

تبیین طرحواره‌های هیجانی (ESS) در روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی: یک مطالعه کیفی

دانا محمدامین زاده^۱، سمیه کاظمیان^۲، معصومه اسمعیلی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: روابط اجتماعی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء بهداشت روان دارد و بر سلامت جسمانی و بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که افراد از طریق آن به ایجاد هویت می‌پردازند و خود را با جامعه ادغام می‌کنند. بر همین مبنا پژوهش کیفی حاضر با هدف تبیین طرحواره‌های هیجانی در روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی موردبررسی قرار گرفت.

روش: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۱۵ نفر از دانش‌آموزان کم‌توان جسمی مقطع متوسطه بود که در مدرسه صیاد شیرازی مشغول به تحصیل بودند. جمع‌آوری داده‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند بود و تا اشباع داده‌ها؛ یعنی زمانی که کدها و طبقات جدید به دست نیامد، فرآیند جمع‌آوری داده‌ها ادامه یافت. اطلاعات از طریق مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته با رعایت محرمانه بودن اطلاعات و امکان ترک مطالعه در هر زمان که مایل بودند، جمع‌آوری شد، در مجموع ۱۵ مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته انجام گرفت. مصاحبه‌ها ضبط گردید و پس از پیاده‌سازی با روش تحلیل محتوا کیفی مرسوم، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها در نهایت منجر به شکل‌گیری ۱۴ مضمون فرعی و ۴ مضمون اصلی شامل «راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی»، «راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور بین شخصی»، «راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی» و «راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی» شد.

نتیجه‌گیری: تجربه دانش‌آموزان کم‌توان جسمی شرکت‌کننده در این مطالعه بیانگر آن بود که این افراد در روابط و تعاملات خود با دیگران از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور و شناخت محور به‌صورت درون شخصی و بین شخصی جهت برقراری روابط استفاده می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های هیجانی، روابط اجتماعی، دانش‌آموزان، کم‌توان جسمی، تحقیق کیفی

ارجاع: محمدامین زاده دانا، کاظمیان سمیه، اسمعیلی معصومه. تبیین طرحواره‌های هیجانی (ESS) در روابط اجتماعی دانش‌آموزان

کم‌توان جسمی: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۷؛ ۷(۴): ۴۲۸-۴۴۰.

تاریخ چاپ: ۹۷/۱۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۴

تاریخ دریافت: ۹۶/۷/۷

۱- کارشناس ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۲- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
Email: somaye.kazemian@yahoo.com نویسنده مسئول: سمیه کاظمیان

مقدمه

معلولیت به عنوان واقعیتی انکارناپذیر است؛ که تاریخچه‌ای به پیدایش عمر انسان دارد (۱). معلولیت امکان حرکت و مشارکت افراد را در روند کلی فعالیت‌های بشری دشوار یا غیرممکن می‌سازد (۲). معلولیت توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت به عنوان یک اصطلاح، چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است (۲). معلولیت، نتیجه یک اختلال یا ناتوانی است که از انجام یک یا چند نقش طبیعی که مبتنی بر سن، جنس و سایر عوامل فرهنگی و اجتماعی است، کاسته یا جلوگیری می‌کند (۳). از جمله این معلولیت‌ها، معلولیت جسمی است که به عنوان آسیبی که یک یا بیش از یکی از فعالیت‌های عمده زندگی فرد را محدود می‌کند، تعریف شده است (۴). بر اساس آمارهای اعلام شده از طرف سازمان بهداشت جهانی، قریب یک میلیارد نفر از جمعیت جهان از ناتوانایی جسمی رنج می‌برند (۵)؛ که بیش از دو سوم این افراد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۳). در ایران طبق آنچه آمار نشان می‌دهد ۱۲ درصد از جمعیت را معلولین تشکیل می‌دهند که از این میزان حدود دو میلیون نفر دارای معلولیت شدید و ۵/۶ میلیون نفر معلول کم‌توان هستند. اثر معلولیت بر وضعیت روانی و اجتماعی فرد انکارناپذیر است (۶)؛ چراکه معلولیت اثرات روان‌شناختی نامطلوبی بر روی شخصیت افراد معلول دارد و مشکلات یا محدودیت‌هایی از لحاظ کارکردی برای آن‌ها ایجاد می‌کند (۳). معلولیت روابط و تعاملات اجتماعی فرد را با محیط اجتماعی پیرامونش دگرگون می‌سازد (۷). مطالعات نشان می‌دهند که ارتباط اجتماعی با افراد معلول شکل منطقی ندارد، بلکه در دو حد افراطی قرار می‌گیرد؛ دلسوزی‌های ناخواسته و ترحم از یک طرف و بی‌توجهی به حقوق فردی آن‌ها از طرف دیگر (۸). فردی که شخصاً یک نوع کم‌توانی جسمی را تجربه می‌کند، با فقدان دردناک روبه‌رو است که دارای اهمیت جسمانی و عاطفی زیادی می‌باشد (۹)؛ همچنین به دلیل نگرش‌های نامطلوب اجتماعی، اعضای خانواده فرد معلول جسمی - حرکتی، یک نگرش اجتنابی، طرد و یا حمایت بیش‌ازحد از فرد را در پیش

می‌گیرند که مشکلات زیادی را برای فرد معلول ایجاد می‌کند (۱۰). از طرف دیگر نقش ارتباطات اجتماعی در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء بهداشت روانی افراد در پژوهش‌های گوناگون موردتوجه قرار گرفته است؛ به‌طوری‌که افراد از طریق برقراری ارتباط با دیگران به ایجاد هویت می‌پردازند و فرد خود را با جامعه‌اش ادغام می‌کند (۱۱)؛ همچنین روابط انسان‌ها با یکدیگر و با نهادهای اجتماعی بر سلامت جسمانی و روانی (۱۲)؛ و حفظ آسایش روانی انسان‌ها (۱۳) نقش بسزایی دارد. Eid و همکاران به تقل از داینر و سلیگمن عنوان کردند که داشتن رابطه اجتماعی مناسب با دیگران به بهزیستی روان‌شناختی بالاتری می‌انجامد (۱۴). تقویت بسیاری از قوا و توانایی‌های انسان از جمله زبان، تفکر، عواطف و احساسات در گرو تعاملات و ارتباطات اجتماعی است؛ در همین راستا نظریه‌پردازان حوزه ارتباطات بر این باورند؛ که مؤلفه‌های هیجانی بر عملکرد بین فردی و میزان گرایش افراد به برقراری ارتباط با دیگران تأثیر می‌گذارند؛ به‌طوری‌که توانمندی‌ها و شایستگی‌های هیجانی از عوامل تعیین کننده و تأثیرگذار بر کیفیت روابط اجتماعی به شمار می‌آیند؛ و موجب برقراری ارتباط و هماهنگی تعاملات اجتماعی می‌شوند؛ همچنین عملکردهای درون فردی و بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۵).

Batmaz بر مبنای مفهوم پردازش اطلاعات و با الهام گرفتن از مدل فرا شناختی هیجانات، مدل طرح‌واره‌های هیجانی را مطرح کرد (۱۶). بر مبنای این مدل، افراد در مفهوم‌پردازی هیجانات با یکدیگر تفاوت دارند؛ به عبارتی بهتر، افراد طرح‌واره‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند؛ که این طرح‌واره‌ها منعکس‌کننده‌ی شیوه‌های تجربه نمودن هیجانات توسط افراد بوده و باوری است؛ که آن‌ها به دنبال برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونگی عمل کردن در برابر چنین هیجاناتی در ذهن می‌باشند (۱۷). در این راستا، Leahy چهارده بعد مهم از طرح‌واره‌های هیجانی شامل: تأیید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، احساس گناه، دیدگاه ساده انگارانه به هیجان، ارزش‌های والاتر، غیرقابل کنترل بودن، بی‌حسی، تلاش برای منطقی بودن، چرخه عواطف توافق، پذیرش هیجان‌ها،

نشخوار فکری، ابراز احساسات، سرزنش و طول مدت هیجان را مطرح نمود (۱۸).

با تشخیص این که معلولیت جسمی - حرکتی تنها یک ناتوانی آسیب‌شناختی ناشی از صدمه دیدگی جسمی نیست؛ بلکه معلولیتی است که موجب دشواری‌هایی در ارتباطات بین فردی و مسائل بهداشت روانی افراد معلول جسمی می‌شود؛ و از آنجا که معلولیت جسمی - حرکتی یادگیری مهارت‌های اجتماعی، هیجانی و ارتباطی را دشوار می‌نماید؛ که خود نشان دهنده این امر است که این موضوع می‌تواند، به عنوان یکی از فاکتورهای اساسی برای این واقعیت باشد که کودکان با معلولیت جسمی - حرکتی در برقراری ارتباط با دیگران؛ در مقایسه با کودکان عادی مشکلات زیادی دارند؛ و از سوی دیگر با توجه به شایع بودن کسری ارتباطات در افراد معلول جسمی - حرکتی (۱۹) و اختلالاتی که این افراد در برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران دارند (۲۰) و همچنین نقش ارتباطات اجتماعی در موفقیت تحصیلی (۲۱) و شکل‌گیری هویت و پیوند با جامعه (۱۱)؛ و در پی آن نقش هیجانات در تعامل با دیگران (۲۲)؛ و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی (۲۳)؛ این سؤال مطرح می‌شود که طرح‌واره‌های هیجانی چه نقشی در روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی دارند؟

روش

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و به روش تحلیل محتوای مرسوم انجام شد. تحلیل محتوای کیفی به منظور تفسیر محتوای داده‌های متنی انجام می‌گیرد؛ که از طریق فرآیند طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن را مورد شناسایی قرار می‌دهد؛ به عبارتی تحلیل محتوای کیفی، شیوه‌ای مناسب برای به دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی به منظور ایجاد دانش، ایده‌های جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد است.

مشارکت‌کنندگان به شیوه هدفمند که جهت پژوهش‌های کیفی مناسب است، انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا اشباع داده‌ها یعنی زمانی که کدها و طبقات جدید به دست نیامد، انجام گرفت. ابزار اصلی در پژوهش حاضر مصاحبه عمیق

نیمه ساختاریافته بود. محور سؤالات در زمینه مدیریت هیجان در روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی بود. زمان هر یک از مصاحبه‌ها ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول کشید؛ در مصاحبه‌ها بعد از پرسیدن اطلاعات جمعیت شناختی، سؤالات کلی از این قبیل: «چه مشکلاتی را در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنی؟ و هنگام تجربه کردن این نوع مشکلات چه احساسی بهت دست می‌دهد؟» پرسیده شد؛ بعد سؤالات بر اساس نوع پاسخگویی و با سؤالات اکتشافی ادامه پیدا کرد. معیار ورود به پژوهش شامل: داشتن هوش عادی (۹۰ تا ۱۱۰) بر اساس پرونده‌های موجود در مدرسه؛ و این که دانش‌آموزان پرونده بیماری‌های روان‌پزشکی و تشخیص سایر اختلالات و سابقه بستری در بیمارستان‌های روانی را نداشته باشند (بر اساس پرونده‌های پزشکی موجود در مدرسه) بود. تنها معیار خروج از پژوهش در تحقیق حاضر عدم تمایل به همکاری از سوی دانش‌آموزان بود. برای تعیین حجم نمونه در تحقیقات کیفی معیار دقیقی وجود ندارد و حجم نمونه در حین کار مشخص می‌شود. در مطالعه حاضر، ابتدا مشارکت‌کنندگان به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند؛ به طوری که دانش‌آموزانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب گردیدند و این اقدام تا رسیدن به اشباع داده‌ها، یعنی تا زمانی که داده جدیدی از سخنان مشارکت‌کنندگان استخراج نگردید ادامه یافت؛ بنابراین قبل از رسیدن به اشباع نمی‌توان تعداد مشارکت‌کنندگان را اعلام نمود، اما این موضوع بدین معنی نیست که حجم نمونه در تحقیقات کیفی اهمیت ندارد.

هرچند کفایت حجم نمونه در تحقیقات کیفی امری نسبی و یک مسئله قضاوتی است، اما پژوهشگر باید توجه داشته باشد که نمونه نباید خیلی بزرگ و خیلی کوچک باشد؛ بنابراین سعی شد در این پژوهش به کفایت حجم نمونه هم توجه شود. در مجموع با ۱۵ نفر از دانش‌آموزان کم‌توان جسمی دوره دوم (مقطع متوسطه) مدرسه سروش واقع در منطقه ۴ شهر تهران که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند، مصاحبه به عمل آمد.

روش گردآوری داده‌ها

موجود، فرایند برگشت به متون و یا مراجعه به شرکت‌کنندگان به‌طور مرتب و به‌صورت رفت‌وبرگشت مکرر ادامه یافت. در هر مرحله و با پیشرفت کار، تحلیل ترکیبی و کلی‌تر شکل گرفت تا مضامین و درون‌مایه‌های حاصل به بهترین نحو ممکن باهم ارتباط یابند.

برای اطمینان از صحت و دقت داده‌ها از معیارهای پیشنهادی Guba و Lincoln شامل اعتبار پذیری، تأیید پذیری، اعتمادپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۲۴).

ملاحظات اخلاقی

این تحقیق با تصویب شورای پژوهشی دانشگاه علامه طباطبائی و مجوز کمیته تحقیق و پژوهش این دانشگاه انجام شد. کسب اجازه شرکت در مطالعه و برخورداری مشارکت-کنندگان از حق کناره‌گیری از پژوهش؛ در هر زمان و اجازه ضبط مصاحبه‌ها با اخذ رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی تحقق یافت و به آن‌ها اطمینان داده شد؛ که اطلاعات فردی محرمانه خواهند ماند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر تعداد ۱۵ نفر از دانش‌آموزان با کم‌توان جسمی مورد مصاحبه قرار گرفتند. در بین افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، تنها دو نفر از دانش‌آموزان به علت محرک‌های محیطی دچار کم‌توانی شده بودند و ۱۳ نفر بقیه به‌صورت مادرزادی کم‌توان بودند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها درنهایت منجر به شکل‌گیری ۱۴ مضمون فرعی و ۴ مضمون اصلی شامل «راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی»، «راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور بین شخصی»، «راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی» و «راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی» شد. این مضامین اصلی و فرعی در جدول ۱ ارائه شد.

جهت انجام این پژوهش، بعد از اخذ مجوزهای لازم از واحد تحقیق و پژوهش دانشگاه علامه طباطبائی؛ به اداره کل آموزش‌وپرورش و آموزش‌وپرورش استثنایی شهر تهران مراجعه شد و با توجه به مناطق ۲۲ گانه در سطح شهر و همچنین تعداد مدارس کم‌توان جسمی، درنهایت مدرسه پسرانه صیاد شیرازی (سروش) با توجه به تعداد کافی دانش‌آموز؛ به‌عنوان مدرسه حاضر در پژوهش جهت انجام کار پژوهشی انتخاب شد؛ سپس با مراجعه به مدرسه و ادای توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش به مدیر و معاون آموزشی مدرسه، پژوهشگر کار پژوهشی را آغاز کرد. با مصاحبه اولیه با هریک از دانش‌آموزان در حدود پنج دقیقه ضمن توضیح اهداف پژوهش و رعایت اصول رازداری، دانش‌آموزانی را که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و جهت انجام همکاری با پژوهشگر تمایل داشتند، جهت مصاحبه عمیق به اتاق مشاور که از سوی مدیر و معاون آموزشی و با رضایت مشاور مدرسه در اختیار پژوهشگر قرار داده شده بود، رهنمون شدند. لازم به ذکر است؛ پیش از شروع مصاحبه هریک از مشارکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را که به‌طور کامل برای آن‌ها تشریح شده بود، امضا کردند. باید خاطرنشان نمود که در این فرم تمام اصول اخلاقی پژوهش از جمله اهداف پژوهش، شرکت داوطلبانه، رازداری محققان و محرمانه بودن اطلاعات ذکر شده بود. فرایند جمع‌آوری اطلاعات و گرفتن مصاحبه تا اشباع داده‌ها یعنی زمانی که کدها و طبقات جدید به دست نیامد، ادامه داشت.

روش تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه‌وتحلیل مصاحبه‌ها روش تحلیل محتوا مورد استفاده قرار گرفت. مبتنی بر این رویکرد بعد از انجام هر مصاحبه، ابتدا متن روی کاغذ پیاده شد؛ سپس چندین بار مرور شد تا درک کلی از آن حاصل گردید. جهت تبیین، روشن‌سازی، طبقه‌بندی و رفع هرگونه عدم توافق و تناقضات

جدول ۱. زمینه‌های کلی استخراج شده

ردیف	مضامین فرعی	مضامین اصلی
۱	گم‌گشتگی عاطفی، نشخوار فکری، گوشه‌گیری	راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی
۲	آمیختگی عاطفی، گسلس عاطفی، کنترل، همدلی، تکانش گری	راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور بین شخصی
۳	خودخواهی، خود کارآمدی، تفکر	راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی
۴	اعتماد اجتماعی، اجتناب	راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی

اهمیت نمی‌دن» (دانش آموز شماره ۵) همچنین احساس بی-ارزشی باعث می‌شود، دانش‌آموزان در زندگی بیشتر به سرکوبی هیجان‌ات و احساسات خود، صرفاً به دلیل کم‌توانی که آن‌ها نسبت به سایر افراد تجربه می‌کنند، پردازند. «مشکلاتم را در رفتار و گفتارم نشان نمی‌دم و حرف‌هایم را با دیگران در میان نمی‌زارم، بیشتر خودم تنهایی سعی می‌کنم مشکلاتم را حل کنم» (دانش آموز شماره ۹).

نشخوار فکری: نشخوار فکری را تفکر افسرده ساز مستمر، مقاوم و مداومی می‌دانند که پاسخی نسبتاً معمول به خلق منفی دارد. نشخوار فکر واژه‌ای عمومی است که به چندین نوع تفکر اشاره می‌کند؛ اما غالباً به عنوان افکار سمج و افسرده کننده که پاسخی به خلق پایین است، شناخته می‌شود (۲۵). Alloy و همکاران، نشخوار فکر را به عنوان تغییر و تفسیر حوادث استرس‌زای زندگی می‌دانند و آن را اندیشناکی واکنش به استرس معرفی می‌کنند (۲۶). طبق گفته خود دانش‌آموزان «مشکلاتی که برام پیش میاد ذهنم رو آشفته می‌کنند و مدام ذهنم درگیر مشکلاتیه که چون معلومم برام پیش میاد» (دانش آموز شماره ۱۱) یا «شغلی که در آینده قراره بهش بپردازم، ذهنم را خیلی مشغول می‌کنه» (دانش آموز شماره ۱۴).

گوشه‌گیری: گوشه‌گیری به حالت نسبتاً پایداری گفته می‌شود که کودک در بیشتر اوقات به تنهایی بازی می‌کند؛ یا به تنهایی به انجام فعالیت می‌پردازد؛ این حالت که گاهی اوقات مستقیماً به این دلیل روی می‌دهد که فرد می‌خواهد خودش تنهایی به انجام فعالیت و بازی پردازد، اما در بیشتر مواقع و با حاکم شدن شرایط خاصی بر فرد، فرد مجبور به انجام کارها به تنهایی می‌شود. «می‌تونم به دوستانم رو بیاورم و ازشون ی چیزی بخوام / این باعث میشه همیشه احساس کنم که تنها هستم و کسی پیشم نیست» (دانش آموز شماره ۳). «همیشه احساس می‌کنم هیچ کس دور و برم نیست، من احساس می‌کنم همیشه مجبورم خودم تنهایی کارام رو انجام بدم» (دانش آموز شماره ۷)

راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور بین شخصی

با توجه به بیانات مشارکت‌کنندگان، دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی جهت شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و برقراری رابطه با دیگران از یکسری راهبردهای مقابله‌ای استفاده می‌کنند، به عبارتی بهتر طبق آنچه از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها به دست آمد، می‌توان تبیین طرح‌واره‌های هیجانی در روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی را به صورت چهار مضمون اصلی شامل راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی، راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور بین شخصی، راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی، راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی که هر کدام از آن‌ها نیز شامل مضامین فرعی دیگری می‌باشند، بیان کرد که در زیر به تفصیل ارائه شده‌اند:

راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی یکی از مضامین اصلی تحقیق حاضر، راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی بود که خود شامل سه مضمون فرعی گم‌گشتگی عاطفی، نشخوار فکری و گوشه‌گیری بود.

گم‌گشتگی عاطفی: گم‌گشتگی عاطفی اشاره به این موضوع دارد که انسان‌هایی با احساس گم‌گشتگی، خودشان را چندان دوست ندارند و چنین احساسی احتمالاً به دلیل برداشت غلطی که در طول زندگی از خودشان دارند؛ بر این افراد حاکم می‌شود؛ این برداشت مانع از آن می‌شود که ارزش خودشان را بدانند، آن‌ها اغلب این حقیقت ساده را که شخصی که هستند، کافی نمی‌پذیرند، انگار فقط می‌بینند چقدر پایین، بی‌ارزش و بی‌اهمیت هستند. «سعی می‌کنم مشکلاتم رو نادیده بگیرم و نسبت به آن‌ها بی‌توجه باشم، چون همیشه احساس می‌کنی دیگران مثل خودم به آن‌ها

چیزی برای کنترل هیجان نیاز ندارند. دانش‌آموزان معلول جسمی - حرکتی در برخورد با موقعیت‌های مشکل‌زا و در تعاملات خود با دیگران اغلب کنترل خود را از دست می‌دهند؛ به‌طوری‌که طبق گفته خود آن‌ها «هنگامی‌که مشکلی برام به وجود میاد، خیلی عصبانی می‌شم و برخوردم با دیگران تند میشه» (دانش‌آموز شماره ۶)؛ این موضوع بیانگر عدم توانایی این افراد در کنترل هیجانات و احساسات غالب بر آن‌ها است.

همدلی: همدلی، اشاره به ظرفیت بنیادین افراد در تنظیم روابط، حمایت از فعالیت‌های مشترک و انسجام گروهی دارد. این توانایی نقش اساسی در زندگی اجتماعی دارد و نیروی تحریک کننده، رفتارهای اجتماعی و رفتارهایی است که انسجام گروهی را در پی دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، دانش‌آموزان معلول جسمی - حرکتی به خاطر این‌که افراد سالم قادر نیستند شرایط آن‌ها و خود آن‌ها را با توجه به وضعیتی که در آن قرار دارند درک کنند، همیشه سعی در کناره‌گیری از بقیه دارند؛ که این به‌نوبه خود در انزوا و جدایی از دیگران در این افراد نقش بسزایی دارد. طبق گفته‌ی خود دانش‌آموزان: «دیگران سرخود در مورد من قضاوت می‌کنند و هیچ وقت نشده که از من بخوان که در مورد کارام و رفتارام برائشون توضیح بدم» (دانش‌آموز شماره ۲)؛ «دیگران برای دیدگاه و نظرات من ارزش قائل نمی‌شوند و خیلی احساس بدی بهم دست می‌ده» (دانش‌آموز شماره ۱۰).

تکانشگری: تکانشگری اصطلاحی است، برای توصیف فرآیندهای روان‌شناختی مختلف که بر تصمیم‌گیری و رفتار مؤثر است و در ساخت شخصیت انسانی دخیل می‌باشد، به کار می‌رود. در یک تعریف جامع می‌توان تکانشگری را به‌صورت ترجیح پاداش‌های فوری، تمایل به ماجراجویی، جست‌وجوی حس‌های نو، یافتن راه‌های ساده دستیابی به پاداش، عدم پشتکار و اصرار در انجام امور و همچنین زمان کوتاه واکنش فردی تبیین نمود؛ با توجه به گفته‌ی خود آن‌ها «از این‌که نمی‌تونم کارهام رو خودم انجام بدم و از دیگران کمک بگیرم، از خودم ناراحتم و اغلب باعث میشه که در خونه به با برادرم دعوا/میشه» (دانش‌آموز شماره ۳)؛ این افراد در روابط خود با دیگران بیشتر رفتارهای خشونت آمیز را در

دومین مضمون اصلی تحقیق حاضر راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور بین شخصی بود که خود شامل پنج مضمون فرعی آمیختگی عاطفی، گسلس عاطفی، کنترل، همدلی و تکانش‌گری بود.

آمیختگی عاطفی: آمیختگی عاطفی، اشاره به حالتی دارد که در آن فرد نمی‌تواند از لحاظ عاطفی خود را از افراد دور و بر خود مخصوصاً اعضای خانواده جدا کند، به‌عبارتی دیگر آمیختگی عاطفی عبارت است از عدم تعادلی که هر فرد می‌تواند بین دو نیروی تفرد و تعلق از لحاظ عاطفی از خود نشان دهد. آمیختگی عاطفی در مقابل تمایزیافتگی عاطفی قرار می‌گیرد. در دانش‌آموزان با کم‌توان جسمی - حرکتی به دلیل مشکلاتی که کم‌توانی برای آن‌ها ایجاد می‌کند، این دانش‌آموزان در روابط خود با دیگران احساس شرم می‌کنند؛ تا آنجا که این دانش‌آموزان می‌گویند: «هنگامی‌که با دیگران روبه‌رو میشم، خجالت می‌کشم» (دانش‌آموز شماره ۹). «هنگامی‌که دارم با دوستانم بازی می‌کنم، احساس خفگی بهم دست می‌دهد و احساس می‌کنم که دارم بهم می‌ریزم» (دانش‌آموزان شماره ۱۵ و ۱۲). «هنگام برقرار کردن رابطه با دیگران خیلی می‌ترسم و اکثراً برای برقراری با دوستانم می‌ترسم و تردید دارم» (دانش‌آموز شماره ۸).

گسلس عاطفی: گسلس عاطفی اشاره به توانایی تمایز بین خود و دیگران از لحاظ عاطفی در دو سطح درون روانی و فرا روانی دارد. وقتی تعاملات میان فردی شدید هستند، افراد کمتر تمایز یافته ممکن است با گسلس عاطفی عکس‌العمل نشان دهند، آن‌ها خودشان را همانند احساساتشان از دیگران مجزا می‌کنند، در حالی‌که افراد با سطح تمایز یافتگی بالا احساس نیاز به جدایی از نظر عاطفی ندارند. «سعی می‌کنم بیشتر خودم رو از دیگران جدا کنم» یا «نسبت به مسائل دیگران بی‌توجه هستم» (دانش‌آموز شماره ۱)؛ این نشان دهنده تمایل دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی به تمایز خود از دیگران می‌باشد.

کنترل: کنترل به غلبه بر هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها اشاره دارد، برخی افراد بر این باورند که هیجان‌هایشان خارج از کنترل و نیازمند کنترل است. باور از دست دادن کنترل برای برخی ترسناک است و باعث می‌شود باور کنند که آن‌ها به

می‌شود و این منجر به خدشه‌دار شدن و کسری تعاملات فرد کم‌توان با دیگران می‌شود.

تفکر طرد: تفکر طرد اشاره به این موضوع دارد که فرد خود را از دیگران جدا می‌بیند؛ به عبارتی دیگر، زمانی که فرد احساس رها شدن می‌کند، خود را در شرایطی می‌بیند که جدایی از بقیه به عنوان نتیجه نهایی تلقی می‌شود. «بچه‌های محله به چشم دوست به من نگاه نمی‌کنند و موقعی که میرم پیششون با من بازی نمی‌کنند» (دانش‌آموز شماره ۱۰)، «به خاطر مشکلاتم در زندگی از یکسری چیزها محدود شده‌ام و همین باعث شده که دوستانم کمتر من رو تحویل بگیرن، ی جورایی احساس می‌کنم که دیگران از من بدشون میاد» (دانش‌آموز شماره ۱۵).

سرزنش: سرزنش اشاره به نظامی از طرحواره‌های منفی دارد؛ که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد و به خودپنداره و کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند. «وقتی که مشکلی برام پیش میاد، اکثراً از حال میرم، در انجام کارام همیشه بی‌حوصله هستم. به نظر من پدر و مادرم مقصر این قضیه هستند» (دانش‌آموز شماره ۷ و ۱۲)، «پدر و مادرم نمیزارن اونجوری که دوس دارم زندگی کنم، مدام به من می‌گوین فلان کار رو بکنم و فلان کار رو نکن، خسته شدم از این وضع. بیشتر مشکلاتی که برام پیش میاد به خاطر محدودیت‌هایی است که پدر و مادرم برام میزارن» (دانش‌آموز شماره ۲).

راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی چهارمین مضمون اصلی پژوهش حاضر، راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی بود که در زیرمجموعه این مضمون دو مضمون فرعی اعتماد اجتماعی و اجتناب قرار داشتند.

اعتماد اجتماعی: اعتماد اجتماعی، اشاره به حسن ظن فرد نسبت به بقیه افراد جامعه دارد. برای اعتماد اجتماعی باید شرایطی فراهم شود تا مردم در کنار یکدیگر احساس آرامش و امنیت کنند. «همیشه احساس می‌کنم که به من توهین شده است نمیتونم راحت حرف دلم رو بگم و می‌ترسم حرفام رو فاش کنن» (دانش‌آموز شماره ۶)؛ «تا حالا از دیگران اصلاً برای حل مشکلاتم کمک نگرفتم، چون احساس می‌کنم

پیش می‌گیرند. «هنگامی که مشکلی برام پیش میاد، برخوردم با دیگران خیلی تند میشه و زود از کوره در میرم و خیلی بد اخلاق میشم» (دانش‌آموز شماره ۱۳).

راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی دیگر مضمون اصلی پژوهش حاضر راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی بود خود شامل چهار مضمون فرعی خود کارآمدی، خودخواهی، تفکر طرد و سرزنش بود. **خود کارآمدی:** خود کارآمدی اشاره به باورهای شخصی در مورد توانایی کنار آمدن با موقعیت‌های متفاوت دارد، به عبارت دیگر، خود کارآمدی باور شخص به این است که می‌تواند در یک موقعیت خاص، موفق عمل کند. «سعی می‌کنم هر جور شده مسائل و مشکلات را به نحو احسن حل کنم، سعی من بر این است که در انجام کارام تا آنجا که توان دارم به بهترین نحو عمل کنم» (دانش‌آموز شماره ۵). «هنگامی که با مشکلی مواجه می‌شوم سعی می‌کنم بهترین کارآمدی رو از خودم نشون بدم تا بتونم موفق بشم» (دانش‌آموز شماره ۹).

خودخواهی: با توجه به اینکه دانش‌آموزان با کم‌توان جسمی - حرکتی در زندگی خود نسبت به دیگران بدبین هستند و در روابط خود با دیگران سعی می‌کنند بیشتر به خودشان متکی باشند و هنگام مواجهه با مشکلات از دیگران کمکی نمی‌گیرند، از بی‌اعتمادی اجتماعی در زندگی خود رنج می‌برند که این مهم را می‌توان از صحبت‌های خود آن‌ها برداشت کرد، به طوری که می‌گویند: «همیشه احساس می‌کنم که به من توهین شده است». که این خود در روابط دانش‌آموز کم‌توان جسمی - حرکتی به صورت بدبینی نسبت به بقیه افراد ظاهر می‌شود و در بلندمدت به بی‌اعتمادی نسبت به مردم تبدیل می‌گردد و روابط فرد را با بقیه دچار خدشه می‌کند و به انزوای بیشتر فرد در زندگی اجتماعی منجر می‌شود یا زمانی که می‌گویند «تا حالا از دیگران اصلاً برای حل مشکلاتم کمک نگرفتم». بیانگر بی‌اعتمادی فرد کم‌توان به دیگران است که به نظر می‌رسد به دلیل بدبینی که فرد کم‌توان به دیگران در اثر مسخره کردن او در هنگام مواجهه با مشکلات جزئی ایجاد شده باشد که این خود باعث نتیجه‌گیری قطعی فرد در مورد عدم اعتماد به دیگران

حرفامو پخش میکنن» (دانش آموز شماره ۴).

اجتناب: اجتناب اشاره به این مطلب دارد که افراد در برخورد و ارتباط با دیگران، به نوعی هراس دارند و فرد از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کند؛ به عبارتی دیگر ترس مداوم و شدید از موقعیت‌هایی که احتمال خجالت‌زدگی در آن‌ها وجود دارد؛ «حس بدی دارم که خودم نمی‌تونم کاری انجام بدم و این باعث میشه که در تعاملاتم با دیگران بیشتر از شون فاصله بگیرم» (دانش آموز شماره ۷). «حساس کوچک بودن می‌کنم در زندگیم و در مقابل دوستانم ناخودآگاه ی جورایی از شون فاصله می‌گیرم، چون احساس می‌کنم تحویل نمی‌گیرن» (دانش آموز شماره ۹ و ۱۱).

بحث

در پژوهش حاضر با استفاده از رهیافت روش کیفی به بررسی تبیین طرحواره‌های هیجانی در روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی پرداخته شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که دانش‌آموزان کم‌توان جسمی در روابط خود با دیگران از راهبردهای متفاوتی بهره می‌گیرند؛ که این راهبردها در پژوهش حاضر در چهار طبقه راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور درون شخصی، راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور درون شخصی، راهبردهای مقابله‌ای شناخت محور بین شخصی کدگذاری شدند؛ در ارتباط با یافته‌های پژوهش حاضر، اگرچه پژوهشی عیناً مشابه این پژوهش یافت نشد؛ اما در نزدیک‌ترین این پژوهش‌ها می‌توان به نتایج مطالعات ذیل اشاره کرد: در مطالعه‌ای که Silberstein و همکاران در زمینه ارتباط بین طرحواره‌های هیجانی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجانی در بیماران سرپایی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بودند؛ انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که افرادی که ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری دارند، طرحواره‌های هیجانی مثبت؛ تأیید، قابل درک بودن، ارزش‌های والاتر، کنترل‌پذیری، توافق عمومی، پذیرش و ابراز را گزارش می‌کنند (۲۷). همچنین در مطالعه دیگری که Mears در زمینه بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی، هوش هیجانی و رابطه

رضایت‌بخش در افراد متأهل انجام داد؛ نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی، نشان داد که ارزش‌های والاتر به‌عنوان یکی از ابعاد طرحواره‌های هیجانی ۴/۱ واریانس رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کند (۲۸). در تحقیقی که حسنی و همکاران، در زمینه نقش هوش هیجانی و طرحواره‌های هیجانی در رضایت‌مندی زناشویی زنان انجام دادند، دریافتند که بر اساس الگوی درمان متمرکز بر هیجان، تشخیص این که دیگران هیجانات و احساساتی مشابه آن‌ها را تجربه می‌کنند، منجر به کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود؛ این دریافت معتبر سازی از سوی دیگران باعث کاهش احساس بیگانگی می‌شود؛ و فرد احساس می‌کند که در رابطه زناشویی مورد درک واقع شده است. طبق یافته‌های آن‌ها فردی که هیجان‌ها و تخیلات خود را بهتر تنظیم می‌کند، دارای رابطه رضایت‌بخش‌تری با دیگران مخصوصاً همسر خود خواهد بود (۲۹).

با توجه به نقص و معلولیتی که بر دانش‌آموزان کم‌توان جسمی حاکم است، سعی دارند آن طوری زندگی کنند که دیگران فکر می‌کنند برایشان خوب است؛ و این موضوع، باعث می‌شود زندگی خود را بر اساس ایده آل‌هایی که توسط پدر و مادر، معلم یا دوستان به آن‌ها القا می‌شود، بنا کنند که به دنبال این تجربیات، دانش‌آموزان کم‌توان در زندگی بیشتر احساس بی‌ارزشی و به تبع آن احساس گم‌گشتگی خواهند کرد؛ چنین احساس گم‌گشتگی در زندگی، با توجه به شرایط استرس‌زا حاکم بر افراد کم‌توان و به دنبال آن زندگی در جامعه و افرادی که در مقایسه با دانش‌آموز کم‌توان جسمی - حرکتی کمتر از نقص و معلولیتی برخوردارند، می‌تواند روابط صمیمانه دانش‌آموزان کم‌توان را حتی با افراد نزدیک در خانواده تحت تأثیر قرار دهد؛ تا جایی که می‌توان گفت، باورهای منفی درباره هیجان‌ها با عدم رضایت‌مندی در رابطه همراهی دارند؛ به‌طوری که Leahy در پژوهش خود اذعان می‌دارد؛ فردی که دارای باورهای منفی درباره هیجانات باشد، نه تنها در روابط خود با دیگران همدلی نخواهد کرد، بلکه اغلب از ابراز آزادانه هیجان‌های طرف مقابل نیز انتقاد می‌کند (۳۲).

از سوی دیگر طبق یافته‌های برآمده از مصاحبه‌ها در این

پژوهش، دانش‌آموزان کم‌توان جسمی در فعالیت‌ها و مسائل روزمره خود بیشتر احساس انزوا و بریدگی از جمع می‌کنند؛ که در پی غالب شدن چنین احساساتی بر آن‌ها گوشه‌گیری و عزلت از ویژگی‌های شاخص چنین دانش‌آموزانی می‌شود. گوشه‌گیری به حالت نسبتاً پایداری که کودک در بیشتر اوقات به‌تنهایی بازی می‌کند یا به‌تنهایی به انجام فعالیت می‌پردازد، اشاره دارد. این حالت که گاهی اوقات مستقیماً به این دلیل روی می‌دهد؛ که فرد می‌خواهد خودش تنهایی به انجام فعالیت و بازی بپردازد، اما در بیشتر مواقع و با حاکم شدن شرایط خاصی بر فرد، فرد مجبور به انجام کارها به‌تنهایی می‌شود. از طرفی دیگر گوشه‌گیری، یک وضعیت روانی ناتوان کننده است؛ که به‌عنوان یک حس عمیق انزوای اجتماعی، پوچی، بی‌ارزشی، فقدان کنترل و تهدید شخصی توصیف می‌شود و یک عامل عمده خطر برای افسردگی و رفتار و افکار خودکشی گرا محسوب می‌شود (۳۰). گوشه‌گیری و در پی آن احساس تنهایی ناشی از عدم تطابق بین سطح کیفیت و فراوانی تعامل اجتماعی واقعی و مورد انتظار، با منابع بالقوه‌ای از عدم تطابقی که همراه با شرایط خاص و حوادث زندگی، از جمله شروع یک یا چند وضعیت مزمن در زندگی است. اجتناب از گوشه‌گیری، مستلزم مدیریت این عدم تطابق، به وسیله سازگاری؛ یا با انتظارات مربوط به کیفیت و فراوانی تعامل اجتماعی و یا به دست آوردن کیفیت و فراوانی تعامل اجتماعی با متعادل ساختن هر دو عنصر می‌باشد (۳۱).

ارتباط بین گوشه‌گیری و سلامت جسمی و روانی نشان می‌دهد؛ که گوشه‌گیری تقریباً ابعاد گوناگون زندگی اجتماعی ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به‌عنوان مثال، احساس تنهایی و انزوا به‌عنوان معرف‌های گوشه‌گیری اجتماعی، شامل احساسات دردناک انزوا، جدایی و تعلق نداشتن به دیگران را شامل می‌شود (۳۲)؛ از طرفی نیز احساس تنهایی می‌تواند باعث زوال عقل (۳۳)، پیش‌بینی کننده علائم افسردگی (۳۵، ۳۴) همچنین رفتار و افکار خودکشی (۳۶) باشد؛ که این خود می‌تواند نقش بسزایی بر روابط اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی داشته باشد؛ تا آنجا که به دلیل نگرش‌های نامطلوب اجتماعی، دانش‌آموزان کم‌توان جسمی

- حرکتی بیشتر احساس تنهایی می‌کنند که این خود منجر به گوشه‌گیری اجتماعی در این دانش‌آموزان می‌شود؛ و روابط اجتماعی دانش‌آموزان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات انجام شده در زمینه گوشه‌گیری بیانگر نقش مهم گوشه‌گیری در اضطراب، افسردگی و عدم توانایی ایجاد رابطه با دیگران است (۲۹).

طبق یافته‌های به دست آمده از تحلیل مصاحبه‌ها، دانش‌آموزان کم‌توان جسمی با توجه به مشکلاتی که بر زندگی آن‌ها حاکم است، بیشتر به افکار منفی در مورد خود و مسائل می‌پردازند؛ که این خود موجب اندیشناکی در آن‌ها می‌شود و این اندیشناکی، اثرات خلق پایین و افسرده بر تفکر را شدت می‌بخشد، زیرا به احتمال زیاد، افراد به هنگام خلق افسرده، افکار منفی بیشتری در ذهنشان فعال می‌شود. افراد اندیشناک از ارتباطات بین فردی ضعیف رنج می‌کشند؛ اگرچه فقط پژوهش‌های مقطعی به این نکته توجه کرده‌اند، اما با نتایج این تحقیقات همسو می‌باشد. به نظر می‌رسد، افراد مبتلا به اندیشناکی مزمن، با خانواده، فامیل و حتی غریبه‌ها رفتار مناسبی نداشته باشند؛ برای مثال چندین مطالعه نشان دادند اگرچه مبتلایان به اندیشناکی، معتقدند که اندیشناکی به حل مشکلاتشان کمک می‌کند؛ اما پاسخ‌های اندیشناکی معمولاً منجر به افزایش مشکلات و فشار می‌گردد. Nolen-Hoeksema و Jackson طی تحقیقی نشان دادند، افراد اندیشناک در مقایسه با غیر اندیشناک، حوادث فشار آور بیشتر در زندگی و شکاف و انزوای اجتماعی شدیدتری را گزارش می‌کنند (۳۷). در مطالعه‌ای دیگر، پرستاران فامیلی افراد مبتلا به جنون پیش‌رونده، چنانچه مبتلا به اندیشناکی بودند فشار بیشتر، نقش‌ها و تماس‌های اجتماعی کمتر را پس از مرگ عزیز خود گزارش کردند. اندیشناکی ملال‌آور با اخلاق و سازگاری هیجانی ضعیف همراه است. برای مثال پس از یک ضربه روانی مانند زلزله و یا تشخیص یک بیماری جدی یا مرگ یک عزیز؛ در چنین افرادی، نسبت به دیگران باعث ابراز خلق پایین و حالت‌های منفی ذهنی بیشتر می‌شد؛ این افراد سازگاری هیجانی، مقابله ضعیف و تجربه بیشتر افکار مزاحم و اجتنابی (۳۷)

بر روی اجتناب اجتماعی در دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی صورت نگرفته است؛ اما در کل، تمام تحقیقات صورت گرفته در این زمینه به این نتیجه رسیده‌اند که اجتناب اجتماعی به انزوا و افسردگی بیشتر در افراد منجر می‌گردد؛ به طوری که طهماسیان و جلالی مقدم در تحقیق خود ذکر کرده‌اند که بین اختلال افسردگی اساسی و اجتناب اجتماعی رابطه مستقیمی وجود دارد؛ تا آنجا که اجتناب اجتماعی به افسردگی هر چه بیشتر افراد منجر می‌گردد، همچنین طهماسیان و جلالی نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که اجتناب اجتماعی حتی رابطه دو طرفه‌ای با خود کارآمدی در دانش‌آموزان دارد (۴۱).

محدودیت‌های پژوهش

از آنجایی که روش پژوهش حاضر کیفی است، تمام محدودیت‌های پژوهش کیفی از جمله سوگیری‌های محقق، عدم کنترل اعتبار نتیجه‌گیری محقق و عدم قابلیت تعمیم‌پذیری بر آن وارد است.

پیشنهاد می‌شود پژوهشی نیز با رویکرد کیفی، جهت بررسی دیدگاه خانواده‌های دارای فرزند کم‌توان، درباره راهبردهای هیجانی مورد استفاده در موقعیت‌های مختلف، جهت طراحی مداخله‌های مؤثر انجام گیرد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، نهاد آموزش و پرورش استثنایی نیز جهت مصونیت دانش‌آموزان کم‌توان جسمی از آسیب‌های راهبردهای هیجانی منفی، از یافته‌های این پژوهش جهت تدوین الگوی مناسب، برای برخورد مؤثرتر دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی با موقعیت‌های اجتماعی استفاده نماید.

نتیجه‌گیری

با این توصیفات، دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی به دلیل کمبودهایی که از لحاظ جسمانی و در پی آن مشکلات روانی که در خود احساس می‌کنند، در وهله اول از برقراری روابط با دیگران مردد هستند و هنگام حرف زدن در جمع دچار ترس و اضطراب می‌شوند که این خود شروع رابطه و همچنین ابراز وجود در جمع را در این دانش‌آموزان با مشکل مواجه می‌کند.

تشکر و قدردانی

همچنین دیگر علائم اختلال پس از ضربه روانی را و نگرش‌های ناسازگار را به نمایش می‌گذارند (۳۸). محققین دیگر مواردی را گزارش کردند که افراد اندیشناک در مقایسه با غیر اندیشناک، از تمایل برای برقراری یک ارتباط تمام عیار رنج می‌کشیدند (مثلاً تمایل دارند تا مسئولیت زیادی برای سلامتی و راحتی دیگران قبول کنند)، به‌خصوص در دانش‌آموزان کم‌توان، افراد به طرف مقابل خود وابستگی دارند؛ بنابراین جای تعجب نیست که دانش‌آموزان کم‌توان از سوی دیگران کمتر موردپذیرش واقع شوند.

به‌طور کلی وجود نقص و آسیب‌های جسمی باعث ایجاد استرس جسمانی و روانی بر روی فرد کم‌توان می‌شود؛ تا آنجا که نتایج مطالعه Bailey نشان داد، مشکلات رفتاری کودکان کم‌توان، بر روی سلامت روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد که می‌تواند همدلی را در آن‌ها تحت تأثیر قرار دهد (۳۹). برخی محققان استدلال می‌کنند که همدلی اذعان به درستی حالات هیجانی فردی دیگر بدون تجربه آن حالات، هیجانی است (۴۰)؛ بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، همدلی عنصر ضروری برای عملکردهای موفقیت‌آمیز بین شخصی و پاسخ‌دهی هیجانی به احساسات فردی دیگر است؛ که از طریق توانایی سهیم شدن در حالات هیجانی دیگری صورت می‌گیرد (۴۰). با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت؛ که دانش‌آموزان کم‌توان جسمی - حرکتی با توجه به کم‌توانی‌هایی که دارند؛ از یک‌طرف در برقراری تعاملات مناسب با دیگران مشکل دارند؛ که این خود منجر به روابط ضعیف این افراد با دیگران می‌شود و از سوی دیگر تعاملات نامناسب، باعث عدم درک رفتار و گفتار دانش‌آموزان کم‌توان از سوی دیگران می‌شود که این خود منجر به همدلی ضعیف این افراد در اجتماع می‌شود.

درنهایت باید گفت، دانش‌آموزان معلول جسمی - حرکتی به دلیل نقصی که در خود نسبت به بقیه احساس می‌کنند و این احتمال که از سوی بقیه افراد بیشتر مسخره شوند؛ از برخورد و مواجهه شدن با موقعیت‌های شلوغ خودداری می‌کنند و دست به اجتناب از موقعیت اجتماعی می‌زنند و این خود باعث انزوای بیشتر در این افراد می‌شود؛ که در نتیجه به افسردگی بیشتر در این افراد منجر می‌گردد؛ هرچند تحقیقات ویژه‌ای

تضاد منافع

در انجام مطالعه حاضر نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد دانا محمدامین‌زاده با کد ۱۷۴۴۷ می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه دانش‌آموزان عزیز و همچنین کلیه کارکنان مدرسه که در این پژوهش ما را یاری نمودند کمال تشکر را داشته باشند.

References

1. de la Vega R, Racine M, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP, et al. Psychometric properties of the short form of the Children's Depression Inventory (CDI-S) in young people with physical disabilities. *J Psychosom Res* 2016; 90: 57-61.
2. Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L, et al. 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. Bahrampour O, Ghamari M, Amiri Majd M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on self-esteem and psychological well-being of young people with physical-motor disabilities. *Journal of Social Issues & Humanities* 2014; 2(8): 159-65.
4. Brown RL, Turner RJ. Physical limitation and anger stress exposure and assessing the role of psychosocial resources. *Soc Ment Health* 2012; 2(2): 69-84.
5. World Health Organization (WHO). World report on disability. [cited 2015 Sep 4] Available from: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
6. 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". *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52(3): 309-16.
7. Bhattacharjee A, Chhetri K. Self-esteem of disabled and abled: A comparative analysis. *Voice of Research* 2014; 3(2): 11-4.
8. Sharifi M, Rostami M, Younesi SJ, Sharifian Sani M, Movallali G. Iranian adolescents with physical-motor disabilities: Needs and problems in education and employment. *Iranian Rehabilitation Journal* 2016; 14(2): 101-7.
9. Smith MM, Arnett PA. Perfectionism and physical disability predict depression in multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2013; 75(2): 187-9.
10. Akram I, Akram Naseem M. Self concept and social adjustment among physically Handicapped persons. *European Journal of Social Sciences* 2010; 15(1): 76-85.
11. Hartley S, Murira G, Mwangoma M, Carter J, Newton CR. Using community/researcher partnerships to develop a culturally relevant intervention for children with communication disabilities in Kenya. *Disabil Rehabil* 2009; 31(6): 490-9.
12. Demakakos P. An epidemiological study of social relationships as determinants of health: Formulating a new psychosocial approach [dissertation]. London: University of London; 2005.
13. Kawachi I, Berkman LF. Social ties and mental health. *J Urban Health* 2001; 78(3): 458-67.
14. Eid M, Larsen RJ. *The Science of Subjective Well-Being*. New York: Guilford Press; 2008.
15. Masoomi Nomandan S, Hasani J, Hatami M. The role of emotional schemas in substance abuse craving. *International Journal of Behavioral Sciences* 2014; 8(2): 131-6. [In Persian].
16. Batmaz S, Ulusoy Kaymak S, Kocbiyik S, Turkcapar MH. Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Compr Psychiatry* 2014; 55(7): 1546-55.
17. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cogn Behav Pract* 2007; 14(1): 36-45.
18. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract* 2002; 9(3): 177-90.
19. Van der Meer L, Sigafoos J, O'Reilly MF, Lancioni GE. Assessing preferences for AAC options in communication interventions for individuals with developmental disabilities: A review of the literature. *Res Dev Disabil* 2011; 32(5): 1422-31.
20. Mithen J, Aitken Z, Ziersch A, Kavanagh AM. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. *Soc Sci Med* 2015; 126: 26-35.

21. Alwell M, Cobb B. Social and communicative interventions and transition outcomes for youth with disabilities: A systematic review. *Career Development for Exceptional Individuals* 2009; 32(2): 94-107.
22. Leahy RL. *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford Press; 2015.
23. Mohammad Aminzadeh D, Kazemian S, Esmaeily M, Asmari Y. Prediction of perceived empathy based on emotional schemas and resilience in mothers with physically-disabled children. *Archives of Rehabilitation* 2017; 18(2): 142-53. [In Persian].
24. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. [cited 2017 Oct 11] Available from: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP356/Guba%20%26%20Lincoln%201994.pdf>.
25. Khosravi M, Mehrabi H, Azizimoghadam M. A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *Koomesh* 2008; 10(1): 65-72. [In Persian].
26. Alloy LB, Abramson LY, Hogan ME, Whitehouse WG, Rose DT, Robinson MS, et al. The Temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *J Abnorm Psychol* 2000; 109(3): 403-18.
27. Silberstein LR, Tirch D, Leahy RL, McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *Int J Cogn Ther* 2012; 5(4): 406-19.
28. Mears GS. Examining the relationship between emotional schemas, emotional intelligence, and relationship satisfaction [dissertation]. Lynchburg, Virginia: Liberty University; 2012.
29. Hasani J, Naderi Y, Ramazanzadeh F, Pourabbass A. The role of the emotional intelligence and emotional schema in womenn's marital satisfaction. *Journal of Family Research* 2014; 9(4): 489-506. [In Persian].
30. VanderWeele TJ, Hawkey LC, Thisted RA, Cacioppo JT. A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79(2): 225-35.
31. Rubin KH, Asendorpf JB. *Social withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood*. New York: Psychology Press; 2014.
32. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev* 2011; 15(3): 219-66.
33. Tilvis RS, Kähönen-Väre MH, Jolkkonen J, Valvanne J, Pitkala KH, Strandberg TE. Predictors of cognitive decline and mortality of aged people over a 10-year period. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004; 59(3): 268-74.
34. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 2006; 21(1): 140-51.
35. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med* 2010; 40(2): 218-27.
36. Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S, Twa-Twa J. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry* 2007; 7:67.
37. Nolen-Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychol Women Q* 2001; 25(1): 37-47.
38. Spasojević J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion* 2001; 1(1): 25-37.
39. Bailey DB Jr, Golden RN, Roberts J, Ford A. Maternal depression and developmental disability: Research critique. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2007; 13(4): 321-9.
40. Birhanu Z, Assefa T, Woldie M, Morankar S. Predictors of perceived empathy among patients visiting primary health-care centers in central Ethiopia. *Int J Qual Health Care* 2012; 24(2): 161-8.
41. Tahmassian K, Jalali Moghadam N. Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2011; 5(2): 91-8.

Explanation of Emotional Schemas (ESs) on Social Relationship in Students with Physical Disability: A Qualitative Study

Dana Mohammad Aminzadeh^{1,2} , Somayeh Kazemian² , Masoumeh Esmaeily³

Original Article

Abstract

Introduction: Social relationship play an important role in improving the quality of life and promoting mental health and affects physical health and psychological well-being so that people through it, establish their identity and integrate themselves into society. Therefore, the aim of this study was to explain emotional schemas (ESs) on social relationship in students with physical disability.

Method: In this qualitative study, 15 high school students with physical disability were included. Data were collected using purposive sampling method and until data saturation, when the code and new classes were not obtained, the data collection process continued. Information were collected through semi-structured in-depth interviews in compliance with the confidentiality of information and participants have the right to withdraw from the study at any time. Totally, 15 semi-structured interviews were conducted. The interviews were recorded, and then, analyzed using thematic analysis.

Results: The findings were categorized into 14 sub-themes and 4 main themes including: intrapersonal emotion-focused coping strategies, interpersonal emotion-focused coping strategies, intrapersonal cognitive-focused coping strategies, and interpersonal cognitive-focused coping strategies.

Conclusion: According to the experience of the participants, it was revealed that these people use emotion-focused and cognitive-focused coping strategies, intrapersonally and interpersonally, to communicate with others.

Keywords: Emotional schemas, Social relationship, Students, Physical disability, Qualitative study

Citation: Mohammad Aminzadeh D, Kazemian S, Esmaeily M. **Explanation of Emotional Schemas (ESs) on Social Relationship in Students with Physical Disability: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2019; 7(4): 428-440.

Received date: 29.09.2019

Accept date: 25.11.2017

Published: 19.03.2019

1- MSc, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

2- Assistant Professor, Department of counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, university of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

3-Associate Professor Department of counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Allameh Tabataba'i, Tehran, Iran

Corresponding Author: Somaye Kazemian, Email: somaye.kazemian@yahoo.com