

الگوی معادلات ساختاری از روابط بین هوش عاطفی، مثلث شناختی و

سلامت روانی

مریم سلیمانی حمیدی نژاد^۱، فریده یوسفی^{۲*}

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه‌ی هوش عاطفی و سلامت روانی دانشجویان با واسطه‌گری مثلث شناختی (نگرش منفی به خود، دنیا و آینده) بود. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل ۴۰۰ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه شیراز بودند که با استفاده روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند و سه پرسشنامه‌ی هوش عاطفی پترایدز و فارنهام، سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر، و مثلث شناختی بکهام و همکاران را در محل کلاس‌های عادی خود تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOS و در قالب الگوی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که هوش عاطفی قدرت پیش‌بینی سلامت روانی را به طور مستقیم و معنادار دارد. رابطه‌ی مثلث شناختی و سلامت روانی نیز به صورت منفی و معنی‌دار بود علاوه بر این، هوش عاطفی توانست از طریق واسطه‌گری مثلث شناختی، به نحو غیرمستقیم نیز سلامت روانی را پیش‌بینی نماید. استفاده از آزمون بوت‌استروپ نشان داد که نقش واسطه‌ای مثلث شناختی در رابطه‌ی بین هوش عاطفی و سلامت روانی معنادار است.

واژه‌های کلیدی: هوش عاطفی، سلامت روانی، مثلث شناختی.

^۱ - کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد بین‌الملل دانشگاه شیراز

^۲ - دانشیار روان‌شناسی تربیتی دانشگاه شیراز

* - نویسنده مسوول مقاله: yousefi@shirazu.ac.ir

مقدمه

سلامت روانی و عوامل مرتبط با آن، از موضوعات مهم حوزه‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی است که هر ساله حجم وسیعی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد. از نظر سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۱۴)، سلامت روانی حالتی از بهزیستی است که در آن هر فردی توانایی‌های خود را شناخته و می‌تواند با عوامل طبیعی استرس‌زای زندگی مقابله کند، می‌تواند به نحو موثر و سازنده کار کرده و نقشی در جامعه داشته باشد. بر اساس این تعریف، سلامتی حالتی از بهزیستی کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و صرف نبود بیماری نیست (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). مطالعه وضعیت سلامت روانی در همه‌ی گروه‌های جامعه دارای اهمیت است، اما به نظر می‌رسد اهمیت این مساله در گروه دانشجویان دانشگاه بیشتر باشد؛ زیرا در این دوره، دانشجویان به علت قرار گرفتن در شرایط جدید زندگی، با انواع مشکلات تحصیلی، هیجانی و روان‌شناختی (لئونتوپولو و تری‌لیوا^۲، ۲۰۱۲؛ ویکلاند، ملمگرین - اولسون، اوهمن، برگستروم، و فجلمن - ویکلاند^۳، ۲۰۱۲)، و نیز انواع چالش‌ها و عوامل استرس‌زا (میکولاچیک^۴ و همکاران، ۲۰۰۸؛ چاو^۵، ۲۰۱۰) مواجه هستند که سلامت جسمی و روانی آنها را به خطر می‌اندازد. علاوه بر این، عدم آگاهی از اثرات رفتارهای ناسالم (اشمیت^۶، ۲۰۱۲؛ اپتون^۷ و همکاران، ۲۰۱۳) نیز می‌تواند موجب شود که آنان کمتر درگیر فعالیت‌های ارتقای سلامتی شوند (کوری - بوروز، بروز، یواوی، و البالا^۸، ۲۰۱۲). توجه به سلامت روانی دانشجویان می‌تواند به محافظت آنان در برابر مشکلات رفتاری، خشونت، سوء مصرف مواد و الکل (انستیتیوی ملی سلامت^۹، ۲۰۰۹)، رفتار جنسی مخاطره‌آمیز (ویکلاند و همکاران، ۲۰۱۲)، و عملکرد پایین تحصیلی (لئونتوپولو و تری‌لیوا، ۲۰۱۲) کمک کند.

عوامل مختلفی بر وضعیت سلامت روانی افراد تاثیر می‌گذارند که یکی از آنها هوش عاطفی است. هوش عاطفی سازه‌ای است که نخستین بار با انتشار دو مقاله‌ی مایر و سالووی در سال ۱۹۹۰ (مایر، دی پائولو و سالووی، ۱۹۹۰؛ سالووی و مایر، ۱۹۹۰) به طور رسمی به جامعه‌ی علمی معرفی گردید. این سازه به طور کلی به ظرفیت افراد برای تشخیص، درک، ابراز و تنظیم هیجانات اشاره دارد و در سال‌های اخیر، محور اصلی توجه برای بسیاری از محققان مجامع علمی و نیز افراد عادی

1. World Health Organization (WHO)

2. Leontopoulou & Triliva

3. Wiklund, Malmgren-Olsson, Ohman, Bergstrom, & Fjellman-Wiklund

4. Mikolajczak

5. Chow

6. Schmidt

7. Epton

8. Correa-Burrows, Burrows, Uauy, & Albala

9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NIH)

جامعه بوده است (مورتانا، ریپولا، کاروالهوب و برنال^۱، ۲۰۱۴). بررسی متون علمی نشان می‌دهد که که در مطالعه هوش عاطفی دو رویکرد متفاوت وجود دارد. در رویکرد اول، این سازه به صورت توانایی (نوعی هوش) و در رویکرد دوم به صورت مجموعه‌ای از ویژگی‌ها یا خصیصه‌های وابسته به هیجان تعریف و مفهوم‌سازی شده است. رویکرد اول، در واقع بیانگر همان الگوی مایر و سالووی از هوش عاطفی است که در آن، هوش عاطفی نوعی توانایی (همچون هوش) محسوب شده و عبارت است از ظرفیت ادراک، ابراز، کاربرد و مدیریت عواطف خود و دیگران (مایر و سالووی، ۱۹۹۷). بدین ترتیب، در این رویکرد، هوش عاطفی شامل چهار مولفه یا خرده مقیاس به نام‌های ادراک حسی عواطف، استفاده از هیجانات برای تسهیل تفکر، درک و فهم عواطف، و مدیریت عواطف است (مایر، سالووی و کاروسو، ۲۰۰۰)

در رویکرد دوم، هوش عاطفی به صورت مجموعه‌ای از خصیصه‌های وابسته به هیجان تعریف می‌شود و محققان معروفی همچون گلن، بار-آن، پترایدز و فارنهام دارد. در الگوی گلن (۱۹۹۸) هوش عاطفی به صورت شایستگی‌ها یا مهارت‌هایی توصیف می‌شود که در ۵ خرده مقیاس خودآگاهی، خودتنظیمی، خودانگیزی، همدلی، و مدیریت روابط با دیگران قابل سنجش است. بار-آن (۲۰۱۰) نیز در تعریف خود از هوش عاطفی بر شایستگی‌های هیجانی و اجتماعی مرتبط با یکدیگر تاکید دارد که از طریق خودگزارشی افراد و به صورت پنج مقیاس درون فردی، بین فردی، انطباق پذیری، مدیریت استرس، و خلق عمومی مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد. از نظر پترایدز و فارنهام^۲ (۲۰۰۱) هوش عاطفی مجموعه‌ای از صفات و خود-ادراکی‌های مرتبط با هیجان در سطوح سطوح پایین‌تر سلسله مراتب شخصیت است. از نظر این محققان، سازه هوش هیجانی ارتباطی با هوش به معنای سنتی آن (یعنی توانایی شناختی) ندارد و دربرگیرنده‌ی ابعاد شخصیتی مرتبط با عواطف و احساسات است (ماورولی، پترایدز، ریف و بکر^۳، ۲۰۰۷).

دیویس و هامفری^۴ (۲۰۱۲) در پژوهش خود، وجود این دو مفهوم‌سازی نظری افتراقی و در عین حال مکمل یکدیگر از سازه هوش عاطفی (دیدگاه توانایی یا دیدگاه خصیصه) را مورد تایید قرار داده‌اند.

1. Mortana, Ripolla, Carvalhob, & Bernala

2. Petrides & Furnham

3. Mavroveli, Petrides, Riffe, & Bakker

4. Davis & Humphrey

بدین ترتیب، می‌توان گفت هدف از هوش عاطفی به طور کلی ارائه‌ی یک چارچوب علمی برای مطالعه‌ی تفاوت‌های فردی افراد در حیطه‌ی مربوط به هیجان یعنی تشخیص، درک، ابراز، تنظیم و استفاده از عواطف خود و دیگران است (مایر و سالووی، ۱۹۹۷؛ پترایدز و فورنهام، ۲۰۰۳). هوش عاطفی، صرف نظر از اینکه با کدام رویکرد مفهوم‌سازی شود، دارای پیامدهای متفاوتی است. در این راستا، تحقیقات نشان داده‌اند که هوش عاطفی به طور مثبت با شایستگی‌های اجتماعی-هیجانی و روابط با همسالان (فردریکسون، پترایدز و سیموندز^۱، ۲۰۱۲)، عملکرد شغلی (اوبویل، هامفری، پولاک، هاوور و استوری^۲، ۲۰۱۱)، سلامت روانی (شاته، مالوف، تورستاینسون، بهولار و روک^۳، ۲۰۰۷)، سلامت جسمی (میکولاکزاک و همکاران، ۲۰۱۵)، رضایت زناشویی (مالوف، شوته و تورستاینسون، ۲۰۱۴)، و به طور منفی با افسردگی، اضطراب و خشم (مارتینز، رامالهو و مورین^۴، ۲۰۱۰) رابطه داشته و بخشی از واریانس آنها را به نحو معنادار پیش‌بینی می‌نماید.

رابطه بین هوش عاطفی و شاخص‌های سلامت روانی همچون افسردگی و اضطراب، محور توجه پژوهش‌های متعددی بوده است (بستیان، برنز، و نیتلیک^۵، ۲۰۰۵؛ براکت و مایر^۶، ۲۰۰۳، گلدنبرگ، ماتیسون و مانتر^۷، ۲۰۰۶؛ وارویک و نیتلیک^۸، ۲۰۰۴). نتایج این پژوهش‌ها و دیگر پژوهش‌های مرتبط این حوزه در دو فراتحلیل خلاصه شده است که به طور کلی نشان می‌دهند سطح هوش عاطفی بالاتر با سلامت روانی بیشتر ارتباط دارد (مارتینز و همکاران، ۲۰۱۰؛ شاته و همکاران، ۲۰۰۷).

از سوی دیگر، اساس بسیاری از ناراحتی‌ها و مشکلات روانی افراد می‌تواند باورها، نگرش‌ها، و عقاید غیرمنطقی و غیرواقعی باشد که آنان درباره خود و جهان پیرامون خود دارند (الیس^۹، ۱۹۷۳). در این خصوص، بک^{۱۰} (۱۹۸۷) بر اساس نظریه‌ی طرحواره‌ی خود که یکی از نظریه‌های مهم شناختی است مطرح می‌کند که بین اختلالات روانی و آشفتگی در تفکر رابطه وجود دارد. بویژه دو اختلال اضطراب و افسردگی که با افکار منفی اتوماتیک و تحریف در تفسیر محرک‌ها و

1. Frederickson, Petrides, & Simmonds

2. O Byle, Humphrey, Pollack, Hawver, & Story

3. Schutte, Malouff, Thoresteinsson, Bhullar, & Rook

4. Martins, Ramalho, & Morin

5. Bastian, Burns, & Nettelbeck

6. Brackett & Mayer

7. Goldenberg, Matheson, & Mantler

8. Warwick & Nettelbeck

9. Ellis

10. Beck

رویدادها مشخص می‌شوند (بریدجیس و هارنیش^۱، ۲۰۱۰). در الگوی بک، فرض بر این است که تجارب افراد در تعامل با الگوها و رخدادهای منفی زندگی موجب شکل‌گیری طرحواره‌های شناختی منفی یعنی طرحواره‌های ناکارآمد می‌شود (اسلای ورسکی^۲، ۲۰۱۴). طرحواره‌های ناکارآمد شناختی شناختی در تعامل با استرس و رخدادهای منفی زندگی فعال شده و به نحو سوگیرانه بر فرایند پردازش اطلاعات، رمزگردانی و ارزیابی محرکها اثر می‌گذارند. سوگیری‌های شناختی به صورت افکار اتوماتیک منفی در فرایند هشیاری نمایان می‌شود. فعال شدن طرحواره‌های منفی شناختی، اساس رویکرد منفی افراد افسرده به خود، دنیا و آینده است که مثلث شناختی نام دارد (بک، ۱۹۸۷). در واقع، محتوای افکار اتوماتیک افراد است که به صورت مثلث شناختی طبقه‌بندی می‌شود. این محتوا شامل نگرش منفی نسبت به خود، دنیا و آینده است.

بر اساس نظریه‌ی شناختی بک، انواع اختلالات روانی با مجموعه‌ی منحصر به فردی از طرحواره‌ها شناختی می‌شوند. به عبارت دیگر، محتوای طرحواره‌ها، نوع اختلال روانی را مشخص می‌سازند (بیابانگرد، ۱۳۸۱). مثلاً طرحواره‌های بیماران مضطرب حاوی باورها و مفروضه‌هایی در مورد خطر و ناتوانی در مقابله با آن هستند؛ و طرحواره‌های بیماران افسرده شامل افکار منفی در باره‌ی خود، آینده و دنیای اطراف است (بیابانگرد، ۱۳۸۱). با توجه به اینکه افراد متمایل به نگاه داشتن باورهای خود در مورد خویشتن، دنیا و آینده‌شان هستند، به همین دلیل هم محور اصلی درمان شناختی این است که به بیماران در بررسی و بازسازی باورها یا طرحواره‌های معیوب آنها کمک کند (دوزویس و بک^۳، ۲۰۱۱).

مطالعات تجربی بسیاری از نظریه‌ی بک حمایت کرده‌اند و نشان داده‌اند که وجود طرحواره‌های ناکارآمد و باورهای غیرسازنده به هنگام تعامل افراد با استرس‌ها و رویدادهای منفی زندگی، آنها را مستعد اختلال‌های عاطفی و رفتاری می‌سازد (هاگا، دیک و ارنست^۴، ۱۹۹۱). نکته‌ی جالب توجه این است که با وجود آن که بک بر رویکرد منفی به خود، دنیا و آینده (مثلث شناختی منفی) تاکید می‌کند و معتقد است که این سه مولفه ارتباط نزدیکی با یکدیگر دارند اما هرگز ابزاری برای سنجش سازه‌ی مثلث شناختی ابداع نکرد. این کار را بکهام، لیبر، واتکینز، بویر و کوک^۵ (۱۹۸۶) با تدوین پرسشنامه مثلث شاختی برای سنجش همزمان نگاه منفی به خود، دنیا و آینده انجام دادند. تحقیقات متعددی که بر روی این پرسشنامه صورت گرفته نشان داده است که در برخی از

1. Bridges & Harnish

2. liwerski

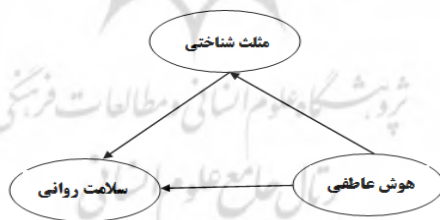
3. Dozois & Beck

4. Haaga, Dyck, & Ernst

5. Beckham, Leber, Watkins, Boyer, & Cook

تحقیقات به علت رابطه‌ی زیاد این سه مولفه با یکدیگر محققان موفق به استخراج مجزای این سه مولفه از یکدیگر نشدند و به این دلیل پیشنهاد شده است که پرسشنامه مثلث شناختی در واقع یک نگرش عمومی منفی را اندازه می‌گیرد که مربوط به «خود» و دو جنبه‌ی وابسته به آن است، و نه سه عامل مجزا از یکدیگر (هاگا و همکاران، ۱۹۹۱؛ مکینتاش و فیشر^۱، ۲۰۰۰؛ اندرسون و اسکیدمور^۲، ۱۹۹۵). در هر صورت مطالعات نشان دادند که سازه‌ی مثلث شناختی (نگرش نسبت به خود، دنیا و آینده) دارای رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار با افسردگی است (مارتین، ۲۰۰۲؛ اویی، هیبرد، و ابرین^۳، ۲۰۰۵؛ کوان^۴، ۲۰۰۷).

با توجه به مبانی نظری سه سازه‌ی هوش عاطفی، مثلث شناختی (نگرش نسبت به خود، دنیا و آینده) و سلامت روانی و نیز بررسی تحقیقات تجربی که تا کنون در این حوزه‌ها انجام شده‌اند، به نظر می‌رسد که انتظار وجود رابطه بین هوش عاطفی، مثلث شناختی (نگرش نسبت به خود، دنیا و آینده) و سلامت روانی می‌تواند امری منطقی باشد. یعنی انتظار می‌رود افرادی که هوش عاطفی بالایی دارند نگرش مثبتی نسبت به خود، دنیا و آینده‌ی خود داشته باشند و از این رو، سلامت روانی بیشتری نیز داشته باشند. از آنجا که تا کنون تحقیقی در رابطه با نقش هوش عاطفی در سلامت روانی با واسطه‌گری مثلث شناختی انجام نشده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی بین این سه سازه‌ی روان‌شناختی مطابق با الگوی مفهومی ارائه شده در نمودار ۱ تعیین گردید.



نمودار ۱: مدل مورد آزمون

¹ McIntosh & Fischer

² Anderson & Skidmore

³ Oei, Hibberd, & O'Brien

⁴ Oei & Kwon

روش

طرح تحقیق حاضر از نوع همبستگی است که در آن رابطه بین سه متغیر مکنون هوش عاطفی (متغیر برون‌زاد)، مثلث شناختی (متغیر واسطه‌ای) و سلامت روان دانشجویان (متغیر درون‌زاد) در قالب الگوی علی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه آماری، شرکت‌کنندگان و روش انتخاب آن‌ها

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دوره کارشناسی هستند که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در دانشگاه شیراز مشغول به تحصیل بودند. در این تحقیق شرکت‌کنندگان با استفاده از روش خوشه‌ای تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند که برای این کار در ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه شیراز، ۵ دانشکده به طور تصادفی انتخاب گردید، سپس از هر دانشکده ۳ کلاس به تصادف انتخاب شده و کلیه دانشجویان آنها به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در مجموع تعداد شرکت‌کنندگان در تحقیق ۴۰۰ نفر بود.

ابزار

برای سنجش متغیرهای پژوهش از سه پرسشنامه به این شرح استفاده شد:

۱- پرسشنامه هوش عاطفی: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۱ توسط پترایدز و فارنهام ساخته شده و دارای ۳۰ عبارت است. نمره‌گذاری هر عبارت، بر اساس مقیاس لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) قرار دارد که این نمره‌گذاری در نیمی از سوالات به صورت معکوس است. در این پرسشنامه علاوه بر کسب نمرات چهار عامل یا خرده مقیاس آن به نام‌های درک عواطف، کنترل عواطف، مهارت‌های اجتماعی و خوش‌بینی، یک نمره‌ی کل نیز به دست می‌آید. مارنانی (۱۳۸۲) نیز از وجود این عوامل در پژوهشی در فرهنگ ایرانی خبر داده است. دهشیری (۱۳۸۲)، پایایی این پرسشنامه را به روش باز آزمایی (به فاصله یک ماه) برابر ۰/۷۴ گزارش نمود. پایایی نمرات کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ توسط مارنانی (۱۳۸۲) برابر با ۰/۸۱ و توسط ازغندی، فراست معمار، تقوی و ابوالحسنی (۱۳۸۵) برابر ۰/۸۶ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق صفری (۱۳۸۶) برابر با ۰/۸۸، و در تحقیق پوریاسین (۱۳۸۷) برابر با ۰/۹۰ به دست آمده است. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه از طریق محاسبه‌ی آلفای کرونباخ سنجیده شد. مقدار ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های درک عواطف برابر ۰/۷۳، کنترل عواطف ۰/۷۲، مهارت اجتماعی ۰/۶۶، خوش‌بینی ۰/۸۳، و کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. همبستگی نمرات خرده مقیاس‌ها با نمره کل نیز در دامنه‌ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ قرار داشت. همگی ضرائب در سطح $p < 0/001$ معنی دارند.

۲- پرسشنامه سلامت روانی: به منظور سنجش سلامت روانی دانشجویان از پرسشنامه سلامت عمومی^۱ گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس ۷ سوالی (جمعا ۲۸ سوال) است که نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی، و افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. روش نمره‌گذاری سوالات با استفاده از مقیاس لیکرت است که در آن به گزینه‌های «الف» تا «د» به ترتیب نمره صفر تا ۳ داده می‌شود. در این پرسشنامه، نمرات کمتر، نشان‌دهنده سلامت روانی بیشتر؛ و نمرات زیادتر بیانگر سلامت روانی کمتر است. این پرسشنامه هم در فرهنگ اصلی و هم در فرهنگ ایرانی از پایایی و روایی خوبی برخوردار است (تقوی، ۱۳۸۰). پایایی پرسشنامه در پژوهش تقوی (۱۳۸۰) با استفاده از روش بازآزمایی، تنصیف و آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۷۰، ۰/۹۳، ۰/۹۰، گزارش شده است. او روایی پرسشنامه را نیز با استفاده از سه روش روایی همزمان (همبستگی نمرات پرسشنامه با پرسشنامه سلامت روان MHQ)، همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عاملی، رضایت‌بخش توصیف کرده است. حقیقی (۱۳۷۸) نیز در بررسی روایی این آزمون به کمک مقیاس (SCL-90-R)، برای چهار خرده-مقیاس نشانه‌های جسمی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب، ضرائبی برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۲ را به دست آورده است. در این پژوهش، پایایی این پرسشنامه به وسیله‌ی آلفای کرونباخ سنجیده شد. مقدار ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های جسمانی برابر ۰/۸۰، اضطراب ۰/۸۳، افسردگی ۰/۸۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۶ و برای کل مقیاس برابر ۰/۹۲ به دست آمد. همبستگی نمرات خرده مقیاس‌ها با نمره کل در دامنه‌ای از ۰/۷۰ تا ۰/۸۷ قرار داشت. همگی این ضرائب در سطح $p < 0/001$ معنی‌دار بودند.

۳- پرسشنامه مثلث شناختی^۲: برای اندازه‌گیری مثلث شناختی، از پرسشنامه بکهام و همکاران (۱۹۸۶) که دارای ۳۶ عبارت و سه خرده‌مقیاس برای سنجش نگرش فرد نسبت به خود، دنیا و آینده است استفاده گردید. برای هر خرده‌مقیاس ۱۰ عبارت وجود دارد. در این پرسشنامه در مجموع ۳۰ عبارت نمره‌گذاری می‌شود و ۶ عبارت دیگر جنبه‌ی پرکردنی^۳ داشته و نمره‌گذاری نمی‌شود. نمرات هر عبارت با استفاده از طیف ۷ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (کاملا مخالف) تا ۷ (کاملا موافق) قرار دارد. عبارات منفیبه صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر نشانگر دیدگاه منفی و نمرات پایین‌تر بیانگر دیدگاه مثبت است. نتایج پژوهش بکهام و همکاران (۱۹۸۶) در امریکا نشان داد که پرسشنامه از همسانی درونی خوبی برخوردار است. مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش آنها؛ برای کل مقیاس ۰/۹۵، و برای خرده‌مقیاس‌های نگرش نسبت به خود ۰/۹۱، نگرش

1. General Health Questionnaire (GHQ)

2. Cognitive Triad Inventory (CTI)

3. filler

به دنیا ۰/۸۱ و نگرش به آینده ۰/۹۳ گزارش شده است. میزان ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه‌ی لهستانی این پرسشنامه (اسلای ورسکی، ۲۰۱۴) نیز برای کل مقیاس برابر ۰/۹۵، و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. در پژوهش اسلای ورسکی (۲۰۱۴) ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله‌ی ۴ هفته) نیز برای کل مقیاس برابر ۰/۸۳، و برای خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۳ گزارش شده است.

کیمیایی و گرجیان مهلبانی (۱۳۹۰) در بکارگیری این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی، ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر ۰/۸۵، و برای خرده مقیاس‌های نگرش به خود، نگرش به دنیا، و نگرش به آینده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۷۳، و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش نیز برای بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار ضریب آلفا برای نگرش به خود برابر ۰/۸۲، نگرش به دنیا ۰/۶۴، نگرش به آینده ۰/۸۴، و کل مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. همبستگی نمرات خرده‌مقیاس‌ها با نمره کل نیز در دامنه‌ی ای از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ قرار داشت که همه این ضرائب در سطح $p < 0/001$ معنی دارند.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌های این پژوهش، ابتدا اطلاعات توصیفی متغیرها مانند میانگین و انحراف معیار و نیز ضریب همبستگی پیرسون (مرتبه صفر) بین متغیرها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) محاسبه گردید که نتیجه‌ی آن در جدول ۱ ارائه شده است. در مرحله بعد، برای ارزیابی الگوی پیشنهادی پژوهش از روش الگویایی معادلات ساختاری^۱ با بکارگیری نرم‌افزار AMOS (نسخه ۲۱) استفاده شد. در الگوی پیشنهادی پژوهش، سه متغیر مکنون هوش عاطفی (متغیر برون‌زاد)، مثلث شناختی (متغیر واسطه‌ای)، و سلامت روان (متغیر درون‌زاد) وجود دارد و شاخص‌های برازش الگو حاکی از برازش مطلوب الگوی پیشنهادی پژوهش بودند (جدول ۲). در این رابطه لازم به ذکر است که با وجود آنکه مقدار غیرمعنی‌دار آزمون مجذورخی (X^2) نشان دهنده‌ی برازش خوب الگو با داده‌ها است، اما با توجه به اینکه مقدار این آزمون به حجم نمونه بسیار حساس است، پیشنهاد شده است که نسبت مجذورخی به درجه آزادی مد نظر قرار بگیرد. در این راستا، نسبت بین ۱ تا ۳ می‌تواند نشان دهنده‌ی برازش خوب الگو با داده‌ها باشد (کلاین^۲، ۲۰۱۱).

1. Structural Equation Modeling (SEM)

2. Kline

جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	M	SD
۱- درک عواطف	۱													۳۶۶۰	۵/۵۳
۲- کنترل عواطف	۰/۴۶	۱												۲۳۱۱۳	۵/۰۳
۳- مهارت اجتماعی	۰/۴۸	۰/۶۰	۱											۲۰۱۱۶	۴/۴۰
۴- خوش بینی	۰/۵۷	۰/۵۷	۰/۵۱	۱										۲۵۵۵۵	۵/۶۶
۵- هوش عاطفی (کل)	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۷۸	۰/۸۴	۱									۱۶۶۶۴	۱۶/۶۴
۶- نشانه‌های جسمانی	-۰/۳۲	-۰/۳۰	-۰/۲۱	-۰/۵۳	-۰/۴۳	۱								۵۵۴	۳/۸۱
۷- اضطراب	-۰/۳۶	-۰/۴۴	-۰/۳۲	-۰/۵۶	-۰/۵۳	-۰/۵۳	۱							۵۴۶	۴/۰۶
۸- افسردگی	-۰/۳۴	-۰/۴۴	-۰/۳۲	-۰/۷۱	-۰/۵۷	-۰/۵۷	-۰/۶۷	۱						۴۵۳	۳/۹۴
۹- نارسایی کنش اجتماعی	-۰/۴۹	-۰/۴۴	-۰/۳۲	-۰/۵۹	-۰/۵۸	-۰/۵۸	-۰/۴۷	-۰/۵۰	۱					۶۸۳	۳/۲۰
۱۰- سلامت عمومی (کل)	-۰/۴۵	-۰/۵۰	-۰/۳۶	-۰/۷۴	-۰/۶۵	-۰/۶۵	-۰/۸۷	-۰/۸۷	-۰/۸۴	۱				۲۱۱۷۶	۱۲/۶۸
۱۱- نگرش به خود	-۰/۴۷	-۰/۵۸	-۰/۵۰	-۰/۶۹	-۰/۷۰	-۰/۷۰	-۰/۵۱	-۰/۵۰	-۰/۴۱	-۰/۴۱	۱			۲۷۰۰۲	۱۰/۳۷
۱۲- نگرش به دنیا	-۰/۴۰	-۰/۴۴	-۰/۵۰	-۰/۶۵	-۰/۶۲	-۰/۶۲	-۰/۴۶	-۰/۴۴	-۰/۳۸	-۰/۳۸	-۰/۴۶	۱		۲۱۱۱۰	۶/۷۸
۱۳- نگرش به آینده	-۰/۳۸	-۰/۵۶	-۰/۴۳	-۰/۶۹	-۰/۶۵	-۰/۶۹	-۰/۴۶	-۰/۴۶	-۰/۴۱	-۰/۴۱	-۰/۴۶	-۰/۶۲	۱	۲۵۵۶۹	۱۰/۴۱

۱۴- مثلث
شناختی (کل)۰/۴۹
۰/۵۶
۰/۵۱
۰/۷۵
۰/۷۱
۰/۴۰
۰/۵۰
۰/۶۸
۰/۵۲
۰/۶۷
۰/۹۲
۰/۷۱
-
۰/۹۷
۰/۳۷
۰/۵۰* همهی ضرائب همبستگی در سطح $p < 0/001$ معنادارند.

جدول ۲: شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌ها	X^2/df	Df	X^2	RMSEA	CFI	TLI	IFI	RFI	NFI	AGFI	GFI
مدل	۲/۳۶	۲۶	۶۱/۴۵	۰/۰۶	۰/۹۹	۰/۹۷	۰/۹۹	۰/۹۵	۰/۹۸	۰/۹۳	۰/۹۷

جدول ۳ اثرات مستقیم، غیرمستقیم، کل و درصد واریانس تبیین شده را نشان می‌دهد. بر اساس اطلاعات جدول ۳، هوش عاطفی توانسته است به نحو مستقیم، مثلث شناختی ($-0/88 =$)، را به صورت منفی و معنی‌دار پیش‌بینی نماید. علاوه بر این، هوش عاطفی توانسته است سلامت عمومی را به طور مستقیم ($-0/51 =$)، و نیز غیرمستقیم ($-0/39 =$)، و با واسطه‌گری مثلث شناختی و به نحو معنی‌دار پیش‌بینی نماید. یعنی افزایش هوش عاطفی با افزایش سطح سلامت روان (نمرات کم در آزمون) همراه است. در بررسی معنی‌داری اثر غیرمستقیم، مطابق با هیز و شارکو^۱ (2013) از روش بوت‌استرپ با فاصله اطمینان ۹۵ درصدی استفاده شد. نتایج آزمون بوت‌استرپ نشان داد که سهم واسطه‌گری مثلث شناختی برای هوش عاطفی به سلامت عمومی برابر $0/39 -$ (با دامنه‌ی $0/65 -$ تا $0/14 -$ در فاصله اطمینان ۹۵ درصدی) معنی‌دار است ($p=0/009$).

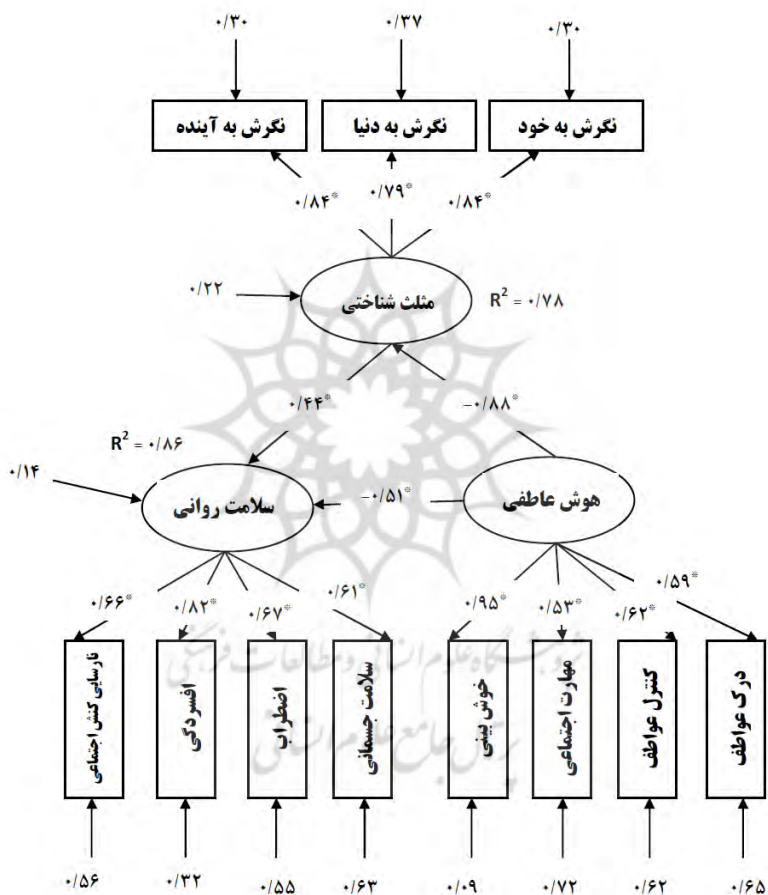
جدول ۳: اثرات مستقیم، غیرمستقیم، کل و درصد واریانس تبیین شده متغیرهای پژوهش

مسیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
به مثلث شناختی: از هوش عاطفی	$-0/88^*$	$-0/88^*$	$-0/88^*$	۷۸٪
به سلامت روانی: از هوش عاطفی	$-0/51^*$	$-0/39^*$	$-0/90^*$	۸۶٪
از مثلث شناختی	$0/44^*$	-	$0/44^*$	

* $p < 0/01$

1. Hayes & Scharrow

مدل نهایی پژوهش در نمودار ۲ آمده است. در این نمودار، ضرائب مسیره‌ها (ضریب استاندارد رگرسیون) بر روی فلش‌های خارج شده از هر متغیر مکنون به سمت نشانگرهای مربوط به آن و نیز دیگر متغیرهای موجود در مدل، و نیز واریانس خطا (R^2) در امتداد فلش‌های وارده بر متغیرهای نشانگر و متغیرهای واسطه‌ای و درون‌زاد مدل نشان داده شده است.



نمودار ۲: مدل نهایی پژوهش

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی روابط ساختاری بین هوش عاطفی و سلامت روانی دانشجویان با واسطه‌گری مثلث شناختی بود. یافته‌ها با استفاده از الگوی علی معادلات ساختاری نشان دادند هوش عاطفی به صورت مستقیم پیش‌بینی کننده سلامت روانی دانشجویان است. بدین صورت که افزایش هوش عاطفی با افزایش سطح سلامت روانی (کاهش نمرات آزمون) همراه است. این یافته همسو با یافته‌های حاصل از پژوهش‌هایی همچون مارتینز و همکاران، ۲۰۱۰، و آندری و پترایدز^۱ (۲۰۱۳) است. در این پژوهش‌ها و نیز پژوهش فراتحلیل شوته و همکاران (۲۰۰۷) نشان داده است که اگرچه میزان رابطه هوش عاطفی و سلامت روان بر اساس نوع وسیله‌ی اندازه‌گیری متفاوت است، اما در مجموع، یافته‌ها بیانگر ارتباط مستقیم و قوی این دو سازه با هم است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که افراد دارای هوش عاطفی از توانایی شناسایی، بیان و درک صحیح عواطف و مهارت‌های تنظیم و کنترل عواطف برخوردارند. مجهز بودن افراد به توانایی‌های وابسته به هوش عاطفی به افراد کمک می‌کند که به نحو موثر در رویارویی با آسیب‌های روانی عمل نمایند (مایر، کاروسو و سالووی، ۲۰۰۰). همچنین افراد دارای هوش عاطفی در مقایسه با دیگران افرادی خوش‌بین تر و امیدوارتر نسبت به آینده بوده و به آن اعتماد و اطمینان دارند. اطمینان نسبت به آینده سبب ایجاد عواطف مثبت و نیز رضایت بیشتر از زندگی در فرد می‌شود (مایر و همکاران، ۲۰۰۰). افراد دارای هوش عاطفی بالا بهتر می‌توانند با مشکلات و چالش‌های زندگی سازگار گردند و به گونه‌ای موثر عواطف خود را کنترل کنند. هوش عاطفی بالا با افسردگی کمتر، و سازگاری روان‌شناختی بیشتر رابطه معنی‌دار دارد (سلیمان^۲، ۲۰۱۳). به عبارت دیگر آن دسته از افرادی که نمره بالاتری در هوش عاطفی دارند، قادر به درک، کنترل و بیان عواطف خود هستند و از نظر سلامت روانی نسبت به افرادی که هوش عاطفی کمتری دارند، در وضعیت بهتری قرار دارند (آستین، ساکلوفسکی و ایگان^۳، ۲۰۰۵).

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که هوش عاطفی با مثلث شناختی رابطه منفی و معنی‌دار دارد. این یافته همسو با یافته‌ی دیمیتریو و نگرسکیو^۴ (۲۰۱۵) است که در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که افراد دارای هوش عاطفی پایین از انواع یا مقوله‌های معینی از طرحواره‌های شناختی غیرکارکردی استفاده می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هوش عاطفی بر

1. Andrei & Petrides

2. Sulaiman

3. Austin, Saklofske, & Egan

4. Dimitriu & Negrescu

تمایل افراد به تفکر غیرکارکردی تاثیر دارد. بدین صورت که افرادی که هوش عاطفی پایینی دارند، روی محتوای تفکر منفی خود، تکیه می‌کنند. این تفکر، تعبیر سوگیری شده آن‌ها از رویدادهاست و همین افکار منفی باعث بوجود آمدن مثلث شناختی (نگرش منفی به خود، دنیا و آینده) می‌شود. این افراد در اولین عنصر از این مثلث برداشت منفی از خود دارند، آن‌ها بدون اینکه به توجیهات موقعیتی توجه کنند بدبیری‌های خود را به گردن بی‌کفایتی‌های خویش می‌اندازند. در دومین عنصر این مثلث گرایش به تعبیر کردن تجربیات به صورت منفی است و دست به جداسازی گزینشی تجربیات منفی می‌زنند. سومین عنصر به نگرش و پیش‌بینی‌های غم‌انگیز افراد درباره آینده مربوط می‌شود. این افراد غالباً هدف‌های انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرا برای خود تعیین می‌کنند که رسیدن به آن‌ها غیرممکن است. آن‌ها تجربیات موفقیت‌آمیزی را که با خودپنداره منفی آن‌ها سازگار نیستند کنار می‌گذارند.

در انتها با توجه به این که سه متغیر هوش عاطفی، سلامت روان و مثلث شناختی با هم رابطه معناداری دارند می‌توان گفت، افرادی که دارای هوش عاطفی بالاتری هستند نگرش مثبتی نسبت به خود، دنیا و آینده خود دارند که این امر باعث سلامت روانی بالای آنان می‌شود. فردی که از ادراک هیجانی بالایی برخوردار است، رابطه مناسب‌تری با دیگران برقرار می‌سازد و متقابلاً حمایت‌های آن‌ها را فراخوانده و احساس کارآمدی بیشتری می‌نماید. همچنین افراد با هوش عاطفی بالا در کنار آمدن با استرس ناشی از رخداد‌های منفی زندگی، موفق‌تر هستند (آرمسترانگ، گالیگان و کریتچلی^۱، ۲۰۱۱). افرادی که دارای هوش عاطفی پایین هستند مضطرب‌تر، افسرده‌تر، آشفته‌تر و کم‌بنيه‌تر هستند و همچنین از تحمل ناکامی پایین‌تری برخوردارند، که همین عوامل باعث می‌شود تا این افراد خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و از تعاملات اجتماعی خود نیز کم‌تر راضی و خشنود باشند.

با توجه به نتایج این پژوهش به دست اندرکاران امر مشاوره و آموزش دانشجویان توصیه می‌شود با انجام اقداماتی همچون برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت افزایش مهارت‌های شناختی و هیجانی، و بهبود افکار و نگرش‌های منفی دانشجویان نسبت به خود، دنیا و آینده به بهبود و ارتقاء سلامت روانی دانشجویان کمک کنند.

این پژوهش در عین دستیابی به نتایج قابل بحث و جدید، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که از جمله‌ی آنها، محدود بودن گروه نمونه به دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه شیراز است که این مسئله احتمالاً باعث کاهش تعمیم‌پذیری نتایج به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و نیز دیگر

¹. Armstrong, Galligan, & Critchley

دوره‌های تحصیلی می‌شود. محدودیت دیگر اینکه، احتمالاً جنسیت افراد نقش تعدیل‌کنندگی در روابط بین متغیرهای پژوهش خواهد داشت که در این پژوهش مورد مطالعه قرار نگرفت.



منابع

- ازغندی، علی احمد؛ فراست معمار، فرزاد؛ تقوی، سیدحسن؛ و ابولحسنی، آزاده (۱۳۸۵). روایی و اعتبار پرسشنامه هوش هیجانی پترایدز و فارنهام. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۳ (۱۰)، ۱۶۸-۱۵۷.
- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی، *تازه‌های علوم شناختی*، ۴ (۴)، ۳۹-۳۲.
- پوریاسین، زهرا (۱۳۸۷). پیش‌بینی رضایت شغلی دبیران براساس الگوی پنج عاملی شخصیت و هوش عاطفی. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.
- تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روان‌شناسی*، ۵ (۴ پیاپی ۲۰)، ۳۹۸-۳۸۱.
- حقیقی، جمال (۱۳۷۸). رابطه سرسختی و مولفه‌های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه اهواز. *مجله علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۶ (۳ و ۴)، ۱۸-۱.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۸۲). *هنجاریابی پرسشنامه هیجانی بار-آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران و بررسی ساختار عاملی آن* (پایان نامه کارشناسی ارشد سنجش و اندازه‌گیری)، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.
- صفری، هاجر (۱۳۸۶). تاثیر هوش عاطفی و خودتعیینی بر کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروهی از دانشجویان دانشگاه شیراز (پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی)، دانشگاه شیراز.
- کیمیایی، سیدعلی، گرجیان‌مهلبانی، حسن (۱۳۹۰). اعتباریابی پرسشنامه‌ی مثلث شناختی در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳ (۳)، ۲۳۰-۲۴۱.
- مارزانی، مرضیه (۱۳۸۲). *هنجاریابی فهرست ویژگی‌های هوش هیجانی پترایدز و فارنهام در بین دانشجویان و دانش‌آموزان شهر اصفهان* (پایان نامه کارشناسی ارشد)، دانشگاه اصفهان.
- Anderson, K. W., & Skidmore, J. R. (1995). Empirical analysis of factors in depressive cognition: The cognitive triad inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 603-609.
- Andrei, F., & Petrides, K. V. (2013). Trait emotional intelligence and somatic complaints with reference to positive and negative mood. *Psihologija*, 46, 5-15.
- Armstrong, A. R., Galligan, R. F., Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 51, 331-336.

- Austin, E., Saklofske, D., Egan, V. (2005). Personality, wellbeing and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Bar-On, R. A. (2010). Emotional intelligence: An integral part of positive psychology. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 54-62.
- Bastian, V. A., Burns, N. R., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39, 1135-1145.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive Models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-37.
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boyer, J. L., & Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 566-567.
- Brackett, M., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158.
- Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: A review. *Health*, 2(8), 862-877.
- Chow, H. P. (2010). Predicting academic success and psychological wellness in a sample of Canadian undergraduate students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8, 473-496.
- Correa-Burrows, P., Burrows, R., Uauy, R., & Albala, C. (2012). Health production and risk of obesity among Chilean adolescents: Understanding health related behaviors in youth. *Health*, 4, 1413-1419.
- Davis, S., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, 52, 144-149.
- Dimitriu, O., & Negrescu, M. (2015). Emotional intelligence and the tendency to use dysfunctional cognitive schemas. *Precedia-Social and Behavioral Sciences*, 187, 301-306.
- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2011). Cognitive therapy. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in*

- cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 26-56). Hoboken, NJ: Willey.
- Ellis, A. (1973). What is rational-emotive therapy (RET). In A. Ellis & R. Greger (Eds). *Handbook of rational-emotive therapy* (Vol. 2). New York: Springer.
- Epton, T., Norman, P., Sheeran, P., Harris, P. R., Webb, T. L., Ciravegna, F., & Kruger, J. (2013). A theory-based online health behavior intervention for new university students: Study protocol. *BMC Public Health*, 13, 107.
- Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 52, 317-322.
- Goldberg, D., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldenberg, I., Matheson, K., & Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence. A comparison of performance-based and self-report methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Haaga, D. A., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110(2), 215-236.
- Hayes, A. F., & Scharkow, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the effect in statistical mediation analysis: Dose method really matter? *Psychological Science*, 24(10), 1918-1927.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3 rd. Ed.). NY: The Guilford Press.
- Leontopoulou, S., & Triliva, S. (2012). Explorations of subjective well-being and character strengths among a Greek University student sample. *International Journal of Wellbeing*, 2, 251-270.
- Malouff, J. M., Schutte, N. S., & Thorsteinsson, E. B. (2014). Trait emotional intelligence and romantic relationship satisfaction: A meta-analysis. *American Journal of Family Therapy*, 42, 33-66.
- Martin, M. H. (2002). *The roles of attachment and the cognitive triad in depression*. Dissertation Abstracts. International: Section B: The Sciences and Engineering. 62(11-B), 5035.

- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Journal of Personality and Individual Differences*, 49, 54-564.
- Mavroveli, S., Petrides, K. V., Riffe, C. C., & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being and peer-related social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 263-275.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence: The case for ability scales. In R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 320-342). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Dipaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey and D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Harper Collins, 3-31.
- Mayer, J. D., & Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298.
- Mcintosh, C. N., & Fischer, D. G. (2000). Beck's cognitive triad: One versus three factors. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 32(3), 153-157.
- Mikolajczak, K. M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., van Broeck, N., Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health. *Emotion*, 15(5), 653-667.
- Mikolajczyk, R. T., Brozoska, P., Maier, C., Ottova, V., Meier, S., Dudziak, U., Ilieva, S., & El Ansari, W. (2008). Factors associated with self-rated health status in university students: A cross-sectional study in three European countries. *BMC Public Health*, 8, 215.
- Mortana, R. A., Ripolla, P., Carvalhob, C., & Bernala, M. C. (2014). Effects of emotional intelligence on entrepreneurial intention and

- self-efficacy. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 30, 97-104.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NIH) (2009). *Promoting young people's social and emotional wellbeing in secondary education*. NHS, London, 45 Pp. Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH20Guidance.pdf>.
- O Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32(5), 788-818.
- Oei, T. P. S., Hibberd, E., & O'Brien, A. J. (2005). Study of the integrated cognitive model of depression among Latin-Americans. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 932-939.
- Oei, T. P. S., & Kwon, S. M. (2007). Evaluation of the integrated cognitive model of depression and its specificity in a migrant population. *Depression and Anxiety*, 24, 112-123.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioral validation in two studies of emotional recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39-57.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Schmidt, M. (2012). Predictors of self-rated health and lifestyle behaviors in Swedish students. *Global Journal of Health Science*, 4, 1-14.
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M., Thoresteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rook, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- liwerski, A. (2014). Psychometric properties of the Polish version of the Cognitive Triad Inventory (CTI) - Preliminary study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 47-54.
- Sulaiman, S. M. A. (2013). Emotional intelligence, depression and psychological adjustment among university students in the Sultanate of Oman. *International Journal of Psychological Studies*, 5(3), 169-181.

- Warwick, J., & Nettelbeck, T. (2004). Emotional intelligence is φ ? *Personality and Individual Differences*, 37, 1091-1100.
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E. B., Ohman, A., Bergstrom, E., & Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety, and gender: A cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 993.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Mental health: A state of well-being*. Available at: www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.





پروژه‌های پژوهشی
پرتال جامع علوم انسانی