



## Structural Model of Children's Behavioral Problems based on Mothers' Mental Health: The Mediating Role of Emotional Intelligence

Fatemeh Bashari Qomi<sup>1</sup>, Mahboubeh Dastani<sup>2</sup>, Seyyed Mehdi Sarkeshikiyan<sup>3\*</sup>

1- Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Qom Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Qom, Iran.

2- Ph.D in clinical psychology, Department of Psychology, Shahab-Danesh University, Qom, Iran.

3- Ph.D in Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

**Corresponding Author:** Seyyed Mehdi Sarkeshikiyan, Ph.D in Educational Psychology, Department of Educational Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran.

**Email:** [mehdikiyan110@gmail.com](mailto:mehdikiyan110@gmail.com)

Received: 11 Dec 2023

Accepted: 10 March 2024

### Abstract

**Introduction:** Children are the national and human capital of the country. Therefore, psychological health and the examination of their psychological aspects are of great importance, meanwhile, the role of parents in this field is undeniable. The purpose of the research was to test the structural model of children's behavioral problems based on mothers' mental health, considering the mediating role of emotional intelligence.

**Methods:** This research was fundamental and quantitative in terms of objective and semi-quasi-correlation and structural equation modeling. The statistical population of this research included all children diagnosed with behavioral problems before elementary school in Qom province in the academic year 1401-1402. A sample of 385 mothers, who volunteered to cooperate, were included in the research from among the mentioned society. Children's behavioral problems questionnaire (Quay and Peterson), emotional intelligence questionnaire (Bar-On), and general health questionnaire (GHQ) were used to collect information. The data were analyzed by correlation matrix method and structural equation modeling.

**Result:** The results showed that the indicators of the proposed model have an acceptable fit. The path of mental health to behavioral problems ( $\beta = -0.294$ ,  $P = 0.000$ ), the path of mental health to emotional intelligence ( $\beta = 0.570$ ,  $P = 0.000$ ), and the path of emotional intelligence to behavioral problems ( $P = 0.000$ ),  $\beta = -0.367$ ) is reported. Also, the mediating role of emotional intelligence was confirmed at a confidence level of 0.95.

**Conclusions:** Mothers' mental health has significant effects on children's emotional intelligence and behavioral problems, so it is recommended that the contribution of the above variables in assessment, diagnosis, and treatment is considered important, and related organizations should consider possible preventive programs.

**Keywords:** Behavioral problems, Mental health, Emotional intelligence, Mothers.



## مدل ساختاری مشکلات رفتاری کودکان بر اساس سلامت روان مادران: نقش میانجی گری هوش هیجانی

فاطمه بشری قمی<sup>۱</sup>، محبوبه داستانی<sup>۲</sup>، سیدمهدی سرکشیکیان<sup>۳\*</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران.

۳- دکتری تخصصی، گروه روانشناسی تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

نویسنده مسئول: سید مهدی سرکشیکیان، دکتری تخصصی، گروه روانشناسی تربیتی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.  
ایمیل: [mehdikiyani110@gmail.com](mailto:mehdikiyani110@gmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** کودکان سرمایه های ملی و انسانی کشور هستند. لذا سلامت روانشناختی و بررسی ابعاد روانی آنها از اهمیت بالایی برخوردار است در این بین نقش والدین در این زمینه غیر قابل انکار است. هدف از پژوهش آزمون مدل ساختاری مشکلات رفتاری کودکان بر اساس سلامت روان مادران با توجه نقش میانجی گری هوش هیجانی بود.

**روش کار:** این پژوهش از لحاظ هدف بنیادین و کمی و از نوع توصیفی همبستگی و مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان دارای تشخیص مشکلات رفتاری پیش از دبستان استان قم در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند. از میان جامعه مذکور نمونه ای برابر با ۳۸۵ مادر که خود داوطلب همکاری بودند به روش نمونه گیری در دسترس به پژوهش وارد شدند. از پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان (Quay and Peterson)، پرسشنامه هوش هیجانی (Bar-On) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. داده ها به روش ماتریس همبستگی و مدل یابی معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که شاخص های مدل پیشنهادی از برازش قابل قبولی برخوردار هستند. مسیر سلامت روان به مشکلات رفتاری ( $\beta = -0/294, P = 0/000$ )، مسیر سلامت روان به هوش هیجانی ( $\beta = 0/570, P = 0/000$ ) و مسیر هوش هیجانی به مشکلات رفتاری ( $\beta = -0/367, P = 0/000$ ) گزارش می شود. همچنین نقش میانجی هوش هیجانی در سطح 0/95 اطمینان مورد تایید قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** سلامت روان مادران اثرات معنادار بر هوش هیجانی و مشکلات رفتاری کودکان دارد لذا توصیه می شود سهم متغیرهای فوق در ارزیابی، تشخیص و درمان مهم قلمداد شده و سازمان های مرتبط برنامه های پیشگیرانه احتمالی را در نظر گیرند.

**کلیدواژه ها:** مشکلات رفتاری، سلامت روان، هوش هیجانی، مادران.

## مقدمه

دوره کودکی، از مهم ترین مراحل زندگی به شمار می رود که در آن شخصیت فرد شکل می گیرد. اغلب ناسازگاری ها و اختلالات رفتاری در نوجوانی و بزرگسالی، از بی توجهی به مسائل و مشکلات عاطفی-رفتاری دوران کودکی و عدم هدایت روند تحول و تکامل کودک ناشی می شود (۱). زیرا که دوره کودکی یکی از اساسی ترین دوره های زندگی است که تجارب آن پایه ای برای سلامتی و بهزیستی در طول عمر است (۲). در حقیقت، سنین ابتدایی کودک، از مهم ترین و حساس ترین دوره های زمانی است که می تواند آینده سلامت روانی او و جامعه را رقم بزند (۳). کودکان به دلیل اینکه شدیداً از نظر توانمندی های جسمانی و ذهنی نارس هستند و به والدین و دیگران وابسته اند، در مقابل فشارها و ناراحتی ها، تنها کاری که می توانند انجام دهند، بروز مشکلات رفتاری است (۴). مشکل رفتاری به رفتار فردی گفته می شود که بدون پایین بودن بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری فرد دور از اندازه عمومی اجتماع و دارای شدت، تکرار، مداومت در زمان ها و مکان های متعدد باشد، به طوری که موجب کاهش عملکرد تحصیلی، رفتاری فرد می شود و اطرافیان نیز به طور مکرر این گونه کودکان را به طور مستقیم یا غیرمستقیم طرد می کنند و در مدرسه اکثر اوقات از آنها گلایه و شکایت می شود (۵). براساس مطالعات انجام شده، ۱۵ تا ۲۲ درصد کودکان در طول زندگی خود اختلالات عاطفی یا رفتاری را به شدت تجربه می کنند (۶).

مشکلات رفتاری در کودکان به صورت رفتارهای متفاوتی بروز می کند که عوامل زیادی در ایجاد آن نقش دارند. مهم ترین آنها عوامل زیستی، محیطی، اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی است (۷). همچنین پژوهش ها نشان داده اند که عواملی مانند: فضای نامساعد خانوادگی ناکارآمدی تربیت سنتی غافل شدن خانواده ها از مسائل تربیتی، رشد بسیار سریع امکانات رسانه ای و... در شکل گیری اختلالات دوران کودکی مؤثرند. (۸). رابطه اعضای خانواده و نحوه ارتباطی که والدین با فرزندان خود دارند، بستر رشد عاطفی و اجتماعی کودکان را تشکیل می دهد (۹). از آنجایی که نظام خانواده یک نظام پویاست. این نظام افراد را از لحاظ عاطفی، اقتصادی و اجتماعی حمایت می کند. وجود یک مشکل یا اختلال در خانواده عملکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد (۱۰).

یکی از عواملی که به نظر می رسد بر روی مشکلات رفتاری کودکان اثر می گذارد، سلامت روان مادران می باشد. سلامت روان یکی از مهم ترین اجزای زندگی سالم است و عوامل بی شماری در شکل گیری سالم یا ناسالم آن دخیل هستند. این مفهوم به دنبال اجتناب از احساسات منفی مانند استرس، افسردگی، عدم فعالیت اجتماعی، اضطراب و علائم مرضی است و از بیماری ها در افراد جلوگیری می کند (۱۱). سلامت روان عمومی و پریشانی روانشناختی والدین از عوامل مهم مشکلات روانی در کودکان است. سلامت روان صرفاً به معنای نداشتن علائم بیماری نیست، بلکه فرد سالم علاوه بر نداشتن آثار و نشانه های مربوط به بیماری های روانی، باید ارتباط سالمی را با دیگران برقرار کند، واقعیتها را بپذیرد، خود را با محیط سازگار کند و در جهت شکوفا ساختن استعداد های خود بکوشد و اهداف خود را به طور منطقی تحقق بخشد (۱۲). تحقیقات نشان می دهد که مؤلفه های هوش هیجانی، مؤلفه های خوش بینی و کنترل عواطف توانستند سلامت روان مادران را پیش بینی کند (۱۳). یکی از عواملی که به نظر می رسد بر روی مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است، هوش هیجانی مادران می باشد. هوش هیجانی شامل توانایی دریافت درست، پردازش و بیان احساسات و هیجانات است که منجر به آگاهی بهتر فرد از چگونگی روابط فردی در جهت مدیریت هیجانات و عملکرد بهتر وی می شود و شامل چهار حیطه است: ۱. خودآگاهی شامل درک توانایی های خود و ابراز آنها؛ ۲. آگاهی اجتماعی شامل درک نسبت به دیگران و برآورد توانمندی های آنها و توانایی همدلی با آنها؛ ۳. مدیریت رابطه با دیگران؛ ۴. خودمدیریتی که شامل توانایی انطباق با تغییرات و حل مسائل شخصی و اجتماعی است (۱۴).

بر اساس بررسی های انجام شده پژوهشی که به بررسی روابط بین متغیرهای مشکلات رفتاری، هوش هیجانی و سلامت روان در قالب برآزش یک مدل آماری پردازد یافت نشد. این مطالعه هم راستا و موازی با روش های کمی که در این زمینه ایجاد شده است که می تواند پژوهشگران را در یافتن روابط علی متغیرهای مورد بررسی یاری رساند. وجه تمایز این پژوهش با تحقیقات موجود را می توان پرداختن به روابط متغیرها دانست که با توجه به شواهد موجود و کنکاشی که توسط پژوهشگران صورت گرفته است کمتر به آن پرداخته شده است که این خود می تواند به غنای پژوهشی در این حوزه کمک کند. با وجود متغیرهای

کلینیکهای روانشناسی دریافت گردید. سپس مادران کودکان پیش از دبستان که علاقمند به همکاری در مطالعه بودند و پرسشنامه رضایت آگاهانه را امضا کرده بودند در پژوهش شرکت داده شدند و از آنها خواسته شد که صادقانه و دقیق به سؤالات پاسخ دهند و در نهایت تمام پرسشنامه ها جمع آوری و جهت تجزیه و تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت از مدل یابی معادلات ساختاری و با نرم افزارهای spss26 و pls3 برا تحلیل داده ها استفاده شد.

#### پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان (RBPC):

این پرسشنامه توسط Quay & Peterson در سال ۱۹۸۷ برای درجه بندی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان سنین ۵ تا ۱۸ سال تهیه شده است. فهرست دارای چهار خرده آزمون اختلال رفتاری هنجاری (۳۸ گویه)، پرخاشگری اجتماعی (۹ گویه) مشکلات توجه و ناپختگی (۳۳ گویه) و اضطراب- گوشه گیری (۸ گویه) بوده و روی هم رفته دربرگیرنده ۸۸ گویه است. برای نمره گذاری این پرسشنامه از سه درجه بندی صفر، یک و دو استفاده می شود. در حالی که حداقل نمره کسب شده برای هر خرده آزمون آشکارا صفر است و حداکثر نمره ۱۷۶ است. به مشکلات رفتاری حاد نمره دو، به مشکلات رفتاری غیرحاد نمره یک و به عدم وجود مشکلات رفتاری نمره صفر داده می شود. در پژوهش شهیم و همکاران روایی پرسشنامه Quay & Peterson با روش همبستگی گویه ها با نمره کل، تحلیل عاملی و همبستگی بین نمرات پرسشنامه با نمرات پرسشنامه رفتار کودک Rutter (۰/۸۸) به دست آمد. همچنین به منظور محاسبه پایایی آن از روش آلفای کرونباخ استفاده شده و ضریب ۰/۹۸ به دست آمده است (۱۶). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۵۴ گزارش می شود.

#### پرسشنامه هوش هیجانی (BAR-ON-EQ):

این پرسشنامه که براساس مدل هوش هیجانی-اجتماعی Bar-On که خود او ساخته است، یک مقیاس خودگزارشی برای ارزیابی رفتارهای مرتبط با هوش هیجانی و اجتماعی است (۱۷). مقیاس هوش هیجانی دارای پانزده خرده مقیاس است. خرده مقیاس های آزمون عبارتند از: ابراز وجود، احترام به خود، استقلال، انعطاف پذیری، تحمل فشار روانی، حل مسئله، خودآگاهی هیجانی، خودشکوفایی، خوش بینی، روابط بین فردی، شادکامی، مسئولیت پذیری اجتماعی، همدلی، واقعیت سنجی و کنترل تکانش می باشد. پرسشنامه هوشیهر هیجانی Bar-On از ۱۳۳ سوال تشکیل

شناختی و هیجانی موجود در پژوهش می توان دیدگاه جامع تری نسبت به مشکلات رفتاری کودکان داشت که با پر کردن خلاً پژوهشی موجود می تواند به تحقیقات آینده کمک کند و باعث گسترش مرزهای پژوهش در علوم رفتاری شود. بنابراین پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که مدل ساختاری مشکلات رفتاری کودکان بر اساس سلامت روان مادران با توجه به نقش میانجی گری هوش هیجانی برآزش دارد؟

#### روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادین بوده و با توجه به ماهیت موضوع، در زمره پژوهش های توصیفی از نوع همبستگی و مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان دارای تشخیص مشکلات رفتاری پیش از دبستان استان قم در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند. در این پژوهش حجم نمونه با استفاده نظریه Kline بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه ها (سؤالات) پرسشنامه ها برآورد شد (۱۵). بنابراین از میان جامعه مذکور نمونه ای برابر با ۳۸۵ مادر که خود داوطلب همکاری بودند به روش نمونه گیری در دسترس به پژوهش وارد شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل کودک دارای تشخیص مشکلات رفتاری، سن کودک بین ۵ تا ۷ سال، سن مادر بین ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود عقب ماندگی ذهنی و اختلالات طیف اوتیسم در کودک، عدم وجود مشکلات جسمانی و روانشناختی حاد در مادر، زندگی کردن کودک با مادر، عدم هرگونه مصرف مواد توسط مادر، سواد خواندن و نوشتن مادر و سکونت در استان قم و رضایت آگاهانه برای پرکردن پرسشنامه ها بود. همچنین معیار خروج نقص در پرسشنامه ها، و ایجاد آشوب در فرآیند مطالعه بود. جهت در نظر داشتن قوانین اخلاقی در پژوهش ابتدا در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه کد اخلاق به شماره (IR.IAU.QOM.REC.1402.25) دریافت شد. به افراد شرکت کننده در پژوهش اعلام شد که نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نیست و علاوه بر این، اطلاعات ارائه شده در قالب پرسشنامه ها تنها در اختیار محقق بوده و از دستیابی افراد دیگر به این گونه اطلاعات ممانعت به عمل آمد تا اصل رازداری رعایت گردد. در پژوهش حاضر ابتدا برای گردآوری داده ها از دانشگاه معرفی نامه ای مبتنی بر کار پژوهشی برای همکاری بهتر مراکز پیش دبستانی و

شده و هر آیتم نمره ای بین ۱ تا ۵ می گیرد. حد پایین نمره در این پرسشنامه ۹۰ و حد بالا ۴۵۰ می باشد. نمره کل هر مقیاس برابر با مجموع نمرات هریک از سؤالات آن مقیاس و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس است. در مطالعه دهشیری با مطالعه بر روی ۳۵ آزمودنی در فاصله زمانی یک ماه ضریب پایایی باز آزمایی ۷۳٪ را به دست آورد (۱۸). سموعی پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی و میانگین ضرایب پایایی با روش (همسانی درونی) با آلفای کرونباخ ۹۳٪ و با روش (زوج و فرد) ۸۸٪ برآورد کرده است و روایی پرسشنامه را با روش (تحلیل عامل اکتشافی) آزموده است (۱۹). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۰۱ گزارش می شود.

#### پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):

در تحقیق حاضر از فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده است. فرم ۲۸ سوالی پرسشنامه توسط Goldberg & Hillier از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی شده است (۲۰). سؤالات آن شامل چهار خرده مقیاس است که هر کدام شامل ۷ سؤال می باشد. زیرمقیاس اول دربردارنده موادی درباره احساس افراد نسبت به وضع سلامت خود و احساس خستگی آنهاست و نشانه های بدنی را در برمیگیرد، این زیر مقیاس دریافت های حسی بدنی را که اغلب با برانگیختگی های هیجانی همراهند، ارزشیابی می کند، زیرمقیاس دوم درباره اضطراب

و بی خوابی است، زیر مقیاس سوم دامنه توانایی افراد را در رویارویی با خواسته های حرفه ای و مسائل زندگی روزمره میسنجد و احساسات آنها را درباره چگونگی کنار آمدن با چالش های زندگی آشکار میکند، چهارمین زیرمقیاس با افسردگی شدید و گرایش مشخص به خودکشی ارتباط دارد. نمره گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت است که به صورت ۰-۱-۲-۳ می باشد. نمره کلی هر فرد از حاصل جمع چهار خرده مقیاس به دست می آید (۲۰). حداقل و حداکثر نمره در این پرسشنامه ۰ و ۸۴ است. در ضمن لازم به ذکر است که در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر میباشد. Goldberg & Hillier در پایایی به روش دو نیمه کردن برای این پرسشنامه را که توسط ۸۵۳ نفر تکمیل شده بود ۰/۹۵ گزارش کردند (۲۱). Chan پس از اجرای پرسشنامه بر روی ۷۲ دانشجو در هنگ کنگ، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرد (۲۲). تقوی پایایی این پرسشنامه رابه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ گزارش نموده است (۲۳). آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۸۳ گزارش می شود.

#### یافته ها

در ابتدا به بررسی ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پژوهش پرداخته شده است.

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
تحصیلات مادر	زیر لیسانس	۲۷/۳
	لیسانس	۵۴/۷
	فوق لیسانس و بالاتر	۱۸
سن مادر	۲۰ تا ۳۰ سال	۱۶/۴
	۳۰ تا ۴۰ سال	۵۸/۸
	۴۰ تا ۵۰ سال	۲۴/۸
سن کودک	۵ تا ۶ سال	۴۸/۴۳
	۶ تا ۷ سال	۵۱/۵۶
جنسیت کودکان	دختر	۴۰/۱۰
	پسر	۵۹/۸۹

پژوهش گزارش و بررسی شده است.

در جدول فوق ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پژوهش گزارش شده است. در ادامه مقادیر توصیفی متغیرهای

جدول ۲: مقادیر توصیفی متغیر مشکلات رفتاری کودکان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی	اسمیرنوف	P
اختلال سلوک	۲۹/۳۲	۱۴/۱۱	۰/۱۱۵	۰/۴۱۵	-۰/۲۱۰	۰/۰۱۱
پرخاشگری اجتماعی	۵۰/۹۱	۳/۴۸	۰/۱۲۳	۰/۵۵۴	-۰/۳۰۰	۰/۰۰۱
مشکلات توجه	۲۳/۱۷	۵/۵۷	۰/۱۴۲	۰/۶۳۰	-۰/۱۹۰	۰/۰۰۰
اضطراب-گوشه گیری	۵۰/۹۷	۳/۴۰	۰/۱۶۳	۰/۵۲۰	-۰/۱۲۴	۰/۰۲۱
مشکلات رفتاری (کل)	۶۴/۳۸	۳۱/۱۱	۰/۱۷۷	۰/۴۹۹	-۰/۵۱۶	۰/۰۳۰
سلامت روان	۵۲/۴۶	۹/۶۱	۰/۲۰۰	۰/۶۱۷	-۰/۲۵۱	۰/۰۴۱
هوش هیجانی (کل)	۲۶۶/۸۰	۴۷/۶۳	۰/۲۶۴	۰/۵۵۳	-۰/۴۸۷	۰/۰۰۰

نشده. همچنین شاخص تورم واریانس نشان داد چون مقادیر به دست آمده از این آزمون کمتر از ۱۰ می باشد که هم خطی وجود ندارد. همچنین مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۹۲۲ برآورد شده که نشان می دهد خطاها از یک دیگر استقلال دارند.

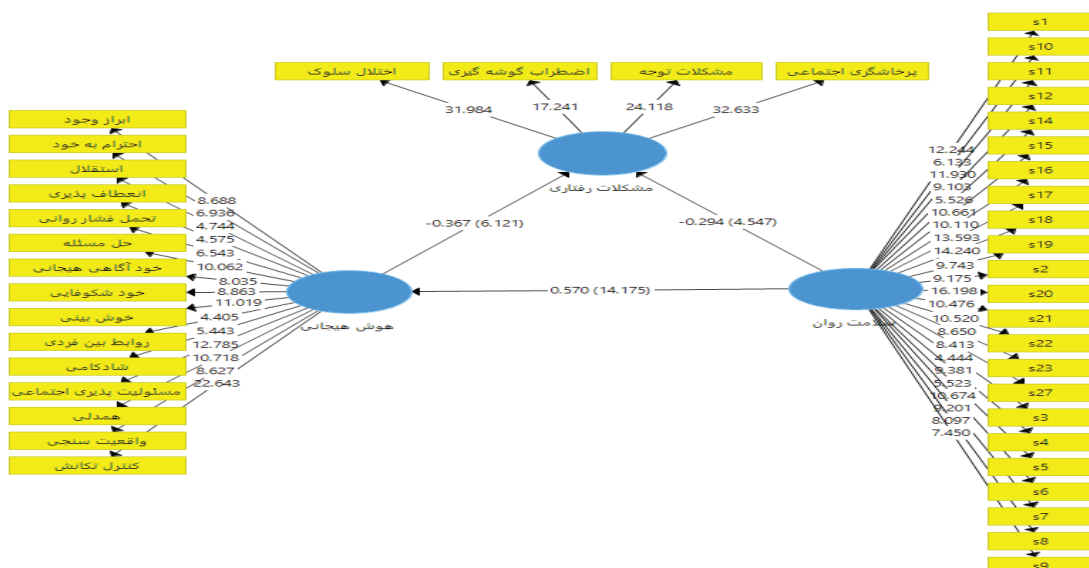
در جدول فوق مقادیر توصیفی متغیرهای پژوهش قابل مشاهده است. همچنین مقدار آمار اسمیرنوف برای تمامی مولفه های تحقیق قابل مشاهده است. همان طور که مشاهده می شود چون سطح معناداری بالای ۰/۰۵ برآورد نشده است داده ها از توزیع نرمال تبعیت نمی کنند. در بررسی صورت گرفته با باکس پلات داده پرتی مشاهده

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ( $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$  \*)

مولفه ها	اختلال سلوک	پرخاشگری اجتماعی	مشکلات توجه	اضطراب-گوشه گیری	سلامت روان	هوش هیجانی
اختلال سلوک	۱					
پرخاشگری اجتماعی	**۰/۶۲۴	۱				
مشکلات توجه	**۰/۳۲۴	**۰/۳۶۷	۱			
اضطراب-گوشه گیری	**۰/۲۰۰	**۰/۱۸۷	**۰/۲۱۲	۱		
سلامت روان	**۰/۵۰۳	**۰/۴۰۸	**۰/۳۷۶	**۰/۴۳۹	۱	
هوش هیجانی	**۰/۴۹۷	**۰/۵۵۵	**۰/۴۹۹	**۰/۳۲۵	**۰/۴۴۵	۱

اطمینان و ۹۹ درصد اطمینان قابل مشاهده است.

همان طور که در جدول ماتریس همبستگی نمایش داده می شود. روابط بین متغیرهای تحقیق در سطح ۹۵ درصد



شکل ۱. مدل برازش داده شده



که واریانس بین سازه و شاخص‌های آن از واریانس خطای اندازه‌گیری آن سازه بیشتر بوده و پایایی در مورد آن مدل اندازه‌گیری قابل قبول است.

بارهای عاملی از طریق محاسبه مقدار ارتباط گویه‌های یک سازه با آن سازه محاسبه می‌شوند که اگر این مقدار برابر و یا بیشتر از مقدار ۰/۳ و قدر مطلق ۱/۹۶ برای آماره تی در سطح ۰/۹۵ اطمینان شود، مؤید این مطلب است

جدول ۴: اثرات مستقیم

مقادیر P	آماره T	انحراف استاندارد	میانگین نمونه	نمونه‌های اصلی	
۰/۰۰۰	۴/۵۴۷	۰/۰۶۵	-۰/۳۰۰	-۰/۲۹۴	سلامت روان -> مشکلات رفتاری
۰/۰۰۰	۱۴/۱۷۵	۰/۰۴۰	۰/۵۸۹	۰/۵۷۰	سلامت روان -> هوش هیجانی
۰/۰۰۰	۶/۱۲۱	۰/۰۶۰	-۰/۳۶۷	-۰/۳۶۷	هوش هیجانی -> مشکلات رفتاری

درصد مسیرهای تحقیق مورد تایید قرار می‌گیرد. با توجه به مقدار تی و سطح معناداری تمامی مسیرها معنادار است و فرضیه مورد تایید قرار می‌گیرد.

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود ضرایب مسیر یا مقدار بتا در مدل برای همه مسیرها گزارش شده است اگر مقدار t-values برای این مسیرهای پژوهش از مقداری بحرانی ۱/۹۶ بیشتر باشد بنابراین با احتمال ۹۵

جدول ۵: فرضیات مربوط اثرات غیر مستقیم (نقش واسطه‌ای)

مقادیر P	آماره T	انحراف استاندارد	میانگین نمونه	نمونه‌های اصلی	
۰/۰۰۰	۵/۵۹۱	۰/۰۳۷	-۰/۲۱۶	-۰/۲۱۰	سلامت روان -> هوش هیجانی -> مشکلات رفتاری

متغیر میانجی نقشی در میان رابطه متغیر برون زاد و درون زاد ندارد) در سطح خطای ۰/۰۵ رد شود و تاثیر میانجی در روابط بین متغیرها معنادار باشد.

همان طور که مشاهده می‌شود مقادیر آماره آزمون به دست آمده می‌بایست از مقدار بحرانی ۱/۹۶ بیشتر باشد تا نشان دهنده این باشد که فرض صفر (مبنی بر اینکه

جدول ۶: شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص	حد بحرانی	مقدار برآورد شده مدل
شاخص نیکویی برازش	۰/۳۶	۰/۴۴۸
شاخص استون و گیسر	بالای صفر	۰/۱۲۸
ریشه میانگین مربعات باقیمانده استاندارد	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶
شاخص بنتلر-پونت	بالای ۰/۹	۰/۹۰۹
تنای ریشه میانگین مربعات	کمتر از ۰/۱۲	۰/۰۵

پژوهش‌های گودینی و همکاران (۲۴)، صالحی و سلیمی (۲۵)، به پژوه و موسوی (۲۶)، گلچین وحسینی (۲۷)، Sánchez-Núñez (۲۸) و Schnitzer (۳۱) همسو بوده است. به عنوان مثال Sánchez-Núñez و همکاران نشان دادند بین راهبردهای تنظیم هیجانی و هوش هیجانی والدین با مشکلات رفتاری دانش آموزان رابطه معکوس و معناداری وجود دارد. Datu & Yang (۲۸) نشان دادند که بین سلامت روان مادران با مشکلات رفتاری در بین دانش آموزان رابطه معناداری وجود داشت. این یافته را می‌توان با نظریه Goleman (۳۰) تبیین کرد. او معتقد است هوش

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود مقدار به دست آمده شاخص شاخص نیکویی برازش برابر با ۰/۴۴۸ است که این میزان از مقدار ۰/۳۶ برای برازش قوی مدل بیشتر است و این نشان از برازش مطلوب مدل کلی تحقیق دارد.

## بحث

یافته اصلی پژوهش نشان داد که مدل پیش بینی مشکلات رفتاری کودکان براساس سلامت روان با میانجی‌گری هوش هیجانی از برازش برخوردار است. این یافته با نتایج

باشد، فرزند او با احتمال زیاد دچار مشکلات رفتاری هیجانی خواهد شد. در تبیین این موضوع، می‌توان گفت سلامت روان یکی از مهم‌ترین اجزای زندگی سالم است و عوامل بی‌شماری در شکل‌گیری سالم یا ناسالم آن دخیل هستند. این مفهوم به دنبال اجتناب از احساسات منفی مانند استرس، افسردگی، عدم فعالیت اجتماعی، اضطراب و علائم مرضی است و از بیماری‌ها در افراد جلوگیری می‌کند. سلامت روان عمومی و پریشانی روانشناختی والدین از عوامل مهم مشکلات روانی در کودکان است. ادبیات نشان می‌دهد که سلامت روان مادر با پیامدهای رفتاری، عاطفی، اجتماعی و شناختی ضعیف در کودکان مرتبط است. یافته‌های پژوهش نشان داد که سلامت روان مادران اثر مستقیم و معناداری بر هوش هیجانی مادران دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های رستمی و همکاران (۱۳)، مہری و همکاران (۳۴)، محمدنژاد و همکاران (۳۵)، Wilson (۳۶) همسو بوده است. به عنوان مثال رستمی و همکاران (۱۳) نشان دادند مؤلفه‌های هوش هیجانی، مؤلفه‌های خوش بینی و کنترل عواطف توانستند سلامت روان مادران را پیش‌بینی کند. براساس نظریه سالووی و همکاران توجه به هیجان‌ها و کاربرد مناسب آنها در روابط انسانی، درک احوال خود و دیگران، خویشتن‌داری و تسلط بر خواسته‌های لحظه‌ای، همدلی به دیگران و استفاده مثبت از هیجان‌ها در اندیشه‌شناخت، موضوع هوش هیجانی است که می‌تواند با آگاهی و هوش معنوی ارتباط داشته باشد (۳۷). بنابراین شامل توانایی استفاده از اطلاعات هیجانی در تفکر عمل و مسئله‌گشایی است که در نهایت می‌تواند به سلامت روان در افراد منجر شود (۳۸). بزرگترین محدودیت پژوهش حاضر نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد. به دلیل اینکه جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان پیش از دبستان استان قم بوده است، در تعمیم احتیاط شود. محدودیت دیگر این تحقیق نامشخص بودن وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده و تأثیر آن بر مشکلات رفتاری است. جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه بود که جنبه خودگزارشی داشت. تأثیرگذاری عواملی همچون؛ شرایط زمانی و مکانی، شرایط روحی و فیزیکی بر تکمیل پرسشنامه نیز دور از انتظار نبود که به دلایل مختلف امکان کنترل همه این متغیرها وجود نداشت. همچنین گنجانیدن یک برنامه جدید به عنوان غربالگری سلامت روانی در مادران و انجام مداخلات درمانی به موقع میتواند گامی مؤثر در جهت ارتقای شاخص‌های سلامت

هیجانی هم شامل عناصر درونی است و هم بیرونی. او معتقد است درک هوش هیجانی یعنی آگاهی عمیق و روشن از احساسات، هیجانات، نقاط ضعف و قوت، نیازها و سائق‌های خود. افرادی که به احساسات و هیجانات خود اطمینان بیشتری دارند، مهارت بیشتری در هدایت و کنترل وقایع زندگی از خود نشان می‌دهند، در کارهای خود دقیق هستند، امیدواری آنها غیرواقع‌بینانه نیست و مسئولیتی را قبول می‌کنند که در حد توان آنهاست. برعکس افرادی که در این حیطه توانایی کمتری دارند، همواره درگیر احساسات درمانده‌کننده هستند و این موضوع می‌تواند سلامت روان افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش نشان داد که هوش هیجانی مادران اثر معکوس و معناداری بر مشکلات رفتاری کودکان دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های گودینی و همکاران (۲۴)، صالحی و سلیمی (۲۵)، گلچین و حسینی (۲۷)، Schnitzer (۳۱)، Bar-On و همکاران (۳۲) همسو بوده است. این یافته را می‌توان با تئوری Bar-On (۱۷) تبیین کرد. او براین اساس هوش هیجانی را به عنوان یک مجموعه از ظرفیت‌ها، قابلیت‌ها و مهارت‌های غیرشناختی می‌داند که توانایی‌های فرد را در برخورد موفقیت‌آمیز با مقتضیات و فشارهای محیطی، بالا می‌برد. مدل بار-آن از هوش هیجانی به داشتن استعداد برای عمل کردن و موفقیت در عملکرد مربوط می‌شود و این موضوع فرایند مدار است تا نتیجه مدار (۳۳). در تبیین این موضوع، می‌توان گفت مادران دارای هوش هیجانی بالا به دلیل آنکه درک عمیقی از عواطف خود دارند باعث می‌شود که بتوانند حالات فرزندان خود را به خوبی درک کنند. این توانایی مادران موجب می‌شود پایه اولیه ارتباط که شناخت متقابل عواطف است به خوبی شکل گیرد یافته‌های پژوهشی Halberstadt (۳۳)، حاکی از آن است که در صورتی که والدین در تعامل با فرزندان خود هیجانات مثبتی نشان دهند مشکلات رفتاری در آنها کاهش می‌یابد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش نشان داد که سلامت روان مادر اثر معکوس و معناداری بر مشکلات رفتاری کودکان دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های به پژوه و موسوی (۲۶) و Datu & Yang (۲۸) همسو بوده است. در این راستا می‌توان بیان کرد که آسیب روانی مادر موجب اختلال‌های عاطفی-هیجانی و مشکلات رفتاری فرزندان می‌شود. چنانچه مادری دچار افسردگی شدید یا اختلال وحشت



مشکلات رفتاری کودکان شود.

### سیاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می دانند از شرکت کنندگان در پژوهش جهت یاری رساندن در انجام تحقیق، صمیمانه قدردانی نمایند.

### تضاد منافع

در این مقاله هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

### References

1. White E, Zippel J, Kumar S. The effect of equine-assisted therapies on behavioural, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020 May 1;39:101101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101101>
2. Guinn AS, Ports KA, Ford DC, Breiding M, Merrick MT. Associations between adverse childhood experiences and acquired brain injury, including traumatic brain injuries, among adults: 2014 BRFSS North Carolina. *Injury prevention*. 2019 Dec 1;25(6):514-20. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042927>
3. Putri H, Suriansyah A, Wahdini E. Effect of education income levels and parenting patterns on children's social behavior. *Journal of k6 education and management*. 2019;2(2):97-106. <https://doi.org/10.11594/jk6em.02.02.03>
4. Parkes A, Green M, Mitchell K. Coparenting and parenting pathways from the couple relationship to children's behavior problems. *Journal of Family Psychology*. 2019 Mar;33(2):215. <https://doi.org/10.1037/fam0000492>
5. Karami S. Behavioral disorders of children. *Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 1369. <https://www.sid.ir/paper/432261/fa>
6. Mohammadi D, Western V. Relationship between behavioral disorders and emotional intelligence in students. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*. 2018; 4: 258-399. [https://jkmu.kmu.ac.ir/article\\_17389.html](https://jkmu.kmu.ac.ir/article_17389.html)
7. Zuppardo L, Serrano F, Pirrone C, Rodriguez-Fuentes A. More Than Words: Anxiety, Self-

روانی مادران و کودکانشان باشد. پیشنهاد می شود در برنامه های مداخلات روانی مراکز مشاوره خانواده و همچنین در مدارس و مراکز پیش دبستانی آموزش مهارت های هوش هیجانی برای مادران نیز گنجانده شود.

### نتیجه گیری

با توجه به یافته های تحقیق می توان استنباط کرد که سلامت روان مادران بر مشکلات رفتاری کودکان موثر است. همچنین سلامت روان مادران می تواند بر هوش هیجانی آنها تاثیر گذارد و از این طریق باعث کاهش

8. Esteem, and Behavioral Problems in Children and Adolescents With Dyslexia. *Learning Disability Quarterly*. 2023 May;46(2):77-91. <https://doi.org/10.1177/07319487211041103>
9. Roštami A, Aghtani AQ. Behavioral disorders of children and the factors affecting them. The third conference on management, educational, social and psychological sciences. 1400. <https://www.en.symposia.ir/RAVAN03>
10. Ildiz GI, Ayhan AB. A study of predictive role of parental acceptance rejection perceived by children on secure attachment level. *Current Psychology*. 2020 Jun 29:1-0. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00897-9>
11. Gholami N, Shafiabadi A, Mohammadipour M. Comparing the effectiveness of «cognitive-behavioral group therapy» with «existential group therapy» on mother-child relationships of mothers of exceptional children. *Management of mental health promotion*. 1400; 10(3): 149-136. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1418-en.html>
12. Hemti F, Doran H, Akbari M, Yar Ahmadi Y. Evaluating the effect of integrated intervention program training based on academic knowledge and metacognitive awareness on students' academic self-disability. *Positive Psychology Research*. 2019;2(2): 33-49.
13. Profandi AM. Biopsychological prediction based on hope and administered social support in women heads of households. *Women and family studies*. 2019 September; 7 (2): 89-114.
14. Roštami M, Samati N, Mahdinejad Gurji G, Abarqo S. Prediction of mental health based on psychological toughness, emotional and trigonometric intelligence in mothers of late students. *Applied Family Therapy Quarterly*.

- 1401; 5(3):11-123.
14. Sánchez-Núñez MT, García-Rubio N, Fernández-Berrocal P, Latorre JM. 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*. 2020 Sep;17(17):6255. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176255>
  15. Kline, R.B., (2010), *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*, NY: Guilford Press.
  16. Shahim S, Yousefi F, Ghanbari Mazidi M. Psychometric properties of the revised checklist of Quai and Patterson behavior problems, Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 1386; 4(13): 358-350. <https://ensani.ir/fa/article/229548/>
  17. Bar-On R. BarOn emotional quotient inventory. Multi-health systems; 1997.
  18. Dehshiri GR. Normization of Bar-an Emotional Questionnaire among students of Tehran universities and investigation of its factorial structure. Master's thesis of Allameh Tabatabai University. 2012. [https://journals.marvdasht.iau.ir/article\\_1890.html](https://journals.marvdasht.iau.ir/article_1890.html)
  19. Samoui R. Translation and standardization of Bar-an emotional intelligence test. *Sina's mind*. 2011.
  20. Goldberg, DP, Hillier, V F. A scaled version of general health questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*. 1979. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
  21. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. (No Title). 1988 Feb 13. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000795003754752>
  22. Chan DW. The Chinese version of the General Health Questionnaire: does language make a difference?. *Psychological medicine*. 1985 Feb;15(1):147-55. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021012>
  23. Taghvaei MR. Investigating the validity and reliability of the General Health Questionnaire (G.H.Q). *Journal of Psychology [Internet]*. 1380.5(4 (consecutive 20)):381-398. Available from. <https://www.sid.ir/paper/54489/fa>
  24. Gowdini R, PourMohammadReza-Tajrishi M, Tahmasabi S, Biglarian A. The effect of teaching emotion management to mothers on children's behavioral problems from the perspective of parents. *Rehabilitation Scientific Research Quarterly*. 2017; 18(1): 13-24. <https://doi.org/10.21859/jrehab-180113>
  25. Salehi F, Salimi H. Investigating the effectiveness of parents' emotional intelligence training on reducing behavioral disorders of preschool children in Amol city. The third international conference on psychology, educational sciences and lifestyle. 2015. [https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article\\_664668.html](https://journal-counselling.islamshahr.iau.ir/article_664668.html)
  26. Behpajoh A, Mousavi BS. The relationship between marital satisfaction and mental health in mothers with children with emotional and behavioral problems. *Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences*. 2015;13(52):505-518. 20.1001.1.17357462.1393.13.52.4.2
  27. Golchin R, Hosseini Nesab SD. Comparison of children's behavioral problems in mothers with high and low emotional intelligence. *Journal: Education and Evaluation (Educational Sciences)*. 2012; 6(4): 13-24. [https://jinev.tabriz.iau.ir/article\\_521464.htm](https://jinev.tabriz.iau.ir/article_521464.htm)
  28. Datu JA, Yang W. Academic buoyancy, academic motivation, and academic achievement among filipino high school students. *Current Psychology*. 2021 Aug;40:3958-65. DOI <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00358-y>
  29. Trigueros R, Navarro N, Cangas AJ, Mercader I, Aguilar-Parra JM, González-Santos J, González-Bernal JJ, Soto-Cámara R. The protective role of emotional intelligence in self-stigma and emotional exhaustion of family members of people with mental disorders. *Sustainability*. 2020 Jun 15;12(12):4862. <https://doi.org/10.3390/su12124862>
  30. Goleman D. Emotional intelligence, translated by Nasrin Parsa. Tehran: Roshd. 2001.
  31. Schnitzer G, Andries C, Lebeer J. Usefulness of cognitive intervention programmes for socio-emotional and behaviour problems in children with learning disabilities. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 2007 Nov;7(3):161-71. <https://doi.org/10.1111/j.1471-3802.2007.00093.x>
  32. Bar-On RE, Parker JD. *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. Jossey-Bass; 2000.

33. Halberstadt AG, Cassidy J, Stifter CA, Parke RD, Fox NA. Self-expressiveness within the family context: Psychometric support for a new measure. *Psychological assessment*. 1995 Mar;7(1):93. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.1.93>
34. Mehri A, Maleki B, Sedekhi Kohsare S. Investigating the relationship between mental health and emotional intelligence in athletic and non-athlete male students of Payam Noor University, Ardabil Center. *health and hyginie*. 1390; 2 (4): 64-74. URL: <http://healthjournal.arums.ac.ir/article-1-101-fa.html>
35. Mohammadnejad E, Abutalebi G, Talebian Y, Nemati Dopulani F. Relationship between Emotional Intelligence and Mental Health in Petroleum employees. *Journal of Health and Care*. 2014 Sep 10;16(3):70-8. URL: <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-273-en.html>
36. Wilson CA, Saklofske DH. The relationship between trait emotional intelligence, resiliency, and mental health in older adults: the mediating role of savouring. *Aging & mental health*. 2018 May 4;22(5):646-54. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1292207>
37. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*. 1990 Mar;9(3):185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
38. World Health Organization. World health report: primary care: now more than ever. Geneva: WHO. 2007.