

نقش باورهای فراشناختی و هوش هیجانی نابینایان در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی و مقایسه‌ی آن با افراد عادی

اکبر عطادخت^۱، علی شیخ‌الاسلامی^۲، سیده طیبه حسینی کیاسری^۳، نجمه جوکار کمال‌آبادی^۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۲/۰۶

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و هوش هیجانی در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی افراد نابینا و مقایسه آن با افراد عادی انجام شد. روش پژوهش، از نوع علی‌مقایسه‌ای بود و جامعه‌ی آماری آن همه‌ی نابینایانی بودند که در ۶ ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۲، عضو انجمن نابینایان اردبیل بوده و همچنین افراد عادی که در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشته و مشکل نابینایی نداشتند. از بین جامعه‌ی نابینایان با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۴۰ نفر؛ و از بین جامعه‌ی افراد عادی نیز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۰ نفر انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی فراشناخت، مقیاس هوش هیجانی و مقیاس سازگاری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری خی‌دو، تحلیل واریانس تک‌عاملی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه نابینا و افراد عادی از لحاظ متغیرهایی مانند خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و خودآگاهی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) و هوش هیجانی نابینایان بیشتر از افراد عادی بود ($p < 0/05$). همچنین نتایج نشان داد که مدل پیش‌بینی سازگاری اجتماعی از روی متغیرهای هوش هیجانی و باورهای فراشناخت در افراد نابینا، معنادار بوده ($p < 0/01$)، ولی در افراد عادی معنادار نبود ($p > 0/05$). ۲۰ درصد از واریانس سازگاری اجتماعی نابینایان به وسیله‌ی هوش هیجانی و باورهای فراشناخت قابل تبیین بود. این نتایج کاربردهایی را در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و روان‌شناختی و همچنین استفاده از نتایج در توانبخشی افراد نابینا به دنبال دارد.

واژگان کلیدی: باورهای فراشناختی، هوش هیجانی، سازگاری اجتماعی، نابینایان.

۱. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (ak_atadokht@yahoo.com)

۲. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی (a_sheikholslami@yahoo.com)

۳. کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه محقق اردبیلی (h.kiasari@yahoo.com)

۴. کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی، دانشگاه محقق اردبیلی (najme.jokar2013@gmail.com)

مقدمه

آسیب‌دیدگی، با محرومیت‌هایی مرتبط است که فرد در نتیجه نارسایی و ناتوانی تجربه می‌کند. به بیان دیگر، هرگونه فقدان یا کاهش فرصت برای مشارکت در زندگی اجتماعی در سطحی برابر با دیگران، آسیب‌دیدگی نامیده می‌شود (کریمی، ۱۳۹۰). آسیب‌دیدگان بزرگترین اقلیت غیرنژادی در جهان می‌باشند و تخمین زده می‌شود که ۱۰ درصد جمعیت دنیا (حدود ۶۵۰ میلیون نفر) دست کم با یک نوع آسیب، زندگی می‌کنند (کاراسکو، ایسر، هاو، فرسون، گرین و کولمن^۱، ۲۰۱۱؛ به نقل از حیدری‌پور، مهدی، اصغری و نکاح، ۱۳۹۱). نابینایی یکی از انواع مختلف آسیب است که سالانه بسیاری از افراد به آن دچار می‌شوند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، نابینا به کسی گفته می‌شود که تیزبینی او در چشم بهتر، کمتر از ۲۰/۴۰۰ (۳/۶۰) باشد (مهدی‌زاده، آفرید و اترزاده، ۲۰۰۵) و یا اینکه میدان دید او آنقدر کم است که وسیع‌ترین قطر آن نتواند فاصله زاویه‌ای را که بیش از ۲۰ درجه است، فراگیرد (داورمنش و براتی‌سده، ۱۳۸۵). در سال ۲۰۰۴، ۴۰ تا ۴۵ میلیون فرد نابینا در جهان وجود داشته (فقهی، خاتمی‌نیا، ضیایی و لطیفی، ۲۰۰۹) و نتایج سرشماری عمومی سال ۱۳۶۵ در ایران نیز، درصد نابینایان رسمی را حدود ۰/۰۰۱۸ درصد گزارش کرده است (داورمنش و براتی‌سده، ۱۳۸۵). بر اساس یافته‌های پژوهش همه‌گیرشناسی انجام گرفته در سال ۲۰۰۷ در شهر تهران، شیوع کم‌بینایی ۱۳/۲ درصد و شیوع نابینایی ۰/۲۸ درصد بوده است (میرزایی و سعیدی، ۲۰۱۳). سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده که در صورت ادامه روند کنونی هر ساله حدود ۱ تا ۲ میلیون نفر به جمعیت نابینایان دنیا افزوده خواهد شد، به طوری که تا سال ۲۰۲۰، تعداد نابینایان به دو برابر افزایش خواهد یافت (به نقل از مقدم، خباز، یکتا، هروی‌ان و مهدی‌زاده، ۱۳۸۵).

نابینایی تأثیرات همه‌جانبه‌ای بر کارکرد فرد می‌گذارد. بدون بینایی، ادراک و تفکر افراد از خود و دیگران، بسیار متفاوت خواهد بود. این ادراک متفاوت ممکن است در افراد با آسیب بینایی، سبب بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی شود (بیرد، مای‌فیلد و بارکر^۲،

۱. Carrasco, Eser, Hao, McPherson, Green & Kullmann

۲. Baird, Mayfield & Barker

۱۹۹۷؛ به نقل از نریمانی، سلیمانی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۱). از نظر رشد شناختی نیز کودکان نابینا به دلیل محرومیت از حس بینایی نمی‌توانند تجربیات زیادی از محیط به دست آورند. در نتیجه در شکل‌گیری مفاهیم دچار وقفه شده و رشدی آرام در پیش می‌گیرند. از این‌رو، رشد شناختی آنان در مقایسه با همسالان عادی‌شان، در رده‌ای پایین‌تر قرار می‌گیرد (کریمی، ۱۳۹۰).

فراشناخت نیز از جمله متغیرهایی است که می‌تواند تحت تأثیر توانمندی‌های دیداری قرار بگیرد. فراشناخت، سطح بالای عملکرد شناختی است که می‌تواند به عنوان هر نوع آگاهی یا فرایند شناختی تعریف شود که به آگاهی‌دهندگی و یا کنترل هر جنبه از شناخت اشاره دارد (ماسز و بیرد^۱، ۱۹۹۹؛ به نقل از وارگز، سندرا و بناویدز^۲، ۲۰۱۲). در واقع دانش فراشناختی به تعامل باورها و دانش ذخیره شده در حافظه‌ی عملکرد شخصی فرد، انجام وظایف و انتخاب راهبردها اشاره دارد (فلاول، میلر و میلر^۳، ۱۹۹۳؛ اسپرلینگ، هوارد، استالی و دوبویس^۴، ۲۰۰۴؛ به نقل از روزنزویگ، کراوز و مونتاقو^۵، ۲۰۱۱). فراشناخت، به واسطه تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر نشانه‌های ویژه مانند افکار مزاحم، بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، تأثیر می‌گذارد. انگاره‌ی اصلی در این رویکرد، این است که باورها در اختلال‌های روان‌شناختی از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل می‌شود که کنش‌وری تفکر و سبک مقابله را هدایت می‌کند و از آن تأثیر می‌پذیرد (دیوی و ولز^۶، ۲۰۰۰؛ به نقل از سالاری‌فر، پوراعتماد، حیدری و اصغرنژاد فرید، ۱۳۹۰). سالاری‌فر، پوراعتماد، حیدری و اصغرنژاد (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند که باورهای فراشناختی با نگرانی رابطه مثبت و حالت‌های فراشناختی با نگرانی، رابطه منفی دارد. نجاتی (۱۳۸۹) نیز نشان داد بین کارایی نابینایان و هم‌تایان بینا در

-
۱. Moses & Baird
 ۲. Vargas, Sendr & Benavides
 ۳. Miller, & Miller
 ۴. Sperling, Howard, Staley & Dubois
 ۵. Rosenzweig, Krawec & Montague
 ۶. Davey & Wells

کارکردهای شناختی، شروع فعالیت، انعطاف‌پذیری، احتیاط، توجه، حافظه، عواطف، تکانش‌گری، تهاجم و کارکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، ولی نابینایان در برنامه‌ریزی، هوشیاری و همدلی به طور معناداری کارایی بالاتری نسبت به بینایان دارند. نتایج پژوهش دیگر نیز نشان داده که بین نابینایان و هم‌تایان بینا در حافظه اجرایی شناختی، آگاهی و بی‌قراری تفاوت معناداری وجود ندارد (نجاتی، ۱۳۸۹).

از دیگر عوامل مؤثر در سازگاری اجتماعی، هوش هیجانی است که تفکرات فراشناختی می‌تواند در شناخت فرایندهای روانی مرتبط با آن نقش مهمی داشته باشد (برینول، پتی و روکر^۱، ۲۰۰۶). هوش هیجانی توانایی سازماندهی هیجانات خود و دیگران و همچنین تنظیم هیجانات در موقعیت‌های اجتماعی است (کزوارا و بلوک^۲، ۲۰۰۹؛ به نقل از مسگرانی، شفیع، احمدی و زارع، ۲۰۱۳). تنظیم هیجان به شیوه‌ای است که زنده ماندن را افزایش داده (مایر، دیپائولو و سالوی^۳، ۱۹۹۰؛ به نقل از هلت^۴، ۲۰۰۹) و تأثیر بسیار زیادی بر شادی و رضایت افراد دارد. کسانی که هوش هیجانی خود را به کار می‌گیرند و با محیط اطراف خود، سازگاری بیشتری دارند، اعتماد به نفس بالایی نشان می‌دهند و از توانایی خود آگاهند. رابطه مستقیم بین هوش هیجانی و زندگی خوب و سالم نشان می‌دهد که توجه به هیجان‌ها، آگاه بودن و آگاه ماندن از آن‌ها و استفاده از آن‌ها در راهنمایی کردن رفتار، اهمیت بسیاری دارد (برادبری و گریوز، ۲۰۰۵؛ به نقل از حسینیان و امامی‌پور، ۱۳۸۶). امروزه بسیاری از پژوهش‌گران معتقدند که اگر افراد از لحاظ هوش هیجانی توانمند باشند بهتر می‌توانند با چالش‌های زندگی و تنیدگی‌ها مواجه شوند و هیجانات را به گونه مؤثرتری تنظیم نمایند و در نتیجه، سلامت روانی بهتری خواهند داشت (اسپات^۵، ۱۹۹۸؛ به نقل از شاهنده و هفشجانی، ۱۳۸۸). بنابراین هوش هیجانی تا حد زیادی

۱. Brinol, Petty & Rucker

۲. Kezwara & Boloke

۳. Mayer, Dipaolo & Salovey

۴. Heldt

۵. Schutte

تعیین‌کننده شخصیت انسان و موفقیت وی می‌باشد و تأثیر بسیاری بر تمام جنبه‌های خصوصیت انسانی دارد (انیولا^۱، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهش‌های پزشکی (۱۳۸۳) و حسینیان و امامی‌پور (۱۳۸۵) نشان‌گر آن است که آسیب بینایی می‌تواند عامل مؤثری در رشد مهارت‌های اجتماعی و هوش هیجانی باشد، به طوری که دانش‌آموزان نابینا، هوش هیجانی پایین‌تری نسبت به همسالان عادی خود دارند. آسیب بینایی، برخی از مؤلفه‌های هوش هیجانی را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که دانش‌آموزان نابینا در مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود، خودشکوفایی، استقلال، روابط بین‌فردی، حل مسئله، انعطاف‌پذیری، تحمل تنیدگی، کنترل تکانه و شادکامی نمره‌های پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزان عادی دارند (حسینیان و امامی‌پور، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش آتری و راج^۲ (۲۰۱۳) با عنوان پژوهش هوش هیجانی نوجوانان دارای آسیب بینایی در محیط‌های درونی و بیرونی نشان داد که تفاوت معناداری در هوش هیجانی دختران و پسران دچار آسیب بینایی در محیط‌های درونی و بیرونی وجود ندارد.

از دیگر مسائلی که می‌تواند تحت تأثیر نابینایی قرار گیرد، سازگاری اجتماعی است. سازگاری اجتماعی، به عنوان مهمترین نشانه سلامت روان، از مباحثی است که جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و به ویژه مریدان دهه‌های اخیر توجه ویژه‌ای به آن کرده‌اند (مینگر^۳، ۲۰۰۲؛ به نقل از مظاهری و افشار، ۱۳۸۴). سازگاری به پذیرش و انجام رفتار و کردار مناسب و موافق محیط و تغییرات محیطی اشاره دارد (درتاج، مصائبی و اسدزاده، ۱۳۸۹). سازگاری اجتماعی افراد نابینا به علل متعدد مانند نگرش‌های منفی جامعه به نابینایان، تصویر ذهنی جامعه درباره درمانده و وابسته بودن نابینایان (آلبرت^۴، ۲۰۰۵)، دریافت نکردن بازخورد چشمی درباره رفتارهای‌شان، ناتوانی در موضع‌یابی و تعیین محل افراد (هالاها و کافمن^۵، ۲۰۰۳)، ناتوانی در پیدا کردن راهکارهای مناسب برای غلبه بر نداشتن

۱. Eniola

۲. Attri & Raj

۳. Meninger

۴. Albert

۵. Hallahan & Kauffman.

اعتماد به نفس و مشکلات در روابط بین فردی (مستعلمی، ۱۳۸۱) با مشکل مواجه می‌شود (به نقل از شریفی، ۱۳۹۰). هاره و آرو^۱ (۲۰۰۰)؛ به نقل از توزنده‌جانی، صدیقی، نجان و کمال‌پور، ۱۳۸۶) در پژوهش خود نشان دادند، نوجوانان با آسیب بینایی، به ویژه آن‌هایی که نابینا بودند، مشکلات بیشتری در روابط فردی و تعاملات اجتماعی با دوستان خود داشتند. کف^۲ (۲۰۰۲) در بررسی سازگاری روانی-اجتماعی نوجوانان نابینا گزارش کرده که مشکلات رفتاری، به ویژه مشکلات اجتماعی نوجوانان نابینا، به عزت‌نفس پایین، مفهوم خود منفی و مهارت‌های اجتماعی ضعیف در آن‌ها مربوط است (به نقل از به پژوه، خانجانی، حیدری و شکوهی، ۱۳۸۶). بنابر یافته‌های موجود، میان ناسازگاری‌های اجتماعی و هیجانی نابینایان و روابط ضعیف با گروه همسن با الگوی عمومی منفی ادراک از خود رابطه‌ی مستقیمی وجود دارد (شارما^۳ و جف^۴، ۲۰۰۰)؛ به نقل از شریفی، ۱۳۹۰). هالینگ و اهار^۵ (۲۰۰۷)؛ به نقل از شریفی، ۱۳۹۰) بر این نظرند که، اگرچه الگویی از انزوای اجتماعی و گوشه‌گیری مرتبط با آسیب بینایی تأکید شده است، می‌توان این الگو را به شکل پیوستاری در نظر گرفت که در یک سوی آن فرد نابینا به تنهایی و کناره‌گیری تمایل دارد و از سوی دیگر ظرفیت کامل برقراری ارتباط با خود و دیگران را در ابعاد گوناگون دارد و می‌تواند نقش‌آفرینی رفتارهای مناسب شخصی و اجتماعی را بیاموزد.

جمع‌بندی پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد که نابینایان به عنوان قشری آسیب‌پذیر از جامعه نیازمند توجه ویژه هستند و سازگاری اجتماعی آن‌ها می‌تواند در پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث آن‌ها مهم باشد. با توجه به اینکه، تاکنون پژوهشی انجام نگرفته که ارتباط بین سازگاری اجتماعی با هوش هیجانی و فراشناخت را در نابینایان مورد بررسی قرار دهد، این پژوهش ضمن بررسی و مقایسه فراشناخت و هوش هیجانی نابینایان با افراد عادی،

۱. Huurre & Aro

۲. Kep

۳. Sharma

۴. Geff

۵. Holling & Erhar

درصد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا باورهای فراشناختی و هوش هیجانی قابلیت پیش‌بینی سازگاری اجتماعی افراد نابینا را دارد؟

روش پژوهش

شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای از نوع مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش در دو گروه نابینایان و افراد عادی بودند. جامعه آماری گروه نابینایان، متشکل از همه‌ی نابینایانی بودند که در ۶ ماهه اول سال ۹۲ عضو انجمن نابینایان اردبیل بودند. جامعه آماری افراد عادی نیز متشکل از همه‌ی افرادی بودند که در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۴۰ سال بوده و مشکل نابینایی نداشتند. برای انتخاب نمونه‌ها، ابتدا از بین جامعه آماری نابینایان، تعداد ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، انتخاب شده و پرسش‌نامه‌ها بر روی آنها اجرا شد. بعد از مشخص شدن دامنه سنی، تحصیلاتی و توزیع جنسیتی نمونه‌های نابینایان، ۴۰ نفر افراد عادی نیز که فاقد مشکل بینایی بودند و از لحاظ سنی، تحصیلاتی و توزیع جنسیتی، بیشترین شباهت را با نمونه‌های نابینا داشتند، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

ابزارها: در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱) **مقیاس هوش هیجانی برادبری و گریوز:** این آزمون دارای ۲۸ گویه است که ۴ خرده مقیاس خودآگاهی، خودمدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط و نیز هوش هیجانی کل را مورد سنجش قرار می‌دهد. شیوه نمره‌گذاری آزمون با استفاده از مقیاس ۶ نقطه‌ای (از ۱ تا ۶) انجام می‌شود. از لحاظ روایی، همبستگی نمره‌های این آزمون با آزمون هوش هیجانی بار-آن ۰/۶۷ گزارش شده است. ضرایب پایایی بازآزمایی این آزمون برای مقیاس خودآگاهی ۰/۷۳، خودمدیریتی ۰/۸۷، آگاهی اجتماعی ۰/۷۸، مدیریت روابط ۰/۷۶ و برای نمره کل هوش هیجانی ۰/۹۰ گزارش شده است. (گنجی، میرهاشمی و ثابت، ۱۳۸۵؛ برادبری و گریوز، ترجمه گنجی، ۱۳۹۲).

۲) **پرسش‌نامه فراشناخت:** فرم کوتاه پرسش‌نامه فراشناخت به منظور سنجش باورهای فراشناختی تجدیدنظر شده است. این پرسش‌نامه ۳۰ گویه دارد و هر گویه به صورت چهارگزینه‌ای (موافق نیستم، تا حدودی موافق هستم، به طور متوسط موافقم و خیلی

موافقم) می‌باشد. این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره گذاری می‌شوند. این پرسش‌نامه ۵ مؤلفه را می‌سنجد که عبارت‌اند از اعتماد شناختی (۶ گویه)، باورهای مثبت در مورد نگرانی (۶ گویه)، خودآگاهی شناختی (۶ گویه)، باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر (۶ گویه) و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار (۶ ماده). ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی اضطراب صفت-حالت اسپیلبرگر ۰/۵۳، پرسش‌نامه‌ی نگرانی حالت پن ۰/۵۴ و پرسش‌نامه‌ی احساس فکری-عملی بادو ۰/۴۹ بدست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی نیز بعد از یک‌ماه ۰/۷۳ گزارش شده است (ولز و کارترایت-هاتون، ۲۰۰۴). در ایران نیز بابایی و رفیعی‌نیا (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند.

۳) **پرسش‌نامه سازگاری بل:** این پرسش‌نامه که در سال ۱۹۶۱ توسط بل تدوین شده شامل دو فرم است. یکی از فرم‌ها مربوط به دانش آموزان و دانشجویان و دیگری مربوط به بزرگسالان می‌باشد. هر کدام از فرم‌ها، ۵ بعد سازگاری را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی (تحصیلی). کل پرسش‌نامه شامل ۱۶۰ سؤال سه گزینه‌ای (بله، خیر و نمی‌دانم) است که به صورت صفر، ۱ یا ۱، صفر نمره گذاری می‌شود. گزینه «نمی‌دانم» نمره ندارد. در این پژوهش از سوال‌های خرده‌مقیاس سازگاری اجتماعی (۳۲ سؤال) استفاده شده است. پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه از ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده و در ایران نیز با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ (بهرامی، ۱۳۷۱) و ۰/۸۸ (عبدی‌فرد، ۱۳۷۴) گزارش شده است (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱).

شیوه‌ی گردآوری داده‌ها: شیوه گردآوری داده‌ها به صورت انفرادی و با حضور پژوهش‌گر انجام یافته است. به این صورت که نخست یک مشاوره‌ی کوتاه‌مدت برای جلب همکاری شرکت‌کننده انجام می‌گرفت و ضمن توضیح دلایل تکمیل پرسش‌نامه و

اطمینان‌دهی از بابت محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده، از ایشان جلب رضایت می‌شد و در صورت ابراز رضایت، در رابطه با افراد نابینا پرسش‌نامه از طریق مصاحبه تکمیل می‌شد و افراد عادی نیز پرسش‌نامه‌ها را خودشان تکمیل می‌کردند. حین تکمیل پرسش‌نامه‌ها در صورتی که سؤالی برای آزمودنی ایجاد می‌شد، به صورت فوری توسط پژوهش‌گر رفع ابهام می‌شد. برای تحلیل داده‌ها افزون بر آمار توصیفی، از خی دو، تحلیل واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری، تحت نرم افزار آماری SPSS-16، استفاده شده است.

یافته‌ها پژوهش

در این پژوهش، ۴۰ نفر نابینا با میانگین سنی ۳۰/۷۵ و انحراف استاندارد ۶/۲۰، و ۴۰ نفر عادی با میانگین سنی ۲۸/۸۲ و انحراف استاندارد ۶/۵۱ شرکت داشتند. جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها را مورد مقایسه قرار داده است.

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌های پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	نابینا نا	عادی	مقدار خی دو/F	سطح معناداری																																										
جنسیت	مرد	۲۱	۱۹	۰/۲۰	۰/۶۵																																										
	زن	۱۹	۲۱			تحصیلات	زیردیپلم	۱۷	۱۰	۴/۳۵	۰/۳۶	دیپلم	۱۰	۹	فوق‌دیپلم	۳	۷	لیسانس	۷	۱۱	فوق‌لیسانس	۳	۳	وضعیت اقتصادی	بسیار ضعیف	۴	۰	۱۲/۵۵	۰/۰۰۶	ضعیف	۱۰	۲	متوسط	۲۱	۲۵	وضعیت تاهل	مجرد	۲۴	۱۵	۳/۷۴	۰/۰۵۳	متاهل	۱۵	۲۳	وضعیت اشتغال	شاغل	۱۶
تحصیلات	زیردیپلم	۱۷	۱۰	۴/۳۵	۰/۳۶																																										
	دیپلم	۱۰	۹																																												
	فوق‌دیپلم	۳	۷																																												
	لیسانس	۷	۱۱																																												
	فوق‌لیسانس	۳	۳																																												
وضعیت اقتصادی	بسیار ضعیف	۴	۰	۱۲/۵۵	۰/۰۰۶																																										
	ضعیف	۱۰	۲																																												
	متوسط	۲۱	۲۵																																												
وضعیت تاهل	مجرد	۲۴	۱۵	۳/۷۴	۰/۰۵۳																																										
	متاهل	۱۵	۲۳																																												
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۶	۲۲	۶/۶۲	۰/۰۳۷																																										

بیکار ۲۳ ۱۱

جدول ۱ نشان می‌دهد که وضعیت اقتصادی افراد نابینای مورد بررسی ضعیف‌تر از افراد عادی بوده ($P < 0/05$) و تعداد شاغلین در بین نابینایان کمتر از افراد عادی است ($P < 0/05$).

جدول ۲. تحلیل واریانس سازگاری اجتماعی، مؤلفه‌های هوش هیجانی و باورهای فراشناختی در دو گروه نابینا و عادی

متغیرها	نابینا	عادی		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
		انحراف استاندارد	میانگین				
سازگاری اجتماعی	۱۱/۶۵	۶/۴۱	۱۱/۸۷	۵/۹۲	۱/۰۱	۰/۲۷	۰/۸۷۱
خودآگاهی	۲۷/۶۵	۳/۶۴	۲۳/۶۷	۴/۴۳	۳۱۶/۰۱	۱۹/۱۶	۰/۰۰۰
خودمدیریتی	۳۴/۵۵	۵/۹۲	۳۲/۸۰	۵/۱۷	۶۱/۲۵	۱/۹۸	۰/۱۶۳
آگاهی اجتماعی	۲۱/۷۰	۴/۳۹	۱۹/۳۵	۳/۸۵	۱۱۰/۴۵	۶/۴۷	۰/۰۱۳
مدیریت رابطه	۳۵/۲۰	۶/۸۱	۳۲/۱۵	۶/۵۱	۱۸۶/۰۵	۴/۱۸	۰/۰۴۴
اعتماد شناختی	۱۱/۱۰	۳/۰۰	۱۱/۷۵	۳/۸۲	۸/۴۵	۰/۷۱	۰/۴۰
باور مثبت درباره نگرانی	۱۳/۶۲	۳/۸۸	۱۳/۰۵	۳/۵۷	۶/۶۱	۰/۴۷	۰/۴۹۳
باورهای منفی	۱۳/۸۷	۴/۸۷	۱۴/۴۰	۳/۸۶	۵/۵۱	۰/۲۸	۰/۵۹۵
باور نیاز به کنترل افکار	۱۴/۶۲	۳/۶۹	۱۴/۴۰	۳/۶۶	۱/۰۱	۰/۰۷	۰/۷۸۵
خودآگاهی	۱۸/۷۲	۳/۹۰	۱۵/۹۷	۳/۶۱	۱۵۱/۲۵	۱۰/۶۷	۰/۰۰۲

شناختی								
هوش هیجانی کل	۱۱۹/۱۰	۱۵/۲۰	۱۰۷/۹۸	۱۶/۹۷	۱	۲۴۷۵/۳۱	۹/۵۳	۰/۰۰۳
فراشناخت کل	۷۱/۹۵	۱۱/۵۸	۶۹/۸۲	۱۳/۶۶	۱	۹۰/۳۱	۰/۵۶	۰/۴۵

جدول ۲ نشان می‌دهد که بین دو گروه نابینا و عادی از لحاظ متغیرهایی مانند خودآگاهی، خودمدیریتی و آگاهی اجتماعی (از مؤلفه‌های هوش هیجانی) و خودآگاهی شناختی (از مؤلفه‌های فراشناخت) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین نمره کل هوش هیجانی نابینایان بیشتر از افراد عادی است ($P < ۰/۰۵$)، ولی بین دو گروه مورد پژوهش از لحاظ سایر متغیرها تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$).

جدول ۳. ماتریس همبستگی مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی، هوش هیجانی و فراشناخت به تفکیک افراد

نابینا و عادی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. سازگاری اجتماعی	۱											
۲. خودآگاهی	۰/۳۷*	۱										
۳. مدیریت خود	۰/۳۷*	۰/۳۴*	۱									
۴. آگاهی اجتماعی	۰/۳۷*	۰/۳۴*	۰/۳۲*	۱								
۵. رابطه	۰/۳۷*	۰/۳۴*	۰/۳۲*	۰/۳۲*	۱							

شناختی	۶. اعتماد	۰/۱۶	۰/۰۵	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۴۲ ^{oo}	۰/۳۰	۰/	۲۴	۰/۳۸ ^o	۰/۴۳ ^{oo}
در باره نگرانی	۷. باور مثبت	۰/۰۹	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۵۳ ^{oo}	۱	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/	۳۱ ^o	۰/۰۷	۰/۵۲ ^{oo}
افکار	۸. باور منفی کنترل ناپذیری	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۵۰ ^{oo}	۱	۰/۳۳ ^{oo}	۰/	۱۶	-۰/۱۱	۰/۷۲ ^{oo}
به کنترل افکار	۹. باورهای نیاز	۰/۰۵	۰/۱۶	۰/۲۹	۰/۱۲	۰/۰۲	۰/۳۲ ^o	۰/۶۶ ^{oo}	۱	۰/	۲۹	-۰/۰۵	۰/۶۹ ^{oo}
شناختی	۱۰. خودآگاهی	۰/	۰/۴۰	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۰۹	۰/۳۲ ^o	۰/۲۴	۰/۵۲ ^{oo}	۱	۰/۲۹	۰/۵۴ ^{oo}	۰/۵۴ ^{oo}
هیجانی کل	۱۱. هوش	۰/۳۱	۰/۱۸۷ ^{oo}	۰/۱۷۹ ^{oo}	۰/۱۸۰ ^{oo}	۰/۱۹۰ ^{oo}	۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۰۹	۰/۱۷	۰/۴۴	۱	-۰/۰۴
کل	۱۲. فراشناخت	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۳۷ ^o	۰/۱۸	۰/۱۱	۰/۶۹ ^{oo}	۰/۸۵ ^{oo}	۰/۸۰ ^{oo}	۰/۵۴	۰/۲۴	۱	۰/۵۴ ^{oo}

«قسمت بالای ماتریس، ضرایب همبستگی بین متغیرها در افراد نابینا و قسمت پایین ضرایب همبستگی افراد عادی را نشان می‌دهد»

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در افراد نابینا (قسمت بالای ماتریس)، سازگاری اجتماعی با هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های خودآگاهی، خودمدیریتی و مدیریت رابطه، و از مؤلفه‌های فراشناخت نیز با اعتماد شناختی رابطه معنادار دارد. در افراد عادی نیز (قسمت پایین ماتریس) سازگاری اجتماعی فقط با مؤلفه‌ی خودآگاهی و نمره کلی هوش هیجانی رابطه‌ی منفی دارد.

جدول ۴. رگرسیون چندمتغیری سازگاری اجتماعی بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی و فراشناخت به تفکیک افراد نابینا و افراد عادی

متغیرها	گروه‌ها	R	R ²	R تعدیل شده	خطای معیار	F	سطح معناداری
سازگاری اجتماعی	نابینا	0/49	0/24	0/20	5/71	6/03	0/005
	عادی	0/35	0/12	0/07	5/68	2/68	0/082

«متغیرهای پیش‌بین: هوش هیجانی کل و فراشناخت کل»

جدول ۴ نشان می‌دهد که الگوی مربوط به پیش‌بینی سازگاری اجتماعی از روی متغیرهای هوش هیجانی و باورهای فراشناخت در افراد نابینا، معنادار بوده ($p < 0/01$) ولی در افراد عادی معنادار نیست ($p > 0/05$). محاسبه R تعدیل شده نشان داد که ۲۰ درصد از کل واریانس سازگاری اجتماعی نابینایان به وسیله هوش هیجانی و باورهای فراشناخت تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

سازگاری اجتماعی به افراد نابینا فرصت می‌دهد تا همانند کسانی که بدون هرگونه ناتوانی در جامعه زندگی می‌کنند، زندگی کنند. ناسازگاری نتیجه‌ی انطباق منفی است و به بدکاری در زندگی افراد اشاره دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش هوش هیجانی و باورهای فراشناختی در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی افراد نابینا و مقایسه‌ی آن با افراد عادی بود. براساس یافته‌های این پژوهش، میانگین نمره‌های سازگاری اجتماعی افراد عادی در مقایسه با افراد نابینا، بالاتر است اما تفاوت موجود معنی‌دار نبود. این یافته با یافته‌های کومار و سینگ (۲۰۱۳)، مبنی بر سازگاری بیشتر دانش‌آموزان عادی نسبت به دانش‌آموزان دارای آسیب بینایی ناهمخوان می‌باشد. این ناهمخوانی با در نظر گرفتن تفاوت سنی آزمودنی‌های مورد مطالعه در این پژوهش با پژوهش کومار و سینگ (۲۰۱۳) قابل تبیین است. در سنین پایین‌تر، از آنجا که افراد از پختگی و بلوغ عاطفی کامل برخوردار نیستند، انتظار می‌رود که میزان سازگاری اجتماعی به صورت کلی و میزان سازگاری با بیماری و آسیب ضعیف‌تر باشد، بنابراین در سنین پایین‌تر افراد نابینا در مقایسه با افراد عادی، ناسازگاری بیشتر از خود نشان می‌دهند ولی با افزایش تدریجی سن و

رسیدن به پختگی و بلوغ عاطفی، به دلیل افزایش سازگاری با ناتوانی و نابینایی، تفاوت قبلی موجود در میزان سازگاری به تدریج کم‌رنگ‌تر می‌شود (آلبرت، ۲۰۰۵).

این پژوهش همچنین نشان داد که میانگین نمره‌های هوش هیجانی افراد نابینا و برخی از مؤلفه‌های آن مانند خودآگاهی، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه بیشتر از افراد عادی می‌باشد. این یافته نیز با نتایج پژوهش پزشکی (۱۳۸۳) مبنی بر وجود تفاوت بین هوش هیجانی دانش‌آموزان نابینا و عادی؛ پژوهش حسینیان و امامی‌پور (۱۳۸۵) مبنی بر بالا بودن هوش هیجانی دانش‌آموزان عادی در مقایسه با دانش‌آموزان نابینا، و نتایج پژوهش یزدخواستی و یارمحمدیان (۱۳۸۸) مبنی بر اینکه میانگین نمره‌های هوش هیجانی دانش‌آموزان ناشنوا پایین‌تر از دانش‌آموزان شنوا است، ناهمخوان می‌باشد. این مغایرت نیز با در نظر گرفتن تفاوت سنی بین نمونه‌های مورد پژوهش (دانش‌آموزان در مقابل بزرگترها) قابل تبیین است.

از دیگر نتایج این پژوهش می‌توان به عدم تفاوت بین افراد نابینا و افراد عادی از لحاظ بیشتر مؤلفه‌های فراشناختی اشاره کرد. از بین مؤلفه‌های فراشناخت، فقط میانگین نمره‌های خودآگاهی شناختی در افراد نابینا بیشتر از افراد عادی بود. این یافته نیز با یافته‌های پژوهش نجاتی (۱۳۸۹) مبنی بر بالا بودن توانایی‌های شناختی برنامه‌ریزی، هوشیاری و همدلی در نابینایان در مقایسه با هم‌تایان بینا، همخوان می‌باشد.

در افراد نابینا، سازگاری اجتماعی با هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های خودآگاهی، خودمدیریتی و مدیریت رابطه، و از مؤلفه‌های فراشناخت نیز با اعتماد شناختی رابطه معنی‌دار دارد. این یافته با نتایج پژوهش کومار و سینگ (۲۰۱۳) مبنی بر وجود رابطه منفی بین هوش هیجانی و سازگاری دانش‌آموزان نابینا همخوانی دارد. در افراد عادی نیز سازگاری اجتماعی فقط با مؤلفه خودآگاهی و نمره کلی هوش هیجانی رابطه منفی دارد. این یافته نیز با یافته پژوهش کومار و سینگ (۲۰۱۳) مبنی بر عدم وجود رابطه معنی‌دار بین هوش هیجانی و سازگاری دانش‌آموزان بینا مغایرت دارد. همچنین مدل مربوط به پیش‌بینی سازگاری اجتماعی از روی متغیرهای هوش هیجانی و باورهای فراشناخت در افراد نابینا، معنی‌دار بوده ولی در افراد عادی معنی‌دار نیست. محاسبه R تعدیل شده نشان داد که ۲۰

درصد از کل واریانس سازگاری اجتماعی نابینایان به وسیله‌ی هوش هیجانی و باورهای فراشناخت تبیین می‌شود. این یافته نیز به نحوی با نتایج کلی پژوهش کومار و سینگ (۲۰۱۳) همخوانی دارد. همچنین این نتایج در کل با شواهدی (شریفی، ۱۳۹۰) که نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های اجتماعی با رویکرد شناختی-رفتاری سبب بهبود سازگاری کلی دانش‌آموزان نابینا شده و نمره دانش‌آموزان نابینا در تک تک مؤلفه‌های سازگاری افزایش می‌یابد، همخوانی دارد.

در کل نتایج پژوهش حاضر از این عقیده حمایت می‌کند که هوش هیجانی و فراشناخت در پیش‌بینی سازگاری اجتماعی در افراد نابینا نقش مؤثری را ایفا می‌کنند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه برای جمع‌آوری داده‌ها و تفاوت در نحوه‌ی اجرای پرسش‌نامه‌ها در دو گروه نابینایان و افراد عادی اشاره کرد که در گروه نابینایان با توجه به شرایطشان، امکان تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت خود گزارشی وجود نداشت و داده‌ها از طریق مصاحبه گردآوری شد. عدم امکان هم‌سازی دو گروه مورد مقایسه از لحاظ همه‌ی متغیرهای جمعیت‌شناختی، محدودیت دیگر پژوهش بود که امکان دارد نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به یافته‌های پژوهش، به متخصصان فعال در فرایند توانبخشی افراد نابینا پیشنهاد می‌شود که مسأله سازگاری و ناسازگاری اجتماعی افراد نابینا را در راستای پیشگیری از پیامدهای بعدی به صورت جدی مورد توجه قرار دهند. به پژوهش‌گران دیگر نیز پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی مرتبط، از ابزارهای دیگر غیر از پرسش‌نامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده نموده و میزان هم‌سازی دو گروه مورد مقایسه را بیشتر کنند.

منابع

- استادی مقدم، ه؛ خبازخوب، م؛ یکتا، ع؛ هروی، ج؛ و مهدی زاده، ع. (۱۳۸۵). بررسی علل نابینایی و کاهش شدید دید در دانش آموزان مدارس نابینایان مشهد. *فصلنامه توانبخشی*، ۱۸(۱)، ۶۰-۵۶.
- بابایی، ز؛ و رفیعی نیا، پ. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی باورهای فراشناختی و دشواری در نظم‌جویی هیجان در افراد وابسته به مواد و بهنجار. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۲۰)، ۶۳-۷۱.
- برادبری، ت؛ و گریوز، ج. (۲۰۰۵). هوش هیجانی (مهارت‌ها و آزمون‌ها). ترجمه گنجی، م. (۱۳۹۲). تهران: ساوالان.
- به‌پژوه، ا؛ خانجانی، م؛ حیدری، م؛ و شکوهی یکتا، م. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی مهارت‌های اجتماعی بر عزت‌نفس دانش آموزان نابینا. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی*، ۱(۳)، ۳۷-۲۹.
- توزنده‌جانی، ح؛ صدیقی، ک؛ نجات، ح؛ و کمال‌پور، ن. (۱۳۸۶). اثربخشی نسبی آموزش‌های شناختی-رفتاری عزت‌نفس بر سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان. *پژوهش در برنامه‌ریزی درسی (دانش و پژوهش در علوم تربیتی- برنامه‌ریزی درسی)*، ۲۱(۱۶)، ۵۶-۴۱.
- حسینیان، س؛ و امامی‌پور، س. (۱۳۸۵). مقایسه‌ی هوش هیجانی و جرات‌ورزی در دانش‌آموزان دختر و پسر نابینا و عادی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱(۱)، ۲۹-۱۹.
- حیدری‌پور، م؛ مشهدی، ع؛ و اصغری‌نکاح، م. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی بر هوش هیجانی معلولین جسمی-حرکتی. *پژوهش در علوم توانبخشی*، ۸(۳)، ۵۹۱-۵۸۰.
- داورمنش، ع؛ و براتی‌سده، ف. (۱۳۸۵). *مقدمه‌ای بر اصول توانبخشی معلولان*، چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.
- درتاج، ف؛ مصائبی، ا؛ و اسدزاده، ح. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مدیریت خشم بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان پسر ۱۵-۱۲ ساله. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۳(۴)، ۷۲-۶۲.

سالاری فر، م. ح.؛ پوراعتماد، ح. ر.؛ حیدری، م.؛ و اصغر نژاد فرید، ع. ا. (۱۳۹۰). باورها و حالت فراشناختی، بازدارنده یا تسهیل کننده نگرانی. فصلنامه فرهنگ مشاوره، ۲ (۵)، ۹۳-۷۷.

شاهنده، م.؛ و سلطانی هفشجانی، ر. ا. (۱۳۸۸). تأثیر آموزش شناختی-رفتاری بر ارتقاء سطح هوش هیجانی نوجوانان. مجله پیک نور، ۹ (۱)، ۹۱-۱۰۰.

شریفی درآمدی، پ. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری دانش آموزان نابینا. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۱ (۱)، ۶۵-۴۵.

فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۱). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، چاپ نهم. تهران: انتشارات بعثت.

کریمی درمنی، ح. ر. (۱۳۹۰). توانبخشی گروه‌های خاص با تأکید بر خدمات مددکاری اجتماعی، چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.

گنجی، ح.؛ میرهاشمی، م.؛ و ثابت، م. (۱۳۸۵). هنجاریابی مقدماتی آزمون هوش هیجانی برادبری-گریوز. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۲، ۳۵-۲۳.

مظاهری، م.؛ و افشار، ح. (۱۳۸۸). بررسی سازگاری اجتماعی کودکان و نوجوانان مصروع (۱۸-۱۲ سال) شهر اصفهان. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۵ (۳)، ۱۱۶-۱۰۳.

نجاتی، و. (۱۳۸۹). مقایسه کارکردهای اجرایی شناختی مغز در نابینایان و همتایان بینا. مجله طب نظامی، ۱۲ (۴)، ۲۲۱-۲۱۷.

نجاتی، و. (۱۳۸۹). مقایسه کارایی شناختی مردان نابینای اکتسابی در زندگی روزانه و همتایان بینا. فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد، ۱۶ (۲)، ۱۸-۱۲.

نریمانی، م.؛ سلیمانی، ا.؛ و ابوالقاسمی، ع. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد درونی و بیرونی سبک‌های تفکر دانش آموزان نابینا و بینا. مجله روانشناسی مدرسه، ۱ (۱)، ۱۱۸-۱۰۸.

Attri, A. K., & Raj, K. B. (2013). Emotional intelligence of visually impaired adolescents studying in inclusive and exclusive setting. *Educational Research International*, 1 (2), 33-39.

- Brinol, P., Petty, R. E., & Rucker, D. D. (2006). The role of meta-cognitive processes in emotional intelligence. *Psicothema*, 18, 26-33.
- Eniola, M. (2007). The influence of emotional intelligence and self-regulation strategies on remediation of aggressive behaviours in adolescent with visual impairment. *Ethno-Med*, 1 (1), 71-77.
- Fegghi, M., Khataminia, Gh., Ziaei, H., & Latifi, M. (2009). Prevalence and causes of blindness and low vision in Khuzestan province, Iran. *Journal of Ophthalmic and Vision Research*, 4 (1), 29-34.
- Heldt, K. (2009). *Emotional intelligence: the link to school leadership practices that increase student achievement*. Unpublished Doctoral Dissertation. University of Cardinal Stritch.
- Kumar, S., & Singh, J. (2013). Emotional intelligence and adjustment among visually impaired and sighted school students. *Asian Journal of Multidimensional Research*, 2 (8), 1-8.
- Mehdizadeh, M. M., & Afarid, A. A. (2005). Causes of childhood blindness among students of blinds school in Shiraz, Iran. *Iran Journal of Medical Sciences*, 30 (2), 55-58.
- Mesgerani, M., Shafiee, Sh., Ahmadi, E., & Zare, F. (2013). Studying the relationship between internet addiction and emotional intelligence, sensation seeking and metacognition among those who referred to cafes. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 4 (4), 889-893.
- Mirzaei, Sh., & Saeedi, R. (2013). Comparison of emotional intelligence and personality traits of the successful and normal individual with visual impairments in Tehran city. *International Journal of Applied Psychology*, 3 (3), 83-87.
- Rosenzweig, C., Krawec, J., & Montague, M. (2011). Meta-cognitive strategy use of eighth-grade students with and without learning disabilities during mathematical problem solving: a think-aloud analysis. *Journal of learning Disabilities*, 44 (6), 508-520.
- Vargas, M. L., Sendra, J. M., & Benavides, C. (2012). *Metacognitive Dysfunction in Schizophrenia*. Schizophrenia in the 21 Century. 87-102.
- Wells A, & Certwright-Hatton, S. (2004). A short form of metacognition questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 42 (4), 385-396.