

تأثیر هوش هیجانی بر کاهش مشکلات درون نمود دانش آموزان پایه هفتم نارسا خوان شهرستان البرز

ژبلا بهرامی^۱

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج

چکیده

نارساخوانی نوعی اختلال یادگیری است که در آن فرد در مورد مهارت‌های نوشتن مشکل پیدا می‌کند. این اختلال به هوشبهر و محیط آموزشی مربوط نمی‌شود. اگر بهنگام تشخیص داده شود، قابل درمان است. نارسا خوانی اساساً عبارت است از اینکه توانایی شخص در خواندن، نوشتن یا ریاضیات با در نظر گرفتن سن تقویمی، هوش اندازه‌گیری شده و تحصیلات مناسب با سن وی، به میزان قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر از حد مورد انتظار باشد. این مشکل بر پیشرفت تحصیلی یا فعالیت‌های زندگی روزمره که به این مهارت‌ها نیاز دارد، تأثیر می‌گذارد. از ویژگی‌های دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری می‌توان به این موارد اشاره کرد که آنها معمولاً هوش بالای متوسط دارند و فاقد ضایعات بیولوژیک بارز هستند و مشکلات حاد روانی و اجتماعی ندارند اما در شرایط یکسان آموزشی عملکرد ضعیف‌تر دارند، هدف این تحقیق تعیین نمودن میزان نقش هوش هیجانی بر مسائل و مشکلات درون نمود فراگیران پایه هفتم نارساخوان بود. روش پژوهش شبه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان و فراگیران پسر نارساخوان شهرستان البرز بود که از میان آنها ۴۰ دانش‌آموز ۱۱ تا ۱۳ ساله که دارای سابقه نارسا خوانی بودند به روش نمونه در دسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه آخنباخ و رسکورلا و پرسشنامه هوش هیجانی شات بود. با استفاده از روش تحلیل کوواریانس داده‌ها تحلیل شد، نتایج نشان داد که هوش هیجانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معنی‌داری افزایش، و مشکلات درون نمود این گروه کاهش یافته است، آموزش هوش هیجانی می‌تواند در افزایش هوش هیجانی و کاهش مشکلات درون نمود موثر باشد. لذا پیشنهاد می‌شود با آموزش هوش هیجانی و استفاده از نتایج این پژوهش در مراکز مشاوره نوجوانان نارساخوان، مشکلات درون نمود آنها را کاهش دهند.

واژه‌های کلیدی: دانش‌آموزان پایه هفتم، نارسا خوانی، شهرستان البرز، هوش هیجانی

مقدمه:

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

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

اختلال یادگیری اساساً عبارت است از اینکه توانایی شخص در خواندن، نوشتن یا ریاضیات با در نظر گرفتن سن تقویمی، هوش اندازه گیری شده و تحصیلات مناسب با سن وی، به میزان قابل ملاحظه ای پایین تر از حد مورد انتظار باشد. این مشکل بر پیشرفت تحصیلی یا فعالیت های زندگی روزمره که به این مهارت ها نیاز دارد، تأثیر می گذارد. از ویژگی های دانش آموزان دارای اختلال یادگیری می توان به این موارد اشاره کرد که آنها معمولاً هوش بالای متوسط دارند و فاقد ضایعات بیولوژیک بارز هستند و مشکلات حاد روانی و اجتماعی ندارند اما در شرایط یکسان آموزشی عملکرد ضعیف تر دارند. این قبیل کودکان با وجود اینکه هوششان کمتر از سایر همکلاسان عادی نیست، دچار مشکل یادگیری هستند. شاید آنها در یک یا چند مهارت

^۱. Liao, Liao, Teoh & Liao^۲. internalizing^۳. Mayer & Salovey^۴. emotional intelligence^۵. Siu^۶. Bastin, Burns & Nettelbeck^۷. Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar & Rooke

دچار اشکال باشند. خصوصیت دیگر کودکان مبتلا به یادگیری این است که آنها بیش از حد پرجنب و جوش و بی‌دقت هستند. والدین ممکن است در سال‌های اولیه مدرسه، آنها را به صورت کودکان پرانرژی تلقی کنند اما در سال‌های بعد موقعی که کودک قادر نیست همچون همکلاسان خود رفتار خود را کنترل کرده و وضع درسی خود را بهبود بخشد، بی‌توجهی و عدم‌اعتنای والدین در گذشته جای خود را به نگرانی خواهد داد.

خواندن یکی از فعالیت‌های بسیار هوشمندانه‌ای است که انسان در طول زندگی یاد می‌گیرد. کنش‌های پیچیده ذهنی همانند زبان و خواندن از زوایای فراوانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. هر گاه ما به خواندن طبیعی به عنوان یک روی سکه بنگریم، اختلال در خواندن روی دیگر آن خواهد بود. در سال‌های اخیر تحول چشمگیری در مطالعات مربوط به خواندن و نارساخوانی صورت گرفته است. در این پژوهش‌ها ابعاد مختلف نارساخوانی از جمله جنبه‌های زیستی - عصبی، شناختی و آموزشی مورد توجه بوده‌اند تا پاسخ مناسبی برای تبیین و تعریف موضوعات مرتبط با این اختلال، به ویژه در حوزه‌های شناخت این اختلال و مبانی زیستی و عصبی آن، روش‌های مناسب برای تشخیص زودهنگام و رشد برنامه‌های درمانی و ترمیمی مؤثرتر بیابند. پیشرفت و توسعه وسایل و روش‌های ارزیابی و تغییر در استانداردهای ارائه خدمات مربوط به آموزش از جمله دلایلی است که شیوع این نوع اختلال در جوامع را ازدیاد بخشیده است.

آنچه در مهارت خواندن از یک دانش‌آموز دوره ابتدایی انتظار داریم، بازشناسی کلمه، درک مطلب و تحلیل کلمه است. افراد نارساخوان معمولاً در موقع یادگیری وابستگی مفرط دارند و بدون کمک نمی‌توانند بخوانند و هنگام خواندن بر عملکرد خود نظارتی ندارند. دامنه واژگانشان محدود است. یادگیری صدای حروف برایشان دشوار است. در تعمیم مفاهیم مشکل دارند و قوانینی که یاد گرفته‌اند را در خواندن مطالب به کار نمی‌برند. بهتر است که این دانش‌آموزان به گروه‌های کوچک تقسیم شوند و آموزش آنها در کلاس‌های ویژه انجام شود یا اینکه در کلاس‌های عادی توسط معلم ویژه آموزش ببینند. در این روش معلم به رفع نقاط ضعف دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری می‌پردازد. علاوه بر اینها معلمان ویژه خدماتی را نیز به طور غیرمستقیم ارائه می‌دهند. آنها از طریق مشاوره با معلمان عادی سعی می‌کنند برنامه‌های کلاسی را با توجه به نیازهای دانش‌آموزان با ناتوانی یادگیری تنظیم کنند. با مطالعه هوش هیجانی ۱۲۸ دانشجو که مرکب از ۳۲ مرد و ۲۲ زن مجموعاً ۵۴ دانشجوی دچار ناتوانیهای یادگیری و ۳۴ مرد و ۴۰ زن مجموعاً ۷۴ دانشجوی بدون ناتوانیهای یادگیری بود، دریافت تفاوت میان دانشجویان با و بدون ناتوانی های یادگیری در زمینه مهار استرس و توانایی سازگاری و نیز تفاوت بین دانشجویان دختر و پسر در مهارتهای درون فردی قابل توجه و معنی دار است.

مطالعات داودا و هارت^۸ (۲۰۰۰) ارتباط معنی داری را بین امید به زندگی پایین با افسردگی، نشانه های جسمانی و استرس بالا برجسته کرد. سیاروچی، دغانه و اندرسون^۹ (۲۰۰۲) نیز دریافتند امید به زندگی پایین، میانجی معنی دار بین سلامت روان و استرس است؛ به گونه ای که افراد دارای امید به زندگی بالاتر، استرس، افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه می کردند و تمایل کمتری به خودکشی داشتند. مطالعات دیگری نیز رابطه منفی و معنی داری را بین تفکر هیجانی با اختلال های رفتاری (محمدی و غرای، ۱۳۸۶) و تأثیر آموزش تفکر هیجانی را بر بهبود سلامت روان مادران فرزندان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر (شریفی درآمدی، ۱۳۸۷) نشان داده اند. از سوی دیگر پژوهش ها به عنوان مثال الینگتن^{۱۰} (۲۰۰۶) نشان داده اند نوجوانان دچار ناتوانی یادگیری بیش از سایرین دارای مشکلات رفتاری، هستند. ناتوانی یادگیری، اختلال در یک یا چند فرایند روانشناختی موثر در فهمیدن یا در کاربرد زبان گفتاری یا نوشتاری است که ممکن است به شکل نارسایی در گوش دادن، فکر کردن، حرف زدن، خواندن، نوشتن، املا یا محاسبات ریاضی، نمود پیدا کند. این اختلال شرایطی چون ناتوانی های ادراکی، آسیب مغزی، اختلال خفیف مغزی، نارساخوانی، ناگویی و نارساگویی رشدی^{۱۱} را شامل می شود که نتیجه نارساییهای بینایی، شنوایی یا حرکتی، عقب ماندگی ذهنی، اختلال هیجانی یا محرومیت های محیطی، فرهنگی یا اقتصادی نیست.

حافظه فعال از جمله عواملی هست که بر یادگیری تأثیر می گذارد. این حافظه مسئول حفظ اطلاعات در لحظه و استفاده از آنها در تفکر است. از این رو در حین انجام کار از اطلاعات داده شده به ذهن استفاده می کند. برای تقویت حافظه فعال کودک بهتر است از دانش آموزان بخواهیم مطالب درسی را در قالب جدول یا نمودار خلاصه کنند. تجسم کردن تصویری اطلاعات در کنار کلمات به حافظه فعال کمک می کند هر چه بهتر فرآیند پردازش و ذخیره سازی اطلاعات را انجام بدهند، استفاده از یادآورهای دیداری در منزل هم می تواند مؤثر باشد. مثلاً اگر کودک در دستورالعمل هایی که برای آماده شدن دریافت می کند مشکل دارد، از لباس مدرسه، کیف و کتاب های کودک عکس بگیرید و با هم مشاهده کنید و ترتیب انجام کارهایی که می خواهید را با او مرور کنید.

تحقیقات در زمینه آموزش و پرورش صحیح دانش آموزان حاکی از آن است که نارساخوانی نوعی اختلال یادگیری به شمار می رود. در این اختلال فرد در مورد مهارت های نوشتن مشکل دارد. این اختلال به هوش بر و محیط آموزشی مربوط نمی شود اگر به موقع این نارسایی تشخیص داده شود قابل درمان خواهد بود.

یکی از روش هایی که به رشد روان خواندن دانش آموزان کمک می کند خواندن متن با صدای بلند است. در این روش معلم متن را با صدای بلند می خواند و دانش آموزان ضمن نگاه کردن به متن به معلم گوش می دهند و هم از محتوای متن لذت می برند و از طرف دیگر نیز از نحوه خواندن معلم الگوبرداری می کنند البته تکرار خواندن گروهی، تقسیم متن به قطعات کوچکتر هم از روش های درمان نارساخوانی به حساب می آید.

^۸. Dawda, & Hart

^۹. Ciarrochi, Deane & Anderson

^{۱۰}. Allington

^{۱۱}. developmental aphasia /dysghasia

(هاردمن، درو و وینستون اگن^{۱۲}، ۱۳۸۸). یکی از انواع ناتوانی های یادگیری لکنت زبان و نارسا خوانی است، که شیوع آن بین ۵ تا ۱۷/۵ درصد برآورد شده است. مطالعات نشان می دهد که نارساخوانی عقب افتادگی رشدی گذرا نیست، بلکه موقعیتی مزمن و پایدار است (شیویتز و شیویتز^{۱۳}، ۲۰۰۵). تعریف ها و عنوان دهی هایی به این دانش آموزان، بیشتر بر جنبه-های تحصیلی تأکید دارد. اما به هر حال، کودکان و نوجوانان دچار ناتوانیهای یادگیری معمولاً مشکلات هیجانی و بین فردی بسیار جدی دارند و در برخی موارد، ابعاد اجتماعی زندگی این دانش آموزان در مقایسه با نارساییهای ویژه تحصیلی، مشکلات بیشتری را برای آن ها ایجاد می کند (هاردمن، درو و وینستون، ۱۳۸۸).

از جمله مشکلات درون نمود این نوجوانان، مشکلاتی چون اضطراب و افسردگی است که دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری بهویژه نارساخوان ها به وفور آن را تجربه می کنند. به طور کلی آن ها دو برابر بیشتر از دانش آموزان دیگر از پریشانی، افسردگی، اختلالهای اضطرابی، رفتاری، افکار خودکشی و مشکلات سلامت روان رنج می برند (ویلسون^{۱۴} و الکساندر، ۲۰۰۹).

مطالعه بلوم و هلس (۲۰۱۰) نشان داد وضعیت کودکان دچار اختلال یادگیری غیرکلامی از نظر شناخت، بیان و فهم عبارات غیرکلامی هیجان وخیم تر از کودکان دچار اختلالهای یادگیری کلامی و بدون اختلال یادگیری است. تراس، تامسون و مینیس^{۱۵} (۲۰۱۰) نیز دریافتند که میزان مشکلات رفتاری و هیجانی در این گروه به طور معنی داری بیش از جمعیت عادی است. مختارپور (۱۳۸۹) میزان شیوع اختلال های رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی نارساخوان را برابر ۵۴/۹ درصد برآورد کرد، در حالی که این میزان در دانش آموزان عادی ۱۵/۵ درصد است. با توجه به شیوع بالای اختلال های رفتاری در افراد دچار ناتوانی یادگیری و از سوی دیگر براساس نتایج مطالعاتی که در خصوص رابطه منفی هوش هیجانی و اختلالهای رفتاری و نیز تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت روان مطرح شد؛ ضرورت و اهمیت انجام پژوهش هایی چون پژوهش حاضر برجسته می شود.

روش

روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و جامعه آماری شامل همه نوجوانان پسر نارساخوان مراجعه کننده به مراکز اختلال های یادگیری شهرستان البرز بود که با هماهنگی مراکز اختلالات یادگیری و مراجعه به مراکز مربوط شناسایی شدند. از میان مراجعه کنندگان، ۴۰ نفر از دانش آموزان دارای مشکل پسر ۱۵-۱۳ ساله که نمره هوشبهر بین ۱۱۰-۱۰۰ را در آزمون وکسلر و نمره پایین تر از میانه را در آزمون خودارزیابی نوجوانان کسب کرده بودند، به صورت نمونه در دسترس انتخاب و سپس از نظر سن تقویمی، هوشبهر و نمرات آزمون همتاسازی و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش برنامه آموزش نحوه ی چگونگی تفکرات و هوش هیجانی را دریافت کرد و در گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت.

^{۱۲} . Hardman, Drew & Winston Egan

^{۱۳} . Shaywitz

^{۱۴} . nonverbal learning disability

^{۱۵} . Bloom & health

^{۱۶} . Wilson & Alexander

^{۱۷} . Terras, Thompson & Minnis

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودسنجی نوجوانان^{۱۸}: نسخه های موسوم به نظام سنجش توسط توماس آخنباخ و لسی رسکورلا^{۱۹} (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای سه نسخه مختلف است. نسخه اول جزئیات رفتاری کودک^{۲۰} و نسخه دوم جزئیات کار معلم^{۲۱} برای سنین ۱۸- ۶، و نسخه سوم پرسشنامه خود ارزیابی نوجوانان برای سنین ۱۸- ۱۱ هنجاریابی شده است. پرسشنامه خودارزیابی آخنباخ ۱۱۲ سوال دارد که ۸ مشکل یا نشانگان عاطفی، رفتاری و اجتماعی از جمله مشکلات درون نمود (با جمع مقیاسهای ۱ و ۲ و ۳؛ شماره سوالها: ۱۴، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۴۵، ۵۰، ۵۲، ۷۱، ۹۱، ۱۱۲، ۵، ۴۲، ۶۵، ۶۹، ۷۵، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۱۱، ۴۷، ۵۱، ۵۴، و..... به دست می آید) را اندازه گیری می کند. درجه بندی سوالات به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی درست؛ ۲ = کاملاً درست است. پایایی این پرسشنامه توسط مینایی (۱۳۸۴) در ایران با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ محاسبه شده، اعتبار محتوایی و ضریب آلفای مشکلات درون نمود این پرسشنامه توسط وی ۰/۸۷ گزارش شده است. کاکابرایی، حبیبی عسگرآباد و فدایی (۱۳۸۶) نیز ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاسه ای اضطراب، افسردگی ۰/۸۴، برای گوشه گیری، افسردگی ۰/۸۶ و برای شکایات جسمانی ۰/۷۸ گزارش کرده اند.

۲. پرسشنامه هوش هیجانی شات^{۲۲}. این پرسشنامه توسط شات در سال ۱۹۹۸ ساخته شد و ۳۳ سوال دارد. برای نمره گذاری از مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست استفاده می شود. خسرو جاوید (۱۳۸۱) این پرسشنامه را ترجمه و برای هنجاریابی، نسخه ۳۳ ماده ای آن را در مورد ۲۳۴ دانش آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران اجرا کرد. پایایی مقیاس تفکر هیجانی کل بر مبنای آلفای درونی ۰/۸۱ شد و تحلیل عامل مقیاس با استفاده از روش تحلیل مولفه های اصلی، سه عامل تنظیم هیجان با آلفای ۰/۸۱، ارزیابی و ابراز هیجان با آلفای ۰/۶۷ و بهره برداری از هیجان با آلفای ۰/۵۰ را به دست داد. افزون بر این، تفکر هیجانی کل با سه زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۴ و ۰/۶۹ همبستگی نشان داد که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. همچنین نتایج پژوهش وی بیانگر همبستگی معنادار و منفی هوش هیجانی با متغیرهای ملاک نظیر، افسردگی و حالت اضطراب بود که این امر نشان دهنده اعتبار ملاکی این پرسشنامه است.

برنامه آموزش هوش هیجانی. جلسات گروهی این برنامه توسط بارآن^{۲۳} ۱۹۹۷ تدوین گردیده است (علی زاده دربندی ۱۳۸۵) که در این پژوهش مطالب زیر در ۱۲ جلسه گروهی دقیقه ای به آزمودنی های گروه آزمایش آموزش داده شد. جلسه اول (مفاهیم خودآگاهی هیجانی و اثرات آن: انواع هیجانهای اساسی به طور کامل همراه با تصاویر بیان، و از آزمودنیها خواسته شد تا هیجانها را از روی تصاویر چهره، شناسایی کنند. سپس خودآگاهی و واکنش افراد برای توجه به احساسات خود و کنار آمدن با آنها بیان واز جمله گفته شد از زاویه خودآگاهی افراد به سه دسته خودآگاه، مغروق و پذیرا، تقسیم می شوند و نحوه واکنش آنها متفاوت است. سپس مشکلاتی که از خودآگاهی پایین ناشی می شود نظیر اشکال در انتخاب هدف، اشکال در برنامه ریزی برای رسیدن به هدف و جز آن و نشانه های خود آگاهی بالا نظیر شناخت نقاط ضعف و قوت، شناخت احساسات، هیجانها، نیازها و سائق های خاص خود و جز آن شرح داده شد.

^{۱۸}. Youth Self-Report (YSR)

^{۱۹}. Tomas M, Achenbach & Leslie, Rescorla

^{۲۰}. Child Behavior Checklist (CBCL)

^{۲۱}. Teachers Report Form (TRF)

^{۲۲}. Schutte Self-Report Inventory (SSRI)

^{۲۳}. Bar-On

جلسه دوم) احترام به خود: ویژگیهای افرادی که به خود احترام می گذارند، اعتماد به نفس و توصیه های عملی و گامهای موثر برای افزایش اعتماد به نفس، انواع خود و خودپنداره و ویژگی- های نوجوانانی که عزت نفس زیاد و کم دارند و همچنین فواید عزت نفس بالا بیان شد.

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

جلسه چهارم) ابراز وجود: رفتارهای اصلی رویارویی با مشکلاتی نظیر واکنش های ابتدایی و عالی، شیوه های رفتاری نظیر سبک پاسخگویی منفعلانه، پرخاشگرانه و قاطعانه، نمونه های از رفتار جرأت ورزی، بی جرأتی و پرخاشگری بیان و به صورت ایفای نقش اجرا شد.

جلسه پنجم) همدلی: مطالبی در زمینه همدلی و مواردی که در ایجاد همدلی در افراد کمک کننده است بیان، و نمونه ای از آن به صورت ایفای نقش اجرا شد.

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

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

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

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

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

جلسه یازدهم) شادی و شادکامی و خوشبینی: دربارهٔ ویژگیهای افراد شاد و افرادی که شادکامی ضعیفی دارند، انواع بذله و شوخ طبعی، ویژگیهای افراد امیدوار و خوشبین بحث شد و رفتار همراه با شوخ طبعی و شش خصلت آرامش، جرأت مندی، رضایت مندی، اداره، امیدواری و صمیمیت که باید در فرد وجود داشته باشد، آموزش داده شد.

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

شیوه اجرا: در ابتدای تحقیق آزمون های "وکسلر"، "خود ارزیابی نوجوانان" و "تفکر هیجانی" اجرا و سپس فراگیران دارای مشکل از نظر سن تقویمی و هوشبهر یکسان و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند، گروه گواه مداخله ای دریافت نکرد ولی گروه آزمایش آموزش های لازم را در ۱۲ جلسه گروهی ۳۰ دقیقه ای به مدت ۶ هفته ۲ روز در هفته دریافت کرد. پس از اتمام جلسات آموزشی، در مرحله پس آزمون پرسشنامه های تفکر و هوش هیجانی و خودارزیابی نوجوانان در هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا و داده ها جمع آوری شد.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ دانش آموز پسر دارای مشکل نارساخوان (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) شرکت داشتند. کوچکترین آزمودنی ۱۱ سال و بزرگترین آزمودنی ۱۳ سال سن داشت. میانگین سنی کل آزمودنیها ۱۱/۵۷ سال با انحراف معیار ۰/۷۴ بود. میانگین سن آزمودنیهای گروه آزمایش ۱۱/۶۰ سال با انحراف معیار ۰/۷۴ و میانگین سنی آزمودنیهای گروه گواه ۱۱/۵۳ با انحراف معیار ۰/۷۴ بود.

جدول ۱. شاخصهای آماری اضطراب- افسردگی نوجوانان دارای مشکل در دو گروه

مرحله گروه	پیش آزمون میانگین ین	انحراف معیار	پس آزمون میانگین معیار	انحراف
آزمایش	۱۱/۳۳	۲/۷۴	۷/۹۳	۲/۸۴
گواه	۹/۴۰	۴/۹۲	۸/۸۰	۴/۸۱

طبق جدول (۱) میانگین اضطراب-افسردگی گروه آزمایش در مرحلهٔ پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است؛ ولی کاهش این میانگین ها در گروه گواه چشم گیر نیست.

جدول ۲. کوواریانس مقایسه اضطراب-افسردگی نوجوانان دارای مشکل باتوجه به گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۶۰/۵۶	۱	۳۶۰/۵۶	۱۲۶/۸۱**	۰/۸۲
گروه	۴۷/۹۵	۱	۴۷/۹۵	۱۶/۸۶**	۰/۳۸
خطا	۷۶/۷۷	۲۷	۲/۸۴		

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

جدول ۳. شاخص های آماری انزوطلبی -افسردگی نوجوانان دارای مشکل در دو گروه

موقعیت گروه	پیش میانگین	آزمون انحراف معیار	میانگین	پس آزمون انحراف معیار
آزمایش	۹/۲۷	۲/۱۸	۶/۶۰	۲/۴۷
گواه	۸/۲۰	۳/۶۹	۸/۴۰	۳/۷۶

جدول ۳ نشان می دهد میانگین انزوطلبی -افسردگی پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون کاهش یافته؛ ولی این میانگین ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۴. کوواریانس مقایسه انزوطلبی -افسردگی نوجوانان دارای مشکل با توجه به گروه با کنترل اثر پیش آزمون

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

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

جدول ۵. شاخصهای آماری شکایات جسمانی نوجوانان در دو گروه

موقعیت گروه	پیش آزمون میانگین	انحراف معیار	پس آزمون میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۵/۹۳	۱/۹۸	۳/۵۳	۲/۱۳
گواه	۴/۶۰	۱/۸۸	۴/۲۰	۲/۵۱

جدول (۵) نشان می دهد میانگین شکایات جسمانی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است؛ ولی این میانگین ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۶. کوواریانس مقایسه شکایات جسمانی نوجوانان با توجه به گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
پیش آزمون	۹۱/۳۸	۱	۹۱/۳۸	۴۰/۶۱ ^{۲۴}	۰/۶۰
گروه	۲۴/۳۵	۱	۲۴/۳۵	۱۰/۸۲**	۰/۲۹
خطا	۶۰/۷۶	۲۷	۲/۲۵		

جدول ۷. شاخص های آماری مشکلات درون نمود نوجوانان در دو گروه

موقعیت گروه	پیش آزمون میانگین	انحراف معیار	پس آزمون میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۲۶/۵۳	۵/۴۶	۱۸/۰۷	۵/۷۹
گواه	۲۲/۲۰	۹/۸۵	۲۱/۴۰	۸/۹۵

جدول (۷) نشان می‌دهد میانگین مشکلات درون نمود گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته؛ ولی این میانگین ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

جدول ۸. کوواریانس مقایسه مسایل و مشکلات درون نمود نوجوانان باتوجه به گروه با کنترل اثرپیش آزمون

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

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

جدول ۹. شاخص های آماری تفکرات هوش هیجانی نوجوانان در دو گروه

موقعیت گروه	پیش آزمون میانگین	انحراف معیار	میانگین	آزمون انحراف معیار
آزمایش	۷۹/۹۳	۱۴/۹۲	۸۲/۴۰	۱۴/۷۵
گواه	۸۲/۲۷	۱۵/۲۸	۸۳/۹۳	۱۵/۲۸

طبق جدول (۹) میانگین گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است؛ ولی این میانگین ها در گروه گواه تغییر محسوسی نکرده است.

بحث و نتیجه گیری

حافظه فعال از جمله عواملی است که بر یادگیری تأثیر می‌گذارد. این حافظه مسئول حفظ اطلاعات در لحظه و استفاده از آنها در تفکر است. از این رو در حین انجام کار از اطلاعات داده شده به ذهن استفاده می‌کند. برای تقویت حافظه فعال کودک بهتر است از دانش‌آموزان بخواهیم مطالب درسی را در قالب جدول یا نمودار خلاصه کنند. تجسم کردن تصویری اطلاعات در کنار کلمات به حافظه فعال کمک می‌کند هر چه بهتر فرآیند پردازش و ذخیره سازی اطلاعات را انجام بدهند، استفاده از یادآورهای دیداری در منزل هم می‌تواند مؤثر باشد.

مثلاً اگر کودک در دستورالعمل‌هایی که برای آماده شدن دریافت می‌کند مشکل دارد، از لباس مدرسه، کیف و کتاب‌های کودک عکس بگیرید و با هم مشاهده کنید و ترتیب انجام کارهایی که می‌خواهید را با او مرور کنید. به گزارش برنا به نقل از آستان، تحقیقات در زمینه آموزش و پرورش صحیح دانش آموزان حاکی از آن است که نارساخوانی نوعی اختلال یادگیری به شمار می‌رود. در این اختلال فرد در مورد مهارت‌های نوشتن مشکل دارد. این اختلال به هوش بر و محیط آموزشی مربوط نمی‌شود اگر به موقع این نارسایی تشخیص داده شود قابل درمان خواهد بود. یکی از روش‌هایی که به رشد روان خواندن دانش آموزان کمک می‌کند خواندن متن با صدای بلند است. در این روش معلم متن را با صدای بلند می‌خواند و دانش آموزان ضمن نگاه کردن به متن به معلم گوش می‌دهند و هم از محتوای متن لذت می‌برند و از طرف دیگر نیز از نحوه خواندن معلم الگوبرداری می‌کنند البته تکرار خواندن گروهی، تقسیم متن به قطعات کوچکتر هم از روش‌های درمان نارساخوانی به حساب می‌آید.

بنابراین با توجه به ارتباط این دو متغیر می‌توان گفت ناقص بودن در هوش می‌تواند زمینه ساز بسیاری از مشکلات رفتاری باشد (سایو، ۲۰۰۹)؛ و آموزش هوش با بالا بردن هوش هیجانی دانش آموزان بر کاهش مشکلات رفتاری آنان می‌تواند بسیار تأثیرگذار باشد. هرچند بروز اختلال یادگیری در حیطه آموزشی کودک است، اما درمان قطعی آن تنها از طریق تکرار آموزش و گرفتن معلم خصوصی و افزایش ساعات مطالعه دانش‌آموز امکان‌پذیر نیست و نیازمند مراجعه شما به مراکز متخصصان اختلالات یادگیری است. افزایش ساعات مطالعه دانش‌آموز، زمانی که درمان صورت نگرفته است، تنها تثبیت فرایند شکست و ناامیدی و افزایش اضطراب و دلزدگی کودک است.

- برطرف شدن نقاط ضعف کودک مبتلا به اختلال یادگیری، او را علاقه‌مندتر و باانگیزه‌تر خواهد کرد.

- پدر و مادرها، تنها باعث به‌هم‌ریختگی کودک خواهد شد و تأثیری در پیشرفت دانش‌آموز نخواهد داشت.

- تمرکز بر نقاط مثبت کودک و پیگیری فرایند درمان، بهترین روش برای بهبود کودک مبتلا به اختلالات یادگیری است.

منابع:

- ✓ خسرو جاوید، مهنار. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی ثنوت در نوجوانان. پایاننامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس.
- ✓ سلطانی فر، عاطفه. (۱۳۸۶). هوش هیجانی. فصلنامه/اصول بهداشت روانی، ۹(۳۵ و ۳۶): ۸۴-۸۳
- ✓ شریفی درآمدی، پرویز. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران فرزندان عقب مانده ذهنی آموزشپذیر ۱۱ تا ۱۵ سال. فصلنامه خانواده پژوهی، ۴(۱۶): ۴۳۹-۴۲۳.
- ✓ علی زاده دربندی، حسن. (۱۳۸۵). تعیین کارایی آموزش مهارتهای هوش هیجانی بر تقویت هوش هیجانی دانش آموزان دختر (با هوش هیجانی پایین) مقطع متوسطه شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ✓ کاکابری، کیوان، حبیبی عسگرآبادی، مجتبی و فدایی، زهرا. (۱۳۸۶). هنجاریابی مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ (YSR): فرم خودگزارشگری ۱۸-۱۱ سال کودک و نوجوان روی دانش آموزان مقطع متوسطه. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱(۴): ۶۶-۵۰.
- ✓ محمدی، داوود و غرای، بنفشه. (۱۳۸۶). ارتباط اختلالهای رفتاری با هوش هیجانی در دانش آموزان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۴(۴): ۲۹۹-۲۸۹.
- ✓ مختار پور، حسن. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه شیوع انواع اختلالهای رفتاری دانش آموزان نارساخوان مقطع ابتدایی با دانش آموزان عادی مقطع ابتدایی. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روان-شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- ✓ مینایی، اصغر (۱۳۸۴). کتابچه راهنمای فرمهای سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA): انطباق و هنجاریابی. تهران: پژوهشکده کودکان استثنایی.
- ✓ هاردمن، مایکل ام، درو، کلیفورد جی و وینستون اگن، ام. (۱۳۸۸). روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی در جامعه، مدرسه و خانواده.. ترجمه حمید علیزاده، کامران گنجی، مجید یوسفی لویه و فریبا یادگاری. تهران. نشر دانژه. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۸).
- ✓ Bastin, V.A., Burns, N.R., & Nettelbeck, T. (۲۰۰۵). emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities.
- ✓ *Personality and individual differences* ; ۳۹(۶): ۱۱۳۵-۵۴۱۱
- ✓ Bloom, E., & Health, N. (۲۰۱۰). Recognition, expression, and understanding facial expressions of emotion in adolescents with nonverbal general learning disabilities. *Journal of learning disabilities*)۲(۳۴:۱۸۰-۲۹۱
- ✓ Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (۲۰۰۲). emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual difference*, ۳۲(۲): ۱۹۷ – ۲۰۹.
- ✓ Dawda, D., & Hart, SD. (۲۰۰۰). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of bar-on emotional quotient inventory (EQ-i) in university students. *Journal of personality and individual differences*; ۲۸(۴): ۷۹۷-۸۱۲.
- ✓ Liao, A.K., Liao, A.W., Teoh, G.B., & Liao, M.T. (۲۰۰۳). The case for emotional literacy: The influence of emotional intelligence on problem behaviors in Malaysian secondary school students. *Journal of moral education*; ۳۲(۱): ۵۱-۶۶.
- ✓ Mayer, J., & Salovey, P. (۱۹۹۷). *What is emotional intelligence?* New York: Basic Books.

- ✓ Nelis, D., Quoid bach, J., Mikolajezak, M., & Hanenne, M. (۲۰۰۹). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible?. *Personality and individual differences*, ۴۷(۱): ۳۶ – ۴۱.
- ✓ Reiff, H. B. (۲۰۰۱). The relation of LD and general with emotional intelligence in college students. *Journal of learning disabilities*, ۳۴(۱): ۶۶ – ۷۸.
- ✓ Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, n., & Rooke, S. E. (۲۰۰۷). The Meta – analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and individual differences*, ۴۲(۶): ۹۲۱ – ۹۳۳.
- ✓ Shaywitz, S., & Shaywitz, B.A. (۲۰۰۵). Dyslexia (specific reading disability), *society of biological psychiatry*, ۵۷(۱۱): ۱۳۰۱-۱۳۰۹.
- ✓ Siu, A.F.Y. (۲۰۰۹). Trait emotional intelligence and relationships with problem in Hong Kong adolescents. *personality and individual differences*, ۴۷(۶): ۵۵۳ – ۷۵۵.
- ✓ Terras, M.M., Thompson, L.C., & Minnis, H. (۲۰۱۰). Dyslexia and psycho- social functioning: An exploratory study of the role of self- esteem and understanding. *Dyslexia*, ۱۶(۵): ۳۰۴- ۷۲۳.
- ✓ Wilson, M., & Alexander, M. (۲۰۰۹). The mental health of Canadian with self – reported learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, ۴۲(۱): ۲۴ – ۰۴.