DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945 Published by Vesnu Publications

بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر اصفهان

حسین شهنازی[1]، نرگس جلیلی‌پور[2]، اکبر حسن‌زاده[3]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اهمیت توجه به هوش هیجانی در نوجوانان نسبت به گذشته افزایش چشمگیری داشته است و باید مؤلفه‌های گوناگون آن مانند سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس تقویت گردد. هدف از انجام مطالعه حاضر، تعیین ارتباط میان هوش هیجانی با سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس دانش‌آموزان پایه دوم متوسطه دبیرستان‌های دولتی شهر اصفهان بود.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به روش مقطعی بر روی ۲۴۰ دانش‌آموز دوره دوم متوسطه دوم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ انجام گردید. آزمودنی‌ها به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، هوش هیجانی Shiring، سلامت عمومی Goldberg، خودتنظیمی، خودکارامدی عمومی Sherer General Self-Efficacy Scale) Sherer یا SGSES) و عزت نفس Coopersmith (Coopersmith Self-Esteem Inventories یا CSEI) را تکمیل نمودند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی Pearson، Spearman و Independent t در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس آزمون همبستگی، هوش هیجانی با خودکارامدی (P = ۰/۰۰۱)، عزت نفس (P = ۰/۰۰۱) و سلامت عمومی (P = ۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری داشت، اما ارتباط آن با خودتنظیمی معنی‌دار نبود (P = ۰/۲۲۱).

نتیجه‌گیری: توجه به بهبود هوش هیجانی با توجه به جنسیت می‌تواند در بهبود مهارت‌های خودکارامدی، عزت نفس، سلامت عمومی و مهارت خودتنظیمی برای تدوین برنامه‌های آموزشی دانش‌آموزان حایز اهمیت باشد.

واژه‌های کلیدی: هوش هیجانی، سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی، عزت نفس

ارجاع: شهنازی حسین، جلیلی‌پور نرگس، حسن‌زاده اکبر. **بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر اصفهان.** مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۲): ۱۶۳-۱۵۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۶/۲۷ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۹/۲۳

مقدمه

مفهوم هوش هیجانی برای اولین بار در سال ۱۹۹۰ توسط روان‌شناسی به نام Salovey جهت درک عواطف افراد و همدلی با دیگران به کار برده شد (۱). پس از آن، Parker و همکاران هوش هیجانی را مجموعه‌ای از توانایی‌ها و مهارت‌های قابل یادگیری تعریف نمود (۲). Bar-On نیز پنج حیطه برای هوش هیجانی در نظر گرفت که شامل «مؤلفه درون فردی، میان فردی، سازگاری، کنترل هیجان‌ها و خلق و خوی عمومی» بود (۳).

امروزه هوش هیجانی به عنوان یک موضوع جدید، نقش مهمی در ابعاد گوناگون زندگی افراد دارد. مطالعاتی که در این زمینه انجام شده است، بیانگر نقش هوش هیجانی در جنبه‌های مختلف زندگی فرد همچون پیشرفت تحصیلی، سلامت عمومی، ازدواج، شغل، روابط اجتماعی و عزت نفس می‌باشد (۴). همچنین، اهمیت توجه به هوش هیجانی در نوجوانان نسبت به گذشته افزایش چشمگیری داشته؛ چرا که در سال‌های اخیر رفتارهای پرخطر مانند خودکشی، سوء مصرف مواد و پرخاشگری در نوجوانان به میزان هشدار دهنده‌ای افزایش یافته و می‌توان گفت که به یک اپیدمی تبدیل شده است (۵).

امروزه ۸۰ درصد موفقیت افراد مربوط به مؤلفه‌هایی است که به نوعی با هوش هیجانی ارتباط دارد (۶). یکی از مؤلفه‌های مهم جامعه امروز، سلامت افراد می‌باشد که از هوش هیجانی تأثیر می‌پذیرد. تعریف سلامت از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization یا WHO)، حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی، روانی و اجتماعی است (۷).

بر اساس مطالعات متعدد صورت گرفته، به نظر می‌رسد که ارتقای هوش هیجانی می‌تواند پیش‌بینی کننده بهبود سلامت روحی و جسمی فرد و به عبارت دیگر، سلامت عمومی وی باشد (۸)؛ به طوری که افراد دارای هوش هیجانی بالاتر، از سلامت جسمانی و روانی بیشتری برخوردار هستند و این در حالی است که هوش هیجانی پایین، با مشکلات جسمی و روحی همچون سوء مصرف دارو و الکل همراه می‌باشد (۲). هرچند نتیجه برخی مطالعات نتایج متناقضی را نشان

۱- استادیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳- مربی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: نرگس جلیلی‌پور
Email: narges56.m@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

می‌دهد. Mayer و Salovey (۹) و Bar-On (۱۰)، هوش هیجانی را نوعی توانایی عنوان کردند که قدرت فرد را در مقاومت در برابر فشارها، استرس‌ها و نیازهای محیط افزایش می‌دهد؛ در حالی که Ciarrochi و همکاران تنها برخی از اجزای هوش هیجانی را عامل موفقیت افراد در برابر فشارهای زندگی می‌دانند (۱۱).

از جمله دیگر مؤلفه‌های شناختی تأثیرگذار بر هوش هیجانی، می‌توان به عزت نفس اشاره نمود. عزت نفس با اثر بر تمامی جنبه‌های زندگی فرد، نقش مهمی در جنبه‌های شخصیت و ویژگی‌های رفتاری انسان دارد (۱۲). مقوله‌های متعددی می‌توانند از اوایل کودکی بر رشد و یا تضعیف عزت نفس تأثیرگذار باشد که با اثر بر باورها و ارزشیابی‌هایی که نسبت به خود در ذهن شکل می‌گیرد، تعیین کنند که چه هستیم و چه خواهیم شد (۱۳).

مطالعات متعدد با بررسی ارتباط هوش هیجانی و ارزیابی شناختی رویدادهای استرس‌زا، به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی با احساس خودکارامدی، کنار آمدن با موقعیت استرس‌زا و ارزیابی رویدادهای استرس‌زا به عنوان چالش و فرصتی برای یادگیری و نه تهدیدی برای امنیت، ارتباط دارد (۱۴).

نتایج پژوهش Rathi و Rastogi نشان داد که هوش هیجانی رابطه مثبتی با خودکارامدی دارد و هر دو متغیر قابلیت پیش‌بینی یکدیگر را دارند. بر اساس این یافته، افراد دارای هوش هیجانی بالا در مقایسه با افراد دارای هوش هیجانی پایین، در همه موقعیت‌ها عملکرد بهتری دارند (۱۵).

Bandura مطرح نمود که خودکارامدی توان سازنده‌ای است که به وسیله آن، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه اثربخشی ساماندهی می‌شود. از دیدگاه او، داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد، پیش‌بینی کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند، بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر است (۱۶).

یکی از مؤلفه‌های دیگر در ارتباط با هوش هیجانی، خودتنظیمی می‌باشد. در واقع، هوش هیجانی یکی از عوامل تضمین کننده خودتنظیمی در فرد است. خودتنظیمی از سه مؤلفه «فراشناخت شامل راهبردهای نظارت، هدایت، تغییر و اصلاح شناخت»؛ «راهبردهای مدیریت شامل شیوه‌های کنترلی فرد بر روی تلاش‌های خود» و «مهارت‌های شناخت کلی شامل مهارت‌های مورد استفاده فرد در هنگام یادگیری، یادآوری و فهم مطالب» تشکیل شده است (۱۱).

شیرمحمدی و امینی‌نصر در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ارتباط منفی معنی‌داری بین هوش هیجانی و خودتنظیمی با اختلال در سلامت روان وجود دارد و همچنین، متغیر هوش هیجانی پیش بینی کننده اختلال در سلامت روان دانش‌آموزان می‌باشد (۱۷).

با توجه به نقش مهم دانش آموزان در آینده کشور و همچنین، اهمیت سنین دبیرستان در یادگیری مهارت‌های لازم برای ارتقای خویش و تصمیم‌گیری برای آینده، مطالعه حاضر با هدف بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس دانش‌آموزان پایه دوم متوسطه دوم دبیرستان‌های دولتی شهر اصفهان انجام شد.

با توجه به تحقیقات داخلی و به خصوص پژوهش‌های خارجی مرتبط با ارتباط هوش هیجانی و دیگر متغیرها در حیطه سنی نوجوانان و جوانان و نیز قابلیت بالای استفاده مطالعات مذکور، دلیل انتخاب این گروه هدف در پژوهش حاضر بود. نوجوانان دبیرستانی در جامعه ما برای تصمیم‌گیری مناسب در مسیر زندگی به آموزش ها و فراگیری مهارت‌هایی نیاز دارند که انعکاس تقویت متغیرهایی مانند هوش هیجانی می تواند سهم بسزایی در پیشرفت و یا عدم پیشرفت و موفقیت آنان داشته باشد.

روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی- تحلیلی بود که به روش مقطعی انجام شد. جامعه آماری مطالعه را ۲۴۰ نفر از دانش‌آموزان پایه دوم متوسطه دوم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴ تشکیل داد. تعداد نمونه با توجه به ضریب اطمینان ۹۵ درصد (یعنی ۱/۹۶) و ضریب توان آزمون ۸۰ درصد (یعنی ۰/۸۴) و برآوردی از ضریب همبستگی بین نمره هوش هیجانی با نمرات سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس محاسبه می‌گردد که قدر مطلق آن حداقل ۰/۲ است و ۱۹۰ نفر به دست آمد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش احتمالی، ۲۴۰ نفر در نظر گرفته شد.

نمونه‌گیری به روش تصادفی چند مرحله‌ای انجام گردید؛ بدین صورت که با توجه به تعداد مشابه دانش‌آموزان در هر منطقه، از هر کدام از مناطق شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک مدرسه پسرانه و یک مدرسه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب شد؛ به این ترتیب که به مدارس مناطق آموزش و پرورش شماره داده شد و از بین چند عدد، یک مدرسه دخترانه و یک مدرسه پسرانه به صورت تصادفی انتخاب گردید و سپس بر اساس این که آن مدرسه چند دانش‌آموز کلاس دوم متوسطه دوم دارد، به دانش‌آموزان شماره اختصاص داده شد و در نهایت، ۲۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل اشتغال به تحصیل در مقطع دوم دبیرستان و داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه بود. همچنین، به دانش‌آموزان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. ضمن پاسخ به سؤالات شرکت کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطلاع داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت کنند یا در هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند و رضایت آنان جلب خواهد شد. در ضمن، پرسش‌نامه‌ها بدون نیاز به درج نام طراحی شده بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های دموگرافیک، هوش هیجانی Shiring، سلامت عمومی Goldberg، خودتنظیمی، خودکارامدی عمومی Sherer (Sherer General Self-Efficacy Scale یا SGSES) و عزت نفس Coopersmith (Coopersmith Self-Esteem Inventories یا CSEI) استفاده گردید. نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی بود. چگونگی نمره‌دهی و روایی و پایایی پرسش‌نامه‌های مورد استفاده در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه هوش هیجانی Shiring: این پرسش‌نامه در قالب ۳۳ سؤال طراحی شده است که پاسخ هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (هیچ وقت = امتیاز ۵ تا همیشه = امتیاز ۱) متغیر می‌باشد و برای برخی عبارات نمره‌دهی به صورت معکوس انجام می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده هوش هیجانی بیشتر است. همسانی درونی این آزمون در نمونه‌های ایرانی به روش ضریب Cronbach's alpha، ۰/۸۵ و روایی سازه این آزمون مناسب گزارش شده است (۱۹، ۱۸).

پرسش‌نامه سلامت عمومی Goldberg: این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی برای اولین بار در سال ۱۹۷۹ توسط Goldberg و Hiller طراحی شد. این

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

ابزار ۴ مقیاس فرعی و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. نمره‌گذاری در این آزمون که از ۲۸ عبارت پرسش‌نامه تشکیل شده است، بدین صوت است که موارد ۱ تا ۷ علایم جسمانی، موارد ۸ تا ۱۴ علایم اضطرابی و اختلال خواب، موارد ۱۵ تا ۲۱ علایم کارکرد اجتماعی و موارد ۲۲ تا ۲۸ علایم افسردگی را بررسی می کند. برای جمع‌بندی نمرات، الف = نمره صفر، ب = نمره یک، ج = نمره دو و د = نمره سه کسب نمود. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا نشان دهنده علایم مرضی است. تقوی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه سلامت عمومی Goldberg را بر روی ۹۲ دانشجوی دانشگاه شیراز بررسی کرد. ضرایب اعتبار، بازآزمایی تصنیفی و Cronbach's alpha آن به ترتیب ۷۰، ۹۳ و ۹۰ درصد به دست آمد (۲۰).

پرسش‌نامه SGSES این مقیاس توسط Sherer و همکاران در ۱۷ عبارت تدوین گردید. شیوه نمره‌گذاری پرسش‌نامه SGSES به این صورت است که بر اساس مقیاس لیکرت، به هر گویه امتیاز یک تا پنج (کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵) تعلق می‌گیرد. نمره بیشتر بیانگر خودکارامدی بیشتر می‌باشد. روایی و اعتبار این پرسش‌نامه توسط Sherer و همکاران مورد تأیید قرار گرفت (۲۱).

پرسش‌نامه خودتنظیمی: از پرسش‌نامه ارزش‌های فعال در عمل (Values in Action Inventory of Strengths یا VIA-IS) که ۱۰ سؤال آن مربوط به خودتنظیمی می باشد، استفاده شد. آزمودنی باید میزان موافقت یا مخالفت خود به هر عبارت را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای بیان نماید. شیوه نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس به صورت کاملاً بر عکس من = نمره ۱، بر عکس من = ۲، خنثی = ۳، شبیه من = ۴ و کاملاً شبیه من = ۵ می‌باشد. نامداری و همکاران در مطالعه خود روایی صوری و محتوایی آزمون را تأیید کردند (۲۲).

پرسش‌نامه CSEI: Coopersmith مقیاس عزت نفس خود را بر اساس تجدید نظر بر روی مقیاس Roger Raymond تدوین کرد و برای آن ۵۸ سؤال در نظر گرفت. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر و یک می‌باشد، البته برخی عبارات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. روایی پرسش‌نامه در پژوهش سیفی گندمانی و همکاران بر روی عزت نفس دختران، ۰/۸۴ و پایایی آن نیز به روش Cronbach's alpha، ۰/۸۵ به دست آمد (۲۳).

نحوه تکمیل پرسش‌نامه به صورت خودگزارش‌دهی بود؛ به طوری که پرسش‌نامه‌ها به دانش‌آموزان ارایه و با نظارت محقق تکمیل و جمع‌آوری گردید. به منظور تجزیه و تحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناسی از میانگین، جهت تعیین ارتباط نمره هوش هیجانی با نمرات سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس از ضریب همبستگی Pearson و برای تعیین ارتباط نمره هوش هیجانی با متغیرهای دموگرافیک نیز از آزمون‌های ضریب همبستگی Pearson، Spearman و Independent t استفاده شد. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

نمونه‌ها به طور مساوی بین دختران و پسران تقسیم شد. از ۲۴۰ دانش‌آموز مورد بررسی، ۱۲۰نفر پسر و ۱۲۰ نفر دختر بودند. کمترین سن دانش‌آموزان ۱۶سال و بیشترین سن آن‌ها ۱۸ سال بود. بیشتر شرکت کنندگان سن ۱۷ سال داشتند. بعد خانوار دانش‌آموزان بین ۳ تا ۱۱ نفر با میانگین ۴/۵۵ بود. از نظر تحصیلات والدین، بیشتر مادران و پدران تحصیلات دیپلم داشتند (جدول ۱).

جدول ۱. فراوانی دانش‌آموزان مورد بررسی بر اساس سن و تحصیلات والدین

متغیر	برچسب متغیر	تعداد (درصد)
سطح تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۹۷ (۴۰/۴)
	دیپلم	۷۸ (۳۲/۵)
	بالاتر از دیپلم	۶۵ (۲۷/۱)
سطح تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۹۲ (۳۸/۳)
	دیپلم	۱۰۰ (۴۱/۷)
	بالاتر از دیپلم	۴۸ (۲۰/۰)
سن دانش‌آموزان (سال)	۱۶	۴۵ (۱۸/۸)
	۱۷	۱۶۹ (۷۰/۴)
	۱۸	۲۶ (۱۰/۸)

بر اساس یافته‌های به دست آمده، خودتنظیمی و سلامت عمومی با جنسیت ارتباط معنی‌داری داشت، اما مؤلفه‌های دیگر ارتباطی را با جنسیت دانش‌آموزان نشان ندادند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع وضعیت متغیرهای مورد بررسی در دانش‌آموزان بر حسب جنسیت

متغیرها / فراوانی وضعیت‌ها	میانگین ± انحراف معیار	P (آزمون t)
هوش هیجانی		۰/۱۴۱
دختر	۱۰۷/۲۰ ± ۱۴/۰۹	
پسر	۱۰۶/۰۹ ± ۱۲/۱۱	
خودکارامدی		۰/۷۶۸
دختر	۵۹/۸۱ ± ۹/۵۴	
پسر	۵۸/۷۵ ± ۹/۴۱	
خودتنظیمی		۰/۰۲۳
دختر	۳۵/۲۵ ± ۴/۸۰	
پسر	۳۴/۴۰ ± ۶/۳۱	
عزت نفس		۰/۶۳۶
دختر	۲۳/۶۳ ± ۵/۹۸	
پسر	۲۱/۶۲ ± ۶/۲۹	
سلامت عمومی		۰/۰۴۵
دختر	۲۴/۹۸ ± ۱۲/۴۶	
پسر	۲۶/۳۰ ± ۱۳/۶۷	

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

جدول ۳. همبستگی میان متغیرهای مورد بررسی (تعداد نمونه‌ها = ۲۴۰ نفر)

متغیرها	هوش هیجانی	خودکارامدی	خودتنظیمی	عزت نفس	سلامت عمومی
متغیرها					
هوش هیجانی					
همبستگی Pearson	۱				
P					
خودکارامدی					
همبستگی Pearson	*۰/۴۲۰	۱			
P	۰/۰۰۱				
خودتنظیمی					
همبستگی Pearson	۰/۰۷۹	*۰/۲۴۰	۱		
P	۰/۲۲۱	۰/۰۰۱			
عزت نفس					
همبستگی Pearson	*۰/۶۲۹	*۰/۴۷۸	*۰/۲۲۱	۱	
P	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱		
سلامت عمومی					
همبستگی Pearson	*-۰/۴۶۸	*-۰/۳۸۶	*-۰/۳۲۷	*-۰/۶۱۲	۱
P	۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

* داده ها در سطح ۰/۰۱ معنی دار است

بر اساس آزمون همبستگی، هوش هیجانی با خودکارامدی، عزت نفس و سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($P < ۰/۰۵۰$)، اما با خودتنظیمی ارتباط معنی‌داری نداشت ($P > ۰/۰۵۰$) (جدول ۳).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه هوش هیجانی با سلامت عمومی، خودکارامدی، خودتنظیمی و عزت نفس در دانش‌آموزان پایه دوم متوسطه دوم دبیرستان‌های دولتی شهر اصفهان انجام شد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، هوش هیجانی با خودکارامدی ارتباط معنی‌داری را نشان داد ($P < ۰/۰۵۰$). Litster و Roberts (۲۴) و Zeidner و همکاران (۲۵) نیز ارتباط معنی‌داری را میان هوش هیجانی با احساس خودکارامدی و سلامت روانی یافتند که با نتایج بررسی حاضر همخوانی داشت. نتایج تحقیق Rathi و Rastogi حاکی از آن بود که هوش هیجانی با خودکارامدی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد و می‌تواند در پیش‌بینی توانایی خودکارامدی فردی کمک کننده باشد (۱۵).

نتایج مطالعه Prati و همکاران (۲۶) و Rathi و Rastogi (۱۵) نشان داد که هوش هیجانی تأثیر مثبت و معنی‌داری بر خودکارامدی معلمان دارد. بنابراین، آموزش و ارتقای هوش هیجانی معلمان، باعث بهبود ارتباط آن‌ها با دانش آموزان در امور درسی، روش تدریس و مدیریت کلاس می‌شود. Costa و همکاران به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی بر توانایی خودکارامدی تأثیر مثبتی دارد (۲۷).

زمانی که عملکرد فرد با هنجارهای فردی هماهنگ یا فراتر از آن باشد، منجر به حفظ و افزایش خودکارامدی می‌شود؛ در حالی که عملکرد ضعیف و پایین‌تر از هنجارهای فردی، موجب کاهش خودکارامدی می گردد. باور به خودکارامدی بر بسیاری از جنبه‌های زندگی مانند گزینش افراد، تصمیم‌گیری، میزان تلاش، سطح استمرار و پایداری و رویارویی با مسایل چالش‌برانگیز تأثیر دارد.

به عبارت دیگر، هوش هیجانی بالا در دانش‌آموزان می‌تواند باعث احساس خودکارامدی در آنان شود. همچنین، از آن‌جایی که خودکارامدی طرز تفکر افراد و نحوه برخورد با مشکلات، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و میزان افسردگی در افراد را مشخص می‌کند، می‌توان گفت که هر دو توانایی هوش هیجانی و خودکارامدی به دانش‌آموز کمک می‌کند تا در برابر فشارها و استرس‌های محیط، تصمیم درستی را بگیرد و مقاومت بیشتری داشته باشد. بنابراین، در مطالعه حاضر نیز این نتیجه به دست آمد که ارتباط بین خودکارامدی و هوش هیجانی معنی‌دار می‌باشد.

در پژوهش حاضر بین هوش هیجانی و سلامت عمومی رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P < ۰/۰۵۰$). در مطالعه مولایی و همکاران که در استان گلستان صورت گرفت، میزان هوش هیجانی در دانش‌آموزان، ۱۲/۵۷ ± ۱۰۲/۲۹ به دست آمد که نمره متوسطی محسوب می‌شود (۲۸). برخی مطالعات انجام شده در طی سالیان، ارتباط معنی‌داری را میان هوش هیجانی و سلامت عمومی یافتند. فتا و همکاران در تحقیق خود نشان دادند که هوش هیجانی، پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای سلامت روانی افراد می‌باشد (۲۹). نتایج پژوهش Schutte و همکاران که به صورت متاآنالیز انجام شد، حاکی از آن بود که افزایش هوش هیجانی با بهبود سلامت عمومی ارتباط مستقیمی دارد (۳۰).

بین هوش هیجانی و عزت نفس در دانش‌آموزان مشارکت کننده مطالعه حاضر رابطه معنی‌داری وجود داشت ($P < ۰/۰۵۰$). توانایی فرد در تطابق با احساسات، استفاده از احساسات برای افزایش قدرت ادراکی و درک احساسات

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

خود و تنظیم آن‌ها، می‌تواند از راه‌های مختلف باعث افزایش سلامت فیزیکی و روانی افراد شود. نتایج تحقیق Matthews و همکاران نشان داد که هوش هیجانی می‌تواند در ارتباط با بیماری‌های روانی که در آن‌ها احساسات نقش اصلی را ایفا می‌کند، مهم باشد. از نمونه‌های چنین بیماری‌هایی می‌توان به اختلالات خلقی و اضطرابی اشاره کرد (۳۱). درک بهتر از احساسات، فهمیدن و کنترل آن‌ها در افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، بهتر است و این امر می‌تواند در پیشگیری از احساسات بد و بروز بیماری‌های خلقی و اختلالات اضطرابی نقش مهمی داشته باشد. افراد با هوش هیجانی بالاتر، حالات مثبت‌تری را نشان می‌دهند و بعد از مسایلی که باعث تخریب حالات آن‌ها می‌شود، توانایی بیشتری برای درمان اختلالات خلقی خود دارند. نتایج پژوهش Sillick و Schutte در انگلستان (۳۲)، با نتایج مطالعه حاضر مشابهت داشت. یافته‌های به دست آمده از مطالعه Cheung و همکاران نشان داد که هوش هیجانی یک تخمین زننده خوب برای عزت نفس می‌باشد و توصیه می‌کند که برای تحکیم عزت نفس در نوجوانان، بهتر است مهارت‌های افزایش هوش هیجانی به آن‌ها آموزش داده شود و بالا رود (۳۳).

در بررسی حاضر، ارتباط معنی‌داری میان هوش هیجانی و مهارت خودتنظیمی مشاهده نشد که با یافته‌های مطالعه Gupta (۳۴) همسو می‌باشد. با توجه به این که در این زمینه بین نتایج مطالعات تفاوت‌هایی وجود دارد و از طرف دیگر، تحقیقات چندانی برای مقایسه بهتر وجود ندارد، توصیه می‌شود مطالعات مشابهی با تعداد نفرات بیشتر و همچنین، تفکیک ابعاد مختلف خودتنظیمی صورت گیرد.

در مطالعه حاضر، رابطه معنی‌داری بین خودتنظیمی و سلامت عمومی با جنسیت وجود داشت. مهارت خودتنظیمی در دختران و سلامت عمومی در پسران بالاتر بود. نتایج پژوهش Gorgich و همکاران حاکی از آن بود که نمره هوش هیجانی در مردان بالاتر از زنان است و از این نظر تفاوت معنی‌داری بین دو جنس وجود داشت (۳۵)؛ در حالی که تحقیقات دیگری همچون Austin و همکاران (۳۶)، مولایی و همکاران (۳۷) و Stratton و همکاران (۳۸) نتایج متضادی را گزارش نمودند. به عبارت دیگر، نتایج مطالعات آن‌ها نشان داد که نمره هوش هیجانی در دختران بالاتر از پسران است (۳۸-۳۶). همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میان نتایج پژوهش‌های مختلف تفاوت وجود دارد که این تفاوت‌ها می‌تواند به دلیل اختلافات فرهنگی و اقلیمی به خصوص در نوع تربیت و برخورد با دختران و پسران در نقاط مختلف دنیا و حتی یک کشور باشد.

در پژوهش حاضر، سلامت عمومی در پسران بالاتر از دختران بود. Wu و همکاران نیز در مطالعه خود، سلامت عمومی را در مردان بالاتر از زنان عنوان کردند (۳۹). این موضوع نشانه سلامت پایین‌تر زنان نسبت به مردان است که بیانگر وجود نابرابری بهداشتی جنسیتی می‌باشد و باید برنامه‌های آموزشی مربوط، از ابتدای دوران کودکی در دختران مورد توجه قرار گیرد.

در تحقیق Bleidorn و همکاران، عزت نفس در پسران بالاتر از دختران بود (۴۰). نتایج تحقیق Quatman و Watson نشان داد که هرچند نمره مردان در عزت نفس کمی بالاتر است، اما این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نمی‌باشد (۴۱) که با یافته‌های مطالعه حاضر همخوانی داشت. تفاوت در این معیار نیز می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی و تربیتی باشد. در مسایل مربوط به تفاوت میان زنان و مردان، جنبه‌های فرهنگی هر جامعه بسیار تأثیرگذار است؛ به طوری که حتی بسیاری از مسایل نوین مانند افزایش تحصیلات زنان، ورود آن‌ها به اجتماع و... هنوز تحت تأثیر فرهنگ جامعه قرار دارد و از آن‌جایی که شخصیت افراد از کودکی پایه‌گذاری می‌شود، ورود فرهنگ‌های سنتی به لایه‌های زیرین شخصیتی دختران و پسران، امری اجتناب‌ناپذیر است.

در بررسی حاضر، بین هوش هیجانی با بعد خانوار و تحصیلات والدین ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در پژوهش Harrod و Scheer، بین هوش هیجانی نوجوانان با تحصیلات پدر ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۴۲).

همچنین، ارتباط بین خودتنظیمی با سن در پژوهش حاضر معنی‌دار بود. در تحقیق Bleidorn و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری میان خودتنظیمی و سن گزارش شد (۴۰).

نتیجه‌گیری

هوش هیجانی می‌تواند نقش مهمی در بهبود مهارت‌های خودکارامدی، عزت نفس، سلامت عمومی و مهارت خودتنظیمی دانش‌آموزان داشته باشد. از آن‌جایی که دانش‌آموزان مقاطع دبیرستانی از نظر پذیرش آموزش‌ها در موقعیت مناسبی قرار دارند؛ بنابراین، تقویت هوش هیجانی با استفاده از برنامه‌های آموزشی، می‌تواند در ارتقای خودکارامدی، سلامت روانی و در نهایت، سلامت عمومی آنان سهم بسزایی داشته باشد.

محدودیت‌ها: از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به همکاری نکردن دانش‌آموزان به دلیل عدم تمایل برای شرکت در تحقیق، مشکلات رفت و آمد و پراکندگی مدارس و عدم همکاری بعضی از مدیران برای حضور دانش‌آموزان در طرح به خصوص در مقطع دبیرستان اشاره نمود. با توجه به این که هماهنگی با آموزش و پرورش جهت اجرای طرح مذکور از طریق مرکز بهداشت استان انجام گرفت، احتمال عدم همکاری کاهش یافت.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد با شماره ۳۹۴۹۸۶ می‌باشد. بدین وسیله از همکاری و همراهی خانم‌ها شکیبا زاهد و لیلا احمدی دانشجویان مقطع دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان سپاسگزاری می‌گردد. همچنین، از اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان که در انجام این طرح همکاری نمود، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. Psychol Inq 2004; 15(3): 197-215.
2. Parker JDA, Taylor RN, Eastabrook JM, Schell SL, Wood LM. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence. Pers Individ Dif 2008; 45(2): 174-80.
3. Bar-On R. The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence. Toronto, Canada: Multi-Health Systems; 1997.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

4. Hasan Tehrani T, Karami Kabir N, Sheraghi F. The relationship between emotional intelligence, mental health and academic achievement in Neyshabour nursing students. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2012; 20(3): 38-46. [In Persian].
5. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. J Consult Clin Psychol 1994; 62(2): 297-305.
6. Safavi M, Mousavi Lotfi SM, Lotfi R. Correlation between Emotional Intelligence and Socio-emotional Adjustment in Pre-university Girl Students in Tehran in 2008. Pejouhandeh 2010; 14(5): 255-61.
7. World Health Organization. The world health report 2001-Mental Health: New Understanding, New Hope [Online]. [cited 2001]; Available from: URL: http://www.who.int/whr/2001/en
8. Khosrou Jerdi R, Khanzadeh A. Study of the relationship between emotional intelligence and general health in students of sabzevar teacher training university. J Sabzevar Univ Med Sci 2007; 14(2): 110-6. [In Persian].
9. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence: Implications for educators? In: Salovey P, Sluyter DJ, Editors. Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications. New York, NY: Basic Books; 1997.
10. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Psicothema 2006; 18(suppl): 13-25.
11. Ciarrochi J, Deane FP, Anderson S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. Pers Individ Dif 2002; 32(2): 197-209.
12. Burns RB. Self-concept development and education. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston; 1982.
13. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. Health Educ Res 2004; 19(4): 357-72.
14. Mikolajczak Mr, Luminet O. Trait emotional intelligence and the cognitive appraisal of stressful events: An exploratory study. Pers Individ Dif 2008; 44(7): 1445Pers Individ Dif-1453.
15. Rathi N, Rastogi R. Effect of emotional intelligence on occupational self-efficacy. J Organ Behav 2008; 7(2): 46-56.
16. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 84(2): 191-215.
17. Shirmohamadi Z, Amninasr Z. The relationship between emotional intelligence and self-regulation and mental health of high school students in Kermanshah. Proceedings of the 1st National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural; 2014 Nov 11; Tehran, Iran. [In Persian].
18. Mansouri B. Standardization of Siberia shearing test of emotional intelligence among public university students in Tehran [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Education and Psychology, Allameh Tabatabai University; 2001. [In Persian].
19. Safarinia M, Solgi Z, Tavakkoli S. Investigating validity and reliability of social intelligence questionnaire among university students in Kermanshah. Social Psychology Research 2011; 1(3): 57-70. [In Persian].
20. Taghavi MR. Assessment of the validity and reliability of the general health questionnaire. Journal of Psychology 2001; 5(3): 381-98.
21. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychol Rep 1982; 51(2): 663-71.
22. Namdari K, Molavi H, Malekpoor M, Kalantary M. The effect of hope enhancing training on behavioral strengths in dysthymic patients. J Shahrekord Univ Med Sci 2011; 13(2): 52-60.
23. Seifi Gandomani MY, Shaghaghi F, Kalantari Meibodi S. Efficacy of Philosophy for Children Program (P4C) on self-esteem and problem solving abilities of girls. Journal of Applied Psychology 2011; 5(2): 66-83.
24. Litster K, Roberts J. The self-concepts and perceived competencies of gifted and non-gifted students: a meta-analysis. J Res Spec Educ Needs 2011; 11(2): 130-40.
25. Zeidner M, Shani-Zinovich I, Matthews G, Roberts RD. Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students: Outcomes depend on the measure. Intelligence 2005; 33(4): 369-91.
26. Prati LM, Liu Y, Perrewé PL, Ferris GR. Emotional Intelligence as Moderator of the Surface Acting-Strain Relationship. J Leadersh Organ Stud 2009; 15(4): 368-80.
27. Costa H, Ripoll P, Sanchez M, Carvalho C. Emotional intelligence and self-efficacy: Effects on psychological well-being in college students. Span J Psychol 2013; 16: E50.
28. Mollaei E, Asayesh H, Qorbani M, Sabzi Z. The relationship between emotional intelligence and coping strategies of Golestan Medical Science University students. Pejouhandeh 2012; 17(3): 127-33. [In Persian].
29. Fata L, Mootabi F, Shakiba S, Barooti E. Social-Emotional intelligence as predictor of general mental health. Quarterly Journal of Psychological Studies 2008; 4(2): 101-24. [In Persian].
30. Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke SE. A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. Pers Individ Dif 2007; 42(6): 921-33.
31. Matthews G, Zeidner M, Roberts RD. Emotional intelligence: Science and myth. Cambridge, MA: MIT Press; 2002.
32. Sillick TJ, Schutte NS. Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. E-Journal of Applied Psychology 2006; 2(2): 38-48.
33. Cheung CK, Cheung HY, Hue MT. Emotional intelligence as a basis for self-esteem in young adults. J Psychol 2015; 149(1-2): 63-84.
34. Gupta G. Spiritual intelligence and emotional intelligence in relation to self-efficacy and self regulation among college students. International Journal of Social Sciences & Interdisciplinary Research 2012; 1(2): 60-9.
35. Gorgich EA, BS, Ghoreishi G, Balouchi A, Nastizaie N, Arbabisarjou A. The association of self-assessed emotional

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

intelligence with academic achievement and general health among students of medical sciences. Glob J Health Sci 2016; 8(12): 557-760.
36. Austin EJ, Evans P, Goldwater R, Potter V. A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. Personality and Individual Differences 2005; 39(8): 1395-405.
37. Molaie E, Asayesh H, Taghva Kish B, Ghorbani M. Gender difference and emotional intelligence in Golestan University of Medical Sciences' students. Journal of Research Development in Nursing & Midwifery 2012; 8(2): 30-4. [In Persian].
38. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. Changes in medical students' emotional intelligence: An exploratory study. Teach Learn Med 2008; 20(3): 279-84.
39. Wu Y, Zhang D, Pang Z, Oksuzyan A, Jiang W, Wang S, et al. Gender-specific patterns in age-related decline in general health among Danish and Chinese: A cross-national comparative study. Geriatr Gerontol Int 2012; 12(3): 431-9.
40. Bleidorn W, Arslan RC, Denissen JJ, Rentfrow PJ, Gebauer JE, Potter J, et al. Age and gender differences in self-esteem-A cross-cultural window. J Pers Soc Psychol 2016; 111(3): 396-410.
41. Quatman T, Watson CM. Gender differences in adolescent self-esteem: An exploration of domains. J Genet Psychol 2001; 162(1): 93-117.
42. Harrod NR, Scheer SD. An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. Adolescence 2005; 40(159): 503-12.

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]

DOI: *10.22122/jhsr.v13i2.2945* *Published by Vesnu Publications*

Journal of Health System Research Received: 17.09.2016

Vol. 13, No. 2, Summer 2017 Accepted: 13.12.2016

A Survey of the Relationship between Emotional Intelligence and General Health Status, Self-Efficacy, Self-Regulation, and Self-Esteem among Students of State High Schools in Isfahan, Iran

Hossein Shahnazi[1], Narges Jalilipour[2], Akabr Hsanzadeh[3]

Original Article

Abstract

Background: There has been growing interest in adolescents' emotional intelligence. The strengthening of its various components including general health, self-efficacy, self-regulation, and self-esteem seems necessary. Therefore, this study was conducted to investigate the relationship between emotional intelligence and general health, self-efficacy, self-regulation, and self-esteem in second grade students in public high schools of Isfahan, Iran.

Methods: This descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted on 240 second grade students in high schools in 2015. The subjects were selected through multistage random sampling. They completed a demographic characteristics questionnaire, Shiring's Emotional Intelligence Questionnaire, Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ), Self-regulation Questionnaire, General Self-Efficacy Scale (Sherer et al.), and Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI). The data were analyzed using Pearson correlation, Spearman's correlation, and independent t-test in SPSS software.

Findings: Based on the correlation test, there was significant relation between emotional intelligence and self-efficacy (P = 0.001), self-esteem (P = 0.001), and general health (P = 0.001), but the relation between emotional intelligence and self-regulation was not significant (P = 0.221).

Conclusion: Attention to the improvement of emotional intelligence considering gender differences can be effective on the improvement of self-efficacy, self-esteem, and self-regulation skills and general health, and thus, it is important in educational programs for students.

Keywords: Emotional intelligence, Public health, Self efficacy, Self regulation, Self esteem

Citation: Shahnazi H, Jalilipour N, Hsanzadeh A. **A Survey of the Relationship between Emotional Intelligence and General Health Status, Self-Efficacy, Self-Regulation, and Self-Esteem among Students of State High Schools in Isfahan, Iran.** J Health Syst Res 2017; 13(2): 156-63.

1- Assistant Professor, Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2- MSc Student, Student Research Committee AND Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3- Lecturer, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Narges Jalilipour, Email: narges56.m@gmail.com

[Downloaded from hsr.mui.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.22122/jhsr.v13i2.2945]