

# بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزوار

راضیه خسروجردی<sup>۱</sup>، دکتر علی خانزاده<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

<sup>۲</sup> دانشیار روانشناسی تربیتی دانشگاه تهران

نشانی نویسنده مسؤول: سبزوار، خیابان نیستان، نیستان ۸، راضیه خسروجردی

E-mail: khosro.R@Gmail.com

وصول: ۸۶/۳/۲۱، اصلاح: ۸۶/۴/۱۶، پذیرش: ۸۶/۵/۳

## چکیده

**زمینه و هدف:** نظریه هوش هیجانی دیدگاه جدیدی درباره پیش‌بینی عوامل مؤثر بر موفقیت و هم‌چنین پیشگیری اولیه از اختلالات روانی فراهم می‌کند. بر اساس شواهد، افرادی که مهارت هیجانی دارند در هر حیطه‌ای از زندگی ممتاز هستند. با توجه به این که دانشجویان آینده‌سازان جامعه هستند، هدف تحقیق حاضر بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی در دانشجویان است.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه دانشجویان دختر و پسر دوره کارشناسی دانشگاه تربیت معلم سبزوار است که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۳-۸۲ مشغول به تحصیل بوده‌اند. نمونه مورد نظر ۲۳۰ نفر از دانشجویان کارشناسی بود که با روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب شدند و برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه جمعیت‌شناسی محقق ساخته، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه هوش هیجانی مایر استفاده شد. روش‌های آماری مورد استفاده ضریب همبستگی پیرسون، ضریب تعیین، رگرسیون ساده، رگرسیون چندگانه با روش گام به گام، آزمون تی و تحلیل واریانس چند متغیری است.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش رابطه ۰/۶۸- را بین هوش هیجانی و سلامت عمومی نشان می‌دهد. یعنی ۴۶ درصد تغییرات سلامت عمومی را هوش هیجانی پیش‌بینی می‌کند. نتایج تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که بازسازی احساسات بهترین پیش‌بینی کننده سلامت عمومی می‌باشد. در مقایسه هوش هیجانی دختران و پسران، پسران از هوش هیجانی بالاتری برخوردار می‌باشند و نتیجه مقایسه سلامت عمومی دختران و پسران، سلامت عمومی بیشتر در پسران را نشان می‌دهد.

**نتیجه‌گیری:** هوش هیجانی از عوامل ارتقای سلامت عمومی و پیشگیری از اختلالات روانی می‌باشد. (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۴/شماره ۲ / صص ۱۱۶-۱۱۰).

**واژه‌های کلیدی:** هوش هیجانی؛ سلامت عمومی؛ بازسازی احساسات.

## مقدمه

آنان از اهمیت زیادی برخوردار است و تأمین آن از طریق پیشگیری و ارتقای سلامت حاصل می‌شود (۱).  
فعالیت‌های آموزشی در جهت تقویت بهزیستی به ویژه

دانشجویان هر جامعه نیروی انسانی و سازندگان  
فردای آن جامعه هستند. از این‌رو، سلامت جسم و روان

پیشرفت تحصیلی می‌بایست به رشد هیجانی دانش‌آموزان و دانشجویان توجه نموده و آن‌ها را برای همکاری و مشارکت در کار، تصمیم‌گیری‌های مسئولانه، مقاومت در برابر فشار گروه همسالان و نفوذ وسایل ارتباط جمعی آماده نمود. لذا اهمیت این تحقیق از این نظر که ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت عمومی را در جمعیت دانشجویی بررسی می‌کند، نیز بارز می‌شود، به ویژه این که انواع اختلالات خفیف روانی مثل اضطراب و افسردگی همیشه در این قشر وجود داشته و سلامت آن‌ها را با مخاطره همراه کرده است. شناخت عوامل مرتبط با سلامت جسم و روان دانشجویان، می‌تواند دست‌اندرکاران امر تعلیم و تربیت را در هدایت برنامه‌های آموزشی و پرورشی کمک کند و آنان را به امور جوانان کشور آگاه‌تر گرداند. همچنین نتایج تحقیق می‌تواند برای تدوین نظریه‌های لازم برای دستیابی به اصول پیشگیری و در نتیجه تأمین بهداشت روانی مفید باشد. بنابراین پژوهش حاضر سعی دارد به این پرسش‌ها پاسخ دهد که آیا بین هوش هیجانی و سلامت عمومی دانشجویان، رابطه وجود دارد؟ در آموزش هوش هیجانی بهتر است بر کدام یک از مؤلفه‌های هوش هیجانی، بیشتر تأکید شود؟ سؤال آخر این که آیا دختران و پسران از نظر هوش هیجانی و سلامت عمومی با هم یکسان هستند یا تفاوت‌هایی بین آن‌ها وجود دارد؟

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه تحقیق متشکل از کلیه دانشجویان کارشناسی رشته‌های مختلف دانشگاه تربیت معلم سبزوار است که از بین آن‌ها ۲۳۰ نفر (۲۴-۱۹ ساله) به عنوان نمونه انتخاب شدند. دانشجویان سال اول حذف شدند چون سال اول، سال سازگاری به حساب می‌آید. همچنین دانشجویان دو والدی انتخاب شدند. ۱۱۰ نفر از دانشجویان پسر و ۱۲۰ نفر دختر بودند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری چند

آموزش مهارت‌های لازم برای زندگی از بخش‌هایی است که برای ارتقای سلامت روان باید توسعه یابد. از جمله فعالیت‌های آموزشی که محققان روان‌شناسی بر روی آن تأکید دارند، آموزش مهارت‌های هوش هیجانی است. هوش هیجانی نشان‌دهنده توانایی تشخیص، ارزیابی و بیان هیجان‌ها به نحو صحیح و سازگارانه می‌باشد و هم‌چنین شامل توانایی درک درست محیط انسانی، توانایی تشخیص احساسات خود و دیگران و استفاده از دانش هیجانی برای تسهیل فعالیت‌های شناختی، هدایت تفکر و عمل سازگارانه است (۲).

سالووی و همکاران در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی با سلامت روان در ارتباط است و افرادی که هوش هیجانی بالایی دارند توانایی بهتری برای مقابله با استرس دارند و در هنگام فشار، کمتر دچار بیماری می‌شوند (۳). در تحقیقات بار-آن و قربانی و همکاران نیز رابطه بین هوش هیجانی و سلامت روانی بررسی و تأیید شده است (۴،۵).

با این پیش‌زمینه چنین به نظر می‌رسد که می‌توان سلامت جسم و روان را از طریق آموزش مهارت‌های هوش هیجانی بهبود بخشید. ولی با وجود تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته، توافق کلی در رابطه با تمامی مؤلفه‌های هوش هیجانی با سلامت روان دیده نمی‌شود. در تحقیقی که توسط سیاروچی و همکاران صورت گرفته، نشان داده شده است که بعضی از اشکال هوش هیجانی، افراد را در برابر استرس مصون می‌دارد. ولی بعضی از اشکال آن مثل مهارت خودکنترلی هیجانی با افسردگی رابطه مثبت داشته و افرادی که از مهارت خود کنترلی هیجانی برخوردارند، ناامیدی بیشتری را گزارش کرده‌اند (۶). لذا این مسأله، لزوم انجام تحقیقات بیشتری را در این زمینه آشکار می‌کند.

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

۳) پرسشنامه هوش هیجانی مایر TMMS: این مقیاس، فرم تجدیدنظر شده مقیاس حالت فراخلقی مایر و کامچک است که توسط سالووی و همکاران به منظور سنجش پایاتر تفاوت‌های فردی در تجارب اندیشه‌ای خلق تهیه شد و از ۳ مؤلفه توجه به احساسات، تمایز احساسات و بازسازی احساسات تشکیل شده است. مقیاس مزبور شامل ۳۰ سؤال است و آزمودنی‌ها در یک مقیاس ۵ مرحله‌ای، از عمدتاً مخالف تا عمدتاً موافق به این پرسشنامه پاسخ می‌دهند (۵). قربانی و همکاران در پژوهشی اعتبار مولفه‌های توجه، تمایز و بازسازی را در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۶۵ و ۰/۷۲ به دست آوردند (۵). در این پژوهش اعتبار مؤلفه‌های نامبرده ۰/۷۶، ۰/۷۹ و ۰/۶۸ به دست آمد و ضریب آلفای ۰/۸۶ برای پایایی محاسبه شد.

پرسشنامه‌ها به صورت گروهی اجرا شدند و بعد از نمره‌گذاری، تجزیه و تحلیل داده‌ها بر مبنای آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون، ضریب تعیین، رگرسیون ساده و رگرسیون چندگانه با روش گام به گام، آزمون تی و تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

### یافته‌ها

برای بررسی رابطه هوش هیجانی و سلامت عمومی ابتدا ضریب همبستگی بین هر یک از

مرحله‌ای بود. در نمونه‌گیری چندمرحله‌ای افراد جامعه با توجه به سلسله مراتبی از انواع واحدهای جامعه انتخاب می‌شوند. برای این منظور از بین کلیه کلاس‌های تخصصی تشکیل شده در دانشگاه، ۱۸ کلاس به تصادف انتخاب شدند و نمونه مورد نظر از این کلاس‌ها برگزیده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه استفاده شد.

۱) پرسشنامه جمعیت‌شناسی محقق ساخته که توسط این پرسشنامه اطلاعاتی در مورد متغیرهایی مثل سن و جنس جمع‌آوری شد.

۲) پرسشنامه سلامت عمومی GHQ که یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که در مجموع بالینی برای ردیابی کسانی که دارای اختلال روانی هستند استفاده می‌شود و توسط کلدبرگ ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای دارای ۴ مؤلفه (زیر مقیاس) است که عبارتند از نشانه‌های بدنی، اضطراب، نارسایی در عملکرد اجتماعی و افسردگی و خیم. کلدبرگ و همکاران روایی پرسشنامه را ۰/۷۸ و همسانی درونی آن را از طریق آلفای کرانباخ ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند (۷). در ایران هومن و تقوی نیز پایایی و روایی پرسشنامه را بررسی و تأیید کرده‌اند (۸،۹). در این پژوهش نیز جهت بررسی روایی پرسشنامه از روایی همگرا استفاده شد و همبستگی داده‌های حاصل از اجرای دو پرسشنامه سلامت عمومی و SCL-90-R ۰/۷۲ محاسبه شده و پایایی پرسشنامه توسط آلفای کرانباخ ۰/۷۶ محاسبه شده است.

جدول ۱: ضرایب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و سلامت عمومی

سلامت عمومی	افسردگی	نارسایی در عملکرد اجتماعی	اضطراب	نشانه‌های بدنی	مؤلفه‌های سلامت عمومی	
					مؤلفه‌های هوش هیجانی	مؤلفه‌های هوش هیجانی
-۰/۳۶	-۰/۲۷	-۰/۱۱	-۰/۳۱	-۰/۳۷	توجه به احساسات	توجه به احساسات
-۰/۴۸	-۰/۵۶	-۰/۱۹	-۰/۴۲	-۰/۲۹	تمایز احساسات	تمایز احساسات
-۰/۷۳	-۰/۷۹	-۰/۳۱	-۰/۶۲	-۰/۴۶	بازسازی احساسات	بازسازی احساسات
-۰/۶۸	-۰/۷۱	-۰/۴۱	-۰/۵۸	-۰/۵۰	هوش هیجانی	هوش هیجانی

پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که بازسازی احساسات بهترین پیش‌بینی کننده سلامت عمومی است. در مرحله آخر مقایسه‌ای بین هوش هیجانی و سلامت عمومی دختران و پسران صورت گرفت. برای بررسی تفاوت هوش هیجانی در دختران و پسران از آزمون تی استفاده شد.

تفاوت بین میانگین‌ها (۰/۲۶۲) در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (جدول ۲). نمره هوش هیجانی پسران بالاتر بود. یعنی پسران از هوش هیجانی بیشتری برخوردار بودند. برای بررسی تفاوت میانگین نمره مؤلفه‌های هوش هیجانی در دو جنس از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج حاصله معنادار نبود، (p=۰/۰۶۹). لذا آزمون‌های تک متغیری اجرا نشد. برای بررسی تفاوت سلامت عمومی در دختران و پسران نیز از آزمون تی استفاده شد. تفاوت بین میانگین‌ها (۰/۱۵۱) در سطح ۰/۰۵ معنادار بود (جدول ۳).

**جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمره کل هوش هیجانی در دو جنس**

جنس	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین
دختران	۱۲۰	۲/۸۷۰ $\pm$ ۰/۳۲۲
پسران	۱۱۰	۳/۱۳۲ $\pm$ ۰/۳۸۸

**جدول ۳: شاخص‌های توصیفی نمره کل سلامت عمومی در دو جنس**

جنس	تعداد	انحراف معیار $\pm$ میانگین
دختران	۱۲۰	۲/۲۶۱ $\pm$ ۰/۴۳۶
پسران	۱۱۰	۲/۱۱ $\pm$ ۰/۴۱۸

یعنی نمرات سلامت عمومی پسران کمتر بود و با توجه به پرسشنامه GHQ، سلامت عمومی پسران بیشتر از دختران بود.

برای بررسی تفاوت میانگین نمره مؤلفه‌های سلامت عمومی در دو جنس از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج حاصله در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود، لذا آزمون‌های تک متغیری انجام نشد.

شاخص‌های سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن، با هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن محاسبه شد. همبستگی مؤلفه‌های سلامت عمومی و هوش هیجانی، دامنه ضرایب همبستگی را از ۰/۱۱- تا ۰/۷۳- نشان می‌دهد که بیانگر همبستگی منفی بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های آن با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن است (در پرسشنامه‌ها سلامت عمومی نمره کمتر نشان دهنده سلامت عمومی بیشتر است) (جدول ۱).

چون هدف نهایی این تحقیق، پیش‌بینی سلامت عمومی از طریق هوش هیجانی است، لذا از تحلیل رگرسیون ساده برای این پیش‌بینی استفاده شد (جدول ۲). نتیجه رگرسیون ساده سلامت عمومی بر حسب هوش هیجانی نشان می‌دهد که هوش هیجانی حدود ۰/۴۶ واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کند (ضریب همبستگی -۰/۶۸). لذا هوش هیجانی پیش‌بینی کننده خوبی برای سلامت عمومی است.

برای بررسی این مطلب که، کدام یک از مؤلفه‌های هوش هیجانی بهتر می‌توانند سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند؟ از تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام به گام استفاده شد. در این تحلیل متغیرهای پیش‌بین یعنی مؤلفه‌های هوش هیجانی (توجه، تمایز و بازسازی) بر اساس میزان ضرایب صفر مرتبه و تفکیکی هر یک از آن‌ها در گام‌های متوالی وارد تحلیل شدند تا میزان پیش‌بینی هر یک برای تغییرات سلامت عمومی مشخص گردد. در گام اول فقط بازسازی احساسات وارد معادله شد، چون بیشترین همبستگی را با سلامت عمومی داشت (۰/۷۳- = r). این مؤلفه به تنهایی قادر است حدود ۳۶ درصد سلامت عمومی را پیش‌بینی کند. در گام بعد علاوه بر بازسازی احساسات، تمایز احساسات (۰/۴۸- = r) هم وارد معادله شد که این مؤلفه حدود ۶ درصد سلامت عمومی را پیش‌بینی کرد. در گام سوم، توجه هیجانی (۰/۳۶- = r) وارد معادله شد و این مؤلفه نیز قادر به پیش‌بینی حدود ۴ درصد سلامت عمومی است. پس با استناد به یافته‌های

**بحث**

دارند و عملکرد بهتری داشته و در برابر استرس مقاوم‌ترند (۱۲).

لاملی و اسمیت طی پژوهشی گزارش کردند که افرادی که از درک و ابراز هیجان‌های خود ناتوان هستند، دردهای بیشتری تجربه می‌کنند (۱۳).

فلدمن و لهرر نیز در پژوهشی که در زمینه ناتوانی هیجانی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ناتوانی هیجانی امکان کنترل آسم را سخت‌تر می‌کند و بیان هیجان و برون‌ریزی عاطفی، روند بیماری را بهتر می‌کند (۱۴).

بنابراین هوش هیجانی به عنوان یک عامل روان‌شناختی با سلامت رابطه دارد. چرا که در هوش هیجانی مهارت‌هایی وجود دارد که پردازش اطلاعات هیجانی را تسهیل کرده و باعث انسجام فکر می‌شوند. بنابراین افرادی که به احساسات خود توجه کرده و آن‌ها را شناسایی و درک می‌نمایند و حالت‌های خلقی خود را بازسازی می‌کنند می‌توانند تأثیر اتفاقات استرس‌زا را به حداقل رسانده و به راحتی با آن‌ها مقابله کنند و در نتیجه از سلامت جسمی و روانی بیشتری برخوردارند (۴).

در ادامه پژوهش برای مقایسه هوش هیجانی دختران و پسران از آزمون تی و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که هوش هیجانی پسران بیشتر از دختران است. نتایج این یافته با یافته‌های سیمونز و یانگ و -بار- آن مطابقت ندارد (۵, ۱۵, ۱۶) چون آنها به این نتیجه رسیدند که بین هوش هیجانی دختران و پسران تفاوت وجود ندارد. همچنین با یافته‌های دهشیری و جوادی نیز مغایرت دارد (۱۷, ۱۸). برای تبیین این یافته با یک نگاه جنسیتی و دقت در پیشینه هوش هیجانی در می‌یابیم که بر اساس عقاید نظریه‌پردازان، هوش هیجانی یک ظرفیت روانی برای معنابخشی و کاربرد اطلاعات هیجانی است که قسمتی غریزی است و قسمتی دیگر از تجارب زندگی آموخته می‌شود. با توجه به این که اکثر دانشجویان دانشگاه تربیت معلم سبزواز از شهرستان‌های

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که هوش هیجانی ۴۶ درصد تغییرات سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کند. با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون گام به گام سلامت عمومی بر حسب مولفه‌های هوش هیجانی نیز مشخص شد که هر سه مؤلفه توجه، تمایز و بازسازی قادر به پیش‌بینی سلامت عمومی هستند و بازسازی احساسات بهترین پیش‌بینی کننده سلامت عمومی است.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های سالووی و همکاران که با مقیاس رگه فراخلقی نشان دادند که بین هوش هیجانی و عملکردهای روانی و بین شخصی ارتباط معناداری وجود دارد، همخوان است. مطالعه ذکر شده نشان داد که بین هوش هیجانی ادراک شده و عملکردهای روانی و بین شخصی ارتباط معناداری وجود دارد به نحوی که هوش هیجانی بالا با اضطراب و افسردگی پایین و همدلی و رضایت بین شخصی بالا و سبک‌های مقابله‌ای سازش یافته همسو است. توجه هیجانی بالا با سطح کورتیزول و فشار خون پایین همراه است که این امر در سلامت جسمانی اهمیت دارد، توجه هیجانی بالا با خودآگاهی جمعی و شخصی نیز مرتبط است. بازسازی هیجانی پایین با بیماری‌های جسمانی، سبک‌های مقابله‌ای انفعالی و تفکر مکرر و منفی ارتباط دارد (۳).

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های قربانی و همکاران و بار- آن مطابقت دارد (۵, ۱۰). هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر با سایر یافته‌های دیگر نیز به نحوی همسو است که خلاصه‌وار به آن‌ها اشاره می‌شود. براکت و مایر و وارنر نیز بین هوش هیجانی پایین و رفتارهایی که نشان دهنده عدم مراقبت از خود مثل سیگار کشیدن، سوء مصرف دارو و استفاده از الکل است، رابطه معناداری یافتند (۱۱). سارنی در پژوهشی که بر روی ۴۰۰ نفر انجام داد نشان داد که افرادی که از هوش هیجانی بالا برخوردارند، شادابی، نشاط، سرزندگی و استقلال بیشتری

بر زندگی دختران حاکم است. فشارهای وارده بر آن‌ها در جهت انجام رفتارهای کلیشه‌ای، عدم استقلال، عدم قدرت انتخاب، امکانات تفریحی و ورزشی کمتر نسبت به پسران از جمله این محدودیت‌هاست. به اعتقاد گریمل چون دختران بیشتر از پسران تحت تأثیر مقایسه خود با خود ایده‌آل هستند، از سلامت روان کمتری برخوردارند (۲۳). رفتارهای نوروپیک نماینده طرز سازش شخص با محرومیت‌ها و تعارض‌ها و تشویش‌هاست. هیجان منفی که در نتیجه محرومیت و تعارض حاصل می‌شود اغلب باعث بروز عوارض جسمانی، اضطراب و افسردگی می‌شود که با توجه به آنچه در مطالب بالا ذکر شد، به نظر می‌رسد محرومیت و تعارض در دختران بیشتر باشد.

با توجه به نتایج یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود برنامه آموزش هوش هیجانی برای ارتقای سلامت روانی در مراکز مشاوره دانشجویی و مراکز تعلیم و تربیت تدوین و اجرا شود. همچنین اجرای کلاس‌های آموزشی برای آموزش والدین جهت فراهم آوردن امکانات و آزادی‌های لازم برای دختران که مادران آینده هستند در مراکز بهداشت تمام نقاط کشور الزامی به نظر می‌رسد. از مسؤولان شهرداری درخواست می‌شود امکانات رفاهی، ورزشی و تفریحی برای هر دو جنس در حد کافی فراهم آید.

کوچک به این شهر آمده‌اند، امکان یادگیری از تجارب و امکانات در محیط‌های بسته‌تر برای پسران فراهم‌تر است. مثلاً امکان بازی‌های دسته‌جمعی مثل فوتبال در دورافتاده‌ترین نقاط کشور برای پسران همیشه فراهم است. از همان سنین کودکی که سیستم عصبی در حال رشد است، این بازی‌ها می‌توانند تمرینی برای یادگیری و تقویت مسیرهای عصبی باشند و امکان تعاملات و بازخوردهایی را در زمینه کنترل استرس، مهار خشم، همدلی و مهارت‌های اجتماعی فراهم می‌کنند و علاوه بر این تعامل با گروه همسال بر روی رشد مغز، توجه، دقت و یادگیری تأثیر می‌گذارد.

برای مقایسه سلامت عمومی دختران و پسران نیز از آزمون تی و تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد و نتایج نشان داد که سلامت عمومی پسران بیشتر از دختران می‌باشد. نتایج این یافته‌ها با یافته‌های فرایدنبرگ و همکاران و مارکوت همسو است (۲۰ و ۱۹) و با پژوهش حقیقت‌گو و پترسون و نوربالا و همکاران که در ایران انجام گرفته است، نیز همخوان است (۲۲ و ۲۱). رابطه جنس با سلامت روان را باید با یک رویکرد جنسیتی نگریست و محدودیت‌هایی را که در یک جامعه برای دختران وجود دارد از نظر دور نداشت. در جامعه ما به ویژه در بافت شهرهای کوچکتر محدودیت‌های بیشتری

## References

1. Taylor S E. Health psychology. New York: MC Graw-Hill. Inc; 1995.
2. Mayer J D, Salovey P, Caruso D. 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; 2000. pp. 92-117.
3. Salovey P, Mayer J D, Goldman S L, Tuvey C, Palfal T P. Emotional attention, clarity, and repair. Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In: Pennebaker J. W. editor. Emotion, Disclosure, and Health. Washington D. C: American psychological Association; 1995. PP.125-154.
4. Bar- On R. Emotional and social intelligence: insight from the emotional a valiant inventory (EQ-1). In: R Bar- On, J D A. Parker, editors, Handbook of emotional intelligence. Sanfrancisco: Jossey- Bass; 2000. pp. 363-388.
5. Ghorbani N, Bing M N, Watson P J, Davison H K, Mack D A. Self-reported emotional intelligence: construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the united states. Int J psychology. 2002;37(5): 297-308.

6. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderate the relationship between stress and mental health. *Pers Individ Dif*. 2002; 32: 197-209.
- ۷- استورا جی بی. تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۷.
- ۸- هومن عباس. هنجاریابی و استانداردسازی پرسشنامه سلامت عمومی. تهران: دانشگاه تربیت معلم، طرح پژوهشی، ۱۳۷۷.
- ۹- تقوی سیدمحمدرضا. بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، ۱۳۸۰: سال ۵، شماره ۲۰، ص ۳۹۸-۳۸۱.
10. Bar- On R. The emotional Quotient Inventory (EQ-I); A measure of emotional intelligence. Toronto: Multi-Health systems, 1999.
11. Brackett M A, Mayer J D, Warner R M. emotional intelligence and its reaction to everyday behavior. *Personality and individual differences*, 2003. [www.elsevier.com/Locate/paid](http://www.elsevier.com/Locate/paid).
12. Saarni C. Emotional competence. A Developmental perspective. In: Reuven Bar- On James D A Parker, . The Handbook of Emotional intelligence. Sanfrancisco: Jossey-Bass, Wiley company; 2000. pp. 68-91.
13. Lumley M, Smith J. The relationship of alexithymia to pain among patient with chronic myofascial pain: Comparisons with self efficacy, corostrophizing and depression. *J Psychosom Res*. 2002; 53 (3): 823-30.
14. Feldman J, Lehrer P. The predictive value of the Toronto Alexithymia scale among patients with asthma. *J Psychosom Research*. 2002; 53(6): 1049-1052.
15. Simmons K. Emotional Intelligence: what Smart manager know: Executive. <http://www.gwsas.org/Execotiveupdate/2001/April/emotional>.
16. Yong L M S. the Yong E Q inventory: Norms and technical Manual. Koala Lumpur: LPL, Sdn Bhd; 2003.
- ۱۷- دهشیری، غلامرضا. هنجاریابی پرسشنامه هوش هیجانی بار - ان در بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران و بررسی ساختار عاملی آن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، ۱۳۸۱.
- ۱۸- حکیم جوادی منصور. بررسی رابطه کیفیت دلبستگی و هوش هیجانی در دانش‌آموزان تیزهوش و عادی. پایان‌نامه دکتری. تهران: دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، ۱۳۸۳.
19. Frydenberg E, Lewis R. Boys play sport and girls turn of others Age. Gender and Ethnicity as determinats of coping. *J Adolescence*. 1993;16 (3): 253-66.
20. Marcotte D. Gender differences in adolescents depression. Gender typed characteristics of problem Solving skills deficits. *Sex Roles*. <http://www.findarticles.com>.
21. Hagighatgou H, Peterson C. Coping and depressive symptoms among Iranian students. *J. Soc Psychol*. 1995; 135 (2):175-80.
- ۲۲- نوربالا احمدعلی، باقر یزدی سیدعباس، کاظم محمد، یاسمی محمدنقی. نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران، تهران: نشر مولف، ۱۳۸۰.
23. Grimmell D. Effects of gender-role on depressed mood. 1988. <http://www.findrticle.com>.