

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال نهم شماره ۳۶ زمستان ۱۳۹۳

پیش‌بینی تغییرات سلامت عمومی دانشجویان بر اساس مولفه‌های هوش هیجانی و ابعاد کانون کنترل

یوسف رضاپور^۱

مریم عابدینی^۲

سامره اسدی مجره^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه هوش هیجانی و ابعاد کانون کنترل با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تبریز در چهارچوب یک طرح همبستگی انجام گردید. ۳۸۱ دانشجوی دانشگاه تبریز (۱۹۵ دختر و ۱۸۶ پسر) در این پژوهش شرکت کردند. از دانشجویان خواسته شد مقیاس کانون کنترل راتر (۱۹۶۶)، پرسشنامه سلامت عمومی و هوش هیجانی پترایدز و فارنهام (۲۰۰۱) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که منبع کنترل درونی رابطه مثبت و معناداری با سلامت عمومی دارد در حالی که منبع کنترل بیرونی رابطه منفی با سلامت عمومی داشت. بین منبع کنترل درونی با هوش هیجانی رابطه مثبت معنادار وجود داشت در حالی که منبع کنترل بیرونی با هوش هیجانی رابطه معنادار نداشت. همچنین، یافته‌ها نشان داد از بین مولفه‌های هوش هیجانی، مهارت‌های شناختی به‌طور معنی‌داری قادر تغییرات سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند. بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت افرادی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند و نیز افراد حائز کانون کنترل درونی از نظر سلامت عمومی در وضعیت بهتری قرار دارند.

واژگان کلیدی: سلامت عمومی؛ هوش هیجانی؛ کانون کنترل درونی؛ کانون کنترل بیرونی

Email: rezapouryousef@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول)

۲- مربی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه تبریز

مقدمه

دانشجویان هر جامعه نیروی انسانی و سازندگان فردای آن جامعه هستند. از این رو، سلامت جسم و روان آنان از اهمیت زیادی برخوردار است و تأمین آن از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت حاصل می‌شود (تیلور^۱ و همکاران، ۱۹۹۵). امروزه سلامت روان، توجه روز افزون متخصصان شاخه‌های علوم مختلف را به خود جلب کرده است. سلامت روان تنها نداشتن بیماری روانی نیست، بلکه توان واکنش در برابر انواع گوناگون تجربه‌های زندگی به صورتی قابل انعطاف و معنی‌دار است. سازمان بهداشت جهانی سلامت روانی را عبارت از قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود می‌داند. هدف اصلی سلامت روانی، کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (گلاسر و کی کلت^۲، ۱۹۹۲). به عقیده هارتلی - بروئر^۳ (۲۰۰۱) می‌توان سلامت روان را به منزله توانایی رشد و گسترش هیجانی، عقلی و معنوی برقراری ارتباط با دیگران شامل همسالان و بزرگسالان، شرکت تمام عیار در فعالیت‌های آموزشی و اجتماعی، برخورداری از حرمت خود مثبت، سازگاری و انعطاف‌پذیری در مواجهه با سختی‌ها دانست. از جمله موارد پیش‌بینی کننده سلامت روان، هوش هیجانی است.

هوش هیجانی به‌عنوان تسهیل‌کننده ادراک، بیان، جذب، فهم و تنظیم روابط تعریف می‌گردد که رشد فکری و عاطفی را برمی‌انگیزد. بر اساس نظر گلن^۴ (۱۹۹۵)، هوش هیجانی شامل مجموعه‌ای از عناصر درونی (میزان خودآگاهی، خودآنگاره، احساس استقلال و ظرفیت خودشکوفایی و قاطعیت) و بیرونی (روابط بین فردی، سهولت در همدلی و احساس مسئولیت) است و به ظرفیت فرد برای قبول واقعیات، انعطاف‌پذیری، توانایی حل مسأله و مقابله با رویدادهای استرس‌زا اشاره دارد. هوش هیجانی به تفاوت‌های افراد

1- Tilor
3- Hartley- Brewer

2- Glaser& Kiecolt
4- Goleman

در ادراک، پردازش، تنظیم و به‌کارگیری اطلاعات هیجانی اشاره دارد (مویرا و الیور^۱، ۲۰۰۸). شواهد بسیاری ثابت می‌کند که افراد دارای مهارت هیجانی، یعنی کسانی که احساسات خود را به‌خوبی می‌شناسند، هدایت می‌کنند و احساسات دیگران را نیز درک کرده، به‌طرز اثربخشی با آن برخورد می‌کنند و در حوزه‌های عملی مختلف زندگی، موفق و کارآمد می‌باشند. اما افرادی که نمی‌توانند به لحاظ هیجانی بر زندگی خود تسلط داشته باشند، درگیر کشمکش‌های درونی هستند (مایر^۲ و همکاران، ۲۰۰۱).

قابلیت‌های هیجانی در تشخیص پاسخ‌های هیجانی مناسب، مواجهه با رویدادهای روزمره گسترش دامنه بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره وقایع و هیجان‌ها نقش موثری دارند. افراد با هوش هیجانی بالا، از حمایت اجتماعی، احساس رضایت‌مندی و سلامت‌روانی بیشتری برخوردار می‌شوند. سبک زندگی خود را به‌گونه‌ای ترتیب می‌دهند که پیامدهای منفی کمتری تجربه کنند. آنها در ایجاد و حفظ روابط کیفی بالا مهارت دارند و این ویژگی‌ها به آنها در فهم و پیش‌بینی جنبه‌های گوناگون زندگی روزمره کمک می‌کند (جین و سینه‌ها^۳، ۲۰۰۵). افرادی که درباره هیجان‌های خودآگاهی بیشتری دارند، مهارت‌های بیشتری در مدیریت مشکلات هیجانی دارند و احساس سلامت روان بیشتری را تجربه می‌کنند. این افراد زمان کمتری را صرف توجه به واکنش‌های هیجانی خود می‌کنند و منابع شناختی کمتری را به‌کار 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 به‌کار ببرند (کوب و میر^۴، ۲۰۰۰).

نیکولا و همکاران^۵ (۲۰۰۷) در یک فرا تحلیل نشان دادند که هوش هیجانی با سلامت جسمانی و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری دارد. یافته‌های پژوهشی کارسو^۶ (۲۰۰۲) نشان می‌دهد که هوش هیجانی در حوزه سلامت روانی و سازش‌یافتگی‌های هیجانی و اجتماعی حائز اهمیت است. کوچک انتظار و قدسی (۱۳۸۳) در پژوهشی تحت

1- Moira & Olivier
3- Jain & Sinha
5- Nicola

2- Mayer
4- Coob & Mayer
6- Caruso

عنوان تأثیر هوش هیجانی بر اضطراب و افسردگی نشان دادند که سطح هوش هیجانی در بروز حالات افسردگی و اضطراب تأثیر دارد. سیاروچی^۱ و همکاران (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای نشان دادند که استرس با افسردگی بیشتر، ناامیدی و اشتغال ذهنی در مورد خودکشی در میان افرادی که ادراک هیجانی پایینی دارند، مرتبط است. اشتغال ذهنی در مورد خودکشی بیشتر در افرادی که مدیریت هیجان‌های دیگران در آنها پایین است، مرتبط می‌باشد. پارکر و همکاران (۲۰۰۱) نیز اذعان کردند که ناتوانی در بیان احساسات به طور معناداری با هوش هیجانی، روابط بین فردی، سازگاری، مدیریت استرس و خلق رابطه منفی دارند (به نقل از طاهری، ۱۳۹۰).

از دیگر متغیرهای مؤثر بر سلامت عمومی، کانون کنترل^۲ است که به لحاظ مفهومی یک نوع متغیر شناختی است که معمولاً به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده عوارض پزشکی و سازگاری فرد با انواع تهدیدات بهداشتی مورد استفاده قرار گرفته است (سرلی و سکستن^۳، ۲۰۰۴). جایگاه مهار (منبع کنترل) که نخستین بار توسط جولیان راتر^۴ مطرح گردید به ادراکی گفته می‌شود که انسان از علیت نتایج رفتار خود دارد. بر اساس نظریه جایگاه مهار، انسان مجموعه گسترده‌ای از باورها را درباره افراد یا اشیای که نقش مهارکنندگی بر پاداش‌ها و تنبیه‌های خود دارند، به‌دست می‌آورد. برخی جهت‌گیری درونی اختیار کرده، باورشان بر این اصل استوار می‌شود که تبحر، سخت‌کوشی و رفتار مسئولیت‌پذیر به پیامدهای مثبت ختم می‌شود و برعکس نداشتن مهارت، تلاش نکردن و رفتار غیرمسئولانه به پیامدهای منفی منجر می‌گردد. برخی دیگر جهت‌گیری بیرونی پیدا می‌کنند، با این اعتقاد که رویدادها از طریق شانس، قدرت دیگران و عوامل ناشناخته و غیر قابل مهار تعیین می‌شوند و نتایج هر عملی ماورای کنترل شخصی است (راتر^۵، ۱۹۶۶). طبق تحقیقات انجام شده توسط والاس^۶ و همکاران (۱۹۸۴) و گوردن دونالد^۷ (۱۹۹۴)، نشان داده شده است که منبع درونی با عزت‌نفس که از زیرمؤلفه‌های سلامت

1- Ciarochi

3- Sorlie & sexton

5- Rotter

7- Gorden Donald

2- Locus of control

4- Rotter

6- Valas

است رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (به نقل از جهانزاد، ۱۳۸۶). هم‌چنین در پژوهشی (لفکورت، ۱۹۸۲) نشان داده شده است که افراد با منبع کنترل درونی با احتمال کمتری مشکلات هیجانی دارند، یا الکلی می‌شوند. آن‌ها با ناراحتی روانی بهتر کنار می‌آیند، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند (به نقل از جهانزاد، ۱۳۸۶). نتایج عمده پژوهش‌ها نشان می‌دهد، مردمی که احساس می‌کنند می‌توانند بر روی وقایعی که در زندگی‌شان رخ می‌دهد موثر باشند، نسبت به افرادی که چنین باوری ندارند و معتقدند که کوشش‌های آن‌ها در دنیای بیرونی تأثیر ندارد، بهره بیشتری از سلامتی می‌برند.

به‌طور کلی، تأمین سلامت روانی دانشجویان که قشر جوان فعال آسیب‌پذیر هر جامعه محسوب می‌شوند از مهم‌ترین مسأله اجتماعی محسوب می‌شوند و بدین منظور لازم است مسؤلان هر جامعه در انتخاب، آماده‌سازی و تعلیم و تربیت آنها از شیوه‌ها و معیارها و برنامه‌هایی استفاده کنند که شرط حفظ و ارتقاء سلامت روانی آنها در اولویت قرار گیرد و در این میان مدنظر داشتن هیجانانگیز و کار بر روی سازه هوش هیجانی با توجه به محدوده سنی این افراد، امر بسیار مهمی به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، کاربرد هیجان‌ها در تعلیم و تربیت و برنامه‌های یادگیری اجتماعی نیز امری اجتناب‌ناپذیر است زیرا در قرن بیست و یکم علاوه بر توجه به رشد شناختی و پیشرفت تحصیلی می‌بایست به رشد هیجانی دانشجویان توجه نموده و آنها را برای همکاری و مشارکت در کار، تصمیم‌گیری‌های مسؤولانه، مقاومت در برابر فشار گروه همسالان و نفوذ وسایل ارتباط جمعی آماده نمود. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه هوش هیجانی و ابعاد کانون کنترل با سلامت عمومی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تبریز انجام گردید.

روش

جامعه و نمونه آماری

پژوهش به‌لحاظ هدف از نوع بنیادی و به‌لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی بود که در چهارچوب یک طرح همبستگی انجام گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز، درسه گروه آموزشی

عمده، علوم انسانی، علوم پایه و فنی و مهندسی می‌باشد. با استفاده از فرمول کوکران، نمونه پژوهش شامل ۳۸۱ نفر (۱۹۵ دختر و ۱۸۶ پسر) از دانشجویان دانشگاه تبریز بود که به‌وسیله نمونه‌گیری خوشه‌ای از دانشکده‌های علوم انسانی، شیمی، برق و الکترونیک انتخاب شدند و مقیاس کانون کنترل راتر (۱۹۶۶)، پرسشنامه سلامت عمومی (۱۹۷۲) و مقیاس هوش هیجانی پترایدز و فارنهام (۲۰۰۱) را تکمیل کردند.

ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس کانون کنترل راتر (درونی و بیرونی): مقیاس کانون کنترل راتر در سال ۱۹۶۶ جهت سنجش سازه کانون کنترل ساخته شده است. آزمون موجود برای استفاده در مورد بزرگسالان، دانشجویان و دانش‌آموزان بالاتر از سن دبیرستان است. این مقیاس شامل ۲۹ آیتم است که هر ماده دارای دو جمله به‌صورت الف و ب است. تعداد ۶ آیتم به صورت خنثی است. این آیتم‌ها عبارتند از: ۱، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۴ و ۲۷ که منظور از آزمون را برای آزمودنی ابهام می‌بخشد. دامنه نمرات مقیاس از ۰ تا ۲۳، متغیر است. نمره بالا در این مقیاس، بیانگر منبع کنترل بیرونی و نمره پایین، بیانگر منبع کنترل درونی است. موفق (۱۳۷۵) روایی این مقیاس را با استفاده از روایی ملاک همزمان، یعنی مقیاس منبع کنترل درونی و بیرونی نویکی - استریکلند به‌عنوان ملاک، ۰/۳۹ به‌دست آورده است. متوسط ضریب پایایی با روش تصنیف و کودر - ریچاردسون در بسیاری از پژوهش‌ها ۰/۷۰ بوده است. صبوری مقدم (۱۳۷۲) با استفاده از روش تصنیف، پایایی این مقیاس را حدود ۰/۸۱ به‌دست آورده است (نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کانون کنترل درونی ۰/۷۷ و برای کانون کنترل بیرونی ۰/۷۳ به‌دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی^۱ (GHQ) در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ ساخته شد و به عقیده هندرسون (۱۹۹۰) شناخته‌شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی و روانشناسی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش داشته است. این

1- General health Questionnaire

پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸، ۱۲ سوالی می‌باشد. فرم ۲۸ سوالی توسط گلبرگ و هیلیر^۱ (۱۹۷۹) در اقدامی به منظور افزایش واریانس و بر اساس تحلیل عوامل بر روی فرم اصلی ساخته شد و شامل ۴ مقیاس ۷ سوالی (علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) است. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرت است که بر اساس این شیوه هر یک از سوال‌های ۴ درجه‌ای به صورت ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌گردد و در نتیجه دامنه نمره فرد از صفر تا ۸۴ خواهد بود. مطالعات روان‌سنجی مربوط به این پرسشنامه ۲۸ سوالی حاکی از اعتبار و پایایی قابل توجه است. گلبرگ و بلک ول^۲ (۱۹۷۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه را با استفاده از یک چک‌لیست مصاحبه بالینی بر روی بیماران بخش جراحی ۰/۸۰ ذکر کرده‌اند. در مطالعه دیگری گلبرگ و همکاران (۱۹۷۶) همبستگی پرسشنامه مذکور را با فهرست ۹۰ علامتی تجدیدنظر شده دراگوتیس^۳ و همکاران (۱۹۷۶) ۰/۷۸ بیان کردند. یعقوبی (۱۳۷۵) در مطالعه‌ای حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را در بهترین نقطه برش (نمره ۲۳) به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش نموده است. در پژوهش هومن (۱۳۷۷) حساسیت و ویژگی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۶ به دست آمد. در بررسی چانگ و اسپیرز (۱۹۹۴) در نیوزلند، ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته ۰/۵۵ به دست آمد (به نقل از طاهری، ۱۳۹۰). در پژوهش هومن (۱۳۷۷) ضریب همسانی درونی گزارش شده ۰/۸۳ بوده است (به نقل از طاهری، ۱۳۹۰). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس هوش هیجانی پترایدز و فارنهام: برای سنجش هوش هیجانی از مقیاس ۳۰ سوالی رگه هوش هیجانی که توسط پترایدز و فارنهام^۴ که در سال ۲۰۰۱ طراحی شد، استفاده شد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی شده‌اند. در این پرسشنامه پاسخ صحیح و غلط وجود ندارد و ماده‌های ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۲، ۲۵، ۲۶ و ۲۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری

1- Golberg & Helier
3- Deragotic

2- Black vell
4- Petrides & Furnham

می‌شوند. در هنجاریابی فرم ۳۰ سوالی پرسشنامه در نمونه ایرانی که توسط مارانی انجام شده، تحلیل عوامل داده‌ها منجر به استخراج ۴ عامل (۱- درک و ارزیابی عواطف خود و دیگران، ۲- خوش‌بینی، ۳- خودآگاهی و ۴- مهارت‌های اجتماعی شد (پترایدز و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش‌ارغندی و همکاران، اعتبار مقیاس با روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۷۶ و ۰/۷۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های آماری آزمودنی‌ها را در مورد نمره‌های سلامت عمومی، ابعاد کانون کنترل و هوش هیجانی نشان می‌دهد.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمره سلامت عمومی، ابعاد کانون کنترل و هوش هیجانی دانشجویان

متغیرها	دختران		پسران		کل	
	SD	M	SD	M	SD	M
سلامت عمومی	۱۵/۴۴	۴۶/۶۴	۱۳/۲۴	۴۲/۸۵	۱۴/۵۲	۴۴/۸
مشکلات جسمانی	۴/۷۴	۱۸/۶۳	۳/۸۸	۱۷/۵۵	۴/۳۸	۱۸/۱۲
اضطراب	۵/۷۵	۱۸/۷۵	۳/۹۹	۱۷/۶۲	۴/۹۹	۱۸/۲۱
اختلال در کارکردهای اجتماعی	۵/۷۹	۲۰/۰۲	۴/۵۵	۱۸/۶۸	۵/۲۶	۱۹/۳۶
افسردگی	۶/۶۲	۱۷/۱۹	۵/۴۱	۱۷/۰۱	۶/۰۵	۱۷/۱
کانون کنترل درونی	۲/۶۲	۷/۳	۳/۲۳	۶/۱۶	۲/۹۹	۶/۷۴
کانون کنترل بیرونی	۱/۹۹	۴/۵۳	۲/۱۳	۴/۵۲	۲/۰۶	۴/۵۲
هوش هیجانی	۱/۱۹	۲۳/۱۲	۱/۲۶	۱۷/۵۷	۱/۳۳	۲۱/۵۱
خوش‌بینی	۹/۱۲	۳۷/۵۹	۷/۶۳	۳۳/۸۹	۸/۶۱	۳۵/۷۸
درک عواطف خود و دیگران	۶/۲۸	۳۲/۹۴	۵/۲۵	۲۸/۵۳	۶/۲	۳۰/۷۷
کنترل عواطف	۶/۲۹	۳۷/۱۴	۵/۳۶	۳۴/۰۳	۶/۰۶	۳۵/۶۵
مهارت‌های شناختی	۶/۱۹	۳۰/۳۱	۴/۸۵	۲۹/۵۴	۵/۵۷	۲۹/۹۳

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین میانگین از متغیر سلامت عمومی مربوط به متغیر اختلال در کارکردهای اجتماعی با میانگین ۱۹/۳۶ است. همچنین کانون کنترل درونی دارای میانگین ۶/۷۴ و کانون کنترل بیرونی دارای میانگین ۴/۵۲ می‌باشد. از بین مولفه‌های هوش هیجانی، خوش بینی (۳۵/۷۸) و کنترل عواطف (۳۵/۶۵) دارای بیشترین میانگین هستند.

جدول (۲) ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره سلامت عمومی، ابعاد کانون کنترل و هوش

هیجانی												
متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱- سلامت عمومی	۱											
۲- مشکلات جسمانی	۰/۷۵**	۱										
۳- اضطراب	۰/۷۸**	۰/۶۱**	۱									
۴- اختلال در کارکردهای اجتماعی	۰/۷۴**	۰/۱۴**	۰/۵۴*	۱								
۵- افسردگی	۰/۷۸**	۰/۴۵**	۰/۵۵**	۰/۰۸۳	۱							
۶- کانون کنترل درونی	۰/۴۱*	۰/۳۲**	۰/۳۷**	۰/۰۳	۰/۱۳۴**	۱						
۷- کانون کنترل بیرونی	۰/۱۰۱*	۰/۰۶۴	۰/۱۲۹**	۰/۰۵۸	۰/۱۳۴**	۰/۲۰۲*	۱					
۸- هوش هیجانی	۰/۱۵	۰/۱۶**	۰/۱۳**	۰/۲۷**	۰/۳۲**	۰/۲۹**	۰/۰۹	۱				
۹- خوش‌بینی	۰/۱۳	۰/۱۵**	۰/۱۹**	۰/۲۷**	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۰/۰۸	۰/۸۵**	۱			
۱۰- درک عواطف	۰/۱۹**	۰/۱۲**	۰/۱۷**	۰/۲۲**	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۰۴	۰/۸۲	۰/۵۹**	۱		
۱۱- کنترل عواطف	۰/۸۱	۰/۵۶	۰/۱۵**	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۳۴**	۰/۰۱۱	۰/۷۸**	۰/۵۳**	۰/۴۹**	۱	
۱۲- مهارت‌های شناختی	۰/۳**	۰/۳**	۰/۲۶**	۰/۱۹**	۰/۲۸**	۰/۲۲**	۰/۰۷	۰/۶۵**	۰/۳۶**	۰/۴۵**	۰/۴۷**	۱

*P < ۰/۰۵ **P < ۰/۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که بین هوش هیجانی با کلیه ابعاد سلامت عمومی شامل مشکلات جسمانی ($P < 0/01$, $r = -0/16$)، اضطراب ($P < 0/01$, $r = -0/13$)، اختلال در کارکردهای اجتماعی ($P < 0/01$, $r = -0/27$) و افسردگی ($P < 0/01$, $r = -0/32$) همبستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد. بررسی مولفه‌های هوش هیجانی نیز نشان می‌دهد که خوش‌بینی ($P < 0/01$, $r = 0/13$)، درک عواطف ($P < 0/01$, $r = 0/19$) و مهارت‌های شناختی ($P < 0/01$, $r = 0/2$) با سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنادار دارند اما بین زیرمولفه کنترل عواطف با سلامت عمومی هیچ‌گونه رابطه‌ای مشاهده نشد ($P > 0/01$). بین کانون کنترل درونی با سلامت عمومی ($P < 0/05$, $r = 0/41$) و هوش هیجانی ($P < 0/01$, $r = 0/29$) همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. کانون کنترل بیرونی با سلامت عمومی همبستگی منفی و معنادار داشت ($P < 0/05$, $r = -0/101$)، اما بین کانون کنترل بیرونی با هوش هیجانی رابطه وجود نداشت ($P > 0/01$).

برای تعیین سهم هر یک از مولفه‌های هوش هیجانی، خوش‌بینی، درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف و مهارت‌های شناختی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و سلامت عمومی به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون گام به گام شدند که نتایج تحلیل رگرسیون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۳) خلاصه مدل رگرسیون نمره سلامت عمومی بر اساس نمرات خوش‌بینی، درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف و مهارت‌های شناختی

گام‌ها	متغیرها	R	R ²	F	سطح معناداری	B	β (بتا)	t
۱	مهارت‌های شناختی	۰/۳۹	۰/۱۵	۱۳/۰۴	۰/۰۰۱	۶۰/۱۲		۱۴/۶۱۵
						-۰/۴۸۷	-۰/۱۹۴	-۳/۶۱۲

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های هوش هیجانی، مولفه مهارت‌های شناختی با ($R^2 = 0/15$) قادر است ۱۵ درصد از تغییرات سلامت عمومی را به طور معنی‌داری ($P < 0/01$) پیش‌بینی کند و اثر متغیر مهارت‌های شناختی بر سلامت عمومی معنادار است ($F = 13/04$, $P < 0/001$). با توجه به ضرایب β مندرج در جدول ۳

معلوم می‌شود که از بین ابعاد هوش هیجانی، مولفه مهارت‌های شناختی ($P < 0/01$) و $\beta = -0/194$ به‌طور معنی‌داری سلامت عمومی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که کلیه مولفه‌های هوش هیجانی با سلامت عمومی همبستگی مثبت و معنادار دارند، اما بین زیرمولفه کنترل عواطف با مشکلات جسمانی و اضطراب هیچ‌گونه رابطه‌ای مشاهده نشد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مولفه‌های هوش هیجانی، مهارت‌های شناختی به‌طور معنی‌داری قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی می‌باشد. که این یافته با نتایج یافته‌های پول (۱۹۹۷)، دارک و فریدمن (۱۹۹۷)، بار-آن (۱۹۹۹؛ به نقل از کوب و می‌یر^۱، ۲۰۰۰) و با نتایج پژوهش‌هایی که بر اساس آنها آشفستگی هیجانی با جنبه‌هایی از روان گسیختگی، اختلال روانی عضوی، روان‌تنی و اختلالات شخصیت ارتباط دارد هم‌سو می‌باشد (به نقل از کوب و می‌یر، ۲۰۰۰). یافته‌های پژوهش در رابطه با ارتباط مولفه‌های هوش هیجانی و سلامت عمومی هم‌سو با یافته‌های سیاروچی، دین و آندرسون^۲ (۲۰۰۲) می‌باشد چرا که در پژوهش آن‌ها رابطه تمامی مولفه‌های هوش هیجانی با سلامت روان مشاهده نشد.

در تبیین این یافته باید ادعان کرد افرادی که در رسیدگی به هیجان‌ها ناتوانند، ارتباطات بدتری خواهند داشت و سلامت روان و موفقیت کمتری دارند (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۱). هوش هیجانی توانایی برای برقراری ارتباط سالم با دیگران شامل همسالان و بزرگسالان، شرکت در فعالیت‌های آموزشی و اجتماعی، برخورداری از حرمت خود مثبت، سازگاری و انعطاف‌پذیری در مواجهه با سختی‌ها دانست که هر کدام از این مولفه‌ها شرایط لازم برای سلامت است (هارتلی-بروئر^۳، ۲۰۰۱). یکی از فواید مهم توانایی تنظیم هیجان، بهبود هیجان‌ات منفی و پرورش هیجان‌ات خوشایند و مثبت است. بنابراین افرادی که در تنظیم هیجان‌ات خود مهارت دارند از توانایی بیشتری جهت جبران

1- Coob & Mayer
3- Hartliy -Brewer

2- Deans & Anderson

حالات هیجانی منفی از طریق شرکت در فعالیت‌های خوشایند، برخوردارند و توانش‌های هیجانی در تعدیل استرس و سلامت روان، نقش مهمی دارند. برخی از اشکال هوش هیجانی فرد را از استرس مصون داشته و منجر به سازگاری بهتر می‌شود. برای مثال توانایی کنترل هیجان با گرایش به حفظ خلق مثبت ارتباط دارد و منجر به پیشگیری از حالات افسردگی می‌شود (سیاروچی و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین تبیینی که در این رابطه وجود دارد این است که هوش هیجانی با دو گستره مهم خلق و خو، یعنی عاطفه مثبت و (احساس لذت، اشتیاق و علاقمند و...) و عاطفه منفی (اضطراب، احساس خصومت و نارضایتی و...) نیز رابطه دارد. افراد با خلق منفی به علت عدم ثبات تجربه هیجانی به بدبینی و نارضایتی گرایش دارند که چنین حالاتی ممکن است درک واقعی آنچه را که احساس می‌شود با مشکل مواجه سازد، در حالی که افراد با خلق مثبت، گرایش بیشتری به خوشبینی درباره توانایی‌هایشان دارند، و بنابراین، خود را از لحاظ توانمندی هیجانی، مثبت ارزیابی می‌کنند و افرادی که توانایی تشخیص، کنترل، و استفاده از این توانش‌های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضایت‌مندی، و سلامت روانی بیشتری برخوردار خواهند شد (سیفنتوس و آپفل، ۱۹۷۹؛ به نقل از طاهری، ۱۳۹۰). یافته‌ها نشان می‌دهند که هوش هیجانی به‌طور منفی با درماندگی روان‌شناختی و افسردگی ارتباط دارد (سالوسکی و کارترایت ۲۰۰۰؛ به نقل از آستین، ساکلوفسکی و ایگان^۱، ۲۰۰۵). جنبه‌های بین فردی و درون فردی هوش هیجانی، به سلامت رفتار مربوطاند و افراد با هوش هیجانی بالا، شاید حساسیت بیشتری به سلامتی خود نشان داده و در برابر خطر و فشار روانی مقاومت بیشتری داشته باشند (جانسون ۲۰۰۲، به نقل از آستین و همکاران، ۲۰۰۵).

شواهد بسیاری ثابت می‌کنند که افراد دارای مهارت هیجانی، یعنی کسانی که احساسات خود را به‌خوبی می‌شناسند، هدایت می‌کنند و احساسات دیگران را نیز درک و به‌طرز اثربخشی با آن برخورد می‌کنند، در حوزه‌های علمی مختلف زندگی موفق و کارآمد هستند (مویرا و الیور^۲، ۲۰۰۸). بنابراین هوش هیجانی به‌عنوان یک عامل روانشناختی با

1- Austin, Saklofeski & Egan

2- Moira & Olivier

سلامت رابطه دارد چرا که در هوش هیجانی مهارت‌هایی وجود دارد که پردازش اطلاعات هیجانی را تسهیل نموده و باعث انسجام فکر می‌شوند. بنابر این افرادی که به احساسات خود توجه کرده و آنها را شناسایی و درک می‌نمایند و حالت‌های خلقی خود را بازسازی می‌کنند و می‌توانند تاثیر اتفاقات استرس‌زا را به حداقل رسانده و به راحتی با آنها مقابله کنند و در نتیجه از سلامت جسمی و روانی بیشتری برخوردارند (خسروچردی و خانزاده، ۱۳۸۶). برخورداری از مولفه‌های هوش هیجانی در مدیریت استرس و شناخت موقعیت‌های بیرونی و نیز حالت‌های درونی نقش تعیین‌کننده‌ای دارد و با پشتوانه آن مواجهه با مشکلات توأم با موقعیت‌های فردی خواهد بود. اما این مقابله در افراد دارای هوش هیجانی پایین‌تر (به دلیل برخورداری از ظرفیت‌های عاطفی کمتر) با کاستی و شکست همراه است و در نتیجه سلامت روانی آنها نیز متأثر خواهد شد (کوب و مایر، ۲۰۰۰؛ آستین و همکاران، ۲۰۰۵). با توجه به یافته می‌توان گفت که دانشجویان دارای هوش هیجانی بالا با ارزیابی شناختی مثبت رویدادهای استرس‌زا می‌توانند کنترل بیشتری بر موقعیت‌ها داشته باشند. این افراد به رویدادهای استرس‌زا به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری می‌نگرند، نه تهدیدی برای امنیت، در نتیجه اختلال‌های فیزیولوژیک و هیجانی کمتری را تجربه می‌کنند (مویرا و الیور، ۲۰۰۸).

هم‌چنین، یافته‌ها نشان داد که بین کانون کنترل درونی با سلامت عمومی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد که این یافته همسو با یافته‌های سیاروچی و همکاران (۲۰۰۲) و آستین و همکاران (۲۰۰۵) بود. هاریس و همکاران (۲۰۰۲) در پژوهش خویش نشان دادند که افراد با منبع کنترل درونی سازگاری روانشناختی بهتری را نشان می‌دهند. پژوهش بروس^۱ و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان داد که افراد دارای منبع کنترل درونی دارای استرس بیشتر به خصوص در ارتباطات بین فردی، رضایت شغلی پایین‌تر و سلامت روانی کمتری هستند. افراد دارای منبع کنترل درونی دارای سلامت جسمی و روانی بهتری هستند. در زندگی بیشتر موفقند و برای رسیدن به اهدافشان سعی و تلاش بیشتری می‌کنند (به نقل از حاتم‌لوی سعدآبادی، ۱۳۸۸). به‌طور کلی مطالعات

1- Browse

زیادی نشان داده‌اند که کانون کنترل درونی با انطباق روانشناختی مثبت و پیامدهای متعدد بهداشتی در ارتباط است (پتروسکی و بیرکیمر، ۱۹۹۱؛ رینرت و همکاران، ۱۹۹۵؛ سان و سوارت، ۲۰۰۰؛ تاکا کورا و ساکی هارا، ۲۰۰۱؛ ای، ام، اس، وی یو و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از ویلسون، ۲۰۰۹).

در تبیین این یافته‌ها باید اشاره کرد که کنترل، در جنبه‌های مختلف زندگی دارای اهمیت است. میزان بالای کنترل، با مکانیزم‌های مقابله‌ای بهتر، عوارض استرس کمتر، سلامت ذهنی و جسمی، استقامت، آرزوها و اضطراب کمتر، نمرات بالاتر و مهارت‌ها و محبوبیت اجتماعی بیشتر، ارتباط دارد. کنترل، به هر نامی که خوانده شود چه احساس کارایی، چه منبع کنترل درونی و چه خوش‌بینی، به‌وسیله عوامل اجتماعی و محیطی تعیین می‌شود؛ بنابراین این مفهوم کنترل، بعد آموخته شده شخصیت است (حاتم‌لوی سعدآبادی، ۱۳۸۸). احساس کنترل می‌تواند در بهبود زندگی، سلامت روانی و ارتقای رفتارهای بهداشتی مؤثر باشد. اشخاصی که تحت تأثیر کانون درونی کنترل هستند روی هم رفته سالم‌تر و مثمر‌تر هستند. این اشخاص در جستجوی اطلاعات هستند، هدف‌مدار می‌باشند و بهتر می‌توانند با مسائل برخورد کنند. این افراد تمایل دارند راهبردهای انطباقی را حفظ کنند و راهبردهایی که به شکست منتهی می‌شود را کنار بگذارند (ویتز^۱، ۱۹۸۹؛ والستون^۲، ۱۹۹۸).

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین کانون کنترل بیرونی با سلامت عمومی همبستگی منفی معنادار وجود داشت که این یافته همسو با یافته‌های سیاروچی و همکاران (۲۰۰۲) و آستین و همکاران (۲۰۰۵) بود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج بار-آن^۳ (۲۰۰۴) مبنی بر وجود ارتباط معنی‌دار مثبت بین منبع کنترل بیرونی و آسیب روانی، و هم‌چنین با تحقیق هاریس و همکاران (۲۰۰۲)، مبنی بر وجود رابطه بین منبع کنترل درونی و سازگاری روانشناختی بهتر، همسویی و همخوانی دارد. هولدر و لوی (۱۹۸۸) معتقدند افراد دارای منبع کنترل بیرونی سطوح بالاتری از پریشانی روانی را

1- Weitz
3- Bar-on

2- Wallston

نشان می‌دهند (به نقل از بیابان‌زاده و همکاران، ۱۳۷۸). همچنین استریکلند (۱۹۷۸) و ری و همکاران (۱۹۹۸) معتقدند که افراد دارای منبع کنترل بیرونی، اضطراب، افسردگی و استرس بیشتری در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل درونی نشان می‌دهند (به نقل از بیابان‌زاده و همکاران ۱۳۷۸). افراد دارای کانون کنترل بیرونی معتقدند که پیامدها و حوادث رخ داده در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس و اقبال تعیین می‌گردند و فرد بر رویدادهای زندگی کنترل کافی ندارد. به همین علت، تلاش انسان را در تغییر روند حوادث، بی‌اثر می‌پندارند و برای تلاش‌های خود ارزشی قایل نیستند (زاهدنژاد و همکاران، ۱۳۹۰). افراد دارای منبع کنترل بیرونی عصبی‌تر، مملو از کینه، بی‌اعتماد و تحریک‌پذیرترند و نشانه‌هایی از بی‌حالی و رخوت را به نمایش می‌گذارند. این افراد دارای اضطراب بیشتر، عزت‌نفس کمتر، کم‌اعتمادتر، پرخاشگرت‌تر و کم‌بینش‌تر هستند. بررسی کوپر و همکاران (۱۹۹۹) نشان داد که کانون کنترل بیرونی پیش‌بینی‌کننده درماندگی روان‌شناختی است (به نقل از اسدی مجره، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش نشان داد که بین منبع کنترل درونی با هوش هیجانی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این یافته با یافته‌های قبلی از جمله عروتی موفق (۱۳۸۳) مبنی بر وجود رابطه معنی‌دار مثبت بین هوش هیجانی و منبع کنترل درونی همسو می‌باشد. همچنین در تحقیقاتی نشان داده شده است که افراد با کانون کنترل درونی به احتمال کمتری دچار مشکلات هیجانی می‌شوند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، نسبت به افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند، از سطح هوش هیجانی بالاتری برخوردار می‌باشند. یعنی در هوش هیجانی آنچه مهم و تأثیر گذار است، نظارت، مدیریت هیجانی، خودآگاهی، خودآنگیزی و کنترل این هیجان‌ها می‌باشد و در این حوزه‌ها جایی برای تأثیر برجسته کنترل بیرونی وجود ندارد. لذا افراد دارای هوش هیجانی بالا از منبع کنترل درونی بالایی برخوردارند. افراد دارای کانون کنترل درونی با ناراحتی روانی بهتر کنار می‌آیند و کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌شوند (لفکورت، ۱۹۸۲، به نقل از جهانزاد، ۱۳۸۶).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش نشان داد که بین منبع کنترل بیرونی با هوش هیجانی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این یافته ناهمسو با یافته عروتی موفق (۱۳۸۳) است چرا که در پژوهش وی رابطه منفی و معنادار بین هوش هیجانی و یکی از مولفه‌های منبع کنترل بیرونی، یعنی صاحبان قدرت مشاهده گردید. در خصوص تناقضات موجود عمدتاً به دو عامل تناقضات ناشی از ابزارهای به کار گرفته شده و تعامل یا واسطه‌گری متغیرهای دیگر نظیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در رابطه با کانون کنترل بیرونی و هوش هیجانی می‌توان اشاره کرد. همچنین با توجه بررسی‌های عمیق و همه‌جانبه پژوهش‌گر، عواملی چون ابهام سوالات پرسشنامه منبع کنترل برای برخی آزمودنی‌ها بر نتایج پژوهش اثرگذار بود. بنابراین شاید یکی از علل معنی‌دار نشدن نتایج ابهام برخی سوالات مربوط به پرسشنامه کانون کنترل و در نتیجه بی‌دقتی آزمودنی‌ها در پاسخگویی به آزمون است چرا که برخی سوالات برای آنها قابل فهم نبود و منجر به سوالات پی در پی آنان شد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز باید مورد توجه قرار گیرد. یکی از محدودیت‌ها، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است که ممکن است منجر به سوگیری در پاسخدهی شود. همچنین، در تعمیم‌یافته‌های پژوهش به سایر گروه‌های سنی محدودیت وجود دارد. به تبع محدودیت یاد شده پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های مشابه آینده، از ابزارهای عینی برای سنجش سازه‌های مورد مطالعه استفاده شود و در سایر گروه‌های سنی انجام گردد.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۰۵/۲۸

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۰۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۱۲

منابع

- اسدی مجره، سامره (۱۳۹۰). مقایسه استرس ادراک شده، کانون کنترل سلامت و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد حائز تیپ شخصیتی D و غیرتیپ D. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه تبریز.
- بیابان‌زاده، اکبر؛ زمانی منفرد، افشین؛ حیدری پهلویان، احمد (۱۳۷۸). بررسی وضعیت سلامت روانی کارکنان یک مجتمع صنعتی. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۴، ۴.
- جهانزاد، آرش (۱۳۸۶). رابطه هوش هیجانی، منبع کنترل و متغیرهای جمعیت‌شناختی با میزان بی‌ثباتی ازدواج در زوجین شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه اصفهان.
- حاتملوی سعآبادی، منیژه (۱۳۸۸). نقش کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی بر رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.
- خسرو جردی، راضیه؛ خان‌زاده، علی (۱۳۸۶). بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۴، ۴۴.
- زاهدنژاد، هادی؛ پورشریفی، حمید و باباپور، جلیل (۱۳۹۰). ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک بیمار با رضایت از درمان در مبتلایان به دیابت نوع II. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۹، ۲، ۳۱، ۷۵.
- طاهری، نصیبه (۱۳۹۰). رابطه سبک‌های دلبستگی و هوش هیجانی با سلامت روانی. پایان‌نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور تالش.
- عروتی موفق، لیلا (۱۳۸۳). پیش‌بینی تغییرات هوش هیجانی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی در دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران دانشگاه تربیت معلم، تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم.
- کوچک انتظار، رویا؛ قدسی، پروانه (۱۳۸۳). تأثیر هوش هیجانی بر اضطراب و افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز. فهرست مجموعه مقالات دومین سمینار سراسری سلامت روانی دانشجویان، کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم.

- Austin, E.J., Saklofesi, D.H., Egan, Y. (2005 train Emotion). Personality: Well Being and health correlates of al Entelligence, *Personality and Endividual Difference*, 32, 547- 58.
- Bar-on, (2004). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotients inventory. Inr.bar-onj.d.a.parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp.363-388). Sanfrancisco: jossey.
- Bar-On, R., Parker, J.D.A (2000). *Handbook of Emotional Intelligence*. San Fransisco: Josey Bass.
- Caruso, DR (2002). *Ability model of emotional intelligence*. Retrieved March 1, 2003-from <http://www.emotionaliq.com/EI.htm>.
- Ciarrochi, J., Deans, F., Anderson, S (2000). Emotional Intelligence moderrates the relationship between stress and mental health. *Journal of personality and individual differences*. 32. 197-209.
- Ciarrochi, J., Chan, A.Y., Caputi, P., & Robert, R., (2001). *Measuring emotional intelligence*. Ciarrochi, J.P. forgas, .D. Mayer (Eds), *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry* (25-45). PhiladelphiaPApsychologypress
- Coob, CD., Mayer, & Y.D. (2000). *Emotional Enteligece: What the Research says*. Educational leadership. 58: 14-19.
- Cherepakho, V. (2008). *Health locuse of control, risk perception, and health behavior in African American*. University of Pittsburgh, 1-9.
- Glaser, R., & Kiecolt-ForresTer, M.A. (1992). *The development of young children social-cognetiveskill*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Association, publishers.
- Goleman, D (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than I& London: Bloomsbu.*
- Harris, C., Linda, O., & Pamela, M (2002). *Situation and Personality correlates of psychological Well-Being: Social Activity and personal Control*.
- Hartley-Brewer, E. (2001). *Learning to trust and learning to learn: IPPR*. Harris, C., Linda, O. & Pamela, M (2002). *Situation and Personality correlates of psychological well-being: Social Activity and personal, Control*.

- 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.
- Mayer J.D., Salovey P, & Caruso D, (2001). Emotional Intelligence as zeitgeist, as personality, and mental ability. In:BarOn R, Parker James D. A, editors. *The Handbook of Emotional Intelligence. Sanfrancisco: Jossey- Bass, Wiley Company. pp. 92-117.*
- Moira, M., & Olivier, L. (2008). *Trait emotional in telligence and the cognitive appraisal of stressful events: Anexpbratory study, personality and individual Differences, 44(7), 1445–1453.*
- Nicola , S., schutte, John, M., Malouff, B., Thorsteinsson , NB., & Sally, ER .(2007). *Ameta-analytic in ventilation of the relation ship between indifference, 42, 921-933.*
- Petrides, KV, Frederikson, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and individual differences: 36: 277-93.*
- Reeh, H.E., & Hiebert, B., et.al (1998). Adolescence health: Therelationship between health locus of control, beliefs and behaviors. *Journal of Euuidance & counseling. 13 (53), 7-23.*
- Rotter, JB. (1966). Generalization expectation for internal versus external of reinforce psychological monograph. *Journal of research in personality, No. 18, 609-625.*
- Srlie, T., & Sexton, H.C (2004). Predictors of change in health locus of controlfollowing surgical treatment. *Personality and Individual Differences, 36, 991-993.*
- Taylor S.E. (1995). *Health psychology.* New York: MC Graw-Hill. Inc
- Wallston, K.A (1998). Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scale. *Health Educ Monogr, 6(2), 160-70.*
- Weitz, R. (1989). Uncertainty and the lives of persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior, 30, 270-73.*
- Wilson, C.A. (2009). *Graduate students, negative perfectionism, perceived stress, and disorderd eating behaviors.* Auburn University, 24.