

مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی به عنوان

پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان

دکتر لادن فتی*

استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر فرشته موتابی

استادیار دانشگاه شهید بهشتی

شیما شکیبا

دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر عصمت باروتی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی رابطه هوش هیجانی - اجتماعی با سلامت روان و نیز تعیین مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی پیش‌بینی‌کننده ابعاد مختلف سلامت روان در افراد بزرگسال انجام شد. به این منظور ۴۱۰ نفر از کارکنان وزارت بهداشت در ۱۴ استان کشور به دو پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی بار-اون (EQi) و سلامت عمومی (GHQ) پاسخ دادند. پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی مشتمل بر پنج عامل و ۱۵ مؤلفه است که عبارت هستند از عوامل درون فردی (شامل مؤلفه‌های خودآگاهی هیجانی، ابراز وجود، احترام به خود، خودشکوفایی و استقلال)، بین‌فردی (شامل مؤلفه‌های همدلی، مسئولیت‌پذیری، روابط بین‌فردی)، سازگاری (شامل مؤلفه‌های حل مسئله، واقعیت‌سنجی و انعطاف‌پذیری)، مدیریت استرس (شامل مؤلفه‌های تحمل استرس و کنترل‌تکانه) و خلق عمومی (شامل مؤلفه‌های شادکامی و خوش‌بینی). پرسشنامه سلامت عمومی نیز در چهار مقیاس جسمانی، اضطراب، عملکرد اجتماعی و افسردگی، سلامت روانی عمومی را اندازه می‌گیرد. داده‌های حاصل از پرسشنامه هوش هیجانی به تفکیک برای کسانی که نمره بالاتر و پایین‌تر از نقطه برش ۲۳ در پرسشنامه سلامت عمومی داشتند (۹۴ نفر بالاتر از نقطه برش و ۲۹۸ نفر پایینتر از نقطه برش) با استفاده از

* نویسنده مسئول: lfata@yahoo.com

روش رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام نشان داد که در افرادی که در پرسشنامه سلامت عمومی نمره بالاتر از نقطه برش داشتند، مؤلفه تحمل استرس پیش‌بینی کننده سلامت روانی عمومی، مؤلفه‌های کنترل تکانه و مسئولیت‌پذیری پیش‌بینی کننده نشانه‌های جسمی، مؤلفه‌های خوش‌بینی و واقعیت‌سنجی پیش‌بینی کننده کارکرد اجتماعی و مؤلفه شادکامی پیش‌بینی کننده علائم اضطراب، افسردگی و سلامت روان به طور کلی بودند. نتایج این پژوهش همچنین نشان داد در افرادی که سلامت روانی عمومی بیشتری دارند مؤلفه تحمل استرس پیش‌بینی کننده کلبه ابعاد بهداشت روان است و علاوه بر این، مؤلفه کنترل تکانه پیش‌بینی کننده علائم اضطراب، مؤلفه شادکامی پیش‌بینی کننده علائم افسردگی، واقعیت‌سنجی پیش‌بینی کننده نشانه‌های جسمی و سلامت روان به طور کلی بودند. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که هوش هیجانی - اجتماعی، پیش‌بینی کننده معنادار سلامت روان عمومی است. این نتایج حاکی از این بودند که ارتقاء هوش هیجانی به ویژه مهارت‌های مدیریت استرس، مدیریت خلق، و مهارت‌های سازگاری باعث افزایش سلامت روانی می‌شود. همچنین پیش‌بینی کننده‌های سلامت روانی عمومی در افراد با سلامت روان بیشتر نسبت به افراد با سلامت روان کمتر متفاوت است. به این ترتیب به نظر می‌رسد به منظور دستیابی به حداکثر اثربخشی ممکن، باید برنامه‌های ارتقاء هوش هیجانی متفاوتی برای افراد با سطوح مختلف سلامت روان طراحی شود.

کلید واژه‌ها: هوش هیجانی - اجتماعی، سلامت روان، پرسشنامه هوش بهر هیجانی بارون، کارکنان دانشگاه.

مقدمه

سلامت روان یکی از مؤلفه‌های مهم بهداشت عمومی است. اصطلاح سلامت روان برای توصیف سطح بهزیستی شناختی، هیجانی و برای نشان دادن مبتلا نبودن به اختلالات روانی به کار می‌رود. به گفته سازمان جهانی بهداشت، هیچ تعریف رسمی برای بهداشت روان وجود ندارد و همه تفاوت‌های فرهنگی، ارزیابی شخصی و نظریه‌های تخصصی رقیب بر شیوه تعریف این اصطلاح اثر می‌گذارند (سازان جهانی بهداشت، ۲۰۰۱). با این حال همگان تقریباً توافق دارند، که بهداشت روان توانایی برقراری توازن در زندگی و مقاومت در برابر مشکلات است. مشکلات روانی، فشار ملاحظه پذیری بر جوامع وارد می‌کند. مثلاً پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰، افسردگی بعد از ناراحتی قلبی، بالاترین رقم هزینه‌ها را در سیستم بهداشتی جوامع به خود اختصاص دهد (کلرو بولند^۱، ۱۹۹۸، لکروبییر^۲، ۲۰۰۱). هم‌چنین پژوهش‌ها حاکی از آن است که شیوع یک ساله اختلالات اضطرابی قریب ۱۷٪ درصد است (کسلر^۳ و همکاران، ۱۹۹۴). چند برنامه پیشگیری طراحی شده است، که صورت اختصاصی از اضطراب، افسردگی و سایر مشکلات حوزه سلامت روان پیشگیری می‌کند. این برنامه‌ها بر شناسایی عوامل خطر ویژه هر اختلال و انتخاب جمعیت در معرض خطر برای انجام مداخلات مبتنی هستند (دوزوآ و دابسون^۴، ۲۰۰۴). به این ترتیب چنین برنامه‌هایی گران و مستلزم غربال‌گری تخصصی هستند (همان). با توجه به این موانع و مشکلات، اگر بتوان عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ای را شناسایی کرد که فراگیرتر بوده و با عمده‌ترین اختلالات روانی نظیر افسردگی و اضطراب مرتبط هستند، می‌توان با دستکاری آن عوامل به سلامت روان اثر گذاشت. عوامل مختلفی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های سلامت روان طرح شده‌اند. یکی از این عوامل، هوش هیجانی-اجتماعی است (بار-اون^۵، ۲۰۰۶).

هوش هیجانی-اجتماعی، نقطه تلاقی توانمندی‌ها، مهارت‌ها، و تسهیل‌کننده‌های هیجانی

-
1. Keller & Boland
 2. Lecrubier
 3. Kessler
 4. Dozois & Dobson
 5. Bar. On

و اجتماعی فرد است که با یکدیگر ارتباط متقابل دارند. این مجموعه مشخص می‌کند، که ما تا چه اندازه در درک و ابراز خود، درک دیگران، برقراری ارتباط با آنها، و مقابله با نیازها و مشکلات زندگی روزمره به شیوه‌ای اثر بخش عمل می‌کنیم (همان). از منظر هوش هیجانی-اجتماعی، هیجان‌ها، مهارت‌ها و توانمندی‌های اجتماعی و فردی پدیده‌های مهم زندگی انسان هستند، که دربرگیرنده اطلاعات ارزشمندی درباره چگونگی حل مسائل روزمره هستند. بدین ترتیب، کاربرد هوشمندانه آنها عامل ضروری در سازگاری جسمانی و روان‌شناختی است (مایر و سالووی^۱، ۱۹۹۷، سالووی، بدل^۲، دتولبر و مایر^۳، ۱۹۹۹، سالووی، مایر، گلدمن، تورووی و پالفای^۴، ۱۹۹۵).

مدل‌های مختلفی برای تبیین هوش هیجانی-اجتماعی ارائه شده است. این مدل‌ها در یکی از دو رویکرد توانایی-مدار یا مختلط قرار می‌گیرند (گانون و رانزین^۳، ۲۰۰۵). رویکرد توانایی-مدار به گونه‌ای از هوش اشاره دارد که بازتاب توانایی پردازش اطلاعات هیجانی است. در مقابل، رویکرد مختلط معتقد است که هوش هیجانی متشکل از عناصر رویکرد توانایی و صفات شخصیت است (کاروسو^۴، ۲۰۰۲). مدل چند عاملی هوش هیجانی-اجتماعی بار-اون (۱۹۹۷) در رویکرد مختلط قرار می‌گیرد. به این ترتیب از نظر بار-اون هوش هیجانی-اجتماعی عبارت است از مجموعه‌ای از توانایی‌ها، کفایت‌ها و مهارت‌های غیرشناختی که توانایی فرد برای کسب موفقیت در مقابله با ضرورت‌ها و فشارهای محیطی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مدل چند عاملی هوش هیجانی-اجتماعی بار-اون شامل پنج عامل کارکرد درون‌فردی، مهارت‌های بین‌فردی، سازش‌پذیری، مدیریت استرس و خلق عمومی است که می‌توانند در موفقیت زندگی نقش مهمی داشته باشند و به‌طور مستقیم سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار دهند. هوش هیجانی-اجتماعی همچنین با سایر تعیین‌کننده‌های مهم توانایی فرد برای موفقیت در مقابله با نیازهای محیطی مانند شرایط و پیش‌آمدگی‌های زیستی-طبی، استعداد عقلی و شناختی، واقعیت‌ها و محدودیت‌های مقطعی و در حال تغییر محیط نیز

-
1. Mayer & Salovey
 2. Bedell
 3. Gannon & Ranzijn
 4. Caruso

تعامل دارد (زاف^۱، ۲۰۰۲).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه رابطه مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی با مؤلفه‌های سلامت روان نشان داده‌اند، که مؤلفه‌های این دو سازه ارتباط معناداری با یکدیگر دارند. این روابط متعلق به هر دو جنبه درون‌فردی و بین‌فردی هوش هیجانی است. ابعاد بین‌فردی هوش هیجانی به افزایش کیفیت روابط اجتماعی منجر می‌شوند و ابعاد درون‌فردی در تعدیل خلق فرد تأثیرگذار هستند که هر دو از عوامل اثرگذار در سلامت روان قلمداد می‌شوند (اوستین^۲ و همکاران، ۲۰۰۵، لوپز^۳ و همکاران ۲۰۰۲). جین و سینا^۴ (۲۰۰۵) نیز، در پژوهشی در رابطه با بهداشت روان و مسائل وابسته به هوش هیجانی بر ۲۵۰ کارمند میانی اجرایی به این نتیجه رسیدند که مؤلفه‌های هوش هیجانی، عامل پیش‌بینی‌کننده خوبی در بهداشت روانی کارکنان هستند. نتایج پژوهش آن‌ها حاکی از وجود رابطه مستقیم و معناداری بین متغیرهای هوش هیجانی مثل استقلال، ابراز وجود، خودشکوفایی و کنترل خویشتن با سلامت روان بود. آنها در ادامه پژوهش خود، به آموزش روش‌های ارتقاء هوش هیجانی اقدام کردند و گزارش دادند که افزایش توانایی‌های مرتبط با هوش هیجانی کارمندان، با بهبود سلامت روانی آن‌ها ارتباط داشته‌است.

افرادی که درباره هیجان‌های خود آگاهی بیشتر دارند، مهارت‌های بیشتری در مدیریت مشکلات هیجانی دارند و در مقایسه با افرادی که مهارت‌های کمتری دارند، احساس سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کنند. به این ترتیب، افرادی که می‌توانند در یک موقعیت استرس برانگیز هیجان ویژه‌ای را در خود تشخیص دهند، زمان کمتری را صرف توجه به واکنش‌های هیجانی خود می‌کنند و منابع شناختی کمتری را به کار می‌گیرند. این امر به آنها امکان بررسی واکنش‌های دیگر را می‌دهد و باعث می‌شود که افکار خود را متوجه تکالیف دیگر کنند یا راهبردهای انطباقی سازگارانه بیشتری را به کار ببرند (فرناندز - بروکال و اکستریمرا^۵، ۲۰۰۵).

-
1. Zapf
 2. Austin
 3. Lopez
 4. Jain & Sinha
 5. Fernandez-Brocal & Extremera

گومو کلور^۱ ۲۰۰۲، فرناندز- بروکال و اکستیرما، ۲۰۰۶). با توجه به این مطالعات، نظریه هوش هیجانی- اجتماعی، چارچوب جدیدی از مدل پیشگیری اولیه در بهداشت روانی ارائه می‌کند که از آن به عنوان یک انقلاب بزرگ در زمینه ارتقاء بهداشت روان، یاد می‌شود (تیرگری- الف، ۱۳۸۳). به این ترتیب با توجه به این که هوش هیجانی- اجتماعی ارتقاء پذیر است، اگر بتوان مؤلفه‌هایی از هوش هیجانی- اجتماعی را شناسایی کرد که پیش‌بینی‌کننده سلامت روان هستند، با مداخله در هوش هیجانی- اجتماعی، می‌توان امیدوار بود که سلامت روان نیز ارتقاء یابد. یکی از گروه‌های هدف مناسب برای چنین مطالعات و مداخلاتی، کارمندان هستند.

تقریباً ۴۵ درصد جمعیت دنیا و ۵۸ درصد افراد بالای ۱۰ سال در شمار نیروی کار جهانی قرار دارند و بسیاری از این افراد، بیش از یک سوم زندگی پس از بلوغ خود را در محیط‌های کاری می‌گذرانند، که انواع عوامل استرس‌زا در آن‌ها وجود دارند. به این دلیل تأمین بهداشت روانی این افراد اهمیت به سزایی دارد. و به خاطر این امروزه، بسیاری از کارشناسان بهداشت روان، محیط‌های کاری را یکی از مراکز تأمین و ارتقاء سلامت روان افراد تلقی می‌کنند؛ زیرا (۱) محیط کار محلی است که افراد قسمت اعظم وقت و نیز انرژی روانی خود را در آن صرف می‌کنند، (۲) بهداشت روانی در بهره‌وری افراد اثر می‌گذارد، (۳) محیط کار محلی است که به دلیل در دسترس بودن جمعیت مخاطب، چنین مداخلاتی آسانتر است. (۴) چنین اقداماتی در محل کار به منزله اثرگذاری بر قسمت فعال و مولد جامعه است (بهروزی، ۱۳۸۰).

با توجه به نکات فوق می‌توان گفت که پژوهش‌هایی که بتوانند رابطه بین مؤلفه‌های هوش هیجانی- اجتماعی و سلامت روان را شفاف کنند، در تعیین نوع مداخلات در این زمینه، کمک‌کننده هستند. اگر چه اطلاعات موجود حاکی از اثر هوش هیجانی- اجتماعی بر سلامت روان و ارتقاء آن است، ولی الگوی این رابطه برای افراد با سلامت روانی کمتر یا سلامت روانی بیشتر یکسان نیست. به همین دلیل باید مؤلفه‌های هوش هیجانی- اجتماعی پیش‌بینی‌کننده سلامت روان برای این دو گروه به‌طور جداگانه تعیین شود تا مداخلات مرتبط مقرون‌به‌صرفه‌تر و اثربخش‌تر باشند. پژوهش حاضر در همین زمینه و با هدف بررسی رابطه

هوش هیجانی - اجتماعی و سلامت روان و نیز تعیین مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی پیش بینی کننده سلامت روان در دوگروه با سلامت روان کمتر و سلامت روان بیشتر انجام شد. با توجه به آنچه گفته شد، فرضیه‌های اصلی این پژوهش عبارت هستند از:

مؤلفه‌های هوش اجتماعی - هیجانی به پیش‌بینی سلامت روان در افراد با سلامت روان بیشتر قادر هست. مؤلفه‌های هوش اجتماعی - هیجانی قادر به پیش‌بینی سلامت روان در افراد برخوردار از سلامت روان کمتر هستند.

روش پژوهش

نمونه: گروه نمونه این پژوهش شامل ۴۱۰ نفر، ۲۶۸ نفر زن (۶۵/۳۶٪) و ۱۳۴ نفر مرد (۳۲/۶۸٪)، و ۸ نفر (۱/۹۵٪) با جنسیت گزارش نشده با میانگین سنی $۳۵/۲۳ \pm ۶/۷۸$ بود. ۷۶/۱٪ مردان (۱۰۲ نفر) و ۶۵/۵٪ زنان (۱۹۴ نفر) متأهل بودند. این افراد به روش نمونه‌گیری دردسترس و به شیوه داوطلبانه از بین کارمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۵ در ۱۴ استان کشور انتخاب شدند، که قرار بود در کارگاه‌های مهارت‌های زندگی شرکت کنند.

ابزارها:

به منظور جمع‌آوری اطلاعات مورد نظر از دو پرسشنامه استفاده شد که مشخصات هر یک به این شرح است.

(۱) پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی^۱: این پرسشنامه که بر اساس مدل هوش هیجانی - اجتماعی بار-اون، که خود او ساخته است، یک مقیاس خودگزارشی برای ارزیابی رفتارهای مرتبط با هوش هیجانی و اجتماعی است (بار-اون، ۱۹۹۷). پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی بار-اون از ۱۳۳ آیتم تشکیل شده و هر آیتم نمره‌ای بین ۱ تا ۵ می‌گیرد. این ابزار ۵ عامل دارد که این ۵ عامل مجموعاً از ۱۵ مؤلفه تشکیل شده است. پنج عامل پرسشنامه (EQ-i) عبارت هستند از: (۱) عامل درون فردی (شامل مؤلفه‌های خود آگاهی هیجانی، ابراز وجود، احترام به خود، خود شکوفایی و استقلال)؛ (۲) عامل بین فردی (شامل مؤلفه‌های همدلی، مسئولیت

1. Emotional Quotient Inventory (EQ-i)

پذیری اجتماعی و روابط بین فردی)؛ (۳) عامل مدیریت استرس (شامل مؤلفه‌های تحمل استرس و کنترل تکانه)؛ (۴) عامل توان سازگاری (شامل مؤلفه‌های حل مسأله واقعیت‌سنجی و انعطاف‌پذیری) و (۵) عامل خلق عمومی (شامل مؤلفه‌های خوش‌بینی و شادکامی). در ایران ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-باز آزمون به طور متوسط ۰/۷۴ گزارش شده است. میانگین ضرایب پایایی مؤلفه‌ها نیز بین ۰/۵۸ (ابراز وجود)، تا ۰/۹ (تحمل فشار روانی) به دست آمده است (دهشیری، ۱۳۸۲). در این پژوهش از پرسشنامه بار-اون برای اندازه‌گیری هوش‌بهر هیجانی و مؤلفه‌های آن استفاده شد.

(۲) پرسشنامه سلامت عمومی^۱: این پرسشنامه را در سال ۱۹۷۲ گولدربرگ^۲ و همکاران ساخته‌اند (یعقوبی، نصر و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴) و برای غربالگری اولیه و سریع احتمال وجود اختلال روانی در جمعیت عمومی و بزرگسالان به کار می‌رود. این پرسشنامه ۲۸ آیتم دارد و پالاهنگ و یعقوبی در سال ۱۳۷۴ آن را هنجاریابی و به فارسی ترجمه کردند. پرسشنامه سلامت عمومی در چهار گروه هفت‌تایی علائم کلی چهار وضعیت سلامتی را اندازه می‌گیرد. این چهار وضعیت عبارت هستند از نشانه‌های جسمانی، علائم اضطراب، کارکرد اجتماعی، و نشانه‌های افسردگی. ضریب پایایی کل ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۱، ۰/۵۰ و ۰/۵۸ گزارش شده است (یعقوبی و همکاران، ۱۳۷۴). این پرسشنامه با استفاده از مقیاس درجه بندی لیکرت به این صورت نمره‌گذاری می‌شود که به هر ماده از صفر تا سه نمره تعلق می‌گیرد (همان). این پرسشنامه با نقطه برش ۲۳، افراد دچار مشکلات روانی را غربال می‌کند. در این پژوهش از این پرسشنامه برای تفکیک افراد دچار مشکلات روانی از افراد سالم و نیز به عنوان شاخص سلامت روان و ابعاد مختلف آن استفاده شد.

روش اجرای پژوهش:

پژوهشگران با حضور در ۱۴ استان کشور از افرادی که برای شرکت در کارگاه مهارت‌های زندگی حاضر بودند، دعوت به همکاری در پژوهش کردند. شرکت در این پژوهش داوطلبانه بود و مشخصات شناساننده افراد درخواست نمی‌شد. به افراد توضیح داده شد که از این

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Goldberg

اطلاعات استفاده پژوهشی خواهد شد و اطلاعات به صورت گروهی تجزیه و تحلیل خواهد شد. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، اطلاعات حاصل از این پژوهش با استفاده از روش رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

۴۱۰ نفر به پرسشنامه‌های این طرح پاسخ گفتند. مشخصه‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱- مشخصه‌های جمعیت‌شناختی نمونه

وضعیت اقتصادی اجتماعی	سطح تحصیلات	نوع استخدام	سابقه کار
پائین	دیپلم	رسمی	زیر ۵ سال
متوسط	فوق دیپلم	قراردادی	۵-۱۰
بالا	لیسانس	گزارش نشده	۱۰-۱۵
گزارش نشده	فوق لیسانس و بالاتر		۱۵-۲۰
	گزارش نشده		۲۰-۳۰
		گزارش نشده	

قبل از انجام تحلیل اصلی، داده‌های ناقص^۱ به این روش مدیریت شدند که ابتدا افرادی

1. missing data

حذف شدند، که بیشتر از ۱۰٪ یکی از پرسشنامه‌ها را خالی گذاشته بودند. سپس خانه‌های خالی پرسشنامه‌های کسانی که کمتر از ۱۰٪ ماده‌ها را بی جواب گذاشته بودند با میانگین همان ماده در کل نمونه پر شد. میانگین و انحراف استاندارد افراد در مقیاس‌های پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی و سلامت عمومی پس از انجام تصحیح فوق، در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های عوامل و مؤلفه‌های پرسشنامه هوش‌بهر هیجانی

عواملها	مقیاس‌ها	میانگین(انحراف استاندارد)
هوش درون فردی	خودآگاهی هیجانی	۱۰۸/۷۳(۱۳/۱۹)
	ابراز وجود	۱۰۶/۴۱(۱۴/۴۳)
	احترام به خود	۱۰۵/۱۵(۱۴/۲۵)
	خود شکوفایی	۱۰۱/۷۳(۱۰/۰۲)
	استقلال	۱۰۲/۹۹(۱۲/۳۴)
	هوش بین فردی	همدلی
روابط بین فردی		۱۰۲/۲۲(۱۱/۱۵)
مسئولیت پذیری		۱۰۹/۷۵(۱۱/۹۱)
توانایی سازگاری	حل مسأله	۹۹/۲۸(۱۲/۳)
	واقعیت‌سنجی	۱۰۶/۶۴(۱۲/۹۷)
	انعطاف‌پذیری	۸۷/۵۲(۱۱/۲۱)
مدیریت استرس	تحمل استرس	۱۰۴/۴۷(۱۴/۲۵)
	کنترل تکانه	۱۰۲/۶۸(۱۴/۳)
خلق عمومی	شادکامی	۱۰۳(۱۳/۹)
	خوش‌بینی	۱۰۱/۰۸(۱۴/۴۱)
		۱۰۴/۲۸(۱۳)
نمره کل هوش هیجانی		۱۰۴/۶۲(۱۴/۷۱)
		۱۰۲/۲۴(۱۱/۷۱)
		۱۰۰/۸۴(۱۲/۴۲)

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های مقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه سلامت عمومی

مقیاس	میانگین(انحراف استاندارد)
نشانه‌های جسمی	۵/۰۲(۴/۱)
علائم اضطراب	۴/۷۱(۴/۱۳)
کارکرد اجتماعی	۷/۰۱(۲/۹۷)
نشانه‌های افسردگی	۱/۹۷(۳/۱۹)
نمره کل سلامت عمومی	۱۸/۷۱(۱۲/۲۴)

جدول ۴ ضرایب همبستگی پیرسون دو پرسشنامه را نشان می‌دهد.

جدول ۴- ضرایب همبستگی پیرسون دو پرسشنامه هوش هیجانی- اجتماعی و سلامت عمومی

مؤلفه‌ها	نشانه‌های جسمی	علائم اضطراب	کارکرد اجتماعی	علائم افسردگی	نمره کل سلامت عمومی
خودآگاهی هیجانی	-۰/۲۱۲**	-۰/۲۷۸**	-۰/۲۰۴**	-۰/۲۴۸**	-۰/۲۷۸**
ابراز وجود	-۰/۲۷۵**	-۰/۲۹۴**	-۰/۱۸۶**	-۰/۲۶۳**	-۰/۳۰۴**
احترام به خود	-۰/۳۴۲**	-۰/۳۶۵**	-۰/۳۱۳**	-۰/۴۳۴**	-۰/۴۲۶**
خود شکوفایی	-۰/۲۲۳**	-۰/۲۲۹**	-۰/۱۹۳**	-۰/۲۶۱**	-۰/۲۶۶**
استقلال	-۰/۱۸۳**	-۰/۲۱۹**	-۰/۲۳۳**	-۰/۲۲۸**	-۰/۲۵۱**
همدلی	-۰/۰۵	-۰/۱۲۷*	-۰/۰۷۱	-۰/۱۲*	-۰/۱۰۸*
روابط بین فردی	-۰/۲۲۴**	-۰/۲۹۳**	-۰/۲۳۲**	-۰/۲۲۷**	-۰/۳۰۱**
مسئولیت پذیری	-۰/۰۴۴	-۰/۰۸۲	-۰/۰۶۸	-۰/۰۷۹	-۰/۰۷۹
حل مسأله	-۰/۱۹۴**	-۰/۱۹۱**	-۰/۲۶۳**	-۰/۲۸۵**	-۰/۲۶۷**
واقعیت سنجی	-۰/۴۱۸**	-۰/۳۹۶**	-۰/۲۴۸**	-۰/۴۱۱**	-۰/۴۴**
انعطاف پذیری	-۰/۲۱**	-۰/۲۷۹**	-۰/۲۲۶**	-۰/۲۷۱**	-۰/۲۸۹**
تحمل استرس	-۰/۴۲۸**	-۰/۴۳۹**	-۰/۳۴۶**	-۰/۴۵**	۰/۴۹۱**
کنترل تکانه	-۰/۳۶۱**	-۰/۴۰۳**	-۰/۲۱۱**	-۰/۳۲۴**	-۰/۳۹۱**
شادکامی	-۰/۳۹۶**	-۰/۴۴۲**	-۰/۳۲۵**	-۰/۵۰۴**	-۰/۴۹۱**
خوش بینی	-۰/۲۹۸**	-۰/۳۲۳**	-۰/۳۲۶**	-۰/۳۹۱**	-۰/۳۸۹**
نمره کل هوش هیجانی	-۰/۴۲۱**	-۰/۴۶۷**	-۰/۳۵۶**	-۰/۴۸۱**	-۰/۵۰۹**

* $p < 0/05$

** $p < 0/01$

با توجه به هدف اصلی پژوهش، افراد با نمره بالاتر و پایتتر از نقطه برش (نمره کل ۲۳) در پرسشنامه سلامت عمومی از یکدیگر تفکیک شدند و تحلیل‌های اصلی این پژوهش در این دو گروه به تفکیک انجام شد. جدول ۵ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های هوش هیجانی افراد با نمره سلامت عمومی بالا یا پایتتر از نقطه برش را به تفکیک نشان می‌دهد.

جدول ۵- میانگین و انحراف استاندارد نمرات هوش هیجانی افراد برحسب نقطه برش پرسشنامه

سلامت عمومی

میانگین (انحراف استاندارد) افرادی که نمره بالاتر از نقطه برش داشتند (تعداد= ۹۴)	میانگین (انحراف استاندارد) افرادی که نمره پایتتر از نقطه برش داشتند (تعداد= ۲۹۸)	مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی
۱۰۲/۹۶۸ (۱۲/۶۴۳)	۱۱۰/۷۳۱ (۱۲/۶۸۹)	خودآگاهی هیجانی
۹۹/۴۵۷ (۱۳/۷۵۴)	۱۰۸/۶۱۱ (۱۳/۹۶۴)	ابراز وجود
۹۶/۰۶۴ (۱۴/۷۰۴)	۱۰۸/۰۵۵ (۱۲/۸۹۱)	احترام به خود
۹۷/۵۵۳ (۱۰/۵۳۷)	۱۰۳/۰۱۳ (۹/۴۸۹)	خود شکوفایی
۹۸/۵۸۵ (۱۲/۶۷۶)	۱۰۴/۲۹۹ (۱۱/۷۵۲)	استقلال
۱۰۲/۵۴۲ (۱۲/۱۰۶)	۱۰۵/۹۴۳ (۱۱/۶۶۶)	همدلی
۹۷/۳۹۴ (۱۲/۱۰۹)	۱۰۴/۰۳۷ (۱۰/۲۴)	روابط بین فردی
۱۰۸/۳۸۳ (۱۲/۴۲۶)	۱۱۰/۴۲۹ (۱۱/۷۷۵)	مسئولیت پذیری
۱۰۱/۵۲۱ (۱۲/۸۵۴)	۱۰۸/۲۵۵ (۱۲/۵۸۳)	حل مسأله
۷۹/۶۷ (۱۱/۰۵۵)	۸۹/۹۲۶ (۱۰/۱۷۵)	واقعیت سنجی
۹۹/۱۱۷ (۱۴/۸۷۴)	۱۳/۷۴۹ (۱۰/۵۹۸)	انعطاف پذیری
۹۴/۵۴۳ (۱۳/۸۱۲)	۱۰۶/۹۵ (۱۲/۴۲۴)	تحمل استرس
۹۱/۸۷۲ (۱۴/۳۶۷)	۱۰۳/۷۸۵ (۱۳/۲۵۷)	کنترل تکانه
۹۴/۷۴۵ (۱۶/۶۰۳)	۱۰۷/۸۷۲ (۱۲/۵۸۸)	شادکامی
۹۶/۷۶۶ (۱۲/۳۴۳)	۱۰۴/۳۰۵ (۱۰/۸۷۹)	خوش بینی

به منظور اطمینان یافتن از تفاوت هوش هیجانی - اجتماعی افراد با سلامت عمومی بالاتر و پایتتر از نقطه برش، این دو گروه با استفاده از آزمون t مستقل با هم مقایسه شدند و نتایج

در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶- مقایسه مؤلفه‌های هوش هیجانی دو گروه افراد با نمره بالاتر و پایینتر از نقطه برش در پرسشنامه سلامت عمومی

مؤلفه‌ها	t (df=۳۹۰)	میانگین(انحراف استاندارد)
خودآگاهی هیجانی	*۵/۱۷۶	۷/۷۶(۱/۵)
ابراز وجود	*۵/۵۶۹	۹/۱۵(۱/۶۴)
احترام به خود	*۷/۵۹۲	۱۱/۹۹(۱/۵۸)
خود شکوفایی	*۴/۷۳۵	۵/۴۶(۱/۱۵)
استقلال	*۴/۰۳۲	۵/۷۱(۱/۴۲)
همدلی	*۲/۴۴۲	۳/۴(۱/۳۹)
روابط بین فردی	*۵/۲۳۹	۶/۶۴(۱/۲۷)
مسئولیت پذیری	*۱/۴۵	۲/۰۵(۱/۴۱)
حل مسأله	*۴/۵۰۱	۶/۷۳(۱/۵)
واقعیت سنجی	*۸/۳۵۲	۱۰/۲۶(۱/۲۳)
انعطاف پذیری	*۴/۱۳۶	۶/۸۶(۱/۶۶)
تحمل استرس	*۸/۲۱۴	۱۲/۴۸(۱/۵۱)
کنترل تکانه	*۷/۴۴۳	۱۱/۹۱(۱/۶)
شادکامی	*۸/۱۲۸	۱۳/۱۳(۱/۶۱)
خوش بینی	*۶/۴۱۹	۸/۵۴(۱/۳۳)
نمره کل هوش هیجانی	*۹/۳۳۱	۱۲/۴۲(۱/۳۳)

* P< ۰/۰۰۱

با توجه به تفاوت معنی دار دو گروه در مؤلفه‌های هوش هیجانی- اجتماعی، در ادامه به منظور تعیین متغیرهای پیش‌بینی کننده سلامت روان عمومی و هر یک از مقیاس‌های آن در افرادی با سلامت روان بیشتر و کمتر، مجموعه‌ای از رگرسیون‌های خطی چندگانه گام به گام اجرا شد. مدل‌های انتخابی حاصل از این دو گروه تحلیل‌ها در جداول ۷ و ۸ ارائه شده است.

جدول ۷- رگرسیون چند گانه پیش‌بینی سلامت عمومی براساس مقیاس‌های هوش هیجانی- اجتماعی در افراد با نمره سلامت عمومی ۲۳ و کمتر

α	P	β	P	F	Df	R^2	R	مقیاس‌های پیش بینی کننده	متغیر
۱۱/۱۹۱			۰/۰۰۱	۱۸/۳۹	۲۹۵	۰/۱۱۱	۰/۳۳۳		نشانه‌های جسمی
	۰/۰۰۱	-۰/۲۵						تحمل استرس	
	۰/۰۳۹	-۰/۱۳						واقعیت‌سنجی	
۱۰/۲۰۵			۰/۰۰۱	۲۰/۸۰۵	۲۹۵	۰/۱۲۴	۰/۳۵۲		علائم اضطراب
	۰/۰۰۱	-۰/۲۶۸						تحمل استرس	
	۰/۰۳۲	-۰/۱۳۴						کنترل تکانه	
۹/۴۶۶			۰/۰۰۱	۱۱/۹۳۲	۲۹۶	۰/۰۳۹	۰/۱۹۷		کارکرد اجتماعی
	۰/۰۰۱	-۰/۱۹۷						تحمل استرس	
۵/۸۶۱			۰/۰۰۱	۲۳/۲۴	۲۹۴	۰/۱۹۲	۰/۴۳۸		نشانه‌های افسردگی
	۰/۰۰۶	-۰/۱۷۶						تحمل استرس	
	۰/۰۰۱	-۰/۲۰۷						شادکامی	
	۰/۰۰۳	-۰/۱۷۹						حل مسئله	
۳۵/۴۶۳			۰/۰۰۱	۴۳/۸۵	۲۹۵	۰/۲۲۹	۰/۴۷۹		نمره کل سلامت عمومی
	۰/۰۰۱	-۰/۳۸۹						تحمل استرس	
	۰/۰۱۲	-۰/۱۴۸						واقعیت‌سنجی	

جدول ۸- افراد با نمره سلامت عمومی بیشتر از ۲۳

متغیر	مقیاس‌های پیش‌بینی کننده	R	R ²	df	F	P	β	P	α
نشانه‌های جسمی		۰/۲۹۸	۰/۰۸۹	۹۱	۴/۴۳۱	۰/۰۱۵			۸/۶۶۲
	کنترل تکانه						-۰/۲۴۶	۰/۰۱۸	
	مسئولیت‌پذیری						۰/۲۱۸	۰/۰۳۵	
علائم اضطراب		۰/۳۲	۰/۱۰۲	۹۲	۱۰/۴۹۲	۰/۰۰۲			۱۷/۸۲۶
	شادکامی						-۰/۳۲	۰/۰۰۲	
کارکرد اجتماعی		۰/۳۰۹	۰/۰۹۶	۹۱	۴/۸۰۵	۰/۰۱			۱۱/۷۲۷
	خوش‌بینی						-۰/۲۶۷	۰/۰۱	
	واقعیت‌سنجی						۰/۲۲	۰/۰۳۳	
نشانه‌های افسردگی		۰/۴۴۶	۰/۱۹۹	۹۲	۲۲/۹۰۲	۰/۰۰۱			۱۶/۵۱۷
	شادکامی						-۰/۴۴۶	۰/۰۰۱	
نمره کل سلامت عمومی		۰/۳۷۳	۰/۱۳۹	۹۲	۱۴/۸۷	۰/۰۰۱			۱۶/۲۹۷
	شادکامی						-۰/۲۹۵	۰/۰۰۱	

همان گونه که جداول مذکور نشان می‌دهند، نمره کلی هوش هیجانی- اجتماعی ارتباط منفی و معنا داری با سلامت روان عمومی ($r = -0/509, p < 0/01$) و نیز تمام مقیاس‌های سلامت روان دارد. نمره کلی هوش هیجانی- اجتماعی ارتباط منفی و معناداری با نشانه‌های جسمی ($r = -0/421, p < 0/01$)، علائم اضطراب ($r = -0/467, p < 0/01$)، کارکرد اجتماعی ($r = -0/356, p < 0/01$) و علائم افسردگی ($r = -0/481, p < 0/01$) نشان می‌دهد.

مدل رگرسیون خطی سلامت روان عمومی در افراد با سلامت روان، متغیرهای تحمل استرس و واقعیت‌سنجی را شامل بود، که در مجموع $R^2 = 0/22/9$ سلامت روان عمومی را پیش‌بینی می‌کردند $p < 0/001$ ، $F(2, 295) = 43/85$ ، $R^2 = 0/229$ این در حالی است که در افرادی که سلامت روان نداشتند مدل پیش‌بینی‌کننده سلامت روان عمومی شامل متغیر شادکامی بود که $R^2 = 0/13/9$ سلامت روان عمومی را پیش‌بینی می‌کرد $p < 0/001$ ، $F(1, 92) = 14/87$ در مدل رگرسیونی نشانه‌های جسمی در افراد با سلامت روان متغیرهای تحمل استرس و واقعیت‌سنجی وارد مدل شدند که در کل $0/11/1$ واریانس این متغیر را پیش‌بینی می‌کردند $R^2 = 0/111$ ، $F(2, 295) = 18/39$ ، $p < 0/001$ با وجود این در افرادی که سلامت روان نداشتند مدل پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های جسمی که متغیرهای کنترل‌تکانه و مسئولیت‌پذیری را شامل بود که $0/8/9$ واریانس نشانه‌های جسمی را تبیین می‌کردند $p < 0/015$ ، $F(2, 91) = 4/43$ ، $R^2 = 0/89$ در مدلی نسبتاً مشابه در افراد با سلامت روان، متغیرهای تحمل استرس و کنترل‌تکانه $0/12/4$ علائم اضطراب را پیش‌بینی می‌کردند $p < 0/001$ ، $F(2, 295) = 20/80$ ، $R^2 = 0/124$ که این مدل در باره افرادی که سلامت روان نداشتند، متغیر شادکامی را شامل بود که $0/1/2$ واریانس علائم اضطراب را تبیین می‌کرد $p < 0/002$ ، $F(1, 92) = 10/49$ ، $R^2 = 0/102$ علاوه بر این، مدل پیش‌بینی‌کننده کارکرد اجتماعی در افراد با سلامت روان، متغیر تحمل استرس را شامل بود، که $0/3/9$ کارکرد اجتماعی را پیش‌بینی می‌کرد $p < 0/001$ ، $F(1, 296) = 11/93$ ، $R^2 = 0/039$ مدل پیش‌بینی‌کننده کارکرد اجتماعی در افرادی که سلامت روان نداشتند، خوش‌بینی و واقعیت‌سنجی را شامل بود، که $0/9/6$ واریانس کارکرد اجتماعی را پیش‌بینی می‌کردند $R^2 = 0/096$ ، $F(1, 91) = 4/80$ ، $p < 0/01$ در نهایت این که مدل پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های افسردگی در افراد با سلامت روان، متغیرهای تحمل استرس، شادکامی و حل مسئله را شامل بود، که $0/19/2$ واریانس نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد $p < 0/001$ ، $F(3, 294) = 23/24$ ، $R^2 = 0/192$ این در حالی است که پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های افسردگی در افرادی که سلامت روان نداشتند، متغیر شادکامی را شامل بود، که $0/19/9$ واریانس نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کرد $R^2 = 0/199$ ، $F(1, 92) = 14/87$ ، $p < 0/001$

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های فوق چنین به نظر می‌رسد که هوش هیجانی - اجتماعی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده سلامت روان در کسانی که بالاتر و پایین‌تر از نقطه برش در آزمون مربوطه بودند. الگوهای متفاوتی دارد. در افرادی که براساس نمرات GHQ سلامت روان دارند، تحمل استرس مهم‌ترین مؤلفه تعیین‌کننده سلامت روان به طور کلی و ۴ قسمت اصلی آن است. این یافته هم‌سو با بسیاری از متون و پژوهش‌های مرتبط با ارتقاء بهداشت روان است که نشان داده‌اند حفظ سلامت روان عمومی در محیط کار تابع توان افراد در مدیریت استرس است. (فتی، موتابی، بواله‌ری، و کاظم‌زاده، ۱۳۸۴؛ فتی، بواله‌ری و کاظم‌زاده، ۱۳۸۵؛ کلاین و اسنو^۱، ۱۹۹۴؛ گادفری^۲، و همکاران ۱۹۹۰؛ رومانو^۳، ۱۹۸۴؛ سیوارد^۴، ۲۰۰۲؛ تیمرمن^۵ و همکاران ۱۹۹۸). در کنار تحمل استرس، سه متغیر پیش‌بینی‌کننده دیگر نیز در افراد با نمره زیر نقطه برش وجود دارد که عبارت هستند از کنترل تکانه در پیش‌بینی اضطراب، شادکامی و حل مسأله در پیش‌بینی افسردگی و واقعیت‌سنجی در پیش‌بینی نمره کل. این یافته با نظریه‌های زیربنایی اضطراب و افسردگی منطبق هستند (چورپیتا و بارلو^۶، ۱۹۹۸؛ دوزوآ و دابسون، ۲۰۰۴؛ هودسن^۷ و همکاران ۲۰۰۴). بر طبق این نظریه‌های شناختی، افسردگی و اضطراب، عاطفه‌مندی منفی بالا هم در اضطراب و هم در افسردگی مشاهده می‌شود حال آن‌که افسردگی با کاهش عاطفه مثبت نیز همراه است درحالی‌که اضطراب به کاهش شادکامی منجر نمی‌شود و برعکس در اضطراب با برانگیختگی همراه است (کلارک^۸، ل.ا. و واتسون^۹، ۱۹۹۱؛ چورپیتا، ۲۰۰۲، براون^{۱۰}، و همکاران ۱۹۹۸). براساس همین نظریه‌ها افسردگی علاوه بر این که با کاهش

-
1. Keline & Snow
 2. Godfrey
 3. Romano
 4. Seaward
 5. Timmerman
 6. Chorpita & Barlow
 7. Hudson
 8. Clark
 9. Watson
 10. Brown

عاطفه‌مندی مثبت همراه است، با نقص در حل مسئله نیز ارتباط دارد (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹؛ کلارک و همکاران، ۱۹۹۴). یافته‌های این پژوهش با این نظریه‌ها همسو است. متغیر پیش‌بینی‌کننده دیگر هوش هیجانی - اجتماعی، واقعیت‌سنجی بود. منظور از واقعیت‌سنجی توان فرد برای ادراک دقیق واقعیت‌های اجتماعی و حساسیت کافی در ادراک و نشان دادن واکنش مناسب به نشانه‌های کلامی و غیر کلامی در روابط بین‌فردی است. اگر توان مدیریت استرس را یک مؤلفه هیجانی، در نظر بگیریم، مؤلفه شناختی مرتبط با آن واقعیت‌سنجی است که می‌تواند سلامت روان را به‌طور کلی پیش‌بینی کند.

در کسانی که نمره GHQ آنها حاکی از وجود مشکلاتی در حوزه بهداشت روانی بود الگوی متفاوتی به دست آمد. شادکامی، هم در سلامت روان عمومی و هم در دو حوزه نشانه‌های اضطراب و نشانه‌های افسردگی مؤلفه‌ای پیش‌بینی‌کننده بود. شادکامی، عامل خلقی هوش هیجانی - اجتماعی است و ارتباط آن با اضطراب و افسردگی به عنوان مشکلات هیجانی تبیین‌پذیر است (کلارک ل.ا. و واتسون، ۱۹۹۱؛ چورپیتا، ۲۰۰۲، براون، چورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸). در کنار این عامل عمومی‌تر شادکامی، نشانه‌های جسمی با دو مؤلفه کنترل تکانه و مسئولیت‌پذیری تبیین می‌شود. نظریه‌ها و یافته‌های پژوهشی حاکی از آن هستند که فشار مسئولیت و وجدان‌مندی در قبال وظایف به عهده گرفته شده، می‌تواند آن چنان افراد را تحت استرس قرار دهد، که نشانه‌های جسمی استرس ظاهر شوند (سیوارد، ۲۰۰۲) همچنین کنترل تکانه با مفهومی که در هوش هیجانی - اجتماعی دارد، با برانگیختگی منجر به ناراحتی کلی و اضطراب معادل است که منشاء اغلب مشکلات بهداشت روان محسوب می‌شود (کلارک ل.ا. و واتسون^۱، ۱۹۹۱؛ چورپیتا، ۲۰۰۲، براون^۲ و همکاران ۱۹۹۸).

در حوزه کارکرد اجتماعی، خوش‌بینی به عنوان یک مؤلفه خلقی و در کنار آن واقعیت‌سنجی نقش تعیین‌کننده دارند این رابطه را می‌توان انتظار داشت زیرا عملکرد اجتماعی مؤثر تابعی است از خوش‌بینی در روابط بین‌فردی و حساسیت و ادراک دقیق نشانه‌های کلامی و غیر کلامی در روابط اجتماعی که در مقوله هوش هیجانی - اجتماعی، واقعیت‌سنجی نامیده می‌شود.

1. Clark & Watson
2. Brown

به‌طور کلی چنین به نظر می‌رسد که توان مدیریت استرس در محیط کار یک مؤلفه پیش‌بینی‌کننده مهم سلامت روان است و ارزش سرمایه‌گذاری را دارد. از سوی دیگر مؤلفه‌های خلقی نظیر شادکامی و خوش‌بینی در محیط کار، پیش‌بینی‌کننده بهبود وضعیت سلامت روان کسانی است که به گزارش خود آنها سلامت روان کافی ندارند و در نهایت واقعیت‌سنجی در هر دو گروه پیش‌بینی‌کننده مهمی است که ارزش سرمایه‌گذاری به شکل مداخلات بهداشت روان را دارد.

در جمع‌بندی نهایی، یافته‌های این پژوهش حاکی از آن هستند که ارتقاء هوش هیجانی - اجتماعی به‌خصوص در حوزه‌های فوق‌الذکر پیش‌بینی‌کننده سلامت روان افراد در محیط کار است و این یافته هم با منطق نظری و هم با یافته‌های سایر پژوهش‌ها منطبق است (گاسپر و برامسفلد^۱، ۲۰۰۵، اشنايدر، لیونز و ویلیامز^۲، ۲۰۰۵). این مجموعه توانمندی‌ها از این نظر حایز اهمیت هستند که نقص در آنها می‌تواند به اضطراب (ناتوانی در مدیریت هیجانات)، افسردگی (ناتوانی در نیل به اهداف شخصی و یافتن معنا برای زندگی)، و مشکلات مرتبط با آزمون واقعیت (یعنی ناتوانی در شفاف‌سازی احساسات و افکار) منجر شود (گوم^۳ و همکاران ۲۰۰۵). همین‌جا باید خاطر نشان کرد که چنین نقایصی شکل‌گیری اکثر اختلالات روانی به شمار می‌روند (انجمن روانشناسی آمریکا-APA، ۱۹۹۴). و حتی اگر نقش سبب شناختی در تشکیل اختلالی نداشته باشند، در دوام یافتن و تشدید آن نقش بازی می‌کنند (بار-اون، ۲۰۰۶). حساسیت به درک هیجان خود و دیگران و نیز روابط اجتماعی اگرچه می‌توانند، به عنوان مؤلفه‌های هوش هیجانی - اجتماعی، سلامت روان را افزایش دهند، ولی از سوی دیگر حساسیت بیش از حد و توجه بیش از حد همدلانه در روابط بین فردی، خود می‌تواند منجر به افزایش فشار بر فرد و کاهش سلامت روان منجر شود (اکستریم و فرناندز-بروکال، ۲۰۰۶). پژوهش‌های بیشتری لازم است تا این یافته به دقت تبیین شود. مجدداً تأکید می‌شود که پژوهش‌های انجام شده در حیطه آموزش مهارت‌های هوش هیجانی - اجتماعی نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های هیجانی و اجتماعی به عنوان مدلی از مداخله که به تعبیری «تقویت

-
1. Gasper & Bramsfeld
 2. Schneider, Lyons & Williams , Lyons & Williams
 3. Gohm

هوش هیجانی - اجتماعی» نامیده می‌شود، نقش مهمی در بهبود کیفیت روابط فردی و اجتماعی، ایفا می‌کند (گل‌من، ۲۰۰۰، تیرگری - ب، ۱۳۸۳).

قدردانی

این پژوهش با بودجه تحقیقاتی دفتر مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور زنان طراحی و اجرا شد که بدین وسیله از تمامی همراهی‌ها و همکاری‌های کارشناسان خانم دکتر هما قرایی، خانم عاطفه خوشنواز، خانم سودابه طایری و سرپرست آن دفتر خانم دکتر عصمت باروتی قدردانی می‌شود.

منابع

- بهروزی، علی، (۱۳۸۰). استرس در کار، فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال سوم، شماره ۹ و ۱۰، ۴۸-۴۲
- تیرگری، عبدالحکیم، (الف ۱۳۸۳). رابطه ساختاری هوش هیجانی با سازگاری زناشویی و تدوین و کاربرد برنامه مداخله تقویت هوش هیجانی جهت کاهش ناسازگاری زناشویی، رساله دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- تیرگری، عبدالحکیم، (ب ۱۳۸۳). هوش هیجانی و سلامت روان، رویکردها، راهبردها و برنامه‌های پیشگیری در بهسازی زندگی زناشویی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۴، ۹۷-۱۱۴.
- دهشیری، غلامرضا، (۱۳۸۲). هنجاریابی پرسشنامه بهر هیجانی بار-اون ($EQ-i$) در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران و بررسی ساختار عاملی آن، پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- فتی، لادن و دیگران، (۱۳۸۷). راهنمای آموزش کارگاهی مدیریت استرس. تهران، دانشه.
- فتی، لادن، بوالهروی، جعفر، کاظم‌زاده عطوفی، مهرداد، (۱۳۸۴). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به کارکنان اداری: کارآزمایی بالینی با گمارش تصادفی و پی‌گیری سه‌ماهه. گزارش پژوهشی ارائه شده به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دفتر امور زنان.
- یعقوبی، نورالله، نصر، مهدی و شاه‌محمدی، داوود، (۱۳۷۴). بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی صومعه سرا، گیلان، فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱، ۶۵-۵۵.

- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4 th ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Austin, E. J, Saklofske, D.H, & Egan, V, (2005). Personality well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 38*, 547-558.
- Bar-On, R, (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema 18*, 13-25.
- Bar-On, R, (1997). *Bar-On emotional quotient inventory*, Toronto: Multi-Health System Inc.
- Brown, T.A, Chorpita, D.F, & Barlow, D.H, (1998). Structural relationships among dimensions of DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal, *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 172-192.
- Caruso, D.R, Mayer, J.D, Salovey, P, (2002). Ability measures of emotional intelligence to personality, *Journal of Personality Assessment, 2*, 306- 320.
- Chorpita, B.F, (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample, *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 177-191.
- Chorpita, B. F, & Barolow, D. H, (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment, *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.
- Clark, D.A, Beck, A.T. & Alford, B.A, (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*, New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, D.A, Steer, R.A, & Beck, A.T, (1994). Common and specific dimensions of self reported anxiety and depression: implications for the cognitive and tripartite models, *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 645-654.
- Clark, L.A, & Watson, D, (1991). A tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxometric considerations. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336.
- Dozois, D. J. A, & Dobson, K. S, (Eds.) (2004). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernandez-Brocal, P.& Extremera, N.(2005). About emotional intelligence and moral decision, *Behavioral and brain science. 28*, 548-559.
- Fernandez-Brocal, P.& Extremera, N, (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students, *The Spanish journal of psychology_ 1*, 45-51.

- Gannon, N, & Ranzijn, R, (2005). Does EI predict unique variance in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38:1353-1364.
- Gasper, K. Bramesfeld, K. D, (2005). Should I follow my feelings? How individual differences in following feelings influence affective well-being experience, and responsiveness, *Journal of Research in Personality*, article in press.
- Godfrey, K.J, & et al, (1990). Freedom from stress: A meta-analytic view of treatment and intervention programs, *Applied H.R.M. Research*, 1, 67-80.
- Gohm, C.I. & Clore, G.I.(2002), Four latent traits of emotional experience and their involvement in attribution style, coping and well- being, *Cognition and Emotion*. 16, 495- 518.
- Gohm, C. L., Corser, G. C, Dalsky, D. J, (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant?, *Personality and Individual Differences*, 39, 1017–1028.
- Hudson, J. L.; Flannery-Schroeder, E. & Kendall, P. C, (2004). Primary prevention of anxiety disorders. In Dozois, D. J. A, & Dobson, K. S, (Eds.) (2004), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*, Washington, DC, American Psychological Association.
- Jain, A.K, & Sinha, A.K, (2005). General health in organization: Relative relevance of EI, Trust, and organizational support, *International Journal of Stress Management*, 3, 257-273.
- Keller, M. B, & Boland, R. J, (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression, *Biological Psychiatry*, 44, 348-360.
- Kessler, R. C, & et al, (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kline, M.L, & Snow, D.L, (1994). Effects of a worksite coping skills intervention on the stress, social support, and health outcomes of working mothers, *Journal of Primary Prevention*, 15, 105-121.
- Lecrubier, Y, (2001). The burden of depression and anxiety in general medicine, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 4-9.
- Lopez, P, salovey, P, & straus, R, (2002). EI, Personality and the perceived quality of social relationships, *Personality and Individual Differences*, 38, 353-1364.
- Mayer, J.D, & Salovey, P, (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence*, Implications for educators (pp. 3-31), New York: Basic Books.
- Romano, J.L, (1984). Stress management and wellness: Reaching beyond the

counselor's office, *Personnel and Guidance Journal*, 62, 533-537.

Salovey, P, et al, (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In C.R. Snyder (Ed.), *Coping, The psychology of what works*, (pp.141-164), New York, Oxford University Press.

Salovey, P, et al, T.P, (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood

Scale. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154) Washington, American Psychological Association.

Schneider, T. R, Lyons, J. B, Williams, M, (2005). Emotional intelligence and autonomic self-perception: Emotional abilities are related to visceral acuity, *Personality and Individual Differences*, 39, 853-861.

Seaward, B.L, (2002). *Managing stress: Principles and strategies for health and wellbeing*, Boston, Jones and Bartlett Publishers.

Timmerman, Emmelkamp, & Sanderman, (1998). The effects of a stress-management training program in individuals at risk in the community at large, *Behaviour Research and Therapy*, 36, 863-875.

World health Report, (2001) . *Mental Health: New Understanding*, New Hope, World Health Organization. 2001

Zapf,D.(2002). Emotion work and psychological well- being, a review of the literature and conceptual consideration, *Human Resource Management Review*, 12, 237- 268.