

ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش آموزان

سید داود محمدی^{۱*} و دکتر بنفشه غرای^۲

خلاصه

مقدمه: هوش هیجانی به عنوان شکلی از هوش اجتماعی معرف توانایی شخص در مواجهه و انطباق با فشارهای روانی می‌باشد. مطالعات نشان داده که نقص در هوش هیجانی با بروز رفتارهای مخرب در نوجوانان در ارتباط است. هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط اختلالات رفتاری و هوش هیجانی در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران بود.

روش: در این مطالعه ۴۲۰ دانش آموز مقطع راهنمایی (۱۹۵ پسر و ۲۲۵ دختر) از سه منطقه شهر تهران (مناطق ۱، ۶، ۱۶) به صورت تصادفی انتخاب شدند. کلیه آزمودنی‌ها دو پرسش‌نامه بررسی مشکلات و نقاط قوت (SDQ) و هوش هیجانی شوت (SSRI) را تکمیل کردند. داده‌ها به وسیله آماره همبستگی و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین اختلالات رفتاری با هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های آن یعنی تنظیم هیجان، بیان و ارزیابی هیجان و بهره‌گیری از هیجان ارتباط منفی معنادار یافت شد (به ترتیب $r = -0/27$ ، $r = -0/29$ ، $r = -0/17$ و $r = -0/24$ و $p < 0/001$). همچنین مشخص شد که از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی مؤلفه تنظیم هیجانان ($p < 0/000$)، و همچنین هوش هیجانی کل ($Beta = 0/275$ ، $p < 0/000$) توانایی پیش‌بینی معنادار اختلالات رفتاری را دارند.

بحث: ارتباط مشاهده شده بین اختلالات رفتاری و هوش هیجانی به ویژه برای متخصصین بهداشت روانی که در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری فعالیت می‌کنند تلویحات مهمی در بردارد. از آن جمله لزوم بکارگیری روش‌های ارتقای هوش هیجانی در مدل‌های ارائه شده برای پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری را می‌توان نام برد.

واژه‌های کلیدی: اختلالات رفتاری، هوش هیجانی، مؤلفه‌های هوش هیجانی، مقطع راهنمایی، شهر تهران

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی سینا - مرودشت (فارس) - ۲- استادیار روان‌شناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

* نویسنده مسؤل، آدرس: مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی سینا - مرودشت، فارس ● آدرس پست الکترونیک: mohammadi.sd@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱/۱۸ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۶/۴/۳۰ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۵/۱۰

مقدمه

به صورت کلامی و غیر کلامی امکانپذیر است. ب) تنظیم هیجان در خود که به معنی کنترل، ارزیابی و برون‌ریزی مناسب هیجانات خود و تنظیم هیجان در دیگران و به عبارت دیگر تعامل مؤثر با سایر افراد از نظر هیجانی (برای مثال آرام کردن هیجانات درمانده کننده در دیگران) می باشد.

ج) بهره‌برداری از هیجان که به معنی استفاده از اطلاعات هیجانی در تفکر، عمل و مسأله‌گشایی است (مایر و سالووی، ۱۹۹۰؛ به نقل از ۴).

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهند بعضی از اشکال هوش هیجانی ممکن است افراد را از فشار روانی محافظت کرده و در نتیجه به انطباق بهتر منجر شوند. به طور مثال در یک پژوهش (سیاروچی (Ciarrochi) و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از ۱۱) مهارت در مدیریت هیجان با گرایش به حفظ یک حالت خلقی مثبت القاء شده به صورت تجربی در ارتباط بود، که این مسئله تلویحات آشکاری برای پیشگیری از حالت‌های افسردگی را در خود دارد.

نوجوانانی که توانایی کنترل هیجانات دیگران را دارند از حمایت اجتماعی و رضایت‌مندی بیشتری برخوردارند و چنین حمایتی منجر به مصونیت از حالات افسردگی و افکار خودکشی می‌شود (۱۰).

در مطالعه‌ای بر روی ۱۱۱ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۲ تا ۱۵ ساله دریافتند که نوجوانان با رفتار مخرب (Disruptive)، در هوش هیجانی به خصوص در توانایی درک، فهم و مدیریت هیجانات نقص دارند. این تفاوت در مؤلفه‌های هوش هیجانی در دانش‌آموزان با رفتار مخرب و غیرمخرب و با نمره‌های بالاتر در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی در نوجوانان با رفتار مخرب ارتباط داشت. محققان نتیجه گرفتند که هوش هیجانی هم بر مؤلفه‌های رفتاری و هم مؤلفه‌های عاطفی رفتار دانش‌آموز در کلاس تأثیر می‌گذارد (۱۱).

هوش هیجانی پایین همچنین پیش‌بینی کننده مشکلات مربوط به وابستگی به دارو و الکل بوده است (۱۷). این یافته در مورد مصرف پایین‌تر سیگار و الکل در یک گروه

از آن جایی که نوجوانی یکی از دوران‌های مهم در ساخت و پایه‌ریزی شخصیت فرد محسوب می‌شود چه بسا مشکلات رفتاری بروز پیدا کرده در این برهه، در دوره‌های بعدی زندگی، خود را به صورت ویژگی‌هایی پایدار نشان دهند. به طور مثال مشکلات رفتاری درون‌ریزانه در کودکی و نوجوانی با اختلالات خلقی و خودکشی در بزرگسالی و سطوح بالای پرخاشگری در کودکی با رفتار جنایی (Criminal) و سایر رفتارهای ضد اجتماعی مربوط بوده است (به نقل از ۱۵). آمارها در آمریکای شمالی و کشورهای اروپایی خبر از افزایش میزان بزهکاری نوجوانان از بعد از جنگ جهانی دوم به عنوان یک مشکل جدی می‌دهند. در بعضی از کشورهای آسیایی نیز نوجوانان مناطق شهری از نظر آماری بیشترین سهم بزهکاری جمعیت را به خود اختصاص داده‌اند (۱۵). به همین دلیل شناخت عوامل و همبسته‌های مؤثر در حل مشکلات و نابهنجاری‌های رفتاری نوجوانان و اقدام در زمینه برنامه ریزی به منظور اصلاح و بهبود این عوامل از جمله روش‌های بسیار مؤثر در پیشگیری از اختلالات روانی در بزرگسالی خواهد بود (۴، ۱۶).

کارآمدی نوجوان در برخورد با مسایل فردی و اجتماعی به طور قابل ملاحظه‌ای توسط تجربه‌های هیجانی و نحوه مواجهه و انطباق با رویدادها تعیین می‌شود. در قرن حاضر که فشارهای روانی بر زندگی انسان‌ها سایه افکنده است، توانایی کنترل هیجانات ناگوار بر سلامت روان تأثیر بسزایی خواهد داشت. افرادی که در تنظیم هیجانات خود مهارت دارند، بهتر می‌توانند حالات هیجانی منفی را از طریق فعالیت‌های خوشایند جبران نمایند (سالووی، ۱۹۹۹؛ به نقل از ۴).

اصطلاح هوش هیجانی (Emotional Intelligence)، اول بار در سال ۱۹۹۰ از سوی سالووی و مایر به عنوان شکلی از هوش اجتماعی مطرح شد. الگوی اولیه آنها از هوش هیجانی سه حیطه از توانایی‌ها را شامل می‌شد: الف) ارزیابی و ابراز هیجانات در خود و دیگران که

از دانش‌آموزان دبیرستانی نیز مشاهده شده است (۲۰). این یافته‌ها در پژوهشی دیگر نیز تکرار شده‌اند (۱۷).

سطوح پایین‌تر هوش هیجانی با سطوح بالاتر افسردگی، روان‌رنجورخویی، نشانه‌های بدنی و استرس مربوط بوده است (۱۲).

تأثیر هوش هیجانی بر سلامت روان همچنین می‌تواند از طریق اثر میانجی‌گرانه هوش هیجانی باشد. به طور مثال محققین یک پژوهش دریافتند که فشار روانی با تفکر خودکشی بیشتر در بین کسانی که هوش هیجانی پایین‌تر دارند، ارتباط دارد (۱۱).

در مطالعه دیگری مشخص شد که هوش هیجانی با پرخاشگری، رفتارهای بزهکارانه، استرس، افسردگی و نشانه‌های بدنی در دانش‌آموزان دبیرستانی همبستگی منفی معنادار دارد (۱۵). همچنین هوش هیجانی بالاتر با مصرف پایین‌تر سیگار و الکل در دانش‌آموزان دبیرستانی (۲۰)، رضایت زندگی بالاتر و اضطراب کمتر (۸)، مربوط بوده است.

در یک پژوهش نوجوانانی که می‌گفتند در مدیریت کردن هیجان‌ات دیگران توانا هستند، حمایت اجتماعی بیشتری دریافت کرده و از این حمایت بیشتر احساس رضایت می‌کردند (۱۰). در پژوهشی دیگر بر روی دانشجویان دانشگاه مشخص شد که توانایی مدیریت هیجان‌ات خود یعنی یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی با افسردگی، ناامیدی، و تفکر خودکشی همبستگی منفی معنادار دارد. از طرف دیگر بین این مؤلفه با توانایی مدیریت کردن هیجان‌ات دیگران نیز همبستگی مثبت معنادار به دست آمد. در قسمتی دیگر از این پژوهش مشخص شد که بین توانایی مدیریت هیجان‌ات دیگران با ناامیدی ارتباط منفی وجود دارد. این پژوهش که به منظور بررسی ارتباط انواع فشارهای روانی با خلق افسرده، ناامیدی و تفکر خودکشی و اثر تعدیل‌گرانه هوش هیجانی بر موارد فوق انجام شده بود، نشان داد که ادراک هیجانی (Emotion Perception) در مدیریت ناامیدی، و توانایی مدیریت کردن هیجان‌ات دیگران در تفکرات

خودکشی اثرات مثبت معنادار دارند (۱۱).

در یک پژوهش داخلی بر روی ۳۵ نفر از مراجعین به یک مرکز مشاوره نشان داده شده که بین هوش هیجانی بالاتر با سلامت روان شناختی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد (۲) همچنین بین هوش هیجانی و سلامت روان‌شناختی کلی رابطه مثبت دیده شد و مؤلفه‌های آن برای پیش‌بینی سلامت روان‌شناختی از طریق رگرسیون نیز کار آمد تشخیص داده شده‌اند.

نتیجه یک مطالعه بر روی گروهی از افراد معتاد نشان داد که معتادین به مواد مخدر روان‌رنجورخویی بیشتر و هوش هیجانی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل دارند. تفاوت بین افراد معتاد و غیر معتاد در مؤلفه‌های مطالعه شده هوش هیجانی یعنی توجه و شناسایی هیجان‌ها، تسهیل هیجانی تفکر، درک هیجان‌ها و مدیریت هیجان‌ها نیز معنادار بود (۳).

هوش هیجانی با دو مؤلفه گسترده خلق و خو یعنی عاطفه مثبت که به صورت احساس لذت، علاقمندی و اشتیاق تعریف شده است، رابطه مثبت و با عاطفه منفی یعنی اضطراب، احساس خصومت و نارضایتی رابطه منفی داشته است (۴).

اگر چه رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان در بزرگسالان به کرات مورد پژوهش قرار گرفته است، اما رابطه بین هوش هیجانی و اختلالات رفتاری در کودکان و نوجوانان از موضوعات مورد بررسی جدید به خصوص در کشور ما است. این که آیا بین هوش هیجانی و اختلالات رفتاری رابطه‌ای وجود دارد و چنانچه رابطه‌ای وجود دارد، شدت و چگونگی آن به چه صورت است، سؤالاتی هستند که جواب دادن به آنها به ما در تبیین جامع‌تر و کارآمدتر سلامت روان‌یاری رساننده و نتیجتاً می‌توانند در ارائه مدل‌های پیشگیری و درمان اختلالات رفتاری و روانی کمک کننده باشند.

بر اساس موضوعات مطرح شده در فوق، هدف از پژوهش حاضر بررسی این دو سؤال بود که: آیا بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با اختلالات رفتاری ارتباطی وجود

اختیار و آزادی به دانش‌آموزان در مورد شرکت یا عدم شرکت در پژوهش از جمله ملاحظات بود که پژوهشگر مدنظر قرار داد. همچنین به منظور جلب حس اعتماد و همکاری بیشتر دانش‌آموزان از در خواست هر گونه اطلاعات شخصی مانند نام و نام خانوادگی خودداری شد.

ابزارهای پژوهش در این پرسش‌نامه عبارت بود از پرسش‌نامه بررسی مشکلات و نقاط قوت (Strength & Difficulties Questionnaire: SDQ) و پرسش‌نامه هوش هیجانی شوت (Schutte Self-Report Inventory: SSRI) در سال ۱۹۹۷ توسط گودمن (Goodman) در انگلیس و بر مبنای ملاک‌های تشخیصی ICD-10 ساخته شده و برای سنین ۱۶-۳ سال به کار می‌رود (۱۳).

در این پژوهش از فرم خود گزارش‌دهی این پرسش‌نامه استفاده شد. فرم خود گزارش‌دهی برای نوجوانان ۱۶-۱۱ سال طراحی شده است (۱۴). پایایی کلی فرم خود گزارش‌دهی در تحقیق بکر و همکاران از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۷ به دست آمد (۹). به منظور بررسی اعتبار ملاکی و تجربی این آزمون از روش همبستگی با آزمون‌های معروف دیگر و همچنین بررسی حساسیت این آزمون استفاده شده است. در یک تحقیق همبستگی فرم خود گزارش‌دهی SDQ با YSR که فرم کوتاه شده‌ای از پرسش‌نامه CBCL است و برای سنین نوجوانی هنجار شده ۰/۷۱ به دست آمد (کسکلین و دیگران (Koskelainen), ۲۰۰۰؛ به نقل از ۹). همچنین در پژوهش بکر و همکاران بر روی ۲۱۴ نوجوان پسر و دختر، ۱۱ تا ۱۷ ساله یک نمونه بالینی مشخص شد که بین قدرت فرم خود گزارش‌دهی SDQ با YSR در تشخیص وجود یا عدم اختلال در نوجوانان ۱۱ تا ۱۷ ساله دختر و پسر یک نمونه بالینی تفاوت معناداری وجود ندارد (حساسیت (Sensitivity) به ترتیب، ۰/۸۵ و ۰/۸۱) (۹). بین قدرت تشخیصی خرده مقیاس‌های این فرم با خرده مقیاس‌های YSR نیز تفاوت معناداری یافت نشد. هنجاریابی

دارد؟ و دیگر این که آیا مؤلفه‌های هوش هیجانی و هوش هیجانی کلی می‌توانند نمره آزمودنی در پرسش‌نامه اختلالات رفتاری را پیش‌بینی کنند؟

روش بررسی

طرح پژوهشی مورد استفاده در این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی (Correlation) بود. در پژوهش حاضر دو نوع متغیر وجود داشت: متغیر ملاک اختلالات رفتاری و متغیرهای پیش‌بین یعنی مؤلفه‌های هوش هیجانی و هوش هیجانی کل.

جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای (Multi-stage Cluster) و نمونه‌گیری تصادفی (Random) بود. نمونه‌گیری خوشه‌ای در صورتی که فهرست کامل افراد جامعه در دسترس نباشد (مانند پژوهش حاضر) کارآمدتر از نمونه‌گیری ساده است و با به کار بردن این نوع از نمونه‌گیری می‌توان یک نمونه معرف از جامعه مورد نظر انتخاب کرد و دقت برآورد مورد نظر را افزایش داد (۵). ابتدا از بین مناطق شهر تهران سه منطقه از بین مناطق جنوب، مرکز و شمال تهران (مناطق ۱۶، ۶، و ۱) به تصادف انتخاب شد و سپس از هر منطقه یک مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه به تصادف گزینش شدند. در هر مدرسه نیز از هریک از مقاطع اول، دوم و سوم راهنمایی یک کلاس و از هر کلاس نیز ۲۵ نفر آزمودنی پژوهش را تشکیل دادند. تعداد کل نمونه به این طریق ۴۵۰ نفر بود. پرسش‌نامه ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها به علت نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها کنار گذاشته شد و نهایتاً پرسش‌نامه‌های ۴۲۰ نفر مورد تحلیل واقع شد. اطمینان به آزمودنی‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات کسب شده، و این که داده‌ها در طیفی کلی بررسی می‌شود و نه به شکل انفرادی، همچنین جلب اعتماد و اطمینان آزمودنی‌ها برای همکاری در پاسخگویی به پرسش‌نامه‌ها و دادن

دو فرم والدین و معلم این پرسش‌نامه به وسیله شاهمردی در سال ۱۳۸۵ انجام شده است (۶). در این پژوهش پایایی فرم والدین و معلم به وسیله آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۴۲ و ۰/۳۶ به دست آمد. حساسیت به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۶ و ویژگی ۰/۶۹ و ۰/۶۱ برای فرم‌های والدین و معلم این پرسش‌نامه به عنوان ملاک‌های اعتبار در نظر گرفته شدند. همچنین ارتباط خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه با خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه CBCL نیز همگی در سطحی مطلوب گزارش شدند. گرچه این پژوهش به دلیل داشتن محدودیت‌هایی هنجاریایی فرم خود گزارش‌دهی (فرم استفاده شده در این پژوهش) را در بر نمی‌گرفت، اما با توجه به این که آیت‌های این سه فرم عیناً یکی بوده و همچنین با توجه به همبستگی بالای گزارش شده بین این سه فرم در ادبیات پژوهشی خارجی، می‌توان این مقادیر به دست آمده را در مورد فرم خود گزاردهی نیز تا حدی صادق دانست. لازم به ذکر است که اعتبار و پایایی فرم خود گزارش‌دهی همان‌طور که در بالا بحث شد در پژوهش‌های خارجی به نحو مطلوبی اثبات شده است. در فرم خود گزارش‌دهی درجه موافقت و مخالفت در مورد عبارات مطرح شده درباره وضعیت و حالات خود به وسیله نوجوان و بر اساس یک طیف سه گزینه‌ای شامل درست نیست، کمی درست است و کاملاً درست است بیان می‌شود. این پرسش‌نامه در تعدادی از پژوهش‌های داخلی نیز به کار رفته است (از جمله ۱).

پرسش‌نامه هوش هیجانی شوت توسط شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ بر اساس مدل نظری هوش هیجانی سالوی و مایر (۱۹۹۰) و برای سنجش هوش هیجانی نوجوانان ساخته شده است. شوت و همکاران با استفاده از تحلیل عامل و تحلیل مؤلفه‌های اصلی پاسخ ۳۱۶ آزمودنی به ۶۲ ماده مقیاسی که بر مبنای این مدل ساخته بودند چهار عامل به دست آوردند. عامل اول شامل ۳۳ ماده و دارای ارزش ویژه (Eigen Value) ۱۰/۷۹ بود و عامل دوم تا چهارم به ترتیب ارزش ۳/۵۸، ۲/۹۰، ۲/۵۳ را نشان دادند. در مجموع ۳۳ ماده عامل اول در سه طبقه قرار گرفتند:

۱- ارزیابی و ابراز هیجان (مانند فکر می‌کنم درک پیام‌های غیر گفتاری دیگران مشکل است)، ۲- تنظیم هیجان (مثل: من به دنبال فعالیت‌هایی هستم که مرا خوشحال می‌کنند)، و ۳- بهره‌برداری از هیجان (مانند زمانی که تغییری در حالت هیجانی خود احساس می‌کنم، دوست دارم به ایده‌های نو دست پیدا کنم). قدرت عامل اول و اصل صرفه‌جویی مفهومی مواد این عامل، منجر به انتخاب ۳۳ ماده برای تهیه مقیاس نهایی گردید. آزمودنی حدی از توافق یا مخالفت خود را با هر یک از جملات، در یک مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) نشان می‌دهد. عواملی که این آزمون می‌سنجد همان عواملی هستند که سالوی و مایر در تعریف خود از هوش هیجانی آورده‌اند یعنی تنظیم هیجان (regulation of emotion)، ارزیابی و ابراز هیجان (appraisal and expression of emotion) و بهره‌برداری از هیجان (utilization of emotion) (۱۹).

در پژوهش شوت و همکاران افرادی که نمره بالا در این مقیاس داشتند، گرایش به نمره پایین در عاطفه منفی و نمره بالا در هیجان مثبت (برون‌گرایی)، گشاده‌خویی و همدلی) نشان دادند، همچنین نمرات بالا در مقیاس مورد نظر با آلکسی تایمی پایین (یعنی حالتی که ارتباط آن با نقص در هوش هیجانی مکرراً مشاهده شده است) همبستگی نشان داد (۱۹).

ترجمه و انطباق این آزمون به وسیله خسرو جاوید صورت گرفته است. خسرو جاوید پژوهش خود را بر روی ۲۳۴ دانش آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی شهر تهران و با اجرای فرم ۳۳ ماده‌ای این مقیاس به انجام رسانید. پایایی مقیاس هوش هیجانی کل بر مبنای آلفای درونی ۰/۸۱ به دست آمد. تحلیل عامل مقیاس با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی، سه عامل تنظیم هیجان (آلفای ۰/۸۱)، ارزیابی و ابراز هیجان (آلفای ۰/۶۷) و بهره‌برداری از هیجان (آلفای ۰/۵۰) را به دست داد. هوش هیجانی کل در این پژوهش با سه مقیاس خود به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۴ و ۰/۶۹ همبستگی نشان داد که همگی در سطح $(P < 0.01)$ معنادار بودند. همچنین نتایج این پژوهش بیانگر همبستگی

جدول ۲: ضرایب همبستگی بین اختلال رفتاری، مؤلفه‌های هوش هیجانی و هوش هیجانی کل

هوش هیجانی کل	مؤلفه‌های هوش هیجانی		
	بهره‌گیری از هیجان	بیان و ارزیابی هیجان	تنظیم هیجان
اختلال رفتاری	-۰/۲۷**	-۰/۱۷**	-۰/۲۹**

** ضریب همبستگی در سطح $P < 0/001$ معنادار است.

به منظور بررسی توانایی پیش‌بینی نمره در پرسش‌نامه اختلالات رفتاری از روی مؤلفه‌های هوش هیجانی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. همچنین به منظور افزایش دقت و شفافیت مدل‌های متغیرهای پیش‌بینی‌کننده، رگرسیون چند متغیره از نوع گام به گام استفاده شد. به علاوه برای حفظ اکثر داده‌ها حذف و تحلیل داده‌های گزارش نشده رگرسیون به شیوه دو به دو (Pairwise) انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون گام به گام اختلالات رفتاری براساس مؤلفه‌های هوش هیجانی در جداول ۳ و ۴ گزارش شده‌اند.

با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اختلالات رفتاری میزان F به دست آمده معنادار ($F=39/307$ و $P < 0/000$) است که نشان می‌دهد مؤلفه‌های هوش هیجانی می‌توانند بخشی از تغییرات مربوط به اختلالات رفتاری را تبیین نمایند. از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی، مؤلفه تنظیم هیجان با اختلالات رفتاری رابطه معناداری دارد ($R=0/29$) و در مجموع $0/08$ اختلالات رفتاری را تبیین می‌کند ($R^2=0/086$). همچنین در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز این مؤلفه قادر به تبیین $0/08$ از واریانس اختلالات رفتاری می‌باشد ($R^2_{Adj}=0/084$). بر اساس جدول ۴ وزن مؤلفه تنظیم

منفی و معنادار هوش هیجانی با متغیرهای ملاک نظیر آلکسی تایمی، افسردگی و حالت اضطراب بود که این مسأله نشان‌دهنده اعتبار ملاکی این آزمون می‌باشد (۴).

نتایج

جدول ۱ تعدادی از ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

جدول ۱: فراوانی (و درصد فراوانی) ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه

نمونه

فراوانی	تعداد (درصد)
ویژگی جمعیت شناختی	
جنسیت	
مذکر	۱۹۵ (۴۶/۴)
مؤنث	۲۲۵ (۵۳/۶)
منطقه	
منطقه ۱	۱۵۷ (۳۷/۴)
منطقه ۶	۱۲۳ (۲۹/۳)
منطقه ۱۶	۱۴۰ (۳۳/۳)
مقطع تحصیلی	
اول راهنمایی	۱۳۴ (۳۱/۹)
دوم راهنمایی	۱۴۸ (۳۵/۲)
سوم راهنمایی	۱۳۸ (۳۲/۹)

به منظور بررسی ارتباط اختلالات رفتاری، مؤلفه‌های هوش هیجانی و هوش هیجانی کل از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ گزارش شده‌اند.

بر اساس جدول ۲ بین نمره در پرسش‌نامه اختلال رفتاری و مؤلفه‌های هوش هیجانی و هوش هیجانی کل رابطه منفی معنادار ($P < 0/001$) وجود دارد. به عبارت دیگر هر چقدر که هوش هیجانی آزمودنی بالاتر باشد، اختلال رفتاری کمتری نشان می‌دهد.

جدول ۳: خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی با اختلالات رفتاری

شاخص مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	R	R ^۲	R ^۲ Adj
رگرسیون	۱۰۵۴/۵۷۷	۱	۱۰۵۴/۵۷۷	۳۹/۳۰۷	۰/۰۰۰	۰/۲۹۳	۰/۰۸۶	۰/۰۸۴
باقیمانده	۱۱۲۱۴/۷۵۷	۴۱۸	۲۶/۸۳۰					
کل	۱۲۲۶۹/۳۳۳	۴۱۹						

جدول ۴: شاخص‌های آماری رگرسیون مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اختلالات رفتاری

شاخص رگرسیون	B	SE	Beta	t	p
عدد ثابت	۲۳/۲۰۹	۱/۳۹۶	-	۱۶/۷۴۸	۰/۰۰۰
تنظیم هیجان‌ها	-۰/۲۴۲	۰/۰۳۹	-۰/۲۹۳	-۶/۲۶۹	۰/۰۰۰

جدول ۵: خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی با اختلالات رفتاری

شاخص مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	R	R ^۲	R ^۲ Adj
رگرسیون	۹۲۷/۰۶۵	۱	۹۲۷/۰۶۵	۳۴/۱۶۵	۰/۰۰۰	۰/۲۷۵	۰/۰۷۶	۰/۰۷۳
باقیمانده	۱۱۳۴۲/۲۶۸	۴۱۸	۲۷/۱۳۵					
کل	۱۲۲۶۹/۳۳۳	۴۱۹						

جدول ۶: شاخص‌های آماری رگرسیون رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی بر اختلالات رفتاری

شاخص رگرسیون	B	SE	Beta	t	p
عدد ثابت	۲۴/۳۵۸	۱/۶۷۷	-	۱۴/۵۲۱	۰/۰۰۰
هوش هیجانی	-۰/۰۹	۰/۰۱۵	-۰/۲۷۵	-۰/۸۵۴	۰/۰۰۰

تعمیم، وزن این مؤلفه برابر با (Beta=-۰/۲۹) خواهد بود. به عبارت دیگر هر چقدر که میزان این مؤلفه هوش هیجانی بیشتر باشد اختلال رفتاری کاهش خواهد یافت.

هیجان‌ها (B=-۰/۲۴۲ و P<۰/۰۰۰) نشان می‌دهد که این متغیر با اطمینان بیش از ۹۹ درصد می‌تواند تغییرات مربوط به اختلالات رفتاری را پیش‌بینی نمایند که در صورت

هیجانی کاهش اختلالات رفتاری را در پی داشت. علاوه بر این مؤلفه تنظیم هیجانات از بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و همچنین هوش هیجانی کل توانایی پیش بینی معنادار اختلالات رفتاری را داشتند.

این یافته هماهنگ با نتایج دیگر پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه ارتباط اختلالات رفتاری و سلامت روان با هوش هیجانی می‌باشد (۲۰، ۱۸، ۱۷، ۱۵، ۱۱، ۱۰، ۸، ۴-۲). البته لازم به ذکر است که مقادیری که در این پژوهش به عنوان میزان ارتباط بین اختلال رفتاری و هوش هیجانی و همچنین قدرت پیش‌بینی‌کنندگی هوش هیجانی به دست آمد، نسبت به تحقیقات دیگر کمتر ولی در هر حال در یک راستا بوده است. علت کمتر بودن شدت رابطه به دست آمده را نباید ضرورتاً دال بر ضعیف بودن رابطه این متغیرها تفسیر کرد، چرا که پژوهش‌های دیگر نیز خلاف این امر را ثابت کرده‌اند. شاید تبیین‌های بهتر به ویژگی‌های سنی و جمعیت شناختی آزمودنی‌های این پژوهش مربوط باشد. این که "آیا میزان رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان با توجه به سن آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌های به کار رفته، طیف علایم مورد سنجش و عوامل دیگر تغییر می‌کند" سؤالات جالبی هستند که پژوهش‌های آتی باید به آنها جواب دهند. نکته شایان توجه این است که هر متغیری را که بتواند ارتباط و نقش خود را در شکل‌گیری سلامت روان هر چند به طور متوسط نشان دهد، باید حائز اهمیت دانسته و علاوه بر بررسی بیشتر نقش آن، به جایگاه آن در ارائه مدل‌های کارآمد برای تبیین سلامت روان توجه داشت.

در توجیه ارتباط بین هوش هیجانی با اختلالات رفتاری و سلامت روان نظریات چندی داده شده است. سالوی و مایر بر نقش هوش هیجانی در توانایی کنترل احساسات و هیجانات خود و دیگران، و همچنین استفاده از این اطلاعات برای هدایت تفکر و عمل شخص، اشاره دارند (۱۹۹۰؛ به نقل از ۴). از نظر مایر و سالوی نوجوانانی که احساسات

به منظور تعیین وزن هوش هیجانی (کل) در پیش‌بینی اختلالات رفتاری از رگرسیون استفاده شد که نتایج آن در جداول ۵ و ۶ گزارش شده‌اند. همچنین به منظور افزایش دقت و شفافیت مدل‌های متغیرهای پیش‌بین کننده، رگرسیون چند متغیره از نوع گام به گام بود. به علاوه برای حفظ اکثر داده‌ها حذف و تحلیل داده‌های گزارش نشده رگرسیون به شیوه دو به دو (Pairwis) انجام گرفت.

با توجه با نتایج جدول ۵ مشاهده می‌کنیم که رگرسیون هوش هیجانی بر اختلالات رفتاری معنادار است ($p < 0/000$) ($F = 34/165$) و هوش هیجانی می‌تواند بخشی از تغییرات مربوط به اختلالات رفتاری را تبیین نماید. همچنین هوش هیجانی با اختلالات رفتاری رابطه معنادار داشته ($R = 0/27$) و در مجموع ۰/۰۷ از تغییرات اختلالات رفتاری را تبیین می‌کند ($R^2 = 0/076$). همچنین در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی نیز هوش هیجانی قادر به تبیین ۰/۰۷ از واریانس اختلالات رفتاری می‌باشد ($R^2_{Adj} = 0/073$). با توجه به جدول ۶ ضریب رگرسیون متغیر پیش‌بین نشان می‌دهد که هوش هیجانی با اطمینان بیش از ۹۹ درصد می‌تواند تغییرات اختلالات رفتاری را به گونه‌ای معنادار تبیین کند ($p < 0/000$) ($B = -0/09$) در صورت تعمیم نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی وزن هوش هیجانی ۰/۲۷ خواهد بود ($Beta = -0/27$). به طور خلاصه هر چقدر که هوش هیجانی فرد بالاتر باشد میزان اختلالات رفتاری کاهش می‌یابد.

بحث

هدف این پژوهش بررسی ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی بود. آنچه که در این پژوهش بدست آمد، ارتباط منفی و معنی‌دار بین هوش هیجانی کل و مؤلفه‌های آن با اختلالات رفتاری بود. به عبارت دیگر افزایش هوش

خود را تشخیص می‌دهند و معنی ضمنی آنها را درک می‌کنند، به‌گونه مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم کرده و در نتیجه در سازگاری با تجربه‌های منفی موفقیت بیشتری دارند تا نوجوانانی که از لحاظ توانش هیجانی ضعیف عمل می‌کنند (۱۶).

تعدادی از محققین نیز بر حمایت اجتماعی و رضایت‌مندی بیشتر نوجوانانی که از توانایی کنترل هیجانات بیشتر برخوردارند تأکید کرده و معتقدند که همین حمایت منجر به مصونیت از حالات افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی می‌شود (۱۰). شولز و براون توانایی درک، فهم و نقص در مدیریت کردن هیجانات نوجوانان با هوش هیجانی پایین‌تر را علت رفتار مخرب چنین نوجوانانی برمی‌شمارند (۱۸). هوش هیجانی می‌تواند از طریق اثر میانجی‌گرانه نیز بر سلامت روان مؤثر باشد. به طور مثال ارتباط هوش هیجانی با توانایی همدلی و مدیریت خلق (سیاروچی، چان و کاپوتی، ۲۰۰۰؛ به نقل از ۱۵) و همچنین مدیریت هیجانات دیگران می‌تواند بر متغیرهایی که در مقابل فشار روانی اثر ضربه‌گیر داشته و موجب کاهش آسیب‌پذیری روانی فرد در مقابل فشارها می‌شود، تأثیر بگذارد (۱۰).

نتایج تحقیقاتی از این قبیل این پیام را در بر دارد که آموزش و پرورش و البته خانواده‌ها و به طور کلی جامعه باید دیدی فراتر از تمرکز محدود بر نتایج آموزش دادن کودکان و نوجوانان اتخاذ کرده و نگرشی فراگیر و پیچیده‌تر نسبت به تعلیم و تربیت فرزندان داشته باشد. سوادآموزی فقط یاد دادن، خواندن و نوشتن به کودک نیست، بلکه هدف اساسی آموزش آماده کردن کودک و نوجوان برای ورود به زندگی اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی در جامعه‌ای که روز بروز پیچیده‌تر می‌شود است. نیاز مبرمی به ساختن برنامه‌های مربوط به هوش هیجانی

وجود دارد. مسئولین آموزش و پرورش باید بپذیرند که هیجانات نیز بخشی از رشد منش اخلاقی به حساب می‌آیند و نباید فقط بر رشد شناختی متمرکز شد. مدارس مجبور هستند که نقش اصلی و اساسی‌شان در پروراندن منشی که خود تنظیمی و همدلی نشان می‌دهد را بیاد بیاورند (۱۵). در پاسخ به افزایش رفتار ضد اجتماعی در میان نوجوانان یک رنسانس در آموزش اخلاقی و تعلیمات اجتماعی در مناطق آسیای شرقی روی داده است. در سال‌های آینده در ژاپن، تایوان و تایلند در برنامه‌های مدارس تجدید نظر مهمی در حوزه تعلیمات اجتماعی اتفاق خواهد افتاد (کوگان و موریس، ۲۰۰۱؛ به نقل از ۱۵).

متأسفانه در کشور ما هنوز هم آموزش و پرورش به بعد آموزش بیشتر از بعد پرورش توجه دارد. به طور مثال هنوز هم مدارس کشور در سطوح مختلف تحصیلی (به خصوص در مقاطع راهنمایی و ابتدایی) با کمبود روانشناس و مشاور مواجه می‌باشند و برنامه‌های خاص در زمینه ارتقای مهارت‌های هیجانی، رفتاری و شناختی نیز تقریباً در سطح ضعیفی قرار دارد. امروزه در اکثر جوامع دنیا کلاس‌های آموزشی ابراز وجود، مهارت‌های اجتماعی، انعطاف‌پذیری و روش‌های حل مسأله و... برپا می‌شود. در این کلاس‌ها سعی بر این است که دانش‌آموز آموزش‌های لازم را در زمینه کنترل خود و محیط، تقویت عزت‌نفس، گسترش منابع و شبکه‌های اجتماعی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کسب کند. در آموزش و پرورش کشور ما نیز ضرورت برپایی چنین دوره‌هایی برای تأمین سلامت روانی احساس می‌شود.

سیاسگزاری

از کلیه مسئولان آموزش و پرورش و معلمان مناطق ۱، ۶ و ۱۶ که در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از مدارس راهنمایی با ما همکاری کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

Summary**Assessment of Relationship between Behavioral Disorders and Emotional Intelligence**Mohammadi S.D., M.Sc.¹, Qaraei B., Ph.D.²

1. Clinical Psychologist, Sina Counseling and Psychological Service Center, Marvdasht (Fars), Iran. 2. Assistant Professor of Clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran, Iran

Introduction: Emotional intelligence as an aspect of social intelligence determines the individual's ability in encountering with psychic pressures and adopting with them. Based on previous studies deficiency of emotional intelligence has a relation with disruptive behaviors in adolescents. The purpose of this research was to find the relationship between behavioral disorders and emotional intelligence (Emotional Intelligence Quotient: EQ) in secondary school students in Tehran City.

Method: In whole, 420 students (195 boys and 225 girls) from six high schools in three city areas (1, 6, 16) selected randomly. Subjects were asked to complete SDQ and SSRI scales. Ultimately, data from 420 students were analyzed with Pearson correlation and Multiple Regression.

Results: EQ and it's components, that is mean regulation of emotion, appraisal and expression of emotion and utilization of emotions, showed negative relationship with behavioral disorders (respectively $r=-0.27$, $r=-0.29$, $r=-0.17$, $r=-0.24$ and $p<0.001$). In addition, results suggested that general EQ (Beta=-0.275, $p<0.000$) and one of it's component's, that is regulation of emotion (Beta=-0.293, $p<0.000$) can predict significantly behavioral disorders.

Conclusion: The role of EQ in shaping behavioral disorders has some important implications especially for professionals in the field of behavioral disorders. For example considering EQ improvement programs in preventing and treating behavioral disorders is necessary.

Key words: Behavioral disorders, Emotional Intelligence Quotient (EQ), Emotion regulation, Secondary school, Tehran City, SDQ, SSRI

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2007; 14(4): 289-299

منابع

۱. احملمدی، فاطمه: بررسی شیوع علائم رفتاری - هیجانی کودکان ۶ تا ۱۱ ساله آموزش و پرورش مناطق ۶، ۷، ۱۱ تهران در سال ۸۳ - ۱۳۸۲ با استفاده از پرسش‌نامه نقاط قوت و مشکلات (SDQ) و مقایسه آن با فهرست رفتار کودکان (CBCL). رساله دکتری پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۴.
۲. اسماعیلی، معصومه: تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی بر افزایش سلامت روان. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۸۳.
۳. خدایی، علی: مقایسه پنج عامل شخصیت و هوش هیجانی در افراد معناد و غیر معناد شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تربیت معلم تهران، ۱۳۸۴.
۴. خسرو جاوید، مهناز: بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شوت در نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۱.
۵. سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه: روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران، انتشارات آگاه، ۱۳۸۰.
۶. شاه‌مرادی، رضوان: هنجاریابی پرسش‌نامه بررسی نقاط ضعف و قوت کودک و همه‌گیرشناسی اختلالات رفتاری - هیجانی کودکان دبستانی شهرستان شهرکرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۵.
۷. یحی‌زاده، سلیمان: بررسی رابطه هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان‌شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه تربیت معلم تهران، ۱۳۸۴.

8. Bastian V.A., Burns N.R., Nettelbeck T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences* 2005; 39(6):1135-45.
9. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13 suppl 2: 17-24.
10. Ciarrochi J, Chan A.Y.C, Bajgar J. Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences* 2001; 31(7): 1105-19.
11. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences* 2002; 32: 197-209.
12. Dawda D, Hart SD. Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On emotional quotient inventory (EQ-i) in university students. *Journal of Personality and Individual Differences* 2000; 28(4): 797-812.
13. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38(5): 581-6.
14. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998; 7(3): 125-30.
15. Liau AK, Liau, AW, Teoh GB, Liau MT. The case for emotional literacy: the influence of emotional intelligence on problem behaviours in Malaysian secondary school students. *Journal of Moral Education* 2003; 32(1): 51-66.
16. Mayer J, Salovey P. (1997). What is emotional intelligence? New York, BasicBooks, 1997;
17. Riley H, Schutte NS. Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *J Drug Educ* 2003; 33(4): 391-8.
18. Schulz M, Brown R. (2003). Emotion states - emotional intelligence- and disruptive behaviour in adolescents. *The abstracts of the 3rd Annual conference of the APS psychology of relationship interest group.*
19. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim L. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Journal of Personality and Individual Differences* 1998; 25(22): 167-177.
20. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences* 2002; 32(1): 95-105.