

Emotional intelligence and coping styles as predictors of general health

رابطه هوش هیجانی و سبک های مقابله ای با سلامت عمومی دانشجویان

Shahram MohammadKhani, Ph.D,
Roghayeh Bashgareh

دکتر شهرام محمدخانی^۱ و رقیه باش قره^۲

Abstract

This study examined the relationship of emotional intelligence and coping styles with general health in university students. 96 undergraduate students (50 boys and 46 girls) of tarbiat Moallem University were randomly selected and completed the Schutte Emotional Intelligence Scale and Coping style inventory and general health questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression analysis. The result showed that Emotional Intelligence and emotion-oriented coping styles are significantly related with general health. Results of Step by step regression analysis showed that among the components of emotional intelligence use of emotion had positive relationships and emotion-oriented coping style had negative relationships with general health and explain a total of 22% of general health. However the predictive value of emotional coping was stronger. These finding highlight the importance of training of coping skills and developing of prevention programs for enhancing of emotional intelligence in relationship between SS, EI and SWB is more complex than previous literature university students.

Keywords

emotional intelligence, coping, general health, students

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه هوش هیجانی و سبک های مقابله ای با سلامت عمومی دانشجویان بود. به همین منظور ۹۶ نفر از دانشجویان سال اول دانشگاه تربیت معلم (۵۰ پسر و ۴۶ دختر) به شیوه تصادفی انتخاب و پرسشنامه های هوش هیجانی شات، مقابله با موقعیت های استرس زا و سلامت عمومی را تکمیل نمودند. داده های پژوهش با استفاده از روش های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بررسی نشان داد که هوش هیجانی و سبک مقابله ای هیجان مدار رابطه معناداری با سلامت عمومی دارند. همچنین نتایج تحلیلی رگرسیون نشان داد که از میان مولفه های هوش هیجانی، مولفه بهره برداری از هیجان به طور مثبت و از میان سبک های مقابله ای سبک مقابله هیجان مدار به طور معکوس سلامت عمومی را در دانشجویان پیش بینی می کنند. این دو متغیر در مجموع ۲۲٪ واریانس سلامت عمومی را پیش بینی می کنند ولی ضریب اثر سبک مقابله هیجان مدار بیشتر از هوش هیجانی بود. این یافته ها می توانند در تکوین و رشد رویکردهای آموزشی و بالینی سودمند واقع شود. با توجه به نقش مهم مهارت های مقابله ای و هوش هیجانی در سلامت عمومی می توان با طراحی و اجرای برنامه های آموزشی موثر به تقویت این عناصر کمک نمود.

کلید واژه ها

هوش هیجانی، سبک های مقابله ای، سلامت عمومی دانشجویان

۱- (نویسنده پاسخگو) استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم email: sh.mohammadkhani@gmail.com

۲- دانشجوی کارشناسی روانشناسی دانشگاه تربیت معلم



مقدمه

نظریه هوش هیجانی که توسط سالووی و مایر (۱۹۹۰) مطرح شده است با تلفیق پیشرفت های اخیر در علوم شناختی، علوم اعصاب و رشد کودک، چهارچوب نوینی برای مطالعه و تحقیق در حوزه سازش یافتگی هیجانی و اجتماعی و تدوین برنامه های پیشگیرانه فراهم آورده است (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴). هوش هیجانی مجموعه ای از توانایی های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است (سیاروچی، فورگاس و مایر، ۲۰۰۱، به نقل از سیاروچی، دین و اندرسون، ۲۰۰۲) که به فرد کمک می کند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان ها، از احساساتی که افکار را تسهیل می نمایند، آگاهی یابد (مایر، سالووی، کاروسو و سیتارونیوس، ۲۰۰۱) و با برقراری توازن میان افکار و هیجان های خود، تصمیم گیری های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (برکتین و همکاران، ۱۳۸۷). گلن هوش هیجانی را توانایی حفظ انگیزه، پایداری در مقابل نامایمات، کنترل تکانش ها، به تعویق انداختن کامیابی ها، همدلی با دیگران و امیدوار بودن در نظر می گیرد (گلن، ۱۹۹۵). از طرف دیگر بار-اون به عنوان یکی از پیشگامان این حوزه، هوش هیجانی دسته ای از مهارتها، استعدادها و توانایی های غیرشناختی می داند که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی افزایش می دهد (بار-اون، ۲۰۰۰).

بررسی ها نشان می دهد که هوش هیجانی ارتباط تنگاتنگی با سلامت روانشناختی دارد و می تواند آن را پیش بینی کند (سالوی و همکاران، ۱۹۹۹؛ آستین و همکاران، ۲۰۰۵). در مقایسه با سازه سنتی هوشبهر پیش بینی کننده بهتری برای موفقیت و سازگاری اجتماعی است (گلن، ۱۹۹۵). سالوی (۱۹۹۹) اظهار می دارد که افراد دارای هوش هیجانی بالا، توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند. از

سوی دیگر افراد دارای هوش هیجانی پایین، پیوسته احساس پوچی و فروپاشی نموده، واکنش های عاطفی نامناسب نشان می دهند. از این رو هوش هیجانی پایین می تواند از عوامل خطر ساز ابتلا به بیماری های روانی و ایجاد مشکلات در سازگاری افراد با محیط به شمار آید (به نقل از تیلور، پارکر و بگی، ۱۹۹۹).

سالووی، بدل، تیلور و مایر (۱۹۹۹) به نقل از هانا و نیکلا (۲۰۰۳) معتقدند که افرادی از هوش هیجانی بیشتری برخوردارند در برقراری ارتباط با دنیای پیرامون خود و مقابله با موقعیت های استرس زا موفق تر عمل می کنند، زیرا آنها حالت های هیجانی خود را با دقت درک و ابراز می کنند، می دانند چگونه و چه موقع احساسات خود را بیان نموده و به شیوه کارآمد حالت های خلقی خود را تنظیم کنند. در همین راستا بار-اون و پارکر (۲۰۰۰) مدیریت استرس و توانایی سازگاری را دو عنصر اصلی هوش هیجانی می دانند. به بیان دیگر مقابله سازگارانه به فرد اجازه می دهد تا در یک دنیای چالش انگیز رشد کند. توانایی در تشخیص پاسخ های هیجانی مناسب به هنگام رویارویی با رویدادهای فشارزای زندگی روزمره، موجب ایجاد نگرش مثبت درباره رخدادهای زندگی می شود. این پژوهشگران نشان دادند که افراد دارای هوش هیجانی پایین، در توانایی حل مسأله ضعیف تر هستند و در بهره گیری از مهارت های مقابله ای در رویارویی با فشارهای روانی زندگی توانایی زیادی ندارند. هم چنین راجرز، کوالتر، فیلیپس و گاردنر (۲۰۰۶) بین ناتوانی در ادراک هیجانهای دیگران و سازگاری اجتماعی ضعیف رابطه معنی داری یافتند و نشان دادند افرادی که در مدیریت حالت های هیجانی خود و دیگران ناتوان هستند، مهارت های اجتماعی و حمایتی کمتری دارند (لوپز و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر این یافته های آستین، ساکولفسکی و ایگان (۲۰۰۵) نشان می دهد که هوش



و برنامه‌ای آماده می‌کند (کلینکه، ۱۹۹۹). مقابله هیجان مدار بر کنترل هیجان‌ات و واکنش‌های عاطفی تاکید می‌نماید. افراد در این سبک مقابله، هیجانی بر خورد می‌کنند و با گریه کردن، عصبانی شدن و فریاد زدن با فشارروانی مقابله می‌کنند (همان منبع). در سبک مقابله ای اجتنابی، فرد سعی در تغییرات شناختی و دور شدن از واقعیت فشار آور دارد و با فاصله گرفتن از مشکل، اقدام به فرار و اجتناب کرده و برای دریافت حمایت عاطفی تلاش می‌کند. در این حالت فرد به دنبال برگرداندن آرامش بهم خورده ای است که به خاطر موقعیت فشارزا، به وجود آمده است و کوشش می‌کند تا خود را از آشفتگی‌های موجود و پریشانی برهاند (کلینکه، ۱۹۹۹؛ ایرلند و همکاران، ۲۰۰۵؛ زیدنر و اندلر، ۱۹۹۶).

مطالعات متعددی رابطه بین مهارت‌های مقابله‌ای و سلامتی را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهد که مقابله هیجان مدار با پریشانی و نگرانی (ماتئوس و همکاران، ۲۰۰۰) بیماری‌های مزمن (موس و همکاران، ۱۹۹۶)، درد مزمن (کاتز و همکاران، ۱۹۹۶)، سوء مصرف مواد (ویلس و هیرکی، ۱۹۹۶) و افسردگی، اضطراب و علائم جسمی (بیسلی و همکاران، ۲۰۰۳) مرتبط است. همچنین مقابله مساله مدار رابطه منفی با پریشانی روانشناختی (ماتئوس و همکاران، ۲۰۰۰) و رابطه مثبت با رفتارهای مروج سلامت دارد (کریستنسن و همکاران، ۱۹۹۵).

در کل نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که مقابله مساله مدار سازگارانۀ ترین راهبرد مقابله ای است. کسانی که از مقابله عملی استفاده می‌کنند از نحوه کنترل رویدادهای استرس‌زا رضایت بیشتری دارند و کمتر افسرده و مضطرب می‌شوند. مقابله هیجانی و اجتنابی به سازگاری نه چندان رضایت بخش با رویدادهای استرس‌زا منجر می‌شود و افرادی که از این راهبردها استفاده می‌کنند معمولاً مضطرب و افسرده هستند

هیجانی با میزان بالاتر رضایت از زندگی، توسعه شبکه روابط اجتماعی و کیفیت آن رابطه مثبت و با پریشانی روانشناختی و افسردگی رابطه منفی دارد.

سازه ای دیگری که با سلامت عمومی رابطه دارد، مقابله است. مقابله فرایندی است که از طریق آن افراد استرس‌های ناشی از عوامل استرس‌زا را کنترل می‌کنند و هیجان‌ات منفی ایجاد شده بوسیله این عوامل را تحت کنترل در می‌آورند. به عبارت دیگر مقابله تلاش شناختی، هیجانی و رفتاری شخص برای کنترل درخواست‌های بیرونی و درونی ویژه ای است که فرد را تهدید می‌کند، یا به مبارزه می‌طلبد (کلینکه، ۱۹۹۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۸۶؛ ریو، ۲۰۰۱؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۳).

مفهوم مقابله از دهه‌های گذشته به طور رسمی در حوزه روان‌شناسی مطرح شده است و طی سال‌های اخیر مطالعات زیادی در خصوص فرایند مقابله و انواع سبک‌های مقابله ای انجام شده است. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که نوع راهبرد مقابله ای مورد استفاده فرد نه تنها سلامت روانی، بلکه بهزیستی جسمانی وی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (پکنهام، ۲۰۰۱؛ ایرلند و همکاران، ۲۰۰۵؛ زیدنر و اندلر، ۱۹۹۷).

لازاروس و فولکمن از اولین پژوهشگرانی بودند که در یک چهارچوب منسجم به موضوع مقابله پرداخته‌اند. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) به نقل از کلینکه، ترجمه محمدخانی، (۱۳۸۶) بین مقابله مساله مدار و هیجان مدار تمایز قائل شده‌اند.

اندلر و پارکر (۱۹۹۰) سه نوع سبک مقابله ای را مطرح کردند که عبارتند از: ۱) سبک مقابله مساله مدار (۲) سبک مقابله هیجان مدار (۳) سبک مقابله اجتنابی. در سبک مقابله مساله مدار فرد بر مساله متمرکز می‌شود و سعی در حل آن دارد. در این سبک فرد به جمع آوری اطلاعات مربوط به حادثه فشارزا می‌پردازد، درباره آن فکر می‌کند، منابعی را که از آن برخوردار است، ارزیابی می‌کند و برای استفاده از منابع در دسترس خود طرح



(کلینکه، ۱۹۹۹؛ ایرلند و همکاران، ۲۰۰۵).

همان طور که اشاره شد یکی از مولفه های اساسی هوش هیجانی کنترل هیجانها است که مستقیماً با کنترل استرس در ارتباط است (بار - اون و پارکر، ۲۰۰۰). مولفه های دیگر آن هم بطور غیرمستقیم با کاهش استرس ارتباط دارد. آگاهی از هیجان اولین قدم در مهار هیجانهاست. افرادی که از هیجانهای خود، آگاهی دارند رابطه بین احساس و افکار و رفتار خود را درک می کنند و چگونگی تاثیر هیجانها را در بروز افکار و رفتار خود تشخیص می دهند. آنها محدودیتها و توانایی های خود را می شناسند و علی رغم فشارها می توانند تصمیمات درستی اتخاذ کنند که هر کدام از این ویژگی ها به فرد کمک می کند در مقابل تحریکات خارجی به خوبی عمل کنند. در همین راستا باستین، برنز، نتلبک (۲۰۰۵) دریافتند که بین هوش هیجانی بالاتر و راهبرد مقابله ای مسئله مدار، رضایت بیشتر از زندگی و اضطراب کمتر ارتباط دارد. همچنین سیاروچی، دین و آندرسون (۲۰۰۲) نشان دادند که هوش هیجانی پایین با مقابله ناسازگارانه و آسیب شناسی روانی بیشتر و نشانه های مربوط به اختلال استرس پس از سانحه رابطه دارد. از طرف دیگر سیاروچی، چان، و بجگار (۲۰۰۱) و شات و همکاران (۲۰۰۱) بین هوش هیجانی پایین تر و خود-تنظیمی هیجانی ضعیف تر رابطه نشان دادند. با توجه به اینکه رابطه بین رخدادهای استرس زای زندگی با سلامت جسمانی و روانی به خوبی ثابت شده است و با در نظر گرفتن اهمیت مقابله و تأثیر آن در سلامت روان از یک سو و نقش هوش هیجانی در سلامت روان از سوی دیگر، بررسی تأثیر این دو متغیر برای مفهوم سازی کارآمدتر هوش هیجانی و سلامت روان و رسیدن به الگوی جامع برای تبیین سلامت روان، بسیار مفید خواهد بود. با توجه به نکات مطرح شده پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین هوش هیجانی و مهارت های مقابله ای با سلامت عمومی

دانشجویان طراحی شده بود. در پژوهش حاضر در صدصد یافتن پاسخ به دو سوال بودیم: ۱- آیا بین مولفه های هوش هیجانی و سبک های مقابله ای و سلامت عمومی دانشجویان رابطه وجود دارد؟ ۲- مولفه های هوش هیجانی و سبک های مقابله ای چه میزان از واریانس سلامت عمومی را پیش بینی می کنند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی است. آزمودنی های پژوهش شامل ۹۶ نفر از دانشجویان سال اول دانشگاه تربیت معلم (۴۶ دختر و ۵۰ پسر) بودند که به طور تصادفی خوشه ای از بین دانشجویان ساکنین خوابگاه انتخاب شده و به پرسشنامه های مورد نظر پاسخ دادند. میانگین سنی دانشجویان (۱۹/۵) با انحراف معیار (۱/۲) بود. به منظور اجرای پژوهش پس از انتخاب دانشکده هایی که باید نمونه از آنها انتخاب می شد، به دانشکده های مورد نظر مراجعه شد و پرسش نامه به صورت فردی و در زمان های استراحت دانشجویان به آن ها ارایه شد. پرسش نامه ها به گونه تنظیم شده بود که ابتدا پرسش نامه ی هوش هیجانی و بلافاصله پس از آن پرسشنامه سلامت عمومی و در آخر پرسشنامه مهارت های مقابله ای (CISS) ارایه می شد، در ضمن ارایه پرسش نامه ها دستور العمل که در ابتدای آن نوشته شده است به طور مختصر برای آزمودنی تو ضیح داده شده و از آن ها خواسته می شد تا مطابق دستور العمل و با رعایت صداقت به سوالات آن پاسخ دهند. پس از تکمیل پرسشنامه ها داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت برای تحلیل نتایج و بررسی سوال ها از روش های آماری تحلیل واریانس یک راهه، همبستگی پیرسون و رگرسیون گام



به گام استفاده شد.

ابزار

الف) مقیاس هوش هیجانی شات: مقیاس خودسنجی هوش هیجانی شوت که توسط شوت و همکاران در سال ۱۹۹۸ و بر اساس الگوی اولیه هوش هیجانی مایر و سالووی (۱۹۹۰) ساخته شده است. این مقیاس شامل ۳۳ جمله توصیفی مانند "هنگامی که من دارای خلق مثبت (مانند شادی) هستم حل مشکلات برای من آسانتر است" می‌باشد. این مقیاس ۳ شامل سه مولفه اصلی است که عبارتند از: مولفه تنظیم هیجان، مولفه ارزیابی و بیان هیجان و مولفه بهره برداری هیجان. سیاروچی، دین و اندرسون (۲۰۰۰) پایایی این ابزار را بر روی نوجوانان ۱۵ تا ۱۳ ساله ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌های ارزیابی و ابراز هیجان، تنظیم هیجان و بهره برداری به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۶ و ۰/۵۵ گزارش نمودند. شوت و همکاران (۱۹۹۸) بین نمره بالا در این مقیاس و نمره پایین در عاطفه منفی و نمره بالا در عاطفه مثبت، برون‌گرایی، گشاده‌خویی و همدلی رابطه نشان دادند. خسرو جاوید (۱۳۸۱) پایایی مقیاس هوش هیجانی کل را بر پایه آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش نموده است. در پژوهش حاضر پایایی مقیاس هوش هیجانی شوت با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و پایایی خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان، ارزیابی هیجان و بهره برداری از هیجان به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۵۶، ۰/۵۸ بدست آمد.

ب) پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس زا (CISS): این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۰) ساخته شده است. این آزمون دارای دو فرم (بزرگسالان و جوانان) است که شامل ۴۸ آیتم می‌باشد. این ۴۸ آیتم سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد. ۱۶ ماده رفتارهای مساله‌مداری را می‌سنجد

که با حرف مخفف E نشان داده می‌شود ۱۶ ماده رفتارهای هیجان‌مداری را می‌سنجد که با حرف مخفف E نشان داده می‌شود و ۱۶ ماده دیگر رفتارهای اجتنابی را می‌سنجد که با حرف نشان داده می‌شود. سوالات به صورت گزینه‌های ۵ درجه‌ای (عدد ۱ اصلاً و ۵ همیشه) می‌باشد. این آزمون یک ابزار اندازه‌گیری مداد-کاغذی خودگزارشی است که در ایران برای اولین بار توسط اکبرزاده در سال ۱۳۷۶ ترجمه و هنجاریابی شده است. اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، پایایی سبک‌های مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب برای نمونه پسران ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای نمونه دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۸۲ بدست آوردند. جعفرنژاد (۱۳۸۲)، ضریب پایایی برای سبک‌های مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی به ترتیب، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۷۲ بدست آورد. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

ج) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) تدوین شده و علایم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی می‌کند. تحلیل عاملی این پرسش‌نامه نشان دهنده چهار خرده مقیاس بوده که هر خرده مقیاس هفت پرسش را در بر می‌گیرد. این خرده مقیاس‌ها عبارتند از علایم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۲۸ و ۳۰ و ۶۰ و ۱۲ سوالی می‌باشد. سوال‌ها به ترتیب پشت سرهم آمده است به گونه‌ای که از سوال ۷ تا ۲۸ مقیاس نشانه‌های جسمانی و از ۸ تا ۱۴ مقیاس اضطراب لحاظ شده است و از ۱۵ تا ۲۱ مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ تا ۲۸ مقیاس افسردگی لحاظ شده است. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده علایم



مقیاس های شکایت های جسمی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی (۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۶۳ و ۰/۸۲ بدست آمد.

یافته ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را به تفکیک جنسیت نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود میانگین هوش هیجانی کلی دختران (۱۲۱/۷) در مقایسه با میانگین هوش هیجانی پسران (۱۲۰/۱) اندکی بالاتر است ولی نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت معناداری نشان نمی دهد ($F_{(1,94)} = 0/37, P = 0/54$). همچنین بین نمرات دختران و پسران در مولفه های هوش هیجانی هم تفاوت معناداری مشاهده نشد. مقایسه نمرات آزمودنی ها در سه سبک مقابله ای نشان می دهد که میانگین دانشجویان پسر در سبک مقابله ای مساله مدار (۵۷/۵) از دختران (۵۲/۴) به طور معنی داری بیشتر است ($p = 0/02, F_{(1,94)} = 0/51$). میانگین نمره سلامت عمومی دانشجویان دختر با (۵۰/۸) اندکی بالاتر از دانشجویان پسر (۴۹/۹) است ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست ($p = 0/08, F_{(1,94)} = 0/31$).

مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین تر و بر عکس نمره پایین نشان داده حداقل علایم مرضی و سلامت عمومی بالاتر است. بالاترین نمره ۸۴ است و نمره برش ۲۳، افراد مشکل دار را تشخیص می دهد (استورا، ۱۳۷۷).

پایایی این آزمون در پژوهش کافی، بوالهروی و پیرویی (۱۳۷۷) با بهره گیری از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بوده است. همچنین در بررسی حقیقتی، عطاری، سینارحیمی و سلیمانی نیا (۱۳۷۸) روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علایم نود سؤالی بازنگری شده (SCL-90) محاسبه و ضریب آلفا برای چهار خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۸۶٪ و ویژگی ۸۲٪ را گزارش کردند. پالاهنگ در تحقیقی که انجام داده ضریب پایایی پرسشنامه GHQ را با روش تست-تست مجدد با فاصله زمانی ۷ تا ۱۰ روز روی گروه ۸۰ نفری به میزان ۹۱ درصد برآورد نموده است. در این پژوهش پایایی کلی پرسشنامه سلامت عمومی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲، و پایایی خرده

متغیرهای پژوهش	دختران		پسران		سطح معنی داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
هوش هیجانی کلی	۱۲۱/۷	۱۴/۴	۱۲۰/۱	۱۰/۶	۰/۵۴
تنظیم هیجان	۴۰	۵/۳	۴۰/۵	۴/۸	۰/۰۶
ارزیابی هیجان	۴۵/۸	۵/۱	۴۴/۱	۳/۷	۰/۰۶
بهره برداری از هیجان	۳۵/۸	۷/۲	۳۵/۴	۳/۴	۰/۰۷
مقابله هیجان مدار	۴۶/۸	۱۰/۷	۴۴/۷	۱۰/۶	۰/۰۳
مقابله مساله مدار	۵۲/۴	۱۱/۷	۵۷/۵	۱۰/۵	۰/۰۲
مقابله اجتنابی	۴۲	۱۰/۴	۴۵	۸/۲	۰/۰۱
سلامت عمومی	۵۰/۸	۱۵/۴	۴۵/۹	۱۱/۷	۰/۰۸
شکایت های جسمی	۱۲/۹	۴/۹	۱۰/۸	۳/۵	۰/۰۱
اضطراب	۱۲/۶	۵	۱۱/۵	۴/۲	۰/۰۲
کارکرد اجتماعی	۱۴/۷	۴/۴	۱۴/۱	۳/۴	۰/۰۳
افسردگی	۱۰/۶	۴۳/۷	۹/۴	۳/۳	۰/۰۱

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک جنسیت



سلامت عمومی	هوش هیجانی	تنظیم هیجان	ارزیابی هیجان	بهره برداری از هیجان	مقابله هیجان مدار	مقابله مساله مدار	مقابله اجتنابی
۱							
۰/۲۰*	۱						
۰/۲۱*	-۰/۸۳**	۱					
۰/۰۴	۰/۷۴**	۰/۴۵**	۱				
۰/۲۲*	۰/۸۵**	۰/۶**	۰/۴۲**	۱			
-۰/۳۸**	-۰/۰۱	-۰/۰۸	-۰/۰۸	۰/۰۳	۱		
۰/۲۰*	۰/۳۶**	۰/۵۰**	-۰/۱۶	-۰/۲۱*	۰/۲۳*	۱	
-۰/۰۶	-۰/۱۹	۰/۳۱**	-۰/۰۳	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۳۶	۱

*p < ۰/۰۵ **p < ۰/۰۱

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین مولفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی

همچنین مقایسه نمرات دانشجویان دختر و پسر در خرده مقیاس‌های سلامت عمومی نشان داد که میانگین نمره دختران در مقیاس شکایت جسمی (۱۲/۹) بیشتر از نمره پسران (۱۰/۸) است (F(۱,۹۴) = ۰/۵۸, P = ۰/۰۲). ولی در سایر مقیاس‌ها تفاوت معنی داری مشاهده نشد. به منظور بررسی رابطه بین مولفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی دانشجویان از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد. بر اساس نتایج تحلیل همبستگی (جدول ۲) هوش هیجانی با سلامت عمومی (r = ۰/۲۰, p = ۰/۰۵) و مقابله مساله مدار (r = ۰/۰۱, p = ۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار دارد ولی بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار (r = -۰/۳۸, p = ۰/۰۱) و مساله مدار (r = -۰/۲۰, p = ۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار مشاهده نشد. در پاسخ به این پرسش که از میان مولفه‌های هوش

هیجان (r = ۰/۲۰, p = ۰/۰۵) و تنظیم هیجان (r = ۰/۲۰, p = ۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار دارد ولی بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار (r = -۰/۳۸, p = ۰/۰۱) و مساله مدار (r = -۰/۲۰, p = ۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار مشاهده نشد. همچنین مقایسه نمرات دانشجویان دختر و پسر در خرده مقیاس‌های سلامت عمومی نشان داد که میانگین نمره دختران در مقیاس شکایت جسمی (۱۲/۹) بیشتر از نمره پسران (۱۰/۸) است (F(۱,۹۴) = ۰/۵۸, P = ۰/۰۲). ولی در سایر مقیاس‌ها تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

به منظور بررسی رابطه بین مولفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای با سلامت عمومی دانشجویان از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شد. بر اساس نتایج تحلیل همبستگی (جدول ۲) هوش هیجانی با سلامت عمومی (r = ۰/۲۰, p = ۰/۰۵) و مقابله مساله مدار (r = ۰/۰۱, p = ۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار دارد ولی بین هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار (r = -۰/۳۸, p = ۰/۰۱) و مساله مدار (r = -۰/۲۰, p = ۰/۰۵) رابطه مثبت معنادار مشاهده نشد. در پاسخ به این پرسش که از میان مولفه‌های هوش

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R ²	خطای برآورد
رگرسیون	۳۸۹۷/۶	۳	۱۹۴۸/۸	۱۳۷	۰/۰۰۰	-۰/۴۷	-۰/۲۲	۱۲/۸
باقیمانده	۱۳۹۷۷/۳	۹۱	۱۵۳/۶					
کل	۱۷۸۷۴/۹	۹۴						

متغیر	ضریب B	خطای معیار	ضریب بتا	t	سطح معناداری
ثابت	۴۴/۶۲	۹/۴		۴/۷	۰/۰۰۱
مقابله هیجان مدار	-۰/۵۵	۰/۱۲	-۰/۴۱	۴/۴۳	۰/۰۰۱
بهره برداری از هیجان	۰/۶۰	۰/۲۲	۰/۲۵	۲/۷۳	۰/۰۰۵

پیش بینی کننده: مقابله هیجان مدار، بهره برداری هیجان متغیر وابسته: سلامت عمومی

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون مولفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای بر سلامت عمومی دانشجویان



مطالعات متعددی که نشان می دهد هوش هیجانی با مولفه های سلامت روانی رابطه دارد (به عنوان مثال آستین و همکاران، ۲۰۰۵؛ باستین، برنز، نتلبک، ۲۰۰۵؛ سیاروچی، چان، و بجگار، ۲۰۰۱ و شات و همکاران، ۲۰۰۱؛ اکستیریمرا و همکاران، ۲۰۰۲) هماهنگ است. همچنین بر اساس نتیجه بررسی حاضر از میان مولفه های هوش هیجانی، بهره برداری هیجان و تنظیم هیجان به طور معنی داری سلامت عمومی را پیش بینی می کنند. این یافته با نتایج سایر مطالعات به عنوان مثال سالووی، بدل، تیلور و مایر (۱۹۹۹) که معتقدند که افرادی دارای هوش هیجانی بالاتر در برقراری ارتباط با دنیای پیرامون خود و مقابله با موقعیت های استرس زا موفق تر عمل تر عمل می کنند، زیرا آنها حالت های هیجانی خود را با دقت درک و ابراز می کنند، می دانند چگونه و چه موقع احساسات خود را بیان نموده و به شیوه کارآمد حالت های خلقی خود را تنظیم کنند، همسوئی دارد. در همین راستا سالووی و همکاران (۲۰۰۵) اظهار می نمایند که افرادی که توانایی بیشتری در تنظیم حالت های هیجانی خود دارند، سطوح بالاتری از عزت نفس و سایر شاخص های سلامت روانی را نشان می دهند.

بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سبک های مقابله ای نشان داد که هوش هیجانی با سبک مقابله مساله مدار رابطه مثبت معنادار دارد. ولی بین هوش هیجانی با سبک های مقابله ای هیجان مدار و اجتنابی رابطه معناداری مشاهده نشد. بنابراین افرادی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردار هستند، به هنگام مواجه شدن با چالش های زندگی بیشتر از سبک مقابله مساله مدار استفاده می کنند. این افراد به جای اجتناب از مشکلات زندگی بر مساله متمرکز می شود و سعی در حل آن دارد. این یافته های با نتایج بررسی های (باستین، برنز، نتلبک، ۲۰۰۵؛ سیاروچی، دین و آندرسون، ۲۰۰۲؛ بار-

هیجانی و سبک های مقابله ای کدام یک می توانند درصد معناداری از واریانس سلامت عمومی را پیش بینی کنند، روش تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام به کار برده شد (جدول ۳). تحلیل واریانس و شاخص های آماری رگرسیون اثر سبک مقابله هیجان مدار و مولفه بهره برداری هیجان را بر سلامت عمومی نشان می دهد ($F=12/7$, $df=2$, $P \leq .001$). نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که سبک مقابله هیجان مدار و مولفه بهره برداری هوش هیجانی رابطه معناداری با سلامت عمومی دارند ($R^2=0/47$). این دو متغیر در مجموع ۰/۲۲ سلامت عمومی را تبیین می کنند ($R^2=0/22$). ضریب تاثیر سبک مقابله هیجان مدار ($B=0/01$ ، $P=0/41$) بر سلامت عمومی بیشتر از مولفه بهره برداری از هیجان هوش هیجانی ($B=0/25$ ، $P \leq 0/005$) است. بنابراین با توجه به این یافته ها سبک مقابله ای هیجان مدار بیشتر از هوش هیجانی می تواند سلامت عمومی را پیش بینی کند. یعنی هرچه میزان استفاده از این شیوه مقابله ای بیشتر باشد، میزان سلامت عمومی کاهش می یابد. همچنین از میان مولفه های هوش هیجانی فقط بهره برداری از هیجان توانست سلامت عمومی را پیش بینی کند. در نتیجه هر چه توانایی فرد در بهره برداری از هیجان های خود بیشتر باشد، میزان سلامت عمومی او افزایش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر رابطه مولفه های هوش هیجانی و سبک های مقابله ای با سلامت عمومی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که هوش هیجانی با سلامت عمومی رابطه مثبت دارد. بنابر این بر اساس این یافته ها افرادی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردار هستند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند. این یافته با نتایج



همچنین مقابله مساله مدار رابطه منفی با پریشانی روانشناختی (ماتئوس و همکاران، ۲۰۰۰) و رابطه مثبت با رفتارهای مروج سلامت دارد (کریستنسن و همکاران، ۱۹۹۵). در زمینه ارتباط سلامت روان با روش‌های مقابله کارآمد، کولینزو همکاران (۱۹۹۹) معتقدند که پاسخ مقابله‌ای می‌تواند بر سلامت روان فرد با تعدیل فشار روانی تأثیر بگذارد. به بیان دیگر ارتباط میان سلامت روان با شیوه مقابله به اثر میانجی‌گرانه مقابله بر چگونگی ادراک و واکنش به فشارهای محیطی نسبت داده می‌شود. این پژوهشگران معتقدند که روش‌های مقابله مساله مدار در نقش یک ضربه گیر روانی در برابر فشار روانی عمل می‌کنند. با این حال یافته‌های ویتالیانو و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از ولبورن و همکاران، ۲۰۰۷) حاکی از آن است که مقابله‌های مساله مدار در موقعیت قابل کنترل باعث کاهش نشانه‌های بیماری می‌شوند، در حالی که مقابله‌های هیجان مدار در موقعیت‌های غیرقابل کنترل به کاهش نشانه‌های بیماری منجر می‌شوند. به طور کلی بر اساس مطالعات متعددی مقابله هیجان مدار به عنوان موثرترین واسطه بین استرس و بیماری معرفی کرده‌اند (پکنهام، ۲۰۰۱). با توجه به این یافته‌ها بیماری‌های استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی و روانشناختی (پیکو، ۲۰۰۱) بیشتر در کسانی مشاهده می‌شوند که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند (ایرلند و همکاران، ۲۰۰۵).

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با یافته‌های سایر مطالعات نشان می‌دهد که برخی از مولفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد می‌توانند ارتباط بین فشارهای زندگی و سلامت روانشناختی را تعدیل نموده و افراد را در برابر فشارهای روانی مصون نگه دارند و از بروز مشکلات روانشناختی پیشگیری کنند. انسان بواسطه توانمندی هوش هیجانی قادر است فشارهای زندگی را که بخشی از آن بعد

اون و پارکر، ۲۰۰۰) که نشان دادند بین هوش هیجانی بالاتر و راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار، رضایت بیشتر از زندگی و اضطراب کمتر ارتباط وجود دارد، هماهنگ است. در خصوص ارتباط سبک‌های مقابله‌ای و هوش هیجانی مایر، سالووی و کارسو، ۲۰۰۴) معتقدند که توانایی‌های هیجانی موجب تشخیص درست پاسخ‌های هیجانی موثر، تشخیص درست رویدادها، گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره آنها می‌شوند. با توجه به اینکه بر اساس تحقیقات متعدد مقابله مساله مدار سازگاران‌ترین راهبرد مقابله‌ای است و کسانی که از مقابله عملی استفاده می‌کنند از نحوه کنترل رویدادهای استرس‌زا رضایت بیشتری دارند و کمتر افسرده و مضطرب می‌شوند، ارتباط هوش هیجانی با سبک‌های مقابله‌ای و سلامت عمومی روشن می‌شود.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که نشان داد بین از میان مولفه‌های هوش هیجانی و سبک‌های مقابله‌ای، سبک مقابله هیجان مدار و مولفه بهره‌برداری از هیجان بیش از سایر مولفه‌ها می‌توانند سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند. به عبارت دیگر افرادی که به هنگام رویارویی با استرس‌ها و مشکلات زندگی به سبک مقابله هیجان مدار متوسل می‌شوند یعنی به حل و فصل بنیادی مشکل به دنبال کسب آرامش و تسکین موقتی می‌گردند، از سلامت عمومی ضعیف‌تری برخوردارند. مطالعات متعددی رابطه بین مهارت‌های مقابله‌ای و سلامتی را مورد بررسی قرار داده‌اند که با یافته‌های پژوهش حاضر همسو هستند. نتایج این بررسی‌ها نشان می‌دهد که مقابله هیجان مدار با پریشانی و نگرانی (ماتئوس و همکاران، ۲۰۰۰) بیماری‌های مزمن (موش و همکاران، ۱۹۹۶)، درد مزمن (کاتز و همکاران، ۱۹۹۶)، سوء مصرف مواد (ویلس و هیرکی، ۱۹۹۶؛ هانا و نیکولا، ۲۰۰۳) و افسردگی، اضطراب و علایم جسمی (بیسلی و همکاران، ۲۰۰۳) مرتبط است.



رفتار، سال سوم، ۶۶-۵۹.
 گولمن، دانیل (۱۳۸۲). هوش هیجانی. ترجمه نسرين پارسا. انتشارات
 رشد.
 ریو، جان مارشال (۲۰۰۱). انگیزش و هیجان. ترجمه یحیی سید
 محمدی (۱۳۸۳). تهران: موسسه نشر ویرایش.
 کریس، ال کلینکه (۱۹۹۹). مهارت های زندگی. ترجمه شهرام
 محمدخانی (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رسانه تخصصی.
 یعقوبی، نور الله؛ نصرافهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود. (۱۳۷۴).
 بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی
 شهرستان، صومعه سرا گیلان. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴،
 ۵۵-۶۳.

English references

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., & Parleer, D. (2000). *The handbook of emotion intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass Books.
 Bastian, V. A., Burns, N. B., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 1135-1145.
 Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.
 Ciarrochi, J. V., Chan, Y. A., & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Journal of Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.
 Ciarrochi, J. V., Dean, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Journal of Personality and Individual Differences*, 32, 192-209.
 Christensen, A. J., Benotsch, E. G., Wiebe, J. S., & Lawton, W. J. (1995). Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 454-459.

هیجانی دارد مدیریت نماید و به حل مساله بصورت بهینه نایل شود (مایر و همکاران، ۲۰۰۱؛ سیاروچی، دیان و اندرسون، ۲۰۰۲). این یافته ها می توانند در تکوین و رشد رویکردهای آموزشی و بالینی سودمند واقع شوند. با توجه به اینکه قسمت عمده ای از هوش هیجانی و نیز مهارتهای مقابله ای آموختنی هستند لذا می توان با تدوین و اجرای برنامه های آموزشی موثر به تقویت این عناصر کمک نمود. با این حال باید توجه داشت که مفهوم سازی نظری و اعتبار یابی تجربی مفهوم هوش هیجانی نیازمند مطالعات بیشتری است. مطالعه حاضر دارای محدودیتی بود که از جمله می توان به حجم کم نمونه مورد مطالعه و استفاده از ابزارهای خودگزارشی که گاهها به اطلاعات غیر معتبر منجر می شود اشاره کرد.

فهرست منابع فارسی

استورا، بنجامین (۱۳۷۷). تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمه: پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
 برکتین مجید؛ توکلی، ماهگل و طاهر نشاط دوست، حمید (۱۳۸۷). هوش هیجانی در زنانی که به روش مسمومیت اقدام به خودکشی کرده اند. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، شماره ۲، ۱۷۵-۱۶۹.
 حقیقتی، جمال؛ عطاری، یوسفعلی؛ سینارحیمی، سیدعلی؛ سلیمانی نیا، لیلا. (۱۳۷۸). رابطه سرسختی و مؤلفه های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، شماره های ۳ و ۴، ۱۸-۱.
 حسینی، رشید. (۱۳۷۴). بررسی شیوع اختلالهای روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران. پایان نامه تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
 خسرو جاوید، مهناز (۱۳۸۱). بررسی اعتبار و روایی سازه مقیاس هوش هیجانی شوت در نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه تربیت مدرس.
 جعفرنژاد، پروین (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین پنج عامل بزرگ، سبکهای مقابله ای و سلامت روانشناختی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تربیت معلم
 کافی، سیدموسی؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید. (۱۳۷۷). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. فصلنامه اندیشه و



- Collins, M. E., Mowbray, C. T., & Bybee, D. (1999). Measuring coping strategies in an educational intervention for individuals with psychiatric disabilities. *Health & Social Work, 24*, 279-290.
- Endler, N. D., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(5), 844-854.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocá, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports, 91*, 47-59.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Hannah, R., & Nicola, S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education, 33*, 391-398.
- Ireland, J. L., Boustead, R., & Ireland, C. A. (2005). Coping style and Psychological health among adolescent prisoners: a study of young and juvenile offenders. *Journal of Adolescence, 28*, 411-423.
- Katz, J., Ritvo, P., Irvine, N. J., & Jackson, M. (1996). Coping with chronic pain. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. New York: John Wiley & Sons.
- Lopes, P. N., Bracket, M. A., Nezlek, J. B., Schutz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1018-1034.
- Maes, S., Leventhal, H., & de Ridder, D. T. D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. New York: John Wiley & Sons.
- Matthews, G., Schwan, V. L., Campbell, S. E., Saklofske, D. H., & Mohamed, A. A. R. (2000). Personality, self regulation, and adaptation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*. San Diego: Academic Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry, 15*, 197-215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion, 1*, 232-242.
- Pakenham, K. (2001). Coping with multiple sclerosis: development of a measure. *Psychology, Health and Medicine, 6*, 411-428.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescent's ways of coping. *Psychological Record, 51*, 223-236.
- Zeidner, M., & Endler, N. S. (1996). *Handbook of coping: theory, research, application*. Wiley and Son Publisher.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9*, 185-211.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (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., & Grewal, D. (2005). The science of emotional intelligence. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 281-285.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., et al. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology, 141*, 523-536.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., et al. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 25*, 167-177.
- Rogers, P., Qualter, P., Phelps, G., & Gardner, K. (2006). Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 41*, 1089-1705.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: Points of convergence and implications for psychoanalysis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 27*, 339-354.
- Wills, T. A., & Hirky, E. (1996). Coping and substance abuse: a theoretical model and role of evidence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping*. New York: John Wiley & Sons.

تاریخ دریافت: ۸۷/۶/۲۴

تاریخ بازنگری: ۸۷/۸/۶

پذیرش نهایی: ۸۷/۱۱/۲