

پیش بینی شانس ابتلا به بیماری سایکوسوماتیک با توجه به ابعاد هوش هیجانی

وجیهه حاجی حسینی^۱، محسن معروفی^۲، محمدرضا مرآئی^۳

چکیده

این پژوهش به منظور پیش بینی شانس ابتلا به بیماری سایکوسوماتیک با توجه به ابعاد هوش هیجانی انجام شد. مطالعه حاضر از نوع مورد شاهدهی است که ۱۴۶ نفر به روش نمونه گیری تمام شماری از مراجعین درمانگاه سایکوسوماتیک شهر اصفهان انتخاب، بوسیله پرسشنامه هوش هیجانی بار-ان ارزیابی و با روش رگرسیون لجستیک تحلیل شد. نتایج نشان داد، هر واحد افزایش هوش هیجانی، ۲٪ شانس ابتلا به بیماری سایکوسوماتیک راکاهش می دهد ($p < 0.010$)، همچنین تحمل فشارروانی ۲۶٪ و واقعگرایی ۲٪ شانس ابتلا راکاهش و عزت نفس پایین شانس ابتلا را ۲۷٪ افزایش می دهد. در نتیجه، سطوح پایین هوش هیجانی و سه بُعد آن "تحمل فشارروانی، واقعگرایی و عزت نفس" می تواند از عوامل پیش بینی کننده ابتلای به بیماری سایکوسوماتیک باشد.

dataacademy.ir

واژه های کلیدی: بیماری سایکوسوماتیک، هوش هیجانی، ابعاد هوش هیجانی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم تحقیقات واحد اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول). (۰۹۳۰۹۰۸۱۴۹۱)

hajihosaini21@gmail.com

۲- دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. marofi@med.ac.ir

۳- دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. maracy@med.mui.ac.ir

۱- مقدمه

پژوهشگران معتقدند که اگر افراد از هوش هیجانی بالایی برخوردار باشند می توانند با مشکلات و چالش های زندگی خود بهتر سازگار گردند و به گونه ای مؤثر به کنترل هیجانات خود پردازند و بدین ترتیب موجبات بهبود و افزایش سلامت روانی خود را فراهم نمایند [تاپلور، ۲۰۰۰ به نقل از اسدپور، ۱۳۸۶]. همچنین پژوهشهای مختلف در ارتباط با حیطه هوش هیجانی نشان می دهند که ارتقاء هوش هیجانی در افراد نقش به سزایی در افزایش سلامت روانی و هیجانی افراد دارد (بار-ان، ۲۰۰۰). پژوهش های علمی در جهان و تجربیات بدست آمده در ایران نشان می دهند که بسیاری از بیمارانی که برای معاینه و معالجه به مطب پزشکان مراجعه می کنند و یا با مشاهده نشانه هایی از بیماری خود به بیمارستان روی می آورند بیماران روان تنی می باشند.

از طرفی علت اصلی بیماری برخی از مراجعین اگرچه جسمانی می باشد، اما عوامل روانی - اجتماعی نیز در آن نقش بازی می کنند [مشرف دهکردی، هیلدنبRAND، تررس، تراو، لاریبگ و همکاران، ۱۳۹۱]. از سوی دیگر در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی^۲ مفاهیم طب روان تنی در عنوان تشخیصی بنام عوامل روانشناختی مؤثر بر بیماری های طبی منظور شده اند. این طبقه حاوی اختلالات جسمانی است که عوامل هیجانی یا روانشناختی به نحو بارزی در شروع، تشدید یا عود آن تأثیر دارد [سادوک و سادوک، ۲۰۰۷ ترجمه رضاعی، ۱۳۹۲]. همچنین تشخیص اختلال روان تنی، زمانی صورت می گیرد که یک اختلال با آسیب جسمانی شناخته شده وجود داشته باشد و رویدادهایی که از نظر روان شناختی معنادار هستند، قبل از اختلال واقع شده و به شروع یا وخیم تر شدن آن کمک کنند. زمانی که عوامل روان شناختی بر بیماری جسمانی تأثیر می گذارند، معمولاً فرد انکار می کند که بیمار است، از مصرف دارو خودداری می کند و ممکن است وجود عوامل خطر را که احتمالاً حالت جسمانی را وخیم تر می کنند، نادیده بگیرد. ملاک اول، اختلال های روان تنی را از اختلال های جسمانی شکل جدا می کند. اختلال های جسمانی شکل، مبنای جسمانی شناخته شده ای ندارند اما اختلال های روان تنی، مبنای جسمانی دارند.

عوامل روانی می توانند شرایط جسمانی متعدد را در تعداد زیادی از دستگاه های عضوی تحت تأثیر قرار دهند دستگاه هایی نظیر: پوست، نظام عظامی مخطط، دستگاه

هوش هیجانی شامل درک، فهم، استدلال و اداره هیجان در خود و دیگران [سالووی و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از اسدپور، ۱۳۸۶] و مجموعه ای از توانایی ها، کفایت ها و مهارت های غیر شناختی است که توانایی فرد را برای کسب موفقیت در مقابله با اقتضانات و فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می دهد [کیاروچی، فورگاس و مییر، ترجمه نجفی زند، ۱۳۸۵].

همچنین عوامل تشکیل دهنده ی هوش هیجانی از دیدگاه بار-ان (۱۹۹۷) عبارت است از: هوش هیجانی درون فردی (خودآگاهی عاطفی، جرات ورزی، حرمت نفس، خودشکوفایی، استقلال عمل) هوش هیجانی بین فردی (همدلی، مسئولیت پذیری اجتماعی، روابط بین فردی) توانایی سازگاری (حل مساله، واقعیتگرایی، انعطاف پذیری) مدیریت استرس (تحمل استرس، کنترل تکانه) خلق و خوی عمومی (شادکامی، خوش بینی).

از طرفی دانیل گلمن (۱۹۹۸) معتقد است که هوش هیجانی نوع دیگری از هوش است که مشتمل بر شناخت احساسات خویشتن و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیم های مناسب در زندگی است. به عبارت دیگر، هوش هیجانی بیانگر توانایی اداره مطلوب خلق و خو، وضع روانی و کنترل تنش هاست و در واقع عاملی است که به هنگام ناکامی در دستیابی به هدف، در شخص ایجاد انگیزه و امید می کند [آشفرث و هامفری، ۱۹۹۵]. همچنین هوش هیجانی پایین احتمالاً فرد را به ناخوشنودی عمومی دچار می سازد که به شکل: احساسات تنهایی، ترس، ناکامی، گناه، بداخلاقی، تهی بودن، افسردگی، ناپایداری، بی علاقگی، دلسردی، الزام و اجبار، عصبانیت، وابستگی، قربانی شدن و شکست خوردن نمود پیدا می کند [هین، ترجمه کوچک انتظار، ۱۳۸۶].

هوش هیجانی در نتایج مربوط به سلامت اثر زیادی دارد، زیرا از استرس موجود به هنگام مقابله با وضعیت های دشوار می کاهد. اثر فیزیکی هوش هیجانی به قدری قوی است که تحقیقات انجام شده در دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد، با عکس برداری از مغز، عملاً ثابت کرده اند که همراه با تغییرات هوش هیجانی، تغییرات فیزیکی در مغز شکل می گیرد [برادبری و گریوز، ترجمه گنجی، ۱۳۸۴].

بررسی ابعاد هوش هیجانی برای پیش بینی شانس ابتلا به بیماری روان تنی پرداخته شد.

۲- مواد روش ها

این مطالعه از نوع مورد _ شاهدی بود. جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلالات روان تنی که به درمانگاه روان تنی استان اصفهان در سال ۱۳۹۲ مراجعه کردند و نیز بستگان سالم آنها بوده اند. نمونه پژوهش شامل ۱۴۶ نفر (۸۰ نفر بیماران روان تنی که شامل بیماری های گوارشی مثل روده تحریک پذیر، پوستی مثل کهیر مزمن، میگرن، دیابت و فشار خون بودند به عنوان گروه مورد و ۶۶ نفر همراهان (خانواده درجه یک) آنان به عنوان گروه شاهد) که به روش نمونه گیری تمام شماری از مراجعین به درمانگاه روان تنی شهر اصفهان (طی پنج ماه از ۱۳۹۲/۴/۱ تا ۱۳۹۲/۸/۳۰) با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن پاسخ دادند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از سن بین ۶۰ - ۱۸ سال، حداقل سواد خواندن و نوشتن، تشخیص اختلال روان تنی توسط متخصص پزشکی و روانپزشکی بود. برای تجزیه و تحلیل داده های این پژوهش از شاخص های توصیفی، آزمونهای تی مستقل، خی دو، من - ویتنی و رگرسیون لجستیک با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ آنالیز شد.

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن^{۱۲}

پرسشنامه هوش هیجانی بار - آن، برای مجموعه قابلیت ها، صلاحیت ها و مهارت های غیر شناختی در نظر گرفته شده که بر توانایی شخص برای موفقیت در مقابله با درخواست ها و فشارهای محیطی تاثیر دارند. این پرسشنامه دارای ۱۱۷ عبارت و ۱۵ خرده مقیاس می باشد که توسط بار - آن بر روی ۳۸۳۱ نفر از ۶ کشور که ۴۸/۸ درصد آنان مرد و ۵۱/۲ درصد آنان زن بودند، اجرا شد و به طور نظامدار در آمریکای شمالی هنجاریابی گردید. نتایج حاصل از هنجاریابی نشان داد که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. پاسخ پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ درجه ای در طیف لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدودی، مخالفم و کاملاً مخالفم) تنظیم شده است. زیر مقیاس های پرسشنامه عبارتند از: خود آگاهی هیجانی^{۱۳}، خود ابرازی^{۱۴}، احترام به خود^{۱۵}،

تنفسی، دستگاه قلبی _ عروقی، دستگاه گردش خون و لنفوی، دستگاه معده _ روده ای، دستگاه تناسلی _ ادراری، دستگاه درون ریز یا اندام های حسی. در هر فرد ممکن است تنها یک دستگاه عضوی در برابر تأثیرات روانی آسیب پذیر باشد [روزنهان و سلیگمن، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷].

از سوی دیگر بسیاری از مطالعات نیز دریافتند که هوش هیجانی با اختلالات روان تنی و روانپزشکی [شات، مالوف، تورستنزن، بوهلر، روکی^۱، ۲۰۰۷؛ جین و سینها^۲، ۲۰۰۵؛ پرنگار^۳، ۲۰۰۴؛ آستین، سالکوفسکی و وینت^۴، ۲۰۰۴؛ سلاسکی و کارترایت^۵، ۲۰۰۳؛ چلیپانلو و حسن شاهی، ۱۳۸۴] مرتبط است. برای مثال، سالوسکی [به نقل از ذوقی پایدار، ۱۳۸۴] دریافت که افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند، فشار ذهنی کمتری را تحمل می کنند و از رضایت روان شناختی و جسمانی بهتری برخوردارند. داودا و هارت^۶، در یافتند که هوش هیجانی بالا به گونه نظام دار با نشانه های مرضی مستخرج از خود گزارشی ها و شکایات بدنی از وضعیت سلامت جسمانی ارتباط دارد. شات، مالوف و همکاران [۲۰۰۷] در پژوهشی نشان دادند که بین هوش هیجانی و سلامت روان ارتباط قوی وجود دارد تا جایی که می توان از آن به مثابه پیش بینی کننده سلامت روان استفاده کرد. مارتینز، رامالو و مورین^۷ [۲۰۱۰] نشان دادند که هوش هیجانی بالا با سلامت بهتر رابطه مثبت دارد.

از طرفی همزمانی ابتلا به یک اختلال جسمی و یک اختلال روانی باعث طولانی شدن مدت بیماری، اقامت بیشتر در بیمارستان و عدم پاسخ مناسب به درمان های رایج می شود [جانسون، ویسمن و کلرمن^۸، ۱۹۹۲؛ کوئینج، شیلپ، گلی، کوهن و بلازر^۹، ۱۹۸۹] همچنین همزمان شدن اختلال جسمی با اختلال روانی باعث افزایش هزینه های درمانی می گردد [کلارک و اسمیت^{۱۰}، ۱۹۹۵؛ سیمون، اورمل، وانکورف و بارلو^{۱۱}، ۱۹۹۵]. بنابراین به لحاظ نظری، بدوم شک هوش هیجانی در کنترل بیماری و ارتقای سلامت نقش کلیدی دارد و برای به روز رسانی شواهد و روشن کردن ارزش پیش بینی هوش هیجانی به عنوان تعیین کننده سلامت به

- 1 - Schutte & Malouff & Thorsteinsson & Bhullar & Rooke
- 2 - Austin & Saklofske & Egan
- 3 - Pernegar
- 4 - Jain & Sinha
- 5 - Salaski & Cartwright
- 6 - Dawda & Hart
- 7 - Martins & Ramalho & Morin
- 8 - Johnson & Weissman & Klerman
- 9 - Koenig & Shelp & Goli & Cohen & Blazer
- 10 - Clarke & Smith
- 11 - Simon & Ormel & Vonkorff & Barlow

12 - Emotional Quotient Inventory (EQ-i)
13 - Emotional Self Awareness (ES)
14 - Assertiveness (AS)
15 - Self Regard (SR)

متغیرهای سن و جنس با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک کنترل گردیده اند.

خودشکوفایی^۱، استقلال^۲، همدلی^۳، مسئولیت پذیری اجتماعی^۴، رابطه بین فردی^۵، واقع گرایی^۶، انعطاف پذیری^۷، حل مسئله^۸، تحمل استرس^۹، کنترل تکانه^{۱۰}، خوش بینی^{۱۱}، شادمانی^{۱۲}.

در ایران، زارع [۱۳۸۰] میانگین کل ضریب همسانی درونی پرسشنامه را ۰/۷۶ به دست آورد. همچنین شمس آبادی [۱۳۸۳]، ضریب آلفا را در دامنه ای بین ۰/۵۵ (همدلی) تا ۰/۸۳ (کنترل تکانه) با میانگین ۰/۷۰ گزارش کرده است. این پرسشنامه بر روی دانشجویان ایرانی [دهشیری، ۱۳۸۲] نرم شده و تعداد عبارت های آن به ۹۰ عبارت کاهش یافته است و اعتبار این پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای دانشجویان پسر ۰/۷۴ و برای دانشجویان دختر ۰/۶۸ و برای کل افراد ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین از بین ۱۳ عامل در، هشت عامل برای آزمودنی های ایرانی روایی داشت و بین میانگین نمره هر یک از خرده مقیاس ها و مینگین نمره کل پرسشنامه، رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد [افتحی آشتیانی، ۱۳۸۸].

یافته ها

از نظر جمعیت شناختی از مجموع ۸۰ بیمار مورد بررسی ۸۱/۳ درصد زن بودند. اکثریت متأهل (۶۲/۵ درصد) و اغلب dataacademy.ir دارای مدرک تحصیلی دیپلم و فوق دیپلم (۶۲/۵ درصد) بودند. جدول ۱ توزیع فراوانی دو گروه (بیماران روان تنی و شاهد) را براساس سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات و نشان می دهد.

به منظور بررسی شانس ابتلا به بیماری روان تنی با توجه به هوش هیجانی و ابعاد آن، خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک مرتبط با هوش هیجانی، سن و جنس دوگروه در جدول شماره ۲ و خلاصه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل رگرسیون لجستیک مرتبط با ابعاد هوش هیجانی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین

- 1 - Self-Actualization(SA)
- 2 - Independence (IN)
- 3 - Empathy(EM)
- 4 - Social Responsibility(SR)
- 5 - Interpersonal Relationship(IR)
- 6 - Reality Testing (RT)
- 7 - Flexibility (FL)
- 8 - Problem Solving(PS)
- 9 - Stress-Tolerance(ST)
- 10 - Impulse-Control(IC)
- 11 - Optimism(OP)
- 12 - Happiness(HA)

جدول (۱): توزیع فراوانی دموگرافیک افراد مورد مطالعه

| مقدار احتمال | گروه ها | | متغیرها | |
|--------------|------------------------|------------------------|---------------------|---------|
| | شاهد | بیماران روان تنی | | |
| | فراوانی (درصد فراوانی) | فراوانی (درصد فراوانی) | سن | جنس |
| *.۰/۲۷۵ | ۳۴/۶ (۱۲/۱) | ۳۶/۷ (۱۰/۸) | | |
| **.۰/۱۰۴ | ۴۶ (۶۹/۷) | ۶۵ (۸۱/۳) | زن | |
| | ۲۰ (۳۰/۳) | ۱۵ (۱۸/۸) | مرد | |
| **.۰/۸۸۷ | ۲۴ (۳۶/۴) | ۳۰ (۳۷/۵) | مجرد | تأهل |
| | ۴۲ (۶۳/۶) | ۵۰ (۶۲/۵) | متأهل | |
| ***.۰/۷۰۷ | ۹ (۱۳/۶) | ۹ (۱۱/۳) | ابتدایی | تحصیلات |
| | ۳۶ (۵۴/۵) | ۵۰ (۶۲/۵) | دیپلم و فوق دیپلم | |
| | ۲۱ (۳۱/۸) | ۲۱ (۲۶/۳) | لیسانس و فوق لیسانس | |

*: با استفاده از آزمون t مستقل محاسبه شده است، **: با استفاده از آزمون خی دو محاسبه شده است، ***: با استفاده از آزمون من-ویتنی محاسبه شده است

جدول (۲): خلاصه نتایج عوامل مرتبط با گروه روان تنی و گروه شاهد مورد مطالعه با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک

| سطح معنی داری | نسبت شانس (۹۵٪ فاصله اطمینان) | ضریب B | آماره | |
|---------------|-------------------------------|--------|------------|---------|
| | | | متغیرها | متغیرها |
| .۰/۰۱۰ | .۰/۹۸ (۰/۹۷ - ۰/۹۹) | -۰/۰۱۸ | هوش هیجانی | |
| .۰/۱۳۵ | ۱/۰۳ (۰/۹۹ - ۱/۰۷) | .۰/۰۲۹ | سن | |
| - | ۱ (مرجع) | - | مرد | جنس |
| .۰/۰۳۱ | ۲/۷ (۱/۱ - ۶/۸) | ۱/۰۰۵ | زن | |

متغیرهای سن و جنس با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک کنترل شده است.

جدول (۳) خلاصه نتایج ابعاد هوش هیجانی مرتبط با گروه روان تنی و گروه شاهد با استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک

| ضریب B | نسبت شانس (۹۵٪ فاصله اطمینان) | سطح معنی داری |
|-----------------|-------------------------------|-------------------|
| حل مسأله | -۰/۰۲۴ | ۰/۹۸(۰/۸ - ۱/۲) |
| خوشبختی | -۰/۰۶۵ | ۰/۹۴(۰/۷۹ - ۱/۱۲) |
| استقلال | ۰/۰۵۳ | ۱/۰۵(۰/۸۹ - ۱/۲۵) |
| تحمل فشار روانی | -۰/۰۳ | ۰/۷۴(۰/۶۱ - ۰/۹) |
| خودشکوفایی | -۰/۰۰۱ | ۱(۰/۸۲ - ۱/۲۱) |
| خودآگاهی هیجانی | ۰/۱۶۱ | ۰/۱۸(۰/۹۷ - ۰/۴۳) |
| واقع گرایی | -۰/۲۲۵ | ۰/۸(۰/۶۶ - ۰/۹۶) |
| روابط بین فردی | ۰/۰۶۳ | ۱/۰۷(۰/۸۳ - ۱/۳۶) |
| خوش بینی | -۰/۰۰۹ | ۱(۰/۸ - ۱/۲۳) |
| عزت نفس | ۰/۲۴۲ | ۱/۲۷(۱ - ۱/۶۲) |
| کنترل تکانش | -۰/۰۲۵ | ۰/۹۸(۰/۸۷ - ۱/۰۹) |
| انعطاف پذیری | -۰/۱۱۱ | ۰/۸۹(۰/۷۵ - ۱/۰۶) |
| مسئولیت پذیری | -۰/۱۶۴ | ۰/۸۵(۰/۶۸ - ۱/۰۵) |
| همدلی | ۰/۰۹۰ | ۱/۰۹(۰/۸۹ - ۱/۳۴) |
| خود ابرازی | -۰/۰۵۲ | ۰/۹۵(۰/۷۹ - ۱/۱۵) |

زیرمقیاس هوش هیجانی

۳- بحث و نتیجه گیری

در پژوهش حاضر پیش بینی شانس ابتلا به بیماری روان تنی با توجه به هوش هیجانی و ابعاد آن مورد بررسی قرار گرفت. همانطور که در جدول (۲) و (۳) مشاهده می گردد، می توان نتیجه گرفت:

۱- هوش هیجانی از یک نقش، پیش بین قابل ملاحظه ای در ایجاد بیماریهای روان تنی برخوردار است بدین معنا که به ازای یک واحد افزایش هوش هیجانی ۰/۲٪ شانس ابتلا به بیماری روان تنی کاهش پیدا می کند، که از لحاظ آماری اختلاف معنادار است ($p < 0/010$).

۲- افزایش هر سال سن ۰/۳٪ شانس ابتلا به بیماری روان تنی را افزایش می دهد که از لحاظ آماری اختلاف معنادار نیست ($p < 0/135$).

۳- زنان نسبت به مردان ۲/۷ برابر شانس ابتلا به بیماری روان تنی را دارند که از لحاظ آماری اختلاف معنادار است ($p < 0/031$).

۴- dataacademyir

از بین ابعاد هوش هیجانی، تنها سه بعد تحمل فشار روانی، واقع گرایی و عزت نفس می تواند شانس ابتلا به بیماری روان تنی را پیش بینی کند به این معنی که:

- به ازای یک واحد افزایش تحمل فشار روانی ۰/۲۶- شانس ابتلا به بیماری روان تنی کاهش پیدا می کند که از لحاظ آماری اختلاف معنادار است ($p < 0/002$).
- به ازای یک واحد افزایش واقعگرایی ۰/۲- شانس ابتلا به بیماری روان تنی کاهش پیدا می کند که از لحاظ آماری اختلاف معنادار است ($p < 0/019$).
- به ازای یک واحد افزایش عزت نفس پایین ۰/۲۷ شانس ابتلا به بیماری روان تنی افزایش پیدا می کند که از لحاظ آماری اختلاف معنادار است ($p < 0/051$).

این یافته ها با برخی از نتایج بدست آمده از پژوهش های دیگر [شات، مالوفو همکاران، ۲۰۰۷؛ جین و سینه،

با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت که هوش هیجانی پایین به عنوان یک عامل خطر ساز در بروز بیماری های روان تنی و ایجاد آمادگی برای این بیماری می تواند مطرح باشد. البته از بین ابعاد هوش هیجانی تنها سه بعد تحمل فشار روانی، واقع گرایی و عزت نفس نقش عمده تری در بروز و شدت بیماریهای روان تنی برعهده دارد. بنابراین پیشنهاد می شود که در درمان بیماری های روان تنی به تنظیم هیجان آنها توجه شود.

جامعه آماری پژوهش و نوع پژوهش و نیز حجم نمونه محدود، محدودیت هایی را در زمینه تعمیم یافته ها مطرح می کند که باید در نظر گرفته شوند.

با توجه به شیوع بالایی اختلالات روان تنی پیشنهاد می شود، این پژوهش در جامعه بزرگتر و همچنین در سایر مراکز درمانی نیز انجام شود و نیز سیستم های رسانه ای و آموزشی، در زمینه اطلاع رسانی مناسب در مورد ماهیت، سبب شناسی و جنبه های مختلف این بیماری و درمان آن، برنامه های اجرایی مناسبی را طراحی نمایند. از سوی دیگر در مراکز درمانی، امکاناتی فراهم شود تا این بیماران از خدمات روانپزشکی و روانشناسی بهره مند گردند.

سپاسگزاری

از اعضای محترم شورای پژوهشی دومین همایش پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی، همچنین از همکاری آقای دکتر افشار (مسئول درمانگاه روان تنی اصفهان) و بیماران مراجعه کننده به درمانگاه روان تنی و خانواده محترمشان به خاطر همکاری و صبوریشان، کمال تشکر را داریم.

۲۰۰۵؛ پرنگار، ۲۰۰۴؛ آستین، سالکوفسکی و وینت، ۲۰۰۴؛ سلاسکی و کارترایت، ۲۰۰۳] مطابقت داشت و همانند پژوهش های ذکر شده نشان داد که هوش هیجانی زیاد در برابر ابتلا به بیماری های جسمانی و روانی، یک عامل حفاظت کننده است [پارکر و همکاران، ۲۰۰۱] و می توان آن را چنین استدلال نمود:

با درک هیجان های خود می توان از میان مشکلات ماهرانه گذشت و از مشکلات بعدی اجتناب کرد. اگر فرد عکس این کار را انجام دهد و احساسات خود را سرکوب کند، مشکلات خیلی سریع به احساس تنش، استرس و اضطراب تبدیل خواهد شد. مهارت های هوش هیجانی فرد را قادر می سازد تا جلوی وضعیت های دشوار را، پیش از آن که غیر قابل کنترل شوند بگیرد و با این کار مدیریت استرس آسان تر می شود، هوش هیجانی در نتایج مربوط به سلامت اثر زیادی دارد، زیرا از استرس موجود به هنگام مقابله با وضعیت های دشوار می کاهد.

به ویژه در مواقع شکست افراد در تنظیم هیجان های خود، افراد دارای هوش هیجانی پایین ممکن است با اتخاذ راهبردهای مقابله سازش نایافته با تنیدگی تنش بدن (dataacademy) تا این بیماران از خدمات روانپزشکی و روانشناسی ناخوشایندی را از طریق رفتارهای دارای پیامدهای ناگوار مرتبط با سلامت (سیگار کشیدن، مصرف دارو یا الکل)، تجربه کنند. رفتارهایی که می توانند به سلامت جسمانی و روانشناختی ضعیف و شکننده بیانجامند. همچنین شکست در تنظیم هیجان میتواند به برپایی فیزیولوژیک^{۳۳} دیرپا بیانجامد (مسیر فیزیولوژیکی) که خود به تحول بیماری جسمانی و روانی منجر شود. هر کدام از این تبیین ها حمایت های تجربی درخوری دریافت داشته اند اما آنچه در این گستره از اهمیت بنیادی برخوردار است ارتباط و نقش هیجان در سلامت جسمانی و روانی است [لاملی، استتتر و رممر^{۳۴} (۱۹۹۶) به نقل از علی پور، احمدی ازغندی، مه آبادی، ۱۳۹۱].

از طرفی ممکن است همخوانی بین هوش هیجانی و سلامت صرفاً بدلیل روشها مورد استفاده در اندازه گیری، به ویژه اعتماد به خود گزارش دهیها در ارزیابی هوش هیجانی، سلامت (گزارش دهی نشانه های مرضی) باشد.

³³ - prolonged physiological arousal

³⁴ - Lumley & Stettner & Wehmer

Austin J E, Saklofske HD, Egan V. (2004). "Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence". *Personality and Individual Differences*, 38: 547-558.

Salaski M, Cartwright S. (2003). "Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance". *Stress and Health*, 19: 233-239.

چلیبانلو، غلام رضا؛ حسن شاهی، محمد مهدی. (۱۳۸۴). "رابطه ی بین ویژگیهای شخصیتی برای مدل پنج عاملی، هوش هیجانی و سلامت روان در گروهی از دانشجویان". پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی ارسنجان.

ذوقی پایدار، محمدرضا؛ عبدالله، حسن. (۱۳۸۴). "رابطه بین هوش هیجانی، فراشناخت، سلامت روان و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاههای همدان". پایان نامه کارشناسی، دانشگاه همدان.

Martins A, Ramalho N, Morin E. (2010). "A comprehensive meta-analysis of the relationship between Emotional Intelligence and health". *Personality and Individual Differences*, 49: 554-564.

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL. (1992). "Service utilization and social morbidity association with digressive symptom in the community". *Jama*, 267: 1478-1483. Available from: <http://jama.jamanetwork.com>

Koenig HG, Shelp F, Goli V, Cohen HJ, Blazer DG. (1989). "Survival and health care utilization in elderly medical inpatients with major depression". *Journal American Geriatrics Society*, 37: 599-606.

Clarke DM, Smith GC, (1995). "Consultation-liaison psychiatry in general medical units". *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29: 424-432.

Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. (1995). "Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care". *American Journal of Psychiatry*, 152: 352-357.

زارع، محسن. (۱۳۸۰). "بررسی رابطه هوش هیجانی و موفقیت تحصیلی". پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.

شمس آبادی، روح اله. (۱۳۸۳). "هنجاریابی و بررسی ساختارهای عاملی پرسشنامه هوش هیجانی باران در دانش آموزان دوره متوسط شهر مشهد". پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

دهشیری، غلامرضا. (۱۳۸۲). "هنجاریابی پرسشنامه بهره هوشی باران (EQ-I) برای ارزیابی جنبه های مختلف هوش دانشجویان دانشگاه های تهران"، پایان نامه کارشناسی ارشد

منابع

اسدپور، اسماعیل. (۱۳۸۶). "اثر بخشی آموزش مؤلفه های هوش هیجانی از طریق روش درون گردی جذب و انطباق بر ارتقاء سلامت روانی دانشجویان". مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، شیراز، دانشگاه شیراز، ۱-۲ خرداد، ۱۸-۲۰.

کیاروچی، جوزف؛ فورگاس، جوزف؛ مییر، جان. هوش هیجانی در زندگی روزمره. ترجمه جعفر نجفی زند، تهران: سخن (۱۳۸۵).

Ashforth B E, Humphrey R H. (1995). "Emotion in the workplace: a reappraisal", *Human Relations*, 48: 97-125.

هین، استیو. هوش هیجانی برای همه (راهنمای عملی هوش هیجانی). ترجمه رویا کوچک انتظار و مژگان موسوی شوشتری، تهران: سفیداردهار (۱۳۸۶).

برادبری، تراویس؛ گریوز، جین. هوش هیجانی (مهارتها و آزمونها). ترجمه مهدی گنجی، تهران: نشر ساوالان (۱۳۸۴).

مشرف دهکردی، سعید؛ هیلدنبراند، گرهاد؛ ترس، ولفگانگ؛ تراو، هارالد؛ لاریبگ، ولفگانگ، مشرف دهکردی، فرید؛ محمودزاده، عبدالشکور؛ کیزلحان، جان ایلمهان؛ اشتور، اولریش؛ پزشکیان، نصرت اله؛ بروجنی، مومنی؛ اسلامی، حمید. (۱۳۹۱). اولین کتاب جامع مرجع سایکوسوماتیک (روان تنی). ویرایش دوم.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، جلد دوم. (چاپ پنجم). تهران: ارجمند (۱۳۹۲).

روزنهان دیوید، سلیگمن مارتین. روانشناسی ناهنجاری: آسیب شناسی روانی. ترجمه ی یحیی سیدمحمدی، (چاپ نهم). جلد ۱، تهران: ساوالان (۱۳۸۷).

Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. (2007). "A Meta-analytic Investigation of the Relationship between Emotional Intelligence and Health". *Personality and Individual Differences*, 24: 921-933.

Jain KA, Sinha KA. (2005). "General Health in Organizations: Relative relevance of Emotional Intelligence, Trust and Organizational Support". *International Journal of Stress Management*, 12: 257-73.

Pernegar Tv. (2004). Health and Happiness in Young Suisse adults, Quality of Care. Geneva university Hospital, Geneva university Hospital, Geneva, Switzerland.



واحد تربیت جام

دومین همایش ملی پژوهش و درمان در روانشناسی بالینی

آبان ۱۳۹۳
Nov 2014



روانشناسی، دانشگاه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه
طبا طبایی تهران.

فتحی آشتیانی علی، (۱۳۸۸)، آزمون نهایی روانشناختی (چاپ
اول)، تهران: انتشارات بعثت.

Parker DA, Taylor G, Bagby RM. (2001). "The
relationship between emotional intelligence and
alexithymia. Personality and Individual Differences, 30:
107-115.

علی پور، احمد؛ احمدی ازغندی، علی؛ مه آبادی، زهرا. (۱۳۹۱).
"نقش پیش بین هوش هیجانی در بیماریهای قلبی-عروقی:
ملاحظات در قلمرو پیشگیری". روانشناسی سلامت، فصلنامه
علمی پژوهشی. شماره ۱ (۲) : ۳۲-۴۵.

dataacademy.ir