

بررسی رابطه‌ی هوش عاطفی و سلامت عمومی در مدیران زن شهر اصفهان

دکتر فاطمه بهرامی*

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان

مهناز جوکار

دانشجوی دکتری مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه اصفهان

رزگار قادرپور

کارشناس ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه اصفهان

چکیده

امروز با توجه به دوگانگی نقش زنان در جامعه و عوامل تهدیدکننده‌ی سلامت روان آن‌ها، بررسی عوامل اساسی اثرگذار در این امر، برای کمک به برنامه‌ریزی در جهت پیش‌گیری و بهبود اختلالات روانی، ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مهم‌ترین این عوامل، توجه به ابعاد مختلف هوش عاطفی و پیوند آن با اختلالات روانی است. بار/اون از هوش عاطفی به عنوان عاملی مهم در شکوفایی توانایی‌های افراد برای دستیابی به موفقیت در زندگی یاد می‌کند و آن را با سلامت عاطفی، و در مجموع، سلامت روانی مرتبط می‌داند.

پژوهش پیش رو بر آن است که با شیوه‌ی علی-مقایسه‌ی، به بررسی پیوند بین ابعاد مختلف هوش عاطفی و سلامت عمومی در زنان بپردازد. جامعه‌ی آماری پژوهش را همه‌ی زنان کارمند شهر اصفهان، و حجم نمونه را ۳۰ نفر از آن‌ها، که به طور تصادفی انتخاب شدند، تشکیل می‌دهند. ابزار اندازه‌گیری نیز «پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی» و «آزمون هوش عاطفی» است.

نتایج پژوهش نشان داد که بین بعضی از عوامل هوش عاطفی (مهارت‌های بین‌فردی، روابط بین‌فردی به همراه آگاهی از عاطفه‌ی دیگران، و انعطاف‌پذیری) و وجود نشانه‌های جسمی و روانی (اضطراب، افسردگی، و اختلال جسمی و روانی به طور کلی) رابطه‌ی معکوس وجود دارد و زنانی که هوش عاطفی بالاتری دارند، بهتر با اختلالات جسمی و روانی کنار می‌آیند.

واژگان کلیدی

هوش عاطفی؛ سلامت عمومی؛ زنان؛

امروز نیازهای اقتصادی و نیز جنبش‌های دفاع از حقوق زنان، باعث شده‌است که زنان با حرکت به سوی یک زندگی فعال حرفه‌یی، بیش از پیش وارد بازار کار شوند؛ اما هرچه در سلسله‌ی مراتب سازمانی پیش می‌رویم، با کاسته شدن از شمار آنان، این باور که مشکلات زیادی در راه ایفای نقش مدیریت برای زنان وجود دارد تقویت می‌شود. کار در محیطی که اکثریت با مردان است موجب می‌شود مدیران زن، افزون بر تنیدگی‌های ناشی از خانه و خانواده، با فشار و تنش به مراتب بیش‌تر از مردان هم‌کار خود روبه‌رو شوند و به همین دلیل است که پژوهش‌ها نشان می‌دهند میزان گسترش اختلالات روانی در زنان، تقریباً دو برابر بیش از مردان است (خسروی ۱۳۷۱؛ نوربالا و هم‌کاران ۱۳۸۱).

توانایی کنترل هیجان‌ها، از جمله عواملی است که با کنترل فشارهای روانی، تأثیری به‌سزا در سلامت روان زنان خواهد گذاشت. بر پایه‌ی بررسی‌های انجام‌شده، کسانی که دارای مهارت‌هایی عاطفی مانند شناخت عواطف شخصی، به کار بردن درست هیجان‌ها، برانگیختن خود، شناخت عواطف دیگران، و حفظ ارتباط اند، در رویارویی با فرساینده‌ترین دشواری‌ها نیز توانایی و نرمش خود را حفظ می‌کنند. گل‌من^۱ (۲۰۰۱) می‌گوید فردی که از نظر بهره‌ی هوشی در سطحی بالا ولی بدون هوشیاری عاطفی است، تقریباً کاریکاتوری از یک آدم خردمند است؛ به این معنا که در قلمرو ذهن، چیره‌دست، ولی در دنیای شخصی خویش ناتوان است. به باور وی، هوش شناختی^۲، تنها ۲۰ درصد پیشرفت را توجیه می‌کند و باقی‌مانده‌ی آن به وسیله‌ی هوش عاطفی^۳ و هوش اجتماعی^۴ قابل توجیه است.

بار-اون^۵ (۱۹۹۷) هوش عاطفی را نمایشی از توانایی‌های غیرشناختی و نیز کفایت‌ها و مهارت‌هایی می‌داند که توانایی فرد را برای موفقیت و رویارویی با فشارها و درخواست‌های محیطی افزایش می‌دهد. از نظر وی، هوش عاطفی به پنج گستره قابل تقسیم است (بار-اون و پارکر^۶ ۲۰۰۰):

- ۱- هوش عاطفی درون‌فردی: خودآگاهی درون‌عاطفی، خودابرازی (قاطعیت)، عزت نفس، خودشکوفایی، و استقلال.
- ۲- هوش عاطفی بین‌فردی: پیوندهای بین‌فردی و مسئولیت‌پذیری اجتماعی.
- ۳- توانایی سازگاری: حل مسأله، آزمون واقعیت، و انعطاف‌پذیری.
- ۴- مدیریت تنش: تحمل تنش و کنترل تکانه.
- ۵- هوش عاطفی خلقی: شادمانی و خوش‌بینی.

¹ Goleman, Daniel

² Cognitive Intelligence

³ Emotional Intelligence

⁴ Social Intelligence

⁵ Bar-On, Reuven

⁶ Bar-On, Reuven, and James D. A. Parker



پژوهش‌ها نشان می‌دهد هوش عاطفی را، بر خلاف هوش شناختی که نسبتاً ثابت و تغییرناپذیر است، می‌توان از راه آموزش بهبود بخشید (گل‌من ۱۹۹۵؛ چرنیس و گل‌من^۱ ۲۰۰۱). نظریه‌های مختلفی که در زمینه‌ی هوش عاطفی بیان شده نشان می‌دهد که هوش عاطفی بالا باعث می‌شود افراد از لحاظ عاطفی احساسی بهتر را تجربه کنند (سارنی^۲ ۱۹۹۰) و رضایت بیشتری از زندگی داشته‌باشند (پالمر، دونالدسون، و استو^۳ ۲۰۰۲). پژوهش‌های تجربی نیز نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معکوس هوش عاطفی و افسردگی است. افراد با هوش عاطفی بالا می‌توانند از توانایی‌هایشان برای فهم و کنترل هیجان‌ها و نیز ایجاد خلق مثبت بالا استفاده کنند. چیاوچی، چان، و بایگار^۴ (۲۰۰۱) در پژوهش خود دریافتند که بین عزت نفس و هوش عاطفی ارتباط وجود دارد و کسانی که هوش عاطفی بالاتری دارند، می‌توانند تأثیرات مثبت محیط خود را به بالاترین اندازه برسانند و در واقع، محیطشان را به گونه‌ی سامان بخشند که خلق مثبت بیشتری را تجربه کنند.

پن‌بیکر^۵ (۱۹۹۰) در پژوهش خود دریافته‌است که باز بودن و بیان اندیشه‌ها برای دیگران، قدرت درمانی دارد و کسانی که هوش عاطفی بالاتری دارند، به درمان‌های روان‌شناختی بهتر پاسخ می‌دهند؛ زیرا می‌توانند هیجان‌های خود را بشناسند و با درک آسان‌تر رابطه‌ی میان افکار و احساسات‌شان، بهتر با آن‌ها رو به رو شوند. وی در پژوهش خود نشان داده‌است که وقتی آزمودنی‌ها احساسات و افکار خود را در مورد وقایع تنش‌زای پیرامون‌شان بنویسند، بهبودی بیشتری در وضعیت روانی‌شان ایجاد می‌شود؛ بنا بر این، اگر فرد بتواند احساسات‌اش را به شیوه‌ی سازگارانه بیان کند، توانایی کاهش آثار ناخوشایند روان‌شناختی و جسمانی فشارهای روانی را نیز خواهدداشت.

اکسترمر و فرناندز-بروکال^۶ (۲۰۰۶) در پژوهش خود نتیجه‌گیری می‌کنند که افراد با هوش عاطفی بالاتر، از سلامت روانی بالاتری نیز برخوردار اند. مه‌یر، کاروزو، و سالووی^۷ (۱۹۹۹) و مه‌یر و سالووی^۸ (۱۹۹۷) نیز بر این باور اند که هوش عاطفی، برای سازگاری جسمی و روان‌شناختی افراد، عاملی بسیار ضروری است.

از سوی دیگر، پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که افراد با بیان عاطفی پایین، بسیار بیش‌تر از افراد معمولی از خدمات پزشکی استفاده می‌کنند؛ زیرا کسانی که دارای هوش عاطفی پایین اند، تنش‌های خود را به صورت نشانه‌های جسمی نشان می‌دهند و همراه با

¹ Cherniss, Cary, and Daniel Goleman

² Saarni, Carolyn

³ Palmer, Benjamin, Catherine Donaldson, and Con Stough

⁴ Ciarrochi, Joseph, Amy Y. C. Chan, and Jane Bajgar

⁵ Pennebaker, James W.

⁶ Extremera, Natalio, and Pablo Fernandez-Berrocá

⁷ Mayer, John D., David Caruso, and Peter Salovey

⁸ Mayer, John D., and Peter Salovey

سبک ارتباطی ضعیف، تمایل به جسمی‌سازی نیز در آن‌ها دیده می‌شود (جیوازیاوی و هم‌کاران^۱، ۱۹۹۹).

تیلور، باگی، و پارکر^۲ (۱۹۹۱) گزارش داده‌اند که بیماران روان-تنی به گونه‌ی گسترده از بیان احساسات‌شان رنج می‌برند و ساکس^۳ (۱۹۹۸) نیز بیان می‌کند که چه‌گونه ناتوانی از بیان احساسات، منجر به بیماری‌های روان-تنی می‌شود. بیمارانی که به‌سختی می‌توانند احساسات خود را بیان کنند، به تمرکز بر حقایق بیرونی غیرانعطاف‌پذیر گرایش دارند، از رفتار کردن بر اساس احساسات‌شان جلوگیری می‌کنند، توانایی سازگاری‌شان آسیب دیده‌است، نمی‌دانند که چه می‌خواهند و چه چیزی برای آن‌ها اهمیت دارد، احساس بی‌ارزشی می‌کنند، نمی‌توانند به گونه‌ی مناسب و با گفتن «نه»، به درخواست‌های اجتماعی بی‌رویه پاسخ منفی بدهند، و معمولاً با دوری جستن—و نه واکنش مستقیم—با موقعیت‌های تنش‌زا رو به رو می‌شوند. این افراد، حتا در فرآیند درمان روان‌شناختی نیز به سؤال درمان‌گر درباره‌ی احساسات‌شان، به صورت «نمی‌دانم» (به این معنا که پاسخ خوبی ندارم، می‌ترسم، یا من نمی‌خواهم به تجربه‌هایم نگاه کنم) پاسخ می‌دهند (کندی-مور و واتسون^۴، ۱۹۹۹).

مهیر و سالووی^۵ (۱۹۹۷) نیز در پژوهش خود درباره‌ی ارتباط هوش عاطفی و پاسخ به تنش گزارش داده‌اند که افراد با هوش عاطفی بالا هنگام برخورد با تنش، پاسخ‌های جسمی و روانی بهتری نشان می‌دهند.

میکولاچیچک و هم‌کاران^۶ (۲۰۰۷) با بیان نتایج پژوهش‌های خود، توانایی‌های شناختی را پیش‌بینی‌کننده‌ی خوب برای نشان دادن سازگاری افراد با موقعیت‌های تنش‌زا نمی‌دانند و بر این باور اند که هوش عاطفی در این زمینه نقشی اساسی ایفا می‌کند و پایین بودن آن نشانه‌ی خطر ابتلا به بیماری‌های نوروتیک است. پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند هوش عاطفی بالا، برای بهبود بیماری‌های روانی، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوب است (سپین و هم‌کاران^۷، ۲۰۰۴).

نتایج پژوهش آلپسون^۷ (۲۰۰۷)، که به بررسی هوش عاطفی بیماران افسرده و مضطرب پرداخته‌است، نشان داد افراد دارای اضطراب و افسردگی شدید، هوش عاطفی بسیار پایینی دارند. ناتوانی در بیان هیجان‌ها، با خلق منفی روزانه و نیز نشانه‌های افسردگی پیوند دارد و کسانی که هوش عاطفی پایینی دارند، حتا اگر از تجربه‌های عاطفی منفی خود آگاه باشند،

^۱ Jyväsjarvi, Simo, Matti Joukamaa, Erkki Väisänen, Pekka Larivaara, Sirkka-Liisa Kivelä, and Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi

^۲ Taylor, Graeme J., R. Michael Bagby, and James D. Parker

^۳ Sachse, Rainer

^۴ Kennedy-Moore, Eileen, and Jeanne C. Watson

^۵ Mikolajczak, Moira, Olivier Luminet, Cecile Leroy, and Emmanuel Roy

^۶ Sapin, Christophe, Bruno Fantino, Marie-Laure Nowicki, and Paul Kind

^۷ Alison, B.



در هماهنگ کردن آن‌ها دچار مشکل اند و به دلیل نداشتن تفسیر درست از تهدیدهای پیرامون، دچار تنشی بیش‌تر می‌شوند. این افراد در هنگام اندوه، برای توضیح چه‌گونگی تنش‌شان مشکل دارند (مه‌یرز^۱ ۱۹۹۵؛ نیوتون، هاوی‌لند، و کنترادا^۲ ۱۹۹۶) و به دلیل تجربه‌ی هیجان‌های منفی، احتمالاً بیش‌تر به مشکلات روحی و روانی دچار می‌شوند (گات‌من^۳ ۱۹۹۴؛ گات‌من ۱۹۹۹؛ گل‌من ۱۹۹۵؛ گل‌من ۱۹۹۷).

همان گونه که در آغاز نیز اشاره شده‌است، گرایش روزافزون زنان به دنیای کار و تلاش آن‌ها برای بالا بردن سطوح شغلی خود، هم‌زمان با ایفای نقش‌های چندگانه، می‌تواند سلامت روان آن‌ها را بیش از پیش تهدید کند و این در حالی است که پژوهش‌های تازه بیان‌گر آن است که سلامت روان زنان درگیر در نقش‌های پرشمار، تنها هنگامی فراهم خواهد شد که آن‌ها تجربه‌ی عاطفی مثبتی از موقعیت خود داشته‌باشند و بتوانند بین این نقش‌ها توازن برقرار کنند (بریانت و کنستانتین^۴ ۲۰۰۶؛ باتلر و کنستانتین^۵ ۲۰۰۵).

با توجه به این که زنان برای رویایی با مشکلات، از روش مقابله‌ی متمرکز بر هیجان یا جست‌وجوی حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند و یکی از پایه‌های اساسی زندگی آنان، داشتن ارتباط، حمایت متقابل، و هم‌دلی با دیگران است (شر و لورنس^۶ ۲۰۰۰) و نیز با توجه به این که پژوهش‌های انجام‌گرفته، به طور کلی، بیان‌گر پیوند انکارناپذیر میزان هوش عاطفی و امکان دچار شدن به اختلالات روانی و پیش‌بینی درمان آن‌ها است، انجام پژوهش‌های زمینه‌ی و بررسی رابطه‌ی ساختاری ابعاد مختلف این دو مفهوم اساسی (هوش عاطفی و اختلالات روانی) در زنان شاغل، به‌ویژه برای متخصصان بهداشت روان، مفید است. این پژوهش‌ها می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی برای پیش‌گیری و درمان اختلالات روانی و به‌کارگیری روش‌های افزایش ابعاد مختلف هوش عاطفی، متناسب با مشکل روانی قابل‌پیش‌بینی یا مشاهده‌شده، راه‌گشا باشد.

هدف و فرضیه‌ی پژوهش

هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه‌ی ساختاری ابعاد مختلف هوش عاطفی و سلامت عمومی، به منظور کمک به طرح‌ریزی راه‌بردها و برنامه‌های پیش‌گیری از اختلالات روانی مدیران زن است. فرضیه‌ی اصلی پژوهش نیز وجود رابطه‌ی مستقیم و مثبت میان ابعاد مختلف هوش عاطفی و سلامت عمومی است.

¹ Myers, Lynn B.

² Newton, Tamara L., Jeannette M. Haviland, and Richard J. Contrada

³ Gottman, John Mordechai

⁴ Bryant, Rhonda M., and Madonna G. Constantine

⁵ Butler, S. Kent, and Madonna G. Constantine

⁶ Sherr, Lorraine, and Janet St. Lawrence

روش پژوهش

جامعه‌ی آماری، نمونه، و روش نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را همه‌ی کارمندان زن شهر اصفهان تشکیل می‌دهند، که به طور تصادفی، ۳۰ نفر از مسئولان امور بانوان در مؤسسه‌های مختلف، به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و با استفاده از آزمون‌های «پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی» و «آزمون هوش عاطفی» مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

آزمون هوش عاطفی^۱ - این آزمون در سال ۱۹۹۶-۱۹۹۷ به وسیله‌ی کوپر^۲ (۱۹۹۶) ساخته، و به سه عامل اصلی مهارت‌های بین‌فردی (شامل روابط بین‌فردی، هم‌دلی، انعطاف‌پذیری، و قدرت فردی)؛ مهارت‌های درون‌فردی (شامل آگاهی از عاطفه‌ی خود و ابراز عاطفی)؛ و آگاهی از عاطفه‌ی دیگران تقسیم شده‌است. روایی این آزمون را پژوهش‌گران تأیید کرده‌اند و اعتبار آن به وسیله‌ی بازآزمایی ۰/۸۵ به دست آمده‌است (بهرامی ۱۳۸۱).

آزمون سلامت عمومی^۳ - این پرسش‌نامه برای اولین بار به وسیله‌ی گلدبرگ^۴ (۱۹۷۲)، ساخته شده‌است و فرم ۲۸سوالی آن، که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده، با دارا بودن چهار مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، ناکارآمدی اجتماعی، و افسردگی، هم‌بستگی خوبی را با تشخیص بالینی نشان می‌دهد. در این آزمون، نمره‌ی کلی هر فرد از حاصل جمع نمره‌های چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. کافی، بواله‌ری، و پیروی (۱۳۷۷) در بررسی پایایی این آزمون، آلفای کرون‌باخ ۰/۸۹ را گزارش داده‌اند. حقیقی و هم‌کاران (۱۳۷۸) نیز در بررسی روایی این آزمون به کمک مقیاس «SCL-90-R»^۵، برای چهار خرده‌مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی، به ترتیب، آلفای کرون‌باخ ۰/۸۶، ۰/۷۲، و ۰/۸۲ را به دست آورده‌اند. یعقوبی، نصر، و شاه‌محمدی (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) با نقطه‌ی برش ۲۳، حساسیت آن را ۰/۸۶ گزارش داده‌اند و تقوی (۱۳۸۰) نیز اعتبار دوباره‌سنجی، تنصیفی، و آلفای کرون‌باخ این آزمون را، به ترتیب، ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰، و روایی هم‌زمان آن را با «پرسش‌نامه‌ی بیمارستان میدل‌سکس»^۶ ۰/۵۵ بیان کرده‌است.

¹ EQ Map

² Cooper, Robert K.

³ General Health Questionnaire

⁴ Goldberg, David P.

⁵ Symptom Checklist-90-Revised

⁶ Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)



یافته‌ها

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داده است که بین هوش عاطفی و نشانه‌های اختلال جسمی و روانی در آزمودنی‌ها همبستگی منفی وجود دارد ($r = -0.38$ و $p < 0.05$)؛ یعنی هرچه آزمودنی‌ها هوش عاطفی بالاتری داشته باشند، از سلامت عمومی بیشتری برخوردار اند (جدول ۱).

جدول ۱- همبستگی بین سازه‌های مختلف هوش عاطفی و نشانه‌های اختلال جسمی و روانی

نشانه‌های اختلال		مهارت‌های بین فردی		مهارت‌های درون فردی		آگاهی از عاطفه‌ی دیگران		هوش عاطفی (کلی)	
		<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
نشانه‌های جسمی		0.633	-0.795	0.204	-0.239	0.204	-0.26	0.873	-0.32
اضطراب و بی‌خوابی		*0.034	-0.403	0.537	-0.170	0.325	-0.086	*0.034	-0.402
ناکارآمدی اجتماعی		0.077	-0.346	0.340	-0.840	0.329	-0.188	0.110	-0.315
افسردگی		*0.047	-0.386	0.507	-0.26	0.221	-0.230	*0.001	-0.590
نشانه‌های جسمی و روانی (کلی)		*0.025	-0.422	0.103	-0.309	0.730	-0.260	*0.046	-0.380

جدول ۱ هم‌چنین همبستگی هر یک از عوامل هوش عاطفی و سلامت عمومی را با یک‌دیگر نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، میان مهارت‌های بین فردی و اضطراب ($r = -0.403$ و $p < 0.034$)، افسردگی ($r = -0.386$ و $p < 0.047$)، و اختلال جسمی و روانی به طور کلی ($r = -0.422$ و $p < 0.025$) همبستگی منفی وجود دارد؛ از سوی دیگر، آزمون تحلیل برازش نیز نشان داده است که حدود ۲۶ درصد واریانس سلامت عمومی را روابط بین فردی تعیین می‌کند (جدول ۲) و این در حالی است که عامل روابط بین فردی، به همراه آگاهی از عاطفه‌ی دیگران، جمعاً می‌تواند ۳۸ درصد واریانس نشانه‌های جسمی را تعیین کند. روابط بین فردی ۲۶ درصد واریانس مربوط به اختلالات اضطرابی، و قدرت بین فردی و انعطاف‌پذیری نیز، به ترتیب، ۲۰ درصد و ۳۱ درصد واریانس ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی را تعیین می‌کنند.

جدول ۲- آزمون تحلیل برازش

متغیر مستقل	عامل پیش‌بینی کننده	<i>R</i>	<i>R</i> ^۲	<i>SE</i>
نشانه‌های جسمی	روابط بین فردی و آگاهی از عاطفه‌ی دیگران	-0.61	0.38	1.63
اضطراب	روابط بین فردی	-0.50	0.259	1.40
ناکارآمدی اجتماعی	قدرت بین فردی	-0.45	0.200	2.92
افسردگی	انعطاف‌پذیری	-0.56	0.316	1.50
نشانه‌های جسمی و روانی (کلی)	روابط بین فردی	-0.51	0.264	5.37

بحث

فرضیه‌ی هوش عاطفی، که دارای توانایی‌هایی برای خودگردانی هیجان، تدبیر ماهرانه‌ی روابط، و از همه مهم‌تر، بهبود یافتن به روش یادگیری است، دیدگاهی جدید را درباره‌ی پیش‌بینی عوامل مؤثر بر موفقیت و همچنین پیش‌گیری زود هنگام از اختلالات روانی فراهم می‌کند و تکمیل‌کننده‌ی علوم شناختی، علوم اعصاب، و رشد است. (گل‌من و هم‌کاران^۱ ۲۰۰۲) متخصصان، فرآیندی پنج مرحله‌ی را برای آموزش و تقویت هوش عاطفی پیشنهاد کرده‌اند، که بسیار با اهمیت است.

نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش درباره‌ی ارتباط معکوس میان هوش عاطفی و اختلالات روانی، با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های چیاوچی، چان، و بایگار (۲۰۰۱)، تیلور، باگی، و پارکر (۱۹۹۱)، ساکس (۱۹۹۸)، و موارد دیگر در این زمینه هم‌سو است. افرادی که هوش عاطفی بالاتری دارند، به خود متکی‌تر اند، نگرشی مثبت‌تر دارند، و گرایش آن‌ها برای رویارویی با مشکلات بیشتر است. این افراد در موقعیت‌های تنش‌زا کم‌تر احساس تنهایی کرده، برای حل مشکل موجود از منابع فردی و اجتماعی خود بیش‌ترین سود را می‌برند. این نتایج با بررسی‌های جین و سینها^۲ (۲۰۰۵)، که رابطه‌ی مثبت و حتا پیش‌بینی سلامت عمومی به وسیله‌ی هوش عاطفی را نشان می‌دهد، هماهنگ است. هوش عاطفی بالا به فرد این امکان را می‌دهد تا توانایی کنترل موقعیت تنش‌زا را به دست آورد و از دخالت عوامل ناخوشایند درونی و بیرونی، هم‌چون ناامیدی، خستگی، فشار روانی نزدیکان، و دیگر عوامل مزاحم محیطی پیش‌گیری کند (گریس و هم‌کاران^۳ ۲۰۰۵).

نتایج پژوهش حاضر هم‌چنین نشان می‌دهد که روابط بین‌فردی، مهم‌ترین عامل در تبیین سلامت عمومی است. این نتایج با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های بیجستر، بوسما، و یوکسون^۴ (۱۹۹۴)، ویلیامز و زادرو^۵ (۲۰۰۱)، سگرین^۶ (۱۹۹۸)، اسپیتزبرگ^۷ (۲۰۰۳)، اندریتزن-پیساروک، کلارک، و سولانو^۸ (۱۹۹۲)، و ریچیو، تروک‌موتون، و دی‌پائولا^۹ (۱۹۹۰) در این زمینه هماهنگ است. هوش عاطفی می‌تواند چهارچوبی مناسب برای بررسی سازش‌یافتگی اجتماعی و عاطفی افراد در برهم‌کنش‌های بین‌فردی آنان به شمار آید (سالوی، مه‌یر، و کروزو^{۱۰} ۲۰۰۲). کسانی که روابط اجتماعی خوبی دارند، می‌توانند به‌آسانی با دیگران

¹ Goleman, Daniel, Richard Boyatzis, and Annie McKee

² Jain, Ajay K., and Arvind K. Sinha

³ Gerits, Linda, Jan J. L. Derksen, Antoine B. Verbruggen, and Michael Katz

⁴ Bijstra, Jan O., Harke A. Bosma, and Sandy Jockson

⁵ Williams, Kipling D., and Lisa Zadro

⁶ Segrin, Chris

⁷ Spitzberg, Brian H.

⁸ Inderbitzen-Pisaruk, Heidi, M. L. Clark, and Cecilia H. Solano

⁹ Riggio, Ronald E., Barbara Throckmorton, and Steven DePaola

¹⁰ Salovey, Peter, John D. Mayer, and David Caruso



ارتباط برقرار کنند، واکنش‌ها و احساسات آن‌ها را به‌زودی دریابند، آنان را رهبری کنند و سازمان‌دهنده‌ی خوبی باشند. آن‌ها بگومگوها را به‌سادگی پایان می‌دهند و به دلیل آن که حالت روحی خوبی در دیگران پدید می‌آورند، دوست‌داشتنی‌اند. افرادی که روابط بین‌فردی خوبی دارند، بهتر می‌توانند پشتیبانی‌های محیط و اجتماع را به سوی خود بکشانند و همین مسئله منجر به دور ماندن از حالت‌های افسردگی و گرایش به خودکشی در آن‌ها می‌شود (چپاروچی، چان، و بایگار ۲۰۰۱). چنین افرادی از شادابی، نشاط، سرزندگی، و استقلال بیشتری در کار خود برخوردار اند و با ایستادگی بهتر در برابر تنش، در زندگی پیشرفت می‌کنند (سارنی ۱۹۹۸)؛ در مقابل، کسانی که روابط بین‌فردی خوبی ندارند، چون ارتباط اجتماعی سستی برقرار می‌کنند، احتمالاً از لحاظ اجتماعی رانده خواهند شد. آن‌ها عموماً از اضطراب شدید، نگرانی‌های زیاد، و نیز افسردگی و احساس تنهایی شکایت می‌کنند (گل‌من ۱۹۹۵؛ اسپیتزبرگ ۲۰۰۳).

یکی دیگر از سازه‌های هوش عاطفی، که در این پژوهش به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی و ناکارآمدی اجتماعی شناخته شده است، انعطاف‌ناپذیری است. این نتایج با نتایج بررسی‌های هولاهان و موس^۱ (۱۹۹۰) و آستین، ساکلوفس‌کب، و ایگانس^۲ (۲۰۰۵) درباره‌ی رابطه‌ی هوش عاطفی و انعطاف‌پذیری بالا، و نشانه‌های جسمی و افسردگی کمتر، هماهنگ است. همان گونه که گل‌من (۲۰۰۱) نیز اشاره کرده است، افراد دارای هوش عاطفی بالا، انعطاف‌پذیری بالایی دارند، از نظر اجتماعی متعادل‌تر اند، و هیچ گرایشی به ترس یا نگرانی ندارند. آن‌ها هرگز در دوستی‌ها و روابط بین‌فردی‌شان کم‌رویی و زیاده‌روی ندارند، از هر کس انتظاری متناسب با وی را دارند، و افراد پیرامون‌شان را همان گونه که هستند می‌پذیرند؛ بنا بر این، از نظر اجتماعی کارآمدتر اند و کمتر دچار افسردگی خواهند شد؛ در مقابل، افراد با هوش عاطفی پایین، در دوستی‌ها و روابطشان زیاده‌روی و کم‌رویی دارند و به دلیل خواسته‌های بی‌جا از دیگران، دوست دارند همه بر پایه‌ی نظر آن‌ها عمل کنند؛ در نتیجه، چون عملاً به درخواست‌هایشان پاسخ مثبت داده نمی‌شود، تنش‌های بیشتری را دریافت خواهند کرد.

پاسخ به این سؤال که آیا از بین عوامل هوش عاطفی، عامل روابط بین‌فردی، در مورد مردان نیز می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی سلامت روان باشد یا خیر، به کمک پژوهش‌های مشابه در این زمینه با جنسیت متفاوت آزمودنی‌ها قابل‌پاسخ‌گویی است.

¹ Holahan, Charles J., and Rudolf H. Moos

² Austin, Elizabeth J., Donald H. Saklofske, and Vincent Eganc

با توجه به یافته‌های این پژوهش در مورد اهمیت هوش عاطفی، پیوند آن با سلامت روان، و همچنین توانایی بهبود آن از راه یادگیری، تلاش برای آموزش و بهبود این سازه‌ی اساسی سلامت روان لایه‌های مختلف جامعه، به‌ویژه زنان، با هدف پیش‌گیری و درمان اختلال‌های روانی، لازم و ضروری به نظر می‌رسد. امروز در بیش‌تر جوامع پیشرفته، که در آن‌ها کلاس‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی، ابراز وجود، انعطاف‌پذیری، مدیریت تنش، و موارد مشابه بر پا می‌شود، افراد آموزش‌های لازم را در زمینه‌ی کنترل خود و محیط، افزایش عزت نفس، مهارت‌های مقابله‌یی، و گسترش منابع و شبکه‌های اجتماعی را به دست می‌آورند. در جامعه‌ی ما نیز نیاز به برپایی این دوره‌ها و انجام پژوهش‌های لازم در زمینه‌ی اثرگذاری آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

منابع

- بهرامی، فاطمه. ۱۳۸۱. «بررسی و مقایسه‌ی آموزش مسئولیت‌پذیری به شیوه‌ی خودنظمی مثبت و یادگیری مبتنی بر خود به دانش‌آموزان راهنمایی». طرح پژوهشی، آموزش و پرورش اصفهان، اصفهان.
- تقوی، سیدمحمدرضا. ۱۳۸۰. «بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی (GHQ)». *مجله‌ی روان‌شناسی* ۵(پیاپی ۲۰): ۳۸۱-۳۹۸.
- حسینی، رشید. ۱۳۷۴. «بررسی شیوع اختلالات روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله‌ی مناطق روستایی طالقان در استان تهران». پایان‌نامه‌ی تخصصی روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، تهران.
- حقیقی، جمال، یوسف‌علی عطاری، سیدعلی سینا رحیمی، و لیلا سلیمانی‌نیا. ۱۳۷۸. «رابطه‌ی سرسختی و مؤلفه‌های آن با سلامت روان دانش‌جویان پسر دوره‌ی کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز». *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز* ۶(۳-۴): ۱-۱۸.
- خسروی، شمس‌علی. ۱۳۷۱. «بررسی اپیدمیولوژی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی بروجن چهار محال بختیاری». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران.
- کافی، سیدموسی، جعفر بوالهروی، و حمید پیروی. ۱۳۷۷. «بررسی رابطه‌ی وضع تحصیلی و سلامت روانی دانش‌جویان». *اندیشه و رفتار* ۳(۴): ۵۹-۶۶.
- نوربالا، احمدعلی، کاظم محمد، سیدعباس باقری یزدی، و محمدمتقی یاسمی. ۱۳۸۱. «بررسی وضعیت سلامت روان در افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران». *حکیم* ۵(۱): ۱-۱۱.



- یعقوبی، نورالله، مهدی نصر، و داوود شاه‌محمدی. ۱۳۷۴. «بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه‌سرا، گیلان، ۱۳۷۴.» *اندیشه و رفتار* ۱(۴): ۵۵-۶۵.
- Alison, B. 2007. "How is your EQ?" Retrieved 12 March 2008 (<http://ezinearticles.com/?hows-youEQ?&id=648048>).
- Austin, Elizabeth J., Donald H. Saklofskeb, and Vincent Eganc. 2005. "Personality, Well-Being, and Health Correlates of Trait Emotional Intelligence." *Personality and Individual Differences* 38(3):547-558.
- Bar-On, Reuven. 1997. *Bar-on Emotional Quotient Inventory: Technical Manual*. Toronto, Canada: Multi Health Systems, Inc.
- Bar-On, Reuven, and James D. A. Parker, eds. 2000. *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Bijstra, Jan O., Harke A. Bosma, and Sandy Jockson. 1994. "The Relationship between Social Skills and Psycho-social Functioning in Early Adolescence." *Personality and Individual Differences* 16(5):767-776.
- Bryant, Rhonda M., and Madonna G. Constantine. 2006. "Multiple Role Balance, Job Satisfaction, and Life Satisfaction in Women School Counselors." *Professional School Counseling* 9(4):265-271.
- Butler, S. Kent, and Madonna G. Constantine. 2005. "Collective Self-Esteem and Burnout in Professional School Counselors." *Professional School Counseling* 9(1):55-62.
- Cherniss, Cary, and Daniel Goleman, eds. 2001. *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Ciarrochi, Joseph, Amy Y. C. Chan, and Jane Bajgar. 2001. "Measuring Emotional Intelligence in Adolescents." *Journal of Personality and Individual Differences* 31(7):1105-1119.
- Cooper, Robert K. 1996. *EQ Map Interpretation Guide*. San Francisco, CA, USA: AIT and Essi Systems.
- Extremera, Natalio, and Pablo Fernandez-Berrocal. 2006. "Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students." *The Spanish Journal of Psychology* 9(1):45-51.
- Inderbitzen-Pisaruk, Heidi, M. L. Clark, and Cecilia H. Solano. 1992. "Correlates of Loneliness in Midadolescence." *Journal of Youth and Adolescence* 21(2):151-167.
- Gerits, Linda, Jan J. L. Derksen, Antoine B. Verbruggen, and Michael Katz. 2005. "Emotional Intelligence Profiles of Nurses Caring for People with Severe Behaviour Problems." *Personality and Individual Differences* 38(1):33-44.
- Goldberg, David P. 1972. *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire: A Technique for the Identification and Assessment of Non-Psychotic Psychiatric Illness*. London, UK: Oxford University Press.
- Goleman, Daniel. 1995. *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York, NY, USA: Bantam.
- , ed. 1997. *Healing Emotions: Conversations with the Dalai Lama on Mindfulness, Emotions, and Health*. Boston, MA, USA/London, UK: Shambhala Publications, Inc.

- . 2001. "An EI-Based Theory of Performance." Pp. 27–44 in *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*, edited by Cary Cherniss and Daniel Goleman. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass.
- Goleman, Daniel, Richard Boyatzis, and Annie McKee. 2002. *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. Boston, MA, USA: Harvard Business School Press.
- Gottman, John Mordechai. 1994. *What Predicts Divorce?: The Relationship between Marital Processes and Marital Outcomes*. Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- . 1999. *The Marriage Clinic: A Scientifically-Based Marital Therapy*. New York, NY, USA: W. W. Norton.
- Holahan, Charles J., and Rudolf H. Moos. 1990. "Life Stressors, Resistance Factors, and Improved Psychological Functioning: An Extension of the Stress Resistance Paradigm." *Journal of Personality and Social Psychology* 58(5):909–917.
- Jain, Ajay K., and Arvind K. Sinha. 2005. "General Health in Organizations: Relative Relevance of Emotional Intelligence, Trust, and Organizational Support." *International Journal of Stress Management* 12(3):257–273.
- Jyväsjärvi, Simo, Matti Joukamaa, Erkki Väisänen, Pekka Larivaara, Sirkka-Liisa Kiveläb, and Sirkka Keinänen-Kiukaanniemi. 1999. "Alexithymia, Hypochondriacal beliefs, and Psychological Distress among Frequent Attenders in Primary Health Care." *Comprehensive Psychiatry* 40(4):292–298.
- Kennedy-Moore, Eileen, and Jeanne C. Watson. 1999. *Expressing Emotion: Myths, Realities, and Therapeutic Strategies*. New York, NY, USA: The Guilford Press.
- Mayer, John D., David Caruso, and Peter Salovey. 1999. "Emotional Intelligence Meets Traditional Standards for Intelligence." *Intelligence* 27(4):267–298.
- Mayer, John D., and Peter Salovey. 1997. "What Is Emotional Intelligence?" Pp. 3–33 in *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*, edited by Peter Salovey and David J. Sluyter. New York, NY, USA: Basic Books.
- Mikolajczak, Moira, Olivier Luminet, Cecile Leroy, and Emmanuel Roy. 2007. "Psychometric Properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Factor Structure, Reliability, Construct, and Incremental Validity in a French Speaking Population." *Journal of Personality Assessment* 88(3):338–353.
- Myers, Lynn B. 1995. "Alexithymia and Repression: The Role of Defensiveness and Trait Anxiety." *Personality and Individual Differences* 19(4):489–492.
- Newton, Tamara L., Jeannette M. Haviland, and Richard J. Contrada. 1996. "The Face of Repressive Coping: Social Context and the Display of Hostile Expressions and Social Smiles." *Journal of Nonverbal Behavior* 20(1):3–22.
- Palmer, Benjamin, Catherine Donaldson, and Con Stough. 2002. "Emotional Intelligence and Life Satisfaction." *Personality and Individual Differences* 33(7):1091–1100
- Pennebaker, James W. 1990. *Opening Up: The Healing Power of Confiding in Others*. New York, NY, USA: William Morrow.
- Riggio, Ronald E., Barbara Throckmorton, and Steven DePaola. 1990. "Social Skills and Self-Esteem." *Personality and Individual Differences* 11(8):799–804.



- Saarni, Carolyn. 1990. "Emotional Competence: How Emotions and Relationships Become Integrated." Pp. 115–182 in *Socioemotional Development: Nebraska Symposium on Motivation, 1998*, edited by Ross A. Tompson. Lincoln, NE, USA: University of Nebraska Press.
- . 1998. "Issues of Cultural Meaningfulness in Emotional Development." *Developmental Psychology* 34(4):647–652.
- Sachse, Rainer. 1998. "Goal-Oriented Client-Centered Psychotherapy of Psychosomatic Disorders." Pp. 295–327 in *Handbook of Experiential Psychotherapy*, edited by Leslie S. Greenberg, Jeanne C. Watson, and Germain O. Lietaer. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Salovey, Peter, John D. Mayer, and David Caruso. 2002. "The Positive Psychology of Emotional Intelligence." Pp. 159–171 in *Handbook of Positive Psychology*, edited by C. R. Snyder and Shane J. López. New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Sapin, Christophe, Bruno Fantino, Marie-Laure Nowicki, and Paul Kind. 2004. "Usefulness of EQ-5D in Assessing Health Status in Primary Care Patients with Major Depressive Disorder." *Health and Quality of Life Outcomes* 2(1):20. Retrieved 25 July 2008 (<http://www.hqlo.com/content/2/1/20>).
- Segrin, Chris. 1998. "Interpersonal Communication Problems Associated with Depression and Loneliness." Pp. 212–242 in *Handbook of Communication and Emotion: Research, Theory, Applications, and Contexts*, edited by Peter A. Andersen and Laura K. Guerrero. San Diego, CA, USA: Academic Press.
- Sherr, Lorraine, and Janet St. Lawrence, eds. 2000. *Women, Health, and Mind*. New York, NY, USA: John Willey and Sons, Ltd.
- Spitzberg, Brian H. 2003. "Methods of Interpersonal Skill Assessment." Pp. 93–134 in *Handbook of Communication and Social Interaction Skills*, edited by John O. Green and Brant R. Burlison. Mahwan, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Taylor, Graeme J., R. Michael Bagby, and James D. Parker. 1991. "The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine." *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry* 32(2):153–164.
- Williams, Kipling D., and Lisa Zadro. 2001. "Ostracism: On Being Ignored, Excluded, and Rejected." Pp. 21–53 in *Interpersonal Rejection*, edited by Mark R. Leary. New York, NY, USA: Oxford University Press.

نویسندگان

دکتر فاطمه بهرامی،

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان
dr.f-bahrami@edu.ui.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکترای مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۸۱.
پژوهش‌های وی در زمینه‌ی زنان، دل‌بستگی زوجین، دل‌بستگی کودکان و بزرگسالان، و درمان‌های
فراشناختی است. وی نگارنده‌ی کتاب *درمان رفتاری-فراشناختی اختلالات دوقطبی* و مترجم هشت
کتاب دیگر است که از آن میان می‌توان *فرآیندهای دل‌بستگی در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی،*
اختلالات هیجانی، و فراشناخت را نام برد. از وی هم‌چنین، بیش از ۳۰ مقاله‌ی فارسی و هفت
مقاله به زبان انگلیسی در نشریات پژوهشی چاپ شده‌است.

مهناز جوکار،

دانش‌جوی دکتری مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه اصفهان
joukar.m@gmail.com

کارشناس مشاوره، مرکز مشاوره‌ی دانش‌جویی، دانشگاه شیراز.
پژوهش‌های وی در زمینه‌های شناخت‌درمانی، کتاب‌درمانی، مشاوره‌ی تلفنی، و زوج‌درمانی است.

رزگار قادرپور،

کارشناس ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه اصفهان
rzgar.ghaderpour@gmail.com

دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی خانواده، دانشگاه اصفهان، ۱۳۸۸.
پژوهش‌های وی در زمینه‌های تعارض زوجین و سبک زندگی است و تا کنون چهار مقاله‌ی فارسی
و یک مقاله به زبان انگلیسی در نشریات پژوهشی از وی چاپ شده‌است.