

بررسی اثربخشی آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران
فرزندان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال

The Effect of Emotional Intelligence Training on Mental Health
of Mothers with Educable Mental Retarded Children

P. Sharifi Daramadi, Ph.D. ✉

دکتر پرویز شریفی درآمدی ✉

استادیار گروه روان شناسی کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی

Abstract

The objective of the present research is to study the effect of emotional intelligence training on mental health of mothers with educable mental retarded children. In order to select research sample, screening method was used in manner that after completion of a General Health and Emotional Intelligence Questionnaires by educated mothers 25% of them who had taken the lowest score (48 persons) were selected, then the selected sample was divided into two test and control groups. Both groups completed Goldberg general

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف بررسی آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۱۱ تا ۱۵ سال انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دانش آموزان عقب مانده ذهنی ۱۱ تا ۱۵ ساله مدارس استثنایی شهر اصفهان بود. نمونه پژوهش به صورت تصادفی ساده با استفاده از روش غربالگری انتخاب شد. بدین صورت که پس از تکمیل پرسشنامه های سلامت عمومی (GHQ_{۲۸}) و هوش عاطفی بار- آن توسط کلیه مادران، ۱۱۱ نفر که پایین ترین نمره را در هر دو پرسشنامه کسب کرده بودند به دو گروه آزمایشی (۵۴) و گواه (۵۷) تقسیم شدند.

✉Corresponding author: Assistant professor
Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.
Tel: +9821-44737571
Fax: +9821-44737571
Email: psharifi_d@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تهران - انتهای اتوبان همت - میدان دهکده -
دانشگاه علامه طباطبائی - دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی -
گروه روان شناسی کودکان استثنایی
تلفن: داخلی ۵۴۴ - ۴۴۷۳۷۵۷۱ - ۰۲۱ - دورنما: ۴۴۷۳۷۵۷۱ - ۰۲۱ -
پست الکترونیک: email: psharifi_d@yahoo.com

health questionnaire (28-entry form) at pretest and Bar-N emotional intelligence. Then experimental group was educated for 15 sessions for emotional intelligence. The statistical methods used at the present research are descriptive and inferential.

Experimental group in pretest and posttest courses showed a meaningful difference and training emotional intelligence has had significant effects on total score of mental health as well as its indices in posttest and has improved it.

Experimental and control groups comparison shows that there is significant difference between posttest for both groups indicating that emotional intelligence training has had effects on mental health and improved emotional intelligence of the mothers.

KeyWords: Training emotional intelligence, mental health, mothers, educable, mental retarded, students.

گروه آزمایشی به مدت ۸ هفته طی ۱۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) آموزش هوش عاطفی را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه از این آموزش‌ها بی‌بهره بودند. نتایج تحلیل آماری t مستقل نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون تفاوت معناداری مشاهده نشده است در حالی که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنادار در سطح $P < 0/01$ وجود دارد. آموزش هوش عاطفی بر نمره کلی سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در پس‌آزمون تأثیر داشته و منجر به بهبود آن گشته به طوری که با مقایسه میانگین دو گروه در عامل‌های سلامت عمومی و هوش عاطفی نشان داده شد که آموزش هوش عاطفی بر افزایش هوش عاطفی و بهبود سلامت عمومی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مؤثر بوده است.

کلیدواژه‌ها: آموزش هوش عاطفی، سلامت عمومی مادران، دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر

مقدمه

سلامت روان‌شناختی اساساً یکی از مسائل مهم در زندگی انسان امروز است. اغلب تحقیقات، سلامت عمومی را یا به وسیله اثرات مثبت آن نظیر هدفمندی، خودشناسی، حرمت خود بالا و به طور کلی بازخورد مثبت از زندگی یا از طریق نشانه‌های مرضی نظیر افسردگی و اضطراب ارزیابی می‌کنند (اینگرسول^۱، ۲۰۰۱).

هم‌چنین سلامت روان‌شناختی را می‌توان شامل آن چیزی دانست که آدمی به لحاظ روان‌شناختی نیازمند عوامل مختلف آن است، تا با احراز آن بتواند سالم باشد (ولیورا و بوسما^۲، ۲۰۰۴). ادبیات پژوهشی موجود نشان می‌دهد که اساساً وضعیت سلامت بدنی و روانی کودک بر کنش‌وری مادر و حالات عاطفی او تأثیر می‌گذارد. بر این پایه وضعیت معلولیت کودک، ویژگی مهم تنش‌زایی

محسوب می‌شود که سلامت عمومی مادر را به مخاطره می‌اندازد (منصور، ۱۳۸۳؛ باروف و اوللی^۳، ۱۹۹۹). تنیدگی روانی مادرانی که فرزند معلول دارند، بیش از مادران کودکان عادی است (استورا، نقل از دادستان، ۱۳۷۷؛ بنرز، دودانی و لاری^۴، ۲۰۰۵).

بنابر گزارش هودز، گارالدا، روز و شوارتز^۵ (۱۹۹۴) مادران کودکان مصروع تمایل بیشتری به ابراز خشم و پرخاشگری به فرزند خود دارند. وانس، مورس، جنی و ایزر^۶ (۲۰۰۱) و شوو، لانگ و چنگ^۷ (۲۰۰۰) گزارش کردند که مادران کودکان دارای مشکلات رفتاری شدید، نسبت به مادران کودکان عادی، مادران کودکان مبتلا به نشانگان نقص توجه - فزون‌کنشی در مقایسه با مادران کودکان دچار سایر اختلال‌ها، تنیدگی‌های روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و بیشتر به افسردگی، اضطراب و بدخواهی دچار می‌شوند.

ناصر شریعتی و داورمنش (۱۳۷۵) خاطر نشان می‌سازند وجود کودک عقب‌مانده ذهنی ضایعات سنگینی بر وضعیت سلامت عمومی خانواده، به‌ویژه مادر دارد. مادر ممکن است از داشتن چنین فرزندی به شدت رنج ببرد و دچار حالاتی هم‌چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس و خجالت شود و آرزوی مرگ کودک خود را داشته باشد.

اوشانسکی^۸ (به‌نقل از مهرابی‌زاده هنرمند، نجاریان و مسعودی، ۱۳۸۰) نشان داد اغلب مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی از یک واکنش روانی به نام «اندوه مزمن» رنج می‌برند. هالدی و هانزیک^۹ (۱۹۹۰) براساس تحقیقی اظهار می‌نمایند که مادران کودکان دارای نشانگان داون در مقایسه با مادرانی که فرزندان‌شان مشکلی ندارند تنیدگی بیشتری را تحمل می‌کنند و هنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می‌رسند، مادران احساس ناتوانی و درماندگی بیشتری در قبال آنان می‌کنند.

احمدی (۱۳۷۷) به این نتیجه رسید که سطح حرمت خود مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی از مادران کودکان عادی پایین‌تر است. هم‌چنین خواجه‌پور (۱۳۷۷) نشان داده است که واکنش‌های روان‌آزرده مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بیشتر از مادران کودکان عادی است و وجود کودکان عقب‌مانده ذهنی در مادران واکنش‌هایی نظیر افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و اختلال در کنش‌وری اجتماعی را دامن می‌زنند.

ترنبال، ترنبال، اروین و سوداک^{۱۰} (۲۰۰۵) خاطر نشان می‌سازند که عقب‌ماندگی ذهنی فرزند در طی مراحل تحول روانی مختلف به نحوی از انحاء سلامت عمومی مادر را به مخاطره می‌اندازد. برای مثال در گذار به سن مدرسه یا هنگام ورود به دوره بلوغ و نوجوانی، هم‌چنین زمانی که دوره بزرگسالی ۲۰ تا ۲۱ را آغاز می‌کنند به واسطه تأخیر یا ناتوانی در به راه‌اندازی نیروهای ذهنی بالقوه در برقراری سازش با مقتضیات تحولی مرحله‌ای که در آستانه آن قرار گرفته‌اند دچار ناکام‌ماندگی و قطع سازش شده، از این‌رو تنیدگی‌های روانی سنگینی را بر مادر وارد می‌سازند (ماش و بارکلی^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ هاندی و هانزیک، ۱۹۹۵).

اینگل برگ و سجویو برگ^{۱۲} (۲۰۰۴) خاطر نشان می‌سازند، عوامل متعددی وجود دارند که می‌توانند مستقیم و غیرمستقیم و به‌طور مثبت و منفی بر رویارویی با مشکلات و نیل به سلامت عمومی اثر بگذارند. از بین این عوامل اثرگذار می‌توان به هوش عاطفی اشاره کرد که تأثیر مهمی بر روابط بین‌فردی، سازش‌یافتگی اجتماعی و سلامت عمومی فرد دارد.

هوش عاطفی یا به تعبیری بینش عاطفی توانایی‌هایی هستند که شامل ادراک عاطفی، تنظیم عاطفی، شناخت عاطفی و آسان‌سازی عاطفی که می‌توان آن‌ها را با سازش روان‌شناختی مرتبط دانست (مایر و سالووی^{۱۳}، ۱۹۹۵). هم‌چنین بین سلامت عمومی و هوش عاطفی و مؤلفه‌های آن همبستگی مثبت وجود دارد (بابیوردی، ۱۳۷۸؛ کاکاوند، ۱۳۸۱؛ عروقی موفق، ۱۳۸۳؛ اسماعیلی، ۱۳۸۳؛ به‌نقل از یاریاری و یحیی‌زاده؛ شریفی درآمدی، ۱۳۸۶). از طرفی پژوهش‌های انجام شده در زمینه رابطه هوش عاطفی با مؤلفه‌های سلامت عمومی نشان داده‌اند که این سازه با سلامت عمومی همبستگی مثبت قوی دارد (کیاروچی، فورگاس‌یر^{۱۴}، ۲۰۰۲؛ بشارت، رضازاده، فیروزی، حبیبی، ۱۳۸۴؛ لین و شوارتز^{۱۵}، ۱۹۸۷؛ به‌نقل از بشارت، حاجی آقازاده و قربانی، ۱۳۸۶).

هم‌چنین نشان داده شده است که هوش عاطفی پایین با بروز نشانه‌های جسمانی، افسردگی و تنیدگی روانی همبستگی منفی معناداری دارد (اینگل برگ و سجویو برگ، ۲۰۰۴). بشارت (۱۳۸۶) خاطر نشان می‌سازد که بین هوش عاطفی با کیفیت روابط اجتماعی و هوش عاطفی و فرایندهای شخصیتی مرتبط با کنش‌وری سازش‌یافته که می‌تواند جایگاه هوش عاطفی را در ساختار شخصیت تعیین سازند همبستگی قوی وجود دارد. بر این اساس بار-آن و پارکر^{۱۶} (۲۰۰۰) در الگویی که از هوش عاطفی به‌دست می‌دهند، اظهار می‌دارند تنها روابط درونی فرد با خودش مورد توجه نیست بلکه عناصری چون سازش‌یافتگی، تاب آوردن در برابر تنیدگی و خلق عمومی و منبع مهار درونی از عوامل تشکیل‌دهنده هوش عاطفی می‌باشند و این در حالی است که ترنبال، اروین و سوداک (۲۰۰۵) خاطر نشان می‌سازند که والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی به‌ویژه مادران از جمله افرادی هستند که در رویارویی با بحران ناشی از معلولیت فرزندشان عمدتاً از منبع مهار بیرونی استفاده می‌کنند که اساساً برای سلامت روان‌شناختی آن‌ها مضر می‌باشد.

چارلز و هوداپ^{۱۷} (۲۰۰۱) اظهار می‌دارند مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی بیش از پدران بر این باورند که کوشش‌های آن‌ها در دنیای بیرونی تأثیری ندارد. این محققان دریافتند که مادران کودکان معلول دارای مهار عاطفی و سلامت عمومی پایینی هستند و اکثر آن‌ها در برخورد با وضعیت معلولیت فرزند خود غالباً از راهبردهای دفاعی سازش‌نیافته نظیر انکار و سرزنش خود استفاده می‌کنند و به همین دلیل اغلب از نشانگان جسمی و روانی، بهزیستی منفی، اضطراب، درماندگی و افسردگی به شدت رنج می‌برند و این در حالی است که (بشارت، حاجی آقازاده و قربانی، ۱۳۸۶) خاطر نشان می‌سازند که هوش عاطفی با مکانیسم‌های دفاعی همبستگی منفی بالایی را نشان می‌دهد.

داویسون و نیل^{۱۸} (۲۰۰۱) معتقدند مادران کودکان دارای رفتارهای دشوار فاقد انعطاف‌پذیری به‌عنوان مؤلفه‌ای از هوش عاطفی هستند و نمی‌توانند هیجان‌ها و احساسات خود را بدون ایجاد ناراحتی برای خود، یا برای فرزند به نحو مناسب‌تر و مؤثرتر ابراز کنند.

لذا براساس بررسی نتایج پژوهش‌های مختلف استنباط می‌شود که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی از لحاظ مؤلفه‌های هوش عاطفی دچار رشدناایستگی و ضعف هستند. چراکه روابط آن‌ها به خود و فرزندان معلول‌شان با رفتارهای مسئله‌ساز درونی، ناتوانی در تنظیم خلق و خوی، افسرده خویی، افسردگی و پرخاشگری فعل‌پذیر که از جمله مکانیسم‌های دفاعی رشدناایفته به‌شمار می‌آید، همراه است.

بر این پایه پژوهشگران بسیاری، آموزش مؤلفه‌های هوش عاطفی را پیشنهاد می‌کنند و به نوعی آن را از جمله زمینه‌هایی می‌دانند که به حل این مشکل کمک کرده و باعث انطباق موفق والدین با معلولیت فرزندشان می‌شود (گرین برگ، کوچ، کوک و کواما^{۱۹}، ۱۹۹۵). ساکلوفسکی، آستین و مینیسکی^{۲۰} (۲۰۰۳) خاطر نشان می‌سازند آموزش هوش عاطفی بر بهبود فرایندهای شخصیتی مختل نظیر افسردگی و اضطراب کاملاً مؤثر است.

اسماعیلی (۱۳۸۳)، در تحقیقی تحت عنوان تأثیر آموزشی مؤلفه‌های آگاهی بین‌فردی و مهارت‌های مقابله‌ای هوش عاطفی بار-آن، بر افزایش سلامت عمومی با ۳۵ نفر آزمودنی نشان داد که بین هوش عاطفی بالا و سلامت روان‌شناختی همبستگی معنادار وجود دارد.

شریفی درآمدی، مولوی و رضوانی (۱۳۸۵) در بررسی اثربخشی آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران کودکان فلج مغزی، نشان دادند همان‌طور که انتظار می‌رفت آموزش مؤلفه‌های هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران به‌طور مثبتی مؤثر بوده است.

گرین برگ، کوچ، کوک و کواما (۱۹۹۵) دریافته‌اند که آموزش هوش عاطفی به مادران شنوای کودکان ناشنوا در انطباق آنان با شرایط فرزندشان کاملاً مؤثر بوده است. آن‌ها بر این باورند که پاسخ‌های انطباقی آموخته‌شده توسط مادران شنوای کودکان ناشنوا به‌عنوان یک راهبرد سازشی باعث می‌گردند مادران توانایی سازگاری بیشتری با شرایط تنش‌زا داشته باشند و از صلاحیت کافی برخوردار شوند. لذا با توجه به پژوهش‌های فوق‌الذکر و نظر به اهمیت پیامدهای گریزناپذیر و ناخوشایند عدم سلامت عمومی مادران افراد عقب‌مانده ذهنی نوجوان و هدف پژوهش حاضر که «تعیین اثربخشی آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال» است، فرض اصلی تحقیق حاضر این است که آموزش هوش عاطفی، میزان سلامت عمومی کلی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه افزایش می‌دهد.

روش

پژوهش حاضر که با استفاده از روش تجربی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. متغیر مستقل در آن آموزش مؤلفه‌های هوش عاطفی و متغیر وابسته نمره‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ₂₈) و متغیرهای گواه نمره‌های پیش‌آزمون، سن، تحصیلات و شغل مادران و سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی بوده است.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادرانی که دارای فرزند آموزش‌پذیر عقب‌مانده ذهنی بوده که در مدارس آموزش و پرورش استثنائی شهر اصفهان در پایه‌های دوم تا پنجم دبستان در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ با محدوده سنی ۱۱ تا ۱۵ سال با میانگین سنی ۱۳ سال و سه‌ماه مشغول به تحصیل بودند، می‌شد.

برای انتخاب نمونه پژوهش ابتدا از میان جامعه آماری، ۱۸۵ مادر به‌صورت تصادفی برگزیده شدند. هم‌چنین از روش غربالگری استفاده شد به این صورت که پس از تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی و هوش عاطفی توسط بار-آن، کلیه ۱۸۵ مادر که همگی باسواد بودند، ۱۱۱ نفر از آنان که پایین‌ترین نمره را کسب کرده بودند، انتخاب شدند که پس از هم‌تاسازی با توجه به نمراتشان که بین ۱۴ تا ۲۱ بود به دو گروه که شامل ۵۴ نفر در گروه آزمایش و ۵۷ نفر در گروه گواه تقسیم شدند. خاطر نشان می‌گردد آزمودنی‌های نمونه در طیف سنی ۲۷ تا ۴۲ سال، سطح تحصیلات از مقطع راهنمایی تحصیلی تا دیپلم بودند و از لحاظ شغلی به خانه‌داری، کارگری و کارمندی اشتغال داشتند.

در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد که از دو گروه دو بار ارزیابی به‌عمل آمد. بار اول اندازه‌گیری با اجرای پیش‌آزمون و بار دوم با پس‌آزمون صورت گرفت. داده‌های به‌دست آمده در آزمون نهایی از گروه گواه و گروه آزمایش با استفاده از روش‌های آماری تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ₂₈): توسط گلدبرگ (۱۹۷۲) به منظور شناسایی اختلال‌های روانی غیر روان‌گسسته تدوین و تنظیم گردید. هدف این پرسشنامه ایجاد تمایز بین سلامت و بیماری روانی است (دادستان، ۱۳۷۷).

فرم ۲۸ ماده این پرسشنامه که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تدوین یافته است و یک پرسشنامه سرندی بر پایه روش خودگزارش‌دهی است و پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از مواد آزمون، در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از «خیر» تا «خیلی زیاد» میزان

ناراحتی را مشخص می‌کنند. این پرسشنامه چهار خرده‌مقیاس هفت سؤال دارد که به ترتیب نشانه‌های جسمانی شکل، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی و خیم را می‌سنجد. نمره‌گذاری مواد به شیوه لیکرت و از صفر تا سه و نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر است. نقطه برش سلامت و عدم سلامت نیز ۲۱ است که نمرات پایین در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی را نشان می‌دهد (دادستان، ۱۳۷۷). در بررسی قابلیت اعتماد یا اعتبار پرسشنامه چن و چن (۱۹۸۳)، به‌نقل از یعقوبی، نصر و محمدی، (۱۳۷۴) ضریب همسانی درونی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران پالاهنگ (۱۳۷۸)، به‌نقل از صادقی و مظاهری، (۱۳۸۴) حساسیت و ویژگی آن را ۰/۸۹ و ۰/۷۹ و هم‌چنین اعتبار آن را از طریق آزمون - بازآزمون با فاصله دو هفته ۰/۹۱ به‌دست آورد و تقوی (۱۳۸۰)، به‌نقل از همان منبع) نیز اعتبار «پرسشنامه سلامت عمومی» را با سه روش بازآزمون، تضمینی و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داده و به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به‌دست آورده است. در پژوهش حاضر قابلیت اعتماد و یا اعتبار با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ به‌دست آمده است.

پرسشنامه هوش عاطفی بار-آن (۱۹۹۷): این پرسشنامه دارای ۱۳۳ سؤال است که هر سؤال دارای ۵ گزینه است و عوامل خودآگاهی عاطفی، ابراز وجود، احترام به خود، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، روابط بین فردی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حل مسئله، آزمون واقعیت، انعطاف‌پذیری، تحمل تنیدگی، مهار تکانه، شادکامی و خوش‌بینی را می‌سنجد. آلفای کرونباخ در جهت دست‌یابی به اعتبار یا قابلیت اعتماد سنجیده شد و پس از حذف ۱۲ گویه ($\alpha = 0/94$) و در جهت تعیین روایی تحلیل عوامل انجام شد که در نهایت ۹ عامل شامل مقابله، حرمت خود، کنترل تکانه، روابط بین فردی، آزمون واقعیت خودآگاهی عاطفی، خودشکوفایی و انعطاف‌پذیری به‌دست آمد. در ایران در سال ۱۳۸۵ این آزمون ابتدا توسط دهشیری روی دانشجویان دانشگاه اصفهان و سپس توسط سموعی هنجاریابی شده است. آن‌ها در پژوهش‌های خود به ترتیب برای محاسبه قابلیت اعتماد یا اعتبار با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۵ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و با روش زوج و فرد ۰/۸۸ را به‌دست آوردند. در پژوهش حاضر با استفاده از روش کرونباخ اعتبار ۰/۹۱ به‌دست آمده است. از آن‌جا که گزینه‌ها با روش مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تهیه شده‌اند نمره‌گذاری در پرسش‌های مثبت از یک به پنج و در پرسش‌های منفی از پنج به یک است. نمره کل هر مقیاس برابر با مجموع نمره‌های هر یک از پرسش‌های آن مقیاس و نمره کل برابر با مجموع نمره‌های ۱۵ مقیاس می‌باشد. نمره بیشتر نشان‌دهنده موقعیت بهتر فرد در آن مقیاس یا در کل آزمون است.

شیوه اجرا

در پژوهش حاضر برنامه آموزشی هوش عاطفی محقق‌ساخته که از لحاظ تعداد جلسات و مدت زمان آن طبق مدل سوزان‌دان^{۲۱} (۲۰۰۵) بوده و از لحاظ محتوا از روی آورد بار- آن اقتباس و تهیه شده است به‌عنوان متغیر مستقل بر روی گروه آزمایش اعمال گردید؛ که میزان اثربخشی آن را بر سلامت عمومی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی به‌عنوان متغیر وابسته پس از مقایسه نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گیرد. قابل توجه است که به گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی از برنامه آموزشی گروه آزمایش داده نشد و آن‌ها صرفاً برنامه‌های معمول خود را می‌گذراندند.

این برنامه آموزشی در ۸ هفته به‌صورت هفته‌ای دو جلسه (هر جلسه ۶۰ دقیقه) و در کل در ۱۵ جلسه انجام شد. خاطر نشان می‌گردد که شرکت‌کنندگان (مادران) در جلسه معارفه یک کتابچه درسی - تمرینی به زبان ساده و مصور جهت تقویت یادگیری به‌صورت خودآموزی در ۲۰ صفحه دریافت کردند. به آن‌ها گفته شد این کتابچه به‌عنوان بخشی از برنامه آموزشی محسوب می‌شود.

جلسات آموزش هوش عاطفی به گروه آزمایش طبق مدل دان (۲۰۰۵) به قرار زیر می‌باشد:

جلسه اول: در این جلسه با هدف آشنایی مادران با موضوع به آن‌ها آموزش داده شد که معمولاً احساسات غلط اگر به درستی شناسایی نشوند و نتوانید با آن‌ها به درستی برخورد کنید می‌توانند بسیار آسیب برسانند. به همین دلیل لازم است این احساسات را به درستی بشناسند و کنترل نمایند.

جلسه دوم: با هدف آشنایی آن‌ها با هیجان‌ها، به مادران آموزش داده شد که در طول روز احساسات و حالات عاطفی خود را بیابند. بدین منظور از راهبرد «در تله انداختن» هیجان‌های منفی خود استفاده کنند. برای این کار لازم است در طول روز در برخورد با فرزند خود گاه از خود بپرسند: آیا حالم خوب است یا نه؟ **جلسه سوم:** مادران با هدف نامگذاری هیجان‌ها آموزش دیدند از خود بپرسند: چه احساسی دارم؟ نام دقیق احساسات خود را بیابند و به زبان آورند. **جلسه چهارم:** با هدف آشنایی مادران با مفهوم ابراز وجود و سبک‌های آن، به آن‌ها آموزش داده شد که ابتدا مفهوم ابراز وجود با تأکید به اعتماد داشتن به خود و سپس با سبک‌های پاسخگویی شامل سبک انفعالی، سبک قاطعانه و سبک پرخاشگرانه و خوبی‌ها و بدی‌های آن‌ها آگاه شوند. **جلسه پنجم:** نشانه‌های ابراز وجود کلامی و انواع ابراز وجود نظیر ابراز وجود بنیادی، ابراز وجود همدلانه، ابراز وجود افزایی و ابراز وجود حفاظتی به مادران آموزش داده شد. **جلسه ششم و هفتم:** ابتدا مفهوم خودپنداره و اعتماد به نفس و رابطه آن‌ها، در شرایط واقعی زندگی مطرح شد. سپس روش‌های خودالقای کلامی و مشارکت فعال برای افزایش اعتماد به نفس به مادران در مواجهه با فرزندان معلول آموزش داده شد. **جلسات هشتم و نهم:** با هدف آشنایی با افکار، احساسات منفی و مقابله با آن‌ها از طریق مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی؛ ابتدا شرکت‌کنندگان موظف شدند احساسات و افکار منفی ناشی از

برخورد با فرزندان را توسط خود در یک لیست ثبت و ضبط کنند. در این مرحله در گروه، یک یا دو نمونه از «دام تله» که افراد هم به سادگی داوطلب برخورد با آن بودند تعیین و با کمک اعضاء گروه یک جایگزین فکری، احساسی یا رفتاری مثبت برای مؤلفه منفی ثبت شد و در صفحه‌ای جداگانه (البته بر روی تابلوی دوره آموزشی) به جای فکر منفی قرار داده شد. مادران توانستند تا در موردی که خود به‌طور اختصاصی معین کردند با استفاده از جایگزین عینی (بر روی کاغذ) و سپس جایگزینی تجسمی اقدام به افزایش خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی کنند. **جلسات دهم و یازدهم:** با هدف خودتنظیمی هیجانی، خودانگیزی و نظارت بر خود ابتدا اصل نظارت بر خود به معنای این‌که هر یک از شرکت‌کنندگان باید از وجود یا عدم وجود رفتار منفی یا مثبت خود آگاه باشند، آموزش داده شد. در این مرحله از شرکت‌کنندگان (مادران) خواسته شد تا رفتارهایی را که در نظارت بر خویش آن‌ها مثبت ارزیابی کرده‌اند و در راستای سلامت عمومی و جسمی خود تلقی می‌کنند را از طریق امتیازدهی به خود مورد تقویت قرار دهند. در این‌جا یک مشکل در ارتباط با کودک برای هر یک از مادران مشخص و سپس با استفاده از روش خودآموزی به حل مشکل پرداخته شد. **جلسات دوازدهم و سیزدهم:** با هدف ردیابی هیجان‌ات منفی در تعامل‌های بین‌فردی و کنارگذاری آن‌ها دستورالعمل‌هایی به‌منظور آماده‌سازی کلامی و تشویق مادران به آگاهی یافتن و از طریق الگو و گفتگو کردن آموزش داده شد. هم‌چنین به مادران آموزش داده شد وقتی دچار هیجان‌های منفی شدند بهتر است اقدام خاصی انجام ندهند تا بتوانند آرامش خود را به‌دست آورند. در ادامه مادران آموزش دیدند در برخورد با مشکلات فرزندشان از خود بپرسند تا کی حالم خوب بود و چه‌طور شد که دچار خشم شدم. پس از آن‌که عامل ناراحتی خود را پیدا کردند سعی کنند معنای دیگری برای آن بیابند. **جلسات چهاردهم و پانزدهم:** با تکیه بر عقل سلیم و همدلی مادران آموزش دیدند که از طریق تجسم ذهنی، روابط و خودالقایی کلامی از نکوهش کردن و تحقیر کردن فرزندان‌شان و تسلط افراطی بر آن‌ها اجتناب ورزند. هم‌چنین ارزش‌های منسوخ شده که موجب دوری آن‌ها از خود و فرزندان می‌شود را شناسایی کنند. مادران آموزش دیدند که براساس توجه مثبت غیرمشروط و قرار دادن خود به جای فرزندان‌شان به‌صورت تجسمی عمل کنند و به برقراری ارتباط کلامی همدلانه بپردازند. در خاتمه خاطر نشان می‌گردد در هر یک از جلسات فوق‌ترین و ایفای نقش مادران انجام شده است.

تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS13 انجام گرفته است بدین صورت که از آمار توصیفی شامل محاسبه میانگین، انحراف معیار و خطای استاندارد و از آمار استنباطی t مستقل جهت آزمون فرضیه استفاده گردید.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در نمره پیش‌آزمون سلامت عمومی برابر با ۵۱/۷۶ و انحراف معیار آن ۴/۹۳ است و در نمره پیش‌آزمون هوش عاطفی برابر با ۲۷۲/۳۹ و انحراف معیار ۴۲/۳۳ است. علاوه بر این‌ها میانگین گروه گواه در نمره پیش‌آزمون سلامت عمومی برابر با ۵۱/۲۵ و انحراف معیار ۴/۹۶ است و در نمره هوش عاطفی برابر با ۲۷۵/۵۶ و انحراف معیار ۴۳/۴۶ است.

جدول ۱: مقایسه هوش عاطفی و مؤلفه‌های سلامت عمومی در مرحله پیش‌آزمون

سطح معناداری	میزان t	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	آزمون	پیش‌آزمون
۰/۳۹	-۰/۰۸	۱۰۹	۴۲/۳۳	۲۷۲/۳۹	۵۴	آزمایش	هوش عاطفی	
			۴۳/۴۶	۲۷۵/۵۶	۵۷	گواه		
۰/۱۲	۰/۵۴	۱۰۹	۴/۹۳	۵۱/۷۶	۵۴	آزمایش	سلامت عمومی	
			۴/۹۶	۵۱/۲۵	۵۷	گواه		
۰/۵۱	۰/۰۲	۱۰۹	۲/۳۹	۱۱/۴۱	۵۴	آزمایش	نشانه‌های جسمی‌سازی	
			۲/۸۶	۱۱/۳۲	۵۷	گواه		
۰/۴۱	۰/۰۷	۱۰۹	۱/۷۸	۱۲/۸۵	۵۴	آزمایش	اضطراب و بی‌خوابی	
			۱/۵۶	۱۲/۴۷	۵۷	گواه		
۰/۰۵	۲/۲۱	۱۰۹	۲	۱۴/۱۹	۵۴	آزمایش	نارسا کنش‌وری	
			۲	۱۳/۸۸	۵۷	گواه		
۰/۰۹	-۱/۵	۱۰۹	۲/۹۷	۱۳/۲۸	۵۴	آزمایش	افسردگی	
			۱/۸۷	۱۳/۶۱	۵۷	گواه		

هم‌چنین طبق این جدول می‌توان عنوان کرد که در مرحله پیش‌آزمون از بین شاخص‌های فوق، صرفاً شاخص نارساکنش‌وری اجتماعی در بین گروه آزمایش و گواه دارای تفاوت معناداری می‌باشد. این تفاوت در سطح آلفای ۰/۰۵ قابل دفاع بوده و با توجه به علامت آزمون می‌توان ادعان داشت که قبل از آموزش‌های هوش عاطفی، میانگین نارساکنش‌وری اجتماعی مادران گروه آزمایش در مقایسه با مادران گروه گواه بالاتر است در حالی که در زمینه شاخص‌های دیگر تفاوت معناداری مشاهده نشده است.

جدول ۲: مقایسه هوش عاطفی و مؤلفه‌های سلامت عمومی

در مرحله پس‌آزمون

سطح معناداری	میزان t	درجه آزادی	انحراف معیار	میانگین	تعداد	گروه	آزمون
۰/۰۱	۳/۲۶	۱۰۹	۴۹/۲۳	۳۲۳/۷۲	۵۴	آزمایش	هوش عاطفی
			۵۲/۶۴	۲۹۸/۴۵	۵۷	گواه	
۰/۰۱	۷/۱۸	۱۰۹	۳/۷۶	۷۸/۴۵	۵۴	آزمایش	سلامت عمومی
			۴/۰۳	۶۱/۱۲	۵۷	گواه	
۰/۰۱	۱۰/۱۵	۱۰۹	۳/۳۰	۱۷/۳۲	۵۴	آزمایش	نشانه‌های جسمی‌سازی
			۳/۲۲	۱۲/۶۷	۵۷	گواه	
۰/۰۱	۸/۱۱	۱۰۹	۲/۱۷	۱۶/۴۳	۵۴	آزمایش	اضطراب و بی‌خوابی
			۲/۵۶	۱۱/۰۲	۵۷	گواه	
۰/۰۱	۷/۶۶	۱۰۹	۳/۳۵	۱۵/۷۹	۵۴	آزمایش	نارسا کنش‌وری
			۲/۹۸	۱۳/۰۳	۵۷	گواه	
۰/۰۱	۸/۶۵	۱۰۹	۲/۴۵	۱۷/۸۹	۵۴	آزمایش	افسردگی
			۱/۹۷	۱۲/۶۷	۵۷	گواه	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین گروه آزمایش در نمره پس‌آزمون سلامت عمومی برابر با ۷۸/۴۵ و انحراف معیار آن ۳/۷۶ است و در نمره پس‌آزمون هوش عاطفی برابر با ۳۲۳/۷۲ و انحراف معیار ۴۹/۲۳ است. علاوه بر این‌ها میانگین گروه گواه در نمره پس‌آزمون سلامت عمومی برابر با ۶۱/۱۲ و انحراف معیار ۴/۰۳ است و در نمره هوش عاطفی برابر با ۲۹۸/۴۵ و انحراف معیار ۵۲/۶۴ است.

هم‌چنین، از آن‌جا که t محاسبه شده در عامل سلامت عمومی (۷/۱۸) و در سطح $p = ۰/۰۱$ از جدول t (۲/۶۱) بزرگتر است پس فرض پژوهش تأیید می‌شود. بنابراین بین سلامت عمومی گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. هم‌چنین جدول فوق در خصوص خرده‌مقیاس‌های سلامت عمومی به ترتیب نشان می‌دهد که چون t محاسبه شده در مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی شکل (۱۰/۱۵) در سطح $p = ۰/۰۱$ از t جدول (۲/۶۶) بزرگتر است پس فرض پژوهش مبنی بر تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گواه تأیید می‌شود و چون t محاسبه شده در مؤلفه‌های اضطراب و بی‌خوابی (۸/۱۱) در سطح $p = ۰/۰۱$ از t جدول (۲/۶۶) بزرگتر است پس فرض پژوهش تأیید می‌شود و بین گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ اضطراب و بی‌خوابی تفاوت معنادار وجود دارد. هم‌چنین با توجه به این‌که در مؤلفه‌های نارساکنش‌وری اجتماعی t محاسبه شده (۷/۶۶) در سطح $p = ۰/۰۱$ از t جدول (۲/۶۶) بزرگتر است پس فرض پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و گواه از لحاظ نارساکنش‌وری اجتماعی تأیید می‌شود. لذا از آن‌جا که

در مؤلفه افسردگی t محاسبه شده (۸/۶۵) در سطح $p = ۰/۰۱$ از t جدول (۲/۶۶) بزرگتر است پس فرض پژوهش تأیید می‌شود، بنابراین بین افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. هم‌چنین نظر به این که t محاسبه‌شده عامل هوش عاطفی (۳/۲۶) در سطح $p = ۰/۰۱$ از t جدول (۲/۶۱) بزرگتر است پس فرض پژوهش مبنی بر تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و گواه تأیید می‌شود. لذا نتیجه گرفته می‌شود که آموزش هوش عاطفی بر افزایش و بهبود سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در مادران گروه آزمایش مؤثر بوده است.

بحث

نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر این که علی‌رغم عدم تفاوت معنادار بین شاخص‌های نام‌برده در گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون (به غیر از شاخص نارساکنش‌وری اجتماعی)، برگزاری جلسات آموزشی هوش عاطفی موجبات معنادارسازی تفاوت‌های بین این دو گروه را فراهم ساخته به طوری که آموزش هوش عاطفی بر میزان سلامت عمومی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر ۱۱ تا ۱۵ سال مؤثر می‌باشد و بین نمرات آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر نتیجه فرض نشان داده است که آموزش هوش عاطفی بر بهبود سلامت عمومی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی مؤثر است. با توجه به تعداد تحقیقات انجام شده در دسترس در زمینه تأثیر آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی به ویژه در حیطه مادران کودکان معلول، این یافته با نتایج پژوهش‌های ساکلوفسکی، استینینیسکی (۲۰۰۳)، کیاروچی، فورگاس و می‌یر (۲۰۰۲)، اینگل‌برگ و سجویبرگ (۲۰۰۴) رضوانی (۱۳۸۶)، رضازاده، فیروزی و حبیبی (۱۳۸۴)، لین و شوارتز (۱۹۷۸)، به نقل از بشارت، حاجی آقازاده و قربانی (۱۳۸۶) همخوانی دارد. چنان که رضوانی نشان داد آموزش هوش عاطفی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی مادران کودکان فلج مغزی مؤثر است. تحقیق اسماعیلی (۱۳۸۲) نشان داد که آموزش مؤلفه‌های هوش عاطفی نه تنها نمره هوش عاطفی مراجعان را به طور معناداری افزایش داد بلکه این ارتقاء هوش عاطفی، در افزایش سلامت عمومی به طور معناداری مؤثر می‌باشد. هم‌چنین پژوهش‌های ساکلوفسکی، استین و مینیسکی (۲۰۰۳) نشان دادند که آموزش هوش عاطفی به مثابه راهبردهای مداخله‌ای بر بهبود فرایندهای تشخیصی مختل نظیر افسردگی و اضطراب تأثیر دارد و کیاروچی، فورگاس و می‌یر در تحقیقاتی نشان دادند همبستگی مثبت قوی بین سلامت عمومی و هوش عاطفی وجود دارد. گرین برگ، کرچ، کوک و کواما (۱۹۹۵) دریافتند آموزش صلاحیت عاطفی به مادران شنوای کودکان ناشنوا در انطباق آنان با شرایط تنیدگی فرزندشان مؤثر بوده است که این‌ها همگی با نتایج فرضیه حاضر مطابقت دارد که خود به تعمیم نتایج آن کمک می‌کند. لذا در این تحقیق آموزش هوش عاطفی نشان می‌دهد که مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی پس از دریافت

برنامه آموزشی می‌توانند در برابر فشارها و ناملايمات ناشی از وجود کودک معلولشان مقاوم و ایمن شوند.

در بررسی خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمانی شکل مبنی بر این‌که آموزش هوش عاطفی، میزان نشانه‌های جسمانی شکل مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر گروه آزمایش را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهد، نتایج نشان داد بین نمره‌های آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و به‌عبارت دیگر آموزش هوش عاطفی بر کاهش نشانه‌های جسمانی شکل مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی مؤثر است. از این‌رو نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقات رضوانی که نشان داد آموزش هوش عاطفی بر کاهش نشانه‌های جسمانی شکل مادران کودکان فلج مغزی و اینگل‌برگ و سجویو (۲۰۰۴) که نشان دادند آموزش هوش عاطفی بر بهبود اختلال جسمانی شکل مؤثر است، هم‌چنین با نتایج بابیوردی (۱۳۷۸)، کاکاوند (۱۳۸۱)، عروقی موفق (۱۳۸۱) همخوانی دارد. لذا این توضیح قابل توجه به نظر می‌رسد که هوش عاطفی پیش‌بینی‌کننده خوبی جهت کاهش نشانه‌های جسمانی شکل شامل هیستری، اختلالات تغذیه، بیماری‌های روان‌تنی و سوء‌مصرف مواد و دارو می‌باشد، چراکه به نظر می‌رسد آموزش هوش عاطفی این امکان را برای مادران گروه آزمایش فراهم آورده است که حالات هیجانی خود را شناسایی و درک کنند و بدین ترتیب بر بزرگ‌نمایی و تفسیر غلط حساسیت‌های بدنی که از حالات هیجانی ناشی می‌شوند، غلبه کنند.

نتایج حاصل از آزمون خرده‌مقیاس اضطراب و بی‌خوابی مبنی بر این‌که آموزش هوش عاطفی بر میزان اضطراب و بی‌خوابی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر است، نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و به‌عبارت دیگر آموزش هوش عاطفی بر کاهش اضطراب و بی‌خوابی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مؤثر است.

یافته‌های فرضیه حاضر با نتایج شریفی‌درآمدی، مولوی و رضوانی (۱۳۸۴)، کیاروچی، فورگاس و می‌یر (۲۰۰۲)، ساکلوفسکی، استین و مینیسکی (۲۰۰۳) مطابقت دارد. از این‌رو در این‌جا استنباط می‌شود که مادران با کمبود هوش عاطفی به رشد اختلال‌های اضطرابی گرایش دارند، چراکه با آموزش هوش عاطفی معلوم گردیده است که می‌توان محدود کردن اضطراب و بهبود بی‌خوابی را پیش‌بینی کرد. هم‌چنین مادران گروه آزمایش پس از دریافت آموزش هوش عاطفی نشان دادند که می‌توانند با تشخیص و تبدیل هیجان‌ها کمک فعالانه‌ای به دفاع‌های روان‌شناختی خود در مقابله با اضطراب و بی‌خوابی عمل کنند.

یافته آزمون خرده‌مقیاس نارساکنش‌وری اجتماعی مبنی بر اثربخش بودن آموزش هوش عاطفی بر کاهش میزان نارساکنش‌وری اجتماعی نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و

گواه در مرحله پس‌آزمون همانند مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر آموزش هوش عاطفی در کاهش نارساکنش‌وری اجتماعی مادران دانش‌آموزان عقب‌مانده ذهنی مؤثر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اینگل‌برگ و سجویبرگ (۲۰۰۴)، می‌یر و سالووی (۱۹۹۵) و بشارت (۱۳۸۶) که خاطر نشان می‌سازد، آموزش هوش عاطفی بر افزایش کیفیت روابط اجتماعی تأثیر مثبت معناداری دارد و گرین‌برگ، کوچ، کوک و کواما (۱۹۹۵) که نشان دادند مادران کودکان ناشنوا پس از دریافت برنامه آموزشی هوش عاطفی توانایی درک و پذیرش احساسات فرزندشان را یافتند و خشنودتر بودند، همسو می‌باشد.

در بررسی خرده مقیاس افسردگی مبنی بر مؤثر بودن آموزش هوش عاطفی بر کاهش میزان افسردگی مادران دارای کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر، نتایج نشان داد که بین نمره‌های آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و به عبارت دیگر آموزش هوش عاطفی بر کاهش میزان افسردگی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش لین و شوارتز (۱۹۸۷)، بار-ان (۲۰۰۰) بشارت، حاجی آقازاده و قربانی (۱۳۸۶) ساکلوفسکی، آستین و مینیسکی (۲۰۰۳) و رضوانی (۱۳۸۴) مبنی بر این که توانایی مهار هیجان منجر به جلوگیری از بروز افسردگی در مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر شده است، مطابقت نشان می‌دهد.

نتایج به‌دست آمده از آزمون این فرض که بین سلامت عمومی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر در گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت وجود دارد، این یافته نشان داد که بین نمره‌های سلامت عمومی در گروه آزمایشی و گواه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و مقایسه میانگین این دو گروه در مرحله پس‌آزمون نشان می‌دهد که آموزش هوش عاطفی بر سلامت عمومی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر است.

خاطر نشان می‌سازد که در این زمینه هیچ پژوهشی یافت نشد که به‌طور مستقیم با موضوع این فرضیه مطابقت کند اما همان‌طور که در رابطه با فرضیه‌های پیشین هم مطرح شد پژوهش‌های نسبتاً فراوانی وجود دارد که حاکی از تأثیر آموزش هوش عاطفی بر بهبود سلامت عمومی هستند، چنان‌که از پژوهش‌های شریفی‌درآمدی، مولوی و رضوانی (۱۳۸۴)، گرین‌برگ، کوچ، کوک و کواما (۱۹۹۵)، اسماعیلی (۱۳۸۲) و اینگل‌برگ و سجویبرگ (۲۰۰۴) مبنی بر تأثیر آموزش هوش عاطفی بر مؤلفه‌های سلامت عمومی می‌توان به این نتیجه رسید و استنباط کرد که بین سلامت عمومی دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. بررسی این که بین هوش عاطفی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر در دو گروه آزمایشی و گواه تفاوت وجود دارد، نشان داد که بین نمرات هوش عاطفی در گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت معناداری وجود دارد و مقایسه میانگین

این دو گروه در پس‌آزمون نشان می‌دهد که آموزش هوش عاطفی بر هوش عاطفی مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر مؤثر است.

به‌عنوان یک تبیین کلی می‌توان خاطر نشان ساخت که هوش عاطفی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده واقع‌بینانه و خوبی برای سلامت عمومی باشد. هم‌چنین بر پایه یافته‌های به‌دست آمده می‌توان این‌گونه توجیه کرد که آموزش هوش عاطفی احتمالاً به‌عنوان امکانی برای آموختن پاسخ‌های انطباقی توسط مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی مؤثر بوده است و این پاسخ‌های انطباقی آموخته شده هم موقعیت‌های تنیدگی‌زا را تغییر می‌دهد و هم باورها و رفتارهایی که در بلندمدت در مادران مورد تحقیق بنیاد یافته‌اند. از این‌رو این راهبرد باعث می‌شود مادران کودکان عقب‌مانده ذهنی سازش‌یافتگی بیشتری با شرایط تنش‌زای ناشی از معلولیت ذهنی فرزندشان داشته باشند و در یک تحلیل نهایی این‌گونه به نظر می‌رسد که توانایی مهار هیجان موجب بهبود سلامت عمومی گردد.

یادداشت‌ها

1. Ingersol
2. Vleioras & Bosma
3. Baroff & Olley
4. benz , duvdevan & lury
5. Hodes , Garralda , Rose & Schwartz
6. Vance , Morse , Jenney & Eiser
7. Shue , Llung & Chang
8. Oshnskey
9. Haldy & Hanzik
10. Turnbull, Turnbull, Ervin ,& Soodak
11. Mash & Barkley
12. Engelberg ,& Sjoberg
13. Salovey & Mayer
14. Ciarrochi, Fogas, & Mayer
15. Lane & Schwartz
16. Bar-On- & Parker
17. Charles & Hodapp
18. Davison & Hodapp
19. Greenberg, Kuche, Cook, & Quamma
20. Saklofsky, Austin & Minisiki
21. Dunn, S

منابع

اسمعیلی، م. (۱۳۸۳). تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش عاطفی (آگاهی‌های بین فردی مهارت‌های مقابله‌ای) بر افزایش سلامت روان. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

- استورا، ج. ب. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس بیماری جدید تمدن (ترجمه پ. دادستان). تهران: انتشارات رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۱۹۹۵).
- احمدی، ز. (۱۳۷۷). مقایسه میزان عزت نفس مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
- بایوردی، ع. (۱۳۷۸). بررسی رابطه بین منبع کنترل و سلامت عمومی در دانشجویان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه تبریز در نیمسال ۷۸-۷۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). تأثیر هوش عاطفی بر کیفیت روابط اجتماعی، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۰، ۲۸-۲۷.
- بشارت، م. ع.، حاجی‌آزاده، ج.، و قربانی، ن. (۱۳۸۶). تحلیل روابط هوش عاطفی، مکانیسم‌های دفاعی و هوش عمومی. دو فصلنامه انجمن روان‌شناسی ایران، ۳۰، ۳۴-۲۵.
- تقوی، س. م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). مجله روان‌شناسی (۴)، ۳۸۱-۳۹۸.
- خواججه‌پور، م. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه واکنش‌های نوروتیک مادران کودکان عادی با مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهر اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز.
- شریفی درآمدی، پ. (۱۳۸۶). آموزش و پرورش عاطفی - اجتماعی و نقش هوش عاطفی. فصلنامه تعلیم و تربیت، ۲۳(۲)، ۱۹-۱۸.
- شریفی درآمدی، پ.، مولوی، ح.، و رضوانی، ف. (۱۳۸۵). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر سلامت عمومی مادران کودکان فلج مغزی در شهر اصفهان. مجله دانش و پژوهش، ۲۶، ۶۵.
- صادقی، م.، و مظاهری، م. ع. (۱۳۸۴). اثر روزه‌داری بر سلامت عمومی، مجله روان‌شناسی، ۹(۳)، ۲۹۳.
- کاکاوند، ع. (۱۳۸۱). بررسی رابطه منبع کنترل راتر با سلامت عمومی سربازان وظیفه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
- مهرایی‌زاده هنرمند، م.، نجاریان، ب.، و مسعودی، م. (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم‌توان ذهنی تربیت‌پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روان مادران کودکان عادی. فصلنامه پژوهش در حیطه کودکان استثنایی (۲)، ۱۹۰-۱۸۹.
- منصور، م. (۱۳۸۳). نگاهی به تحول مفهوم عقب‌ماندگی ذهنی از نظر DSMها و فراسوی آنها. مجله علوم روان‌شناختی، ۱۲، ۳۹۲-۳۹۵.
- ناصرشریعتی، ت.، و داورمنش، ع. (۱۳۷۵). اثرات معلولیت ذهنی فرزند بر خانواده. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور و دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
- یاریاری، ف.، مرادی، ع.، و یحیی‌زاده، س. (۱۳۸۶). رابطه هوش عاطفی و منبع کنترل با سلامت روان‌شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۳(۱)، ۳۵.
- Baroff, G., & Olley, G. (1999). *Mental retardation: Nature, cause, and management* (3rd ed.). USA: Taylor & Francis.
- Benzr, H., Duvdevany, L., & Lury, L. (2005). Association of social support and hardiness with mental health among mothers of adult and children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 45.
- Bar-On, R., Parker, J. D. A. (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory developmental, assessment, and application at home, school, and in the work place*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Charles, E., & Hodapp, R. (2001). Research in mental retardation: Toward an etiologic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 334-339.
- Davison, G. C., & Neal, J. M. (2001). *Abnormal psychology* (8th ed). New York. Wiley.
- Dunn, S. (2005). *How is your EQ?* [On-Line]. Available: http://www.nonstoppenlish.com/reading/articles/now_your_EQ.asp.
- Engelberg, E., & Sjiobery, L. (2004). Emotional intelligences, affect intensity, and social adjustment. *Personality and Individual Differences*, 37, 533-542.
- Greenbery, M. T., Kuch, C. A., Cook, E. T., & Quamma, J. P. (1995). Promoting emotional competence in school-aged deaf children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-139.
- Hodes, M., Garralda, M. E., Rose, & Schwartz, R. (1999). Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 40, 1083-1093.
- Haldy, M. B., & Hanzlik, J. R. (1990). A comparison of perceived competence in child-rearing between mothers of children with Down syndrome and mothers of children without delay. *Education and Training in Mental Retardation*, 25(2), 417-425.
- Ingersoll, B. (2001). Psychological well-being Asian style: The perspective of Thai elders. *Journal of cross-cultural Psychology*, 51, 591-599.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133-143.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychopathology*. USA: Merrill-Prentice Hall.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208.
- Shu, B. C., Lung, F. w., & chang, Y.Y. (2000). Prenatal psychiatry disorder effects on children Koohsiung. *Journal of Medical Science*, 16, 308-314.
- Saklofske, D. H., Autin, E. J., & Miniski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Journal of Personality and Difference*, 34, 482-491.
- Turnbull, A., Turnbull, R., Ervin, E., & Soodak, L. (2005). *Families, professionals, and exceptionality* (5th ed.). USA: Merrill-Prentice Hall.
- Vleioras, G., & Bosma, H. A. (2004). Are identity styles important for psychological well-being? *Journal of Adolescence*, 44, 510-514.
- Vance, Y. H., Morse, R. C., Jenney, M. E., & Eiser, C. (2001). Issues in measuring quality of life in childhood cancer: Measures, proxies, and parental mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 42, 661-667.