

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۴/۱۶

تاریخ تصویب مقاله: ۹۷/۱۱/۶

بررسی رابطه هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان

حمیرا بهدار*، دکتر مسعود شهبازی**

چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان بود. جامعه این تحقیق شامل همه معلمان آموزش و پرورش شهرستان مسجدسلیمان در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود. ۲۶۵ معلم به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های هوش هیجانی بار-آن، باورهای غیرمنطقی جونز و سلامت روان GHQ-28 را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که بین ابعاد هوش هیجانی (شامل خودآگاهی هیجانی، جرأت‌مندی، حرمت نفس، خودشکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، واقعیت‌آزمایی، تحمل فشار روانی، کنترل تکانه، شادکامی و خوش‌بینی) و سلامت روان معلمان رابطه معناداری وجود دارد و از سوی دیگر، بین مؤلفه‌های باورهای غیرمنطقی (شامل انتظار زیاد از خود، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی، اجتناب از مشکلات، وابستگی، ناامیدی نسبت به تغییر و کمال‌گرایی) با سلامت روان معلمان رابطه معنادار مشاهده شد. تحلیل رگرسیون نشان داد که حدود ۵۵ درصد از واریانس

* کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مسجدسلیمان، گروه مشاوره، مسجدسلیمان، ایران. (نویسنده مسئول)

ho.behdar2@gmail.com

** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مسجدسلیمان، گروه مشاوره، مسجدسلیمان، ایران.

سلامت روان با متغیرهای هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی تبیین می‌شود. براساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که باورهای غیرمنطقی و هوش هیجانی نقش بسیار خوبی در افزایش یا کاهش سلامت روان دارند.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، باورهای غیرمنطقی، سلامت روان.

مقدمه

شغل معلمی جزء مشاغل منحصربه‌فرد است که به‌طور قابل توجهی، مورد انتخاب اکثریت نیروی کار جامعه قرار می‌گیرد (مونتگومری و راپ^۱، ۲۰۰۵، به نقل از گاردنر^۲، ۲۰۱۰). در سال‌های اخیر خواسته‌های شغلی معلمان، روزبه‌روز افزایش پیدا می‌کند؛ به‌طوری که فریدمن^۳ (۲۰۰۰) بیان کرد که اکنون معلمان بیش از هر زمان دیگری نه تنها مسئول پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان خود هستند، بلکه از سوی دیگر نیاز به پیشرفت شخصی خود نیز دارند. معلمان با انتظارات والدین درباره عملکرد دانش‌آموزان خود مواجه هستند و اغلب برای هرگونه نقص و کاستی مورد سرزنش والدین قرار می‌گیرند و از سوی دیگر، معلمان باید پاسخگو موارد اداری در کار خویش نیز باشند. همه این موارد از جمله مسائل استرس‌آوری است که می‌تواند بر عملکرد معلمان، رفاه شخصی و سلامت روان آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (هسیانگ^۴، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، شایع‌ترین عوامل استرس‌زای شغلی عبارت‌اند از: فقدان حمایت اداری، فقدان حمایت همسالان، اختلاف نقش، ابهام نقش و انتظارات نسبت به تعهد عاطفی معلمان نسبت به کارشان؛ در نتیجه، این عوامل و متغیرهای بالقوه دیگری ممکن است سلامت روان معلمان را تهدید کند که این

1. Montgomery & Rupp

2. Gardner

3. Friedman

4. Hsiang

امر خود می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی، تعادل کار و زندگی و درک رضایت شغلی تأثیراتی بگذارد (همان).

سلامت روان، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های یک زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی صحیح یا ناصواب آن دخیل هستند. سلامت روان در پی آن است که احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی را کمرنگ کرده و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد پیشگیری به عمل آید (سازمان بهداشت جهانی^۱، ۲۰۰۷). این سازمان در سال (۱۹۴۸) ابعاد سه‌گانه سلامت؛ یعنی جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرد که هر سه بُعد لازم و ملزوم یکدیگر است (قدرتی و خرمایی، ۱۳۸۹). مفهوم سلامت عمومی احساس خوب‌بودن، اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی است (عبدی، ۱۳۸۹).

در همین رابطه، متغیری همچون هوش هیجانی^۲ می‌تواند تحت‌تأثیر سلامت روان قرار گیرد. افراد می‌توانند با استفاده از هوش هیجانی به خود انگیزه دهند، خود را در مقابل ناامیدی حفظ کنند، خلق و خوی خویش را تنظیم کنند، لذت‌های زودگذر را به تأخیر بیندازند و توانایی خود را برای فکر کردن و همدلی و امید حفظ کنند (گوپتا و کوماور^۳، ۲۰۱۰). از طرفی دیگر، پژوهش‌های حاضر نیز نشان می‌دهند که هوش هیجانی بالاتر با بهبود سلامت روان‌شناختی و فیزیکی رابطه دارد و حتی نتایج یک فراتحلیل نیز از ارتباط بین ویژگی‌های هوش هیجانی و سلامت ذهنی گزارش می‌دهد (مارتینز، رامالاهو و مورین^۴، ۲۰۱۰). هوش هیجانی را می‌توان به‌طور گسترده به‌عنوان توانایی درک، کنترل و ارزیابی احساسات تعریف کرد (جانسون، باتیو هولسورث^۵، ۲۰۰۹). این مجموعه از

1. World Health Organization (WHO)

2. emotional Intelligence

3. Gupta & Kumar

4. Martins, Ramalho, & Morin

5. Johnson, Batey, & Holdsworth

ویژگی‌ها که با ادراک، بیان و تنظیم خلق و خوی و احساسات ارتباط دارد، نشان می‌دهد که باید ارتباط مستقیمی بین هوش هیجانی و سلامت روان‌شناختی وجود داشته باشد (ساسه و نیکولا^۱، ۲۰۰۵). از سوی دیگر، همچنین می‌توان به پژوهش‌های دیگری که رابطه بین هوش هیجانی با سلامت جسمی و روحی، سازگاری احساسی، رفاه روان‌شناختی و رضایت از زندگی را بررسی کرده‌اند، اشاره کرد (گلدمن، کرامر و سالووی^۲، ۱۹۹۶؛ ایکستریمرا و فرناندز^۳، ۲۰۰۵)؛ (۲۰۰۲؛ سالووی، استرود، ولری و اپیل^۴، ۲۰۰۲؛ ساکولفسکی، استن و مینسکی^۵، ۲۰۰۷)؛ (۲۰۰۳؛ پتریدس، پیتا و کوکینکی^۶، ۲۰۰۷؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ موروولی، پتریدس، سانگورو، فرنهام^۷، ۲۰۰۹؛ آندری و پتریدس^۸، ۲۰۱۳؛ کوستا، پریدس و تیلمن^۹، ۲۰۱۴؛ لابرده، لاتینبچ، آلن، هربرت و آنتزن^{۱۰}، ۲۰۱۴).

متغیر دیگری که در ارتباط با سلامت روان در این پژوهش بررسی می‌شود، باورهای غیرمنطقی^{۱۱} است. باورهای غیرمنطقی خواست‌ها و اهدافی هستند که به صورت ترجیحات ضروری و الزامی درمی‌آیند و تبدیل به اهداف اجباری و الزامی و قطعی می‌شوند؛ به طوری که اگر برآورده نشوند به آشفتگی و اضطراب منجر می‌شوند (برنارد^{۱۲}، ۱۹۹۱، به نقل از دریایی، ۱۳۹۳). انواع باورهای غیرمنطقی: ۱- توقع تأیید دیگران^{۱۳}، ۲- انتظارات

¹. Tsaousis & Nikolaou

². Goldman, Kramer, & Salovey

³. Extremera & Fernández

⁴. Salovey, Stroud, Woolery, & Epel

⁵. Saklofske, Austin, & Minski

⁶. Petrides, Pita, & Kokkinaki

⁷. Mavroveli, Petrides, Sangareau, & Furnham

⁸. Andrei & Petrides

⁹. Costa, Petrides, & Tillmann

¹⁰. Laborde, Lautenbach, Allen, Herbert, & Achtzehn

¹¹. Irrational beliefs

¹². Bernard

¹³. demand for approval

بیش از حد از خود^۱، ۳- آمادگی برای سرزنش^۲، ۴- واکنش عاجزانه به ناکامی^۳، ۵- بی‌مسئولیتی عاطفی^۴، ۶- نگرانی زیاد توأم با اضطراب^۵، ۷- اجتناب از مشکل^۶، ۸- وابستگی^۷، ۹- درماندگی برای تغییر^۸، ۱۰- کمال‌گرایی^۹ (برنارد، ۱۹۹۱)، به نقل از دریایی، (۱۳۹۳). نتایج یک پژوهش نشان داد، پرستارانی که دارای تفکر غیرمنطقی بیشتری بودند، از سلامت روانی پایین به همراه فرسودگی شغلی بالایی رنج می‌بردند. پرستارانی که خواستار کمال‌گرایی و کنترل بیشتر در خود و دیگران بودند، خواسته‌ها و انتظارات غیرواقعی را وارد دنیای واقعی پرستاری می‌کردند که همین امر منجر به کاهش کیفیت سلامتی در آن‌ها می‌شد (بلور^{۱۰}، ۲۰۰۱). به عبارتی دیگر، با وجود افکار غیرمنطقی، افراد برای مقابله با جهان راه‌هایی منفی در پیش می‌گیرند که همین امر موجب سلامت ضعیف در افراد می‌شود که حاکی از ارتباط بین افکار غیرمنطقی با سلامت است (ابنیکار، نیر و رام^{۱۱}، ۲۰۰۳). بر این اساس، هدف اصلی این پژوهش این بود که کدامیک از متغیرهای هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی در پیش‌بینی متغیر ملاک سلامت روان نقش دارند.

¹. high self expectation

². preparedness for blame

³. reaction of frustration

⁴. emotional irresponsibility

⁵. anxious over concern

⁶. problem Avoidance

⁷. dependency

⁸. helplessness for change

⁹. perfectionism

¹⁰. Balevre

¹¹. Abhyankar, Nair, & Ram

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این تحقیق شامل همهٔ معلمان آموزش و پرورش شهرستان مسجدسلیمان در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ بود که در سه مقطع ابتدایی، دورهٔ اول متوسطه و دورهٔ دوم متوسطه مشغول به کار بودند. ۲۶۵ نفر از معلمان آموزش و پرورش شهرستان مسجدسلیمان براساس جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و براساس جامعهٔ ۸۲۰ نفری به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای براساس معلمان دورهٔ ابتدایی، دورهٔ اول متوسطه و دورهٔ دوم متوسطه انتخاب شدند. ۵۹٪ معلمان دورهٔ ابتدایی، ۲۲٪ معلمان دورهٔ اول متوسطه و ۱۹٪ دورهٔ دوم متوسطه.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- پرسش‌نامهٔ هوش هیجانی بار-ان^۱: این آزمون در سال ۱۹۸۰ ساخته شد. این ابزار اندازه‌گیری دارای ۱۱۷ سؤال و ۱۵ خرده‌مقیاس است. سموعی (۱۳۸۰) تعداد ماده‌های این پرسش‌نامهٔ ۱۱۷ سؤالی را از طریق تحلیل عاملی به ۹۰ سؤال تقلیل داده است. ماده‌های این پرسش‌نامه در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافق تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: خودآگاهی هیجانی (ES)، جرأت‌مندی (AS)، حرمت نفس (SR)، خودشکوفایی (SA)، استقلال (IN)، روابط میان‌فردی (IR)، همدلی (EM)، مسئولیت‌پذیری اجتماعی (RE)، حل مسأله (PS)، واقعیت‌آزمایی (RT)، انعطاف‌پذیری (FL)، تحمل فشار روانی (ST)، کنترل تکانه (LC)، شادکامی (HA) و خوش‌بینی (OP) (بار-ان و پارکر^۲، ۲۰۰۰). در بررسی همسانی درونی

^۱. Bar- on

^۲. Bar-on & Parker

با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در هفت نمونه از جمعیت‌های مختلف (بار - ان و پارکر، ۲۰۰۰)، میانگین ضرایب آلفای کرونباخ برای همه خرده‌مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۶۹ از مسئولیت‌پذیری اجتماعی تا ۰/۸۶ حرمت نفس و میانگین کلی، ۰/۷۶ گزارش شد. بررسی پایایی با آزمایی پس از یک ماه ۰/۸۵ و پس از ۴ ماه ۰/۷۵ گزارش شد که حاکی از پایایی قابل‌قبولی بوده است. در ایران پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است (کلیشمی، اشقلی فراهانی، جمشیدی اورک، عرب عامری، بنی‌هاشمی و سید فاطمی، ۱۳۹۵). در این تحقیق ضریب پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

۲- پرسش‌نامه سلامت روان GHQ-28: این پرسش‌نامه برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی طراحی و دارای چهار مقیاس فرعی، علائم جسمانی^۱ (GHQ-A)، علائم اضطراب و بی‌خوابی^۲ (GHQ-B)، اختلال در کارکرد اجتماعی^۳ (GHQ-C) و علائم افسردگی^۴ (GHQ-D) است که هرکدام از طریق هفت پرسش سنجیده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در هر خرده‌مقیاس بین ۰ تا ۲۱ است. این پرسش‌نامه علاوه بر چهار جنبه از سلامت، روان نمره کل نیز دارد که نمره کل آن بین ۰ تا ۸۴ است. هرچه نمره فردی به صفر نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده سلامت فرد است. گلدبرگ و هیلیر^۵ (۱۹۷۹)، نتایج مربوط به ۷۰ مطالعه انجام‌شده درباره پایایی پرسش‌نامه سلامت روانی در نقاط مختلف دنیا را تحلیل کرد و ضریب پایایی (GHQ-28) آن را برابر با ۰/۹۵ گزارش کردند. انصاری و

¹. physical symptoms

². symptoms of anxiety and insomnia

³. disruption of social function

⁴. symptoms of depression

⁵. Goldberg & Hillier

همکاران (۱۳۸۶) در ایران، ضریب پایایی این پرسشنامه را بین ۰/۹۱ - ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (میری، حسینی و مذهبدار، ۱۳۹۵). همچنین ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شده است.

۳- پرسشنامه باورهای غیرمنطقی^۱

این پرسشنامه توسط جونز^۲ در سال (۱۹۶۸) ساخته شد. این آزمون در تحقیقات متعدد به منظور بررسی عقاید و باورهای غلط به کار گرفته شده است. این پرسشنامه شامل ده قسمت است که هر یک ده سؤال را شامل می‌شود. هر بخش یک باور غلط را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. جونز (۱۹۶۹) اعتبار کل پرسشنامه را به روش بازآزمایی ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۶۶ تا ۰/۸۰ گزارش کرده است. در ایران برزگر و گنجی (۱۳۹۵) نیز آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه به طور کلی ۰/۹۴ گزارش کردند. در تحقیق حاضر نیز آلفای کرونباخ باورهای غیرمنطقی ۰/۸۳ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از کسب مجوزهای لازم و مشخص شدن اعضای نمونه و هماهنگی با مسئولان مربوط، طبق برنامه‌ریزی قبلی، پس از حضور اعضای نمونه در محل مناسب و برقراری ارتباط و کاهش حساسیت آزمودنی‌ها راجع به پرسشنامه‌ها و دلایل انتخاب آن‌ها در نمونه، توضیحات لازم از سوی محقق راجع به نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها ارائه شده و اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها کردند. از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه‌ها با ابهامی مواجه شدند، از محقق بخواهند توضیح بیشتری بدهد. در پایان از همکاری آزمودنی‌ها تقدیر و تشکر به عمل آمد.

^۱. Irrational Believes Test

^۲. Jones

تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش از روش‌های آمار ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش ورود از طریق بسته نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (SPSS-۲۱) استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره‌های متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	کجی	کشیدگی
هوش هیجانی	۲۵۹/۳۶	۸۵/۸۶۳	۱۰۶	۴۴۸	۰/۳۵۸	-۰/۷۵۳
باورهای غیرمنطقی	۱۲۳/۶۶	۱۸/۱۵۲	۸۵	۱۸۲	۰/۲۹۴	۰/۲۶۷
سلامت روان	۵۷/۵۱	۱۰/۹۷۵	۲۷	۸۸	-۰/۲۴۲	۰/۰۶۷

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار هوش هیجانی به ترتیب ۲۵۹/۳۶ و ۸۵/۸۶۳، باورهای غیرمنطقی ۱۲۳/۶۶ و ۱۸/۱۵۲ و سلامت روان به ترتیب ۵۷/۵۱ و ۱۰/۹۷۵ است. همچنین، مقادیر کجی متغیرها بین -۰/۲۴ و ۰/۳۵ و مقادیر کشیدگی آن‌ها بین -۰/۷۵ و ۰/۲۶ است که نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع نمره‌هاست.

جدول ۲. بررسی هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین

شاخص‌های آماری	عامل	تورم	ضریب تحمل
متغیرها	واریانس		
هوش هیجانی	۱/۵۳۲		۰/۶۵۳
باورهای غیرمنطقی	۱/۵۳۲		۰/۶۵۳

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار عامل تورم واریانس برای تمام متغیرهای پیش‌بین، بین بازه ۱ تا ۵ قرار دارند، همچنین مقدار ضریب تحمل برای تمام متغیرها از مقدار ۰/۰۱ بیشتر است؛ بنابراین پیش‌فرض عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین رعایت شده است.

جدول ۳. ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	باورهای غیرمنطقی	سلامت روان
هوش هیجانی	-.۰/۵۸**	-.۰/۷۲**
باورهای غیرمنطقی	-	.۰/۸۱**
سلامت روان	-	-

** $p < ۰/۰۰۱$

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین هوش هیجانی با سلامت روان همبستگی منفی و معنادار ($r = ۰/۷۲$ ، $p < ۰/۰۰۱$) و بین باورهای غیرمنطقی با سلامت روان ($r = ۰/۸۱$ ، $p < ۰/۰۰۱$) همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. لازم به یادآوری است که در پرسش‌نامه GHQ-۲۸، نمره پایین مطلوب و نمره بالا نشان‌دهنده سلامت روان پایین است.

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود برای پیش‌بینی سلامت روان براساس متغیرهای هوش

هیجانی و باورهای غیرمنطقی

شاخص‌های آماری متغیرهای پیش‌بین	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	t	سطح معناداری
عرض از مبدأ	۲۵/۲۲	۳/۷۶	-	۶/۶۹	۰/۰۰۱
هوش هیجانی	- ۰/۰۴	۰/۰۰۵	- ۰/۳۶	-۹/۶۳	۰/۰۰۱
باورهای غیرمنطقی	۰/۳۶	۰/۰۲۳	۰/۵۹	۱۵/۵۵	۰/۰۰۱

$$R = ۰/۸۶, R^2 = ۰/۷۴, F(۲ و ۲۶۲) = ۳۹۱/۶, p < ۰/۰۰۱$$

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت F ترکیب خطی متغیرهای پیش‌بین هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی بر متغیر ملاک (سلامت روان) معنادار است ($F(۲ و ۲۶۲) = ۳۹۱/۶$) ($p < ۰/۰۰۱$). ضریب همبستگی بین نمره‌های پیش‌بینی شده y (ترکیب‌های خطی از xها) و نمره‌های مشاهده‌شده y برابر با ۰/۸۶ است که در سطح آماری $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است؛ یعنی متغیرهای هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی در

پیش‌بینی میزان سلامت روان نقش دارند. همچنین مجذور ضریب همبستگی چند متغیری برابر با $R^2 = 0/749$ نشان‌دهنده این است که ۷۵ درصد از میزان سلامت روان توسط دو متغیر فوق تبیین می‌شود. از سوی دیگر، متغیرهای هوش هیجانی ($\beta = -0/369$)، $t = -9/634$ به صورت منفی و باورهای غیرمنطقی ($\beta = 0/595$)، $t = 15/551$ به صورت مثبت در تبیین واریانس متغیر سلامت روان به‌عنوان یک متغیر ملاک نقش اساسی دارند. معادله پیش‌بینی میزان سلامت روان برحسب متغیرهای پیش‌بین به صورت زیر است:

$$\text{هوش هیجانی} (-0/04) + (\text{باورهای غیرمنطقی}) 0/36 + 25/22 = \text{سلامت روان}$$

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف رابطه هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان در بین معلمان آموزش و پرورش شهرستان مسجدسلیمان انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو متغیر باورهای غیرمنطقی و هوش هیجانی در ایجاد تغییراتی در متغیر سلامت روان نقش مؤثری داشته‌اند (به جدول شماره ۳ نگاه کنید).

در تبیین رابطه بین باورهای غیرمنطقی و نقشی که در سلامت روان دارد، باید بیان کرد که باورهای غیرمنطقی به طیف وسیعی از پیامدهای عاطفی و رفتاری که سلامت روان را تضعیف می‌کنند ارتباط دارند (ترنر، ۲۰۱۶). باورهای غیرمنطقی، یک ایده مرکزی در نظریه و درمان‌شناختی است که بیان می‌کند این باورها نقش اصلی را در اختلالات متعدد، از جمله افسردگی و اضطراب و کاهش سلامت روانی بازی می‌کند (چادویک، ترویر و داگننا، ۱۹۹۹؛ هاگا، دیک، ارنست، ۱۹۹۱). یکی از دلایل وجود این باورهاست که افراد مثلاً افسرده و مضطرب به‌طور پی‌درپی معنای حوادث را مداوم

¹ Turner

² Chadwick, Trower, & Dagnan

³ Haaga, Dyck, & Ernst

به صورت منفی تفسیر می‌کنند (لوفور^۱، ۱۹۸۱). در واقع فردی با باورهای غیرمنطقی، به جهان اطرافش براساس باورهای مشابهی نگاه می‌کند؛ بنابراین او بینش خود را به یک احساس شادی/بدبختی تبدیل می‌کند. در همین راستا در یک بررسی جامعی که توسط براون و همکاران^۲ (۲۰۱۰) صورت گرفت، نتایج حاکی از آن بود که در بسیاری از افراد ناسالم، باورهای نامعقول مانند خشم، گناه و شرم و شرایط روحی آسیب‌زایی همچون جمله افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی برجسته بود. از سوی دیگر نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان‌دهنده روابط بین باورهای غیرمنطقی و احساسات ناکارآمد است (مکینس^۳، ۲۰۰۴؛ بریجز و هارنیش^۴، ۲۰۱۰). در یک فراتحلیل که توسط ویسال و همکاران^۵ (۲۰۱۶) انجام گرفت نیز روابط بین باورهای غیرمنطقی و احساسات ناکارآمد مورد تأیید قرار گرفت و اینکه این احساسات می‌تواند سلامتی روانی را تحت تأثیر منفی قرار بدهد. در همین راستا نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که اعتقادات غیرمنطقی با افسردگی و علائم افسردگی رابطه مثبت دارند (به‌عنوان مثال، سیاراجی و همکاران^۶، ۲۰۰۵). تقوی و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی بیان کردند که توسط اعتقادات غیرمنطقی می‌توانند گروه افسرده را از گروه‌های غیرافسرده تشخیص داد. بنابراین این باورهای غیرمنطقی است که تعیین می‌کنند چگونه یک فرد زندگی و حوادث خود را تفسیر می‌کند؛ به‌عنوان مثال فردی که دارای انتظارات بسیار بالایی از خود است، اگر در دوره‌ای از زندگی که به‌طور طبیعی برای هر کسی اتفاق می‌افتد با شکستی روبه‌رو شود، اعتماد به نفس را از دست می‌دهد، احساس گناه و بی‌ارزشی می‌کند و منجر به اختلالاتی نظیر افسردگی می‌شود و در نتیجه سلامت روانی فرد دچار تهدید می‌شود. یا مثال دیگر، فردی

1. Lefebvre

2. Browne, & et al

3. MacInnes

4. Bridges & Harnish

5. Visal, & et al

6. Ciarrochi, & et al

با باور غیرمنطقی که نیاز به این دارد که همه او را تأیید کنند، اگر از سویی مورد تأیید قرار نگیرند، ممکن است به شدت افسرده شود یا به صورت کاملاً غیرمنطقی عمل کنند (بریجدز و هارنیش^۱، ۲۰۱۰).

نتایج دیگر این پژوهش از رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روان حاکی بود. هوش هیجانی نماینده توانایی‌های شخص، ارزشیابی و بیان هیجان به نحو صحیح و سازگارانه است. همچنین شامل توانایی درک هیجان و آگاهی از هیجان‌ها و توانایی دستیابی به احساسات و یا ایجاد آن‌ها برای تسهیل فعالیت‌های شناختی و عمل سازگارانه و توانایی تنظیم هیجان‌ها در دستیابی به احساسات یا ایجاد آن‌ها برای تسهیل فعالیت‌های شناختی و عمل سازگارانه و توانایی تنظیم هیجان‌ها در شخص و دیگران است. در تبیین این رابطه باید بیان کرد، نتایج بسیاری از پژوهش‌های انجام شده از تأیید رابطه نمره کلی EI یا نمرات برخی از ابعاد هوش هیجانی با سلامتی روانی و جسمی حاکی بود (به عنوان مثال در پژوهش‌های، اکستیرما و فرناندزبروکا، ۲۰۰۲؛ سالوی و همکاران، ۲۰۰۲؛ ساوسیز و نیکولا، ۲۰۰۵؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ مارتینز و همکاران، ۲۰۱۰؛ کان و دیمیتروویسکی^۲، ۲۰۱۰)؛ زیرا مطالعات بسیاری بیانگر آن است که زندگی بشر، امروز با استرس‌های متعدد و پیچیده‌ای عجین شده است و توانایی مقابله با این استرس‌ها، زمینه حفظ و تأمین سلامت جسمی، روانی و هیجانی شخص را تأمین می‌کند و ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها زمینه بروز بیماری‌های متعدد جسمی و روانی را فراهم می‌سازد. به این ترتیب، روش‌های ارتقاء هوش هیجانی را نوعی عامل مهم در شکل‌گیری سلامت جسمی و روانی اشخاص می‌توان محسوب کرد. اساساً پدیده‌های هیجانی منبع منحصر به فردی از اطلاعات را برای افراد درباره محیط اطراف و جستجوی آن‌ها مهیا می‌کنند و این اطلاعات، افکار، اعمال و احساسات متعاقب آن‌ها را شکل می‌دهد. این

^۱. Bridges & Harnish

^۲. Kun & Demetrovics

فرض وجود دارد که افراد در میزان درک، فهم و به‌کارگیری این اطلاعات هیجانی از مهارت‌های متفاوتی برخوردارند و سطح هوش هیجانی یک شخص در سلامت و رشد عقلانی و هیجانی او سهم بسزایی دارد و موفقیت در زندگی را تعیین می‌کند. مطالعات متعدد رابطه هوش هیجانی و سلامت روان را تأیید کرده است. دلیل موضوع این است که افراد دارای هوش هیجانی بالا در برابر عوامل تنش‌زا، دارای قدرت کنترل بیشتری هستند و مدیریت کنترل فشار روانی را به‌خوبی انجام می‌دهند. این توانایی‌ها به آن‌ها کمک می‌کند تا در رویارویی با مشکلات انعطاف‌پذیر بوده و هیجان‌های خود را کنترل کنند. همچنین این افراد قادر به مواجهه هوشمندانه با هیجان‌های خویش هستند، خویشتن‌دارترند، اعتمادبه‌نفس بالایی دارند و برای یادگیری تلاش بیشتری از خود نشان می‌دهند؛ به‌عنوان مثال در پژوهش میکولاجک و همکاران^۱ (۲۰۰۷) رابطه مثبت بین سلامت جسمی و روانی و چهار بُعد EI، سلامت، کنترل خود، عاطفی بودن و اجتماعی بودن را نشان دادند. یا نتایج پژوهش ساوسیز و نیکولا (۲۰۰۵) از ارتباط منفی بین کل EI و سیگار کشیدن و نوشیدن الکل و ارتباط مثبت آن با ورزش را گزارش داد. پژوهش مایر، رابرتز و بارسادی^۲ (2008) نیز سطح بالایی از ارتباط بین هوش هیجانی و عوامل تعیین‌کننده سلامت روان در محل کار را گزارش دادند.

پیشنهادها

تحقیقات دیگری در همین راستا در دیگر شهرهای هم‌جوار انجام شود تا بتوان نتایج را با هم مقایسه کرد و نیز تأثیر مناطق جغرافیایی را نیز بررسی کرد.

۲- متغیرهای متنوع دیگری همچون میزان درآمد، تعداد فرزند، سابقه بیماری، وضعیت جسمانی خانواده‌ها و... بر میزان سلامت روانی مورد مطالعه قرار گیرد.

¹. Mikolajczak, & et al

². Mayer, Roberts, & Barsade

۳- برای بررسی‌های بیشتر پژوهش‌هایی بر روی سایر اقشار جامعه انجام گیرد.

محدودیت‌ها

عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر که می‌تواند در نتایج تحقیق تأثیرگذار باشد.



منابع

۱. برزگر، کاظم و گنجی، کاظم. (۱۳۹۵). پیش‌بینی سلامت روان براساس باورهای غیرمنطقی معلمان مدارس استثنایی و عادی مقطع ابتدایی شهرستان یزد. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۷(۲)، ۹۷-۸۸.
۲. دریایی، گلرخ. (۱۳۹۳). بررسی رابطه هوش هیجانی و باورهای غیرمنطقی با سلامت روان در دبیران دوره اول متوسطه شهر شاهرود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود.
- سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۷). به آدرس www.who.int
۳. عبدی، سلمان؛ باباپور خیرالدین، جلیل و فتحی، حیدر. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله علمی پژوهشی دانشکده پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، ۸(۴)، ۲۵۸-۲۶۴.
۴. قدرتی، مهدی و خرمایی، احسان. (۱۳۸۹). رابطه دینداری با سلامت روان. علوم رفتاری، ۲(۵)، ۱۱۵-۱۳۱.
۵. کلیشمی، فاطمه؛ اشقلی فراهانی، منصوره؛ جمشیدی اورک، روح انگیز؛ عرب عامری، زهرا؛ بنی‌هاشمی، سارا و سید فاطمی، نعیمه. (۱۳۹۵). هوش هیجانی در پرستاران، الگوها و روش‌های اندازه‌گیری آن، نشریه دانشکده پرستاری و مامایی، ۲۶(۹۳)، ۲۹-۲۱.

ع. میری، میر محمد؛ حسینی، سید مصطفی و مذهبدار، هما. (۱۳۹۵). مقایسه میزان سلامت روانی دانشجویان پزشکی و مهندسی در ایران در سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۳. *مجله طب نظامی*، ۱۸(۴)، ۳۶۶-۳۶۰.

7. Abhyankar, P., Nair, P., & Ram, U. (2003). Irrational beliefs, anger, and health. *Journal of Psychological Researches*, 47, 41-46.
8. Andrei, F., & Petrides, K. V. (2013). Trait emotional intelligence and somatic complaints with reference to positive and negative mood. *Psihologija*, 46, 5-15.
9. Balevre, P. (2001). Professional nursing burnout and irrational thinking. *Nurses Staff Development*, 17, 264-71.
10. Bar-on, R. & Parker, J. D. A. (2000). *The hand book of emotional intelligence: theory, development, assessment, and application at home, school and in the work place*. Sanfrancisco: Jossy-bass.
11. Bridges, K. R., & Harnish, R. J. (2010). Irrational Beliefs. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. Hoboken, NY: John Wiley & Sons, Inc.
12. Bridges, K. R., Harnish, R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, 2(8), 868-877.
13. Browne, C. M., Dowd, E. T., and Freeman, A. (2010). "Rational and irrational beliefs and psychopathology," in *Rational and Irrational Beliefs in Human Functioning and Disturbances: Implications for Research, Theory, and Practice*, eds D. David, S. J. Lynn, and A. Ellis (New York, NY: Oxford University Press).
14. Chadwick, P., Trower, P. and Dagnan, D. (1999) *Measuring negative person evaluations: The evaluative beliefs scale*. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 549-559.
15. Ciarrochi, J., Said, T., & Deane, F. P. (2005). When simplifying life is not so bad: the link between rigidity, stressful life events, and mental health in an undergraduate population. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33, 185-197.
16. Costa, S., Petrides, K. V., & Tillmann, T. (2014). Trait emotional intelligence and inflammatory diseases. *Journal Psychology, Health & Medicine* 19, 180-189.

17. Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2005). *Perceived emotional intelligence and life satisfaction: predictive and incremental validity using the trait meta mood scale. Personality and Individual Difference*, 39, 937–948.
18. Friedman, I. A. (2000). *Burnout in teachers: Shattered dreams of impeccable professional performance. Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 595-606.
19. Gardner, S. (2010). *Stress Among Prospective Teachers: a Review of the Literature. Australian Journal of Teacher Education*, 35(8), 18-28.
20. Goldberg, D.P., & Hillier, V.A. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine*, 9(1), 139-145.
21. Goldman, S. L., Kramer, D. T., & Salovey, P. (1996). *Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. Journal Psychosomatic Research*, 41, 115–128.
22. Gupta, G., & Kumar, S. (2010). *Mental Health in Relation to Emotional Intelligence and Self Efficacy among College Students. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 61-67.
23. Haaga, D.A.F., Dyck, M.J. & Ernst, D. (1991), *Empirical status of cognitive theory of depression. Psychological Bulletin*, 110(2), 215-236.
24. Hsiang, R. (2016). *Teachers' Mental Health: The Relevance of Emotional Intelligence in Burnout and Quality of Life. A Thesis The University of Western Ontario.*
25. Johnson, S. J., Batey, M., & Holdsworth, L. (2009). *Personality and health: the mediating role of trait emotional intelligence and work locus of control. Personality and Individual Difference*, 47, 470–475.
26. Kun, B., and Demetrovics, Z. (2010). *Emotional intelligence and addictions: a systematic review. Journal Substance Use & Misuse*, 45, 1131–1160.
27. Laborde, S., Lautenbach, F., Allen, M. S., Herbert, C., & Achtzehn, S. (2014). *The role of trait emotional intelligence in*

- emotion regulation and performance under pressure. Personality and Individual Difference, 57, 43–47.*
28. Lefebvre, M.F. (1981) *Cognitive distortion and cognitive errors in depressed and low back pain patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49(4), 517-525.*
29. MacInnes, D. (2004). *The theories underpinning rational emotive behaviour therapy: where's the supportive evidence? International Journal of Nursing Studies, 41, 685–695.*
30. Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). *A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. Personality and Individual Difference, 49, 554–564.*
31. Mavroveli, S., Petrides, K. V., Sangareau, Y., & Furnham, A. (2009). *Relating trait emotional intelligence to objective socioemotional outcomes in childhood. British journal Educational Psychology, 79, 259–272.*
32. Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). *Human Abilities: Emotional Intelligence. Annual Reviews of Psychology, 59, 507-536.*
33. Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C., & Roy, E. (2007). *Psychometric properties of the trait emotional intelligence questionnaire: factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a French-speaking population. Journal Personality Assessment, 88, 338–353.*
34. Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). *The location of trait emotional intelligence in personality factor space. British Journal of Psychology, 98, 273–289.*
35. Salovey, P., & Mayer, J. D. (2002). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality, 9, 185–211*
36. Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). *Individual difference correlates of health-related behaviors: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. Personality and Individual Difference, 42, 491–502.*
37. Taghavi, M. R., Goodarzi, M. A. L. I., and Ghorbani, M. (Mikolajczak). *Irrational beliefs in major depression and*

generalized anxiety disorders in an Iranian sample: a preliminary study. Perceptual Motor Skills, 102, 187–196.

38. Tsaousis, I., & Nikolaou, I. (2005). *Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. Stress & Health 21, 77–86.*

39. Turner, M. J., Allen, M., Slater, M. J., Barker, J. B., Woodcock, C., Harwood, C. G., & et al. (2016). *The development and initial validation of the irrational performance beliefs inventory (iPBI). European Journal of Psychological Assessment, 34, 174-180.*

40. Visla, A., Fluckiger, C., Grosse Holtforth, M., and David, D. (2016). *Irrational beliefs and psychological distress: a meta-analysis. Psychotherapy and Psychosomatics, 85, 8–15.*

