اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتقادهنده هوش هیجانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلابه فلج مغزی: یک پژوهش مورد منفرد

سمیرا نادیپور[۱] و دکتر سمیه آقامحمدی[۲]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۸/۹/۲۲ تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۴/۸
پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱/۲۰

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتقادهنده هوش هیجانی بر بهبود رشد اجتماعی کودکان مبتلابه فلج مغزی شهر اصفهان بود. **روش:** شرکت‌کنندگان این پژوهش چهار کودک مبتلابه فلج مغزی مشغول به تحصیل در مرکز گوهر دانش آموزش و پرورش شهر اصفهان بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این کودکان براساس پرونده موجود در مدرسه دارای اختلال فلج مغزی و هوش نرمال بودند. برای سنجش میزان رشد اجتماعی از مقیاس رشد اجتماعی واینلند استفاده شد. در این پژوهش از روش پژوهشی مورد منفرد با طرح A-B-A استفاده شده است. در این روش پژوهشی پس از موقعیت خط پایه، مداخله آغاز شد و طی ۱۰ جلسه مداخله انفرادی، آموزش هوش هیجانی به آزمودنی‌ها ارائه گردید و هر چهار آزمودنی دو هفته پس از پایان مداخله به مدت دو هفته متوالی تحت موقعیت خط پایه دوم قرار گرفتند. **یافته‌ها:** یافته‌های این پژوهش طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها نشان داد که براساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری مداخله مورد نظر در مورد هر چهار آزمودنی اثربخش بوده است (با PND ۱۰۰ درصد برای هر چهار آزمودنی). **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این پژوهش بیانگر آن است که آموزش هوش هیجانی می‌تواند روابط اجتماعی کودکان مبتلابه فلج مغزی را بهبود بخشد و استفاده از این آموزش برای افراد دارای کم‌توانی از جمله فلج مغزی می‌تواند مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: *هوش هیجانی، رشد اجتماعی، فلج مغزی، پژوهش مورد منفرد.*

۱. **نویسنده مسئول:** کارشناس‌ارشد روان‌شناسی شخصیت دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خمینی‌شهر، اصفهان، ایران.

۲. استادیار، روان‌شناسی عمومی، مؤسسه آموزش عالی علامه فیض‌الاسلام، اصفهان، ایران.

Effectiveness of Emotional Intelligence Improvement Training on the Social Development of Children with Cerebral Palsy: A Single Subject Study

Samira Nadi pour[1], M.A.,
Somayeh Aghamohamadi[2], Ph.D.

Received: 13. 12.2019 Revised: 06.28.2020
Accepted: 04. 9.2021

Abstract

Objective: The purpose of the present study was to evaluate the effectiveness of EQ training on the improvement of social development of children with cerebral palsy in Isfahan City. M**ethod:** The participants were four children with cerebral palsy who were studying in Isfahan Gohar Danesh Center. They were selected by purposeful sampling. These children, according to the school records, had cerebral palsy disorder and normal intelligence. Winelend's Social Growth Scale was used to measure their social growth. A single subject study with A-B-A design was used. After the baseline condition, the intervention was started and during 10 sessions of individual intervention, emotional intelligence training was provided to the participants, and all of them were under the baseline condition two weeks after the end of the intervention second place. **Results:** The findings showed that intervention based on descriptive statistics and visual analyses was effective on all four subjects (with 100% PND). **Conclusion:** The findings indicated that emotional intelligence training can improve the social relationships of children with cerebral palsy. It can also be useful for people with disabilities such as cerebral palsy.

Keywords: *Emotional intelligence, Social development, Cerebral palsy, Single subject study*

1. **Corresponding Author:** Master of Personality Psychology, Islamic Azad University of Isfahan Khomeini Shahr Branch, Isfahan, Iran.
Email: samiranadipoor72@gmail.com
2. Assistant Professor, General Psychology, Fezal-Islam Higher Education Institute, Isfahan, Iran.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

مقدمه

فلج مغزی[1] شایع‌ترین علت ناتوانی جسمی[2] در کودکان است. این مشکل به‌عنوان یک سندرم بالینی[3] خاص یا اختلال حرکتی که به دلیل اختلال غیرپیشرفته در مغز نابالغ[4] به‌وجود می‌آید تعریف می‌شود (رزنبوم، ۲۰۰۶؛ به نقل از شمس‌الدینی، امیرسالاری، حولی‌ساز، رحیم‌نیا و خطیبی عقدا، ۲۰۱۴ شروع این ضایعه در دوران اولیه زندگی است ولی تمام گستره زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. کودکان مبتلا ممکن است طیف وسیعی از اختلال‌های حرکتی هماهنگی، حسی و هوشی را در طول زندگی خود تجربه کنند و با محدودیت‌هایی در نشستن صحیح[5]، راه‌رفتن و دیگر فعالیت‌های فیزیکی روبه‌رو شوند که زندگی این افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ از این‌رو مشکل اصلی این کودکان کسب الگوهای حرکتی صحیح[6] است و بیشتر مداخله‌های درمانی و توان‌بخشی[7] روی اجزای حرکتی تأکید دارند (پشم‌دار فرد و امینی، ۱۳۹۵). همچنین ممکن است مشکلات دیگری مانند کم‌توانی ذهنی اختلال‌های یادگیری اختلال در گویایی و صحبت کردن و نارسایی بینایی و شنوایی[8] هم داشته باشند. بعضی از علایم بالینی[9] فلج مغزی شامل موارد زیر است؛ زمان ایستادن و راه رفتن در بدن حرکت‌های غیرارادی و خودبه‌خودی دیده می‌شود که از اراده فرد خارج است؛ در زمان صحبت کردن حرکات اضافی دارد که تکلم را غیرعادی می‌کند؛ حالت لوچی در چشم‌ها دیده می‌شود؛ به‌طور عادی و حتی بدون تکلم ریزش آب از دهان دارد (الیاسی، ۱۳۹۴).

تأثیری که کم‌توانی و از جمله مشکل فلج مغزی بر وضعیت روانی ـ اجتماعی فرد برجای می‌گذارد، غیرقابل انکار است چرا که کم‌توانی جدا از محدودیت‌ها و مشکلاتی که از نظر کنشی برای فرد کم‌توان ایجاد می‌کند، ممکن است تأثیرات سوء روان‌شناختی بر شخصیت فرد کم‌توان داشته باشد. نتایج پژوهش‌های متعدد مطرح می‌کند که افراد مبتلابه فلج مغزی با مشکلات و آسیب‌های متعددی در روابط بین فردی، محیط‌های تحصیلی و حوزه‌های هیجانی ـ رفتاری روبه‌رو می‌شوند (حیدری‌پور، مشهدی و اصغری نکاح، ۱۳۹۱). آنها به دلیل نارسایی هوش هیجانی[10] ارتباط‌های صمیمی کمتر و احساس تنهایی بیشتری را تجربه می‌کنند و در مقایسه با کودکان عادی تمایل بیشتری به انزوای اجتماعی دارند و مشارکت اجتماعی آنها کمتر است، به‌طوری که انزوای اجتماعی، تجربه معمول افراد کم‌توان است. این افراد به احتمال کمتری ازدواج می‌کنند و تنها زندگی‌کردن را ترجیح می‌دهند و در مقایسه با جمعیت عمومی از خودشناسی، عزت نفس، خودکنترلی و هوش هیجانی[11] پایین‌تری برخوردارند. از طرفی براساس پژوهش‌های انجام شده کم‌توانان جسمی ـ حرکتی و از جمله آنها کودکان مبتلابه فلج مغزی از میزان بالایی از آسیب‌های روان ـ شناختی شامل حس غمگینی، افسردگی و ناخشنودی متأثر از نبود تحول بهینه هوش هیجانی رنج می‌برند (حیدری‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). به‌علاوه مشکلات روانی و هیجانی[12] کودکان مبتلابه فلج مغزی مشارکت آنان در جامعه و به دنبال آن مهارت‌های اجتماعی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (وبر، بولی، هیم گارتنر، مرلو، زهندر و همکاران، ۲۰۱۵).

مهارت‌های اجتماعی طیف گسترده‌ای از رفتارها مانند توانایی شروع ارتباط مؤثر و مناسب با دیگران، ارائه پاسخ‌های مفید و شایسته، تمایل به رفتارهای سخاوتمندانه، همدلانه، یاریگرانه و پرهیز از تمسخر و زورگویی را شامل می‌شود. به بیان دیگر رفتارهای فراگرفته مطلوبی است که فرد را قادر می‌سازد تا با دیگران رابطه سازگارانه داشته باشد و از واکنش‌های نامعقول اجتماعی خودداری کند، چنان‌که کسب این مهارت‌ها به‌وسیله کم‌توانان و از جمله کودکان فلج مغزی برای داشتن استقلال بیشتر در زندگی مفید است (پورحسین هندآباد، اقلیما، عرشی و تقی‌نژاد، ۱۳۹۵). بنابراین با توجه به ارتباط نزدیکی که بین

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی وجود دارد، می‌توان مهارت‌های اجتماعی[۱۳] را جزئی از ساختار کلی هوش هیجانی در نظر گرفت، به‌طوری که فردی که توانایی درک دقیق‌تر تغییرات خلقی دیگران را دارد، هیجان‌های خود را به‌طور مناسبی شناسایی و کنترل می‌کند و می‌تواند از تبدیل ناگهانی هیجان‌ها به واکنش‌های منفی جلوگیری کند. درخصوص توضیح بیشتر این مطلب باید این نکته را مد نظر داشت که ارتباط بین سن و ادراک هیجانی به‌عنوان نکته‌ای اساسی در اینجا مطرح است، به‌طوری که با افزایش سن، افراد و به‌ویژه کودکان به لحاظ درک هیجانی وارد مرحله پیشرفته‌تر و پیچیده‌تری شده و به تبع آن رفتار هیجانی آنها هم شکل منسجم‌تر و رشدیافته‌تری به خود می‌گیرد. اینجاست که به جرأت می‌توان گفت هوش هیجانی به حد اعلای خود رسیده است (واسیل، ۲۰۱۵). هرگونه آسیب و نبود تحول هوش هیجانی ناشی از کم‌توانی می‌تواند سبب نارسایی در شاخص سلامت کم‌توانان و مهارت‌های اجتماعی آنان شود (حیدری‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). به همین جهت کمک به کم‌توانان جسمی ـ حرکتی[۱۴] به منظور رشد، تکامل عواطف و مهارت‌های اجتماعی برای مشارکت موفق اجتماعی و ایجاد یا افزایش اعتماد به نفس[۱۵] در برخورد با مشکلات ضروری به نظر می‌رسد. چنانکه داشتن این مهارت‌ها کیفیت زندگی[۱۶] را بهبود می‌بخشد و برای سازش‌یافتگی اجتماعی[۱۷] و کارکرد بهنجار فرد مهم است (پورحسین هندآباد و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین یکی از راه‌های وصول به این هدف، یعنی ارتقای هوش هیجانی و مهارت‌های اجتماعی آموزش مهارت‌های خودپایی[۱۸] و دیدگاه‌گیری[۱۹] است.

از طرف دیگر، یکی از مهم‌ترین دستاوردهای دوران کودکی کسب مهارت‌های اجتماعی است و این مهارت‌ها بیشتر در طول سال‌های مدرسه خود را نشان می‌دهد؛ یعنی زمانی که کودک بخش عمده‌ای از وقت خود را با همسالان سپری می‌کند، به‌طوری که اگر کودک بتواند در سنین دبستان با همتایان خود ارتباط مناسب برقرار کند، این روابط اولیه به مرور زمان تبدیل به دوستی می‌شود؛ اما اگر فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب باشد، طردشدگی را تجربه می‌کند (شکوهی یکتا، دوایی، زمانی، پورکریمی و شریفی، ۱۳۹۲). پژوهشگران، مهارت‌های اجتماعی را مترادف با سازگاری اجتماعی می‌دانند؛ از این‌رو به نظر آنها مهارت‌های اجتماعی توانایی برقراری ارتباط متقابل با سایر افراد به‌ویژه در بُعد اجتماعی است؛ به‌طوری‌که در هنجارهای جامعه مورد قبول بوده و ارزش داشته باشد، چنان‌که داشتن این مهارت‌ها فرد را قادر به تعامل مؤثر کرده و از پاسخ‌های نامطلوب دور می‌کند؛از این‌رو می‌توان گفت این رفتارها بیانگر سلامت رفتاری و اجتماعی افراد هستند (اصل فتاحی و نجارپور استادی، ۱۳۹۲).

دانش‌آموزان با نیازهای ویژه که کودکان مبتلابه فلج مغزی هم در زمره آنها قرار دارند، در مهارت‌های اجتماعی پایه که برای برقراری روابط اجتماعی موفق حیاتی به نظر می‌رسد، با مشکلاتی مواجه هستند. این مهارت‌ها عبارتند از: ارتباط چشمی (توانایی ایجاد ارتباط چشمی با دیگران زمان گوش‌دادن به سخن آنها و یا حرف‌زدن با آنها دست م برای یک دوره زمانی کوتاه)، بیان‌های چهره‌ای (خندیدن، ابراز علاقه‌کردن)، فاصله اجتماعی (رعایت‌کردن فاصله مناسب نسبت به دیگران)، بازی و کارکردن با دیگران (رعایت‌کردن مقررات، مشارکت‌کردن، قول‌دادن، نوبت‌گرفتن، تعارف با دیگران، قدردانی و ابراز تأسف) و احوال‌پرسی با دیگران (آغاز ارتباط یا پاسخ‌گویی به احوال‌پرسی) (خضری، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها بیانگر تفاوت دو تا سه درصدی کودکان مبتلابه مغزی نسبت به همسالان خود در زمینه روابط و مهارت‌های اجتماعی هستند (بوتچر، ۲۰۱۰). از طرفی می‌توان اذعان داشت که این تفاوت در دوره پیش‌دبستانی مشهودتر است و بیشتر نمود پیدا می‌کند. امروزه بیشتر پژوهش‌ها در این زمینه بر این نکته اتفاق نظر

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

دارند که چنان‌چه این تفاوت در زمان خود و با مداخله‌های مناسب این کودکان درمان نشود، می‌تواند در آینده‌ای نه چندان دور تا هشت درصد افزایش داشته باشد و درنهایت تشدید مشکلات این قشر آسیب‌دیده را در ابعاد مختلف موجب شود که این مسئله به نوبه خود به‌عنوان معضلی برای این گروه هدف (کودکان دچار فلج مغزی) در جوامع امروزی مطرح می‌باشد (کیلیک و گانور آیتار، ۲۰۱۷).

هوش هیجانی به معنای توانایی نظارت بر احساسات و هیجان‌های خود و دیگران، تفکیک و تشخیص آنها و استفاده از این اطلاعات به‌عنوان راهنمای تفکر و رفتار است (پاشا و گل‌شکوه، ۱۳۹۵). برای ارتقای چنین هوشی، به‌طور معمول راهبردهای خودپایی و دیدگاه‌گیری آموزش داده می‌شود (بوتچر، ۲۰۱۰). باید اذعان کرد که هوش هیجانی بالا، بهزیستی هیجانی و دامنه سازش اجتماعی ـ هیجانی را افزایش می‌دهد، به‌طوری‌که افراد با هوش هیجانی بالا مشکلات بین شخصی کمتر، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی بهتری دارند (حیدری‌پور و همکاران، ۱۳۹۱). از این‌رو هوش هیجانی بالا نه تنها روابط بین فردی را تسهیل می‌کند بلکه بیش از هوش‌بهر پیش‌گویی‌کننده موفقیت فرد در زندگی است؛ چرا که افراد با کفایت هیجانی بالا مهارت اجتماعی بهتر، روابط درازمدت پایاتر و توانایی بیشتری برای حل تعارض‌ها دارند (اصل فتاحی و نجارپور استادی، ۱۳۹۲). براساس دیدگاه‌های نظری، هوش هیجانی و رشد اجتماعی تأثیر متقابل بر یکدیگر دارند؛ به این صورت که افزایش مهارت‌های اجتماعی، موجب ارتقای هوش هیجانی می‌شود و در برابر افزایش مهارت‌های هوش هیجانی، رشد اجتماعی را افزایش خواهد داد (بوتچر، ۲۰۱۰). در ایران نیز در چندین پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی و مشارکت اجتماعی کم‌توانان جسمی ـ حرکتی پرداخته‌اند. حیدری‌پور و همکاران (۱۳۹۱) در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی بررسی کردند که چگونه آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث افزایش سطح کلی هوش هیجانی کم‌توانان جسمی ـ حرکتی می‌شود. در پژوهشی که به‌وسیله پورحسین هندآباد و همکاران (۱۳۹۵) انجام گرفت، آشکار شد که آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر به‌سزایی بر مشارکت اجتماعی این قشر در دو بعد نهادی و غیرنهادی دارد.

با این حال، براساس جستجوی نگارندگان این پژوهش، تاکنون اثر افزایش مهارت‌های هوش هیجانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی مورد بررسی پژوهشی قرار نگرفته است. از طرفی، اگرچه پژوهش‌های زیادی به بررسی مهارت‌های هوش هیجانی پرداخته‌اند و حتی برخی از مهارت‌های هوش هیجانی در قالب کتاب‌های آموزشی در بازار ایران موجود است، اما در زمینه وجود مشکلات هیجانی و رشد اجتماعی در کودکان مبتلابه فلج مغزی تاکنون پژوهش ایرانی انجام نشده است. به‌علاوه اینکه رسالت اصلی طرح‌های مورد منفرد[۱۹] برای بررسی اثر بخشی درمان‌ها و مداخله‌های جدید در مورد افراد متفاوت است. اینگونه طرح‌ها به دلیل پیگیری جلسه به جلسه آزمودنی، خطاهای مداخله را برای افراد مختلف مشخص می‌کند و به پژوهشگر نشان می‌دهد مداخله در چه نقاطی ضعف و قوت دارد. استفاده از این نوع طرح‌های پژوهشی در کل دنیا با کمک روش نمونه‌گیری هدفمند (تفاوت در ویژگی‌های آزمودنی‌ها) باعث ارتقای سطح مداخله‌ها و افتراق مداخله‌ها درباره افراد مختلف می‌شود (فراهانی، عابدی، آقامحمدی و کاظمی، ۱۳۹۵). بنابراین در پژوهش حاضر نیز از طرح ABA از دسته طرح‌های پژوهشی مورد منفرد برای بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتفادهنده هوش هیجانی بر رشد اجتماعی کودکان مبتلابه فلج مغزی استفاده شده است.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های مورد منفرد است و در آن از طرح A – B - A استفاده شده است. در این

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

طرح رفتار هدف نخست در موقعیت خط پایه (موقعیت بدون مداخله) برای همه آزمودنی‌ها حداقل در سه نقطه مشاهده قرار می‌شود. سپس مداخله ارائه شده و حداقل در پنج نقطه روند تغییرات متغیر وابسته در موقعیت مداخله (B) مشاهده می‌شود. پس از پایان مداخله، متغیر مستقل در موقعیت خط پایه دوم مورد مشاهده شده و روند تغییرات بررسی می‌شود (گاست ۲۰۱۰؛ به نقل از فراهانی و همکاران، ۱۳۹۵).

منطق زیربنایی طرح‌های مورد منفرد مانند طرح‌های گروهی است و تأثیر مداخله با مقایسه موقعیت‌های متفاوتی که به آزمودنی ارائه شده، بررسی می‌شود (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۵).

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام دانش‌آموزان دارای فلج مغزی مشغول به تحصیل در آموزشگاه گوهر دانش سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان در سال تحصیلی ۹۷ ـ ۹۸ بودند که براساس تشخیص متخصص آموزش و پرورش دارای اختلال فلج مغزی و هوش متوسط تشخیص داده شدند. آزمودنی‌ها در این پژوهش چهار کودک ۷ -۱۲ سال بودند (نمونه‌گیری هدفمند). ویژگی‌های این چهار مورد به شرح زیر است:

الف. ر. : متولد ۱۳۸۵ است. پدرش فوت کرده است. سومین فرزند خانواده است. میزان تحصیلات مادرش پایان دوره راهنمایی و شغل او خانه‌داری است. به گزارش روانشناس مرکز گوهر دانش، الف. ر. از نظر نحوه راه‌رفتن با ساختار نادرست راه می‌رود. از نظر وضعیت دست‌ها از هر دو دست خود استفاده می‌کند. همچنین مهارت نوشتن دارد ولی نحوه گرفتن مداد نادرست است. براساس تشخیص متخصصان جسمی ـ حرکتی، الف. ر. بدشکلی مفاصل دارد و در عضلات ران چپ و راست، زانوی چپ و راست و مچ پای چپ و راست کوتاهی دارد. از نظر وسایل کمکی هم از صندلی چرخ‌دار استفاده می‌کند. براساس گزارش خودآزمودنی از بین مواد درسی به درس هنر علاقه بیشتری دارد. همچنین در بین افراد خانواده از بودن با برادر خود لذت بیشتری برده و بیشتر وقت خود را با او سپری می‌کند. از دیگر موارد ارتباطی او منزوی بودن و تمایل نداشتن به رفت و آمد با دیگران در اجتماع، بی‌میلی نسبت به برنامه‌های خانواده، پذیرش زورگویی دوستان و سرپیچی از فرمان‌های مربی و کارکنان مرکز گزارش شده است.

م. الف. متولد ۱۳۸۹ و فرزند اول خانواده است. مدرک تحصیلی پدر دیپلم و مدرک تحصیلی مادر فوق‌دیپلم است. به گزارش مربی آزمودنی، م. الف. متن را با دقت و با لحن مناسب و دقیق و روان می‌خواند و در انجام فعالیت‌های ورزشی با توجه به مشکل جسمی که دارد، کوشا است. براساس پرونده پزشکی کودک که در مرکز گوهردانش موجود بود، بیماری او فلج مغزی از نوع دایپلژی است. همچنین م. الف. گوشه‌گیر و کم‌حرف است؛ لذتی از چیزی نمی‌برد و توانایی او در مشارکت و همکاری جزئی است.

ح. پ. : متولد ۱۳۸۸ و تنها فرزند خانواده است. میزان تحصیلات پدر پایان دوره راهنمایی و میزان تحصیلات مادر دیپلم است. به گزارش روانشناس مرکز گوهردانش، ح. پ. از نظر گفتاری شل صحبت می‌کند و وابستگی خفیف به مادر دارد. اعتمادبه‌نفس او بسیار کم است. همچنین از نظر رونویسی و املا، کند عمل می‌کند.

ز. ف. : متولد ۱۳۹۰ و فرزند دوم خانواده است. مدرک تحصیلی پدر پایان دوره راهنمایی و مدرک تحصیلی مادر پنجم ابتدایی است. به گزارش مربی آزمودنی، ز. ف. برادری دارد که از نظر وضعیت جسمی ـ روانی سالم، ولی مبتلابه دیابت است. براساس ارزیابی انجام‌شده به‌وسیله متخصصان جسمی ـ حرکتی، ز. ف. توانایی راه رفتن ندارد و در عضله‌های زانوی چپ و راست، ران چپ و راست و مچ پای چپ و راست دچار کوتاهی است همچنین مهارت نوشتن دارد. براساس تشخیص روانشناس مرکز گوهردانش، ز.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

ف. اضطراب جدایی داشته و زمانی که از مادر جدا می‌شود و میزان بالایی از اضطراب را تجربه می‌کند، شروع به ناخن‌جویدن می‌کند. برقرار نکردن ارتباط صمیمی با دوستان در مرکز، پرخاشگری و قهر با آنها، امتناع از شرکت در بازی‌های گروهی و گریه زمان مراجعه به روانشناس مرکز، مواردی از رفتارهای اجتماعی او را در بر می‌گیرد.

ابزار

ابزار این پژوهش مقیاس رشد اجتماعی واینلند[۲۰] است. این مقیاس را ادگار دال[۲۱] (۱۹۳۵) برای ارزیابی توانایی فرد در جهت رسیدگی و مواظبت از خود و رفع نیازهایش طراحی کرده است که دربردارنده ۱۱۷ شاخص است. مقیاس مذکور در جمعیت شهری و روستایی شهر کرمان به صورت مقدماتی هنجاریابی شده است و نتایج در تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۹ گزارش شده است که قابل قبول است همچنین این مقیاس از روایی افتراقی مطلوبی برای افراد بهنجار و نابهنجار (کم‌توانان ذهنی) در ایران بهره‌مند است (زامیاد، یاسمی و واعظی، ۱۳۷۵).

شیوه اجرای پژوهش: در این پژوهش پس از اجرای سه ارزیابی در موقعیت خط پایه برای هر چهار آزمودنی، آموزش انفرادی برای هر کدام از آزمودنی‌ها آغاز شد. به این ترتیب که ۱۰ جلسه آموزش در ۵ هفته (به صورت هفته‌ای دو جلسه) برای هرکدام از آزمودنی‌ها ارائه شد و از جلسه اول به بعد در پایان هر جلسه یک ارزیابی از رشد اجتماعی انجام گرفت. دو هفته پس از اتمام جلسه‌ها دو نقطه برای موقعیت A دوم (پیگیری) در نظر گرفته شد که در دو هفته متوالی ارزیابی شد.

جلسه‌های آموزشی

در پژوهش حاضر، بسته آموزشی براساس کتاب «هوش برتر، فعالیت‌هایی برای پرورش هوش هیجانی ویژه ۷ -۹ سال» (موسوی، ۱۳۹۶) تنظیم شد. این بسته آموزشی شامل ۱۰ جلسه آموزشی بود که به صورت انفرادی اجرا شد. مفاهیم آموزش داده شده با هدف افزایش سطح مهارت‌های اجتماعی طراحی شده است. سرفصل‌های جلسه‌های ده گانه این آموزش در ذیل آمده است:

رئوس مطالب مطرح شده در ۱۰ جلسه آموزش انفرادی هوش هیجانی

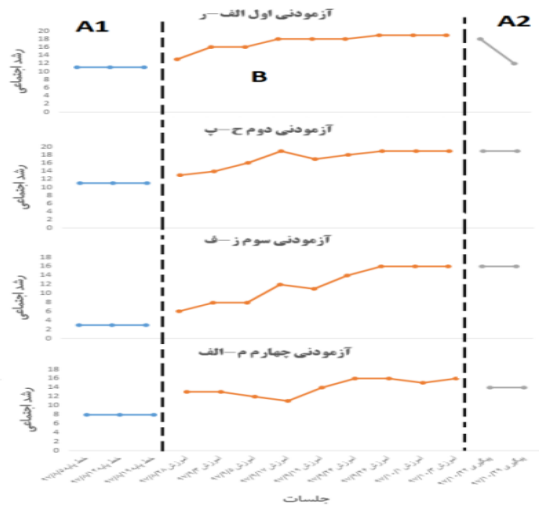
جلسه‌ها	رئوس مطالب
اول	آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی، توجیه آزمودنی برای همکاری با پژوهشگر در جهت بهبود روابط و مهارت‌های اجتماعی
دوم	آشنایی با مولفه‌های کلی هوش هیجانی (درون‌فردی، بین‌فردی، سازگاری، مدیریت استرس و خلق عمومی براساس تکالیف کودکانه مبتنی بر کتاب)
سوم	آموزش روش‌های (خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود و عزت‌نفس) که جزء مؤلفه‌های درون‌فردی هوش هیجانی است و ارائه تکلیف برای ارتقای سطح آن براساس تکالیف نقاشی ـ قصه‌گویی
چهارم	بررسی نتایج تکلیف جلسه قبل و آموزش مؤلفه‌های خودشکوفایی و استقلال براساس تکالیف قصه‌گویی و شعرخوانی
پنجم	معرفی نقش هوش هیجانی در روابط بین‌فردی و ارائه راهکارهایی به منظور بهبود روابط بین‌فردی مانند همدلی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در جهت افزایش سطح مهارت‌های اجتماعی براساس قصه‌گویی و نقاشی
ششم	معرفی سه روش برای افزایش سطح سازگاری در کودک (واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری و حل مسئله براساس داستان‌های کودکانه)
هفتم	آشنایی با مفهوم تنش، استرس و معرفی نقش هوش هیجانی در مهار تنش و استرس براساس خودآگاهی هیجانی مبتنی بر تصویر
هشتم	ارائه راهکارهایی برای مدیریت استرس (تحمل فشار روانی و کنترل تکانه)
نهم	آموزش مولفه‌های خلق عمومی (خوش‌بینی و شادمانی)
دهم	انجام تکالیفی برای افزایش خلق عمومی در حضور پژوهشگر و بحث و بررسی نتایج جلسه‌های گذشته با شرکت‌کننده

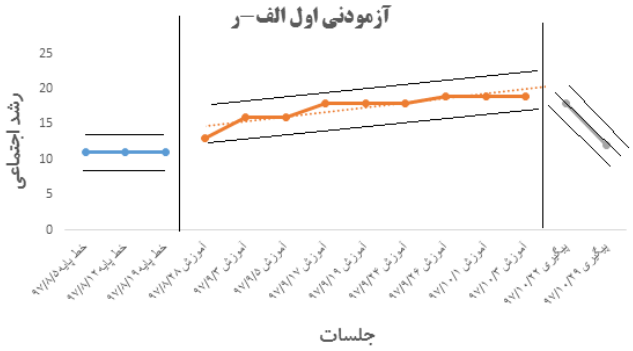
روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: در این پژوهش برای تجزیه وتحلیل داده‌ها نخست برای هر آزمودنی داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه اول، آموزش و خط پایه دوم به‌ترتیب روی نمودار رسم می‌شود. سپس نوار ثبات و روند برای همه نمودارها رسم شده و بعد با استفاده از شاخص روند[۲۲] و ثبات[۲۳] میزان ثبات و جهت روند داده‌ها مشخص می‌شود. درنهایت با استفاده از روش تحلیل درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی به تحلیل اثربخشی متغیر مستقل بر وابسته پرداخته می‌شود (با کمک اندازه اثرهای PND ، MPI و MPR).

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

یافته‌ها

نمره‌های خام اندازه‌گیری‌های مکرر، در جلسه‌های خط پایه اول، مداخله و خط پایه دوم به صورت نمودار داده‌ها در نمودار ۱ آورده شده‌اند.

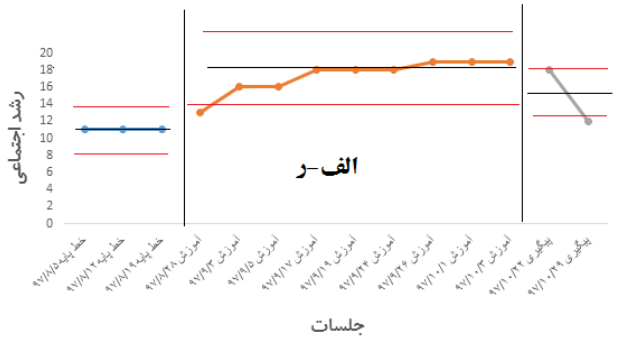




نمودار۱. اثر بخشی آموزش مهارت‌های ارتقادهنده هوش هیجانی بر بهبود رشد اجتماعی

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور x کشیده شد و یک نوار ثبات[۲۴] روی خط میانه قرار گرفت (نمودار ۲، سمت چپ). نوار ثبات، یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون‌افتادگی یا تغییرپذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۲۰ – ۸۰ درصدی، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۵). پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم‌کردن[۲۵] استفاده شد و نوار ثبات خط روند براساس معیار ۲۰ – ۸۰ درصدی رسم شد (نمودار۲، سمت راست). پس از رسم خط میانه، خط روند و نوار ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه، میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین‌موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. PND نشان‌دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط پایه و مداخله) است. میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوش (PND) بستگی دارد. هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۵). براساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی ۱، خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آنها به قرار زیر به دست می‌آید:

جدول ۱، نتایج تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی را برای داده‌های آزمودنی ۱ براساس فرم تحلیل دیداری[۲۶] نشان می‌دهد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۵).



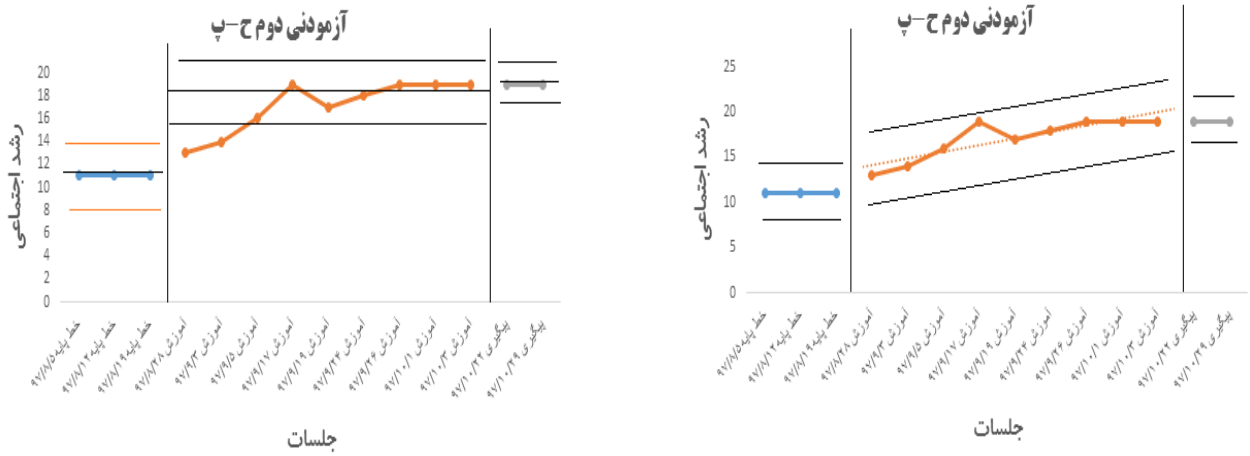
«الف. ر.»

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

جدول۱. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برای آزمودنی ۱ «الف. ر.»

درون‌موقعیتی				بین‌موقعیت‌ها	
توالی موقعیت‌ها	A_1	B	A_2	مقایسه موقعیت	B A
طول موقعیت‌ها	۳	۹	۲	تغییرات روند	
سطح					
میانه	۱۱	۱۸	۱۵	اثر وابسته به هدف	مثبت
میانگین	۱۱	۱۷/۳۳	۱۵	تغییر ثبات	باثبات به باثبات
دامنه تغییرات	۰	۱۳ ۱۹	۱۲ ۱۸	تغییر در سطح	
دامنه تغییرات نوار ثبات ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت	باثبات	باثبات	باثبات	تغییر نسبی	۱۶ به ۱۱
تغییر سطح				تغییر مطلق	۱۳ به ۱۱
تغییر نسبی	۰	۲	۵	تغییر میانه	۱۸ به ۱۱
تغییر مطلق	۰	۶	۵	تغییر میانگین	۱۷/۳۳ به ۱۱
روند				همپوشی داده‌ها	
جهت	ثابت	صعودی	نزولی	PND	۱۰۰٪
ثبات	باثبات	باثبات	بی‌ثبات	POD	۰٪
				MPI_{A1B}	۳۶/۵
				MPR_{A1B}	۵۷/۵

خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی ۲ براساس نمودار ۳ است.



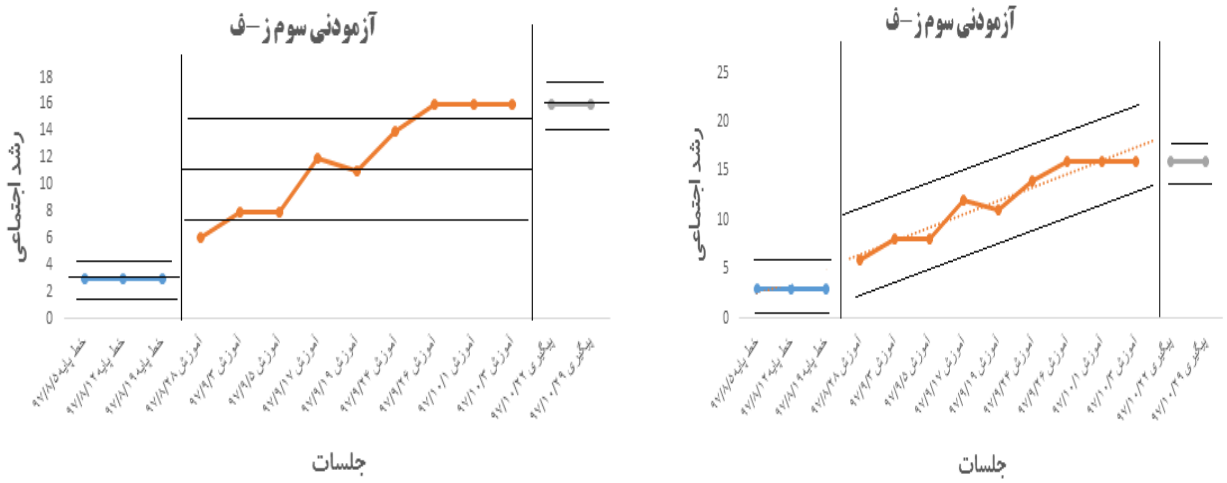
نمودار ۳. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۲ «ح. پ.»

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

جدول ۲. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برای آزمودنی ۲ «ح. پ.»

درون‌موقعیتی				بین‌موقعیت‌ها	
توالی موقعیت‌ها	A_1	B	A_2	مقایسه موقعیت	B A
طول موقعیت‌ها	۳	۹	۲	تغییرات روند	
سطح					
میانه	۱۱	۱۷	۱۹	اثر وابسته به هدف	مثبت
میانگین	۱۱	۱۷/۱۱	۱۹	تغییر ثبات	باثبات به باثبات
دامنه تغییرات	۰	۱۳-۱۹	۰	تغییر در سطح	
دامنه تغییرات نوار ثبات ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت	باثبات	باثبات	باثبات	تغییر نسبی	۱۶ به ۱۱
تغییر سطح				تغییر مطلق	۱۳ به ۱۱
تغییر نسبی	۰	۴	۰	تغییر میانه	۱۷ به ۱۱
تغییر مطلق	۰	۶	۰	تغییر میانگین	۱۷/۱۱ به ۱۱
روند				همپوشی داده‌ها	
جهت	ثابت	صعودی	ثابت	PND	۱۰۰٪
ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	POD	۰٪
				MPI_{A1B}	۳۵/۷
				MPR_{A1B}	۵۷/۵

خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی ۳ براساس نمودار ۴ است.



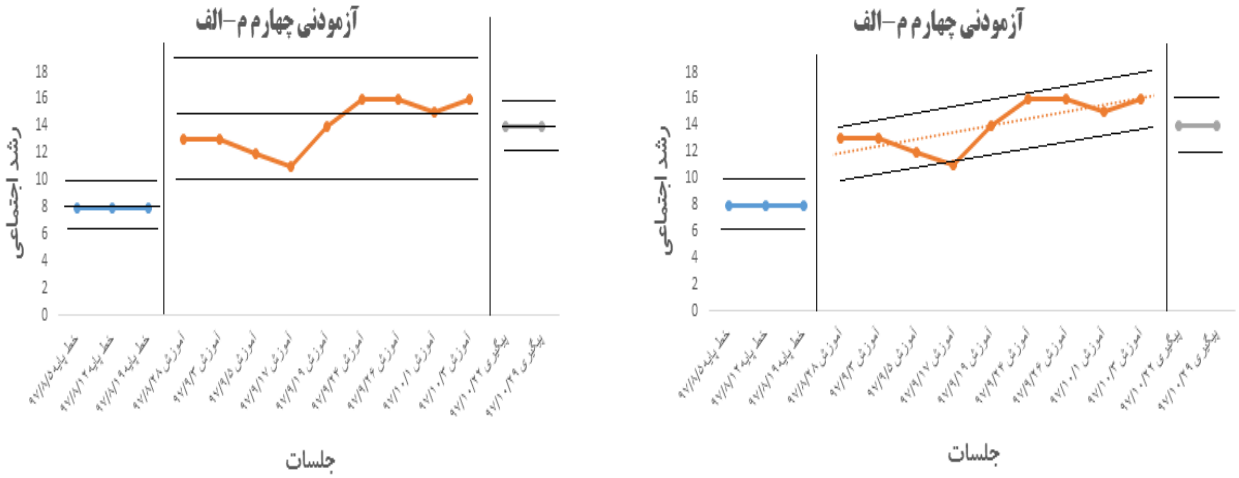
نمودار ۴. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۳ «ز. ف.»

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

جدول ۳ متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برای آزمودنی ۳ «ز. ف.»

درون‌موقعیتی				بین‌موقعیت‌ها	
توالی موقعیت‌ها	A_1	B	A_2	مقایسه موقعیت	B A
طول موقعیت‌ها	۳	۹	۲	تغییرات روند	
سطح					
میانه	۳	۱۱	۱۶	اثر وابسته به هدف	مثبت
میانگین	۳	۱۲/۵	۱۶	تغییر ثبات	باثبات به باثبات
دامنه تغییرات	۰	۶-۱۶	۰	تغییر در سطح	
دامنه تغییرات نوار ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	تغییر نسبی	۸ به ۳
۲۰ درصد از میانه هر موقعیت					
تغییر سطح				تغییر مطلق	۶ به ۳
تغییر نسبی	۰	۷	۰	تغییر میانه	۱۱ به ۳
تغییر مطلق	۰	۱۰	۰	تغییر میانگین	۱۲/۵ به ۳
روند				همپوشی داده‌ها	
جهت	ثابت	صعودی	ثابت	PND	۱۰۰٪
ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	POD	۰٪
				MPI_{A1B}	۷۶
				MPR_{A1B}	۸۴

خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی ۴ براساس نمودار ۵ است.



نمودار ۵. خط میانه، خط روند و محفظه ثبات آزمودنی شماره ۴ «م. الف.»

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی برای آزمودنی ۴ «م. الف.»

درون‌موقعیتی				بین‌موقعیت‌ها	
توالی موقعیت‌ها	A_1	B	A_2	مقایسه موقعیت	B A
طول موقعیت‌ها	۳	۹	۲	تغییرات روند	
سطح					
میانه	۸	۱۴	۱۴	اثر وابسته به هدف	مثبت
میانگین	۸	۱۴	۱۴	تغییر ثبات	باثبات به باثبات
دامنه تغییرات	۰	۱۳-۱۶	۰	تغییر در سطح	
دامنه تغییرات نوار ثبات ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت	باثبات	باثبات	باثبات	تغییر نسبی	۱۳ به ۸
تغییر سطح				تغییر مطلق	۱۳ به ۸
تغییر نسبی	۰	۳	۰	تغییر میانه	۱۴ به ۸
تغییر مطلق	۰	۳	۰	تغییر میانگین	۱۴ به ۸
روند				همپوشی داده‌ها	
جهت	ثابت	صعودی	ثابت	PND	۱۰۰٪
ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	POD	۰٪
				MPI_{A1B}	۴۲/۸
				MPR_{A1B}	۷۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، افزایش میزان رشد اجتماعی کودکان مبتلابه فلج مغزی با آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بود. با توجه به یافته‌ها (نمودار ۱) هر چهار آزمودنی پس از دریافت مداخله افزایش قابل توجهی در میزان رشد اجتماعی نشان داده‌اند. همچنین در جلسه‌های پیگیری که دو هفته پس از مداخله انجام شد، میزان روابط اجتماعی و به نوعی رشد اجتماعی آنها پا برجا بود. هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر، نتایج پژوهش جعفری بلالمی، خلیلیان و زرگرنتاج (۱۳۹۴) نیز نشان داد که آموزش مهارت‌های هوش هیجانی موجب رشد اجتماعی دانشجویان می‌شود. همچنین نتایج پژوهش کریمی، عاشوری، سالمی خامنه (۱۳۹۶) نیز نشان داد که مهارت‌های هوش هیجانی نقش حیاتی در پیش‌بینی رشد اجتماعی دانش‌آموزان آهسته‌گام دارد. نتایج پژوهش عاشوری و جلیل آبکنار (۱۳۹۷) نیز نشان داد که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (به‌عنوان یک مهارت هوش هیجانی) بر کفایت اجتماعی افراد با فلج مغزی مؤثر است. درنهایت هم‌راستا با پژوهش حاضر، پاشا و گل‌شکوه (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش‌های مرتبط با افزایش هوش هیجانی بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی ـ عاطفی دانش‌آموزان دارای اختلال‌های هیجانی ـ رفتاری مؤثر افتاده است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر باید گفت دوره کودکی دربرگیرنده چالش‌های بسیاری از جمله رفتارهای خودتخریبی، خشونت و مشکلات رفتاری است. تمام این حوزه‌ها نیازمند درجه خاصی از تسلط بر مهارت‌های هوش هیجانی است که بسیاری از کودکان با اختلال فلج مغزی فاقد آنها هستند (پیشگاهی فرد، عبدی، متقی، متقی، ۱۳۹۴). به دلیل اینکه کودکان مبتلابه فلج مغزی در روابط بین‌فردی و مهارت‌های اجتماعی و به‌طورکلی هوش هیجانی، ضعیف‌تر از گروه عادی هستند، به‌طور عمده در روابط خود در اجتماع با شکست مواجه می‌شوند که این

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

شکست ریشه در تجربه‌های ناموفق آنها در اجتماع دارد. مهارت‌های هوش هیجانی برای کودکان به‌طور عمده مهارت‌های خودپایی هستند که شامل درک هیجان‌ها و عواطف خود، ابراز وجود و ذهن‌آگاهی است که همراه با قصه‌گویی و نقاشی کودکانه آموزش داده می‌شود. به‌علاوه فن دیدگاه‌گیری و روابط صحیح با دیگران، آموزش فن‌های مدیریت استرس، اجرای مهارت‌های اجتماعی در موقعیت‌های واقعی و تجربه موفقیت‌های کوچک در اینگونه موقعیت‌ها همگی سبب اصلاح باور کودک درباره عملکرد خود در اجتماع و روابط اجتماعی می‌شود. آموزش‌های مبتنی بر پایش خود به منظور مدیریت هیجان‌ها موجب می‌شود که کودک بیشتر احساسات خود و دیگران را ادراک کند. به‌طورکلی به دلیل مشکلات ناشی از حالت‌های جسمی این کودکان، بیش‌مراقبتی و بیش‌توجهی از سوی والدین به آنها ارائه می‌شود. این حالت‌های افراطی خانواده موجب آگاهی نداشتن کودک از هیجان‌های مثبت و منفی خود می‌شود. در پژوهش حاضر، تمرین‌هایی مانند تمرین خودآگاهی هیجانی و تمرین استقلال (برای مثال جلسه‌های سوم و چهارم مداخله) موجب درک هیجان‌ها از سوی کودک می‌شود و همان‌طور که در نمودارها نیز مشخص است، حداقل این تمرین‌ها در سه آزمودنی نمره رشد اجتماعی را به طرز قابل مشاهده‌ای افزایش داده است. از طرفی، مهارت دیدگاه‌گیری موجب آسان شدن انطباق با محیط پیرامون، توانایی فهم افکار و احساسات دیگران به شکل تدوین‌یافته و برنامه‌ریزی‌شده می‌شود. همان‌گونه که در شرح جلسه‌های ششم و هفتم آمده است، در این جلسه‌ها تمرین‌ها مبتنی بر درک دیدگاه دیگران در حل مسئله موجب صعود قابل توجهی در نمودارها شده است. همچنین در جلسه‌های نهم و دهم با انجام تمرین‌هایی مدیریت استرس و شادکامی به کودکان آموزش داده شد. پژوهش‌های مربوط به رشد اجتماعی نشان می‌دهد که افزایش خلق و کاهش استرس، زمینه را برای رشد اجتماعی کودک فراهم می‌کند (صیدی، صفاری‌نیا، احمدیان، ۱۳۹۸). نتیجه‌گیری دیداری از نمودارها نیز نشان می‌دهد که آزمودنی شماره یک از جلسه اول تا سوم مداخله روند صعودی قابل توجهی داشته است که از ارتباط صمیمانه آزمودنی با پژوهشگر و علاقه وافری که به نقاشی‌ها و تکالیف کودکانه کتاب نشان می‌داد، این روند قابل توجیه است. براساس نمودار این آزمودنی، از جلسه چهارم به بعد، روند صعودی شیب کمتری دارد که دلیل آن را می‌توان در بازگشت علایم جسمانی همراه با فلج مغزی شامل گرفتگی و اسپاسم‌های شدید عضلانی که ادامه همکاری را برای این آزمودنی مشکل می‌کرد، جستجو کرد. درباره آزمودنی شماره دو تا جلسه چهارم مداخله پیشرفت قابل قبولی داشته است، اما از جلسه پنجم به بعد به دلیل نوسان‌های خلقی شیب نمودار کاهش پیدا کرد. آزمودنی شماره ۳ تا جلسه دوم مداخله پیشرفتی قابل قبول داشت که علت آن برقراری ارتباط دوستانه با پژوهشگر در طول این دو جلسه بود چرا که این کودک تا قبل از آن تجربه چنین ارتباطی را با دیگران در جامعه نداشت. نکته قابل توجه این است که از جلسه سوم تا ششم مداخله روند پیشرفت در آزمودنی مذکور دچار افت شدیدی شد و از آن‌جاییکه او براساس مشاهده‌های پژوهشگر از اضطراب به‌نسبت شدیدی رنج می‌برد، بنابراین رفتارهای نامناسبی مانند گریه‌کردن دائم و پرخاشگری از خود نشان می‌داد که این رفتارها برقراری ارتباط با او در طول این جلسه‌ها را با مشکلاتی مواجه کرد. درنهایت از جلسه ششم به بعد میزان پیشرفت او سیر صعودی ولی آهسته‌ای را نشان می‌دهد که علت آن را می‌توان کاهش میزان اضطراب (تمرین‌های مدیریت استرس و شادکامی) در نظر گرفت. روند پیشرفت آزمودنی شماره ۴ نیز از جلسه پنجم به بعد رو به بهبودی رفت که براساس مفاهیمی که در آخرین جلسه‌های مداخله با او کار می‌شد و آموزش مؤلفه‌های خلق عمومی و ارائه راهکارهایی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

برای افزایش سطح خلق عمومی از آن جمله بود، این بهبود به روشنی قابل تبیین است. در جمع‌بندی چنین مشاهده‌هایی می‌توان بیان کرد که در آغاز، به نظر می‌رسد طولانی شدن و فشرده بودن جلسه‌های آموزش‌های مذکور برای این گروه هدف (کودکان دچار فلج مغزی) خسته‌کننده و کسل‌آور شده بود. بر این اساس به نظر می‌رسد که در دنیای بیرون از فضای پژوهشی، بسته مذکور باید در مدت طولانی‌تر و با فاصله جلسه‌های بیشتر آموزش داده شود. به‌علاوه، براساس یافته‌های توصیفی و دیداری نمودارها، پیشنهاد می‌شود که در شروع اجرای چنین بسته‌های آموزشی برای کودکان دچار فلج مغزی، نخست وضعیت خلق، استرس، اضطراب و وضعیت فیزیولوژیکی کودکان بررسی شده و در صورت وجود مشکلی در این حیطه‌ها به سرعت برطرف شود تا جلسه‌های آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بتواند بهینه عمل کند. با توجه به نتایج مثبت حاصل از این مطالعه مبنی بر اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر رشد اجتماعی، پیشنهاد می‌شود که دوره آموزشی هوش هیجانی برای کودکان دارای اختلال فلج مغزی قبل از ورود به مدرسه برگزار شود. همچنین به نظر می‌رسد که استفاده از این آموزش‌ها در مراکز مشاوره آموزش و پرورش به افراد دارای کم‌توانی (از جمله فلج مغزی) ثمربخش باشد.

تشکر و سپاسگزاری

از تمامی مسئولان و دانش‌آموزان مرکز آموزشی ـ توان‌بخشی گوهردانش در شهرستان خمینی‌شهر استان اصفهان که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاریم.

پی‌نوشت‌ها

1. cerebral palsy
2. physical disability
3. clinical syndrome
4. immature brain
5. limit on correct sitting
6. correct movement patterns
7. rehabilitation & treatment intervention
8. sickness & hearing impairment
9. clinical signs
10. emotional intelligence failure
11. emotional intelligence
12. mental & emotional problems
13. social skills
14. physically-handicapped people
15. self-confidence
16. quality of life
17. social compromise
18. self-monitoring
19. perspective taking
20. single subject design
21. Winelend Social Maturity Scale
22. Edgar Doll
23. Trending
24. Stability
25. Stability Envelope
26. Split-middle
27. Visual analysis

منابع

الیاسی ت. (۱۳۹۴) فلج مغزی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، ۱۱(۱۰۱): ۷۱۴-۷۲۳.

اصل فتاحی ب.، نجارپور استادی س. (۱۳۹۲) «بررسی رابطه هوش هیجانی و عزت‌نفس با مهارت‌های اجتماعی»، فصلنامه آموزش و ارزشیابی، ۶(۲۳): ۱۲۳- ۱۳۶.

پشم‌دار فرد م.، امینی م. (۱۳۹۵) «وضعیت‌دهی کودکان دارای فلج مغزی در مدرسه، فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی»، پیاپی ۱۴۲ ، ۱۶(۵): ۴۶-۴۳.

پورحسین هندآباد پ. اقلیما م. عرشی م.، تقی‌نژاد ز. (۱۳۹۵) «بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر مشارکت اجتماعی معلولان جسمی ـ حرکتی مجتمع آموزشی نیکوکاری رعد مرکز»، توان‌بخشی، ۱۷(۴): ۳۰۹.

پاشا ر.، گل‌شکوه ف. (۱۳۹) «تأثیر آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی ـ عاطفی دانش‌آموزان دارای اختلالات هیجانی ـ رفتاری»، مجله مطالعات ناتوانی، ۷: ۱-۶ .

پیشگاهی‌فرد ز.، عبدی ف.، متقی س.، متقی ا. (۱۳۹۴) «بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی خودپایی بین دو گروه زنان شاغل و غیرشاغل»، فصلنامه علمی ـ پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۳(۲): ۳۹-۵۳.

جعفری بلالمی ن.، خلیلیان ع.، زرگرنتاج ط. (۱۳۹۴) «تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی دانشجویان دانشگاه مازندران»، فصلنامه علمی – پژوهشی طب و تزکیه، ۲۴(۴):۸۱ – ۹۰.

حیدری‌پور م. مشهدی ع.، اصغری‌نکاح م. (۱۳۹۱) «اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی معلولین جسمی ـ حرکتی»، پژوهش در علوم توان‌بخشی، ۸(۳):۵۷۹-۵۷۱.

خضری آ. (۱۳۹۱) «آموزش مهارت‌های اجتماعی به دانش‌آموزان با نیازهای ویژه در نظام آموزش فراگیر»، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۰۹: ۷۸- ۸۴.

زامیاد ع.، یاسمی م.، واعظی ا. (۱۳۷۵) «هنجاریابی مقدماتی مقیاس رفتار انطباقی واینلند در جمعیت شهری و روستایی شهر کرمان»،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

اندیشه و رفتار، ۲(۴):۲۵.

شکوهی یکتا م.، دوایی م.، زمانی ن.، پورکریمی ج.، شریفی ع. (۱۳۹۲) «تأثیر آموزش برنامه من می‌توانم مشکل را حل کنم بر بهبود مهارت حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پیش‌دبستانی و پایه اول»، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۵(۳):۸۲-۷۴.

صیدی س.، صلفاری‌نیا م.، احمدیان ح. (۱۳۹۸) «مدل ارتباط پرخاشگری و دیدگاه‌گیری اجتماعی با رفتار جامعه‌پسند با نقش واسطه‌ای اعتماد اجتماعی»، پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی،۱,۳۶ -۲۰.

عاشوری م.، جلیل‌آبکنار س. (۱۳۹۷) «اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کفایت اجتماعی افراد با فلج مغزی»، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۸(۳): ۲۹- ۳۸.

کریمی م.، عاشوری م.، سالمی‌خامنه ع. (۱۳۹۶) «بررسی رابطه رشد اجتماعی با هوش هیجانی و سلامت روان در دانش‌آموزان آهسته‌گام»، فصلنامه توانمندسازی کودکان استثنایی، ۲۳(۸): ۸۵- ۹۴.

موسوی س. (۱۳۹۶) هوش برتر، فعالیت‌هایی برای پرورش هوش هیجانی ویژه ۷-۹ سال، اصفهان: انتشارات یارمانا.

فراهانی ح.، عابدی ا.، آقامحمدی س.، کاظمی ز. (۱۳۹۵) مبانی کاربردی طرح‌های پژوهشی مورد منفرد در علوم رفتاری و پزشکی، تهران: انتشارات روان‌شناسی و هنر.

Bottcher, L. (2010). Children with Spastic Cerebral Palsy, Their Cognitive Functioning, and Social Participation: a Review. Child Neuro-psychology, 16(3), 209-228.

Gast, D. L. (2010). *Single Subject Research Methodology in Behavioral Sciences*. USA: Rutledge.

Kili, K.M. Gungor Aytar, F.A. (2017). The Effect of Social Skills Training on Social Skills in Early Childhood, the Relationship between Social Skills and Temperament. Education and Science, 42 (191), 185 – 204.

Rosenbaum, P. (2006). The definition and classification of cerebral palsy: are we any further ahead in 2006? *NeoReviews*, *7*(11), e569-e574.

Shamsoddini, A., Amirsalari, S., Hollisaz, M.T., Rahimniya, A. & Khatibi-Aghda, A. (2014). Management of Spasticity in Children with Cerebral Palsy. Iranian Journal of Pediatrics, 24(4),345-351 .

Weber,P., Bolli, P., Heimgartner, N., Merlo, P., Zehnder, T. & Katterer, C. (2015). Behavioral and Emotional Problems in Children and Adults with Cerebral Palsy. Official Journal of the European Paediatric Neurology Society, 12 (3), 1-5

Vasile, C. (2015). Time Perception, Cognitive Correlates, Age and Emotion. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 187, 695 – 699.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]