

«فصلنامه آموزش و ارزشیابی»
سال ششم - شماره ۲۴ - زمستان ۱۳۹۲
ص. ص. ۱۳-۲۴

مقایسه مشکلات رفتاری فرزندان در مادران باهوش هیجانی بالا و پایین

رومینا گلچین^{۱*}

دکتر سیدداود حسینی نسب^۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۰

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه مشکلات رفتاری در فرزندان مادران باهوش هیجانی بالا و پایین صورت گرفته است. در یک مطالعه علی - مقایسه‌ای تعداد ۲۰۰ مادر دانش‌آموز ابتدایی (۱۰۰ مادر باهوش هیجانی بالا و ۱۰۰ مادر باهوش هیجانی پایین) به روش نمونه‌گیری ملاکی از بین ۳۸۶ مادر ۳۰ الی ۴۵ ساله دانش‌آموزان ابتدایی شهر تبریز انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری کوای و پترسیون (RBPC) و پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ و از روش‌های آماری تی تست برای تحلیل داده‌ها استفاده شده است. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل نشان داد، میانگین مشکلات رفتاری (اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات توجه - ناپختگی، اضطراب - گوشه‌گیری) در فرزندان مادران باهوش هیجانی بالا کمتر است ($P < 0.01$). دختران نسبت به پسران در میانگین رفتاری (اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات توجه - ناپختگی، اضطراب - گوشه‌گیری) نمرات کمتری داشتند ($P < 0.05$).

واژگان کلیدی: مشکلات رفتاری کودکان، هوش هیجانی مادر.

۱. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، دانش‌آموخته کارشناسی‌ارشد گروه روانشناسی، تبریز، ایران. * نویسنده مسئول

۲. استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، گروه روانشناسی، تبریز، ایران.

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد می‌باشد.

مقدمه:

شیوع مشکلات رفتاری و خلقی مانند افسردگی در کودکان غربی ۱۰ درصد گزارش شده است و در پژوهش‌های انجام شده در روسیه، مصر و ایران نشان می‌دهد که آمار افسردگی کودکان در آنها بالاتر از کشورهای غربی (در حدود ۲۰ الی ۲۶ درصد) می‌باشد (سلطانی‌فر و بینا، ۱۳۸۶). از آنجایی که دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه‌ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد، مسلماً بروز مشکلات رفتاری در این برهه از زندگی تأثیرات جبران‌ناپذیری بر سرنوشت وی خواهد داشت. چنانکه اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از دوران کودکی، ناشی از مسایل دوران حساس کودکی در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط برای کودک می‌شود (خزاعی و همکاران، ۱۳۸۴).

طبق دیدگاه‌های آسیب‌شناسی، مشکلات رفتاری و روانی کودکان می‌تواند متأثر از عوامل مختلفی باشد. با در نظر گرفتن دیدگاه سیستمی درباره خانواده، به واسطه ارتباط تنگاتنگ خانواده با کودکان یکی از عواملی که می‌تواند در ارتباط با مشکلات روانی و رفتاری کودکان مطرح شود، خانواده است. بررسی‌ها حاکی از آن است فرزندان که والدین آنها ارتباط باز و مثبتی با آنها برقرار کرده، در عین حال استقلال و آزادی شایسته متناسب با سن فرزندان را به آنها می‌دهند، کمتر دچار مشکلات رفتاری می‌شوند (بیرنه، و همکاران^۱، ۲۰۰۲). در این باره متخصصان بهداشت روانی، تقصیر اصلی مشکلات رفتاری را به ارتباط‌هایی نسبت می‌دهند که بین والدین - بویژه مادران - و فرزندان وجود دارد. به نظر آنان این مسأله آشکار است که خانواده به صورت یک مجموعه اصلی - پدر، مادر و فرزندان - می‌تواند تأثیر عمیق بر رفتار اولیه کودک داشته باشند (هالاهان و کافمن^۲، ۱۳۷۷). اساساً کیفیت روابط مادر و کودک، ارتباط محکمی با رشد روانی و رفتاری کودک دارد، یعنی در خانواده‌هایی که ارتباط گرمی وجود ندارد، احتمال بروز رفتار انحرافی در کودک بیشتر است (خانجانی، ۱۳۸۴).

مادران به عنوان یکی از پایه‌های استوار خانواده و به واسطه قرار داشتن در پایگاه عواطف خانوادگی و از طرفی محدود بودن تأثیر مستقیم سیستم‌های مؤثر بر کودکان، بیشترین تأثیرات روانی را بر کودکان خود دارند. وجود نظریه‌های مختلف روان‌شناختی در دوران کودکی مانند نظریه دلبستگی (خانجانی، ۱۳۸۴)، نظریه‌های روانکاوی روابط موضوعی (دادستان، ۱۳۸۵) تأییدی بر این مدعی است. چنانچه (بالبی^۳) در تبیین شکل‌گیری رفتارهای آشفته در کودکان از مفهوم دلبستگی استفاده می‌کند (خانجانی، ۱۳۸۴). اساساً یادگیری ضمنی از مادران اولین و پایدارترین الگوی یادگیری در هر فرهنگ و عصری هستند. یکی از ویژگی‌هایی که در مادران می‌تواند در سیر تحول سلامت روانی کودکان تأثیر گذارد هوش

1 - Byrne & et al.

2 - Halahan and Kaufman

3 - Balbi

هیجانی مادر است. امروزه هوش عاطفی به عنوان نوعی هوش تبیین شده است که شامل درک دقیق عواطف خود شخص و هم تعبیر دقیق حالات عاطفی دیگران است. هوش عاطفی، فرد را از نظر عاطفی ارزیابی می‌کند، به این معنی که فرد به چه میزانی از هیجان‌ها و احساس‌های خود آگاهی دارد و چگونه آنها را کنترل و اداره می‌کند. نکته قابل توجه در راستاری هوش عاطفی این است که توانایی‌های هوش عاطفی ذاتی نیستند و آنها می‌توانند آموخته شوند (گلمن، ۱۳۸۵) متناسب با این تعریف از هوش هیجانی و پیرو نظریه‌هایی که بر پیوند عمیق عواطف مادر و کودک تأکید می‌کنند، می‌توان چنین استنباط کرد که مادران دارای هوش هیجانی بالا ضمن این که درک عمیقی از عواطف خود دارند، حالات فرزندان خود را به خوبی ادراک می‌کنند. این توانایی مادران موجب می‌شود پایه اولیه ارتباط که شناخت متقابل عواطف است به خوبی شکل گیرد و پیوستگی و اعتماد پایه تشکیل شود. اساساً فقدان عاطفی خوب بین مادر و کودک پایه بروز اختلالات روانی تلقی شده است (خانجانی، ۱۳۸۴).

پژوهش (یوحنایی، ۱۳۸۵) نشان داد که مادران کودکان دلبسته ایمن از میانگین نمرات بالاتری در هوش هیجانی (در مؤلفه‌های همدلی، خودآگاهی هیجانی، آزمون واقعیت، تحمل فشار و شادکامی) برخوردار بودند. پژوهش (افشار، ۱۳۸۶) نشان داده است که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی مادران، خوداندگیری مادران و جهت‌گیری شغلی، آمادگی برای تغییر در دختران را پیش‌بینی می‌کند. خودکنترلی مادران، ارتباط دختران را همدلی مادران، اعتماد معقول دختران را پیش‌بینی می‌کند. پژوهش وان‌آکن و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده است. ثبات هیجانی مادری روی رفتارهای پرخاشگرانه کودکان بطور غیرمستقیم به واسطه حمایت مادری تأثیر دارد. در مورد پدران، ثبات هیجانی پدران روی رفتارهای پرخاشگرانه کودکان تأثیر مستقیم دارد. هم‌چنین مشخص شد که ثبات هیجانی مادران و پدران به طور مستقیم با مشکلات مربوط به توجه در کودکان رابطه مستقیم وجود دارد.

پژوهش محمدی و غرایبی (۱۳۸۶) که با عنوان ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش‌آموزان صورت گرفته است. نشان داد که بین اختلالات رفتاری با هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های آن یعنی تنظیم هیجان، بیان و ارزیابی هیجان و بهره‌گیری از هیجان ارتباط منفی معنی‌دار وجود دارد. هم‌چنین مشخص شد که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی مؤلفه تنظیم هیجان‌ات و هم‌چنین هوش هیجانی کلی توانایی پیش‌بینی معنی‌دار اختلالات رفتاری را دارند.

پژوهش اسماعیلی، احدی، دلاور و شغیع‌آبادی (۱۳۸۶) که با عنوان تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روان صورت گرفت نشان داد که آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی در افزایش سلامت روان بطور معنی‌داری مؤثر بوده و علائم بیماری را در مؤلفه‌های سلامت روان کاهش داده است.

در مطالعه سوخر پرستون و اسکارملیا^۱ (۲۰۰۶) نشان داد که کودکانی که با افسردگی وخیم مادری مواجه شده باشند با نتایج منفی بیشتری در رشد زبانی و شناختی روبرو هستند. همچنین در مطالعه بلندون و همکاران^۲ (۲۰۰۸) این یافته بدست آمده است که فرایند سیر تنظیم هیجان کودک با نشانه‌های افسردگی مادر ارتباط دارد.

بدین ترتیب با در نظر گرفتن نتایج پژوهش‌های قبلی و با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی درباره تأثیر هوش هیجانی مادر در مشکلات روانی کودکان انجام شده است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان مشکلات رفتاری فرزندان در مادران هوش هیجانی بالا و مادران باهوش هیجانی پایین صورت گرفته است. براین اساس فرضیه اول به عنوان فرضیه اصلی و فرضیه دوم به عنوان فرضیه جنبی تحقیق به خدمت گرفته شد. ۱- مشکلات رفتاری فرزندان در مادران باهوش هیجانی بالا و پایین متفاوت است. ۲- مشکلات رفتاری فرزندان دانش‌آموزان دختر و پسر متفاوت است.

روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است و به لحاظ اهداف آن کاربردی می‌باشد.

جامعه و نمونه آماری

جامعه نظری این تحقیق شامل کلیه مادران ۳۰ الی ۴۵ ساله دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تبریز می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۸۶ مادر ۳۰ الی ۴۵ ساله دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر تبریز در سال ۱۳۹۰ می‌باشد که به صورت تصادفی خوشه‌ای و با استفاده از جدول مورگان برای جامعه آماری بالای ۱۵ هزار نفر تعیین شد. با توجه به ماهیت تحقیق، در این تحقیق ابتدا نمونه اولیه از جامعه وسیع‌تر انتخاب و نمونه پژوهشی از بین این افراد انتخاب شد.^۳

انتخاب نمونه از جامعه آماری، به روش نمونه‌گیری ملاکی صورت گرفت. حجم نمونه شامل ۲۰۰ مادر دانش‌آموز ابتدایی بودند که از بین جامعه آماری و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۰۸، میانگین اختلاف نمرات دو گروه حداقل ۱/۵، انحراف استاندارد ۳/۵ با استفاده از نرم‌افزار نمونه‌گیری (PS) انتخاب شد. به این ترتیب تعداد ۱۰۰ مادر دانش‌آموز ابتدایی که کم‌ترین و همچنین تعداد ۱۰۰ مادر که بیش‌ترین نمره را در پرسشنامه هوش هیجانی شرینگ کسب کرده بودند وارد مطالعه شد و مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در این مادران مورد مقایسه قرار گرفت.

1 - Sohen & et al.

2 - Blandon & et al.

۳- به این روش انتخاب نمونه، نمونه‌گیری از نوع مادر گفته می‌شود. به کتاب روش‌های نمونه‌گیری، تألیف حافظنیا از انتشارات سمت مراجعه شود.

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

داشتن رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در مطالعه، عدم سرپرست خانوار بودن مادر از معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه بود. چنان که پرسشنامه تحقیق به صورت ناقص تکمیل می‌شد، آزمودنی از دور مطالعه خارج می‌شد.

چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری کوای و پترسون^۱ (RBPC):^۲ این چک لیست را کوای و پترسون (۱۹۸۷) برای درجه‌بندی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله تهیه کرده‌اند. این پرسشنامه توسط والدین یا معلمانی که به افراد ۵ تا ۱۸ سال آشنایی دارند تکمیل می‌شود. چک لیست کوای و پترسون دارای چهار خرده آزمون اختلال سلوک (۳۸عامل)، پرخاشگری اجتماعی (۹عامل)، مشکلات توجه-ناپختگی (۳۳عامل)، اضطراب-گوشه‌گیری (۸عامل) بوده و روی هم در برگیرنده ۸۸ گویه است. برای نمره‌گذاری این چک لیست سه نمره صفر، یک و دو بکار برده می‌شود. نمره دو به شکل رفتاری که به صورت حاد دیده شود، نمره یک به مشکلاتی که صورت حاد ندارند و نمره صفر به عدم وجود مشکلات رفتاری داده می‌شود. چک لیست (RBPC) در روند اختلال‌های رفتاری در دبستان‌ها و کمک در تشخیص‌های بالینی و اندازه‌گیری تغییرات رفتاری ناشی از مداخله‌های روان‌شناختی و دارویی استفاده می‌شود (کوای و پترسون، ۱۹۸۷). این چک لیست در ایران توسط شهیم، یوسفی، قنبری و مزیدی (۱۳۸۶) با استفاده از روش تحلیل عاملی روایی سازه آن بررسی شده است. در پژوهش آنها چهار عامل شناسایی شده است. برای سنجش پایایی این چک لیست با استفاده ضریب آلفای کرونباخ مشخص شد که از پایایی ۰/۸۱ برخوردار است.

سیاهه هوش هیجانی شرینگ^۳:

این آزمون توسط شرینگ و با استفاده از نظریه هوش هیجانی گلمن ساخته شده است. این سیاهه دارای ۳۳ عامل می‌باشد که پاسخگویی به آن در قالب مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای ترتیبی صورت می‌گیرد. این سیاهه دارای پنج زیر مقیاس خودآگاهی، خودمهارگری، خودانگیزی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی است. لذا هر فرد پنج نمره از زیر مقیاس‌ها و یک نمره کلی از این سیاهه دریافت می‌کند. در مطالعه مهانیان خامنه و همکاران (۱۳۸۵) وضعیت پایایی این پرسشنامه را به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۶ و بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش شده است.

1 - Quay & Peterson
2 - Rvised behavior problem
3 - Chechlist Sheering

تحلیل‌های آماری:

تمام تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) برای توصیف متغیرهای تحقیق استفاده شد. برای تحلیل آماری از آزمون T برای گروه‌های مستقل استفاده شد.

یافته‌ها:

تعداد کل آزمودنی‌هایی که وارد مطالعه شدند ۲۰۰ مادر بودند که در دو گروه (۱۰۰ نفر در گروه مادران باهوش هیجانی بالا و ۱۰۰ نفر در گروه مادران با هوش هیجانی پایین) بودند. در گروه دانش‌آموزان با مادران هوش هیجانی بالا تعداد ۴۲ دختر و ۵۸ پسر و در گروه دانش‌آموزان با مادران هوش هیجانی پایین تعداد ۳۷ دختر و ۶۳ پسر وجود داشتند. میانگین سنی دانش‌آموزان در گروه مادران باهوش هیجانی بالا ۷/۵۲ با انحراف معیار ۲/۲۳ و در گروه مادران با هوش هیجانی پایین ۸/۲۱ با انحراف معیار ۲/۵۱ بود. هم‌چنین میانگین سنی مادران گروه با هوش هیجانی بالا ۳۱/۳۶ با انحراف معیار ۵/۸۰ و مادران با هوش هیجانی پایین ۳۲/۷۶ با انحراف معیار ۵/۰۸ بود. در گروه دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی بالا هشت نفر از مادران شاغل و ۹۲ نفر خانه‌دار بودند. در حالی که در گروه دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی پایین ۲۰ نفر از مادران شاغل و ۸۰ نفر خانه‌دار بودند. در گروه دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی بالا ۳۹ نفر دارای تحصیلات دبیرستان، ۵۱ نفر دیپلم، ۹ نفر لیسانس و یک نفر فوق‌لیسانس بودند. هم‌چنین در گروه دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی پایین ۱۸ نفر دارای تحصیلات دبیرستان، ۵۷ نفر دیپلم، ۲۳ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس بودند. در گروه دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی پایین ۴۲ نفر کلاس اول، ۷ نفر کلاس دوم، ۸ نفر کلاس سوم، ۱۶ نفر کلاس چهارم و ۲۷ نفر کلاس پنجم بودند. هم‌چنین در گروه دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی بالا ۵۹ نفر در کلاس اول، ۱۱ نفر در کلاس دوم، ۹ نفر در کلاس سوم، ۶ نفر در کلاس چهارم و ۱۵ نفر در کلاس پنجم حضور داشتند.

در جدول یک مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهشی ارائه شده است.

جدول ۱: مشخصات توصیفی متغیرهای پژوهشی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کم‌ترین	بیش‌ترین
اختلال سلوک	۲۹/۳۲	۱۴/۱۵	۰	۵۰
پرخاشگری اجتماعی	۵/۹۱	۴/۴۸	۰	۱۵
مشکلات توجه-ناپختگی	۲۳/۱۷	۱۱/۵۷	۰	۴۸
اضطراب-گوشه‌گیری	۵/۹۷	۳/۴۰	۰	۱۴
کل مقیاس مشکلات رفتاری	۶۴/۳۸	۳۱/۱۱	۰	۱۱۳
هوش هیجانی مادران	۱۰۵/۳۱	۹/۷۸	۷۶	۱۴۱

جدول ۲: نتایج آزمون T برای مقایسه میانگین مشکلات رفتاری در فرزندان مادران با هوش هیجانی بالا و پایین

P-Value	مقدار t	مادران با هوش هیجانی بالا (n=100)		مادران با هوش هیجانی پایین (n=100)		شاخص منبع
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<۰/۰۰۱	۴/۹۸	۱۴/۶۱	۲۴/۶۰	۱۲	۳۴/۰۳	اختلال سلوک
<۰/۰۰۱	۳/۸۵	۴/۴۴	۴/۷۳	۴/۲۳	۷/۱۰	پرخاشگری اجتماعی
<۰/۰۰۱	۴/۹۲	۱۱/۸۸	۱۹/۳۵	۹/۹۳	۲۶/۹۸	مشکلات توجه و ناپختگی
<۰/۰۰۱	۴/۱۴	۳/۴۹	۵/۰۱	۳/۰۲	۶/۹۳	اضطراب و گوشه‌گیری

همان طوری که در جدول ۲ ارایه شده است. نتایج حاصل از آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمرات اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات توجه و ناپختگی و اضطراب و گوشه‌گیری در فرزندان مادران با هوش هیجانی بالا نسبت به فرزندان با مادران هوش هیجانی پایین، به طور معنی‌داری کم‌تر است ($P < 0.001$).

جدول ۳: نتایج آزمون T برای مقایسه میانگین مشکلات رفتاری دانش‌آموزان دختر و پسر (df=1989)

P-Value	مقدار t	پسر (n=121)		دختر (n=79)		شاخص منبع
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۰۲	-۳/۰۸	۱۲/۸۴	۳۱/۷۹	۱۵/۲۸	۲۵/۵۸	اختلال سلوک**
۰/۰۰۱	-۳/۲۵	۴/۲۹	۶/۸۰	۴/۴۷	۴/۵۷	پرخاشگری اجتماعی**
۰/۰۰۴	-۲/۹۳	۱۰/۴۶	۲۵/۰۷	۱۲/۶۰	۲۰/۲۵	مشکلات توجه و ناپختگی**
۰/۰۱۶	-۲/۴۲	۳/۳۳	۶/۴۴	۳/۳۹	۵/۲۶	اضطراب و گوشه‌گیری*

** $P < 0.01$, * $P < 0.05$

همان طوری که در جدول ۳ ارایه شده است. نتایج حاصل از آزمون T مستقل نشان داد که میانگین نمرات اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات توجه و ناپختگی و اضطراب و گوشه‌گیری در پسران نسبت به دختران، به طور معنی‌داری بیش‌تر گزارش شده است ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری:

نتایج نشان داد علایم اختلال سلوک در دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی بالا، کم‌تر از دانش‌آموزان مادران با هوش هیجانی پایین است. این یافته از تحقیق همسو با مطالعاتی است که نشان می‌دهند بین ویژگی‌های شخصیتی والدین و برون‌سازی مشکلات رفتاری کودکان ارتباط مستقیم وجود دارد (مانند؛ پرینز^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). یافته‌های مطالعه ترقی، احمدی (۱۳۸۱) نشان داد که والدین کودکان دارای اختلال سلوک به میزان بیش‌تری (۷۲/۸٪) از تنبیه بدنی استفاده کرده بودند. مطالعه ضیال‌الدینی، میرکافی و نخعی (۱۳۸۶) نشان داد که اختلال سلوک در کودکانی که رفتار والدین‌شان از دید اطرافیان تند یا

متوسط بوده به طور معنی‌داری بیش‌تر بود. نتایج مطالعه رضاییان، محسنی، غباری‌بناب و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد بین اختلال سلوک و مشکلات روانی والدین، سبک فرزندپروری والدین و ادراک خود نوجوانان رابطه معنی‌دار وجود دارد.

چنین استنباط می‌شود که نقص در هوش هیجانی مادران به مدیریت عاطفی ارتباط مادر-فرزند آسیب وارد می‌کند. به طوری که نقص در همدلی با کودک و واکنش‌های عاطفی مادر ممکن است در ارتباط عاطفی کودک با جامعه اختلال ایجاد کند و زمینه‌ساز بروز اختلالات برون‌سازی مانند اختلال سلوک شود. از طرفی مدیریت هیجانی نامناسب فرزندان مانند داشتن شیوه تربیت مستبدانه، به رفتار مستبدانه کودک در جامعه منجر می‌شود. چنان که نتایج مطالعه کمیجانی و ماهر (۱۳۸۶) نشان داده است، شیوه فرزندپروری مستبدانه در والدین آزمودنی‌های با اختلال سلوک بیش‌تر از والدین آزمودنی‌های عادی به کار گرفته می‌شود. شیوه فرزندپروری مقتدرانه در والدین آزمودنی‌های با اختلال سلوک کم‌تر از والدین آزمودنی‌های عادی به کار گرفته می‌شود.

نتایج نشان داد که میانگین علائم پرخاشگری اجتماعی در فرزندان مادران با هوش هیجانی پایین، بیش‌تر از فرزندان مادران با هوش هیجانی بالا است. در تبیین این یافته از تحقیق چنین به نظر می‌رسد که نقص در هوش هیجانی مادر و بویژه وجود خشونت در رفتار مادر می‌تواند در رفتار کودکان که می‌توانند از عکس‌العمل‌های والدین یادگیری مشاهده‌ای داشته باشند، در همین راستا مطالعه مرندا^۱ و همکاران (۲۰۰۱م) نشان داده است که کودکانی که از طرف مادر تجربه بد رفتاری داشتند از اختلالات از هم گسیختگی و مشکلات رفتاری برون‌ریزی شده بیش‌تری رنج می‌برند. پژوهش وان آکن و همکاران (۲۰۰۷م) نیز نشان می‌دهد که ثبات هیجانی مادر به طور غیرمستقیم به واسطه حمایت مادری بر رفتارهای پرخاشگرانه کودکان تأثیر دارد.

نتایج نشان داد که میانگین مشکلات توجه و ناپختگی در فرزندان مادران با هوش هیجانی پایین، بیش‌تر از فرزندان مادران با هوش هیجانی بالا است. این یافته از تحقیق همسو با پژوهش وان آکن و همکاران (۲۰۰۷م) است نشان داده است ثبات هیجانی والدین به طور مستقیم با مشکلات مربوط به توجه در کودکان رابطه مستقیم وجود دارد. از آنجایی که نقص در هوش هیجانی با مشکلات مربوط به سلامت روانی مادران ارتباط دارد، لذا این یافته از تحقیق همسو با مطالعاتی است که نشان می‌دهند فراوانی سابقه اختلال روانی در والدین و بستگان دارای اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی بیش‌تر از کودکان عادی است (خوشایی و همکاران، ۱۳۸۶). هم‌چنین در پژوهش روتین^۲ و همکاران (۲۰۰۹م) چنین گزارش شده است که والدین دارای سابقه اختلال افسردگی اساسی یا اختلال ADHD^۳، وجود این اختلالات در کودکان خود را با فراوانی بیش‌تری نسبت به والدین عادی گزارش کرده‌اند.

1- Miranda

2- Rothen

3- Attention deficit-hyperactivity disorder

به نظر می‌رسد نقص در هوش هیجانی مادر با تأثیر در سلامت روانی مادران به همراه شکل‌گیری سبک خاصی از زندگی در ارتباط عاطفی مادر با فرزندان اختلال ایجاد می‌کند و موجب افزایش علائم اختلال ADHD می‌شود (لینت^۱ و همکاران، ۲۰۰۳م). چنانچه نتایج مطالعات مختلف حاکی از تأثیرات اختلالات روانپزشکی والدین و بویژه مادر به عنوان ریسک فاکتورهای مهم در رشد اختلالات دوران کودکی می‌باشد. بندوا^۲ و همکاران (۲۰۰۹م) که ناشی از زمینه تربیتی محیط خانواده در ابتلا به اختلال ADHD است.

نتایج حاصل از آزمون T مستقل نشان داد که میانگین اضطراب-گوشه‌گیری در فرزندان مادران با هوش هیجانی پایین بیش‌تر از فرزندان مادران با هوش هیجانی بالا اسن. طبق نظر بار-آن از مؤلفه‌های هوش هیجانی داشتن کنترل استرس و خلق عمومی است. لذا چنین می‌توان استنباط کرد که نقص در کنترل استرس و خلق عمومی مادر در بروز مشکلات خلقی و اضطرابی فرزندان مؤثر است. در همین راستا مشخص شده است که بین نمرات افسردگی کودکان و عملکرد خانوادگی آنان از نظر تعداد دعوایها، جو هیجانی رابطه وجود دارد. هم‌چنین پژوهش کورش‌نیا (۱۳۸۶) در بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان نشان داد الگوی ارتباط گفت و شنود خانواده پیش‌بینی کننده معنی‌دار اضطراب فرزندان است و اضطراب و افسردگی آنها را به طور منفی پیش‌بینی می‌کند (سلطانی‌فر و بینا، ۱۳۸۶).

مطالعه دیلر^۳ و همکاران (۲۰۱۱م) که در بین فرزندان والدین دارای اختلال خلقی صورت گرفته است نشان می‌دهد که فرزندان والدین با اختلال خلقی از میزان آسیب روانی زیادی برخوردار بودند. در مطالعه بلندون، کالکین، کیان و برین^۴ (۲۰۰۸م) این یافته بدست آمده است که فرایند سید تنظیم هیجان کودک با نشانه‌های مشکلات خلقی مادری ارتباط دارد.

نتایج نشان داد که میانگین علائم اختلال سلوک، پرخاشگری اجتماعی، مشکلات توجه و ناپختگی، اضطرابی و گوشه‌گیری در پسران بیش‌تر از دختران می‌باشد. هم‌خوان با این یافته، یافته‌های ترقی و احمدی (۱۳۸۱) نشان داد که بیش‌ترین درصد کودکان دارای اختلال سلوک را پسران (۶/۷۱٪) تشکیل می‌دهد. در مطالعه ضیاالدینی، میرکافی و نخعی (۱۳۸۶) نشان داد که شیوع اختلال سلوک در پسران ۱۳/۲٪ و در دختران ۷/۳٪ بود.

در مطالعه فونتانا^۵ و همکاران (۲۰۰۷م) این یافته گزارش شده است که اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در پسران از شیوع بیش‌تری نسبت به دختران برخوردار است. پژوهش سامانی (۱۳۸۶) نشان داده است که پرخاشگری اجتماعی در بین پسران بیش‌تر از دختران است اما در مطالعه واحدی، فتحی‌آذر،

1- Linnet

2- Bandou

3- Diler

4- Blandon, Calkins, Keane & O'Brien

5- Fontana

حسینی نسب و مقدم (۱۳۸۷) این یافته بدست آمده است که پرخاشگری اجتماعی در بین دختران و پسران پیش دبستانی تفاوتی وجود ندارد. به نظر می‌رسد شیوه سنجش پرخاشگری (خودگزارشی، دیگرگزارشی و استفاده از تکالیف) سن آزمودنی‌ها و تفاوت در ابزار پرسشنامه‌ها علل تفاوت در یافته‌های مربوط به پرخاشگری باشد. اساساً مطالعات بر گرایش بیش‌تر پسران به پرخاشگری نسبت به دختران تأکید می‌کنند.

یافته فرضیه حاضر درباره میزان بالای اضطرابی و گوشه‌گیری در پسران با مطالعه کاهنی، حسن‌آبادی و سعادت‌جو (۱۳۷۹) در تضاد می‌باشد به طوری که مطالعه آنها نشان داده است میزان افسردگی و اضطراب در دختران خانواده‌های گسسته بیش‌تر از پسران و میزان پرخاشگری و بزهکاری در پسران خانواده‌های گسسته بیش‌تر از دختران می‌باشد. البته مطالعه آنها در فرزندان خانواده طلاق صورت گرفته است. لذا شرایط آزمودنی‌ها ممکن است نتایج را متأثر ساخته باشد.

در تبیین یافته‌های این فرضیه از تحقیق که پسران از مشکلات رفتاری بیش‌تری نسبت به دختران برخوردارند چنین استنباط می‌توان کرد که جامعه مشکلات رفتاری پسران و هم‌چنین رفتار ناپخته و نامناسب از سوی را بیش‌تر مورد پذیرش قرار می‌دهد. از طرفی نباید نادیده گرفت که این زمینه فکری در مادران نیز ممکن است تأثیرگذار باشد آنها مشکلات رفتاری پسران خود را دقیق‌تر و با وضوح بیش‌تری گزارش کرده باشند.

از آنجایی که یافته‌های هر مطالعه با در نظر گرفتن محدودیت‌های آن قابل بهره‌برداری است. استفاده از ابزار تحقیق پرسشنامه به دلیل اینکه ممکن است عکس‌العمل پاسخ دهندگان را در پی داشته باشد از محدودیت‌های اصلی این تحقیق است. هم‌چنین یافته‌ها محدود به ابزارهای استفاده شده در این مطالعه است. در مطالعه حاضر ملاک هوش هیجانی پایین و بالای مادران، کسب ۱۰۰ نفر نمره پایین‌تر و ۱۰۰ نفر نمره بالاتر بود. لذا از نمره برش استاندارد که مادران را به دو طبقه بالا و پایین تبدیل کند استفاده نشد. از آنجایی که وضعیت هوش هیجانی مادر و مشکلات رفتاری کودکان توسط مادر گزارش شده است. پس مادرانی که سطح سواد کم‌تر از دبیرستان داشتند وارد مطالعه نشدند و از طرف دیگر سطح دانش مادر که هوش هیجانی آنان تأثیر دارد مورد توجه قرار نگرفته است. موارد فوق دامنه تعمیم‌پذیری نتایج این پژوهش را محدود و اهمیت انجام مطالعات تکمیلی را تصریح می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور سنجش مشکلات رفتاری کودکان از معیارهای تشخیصی با استفاده از نظر روانپزشک استفاده شود.

به منظور شناسایی هوش هیجانی پایین و بالای مادران از ملاک نمره برش استفاده شود تا جایگزینی مادران در طبقات واقعی هوش هیجانی بالا و پایین قرار گیرد. در مطالعات آتی با افزایش حجم نمونه، مادران بی‌سواد نیز وارد مطالعه شوند و از مصاحبه کاملاً ساختار یافته برای سنجش آزمودنی‌ها استفاده شود. یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند برای مشاوران مدارس در حل مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مورد

استفاده قرار گیرد. از طرفی با توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود در برنامه‌های مداخلات روانی مراکز مشاوره خانواده، آموزش مهارت‌های هوش هیجانی برای مادران نیز گنجانده شود.

منابع

- افشار، سهیلا. (۱۳۸۶). بررسی و مقایسه هوش هیجانی مادر با بلوغ اجتماعی و باورهای انگیزشی دختران سال اول دبیرستان‌های دولتی شمال و جنوب تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- اسماعیلی، معصومه. احدی، حسن. دلاور، علی و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر سلامت روان، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۳(۲): ۱۶۵-۱۵۸.
- ترقی، زهره. احمدی، محترم. (۱۳۸۱) بررسی رابطه اختلال‌السلوکی با مشخصات فردی و خانوادگی کودکان دبستانی شهر ساری، *ارمغان دانش*، ۷(۲۵)، ۲۷-۳۲.
- خانجانی، زینب. (۱۳۸۴) تحول و آسیب‌شناسی دلبستگی از کودکی تا نوجوانی، تبریز: فروزش.
- خزاعی، طیبیه. خزاعی، محمدمهدی. خزایی، معصومه. (۱۳۸۴). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند، *مجله علوم پزشکی بیرجند*، ۱۲(۲۰۱)، ۷۹-۸۵.
- خوشابی، کتابون. میرابزاده، آرش. مرادی، شهرام. گیلانی‌پور، مهسا. (۱۳۸۶) بررسی نقش عوامل سرشتی و سایر عوامل خطر ساز در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی همدان*، ۱۴(۲)، ۱۱/۱۵.
- دادستان، پری‌رخ. (۱۳۸۵). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی، جلد اول، تهران: سمت.
- رضاییان، حمید. محسنی، نیک‌چهره، غباری‌بناب، باقر. سرمد، زهره. غلامعلی‌لواسانی، مسعود. محمدی، محمدرضا. مؤمنی، فرزاد. (۱۳۸۵) بررسی مدل علیتی متغیرهای خانواده، ادراک خود نوجوانان و اختلال سلوک، *حکیم*، ۹(۳)، ۳۲-۳۸.
- سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسشنامه پرخاشگری باس و پری، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۳(۴)، ۳۶۵-۳۵۹.
- سلطانی‌فر، عاطفه. بینا، مهدی. (۱۳۸۶) بررسی شیوع نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی ۹ تا ۱۱ ساله در تهران و رابطه آن با د عملکرد خانواده، *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۹(۳۳ و ۳۴) ۷-۱۴.
- شهیم، سیما. یوسفی. فریده، قنبری، مزیدی. (۱۳۸۶) ویژگی‌های روان‌سنجی چک لیست تجدید نظر شده مشکلات رفتاری کوای و پترسون، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۳(۴): ۳۵۰-۳۵۸.
- ضیال‌الدینی، سیدحسن. میرکافی، احمد. نخعی، نوذر. (۱۳۸۶). شیوع اختلال سلوک در دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر کرمان در سال تحصیلی ۸۳-۸۲. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۱(۳)، ۲۲۸-۲۲۱.
- کاهنی، سیما. حسن‌آبادی، محسن. سعادت‌جو، سیدعلیرضا. (۱۳۷۹). بررسی اضطراب افسردگی، پرخاشگری و بزهکاری نوجوانان ۱۹-۱۲ سال در خانواده‌های گسسته و پیوسته، *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار (اسرار)*، ۷(۴)، ۲۲-۲۸.
- کمیجانی، مهرناز. ماهر، فرهاد. (۱۳۸۶). مقایسه شیوه‌های فرزندپروری والدین نوجوانان با اختلال سلوک و نوجوانان عادی، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۹(۳۳)، ۹۴-۶۳.
- کوروش‌نیا، مریم. لطیفیان، مرتضی. (۱۳۸۶). بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان، *خانواده پژوهشی*، ۳(۱۰)، ۵۸۷-۶۰۰.

- گلمن. (۱۳۸۵). **هوش هیجانی**، ترجمه نسرین پارسا، تهران: رشد.
- مهانیان‌خامنه، مهری، برجعلی، احمد. و سلیمی، محمدکاظم. (۱۳۸۵). بررسی رابطه هوش هیجانی و رضایت زناشویی، **مجله روان‌شناسی**، ۱۰(۳)، ۳۰۸-۳۲۰.
- محمدی، سیدداود. و غرابی، بنفشه. (۱۳۸۶). ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش‌آموزان، **مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان**، ۱۴(۴)، ۲۸۹-۲۹۹.
- واحدی، شهرام. فتحی‌آذر، اسکندر. حسینی‌نسب، سیدداود. مقدم، محمد. (۱۳۸۷). بررسی پایایی و روایی مقیاس پرخاشگری پیش‌دبستانی و ارزیابی میزان پرخاشگری در کودکان پیش‌دبستانی ارومیه، **اصول بهداشت روانی**، ۱۰(۱)، ۱۵-۲۴.
- یوحنایی، زهرا. (۱۳۸۵). **تفاوت هوش هیجانی مادران کودکان دلبسته ایمن و مادران کودکان دلبسته نایمن**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- هالان، دانیل. کافمن، جیمز. (۱۳۷۷). **کودکان استثنایی جلد ۱ و ۲**، ترجمه مجتبی جوادیان، تهران: رشد.
- Bandu N, Koike K, Matuura H. (2009). Predictive familial risk factors and pharmacological responses in ADHD with co-morbid DBDs, **Pediatr Int**, 52(3), 415-419.
- Blandon AY, Calkins SD, Keane SP, Q'Brien M. (2008). Individual differences in trajectories process: the effects of maternal depressive symptomatology and children's physiological regulation, **Dev Psychol**, 44(4), 1110-23.
- Byrne BA, Haddock CK, & Poston DC, (2002). Mid American Heart Institute: Parenting style and adolescent smoking. **Journal of Adolescent Health**, (30)6, 418-425.
- Fontana in fiur Brazilian. Public shools. **Arq Neuropsychiatrist**, 65(1), 134-70.
- Linnet. Km, Dalshaard S, Obel C, Wisborg K, Henrikson TB, Rodriguez A, et all. (2003). Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. **Am J Psychiatry**, 160(6), 1028-40.
- Mirandn JK, de la Qsa N, Granero R, Ezpeleta L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents, **child Abuse Negl**, 35(9), 700-11.
- Prinzie P, Onghena P, Hellinckx W, Grientebis H, Ghesquiere O, Colpin H. (2003). Parent and child Personality charactors as predictors of negative discipline and externalizing problem behavior in children, **European Journal of Personality**, 18(2), 73-102.
- Quay Hc, Peterson DR. (1987). **Manual for the Revised Behavior Problem Checklist**. Miami: Quay and Peterson.
- Rothen S, Vandeleur CL, Lustenberger Y, Jeanprête N. Ayer E, Gamma F, et all. (2009). Parent-child agreement and prevalence estimates of diagnoses in childhood: direct interview versus family history method, **Int Methods Psychiatr Res**, 18(2), 96-109.
- Sohr-Preston SL, Scarmella LV, (2006). Implications of timing of maternal depressive symptoms for early cognitive and language development, **Clin Child Fam Psychol Rev**, 9(1), 65-83.
- Van, Aken C, Junger M, Verhoeven M, van Aken MAG, Deković M, Denissen JA, (2007). Parental personality, parenting and toddlers' externalizing behaviours, **European Journal of Personaliry**, 12(21), 993-1015.