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان استفاده کردند. اگر چه این یافته غیرمنتظره به نظر می‌رسد، اما با برخی از یافته‌های جدید همسویی دارد. محققان در پژوهشی دریافتند که هر دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل قادر به استفاده از ارزیابی مجدد شناختی برای کاهش هیجان

12. Goldin
13. Manber
14. Canli
15. Carthy
16. Horesh
17. Apter
18. Edge
19. Bar-on
20. Petrides
21. Pita
22. Kokkinaki
23. Song
24. Huang
25. Penge
26. Law
27. Wong
28. Chen
29. Saklofski
30. Autism
31. Galloway
32. Davidson
33. Keele & Bell

1. Gross
2. Turk
3. Heimberg
4. Luterek
5. Mennin
6. Freso
7. Rodebaugh & Heimberg
8. Jacobsen
9. Werner
10. Goldin
11. Ball

کمک حرفه‌ای برآمده‌اند (هیمبرگ و بکر^۵، ۲۰۰۲). موارد بیان شده اهمیت توجه به نمونه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در اجتماع را که برای درمان مراجعه نمی‌کنند، بیش از پیش برجسته می‌کند. اهمیت دیگر پژوهش، تعیین وزن هر یک از مؤلفه‌های هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب اجتماعی است. با توجه به میزان شیوع بالای این اختلال و با مدنظر قرار دادن این موضوع که اضطراب اجتماعی ارتباط گسترده‌ای با کیفیت زندگی فردی-اجتماعی همچون، افت عملکرد با انتظارات دوران بزرگسالی، معلولیت‌های قابل ملاحظه (اکارتورک^۶، اسمیت^۷، گراف^۸، وان استراتن^۹، تن‌ها^{۱۰} و سویچ پرس^{۱۱}، ۲۰۰۹) و کاهش معنا در سطوح زندگی دارد (بوگلز و آلدن^{۱۲}، ۲۰۱۰) و نیز با توجه به نارسایی پژوهش‌های موجود در ایران در تعیین بیشتر واریانس متغیرهایی که قادرند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند، پژوهش حاضر در عین این که بیان‌گر شرایط متغیر اضطراب اجتماعی در نمونه‌های ویژه در ایران بوده، به بررسی رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و مولفه‌های هوش هیجانی با نشانگان ترس، اجتناب و ناراحتی جسمی به عنوان مؤلفه‌های اصلی اضطراب اجتماعی پرداخت تا ضمن مشخص کردن روابط متغیرها با نشانه‌های اضطراب اجتماعی، تا حدودی زمینه شکل‌گیری اضطراب اجتماعی در گستره عوامل تأثیرگذار و گستره همبسته‌های مرتبط با آن را مشخص کند (کانور، دیویدسون^{۱۳} و چرچیل^{۱۴}، ۲۰۰۰).

با توجه به اهمیت هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا، به نظر می‌رسد دانش‌آموزانی که دچار نارسایی بینایی و ناشنوایی می‌باشند، مشکلاتی در ارتباط با سازگاری فردی و اجتماعی و رابطه با دیگران داشته باشند. چنین مشکلاتی ممکن است بر هراس اجتماعی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان نابینا و ناشنوا مؤثر باشد و از طرف دیگر با توجه به اهمیت بسیار بالای اختلال هراس اجتماعی

در پژوهشی نشان دادند که بین باورهای فراشناخت و خودکارآمدی با هراس اجتماعی همبستگی منفی وجود دارد. فرقدانی (۱۳۸۳)، در طی پژوهش مبتنی بر بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی دریافت که بین این دو مؤلفه رابطه معناداری وجود دارد. هوش هیجانی تأثیر بسیار زیادی بر شادی و رضایت افراد دارد. کسانی که هوش هیجانی خود را به کار می‌گیرند و با محیط اطراف خود سازگاری بیشتری دارند، اعتماد به نفس بالایی نشان می‌دهند و از توانایی خود آگاهند. رابطه مستقیم بین هوش هیجانی و زندگی خوب و سالم نشان می‌دهد که توجه به هیجان‌ها، آگاه بودن و آگاه ماندن از آنها و استفاده از آنها در راهنمایی کردن رفتار، اهمیت زیادی دارد (برادبری، گریوز^{۱۵}، ۲۰۰۵، ترجمه گنجی^{۱۳۸۴}).

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 و شنوایی است، در نتیجه افراد نابینا و ناشنوا به واسطه ی نارسایی بینایی و شنوایی خود، از به دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند. این تجربیات می‌توانند تأثیر بسیاری بر رشد هیجانی و تعامل اجتماعی افراد نابینا و ناشنوا داشته باشند (قمرانی و جعفری، ۱۳۸۳).

تروسترو^{۱۶}، برومبیرینگ^{۱۷} (۱۹۹۲) طی پژوهشی درباره رشد اجتماعی و هیجانی نوزادان نابینا، نشان دادند که کودکان نابینا یا کم بینا محدودیت‌های بسیاری در ابراز ژست‌های چهره‌ای دارند و به ندرت برای برقراری تماس و یا برآوردن تقاضای ساده دیگران تلاش می‌کنند. پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده ارزیابی مجدد به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان با بهزیستی و سلامت روانی بالا، مرتبط است (گراس، ۲۰۰۷). با وجود شیوع بالای اضطراب اجتماعی و تأثیر آن بر زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد (بیدل و همکاران، ۲۰۱۰)، افراد مبتلا به دنبال درمان نمی‌روند. در مراحل رشدی اولیه آسیب‌شناسی روانی (EDPS) فقط ۱۹ درصد از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و در پژوهش زمینه یابی ملی همایندهای مرضی تنها ۲/۵ درصد از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در طول زندگی، در جستجوی

5. Heimberg & Becker
6. Acarturk
7. Smitte
8. Graf
9. Van Straiten
10. Ten have
11. Cuijpers
12. Bagel & Adlen
13. Connor & Davidson
14. Churchil

1. Bardbury & Griuz
2. Troster
3. Brambring
4. Beadle

تازگی تجربه کرده‌اند را به وسیله پاسخ به ۱۸ پرسش که ۹ راهبرد شناختی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند، مشخص نماید. پرسش نامه تنظیم شناختی هیجان در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این پژوهش پایایی مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و باز آزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسش‌نامه مذکور از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (حسنی، ۲۰۱۱).

مقیاس هراس اجتماعی (SPIN): نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان‌سنجی، یک ابزار معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های هراس اجتماعی است و یک مقیاس خود سنجی ۱۷ گویه ای است که دارای سه مقیاس فرعی تر (شش گویه)، اجتناب (هفت گویه) و ناراحتی فیزیولوژیک (چهار گویه) می‌باشد. این پرسش‌نامه از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. پایایی آن با روش باز آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۱۹ و ناراحتی جسمی ۰/۸۰ گزارش شده است.

نتایج

برای بررسی رابطه هوش هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با هراس اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با هراس اجتماعی به ترتیب همبستگی ۰/۷۵- و ۰/۷۰- وجود دارد که این ضرایب همبستگی در سطح $P \leq 0/001$ معنادار است. نتایج در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

برای پیش بینی هراس اجتماعی (متغیر ملاک) بر اساس متغیرهای هوش هیجانی و تنظیم شناختی هیجان از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که مدل رگرسیونی استفاده شده معنادار

در دانش آموزان نابینا و ناشنوا و با استناد به پژوهش‌های صورت گرفته در دانش آموزان نابینا و ناشنوا که حاکی از بالا بودن هراس اجتماعی در آن‌ها می‌باشد، از این رو سؤال پژوهش حاضر این است که آیا بین راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی با اختلال هراس اجتماعی در دانش آموزان نابینا و ناشنوا رابطه وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه مورد مطالعه همه دانش آموزان نابینا، کم بینا، ناشنوا و کم شنوا پانزده سال و بالاتر در مراکز استثنایی و مدارس عادی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود که به صورت تمام شماری همه آنها به تعداد ۸۰ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند (۲۴ نفر نابینا و ۵۶ نفر ناشنوا). به منظور تجزیه تحلیل داده‌های این پژوهش از شاخص‌ها و روش‌های آماری نظیر میانگین، انحراف معیار، همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام با نرم افزار ۱۹ - SPSS استفاده شد.

ابزار) در پژوهش حاضر از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس هوش هیجانی شوت: مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شوت توسط شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ بر اساس الگوی نخست هوش هیجانی مایر و سالووی^۱ (۲۰۰۸) ساخته شده است. این مقیاس در قالب ۳۳ جمله توصیفی دارای سه مولفه می‌باشد که عبارتند از مولفه تنظیم هیجان و مولفه ارزیابی و بیان هیجان و مولفه بهره برداری از هیجان. از آن جا که این ابزار در پژوهش‌های بسیاری به کار گرفته شده، از پایایی و روایی قابل قبولی برخوردار است، از جمله پایایی آن توسط سیاروچی برای کل مقیاس ۰/۸۴- و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ارزیابی و بیان هیجان ۰/۷۶-، تنظیم هیجان ۰/۶۶- و بهره‌برداری از هیجان ۰/۵۵- گزارش شده است (به نقل از عزیزی، ۱۳۸۶).

مقیاس سبک‌های تنظیم هیجان: پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم هیجان فرم کوتاه شده که یکی از معتبرترین ابزار ارزیابی برای اندازه‌گیری راهبردهای گوناگون شناختی می‌باشد که به وسیله گرانفسکی، کرایچ و اسپاینهون (۲۰۰۲) ساخته شده است. در این پرسش‌نامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به

است ($F = 59/32$) و این مدل با ضریب تعیین $0/50$ توان تبیین رابطه بین متغیرها را دارد. هم‌چنین نتایج نشان داد که از بین متغیرهای پیش‌بین، هوش هیجانی و تنظیم شناختی هیجان به ترتیب با ضریب بتای $0/44-$ و $0/39-$ قادر هستند که متغیر ملاک (هراس اجتماعی) را پیش‌بینی کنند. به منظور بررسی این که چه مقدار از واریانس هراس اجتماعی دانش‌آموزان، توسط تنظیم شناختی هیجان و هوش هیجانی آنان تبیین می‌شود، از روش رگرسیون گام به گام استفاده شد. بدین منظور، متغیر هراس اجتماعی به عنوان متغیر ملاک و مولفه‌های هوش هیجانی و تنظیم شناختی هیجان در گام سوم به عنوان متغیر پیش‌بین وارد مدل رگرسیونی شدند. نتایج حاصل در جدول شماره ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. ضرایب همبستگی بین هوش هیجانی، تنظیم شناختی هیجان با مولفه‌های هراس اجتماعی

متغیرها	شاخص آماری	ترس	اجتناب	ناراحتی جسمی
ملاکت خود	همبستگی	0/48	0/43	0/42
پذیرش	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
نشخوارگری	همبستگی	0/51-	0/54-	0/54-
تمرکز مثبت	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
تمرکز برنامه ریزی	همبستگی	0/59	0/59	0/63
ارزیابی مثبت	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
دیدگاه گیری	همبستگی	0/49-	0/45-	0/46-
فاجعه سازی	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
نمره کل همبستگی کلی 0/70-	همبستگی	0/51-	0/48-	0/53-
ارزیابی ویجان هیجان	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
تنظیم هیجان	همبستگی	0/63-	0/54-	0/48-
بهره وری هیجان	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
نمره کل همبستگی کلی 0/75-	همبستگی	0/45-	0/41-	0/47-
تنظیم هیجان	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
بهره وری هیجان	همبستگی	0/29	0/39	0/27
بهره وری هیجان	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001
نمره کل همبستگی کلی 0/75-	همبستگی	0/66-	0/67-	0/66-
بهره وری هیجان	سطح معناداری	0/001	0/001	0/001

جدول ۲. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی هراس اجتماعی توسط هوش هیجانی و مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان

R	R ²	F	sig	متغیر پیش‌بین	B	β	t	sig
0/79	0/62	7/48	0/008	ارزیابی هیجان	0/94-	0/44-	5/02-	0/001
				ارزیابی مجدد	2/44-	0/30-	3/84-	0/001
				پذیرش	2/17-	0/28-	3/10-	0/003
				نشخوارگری	2/52-	0/31-	3/16-	0/002
				بهره وری هیجان	0/90-	0/39-	3/61-	0/001

بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی دریافت که بین این دو مؤلفه رابطه معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با نظریه‌های حوزه شناختی و پژوهش‌های پیشین مثل نظریه بک و پژوهش‌های کلارک و ولز همخوانی دارد. همچنین نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش جاکوبز و همکاران (۲۰۰۸) که نشان دادند درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجان‌ها و تجربه هیجانی مثبت ارتباط منفی معنادار با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارند، هم جهت می‌باشد. به طور کلی، پژوهش حاضر نشان داد که تنظیم هیجانی و هوش هیجانی نقش مهمی در تبیین اختلال هراس اجتماعی دارد به طوری که تنظیم هیجانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مستقل هراس اجتماعی در نابینایان و ناشنوایان باشد. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش گارنفسکی و کریچ (۲۰۰۲) که نشان داده‌اند راهبردهای تنظیم هیجان با پریشانی روان‌شناختی مرتبط بوده و سازگاری بعدی فرد را پیش‌بینی می‌کند همسو می‌باشد. همچنین مین و فاراچ (۲۰۰۷) نشان دادند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجان‌های خود در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه‌های تشخیصی، اختلال‌های درون‌نمود از قبیل افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهند که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. می‌توان گفت سوگیری در تعبیر و تفسیر رویدادهای محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه در مورد خود و محیط اجتماعی می‌شود که این امر ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد و نتیجه این ارزیابی منفی، اضطراب است. فیشر و همکاران، (۲۰۰۴) بیان کرده‌اند که نارسایی فرد در یک مهارت، انتظارات منفی درباره موقعیت را فرا می‌خواند و سبب اضطراب می‌شود. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر به نظر می‌رسد که راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی می‌تواند اختلال هراس اجتماعی را پیش‌بینی کند. پیشنهاد می‌شود که مؤلفه‌های بررسی شده در این پژوهش در سایر اختلال‌های اضطرابی همچون وحشتزدگی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری-عملی نیز بررسی شود. با توجه به بالاتر بودن اضطراب اجتماعی در بین دانش‌آموزان نابینا به مسئولان امر و والدین پیشنهاد می‌شود تا با پرورش حس مثبت بودن،

نتایج حاصل از مدل رگرسیونی نشان داد از مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان و هوش هیجانی ارزیابی هیجان، ارزیابی مجدد، پذیرش، نشخوارگری و بهره‌وری هیجان وارد مدل رگرسیونی شدند و توانستند حدود ۶۲ درصد از واریانس هراس اجتماعی را تبیین کنند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی با اختلال هراس اجتماعی در دانش‌آموزان آسیب دیده بینایی و آسیب دیده شنوایی انجام شد. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان‌گر آن بود که بین هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان با اختلال هراس اجتماعی رابطه منفی معناداری وجود داشت. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که آسیب بینایی و شنوایی می‌تواند عامل موثری در هوش هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجان و اختلال هراس اجتماعی باشد، به طوری که دانش‌آموزان آسیب دیده بینایی و آسیب دیده شنوایی، در مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجان و هوش هیجانی رابطه ای منفی با اختلال هراس اجتماعی داشتند. قابل توجه است که آسیب بینایی و شنوایی، هوش هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این یافته با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پزشکی (۱۳۸۳)، در رابطه با تفاوت هوش هیجانی در دانش‌آموزان نابینا و عادی، ایرانمنش (۱۳۸۳)، در رابطه با پایین بودن هوش هیجانی در کودکان با آسیب شنیداری، همخوانی دارد. به طور کلی آسیب‌های حسی به ویژه نارسایی‌های بینایی، می‌توانند در رشد مهارت‌های اجتماعی به ویژه مهارت‌هایی که لازمه آن‌ها داشتن قدرت بینایی است، موثر باشند. تروستر و برومبیرنگ (۱۹۹۲) نیز نشان دادند که کودکان نابینا به واسطه نارسایی بینایی خود در ابراز ژست‌های چهره‌ای خود دچار محدودیت هستند و برای برقراری تماس حرکتی و برآوردن تقاضاهای دیگران تلاش کمتری می‌کنند. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۲) که در پژوهش خویش نشان داده‌اند که بین باورهای فراشناخت و خودکارآمدی با هراس اجتماعی همبستگی منفی وجود دارد هم جهت می‌باشد. فرقدانی (۱۳۸۳) در طی پژوهش مبتنی بر

پژوهش نیز تصمیم مناسبی گرفت. با توجه به بالا بودن هراس اجتماعی در دانش آموزان آسیب دیده بینایی و آسیب دیده شنوایی، به نظر می رسد کاهش دادن اختلال هراس اجتماعی در این دانش آموزان، باید در اولویت هدف های متخصصان تعلیم و تربیت کودکان استثنایی قرار گیرد. بنابراین ضرورت دارد که به منظور ارتقاء همه جانبه دانش آموزان آسیب دیده بینایی و کاهش هراس اجتماعی در آنان، آموزش هایی برای یاددهی راهبردهای خودتنظیمی (شناختی، فراشناختی و مدیریتی) طراحی و اجرا شود.

نقش باورهای فراشناخت و خود کارآمدی در پیش بینی هراس اجتماعی دانش آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه، مجله روان شناسی، سال اول، ۱، ۶۲-۵۷.

گلگمن، دانیل (۱۳۷۹). هوش عاطفی، ترجمه حمیدرضا بلوچ. تهران: انتشارات جیحون.

Acarturk, C., Smite, F., de Graf, R., van Strait-en, A., ten Have, M., Cuijpers, P. (2009). *Economic costs of social phobia: a population – based study*, Journal of Affective Disorders, 115(3), 421-9.

Alfano, C.A., & Beidel, D.C. (Eds.) (2011). *Social anxiety in adolescents and young adults*. Washington, DC, American Psychological Association Books.

Bar-on, R. (2001). *Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-I)*. In R. Bar-on & 3.D.A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, Jossey-Bass.

Beidel, D.C., Rae, P. A., Scharfstein, L.A. Wong, N., & Alfano, C.A. (2010). *Social skills and social phobia, an investigation of, DSM-IV subtypes*. Behavior Research and Therapy, 48, 992-1001.

Bieber, a & Shut, f (1991). The use of dermatome skills, *Journal of visual impairment and blindness*, N. 85, pp 340-355.

جرات طلبی و صمیمی بودن، اضطراب آنان را کاهش دهند. در پژوهش حاضر گروه نمونه دانش آموزان نابینا و ناشنوی ۱۵ سال و بالاتر را شامل می شد که این امر تعمیم نتایج را به دیگر گروه های سنی را دشوار می سازد. بنابراین، انجام پژوهش های بیشتر بر روی نمونه های دیگر جهت تعمیم نتایج از اهمیت بسیاری برخوردار است. بنابراین پژوهش گران می توانند بر مبنای نتایج این پژوهش اقدام به اجرای پژوهشی با حجم نمونه بالا کنند و یافته های به دست آمده را با یافته های پژوهش حاضر مقایسه کنند تا بتوان در زمینه تعمیم یافته های

منابع

استادی مقدم، هادی، خبازخوب، مهدی، یکتا، عباسعلی، هروی، جواد و مهدی زاده، علیرضا. (۱۳۸۵). بررسی علل نابینایی و کاهش شدید دید در دانش آموزان مدارس نابینایان مشهد. *توانبخشی* ۸(۱): ۶۰-۵۶.

افروز، غلامعلی، (۱۳۸۳). مبانی روانشناختی ویژگی های شناختی و روانی - اجتماعی جوانان نابینا و ناشنوا. *مجله روان شناسی و علوم تربیتی*، ۱۲، ۲-۱.

ایرانمنش، مطهره. (۱۳۸۳). مقایسه ی هوش هیجانی دختران عادی و ناشنوا مقطع دبیرستان شهر تهران. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی

برادبری، تراویس و گریوز، جین (۲۰۰۵). هوش هیجانی، مهارت ها و آزمون ها. ترجمه ی مهدی گنجی. تهران: ساوالان ۱۳۸۴.

پزشکی، بهناز. (۱۳۸۳). مقایسه ی هوش هیجانی در دختران کم بینا و عادی شهر تهران. پایان نامه ی کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه ی طباطبایی .

روبرت هوداپ، تحول و نارسایی های توانشی، ترجمه ی پرویز شریف درآمدی و حسین مرادی (۱۳۸۹). تهران، نشر دانژه.

عزیزی، علیرضا (۱۳۸۷). مطالعه هوش هیجانی و روش های مدیریت مقابله ای در مدیران دبیرستان رشت. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت معلم.

فرقدانی، آناهیتا (۱۳۸۳). پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.

قمرانی، امید، جعفری، حمیدرضا (۱۳۸۳). درآمدی بر هوش هیجانی و نابینایی. *مجله ی تعلیم و تربیت استثنایی*، ۳۱، ۳۰-۲۵.

کرمی، جهانگیر، زکی بی، علی و رستمی، سمیرا (۱۳۹۲).

- Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social Phobia*, New York: The Guilford Press.
- Hisami J. (2011). *The psychometric properties of the cognitive emotion regulation Questionnaire (CERQ)*, Journal of Clinical Psychology, 2(3): 73-83.
- Jacobsen, B. (2008). *Intervention to existential psychology, a psychology for the unique Human being and its application in therapy*. England, Wiely.
- Keele, S., & Bell, R.C. (2008). *The factorial validity of emotional intelligence, An Unresolved issue*. Personality and Individual Differences, 44(2), 487-500.
- Lowend, B. (1980). *Psychology problems of children with severely impaired vision*. In W. M. Cruickshank, K (Ed). *Psychology of Exceptional Children and Youth* (4th Ed). Englewood Cliffs, N. J. Prentice Hall, pp. 255-341.
- Mayer J, Salovey P, Caruso D. (2008). *Emotional intelligence, new ability of eclectic traits*. J American Psychology, 63:503-17.
- Mennin DS, Farach FJ. (2007). *Emotion and evolving treatments for adult psychopathology*, Clin Psychol Sci Practice, (14): 329-352.
- Moitra, M., Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2008). *Behavioral avoidance Mediates relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients*, Journal of Anxiety Disorders, 22, 1205-1213.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M. and Tolin, D.F. (2007). *Quality of life in the anxiety disorders*. Clinical Psychology Review, pp572-581.
- Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clar (2010). *Social anxiety disorder, Questions and answers for the DSM-V*. Depression and Anxiety, 27, 168-189.
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., Edge, M. D., & Gross. J. (2010). *Emotional Reactivity and cognitive regulation in anxious children*, Behavior Research and Therapy, 48, 384-393.
- Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, L.E. (2000). *Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self – rating scale*. British Journal of Psychiatry, 176, 379 – 386.
- Fisher, P, H.Carrie Masia Warner, and Rachel G.Klein (2004). *Skill for social and Academic success, A school Based intervention for social anxiety disorder in Adolescents*. Clinical Child and Family Psychology Review, 7, 241 – 249.
- Garcia – Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, DAlbano, A., M., Turner, S., Rosa, A. L. (2006). *Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social phobia , a 5– year Follow – up assessment*, Journal of Anxiety Disorders, 20 (2), 175-91.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2002) *CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*, Datec, Leiderdorp, The Netherlands.
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). *Neural bases of social anxiety disorder*, Emotional reactivity and cognitive regulation during social and Physical threat. Archives of General Psychiatry, 66, 170-180.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*, The Guilford Press.

- 137-143.
- Sosic Z, Gieler U, Stangier U. (2008). *Screening for social phobia in medical in and out patients with germen version of social phobia Inventory (SPIN)*, Journal of Anxiety Disorders, (22): 849-859.
- Thompson RA. (1994). *Emotional regulation: a theme in search for definition*, J Society- Research in Child Dev, (59): 25-52.
- Troster, H; Brambring, M. (1992). *Early social emotion development in blind in Fants*, Journal of child care, Health and development, Vol.20. No. 148 -221.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). *Emotion regulation in generalized anxiety disorder*, a comparison with social anxiety disorder. Cognitive Therapy and Research, 29, 89–106.
- Wells (2009). *Emotional disorders and meta-cognition: Innovative Cognitive Therapy*, Chic ester, UK, John Wiley & Sons, Ltd.
- Werner, K.H., Goldin, P. R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J. J. (2011). *Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder*, the Emotion Regulation Interview. J Psycho pathol Behav Assess, 33:346–354.
- Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). *The location of trait emotional intelligence in personality factor space*, British Journal of Psychology, 98, 273-289.
- Pringle, M.L.K. (1994). *The emotional and social adjustment of blind children*, Educational Research, 6, 126-138.
- Rodebaugh, T. L. & Heimberg, R. G. (2008). Chapter 9 *Emotion Regulation and the Anxiety Disorders*, Adopting a Self-Regulation Perspective. Springer.
- Roth, D. A. (2004). *Cognitive theories of social phobia* In B. Bandelow & D. J. Stein (Eds), Social Anxiety Disorder (127-141). New York.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). *Individual correlates of health –related behaviors*, preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. Personality and Individual Differences, 47, 421-502.
- Song, L. J., Huang, G., Peng, K.Z., Law, K. S., Wong, C., & Chen, Z. (2010). *The differential effects of general mental ability and emotional intelligence on academic performance and social interactions*, Personality and Individual Differences, 38(1)