

بررسی نقش میانجی هوش هیجانی در ارتباط بین تدابیر مقابله ای و عزت نفس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال ششم)
شماره ۱۹ / بهار ۱۳۹۹ / ص ۳۶-۵۰

امید عنایتیان^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه خیام مشهد

نویسنده مسئول:

امید عنایتیان

چکیده

در این پژوهش نقش واسطه ای هوش هیجانی در رابطه بین تدابیر مقابله ای و عزت نفس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. روش پژوهش از نوع معادلات ساختاری است. در خصوص این پژوهش باید اشاره کرد که جامعه مورد مطالعه برابر ۳۰۰ نفر به گونه در دسترس در نظر گرفته شده است که شامل زنان و مردان می باشد که از این نمونه ۲۴۱ پرسشنامه های خود را به پژوهشگر تحویل دادند. در این پژوهش از پرسشنامه های عزت نفس آیزنک، مقیاس هوش هیجانی بار-آن و پرسشنامه پاسخ های مقابله ای بلینگز و موس استفاده شده و داده با روش آماری معادلات ساختاری مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفته اند. یافته های پژوهش نشان داد که مسیرهای غیرمستقیم مدل معنادار می باشد و این حاکی از معنی داری نقش واسطه ای هوش هیجانی در ارتباط بین تدابیر مقابله ای و عزت نفس در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی می باشد. نتایج نشان داد که هوش هیجانی نقش واسطه ای میان تدابیر مقابله ای و عزت نفس افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارد. لذا در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی صرف نظر از دارو درمانی می توان با استفاده از روش روان شناختی هوش هیجانی این افراد را تحت تاثیر قرار داد.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، تدابیر مقابله ای، عزت نفس، اختلال اضطراب اجتماعی

مقدمه

هوش هیجانی یک سازه‌ی چند بعدی است و در برگیرنده‌ی تعامل بین هیجان و شناخت است که منجر به کارکردی سازشی می‌شود (۱). مایر^۱، سالوی^۲ و کارسو^۳ هوش هیجانی را در برگیرنده‌ی چهار توانایی به هم پیوسته می‌دانند که شامل ادراک هیجان در خود و دیگران، استفاده از هیجان‌ها برای تسهیل تصمیم‌گیری، درک هیجان و مدیریت هیجان می‌باشد (۲). از سوی دیگر بار- آن هوش هیجانی را مجموعه‌ی مرکبی از خودآگاهی هیجانی و مهارت‌ها و ویژگی‌های دیگر می‌داند که بر موفقیت فرد در مقابله با فشارها و خواسته‌های محیط تاثیر می‌گذارند (۳). پژوهش‌های انجام شده در مورد هوش هیجانی نشان داده‌اند که هوش هیجانی عامل موثر و تعیین‌کننده‌ای در برآوردهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین‌فردی و به طور کلی در کارکرد سلامت می‌باشد (۴). هوش هیجانی با سلامت روانی همبستگی مثبت و با اختلالات روانی همبستگی منفی دارد. شوت، مالوف^۵، تورتنسون^۶ و راک^۷ در یک فراتحلیل که ۴۴ پژوهش را مورد بررسی قرار داده بودند به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی با سلامت روانی رابطه دارد (۵). هوش هیجانی با رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و تعاملات اجتماعی رابطه‌ی مثبت و با احساس تنهایی و افسردگی رابطه‌ی منفی دارد (۶، ۵). بار- آن گزارش کرد که هوش هیجانی با روان‌آزردگی و افسردگی رابطه‌ی منفی و با برون‌گرایی، گشودگی نسبت به تجارب جدید، قابل پذیرش بودن، رضایت‌مندی از زندگی و توانایی شناختی رابطه‌ی مثبت دارد (۳). به علاوه پژوهش‌های مختلف نقص در تنظیم هیجانات و هوش هیجانی را در برخی اختلالات از جمله اختلال شخصیت مرزی (۹، ۱۱)، اختلال شخصیت اسکیزوتایپیال (۷) اسکیزوفرنی (۸)، افسردگی (۹، ۱۰، ۱۱) و اختلالات اضطرابی (۱۲، ۱۳) نشان داده‌اند. در واقع، ارتباط بین هوش هیجانی که با مقیاس رگه‌های فراخلی اندازه‌گیری می‌شود و متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب و سلامت روانی و جسمانی کلی در بزرگسالان مورد بررسی قرار گرفته است. افرادی که توجه بیشتری به هیجانات خود دارند و افرادی که در وضوح هیجانی نمرات پایین‌تری می‌گیرند و افرادی که عنوان می‌کنند که نمی‌توانند حالات هیجانی خود را تنظیم کنند، در بسیاری از مقیاس‌های مرتبط با هوش هیجانی، سازگاری هیجانی ضعیفی را نشان می‌دهند (۱۴، ۱۵). برعکس، افرادی که وضوح هیجانی بیشتری را گزارش می‌کنند و توانایی بیشتری برای تنظیم هیجان‌های خود دارند، سطوح بالاتری از عزت نفس را که شاخص مهمی از سلامت روانی است، نشان می‌دهند (۱۱، ۱۲). اختلال اضطراب اجتماعی یا جمع‌هراسی نوعی اضطراب است که با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی شناخته می‌شود و حداقل بخشی از فعالیت‌های روزمره شخص را مختل می‌کند. اضطراب اجتماعی یک اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند. در موارد شدید، اضطراب اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد. بعضی از مبتلایان ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کنند. اضطراب اجتماعی می‌تواند از نوع خاص یا زمانی که فقط برخی موقعیت‌های اجتماعی خاص موجب اضطراب می‌شود. مثل سخنرانی در حضور جمع یا از نوع فراگیر باشد. اضطراب اجتماعی فراگیر عموماً شامل نوعی نگرانی شدید، مزمن و پایدار می‌شود که فرد از قضاوت دیگران در مورد ظاهرش یا رفتارش یا خجالت کشیدن و تحقیر شدن در حضور دیگران دارد. در حالی که شخص مبتلا معمولاً متوجه غیرمنطقی بودن یا زیاده روی در این احساس ترس و نگرانی می‌شود ولی غلبه کردن بر این ترس برایش بسیار سخت است (۱۷). حداکثر حدود ۱۳،۳ درصد مردم در مقطعی از زندگی خود معیارهای هراس اجتماعی را دارا هستند که نسبت مردان به زنان مبتلا ۲ به ۳ است. علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان می‌شود. در موارد نگرانی و ترس شدید حملات اضطرابی نیز ممکن است اتفاق بیفتد تشخیص و دخالت زودهنگام در این اختلال می‌تواند به حداقل شدن علائم و کند شدن پیشرفت آن کمک قابل توجهی کند و از بروز عوارض بعدی نظیر افسردگی شدید جلوگیری کند. بعضی از مبتلایان از الکل یا مواد مخدر و روانگردان برای کاهش ترس، افزایش اعتماد به نفس و عملکرد اجتماعی بهتر استفاده می‌کنند (۱۷). با توجه به اینکه این اختلال در بسیاری از نقاط جهان چندان شناخته شده نیست و ناشی از اختلالات شخصیتی فرض می‌شود مبتلایان به هراس اجتماعی معمولاً به خود درمانی روی می‌آورند. عامل دیگری

¹ Mayer² Salvi³ Carso⁴ Maloff⁵ Tortinson⁶ Horrible⁷ Rock

که در این مسئله مؤثر است پرهیز مبتلایان از مراجعه به روانشناس به علت خود اختلال است. این مسایل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روانگردان و تداخلات خطرناک دارویی را افزایش می‌دهد. فرد مبتلا را می‌توان به روش‌های دارویی یا روان درمانی یا هر دو درمان کرد. تحقیقات نشان داده رفتار درمانی شناختی به صورت فردی یا گروهی در درمان اضطراب اجتماعی مؤثر است. هدف این روش تغییر الگوهای فکری و واکنش‌های فیزیکی فرد در موقعیت‌های اضطراب زای اجتماعی است. با وجود اینکه این روش‌ها امروزه به‌طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند، بسیاری از مبتلایان به اضطراب شدید اجتماعی معتقدند این روش‌ها در موارد شدیدتر به تنهایی تأثیرگذار نیست و درمان‌های دارویی معمولاً نتایج بهتری به دنبال دارد (۱۶، ۱۷).

از دیدگاه لازاروس^۱ و فولکمن^۲ (۱۹۸۴) مقابله عبارت است از: تلاش‌های فکری، هیجانی و رفتاری فرد که هنگام رو به رو شدن با فشارهای روانی به منظور غلبه کردن، تحمل کردن و یا به حداقل رساندن عوارض استرس به کار گرفته می‌شود (۱۸) مقابله، نیازمند بسیج و آماده‌سازی نیروها و انرژی فرد است که با آموزش و تلاش به دست می‌آید، لذا با کارهایی که به طور خودکار انجام می‌شود تفاوت اساسی دارد (۱۹). تدابیر مقابله‌ای^۳ افکار و رفتارهایی هستند که پس از روبه رو شدن فرد با رویداد استرس‌زا به کار گرفته می‌شوند در حالی که منابع مقابله‌ای ویژگی‌های خود شخص هستند که قبل از وقوع استرس وجود دارند، مانند برخورداری از عزت نفس، احساس تسلط بر موقعیت، سبک‌های شناختی، منبع کنترل، خودآثر بخشی و توانایی حل مسئله (۲۰). از جمله امور مهم در این رابطه ارزیابی فرد از توانایی‌های خودش برای رویارویی با مسئله است. این ارزیابی‌ها ممکن است مطابق با واقعیت و توانایی‌های واقعی فرد باشد و یا مطابق با واقعیت و توانایی‌های او نباشد، ولی هر چه هست برداشت‌های فرد از توانایی‌ها و قابلیت‌هایش تعیین کننده اصلی برای مقابله با دشواری‌ها می‌باشد. اگر فرد احساس ناتوانی بکند با وجود همه مهارت‌هایی که آموخته نخواهد توانست از عهده مشکل برآید (۲۱). به طور کلی در برخورد با وضعیت‌های استرس‌زا دو نوع مقابله از طرف افراد به کار گرفته می‌شود: مقابله‌های کارآمد و مقابله‌های ناکارآمد. مقابله‌های مؤثر و کارآمد که ما را در برابر استرس‌ها و شرایط دشوار یاری می‌دهند به دو دسته تقسیم می‌شوند متمرکز بر مسئله و مقابله متمرکز بر هیجان. مقابله‌های متمرکز بر مسئله، عبارت از عملکردهای مستقیم فکری و رفتاری فرد می‌باشد که به منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدید کننده محیطی انجام می‌شود. به بیان دیگر مقابله متمرکز بر مسئله به تلاش‌های فرد برای تغییر وضعیت و گلاویزی مستقیم با مشکل مربوط می‌شود (۲۲). هیچ کس بدون کوشش نمی‌تواند به چیزی دست یابد. تصمیم‌گیری در مورد این که فرد هنگام استرس چه کار باید بکند نیازمند به قضاوت خود او است، که این قضاوت‌ها متأسفانه به وسیله هیجانات منفی که در اثر تجارب منفی گذشته به وجود آمده‌اند تحت تأثیر قرار می‌گیرند. مثلاً فردی که بحران زده است اگر در گذشته به ندرت تجربه‌ای موفقیت آمیز در تأثیر گذاردن بر دنیا برای تغییر اوضاع داشته و علاوه بر آن افسردگی در او تولید ناامیدی کرده باشد احتمالاً حتی با وجود کارهای فراوانی که می‌تواند برای اصلاح وضعیت خود انجام بدهد در صدد مقابله با مسئله بر نمی‌آید. این افراد به جای این که خود را بازیگر نقش اصلی در زندگی بدانند خود را قربانی اعمال، رفتار و تلقینات دیگران می‌دانند. ناباوری نسبت به کارایی خود مانع بزرگی برای حل مسئله است، چون در این حالت فرد کمترین تلاشی برای حل مسئله انجام نمی‌دهد (۲۳). این مقابله شامل کلیه فعالیت‌ها یا افکاری می‌شود که فرد به منظور کنترل و بهبود احساسات نامطلوب ناشی از شرایط فشارزا به کار می‌گیرد، این مقابله‌ها عبارتند از:

مقابله مبتنی بر جستجوی حمایت عاطفی: تلاش‌های فرد برای به دست آوردن حمایت اخلاقی، همدلی، همدردی و جو تفاهم و احساس درک شدن توسط دیگران را شامل می‌شود (۲۴).

مقابله مبتنی بر تفسیر مجدد مثبت: ارزیابی مثبت از حوادث و موقعیت‌ها که مبتنی بر نگرش خوشبینانه به رویدادهای زندگی است، این مقابله بیشتر برای اداره و کنترل عواطف و آشفتگی روان به کار می‌رود تا مربوط به منبع استرس باشد (۱۸).

¹ Lazarus

² Folkman

³ Coping strategies

مقابله مبتنی بر مذهب: در این مقابله فرد برای رهایی از ناراحتی‌های خود به انجام اعمال مذهبی مثل دعا و نیایش، توکل و توسل به خدا روی می‌آورد. یافته‌های پژوهش مک کری^۱ و کاتسا^۲ نشان می‌دهد که این نوع مقابله برای همه مردم مفید واقع می‌شود زیرا هم به عنوان منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای تغییر مثبت عمل می‌کند و لذا مقابله‌های بعدی را تسهیل می‌کند. (۲۵).

مقابله مبتنی بر پذیرش: عبارت از یک پاسخ مقابله‌ای کنشی است که در آن شخص واقعیت شرایط فشارزا را می‌پذیرد. این امر در شرایطی که منبع فشار قابل تغییر نیست (فوت یکی از عزیزان) مهم و مؤثر است (۲۶).

در سالهای اخیر، محققان از عزت نفس با به عنوان یک منبع حمایتی مهمی یاد کرده اند که افراد میتوانند در مقابل رویدادهای منفی در زندگی روزمره (۲۷). و در مقابل وقایع نامطلوب زندگی به منظور کاهش اثرات شان به عنوان ریسک فاکتور، از آن استفاده کنند. از نظر محققان، پذیرش خود که به داشتن توجه مثبت به خود تعریف شده است، از جمله متغیرهای عمده در سلامت روانی است (۲۸). عزت نفس بالا با سطوح پایینتر اضطراب در رابطه است (۲۹،۳۰). در مطالعاتی بر روی دانشجویان لیسانس، ایزگیک دریافت که بالاترین شیوع اضطراب اجتماعی در میان دانشجویان با عزت نفس پایین و پایینترین شیوع اضطراب اجتماعی در میان دانشجویان با عزت نفس بالا وجود داشت (۳۱). در مطالعه‌ای مشابه بر روی دانشجویان لیسانس، کرام و پرات نشان دادند که سبک‌های منفی احتمالی نظیر عزت نفس پایین، منجر به اضطراب اجتماعی در میان دانشجویان میشود (۳۲). باتون و همکاران با بررسی بهزیستی روانی افراد دریافتند که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی از عزت نفس پایین‌تری در مقایسه با افراد عادی برخوردار بودند (۳۳) پذیرش پایین خود، اولین خصیصه فوبی اجتماعی تلقی شده است و در مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی، طحوازه منفی از خود مهمترین مولفه اضطراب اجتماعی تلقی شده است. غالباً مشاهده شده که افراد با اضطراب اجتماعی، خود را دست کم گرفته و این برداشت از خود، بر کنش‌های متقابل آنها با دیگران اثر میگذارد (۳۴). ولز و کلارک نشان دادند که فرایندهای شناختی مرتبط با ارزیابی منفی از خود، نقش مهمی در فوبی اجتماعی ایفا میکند (۳۵) در تأیید این نتیجه، بک، امری و گرینبرگ نشان دادند که افراد از نظر اجتماعی مضطرب، بیانهای منفی از خود و باورهای منفی از ارزیابی خود بیشتری در مقایسه با افراد غیرمضطرب گزارش کردند (۳۶). به اندازه‌ای که شناخت‌های معطوف بر ارزیابی منفی از خود، نقش مهمی در ایجاد و دوام اضطراب اجتماعی ایفا می‌کنند، باید انتظار سطوح نسبتاً پایین عزت نفس در افراد از لحاظ اجتماعی مضطرب را داشت. به بیان دیگر، سطوح پایین عزت نفس، عامل نیرومندی برای ایجاد ارزیابی منفی از خود و در نتیجه ایجاد اضطراب اجتماعی است (۳۷). محققان دریافته‌اند که افراد بزرگسال (۳۸) و کودکان (۳۹) از نظر اجتماعی مضطرب، سطوح نسبتاً پایینتر عزت نفس را گزارش میکنند. این امر نشان دهنده اهمیت ارزیابی منفی از خود در زمینه اضطراب اجتماعی است. گرکا و استون با مطالعه بر روی جوانان از نظر عملکرد هیجانی نشان دادند که افراد با سطوح بالای اضطراب اجتماعی، ادراک از خود منفی بالایی را گزارش کردند. برای مثال، افراد با سطح بالای اضطراب اجتماعی، از نظر اجتماعی کمتر خود را می‌پذیرفتند و سطوح پایینتری از عزت نفس را در مقایسه با هم‌تایان به لحاظ اجتماعی کمتر مضطرب خود ادراک میکردند (۴۰). در تأیید این تصور که افراد به لحاظ اجتماعی مضطرب در مقایسه با افراد غیر مضطرب، دیدگاههای اساساً منفیتر راجع به خود دارند، برخی محققان نشان دادند که اضطراب اجتماعی با نمرات پایینتر بر روی مقیاس عزت نفس عمومی در ارتباط است (۴۱،۴۲ و ۴۳).

روش پژوهش

جامعه آماری و حجم نمونه و روش نمونه برداری

روش پژوهش از نوع معادلات ساختاری است. نمونه‌گیری در ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که بوسیله نمونه‌گیری در دسترس از طریق مطب‌های خصوصی روانشناسان بالینی و از طریق پرسشنامه آنلاین انجام گرفته است. بدین ترتیب گروه‌های اصلی را بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دهند. ملاک ورود تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی توسط روانشناس بالینی است و ملاک خروج تشخیص همزمان بیماری روانی دیگر و عدم تمایل شرکت کنندگان پژوهش به ادامه کار است. در این پژوهش پرسش‌نامه‌های

¹ Robert R. McCrae

² Paul Costa Jr

عزت نفس آیزنک، هوش هیجانی بار-آن و پاسسخ های مقابله ای بلینگز و موس را بین یک نمونه ۳۰۰ نفری که به روش نمونه گیری در دسترس به دست آمده اند و متشکل از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است پخش شد و نتایج آن ها را مورد بررسی قرار گرفت. تمامی مضامین اخلاقی در پژوهش رعایت شد و افراد نمونه بعد از تایید اینکه از سوی متخصص مربوطه دارای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بودند پرسشنامه به آنها جهت پرکردن داده شد. پرسشنامه ها به صورت آنلاین تهیه و به این افراد داده شد. سپس اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار SPSS 20 و سپس با استفاده از نرم افزار اموس مدل پژوهش طرح شد.

ابزار پژوهش

پرسش نامه عزت نفس آیزنک

پرسش نامه عزت نفس آیزنک ۳۰ ماده دارد و آزمودنی برای پاسخ دادن به هر ماده باید یکی از ۳ گزینه «بلی»، «خیر» و یا «؟» را انتخاب کند. در این پرسش نامه، پایین ترین نمره صفر و بالاترین نمره ۳۰ است. هر مزی نژاد (۱۳۸۰) در تحقیقی روی دانشجویان شهید چمران اهواز، اعتبار سازه این آزمون را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده است. همچنین وی آزمون عزت نفس آیزنک و مقیاس عزت نفس اهواز را به طور هم زمان روی دو نمونه دختر و پسر دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا کرده و ضرایب روایی محاسبه شده برای نمونه دختر ۰/۷۹ و برای نمونه پسر ۰/۷۴ را گزارش می کند که هر دو در سطح $p < 0.01$ معنادار هستند. نتایج یافته های وی نشان می دهد که این آزمون از ویژگی های روان سنجی مطلوب و رضایت بخشی بهره مند است.

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن

اولین مقیاس هوش هیجانی را بار-آن در سال ۱۹۸۰ با طرح این سوال که چرا بعضی مردم نسبت به بعضی دیگر در زندگی موفق ترند آغاز کرد. در این سال مولف مفهوم تعریف و اندازه ای از هوش غیر شناختی ارائه فرد و پس از ۱۷ سال تحقیق اولین مقیاس هوش هیجانی ساخته شد. مقیاس هوش هیجانی او دارای چهار مقیاس یا جنبه (مهارت های درون فردی، مقابله با فشار، سازگاری و خلق کار) و پانزده خرده مقیاس است. پاسخ های پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن روی یک مقیاس ۵ درجه ای در ردیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. در تحقیقی که توسط نجاتی و همکاران (۱۳۹۵) بر روی ۶۰۰ نفر از دانشجویان زبان انگلیسی انجام شد، نتیجه بر آن شد که یکی از شاخص های برازش یعنی مجذور خی نسبی ۱/۹۶ است و شاخص نابرازش آن یعنی ریشه مجذور میانگین خطای برآورد برابر با ۰/۴ و با ۹۰ درصد اطمینان در همین حد خواهد بود. بنابراین، این پرسشنامه با نمونه تحقیق تطبیق کرد؛ یعنی این پرسشنامه از روایی سازه برخوردار بود. ضمناً آلفای کرونباخ آن ۰/۹۴۲ بود. بنابراین، می توان پایایی این پرسشنامه را تأیید نمود.

پرسشنامه پاسخ های مقابله ای بلینگز و موس

این پرسشنامه را که حاوی ۱۹ ماده که در آن بحران شخصی، تجربه فشار را و نحوه درگیری با رویداد های مذکور در آن قید شده بود، برای ارزش یابی پاسخ های مقابله ای تنظیم نمودند. پاسخ های مقابله ای به سه بخش شناختی فعال، رفتار های فعال و اجتنابی با در نظر گرفتن روایی صوری تقسیم شده و اعتبار و همسانی درونی گزارش شده بر اساس سه خرده مقیاس بین ۰/۴۴ تا ۰/۸۰ می باشد. بلینگز و موس ادامه ی کار خود را روی بیماران افسرده به منظور شناسایی تدابیر مقابله ای آن ها با افزایش تعداد پاسخ های مقابله ای به ۳۱ ماده و استفاده از مقاس لیکرت چهار نقطه ای دنبال کردند. سه مقوله مبتنی بر ارزیابی شناختی، مشکلدار و هیجان مدار طبقه بندی جدید آنها را دربر گرفت و اعتبار و همسانی درونی آن ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی

میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن شرکت کنندگان به شرح جدول زیر است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیر سن در شرکت کنندگان پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۰/۳۳	۳/۷۸

در ادامه جدول ۲ آماره های مربوط به عامل جنسیت را در شرکت کنندگان پژوهش نشان می دهد.

جدول ۲. فراوانی جنسیت شرکت کنندگان پژوهش

جنسیت	فراوانی	فراوانی درصدی
مرد	۱۰۰	۳۲/۱۰
زن	۱۴۱	۶۷/۹۰
مجموع	۲۴۱	۱۰۰

آماره های مربوط به وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. وضعیت تحصیلی شرکت کنندگان پژوهش

مدرک تحصیلی	فراوانی	فراوانی درصدی
سیکل	۲۰	۵/۵۰
دیپلم	۱۵	۴/۲۲
فوق دیپلم	۸۰	۳۷/۸۴
لیسانس	۹۰	۴۲/۱۵
فوق لیسانس	۳۶	۱۰/۲۹
مجموع	۲۴۱	۱۰۰

یافته های توصیفی پژوهش

میانگین و انحراف معیار عزت نفس افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار عزت نفس

عزت نفس	میانگین	انحراف استاندارد
عزت نفس	۳۲/۵۶	۱۸/۴۲

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار تدابیر مقابله ای را در شرکت کنندگان پژوهش نشان می دهد.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد تدابیر مقابله ای

تدابیر مقابله ای	میانگین	انحراف استاندارد
مهارت هیجانی	۲۹/۳۴	۹/۴۳
حل مسئله	۱۷/۸۳	۶/۹۰
حمایت اجتماعی	۱۳/۲۳	۵/۲۱

میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس های هوش هیجانی در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس های هوش هیجانی

زیر مقیاس های هوش هیجانی	میانگین	انحراف استاندارد
خودآگاهی هیجانی	۱۱/۴۲	۳/۲۰
خود آزاری	۱۲/۸۷	۵/۶۰
حق خود عزت نفس	۱۴/۳۲	۵/۲۹
خود شکوفایی	۹/۹۲	۲/۲۳
استقلال	۱۰/۴۲	۵/۸۴
همدلی	۷/۷۳	۴/۵۱
مسئولیت پذیری اجتماعی	۸/۸۲	۵/۸۲
روابط بین فردی	۱۴/۳۰	۶/۶۹
واقع گرایی	۹/۶۹	۳/۵۶
انعطاف پذیری	۱۵/۱۵	۲/۱۲
حل مسئله	۱۰/۶۷	۴/۵۰
تحمل فشار روانی	۸/۱۹	۳/۳۳
کنترل تکانش	۱۹/۹۰	۹/۴۰
خوشبینی	۲۰/۲۲	۷/۰۸
شادمانی	۱۱/۱۲	۴/۰۹

میانگین و انحراف معیار مقیاس های هوش هیجانی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار مقیاس های هوش هیجانی

مقیاس های هوش هیجانی	میانگین	انحراف استاندارد
مهارت های درون فردی	۱۶/۳۹	۸/۰۶
مقابله با فشار	۲۳/۱۹	۱۰/۰۹
سازگاری	۳۰/۴۰	۱۲/۰۷
خلق کار	۲۹/۹۰	۱۷/۱۲

بر اساس یافته های پژوهش مشخص شد که بین تدابیر مقابله ای و هوش هیجانی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ارتباط معنادار وجود دارد و نتایج آن از قرار جدول ذیل می باشد.

جدول ۸. ضرایب همبستگی بین تدابیر مقابله ای و هوش هیجانی

تدابیر مقابله ای هوش هیجانی	مهار هیجانی	حل مسئله	حمایت اجتماعی
خودآگاهی هیجانی	۰/۳۸*	۰/۲۵*	۰/۳۲
خود آزاری	۰/۴۴	۰/۳۳	۰/۷۱*
حق خود عزت نفس	۰/۶۲	۰/۲۱	۰/۸۹
خود شکوفایی	۰/۱۹*	۰/۶۰	۰/۸۹
استقلال	۰/۳۶*	۰/۱۷	۰/۳۱*
همدلی	۰/۵۱	۰/۷۰*	۰/۷۸*
مسئولیت پذیری اجتماعی	۰/۲۶*	۰/۸۳	۰/۴۴
روابط بین فردی	۰/۱۴*	۰/۴۶*	۰/۱۹*
واقع گرایی	۰/۷۸*	۰/۳۵*	۰/۸۲*
انعطاف پذیری	۰/۲۴	۰/۲۶*	۰/۶۰
حل مسئله	۰/۴۱*	۰/۶۶*	۰/۹۰*
تحمل فشار روانی	۰/۵۱*	۰/۲۸	۰/۱۶*
کنترل تکانش	۰/۳۹*	۰/۳۱*	۰/۵۵*
خوشبینی	۰/۴۱*	۰/۸۲	۰/۲۱*
شادمانی	۰/۶۲*	۰/۴۹*	۰/۱۱*

* معادل $P < 0.05$ ، (معناداری)

به علاوه مشخص شد که بین تدابیر مقابله ای با عزت نفس افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ارتباط معنادار وجود دارد و نتایج آن در جدول ذیل آمده است.

جدول ۹. ضرایب همبستگی بین تدابیر مقابله ای و عزت نفس

تدابیر مقابله ای عزت نفس	مهار هیجانی	حل مسئله	حمایت اجتماعی
عزت نفس	۰/۴۵*	۰/۷۰	۰/۳۸*

* معادل $P < 0.05$ ، (معناداری)

به علاوه مشخص شد که بین هوش هیجانی با عزت نفس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ارتباط معنادار وجود دارد و داده های آن در جدول ذیل ذکر شده است.

جدول ۱۰. ضرایب همبستگی بین هوش هیجانی و عزت نفس

عزت نفس	هوش هیجانی
خودآگاهی هیجانی	۰/۵۰*
خود ایزاری	۰/۲۵*
حق خود عزت نفس	۰/۸۸
خود شکوفایی	۰/۵۴*
استقلال	۰/۶۳*
همدلی	۰/۴۶
مسئولیت پذیری اجتماعی	۰/۷۸*
روابط بین فردی	۰/۷۶
واقع گرایی	۰/۳۹*
انعطاف پذیری	۰/۶۶
حل مسئله	۰/۷۶*
تحمل فشار روانی	۰/۳۴*
کنترل تکانش	۰/۵۸*
خوشبینی	۰/۵۱
شادمانی	۰/۴۳*

* معادل ۰/۰۵، $P < ۰/۰۵$ (معناداری)

اجرای معادلات ساختاری مدل تجربی و قابل استفاده به دست آورد همان گونه که در جدول ذیل مشاهده می کنیم الگوی پیشنهادی با توجه به شاخص های برازندگی دارای برازش خیلی خوب است.

جدول ۱۱. شاخص های برازش مدل نهایی

شاخص	χ^2/df	P	CFI	NFI	TLI	AGFI	GFI	IFI	RMSEA	PCLOSE
مقدار	۱/۰۴	۰/۲۶	۰/۹۳	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۴۷	۰/۰۷	۰/۶۷

مدل ساختاری مورد آزمون و مدل های اندازه گیری پژوهش که شامل ضرایب رگرسیون یا بارهای عاملی رابطه متغیرهای پنهان و مشاهده شده است. ضرایب مسیر در این شکل، حامی از معنادار بودن مسیرهای مستقیم مربوط به مدل های اندازه گیری است که نشانه معرف بودن همه زیر مقیاس های متغیرها برای متغیر مربوطه است. در جدول ضرایب مسیر مدل های اندازه گیری به همراه مقدار t آمده است.

جدول ۱۲. ضرایب رگرسیون

متغیرهای مشاهده شده	هوش هیجانی	تدابیر مقابله ای	عزت نفس
خودآگاهی هیجانی	۰/۳۶(۳/۱۱)*		
خود ابرازی	۰/۴۱(۲/۲۴)*		
حق خود عزت نفس	۰/۲۶(۱/۴۱)		
خود شکوفایی	۰/۶۸(۴/۴۹)*		
استقلال	۰/۵۲(۵/۰۸)*		
همدلی	۰/۳۳(۵)*		
مسئولیت پذیری اجتماعی	۰/۵۷(۳/۴۱)*		
روابط بین فردی	۰/۶۶(۱/۴۹)		
واقع گرایی	۰/۳۸(۱/۷۰)*		
انعطاف پذیری	۰/۴۱(۲/۰۹)*		
حل مسئله	۰/۷۶(۴/۲۸)		
تحمل فشار روانی	۰/۳۶(۱/۵۲)*		
کنترل تکانش	۰/۷۱(۱/۹۰)*		
خوشبینی	۰/۷۱(۳/۵۰)*		
شادمانی	۰/۲۸(۲/۸۴)		
خودآگاهی هیجانی	۰/۸۰(۷/۶۱)*		
مهار هیجانی		۰/۴۳(۵)*	
حل مسئله		۰/۶۰(۶/۱۲)	
حمایت اجتماعی		۰/۳۸(۲/۴۸)*	
عزت نفس			۰/۸۸(۵)*

* معادل $P < 0.05$ (معناداری)

بر اساس نتایج تحلیل برای مدل نهایی با استفاده از آموس، ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مسیرها در جدول ۱۳ آمده است. اثر مستقیم بیانگر یک اثر مستقیم متغیر X بر روی متغیر Y است.

جدول ۱۳. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات مستقیم مدل نهایی

مسیرها	بر آورد استاندارد	بر آورد غیر استاندارد	سطح معناداری
تدابیر مقابله ای بر عزت نفس	۰/۳۹۰	۰/۴۲۰	۰/۲۹۶
تدابیر مقابله ای بر هوش هیجانی	۰/۴۸۰	۰/۱۹۰	۰/۰۰۰
هوش هیجانی بر عزت نفس	۰/۱۹۸	۰/۲۱۲	۰/۰۱۱

جدول ۸ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم به دست آمده از تحلیل مدل نهایی را نشان می دهد. یک اثر غیرمستقیم متغیر X بر روی Y از طریق یک متغیر پیش‌بینی کننده دیگر، رابطه بین X و Y وقتی غیر مستقیم است که X علت Z است و Z نیز به نوبه خود در Y اثر دارد.

جدول ۱۴. ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم مدل نهایی

مسیرها	برآورد استاندارد	برآورد غیر استاندارد	سطح معناداری
تدابیر مقابله ای بر عزت نفس از طریق هوش هیجانی	۰/۱۳۱	۰/۱۹۴	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

همانگونه که در جدول ۸ مشاهده می شود به وضوح می توان دریافت که بین تدبیر مقابله ای مبتنی بر مهار هیجانی با ۱۱ زیر مقیاس از هوش هیجانی همبستگی معنادار وجود دارد. به علاوه بین تدبیر مقابله ای مبتنی بر حل مسئله و ۸ زیر مقیاس از هوش هیجانی رابطه معنادار وجود دارد و در نهایت بین تدبیر مقابله ای مبتنی بر حمایت اجتماعی و ۱۰ زیر مقیاس هوش هیجانی رابطه معنادار مشاهده شد. بر اساس جدول ۹ می توان دریافت که بین دو مورد از زیر مقیاس های تدبیر مقابله ای با عزت نفس همبستگی معنادار وجود دارد که به طور کلی می توان اذعان داشت که تدابیر مقابله ای و عزت نفس با یکدیگر ارتباط معناداری دارند. در پژوهشی که توسط مدنی و همکاران (۱۳۸۶) در خصوص بررسی رابطه سطح عزت نفس با میزان بکارگیری روشهای مقابله ای و برنامه خود مراقبتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس تحت پوشش انجمن انجام شد، نتایج تحقیق حاکی از آن بود که اولاً آموزش برنامه خود مراقبتی باعث افزایش عزت نفس این بیماران می گردد، ثانیاً افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به MS¹ رابطه مستقیمی با افزایش بکارگیری روش های مقابله ای مشکل مدار و برنامه خود مراقبتی توسط آنها دارد. طبق جدول ۱۰ مشاهده می شود که بین عزت نفس و ۱۰ زیر مقیاس از هوش هیجانی رابطه معنادار وجود دارد. و این حاکی از همبستگی بالای این دو متغیر است. بر اساس جدول ۱۱ می توان دریافت که شاخص های برازش مدل در سطح خیلی خوبی واقع شده ات. در نهایت بر اساس نتایج حاصله از ضرایب استاندارد و غیر استاندارد اثرات غیر مستقیم و غیر مستقیم مدل نهایی (جدول ۱۳، ۱۴) می توان نقش واسطه ای هوش هیجانی را تأیید کرد. به عبارتی دیگر هوش هیجانی با واسطه گری می توانند باعث فعال شدن تدابیر مقابله ای و در نهایت تدابیر مقابله ای می تواند بر عزت نفس افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر گذار باشد.

محدودیت های پژوهش

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به سختی همکاری افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در پرکردن این پرسشنامه ها اشاره کرد. در مورد پژوهش هایی که به کمک پرسشنامه انجام می شوند دارای این محدودیت بالقوه می باشد و پژوهش حاضر هم که از نوع پسا رویدادی می باشد از این قضیه مستثنا نیست. در نهایت از دیگر محدودیت ها کمبود حجم نمونه است که شایسته است برای بدست آمدن نتایج دقیق تر بر اساس جدول مورگان افزایش یابد.

پیشنهادهای پژوهش

در رابطه با پیشنهادات پژوهش می توان خاطر نشان ساخت که در بررسی اختلال اضطراب اجتماعی شایسته است علاوه بر در نظر گرفتن سایر عوامل، به عامل مهم یعنی هوش هیجانی توجه ویژه ای مبذول داشت. به عبارتی دیگر نحوه مدیریت هیجانات در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در نحوه کنار آمدن آن ها با موقعیت های متفاوت در زندگی و میزان عزت نفس این افراد تأثیر بسازایی دارد.

سپاس گذاری

نویسنده مقاله مراتب تشکر را از تمامی دست اندرکاران این پژوهش و همچنین افرادی که در رسیدن به نمونه این پژوهش با اینجانب همکاری کردند را به عمل می آورد.

¹ Multiple Sclerosis

مراجع

1. Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence. *Curr Dir Psychol Sci* 2005; 14: 281-5.
2. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychol Inq* 2004; 15: 197-215.
3. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In: Bar-On R, Parker JD. (editors). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000: 363-88.
4. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: New ability of eclectic traits. *Am Psychol* 2008; 63: 503-17.
5. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Pers Individ Dif* 2007; 42: 921-33.
6. Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Conston T, Greeson C, Jedlicka C, et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol* 2001; 141: 523-36.
7. Trull TJ, Uesda JD, Conforti K, Doan B. Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 307-14.
8. Leible TL, Snell, WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Pers Individ Dif* 2004; 37: 393-4.
9. Mashhadi A, Soltani Shurbakhorloo E, Razmjooei R. [On the relationship between emotional intelligence and symptoms of borderline personality disorder]. *Journal of fundamentals of mental health* 2010; 12(1): 390-9. (Persian).
10. Aguirre F, Sergi MJ, Levy CA. Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy. *Schizophr Res* 2008; 104: 255-64.
11. Kee KS, Horan WP, Salovey P, Kern RS, Sergi MJ, Fiske AP, et al. Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009; 107: 61-8.
12. Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatr Res* 2009; 166: 63-8.
13. Fernandez-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Rev Int Psychol Soc* 2005; 18: 91-7.
14. Femandez-Berrocal P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Pers Individ Dif* 2006; 4: 16-7.
15. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin CN. Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA. (editors). *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice*. New York: Wiley; 2004: 60-89.
16. Salovey P, Woolery A, Stroud L, Epel E. Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Furthers explorations using the trait meta-mood scale. *Psychol Health* 2002; 77: 611-27.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: 429-84.
18. Lazarus and Folkman. Investigating Coping Styles and Its Types. 1984. 18(4): 211-78.
19. Lazarus RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med* 1993; 55(3): 234-47.
20. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 2nd ed. New York: Springer Publishing Co 1984; 120-39.
21. Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psych Assess* 1994; 6(1): 50-60.
22. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psych* 1989; 56(2): 267-83.
23. Dekker RL, Peden AR, Lennie TA, Schooler MP, Moser DK. Living with depressive symptoms: Patients with heart failure. *Am J Crit Care*, 2009; 18(4): 310-18.
24. Bosworth HB, Steinhauser KE, Orr M, Lindqvist JH, Grambow, SC, Oddone EZ. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. *Aging Ment Health* 2004; 8(1): 83-91.
25. McKerry and Katsa. Investigating Religious-Based Countermeasures. 2000. ; 46(1): 247-15.
26. Paukert AL, LeMaire A, Cully JA. Predictors of depressive symptoms in older veterans with heart failure. *Aging Ment Health*. *Aging ment health* 2009; 13(4): 601-10.
27. Dumont, M., & Provost, M.A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 343-363.
28. Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
29. Byrne, B. (2000). Relationship between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. *Journal of Adolescence*, 35: 201- 215.
30. Seiffge-Krenke, I. (1995). Stress, coping, and relationships in adolescence. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
31. Izgic, F., Akyuz, G., Dogan, O., & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-634.
32. Crum, R.M., and Pratt, L.A. (2001). Risk of heavy drinking and alcohol use disorders in social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1693-1700.
33. Button, E.J., Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E.J.S. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 39-47.
34. Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
35. Wells, A., & Clark, D.M. (1997). Social phobia: a cognitive approach. In G.C. L. Davey, *Phobias - a handbook of theory, research and treatment* (pp. 3-26). Chichester: John Wiley.
27. Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1996). Cognitive therapy for the evaluation of anxieties. In C. G. Lindemann, *Handbook of the treatment of the anxiety disorders* (pp. 235-260). Northvale: Aronson.
36. Jong, P.J. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: differential self-favouring effects in high and low anxious individuals. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 40, 501-508.

37. Bouvard, M., Guerin, J., Rion, A. C., Bouchard, C., Ducottet, E., Sechaud, M., Mollard, E., Grillet, P., & Cottraux, J. (1999). Psychometric study of the social self-esteem inventory of Lawson et al. (1979). *European Review of Applied Psychology*, 49, 165–172.
38. Ginsburg, G. S., La-Greca, A. M., & Silverman, W. K. (1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 175–185.
39. Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 17-27.
40. Cheek, J.M., Melchior, L.A., & Carpentieri, A.M. (1986). Shyness and self-concept. In L. M. Hartman, & K.R. Blankstein (Eds.), *Advances in the study of communication and affect: Vol. 11. Perception of self in emotional disorder and psychotherapy* (pp.113–131). New York: Plenum Press.
41. Jones, W. H., Briggs, S. R., & Smith, T. G. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 629–639.
42. Kocovski, N. L., & Endler, N. S. (2000). Social anxiety, self-regulation, and fear of negative evaluation. *European Journal of Personality*, 14, 347–358.
43. Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Foa, E., & Eeislser, R.(2000). Psychometric properties of the social phobia inventory. *British Journal of Psychiatry*, 176: 379-386.