

## نقش تروما، هوش هیجانی و مهارت اجتماعی در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست مراکز نگهداری شبه خانواده شهر کرمان

محمد رضا صادقی نژاد<sup>۱</sup>، سمیرا محتشمی<sup>۱</sup>، زهرا عباسی<sup>۱</sup>، الناز فتحی اردکانی<sup>۱</sup>،  
محمد رضا بابایی<sup>۱</sup>، امان الله سلطانی<sup>۲</sup>  
<sup>۱</sup> بخش تحقیق و پژوهش مؤسسه خیریه کوثر مشیز حضرت زهرا (س).  
<sup>۲</sup> دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان.

نام نویسنده مسئول:

محمد رضا بابایی

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تروما، هوش هیجانی و مهارت اجتماعی در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست مراکز نگهداری شبه خانواده شهر کرمان انجام شد. مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش تمامی نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ ساله ساکن در مراکز شبانه روزی تحت پوشش بهزیستی استان کرمان بودند که از بین آنها ۱۰۰ نفر از نوجوانان مؤسسه خیریه کوثر مشیز با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه تروما، هوش هیجانی، مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری نوجوانان پاسخ دادند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد هوش هیجانی اولین نقش و پس از آن مهارت های اجتماعی دومین نقش را در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان ساکن در شبه خانواده داشته است. بنابراین، برای کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان بهتر است کارگاه ها و کلاس های آموزشی مناسب جهت افزایش سطح آگاهی در زمینه هوش هیجانی و مهارت اجتماعی نوجوانان و افرادی که با آن ها در ارتباط هستند برگزار گردد. همچنین تروما به عنوان سومین متغیر پیش بینی کننده مشکلات رفتاری می باشد بنابراین بهتر است اقدامات روان درمانی جهت کاهش اثر ضربه های روانی انجام شود.

**واژگان کلیدی:** هوش هیجانی، مشکلات رفتاری، تروما، مهارت اجتماعی، نوجوانان، شبه خانواده.

## مقدمه

عوامل اجتماعی- اقتصادی مختلفی ممکن است در بروز گسیختگی خانواده و به دنبال آن پدیده بی سرپرستی در جامعه مؤثر باشند. آن گاه که گسیختگی خانواده تداوم پیدا کند، تاثیرات منفی بیشتری بر کودکان داشته و زمینه را برای بروز آسیب های اجتماعی مختلف مهیا می نماید. به گونه ای که شاید بتوان ریشه هر نوع رفتار ضد اجتماعی کودکان را در آسیب های خانوادگی جستجو کرد. تحقیقات زیادی، اثرات منفی فقدان یک یا هر دو والد در خانواده را بر بروز اختلالات رفتاری مورد سنجش قرار داده اند ( غباری بناب و میرنسب، ۱۳۹۳). اختلال های رفتاری، اختلال های شایع و ناتوان کننده ای هستند که برای معلمان، خانواده، خود کودکان و نوجوانان مشکلات بسیاری را ایجاد می کنند و با میزان بالایی از معضلات اجتماعی همراهند (یوسفی، ۱۳۷۷). در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که، اختلال های رفتاری کودکان و نوجوانان به دو دسته کلی دورنی سازی شده و بروننی سازی شده تقسیم می شود. اختلال های دورنی سازی شده بیش تر درون فردی و شامل مشکلاتی همچون کناره گیری از تعامل های اجتماعی، بازداری، اضطراب و افسردگی است. در مقابل اختلال های بروننی سازی شده برون فردی است و به صورت فزون کنشی، پرخاشگری، تضادورزی، نقض قواعد و قوانین اجتماعی ظاهر می شود (آخنباخ<sup>۱</sup> و رسکولار، ۲۰۰۱؛ نعمت الهی و طهماسبی، ۱۳۹۳). این اختلال های رفتاری به طور قابل ملاحظه ای بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می گذارند و احتمال ابتلاء به بیماری های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می دهد (آخنباخ، رسکولار و منوال<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱؛ غباری بناب و میرنسب، ۱۳۹۳). بطور مثال پژوهش سیدموسوی و قنبری (۱۳۸۷) نشان داد که داشتن مشکلات رفتاری در دوره کودکی و نوجوانی بروز آسیب های روانشناختی را طی سال های آتی در فرد پیش بینی می کند و در روند رشد شخصی، اجتماعی و تحصیلی فرد اختلال ایجاد می نماید. پژوهش های زیادی به بررسی مشکلات رفتاری در فرزندان شبه خانواده پرداخته اند (فرناندز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸، لارنس<sup>۴</sup>، کارلسون و اوگلدن، ۲۰۰۶؛ کلر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ احمد و همکاران، ۲۰۰۵؛ ماسیسی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ پور بافرانی و همکاران، ۱۳۹۲). نتایج این مطالعات حاکی از آن است که مشکلات بروننی سازی رفتاری در فرزندان شبه خانواده بیشتر از جمعیت عمومی می باشد. کودکان بی سرپرست و بدسرپرست در مقایسه با کودکان عادی، دچار یاس و کام نایافتگی می شوند. همچنین کمبود امکانات و سایر موارد، زمینه بروز پرخاشگری و سازش نایافتگی کودک را در مراکز پرورشگاهی فراهم می سازد. مسائل و مشکلات موجود در نوجوانان آن هم ساکن در مراکز شبه خانواده متفاوت هست. از آن جایی که این نوجوانان از نظر برآورده نشدن نیازهای مختلف رشد مانند نیاز به تعلق - تحسین و محبت منجر به گزارش شیوع بالاتر بحران ها و آسیب های روانی- اختلال های رفتاری، اضطراب، افسردگی، احساس گناه، ناامیدی و ترس و خشم نمود می یابد. از جمله عواملی که می تواند در مشکلات رفتاری نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست تأثیر داشته باشد تروما، هوش هیجانی و مهارت اجتماعی می باشد (هبرت<sup>۸</sup>، لانگیون<sup>۹</sup> و اسید<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷؛ جوزف<sup>۱۱</sup>، لاینلی<sup>۱۲</sup> و الکس<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۸؛ سایو، ۲۰۰۹؛ داستویک هامیدویک<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۷؛ کریستوفر<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۴؛ پاشا و گل شکوه، ۱۳۹۶).

طبق تعریف DSM تروما را بعنوان تجربه مستقیم شخصی رویداد که شامل مرگ واقعی یا تهدید و آسیب جدی است، تعریف می کند، برخی از تروما ها شامل حوادث ناگهانی و کوتاه مدت می باشد و بقیه نیز محرک های تنش زای طولانی مدت نظیر مرگ یک شخصیت مورد علاقه را شامل می شود (حاجبی، ۱۳۸۸). نتایج پژوهش های انجام شده در این زمینه نشان دهنده تأثیر تروما بر مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان می باشد (جوزف، لاینلی و الکس، ۲۰۰۸؛ آفیفی<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). به طور مثال پژوهش هبرت<sup>۱۷</sup>، لانگیون<sup>۱۸</sup> و اسید<sup>۱۹</sup> (۲۰۱۷) نشان داد که ترومای انباشته شده کودکی بر روی مشکلات رفتاری درونی و بیرونی تأثیر می گذارد.

1 . Achenbach

2 . Rescorla

3 . Manual

4 . Fernandez

5 .Lawrence

6 . keller

7 . Musisi

8 . Hebert

9 . Langevin

10 .Oussaid

11 . Joseph

12 . Linley

13 . Alex

14 .Dostovic Hamidovic

15 . Christopher

16 .Afifi

17 . Hebert

18 . Langevin

19 .Oussaid

عامل دیگری که می تواند بر مشکلات رفتاری تأثیرگذار باشد، ضعف در هوش هیجانی است (سایو، ۲۰۰۹؛ ناوی و رذان، ۲۰۱۱؛ محمدی و غرابی، ۱۳۸۶؛ پاشا و گل شکوه، ۱۳۹۶؛ مقدم پور، ۱۳۹۳؛ کیمیایی، رفتار و سلطانی فر، ۱۳۹۰). هوش هیجانی، توانایی فرد در بازنگری احساسات و هیجان های خود و دیگران، تمیز قائل شدن میان هیجان ها و استفاده از اطلاعات هیجانی به صورت سالم در حل مسأله و نظم بخشی رفتار است (سالووی<sup>۱</sup> و مایر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). همچنین، هوش هیجانی مجموعه ای از ظرفیت ها، قابلیت ها و مهارت های غیرشناختی است که توانایی فرد را در سازگاری با مقتضیات و فشارهای محیطی افزایش می دهد (بار آن، ۱۹۹۷). هوش هیجانی ساختاری است که بینش خوبی نسبت به رفتار انسان، تعامل اجتماعی و تفاوت های فردی ایجاد می کند (همپسون و گلدبرگ، ۲۰۰۶). شواهدی وجود دارد که هوش هیجانی بالا می تواند به کاهش مشکلات رفتاری منجر شود به طور مثال ناوی و رذان (۲۰۱۱)، در پژوهش خود نشان دادند که کمبود هوش هیجانی با بی نظمی مشکلات رفتاری نوجوانان ارتباط دارد. همچنین، پاشا و گل شکوه (۱۳۹۶) نشان دادند که آموزش هوش هیجانی باعث افزایش سازگاری و کاهش پرخاشگری در دانش آموزان دارای اختلالات رفتاری می شود.

در نهایت عامل دیگر مؤثر بر مشکلات رفتاری می تواند، عدم مهارت اجتماعی باشد (تویسرکانی رواوری، یونسی و یوسفی لویه، ۱۳۸۷؛ کریستوفر، ۲۰۰۴؛ داستویک هامیدویک، ۲۰۱۷). مهارت های اجتماعی به رفتارهای آموخته شده و معقول جامعه اطلاق می شود؛ رفتار هایی که شخص می تواند با دیگران به نحوی ارتباط متقابل بر قرار کند که به بروز پاسخ های مثبت و پرهیز از پاسخ های منفی منجر شود (کارتلیج و میلبرن، ۱۳۶۹). کمبود مهارت های اجتماعی کودکان را با مشکلات متعدد مواجه می سازد و باعث عدم مصالحه و سازش در روابط بین فردی، مشکلات و اختلالات رفتاری می گردد و بر رشد شخصیت کودک و سازگاری وی با محیط تأثیر منفی می گذارد که این کاستی در مهارت های اجتماعی بیانگر پیش آیند های بالقوه برای اختلالات روانشناختی است (سگرین<sup>۳</sup>، تایلور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). مطالعات نشان می دهد کودکان با مشکلات رفتاری در زمینه کاربرد مهارت های اجتماعی بسیار ضعیف عمل می کنند و در مشکلات بین فردی نمی توانند شیوه های مختلفی را برای رفع مشکل خود پیدا کنند (تویسرکانی رواوری، یونسی و یوسفی لویه، ۱۳۸۷). به طور مثال در پژوهش داستویک هامیدویک<sup>۵</sup> (۲۰۱۷) مشکلات هیجانی و رفتاری در اوایل نوجوانی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که همبستگی معنی داری بین عوامل اجتماعی و مشکلات هیجانی و رفتاری در اوایل نوجوانی وجود دارد.

اگرچه تحقیقات زیادی در خصوص ارتباط نقش تروما، هوش هیجانی و مهارت های اجتماعی با مشکلات رفتاری در جمعیت های مختلف انجام شده است، اما تحقیقی که ارتباط این سه متغیر را در کنار هم با مشکلات رفتاری بخصوص در نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست بررسی کرده باشد، یافت نشد، بنابراین هدف این تحقیق بررسی نقش این سه متغیر در پیش بینی مشکلات رفتاری به منظور ارائه روش های تربیتی و آموزشی مناسب جهت کاهش مشکلات رفتاری می باشد.

## روش

این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی می باشد. که جامعه آماری آن، نوجوانان شبه خانواده ۱۱ تا ۱۸ ساله ساکن در مراکز تحت پوشش بهزیستی استان کرمان بودند. نمونه پژوهش حاضر یکی از مراکز شبه خانواده استان کرمان (موسسه خیریه کوثر مشیز) بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۱۰۰ نفر به صورت داوطلبانه از بین ۱۲۸ نفر انتخاب شدند.

## ابزار

در این پژوهش از پرسشنامه های مشکلات رفتاری آخنباخ، تروما، هوش هیجانی و مهارت های اجتماعی استفاده شده است.

**پرسشنامه مشکلات رفتاری:** مشکلات رفتاری در این پژوهش با استفاده از مقیاس مشکلات رفتاری آخنباخ سنجیده شد که شامل مؤلفه های گوشه گیری/افسردگی، شکایت بدنی، افسردگی/اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه و همچنین مقیاس سایر مشکلات رفتاری است. این مقیاس توسط آخنباخ ساخته شده است. فرم مشکلات رفتاری نوجوانان یک مقیاس خود ارزیابی کننده برای سنین ۱۱ الی ۱۸ سال است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). فرم سندروم های این مقیاس دارای ۱۱۲ سوال می باشد، پاسخ دهنده براساس وضعیت فعلی یا شش ماه گذشته هر سوال را به صورت =درست نیست، =۱ تا حدودی یا بعضی اوقات درست است، =۲ همیشه یا اغلب درست است، درجه بندی می کند. سامانی (۱۳۷۸)، در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس رفتار

1. Salovey

2. Mayer

3. Segrin

4. Taylor

5. Dostovic Hamidovic

فزون کنترلی (مشکلات رفتاری درونی سازی) را ۰/۹۰ و رفتار کنترل نشده (مشکلات رفتاری بیرونی سازی) را ۰/۸۰ و ضریب آلفا برای کل آزمون را برابر ۰/۸۰ گزارش نموده است. هم چنین طبق پژوهش حبیبی عسگرآباد و همکاران (۱۳۸۸)، اعتبار به روش آلفای کرونباخ برای دو قلوهای پسرهمسان و ناهمسان به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای دو قلوهای دختر همسان و ناهمسان به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۱ گزارش شد.

**پرسشنامه مهارت های اجتماعی:** در این پژوهش برای سنجش مهارت های اجتماعی از مقیاس مهارت های اجتماعی نوجوانان (TISS) استفاده شد. این مقیاس توسط ایندربیتزن<sup>۱</sup> و فوستر<sup>۲</sup> (۱۹۹۲) ساخته شده است و از ۳۹ گویه و ۲ خرده مقیاس رفتارهای اجتماعی مطلوب (۲۰ سوال) و رفتارهای غیر اجتماعی (۱۹ سوال) تشکیل شده است که به منظور بررسی میزان مهارت های اجتماعی در نوجوانان بکار می رود. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۶ نقطه ای می باشد که برای گزینه های «اصلاً درست نیست»، «خیلی کم درست است»، «کمی درست است»، «تأخیری درست است»، «بیشتر اوقات درست است»، «همیشه درست است» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ در نظر گرفته می شود. نحوه ارزیابی مهارت های اجتماعی هر فرد توسط این پرسشنامه بدین صورت است که اگر فردی نمره اش بالاتر از میانگین باشد، دارای مهارت های اجتماعی بالا است و اگر پایین تر از میانگین باشد، مهارت های اجتماعی پایینی دارد. لازم به ذکر است که نمره ۹۸ بر اساس استاندارد تست به عنوان میانگین در نظر گرفته شده است. اعتبار این سیاهه توسط ایندربیتزن و فوستر (۱۹۹۲) ۰/۹۰ گزارش شده است.

**پرسشنامه هوش هیجانی:** در این پژوهش برای سنجش هوش هیجانی از پرسشنامه هوش هیجانی استفاده شد. این پرسشنامه توسط شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۳ جمله خود توصیفی ۵ گزینه‌ای با گزینه‌های (کاملاً مخالفم، تا حدودی مخالفم، نه مخالفم و نه موافق، تا حدودی موافق و کاملاً موافق) است و دارای ۳ خرده مقیاس است که عبارتند از: ارزیابی و ابراز هیجان، تنظیم و مدیریت هیجان و بهره‌برداری از هیجان. نمره‌گذاری این تست به این صورت است که گزینه‌های کاملاً مخالفم، ۱، مخالفم، ۲، نه مخالف نه موافق، ۳، تا حدودی موافق، ۴، و کاملاً موافق، ۵ نمره داده می‌شود ضریب اعتبار این آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ توسط سیاروچی و همکاران (۲۰۰۲)، ۰/۸۴ خسرو جاوید (۱۳۸۱)، ۰/۸۱ محاسبه شده است. هم چنین نتایج این پژوهش بیانگر همبستگی منفی و معنادار هوش هیجانی با متغیرهای ملاک نظیر آلکسی تایمی/افسردگی و حالت اضطراب بود که این مسأله نشان دهنده اعتبار ملاکی این آزمون می باشد.

**پرسشنامه تروما:** در این پژوهش برای سنجش تروما نوجوانان از مقیاس تروما استفاده شد. این مقیاس توسط احمدی (۱۳۸۹) ساخته شده است که ۲۳ ماده دارد و تروماهای قبل از سن ۱۸ سالگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مقیاس آزمودنی باید هر ماده را بخواند و پاسخ خود را در قالب دو گزینه بلی و خیر مشخص کند. پاسخ بلی نمره یک و پاسخ خیر نمره صفر را برای فرد به همراه دارد. نمره کل مقیاس در طیفی شامل ۰ تا ۲۳ قرار می‌گیرد. احمدی (۱۳۸۹)، روی یک نمونه (n=۱۲۰) همسانی آلفای کرونباخ را ۰/۸۹ و در نمونه دیگری (n=۱۸۰) آلفای کرونباخ را بین ۰/۹۱ گزارش می‌کند.

پرسش نامه ها توسط فرزندان و با نظارت روان شناس هر مرکز تکمیل گردید. با توجه به اینکه این پژوهش از نوع رابطه ای بوده؛ از روش رگرسیون چند متغیری جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید، اما قبل از آن جهت توصیف متغیر ها و بررسی مفروضه های رگرسیون از آمار توصیفی، ضریب همبستگی، و آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد.

## نتایج

نتایج این پژوهش در سه بخش توصیفی، همبستگی و رگرسیون بیان شده است.

### جدول ۱: توصیف متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	حداکثر	حداقل	کشیدگی	چولگی	تعداد
مشکلات رفتاری	۸۲/۰۱۰۱	۲۹/۸۸۳۲۷	۱۶۳/۰۰	۲۷/۰۰	۰/۱۳۴	۰/۵۲۴	۱۰۰
مهارت اجتماعی	۹۸/۱۷۱۷	۲۳/۱۷۹۴۴	۱۵۷/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۸۷۴	-۰/۴۰۷	۱۰۰
هوش هیجانی	۱۲۴/۷۹۸۰	۲۰/۷۸۲۱۴	۱۵۹/۰۰	۴۷/۰۰	۱/۹۰	-۱/۱۹۶	۱۰۰

<sup>۱</sup> Inderbitzen

<sup>۲</sup> Foster

جدول ۱، میانگین، انحراف استاندارد، حداکثر، حداقل، کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. با توجه میزان کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش که بیشتر از ۲+ و کمتر از ۲- نبودند، می توان نتیجه گرفت که کلیه متغیرهای پژوهش مفروضه نرمال بودن را برآورده می کند (فیلد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵).

جدول ۲: آزمون کولموگروف اسمیرونف

مشکلات رفتاری	مهارت اجتماعی	هوش هیجانی	تروما	
069۰/	067۰/	118۰/	134۰/	آماره
200 <sup>c,d</sup> /	200 <sup>c,d</sup> /	100 <sup>c</sup> /	090 <sup>c</sup> /	معنی داری

با توجه به جدول ۲، مقدار سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ می باشد، لذا می توان نتیجه گرفت مفروضه نرمال بودن برای کلیه متغیرهای پژوهش رعایت شده است. بنابراین می توان از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون برای تحلیل داده ها استفاده کرد.

جدول ۲: همبستگی بین متغیرها

متغیرها	مشکلات اجتماعی	مهارت اجتماعی	هوش هیجانی	تروما
مشکلات رفتاری	1	۰/۲۵۸**	۰/۲۸۲**	۰/۴۲۷**
مهارت اجتماعی		1	۰/۳۵۷**	۰/۰۹۹
هوش هیجانی			۱	۰/۱۴۴-
تروما				۱

با توجه به جدول ۲، همبستگی بین متغیرهای پیش بین دو به دو بالا نبوده است و کمتر از ۰/۷ می باشد که این نشان دهنده عدم هم پوشانی متغیرهای پیش بین است همچنین آن جدول نشان می دهد که بین هر یک از متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک همبستگی معناداری وجود دارد.

جدول ۳: رگرسیون

R <sup>2</sup> =/337		p=0/000 <sup>b</sup>		F=16/123	
p	beta	t	متغیرهای پیش بین		
۰/۰۰۰		4/395	مقدار ثابت		
۰/۰۰۰	-۰/۳۵۹	-3/936	هوش هیجانی		
۰/۰۰۰	-۰/۳۵۳	-3/891	مهارت اجتماعی		
۰/۰۰۰	۰/۳۴۰	3/978	تروما		

همانگونه که در جدول ۴ نشان داده شده است میزان R<sup>2</sup>=0/337، میزان p=0/000 و میزان F=۱۶/۱۲۳ است که نشان می دهد کلیه متغیرهای پیش بین قادر به تبیین ۳۳/۷٪ متغیر ملاک می باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده، هوش هیجانی با بتای ۰/۳۵۹- بیشترین نقش را در پیش بینی مشکلات رفتاری دارد و مهارت اجتماعی با بتای ۰/۳۵۳- دومین متغیری است که مشکلات رفتاری را پیش بینی می کند و همچنین تروما با بتای ۰/۳۴۰ سومین متغیر پیش بینی کننده مشکلات رفتاری می باشد.

<sup>۱</sup>.Field

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش تروما، هوش هیجانی و مهارت های اجتماعی در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست مراکز نگهداری شبانه روزی کودکان و نوجوانان شهر کرمان بود. نتایج نشان داد که تروماهای دوران کودکی، سهم معناداری در پیش بینی مشکلات رفتاری درونی و برونی نوجوانان مورد مطالعه داشتند. نقش تروماهای دوران کودکی در پیش بینی مشکلات رفتاری با پژوهش های جوزف و همکاران (۲۰۰۸)، آیفی و همکاران (۲۰۰۹)، هم سو می باشد. به طور مثال نتایج مطالعه هبرت و همکاران (۲۰۱۷)، نشان داد ترومای انباشته شده کودکی بر روی مشکلات رفتاری درونی و بیرونی تاثیر می گذارد. جهت تبیین نقش تروماهای دوران کودکی در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست مورد مطالعه، می توان گفت کودکانی با سوابق رویدادهای آسیب رسان و پیچیده، به علت ظرفیت ناقص و رشد نیافته ی تعدیل حالات فردی و آرام کردن خود دچار مشکلات رفتاری واحساسی حاد می شوند (دروز، ۱۳۹۳). قرار گرفتن در معرض آسیب های چندگانه ی ناشی از روابط بین فردی مانند رها شدن، خیانت، آسیب های جسمانی یا آزار و اذیت و یا مشاهده خشونت در خانه، بر بسیاری از حوزه های عملکرد کودک تاثیر می گذارد و هم چنین بر چگونگی ادراک کودک از جهان، پردازش سرخ ها و اطلاعات غیرکلامی و وابستگی و تعلق خاطر به دیگر انسان ها تاثیر بسیار عمیقی می گذارد.

همچنین یافته های پژوهش نشان داد که هوش هیجانی می تواند مشکلات رفتاری درونی و بیرونی را در نوجوانان شبه خانواده پیش بینی کند همچنین نتایج همبستگی نشان داد که بالا بودن هوش هیجانی باعث کاهش مشکلات رفتاری در نوجوانان ساکن شبه خانواده و پایین بودن هوش هیجانی باعث بالا رفتن و بروز مشکلات رفتاری می شود. که این نتایج با پژوهش های سابو (۲۰۰۹)، محمدی و غرابی (۱۳۸۶)، مقدم پور (۱۳۹۳) و کیمیایی و همکاران (۱۳۹۰)، همسو بوده است. به طور مثال ناوی و ردزان (۲۰۱۱)، در پژوهش خود نشان دادند که کمبود هوش هیجانی با بی نظمی مشکلات رفتاری نوجوانان ارتباط دارد. همچنین، پاشا و گل شکوه (۱۳۹۶) به این نتیجه رسیدند که آموزش هوش هیجانی باعث افزایش سازگاری و کاهش پرخاشگری در دانش آموزان دارای اختلالات رفتاری می شود. در توجیه ارتباط بین هوش هیجانی و مشکلات رفتاری نظریات چندی داده شده است. مایر و سالووی بر نقش هوش هیجانی در توانایی کنترل احساسات و هیجانات خود و دیگران و همچنین استفاده از این اطلاعات برای هدایت تفکر و عمل شخص اشاره دارند. از نظر مایر و سالووی (۱۹۹۷) نوجوانانی که احساسات خود را تشخیص می دهند و معنی ضمنی آنها را درک می کنند، به گونه ی مؤثرتری تجربه هیجانی خود را تنظیم کرده و در نتیجه در سازگاری با تجربه های منفی موفقیت بیش تری دارند تا نوجوانانی که از لحاظ توانش هیجانی ضعیف عمل می کنند. بنابراین بر اساس پژوهش های انجام شده می توان نتیجه گرفت احتمالاً افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند با توجه به توانایی در تشخیص احساسات خود و دیگران و رفتار بر مبنای در بر خورد با ناملایمات واکنش های متفاوتی نسبت به کسانی که هوش هیجانی پایینی دارند نشان می دهند و این مسئله در پایین بودن میزان مشکلات رفتاری آن ها نمود دارد.

نقش معنی دار مهارت های اجتماعی در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان مورد مطالعه در این پژوهش با نتایج تویسرکانی رواوری، یونسی و یوسفی لویه (۱۳۸۷)؛ کریستوفر، ۲۰۰۴؛ داستویک هامیدویک، ۲۰۱۷ همسو می باشد. در جهت تبیین نقش آموزش مهارت های اجتماعی در کاهش مشکلات رفتاری می توان گفت که نوجوانان با اکتساب مهارت های اجتماعی، می توانند تعاملی مثبت در روابط خود با دیگران داشته باشند و دامنه ای از رفتار مقبول را از خود نشان دهند (به پژوه و همکاران، ۱۳۸۹). بر اساس نظریه گسترش دهنده و سازنده فردریکسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۱)، با به دست آوردن مهارت های اجتماعی نوجوانان به این نکته که می توانند بر زندگی خود مسلط باشند و عوامل مربوط به فشارها را مهار کنند، اعتقاد پیدا می کنند. این مساله به توانایی های بیشتر نوجوان و کاهش مشکلات رفتاری وی منجر می شود و احتمالاً آسیب پذیری نوجوان را در برابر تحریک شدید فیزیولوژیک و پرخاشگری و مشکلات هیجانی در روبرویی با فشارهای زندگی کاهش می دهد و این چرخه ممکن است به گستردگی بیشتر شبکه حمایت اجتماعی نوجوان بیانجامد که خود به هیجانات مثبت بیشتر و سازگاری بالاتر می انجامد.

می توان از پژوهش حاضر چنین نتیجه گیری کرد که هوش هیجانی اولین نقش و پس از آن مهارت های اجتماعی دومین نقش را در پیش بینی مشکلات رفتاری نوجوانان ساکن در شبه خانواده داشته است. بنابراین، برای کاهش مشکلات رفتاری نوجوانان بهتر است کارگاه ها و کلاس های آموزشی مناسب جهت افزایش سطح آگاهی در زمینه هوش هیجانی و مهارت اجتماعی نوجوانان و افرادی که با آن ها در ارتباط هستند برگزار گردد. همچنین تروما به عنوان سومین متغیر پیش بینی کننده مشکلات رفتاری می باشد بنابراین بهتر است اقدامات روان درمانی جهت کاهش اثر ضربه های روانی انجام شود. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به استفاده از روش نمونه گیری در دسترس اشاره کرد که بهتر است تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. لذا پیشنهاد می شود پژوهشگران دیگر از روش های نمونه گیری که قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد استفاده کنند. محدودیت دیگر پژوهش حاضر این بود که از سه متغیر تروما، هوش هیجانی و مهارت اجتماعی جهت پیش

<sup>۱</sup> . Fredrickson

بینی مشکلات رفتاری نوجوانان استفاده شد بنابراین پیشنهاد می شود محققین دیگر سایر متغیرهای تأثیرگذار بر مشکلات رفتاری نوجوانان ساکن شبه خانواده را مورد بررسی قرار دهند. همچنین در این پژوهش جهت جمع آوری داده ها تنها از پرسشنامه استفاده شد در حالیکه پیشنهاد می شود جهت بررسی دقیق تر رفتارهای نوجوانان در محیط های زندگیشان از روش مشاهده استفاده کرد بعلاوه از لحاظ کاربردی پیشنهاد می شود کارگاهها و کلاس های آموزشی در زمینه مهارت های اجتماعی و هوش هیجانی برای نوجوانان ساکن شبه خانواده گذاشته شود.

## منابع و مراجع

- [۱] احمدی، کوروش (۱۳۸۹). تروما، ارزیابی و درمان اولیه در بخش اورژانس. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
- [۲] به پژوه، احمد. افروز، غلامعلی. سلیمانی، منصور. لواسانی، مسعود. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش آموزان دیر آموز. فصلنامه ی نوآوری آموزشی، ۳۳، ۱۸۴-۱۶۳.
- [۳] پاشا، رضا. گل شکوه، فرزانه. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری و سازگاری اجتماعی، عاطفی دانش آموزان دارای اختلالات هیجانی و رفتاری. مطالعات ناتوانی، (۷)، ۱-۶.
- [۴] پوربافرانی، گوهرشاد. راهب، غنچه. اقلیما، مصطفی. یزدانی، عباسعلی. (۱۳۹۲). مقایسه اختلالات رفتاری کودکان ۷ تا ۱۲ سال مراکز نگهداری شبانه روزی دولتی و خصوصی شهر تهران. مجله علمی پژوهشی پژوهان، ۱۱(۴).
- [۵] توپسرکانی راوری، مهدیه. یونسی، سید جلال. یوسفی لویه، مجید. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی مبتنی بر قصه در کاهش نشانه های اختلال سلوک کودکان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۳، ۷۶-۶۳.
- [۶] حاجبی، مجید. (۱۳۸۸). اثرات انطباقی تروما، یک مرور مفهومی. مجله اندیشه و رفتار، دوره سوم، شماره ۱۱
- [۷] حبیبی عسگرآباد، مجتبی. بشارت، محمد علی. فدایی، زهرا. نجفی، محمود. بررسی ساختار عاملی تأییدی، اعتبار و روایی مقیاس خودگزارشی مشکلات رفتاری نوجوانان آخنباخ دوقلوهای همسان و ناهمسان. مجله روانشناسی بالینی. شماره ۱. بهار ۱۳۸۸.
- [۸] خسرو جاوید، مهناز. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شوت در نوجوانان. (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه تربیت مدرس
- [۹] دروز، آتنا. رضانی، غزال. (۱۳۹۳). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. وانیا
- [۱۰] سامانی، سیامک. (۱۳۷۸). بررسی پایایی و قابلیت اعتماد فرم کوتاه شده مقیاس رفتاری کودکان بر روی دانش آموزان دبستانی شهر شیراز. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
- [۱۱] سیف، علی اکبر. (۱۳۹۲). روانشناسی پرورشی نوین. تهران: انتشارات دوران. ص ۳۳۶.
- [۱۲] شریفی، پاشا. (۱۳۸۴). نیکخو، محمد رضا. راهنمای سنجش روانی. جلد اول. رشد.
- [۱۳] غباری بناب، باقر. میرنسب، میرمحمود. (۱۳۹۳). اختلالات عاطفی-رفتاری کودکان ونوجوانان. چاپ اول. سایه سخن.
- [۱۴] کارتلیج، جی. میلبرن، جوان. آموزش مهارت های اجتماعی به کودکان ترجمه محمد حسین نظری نژاد. مشهد: قدس رضوی. ۱۳۶۹.
- [۱۵] کیمیایی، سید علی. رفتار، محمد رضا. سلطانی فر، عاطفه. (۱۳۹۰). آموزش هوش هیجانی و اثر بخشی آن بر کاهش پرخاشگری نوجوانان پرخاشجوی، پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۱)، ۱۶۱-۱۵۳
- [۱۶] محمدی، سید داوود. غرابی، بنفشه. (۱۳۸۶). ارتباط اختلالات رفتاری با هوش هیجانی در دانش آموزان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۴(۴)، ۲۹۹-۲۸۹
- [۱۷] مقدم پور، کوثر. تأثیر آموزش هوش هیجانی بر مشکلات رفتاری پسران دارای اختلال رفتاری برونی شده در مدارس ابتدایی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. ۱۳۹۳.
- [۱۸] نعمتاللهی، م. و طهماسبی، س. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر آموزش مهارت های سازگاری به والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۰(۳۸)، ۱۷۴-۱۵۹
- [۱۹] یوسفی، فریده. هنجار یابی مقیاس راتر به منظور بررسی مشکلات رفتاری و عاطفی دانش آموزان دختر و پسر مدارس ابتدایی شیراز. ۱۳۷۷. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره سیزدهم، شماره های اول و دوم، (پیاپی ۲۶ و ۲۵)، ۱-۲۴.
- [20] Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. Manual for ASEBA School-Age Forms Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- [21] Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. Child Abuse Negl 2009;33:139-47.



- [22] Ahmad A, Qahar J, Siddiq A, Majeed A, Rasheed J, Jabar F, et al. A 2-year follow-up of orphans' competence, socioemotional problems and posttraumatic symptoms in traditional foster care and orphanages in Iraqi Kurdistan. *Child Care Health Dev* 2005; 31(2): 203-15.
- [23] Barkmann, C., Markwort. M. Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening. *Psychiatric Epidemiology*, 2005; 40, 357-366.
- [24] Bar-On, R. (1997). Bar-On emotional quotient inventory. Toronto: Multi-Health Systems.
- [25] Burn B, Phillips S, Wagner H R, Barth R, Kolko D, Campbell Y, Landsverk J. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (8): 960-970.
- [26] Christopher, M., (2004). A broader view of trauma: A biopsychosocial- evolutionary view of the role of the traumatic stress response in the emergence of pathology and/or growth *Clinical Psychology Review*, 24, 75-98
- [27] Ciarrochi, J. V., Chan, Y. A., & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.
- [28] Dostovic Hamidovic, L. Emotional and behavioral problems in early adolescents and association with socio- demographic risk factors. Available online 30 June 2017.
- [29] DSM-IV-TR-DSM library. doi>1001176/appi:Books
- [30] Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavior and educational outcomes in a longitudinal study of children in foster care. *British Journal of Social Work*, 38, 1283-1301.
- [31] Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE Publication.
- [32] Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- [33] Hampson, S. E., & Goldberg, L. R. (2006). A first large cohort study of personality trait stability over the 40 years between elementary school and midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 763-779. doi:10.1037/0022-3514.91.4.763
- [34] Hebert, M., & Langevin, R. Oussaid, E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problem in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorder*, Volume 225, 1 January 2018, Pages 306-312.
- [35] Inderbitzen. H.M., & foster. S.L (1992). The teenage inventory of social skills: development, reliability. *Behavior therapy*. 13. 150.
- [36] Inderbitzen. H.M., & foster. S.L (1992). The teenage inventory of social skills: development, reliability. *Behavior therapy*. 13. 150.
- [37] Joseph, S., & Linley, P., Alex. (2008). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implication for clinical practice *Clinical Psychology Review*, 26, 1041-1053.
- [38] Keller, T. E., Wetherbee, K., Le Prohn, N. S., Payne, V., Sim, K., & Lamont, E. R. (2001). Competencies and problems behaviour of children in family foster care: Variations by kinship placement status and race. *Children and Youth Services Review*, 23(12), 915-940.
- [39] Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- [40] Mayer J, Salovey P. What is emotional intelligence? New York, Basic Books, 1997.
- [41] Mohtam, Komar p, Mohta A, Bhardwaj R, Tyagi A, Sethi AK. (2006). Experiences with chest Trauma: where do we stand today. *Indian j crit care med*, 10:25-8
- [42] Musisi S, Kinyanda E, Nakasujja N, Nakigudde J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school-going orphans and nonorphans in Uganda. *African Health Sci*, 7 (4): 202-13
- [43] Nawi, N. H., & Redzuan, M. (2011). Emotional intelligence, personality and self esteem: A comparison of the characteristics among two categories of subjects. *International Journal of Humanities and Social Science*, 1(8), 238-247.

- [44] Salovey, P. & Mayer, D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and personality*, 9, 121-185.
- [45] Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ, Cooper JT, Golden CJ, Dornheim, L. (1998). Emotional intelligence. *Journal of Development and validation of a measure of personality and Individual Differences*, 25(22): 167- 177.
- [46] Segrin C, Taylor M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate of association between social skills and psychological well-being. *Personality And Individual Differences*, 43(4):637-46.
- [47] Siu, A. F. Y. (2009). Trait emotional intelligence and its relationships with problem behavior in Hong Kong adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 553-557.
- [48] Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2013). Parenting stress and parenting behavior among foster mothers of foster children with externalizing problems. *Children and Youth Service Review*, 35, 1742- 1750.
- [49] Wechsler (1950). Cognitive, conative and non-intellective intelligence. *American Psychologist*, 15: 78-83.