



بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان پسر کم توان ذهنی

شیرین مجاور^۱

شیرین مجاور^۱، عالیه شاطرلو^۲

۱- از دانشگاه شیراز

۲- مشاور مدرسه استثنایی شهرستان خوی / دانشگاه علوم تحقیقات تبریز

Shirin.mojaver@gmail.com

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی بود. روش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی مورد مطالعه را تمامی مادران دانش‌آموزان پسر پایه ابتدایی شهرستان خوی تشکیل می‌داد که از میان آن‌ها ۵۰ نفر از مادران با روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. مادران، مقیاس کیفیت زندگی SF-36 و هوش عاطفی کراون را تکمیل نمودند. پایایی این دو مقیاس از طریق آلفای کراباخ و روایی این دو مقیاس از طریق همبستگی نمره ابعاد با نمره کل احراز گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین هوش عاطفی و کیفیت زندگی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. همچنین، هوش عاطفی، پیش‌بینی‌کننده‌ی مثبت و معنی‌دار ابعاد کیفیت زندگی (کارکرد اجتماعی، کارکرد جسمی، بهزیستی روانشناختی، انرژی و سلامت عمومی) و پیش‌بینی‌کننده‌ی منفی و معنی‌دار بعد درد جسمانی، بعد مشکلات جسمانی و مشکلات روحی می‌باشد. از یافته‌های پژوهش، نتیجه می‌گیریم که هوش عاطفی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن اثرگذار است و بایستی کارگاه‌های آموزشی در زمینه مدیریت عواطف، خودآگاهی، همدردی و مهارت‌های اجتماعی جهت بهبود کیفیت زندگی برای مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی و ارائه‌ی خدمات توان‌بخشی و آموزشی از طرف سازمان‌های اجتماعی فراهم گردد.

کلمات کلیدی: هوش عاطفی، کیفیت زندگی، دانش‌آموزان کم توان ذهنی

۱- مقدمه

یکی از مفاهیمی که در روانشناسی مثبت به آن توجه شده است، هوش عاطفی می‌باشد. هوش عاطفی، اصطلاحی است که فرد توانایی تشخیص احساسات خود و دیگران و مدیریت عواطف خود در روابط انسانی را دارا باشد (گلمن، ۱۹۹۸).. از دیدگاه مایر و

^۱کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی

^۲کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی



سالوی (۱۹۹۳) هوش عاطفی ریشه در مفهوم هوش اجتماعی دارد که فرد توانایی مدیریت عواطف خود و دیگران، درک عواطف دیگران و استفاده از دانش عاطفی جهت هدایت افکار و اعمال دیگران را داشته باشد. هوش عاطفی نتایج مثبتی را در روابط انسانی، شادی، خوش بینی و موفقیت در مدرسه و محیط کار و خانواده را در بردارد (کوچک انتظار و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر سازه هوش عاطفی در حوزه روانشناسی مثبت، به سازه کیفیت زندگی در سه دهه اخیر توجه شده است. منظور از کیفیت زندگی، ادراک فرد از جایگاهش در زندگی با توجه به بافت فرهنگی و سیستم‌های ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های او است. همچنین، میزان کیفیت زندگی افراد ترکیبی از سلامت جسمی، سلامت روحی و روانی، روابط اجتماعی و ارتباط با محیط زندگی می‌باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶).

اخیراً توجه محققان، به دو متغیر روانشناسی مثبت از جمله هوش عاطفی و کیفیت زندگی مادران با ناتوانی معطوف شده است به این دلیل که، تولد کودک با ناتوانی، رویدادی استرس‌زا می‌باشد و مراقبت از یک کودک با ناتوانی، زمان و انرژی زیادی را می‌طلبد و در زندگی روزمره افراد خانواده خلل وارد می‌کند (درویشلیاج^۱، ۲۰۱۳). در واقع، والدین این کودکان به دلیل توجه بیش از حد برای رشد شناختی، اجتماعی و جسمی کودک، با مشکلات بیشتری نسبت به والدین کودکان عادی مواجه می‌شوند (فینستون^۲، ۱۹۹۰؛ نقل از راویندنانان و راجو^۳، ۲۰۰۸) و احساس غمگینی، افسردگی و واکنش‌های مختلف عاطفی را در مراحل مختلف زندگی تجربه می‌کنند. وجود کودک با نیازهای ویژه، سبب کاهش فعالیت‌های اجتماعی والدین مانند تفریح و اوقات فراغت، روابط بین فردی با اعضای خانواده و آشنایان می‌شود. در نتیجه، سلامت روان و جسمی والدین (دو بعد کلی کیفیت زندگی) در معرض خطر جدی قرار می‌گیرد (ار^۴ و همکاران، ۱۹۹۳؛ نقل از راویندنانان و راجو، ۲۰۰۸). به عبارتی، محققان معتقد هستند که مادران کودکان کم توان ذهنی به دلیل مراقبت بیش از حد و نگرانی از آینده‌ی کودک خود، هوش عاطفی پایینی دارند و به دنبال آن، سازگاری اجتماعی پایینی خواهند داشت که قادر به حل مشکلات خود نخواهند بود که این به نوبه خود بر کیفیت زندگی‌شان تأثیر منفی بر جای می‌گذارد (راویندنانان و راجو، ۲۰۰۸).

1 . Dervishaliag

2 . Finston

3 .Ravindranadan & Raju

4 . Orr



طیف وسیعی از پژوهش‌ها (گیسا وهمکاران، ۱۹۹۳؛ لئونگ، ۲۰۰۳؛ الیک و همکاران، ۲۰۰۶؛ نیل و گمز، ۲۰۱۳؛ یامادا و همکاران، ۲۰۱۲؛ مالهترا و همکاران، ۲۰۱۳؛ تقی زاده و اسدی، ۱۳۹۲) حاکی از آن است که کیفیت زندگی والدین کودکان با ناتوانی در مقایسه با کیفیت زندگی والدین کودکان عادی پایین‌تر است. همچنین، تحقیقات نشان داده است که بین هوش عاطفی و کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. در پژوهشی، راویندنان و راجو (۲۰۰۸) هوش عاطفی و کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان با نیازهای ویژه و مادران دانش‌آموزان عادی را بررسی نمودند. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ نفر از مادران عادی و ۱۰۰ نفر از مادران دانش‌آموزان با نیازهای ویژه اعم از دانش‌آموزان بیش‌فعال، سندرم داون، اتیسم، کم‌توان ذهنی و ناتوانی یادگیری بود و هر دو گروه از مادران از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تاسازی شده بودند. مادران دو گروه، مقیاس هوش عاطفی و کیفیت زندگی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که در نمره کل هوش عاطفی و میزان کیفیت زندگی بین این دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین، جنا آبادی و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهشی رابطه‌ی بین هوش عاطفی، سلامت روان و سازگاری اجتماعی را در مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بررسی نمودند. ۲۰۰ نفر از شرکت‌کنندگان در این پژوهش، به صورت تصادفی انتخاب شدند. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی، هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی توسط این مادران تکمیل گردید. روش آماری این پژوهش با استفاده از تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آناوا انجام گردید. نتایج همبستگی نشان داد که بین هوش عاطفی و سلامت روان و سازگاری اجتماعی این مادران رابطه‌ی معناداری وجود دارد و نتایج تی مستقل نشان داد که تفاوت معناداری در هوش هیجانی و سلامت روان و سازگاری اجتماعی و سطح آموزش بین مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی وجود دارد. همسو با نتایج این پژوهش، کوچک انتظار و همکاران (۲۰۱۴) در یک پژوهش رابطه‌ی بین هوش عاطفی، حمایت اجتماعی و سلامت روان مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر مالزی و ایرانی را بررسی کردند. نمونه پژوهش مشتمل بر ۲۲۷ نفر از مادران تهران و ۲۳۶ نفر از مادران کوالامپور که به شیوه‌ی هدفمند انتخاب شدند. سن کودکان در این پژوهش بین ۱۰ تا ۱۸ سال و سن مادران بین ۳۰ تا ۶۰ سال بود. نتایج پژوهش نشان داد که در مادران ایرانی، حمایت اجتماعی روی سلامت روان به طور معناداری بیشتر از هوش هیجانی اثر گذاشته است و بین هوش هیجانی و سلامت روان مادران رابطه معناداری وجود دارد و هوش هیجانی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان این مادران ایرانی اثرگذار بوده است. با این وجود، سلامت روان مادران مالزی نسبت به مادران ایرانی، تحت تأثیر هوش هیجانی بوده است. همچنین، رضوانی (۲۰۱۴) در پژوهشی به اثر بخشی آموزش هوش هیجانی روی سلامت عمومی مادران دانش‌آموزان فلج مغزی پرداخت. نمونه پژوهش مشتمل بر ۵۰ نفر مادر بود. افراد نمونه به صورت تصادفی در گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۲۵ نفر) قرار گرفتند. هر دو گروه کنترل و آزمایش پرسشنامه سلامت عمومی را تکمیل



نمودند. گروه آزمایش آموزش را دریافت نمودند. نتایج نشان داد که مادرانی که آموزش هوش هیجانی را دریافت نموده بودند، تغییرات قابل توجهی در سلامت عمومی را به دست آورده بودند. بنابراین، آموزش هوش هیجانی موجب افزایش سلامت عمومی در این مادران شده بود.

یوسفی و صفری (۱۳۸۸) در پژوهشی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه شیراز را بررسی نمودند. گروه نمونه پژوهش شامل ۴۰۳ نفر از دانشجویان بود که به روش خوشه ای تصادفی چند مرحله ای انتخاب گردیدند. فرم‌های کوتاه پرسشنامه هوش عاطفی (پترایدز و فارنهام، ۲۰۰۱) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) توسط این دانشجویان تکمیل گردید. نتایج پژوهش نشان داد که هوش عاطفی پیش بینی کننده‌ی کیفیت زندگی و خرده مقیاس‌های آن مانند سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و کیفیت محیط زندگی در دانشجویان است. همسو با نتایج این پژوهش، سعادت و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی همبستگی بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم پرداختند. نمونه پژوهش به شیوه تصادفی انتخاب گردید. پرسشنامه هوش هیجانی، کیفیت زندگی و مشخصات فردی توسط این دانشجویان تکمیل گردید. نتایج پژوهش نشان داد که ارتباط معناداری بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی وجود دارد و بین متغیرهای کیفیت زندگی و جنسیت ارتباطی وجود ندارد. همچنین، بین متغیرهای کیفیت زندگی و وضعیت تأهل ارتباطی وجود ندارد.

با توجه به مطالعات صورت گرفته می‌توان گفت، والدین به ویژه مادران نقش محوری بر رشد روانی، اجتماعی و تحصیلی کودکان دارند و والدین به دلیل مسؤلیت سنگین و متحمل شدن فشار و استرس زیاد ناشی از نگهداری کودک با کم توان ذهنی، ممکن است قادر به کنترل عواطف و درک کردن احساسات دیگران در موقعیت‌های مختلف نباشند و به دنبال آن در معرض بیماری‌های جسمی و روحی قرار بگیرند. در نتیجه، توجه به مسائل والدین این کودکان حائز اهمیت است. از آنجا که، راجع به هوش عاطفی و کیفیت زندگی در افراد عادی در ایران تحقیقات زیادی صورت گرفته است اما ارتباط هوش عاطفی با کیفیت زندگی در مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی، پژوهشی در ایران انجام نشده است. بنابراین، انجام پژوهش در این زمینه اهمیت خاصی را دارا می‌باشد و با توجه به کمبودهای محسوس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی در مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی به دنبال پاسخ گویی به این سؤال که « آیا رابطه‌ی معناداری بین هوش عاطفی و ابعاد کیفیت زندگی در مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی وجود دارد» انجام شد.

روش پژوهش



روش این پژوهش از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه مادران دانش‌آموزان پسر کم توان ذهنی پایه ابتدایی شهرستان خوی در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ است. گروه نمونه شامل ۵۰ نفر از مادران دانش‌آموزان پسر کم توان ذهنی در پایه ابتدایی که به شیوه‌ی دسترس انتخاب شدند.

ابزار پژوهش

کیفیت زندگی

به منظور ارزیابی کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی از مقیاس کیفیت زندگی وابسته به سلامت استفاده گردید. این مقیاس، مقیاس ۳۶ سؤالی است و از ۸ زیر مقیاس تشکیل شده است. عبارتند از: عملکرد جسمی^۱، مشکلات جسمی^۲، مشکلات روحی^۳، انرژی/خستگی^۴، بهزیستی هیجانی^۵، عملکرد اجتماعی^۶، درد جسمانی^۷، سلامت عمومی^۸ می‌باشد. همچنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی دیگر که عبارتند از: زیر مقیاس سلامت جسمی (جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی، اختلال نقش بخاطر سلامت جسمی، درد و سلامت عمومی)، زیرمقیاس سلامت روانی (جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش بخاطر سلامت هیجانی، انرژی/خستگی، بهزیستی هیجانی و کارکرد اجتماعی) به دست می‌آید. منتظری و همکاران (۱۳۸۴) پایایی درونی این مقیاس را برای زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی ۰/۹۰، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی ۰/۸۵، درد ۰/۸۳، سلامت عمومی ۰/۷۱، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی ۰/۷۷، انرژی/خستگی ۰/۸۴، بهزیستی هیجانی ۰/۶۵، کارکرد اجتماعی ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی درونی کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کراباخ ۰/۵۲ به دست آمد.

هوش عاطفی

به منظور ارزیابی هوش عاطفی مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی از مقیاس هوش عاطفی کراون (۲۰۰۷) استفاده گردید. این مقیاس، مقیاس ۲۵ سؤالی و دارای پنج بعد است. ابعاد این مقیاس شامل بعد کلی هوش عاطفی، بعد خودآگاهی، مدیریت بر عواطف، هم‌دردی و مهارت اجتماعی می‌باشد. سؤالات (۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱) مربوط به بعد خودآگاهی، سؤالات (۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲)

1. Physical functioning
2. Role limitations due to physical health
3. Role limitations due to emotional problems
4. Energy/fatigue
5. Emotional well-being
6. Social functioning
7. Pain
8. General health

مربوط به بعد مدیریت بر عواطف، سؤالات (۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴) مربوط به بعد همدردی، سؤالات (۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵) مربوط به بعد مهارت اجتماعی است. هر گویه یا سؤال این مقیاس به صورت لیکرت و پنج گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. به سؤالات در یک مقیاس پیوستاری از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ داده می‌شود که در وسط این طیف گزینه موافقم، مخالفم، نه موافقم و نه مخالفم قرار دارد (مقیم و رمضان، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر، روایی مقیاس از طریق همبستگی نمره بعد خودآگاهی، مدیریت بر عواطف، همدردی و مهارت اجتماعی با نمره کل به ترتیب برابر با ۰/۶۸، ۰/۵۱، ۰/۸۲، ۰/۷۹ و ۰/۶۵ و پایایی درونی کل مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ ۰/۶۸ و پایایی درونی زیر مقیاس خودآگاهی ۰/۶۰، مدیریت بر عواطف ۰/۵۰، همدردی ۰/۶۹ و مهارت اجتماعی ۰/۶۷ به دست آمد.

۴- یافته‌ها

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
هوش عاطفی	۷۹/۱۴	۱۱/۶۶	۱									
کیفیت زندگی	۹۶/۳۲	۴/۹۶	۰/۳۵*	۱								
عملکرد جسمی	۲۵/۹۶	۴/۲۹	۰/۳۳*	۰/۵۰**	۱							
مشکلات جسمی	۷/۵۶	۲/۱۳	-۰/۳۹**	-۰/۳۷	۰/۱۴	۱						
مشکلات روحی	۶/۵۶	۳/۰۷	-۰/۴۱**	-۰/۰۶۷	-۰/۴۰**	۰/۳۰*	۱					
بهبودی روانشناختی	۱۶/۲۴	۴/۱۷	۰/۴۰**	۰/۵۶**	۰/۰۷۰	-۰/۳۴*	-۰/۳۰**	۱				
عملکرد اجتماعی	۵/۸۰	۱/۶۷	۰/۳۹**	۰/۲۵	۰/۲۱	-۰/۵۹	۰/۱۳	-۰/۰۴۸	۱			
سلامت عمومی	۱۳/۷۶	۲/۴۲	۰/۳۷**	۰/۴۴**	۰/۴۱**	-۰/۳۲*	-۰/۵۳**	۰/۳۳*	۰/۰۹۳	۱		
درد جسمانی	۵/۱۴	۲/۵۵	-۰/۳۲*	۰/۰۲۲	-۰/۵۰**	-۰/۳۰*	۰/۴۵**	۰/۱۴	-۰/۰۶۵	-۰/۰۸۷	۱	
انرژی	۱۳/۲۴	۲/۲۰	۰/۴۰**	۰/۳۷**	۰/۱۶	-۰/۳۰*	-۰/۴۲**	۰/۴۵**	۰/۰۱۹	۰/۳۳**	-۰/۲۱	۱

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



همانطور که در جدول ۱ ملاحظه می شود بین هوش عاطفی و کیفیت زندگی، کارکرد جسمی، بهزیستی روانشناختی، کارکرد اجتماعی، سلامت عمومی و انرژی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. بین هوش عاطفی و مشکلات روحی، مشکلات جسمی و درد جسمانی همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. برای مطالعه‌ی قابلیت پیش‌بینی کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن با کمک هوش عاطفی، از رگرسیون استفاده گردید که نتایج در جدول زیر ارائه شده است:

جدول ۲: نتایج رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌های آن از طریق هوش عاطفی

متغیرهای ملاک	F	R ²	B	Beta	T	P
کیفیت زندگی	۷/۰۷	۰/۱۲	۰/۲۳	۰/۳۵	۱/۰۱۵	۰/۰۰۱
عملکرد جسمی	۵/۹۶	۰/۱۱	۰/۱۳	۰/۳۳	۲/۴۴	۰/۰۰۱
مشکلات جسمی	۸/۷۹	۰/۱۵	-۰/۰۷۹	-۰/۳۹	-۲/۹۶	۰/۰۰۱
مشکلات روحی	۹/۸۴	۰/۱۷	-۰/۰۷۷	-۰/۴۱	-۳/۱۳	۰/۰۰۱
بهزیستی روانشناختی	۱۱/۰۲	۰/۱۸	۰/۱۶	۰/۴۳	۳/۳۲	۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۸/۶۳	۰/۱۵	۰/۰۶۱	۰/۳۹	۲/۹۳	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	۷/۷۱	۰/۱۳	۰/۰۸۵	۰/۳۷	۲/۷۷	۰/۰۰۱
درد جسمانی	۵/۶۱	۰/۱۰	-۰/۰۷۸	-۰/۳۲	۲/۳۶	۰/۰۰۱
انرژی	۱۱/۶۱	۰/۱۹	۰/۰۹۱	۰/۴۴	۳/۴۰	۰/۰۰۱

نتایج رگرسیون در جدول ۲ ارائه شده است نشان می‌دهد که هوش عاطفی، کیفیت زندگی (Beta=۰/۳۵، T=۱/۰۱۵) را به صورت مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کند. متغیر هوش عاطفی ۰/۱۲ از واریانس نمره‌های کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. همچنین، عملکرد جسمی (Beta=۰/۳۳، T=۲/۴۴) را به صورت مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کند. متغیر هوش عاطفی ۰/۱۱ از واریانس نمره‌های عملکرد جسمی را تبیین می‌کند و در جدول ۲ مشاهده می‌شود که هوش عاطفی، بهزیستی روانشناختی (Beta=۰/۴۳، T=۳/۳۲) را به صورت مثبت معنی‌دار پیش‌بینی می‌کند. متغیر هوش عاطفی ۰/۱۸ از واریانس نمره‌های بهزیستی روانشناختی را تبیین می‌کند.

در مورد پیش‌بینی مشکلات جسمی از روی هوش عاطفی، جدول ۲ نشان می‌دهد که هوش عاطفی، مشکلات جسمی (Beta=-۰/۳۹، T=-۲/۹۶) را به صورت منفی و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کند. متغیر هوش عاطفی ۰/۱۵ از واریانس نمره‌های مشکلات



جسمی را تبیین می‌کند. همچنین، مشکلات روحی ($T=-3/13$, $Beta=-0/41$) را به صورت منفی و معنی‌دار پیش بینی می‌کند. متغیر هوش عاطفی $0/17$ از واریانس نمره‌های مشکلات روحی را تبیین می‌کند.

با توجه به جدول ۲، متغیر هوش عاطفی، عملکرد اجتماعی ($T=2/67$, $B=0/039$) را به صورت مثبت و معنی‌دار پیش بینی می‌کند. این متغیر، $0/15$ از واریانس نمره‌های عملکرد اجتماعی را تبیین می‌کند. همچنین، متغیر سلامت عمومی ($B=1/63$) را به صورت مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی می‌کند. این متغیر، $0/13$ از واریانس نمره‌های سلامت عمومی را تبیین می‌کند و متغیر هوش عاطفی، متغیر درد جسمانی ($T=-1/75$, $B=-1/99$) را به صورت منفی و معنی‌دار پیش بینی می‌کند. این متغیر، $0/10$ از واریانس نمره‌های درد جسمانی را تبیین می‌کند. علاوه بر متغیرهای ذکر شده، متغیر هوش عاطفی، انرژی ($T=3/40$, $B=0/19$) را به صورت مثبت و معنی‌دار پیش بینی می‌کند. این متغیر، $0/19$ از واریانس انرژی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان پسر کم توان ذهنی بود که در پی آن رابطه هوش عاطفی با عملکرد جسمی، بهزیستی روانشناختی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و انرژی، مشکلات روحی، مشکلات جسمی و درد جسمانی از ابعاد کیفیت زندگی مطالعه شد.

در گسترده مقاله مشاهده شد، همبستگی مثبت و معنادار بین هوش عاطفی و پنج بعد کیفیت زندگی (عملکرد جسمی، بهزیستی روانشناختی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و انرژی) و همبستگی منفی معنادار بین هوش عاطفی و سه بعد کیفیت زندگی (مشکلات روحی، مشکلات جسمی و درد جسمانی) وجود دارد. همچنین، ابعاد کیفیت زندگی را می‌توان با توجه به هوش عاطفی با استفاده از تحلیل رگرسیون پیش‌بینی کرد. نتایج پژوهش با یافته‌های راویندانا و راجو (۲۰۰۸) همسو است.

در توجیه یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، ناتوانی یک کودک اعم از جسمی و ذهنی، خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک منبع اضطراب برای خانواده است. در نتیجه سلامت جسمی و روانی والدین (دو بعد کلی کیفیت زندگی) را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اردوغان‌لو و جونل^۱، ۲۰۰۷؛ مکمانوس^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). مادران کودکان مبتلا به کم توان ذهنی به دلیل ویژگی‌های خاص و مشکلات متعددی که این کودکان دارند، استرس زیادی را تجربه می‌کنند (اسکیوه^۳ و همکاران، ۲۰۰۷) و این مادران، نمی‌توانند

1 . Erdoganoglu & Junel

2 . Mcmanus

3 . Schieve



هیجانات منفی و پرخاشگری خود را کنترل کنند. در نتیجه، در معرض اختلالات روانی (ویس^۱، ۱۹۹۱)، کاهش عزت نفس و سرزنش خود (هالریود^۲ و همکاران، ۱۹۷۶؛ نقل از الیک و همکاران، ۲۰۰۶)، عملکرد جسمی پایین و خستگی روانی و جسمی قرار می‌گیرند (هدو^۳ و همکاران، ۲۰۰۰؛ امرسون^۴، ۲۰۰۳). همچنین، راویندانا و راجو (۲۰۰۸) معتقد است که بین هوش عاطفی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد و با وجود هوش عاطفی (خودآگاهی، مدیریت خلق و خو، خود انگیزی، کنترل تکانه و مهارت‌های اجتماعی) مادران کودکان با نیازهای ویژه از سلامت روانی، جسمی و کیفیت زندگی بهتری برخوردار خواهند شد. در واقع، افرادی که هوش عاطفی دارند با مشکلات زندگی بهتر سازگار می‌شوند و رضایت بیشتری از زندگی دارند (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۳؛ نقل از یوسفی و صفری، ۱۳۸۸).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت، از آنجا که آزمودنی‌های پژوهش فقط مادران پسران کم توان ذهنی بودند، بنابراین، در تعمیم آن در مورد مادران دختران کم توان ذهنی بایستی با احتیاط صورت گیرد. همچنین، نمونه انتخاب شده مربوط به شهرستان خوی است، در نتیجه در تعمیم آن به سایر نقاط کشور باید با احتیاط کرد. علاوه بر ذکر این محدودیت‌ها، نمونه انتخابی در این پژوهش به دلیل عدم همکاری مادران این دانش‌آموزان به ۵۰ نفر از مادران کاسته شد. با توجه به محدودیت‌ها، برای محققان علاقه‌مند پیشنهاد می‌شود، این پژوهش را در مادران دختران کم توان ذهنی و در نمونه وسیعی اجرا کنند. همچنین، از پیشنهادی کاربردی می‌توان گفت، جلسات آموزشی در انجمن اولیاء مربیان در زمینه مدیریت و درک عواطف و ارائه خدمات آموزشی از طرف سازمان‌های اجتماعی فراهم گردد.

منابع

تقی‌زاده، حسین؛ اسدی، راضیه. بررسی مقایسه کیفیت زندگی مادران کم توان ذهنی مادران کودکان کم توان ذهنی و مادران کودکان عادی. مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۴، شماره ۸، ص ۷۴-۶۶.

1. Weis
2. Halroyd
3. Hedove
4. Emerson



سعادت، سهیل؛ سوری، حمید؛ اسدی، مهدی؛ محبی، سیامک؛ جیوایی، سمیه؛ فلاحی، سمیرا (۱۳۸۸). بررسی همبستگی بین هوش هیجانی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم. مجله دانش و تندرستی. دوره ۵، شماره ویژه نامه کنگره اپیدمیولوژی ایران. ص ۷۹-۷۹.

مقیمی، سید محمد و رمضان، مجید، ۱۳۹۰، پژوهشنامه مدیریت، جلد چهارم، انتشارات راه‌دان، تهران.

منتظری، علی؛ گشتاسبی، آزیتا؛ وحدانی نیا، مریم‌السادات. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36. فصلنامه پایش، ۵ (۱): ۴۹ تا ۵۶.

یوسفی، فریده؛ صفری، هاجر (۱۳۸۸). بررسی رابطه هوش عاطفی با کیفیت زندگی و ابعاد آن. مطالعات روانشناختی. دوره ۵، شماره ۴.

Alik, H., Larsson, J. O., & Smedje., H (2006). Health-related quality of life in parents of school-age children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Health and Quality of Life Outcomes* 2006, 4:1

Dervishaliaj, E. (2013). Parental Stress in families of children with disabilities: A Literature Review. *Journal of Educational and Social Research MCSER Publishing, Rome-Italy, Vol. 3 No. 7.*

Emerson, E.(2003). Mothers of children and adolescents with intellectual disability: social and economic situation, mental health status, and the self-assessed social and psychological impact of the child's difficulties. *J Intellect Disabil Res*, 47:385-399.

Erdoganoglu ,Y., & M. K. Gunel, "Serebral paralizili çocukların ailelerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin araştırılması," *Toplum Hekimliği Bülteni*, vol. 2, no. 6, pp. 35-39, 2007.

Geetha, C.V., Bhasker, & Geetha (1993). A Study of certain characteristics of the families of mentally retarded children in comparison to families of normal children. *Indian Journal of Applied Psychology*, 30, 25-29.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*: Bantam.

Hedov G, Anneren G, Wikblad K.(2000). Self-perceived health in Swedish parents of children with Down's syndrome. *Qual Life Res*, 9:415-422.

Holroyd J, McArthur D: Mental retardation and stress on the parents: a contrast between Down's syndrome and childhood autism. *Am J Ment Defic* 1976, 80:431-436.

Jena abadi, H., Issa zadegan, A., Chepati gorgij, H., & Abadi dadkan, A. (2014). The Relationship between Emotional Intelligence, mental hygiene and social adjustment of mentally retarded children's parents and normal children's parents . *International Journal of Psychology and Behavioral Research. Vol, 3(4), 243-251.*

Koochak entezar, R., Othman, N., Bintimohdkosnin, A., & Ghanbaripanah, A. (2014). The Relation between emotional intelligence, social support and mental health among iranian and malaysian mothers of mild Intellectually disabled children. *International Journal of Fundmental Psychology and Social Sciences. Vol, 4, No.1.pp. 06-14.*

Latefa, A . D., & Muayyad, M. A. (2014). Quality of life among parents of children with autistic disorder: A sample from the Arab world. *Research in Developmental Disabilities* 35 (2014) 278-287.



- Weiss, S.J (1991). Stressors experienced by family caregivers of children with pervasive developmental disorders. *Child Psychiatry Hum Dev*, 21:203-216.
- McManus, V., Michelsen, S. I., Parkinson, K., et al. (2006). "Discussion groups with parents of children with cerebral palsy in Europe designed to assist development of a relevant measure of environment," *Child. Care, Health and Development*, vol. 32, no. 2, pp. 185-192.
- Malhotra, S.H., Khan, W., & Bhatia, M.S. (2012). Quality of Life of parents having children with developmental disabilities. *Delhi Psychiatry Journal*, Vol. 15, No.1
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- Neil, I. B., & Gomez, M. G. (2013). Quality of life of parents of filipino children with special needs. *Education Quarterly*, Vol, 71, Issue 2, pp. 42-58.
- Ravindranadan, V., & Raju, S. (2008). Emotional intelligence and quality of Life of parents of children with special needs. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, Vol, 34, No, 34-39.
- Rezvani, F. (2013). The Effect of Emotional Intelligence Training on General Health of Mothers of Children with Cerebral Palsy. *New York Science Journal* 7(8).
- World Health Organisation.(1996). Quality of life (WHOQOL)-Brief questionnaire, field trial version. Geneva:WHO.
- Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(Suppl 1):S114-21.
- Yamada, A., Suzuki, M., Kato, M., Suzuki, M., Tanaka, S., & Shinda, T. (2012). Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 2-8.

Archive of SID