

ارتباط هوش هیجانی و مؤلفه‌های روان‌شناختی در نوجوانان

پرستو گلشیری^۱، احمدرضا زمانی^۲، محمد شیرانی بیدآبادی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: در پژوهش‌های مختلف، ارتباط بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های روان‌شناختی در زندگی و ارتباطات بین فردی در دوران بزرگسالی بررسی شده است. هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر، تعیین ارتباط هوش هیجانی و مؤلفه‌های روان‌شناختی در نوجوانان بود.

روش‌ها: این مطالعه بر روی ۱۸۵ دانش‌آموز شامل ۱۰۱ پسر و ۸۴ دختر انجام شد. به منظور بررسی هوش هیجانی، از پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی نوجوانان و برای بررسی مؤلفه‌های روان‌شناختی، از پرسش‌نامه‌ی Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری ضریب همبستگی Pearson مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها: تفاوت معنی‌داری بین زیر مقیاس‌های هوش هیجانی در دو جنس مختلف و همچنین، در سنین مختلف مشاهده نشد. هوش هیجانی، با زیر مقیاس‌های مؤلفه‌های روان‌شناختی شامل پرخاشگری ($P = 0/013$)، وسواس ($P = 0/037$)، شکایت جسمانی ($P = 0/040$)، افسردگی ($P = 0/010$) و ترس مرضی ($P = 0/030$) در سنین مورد مطالعه و هر دو جنس ارتباط معکوسی داشت. این ارتباط، در صورت حذف متغیرهای سن و جنس نیز وجود داشت.

نتیجه‌گیری: هوش هیجانی، با زیر مقیاس‌های روان‌شناختی شامل پرخاشگری، وسواس، شکایات جسمانی، افسردگی و ترس مرضی ارتباط معکوسی دارد. این امر، بر ضرورت آموزش هوش هیجانی در مدارس تأکید می‌کند.

واژگان کلیدی: هوش هیجانی، مؤلفه‌های روان‌شناختی، نوجوان، تنظیم هیجان، ابراز هیجان، سلامت روان

ارجاع: گلشیری پرستو، زمانی احمدرضا، شیرانی بیدآبادی محمد. ارتباط هوش هیجانی و مؤلفه‌های روان‌شناختی در نوجوانان. مجله دانشکده پزشکی

اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۴۰۹): ۱۴۲۹-۱۴۳۳

مقدمه

است که انسان را قادر می‌سازد تا اطلاعات پیچیده را ارزیابی و از آن‌ها به عنوان راهنمایی برای تفکر و رفتار استفاده کند (۳-۵).

هوش هیجانی، اولین بار از سوی Mayer و همکاران در سال ۱۹۹۰ به عنوان شکلی از هوش اجتماعی مطرح شد. پژوهشگران، هوش هیجانی را در سه حیطه از توانایی‌ها شامل ارزیابی و ابراز هیجانات، تنظیم هیجان در خود و دیگران و بهره‌برداری از هیجان مطرح کردند (۶-۷).

Ciarrochi و همکاران، بیان کردند که بعضی از انواع هوش هیجانی، ممکن است افراد را از فشار روانی محافظت کند و در نتیجه، به انطباق بهتر منجر شود (۸).

در مطالعه‌ای بر روی ۱۱۱ دانش‌آموز دبیرستانی ۱۵-۱۲ ساله

مفهوم علایم روان‌شناختی شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از خود کارآمدی، اتکای به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خود شکوفایی توانایی‌های بالقوه‌ی فکری و هیجانی می‌باشد (۱).

هوش هیجانی، عبارت از بیان کیفیت و درک احساسات خویش و دیگران، همدلی با احساسات دیگران و توانایی اداره‌ی مطلوب خلق و خو است. در حقیقت، این هوش مشتمل بر شناخت احساسات خویش و دیگران و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیمات مناسب در زندگی است (۲). هوش هیجانی، به عنوان یکی از ابعاد روان‌شناختی بسیار مهم در فعالیت‌های روزمره، از قسمت‌های مختلفی تشکیل شده

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- استاد، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: پرستو گلشیری

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه‌ی مقطعی (Cross-sectional) و از نوع مطالعات همبستگی بود که به صورت مقطعی در طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳ در شهر اصفهان بر روی ۱۸۵ دانش‌آموز به صورت مصاحبه‌ای و با تکمیل دو فرم پرسش‌نامه‌ی استاندارد علایم روان‌شناختی و هوش هیجانی انجام شد.

به منظور نمونه‌گیری، ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، دو ناحیه از نواحی پنج‌گانه‌ی آموزش و پرورش و از هر ناحیه، به صورت تصادفی دو دبیرستان دخترانه و دو دبیرستان پسرانه انتخاب شدند و از بین کل دانش‌آموزان از کلاس‌های مختلف مقطع اول و دوم دبیرستان، به صورت تصادفی ساده از روی شماره‌ی پرونده‌ی دانش‌آموزی، دانش‌آموزان به تعداد مساوی از هر دو مقطع وارد مطالعه شدند. تعداد دانش‌آموزان دختر و پسر به طور مساوی انتخاب شد، اما از آن جایی که ۲۱ نفر از دانش‌آموزان دختر پرسش‌نامه‌ی خود را به طور ناقص تکمیل کرده بودند، از مطالعه خارج شدند و همین امر، باعث تفاوت در تعداد دختران و پسران گردید. همچنین، ۴ نفر از دانش‌آموزان پسر نیز به علت نقص در تکمیل پرسش‌نامه، از مطالعه خارج شدند.

معیار ورود به مطالعه، داشتن سن ۱۵-۱۳ سال، سلامت کامل جسمانی و عدم داشتن مشکلات خانوادگی مانند طلاق یا فوت والدین بود که از طریق فرم‌های سلامت که در ابتدای هر سال تحصیلی توسط مدارس برای هر دانش‌آموز تکمیل شده بود، تعیین شد.

جهت اندازه‌گیری هوش هیجانی، از پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی نوجوانان استفاده شد. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۹۲ توسط طلائیان تهیه و تدوین و هنجاریابی شده و دارای ۲۶ سؤال شامل ۷ پرسش درباره‌ی ارزیابی و ابراز هیجان، ۱۰ سؤال در مورد تنظیم هیجان و ۹ سؤال در مورد بهره‌برداری از هیجان است. پایایی سنجی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۷ به دست آمد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای انجام شد. سؤالات شامل ۵ گزینه بودند که به گزینه‌ی «همیشه» نمره‌ی ۵، «بیشتر مواقع» نمره‌ی ۴، «گاهی مواقع» نمره‌ی ۳، «به ندرت» نمره‌ی ۲ و «هیچ وقت» نمره‌ی ۱ داده شد (۲۹).

جهت سنجش مؤلفه‌های روان‌شناختی، از پرسش‌نامه‌ی Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) استفاده شد. فهرست تجدید نظر شده‌ی علایم روانی، یک پرسش‌نامه‌ی ۹۰ سؤالی بر اساس خود اظهاری می‌باشد که توسط Derogatis جهت اندازه‌گیری علایم بحران‌های روانی گسترش یافت (۳۲). این پرسش‌نامه، به همان اندازه که برای اشخاص با اختلالات طبی و روان‌پزشکی مناسب است، برای سایر اشخاص جامعه نیز مناسب می‌باشد.

نشان داده شد که نوجوانان با رفتار مخرب (Disruptive)، در هوش هیجانی به خصوص بر توانایی درک، فهم و مدیریت هیجانات نقص دارند (۸).

هوش هیجانی، یکی از موارد مورد بحث در پزشکی، پرستاری و سایر قسمت‌های سیستم درمانی است که شامل سلامت مغزی فرد و مهارت حرفه‌ای وی می‌باشد (۹-۱۰). در مطالعه‌ی دیگری مشخص شد که هوش هیجانی با پرخاشگری، رفتارهای بزهکارانه، استرس، افسردگی و نشانه‌های بدنی در دانش‌آموزان دبیرستانی رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد (۱۱).

همچنین، هوش هیجانی بالاتر با مصرف پایین‌تر سیگار و الکل در دانش‌آموزان دبیرستانی، رضایت از زندگی بالاتر و اضطراب کمتر همبستگی داشته است (۱۲-۱۳). تحقیقات نشان داده‌اند که هوش هیجانی، با سازگاری اجتماعی و مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی، رابطه‌ی مثبت و با رفتارهای ناسازگارانه، رابطه‌ی منفی دارد (۱۴-۱۷). هوش هیجانی، همچنین با شناسایی محتوایی هیجان‌ها و توان همدلی با دیگران، سازش اجتماعی و هیجانی و رضایت از زندگی رابطه‌ی مثبت دارد (۱۸-۲۰).

هوش هیجانی پایین، می‌تواند با وابستگی به دارو و الکل مرتبط باشد (۲۱). این یافته، در مورد یک گروه از دانش‌آموزان دبیرستانی نیز مشاهده شده است (۱۳). محتوای هوش هیجانی و همچنین، اندازه‌گیری میزان هوش هیجانی در ارتباط با مسایلی شامل انواع هوش، شخصیت و استرس، مواردی هستند که مطالعاتی بر روی آن‌ها انجام شده است (۲۲-۲۴). تحقیق اسماعیلی، نشان دهنده‌ی همبستگی بالا بین هوش هیجانی و سلامت روان‌شناختی می‌باشد (۲۵).

در پژوهش‌های داخلی نیز رابطه‌ی مثبت هوش هیجانی و سازگاری اجتماعی نشان داده شده است. همچنین، اثربخشی آموزش هوش هیجانی بر افزایش سلامت روانی و افزایش مهارت‌های مقابله با استرس و کاهش استرس در بزرگسالان و جوانان مورد بررسی قرار گرفته است (۲۶-۲۸). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر کاهش پرخاشگری نیز گزارش شده است (۲۸). اگر چه در مطالعات مختلف، رابطه‌ی بین هوش هیجانی و سلامت روان بزرگسالان مورد پژوهش قرار گرفته است، اما لازم است این رابطه در نوجوانان در کشور نیز مورد بررسی قرار گیرد (۲۶-۲۸).

بسیاری از رفتارها، هنجارها، ناهنجارها، ارزش‌ها و حتی بخشی از شخصیت، در دوره‌ی نوجوانی شکل می‌گیرد. به همین دلیل، این دوره از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است و مداخله در این دوره، بر روی دوران آتی زندگی به طور قطعی تأثیر به‌سزایی خواهد داشت. از این رو، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط هوش هیجانی و سلامت روان در نوجوانان انجام شد.

شد تا معیار کلی علایم مرضی به دست آید. در مرحله‌ی بعد، تعداد جواب‌های مثبت علایم یعنی جواب‌هایی که نمره‌ی غیر از صفر گرفته بودند، شمارش شد تا جمع علایم مرضی به دست آید. با تقسیم جمع کل ضرایب ناراحتی بر رقم حاصل از علایم مرضی، مقدار معیار ضریب ناراحتی به دست آمد. پس از آن، به فرم مناسب رجوع شد تا این نمرات خام به مقیاس T تبدیل گردند. اگر آزمودنی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات آزمون و یا بیش از ۴۰ درصد سؤالات هر بعد پاسخ نداده بود، سنجش آزمون و یا بعد مورد نظر، فاقد اعتبار تلقی می‌شد (۳۲).

پس از جمع‌آوری اطلاعات و وارد نمودن آن‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, SPSS Inc., Chicago, IL) جهت آنالیز داده‌ها از آزمون Independent t و ضریب همبستگی Pearson استفاده شد. $P < ۰/۰۵۰$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۸۵ دانش‌آموز بررسی شدند که ۵۶ مورد ۱۳ ساله، ۵۶ مورد ۱۴ ساله و ۷۳ مورد ۱۵ ساله بودند. ۱۰۱ دانش‌آموز پسر و ۸۴ مورد دانش‌آموز دختر بودند. جدول ۱، میانگین هوش هیجانی و زیر مقیاس‌های آن شامل ابراز هیجان، تنظیم هیجان و بهره‌برداری از هیجان را به تفکیک جنس نشان می‌دهد. از بین زیر مقیاس‌های هوش هیجانی، تنظیم هیجان با حداکثر ۳۵ نمره، بیشترین مقدار را داشت. آزمون Independent t نشان داد که میانگین نمره‌ی هوش هیجانی کلی ($P = ۰/۱۴۰$) و همچنین، مقیاس‌های ابراز هیجان ($P = ۰/۱۴۰$)، تنظیم هیجان ($P = ۰/۱۷۰$) و بهره‌برداری از هیجان ($P = ۰/۵۶۰$) بین پسران و دختران تفاوت معنی‌داری نداشت؛ به عبارت دیگر، بین هوش هیجانی و جنس، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، بر اساس آزمون Independent t، میانگین نمره‌ی علایم روان‌شناختی در زیر مقیاس‌های شکایات جسمانی ($P = ۰/۰۰۳$)، افسردگی ($P = ۰/۰۰۳$) و ترس مرضی ($P = ۰/۰۰۶$) در دختران به طور معنی‌داری از پسران بیشتر بود، اما در سایر مقیاس‌ها بین دو جنس تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

SCL-90-R بحران روانی را در ۹ زیر مقیاس علامتی و ۳ نمره‌ی خلاصه شده که به عنوان نمره‌های جهانی مطرح است، ارزیابی می‌کند. زیر مقیاس اصلی علایم شامل مشکلات جسمانی، وسواس، حساسیت فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، پارانوئید و روان‌پریشی می‌باشد. معیارهای جهانی شامل شاخص شدت جهانی، شاخص علایم بحران مرضی و جمع علایم مرضی می‌باشد (۳۰). این پرسش‌نامه، مشتمل بر ۹۰ سؤال نه بعدی است که عبارت از پرخاشگری، اضطراب، وسواس، حساسیت فردی، شکایات جسمانی، روان‌پریشی، تصورات پارانوئیدی، افسردگی و ترس مرضی می‌باشند.

همچنین، در این پرسش‌نامه، ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد نه‌گانه‌ی پیش‌گفته دسته‌بندی نشده است و از نظر بالینی، دارای اهمیت است و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کند. امتیازبندی این پرسش‌نامه، شامل پنج درجه (هیچ، کمی، تا حدی، زیاد و خیلی زیاد) می‌باشد که «هیچ» امتیاز صفر و «خیلی زیاد» امتیاز ۴ می‌گیرد و کسب میانگین بالای فرد در هر اختلال (۳ یا بیشتر)، نشانگر مشکل جدی فرد در ارتباط با آن اختلال است. میانگین نمرات ۱ و بالاتر از آن، حالت مرضی و بالاتر از ۳ حالت روان‌گسستگی را نشان می‌دهد. این پرسش‌نامه، به طور مکرر در داخل و خارج از کشور مورد استفاده قرار گرفته و پایایی آن در خارج از کشور بین ۰/۷۲-۰/۹۰ و در تحقیقات داخلی حدود ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۱).

اولین مرحله در نمره‌گذاری این آزمون، انتقال ۹۰ سؤال به فرم مخصوص پاسخ‌ها بود. مرحله‌ی بعد، به دست آوردن جمع ضرایب ناراحتی برای هر یک از ابعاد نه‌گانه و سؤالات اضافی آزمون بود. این کار، با جمع زدن کلیه‌ی شماره‌های غیر از صفر هر بعد انجام شد. در سومین مرحله، میزان جمع ناراحتی هر بعد (به استثنای سؤالات اضافی) بر تعداد سؤالات آن بعد تقسیم شد و این عملیات، تا دو رقم اعشار ادامه یافت. در نتیجه، نمره‌ی خام هر یک از ابعاد به دست آمد. در مرحله‌ی چهارم، جمع کل ضرایب ناراحتی برای علایم ابعاد نه‌گانه و سؤالات اضافی محاسبه گردید و عدد حاصل بر ۹۰ تقسیم

جدول ۱. میانگین نمره‌ی مقیاس‌های هوش هیجانی به تفکیک جنس در نوجوانان مورد مطالعه

مقدار P	مقیاس‌های هوش هیجانی	
	پسران	دختران
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
۰/۱۴۰	۲۳/۳ ± ۵/۲	۲۴/۷۴ ± ۴/۳۱
۰/۱۷۰	۳۴/۳۷ ± ۷/۲۲	۳۵/۷۵ ± ۶/۲۴
۰/۵۶۰	۳۰/۸۸ ± ۴/۸۹	۳۱/۲۹ ± ۴/۵۵
۰/۱۴۰	۸۸/۷۲ ± ۱۴/۷	۹۱/۷۹ ± ۱۳/۱۹

جدول ۲. میانگین نمره‌ی زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی به تفکیک جنس در نوجوانان مورد مطالعه

مقدار P	مقیاس‌های سلامت روان	
	پسران	دختران
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
۰/۹۹۸	۱/۲۷ \pm ۰/۹۳	۱/۲۷ \pm ۰/۸۷
۰/۰۶۰	۰/۹۳ \pm ۰/۶۹	۱/۱۴ \pm ۰/۸۲
۰/۲۷۰	۱/۲۳ \pm ۰/۶۵	۱/۳۴ \pm ۰/۶۷
۰/۰۸۰	۱/۱۹ \pm ۰/۸۱	۱/۳۹ \pm ۰/۷۴
۰/۰۰۳	۰/۸۶ \pm ۰/۶۳	۱/۱۷ \pm ۰/۷۶
۰/۱۳۰	۰/۸۰ \pm ۰/۶۸	۰/۹۶ \pm ۰/۸۰
۰/۸۸۰	۱/۴۵ \pm ۰/۸۵	۱/۴۷ \pm ۰/۸۸
۰/۰۰۳	۱/۰۰ \pm ۰/۷۲	۱/۳۵ \pm ۰/۸۴
۰/۰۰۶	۰/۵۴ \pm ۰/۵۴	۰/۸۰ \pm ۰/۷۳

هیجان و نمره‌ی تمام زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی رابطه‌ی معکوسی وجود دارد؛ به جز زیر مقیاس تصورات پارانوئیدی که رابطه‌ی معنی‌داری با این زیر مقیاس نداشت (جدول ۳).

در نتایج به دست آمده از این مطالعه، پس از حذف سن و جنس، مشخص شد که هوش هیجانی، علاوه بر ارتباط معکوس با پرخاشگری ($P = ۰/۰۱۴$)، وسواس ($P = ۰/۰۲۷$)، شکایات جسمانی ($P = ۰/۰۱۰$)، افسردگی ($P = ۰/۰۰۵$) و ترس مرضی ($P = ۰/۰۱۰$)، با اضطراب ($P = ۰/۰۳۴$) نیز رابطه‌ی معکوسی داشت و همچنین، مشخص شد زیر مقیاس ابراز هیجان علاوه بر افسردگی ($P = ۰/۰۳۰$) و ترس مرضی ($P = ۰/۰۳۰$) با پرخاشگری ($P = ۰/۰۲۵$) نیز ارتباط معکوسی داشت، اما بین زیر مقیاس‌های تنظیم هیجان و بهره‌برداری از هیجان با زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی ارتباط معنی‌داری به دست نیامد.

بر اساس آزمون همبستگی Pearson، بین نمره‌ی هوش هیجانی با نمره‌ی زیر مقیاس‌های پرخاشگری ($P = ۰/۰۱۳$)، وسواس ($P = ۰/۰۳۷$)، شکایات جسمانی ($P = ۰/۰۴۰$)، افسردگی ($P = ۰/۰۱۰$) و ترس مرضی ($P = ۰/۰۳۰$) رابطه‌ی معکوسی وجود داشت و بین نمره‌ی هوش هیجانی و نمره‌ی سایر زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. همچنین، بین نمره‌ی ابراز هیجان و نمره‌ی زیر مقیاس‌های افسردگی ($P = ۰/۰۳۰$) و ترس مرضی ($P = ۰/۰۳۰$) رابطه‌ی معکوسی دیده شد و بین نمره‌ی ابراز هیجان و نمره‌ی سایر زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی، رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت.

از طرف دیگر، بین نمره‌ی تنظیم هیجان و نمره‌ی زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی هیچ گونه رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد. همچنین، ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین نمره‌ی بهره‌برداری از

جدول ۳. ضرایب همبستگی Pearson بین نمره‌ی مقیاس‌های هوش هیجانی با نمره‌ی زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی در افراد مورد مطالعه

مقیاس‌های سلامت روان	هوش هیجانی		ابراز هیجان		تنظیم هیجان		بهره‌برداری از هیجان	
	مقدار R	مقدار P	مقدار R	مقدار P	مقدار R	مقدار P	مقدار R	مقدار P
پرخاشگری	-۰/۱۸۳	۰/۰۱۳	-۰/۱۴۲	۰/۰۵۴	-۰/۰۸۵	۰/۲۵۰	-۰/۲۵۴	<۰/۰۰۱
اضطراب	-۰/۱۴۰	۰/۰۵۹	-۰/۰۹۲	۰/۲۱۰	-۰/۰۶۹	۰/۳۵۰	-۰/۲۴۰	۰/۰۰۱
وسواس	-۰/۱۵۴	۰/۰۳۷	-۰/۱۱۶	۰/۱۱۰	-۰/۰۷۴	۰/۳۲۰	-۰/۲۵۰	<۰/۰۰۱
حساسیت فردی	-۰/۰۸۳	۰/۲۶۰	-۰/۰۹۶	۰/۱۹۰	-۰/۰۰۳	۰/۹۷۰	-۰/۱۹۴	۰/۰۰۸
شکایات جسمانی	-۰/۱۵۰	۰/۰۴۰	-۰/۰۷۷	۰/۲۹۰	-۰/۰۷۳	۰/۳۲۰	-۰/۲۷۹	<۰/۰۰۱
روان‌پریشی	-۰/۱۱۰	۰/۱۳۰	-۰/۱۰۷	۰/۱۵۰	-۰/۰۲۰	۰/۷۹۰	-۰/۲۱۰	۰/۰۰۴
تصورات پارانوئیدی	-۰/۰۵۰	۰/۵۰۰	-۰/۰۹۴	۰/۲۰۰	۰/۰۳۶	۰/۶۲۰	-۰/۱۳۰	۰/۰۸۰
افسردگی	-۰/۱۷۸	۰/۰۱۰	-۰/۱۶۳	۰/۰۳۰	-۰/۰۸۱	۰/۲۷۰	-۰/۲۸۸	<۰/۰۰۱
ترس مرضی	-۰/۱۶۱	۰/۰۳۰	-۰/۱۵۷	۰/۰۳۰	-۰/۰۹۳	۰/۲۰۰	-۰/۲۱۰	۰/۰۰۴

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، ارتباط زیر مقیاس‌های مؤلفه‌های روان‌شناختی با هوش هیجانی در دو جنس و در سنین مختلف مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفت و نشان داده شد که هوش هیجانی، با مؤلفه‌های علایم روان‌شناختی شامل پرخاشگری، وسواس، شکایات جسمانی، افسردگی و ترس مرضی ارتباط معکوسی داشت. در مطالعات مختلف، ارتباط معکوس هوش هیجانی با برخی از زیر مقیاس‌های علایم روان‌شناختی از جمله پرخاشگری، افسردگی و استرس نشان داده شده است، اما در این مطالعه سعی بر این شد که ارتباط هوش هیجانی با ابعاد بیشتری از علایم روان‌شناختی در یک فرد مورد بررسی قرار بگیرد. بدین ترتیب، علاوه بر زیرمقیاس‌های علایم روان‌شناختی ذکر شده در سایر مطالعات، در این مطالعه ارتباط معکوس بین هوش هیجانی با زیر مقیاس‌های ترس مرضی، وسواس و شکایات جسمانی نیز دیده شد.

هوش هیجانی، به تفاوت افراد در پردازش، ادراک، تنظیم و مدیریت هیجان اشاره دارد. از این رو، به نظر می‌رسد که این تفاوت‌ها تأثیر معنی‌داری بر نحوه‌ی زندگی، سلامت جسم و روان، عملکرد تحصیلی، شغلی و روابط اجتماعی داشته باشد (۳۳). مطالعات مختلف ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روان را در بزرگسالان نشان داده‌اند. از جمله، Roberts و همکاران رابطه‌ی بین هوش هیجانی و سلامت روان را بررسی و بر وجود آن تأکید کردند (۲۴)؛ این یافته‌ها، با مطالعه‌ی حاضر در نوجوانان نیز هم‌خوانی دارد. در مطالعه‌ی Nelis و همکاران، ارتباط معکوس هوش هیجانی با پرخاشگری، تصورات پارانوئیدی، شکایات جسمانی و ترس مرضی به دست آمده است که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مطابقت دارد (۳۳). به این ترتیب، به نظر می‌رسد افرادی که از محیط زندگی عاطفی بهتری برخوردارند، سلامت روانی و هوش هیجانی بالاتری دارند و نگرش مثبتی به زندگی خواهند داشت (۳۳).

تعدادی از محققین معتقدند در نوجوانانی که از توانایی کنترل هیجانات بیشتری برخوردارند، با حمایت اجتماعی و ایجاد رضایتمندی بیشتر، می‌توان از حالات افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی مصونیت ایجاد کرد (۳۴).

Brown و Schulz در پژوهشی توانایی درک، فهم و تقص در مدیریت هیجانات نوجوانان با هوش هیجانی پایین‌تر را علت رفتار مخرب چنین نوجوانانی بر می‌شمارند. در پژوهش آن‌ها، ارتباط معکوس بین هوش هیجانی و افسردگی به وضوح نشان داده شده است (۳۴). مدیریت هیجانات، خود به معنای بهره‌برداری از هیجان، تنظیم هیجان و ابراز هیجان در موقعیت‌های مناسب می‌باشد که این‌ها خود زیر مقیاس‌های هوش هیجانی هستند و ارتباط معکوس هوش هیجانی با زیر مقیاس پرخاشگری علایم روان‌شناختی، خود بر این یافته دلالت دارد.

نتایج پژوهش‌های مختلف، نشان می‌دهد که اگر دانش‌آموزان از برنامه‌ی آموزش هوش هیجانی برخوردار شوند، به دلیل رشد مهارت‌های بین فردی در آن‌ها و یادگیری کنترل هیجان‌ها که بخشی از برنامه‌ی آموزش هوش هیجانی است، میزان پرخاشگری آن‌ها در حد معنی‌داری کاهش می‌یابد. همچنین، نتایج بیانگر آن است که آموزش هوش هیجانی، منجر به کاهش پرخاشگری فیزیکی و کلامی و خشم در دانش‌آموزان شده است (۱۴-۱۳).

به طور کلی، هوش هیجانی در ارتقای سلامت روان دانش‌آموزان نقش چشمگیری دارد. آموزش مقیاس‌های هوش هیجانی، باعث می‌شود دانش‌آموزان از سلامت روان و احساس خود کارآمدی بالایی برخوردار باشند و در موقعیت‌های تحصیلی و شغلی، به موفقیت بیشتری دست یابند (۳۳).

با توجه به انتخاب دانش‌آموزان ۱۵-۱۳ ساله در این مطالعه، پیشنهاد می‌شود جهت بررسی تأثیر سن بر ارتباط هوش هیجانی و علایم روان‌شناختی، مطالعاتی با طیف سنی گسترده‌تر انجام شود. همچنین، با توجه به نقش هوش هیجانی بر بروز علایم روان‌شناختی و تأثیر آن در بهره‌وری علمی، پیشنهاد می‌شود که آموزش مقیاس‌های هوش هیجانی، از سنین پایین آغاز شود و به صورت جدی، برای اجرای آن در کل دوران آموزش برنامه‌ریزی گردد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی افرادی که در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت درمان و سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان در اجرای این طرح همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

1. World Health The world health report 2001- mental health: New understanding, new hope. Trans. Ghasemi SB, Fattahzadeh A, Soltani Arabshahi R, Najafi AH, Mali Y, Shariat SV, et al. Tehran, Iran: The Cultural Institute of Great Ibn-e-Sina; 2004. p. 30-3. [In Persian].
2. Graves JG. Emotional intelligence and cognitive ability: predicting performance in job-simulated activities / Jamen Gilbert Graves [PhD Thesis]. San Diego, CA: California School of Professional Psychology; 1999.
3. Lewis N, Rees C, Hudson N. Helping medical students identify their emotional intelligence. Med Educ 2004; 38(5): 563.
4. Herbert R, Edgar L. Emotional intelligence: a primal

- dimension of nursing leadership? *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2004; 17(4): 56-63.
5. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *Am Psychol* 2008; 63(6): 503-17.
 6. Khosrojavid M. A study about reliability and validity of Schutte emotional intelligence scale in adolescents [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University; 2002. [In Persian].
 7. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Pers Individ Dif* 2002; 32(2): 197-209.
 8. Phan KL, Fitzgerald DA, Nathan PJ, Tancer ME. Association between amygdala hyperactivity to harsh faces and severity of social anxiety in generalized social phobia. *Biol Psychiatry* 2006; 59(5): 424-9.
 9. Birks Y, McKendree J, Watt I. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC Med Educ* 2009; 9: 61.
 10. Liau AK, Liau AWL, Teoh GBS, Liau MTL. The case for emotional literacy: The influence of emotional intelligence on problem behaviours in Malaysian secondary school students. *J Moral Educ* 2003; 32(1): 51-66.
 11. Bastian VA, Burns NR, Nettelbeck T. Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Pers Individ Dif* 2005; 39(6): 1135-45.
 12. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Pers Individ Dif* 2002; 32(1): 95-105.
 13. Chan DW. Emotional intelligence, social coping, and psychological distress among Chinese gifted students in Hong Kong. *High Abil Stud* 2006; 16(2): 163-78.
 14. Sjoberg L. Emotional intelligence and life adjustment. In: Cassady JC, Eissa MA, editors. *Emotional intelligence: perspectives on educational and positive psychology*. 11th ed. New York, NY: Peter Lang Publishing; 2008. p. 169-84.
 15. Gore SW. *Enhancing Students Emotional Intelligence and Social Adeptness* [MSc Thesis]. Chicago, IL: Saint Xavier University and Sky Light Professional Development Field-Based Master's Program; 2000.
 16. Brackett MA, Mayer JD, Warner RM. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Pers Individ Dif* 2004; 36: 1387-402.
 17. Mayer JD, Di Paolo M, Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *J Pers Assess* 1990; 54(3-4): 772-81.
 18. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey D, Sluyter D, editors. *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators*. New York, NY: Basic Books; 1997. p. 3-31.
 19. Besharat AA, Rezazadeh MR, Firoozi M, Habibi M. The impact of emotional intelligence on mental health and academic success in transition from high school to college. *Journal of Psychological Sciences* 2005; 4(13): 26-41. [In Persian].
 20. Riley H, Schutte NS. Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *J Drug Educ* 2003; 33(4): 391-8.
 21. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. *The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems; 2002.
 22. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair RJ, Charney DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *J Anxiety Disord* 2008; 22(8): 1487-95.
 23. Roberts RD, Schulze R, O'Brien K, MacCann C, Reid J, Maul A. Exploring the validity of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) with established emotions measures. *Emotion* 2006; 6(4): 663-9.
 24. Roberts RD, Zeidner M, Matthews G. Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion* 2001; 1(3): 196-231.
 25. Esmaeili M. *Effect of emotional intelligence factors training on enhancing mental health* [PhD Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University; 2004. p. 123-48. [In Persian].
 26. Farghedani A. *The relationship of emotional intelligence and social adjustment among undergraduate female students in School of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, educational year Of 2004-2005* [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University; 2004. p. 88-107. [In Persian].
 27. Adibrad N. *Comparing the impact of stress inoculation training and emotional intelligence training on female executive stress syndrome in nurses* [PhD Thesis]. Tehran, Iran: School of Education, Tarbiat Moallem University; 2004; 125-51. [In Persian].
 28. Kashi E. *Impact of social skills basic of Lagreka model on decrease of girl aggression* [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University; 2003. p. 79-98. [In Persian].
 29. Asgarian M, Mohammadi Taghavi SM, Saatchi M, Moasheri A, Kamkari K, Asadi P. *Psychology tests*. 1st ed. Tehran, Iran: Virayesh; 2010.
 30. Derogatis LR, Unger R. *Symptom Checklist-90-Revised*. In: Weiner IB, Craighead WE, editors. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2014.
 31. Homaee R. *The relationship of mental distresses and mental health among preuniversity girl students in Ahvaz city* [MSc Thesis]. Ahvaz, Iran: Shahid Chamran University of Ahvaz; 2000. p. 124. [In Persian].
 32. Derogatis LR. *SCL 90 R administration, scoring and procedures manual II for the revised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. 2nd ed. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
 33. Nelis D, Quoidbach J, Mikolajczak Mr, Hansenne M. Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Pers Individ Dif* 2009; 47(1): 36-41.
 34. Moore K. *The Abstracts of the 3rd Annual Conference of the APS Psychology of Relationships Interest Group*: Deakin University, Victoria. *Aust J Psychol* 2003; 55(S1): 223-33.

The Relationship of Emotional Intelligence with Mental Health in Adolescents

Parastoo Golshiri¹, Ahmad Reza Zamani², Mohammad Shirani-Bidabadi³

Original Article

Abstract

Background: In different studies, the relationship of emotional intelligence with psychological sign and symptoms and its subscales in life and inter-personal relationship in adulthood has been proved. Our purpose in this study was to identify the relationship between emotional intelligence and mental health in adolescents.

Methods: This study was done on 185 students (101 boys and 84 girls) in Isfahan city, Iran. Emotional intelligence questionnaire was used to investigate emotional intelligence in target group and for evaluation of psychological sign and symptoms, we used Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90R) questionnaire. Data were analyzed using Pearson correlation coefficient.

Findings: There was no significant difference in prevalence of emotional intelligence scales in different sexes and ages. Emotional intelligence had inverse relationship with psychological symptoms parameter including aggression ($P = 0.013$), obsession ($P = 0.037$), somatization ($P = 0.040$), depression ($P = 0.010$) and phobia ($P = 0.030$) in both girls and boys. This inverse relationship existed after exclusion of age and sex as confounding variables.

Conclusion: In present study, it was determined that emotional intelligence had invert relationship with psychological symptoms subscales including aggression, obsession, somatization, depression, and phobia. These improvements revealed the necessity of research and training of emotional intelligence in schools.

Keywords: Emotional intelligence, Psychological parameters, Adolescent, Emotion regulation, Emotional expression, Mental health

Citation: Golshiri P, Zamani AR, Shirani-Bidabadi M. **The Relationship of Emotional Intelligence with Mental Health in Adolescents.** J Isfahan Med Sch 2017; 34(409): 1423-9.

1- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- General Practitioner, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Parastoo Golshiri, Email: golshiri@hlth.mui.ac.ir