

آموزش مهارت مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران دارای کودک با اختلال‌های رفتاری

ناهید رجبی^۱ و حمید صارمی منش^۲

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش شخصیت، واحد سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزوار، ایران

nahid.rajabi.1396@gmail.com

۲ استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد سبزوار، دانشگاه آزاد اسلامی، سبزوار، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مهارت مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران دارای کودکان ۵-۱۰ سال با اختلال‌های رفتاری در ناحیه ۶ شهر مشهد صورت پذیرفته است. روش پژوهش: این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل و دوره پیگیری می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک با اختلال‌های رفتاری در شهر مشهد به تعداد ۳۶ نفر از مادرانی که کودکان آنها ضعیف تر از بقیه بوده و حاضر به همکاری بودند انتخاب شده و در دو گروه ۱۸ نفره بصورت تصادفی تقسیم شدند. بسته آموزشی مدیریت استرس سارا مکناما را بر اساس تحقیق کرمی مقدم و انتصار فومنی وهمچنین مدل مدیریت استرس چندگانه از محبوبه چین آوه برای آموزش به مادران گروه آزمایش استفاده شد. آموزش تکنیکهای مقابله با استرس طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه ای به نیز پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه سنجش هوش هیجانی بار- آن بصورت گروهی به مادران ارائه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص های آمار توصیفی مانند میانگین و واریانس وانحراف معیار و ضریب چولگی برای توصیف داده ها استفاده شد. نتیجه گیری: نتایج نشان داد آموزش مهارت مقابله با استرس بر روی متغیر کیفیت زندگی تاثیر داشته و میانگین کیفیت زندگی بعد آموزش مهارت مقابله با استرس بیشتر شده است. همچنین این موضوع به خوبی در متغیر هوش هیجانی نیز مشهود است و میانگین هوش هیجانی پس از آموزش مهارت مقابله با استرس افزایش پیدا کرده است. کلیدواژه‌ها: آموزش مهارت مقابله با استرس، کیفیت زندگی، هوش هیجانی

بیان مسئله

در بیان مساله پژوهش می توان گفت که کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری یا کودکان سازش نایافته، کودکانی هستند که ملموس ترین مشکل آنها، ناکامی در ایجاد ارتباط با دیگران است. به طور معمول، کودکان دیگر علاقه ای به ارتباط با آنان ندارند و بزرگسالان نیز آنها را جالب توجه نمی دانند. برخی از این کودکان گوشه گیر هستند و برخی دیگر بدرفتار، مخرب، غیر مسئول، ستیزه جو، تحریک پذیر، لجباز، حسود و رفتارهایی از این قبیل. به طور کلی می توان گفت که تعامل ها و مبادله های اجتماعی بین کودک و محیط، نامناسب است (خراعی، خراعی و خزایی، ۱۳۹۸). از جمله فعالیت های درمانی و آموزشی که متمرکز بر والد به ویژه مادر می باشد، آموزش مهارت مقابله با استرس. مقابله با استرس در واقع ارائه نوعی همدلی و فهم غیرقضوتی نسبت به دردها، رنج ها، اشتباهات و ناشایستگی های خود است، به نحوی که تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگتری از تجارب انسانی ببیند (ایزینبرگ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به تعامل مادر و کودک و اینکه بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان ناشی از نحوه برخورد والدین به ویژه مادر با کودک است لذا تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می رسد. بنابراین در این پژوهش پژوهشگر به دنبال پاسخی برای این سؤال خواهد بود که، آیا آموزش مهارت مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران کودکان با اختلال های رفتاری شهر مشهد تاثیر گذار می باشد؟

دوران نوجوانی به عنوان دوره پراسترس در فرایند رشد شناخته می شود، طی این دوران نوجوانان همزمان با تغییرات جسمانی و شناختی، تغییرات عاطفی و هیجانی زیادی را تجربه می کنند. از این رو مشکلات زیادی در حوزه سلامت روان از قبیل افسردگی، اضطراب، سوء مصرف مواد و... این قشر را تهدید می کند و در این بین اضطراب به عنوان یک مشکل شایع، پیامدهای زیان باری در زمینه سلامت روانی آن ها دارد. این موضوع در کشور ما به لحاظ بافت جمعیتی جوان و سرعت بالای تغییر شیوه زندگی مردم از جایگاه ویژه ای برخوردار است. پیچیدگی ها و تغییرات سریع زندگی بشری، چالش های فراوانی را در برابر او قرار داده است. چگونگی سازگاری با شرایط و دشواری های ناشی از چالش های موجود، از دل مشغولی های اصلی متخصصان این امر، به ویژه در حوزه تعلیم و تربیت، بوده است. ارتقاء مهارت های مقابله ای و توانائی های روانی-اجتماعی در بهبود زندگی بسیار موثر است، توانایی های که فرد را برای مقابله موثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می کند و وی را قادر به مثبت و سازگارانه عمل کردن در ارتباط با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ، و محیط خود می سازد. مهارت به معنی استفاده ماهرانه و توانمندانه از دانش است. شاید زمانی که مهارت ها به زمینه های خاص یا موارد تخصصی مربوط می شود، فقدان آن ها آسیب چندانی به زندگی شخص یا جامعه وارد نکند. اما هنگامی که صحبت از فشارهای روانی روزمره و بحران های زندگی اجتماعی به میان می آید، نقص مهارت های مقابله ای سازگارانه یا تاخیر در انتخاب مناسب ترین راه حل، به آسیب جبران ناپذیری منجر می گردد. بنابراین بررسی مشکلات مادران دارای کودک با شرایط خاص و کاهش استرس های موجود در آنها امری ضروری است و لزوم پژوهش های بیشتر در این زمینه را می طلبد.

هدف اصلی

بررسی تاثیر آموزش مهارت مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران دارای کودکان ۵-۱۰ سال با اختلال های رفتاری در ناحیه ۶ شهر مشهد

فرضیه اصلی

بین آموزش مهارت مقابله با استرس، کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران دارای کودکان ۵-۱۰ سال با اختلال های رفتاری در ناحیه ۶ شهر مشهد ارتباط معناداری وجود دارد.

مبانی نظری

استرس از دیدگاه روانشناختی بر ادراک و ارزیابی ارگانیزم از آسیب احتمالی ناشی از رویارویی با تجارب محیطی انگیزاننده تاکید می‌کند. وقتی افراد مطالبات محیط پیرامونی را از مجموعه منابع مقابله ای خویشتن فراتر ارزیابی می‌کنند، آن‌ها در معرض استرس قرار می‌گیرند. مقیاس استرس ادراک شده بر اساس مفهوم ارزیابی لازاروس^۱ (۱۹۹۹) توسعه یافت (پندو و بندیکت، ژوی، راشید، تریگر، کاوا، سلووی، کازاجا و آنتونی، ۲۰۱۳). در مدل‌های روانشناختی استرس تاکید می‌شود که رخدادها فقط بر افرادی اثر می‌گذارند که آن‌ها را استرس‌زا ارزیابی کنند. البته، الگوهای منتخب ارزیابی‌های استرس فقط محصول شرایط محرک یا متغیرهای پاسخ نیستند بلکه فرآورده تفاسیر افراد از روابطشان با محیط پیرامونی خویش است (ونگ پاکاران و ونگ پاکاران، ۲۰۱۰). اثرگذارترین مدل فرایند ارزیابی به وسیله لازاروس و فولکمن^۲ پیشنهاد شده است. در صورت بندی اصلی این مدل تاکید شده است ارزیابی یک محرک به صورت تهدید کننده که ارزیابی اولیه نامیده می‌شود، بین ارائه محرک و پاسخ به استرس وقوع می‌یابد. در این مدل فرض می‌شود که ارزیابی اولیه به عوامل پیشیندی ادراک از ویژگی‌های موقعیت محرک و ساختار روانشناختی فرد وابسته می‌باشد (وانگ و چن، بوید، ژانگ، جیا، کیوو و زیائو، ۲۰۱۹). استرس همیشه منفی نیست و نباید از آن اجتناب کرد. هانس (۱۹۰۷) در تعریف استرس، هر نوع تقاضای سازگاری از ارگانیزم را استرس‌آور می‌داند. از این رو، می‌توان گفت که تقریباً همه محرک‌های بیرونی می‌توانند استرس ایجاد کنند چون همه آن‌ها از ارگانیزم می‌خواهند که سازگار شود. نبود کامل استرس هرگز امکان‌پذیر نخواهد بود، مگر این که تحریک بیرونی وجود نداشته باشد و آن زمانی است که فرد در زیر خروارها خاک خوابیده باشد. بنابراین، وجود استرس برای بقاء ضروری است (گنجی، ۱۳۹۷).

از نظر فروید، «من» هسته اصلی شخصیت است و هر نوع تهدید به ارزش و کفایت آن، در واقع هسته مرکزی وجود شخص را تهدید می‌کند. هنگام تهدید «من» مکانیزم‌های دفاعی مختلفی به منظور حفظ «من» از تحقیر و درهم پاشیدگی به کار گرفته می‌شوند. ما همواره از این مکانیزم‌ها استفاده می‌کنیم، زیرا وجود آنها برای ناچیز جلوه دادن شکست‌ها و حمایت در مقابل نگرانی‌ها و احساس ارزش و کفایت فردی ضروری است. البته اگر در استفاده از مکانیزم‌های دفاعی افراط شود، دفاعی‌هایی که برای حفظ تمامیت شخص به وجود آمده، خود موجب بروز اختلال می‌شوند. گاهی مکانیزم‌های دفاعی (برای مثال دلیل تراشی) زمانی به کار برده می‌شوند که افراد برای مستدل جلوه دادن عقاید و رفتار خود در تکاپو هستند. هنگامی که از درک اتفاقات و حوادث ناموافق و مخالف عاجز می‌مانیم یا در مقابل عمل و رفتار خود یا وقایع خارجی، دچار استرس می‌شویم، دفاع‌های ایمنی بخش برای حمایت ما در مقابل اضطراب وارد عمل می‌شوند. میزان استرس قابل تحمل در هر فرد بدون آنکه علائم اختلال و به هم خوردن سازمان رفتاری و تمامیت فردی در وی بروز کند، قدرت تحمل استرس نامیده می‌شود (روزنمن و سلیگمن، ۲۰۱۵ نقل از شاملو، ۱۳۹۵).

الکساندر (۱۹۸۵) -برجسته ترین نظریه پرداز روان تحلیل گری در زمینه واکنش‌های روانی- فیزیولوژیک- این نوع اختلال‌ها را پیامد حالات عاطفی یا هیجانی ناهشیار می‌داند. وی فرض کرد که بیماران مبتلا به زخم معده تمایل خود را برای عشق

¹ Lazarus

² Penedo, Benedict, Zhou, Rasheed, Traeger, Kava, Soloway, Czaja & Antoni

³ Wongpakaran &Wongpakaran

⁴ Lazarus and Folkman

⁵ Wang, Chen, Boyd, Zhang, Jia, Qiu, & Xiao

⁶ Rosenman & Seligman

⁷Alexander

والدین در کودکی سرکوب کرده اند. این انگیزه های سرکوب شده سبب فعالیت بیش از حد دستگاه عصبی خودکار می شوند و در معده زخم تولید می کنند. از دیدگاه فیزیولوژیکی، معده به طور دائم در حال آماده ساختن خود برای دریافت غذاست و فرد به طور نمادین آن غذا را با عشق به والدین معادل ساخته است. برانگیختگی های تخلیه نشده خصمانه نیز به وجود آورنده حالات هیجانی یا عاطفی مزمن اند و موجب ایجاد فشار خون می شوند (دیویدسن و نیل، ۲۰۱۵).

در دهه های اخیر به روان شناختی دینی و مذهبی و رابطه آن با سلامت جسمانی و روانی توجه بسیاری شد و این امر به تشکیل موسسات، چاپ کتابها و نشریات و پژوهش های مختلفی منجر شده است (وونگ و وونگ، ۲۰۱۶). دین و نیاز به نیایش و خدا، جلوه های از نیاز انسان به کمال و گریز از حالت دوگانگی است. امروزه در بیشتر جوامع به تجربه ثابت شده خانواده هایی که دارای سبک زندگی مذهبی اند، نسبت به خانواده های سست مذهب، آرامش فردی، خانوادگی و اجتماعی بیشتری دارند. اعتقادات مذهبی می توانند از بسیاری از بیماری های روانی پیشگیری کنند (فروم، ۲۰۱۷).

از نظر تاریخی، شاید بتوان گفت ابتدایی ترین مرجع تعریف کیفیت زندگی به نوشته های ارسطو بر می گردد که ذکر نمود: کیفیت زندگی نه تنها مفهومی است که برای افراد مختلف معنای متفاوتی دارد، بلکه حتی در یک فرد نیز از موقعیتی به موقعیت دیگر متفاوت است (اکبری بیاتیانی، ۱۳۸۸). عبارت کیفیت زندگی برای اولین بار در سال ۱۹۲۰ توسط پیگودر کتاب «اقتصاد و رفاه» مورد استفاده قرار گرفت. در سال ۱۹۷۳، ارزیابی کیفیت زندگی به عنوان یک تکنیک در تحقیقات مطرح شد و تا قبل از این زمان تنها پنج مقاله در زمینه کیفیت زندگی منتشر شده بود (نجومی و افشار، ۱۳۷۸). ولی امروزه توجه به کیفیت زندگی به عنوان شاخص مهم ارزیابی کیفیت مراقبت در بیماری های مختلف با رشد گسترده ای همراه شده است، با این حال هدف مهمتر به حداکثر رساندن درک بیمار از احساس رفاه و کیفیت زندگی خویش می باشد (میتال، ۲۰۰۱). توافق کلی بر تعریف کیفیت زندگی وجود ندارد. عده ای از محققان آن را مفهومی بدیهی و روشن می دانند و عده ای دیگر این واژه را پیچیده تر از آن می دانند که بتوان آن را در یک یا چند جمله توصیف کرد. این واژه اصطلاحی است که در زمینه های مختلف سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی به کار می رود، اگرچه بیشترین کاربرد آن در مطالعات پزشکی است. لازم به ذکر است که واژه کیفیت زندگی در پزشکی به کار می رود به عنوان کیفیت زندگی وابسته به سلامت شناخته می شود. مفهوم کیفیت زندگی در بر گیرنده توانایی های بالقوه شخص (وضعیت عملکردی)، دسترسی به منابع و فرصت ها جهت استفاده از توانایی ها برای پیگیری و انجام علاقمندی ها (کیفیت زندگی عینی) و به طور کلی احساس رفاه (کیفیت زندگی ذهنی) می باشد (بخشی، ۱۳۷۸). بنابراین کیفیت زندگی را می توان از سه چشم انداز مهم مورد بررسی قرار داد: ۱- کیفیت زندگی کلی ۲- کیفیت زندگی در ارتباط با سلامتی ۳- کیفیت زندگی در ارتباط با بیماری (بیماری- محور). باربوت و همکاران (۲۰۰۱) کیفیت زندگی را درک افراد از موقعیتشان در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم های ارزشی که در آن زندگی کرده و با اهداف، آرزوها و استانداردهای آنها در ارتباط است (ابوالقازی، ۱۳۸۸). اطلاع از ویژگی های کیفیت زندگی، می تواند در شناسایی مقیاس های آن ما را یاری نماید این ویژگی ها عبارتند از: چند بعدی بودن، ذهنی بودن و پویا بودن (احمدی، ۱۳۸۵؛ نقل از ابوالقازی، ۱۳۸۸).

ارائه تعریفی از هیجانات تا حد زیادی سخت است، زیرا می توان هیجان را به دامنه وسیعی از پاسخ ها اطلاق کرد. برای مثال ناراحت شدن از دست استاد، کلافگی ناشی از ترافیک، لذت بردن از قدم زدن در پارک، ترس از یک نمره بد، احساس گناه

1 - Davidson & Nile

2 - Wong & Wong

3 - Forum

4 . Pigou, R.

5 . Mittal

6 . Objective

7 . Subjective

بخاطر عمل نکردن به گفته های والدین و ... را می توان به عنوان هیجان در نظر گرفت (اژه ای، لواسانی و ارمی، ۱۳۹۴). این هیجانات در چند بعد قابل بررسی هستند. شدید یا ملایمند، مثبت یا منفی اند، عام یا خاص اند، کوتاه مدت یا بلند مدت اند، اولیه اند یا ثانویه (یعنی هیجانی که در واکنش به یک پاسخ هیجانی ایجاد می شود. افلاطون معتقد بود که هیجانها همانند دارویی هستند که عقلانیت را مختل می سازند. این عدم اطمینان در دوره رواقیون نیز مطرح بود که هیجانها بیماری روح است ادامه یافت. مطالعه نوین هیجانها با داروین شروع شد که در کارش این روش فکری را دنبال کرد. او متوجه شباهت هایی میان تظاهرات احساسی در انسان و دیگر حیوانات و نیز میان افراد بالغ و کودکان شد. او مشاهده کرد که این تظاهرات خواه ذره ای استفاده داشته باشد یا نه روی می دهند، او آنگاه توانست استدلال کند که این تظاهرات وقتی در انسان بالغ پدید می آید، انعکاسی از تاریخچه تعاملی و سابقه ی تحول ما از دوران کودکی است (آکین، ۲۰۱۹). به دنبال داروین، ویلیام جیمز^۳ مطرح ساخت که هیجانها عبارتند از ادراک رویداد های بدن و والتر کنن مطرح کرد که آنها فوران تکانه های مربوط به بخش های پایینی و غیر عقلانی مغز هستند. چنین پیشنهاداتی روند کلی نظریه سازی روانشناسی در مورد هیجانها را تشکیل می داد. سنت فکری دیگری درباره هیجانها در تاریخ نظریات روانشناسی غرب وجود داشته است. این سنت با ارسطو شروع شد که مطرح کرد که هیجانها بر داوری های شناختی مبتنی اند. او از اصطلاحات مربوط به هیجانها تجزیه و تحلیلی مؤلفه ای به دست داد. بنابراین، برای نمونه، او خشم را به عنوان حالتی پدید آمده در نتیجه ی این باور که فردی مورد اهانت قرار گرفته است تحلیل کرد. این شیوه ی تجزیه و تحلیل معنای اصطلاحات مربوط به هیجان از طرف اسپینوزا^۴ دنبال شد (جنابآبادی، ۱۳۹۸).

اصطلاح اختلالات رفتاری، بدون آنکه تعریف شود، تقریباً ۸۵ سال پیش، وارد فرهنگ علم روان شناسی شده است. از آن هنگام معلمان، پزشکان، روان شناسان و افراد دیگری که با مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان در ارتباط هستند از این اصطلاح برای بیان مقصود خویش استفاده کرده اند. اما تعریف واحدی که مورد پذیرش همگان باشد، ارائه نشده است. رز و پال، معتقدند که تعریف اختلال رفتاری به لحاظ انفجار ایده ها و تعدد نظرات فراوانی که توسط متخصصین رشته های گوناگون علوم انسانی در این مورد مطرح می باشد، روشنی و صراحت خود را از دست داده است. بیت، کودک با اختلالات رفتاری را کودکی می داند که رفتارهایش به اندازه های نامناسب است که شرکت او در کلاس درس، باعث از هم گسیختن حواس یا آشفتگی ذهنی سایر همکلاسان باشد و نیز فشاری بیش از حد به معلم وارد کند. کرک، رفتاری را انحرافی یا هنجاری می داند که ضمن نامتناسب بودن با سن فرد، شدید، مزمن یا مداوم باشد و گستره آن شامل رفتارهای بیش فعالی و پرخاشگرانه تا رفتارهای گوشه گیرانه است. ویژگی این گونه رفتارها این است که اولاً تأثیر منفی بر فرایند رشد و انطباق مناسب کودک با محیط دارد، ثانیاً مزاحمت برای زندگی دیگران و استفاده آنان از شرایط به وجود می آورد (سیف نراقی و نادری، ۱۳۹۴). انواع مختلفی از اختلالات در منابع مختلف ذکر شده است که مهمترین آنها عبارتند از:

الف. اوتیسم: یکی از شایع ترین اختلال های روان پزشکی کودکی اوتیسم می باشد. علیرغم دامنه وسیع رفتارهایی که به وسیله واژه اوتیسم پوشش داده می شود، تقریباً چهار نشانه وجود دارد که به طور غیر قابل تغییر مورد تأکید است: انزوای اجتماعی، عقب ماندگی ذهنی، نقایص زبانی و رفتارهای کلیشه ای. این کودکان از هر تماس اجتماعی کناره گیری می کنند؛ وضعیتی که در تنهایی افراطی اوتیسم نامیده می شود.

ب. اختلال بیش فعالی - کمبود توجه: یکی از مشکلات نسبتاً شایع کودکان دبستانی است. از برجسته ترین ویژگی های این اختلال، بی قراری افراطی و فراخنای توجه بسیار ضعیف است که به رفتار فاقد سازمان و هدف منجر می شود. این نوع کودکان در پیگیری آموزش و به پایان رساندن تکالیف مشکلات عدیده ای دارند. آنها اغلب نمی توانند حتی به یاد آورند که باید چه کار

1Akin, U.
2Darwin
3William James
4Spinoza

کنند. مطالعات اخیر پیرامون هوشبهر این کودکان نشان می‌دهد که هوش این کودکان از توزیع بهنجار متفاوت نیست، به این معنی که پیوستار هوشی آنها از سرآمدی (هوشبهر ۱۱۵ به بالا) تا عقب‌ماندگی ذهنی شامل می‌شود.

پ. اختلال سلوک: نوع دیگر از رفتارهای پرخاشگرانه که اغلب پیامدهای آن جدی‌تر از بازی نافرمانی است، اختلال سلوک نام دارد. این افراد به هنجارهای اجتماعی و قواعد رفتاری که متناسب با سن آنهاست، آشکارا بی‌اعتنا هستند. برخی از آنها پرخاشگرند، نزاع می‌کنند، از داخل یا خارج از خانه دزدی می‌کنند. دروغ می‌گویند، دیگران را تهدید می‌کنند، از خانه و مدرسه فرار می‌کنند، در سنین اولیه درگیر مسائل جنسی می‌شوند، به عضویت گروه‌های بزهکار درمی‌آیند، اموال دیگران را از بین می‌برند و معمولاً چنین کودکانی دوستی نداشته و یا دوستان بسیار اندکی دارند.

ت. اختلال لجبازی - نافرمانی: در این اختلال، کودک به شیوه‌ای منفی‌گرایانه، خصمانه و توأم با نافرمانی در مقابل اشکال قدرت عمل می‌نماید. اما برخلاف اختلال سلوک، این رفتارها منجر به نقض جدی قانون و پایمال شدن حقوق دیگران نمی‌شود. برجسته‌ترین ویژگی‌های تشخیصی این اختلال عبارتند از: جر و بحث کردن با بزرگسالان، بی‌اعتنایی به دستورات، ایجاد مزاحمت برای دیگران، کینه‌توزی و پرخاشگری و سرزنش دیگران.

ث. اختلال تیک: یک فعالیت حرکتی یا صوتی است که به‌طور ناگهانی، سریع، نمودکننده، غیرموزون و کلیشه‌ای اتفاق می‌افتد. افرادی که تحت تاثیر تیک قرار دارند، معمولاً آن را غیرقابل مقاومت تلقی می‌کنند اما می‌توانند آن را برای مدت نسبتاً طولانی متوقف سازند. همه شکل‌های تیک تحت تاثیر فشار روانی بدتر می‌شوند و در جریان فعالیت‌های مورد علاقه و لذت‌بخش رو به کاهش می‌گذارند. تیک‌های حرکتی و صوتی را می‌توان به انواع ساده و مرکب تقسیم کرد. تیک‌های حرکتی ساده شامل پلک زدن، تکان دادن گردن، بالا انداختن شانه، و شکلک درآوردن است. تیک‌های صوتی ساده عبارتند از: صاف کردن گلو، خرخر کردن، بالا کشیدن بینی و فین کردن و پارس کردن است. تیک حرکتی مرکب شامل حرکات بیانگر چهره‌ای، پریدن، لمس کردن و پا به زمین کوبیدن است. تیک‌های مرکب عبارتند از: تکرار کلمات یا عبارات خارج از متن، هرزه‌گویی، مکررگویی و پژواک‌گویی (کاکاوند، ۱۳۹۵). بیشتر اختلالات تیک گذرا هستند و تحت درمان دارویی برطرف می‌شوند.

ج. فوبی‌ها (ترس‌های مرضی): ویژگی اصلی ترس‌های مرضی، وجود ترس آشکار و مداوم از اشیاء یا شرایط خاص است. ترس‌های مرضی با سنین مختلف رشد کودکان ارتباط دارند. معمولاً نوجوانان و بزرگسالان مبتلا به این اختلال به این موضوع شناخت کافی دارند که ترس‌های ایشان غیرمنطقی است ولی این مساله ممکن است در مورد کودکان صادق نباشد. کانون ترس ممکن است پیش‌بینی آسیب دیدن از شی یا موقعیت مورد نظر باشد. اضطراب و ترس در کودکان ممکن است با گریه، بی‌قراری، سفت کردن اعضای بدن یا محکم چسبیدن ابراز شود. لازم به ذکر است ترس یا اجتناب باید به اندازه‌ای شدید باشد که باعث پریشانی در فرد شده و با عملکردهای مختلف او تداخل نماید. در نوع دیگر از ترس‌های مرضی که با بافت ترس‌های خاص متفاوت است، نوعی کناره‌گیری افراطی از افراد غیرآشنا وجود دارد که این امر باعث می‌شود این کودکان در تماس‌های اجتماعی روزانه دچار مشکل گردند. فوبی اجتماعی، ترس شدید از موقعیت‌های اجتماعی ویژه و پرهیز از آنهاست. رایج‌ترین محرک‌هایی که فوبی اجتماعی را ایجاد می‌کنند عبارتند از: صحبت کردن در جمع، تعامل در موقعیت‌های اجتماعی، خوردن، نوشیدن و نوشتن در جمع و استفاده از توالت عمومی (سیف‌نراقی و نادری، ۱۳۹۴).

۱. پژوهش‌های داخلی

- رضایی فرد (۱۴۰۰) در مقاله‌ای با عنوان: نقش تاب‌آوری و سبک‌های فرزندپروری در پیش‌بینی استرس والدینی مادران دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. با بررسی موضوع در بین کلیه مادران دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه ۷-۱۲ ساله‌ای شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۴۰۰، نتیجه گرفتند که، می‌توان با آموزش تاب‌آوری به مادران دارای دانش‌آموز مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه و همچنین انتخاب سبک فرزندپروری مقتدرانه کمک شود از شدت و بروز استرس والدینی کاسته شود.

- کوشا، نقی پور و فلاحی خشت مسجدی (۱۴۰۰) در مقاله‌ای با عنوان: رابطه هوش هیجانی با استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. با بررسی موضوع در بین ۱۳۶ نفر از مادران کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال

بیش‌فعالی و عدم تمرکزی که در سال ۱۳۹۶ به مرکز تخصصی مشاوره کودکان و نوجوانان گیل در شهر رشت مراجعه کردند، نتیجه گرفتند که رابطه معنی‌دار بین میانگین نمره هوش هیجانی و میانگین نمره استرس فرزندپروری در مادران دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/عدم تمرکز است. به طوری که هرچه هوش هیجانی مادران بیشتر باشد، استرس فرزندپروری کمتری را گزارش کرده‌اند.

- امیری مقدم، سودانی، خجسته مهر و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۹) در مقاله‌ای با عنوان: شناسایی عوامل تاب‌آوری در مادران کودکان دارای اختلال بیش‌فعالی-نقص توجه (ADHD) یک پژوهش کیفی. با بررسی موضوع بر روی ۲۳ مادر که تجربه تاب‌آوری داشته‌اند با روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق مصاحبه، نتیجه گرفتند که برای این که مادران کودکان دارای اختلال ADHD بتوانند تاب‌آور شوند، باید ابتدا عوامل تاب‌آوری شناسایی و سپس تحت برنامه آموزش متناسب قرار گیرند تا مهارت‌های لازم را کسب کنند. به همین دلیل عوامل موثر بر تاب‌آوری مادران کودکان دارای اختلال ADHD مورد بحث قرار گرفته است.

-در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۹) بر روی ۵۱۳۶ دانش‌آموز مدارس ابتدایی دخترانه و پسرانه، مشخص شد که ۳ درصد دانش‌آموزان اختلال سلوک، ۳/۱ درصد اختلال نقص توجه، ۳/۳ درصد اختلال بیش‌فعالی و ۳/۴ درصد اختلال نقص توجه همراه با بیش‌فعالی دارند. این پژوهش نشان داد که پسران در مقایسه با دختران، بیشتر به اختلال‌های سلوک و نقص توجه همراه با بیش‌فعالی مبتلا هستند.

۲. پژوهش‌های خارجی

نوز و همکارانش^۱ در سال ۲۰۲۰ در مقاله‌ای با عنوان بررسی هوش هیجانی با سبک‌های رضایتمندی و مدیریت استرس کودکان بیش‌فعال با ارزیابی هوش هیجانی در ۱۷۰ پدر و مادر و فرزندان آن‌ها در اسپانیا روی نقش مؤلفه‌های هوش هیجانی در درک متقابل والدین و فرزندان از یکدیگر و تأثیر آن روی سلامت روان خانواده تأکید کردند.

مدستو و همکارانش^۲ در سال ۲۰۱۹ در تحقیقی با عنوان کاهش استرس و امید به زندگی روی کودکان و نوجوانان آمریکایی و والدین آن‌ها دریافتند که رابطه والدین با نوجوانان مبتلا به ADHD با استفاده از مداخلات مبنی بر آموزش‌های کاهش استرس و امید به زندگی می‌تواند بهتر شود.

رویز آراندا و همکارانش^۳ در سال ۲۰۱۹ به بررسی تأثیر آموزش سبک‌های رضایتمندی بر سلامت روانی و استرس ۴۷۹ اسپانیایی پرداختند. آن‌ها بعد از یک دوره آموزش شش ماهه ۲۴ جلسه‌ای (هفته‌ای یک جلسه یک ساعته) به این نتیجه رسیدند که آموزش سبک‌های رضایتمندی به افراد کمک می‌کند تا مهارت دریافت، تسهیل، درک و مدیریت استرس را دریافت کنند و بدین ترتیب به ارتقا سلامت روانی خود کمک کنند.

راسکانین و همکاران^۴ نیز در سال ۲۰۱۹ در تحقیقی در کشور استرالیا با عنوان بررسی میزان استرس والدین بر مداخلات پرخاشگری بر لزوم مداخلاتی که تجربیات کاهش استرس و اولویت‌های شخصی والدین را در نظر بگیرند تأکید کردند.

۳. روش پژوهش

این پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دوگروه آزمایش و کنترل و دوره پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دارای کودک با اختلال‌های رفتاری در شهر مشهد، که کودکانشان در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مدارس پیش دبستانی مشهد مشغول به تحصیل بودند، می‌باشد. تعداد این دانش‌آموزان بر طبق آمار اداره آموزش و پرورش ۸۸ دانش‌آموز می‌باشد که از این تعداد یک نمونه ۳۶ نفره از مادرانی که کودکان آنها ضعیف‌تر از بقیه بوده و حاضر به همکاری بودند انتخاب شده و در دو گروه ۱۸ نفره بصورت تصادفی تقسیم شدند. بسته آموزشی مدیریت

¹ Sánchez-Núñez MT, García-Rubio N, Fernández-Berrocal P, Latorre JM

² Modesto-Lowe V, Chaplin M, Godsay V, Soovajian V.

³ Ruiz-Aranda D, Salguero J, Cabello R, Palomera R, Fernández-Berrocal P.

⁴ Ruuskanen E, Leitch S, Sciberras E, Evans S.

استرس سارا مکناما را بر اساس تحقیق کرمی مقدم و انتصار فومنی و همچنین مدل مدیریت استرس چندگانه از محبوبه چین آوه برای آموزش به مادران گروه آزمایش استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رضایت مادران و همکاری برای شرکت در پژوهش، داشتن کودکان پیش دبستانی دارای اختلالات رفتاری، نداشتن مشکلات روانی و جسمانی دیگر، عدم مصرف دارو یا هیچ مداخله درمانی دیگر در طول آموزش بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم همکاری مادران، داشتن غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم پاسخ به سؤالات پرسشنامه بود. عمده ترین روش‌های جمع‌آوری اطلاعات در پژوهش حاضر عبارتست از:

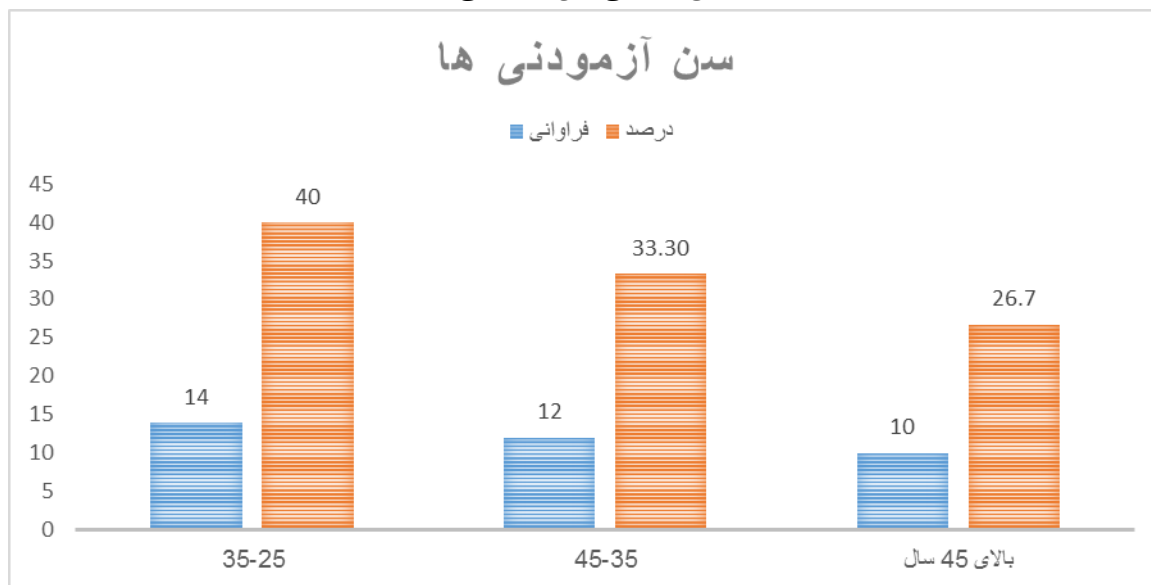
۱- پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: پرسشنامه کیفیت زندگی در سال ۱۹۹۶ توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته و در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. این ابزار از ۲۶ سؤال در چهار حیطه اصلی تشکیل شده است: حیطه سلامت جسمانی، حیطه روان شناختی، حیطه روابط اجتماعی و حیطه وضعیت زندگی (مسائلی و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج گزارش شده برای پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸)، میزان آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۴، برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است که نشان دهنده همسانی درونی خوب است (نصیری، ۱۳۸۵).

۲- پرسشنامه سنجش هوش هیجانی بار- آن: در پژوهش حاضر، برای سنجش هوش هیجانی مدیران، از فرم ترجمه و هنجاریابی شده آزمون سنجش هوش هیجانی بار- آن، که توسط راحله سموعی و همکاران صورت گرفته، استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۹۰ سؤال ۵ درجه‌ای در طیف لیکرت می‌باشد، که شامل ۱۵ مؤلفه: خود آگاهی هیجانی- خود ابرازی- عزت نفس- خود شکوفائی- استقلال- همدلی- مسئولیت‌پذیری اجتماعی- روابط بین‌فردی- واقع گرایی- انعطاف‌پذیری- حل مسئله- تحمل فشار روانی- کنترل تکانش- خوش‌بینی و خوشبختی است. هر خرده مقیاس ۶ سؤال دارد که حداقل نمره ۶ و حداکثر نمره ۳۰ و میانه ۱۸ را دارا می‌باشد و برای کل آزمون حداقل نمره ۹۰ و حداکثر نمره ۴۵۰ و میانه ۲۷۰ برآورد شده است. کریمی شهری (۱۳۸۳)، در مطالعه‌ای که به بررسی رابطه هوش هیجانی و سبک‌های رهبری مدیران پرداخته است، میزان پایایی مقیاس هوش هیجانی بار- آن را ۰/۸۹ گزارش کرده است. لشکری (۱۳۸۱)، نقل از منتظرغیب و احقر (۱۳۸۸، ص ۹۲)، در پژوهشی که انجام داده است، پایایی آزمون هوش هیجانی را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ برای کل پرسشنامه به دست آورده است، که بیانگر پایایی بالای پرسشنامه است. همچنین با توجه به استاندارد بودن پرسشنامه مذکور، روایی آن مورد تأیید می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و واریانس و انحراف معیار و ضریب چولگی برای توصیف داده‌ها استفاده شد و از روش‌های آزمون ضریب همبستگی، آزمون کوواریانس و دیگر روش‌های آمار استنباطی جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۵ استفاده شد.

فراوانی مختص جنسیت آزمودنی‌ها

تمامی آزمودنی‌های پژوهش را خانم‌ها (مادران) تشکیل می‌دهند.

توزیع فراوانی سن آزمودنی ها



همان طور که در نمودار مشخص است، گروه ۲۵-۳۵ سال بیشترین و بالاترین مقدار آزمودنی ها را تشکیل می دهند. آمار توصیفی و مقایسه متغیرهای کیفیت زندگی و هوش هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش

هوش هیجانی	کیفیت زندگی			
۲۴۴/۶۹	۷۱/۱۶	میانگین	پیش آزمون	گروه آزمایش
۱۴/۱۲	۴/۰۴	انحراف استاندارد		
۲۴۴/۷۷	۷۱/۳۹	میانگین	پس آزمون	
۱۵/۶۸	۱/۰۲	انحراف استاندارد		
۲۴۷/۵۸	۷۵/۷۲	میانگین	پیش آزمون	گروه کنترل
۱۶/۰۳	۲/۹۲	انحراف استاندارد		
۲۴۸/۹۸	۷۶/۰۱	میانگین	پس آزمون	
۱۹/۴۸	۳/۶۰	انحراف استاندارد		

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود در گروه آزمایش افزایش میانگین را در متغیرهای کیفیت زندگی و هوش هیجانی می بینیم و در گروه کنترل نیز با افزایش بسیار کم رو به رو می باشیم.

آزمون تشخیص نرمال بودن توزیع داده ها

آزمون شاپیرو-ویلک ^۱			آزمون کولموگروف - اسمیرنوف			عنوان
سطح معنی داری	درجه آزادی	مقدار	سطح معنی داری	درجه آزادی ^۲	مقدار	
۰/۰۸۰	۳۵	۰/۹۴۱	۰/۱۳۳	۳۵	۰/۱۶۲	پیش آزمون کیفیت زندگی
۰/۸۹۶	۳۵	۰/۹۸۴	۰/۱۸۱	۳۵	۰/۱۳۰	پیش آزمون کیفیت زندگی
۰/۰۸۵	۳۵	۰/۹۴۲	۰/۲۰۰	۳۵	۰/۱۱۵	پیش آزمون هوش هیجانی
۰/۷۴۱	۳۵	۰/۹۷۸	۰/۲۰۰	۳۵	۰/۰۷۵	پس آزمون هوش هیجانی

¹ Shapiro-Wilk Test

² Degree freedom (df)

نتیجه آزمون نرمال بودن داده‌ها ارائه شده است و از آنجا که مقدار معنی داری در آزمون کولموگروف - اسمیرونوف^۱ و آزمون شاپیرو- ویلک باید بالاتر از ۰/۰۵ باشد که نرمال بودن داده‌ها پذیرفته شود یا به عبارت دیگر فرضیه صفر را نتوان رد کرد، داده‌های ما دارای توزیع نرمال هستند چون در ستون مقدار معنی داری در هر دو آزمون کولموگروف - اسمیرونوف و شاپیرو- ویلک مقدار معنی داری تمامی داده‌ها بالاتر از ۰/۰۵ قرار دارد و نمی‌توان فرض صفر یا فرض توزیع نرمال داده‌ها را رد کرد. پس داده‌های تحقیق دارای توزیع نرمال هستند.

آزمون همسانی ماتریس کواریانس

عنوان	مقدار
ام باکس ^۲	۴/۴۲۱
F	۰/۶۵۶
درجه آزادی اول	۲
درجه آزادی دوم	۶۵۲۰/۷۵۵
سطح معنی داری	۰/۶۸۵

آزمون باکس^۳ در تشخیص همسانی ماتریس کواریانس^۴ آرایه شده است، و از آنجا که مقدار معنی داری^۵ این آزمون معادل ۰/۶۸۵ می‌باشد، پس فرضیه صفر آزمون (= ماتریس کواریانس همسانی دارد) در فاصله ۹۵ درصدی قابل رد نیست، پس نتیجه می‌گیریم همسانی ماتریس کواریانس به عنوان پیش شرط آزمون مانکوا برای تحلیل ما برقرار است.

آزمون لون برای شناسایی ناهمسانی واریانس داده‌ها

عنوان	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۳/۰۱۶	۱	۳۵	۰/۰۹۳
هوش هیجانی	۰/۱۲۲	۱	۳۵	۰/۷۲۹

نتایج آزمون بررسی پیش فرض همسانی واریانس داده‌های تحقیق حاضر ارائه شده است، در این آزمون که به آزمون لون^۶ معروف است، اقدام به شناسایی این مساله می‌شود که آیا ناهمسانی واریانس در داده‌های تحقیق وجود دارد یا نه، توضیح اینکه برای اطمینان به صحت نتایج تحلیل کواریانس باید در هیچ گروه از داده‌ها ناهمسانی واریانس وجود نداشته باشد. با توجه به مقادیر معنی داری (۰/۹۳ و ۰/۷۲۹) به ترتیب برای داده‌های کیفیت زندگی و هوش هیجانی از آنجا که مقادیر فوق الذکر، بالاتر از سطح بحرانی ۰/۰۵ قرار دارند، فرضیه صفر آزمون لون (= همسانی واریانس در داده‌ها وجود دارد) در فاصله ۹۵ درصدی قابل رد نیست، پس داده‌های ما برای انجام تحلیل کواریانس چند عاملی مشکل ناهمسانی واریانس ندارد.

فرضیه اصلی پژوهش:

بین آموزش مهارت مقابله با استرس، کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران دارای کودکان ۵-۱۰ سال با اختلال‌های رفتاری در ناحیه ۶ شهر مشهد ارتباط معناداری وجود دارد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

نوع آزمون	مقادیر	نمره f	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معنی داری	اندازه اثر
اثر پیلای	۰/۸۶	۶/۴۱	۱	۳۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴
لامبدای ویلکز	۰/۷۷	۶/۴۱	۱	۳۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴

¹ Kolmogorov-Smirnov

² Box's M

³ Box's Test

⁴ Box's Test of Equality of Covariance Matrices

⁵ p-value

⁶ Levene's Test of Equality of Error Variances

۰/۸۴	۰/۰۰۰	۳۵	۱	۶/۴۱	۰/۱۱۰	اثر هتلینگ
۰/۸۴	۰/۰۰۰	۳۵	۱	۶/۴۱	۰/۱۱۰	بزرگترین ریشه روی

با توجه به جدول فوق شاخص های تحلیل واریانس چند عاملی یعنی (اثر پیلا، لامبدای ویلکز، اثرهتلینگ، بزرگترین ریشه روی) در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار می باشند. بنابراین چنین استنباط می گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و هوش هیجانی) از متغیر مستقل (گروه آزمایش و کنترل) در سطح ۹۵ درصد اطمینان تاثیر پذیرفته است.

بررسی تأثیر آموزش مهارت مقابله با استرس بر کیفیت زندگی و هوش هیجانی

مولفه	جمع مجذورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	نسبت	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
کیفیت زندگی	مدل تصحیح شده	۶۷۸/۴۲	۳۳۹/۲۱۳	۵۶/۷	۰/۰۰۰	۰/۷۴	۱
	پیش آزمون	۶۰۸/۷۲	۶۰۸/۷۲	۱۰۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱
	گروه	۱۱۷/۳	۱۱۷/۳۰	۱۹/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۶۹	۰/۹۹
هوش هیجانی	مدل تصحیح شده	۷۸۵۰/۴	۳۶۷۵/۲	۲۷/۶	۰/۰۰۵	۰/۶۶	۱
	پیش آزمون	۷۲۵۱/۶	۷۲۵۱/۶	۵۴/۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶	۱
	گروه	۲۶/۹	۲۶/۹	۲۳۰	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۱

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود، سطح معناداری متغیر کیفیت زندگی از آلفای ۰/۰۵ کمتر می باشد و نشان دهنده تأثیر معنادار آموزش مهارت مقابله با استرس بر این متغیر می باشد و در مورد توان آزمون و ضریب اتا می توان گفت: وقتی فرضیه معنادار شده و سطح معناداری کمتر از آلفای ۰/۰۵ است معمولاً هم اتا و هم توان آزمون بالا است و توان آزمون هر چه به یک نزدیک تر باشد بهتر است؛ و در نهایت باید بگوییم آموزش مهارت مقابله با استرس بر روی متغیر کیفیت زندگی تأثیر داشته و میانگین کیفیت زندگی بعد آموزش مهارت مقابله با استرس بیشتر شده است. همچنین این موضوع به خوبی در متغیر هوش هیجانی نیز مشهود است و میانگین هوش هیجانی پس از آموزش مهارت مقابله با استرس افزایش پیدا کرده است.

نتایج حاصل از متغیرهای جمعیت شناختی

جنسیت: همانطور که مشاهده می شود تمامی آزمودنی های پژوهش را خانم ها (مادران) تشکیل دادند.
سن: بیشترین مقدار توزیع فراوانی با توجه به سن آزمودنی ها گروه ۲۵-۳۵ سال می باشد که ۴۰ درصد از نمونه ها را شامل گردید.

فرضیه اصلی پژوهش: بین آموزش مهارت مقابله با استرس، کیفیت زندگی و هوش هیجانی مادران دارای کودکان ۵-۱۰ سال با اختلال های رفتاری در ناحیه ۶ شهر مشهد ارتباط معناداری وجود دارد.

با توجه به نتایج بدست آمده شاخص های تحلیل واریانس چند عاملی یعنی (اثر پیلا، لامبدای ویلکز، اثرهتلینگ، بزرگترین ریشه روی) در سطح ۹۵ درصد اطمینان معنادار می باشند. بنابراین چنین استنباط می گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته (کیفیت زندگی و هوش هیجانی) از متغیر مستقل (گروه آزمایش و کنترل) در سطح ۹۵ درصد اطمینان تاثیر پذیرفته است. همچنین همان طور که در نتایج نشان داد، سطح معناداری متغیر کیفیت زندگی از آلفای ۰/۰۵ کمتر می باشد و نشان دهنده تأثیر معنادار آموزش مهارت مقابله با استرس بر این متغیر می باشد و می توان با احتمال ۹۵ درصد گفت آموزش مهارت مقابله با استرس بر روی متغیر کیفیت زندگی تأثیر داشته و میانگین کیفیت زندگی بعد آموزش مهارت مقابله با استرس بیشتر شده است. همچنین این موضوع به خوبی در متغیر هوش هیجانی نیز مشهود است و میانگین هوش هیجانی پس از آموزش مهارت مقابله با استرس افزایش پیدا کرده است.

نتایج حاصله از این فرضیه با نتایج پژوهش های، رضایی فرد (۱۴۰۰)، ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۹)، کاظمی (۱۳۹۵)، روییز آراندا و همکارانش (۲۰۱۹) و گوپتا و همکاران (۲۰۱۷). هم سو و هم جهت است.

در تبیین فرضیه فوق می توان بیان کرد که، مشکلات رفتاری کودکان یا شایع ترین اختلالات کودکان، معمولاً تا زمانی که کودک رفتاری خارج از محدوده سنی خودش نشان ندهد برای والدین قابل تشخیص نیست. البته رفتارهایی مثل شیطنت یا بازیگوشی، نافرمانی و غیره برای کودکان رفتاری طبیعی محسوب می شود اما اگر این رفتارها بیش از حد تکرار شده یا شدت آن ها به شکل آزاردهنده ای زیاد باشد، از مشکلات رفتاری کودکان محسوب شده و بایستی به دنبال روش های درمان برای آن باشید. اختلالات رفتاری در کودکان انواع مختلفی دارد که از شایع ترین آن ها می توان به لجبازی، اختلال سلوک، ترس، دزدی، بیش فعالی، اوتیسم و انواع فوبیا ها اشاره کرد. آنچه که در تبیین یافته های مربوط به مؤلفه های مشکلات رفتاری (ترس، نقص توجه، رفتار اجتماعی، پرخاشگری)، می توان به آن اشاره کرد این است که باید به نقش سرمشق گیری و تقلید کودکان در طول زندگی بر اساس نظریه سی یادگیری اجتماعی توجه داشت. ثبات ویژگی های شخصیتی طی سالها، زمینه را برای یادگیری کودکان فراهم می کند. افزایش سطح سلامت روان مادر می تواند تأثیر به سزایی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان داشته باشد. هنگامی که کودک از فراگیری مهارت ها و کفایت اجتماعی باز می ماند، احساس نابسندگی و نالایق بودن می نماید که این مسئله با عوارضی همراه است. بر اساس شواهد، والدین میتوانند فرزندان خود را در انجام تکالیف رشدی یاری کنند و هم می توانند به طور ناخواسته آنان را از انجام این تکالیف باز دارند. نتایج این پژوهش نشان داد مادرانی که دارای کودک با اختلال رفتاری هستند استرس و اضطراب زیادی دارند، هوش هیجانی کمتری نسبت به سایر مادران معمولی و نرمال داشتند، دچار تغییراتی در خلق و خو می شوند و کیفیت زندگی پایین تری دارند. با برگزاری آموزش مهارت مقابله با استرس، این آموزش باعث شد تا مادران در طی جلسات آموزشی با انجام تکنیک های مقابله با استرس، استرس خود را بالا ببرند و افزایش کنترل استرس باعث افزایش بهزیستی روان شناختی آنان گردید. همچنین آنان طی روند جلسات آموزشی یاد گرفتند با کنترل کردن استرس می توانند رابطه عمیق تری با کودک خود داشته باشند و این رابطه عمیق تر موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکانشان گردید. از آنجایی که آموزش کنترل استرس به مادران در رابطه میان فردی آنها و با کودک خود تأثیر داشت باعث شد که رفتار اجتماعی کودکان نیز تا حدودی بهتر شود. بر اساس مبانی نظری این رویکرد استرس در مادران کاهش یافت و در نتیجه باعث ارتقاء سلامت روانی آنان گردید که این نیز در نحوه ارتباط بهتر مادر با کودک تغییر ایجاد کرد و سطح اضطراب، ناامنی و ترس را در کودکان کاهش داد.

۱- از جمله محدودیت های پژوهش نمونه گیری هدفمند و محدود شدن افراد نمونه به مادران دارای کودکان ۵-۱۰ سال با اختلال های رفتاری در ناحیه ۶ شهر مشهد می باشد.

۲- استفاده از ابزار خودسنجی در این پژوهش، تعمیم پذیری و استنباط از نتایج نیز با محدودیت روبه رو خواهد شد.

۳- زیاد بودن سوالات و زمان بر بودن پاسخگوئی به آنها با توجه به دو پرسشنامه استفاده شده که ممکن است دقت پاسخ گویی آزمودنی ها را تحت تأثیر قرار دهد.

۴- تحقیق چون دریک جامعه نسبتاً کوچک به ثمر رسید بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط های لازم را مدنظر قرارداد و جهت افزایش تعمیم پذیری نتایج، تحقیق رادر جامعه بزرگتر انجام داد.

۵- محدودیت ناشی از نوع نگرش جامعه به تحقیق یکی دیگر از محدودیت های پژوهش بود.

۶- عدم امکان کنترل همه متغیرهای مزاحم یکی دیگر از محدودیت های پژوهش می باشد.

۴. پیشنهادات کاربردی

۱- بر اساس نتایج حاصله از فرضیه اصلی پژوهش پیشنهاد می شود، با شناسائی کودکان دارای اختلالات رفتاری توسط مدیران و مشاوران مدارس و برگزاری جلسات آموزش توسط مشاوران مدارس با عنوان آموزش مهارت مقابله با استرس بر ای مادران بصورت دوره ای صورت گیرد.

۲- بر اساس نتایج حاصله از فرضیه فرعی اول پژوهش پیشنهاد می شود، برای بالا بردن کیفیت زندگی مادران دارای کودکان اختلال های رفتاری توسط مشاوران و مدیران آموزش و پرورش مناطق امکاناتی فراهم شود (مانند برگزاری جلسات مشاوره با والدین بصورت رایگان) تا به این مادران جهت بالا رفتن کیفیت زندگیشان اقدامات لازم اندیشیده شود.

۳- بر اساس نتایج حاصله از فرضیه فرعی دوم پژوهش پیشنهاد می شود، با توجه به تاثیر عوامل بر روی هوش هیجانی، توجه شایسته معلمان به استفاده از ابزارها و تکنولوژی های موجود در مدرسه برای اشتراک گذاشتن دانش خود با همکاران سبب یادگیری استفاده از تکنولوژی و آشنایی معلمان با تکنولوژی ها پیشرفته افزایش هوش هیجانی و همچنین آشنایی آنان با دانش های جدید و به روز افزایش هوش هیجانی موجود در دنیا می شود.

۵. پیشنهادات پژوهشی

- پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی رابطه سایر عوامل مربوط به روش های مقابله با استرس مورد پژوهش قرار گیرد.
- پیشنهاد می شود در پژوهش هایی شیوه درمانی مقابله با استرس با سایر متغیرهای به روز و جدید علم روانشناسی مرد بررسی و ارزیابی قرار گیرد.

- برای تعمیم نتایج بدست آمده، اجرای پژوهش های بعدی در سایر شهرها و سازمان های مختلف ضروری خواهد بود.
- پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه سنی بالاتر و نمونه های بزرگتر از کودکان و دانش آموزان انجام گیرد.
- علاوه بر این پیشنهاد می شود درمان مقابله با استرس با این الگوی درمانی بر روی مشکلات رفتاری این کودکان مقایسه شود.

۶. فهرست منابع

- آقایی، صدیقه؛ یوسفی، زهرا؛ (۱۳۹۸)، اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر کاهش استرس والدینی و ابعاد آن در بین مادران کودکان ناتوان هوشی. ۵۰(۱۴)، ۲۵۰-۲۳۷.
- امیری مقدم، سودانی، خجسته مهر و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۹) شناسایی عوامل تاب آوری در مادران کودکان دارای اختلال بیش فعالی نقص توجه (ADHD) یک پژوهش کیفی. نشریه: مجله علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۹(۲)، ۲۴۲-۲۲۷
- برقی ایرانی، زیبا؛ پیرحیاتی، زهره و پیرقلی، فاطمه (۱۳۹۶)، نقش عزت نفس، استرس ادراک شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور. مجله پرستاری و مامایی، ۱۵(۲)، ۱۰۶-۹۵
- عبدالرضا؛ پور محمدرضای تجریشی، معصومه؛ گنجعلی وند، ناهید؛ میر زمانی، محمود؛ صالحی، مسعود. (۱۳۹۰). ارتباط شبکه اجتماعی با کیفیت زندگی در والدین دانش آموزان کم توان ذهنی آموزش پذیر، پایان نامه کارشناسی ارش دانشگاه علوم بهزیستی تهران.
- پروینیان نسب، علی محمد؛ کرمانشاهی، سیما؛ ساجدی، فیروزه. (۱۳۹۱). بررسی تاثیر برنامه حمایتی سلامت محور بر کیفیت زندگی مادران کودکان فلج مغزی، مجله توانبخشی، دوره سیزدهم، شماره دوم، شماره مسلسل ۵۲.
- پور حیدری، سپیده، باقریان، فاطمه، دوست کام، محسن، بهادرخان، جواد (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر رضایت جنسی و زناشویی در زوج های جوان، دانش پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال چهاردهم، شماره ۱، صص ۲۲-۱۴.
- تقی لو، صادق (۱۳۹۸). تاثیر آموزش روخوانی قران بر کاهش استرس در بین جوانان و نوجوانان. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هیجدهم، شماره ۷۱، صص ۷۲-۸۱.
- جانی، ستاره و عطا دخت، اکبر (۱۳۹۹)، پیش بینی افسردگی و افکار خودکشی زنان دارای همسر معتاد براساس استرس ادراک شده و ناگویی خلقی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۱(۳۴)، ۷۹۲ تا ۷۴۳
- خدایاری فرد، محمد و پرند، اکرم (۱۳۹۵). استرس و روش های مقابله با آن. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

۱۰. خزاعی، طیبیه. خراعی، محمدمهدی. خزایی، معصومه. (۱۳۹۸). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان شهر بیرجند، مجله علوم پزشکی بیرجند، ۱۲(۱)، ۷۹-۸۵.
۱۱. رضایی فرد (۱۴۰۰) نقش تاب‌آوری و سبک‌های فرزندپروری در پیش‌بینی استرس والدینی مادران دانش‌آموزان با اختلال بیش‌فعالی/کمبود توجه. روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، ۱۰(۴)، ۷۳-۸۵.
۱۲. رضایی، شهین، حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۶). مقایسه آلکسی‌تایمی، رفتار خودآسیبی و پردازش هیجانی در معتادین به مواد مخدر تک ماده‌ای و افراد بهنجار. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی. دوره ۳ (۱).
۱۳. رضاییان، حمید. محسنی، نیک‌چهره، غباری‌ناب، باقر. سرمد، زهره. غلامعلی‌لواسانی، مسعود. محمدی، محمدرضا. مؤمنی، فرزاد. (۱۳۹۵) بررسی مدل علیتی متغیرهای خانواده، ادراک خود نوجوانان و اختلال سلوک، حکیم، ۹(۳)، ۳۲-۳۸.
۱۴. رضاییان بیلندی، حسین؛ ساطوریان، سید عباس؛ (۱۳۹۸)، مشکلات رفتاری کودکان ۲ تا ۶ سال: نقش سبک‌های والدگری و استرس والدینی. روان‌شناسی تحلیلی شناختی، ۳۷(۱۵)، ۹۶-۱۱۲.
۱۵. شیرالی‌نیا، ایزدی و اصلانی (۱۳۹۸) نقش واسطه‌ای استرس فرزندپروری، کیفیت رابطه مادر-کودک و سلامت روان مادر در رابطه بین فرزندپروری ذهن‌آگاهانه و مشکلات رفتاری کودکان، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۰(۳۸)، ۱۴۶-۱۳۵.
۱۶. صیدی، محمد سجاده؛ (۱۳۹۷)، نقش رضایت و کیفیت خانواده در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان با تعدیل‌گری استرس والدینی. پژوهش‌های مشاوره، ۶۶(۲۳)، ۱۷۷-۱۹۹.
۱۷. طیبی رامین، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی معنا‌درمانی گروهی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان کم‌شنوا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.
۱۸. عاشوری، محمد، جلیل‌آبکنار، سمیه، سعید حسن‌زاده، پور محمد رضای تجریشی، معصومه (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان دانش‌آموزان کم‌شنوا، مجله توانبخشی، دوره ۱۳، شماره ۳.
۱۹. عبدی، علی؛ آریاپوران، سعید. (۱۳۹۳). بررسی رابطه استرس ادراک شده با سبک‌های مقابله‌ای و نقش این متغیرها در پیش‌بینی عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی کرمانشاه، فصلنامه‌ی روانشناسی-تربیتی
۲۰. علوی، امین... (۱۳۹۴). فشارهای عصبی و روانی در سازمان (استرس)، مجله مدیریت دولتی شماره ۲۰، بهار ۱۳۸۴
۲۱. کاظمی (۱۳۹۵) مقایسه استرس والدگری، رضایت زناشویی و کارکردهای خانوادگی مادران کودکان مبتلا به ADHD و بهنجار. وزارت علوم، تحقیقات، و فناوری، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
۲۲. کورش‌نیا، مریم و لطیفیان، مرتضی. (۱۳۹۶). بررسی رابطه ابعاد الگوهای ارتباطات خانواده با میزان اضطراب و افسردگی فرزندان، خانواده پژوهشی، ۳(۱۰)، ۵۸۷-۶۰۰.
۲۳. کوشا، نقی پور و فلاحی خشت مسجیدی (۱۴۰۰) رابطه هوش هیجانی با استرس فرزندپروری در مادران کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه بیش‌فعالی. مجله دانش پزشکی گیلان، ۳۰(۲)، ۲۱-۳۳.
۲۴. محمدی، سید داود و غرایبی، بنفشه. (۱۳۹۶). ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش‌آموزان، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۴(۴)، ۲۸۹-۲۹۹.
۲۵. محمدیان، محمد. (۱۳۹۱). بررسی رابطه کارکرد بینایی با کیفیت زندگی در سالمندان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی بوشهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۲۶. محمودی، مریم، زهراکار، کیانوش، شعبانی، حسن (۱۳۹۲). اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان، روانشناسی تحولی: روانشناسی ایرانی- سال دهمف شماره ۳۷.
۲۷. موسوی، سیده فاطمه؛ (۱۳۹۷)، نقش استرس والدینی و ادراک مثبت در پیش‌بینی رضایت زناشویی مادران دارای کودکان با نیازهای ویژه و عادی. روانشناسی افراد استثنایی، ۳۲(۲۷)، ۱۵۳-۱۷۹.

۲۸. نجاتی، وحید؛ ملکی، قیصر؛ ذبیح زاده، عباس؛ احمدی، خدابخش. (۱۳۹۱). مقایسه نقش خانواده و مراکز بهزیستی در کیفیت زندگی کم توانان ذهنی تربیت پذیر، فصل نامه خانواده پژوهی، سال هشتم، شماره ۳۰، ص ۱۶۲.

۲۹. نجفی، محمود؛ بیگدلی، ایمان الله؛ دهشیری، غلامرضا؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ طباطبایی، موسی. (۱۳۹۱). نقش مهارت های زندگی در پیش بینی سلامت روان دانش آموزان، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال سوم، شماره ۱۱.

1. Avci, Ahmet ; bozgeyikli, hasan;kesici,sahin(2017).psychological needs as the predictor of teachers perceived stress levels. journal of education and studies , v5 n4 p154-164.
2. Bagbay, M., & park. T. (2018). Child behavior problems and parental mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with Autism. Journal of Intellect Disability Research, 47(4), 37-231.
3. Crnic, K., & Low, C. (2020). The role of overt aggression, relational aggression and prosocial behavior in the prediction of children's future school adjustment. Child Development, 67, 2317-2327.
4. Dempsey, I., Keen, D., Pennell, D. O., Reilly, J., Neilands, J. (2009). Parent stress, parenting competence and family- centered support to young children with an intellectual or developmental disability. Research in Develomental Disabilities, 30(3), 558-566.
5. Eisenberg, N., Gershoff, E.T., Fabes, R. A., shepard, S. A., Cumberland, A. J., Losoya, S.H., & Murphy, B. C. (2021). Mother's emotional expressivity and children's behavior problems and social competence: Mediation through children's
6. Jones, kayla;mendenhall , sarah ; myers, charlsie A .(2016). The effects of sex and gender role Identity on perceived stress and coping among traditional and nontraditional students.
7. Lazarus, R. S.. (2019). Linking marital conflict and children's adjustment: The role of young children's perceptions. Journal of Family Psychology, 23(4), 485-499.
8. Lee, A. (2019). The inter relationships among parenting stress and quality of life of the caregiver and preschool child with very low birth weight .Family and Community Health , 32(3), 228-238.
9. Mackler, J.,, Colletti, C., Rakow, A., Jones, D. J., & Forehand, R. (2019). Parenting and child externalizing behavior: Are the association specific or diffuse. Journal of Aggression and Violent Behavior, 11 (1): 255-270.
10. Modesto-Lowe V, Chaplin M, Godsay V, Soovajian V.(2019), Parenting teens with attentiondeficit/hyperactivity disorder: Challenges and opportunities. Clinical Pediatrics. 53(10):943-8.
11. Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., et al. (2018). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. JAMA psychiatry, 70(12), 1312-1319.
12. Ruiz-Aranda D, Salguero J, Cabello R, Palomera R, Fernández-Berrocal P.(2019), Can an emotional intelligence program improve adolescents' psychosocial adjustment? Results from the INTEMO project. Social Behavior and Personality: An International Journal. 40(8):1373-1379.
13. Ruuskanen E, Leitch S, Sciberras E, Evans S. (2019), "Eat, pray, love. Ritalin": A qualitative investigation into the perceived barriers and enablers to parents of children

- with ADHD undertaking a mindful parenting intervention. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 3(7):39-46..
14. Sánchez-Núñez MT, García-Rubio N, Fernández-Berrocal P, Latorre JM.(2019), Emotional intelligence and mental health in the family: The influence of emotional intelligence perceived by parents and children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(17):62-55.
15. Siebelink NM, Bögels SM, Boerboom LM, de Waal N, Buitelaar JK, Speckens AE, et al.(2018), Mindfulness for children with ADHD and Mindful Parenting (MindChamp): Protocol of a randomised controlled trial comparing a family Mindfulness-Based Intervention as an add-on to care-as-usual with care-as-usual only. *BMC Psychiatry*. 18(1):23-27.
16. Van, Aken C, Junger M, Verhoeven M, van Aken MAG, Deković M, Denissen JA, (2017). Parental personality, parenting and toddlers' externalizing behaviours, *European Journal of Personality*, 12(21), 993-1015.