

دستورالعمل  
پایه آیین‌نامه

## تعهدنامه‌ی اصالت اثر و رعایت حقوق دانشگاه

تمامی حقوق مادّی و معنوی مترتب بر نتایج، ابتکارات، اختراعات و نوآوری‌های ناشی از انجام این پژوهش، متعلق به **دانشگاه محقق اردبیلی** می‌باشد. نقل مطلب از این اثر، با رعایت مقررات مربوطه و با ذکر نام دانشگاه محقق اردبیلی، نام استاد راهنما و دانشجو بلامانع است.

اینجانب **محمد نظری گندشمین** دانش‌آموخته‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی **روان شناسی** گرایش **عمومی** دانشکده‌ی **علوم تربیتی و روان شناسی** دانشگاه محقق اردبیلی به شماره‌ی دانشجویی **۹۱۱۱۱۵۳۱۱۸** که در تاریخ **۲۸ / ۱۰ / ۹۳** از پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود تحت عنوان: «**بررسی نقش هوش هیجانی و نگرشهای صمیمانه در پیش بینی سلامت روان و کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی**»

دفاع نموده‌ام، متعهد می‌شوم که:

(۱) این پایان‌نامه را قبلاً برای دریافت هیچ‌گونه مدرک تحصیلی یا به عنوان هرگونه فعالیت پژوهشی در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی و پژوهشی داخل و خارج از کشور ارائه ننموده‌ام.

(۲) مسئولیت صحّت و سقم تمامی مندرجات پایان‌نامه‌ی تحصیلی خود را بر عهده می‌گیرم.

(۳) این پایان‌نامه، حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب می‌باشد.

(۴) در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران استفاده نموده‌ام، مطابق ضوابط و مقررات مربوطه و با رعایت اصل امانتداری علمی، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در متن و فهرست منابع و مأخذ ذکر نموده‌ام.

(۵) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هرگونه بهره‌برداری اعم از نشر کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه‌ی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی، مجوزهای لازم را اخذ نمایم.

(۶) در صورت ارائه‌ی مقاله‌ی مستخرج از این پایان‌نامه در همایش‌ها، کنفرانس‌ها، سمینارها، گردهمایی‌ها و انواع مجلات، نام دانشگاه محقق اردبیلی را در کنار نام نویسندگان (دانشجو و اساتید راهنما و مشاور) ذکر نمایم.

(۷) چنانچه در هر مقطع زمانی، خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن (منجمله ابطال مدرک تحصیلی، طرح شکایت توسط دانشگاه و ...) را می‌پذیرم و دانشگاه محقق اردبیلی را مجاز می‌دانم با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات مربوطه رفتار نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو: **محمد نظری گندشمین**

امضا

تاریخ



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی  
گروه آموزشی روان‌شناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد  
در رشته‌ی روانشناسی گرایش عمومی

**عنوان:**

**بررسی نقش هوش هیجانی و نگرشهای صمیمانه در پیش‌بینی سلامت روان و کیفیت  
زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی**

**استاد راهنما:**

دکتر نیلوفر میکاییلی

**استاد مشاور:**

دکتر محمد نریمانی

**پژوهشگر:**

محمد نظری گندشمین

زمستان ۱۳۹۳



دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان شناسی  
گروه آموزشی روان شناسی

پایان نامه برای دریافت درجه‌ی کارشناسی ارشد  
در رشته‌ی روان شناسی گرایش عمومی

**عنوان:**

**بررسی نقش هوش هیجانی و نگرشهای صمیمانه در پیش بینی سلامت روان و کیفیت  
زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی**

**پژوهشگر:**

محمد نظری گندشمین

ارزیابی و تصویب شده‌ی کمیته‌ی داوران پایان نامه با درجه‌ی عالی

نام و نام خانوادگی	مرتبه‌ی علمی	سمت	امضاء
نیلوفر میکاییلی	دانشیار	استاد راهنما و رئیس کمیته‌ی داوران	
محمد نریمانی	استاد	استاد مشاور	
محمد نریمانی	استاد	داور	

دی ماه ۱۳۹۳

## تقدیم به :

خدا یا گاه کوچکی و ناتوانی ام مرالال می کند  
بعد بزرگواری توبه من جرأت حرف زدن می دهد و به حرفم می آورد  
گاه وضع خودم نا امیدم می کند.  
بعد فکر لطف تو باز سر ذوقم می آورد و به من شوق نوشتن می بخشد.

تقدیم به :

روح پاک پدرم، مادرم عزیزم.

این پژوهش ارزشانی نگاه مهربان عزیزان است که مهربان و در شان، همیشه بروی دقت زندگی ام جاریست.

# پاسکزاری:

انسان کارآموز نخب استادش است:

تقدیم به استاد که تقدیرم:

«دکتر نیلوفر میکاییلی»

که محبت ایشان فراتر از مرز اندازه ها

را همسایه ایشان فراتر از مرز ارزش ها

و مقامشان فراتر از مرز میان هست

نام خانوادگی دانشجو:	نظری گندشمین	نام: محمد
عنوان پایان‌نامه: بررسی نقش هوش هیجانی و نگرش‌های صمیمانه در پیش‌بینی سلامت روان و کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی		
استاد (اساتید) راهنما: دکتر نیلوفر میکائیلی		
استاد (اساتید) مشاور: پروفسور محمد نریمانی		
مقطع تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی	
گرایش: عمومی	دانشگاه: محقق اردبیلی	
دانشکده: علوم تربیتی و روان‌شناسی	تاریخ دفاع: ۹۳/۱۰/۲۸	تعداد صفحات: ۱۶۷
چکیده:		
<p>هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش هوش هیجانی و نگرش‌های صمیمانه در پیش‌بینی سلامت روان و کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معلولان سازمان بهزیستی اردبیل است. در پژوهش حاضر از ۶۰ آزمودنی که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری میزان تمایل آزمودنی‌ها به برقراری روابط صمیمی از فرم تجدید نظر شده مقیاس اندازه‌گیری نگرش‌های صمیمانه استفاده شد و برای اندازه‌گیری هوش هیجانی از آزمون هوش هیجانی بار - اُن استفاده شد. فرم ۳۶ عبارتی که توسط اورلی (۱۹۹۲) طراحی شده، برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی و از مقیاس تجدیدنظر شده نود سؤالی علائم روانی (R90+SCL-)، برای اندازه‌گیری سلامت روان معلولان بکار گرفته شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین تمام مؤلفه‌های هوش هیجانی و سلامت روان، بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی معلولان جسمی حرکتی، بین نگرش به صمیمیت و سلامت روان معلولان جسمی حرکتی و بین نگرش به صمیمیت و کیفیت زندگی معلولان جسمی حرکتی رابطه مثبت وجود دارد، مورد تأیید قرار گرفت. و پژوهش نشان داد که متغیرهای هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت به طور معنی‌داری سلامت روان را در معلولان جسمی حرکتی تبیین می‌کنند، نقش این متغیرها در پیش‌بینی سلامت روان معلولان جسمی حرکتی ۴۸ درصد بود و دیگر اینکه براساس یافته‌ها متغیرهای هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت به طور معنی‌داری کیفیت زندگی را در معلولان جسمی حرکتی تبیین می‌کنند، نقش این متغیرها در پیش‌بینی کیفیت زندگی معلولان جسمی حرکتی ۳۵ درصد بود. این یافته‌ها از اهمیت هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت در ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان معلولان حکایت می‌کند.</p>		
کلیدواژه‌ها: هوش هیجانی، نگرش‌های صمیمانه، سلامت روان، کیفیت زندگی، ناتوانی جسمی حرکتی		

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
<b>فصل اول: کلیات پژوهش</b>	
۲	۱-۱- مقدمه.....
۵	۲-۱- بیان مسئله.....
۱۰	۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق.....
۱۴	۴-۱- اهداف پژوهش.....
۱۴	۵-۱- فرضیه ها.....
۱۵	۶-۱- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها.....
<b>فصل دوم: مبانی نظری پژوهش</b>	
۱۸	۱-۲- مقدمه.....
۱۸	۲-۲- معلولیت.....
۱۹	۳-۲- شیوع معلولیت در جهان و ایران.....
۲۰	۴-۲- پیامدهای معلولیت.....
۲۱	۵-۲- تعریف معلولیت.....
۲۳	۶-۲- تعریف معلول.....
۲۳	۷-۲- علل معلولیت.....
۲۵	۸-۲- انواع معلولیت.....
۲۶	۹-۲- طبقه بندی معلولین جسمی - حرکتی.....
۲۸	۱۰-۲- نیاز های معلولان جسمی.....
۲۸	۱۱-۲- راههای پیشگیری از معلولیت ها.....
۲۸	۱۲-۲- سلامت روان.....
۲۹	۱-۱۲-۲- سلامت روانی.....
۳۰	۲-۱۲-۲- تعریف سلامت روانی.....
۳۲	۳-۱۲-۲- تعریف بهداشت روان در فرهنگهای مختلف.....
۳۷	۴-۱۲-۲- اصول بهداشت روانی.....
۳۸	۵-۱۲-۲- خصوصیات افراد دارای سلامت روانی.....
۳۹	۶-۱۲-۲- عوامل موثر در تامین سلامت روان.....
۳۹	۷-۱۲-۲- نظریات مرتبط با سلامت روانی.....
۳۹	۱-۷-۱۲-۲- نظریه ی زیگموند فروید.....
۴۰	۲-۷-۱۲-۲- نظریه ی آدلر.....
۴۱	۳-۷-۱۲-۲- نظریه ی سالیون.....
۴۱	۴-۷-۱۲-۲- نظریه ی کارل راجرز.....



- ۴۲..... نظریه ی آلبرت ایس.....۵-۷-۱۲-۲
- ۴۳..... نظریات نوین مبتنی بر شناخت درمانی.....۶-۷-۱۳-۲
- ۴۴..... نظریه ی ویلیام گلاس.....۷-۷-۱۳-۲
- ۴۴..... نظریه ی اسکنیر.....۸-۷-۱۲-۲
- ۴۵..... تعاریف سلامت روان از دیدگاه مکاتب روانشناسی.....۱۳-۲
- ۴۵..... دیدگاه زیست شناختی.....۱-۱۳-۲
- ۴۵..... دیدگاه تحلیل روانی.....۲-۱۳-۲
- ۴۶..... دیدگاه رفتار گرایی.....۳-۱۳-۲
- ۴۶..... دیدگاه انسان گرایی.....۴-۱۳-۲
- ۴۷..... دیدگاه هستی گرایی.....۵-۱۳-۲
- ۴۸..... کیفیت زندگی.....۱۴-۲
- ۴۹..... تعریف کیفیت زندگی.....۱-۱۴-۲
- ۵۳..... ابعاد کیفیت زندگی.....۲-۱۴-۲
- ۵۵..... کیفیت زندگی و شخصیت فرد.....۳-۱۴-۲
- ۵۶..... نگرش به صمیمیت.....۱۵-۲
- ۵۶..... صمیمیت یعنی چه؟.....۱-۱۵-۲
- ۵۷..... ابعاد صمیمیت.....۲-۱۵-۲
- ۵۸..... صمیمیت جسمی.....۱-۲-۱۵-۲
- ۵۹..... صمیمیت عاطفی و هیجانی.....۲-۲-۱۵-۲
- ۵۹..... مهارت خودافشاگری.....۱-۲-۲-۱۵-۲
- ۶۳..... صمیمیت فکری و عقلانی.....۳-۲-۱۵-۲
- ۶۵..... تعریف صمیمیت.....۳-۱۵-۲
- ۶۸..... هوش هیجانی.....۱۶-۲
- ۷۰..... تعریف هوش هیجانی.....۱-۱۶-۲
- ۷۲..... سه برداشت متفاوت از هوش هیجانی از دیدگاه مایر وهمکاران :.....۲-۱۶-۲
- ۷۳..... نظریه های مربوط به هوش هیجانی.....۳-۱۶-۲
- ۷۳..... رویکرد توانایی ، مدل مایر وسالووی از هوش هیجانی:.....۱-۳-۱۶-۲
- ۷۴..... رویکرد ترکیبی ، مدل بار - آن از هوش هیجانی.....۲-۳-۱۶-۲
- ۷۴..... مؤلفه های هوش هیجانی از دیدگاه بار - آن.....۱-۲-۳-۱۶-۲
- ۸۰..... مدل گلنن از هوش هیجانی.....۳-۳-۱۶-۲
- ۸۱..... راه هایی برای افزایش هوش هیجانی.....۴-۱۶-۲
- ۸۱..... تحقیقات ( پیشینه پژوهش ).....۱۷-۲
- ۸۱..... تحقیقات صورت گرفته در مورد معلولان جسمی - حرکتی.....۱-۱۷-۲
- ۸۳..... تحقیقات مربوط به سلامت روان با معلولیت جسمی حرکتی.....۲-۱۷-۲
- ۸۸..... تحقیقات مربوط به سلامت روان با نگرش به صمیمیت.....۳-۱۷-۲

۹۰	۲-۱۷-۴- تحقیقات مربوط به سلامت روان با هوش هیجانی.....
۹۹	۲-۱۷-۵- تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی با معلولیت جسمی حرکتی.....
۱۰۲	۲-۱۷-۶- تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی با نگرش به صمیمیت.....
۱۰۳	۲-۱۷-۷- تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی با هوش هیجانی.....
۱۰۴	۲-۱۸- خلاصه فصل.....

### فصل سوم: مواد و روش پژوهش

۹۸	۳-۱- مقدمه.....
۹۸	۳-۲- جامعه آماری.....
۹۸	۳-۳- نمونه تحقیق.....
۹۸	۳-۴- روش پژوهش.....
۹۹	۳-۵- ابزار گردآوری اطلاعات.....
۱۰۳	۳-۶- روش اجرای پژوهش.....
۱۰۳	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات.....

### فصل چهارم: نتایج و یافته‌های پژوهش

۱۰۵	۴-۱- مقدمه.....
۱۰۵	۴-۲- یافته‌های جمعیت شناختی.....
۱۰۷	۴-۳- یافته‌های توصیفی.....
۱۰۹	۴-۴- یافته‌های استنباطی.....

### فصل پنجم: نتیجه‌گیری و بحث

۱۱۵	۵-۱- مقدمه.....
۱۱۵	۵-۲- بحث و نتیجه‌گیری.....
۱۳۰	۵-۳- محدودیت‌های پژوهش.....
۱۳۱	۵-۴- پیشنهاد‌های پژوهشی.....
۱۳۱	۵-۵- پیشنهاد‌های کاربردی.....
۱۳۳	منابع و مآخذ.....

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱: توزیع فراوانی وضعیت جنسیت در افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۰۵
جدول ۴-۲: توزیع فراوانی وضعیت شغل در افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۰۵
جدول ۴-۳: توزیع فراوانی وضعیت شدت معلولیت افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۰۶
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی وضعیت تحصیلی افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۰۶
جدول ۴-۵: توزیع فراوانی وضعیت تأهل افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۰۷
جدول ۴-۶: میانگین و انحراف معیار سن، سلامت روان و کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی.....	۱۰۷
جدول ۴-۷: میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی و نگرش‌های صمیمانه در افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی.....	۱۰۸
جدول ۴-۸: ضرایب همبستگی هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت و سلامت روان در افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۰۹
جدول ۴-۹: ضرایب همبستگی هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت و کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۱۰
جدول شماره ۴-۱۰: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری (به روش گام به گام) مؤلفه های هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت با سلامت روان افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۱۱
جدول شماره ۴-۱۱: نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری (به روش گام به گام) مؤلفه های هوش هیجانی و نگرش به صمیمیت با کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی - حرکتی.....	۱۱۲

# فصل اول:

## کلیات پژوهش

همه ما در معرض معلولیت جسمی قرار داریم و این نکته ای است که هرگز نباید آن را از خاطر ببریم (کریمی درمنی، ۱۳۸۵). معلولیت بحرانی است که هر کسی ممکن است در مسیر زندگی خود با آن روبه رو شود و بر اثر آن در موقعیتی متفاوت از گذشته یا متمایز از دیگران قرار گیرد. (مرادی، ۲۰۰۶). معلولیت تعریف واحدی ندارد (لوب و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸) و می تواند دامنه ای از خفیف تا شدید و ثابت یا موقتی را در برگیرد (برایت وایت و همکارش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). معلولیت می تواند فیزیکی، حسی یا ذهنی باشد و ممکن است زندگی روزانه و رشد شخصی و اجتماعی و همچنین تحصیلات فرد را تحت تاثیر قرار دهد (رسکام<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). پدیده معلولیت و عواقب منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن، یکی از موانع رشد و توسعه یک کشور قلمداد می گردد (لو آلامیان تیمجانی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). اغلب افراد معلول، در تمام جنبه های زندگی به حاشیه رانده شده، احتمال بیکاری به دلیل تبعیض در آنها بیشتر بوده و کیفیت زندگی آن ها بسیار پایین می باشد (لینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). ناتوانی جسمی دارای ابعاد جسمانی و روان شناختی است و همان طور که سلامت جسمی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد، سازگاری روانی \_ اجتماعی و سلامت روانی او را نیز متأثر می سازد (نوری، ۱۳۷۴) فردی که به نوعی معلولیت جسمی مبتلاست، فقدان دردناک را تجربه می کند که دارای اهمیت جسمانی و عاطفی زیادی است (کروگر<sup>۶</sup> ۱۹۸۴ به نقل از نوری، ۱۳۷۴). موانع فیزیکی، امکان حرکت و مشارکت افراد ناتوان را در روند کلی فعالیت های بشری دشوار یا غیرممکن می سازد. اما حتی مهم تر از این ها موانعی است که در محیط های روانی \_ اجتماعی فرد وجود دارد (برون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۱). افراد دچار ناتوانی اکثراً بیکار، از

- 
- 1 . Loeb M, Eide HA, Mont D
  - 2 . Braithwaite J, Mont D
  - 3 . Roskam
  - 4 . Lo Alamian Timjani S
  - 5 . Ling T
  - 6 . Krueger
  - 7 . Berven

نظر اجتماعی منزوی، فقیر، کمتر تحصیل کرده، دارای برچسب یا داغ اجتماعی و محروم اند و در جوامع مختلف با موانع، تعصبات و جهت گیری های متعدد جسمانی، قانونی، اقتصادی و روانی \_ اجتماعی مواجه هستند. در واقع ناتوانی یا معلولیت نه فقط در جسم افراد معلول، بلکه بیشتر در طرز فکرها و نگرش های افراد مزبور و دیگر افراد جوامع مختلف وجود دارد (نوری، ۱۳۷۴). این نگرش های منفی و موانع روانی \_ اجتماعی، سلامت روانی افراد مبتلا به ناتوانی را تحت تأثیر قرار می دهد و باعث می شود که آن ها نسبت به سایر افراد، عزت نفس و اعتماد به نفس پایین تری داشته باشند و در ارتباطات اجتماعی احساس راحتی نکنند و در برقراری ارتباط و تعاملات اجتماعی با دیگران ممکن است احساس ضعف و حقارت کنند یا در کل تعاملات اجتماعی کمتری داشته باشند.

سلامت از نیازهای اساسی انسان است که در توسعه پایدار نقش حیاتی دارد (صفری، ۲۰۰۳). مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت های بین فرهنگ ها، ارایه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و آنچه مسلم است این است که حفظ سلامت روان مانند سلامت جسم حائز اهمیت است (عباس زاده، ۲۰۰۱). شخصی که سلامت روانی دارد، می تواند ضمن احساس رضایت از زندگی، با مشکلات به طور منطقی برخورد نماید. به عبارت دیگر، افراد دارای سلامت روان، قادرند در عین کسب فردیت، با محیط نیز انطباق یابند (کوشان و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

امروزه پیشرفت یک اجتماع مستلزم ارتقاء کیفیت زندگی است. مطالعات کیفیت زندگی به بررسی تأثیرات تمام موضوعاتی می پردازد که باعث بالا رفتن سطح معنی زندگی و افزایش شادی و خوشی و تناسب شرایط زندگی افراد می گردد. بهزیستی روانی سازه ای چند بعدی است که حیطه های زیر را در برمی گیرد: عاطفه، شناخت، رفتار و روابط بین فردی (عظیمی و باجلان، ۱۳۸۸). سازمان بهداشت

---

1. Koushan m

جهانی<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) تعریف جامعی از کیفیت زندگی ارائه داده است؛ درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این دریافت ها با هدف ها، انتظاراتها، استانداردها و اولویت های مورد نظر فرد (هاس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹).

از جمله متغیرهای دیگری که می تواند در زندگی معلولان، اثرات مثبتی داشته باشد نگرش به صمیمیت است، چون معلولیت، فرد معلول را با توجه به ماهیت معلولیت از جامعه دور می سازد و از آنجا که واکنش و برخورد مردم نیز با معلولان، متفاوت تر از قشر عادی است، لذا معلولان از نظر صمیمیت داشتن با دیگران هم مشکلاتی را دارند و این مشکلات، می تواند خودشان را در حوزه اندیشه و عمل نشان دهند، البته به مشکل صمیمیت معلولان نباید صرفاً از طرف خود معلولان توجه کرد چرا که افراد جامعه هم با نوع برخورد و نگرشی که به معلولان دارند در ایجاد مشکل صمیمیت معلولان نقش مهمی دارند. برای همین تقویت نگرش معلولان به صمیمیت می تواند اثرات مثبتی در سلامت روان و کیفیت زندگی معلولان داشته باشد.

از جمله پدیده هایی که در دهه اخیر مورد استقبال قابل توجه پژوهشگران قرار گرفته، پدیده هوش هیجانی بوده که این آن توانایی ذهنی هوش هیجانی بالاتر در مقابله با مشکلات و حل بهتر مسائل است. امروزه بسیاری از محققین بر این عقیده اند که اگر افراد از لحاظ هیجانی توانمند باشند، راحت تر و بهتر می توانند با چالش های زندگی مواجه شوند. بنابراین کسانی که توانایی تشخیص و کنترل استفاده از این توانش های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی و احساس رضایمندی و سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند بود. از آنجا که معلولان با مشکلاتی از نظر جسمانی و پیامدهای ناشی از آن در جامعه مواجه هستند، به نظر می رسد هوش هیجانی به عنوان یک ابزار کمکی بتواند در حل مشکلاتی که معلولان دارند، مورد استفاده قرار گیرد. با توجه مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر، آگاهی از نقش هوش هیجانی و نگرش های صمیمانه در پیش بینی سلامت روان و کیفیت زندگی افراد دارای ناتوانی جسمی حرکتی است.

1. World Health Organization (WHO)
2. Haas

در طبقه بندی بین المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، ( International classification of functioning and health<sup>۱</sup>) معلولیت به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب ها، محدودیت های کارکردی و مشارکتی مطرح شده است. (WHO<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). بنابراین تعریف عدم معلولیت و معلولیت بر اساس یک الگوی زیستی، روانی و اجتماعی تبیین می شود؛ 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، می کاهد یا جلوگیری می کند. (لوکاس، کاراسو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

معلولان بزرگ ترین اقلیت غیر نژادی در جهان می باشند و تخمین زده می شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا (حدود ۶۵ میلیون نفر) حداقل با یکی از انواع معلولیت زندگی می کنند. (لوکاس، کاراسو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۱). معلولیت های جسمی بخشی از طیف وسیع معلولیت ها هستند و به دسته هایی از ناتوانی ها اطلاق می شوند که باعث می شود فرد نتواند به مدت حداقل ۶ ماه از اندام خود و یا بخشی از آن به طور مؤثر استفاده نماید. (برون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). تأثیری که معلولیت بر وضعیت اجتماعی- روانی فرد بر جای می گذارد غیر قابل انکار است؛ چرا که معلولیت جدا از محدودیت ها یا مشکلاتی که از نظر کنشی در فرد معلول ایجاد می کند، ممکن است تأثیرات سوء روان شناختی بر شخصیت فرد معلول داشته باشد. نتایج پژوهش های متعدد مطرح می کنند که افراد معلول با مشکلات و آسیب های متنوع و متعددی در روابط بین فردی، محیط های تحصیلی- شغلی و حوزه های هیجانی- رفتاری روبرو می شوند.

ناتوانی جسمی و معلولیت بر سازگاری اجتماعی و سلامت روانی شخص تاثیر می گذارد و در افراد ناتوان جسمی، فشار روانی بیشتری نسبت به سایر افراد عادی وجود دارد ( ترنر و بی سر<sup>۷</sup>، نقل از

- 
1. International classification of functioning and health
  2. World Health Organization
  3. Lucas-Carrasco R
  4. Lucas-Carrasco R
  5. Physical disabilities
  6. Brown RL
  7. Terner & Biser



مرادی و کلانتری ، ۱۳۸۶ ). از طرف دیگر هنگامی که معلول، معلولیت خویش را نپذیرد ، نمی توان انتظار داشت که در بعد جسمانی و کنار آمدن با مشکل جسمانی خود موفق شود.

از موضوعاتی که می توان آنها را در خصوص معلولان مورد بررسی قرار داد ، چهار متغیر سلامت روان، کیفیت زندگی، نگرش به صمیمیت و هوش هیجانی هستند.

برخورداری از سلامت روانی نیازی حیاتی است، زیرا جریان یافتن زندگی، انجام وظایف، به فعل در آمدن استعداد های بالقوه، کامیاب شدن از خوشیهای زندگی، داشتن کارائی و مفید واقع شدن به حال خود و دیگران همگی مستلزم برخورداری از سلامت روان است، حتی لازمه داشتن سلامت جسمی بهره مندی از سلامت روان است، زیرا مشخص شده که آشفتگی های روانی ، سلامت جسم را مختل می کند. گاهی اوقات شرایط افراد با تمایلات و خواسته های درونی آنها همخوانی نداشته و در نتیجه سلامت روانی آن ها به مخاطره می افتد. از جمله این افراد، معلولین جسمی هستند که به علت داشتن شرایط خاص با مشکلات متعددی روبرو هستند که هر کدام از آن ها به تنهایی می تواند آشفتگی های فراوانی بوجود آورده، شخص را به زانو در آورد. تأثیری که تغییرات فیزیکی بر وضعیت روحی - روانی و روابط خانوادگی و اجتماعی بر جای می گذارد غیر قابل انکار است. ناتوانی جسمی، سازگاری روانی - اجتماعی و سلامت روانی شخص را تحت تأثیر قرار می دهد. ( نوری ، ۱۳۷۴ ). در کل انسان ها ممکن است واکنش های روانی - اجتماعی متعددی نسبت به ناتوانی نشان دهند؛ مهمترین این واکنش ها عبارتند از: شوک، اضطراب، انکار، افسردگی، خشم درونی شده ، خصومت آشکار (لیونه<sup>۱</sup> و انتوناک<sup>۲</sup> ، ۱۹۹۰، به نقل از نوری، ۱۳۷۴) از آنجا که معلولیت جسمی منشأ فشارهای روانی زیادی است، انتظار می رود که میزان افسردگی و خودکشی در نوجوانان و جوانان معلول بیش از همسالان غیر معلول آن ها باشد. ( هالاها و کافمن ، ۱۹۹۴، ترجمه جوادیان، ۱۳۸۱، ص ۵۶۳).

---

1. Lioneh  
2. Antonak

کیفیت زندگی یک مجموعه پیچیده از واکنش های فردی نسبت به عوامل جسمی، روانی، و اجتماعی است که روی زندگی طبیعی تأثیر می گذارد. (پیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴)

کیفیت زندگی مفهومی است بسیار انتزاعی که نمی توان برای آن تعریف جامعی ارائه داد و همین امر در مورد استفاده از یک معیار استاندارد به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی نیز صادق است. کاربرد کیفیت زندگی حول محور نحوه تعریف آن دور می زند و شاید بتوان مجموعه ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می شود را تعریف مناسبی برای کیفیت زندگی دانست، با این حال دونالد<sup>۲</sup> کیفیت زندگی را اصطلاحی عنوان می کند که به سلامت و ارتقاء عاطفی، اجتماعی و جسمی افراد و توانایی آن ها برای انجام وظائف روزمره اشاره دارد. "شرایط و نحوه زندگی در ادبیات علمی رایج، با استفاده از مفهوم کیفیت زندگی که می توان آن را به روش های گوناگون تعریف کرد: مطرح شده است" (بهمنی ۱۳۸۳)، این واژه مفهومی فراگیر دارد که از نظر فلسفی، سیاسی، بهداشتی و سلامت، روان-شناسی، اجتماعی، زیستی و... تعاریف متمایزی دارد. (دونالد، ۲۰۰۹). برخی کیفیت زندگی را به معنای زندگی خوب داشتن و احساس رضایت از زندگی تعریف کرده اند (جمشیدی، ۱۳۸۲). کیفیت زندگی این است که افراد به طور کلی از زندگی شان رضایت داشته باشند، یعنی کیفیت زندگی معادل احساس رضایت کلی از زندگی در نظر گرفته شده است. (کوکبی، ۱۳۸۰).

در ارتباط با افراد و اشخاص مختلف بسیار شنیده ایم که؛ «فلانی خودش را صمیمی می گیرد.» و یا این که «فلانی چایی نخورده پسرخاله شده است» مفهوم این جملات این است که فردی که تاکنون هیچ ارتباطی با او نداشته ایم با اولین برخورد می خواهد از نظر عاطفی خود را به ما نزدیک کند و در مسائل شخصی، فعالیت ها و دارایی های مان شریک و سهیم شود و به نوعی اظهار درک متقابل نماید. صمیمیت را می توان با توجه به تعریف «اریک برن»<sup>۳</sup> در نظریه «تحلیل رفتار متقابل» این گونه بیان کرد که

- 
1. Pais
  2. Donald
  3. Erik Bern

صمیمیت، تبادل احساس‌ها و خواسته‌های اصیل فرد است بدون این که وی قصد پنهان‌کاری یا سوء استفاده از طرف مقابل را داشته باشد. هر یک از طرفین مسئولیت رفتار و گفتار خود را به عهده دارند. صمیمیت، ایجاد رابطه بین «کودک» یک فرد با «کودک» فرد دیگر است. به همین دلیل این رابطه نیازمند عواطف و احساسات واقعی و صادقانه است که می‌توان آن را با در نظر گرفتن مسئولیت هر یک از طرفین مدیریت نمود.<sup>۱</sup>

صمیمیت توافق دو جانبه‌ی روحی و معنوی است که صداقت در دوستی و نمایش محبت یک طرف نسبت به طرف مقابل را در پی دارد. اگر در ارتباطی امنیت، اعتماد، احترام و صداقت وجود نداشته باشد نمی‌توان انتظار داشت که صمیمیتی شکل بگیرد. در این نوع ارتباط یکی از طرفین هر لحظه احساس ناامنی نموده و از مواجه شدن با طرف مقابل دوری می‌نماید. اگر احترام و صداقت در گفتار و رفتار یکی از طرفین رعایت نشود و برای حریم‌ها حد و مرزی تعریف و تعیین نگردد، آن ارتباط شکلی آسیب‌زا به خود گرفته و فرقی با روابط کوچه و بازار و غیرمتعارفی که برخی افراد با هم دارند، ندارد. قضاوت یک جانبه، انتقاد صریح، شوخی‌های گزنده و تمسخر را نمی‌توان صمیمیت نام برد. همسر، دوست و همکار بودن دلیل موجهی برای شکستن حرمت‌ها و پایمال کردن ارزش‌ها نیست. برقراری ارتباط عاطفی و عمیق با این افراد، فرد را ملزم به قبول مسئولیت رفتاری و رعایت حریم‌ها می‌نماید. حتی احساس صمیمیت از نظر زنان و مردان متفاوت است. زنان با درک عواطف و بیان احساسات و از طریق ارتباط کلامی احساس صمیمیت می‌کنند؛ در حالی که مردان از این که قدرتمند باشند لذت می‌برند و زمانی احساس صمیمیت می‌کنند که کسی به توانایی‌های آنان ایمان داشته باشد.<sup>۲</sup>

ارتباط مؤثر رابطه‌ای است که در آن شخص به گونه‌ای عمل می‌کند که در آن علاوه بر اینکه خودش به خواسته‌هایش می‌رسد، افراد مقابل نیز احساس رضایت دارند. یک رابطه انسانی رضایت بخش، رابطه‌ای است که در آن سه مولفه در هم تنیده شده است: صمیمیت، مراقبت و آزادی. مراد از

1 . <http://www.shajar.ir/tabid/5470/ContentID/7493/Default.aspx> /همسران-جوان/همسر-خوب  
2 . <http://www.shajar.ir/tabid/5470/ContentID/7493/Default.aspx> /همسران-جوان/همسر-خوب

صمیمیت، اعتمادی است که امکان درک کردن و درک شدن را فراهم می کند. اعتمادی که امکان در میان گذاشتن احساسات و افکار خصوصی را فراهم می سازد. در یک رابطه صمیمی، طرفین از ته دل همدیگر خبر دارند و در نتیجه یکدیگر را خوب می شناسند و می توانند افکار، احساسات و اعمال یکدیگر را پیش بینی کنند. اعتمادی که سبب ساز صمیمیت می شود، محصول مراقبت و خودمختاری است.<sup>۱</sup>

از نظر باگاروزی<sup>۲</sup> (۲۰۰۱)، صمیمیت یک فرآیند تعاملی است که شامل یک تعداد از ابعاد مرتبط می شود. صمیمیت یک نیاز واقعی انسان است که ریشه دارد و در یک چارچوب نیاز بقا برای دلبستگی رشد می کند. آشفتگی های شدید در مرز دلبستگی مادر - کودک یا شکست دلبستگی کودکی پیامدهایی برای رشد صمیمیت واقعی در زندگی بعدی دارد. نیاز به صمیمیت به عنوان رشد، پختگی، تمایز یافتگی و تظاهر پیشرفته نیاز جهانی بیولوژیکی برای نزدیکی بدنی، ارتباط و تماس با انسان های دیگر مفهوم سازی می شود.

باگاروزی (۲۰۰۱) ابعاد صمیمیت؛ عاطفی، روان شناختی، عقلانی، جنسی، بدنی، معنوی، اجتماعی - تفریحی، زیبا شناختی و صمیمیت زمانی را در روابط زوجین شناسایی کرد.

داشتن صمیمیت با دیگران نشانه سلامتی روانی است، چون اثرات مثبت صمیمیت، در ارتباط ما با دیگران متجلی می شود. هر قدر نگرش مثبتی به صمیمیت داشته باشیم، تاثیرات مثبتی بر سلامت روان و کیفیت زندگی ما دارد.

هوش هیجانی یکی از موضوعاتی است که در روابط بین فردی می توان مطرح نمود، و ارتباط آن با سلامت عمومی قابل بررسی است. همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجان ها در تفکر و شناخت، کاربرد مناسب هیجان ها در روابط انسانی، درک حالات هیجانی خود و دیگران و خویشتن داری، موضوع هوش هیجانی است که می تواند با سلامت جسم و روان رابطه تنگاتنگی داشته باشد (بوسیاکو و

1. <http://photo.sojeh.ir/صمیمیت-چیست/>  
2. Bagarozzi