

اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی معلولین جسمی - حرکتی

منا حیدری پور^۱، علی مشهدی^{*}، سید محسن اصغری نکاح^۲

چکیده

مقدمه: در این پژوهش تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی معلولین جسمی - حرکتی شهر مشهد مورد بررسی واقع شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد) بود. جامعه آماری شامل کلیه معلولین جسمی - حرکتی (۱۰۸ نفر) مجتمع آموزشی نیکوکاری توان‌یابان مشهد بود. از بین آن‌ها پس از غربال‌گری اولیه تعداد ۳۰ نفر که از لحاظ مهارت‌های اجتماعی و سطح هوش هیجانی دارای بیش‌ترین نارسایی بودند، انتخاب شدند و با استفاده از شیوه گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. سپس آموزش مهارت‌های اجتماعی در طی ۱۵ جلسه به گروه آزمایش ارائه شد. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی Regio و پرسش‌نامه هوش هیجانی Bar-On استفاده گردید. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون ANCOVA چند متغیری انجام شد.

یافته‌ها: گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های روابط درون فردی $\{F_{(1, 22)} = 13/61, P = 0/01\}$ ، روابط بین فردی $\{F_{(1, 22)} = 24/02, P = 0/01\}$ ، سازگاری $\{F_{(1, 22)} = 20/47, P = 0/01\}$ ، کنترل استرس $\{F_{(1, 22)} = 8/69, P = 0/01\}$ ، خلق عمومی $\{F_{(1, 22)} = 13/55, P < 0/01\}$ و سطح هوش هیجانی کلی $\{F_{(1, 22)} = 22/16, P = 0/02\}$ داشت. آموزش مهارت‌های اجتماعی بیش‌ترین اثربخشی را بر مؤلفه‌های روابط بین فردی، روابط درون فردی، خلق عمومی و سازگاری و کم‌ترین اثربخشی را بر مؤلفه کنترل استرس داشته است.

نتیجه‌گیری: با توجه به مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی، آموزش این مهارت‌ها منجر به افزایش سطح کلی هوش هیجانی معلولین جسمی - حرکتی گردید. ارتقای سطح هوش هیجانی بهبود وضعیت سلامت روانی - اجتماعی معلولین جسمی - حرکتی را به همراه دارد.

کلید واژه‌ها: معلولیت جسمی - حرکتی، هوش هیجانی، آموزش مهارت‌های اجتماعی

نوع مقاله: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۱/۵/۱۵

مقدمه

زیستی، روانی و اجتماعی تبیین می‌شود؛ چرا که معلولیت نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل اجتماعی و فرهنگی است، می‌کاهد یا جلوگیری می‌کند (۱، ۲). معلولان بزرگ‌ترین اقلیت غیر نژادی در جهان می‌باشند و تخمین زده می‌شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا (حدود ۶۵۰

در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت (International classification of functioning and health)، معلولیت به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و مشارکتی مطرح شده است. بنابراین تعریف عدم معلولیت و معلولیت بر اساس یک الگوی

* استادیار روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

Email: mashhadia@yahoo.com

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲- استادیار روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

بیش‌تری به انزوای اجتماعی دارند. مشارکت اجتماعی آن‌ها کمتر است؛ به طوری که انزوای اجتماعی تجربه معمول زنان معلول می‌باشد، به احتمال کمتری ازدواج می‌کنند و تنها زندگی کردن را ترجیح می‌دهند و خودشناسی و عزت نفس پایین‌تری دارند (۹). MacInnes (۱۲) و Spencer (۱۵) با مطالعه روی آزمودنی‌هایی با مشکلات جسمی- حرکتی، نشان دادند که معلولان در مقایسه با جمعیت عمومی از خویشتن‌پذیری، عزت نفس (Self efficacy) و سطح هوش هیجانی پایین‌تری برخوردارند. همچنین در پژوهشی مشابه مشخص شد که عدم سلامتی، مشکلات جسمانی و معلولیت با علایم افسردگی، مشکلات بین شخصی و ضعف در عملکرد و روابط اجتماعی همبسته است، چنان‌چه ۳۱ درصد کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۱ سال دارای معلولیت جسمی- حرکتی حس غمگینی، افسردگی و ناخشنودی ناشی از عدم تحول بهینه هوش هیجانی را گزارش نموده‌اند. این در حالی است که تنها ۱۷ درصد از کودکان بدون معلولیت، احساس‌های اشاره شده را در مورد خودشان گزارش نموده بودند (۱۶).

هوش هیجانی با افزایش بهزیستی هیجانی و گسترش دامنه سازش اجتماعی- هیجانی بر کاهش مشکلات بین شخصی و در پی آن بهبود کیفیت روابط اجتماعی و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۷). به طور کلی مفهوم هوش هیجانی توسط دو رویکرد تبیین می‌شود. رویکرد اول، رویکرد توانایی نام دارد که توسط Salovey و Mayer در سال ۱۹۹۰ مطرح شد. طبق این رویکرد، هوش هیجانی از چهار سطح از توانایی هیجانی تشکیل می‌شود که عبارت از ادراک حسی هیجانان (Perceiving emotions)، تسهیل هیجانی تفکر (Emotional facilitating of thought)، درک هیجانان (Understanding emotion) و مدیریت هیجانان (Managing emotions) می‌باشد (۲۰-۱۸).

رویکرد دوم، رویکرد ترکیبی نام دارد و توسط Bar-On در سال ۱۹۹۷ مطرح شده است. طبق این رویکرد هوش هیجانی عبارت است از مجموعه توانایی‌های غیر شناختی، توانش‌ها و مهارت‌هایی که بر توانایی رویارویی موفقیت‌آمیز با

میلیون نفر) حداقل با یکی از انواع معلولیت زندگی می‌کنند (۲). معلولیت‌های جسمی (Physical disabilities) بخشی از طیف وسیع معلولیت‌ها هستند و به دسته‌ای از ناتوانی‌ها اطلاق می‌شوند که باعث می‌شود فرد نتواند به مدت حداقل ۶ ماه از اندام خود و یا بخشی از آن به طور مؤثر استفاده نماید (۳).

تأثیری که معلولیت بر وضعیت اجتماعی- روانی فرد بر جای می‌گذارد غیر قابل انکار است؛ چرا که معلولیت جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کنشی در فرد معلول ایجاد می‌کند، ممکن است تأثیرات سوء روان‌شناختی بر شخصیت فرد معلول داشته باشد (۴). نتایج پژوهش‌های متعدد مطرح می‌کنند که افراد معلول با مشکلات و آسیب‌های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، محیط‌های تحصیلی- شغلی و حوزه‌های هیجانی- رفتاری روبرو می‌شوند (۵). با توجه به ارتباط بسیار نزدیکی که بین هوش هیجانی (Emotional intelligence) و مهارت‌های اجتماعی (Social skills) وجود دارد، می‌توان مهارت‌های اجتماعی را جزیی از ساختار کلی هوش هیجانی در نظر گرفت؛ به طوری که فردی که توانایی درک دقیق‌تر تغییرات خلقی دیگران را دارد، هیجان‌های خود و دیگران را به طور مناسبی شناسایی، کنترل و مدیریت می‌کند و از تبدیل ناگهانی هیجان‌ها به واکنش‌های منفی جلوگیری می‌کند (۸-۶). از سویی دیگر هر گونه آسیب و عدم تحول بهینه هوش هیجانی متأثر از معلولیت، می‌تواند سبب نارسایی در سایر شاخص‌های سلامت روانی- اجتماعی معلولین مانند مهارت‌های اجتماعی و سطح کیفیت زندگی گردد. نتایج پژوهش‌های متعدد مؤید نارسایی و عدم تحول بهینه هوش هیجانی معلولان می‌باشد؛ به طوری که بین افراد معلول جسمی و عادی (دختر و پسر) از لحاظ سطح تحول بهینه هوش هیجانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۱۳-۹).

طی تحقیقاتی Maziak و همکاران دریافتند که افراد دارای معلولیت جسمی- حرکتی به دلیل نارسایی هوش هیجانی، ارتباطات صمیمی کمتر و احساس تنهایی بیش‌تری را تجربه می‌کنند (۱۴). آن‌ها در مقایسه با افراد عادی تمایل

مشکلات جاری و بین فردی مراجعان می‌رود. این روش شامل مجموعه‌ای از فنون مختلف برای اصلاح رفتار اجتماعی است و اغلب با دامنه وسیعی از مشکلات میان فردی سر و کار دارد. به عبارتی دیگر منظور از آموزش مهارت‌های اجتماعی افزایش دادن قابلیت‌های اجتماعی و یا توانایی‌های موجود افراد مورد نظر می‌باشد و شامل برنامه‌های کنترل خشم و عصبانیت، تشخیص و به رسمیت شناختن تشابهات و تفاوت‌های دیگر افراد، اظهار ادب و صمیمیت، مدیریت هیجانات، برقراری ارتباط، ارزیابی و مدیریت اضطراب، خود گفتاری مثبت، حل مسأله، تصمیم‌گیری، ایجاد هدف و مقاومت در مقابل فشار گروه می‌باشد (۲۶). آموزش مهارت‌های اجتماعی در جمعیت‌های هدف متفاوت نظیر نابینایان (۲۹-۲۷)، افراد مبتلا به ناتوانی تحولی هوشی (۳۱، ۳۰)، نوجوانان مبتلا به افسردگی و اضطراب (۳۲)، کودکان مبتلا به سرطان (۳۳)، سوء مصرف مواد و وابستگی به نوشیدنی‌های الکلی (۳۴) و افراد مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون‌کنشی (Attention deficit hyperactivity disorder) (۳۶، ۳۵) دستاوردهای مفیدی را در جهت بهبود سلامت و مهارت اجتماعی به دست می‌آورد و به طور کلی نقش مؤثری بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی و سطح هوش هیجانی ایفا می‌کند (۳۷). بنابراین، بر اساس پیشینه مطرح شده هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سطح هوش هیجانی معلولین جسمی- حرکتی بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از حیث هدف در طبقه پژوهش‌های کاربردی و بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها در دسته پژوهش‌های نیمه آزمایشی (با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه شاهد) جای گرفت.

جامعه آماری شامل معلولین جسمی- حرکتی (۱۰۸ نفر) مجتمع آموزشی نیکوکاری توان‌یابان مشهد بود. پس از غربالگری اولیه و بررسی وضعیت هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۶۰ نفر از معلولینی که دارای نارسایی در

خواسته‌ها، مقتضیات و فشارهای محیط تأثیر می‌گذارد. این رویکرد شامل الگوی Bar-On است که هوش هیجانی را مجموعه مرکبی از خودآگاهی هیجانی و نیز مهارت‌ها و ویژگی‌های دیگری می‌داند که بر موفق شدن فرد در مقابله با فشارها و خواسته‌های محیط تأثیر می‌گذارد. هوش هیجانی با رضایت از زندگی و کیفیت و کمیت ارتباطات اجتماعی رابطه معنی‌دار مثبت دارد؛ به طوری که مشخص شده است که هوش هیجانی بسیار بیشتر از شخصیت فرد تعیین کننده وسعت شبکه روابط اجتماعی و تحول مهارت‌های اجتماعی آن‌ها می‌باشد (۲۱). پژوهشگران متعددی ابراز داشته‌اند که هوش هیجانی بر ادراک، معنی بخشی تجربه‌ها، تصمیم‌گیری مناسب و تحول مهارت‌های اجتماعی فرد تأثیر چشم‌گیری می‌گذارد؛ به گونه‌ای که افرادی که در مدیریت کردن حالت‌های هیجانی خود و دیگران ناتوان هستند، مهارت‌های اجتماعی و حمایتی کمتری دارند (۲۲). در سال‌های اخیر در بسیاری از پژوهش‌ها، به تأثیر برنامه‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی در بهبود و ارتقای مهارت‌های اجتماعی معلولین اشاره شده است.

مطالعات انجام شده در حیطه برنامه‌های یادگیری اجتماعی و هیجانی (Social emotional learning یا SEL)، اهمیت و تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی را نشان می‌دهند. نتایج این پژوهش‌ها بیانگر این است که آموزش‌های انجام شده با استفاده از برنامه‌های یادگیری اجتماعی و هیجانی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و در نهایت افزایش هوش هیجانی، سطح کیفیت زندگی و بهبود کیفیت روابط اجتماعی می‌شوند (۲۳، ۲۴). در مجموع با توجه به نتایج پژوهش‌های متعددی که مطرح شد، می‌توان اذعان نمود که یک راه پیشنهادی جهت بهبود سطح هوش هیجانی معلولین جسمی- حرکتی ایجاد و گسترش مهارت‌های اجتماعی در آن‌ها می‌باشد که مستلزم آموزش مهارت‌های ویژه‌ای تحت عنوان آموزش مهارت‌های اجتماعی است (۲۵). این آموزش اشاره به یک رویکرد درمانی جامع دارد که از اصول یادگیری برای افزایش توانایی‌های بین فردی مراجع استفاده می‌کند و به طور مستقیم به سراغ

جلسه هشتم: موانع ارتباط مؤثر، پیامدهای فقدان مهارت‌های ارتباطی
 جلسه نهم: مهارت‌های شنیدن فعال (گوش دادن مؤثر)، بررسی مؤلفه‌های توجه
 جلسه دهم: مهارت‌های شنیدن فعال (انعکاس، خلاصه کردن و ...)

جلسه یازدهم: عوامل مؤثر در نفوذ کلام تنظیم آوایی و لحن، مخاطب‌شناسی
 جلسه دوازدهم: ابراز وجود (با تأکید بر پرهیز از ترحم)، مواجهه مؤثر با ترس اجتماعی

جلسه سیزدهم: فهم پیش‌داوری‌ها، مواجهه مؤثر با پیش‌داوری بدفهمی معلولیت در اجتماع
 جلسه چهاردهم: مدیریت بحث و اقناع، انواع بحث (جهت‌گیری‌ها: برد- برد، برد- باخت، باخت- باخت)

جلسه پانزدهم: مرور مطالب آموزش داده شده و رفع اشکال، مهارت‌ورزی، جمع‌بندی مباحث و اجرای برنامه پایانی و آماده‌سازی برای تداوم فعالیت‌ها در زندگی روزمره.
 جهت بررسی رضایت‌مندی آزمودنی‌ها در این طرح پژوهشی، مشارکت کنندگان نسبت به نحوه اجرای برنامه‌های آموزشی و کارگاه آموزشی به صورت کلی توجیه گردیدند و فرم رضایت‌نامه به آن‌ها ارائه شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های ذیل استفاده شد.

الف) پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی

این پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته سؤال‌هایی درباره جنس، سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت اشتغال، علت معلولیت، شدت معلولیت، نوع معلولیت، وضعیت استفاده از وسیله کمکی و ... را شامل می‌شود.

ب) پرسش‌نامه هوش هیجانی Bar-On (Bar-On emotional intelligence inventory) (۱۵)

پرسش‌نامه ۱۳۳ سؤالی هوش هیجانی Bar-On، ۱۵ زیر مقیاس (۱) عوامل درون فردی (Inter personal) در ۵ مقوله خودآگاهی هیجانی (Emotional self awareness)، جرأت‌مندی (Assertiveness)، خود تحقق‌دهی (Self actualization)، استقلال (Independence) و احترام به

مهارت‌های اجتماعی و هوش هیجانی بودند، انتخاب شدند و از بین آن‌ها با توجه به نمرات مهارت‌های اجتماعی و سطح هوش هیجانی با استفاده از روش رتبه‌بندی ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و شاهد به صورت تصادفی جای‌دهی شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یکی از انواع معلولیت‌های جسمی- حرکتی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن نارسایی و معلولیت ذهنی و حسی ضایعات عصب‌شناختی دیگر، داشتن تمایل به شرکت در مطالعه و جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی بود.

شیوه اجرای پژوهش

پژوهش حاضر به دلیل ماهیت نیمه آزمایشی بودن و تهیه برنامه آموزشی مناسب و نیز تعداد سنجش‌های انجام شده در قالب دو مرحله انجام شد. مرحله اول غربالگری اولیه و بررسی وضعیت هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی معلولین جسمی- حرکتی بود. مرحله دوم روند تدوین مداخله درمانی بود که بر اساس تحلیل تکلیف و به شیوه تدوین طرح درس با استفاده از جدول محتوای هدف طی ۴ جلسه تدوین گردید. نتیجه نهایی جلسات طراحی و برنامه به صورت یک طرح کلی شامل جلسات پانزده‌گانه تدوین شد. جلسات به صورت کارگاه آموزشی و دو جلسه در هر هفته برگزار شد. محل برگزاری جلسات مجتمع آموزشی نیکوکاری توان‌یابان مشهد بود.

جلسه اول: تشکیل گروه، معارفه اعضاء، طرح و توضیح قوانین، اهداف و انتظارات گروه

جلسه دوم: جایگاه هیجان در زندگی، خود آگاهی هیجانی، شناخت و بیان هیجان چهره‌ای، بررسی و درجه‌بندی وضعیت هیجانی

جلسه سوم: پیگیری مشکلات روان- تنی در فرد و خانواده (معلولین)

جلسه چهارم: خودمختاری هیجانی (خود کنترل نمای)، تکلم درونی

جلسه پنجم: تحلیل چرخه (رخداد، تعبیر، پیامد)
 جلسه ششم: همدلی حالات چهره و زبان تن
 جلسه هفتم: اهمیت و انواع ارتباط در زندگی

(Social expressivity)، مقیاس حساسیت اجتماعی (Social sensivity) و مقیاس کنترل اجتماعی (Social control) می‌باشند. برای نمره‌گذاری ماده‌ها از یک مقیاس پنج امتیازی به سبک لیکرت (۱ تا ۵) استفاده می‌شود. هیچ محدودیت زمانی جهت تکمیل پرسش‌نامه برای آزمودنی‌ها وجود ندارد و آن‌ها باید پرسش‌نامه را در یک جلسه و در محیطی آرام تکمیل کنند. Regio در سال ۱۹۸۹ اعتبار SSI را با روش بازآزمایی و Cronbach's alpha بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۶ برآورد کرد. نتیجه پژوهش اصلانخوانی و همکاران (۳۸) نیز نشان داد که ضرایب اعتبار با روش Cronbach's alpha بین ۰/۵۳ و ۰/۹۳ است. مطابق مطالعه Regio در سال ۱۹۸۹ مشخص شد که تمام مقیاس‌های SSI با هم همبستگی مثبت دارند. پژوهش‌ها همچنین نشان دادند که SSI با آزمون‌های معتبر همبستگی معنی‌داری دارد (۳۹).

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS^{۱۶}، علاوه بر شاخص‌های توصیفی جهت تحلیل داده‌های پژوهش از آزمون ANCOVA چند متغیری استفاده شد.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا یافته‌های جمعیت‌شناختی ارائه شده است و سپس با ذکر اطلاعات توصیفی، نتایج اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی معلولین جسمی-حرکتی با استفاده از ANCOVA چند متغیری نشان داده شده است.

اطلاعات جمعیت‌شناختی

بیش‌ترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط به دامنه سنی ۳۵-۲۵ (۵۳/۳ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۴۵ سال و بیشتر (۶/۷ درصد) بود. در گروه شاهد بیش‌ترین فراوانی مربوط به دامنه سنی ۳۵-۲۵ (۶۰ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به دامنه‌های سنی ۴۵-۳۵ سال و ۴۵ سال و بیشتر بود. بیش‌ترین فراوانی در هر دو گروه را افراد مجرد تشکیل می‌دادند (جدول ۱).

از نظر وضعیت اشتغال، بیش‌ترین فراوانی در گروه آزمایش

خود (Self regard)، ۲ عوامل بین فردی (Intra personal) ۳ همدلی (Empathy)، ۴ مسؤلیت‌پذیری اجتماعی (Social responsibility)، ۵ روابط بین فردی (Interpersonal relationship)، ۶ سازش‌پذیری (Adaptability)، ۷ حل مسأله (Problem solving)، ۸ واقعیت‌آزمایی (Reality testing)، ۹ انعطاف‌پذیری (Flexibility)، ۱۰ مدیریت تنیدگی (Stress management)، ۱۱ تحمل تنیدگی (Stress tolerance)، ۱۲ مهار برانگیختگی (Impulse control)، ۱۳ خلق عمومی (General mood)، ۱۴ شادکامی (Happiness) و ۱۵ خوش‌بینی (Optimism) را با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم = ۰ تا کاملاً موافقم = ۴) اندازه‌گیری می‌کند. ضرایب همسانی درونی زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. همچنین برای خرده مقیاس‌های تحمل تنیدگی، مهار برانگیختگی و انعطاف‌پذیری به ترتیب ضرایب بازآزمایی ۰/۹۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های جرأت‌مندی، مسؤلیت‌پذیری اجتماعی و استقلال ضرایب بازآزمایی ۰/۵۸، ۰/۶۲ و ۰/۶۵ گزارش شده است. در ضرایب اعتبار به روش Cronbach's alpha میانگین ضرایب آلفا برابر ۰/۷۳ بود. بالاترین ضریب آلفا در مورد خرده مقیاس احترام به خود ۰/۸۵ و کمترین ضریب آلفا برای خرده مقیاس مسؤلیت‌پذیری اجتماعی ۰/۵۰ به دست آمد (۳۸).

ج) پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی (SSI) یا (Social skills inventory)

پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی توسط Regio در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۹۰ سؤال است که به عنوان یک خود گزارشی کوتاه اما جامع برای ارزیابی مهارت‌های اجتماعی طرح شده است و مهارت‌های اجتماعی را در دو سطح هیجانی (بیانگری، حساسیت و کنترل) و اجتماعی (بیانگری، حساسیت و کنترل) اندازه می‌گیرد. این مقیاس‌ها عبارت از مقیاس بیانگری هیجانی (Emotional expressivity)، مقیاس حساسیت هیجانی (Emotional sensivity)، مقیاس کنترل هیجانی (Emotional control)، مقیاس بیانگری اجتماعی

از نوع ضعف عضلانی و انقباضات عضلانی است. همچنین در گروه آزمایش بیش‌ترین فراوانی مربوط به معلولینی بود که دارای معلولیت جسمی- حرکتی در حد متوسط بودند (۶۰ درصد) و کم‌ترین فراوانی مربوط به معلولینی بود که دارای معلولیت جسمی- حرکتی در حد کم بودند. در گروه شاهد بیش‌ترین فراوانی مربوط به معلولینی بود که دارای معلولیت جسمی- حرکتی در حد متوسط بودند (۵۳/۳ درصد) و کم‌ترین فراوانی مربوط به معلولینی بود که دارای معلولیت جسمی- حرکتی در حد کم (۲۰ درصد) بودند (جدول ۳).

نمرات پس‌آزمون شاخص‌های توصیفی نشانگر آن است که هوش هیجانی کلی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد افزایش یافته است (جدول ۴).

به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی معلولین جسمی- حرکتی از روش آماری ANCOVA چند متغیری استفاده شد. بدین منظور گروه آموزش مهارت‌ها به عنوان متغیر مستقل، نمرات پیش‌آزمون سازه هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن به عنوان متغیرهای هم‌پراش و نمرات پس‌آزمون سازه هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن به عنوان متغیرهای وابسته وارد فرایند تحلیل گردید. آزمون Bartlett به منظور همبستگی بین اندازه‌های وابسته استفاده شد. نتایج نشان داد که این آزمون معنی‌دار می‌باشد $\{X^2(2) = 123/35, P = 0/01\}$. این امر نشانگر آن است که همبستگی کافی بین اندازه‌های وابسته برای انجام ANCOVA چند متغیری وجود دارد. نتایج ANCOVA چند متغیری نشانگر آن است که هوش هیجانی کلی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد افزایش یافته است $\{Wilks' \lambda = 0/443, F(5, 18) = 4/52, P = 0/008\}$.

همچنین نتایج نشانگر معنی‌دار بودن تفاوت عملکرد گروه‌های پژوهش در نمرات سازه هوش هیجانی (سطح کلی) $\{F(1, 22) = 22/16, P = 0/02\}$ می‌باشد و می‌توان مطرح کرد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش نمره هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش شده است. آموزش مهارت‌های اجتماعی بیش‌ترین اثربخشی را بر مؤلفه‌های روابط بین فردی $\{F(1, 22) = 24/02, P = 0/01\}$ ،

جدول ۱. جنسیت، دامنه سنی و وضعیت تأهل

گروه آزمایش		گروه شاهد	
جنسیت	مرد	۳۳/۳	۲۰
(درصد)	زن	۶۶/۷	۸۰
دامنه سنی	۱۵-۲۵	۱۳/۳	۴۰
(درصد)	۲۵-۳۵	۵۳/۳	۶۰
	۳۵-۴۵	۲۸/۷	۰
	۴۵ و بیشتر	۶/۷	۰
وضعیت	مجرد	۹۳/۳	۹۳/۳
تأهل	متأهل	۶/۷	۰
(درصد)	متارکه-	۶/۷	۰
	مطلقه	۰	۶/۷

مربوط به معلولین در حال آموزش تحصیلی- حرفه‌ای (۶۰ درصد) و کم‌ترین فراوانی مربوط به معلولین دارای شغل آزاد و یا بی‌کار بود. در گروه شاهد بیش‌ترین فراوانی مربوط به معلولین در حال آموزش تحصیلی- حرفه‌ای (۸۰ درصد) و کم‌ترین فراوانی مربوط به معلولین کارمند یا بی‌کار بود. بنابراین بیش‌ترین فراوانی در هر دو گروه را معلولین در حال آموزش تحصیلی- حرفه‌ای تشکیل می‌دادند (جدول ۲).

جدول ۲. سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال

گروه آزمایش		گروه شاهد	
سطح	ابتدایی	۶/۷	۶/۷
تحصیلات	سیکل	۲۰	۲۶/۷
(درصد)	دیپلم	۷۳/۳	۴۰
	کارشناسی و بالاتر	۰	۲۶/۷
وضعیت	آزاد	۶/۷	۳/۱۳
اشتغال	کارمند	۶/۷	۰
(درصد)	خانه‌دار	۲۰	۰
	دانشجو- کارآموز	۶۰	۸۰

از نظر نوع معلولیت، در گروه آزمایش بیش‌ترین فراوانی مربوط به معلولین با معلولیت از نوع فلج اطفال (۴۰ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به معلولین با معلولیت از نوع کوتاه قدی و گودی ستون فقرات بود. در گروه شاهد بیش‌ترین فراوانی مربوط به معلولین با معلولیت از نوع فلج اطفال (۲۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به معلولین با معلولیت

جدول ۳. نوع، علت و شدت معلولیت جسمی - حرکتی

گروه شاهد	گروه آزمایش	
۲۶/۷	۴۰	فلج اطفال
۶/۷	۱۳/۳	فلج مغزی
۲۰	۶/۷	قطع نخاع
۶/۷	۶/۷	شکاف ستون فقرات
۶/۷	۶/۷	کجی ستون فقرات
۶/۷	۰	گودی ستون فقرات
۶/۷	۰	کوتاه قدی
۶/۷	۶/۷	نقص اتصال استخوانی
۱۳/۳	۶/۷	التهاب مفاصل
۰	۶/۷	انقباضات عضلانی
۰	۶/۷	ضعف عضلانی
۶۰	۳۳/۳	ژنتیکی (مادرزادی)
۱۳/۳	۲۰	آسیب‌دیدگی (حادثه‌ای)
۲۶/۷	۴۶/۷	بیماری عفونی - ویروسی
۲۰	۰	کم
۵۳/۳	۶۰	متوسط
۲۶/۷	۴۰	شدید

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن

گروه‌های پژوهش		
شاهد	آزمایش	مؤلفه‌های هوش هیجانی
۱۹/۵۵ ± ۲/۴۶	۵۶/۷ ± ۳/۲۸	هوش هیجانی (کلی)
۷۳/۸۰ ± ۸/۲۲	۹۷/۶۰ ± ۱۹/۱۳	روابط بین فردی
۵۹/۲۶ ± ۵/۸۸	۷۵/۳۳ ± ۱۲/۹۴	روابط درون فردی
۴۶/۲۶ ± ۶/۰۱	۶۵/۳۳ ± ۱۵/۰۵	سازگاری
۳۲/۰۶ ± ۵/۰۹	۴۳/۵۳ ± ۱۱/۱۵	کنترل استرس

فردی $\{F_{(1, 22)} = 13/61, P = 0/01\}$ و سازگاری $\{F_{(1, 22)} = 20/47, P = 0/01\}$ و کم‌ترین اثربخشی را بر مؤلفه کنترل استرس $\{F_{(1, 22)} = 8/69, P = 0/01\}$ داشته است (جدول ۵).

بحث

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، معلولیت از وجود اختلال در رابطه بین فرد و محیط ناشی می‌شود و بر اساس یک الگوی زیستی، روانی و اجتماعی قابل تبیین می‌باشد.

خلق عمومی $\{F_{(1, 22)} = 13/55, P < 0/01\}$ روابط درون

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات پس‌آزمونی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
روابط درون فردی	۳۳۶۸/۷۷	۱	۳۳۶۸/۷۷	۱۳/۶۱*	۰/۳۸
روابط بین فردی	۲۲۵۶/۴۰	۱	۲۲۵۶/۴۰	۲۴/۰۲*	۰/۵۲
سازگاری	۲۹۱۰/۱۷	۱	۲۹۱۰/۱۷	۲۰/۴۷*	۰/۴۸
کنترل استرس	۸۰۰/۴۴	۱	۸۰۰/۴۴	۸/۶۹*	۰/۲۸
خلق عمومی	۵۷۶/۵۹	۱	۵۷۶/۵۹	۱۳/۵۵*	۰/۳۸
هوش هیجانی (کلی)	۴۴۸۵۶/۴۴	۱	۴۴۸۵۶/۴۴	۲۲/۱۶*	۰/۵۰

* $P < 0/01$

پژوهش وجود داشت و این یافته همخوان با نتایج پژوهش‌های متعدد می‌باشد (۲۹-۲۶).

نتیجه‌گیری

بنابراین می‌توان این گونه تبیین نمود که هوش هیجانی بر خلاف هوش شناختی قابل تحول و تغییر است و می‌توان از طریق آموزش‌های ویژه مانند آموزش‌های مهارت اجتماعی میزان آن را افزایش داد و سطح کمی و کیفی آن را بهبود بخشید و یافته‌های پژوهش حاضر نیز حاکی از این اثربخشی می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر از این مبنا حمایت می‌کند که هوش هیجانی اجتماعی نقطه تلاقی توانمندی‌ها، مهارت‌ها و تسهیل‌کننده‌های هیجانی و اجتماعی فرد است که با یکدیگر ارتباط متقابل دارند. این مجموعه مشخص می‌کند که فرد تا چه اندازه در درک و ابراز هیجان‌ات خود و دیگران، برقراری ارتباط با دیگران و مقابله با نیازها و مشکلات زندگی روزمره به شیوه‌ای اثربخش عمل می‌کند. بنابراین هوش هیجانی اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان مطرح شود و کاربرد هوشمندانانه آن‌ها عامل ضروری در سازگاری جسمانی و روان‌شناختی- اجتماعی است، چنان‌چه بر اثر آموزش مهارت‌های اجتماعی سطح هوش هیجانی کلی معلولین افزایش معنی‌داری یافته است (۹-۵).

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های این پژوهش عدم دسترسی به تعداد بیش‌تری از افراد دارای ناتوانی جسمی- حرکتی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متنوع (سن، جنس، وضعیت اشتغال، شدت معلولیت و ...) به دلایلی مانند عدم مناسب‌سازی فضاهای شهری و آموزشی که منجر به مشکلات حمل و نقل، حضور نداشتن در مراکز و نهادهای آموزشی می‌شود، بود. همچنین نتیجه پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر بهبود این مهارت‌ها و بهبود سطح هوش هیجانی فاقد بررسی پیگیری بلندمدت است.

پیشنهادها

با توجه به محدودیت‌های این مطالعه، پژوهش‌های آینده

بنابراین معلولیت جدا از محدودیت‌ها یا مشکلاتی که از نظر کنشی در فرد معلول ایجاد می‌کند، ممکن است تأثیرات سوء روان‌شناختی در اثر تعاملات اجتماعی بر شخصیت فردی و اجتماعی معلولین جسمی- حرکتی داشته باشد (۲، ۱). به عبارت دیگر وجود عواملی مانند کمبود ادغام اجتماعی، فقدان آموزش و عدم دریافت خدمات و فرصت‌های اجتماعی به دلیل ویژگی‌های نامناسب خدمات و موانع محیطی، پیام‌های اجتماعی منفی به دلیل عدم درک مناسب اجتماع از پدیده معلولیت و معلول (به این معنی که تنها معیار سنجش موفقیت معلول استانداردهای دنیای افراد غیر معلول است)، نگرش معلول نسبت به معلولیت خود (معلول شرایط خود را یک تنبیه ناعادلانه می‌داند، نمی‌تواند به تجارب موفق افراد غیر معلول دست پیدا کند) و ... سبب می‌شود که معلولین جسمی- حرکتی دارای نارسایی‌های گسترده مهارت‌های اجتماعی شوند. نارسایی‌هایی که به دلیل همپوشی بسیاری با حیطه‌های سلامت روانی- اجتماعی به مرور زمان و در رویارویی با مراحل مختلف زندگی، گسترده و حتی تشدید می‌گردند (۲۳-۱۶). فقدان مهارت‌های زندگی و نارسایی مهارت‌های اجتماعی که منجر به کمبود اعتماد به نفس و خود باوری، فقدان انگیزه فردی و اجتماعی، عدم برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، مورد سوء استفاده روانی، جسمی و جنسی واقع شدن، ناتوانی در به دست آوردن و حفظ شغل مناسب و متناسب با توانایی‌ها و علایق، کاهش سطح کیفیت زندگی، کاهش سطح مؤلفه‌های هیجانی و شناختی مانند هوش هیجانی و در نهایت فقدان سلامت بهینه روانی می‌شود، در بسیاری از موارد معلولان جسمی- حرکتی را به معلولان اجتماعی تبدیل می‌کند (۴۰).

نتایج پژوهش حاکی از آن است که معلولین جسمی- حرکتی از سطح هوش هیجانی پایینی برخوردارند و آموزش مهارت‌های اجتماعی منجر به افزایش مؤلفه‌های هوش هیجانی آن‌ها می‌شود. چنان‌چه در سازه هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری بین هوش هیجانی کلی و مؤلفه‌های روابط درون فردی، مؤلفه روابط بین فردی، مؤلفه سازگاری، مؤلفه کنترل استرس و خلق عمومی گروه‌های

مهارت‌هایی که به طور بنیادی بر کارکردهای آموزشی، شغلی و اجتماعی افراد دارای ناتوانی جسمی- حرکتی اثر می‌گذارد و نقش اساسی در پیشرفت تحصیلی و موفقیت در زندگی آن‌ها دارد و به آن‌ها کمک می‌کند که توانمندی‌های خود را بشناسند و اهداف واقع‌بینانه برگزینند، توجه و اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از کارآموزان و مسؤولان مجتمع نیکوکاری آموزشی توان‌یابان مشهد که همواره همکاری داشته‌اند، نهایت سپاسگذاری را ابراز نماییم.

می‌توانند با طرح بررسی‌های بلندمدت پیگیری تأثیر این آموزش را بیشتر تبیین نمایند. همچنین با تأکید به دیدگاه‌های نوین در حیطه توان‌بخشی بالاصح توان‌بخشی مبتنی بر اجتماع، به مسؤولان و نهادهای اجتماعی- درمانی پیشنهاد می‌گردد که در امر آموزش افراد با نیاز ویژه از جمله معلولین جسمی- حرکتی و به منظور پیش‌گیری از ایجاد و گسترش آسیب‌های روان‌شناختی این قشر از اجتماع، نسبت به طراحی و اجرای دوره‌های آموزش و پرورش مؤلفه‌های مؤثر بر سلامت روان مانند هوش هیجانی، خودباوری، مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های زندگی جهت دستیابی به

References

1. World Health Organization. Bulletin of world Health organization. World Health Organization 2001; 79(11): 1047-55.
2. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. Res Dev Disabil 2011; 32(3): 1212-25.
3. Brown RL, Turner RJ. Physical disability and depression: clarifying racial/ethnic contrasts. J Aging Health 2010; 22(7): 977-1000.
4. Gallucci M, Ongaro F, Meggiolaro S, Antuono P, Gustafson DR, Forloni GL, et al. Factors related to disability: Evidence from the Treviso Longeva (TRELONG) Study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2011; 52(3): 309-16.
5. Tekinarslan IC, Sucuoglu B. Effectiveness of Cognitive Process Approached Social Skills Training Program for People with Mental Retardation. International Journal of Special Education 2007; 22(2): 7-18.
6. Engelberg E, Sjoberg L. Emotional intelligence, affects intensity, and social adjustment. Personality and Individual Differences 2004; 37(3): 533-42.
7. Boyatzis, RE, Goleman, D, and Rhee, K. Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI)s. In: Bar-On R, Parker JDA, Editors. Handbook of emotional intelligence. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000. pp. 343-362.
8. Goleman D. An EI-Based Theory of Performance. In: Cherniss C, Goleman D, Editors. The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select For, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons; 2001.
9. Nosek MA, Hughes RB, Swedlund N, Taylor HB, Swank P. Self-esteem and women with disabilities. Social Science & Medicine 2003; 56(8): 1737-47.
10. Martinez-Pons M. The relation of emotional intelligence with selected area of personal functioning. J Aging Health 1986; 25(1): 45-58.
11. Ayotola A, Adedeji T. The relationship between mathematics self-efficacy and achievement in mathematics. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2009; 1(1): 953-7.
12. MacInnes DL. Self-esteem and self-acceptance: an examination into their relationship and their effect on psychological health. J Psychiatr Ment Health Nurs 2006; 13(5): 483-9.
13. Sattari B, Omidvar KH, Yaghoobi V. Compare attitude with disable people in their families. Rehabilitation 2006; 6(3): 25-32.
14. Maziak W, Asfar T, Mzayek F, Fouad FM, Kilzieh N. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. Soc Sci Med 2002; 54(9): 1419-27.
15. Spencer T. The role of research in the lives of people with disability. Too little too late? The Exceptional parent. Eur J Dev Psychol 2007; 37(5): 78-82.
16. Maltby J, Day L, McCutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. Personality and coping: a context for examining celebrity worship and mental health. Br J Psychol 2004; 95(Pt 4): 411-28.

17. Austin EJ, Saklofske DH, Egan V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 2005; 38(3): 547-58.
18. Brackett MA, Mayer JD, Warner RM. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences* 2004; 36(6): 1387-402.
19. Meyer BB, Fletcher TB. Emotional intelligence: a theoretical overview and implications for research and professional practice in sport psychology. *Journal of Applied Sport Psychology* 2007; 19(1): 1-15.
20. Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science* 2005; 14(2): 281-301.
21. Extremera N, Fernandez-Berrocal P. Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *Span J Psychol* 2006; 9(1): 45-51.
22. Rogers P, Qualter P, Phelps G, Gardner K. Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences* 2006; 41(6): 1089-105.
23. Gresham FM, Van MB, Cook CR. Social Skills Training for Teaching Replacement Behaviors: Remediating Acquisition Deficits in At-Risk Students. *Behavioral Disorders* 2006; 31(4): 363-77.
24. Aydogan Y, Klinc FE, Tepeta S. Identifying parent views regarding social skills. *Procedia -Social and Behavioral Sciences* 2009; 1(1): 1507-12.
25. Mitchell D. *What Really Works in Special and Inclusive Education: Using evidence-based teaching strategies*. New York, NY: Taylor & Francis; 2007.
26. Collins ME, Mowbray CT, Bybee D. Measuring coping strategies in an educational intervention for individuals with psychiatric disabilities. *Health Soc Work* 1999; 24(4): 279-90.
27. Reed MK. Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence* 1994; 29(114): 293-302.
28. Bieber A, Shut F. The use of derma to skills. *Journal of Visual Impairment Blindness* 1991; 85(2): 34-355.
29. Verger P, Aulagnier M, Souville M, Ravaud JF, Lussault PY, Garnier JP, et al. Women with disabilities: general practitioners and breast cancer screening. *Am J Prev Med* 2005; 28(2): 215-20.
30. Bahramgiri F. Effectiveness training social skills to students with low mental retardation [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Azahra University; 2002. p. 14-8.
31. Bult MK, Verschuren O, Gorter JW, Jongmans MJ, Piskur B, Ketelaar M. Cross-cultural validation and psychometric evaluation of the Dutch language version of the Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) in children with and without physical disabilities. *Clin Rehabil* 2010; 24(9): 843-53.
32. Kahzaie F. Effectiveness training social skills to students with depression [MSc Thesis]. Zahedan, Iran: Zahedan University; 2001. p. 26-8.
33. Fisher PH, Masia-Warner C, Klein RG. Skills for social and academic success: a school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2004; 7(4): 241-9.
34. Connors GJ, Walitzer KS. Reducing alcohol consumption among heavily drinking women: evaluating the contributions of life-skills training and booster sessions. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(3): 447-56.
35. Short BA. Social skills training to increase self- concept in children with ADHD. *J of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2006; 50(4): 140-62.
36. Hernandez H. *Social Skills Training: A Comparison of a 12-week Training Program to a 24-week Training Program*. California, CA: California State University, Fresno; 2006.
37. Celeste M. Social Skills Intervention for a Child Who Is Blind. *Journal of Visual Impairment & Blindness* 2007; 101(9): 521-33.
38. Aslankhani M, Abdoli B, Zamani H, Rezaie Z. Emotional intelligence in attlrtes with Disabilities. *Journal of Iranian Psychologists* 2009; 6(21): 15-21.
39. Riggio RE. *Social skills inventory: manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1989.
40. Samar VJ, Poollard R, Sutter E, O Hearn A, Barnetts LP. Deaf young adults self-reported suicide attemjpt rate: Role of reaking and gender mach. *Proceedings of the Pacific Rim International Conference on Disability and Diversity*; 2007 Apr 29-30; Honolulu, Hawaii; 2007.

Effectiveness of social skills training on emotional intelligence of people with physical disabilities

Mona Heydari Poor¹, Ali Mashhadi^{*}, Sayed Mohsen Asghari Nekah²

Received date: 19/04/2012

Accept date: 05/08/2012

Abstract

Introduction: This research investigated the impact of social skills training on emotional intelligence of people with physical disability in Mashhad city, Iran.

Materials and Methods: A quasi-experimental design was used in this study (pre-post test with sham control group). The statistical society of study was included of all physical disabled people (108 subjects) in the charity educational complex (Tavanyaban Mashhad, Iran). Following the initial screening, 30 individuals with the most insufficiency in the terms of social skills and emotional intelligence were selected. They were randomly assigned into two experimental and sham control groups. The experimental group received social skills education during 15 sessions. Social skills inventory of Regio and Bar-On questionnaire were used to collect the data. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The experimental and sham control groups were significantly different in interpersonal relations [$F_{(1, 22)} = 13.61, P = 0.01$], intrapersonal relations [$F_{(1, 22)} = 24.02, P = 0.01$], adaptability [$F_{(1, 22)} = 20.47, P < 0.01$], stress management [$F_{(1, 22)} = 8.69, P = 0.01$], general mood [$F_{(1, 22)} = 13.55, P = 0.00$] and the overall emotional intelligence [$F_{(1, 22)} = 22.16, P = 0.02$]. Social skills training had the greatest effect on the interpersonal and intrapersonal relationships, general mood, adaptability and minimum effect on stress management.

Conclusion: It seems that learning social skills increases the overall level of emotional intelligence in subjects with physical disability and therefore improves the mental-social health level in these people.

Keywords: Physical disability, Emotional intelligence, Social skills training

Type of article: Original article

* Assistant Professor of Psychology, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
Email: mashhadia@yahoo.com

1. MA in General Psychology, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2. Assistant Professor of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran