

SID



سرویس های
ویژه



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری
STES



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو



رابطه هوش هیجانی و سلامت روان در دانش آموزان دبیرستان

دکتر راضیه خسروراد

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت-دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

khosrorad@yahoo.com

سید جواد قریشی نژاد

دانشگاه فرهنگیان - مرکز آموزش عالی علامه طباطبایی سبزوار، سبزوار، ایران

Sadegh.ghoreyshi@gmail.com

چکیده

در تعریف سنتی، هوش به عنوان توانایی سازش با محیط در نظر گرفته شده است. بنا بر این با توجه به درهم تنیدگی شناخت و هیجان، اهمیت هیجان در رفتار سازش یافته تأیید می شود. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت روان می باشد. در این مطالعه همبستگی ۴۲۵ نفر از دانش آموزان دختر دبیرستانی لزدبیرستان های شهر سبزوار در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ انتخاب و با استفاده از پرسش نامه های « سلامت عمومی » و « هوش هیجانی » مورد بررسی قرار گرفتند. در این پژوهش از روش آماری تحلیل رگرسیون ساده و چندگانه با روش گام به گام استفاده شده هوش هیجانی پیش بینی کننده خوبی برای سلامت بود. تغییرات سلامت از طریق هوش هیجانی و مؤلفه های آن قابل پیش بینی است. مؤلفه خود کنترلی بالاترین پیش بینی کننده تغییرات سلامت و بعد از آن خودآگاهی قرار دارد. هوش هیجانی توانسته است حدوداً ۴۰٪ تغییرات سلامت عمومی را تبیین کند. با استفاده از نتایج تحقیق پیشنهاد می شود که برنامه های آموزش مهارت های هیجانی، برای ارتقای سلامت طرح ریزی شود و در این برنامه ها تأکید بیشتر بر آموزش خودکنترلی و خودآگاهی باشد.

واژگان کلیدی: سلامت روان، هوش هیجانی، خودآگاهی، خودکنترلی، دانش آموزان



مقدمه

مفهوم هوش از جمله مفاهیم مشکلی است که ارائه تعریف جامع از آن به راحتی امکان پذیر نیست. علت چنین مسئله ای را باید در اختلاف نظر محققان و نظریه پردازان در پذیرش یک تعریف مشخص جستجو کرد.

در تعریف سنتی، هوش به عنوان توانایی سازش با محیط در نظر گرفته شده است. وکسلر (۱۹۴۰) هوش را آن توانایی عمومی توصیف کرده است که همیشه نمی توان آن را از عواطف و هیجان ها جدا کرد. پیائزه (۱۹۵۲) نیز به درهم تنیدگی شناخت و عواطف تأکید کرده است.

با این توصیف اهمیت هیجان در رفتار سازش یافته به طور غیر مستقیم تأیید می شود. هیجان ها منبع مهمی از اطلاعات، برای فرد هستند و پردازش چنین اطلاعاتی، پیامدهای مهمی در زمینه کنش وری سازمان یافته در بردارد. (سالووی و همکاران، ۱۹۹۵). نظریه پردازان در تفسیرهای اخیر از هوش، بر نقش هیجان ها صحنه گذاشته و در تعاریف جدید، مفهوم هیجان را وارد کرده اند.

سالووی و مایر (۱۹۹۰) مفهوم جدید «هوش هیجانی» را معرفی نموده و آن را بدین صورت تعریف کرده اند: توانایی شناسایی هیجان های خود و دیگران، تمایز بین آنها و استفاده از این اطلاعات برای هدایت تفکر و اعمال فرد.

به این ترتیب هیجان که سال ها ارزش محوری خود را از دست داده و در سلامت انسان هیچ جایی برای آن در نظر گرفته نمی شد، دوباره طی یک سلسله تغییر و تحولات نظریه ها به عنوان عنصر اساسی علت شناسی رفتار انسان و از جمله موفقیت ها و شکست ها، که سال ها به هوش عقلانی نسبت داده می شد مطرح گشت.

کاربرد هیجان ها در تعلیم و تربیت و برنامه های یادگیری اجتماعی نیز امری اجتناب ناپذیر است زیرا در قرن حاضر علاوه بر رشد شناختی و پیشرفت تحصیلی، می بایست به رشد هیجانی دانش آموزان و دانشجویان توجه کرده و آنها را برای همکاری و مشارکت در کار، تصمیم گیری های مسئولانه، مقاومت در برابر فشار گروه همسالان و نفوذ ارتباط جمعی آماده نمود.

در درمانگری نیز که هدف عمده آن ایجاد سلامت روانی است، تجارت هیجانی جایگاه ویژه دارد (شور، ۱۹۹۴). هدف اساسی دانشمندان در حیطه های پزشکی و روان شناسی به حداکثر رساندن احساس سلامت در افراد است در این راستا ساراسن و ساراسن (۱۳۸۱) نشان داده اند که سلامتی یک ادراک شخصی است که تحت تأثیر عوامل جسمانی، روان شناختی و اقتصادی تغییر می پذیرد. پس هیجان به عنوان یک عامل روان شناختی در ادراک سلامتی نقش مؤثری دارد، چرا که امروزه این امر مورد توجه قرار گرفته است که تنظیم عواطف و طرح یابی زیست شناختی کاملاً به هم وابسته هستند.

نظریه هوش هیجانی دیدگاه جدیدی درباره پیش بینی عوامل مؤثر بر موفقیت و همچنین پیشگیری اولیه از اختلالات روانی فراهم می کند. به طوری که تحقیقات انجام شده در مورد افسردگی، اختلالات خوردن، بزهکاری و پرخاشگری در نوجوانان نشان دهنده نقش مهم هوش هیجانی در درمان این اختلالات است (گلمن، ۱۹۹۵).

و در زمینه سلامت یافته هایی وجود دارد که به طور تلویحی بر رابطه بین هوش هیجانی یا بعضی از مؤلفه های آن با سلامت روانی تأکید می ورزد. به عنوان مثال در خصوص نقش هوش هیجانی در تعدیل استرس و ارتقای سلامت روان شواهدی وجود دارد که پیشنهاد می کند، برخی مؤلفه های هوش هیجانی افراد را از استرس مصون داشته و منجر به سازگاری بهتر می شود. برای مثال کنترل هیجان با گرایش به حفظ خلق مثبت ارتباط دارد و منجر به پیشگیری از حالات افسردگی می شود (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۲).

مطالعات سالووی و همکاران (۱۹۹۵) با مقیاس رگه فراخلقی نشان داد که بین هوش هیجانی ادراک شده و عملکردهای روانی ارتباط معناداری وجود دارد و هوش هیجانی بالا با افسردگی و اضطراب اجتماعی پایین، همدلی و رضایت بین شخصی بالا و سبک های مقابله ای سازش یافته مرتبط است. توجه هیجانی بالا با سطح کورتیزول و فشار خون پایین همراه است. که این امر در سلامت جسمانی اهمیت دارد، توجه هیجانی بالا، با خودآگاهی شخصی و جمعی و همدلی نیز مرتبط است.



قربانی و همکاران (۲۰۰۲) در یک مطالعه بین فرهنگی (ایران و آمریکا) به یافته‌های مشابه یافته‌های سالووی و همکاران (۱۹۹۵) دست یافتند و بر اساس یافته‌های آنها بازسازی هیجانی بالا با حرمت خود بالا و اضطراب و افسردگی و تنیدگی پایین همسو است.

پژوهشهای مختلف، نقص در تنظیم هیجانات و هوش هیجانی را در برخی اختلالات از جمله اختلال شخصیت مرزی (گاردنر و کوالتر، ۲۰۰۹)، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (مشهدی، سلطانی و رزمجو، ۲۰۱۰) اسکیزوفرنی (آگوری و سرگی، ۲۰۰۸) افسردگی (کی و همکاران، ۲۰۰۹؛ فرناندز و بروکال، ۲۰۰۵) و اختلالات اضطرابی (منین و همکاران، ۲۰۰۴) نشان داده‌اند. با توجه به یافته‌های به دست آمده در زمینه هوش هیجانی پژوهش حاضر درصدد دستیابی به اهداف زیر است:

- ۱- بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی
- ۲- بررسی این که کدامیک از مؤلفه‌های هوش هیجانی (خودآگاهی، خودکنترلی، خودانگیزی، همدلی و مهارت‌های اجتماعی) بهتر می‌تواند سلامت روان را پیش بینی کنند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی تحقیق متشکل از کلیه دانش آموزان دختر دبیرستانی نوبت دوم رشته‌های مختلف شهر سبزوار است که از بین آنها ۴۲۵ نفر (۱۷-۱۴ ساله) به عنوان نمونه انتخاب شدند. دانش آموزان سال اول حذف شدند چون سال اول، سال سازگاری به حساب می‌آید. همچنین دانش آموزان دو والدی انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری چند مرحله‌ای بود. در نمونه‌گیری چند مرحله‌ای افراد جامعه با توجه به سلسله‌مراتبی از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند. برای این منظور از بین کلیه‌ی کلاس‌های تخصصی تشکیل شده در دانشگاه، ۲۰ کلاس به تصادف انتخاب شدند و نمونه‌ی مورد نظر از این کلاس‌ها برگزیده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده شد.

۱. پرسشنامه‌ی سلامت عمومی GHQ: که یک پرسشنامه‌ی خود گزارش دهی است که در مجموع بالینی برای ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند استفاده می‌شود و توسط کلدبرگ ساخته شده است. این پرسشنامه‌ی ۲۸ ماده‌ای دارای ۴ مؤلفه (زیرمقیاس) است که عبارتند از نشانه‌های بدنی، اضطراب، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی و وخیم. کلدبرگ و همکاران روایی پرسشنامه را ۰/۷۸ و همسانی درونی آن را از طریق آلفای کرانباخ ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند (۷). در ایران هومن و تقوی نیز پایایی و روایی پرسشنامه را بررسی و تأیید کرده‌اند (۹،۸). در این پژوهش نیز جهت بررسی روایی پرسشنامه از روایی همگرا استفاده شد و همبستگی داده‌های حاصل از اجرای دو پرسشنامه‌ی سلامت عمومی و SCL-90-R 72/0 محاسبه شده و پایایی پرسشنامه توسط آلفای کرانباخ ۰/۸۴ محاسبه شده است. این پرسش‌نامه برای بررسی سلامت روان استفاده شد.

۲. پرسشنامه‌ی هوش هیجانی سیبریاشرینگ: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط جرابکت ساخته و بررسی شد. وی روایی و پایایی آزمون مزبور را مورد بررسی قرار داده و آزمون راپابا و روا معرفی کرده است. (صالحی، ۱۳۸۱) در انجام این پژوهش از فرم فارسی این پرسشنامه که توسط بهزاد منصوری (۱۳۸۰) در دانشگاه علامه طباطبایی ترجمه و هنجاریابی شده است استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۳ سؤال است که شامل پنج مؤلفه می‌باشد. خودانگیزی، خودآگاهی، خودکنترلی، هوشیاری اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، گزینه‌های هر سؤال به صورت لیکرت پنج درجه‌ای است و در برخی سؤالات نمره گذاری معکوس است.

منصوری نیز پرسشنامه را بر روی کلیه دانشجویان دوره کارشناسی در دانشگاه‌های دولتی تهران در سال ۸۱-۸۰ هنجاریابی کرده است و برای تعیین روایی از سنجش روایی سازه استفاده کرده است و بدین منظور همبستگی نمرات آزمودنی‌ها را در دو آزمون هوش هیجانی و عزت نفس کوپر اسمیت محاسبه نموده و لذا روایی سازه مورد تأیید است.



منصوری برای تعیین پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده است. در پژوهش حاضر به منظور بررسی پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و میزان ضرایب آلفا برای هریک از مؤلفه ها و کل آزمون عبارت است از:

خودآگاهی ۰/۶۵، خودکنترلی ۰/۶۸، خودانگیزی ۰/۵۸، همدلی ۰/۵۰، مهارتهای اجتماعی ۰/۵۲، و کل آزمون ۰/۷۱.

یافته ها

برای بررسی رابطه ی هوش هیجانی و سلامت عمومی ابتدا ضریب همبستگی بین هریک از شاخص های سلامت عمومی و مؤلفه های آن، با هوش هیجانی و مؤلفه های آن محاسبه شد. همبستگی مؤلفه های سلامت عمومی و هوش هیجانی، دامنه ی ضرایب همبستگی را از ۰/۱۱- تا ۰/۷۳- نشان می دهد که بیانگر همبستگی منفی بین هوش هیجانی و مؤلفه های آن با سلامت عمومی و مؤلفه های آن است (در پرسشنامه ها سلامت عمومی نمره کمتر نشان دهنده ی سلامت عمومی بیشتر است) (جدول ۱).

جدول ۱: ضرایب همبستگی پیرسون بین مؤلفه های هوش هیجانی و سلامت عمومی

مؤلفه های سلامت	نشانه های بدنی	اضطراب	نارسایی در عملکرد اجتماعی	افسردگی	سلامت عمومی	مؤلفه های هوش هیجانی
خودانگیزی	-۰/۰۸	-۰/۰۹	-۰/۱۱	-۰/۰۸	-۰/۰۹	خودانگیزی
خود آگاهی	**۰/۳۸	**۰/۴۸	**۰/۴۰	**۰/۵۰	**۰/۵۶	خود آگاهی
خودکنترلی	**۰/۴۳	**۰/۴۵	**۰/۴۶	**۰/۴۹	**۰/۵۴	خودکنترلی
همدلی	**۰/۳۵	**۰/۴۶	**۰/۳۳	**۰/۴۲	**۰/۴۲	همدلی
مهارتهای اجتماعی	*۰/۱۴	*۰/۱۶	**۰/۱۲	**۰/۲۳	**۰/۲۳	مهارتهای اجتماعی
هوش هیجانی	**۰/۴۱	**۰/۵۰	**۰/۴۳	**۰/۶۰	**۰/۶۰	هوش هیجانی

**معنا داری در سطح ۰/۰۱

* معنا داری در سطح ۰/۰۵



چون هدف نهایی این تحقیق، پیش بینی سلامت از طریق هوش هیجانی است، لذا از تحلیل رگرسیون ساده برای این پیش بینی استفاده شد (جدول ۲). ضریب همبستگی بین هوش هیجانی و سلامت عمومی ۰/۶۳- است و این رابطه حتی در سطح یک ده هزارم هم معنی دار است.

جدول ۲: تحلیل رگرسیون سلامت عمومی بر حسب هوش هیجانی

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	R	R2	R2 تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
سلامت	هوش هیجانی	-۰/۶۴	۰/۳۹۹	۰/۳۹۵	۰/۴۲۳

با توجه به نتایج جدول ۲ می توان ادعا کرد که نمره ی هوش هیجانی می تواند ۳۹/۷ درصد پراکندگی (واریانس کل) سلامت را پیش بینی کند.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون ساده سلامت عمومی بر حسب هوش هیجانی

متغیر پیش بین	منبع تغییرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی Df	میانگین مجذورات MS	آماره F	سطح معنی داری
هوش هیجانی	رگرسیون	۳۰/۵۱۶	۱	۳۰/۵۱۶	۱۷۰/۸۶۳	۰/۰۰۰
	باقی مانده	۴۶/۲۵۸	۲۵۹	۰/۱۷۹		

جدول تحلیل رگرسیون ۳ نشان می دهد که F مشاهده شده برای هوش هیجانی ۱۷۰/۸۶۳ می باشد و در سطح $P < ۰/۰۰۰۱$ معنادار است. یعنی هوش هیجانی با سلامت رابطه معنادار دارد.

جدول ۴: ضرایب رگرسیون (B) متغیر پیش بین (هوش هیجانی)

سطح معناداری	B	خطای استاندارد	Beta	T	سطح معناداری
مقدار ثابت	۴/۴۵۳	۰/۲۴۸		۱۷/۹۳۱	۰/۰۰۰
هوش هیجانی	-۱/۰۲۷	۰/۰۷۹	-۰/۶۳	-۱۳/۰۷۱	۰/۰۰۰

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود t حاصل از متغیر پیش بین هوش هیجانی برابر با -۱۳/۰۷۱ می باشد که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار است.

معادله خط رگرسیون بر مبنای مقدار ثابت و ضریب B متغیر پیش بین هوش هیجانی به صورت زیر است:

$$FF = 4/435 + (-1/027)MM$$

معادله خط رگرسیون:

$$y' = 4/435 - 1/027x$$

بین سلامت و هوش هیجانی وجود دارد. (در پرسشنامه ها سلامت عمومی نمره کمتر نشان دهنده ی سلامت عمومی بیشتر است).



برای پاسخ به سؤال دوم پژوهش از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام به گام استفاده شد. در این تحلیل متغیرهای پیش بین یعنی مؤلفه های هوش هیجانی (خودآگاهی، خودکنترلی، همدلی) بر اساس میزان ضرایب صفر مرتبه و تفکیکی هریک از آنها در گام های متوالی وارد تحلیل شدند تا میزان پیش بینی هریک برای تغییرات سلامت مشخص گردد.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام سلامت بر حسب خودکنترلی، خودآگاهی و هوشیاری اجتماعی

P	F	df	میانگین مجذورات MS	مجموع مجذورات SS	شاخص	متغیر پیش بین
					منبع	
.۰/۰۰۰	۱/۱۹۹	۱	۲۶/۸۸۹	۲۶/۸۸۹	رگرسیون باقی	خودکنترلی
	۱۴۵	۲۵۶	۰/۱۸۵	۴۷/۴۰۸	مانده	
.۰/۰۰۰	۱/۰۶۵	۲	۱۷/۷۸۲	۳۵/۵۶۴	رگرسیون باقی	خودآگاهی
	۱۱۷	۲۵۵	۰/۱۵۲	۳۸/۷۳۴	مانده	
.۰/۰۰۰	۸۳/۵۹۸	۳	۱۲/۳۰۴	۳۶/۹۱۳	رگرسیون باقی	همدلی
		۲۵۴	۰/۱۴۷	۳۷/۳۸۱	مانده	

جدول ۶: نتایج مربوط به ضریب تعیین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	R	R2	R2 تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد	$\Delta R2$
سلامت عمومی	خودکنترلی	۰/۶۰۲	۰/۳۶۲	۰/۳۵۹	۰/۴۳۰	۰/۳۶۲
	خودکنترلی و خودآگاهی	۰/۶۹۲	۰/۴۷۹	۰/۴۷۵	۰/۳۹۰	۰/۱۱۷
	خودکنترلی، خودآگاهی و همدلی	۰/۷۰۵	۰/۴۹۷	۰/۴۹۱	۰/۳۸۳	۰/۰۱۸

همان طور که در جدول ۵ و ۶ مشاهده می شود در گام اول مؤلفه خودکنترلی وارد معادله رگرسیون شد و مقدار ضریب تعیین آن برابر ۰/۳۶ است یعنی این مؤلفه به تنهایی ۳۶ درصد کل واریانس سلامت را پیش بینی می کند. در گام دوم مؤلفه خودکنترلی و خودآگاهی وارد معادله شدند و ضریب تعیین محاسبه شده برای آنها برابر با ۰/۴۷۹ می باشد و افزایش واریانس ($\Delta R2$) برابر ۰/۱۱۷ است یعنی مؤلفه خودآگاهی و خودکنترلی ۱۱/۷ درصد واریانس سلامت را پیش بینی می کنند. در گام سوم علاوه بر خودکنترلی و خودآگاهی، همدلی نیز وارد معادله شد که مقدار ضریب تعیین برای هر سه مؤلفه ۰/۴۹۷ می باشد و افزایش واریانس نسبت به مرحله قبل ۰/۰۱۸ است. یعنی همدلی ۱/۸ درصد کل واریانس سلامت را بعد از ورود متغیرهای ۱ و ۲ پیش بینی می کند.



جدول ۷: نتایج مربوطه به ضرایب رگرسیون

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	b	خطای معیار	B	t	p
سلامت عمومی	مقدار ثابت	۲/۶۸۵	۰/۱۲۵	۰/۶۲	۲۱/۵۰۲	۰/۰۰۰
	خودکنترلی	۰/۵۰۳	۰/۰۴۲		-۱۲/۰۵	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۳/۶۹۳	۰/۱۷۵	۰/۴۳۶	۲۱/۱۱۷	۰/۰۰۰
خودآگاهی	خودکنترلی	۰/۳۶۹	۰/۰۴۲		-۸/۶۸۶	۰/۰۰۰
	خودآگاهی	۴۲۲	۰/۰۵۶	۰/۳۸۰	-۷/۵۵۷	۰/۰۰۰
	مقدار ثابت	۳/۸۴	۰/۱۷۹		۲۱/۴۶۶	۰/۰۰۰
همدلی	خودکنترلی	-۰/۳۲۲	۰/۰۴۵	-۰/۳۸۱	-۷/۲۳۷	۰/۰۰۰
	خودآگاهی	-۰/۳۶۱	۰/۰۵۹	-۰/۳۲۴	-۶/۱۵۵	۰/۰۰۰
	همدلی	-۰/۱۵۱	۰/۰۵۰	-۰/۱۶۴	-۳/۰۲۸	۰/۰۰۳
	مقدار ثابت					

همان گونه که در جدول ۷ نشان داده می شود مقادیر t و سطح معناداری حاکی از معناداری ضرایب رگرسیون است. به این صورت که خودکنترلی در پیش بینی سلامت عمومی بیشترین سهم را دارد. بر این اساس معادله رگرسیون برای پیش بینی سلامت بر حسب مؤلفه های هوش هیجانی به شرح زیر می باشد.

(همدلی)(-۰/۱۶۴)+(خودآگاهی)(-۰/۳۲۴)+(خودکنترلی)(-۰/۳۲۲)+۳/۸۴= سلامت عمومی

$$y' = 3/84 - 0/322x_1 - 0/324x_2 - 0/164x_3$$

بحث و نتیجه گیری

مطالعه راجع به سلامت ، ابعاد، عوامل پیش بینی کننده و ارتقا دهنده آن به دلیل اهمیت فراوان، توجه همه پزشکان، روان شناسان و فلاسفه را به خود جلب کرده است، در طول تاریخ عقاید راجع به سلامت و بیماری، الگوهای مؤثر بر آنها، روش های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری تغییر کرده است.

امروزه دیدگاه های نوینی در مورد سلامت شکل گرفته است که به تأثیر متقابل عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در تعیین سلامت و بیماری تأکید دارند و شاید بتوان هدف اساسی علم روان شناسی را با توجه به پژوهش های زیادی که در زمینه سلامت به طور کلی و سلامت روان انجام گرفته اند، بالا بردن سطح سلامت در افراد جامعه دانست.

نخستین یافته این تحقیق، ارتباط معنادار هوش هیجانی و سلامت عمومی و وجود ضریب همبستگی ۰/۶۳- بین دو متغیر می باشد. ضریب همبستگی مشاهده شده نشان می دهد که رابطه نسبتاً قوی، معنادار و منفی بین دو متغیر وجود دارد یعنی هرچه نمره هوش هیجانی بیشتر شود نمره سلامت کاهش می یابد و میزان سلامت عمومی افزایش می یابد (نمره کمتر در پرسش نامه سلامت عمومی نشان دهنده سلامت عمومی بیشتر است).

نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان می دهد که F مشاهده شده برای هوش هیجانی (۱۷۰/۸۶۳) در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار می باشد یعنی هوش هیجانی قادر به پیش بینی تغییرات سلامت می باشد. R2 حاصل از تحلیل رگرسیون نشان می دهد که ۳۹/۷ درصد از تغییرات سلامت عمومی را هوش هیجانی پیش بینی می کند.

نتایج پژوهش حاضر با یافته های مایر و سالووی (۱۹۹۵) که با مقیاس رگه فراخلی نشان دادند که بین هوش هیجانی و عملکردهای روانی و بین شخصی ارتباط معنادار وجود دارد و با پژوهش بار - ان (۱۹۹۹) در بررسی رابطه هوش هیجانی و سلامت روانی که در آن داده ها حاصل از آزمون هوش هیجانی از طریق پرسش نامه بار - ان، با نمرات به دست آمده از



آزمون Scl-90-R مقایسه می‌شد، تطابق دارد (بار-ان، ۲۰۰۰) و همچنین با یافته‌های قربانی و همکاران (۲۰۰۲) همخوان است و نیز با یافته‌های مایر و براکت (۲۰۰۳) و وارویک و نتل بک (۲۰۰۳) همسو است برای توجیه این یافته می‌توانیم به تعاریف هوش هیجانی و سلامت مراجعه کنیم. طبق تعریفی که سازمان بهداشت جهانی از سلامت ارائه داده است، سلامت عبارت است از:

حالت رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی نه فقط فقدان بیماری، در دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی نیز به تأثیر متقابل سه عامل: زیست‌شناختی و روان‌شناختی و اجتماعی در تعیین سلامت تکیه می‌شود. توجه به هیجان‌ها و کاربرد مناسب آنها در روابط انسانی، درک احوال خود و دیگران، خویشتن‌داری و تسلط بر خواسته‌های آنی، همدلی با دیگران و استفاده مثبت از هیجان‌ها در تفکر و شناخت، موضوع هوش هیجانی می‌باشد. پس با این تعاریف پر واضح است که ارتباط بین دو سازه وجود داشته باشد، چرا که فردی که از هوش هیجانی بالایی برخوردار است، حالت هیجانی خود را به نحو صحیح ارزیابی می‌کند و می‌داند چگونه و چه موقع احساس‌های خود را بیان نماید و به نحو مؤثر می‌تواند حالت‌های خلقی خود را تنظیم کند، پس احساس درستی از خود و دنیای اطراف خود دارد و در حد توان و استعداد‌های خود مسئولیت می‌پذیرد و می‌تواند احساس دیگران را درک کند و به آنها کمک کند و در زمان لازم از آنها کمک بگیرد، در نتیجه در یک وضعیت کامل رفاه جسمی، روانی و اجتماعی به سر خواهد برد.

یافته دیگر این تحقیق امکان پیش‌بینی سلامت روان از طریق مؤلفه‌های هوش هیجانی است، که نتایج نشان می‌دهد که ۳ مؤلفه: خودکنترلی، خودآگاهی و همدلی (هوشیاری اجتماعی) می‌توانند تغییرات سلامت را پیش‌بینی کنند. در این اثنا خودکنترلی بالاترین قدرت پیش‌بینی را دارد و ۳۶ درصد تغییرات هوش هیجانی را پیش‌بینی می‌کند و سپس عامل خودآگاهی قرار دارد که به تنهایی ۱۲ درصد تغییرات هوش هیجانی را پیش‌بینی می‌کند و در نهایت همدلی قرار دارد که ۱/۶ درصد تغییرات سلامت را پیش‌بینی می‌کند.

گلمن (۱۹۹۵) به نقش خودآگاهی به عنوان یکی از اجزای هوش هیجانی در سلامت روانی تأکید می‌کند و می‌گوید: افراد با خودآگاهی بالا نسبت به حالات روانی خودآگاه هستند به زندگی خود حساس‌اند، مستقل بوده و حدود شخصی خود را می‌شناسند و از سلامت روانی خوبی برخوردارند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که هرچه افراد تجارب خود را بهتر تحلیل، توصیف و طبقه‌بندی کنند و نسبت به عوامل، فرآیندها و پیامدهای افکار، هیجان‌ها و اعمال خود، آگاهی واضحی داشته باشند از سلامت روانی بیشتری برخوردارند و در زندگی موفق‌ترند (گلمن، ۱۹۹۵).

به موازات این که افراد آگاهی‌های خود را از احساسات، هیجان‌ها و پیامدهای آن افزایش می‌دهند می‌توانند توانایی خود را در جهت کنترل آن بهبود بخشند.

همدلی نیز می‌تواند تغییرات سلامت را پیش‌بینی کند زیرا هنگامی که آگاهی فرد از هیجان‌ها، و احساس‌های دیگران را نیز بهتر می‌شناسد و این شناخت، می‌تواند از طریق دخالت در جریان مقابله با بحران باعث تنظیم حالات روانی فرد شود.

همدلی باعث بهبود روابط فرد با دیگران شده و امکان دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهد و این شانس را برای فرد ایجاد می‌کند تا در زمان استرس و بحران به این حمایت‌ها تکیه کند. دسترسی به شبکه حمایت اجتماعی امکان آشکارسازی هیجانی را فراهم می‌کند، آشکارسازی هیجانی، باعث بهبود کنش دستگاه ایمنی می‌گردد. حمایت اجتماعی برای سازگاری روانی فرد با وقایع پر استرس و بهبود بیماری و حتی نجات از مرگ مفید است و حالت سپر را دارد.

نتایج بعضی تحقیقات نشان می‌دهد هوش هیجانی با رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و تعاملات اجتماعی رابطه‌ی مثبت و با احساس تنهایی و افسردگی رابطه‌ی منفی دارد (مایر و سالووی و کارسو، ۲۰۰۴؛ سالووی و گر وال، ۲۰۰۵). رومر و همکاران (۲۰۰۹) نیز بدتنظیمی هیجان را در افراد مبتلا به اضطراب تعمیم یافته در مقایسه با افراد غیر مضطرب نشان دادند.



نتیجه نهایی این که فرض اساسی دو دیدگاه زیستی - روانی - اجتماعی، تأثیر متقابل عوامل زیست شناختی، روان شناختی و اجتماعی در تعیین سلامت و بیماری است (تایلور، ۱۹۹۵). این دیدگاه به بررسی عوامل روان شناختی و اجتماعی مانند عادت های شخصی، سطوح تنیدگی، صفات شخصیتی و قابلیت ها و مهارت های فردی که با سلامت مرتبط هستند می پردازد. هوش هیجانی به عنوان یک عامل روان شناختی با سلامت رابطه دارد چرا که در هوش هیجانی مهارت هایی وجود دارند که پردازش اطلاعات هیجانی را تسهیل کرده و باعث انسجام فکر می شوند، کارایی فرد را بالا می برند و روابط اجتماعی را بهبود می بخشند و در نهایت سلامت فرد را تضمین می کنند. لذا پیشنهاد می شود که برنامه آموزش هوش هیجانی برای ارتقای سلامت روانی تدوین گردد و پژوهش هایی طراحی شوند تا رابطه دو متغیر سلامت عمومی و هوش هیجانی را در گروه دانش آموزان و افراد غیر دانشجوی نیز مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- استوار، جی، بی. (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمه پریخ دادستان. تهران؛ انتشارات رشد.
- تقوی، سید محمد رضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. مجله روان شناسی، شماره ۲۰، ص ۳۸۱-۳۹۸.
- ساراسن، ای. جی و ساراسن، بی. آر. (۱۳۸۱). روان شناسی مرضی. ترجمه بهمن نجاریان و همکاران. جلد اول. تهران. انتشارات رشد.
- صالحی، سید محمد. (۱۳۸۱). بررسی اعتبار، روایی، عملی بودن و هنجاریابی پرسش نامه هوش هیجانی سیبریاشیرینگ، پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- منصوری، بهزاد. (۱۳۸۰). هنجاریابی آزمون هوش هیجانی سیبریاشیرینگ در بین دانشجویان کارشناسی دانشگاه های دولتی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- هومن، عباس. (۱۳۷۷). هنجاریابی و استانداردسازی پرسش نامه سلامت عمومی. تهران: دانشگاه تربیت معلم، طرح پژوهشی.
- Bar-on, R. (2000). Emotional and social intelligence insight from the emotional a Quotient inventory (EQ-1). In R. Bar-on & J.D.A. Parker. (Eds), The handbook of emotional intelligence. Sanfrancisco: jossey-bass
- Brackett, M.A. Mayer, J.D; & warner, R.M. (2003). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. Journal of personality and individual differences. 28, 539-561
- Ciarrochi, j.; Deane, F.P; & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. Journal of personality and individual differences. 32, 197-209
- Ghorbani, N.; Bing, M.N.; Watson, P.G.; Davison, H.K.; & Mack, D.A. (2002). Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the united states. International journal of psychology. 32(5), 297-308
- Golman, D (1995). Emotional intelligence. New York: Bantan books
- Mayer. J.D.; & Geher, G. (1996). Emotional intelligence and identification of emotion. Journal of intelligence. 22, 89-113
- Piaget, J. (1952). The origins of intelligence in children. New York: international university press
- Salovey, p.; & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. Journal of imagination, cognition and personality 9, 185-211
- Salovey, p.; Mayer, J.D.; Goldman, s. L; Tuvey, c.; & palfal, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair. Exploring emotional intelligence using. The trait meta-mood scale. In J.W. pennebaker (EdS), Emotion, Disclosure and Health. (pp. 125-154). Washington, D.C. American psychological Association
- Schore, A.N. (1994). Affect regulation and the origin of self. Hillsdale, N. J. Erlbaum
- Taylor, S.E. (1995). Health psychology. New York: MacGrawHill. Inc
- Warwick, J; & Nettekbeck, t. (2004). Emotional intelligence is? Retrieved for world wide web. <http://www.elsevier.com/locate/paid>. Journal of personality and Individual Difference
- Wechsler, D. (1940). Non-intellective factors in general intelligence. Psychological Bulletin, 37, 444-445



- Gardner K, Qualter P, Emotional intelligence and Borderline personality disorder. *Pers Individ Dif* 2009, 47: 94–98
- Mashhadi A, Soltani Shurbakhorloo E, Razmjooei R. [On the relationship between emotional intelligence and symptoms of borderline personality disorder]. *Journal of fundamentals of mental health* 2010; 12(1): 390-9. ((Persian
- Aguirre F, Sergi MJ, Levy CA. Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy. *Schizophr Res* 2008; 104: 255-64
- Kee KS, Horan WP, Salovey P, Kern RS, Sergi MJ, Fiske AP, et al. Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009; 107: 61-8
- Fernandez-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Rev Int Psychol Soc* 2005; 18: 91-7
- Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin CN. Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA.(editors). *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice*. New York: Wiley; 2004
- Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther* 2009; 40: 142-54
- Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychol Inq* 2004; 15: 197-215
- Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence. *Curr Dir Psychol Sci* 2005; 14: 281-5

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



سامانه ویراستاری STES



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی

توجه: بررسی مقاله ای متون (مقدماتی)

کارگاه آنلاین
بررسی مقابله ای متون (مقدماتی)

PROPOSAL
پروپوزال

توجه: پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

کارگاه آنلاین
پروپوزال نویسی و پایان نامه نویسی

ISI
Scopus

توجه: آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو

کارگاه آنلاین آشنایی با پایگاه های اطلاعات علمی بین المللی و ترند های جستجو