

رابطه هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی

مصطفی زارعان*، امین اسداله‌پور**، دکتر عباس بخشی پور رودسری***

چکیده

مقدمه: نظر به اهمیت نقش هوش هیجانی در بروز اختلال‌های هیجانی و سلامت روانی، این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی انجام شد.

روش: در این پژوهش که از نوع مقطعی-توصیفی است، آزمون‌های هوش هیجانی (MSEIS)، سبک‌های حل مسئله و سلامت عمومی (GHQ-28) بر روی ۶۹ نفر از دانشجویان سال اول رشته‌های علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز که به روش طبقه‌ای-خوشه‌ای انتخاب شده بودند، در دو نوبت و به صورت گروهی اجرا گردیدند. داده‌ها به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هوش هیجانی با سلامت عمومی و دو سبک حل مسئله اعتماد و گرایش، همبستگی مثبت معنی‌دار ($p < 0/001$) و با دو سبک حل مسئله درماندگی و مهارگری همبستگی منفی معنی‌دار ($p < 0/05$) دارد. هم‌چنین سه سبک حل مسئله درماندگی، اعتماد و گرایش به ترتیب ۲۴٪، ۸٪ و ۶٪ از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/001$). افزون بر آن دو سبک حل مسئله گرایش و اعتماد به ترتیب ۱۹٪ و ۱۰٪ از واریانس هوش هیجانی را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بین هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی رابطه معنی‌دار وجود دارد.

کلیدواژه: هوش هیجانی، سبک‌های حل مسئله، درماندگی، اعتماد، سلامت عمومی

مقدمه

فرنهام^۱، ۲۰۰۱، به‌نقل از پتریدز، فردریکسون^۲ و فرنهام، ۲۰۰۴، بر گستره پژوهش‌های مربوط به هوش هیجانی افزوده است. هوش هیجانی صفتی یا خودکارآمدی هیجانی^۳ به مجموعه آمادگی‌های رفتاری و تمایلات فرد در بازشناسی،

توانایی پیش‌بینی موفقیت‌های زندگی و نیز نقش اساسی هوش هیجانی^۱ در بیشتر اختلال‌های روانی، هم‌چنین دو نوع مفهوم‌سازی صفتی^۲ و توانشی^۳ از هوش هیجانی (پتریدز^۴ و

* دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی. دورنگار: ۳۳۵۶۰۰۹-۰۴۱۱ (نویسنده مسئول).

E-mail: mostafazarean85@gmail.com

** دانشجوی کارشناسی روانشناسی بالینی، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

*** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، مدیر گروه روانشناسی.

1- emotional intelligence
3- ability
5- Furnham
7- emotional self-efficacy

2- trait
4- Petrides
6- Frederickson

پردازش و سازمان‌دهی اطلاعات هیجانی گفته می‌شود (همان‌جا). هوش هیجانی صفتی، ریشه در مفاهیمی چون هوش اجتماعی^۱ ثرن‌دایک^۲ (۱۹۲۰)، به نقل از همان‌جا) و هوش درون‌فردی^۳ گاردنر^۴ (۱۹۸۳)، به نقل از همان‌جا) دارد. هم‌چنین مفاهیمی هم‌چون همدلی، انگیزختگی و جرأت‌ورزی را نیز دربرمی‌گیرد. این نوع هوش هیجانی بیشتر به کمک پرسش‌نامه‌ها و ابزارهای خودسنجی ارزیابی می‌شود.

تلقی توانشی از هوش هیجانی، یادگیری توانایی‌های هیجانی و به کارگیری عملی آنها در حوزه‌های گوناگون را پایه زندگی می‌داند. به باور مه‌یر^۵ و سالووی^۶ (۱۹۹۷)، به نقل از شاته^۷ و همکاران، (۱۹۹۸)، توانایی دریافت و ابراز هیجان و نیز فهم و مدیریت اطلاعات هیجانی، قابل یادگیری بوده و افراد از این نظر با هم متفاوت هستند. بنابراین هوش هیجانی توانشی یا توانایی شناختی - هیجانی^۸ به توانایی افراد در بازشناسی و پردازش اطلاعات هیجانی گفته می‌شود (پتریدز و فرهنگ، ۲۰۰۱، به نقل از پتریدز و همکاران، ۲۰۰۴). این نوع هوش هیجانی به کمک آزمون‌های عملکرد و موقعیت‌های عینی، ارزیابی می‌شود.

افزون بر دو گونه تلقی صفتی و توانشی از هوش هیجانی، دست‌کم دو الگوی مطرح در زمینه هوش هیجانی وجود دارد. در الگوی نخست، هوش هیجانی به سه مقوله ارزیابی هیجان‌ها^۹، تنظیم هیجان‌ها^{۱۰} و به کارگیری هیجان‌ها در حل مسایل^{۱۱} تقسیم می‌شود. مقوله سوم این الگو، یعنی به کارگیری هیجان‌ها در حل مسایل، خود شامل طرح‌ریزی انعطاف‌پذیر^{۱۲}، تفکر خلاق^{۱۳}، توجه دوباره^{۱۴} و انگیزش^{۱۵} است (مه‌یر و سالووی، ۱۹۹۰، به نقل از شاته و همکاران، ۱۹۹۸). هرچند که هسته اصلی این الگو هیجان است، با این حال تأکید آن بر کارکردهای اجتماعی و شناختی مربوط به هیجان‌ها می‌باشد.

در الگوی دوم که در واقع اصلاح الگوی اول از سوی مه‌یر و سالووی (۱۹۹۷)، به نقل از شاته و همکاران، (۱۹۹۸) بوده است، چهار مقوله دریافت و ابراز هیجان‌ها^{۱۶}، جذب هیجان‌ها در تفکر^{۱۷}، فهم هیجان‌ها^{۱۸} و تنظیم همراه با تعمق هیجان‌ها^{۱۹} به ترتیب و از پایین‌ترین تا عالی‌ترین سطح مرتب شده‌اند.

با توجه به مفهوم هوش هیجانی و الگوهای مطرح شده، در چندین پژوهش رابطه آن با سلامت عمومی و سازه‌های مرتبط بررسی شده است. یافته‌های آستین^{۲۰}، ساکولوفسکی^{۲۱} و ایگان^{۲۲} (۲۰۰۵) نشان می‌دهند که هوش هیجانی با میزان رضایت از زندگی، گستره شبکه روابط اجتماعی و کیفیت آن رابطه مثبت و با پریشانی روانشناختی^{۲۳} و افسردگی رابطه منفی

دارد (اسلاسکی^{۲۴} و کارت‌رایت^{۲۵}، ۲۰۰۲، به نقل از آستین و همکاران، ۲۰۰۵؛ شاته و همکاران، ۱۹۹۸). بررسی جین^{۲۶} و سینها^{۲۷} (۲۰۰۵) نیز نشان داد که هوش هیجانی با سلامت عمومی رابطه مثبت دارد و حتی می‌تواند آن را پیش‌بینی کند. سازه دیگری که با سلامت عمومی رابطه داشته است، حل مسأله^{۲۸} می‌باشد. حل مسأله فرآیندی شناختی - رفتاری و مبتکرانه است که فرد به کمک آن راهبردهای مؤثر و سازگارانه برای مشکلات روزمره را شناسایی یا ابداع می‌کند (نزو^{۲۹}، ۱۹۸۷، به نقل از کسیدی^{۳۰} و لانگ^{۳۱}، ۱۹۹۶). نزو (۱۹۸۷)، به نقل از همان‌جا) شش سبک حل مسأله اخلاقانه، اعتماد، گرایش، درماندگی، مهارگری (کنترل) و اجتناب را معرفی کرده است.

سبک حل مسأله اخلاقانه^{۳۲} نشان‌دهنده برنامه‌ریزی و در نظر گرفتن راه‌حل‌های متنوع بر حسب موقعیت مسأله‌ها است. سبک اعتماد در حل مسأله^{۳۳} بیانگر اعتقاد در توانایی فرد برای حل مشکلات است. سبک گرایش^{۳۴} نگرش مثبت نسبت به مشکلات و تمایل به مقابله رودررو با آنها را نشان می‌دهد. سبک درماندگی^{۳۵} بیانگر بی‌یاوری فرد در موقعیت‌های مسأله‌ها می‌باشد. سبک مهارگری در حل مسأله^{۳۶} به تأثیر کنترل‌کننده‌های بیرونی و درونی در موقعیت مسأله‌ها اشاره دارد و در نهایت سبک اجتناب^{۳۷} گویای تمایل به نادیده گرفتن مشکلات به جای مقابله با آنها است (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶). سه سبک نخست، شیوه‌های حل مسأله سازنده و سه سبک بعدی شیوه‌های حل مسأله غیرسازنده خوانده می‌شوند. شیوه‌های سازنده با سازه‌هایی هم‌چون رضایت از زندگی،

- | | |
|---|----------------------------|
| 1- social intelligence | 2- Thorndike |
| 3- intrapersonal intelligence | 4- Gardner |
| 5- Mayer | 6- Salovey |
| 7- Schutte | |
| 8- cognitive-emotional ability | 9- appraisal |
| 10- regulation | |
| 11- utilization in solving problems | |
| 12- flexible planning | 13- creative thinking |
| 14- redirected attention | 15- motivation |
| 16- perceiving and expressing emotions | |
| 17- assimilating emotions in thought | |
| 18- understanding emotions | |
| 19- reflectively regulation of emotions | |
| 20- Austin | 21- Saklofske |
| 22- Egan | 23- psychological distress |
| 24- Slaski | 25- Cartwright |
| 26- Jain | 27- Sinha |
| 28- problem solving | 29- Nezu |
| 30- Cassidy | 31- Long |
| 32- creative problem-solving style | |
| 33- problem-solving confidence | |
| 34- approach style | 35- helplessness |
| 36- problem-solving control | 37- avoidance style |

عاطفه مثبت، انگیزه پیشرفت و حمایت اجتماعی رابطه دارند و شیوه‌های غیرسازنده با متغیرهای اضطراب، افسردگی، نومیدی، خصومت و استرس شغلی همبسته هستند (کسیدی و لانگ، ۱۹۹۶؛ کسیدی و برن‌ساید^۱، ۱۹۹۶). هم‌چنین رابطه سبک‌های گوناگون حل مسئله با سلامت عمومی، افسردگی، انگیزه پیشرفت، پریشانی روانشناختی، استرس و سازگاری روانشناختی بررسی شده است (وایت‌فیلد^۲، آلایر^۳ و ویگینز^۴، ۲۰۰۴؛ بیکر^۵، ۲۰۰۳؛ کسیدی، ۲۰۰۲؛ پاکنهام^۶، ۱۹۹۹؛ محمدی و صاحبی، ۱۳۸۰؛ باباپور خیرالدین و اژه‌ای، ۱۳۸۱).

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی بود. بنابراین با توجه به هدف عنوان شده این فرضیه‌ها بررسی شدند: بین هوش هیجانی، سلامت عمومی و سبک‌های حل مسئله رابطه مثبت وجود دارد.

هم‌چنین پرسش‌های پژوهش عبارت بودند از: ۱- از میان متغیرهای هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله، کدام یک می‌تواند درصد معناداری از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند؟ ۲- از میان سبک‌های حل مسئله، کدام سبک‌ها می‌تواند درصد معناداری از واریانس هوش هیجانی را پیش‌بینی کنند؟

بررسی حاضر بر پایه الگوی سه مقوله‌ای و رویکرد صفتی نسبت به هوش هیجانی انجام شده است.

روش

این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش حاضر، ۶۹ نفر از دانشجویان دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز بودند. این دانشجویان که از رشته‌های روانشناسی و علوم تربیتی و به روش طبقه‌ای-خوشه‌ای انتخاب شدند، به پرسش‌نامه‌های مورد نظر در دو نوبت و به صورت گروهی پاسخ دادند.

برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر بهره گرفته شد:

الف- مقیاس هوش هیجانی-تجدید نظر شده^۷ (MSEIS): مقیاس هوش هیجانی (EIS) از سوی شاته و همکاران (۱۹۹۸) و بر پایه الگوی سه مقوله‌ای ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۳ ماده بوده و همبستگی بالایی با پرسش‌نامه بهره‌یجانی بار-آن^۸ (EQ-i) دارد. با این حال به دلیل نداشتن پرسش‌های معکوس پاسخ^۹ و احتمال ایجاد سوگیری در پاسخ‌دهندگان، در آن تجدید نظر شده و ماده‌های آن از ۳۳ پرسش به ۴۱ پرسش افزایش یافته است (آستین، ساکولفسکی، هانگ^{۱۰} و

مک کنی^{۱۱}، ۲۰۰۴). پرسش‌های پرسش‌نامه جدید در مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شوند که از این میان ۲۱ مورد معکوس پاسخ هستند. پایایی درونی به دست آمده برای این آزمون ۰/۸۵ گزارش شده است (همان‌جا). این آزمون از سوی نویسندگان پژوهش حاضر به فارسی برگردانده شد و در دو بررسی مستقل ویژگی‌های روانسنجی آن به دست آمد. سازگاری درونی فرم فارسی برابر با ۰/۸۴ است (بخشی‌پور رودسری، زارعان و اسداله‌پور، ۱۳۸۶؛ زارعان، اسداله‌پور، بخشی‌پور رودسری، ۱۳۸۶). هم‌چنین این بررسی نشان داد که این آزمون با پیشرفت تحصیلی رابطه مثبت معنی‌دار ($p < 0.05$) و با رفتار انحرافی رابطه منفی معنی‌دار ($p < 0.01$) دارد.

ب- پرسش‌نامه سبک حل مسئله: این مقیاس را کسیدی و لانگ (۱۹۹۶) طی دو مرحله ساخته‌اند و دارای ۲۴ پرسش است که شش عامل را می‌سنجد و هر کدام از عوامل دربرگیرنده چهار ماده آزمون می‌باشند. این عوامل عبارتند از: درماندگی در حل مسئله، مهارگری حل مسئله، سبک حل مسئله خلاقانه، اعتماد در حل مسئله، سبک اجتناب و سبک گرایش.

محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) پایایی درونی این آزمون را با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۶۰ گزارش نمودند. هم‌چنین ضریب آلفا در بررسی باباپور خیرالدین و اژه‌ای (۱۳۸۱)، برابر با ۰/۷۷ بود. از سوی دیگر با در نظر گرفتن شاخص پایایی به عنوان ضریب روایی (ضریب روایی برابر است با ریشه دوم ضریب پایایی) در یک پژوهش (همان‌جا) ضریب روایی این مقیاس را برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است.

پ- پرسش‌نامه سلامت عمومی-۲۸ (GHQ-28): پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی را گلدبرگ^{۱۲} و هیلیر^{۱۳} (۱۹۷۹) طراحی نمودند. تحلیل عاملی این پرسش‌نامه نشان‌دهنده چهار خرده‌مقیاس بوده که هر خرده‌مقیاس هفت پرسش را دربرمی‌گیرد. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از علائم بدنی، اضطرابی، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی. این آزمون علائم مرضی و حالت‌های گوناگون تندرستی فرد را از یک ماه پیش از اجرای آزمون ارزیابی

- | | |
|--|--------------|
| 1- Burnside | 2- Whitfield |
| 3- Allaire | 4- Wiggins |
| 5- Baker | 6- Pakenham |
| 7- Modified Schutte Emotional Intelligence Scale | |
| 8- Bar-on Emotional Quotient Inventory | |
| 9- reversed keyed | 10- Huang |
| 11- McKenney | |
| 12- General Health Questionnaire-28 | |
| 13- Goldberg | 14- Hillier |

جدول ۱- شاخص‌های آماری هوش هیجانی، سبک‌های حل مسئله و سلامت عمومی (N=29)

متغیر	میانگین (انحراف معیار)
هوش هیجانی	۱۴۸/۳۸ (۱۷/۷۱)
سبک‌های حل مسئله	
درماندگی	۰/۷۹ (۰/۸۸)
مهارگری	۱/۸۶ (۰/۸۵)
خلاقیت	۳/۲۲ (۰/۹۲)
اعتماد	۲/۶۰ (۱/۰۳)
اجتناب	۱/۹۴ (۱/۰۶)
گرایش	۳/۴۱ (۰/۷۴)
سلامت عمومی	۲۱/۷۵ (۱۲/۷۹)

در جدول ۲ یافته‌های به دست آمده از آزمون فرضیه‌های پژوهش نشان داده شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد، هوش هیجانی با سلامت عمومی و سبک‌های حل مسئله اعتماد و گرایش رابطه مثبت معنی‌دار ($p < 0/001$) و با سبک‌های حل مسئله درماندگی و مهارگری رابطه منفی معنی‌دار دارد ($p < 0/05$). هم‌چنین رابطه بین سلامت عمومی و سبک‌های حل مسئله اعتماد و گرایش، مثبت و معنی‌دار بوده ($p < 0/001$) و بین سلامت عمومی و سبک حل مسئله درماندگی، رابطه منفی معنی‌دار بوده است ($p < 0/0001$).

می‌کند و بر پایه مقیاس چهار رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است. به دست آوردن نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده‌ی علائم مرضی بیشتر و به بیان دیگر سلامت عمومی پایین‌تر است. بالاترین نمره ۸۴ است و نمره برش ۲۳، افراد مشکل‌دار را تشخیص می‌دهد (استورا، ۱۳۷۷). گفتنی است که در این بررسی، در تقابل با آنچه که پرسش‌نامه GHQ-28 می‌سنجد، مفهوم سلامت عمومی مدنظر بوده است.

پایایی این آزمون در پژوهش کافی، بواله‌ری و پیروی (۱۳۷۷)، با بهره‌گیری از ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است. هم‌چنین در بررسی حقیقتی، عطاری، سینارحیمی و سلیمانی‌نیا (۱۳۷۸)، روایی این آزمون به کمک نمره کل فهرست علائم نودسؤالی بازنگری‌شده^۱ (SCL-90-R)، محاسبه شده و ضریب آلفا برای چهار خرده مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۷۲ و ۰/۸۲ به دست آمده است. ویلیامز^۲، گلدبرگ و ماری^۳ (به نقل از یعقوبی، نصراصفحانی و شاه‌محمدی، ۱۳۷۴) در بازنگری ۴۳ بررسی، حساسیت آن را ۰/۸۴ و ویژگی آن را ۰/۸۲ گزارش نمودند. یعقوبی و همکاران (۱۳۷۴) و حسینی (۱۳۷۴) نیز با نقطه برش ۲۳، حساسیت ۰/۸۶ و ویژگی ۰/۸۲ را گزارش کردند.

داده‌های به دست آمده به کمک روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای هوش هیجانی، سبک‌های حل مسئله و سلامت عمومی در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۲- همبستگی بین هوش هیجانی، سبک‌های حل مسئله و سلامت عمومی (N=29)

سلامت عمومی	سبک‌های حل مسئله					هوش هیجانی
	گرایش	اجتناب	اعتماد	خلاقیت	مهارگری	
						۱
						هوش هیجانی
						سبک‌های حل مسئله
						درماندگی
						مهارگری
						خلاقیت
						اعتماد
						اجتناب
						گرایش
						سلامت عمومی

* $p < 0/05$; ** $p < 0/001$; *** $p < 0/0001$

جدول ۳- تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام سلامت عمومی بر سبک‌های حل مسئله و هوش هیجانی

عامل‌ها	شاخص‌ها	مجموع مجذورات		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
		منبع پراش	مجموع مجذورات				
درماندگی	رگرسیون	۲۷۲۸/۸۰	۱	۱	۲۷۲۸/۸۰	۲۱/۷۹	۰/۰۰۰۱ ^a
	باقیمانده (خطا)	۸۳۹۲/۰۱	۶۷	۶۷	۱۲۵/۲۵		
	کل	۱۱۱۲۰/۸۱	۶۸	۶۸			
درماندگی اعتماد	رگرسیون	۳۵۴۰/۹۶	۲	۲	۱۷۷۰/۴۸	۱۵/۴۲	۰/۰۰۰۱ ^b
	باقیمانده (خطا)	۷۵۷۹/۸۵	۶۶	۶۶	۱۱۴/۸۵		
	کل	۱۱۱۲۰/۸۱	۶۸	۶۸			
درماندگی اعتماد گرایش	رگرسیون	۴۲۰۴/۱۴	۳	۳	۱۴۰۱/۳۸	۱۳/۱۷	۰/۰۰۰۱ ^c
	باقیمانده (خطا)	۶۹۱۶/۶۷	۶۵	۶۵	۱۰۶/۴۱		
	کل	۱۱۱۲۰/۸۱	۶۸	۶۸			

(a) پیش‌بینی کننده: سبک درماندگی؛ (b) پیش‌بینی کننده‌ها: سبک درماندگی، سبک اعتماد؛ (c) پیش‌بینی کننده‌ها: سبک درماندگی، سبک اعتماد، سبک گرایش

مشکلات نمی‌هراسند و به شکل رودررو در راستای حل مسایل می‌کوشند و از اعتماد بالایی برای حل مشکلات برخوردارند، در مقایسه با افرادی که از رویارویی پرهیز می‌کنند، سلامت عمومی بالاتری دارند.

برای یافتن پاسخ پرسش دوم و تعیین سبک‌هایی که می‌توانستند بخشی از واریانس هوش هیجانی را توضیح دهند، هر یک از سبک‌های حل مسئله وارد معادله رگرسیون شدند. همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، دو سبک حل مسئله گرایش و اعتماد به ترتیب ۱۹٪ و ۱۰٪ از واریانس هوش هیجانی را توضیح می‌دهند ($p < 0/001$). این یافته نشان می‌دهد که افراد دارای هوش هیجانی بالا در رویارویی با مسایل، سبک‌های حل مسئله گرایش و اعتماد را به کار می‌برند و چون سبک‌های گرایش و اعتماد با سلامت عمومی نیز مرتبط هستند، محور تأثیر هوش هیجانی بر سلامت عمومی می‌باشند.

برای پاسخ به پرسش نخست پژوهش که از میان متغیرهای هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله، کدام یک می‌تواند درصد معنی‌داری از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی کنند، روش تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام به کار برده شد (جدول ۳).

نتایج نشان دادند که سبک‌های حل مسئله درماندگی، اعتماد و گرایش به ترتیب ۲۴٪، ۸٪ و ۶٪ از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/001$). به بیان دیگر سبک‌های حل مسئله در قیاس با هوش هیجانی از توان بالاتری برای پیش‌بینی سلامت عمومی برخوردارند. هرچه فرد در رویارویی با مشکلات و مسایل زندگی احساس درماندگی بیشتری کند به همان نسبت از وضعیت سلامت عمومی پایین‌تری برخوردار است. از سوی دیگر، رویارویی با مسایل به همراه داشتن حس کارآمدی و اثربخشی، با سلامت عمومی بالاتری همبسته است. به بیان دیگر، افرادی که از رویارویی با

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام هوش هیجانی بر سبک‌های حل مسئله^c

عامل‌ها	شاخص‌ها	مجموع مجذورات		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
		منبع پراش	مجموع مجذورات				
سبک گرایش	رگرسیون	۴۰۶۶/۱۳	۱	۱	۴۰۶۶/۱۳	۱۵/۷۹	۰/۰۰۰۱ ^a
	باقیمانده (خطا)	۱۷۲۵۲/۰۷	۶۷	۶۷	۲۵۷/۴۹		
	کل	۲۱۳۱۸/۲۰	۶۸	۶۸			
سبک اعتماد	رگرسیون	۶۲۶۹/۶۱	۲	۲	۳۱۳۴/۸۱	۱۳/۷۵	۰/۰۰۰۱ ^b
	باقیمانده (خطا)	۱۵۰۴۸/۵۹	۶۶	۶۶	۲۲۸/۰۱		
	کل	۲۱۳۱۸/۲۰	۶۸	۶۸			

(a) پیش‌بینی کننده: سبک گرایش؛ (b) پیش‌بینی کننده‌ها: سبک گرایش، سبک اعتماد؛ (c) متغیر وابسته: هوش هیجانی

بحث

این بررسی نشان داد که هوش هیجانی با سلامت عمومی رابطه مثبت دارد. این یافته با یافته‌های اسلاسکی و کارت رایت (۲۰۰۲)، به نقل از آستین و همکاران (۲۰۰۵)، داودا و هارت (۲۰۰۰)، به نقل از همان‌جا، شاته و همکاران (۱۹۹۸) و جین و سینها (۲۰۰۵) هم‌سو است. از سوی دیگر دو سبک اعتماد و گرایش از میان سبک‌های حل مسئله با سلامت عمومی رابطه مثبت دارند. به بیان دیگر افرادی که در مقابله با مشکلات به توانایی‌های خود اعتقاد داشته، نگرش مثبتی نسبت به مسایل زندگی دارند، سالم‌ترند.

وجود رابطه منفی بین سبک حل مسئله درماندگی و سلامت عمومی بیانگر این نکته است که افرادی که در موقعیت‌های مسئله‌زا، احساس بی‌یاوری و تنهایی می‌کنند، سلامت عمومی کمتری داشته، آمادگی ابتلا به اختلال‌های گوناگون روانی را دارند. هم‌چنین با در نظر گرفتن اینکه سبک حل مسئله درماندگی، ۲۴٪ از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کند، نقش این مؤلفه در سطوح گوناگون سلامت و رفتارهای سالم بیشتر آشکار می‌شود. این یافته هم‌سو با یافته‌های وایت‌فیلد و همکاران (۲۰۰۴)، بیکر (۲۰۰۳)، کسیدی (۲۰۰۲)، پاکنهام (۱۹۹۹)، کسیدی و لانگ (۱۹۹۶)، کسیدی و برن‌ساید (۱۹۹۶)، محمدی و صاحبی (۱۳۸۰) و باباپور خیرالدین و اژه‌ای (۱۳۸۱) است.

بررسی رابطه هوش هیجانی با سبک‌های حل مسئله نشان داد که هوش هیجانی با دو سبک از سبک‌های حل مسئله سازنده یعنی سبک اعتماد و سبک گرایش رابطه مثبت دارد. هم‌چنین این دو سبک حل مسئله در مجموع ۲۹٪ از واریانس هوش هیجانی را پیش‌بینی می‌کنند. از سوی دیگر بین هوش هیجانی و سبک‌های حل مسئله درماندگی و مهارگری رابطه منفی برقرار است. یعنی افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، به خود متکی‌ترند، نگرش مثبت‌تری دارند و تمایل بیشتری به رویارویی با مشکلات دارند. این افراد در موقعیت‌های مسئله‌زا کمتر احساس تنهایی نموده و برای حل مشکل موجود، از منابع فردی و اجتماعی خود بیشترین سود را می‌برند. هوش هیجانی بالا به فرد این توانایی را می‌دهد تا توانایی کنترل موقعیت مسئله‌زا را به دست آورد و از دخالت عوامل نامطلوب درونی و بیرونی همچون یأس، نومیدی، خستگی، عوامل هیجانی منفی، فشار روانی اطرافیان و سایر عوامل مزاحم محیطی پیش‌گیری کند. این یافته‌ها بطور کلی

با یافته‌های گریتس^۱، جان^۲، درکسن^۳ و وربروگن^۴ (۲۰۰۵) و گلمن^۵ (۱۳۸۲) هم‌سویی دارد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، به نظر می‌رسد هوش هیجانی نقش مؤثری در سلامت عمومی دارد. به بیان دیگر، هوش هیجانی به کمک سبک‌های حل مسئله سازنده، بر سلامت عمومی افراد تأثیر می‌گذارد؛ اگرچه برای محک‌زدن فرضیه یادشده، یافته‌های بررسی حاضر کافی نیست و در این زمینه نیازمند پژوهش‌های بیشتری هستیم. هم‌چنین، این بررسی بر پایه الگوی سه مقوله‌ای و رویکرد صفتی نسبت به هوش هیجانی انجام شده است، بنابراین ممکن است الگوی چهارمقوله‌ای و تلقی توانشی از هوش هیجانی، یافته‌های متفاوتی به دست دهد.

در پژوهش حاضر نمونه مورد بررسی، دانشجویان روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز بودند و برای تعمیم یافته‌های به دست آمده، انجام بررسی‌های مشابه با نمونه‌های بزرگتر در پژوهش‌های گسترده‌تر ضروری است.

پیشنهاد می‌شود برای بررسی روایی هوش هیجانی و فرآیند مفهوم سازی آن به شیوه‌ای دقیق‌تر، از سازه‌های مشابهی مانند هوش و عوامل شخصیتی در بررسی‌های آینده بهره گرفته شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۸/۲۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۲/۱۷؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۳/۳۱

منابع

- استورا، بنجامین (۱۳۷۷). *تنبیذگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*. ترجمه: پربخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ اژه‌ای، محمدجواد (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه حل مسئله، شیوه حل تعارض و سلامت روان‌شناختی در میان دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس. *مجله روانشناسی*، سال هفتم، شماره اول، ۱۶-۳.
- بخشی‌پور رودسری، عباس؛ زارعان، مصطفی؛ اسداله‌پور، امین (۱۳۸۶). *بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس هوش هیجانی*. مقاله فرستاده شده برای چاپ به مجله روانشناسی.
- حسینی، رشید (۱۳۷۴). *بررسی شیوع اختلال‌های روانی جوانان ۱۵ تا ۲۵ ساله مناطق روستایی طالقان در استان تهران*. پایان نامه تخصصی روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران.
- حقیقتی، جمال؛ عطاری، یوسفعلی؛ سینارجیمی، سیدعلی؛ سلیمانی‌نیا، لیلا (۱۳۷۸). رابطه سرسختی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر

- simulated emergency. *Counseling Psychology Quarterly*, 15, 325-332.
- Cassidy, T., & Burnside, E. (1996). Cognitive appraisal, vulnerability and coping: An integrative analysis of appraisal and coping mechanisms. *Counseling Psychology Quarterly*, 9, 261-279.
- Cassidy, T., & Long, C. (1996). Problem-solving style, stress and psychological illness: Development of a multifactorial measure. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 265-277.
- Gerits, L., Jan J. L., Derksen, A. B., & Verbruggen, M. K. (2005). Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behavior problems. *Personality and Individual Differences*, 38, 33-34.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. (1979). A scaled version of General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Jain, A. K., & Sinha, A. K. (2005). General health in organizations: Relative relevance of emotional intelligence, trust, and organizational support. *International Journal of Stress Management*, 12, 257-273.
- Pakenham, K. I. (1999). Adjustment to multiple sclerosis: Application of a stress and coping model. *Health Psychology*, 18, 383-392.
- Petrides, K. V., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Whitfield, K. E., Allaire, J. C., & Wiggins, S. A. (2004). Relationships among health factors and everyday problem solving in African-Americans. *Health Psychology*, 23, 641-644.
- دوره کارشناسی دانشگاه اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، سال ششم، شماره های ۳ و ۴، ۱۸-۱.
- زارعان، مصطفی؛ اسداله پور، امین؛ بخشی پور رودسری، عباس (۱۳۸۶). *رابطه هوش هیجانی با انحراف روانی اجتماعی در نوجوانان*. مقاله منتشر نشده.
- کافی، سیدموسی؛ بوالهروی، جعفر؛ پیروی، حمید (۱۳۷۷). بررسی رابطه پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی دانشجویان. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال سوم، شماره ۴، ۶۶-۵۹.
- گلمن، دانیل (۱۳۸۲). *هوش هیجانی*. ترجمه: نسرين پارسا. تهران: انتشارات رشد.
- مارشال ریو، جان (۱۳۸۰). *انگیزش و هیجان*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات ویرایش.
- محمدی، فریده؛ صاحبی، علی (۱۳۸۰). بررسی سبک حل مسئله در افراد افسرده و مقایسه با افراد عادی. *مجله علوم روان شناختی*، سال اول، شماره اول، ۴۲-۲۴.
- یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ اسداله‌ی، قربانعلی؛ معتمدی، محمد (۱۳۸۰). *مقایسه فراوانی و اقدام به خودکشی در ماههای محرم، صفر و رمضان با تبقیه ماهها*. مقاله ارایه شده در اولین همایش بین المللی نقش دین در بهداشت روان. ۲۷-۳۰ فروردین. تهران، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.
- یعقوبی، نورا...؛ نصرافهانی، مهدی؛ شاه محمدی، داود (۱۳۷۴). بررسی همه گیرشناسی اختلالهای روانی در مناطق شهری و روستایی شهرستان صومعه سرا (گیلان - ۱۳۷۴). *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال اول، شماره ۴، ۶۳-۵۵.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H., & McKenney, D. (2004). Measurement of trait emotional intelligence: Testing and cross-validating a modified version of Schutte Measure. *Personality and Individual Differences*, 36, 555-562.
- Baker, S. R. (2003). A prospective longitudinal investigation of social problem-solving appraisals on adjustment to university, stress, health, academic motivation and performance. *Personality and Individual Differences*, 35, 569-591.
- Cassidy, T. (2002). Problem-solving style, achievement motivation, psychological distress and response to a