

## مقاله‌ی پژوهشی

## رابطه‌ی هوش هیجانی و مولفه‌های آن با علایم اضطرابی

## خلاصه

\*علی مشهدی

استادیار روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

اسماعیل سلطانی شورباخو رلو

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه

شیراز

سعدا... هاشمی رزینی

دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه

شیراز

**مقدمه:** نظریه‌ها و پژوهش‌های اخیر به بررسی نقش بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی پرداخته‌اند. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه‌ی هوش هیجانی و مولفه‌های آن با علایم اضطرابی دانشجویان بود.

**روش کار:** در این پژوهش توصیفی همبستگی که طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۸ اجرا گردید، تعداد ۱۸۴ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز از گروه‌های علوم انسانی، فنی‌مهندسی و علوم پایه به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور اندازه‌گیری هوش هیجانی از مقیاس رگه‌ی فراخلقی (TMMS) و برای اندازه‌گیری علایم اضطرابی از آزمون اضطراب بک (BAI) استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد.

**یافته‌ها:** بین نمره‌ی کلی هوش هیجانی و علایم اضطرابی، رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). هم‌چنین بین مولفه‌های هوش هیجانی (وضوح احساسات و اصلاح خلق) و علایم اضطرابی رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری وجود داشت ( $P < 0/001$ ). نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که مولفه‌های وضوح هیجانات و اصلاح خلق، توان لازم برای پیش‌بینی علایم اضطرابی را دارند.

**نتیجه‌گیری:** هوش هیجانی با علایم اضطرابی رابطه‌ی معکوس دارد و مولفه‌های وضوح هیجانات و اصلاح خلق قادرند که علایم اضطرابی را پیش‌بینی کنند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، دانشجویان، هوش هیجانی

\*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده‌ی علوم

تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی

تلفن: ۰۵۱۱۸۸۰۳۶۰۲

mashhadi@um.ac.ir

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۳/۱۵

تاریخ تایید: ۱۳۸۹/۹/۷

## پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از دانشجویان محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده‌های مختلف دانشگاه شیراز که با نهایت صداقت پرسش‌نامه‌های این پژوهش را تکمیل کردند، قدردانی می‌شود.

## Original Article

### On the relationship between emotional intelligence and its components with symptoms of anxiety

#### Abstract

**Introduction:** Recent theories and researches have investigated the role of emotional dysfunction in individuals with anxiety disorders. The aim of this study is to investigate the relationship between emotional intelligence and its components and anxiety symptoms in students.

**Materials and Methods:** This descriptive and correlational research was done during 2009-2010. The sample consisted of 184 master students from three groups of humanities, technical-engineering and basic science of Shiraz University which was selected randomly. Emotional intelligence and anxiety symptoms were assessed by Trait Meta Mood Scale (TMMS) and Beck Anxiety Inventory (BAI), respectively. Pearson's correlation and multiple regression were used for data analysis.

**Results:** There was a significant reverse relationship between the general scores of emotional intelligence and anxiety symptoms ( $P < 0.001$ ). There were significant reverse relationships between emotional intelligence components (clarity and repair) and anxiety symptoms too ( $P < 0.001$ ). Multiple regression analysis showed that clarity of feelings and emotional repair could predict anxiety symptoms.

**Conclusion:** Emotional intelligence is reversely related to symptoms of anxiety and clarity of feelings and emotional repair are capable to predict anxiety symptoms.

**Keywords:** Anxiety, Emotional intelligence, Students

\*Ali Mashhadi

Assistant professor of psychology, Ferdowsi University of Mashhad

Esmail Soltani Shurbakhorloo

M.Sc. student in clinical psychology, Shiraz University

Sadallah Hashemi Razini

M.Sc. student in educational psychology, Shiraz University

\*Corresponding Author:

Department of psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Tel: +985118803602

mashhadi@um.ac.ir

Received: Jun. 05, 2010

Accepted: Nov. 28, 2010

#### Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of faculty of psychology of Ferdowsi University of Mashhad. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

Mashhadi A, Soltani Shurbakhorloo E, Hashemi Razini S. On the relationship between emotional intelligence and its components with symptoms of anxiety. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 12(4): 652-61.

## مقدمه

هوش هیجانی<sup>۱</sup> یک سازه‌ی چند بعدی است و در برگیرنده‌ی تعامل بین هیجان و شناخت است که منجر به کارکردی سازشی می‌شود (۱). مایر، سالوی و کارسو<sup>۲</sup> هوش هیجانی را در برگیرنده‌ی چهار توانایی به هم پیوسته می‌دانند که شامل ادراک هیجان در خود و دیگران، استفاده از هیجان‌ها برای تسهیل تصمیم‌گیری، درک هیجان و مدیریت هیجان می‌باشد (۲). از سوی دیگر بار-ان<sup>۳</sup> هوش هیجانی را مجموعه‌ی مرکبی از خودآگاهی هیجانی و مهارت‌ها و ویژگی‌های دیگر می‌داند که بر موفقیت فرد در مقابله با فشارها و خواسته‌های محیط تاثیر می‌گذارند (۳). پژوهش‌های انجام شده در مورد هوش هیجانی نشان داده‌اند که هوش هیجانی عامل موثر و تعیین‌کننده‌ای در برآیندهای زندگی واقعی مانند موفقیت در مدرسه و تحصیل، موفقیت در شغل و روابط بین‌فردی و به طور کلی در کارکرد سلامت می‌باشد (۴). هوش هیجانی با سلامت روانی همبستگی مثبت و با اختلالات روانی همبستگی منفی دارد. شوت، مالوف، تورینسون، هولار و روک<sup>۴</sup> در یک فراتحلیل که ۴۴ پژوهش را مورد بررسی قرار دادند به این نتیجه رسیدند که هوش هیجانی با سلامت روانی رابطه دارد (۵). هوش هیجانی با رضایت از زندگی و کیفیت زندگی و تعاملات اجتماعی رابطه‌ی مثبت و با احساس تنهایی و افسردگی رابطه‌ی منفی دارد (۶-۸). بار-ان گزارش کرد که هوش هیجانی با روان‌آزردگی و افسردگی رابطه‌ی منفی و با برون‌گرایی، گشودگی نسبت به تجارب جدید، قابل پذیرش بودن، رضایت‌مندی از زندگی و توانایی شناختی رابطه‌ی مثبت دارد (۳). به علاوه پژوهش‌های مختلف نقص در تنظیم هیجان‌ها و هوش هیجانی را در برخی اختلالات از جمله اختلال شخصیت مرزی<sup>۵</sup> (۹-۱۱)، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال (۱۲) اسکیزوفرنی (۱۳)، افسردگی (۱۴-۲، ۱۸) و اختلالات اضطرابی (۱۸-۲۳) نشان داده‌اند. در واقع، ارتباط بین هوش هیجانی که با مقیاس رگه‌های فراخلفی اندازه‌گیری می‌شود و متغیرهایی

مانند افسردگی، اضطراب و سلامت روانی و جسمانی کلی در بزرگسالان مورد بررسی قرار گرفته است. افرادی که توجه بیشتری به هیجان‌ها دارند و افرادی که در وضوح هیجانی نمرات پایین‌تری می‌گیرند و افرادی که عنوان می‌کنند که نمی‌توانند حالات هیجانی خود را تنظیم کنند، در بسیاری از مقیاس‌های مرتبط با هوش هیجانی، سازگاری هیجانی ضعیفی را نشان می‌دهند (۱۷، ۱۸). برعکس، افرادی که وضوح هیجانی بیشتری را گزارش می‌کنند و توانایی بیشتری برای تنظیم هیجان‌های خود دارند، سطوح بالاتری از عزت نفس را که شاخص مهمی از سلامت روانی است، نشان می‌دهند (۲۴، ۱۸). در راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال اضطراب فراگیر یکی از اختلال‌های اضطرابی است. ویژگی اصلی اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب و نگرانی مداوم درباره‌ی تعدادی از رویدادها یا فعالیت‌ها است که بیشتر روزها برای مدت حداقل شش ماه روی می‌دهد (ملاک الف) و فرد، کنترل نگرانی را دشوار می‌یابد (ملاک ب). اضطراب و نگرانی همراه با حداقل سه نشانه‌ی اضافی از فهرستی شامل بی‌قراری، خستگی‌پذیری، اشکال در تمرکز، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و اشکال در خواب است (ملاک ج). این اضطراب قابل توجهی با یک اختلال دیگر در محور یک نیست (ملاک د) و باعث می‌شود کارکردهای اجتماعی، شغلی و یا سایر زمینه‌های مهم کارکرد فرد دچار مشکل شود (ملاک ه). به علاوه این اختلال ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم مواد یا یک بیماری جسمی نیست و فقط در جریان یک اختلال خلقی، یک اختلال روان‌پریشی و یا یک اختلال فراگیر رشد ظاهر نمی‌شود (ملاک و). میزان شیوع یک ساله‌ی این اختلال در یک نمونه‌ی اجتماعی، تقریباً ۳ درصد و شیوع مادام‌العمر آن ۵ درصد بود (۲۵). امروزه مدل‌های مختلفی برای اضطراب تعمیم‌یافته وجود دارد که از جمله‌ی این مدل‌ها می‌توان از مدل اجتنابی نگرانی<sup>۶</sup> (۲۶، ۲۷)، مدل عدم تحمل-بلا تکلیفی<sup>۷</sup> (۲۸، ۲۹)، مدل فراشناخت<sup>۸</sup> (۳۰)، مدل مبتنی بر پذیرش<sup>۹</sup>

<sup>1</sup>Emotional Intelligence<sup>2</sup>Mayer, Salovy and Caruso<sup>3</sup>Bar-ON<sup>4</sup>Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhuller and Rooke<sup>5</sup>Borderline Personality Disorder<sup>6</sup>Avoidance Model of Worry<sup>7</sup>The Intolerance of Uncertainty Model<sup>8</sup>The Metacognitive Model<sup>9</sup>Acceptance-Based Model of Generalized Anxiety Disorder

مشخص کردن این مسئله نیاز است (۳۶). سونل و روپرا<sup>۵</sup> در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که ارتباط معنی داری بین هوش هیجانی و تنش و اضطراب وجود دارد (۳۷). سوی<sup>۶</sup> در پژوهشی ارتباط منفی بین صفات هوش هیجانی و اختلالات رفتاری از جمله پرخاشگری، اضطراب و افسردگی را در دانش آموزان هنگ کنگ کنگی نشان داد (۳۸). فرناندز- بروکل<sup>۷</sup> و همکاران نیز در پژوهشی که بر روی نوجوانان دبیرستانی اسپانیایی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که نوجوانانی که در مقیاس رگه های فراخلقی، وضوح هیجان و نظم دهی هیجان بالاتری گزارش می کردند، افسردگی و اضطراب پایین تری را نشان می دهند. افزون بر آن، توانایی وضوح هیجان و نظم دهی به هیجان با سازگاری های روان شناختی بالاتر ارتباط داشت (۱۸). سامرفیلد<sup>۸</sup> و همکاران نیز نقص در هوش هیجانی را در افرادی که اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات اضطرابی دیگر دارند، نشان دادند (۲۰، ۱۹). هم چنین جیکوب<sup>۹</sup> و همکاران نیز ارتباط بین شدت اضطراب اجتماعی تعمیم یافته<sup>۱۰</sup> و هوش هیجانی را نشان دادند (۳۹). مک لاقلین<sup>۱۱</sup> و همکارانش در پژوهشی دیگر به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی در پاسخ به رویدادهای منفی در دوره های نگرانی شان هیجان های شدیدتری را تجربه می کنند. به علاوه، این افراد صرف نظر از سطوح نشانگان افسردگی، از هیجان های خود درک ضعیف تری دارند و مشکلات بیشتری در مدیریت و کنترل هیجان های خود در مقایسه با گروه شاهد تجربه می کنند (۴۰). رومر<sup>۱۲</sup> و همکاران نیز بدتنظیمی هیجان را در افراد مبتلا به اضطراب تعمیم یافته در مقایسه با افراد غیر مضطرب نشان دادند (۴۱) اما در پژوهشی که توسط نوویک- کلین<sup>۱۳</sup> و همکارانش بر روی بیماران مبتلا به اضطراب تعمیم یافته انجام شد، این بیماران در مقایسه با گروه شاهد از آگاهی هیجانی بالاتری برخوردار بودند و در مقیاس سطوح آگاهی

(۳۱، ۳۲) و مدل بدتنظیمی هیجانی<sup>۱</sup> (۲۳-۲۱) نام برد. مروری بر ویراست چهار راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نشان می دهد که بیش از ۵۰ درصد بیماران محور یک و صد درصد بیماران محوردو در تنظیم هیجان های خود نقص هایی را تجربه می کنند (۳۳). مدل بدتنظیمی هیجانی را مینین<sup>۲</sup> و همکاران برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر ارایه کرده اند که بر اساس آن افراد دارای این اختلال، نقص در مهارت های هیجانی و بدتنظیمی در هیجان را تجربه می کنند. این افراد در درک هیجان های خود مشکل دارند و به واکنش های هیجانی واکنش منفی نشان می دهند، در مدیریت و کنترل هیجان های خود مشکل دارند و هیجان های شدیدی را تجربه می کنند (۲۱، ۲۳). افرادی که اختلال اضطراب فراگیر دارند در مقایسه با افراد گروه شاهد هیجان های شدیدی را تجربه می کنند و در شناسایی، توصیف و یا تنظیم کردن واکنش های هیجانی منفی مهارت های کمی دارند. این افراد مشکلات بیشتری در پذیرش خلق منفی دارند و ممکن است در مقایسه با افراد بدون این اختلال هیجان های منفی بیشتری نشان دهند (۲۱-۲۳، ۳۴). این الگو با الگوی پیشنهاد شده ی لینهان<sup>۳</sup> برای اختلال شخصیت مرزی که عنوان می کند افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در تنظیم هیجان های خود نارسایی دارند، مشابه می باشد. از جمله شواهد مربوط به وجود اختلال در تنظیم هیجان ها در این افراد می توان به استفاده از راهبردهای نظم دهنده ی هیجان مدار خاص مانند منع و ارزیابی مجدد، وجود سوگیری توجه و شواهد عصب روان شناختی مانند این مسئله که بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی، تون واگن پایین تری دارند اشاره کرد (۳۵، ۳۶). پژوهش های اندکی پیرامون هوش هیجانی و بدتنظیمی هیجانی در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی وجود دارد. آماستاتر<sup>۴</sup> در پژوهشی مروری به طور کلی به این نتیجه رسید که احتمال این که نارسایی در تنظیم هیجان نقشی کلیدی در سبب شناسی و ماندگاری این اختلال داشته باشد، زیاد است؛ اگرچه پژوهش های بیشتری برای

<sup>5</sup>Sunil, Roopri

<sup>6</sup>F Y Sui

<sup>7</sup>Fernandez-Berrocal

<sup>8</sup>Summerfeldt

<sup>9</sup>Jacobs

<sup>10</sup>Generalized Social Phobia

<sup>11</sup>McLaughlin

<sup>12</sup>Roemer

<sup>13</sup>Novick-Kline

<sup>1</sup>Emotion Dysregulation Model

<sup>2</sup>Mennin

<sup>3</sup>Linehan

<sup>4</sup>Amstadter

۱۲ ماده (عامل اصلاح) می‌باشد و آزمودنی‌ها می‌بایست در یک طیف لیکرت از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم به مواد این آزمون پاسخ دهند. ضرایب آلفا برای این آزمون برای هر یک از مولفه‌های توجه، وضوح و اصلاح در مطالعه‌ی سالووی و همکاران به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۸۲ (۴۴) و در مطالعه‌ی فیتنس و کورتیز<sup>۶</sup> به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۵ و ۰/۷۸ گزارش شده است (۴۴). هم‌چنین سالووی و همکاران روایی همزمان و افتراقی خوبی برای این ابزار گزارش نموده‌اند (۱). این آزمون یک آزمون مناسب برای ارزیابی هوش هیجانی ادراک شده می‌باشد (۴۵). در ایران نیز قربانی، ضرایب آلفا را برای هر یک از مولفه‌های توجه، وضوح احساسات و اصلاح خلق به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۷۲ و ۰/۶۵ به دست آورده است (۴۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب هر یک از مولفه‌های هوش هیجانی با نمره‌ی کل هوش هیجانی به ترتیب برای توجه به احساسات، اصلاح خلق و وضوح احساسات برابر ۰/۸۰، ۰/۷۲ و ۰/۶۳ بوده است. پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک<sup>۷</sup> (*BAI*): این پرسش‌نامه یک ابزار ابزار خودگزارش‌دهی است که دارای ۲۱ سؤال می‌باشد و توسط بک، اپستین، براون و استیر<sup>۸</sup> در سال ۱۹۸۸ طراحی شده است. این ابزار شدت کلی اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها می‌بایست بر اساس یک طیف لیکرت اصلا، خفیف، متوسط و شدید به سئوالات پاسخ دهند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی اضطراب شدیدتر می‌باشند. این پرسش‌نامه دارای ثبات درونی (۰/۹۲) و اعتبار بازآزمایی بالا (۰/۷۵) و هم‌چنین روایی همزمان و افتراقی خوبی می‌باشد (۴۷). کاویانی و موسوی در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که نسخه‌ی فارسی این ابزار، مناسب ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی در جمعیت ایرانی است. اعتبار بازآزمایی، ثبات درونی و روایی این آزمون در جامعه‌ی ایرانی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۲ و ۰/۷۲ گزارش شده است (۴۸). از روش‌های همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی همزمان برای بررسی ارتباط و پیش‌بینی هوش هیجانی و مولفه‌های آن با نشانه‌های اضطراب دانشجویان استفاده شد.

هیجانی نمره‌ی بالایی کسب کردند (۴۲). مطالعات اندکی پیرامون هوش هیجانی و نشانه‌های اضطراب در نمونه‌های غیر بالینی وجود دارد. هدف از پژوهش حاضر ارتباط بین هوش هیجانی و مولفه‌های آن با نشانه‌های اضطرابی دانشجویان بود.

## روش کار

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش عبارت بودند از ۲۹۲۱ دانشجوی دختر و پسر دوره‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز که در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ای به حجم ۱۸۴ نفر (۹۷ پسر و ۸۷ دختر) از رشته‌های علوم انسانی (۸۴ نفر)، فنی مهندسی (۵۷ نفر) و علوم پایه (۴۳ نفر) به شیوه‌ی نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور رعایت اخلاق پژوهش از حضور داوطلبانه‌ی آزمودنی‌ها اطمینان حاصل شد و هم‌چنین پس از ارایه‌ی توضیحات لازم درباره‌ی هدف پژوهش پرسش‌نامه‌ها در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا به دقت به تمامی سئوالات پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری تمام پرسش‌نامه‌ها، برخی از آن‌ها که به صورت ناقص تشکیل شده بودند کنار گذاشته شد و در کل پرسش‌نامه‌های ۱۸۴ نفر وارد تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ و با استفاده از روش‌های همبستگی و رگرسیون چندگانه انجام شد.

## ابزار پژوهش

مقیاس رگه‌های فراخلقى<sup>۱</sup> (*TMMS*): این مقیاس یک ابزار خودگزارشی عینی بر مبنای الگوی رگه‌ی هوش هیجانی است که توسط سالووی<sup>۲</sup> و همکاران برای سنجش سه مولفه‌ی هوش هیجانی ساخته شد (۴۳). این سه مولفه عبارتند از: توجه به احساسات (توجه)<sup>۳</sup>، میزان آگاهی از خلق خویش، وضوح احساسات (وضوح)<sup>۴</sup>، توانایی برای تمیز احساسات و اصلاح خلق (اصلاح)<sup>۵</sup>، توانایی اصلاح خلق‌های ناخوشایند و نگهداشت خلق‌های خوشایند. این آزمون ۴۸ ماده‌ای دربرگیرنده‌ی ۲۱ ماده (عامل توجه)، ۱۵ ماده (عامل وضوح) و

<sup>1</sup>Trait Meta Mood Scale

<sup>2</sup>Salovey

<sup>3</sup>Attention to Feelings (Attention)

<sup>4</sup>Clarity of Feelings (Clarity)

<sup>5</sup>Mood Repair (Repair)

<sup>6</sup>Fitness and Curtis

<sup>7</sup>Beck Anxiety Inventory

<sup>8</sup>Beck, Epstein, Brown and Sreer

## نتایج

در این مطالعه ۱۸۴ دانشجوی دوره‌ی کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز مورد مطالعه قرار گرفتند. ۸۴ نفر از آزمودنی‌ها از رشته‌های علوم انسانی (۴۵/۹٪)، ۵۷ نفر از رشته‌های فنی مهندسی (۳۱/۴٪) و ۴۳ نفر (۲۲/۷٪) از رشته‌های علوم پایه بودند. از لحاظ جنسیت، ۹۷ نفر از آزمودنی‌ها (۵۳٪) مرد و ۸۷ نفر زن (۴۷٪) بودند. همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد هوش هیجانی کلی (M=۱۶۲/۴، SD=۱۳)، مولفه‌ی توجه به احساسات (M=۷۱/۵، SD=۷/۰۹)، مولفه‌ی وضوح احساسات (M=۵۱/۴، SD=۴/۴) و مولفه‌ی اصلاح خلق (M=۳۹/۱۸، SD=۸/۴) و نشانه‌های اضطراب (M=۱۰/۲، SD=۸/۴) ذکر شده است. هم‌چنین همان‌طور که ملاحظه می‌گردد رابطه‌ی هوش هیجانی کلی با اضطراب و مولفه‌های وضوح احساسات و اصلاح خلق، منفی و معنی‌دار است. رابطه‌ی هوش هیجانی کلی با اضطراب (r=-۰/۲۴، P<۰/۰۰۱) و وضوح احساسات با اضطراب (r=-۰/۲۰، P<۰/۰۰۱) و با مولفه‌ی اصلاح خلق (r=-۰/۳۴، P<۰/۰۰۱) منفی و معنی‌دار می‌باشد.

این امر به این معنی است که با افزایش هوش هیجانی کلی و مولفه‌های وضوح احساسات و اصلاح خلق، نشانه‌های اضطراب دانشجویان کاهش می‌یابد. ارتباط معنی‌داری بین مولفه‌ی توجه به احساسات با اضطراب یافت نشد (r=۰/۰۳، P>۰/۰۰۱).

هم‌چنین همبستگی مثبت مولفه‌های هوش هیجانی با نمره‌ی کلی هوش هیجانی (۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۶۳) و همبستگی مثبت مولفه‌ها (۰/۳۱، ۰/۳۳، ۰/۲۵) بیانگر ارتباط مثبت مولفه‌ها با یکدیگر و با نمره‌ی کل هوش هیجانی و در نتیجه هم‌بسته بودن آن‌ها است. هدف دیگر پژوهش این بود که مشخص سازد آیا مولفه‌های هوش هیجانی قادر به پیش‌بینی اضطراب می‌باشد. از این رو به منظور پاسخگویی به این سؤال از آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی همزمان استفاده شد. نتایج حاصل از رگرسیون چندگانه نشان داد که مولفه‌های هوش هیجانی ۱۵ درصد از واریانس نمره‌ی کلی نشانه‌های اضطراب را پیش‌بینی نموده است (P<۰/۰۰۱).

هم‌چنین بررسی دقیق‌تر تحلیل رگرسیون با استفاده از آزمون معنی‌داری ضریب رگرسیون نشان داد که ضریب استاندارد رگرسیون مولفه‌ی اصلاح خلق در پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب قابل توجه و معنی‌دار می‌باشد (t=-۴/۶۷، P<۰/۰۰۱).

هم‌چنین نتایج رگرسیون نشان داد که ضریب استاندارد رگرسیون مولفه‌ی وضوح احساسات نیز قابل توجه و معنی‌دار می‌باشد (t=-۲/۲۱، P<۰/۰۰۲). ضریب استاندارد مولفه‌ی توجه به احساسات معنی‌دار نبود. از این رو توان لازم برای پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب را نداشت (جدول ۲).

### جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی بین هوش

هیجانی و مولفه‌های آن با نشانه‌های اضطراب دانشجویان

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴
هوش هیجانی کلی	۱۶۲/۴	۱۳				
توجه به احساسات	۷۱/۵	۷/۰۹	*۰/۸۰			
وضوح احساسات	۵۱/۴	۴/۱	*۰/۶۳	*۰/۳۲		
اصلاح خلق	۳۹/۱۸	۴/۴	*۰/۷۳	*۰/۳۱	*۰/۲۵	
نشانه‌های اضطراب	۱۰/۲	۸/۴	*-۰/۲۴	-۰/۰۳	*-۰/۲۰	*-۰/۳۴

۱: نمره‌ی کلی هوش هیجانی، ۲: مولفه‌ی توجه به احساسات، ۳: مولفه‌ی وضوح احساسات، ۴: مولفه‌ی اصلاح خلق، ۵: نشانه‌های اضطراب P<۰/۰۰۱\*

### جدول ۲- ضرایب رگرسیون مولفه‌های هوش هیجانی در پیش‌بینی اضطراب

متغیرهای پیش‌بین	B	SE	β	t	R <sup>2</sup>
توجه به احساسات	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۱۳	۱/۷۵	
وضوح احساسات	-۰/۳۱	۰/۱۳	-۰/۱۶	-۲/۲۱*	۰/۱۵
اصلاح خلق	-۰/۴۷	۰/۱	-۰/۳۴	-۴/۶۷**	

ضریب تاثیر متغیرهای پیش‌بین B=، خطای استاندارد ضریب رگرسیون SE=،

ضریب رگرسیون استاندارد متغیرهای پیش‌بین = β، ضریب تعیین چند متغیری R<sup>2</sup> =  
\*P<۰/۰۰۵، \*\*P<۰/۰۰۱

## بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی قابلیت‌های هیجانی در تشخیص پاسخ‌های هیجانی مناسب، در مواجهه با رویدادهای روزمره، گسترش دامنه‌ی بینش و ایجاد نگرش مثبت درباره‌ی وقایع و هیجانات نقش

استفاده شد. از آن‌جا که نتایج این پژوهش با نظریه‌ی منین و همکاران و اکثر پژوهش‌های قبلی همسو می‌باشد این احتمال را قوت می‌دهد که سازه‌ی هوش هیجانی و مولفه‌های آن می‌تواند در نشانه‌های اضطراب دانشجویان نقشی کلیدی داشته باشد (۲۳-۲۱). به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد دانشجویانی که نشانه‌های اضطراب بیشتری تجربه می‌کنند درک کمتری از ماهیت هیجان‌های خود دارند و از سوی دیگر توان کمتری نیز برای فایق آمدن بر تجارب هیجانی منفی دارند. به عبارت دیگر این افراد در هوش هیجانی و مولفه‌های آن مشکل دارند. این نتیجه می‌تواند تبیین‌کننده‌ی مشکل این افراد در سازگاری هیجانی باشد که شاخصی از آسیب به سازه‌ی هوش هیجانی برای این افراد است. با توجه به الگوی منین و همکاران (۲۱، ۲۳) بهبود در تنظیم هیجان‌ات منجر به بهبود نشانگان اختلال اضطراب تعمیم‌یافته می‌شود. پیشنهاد می‌شود که به این افراد در مورد اهمیت هیجان‌ات در تصمیم‌گیری و روابط بین‌فردی آموزش داده شود. به علاوه روش‌های مورد استفاده در این درمان ترکیبی از درمان رفتاری شناختی (مانند تنش‌زدایی، خودنظارتی) و روش‌های مبتنی بر افزایش آگاهی هیجانی و اجتناب هیجانی (مانند رویارویی) را دربرمی‌گیرد.

با توجه به الگوی منین و همکاران پیشنهاد می‌شود که با شناسایی دانشجویان دارای نشانه‌های اضطرابی از طریق مراکز مشاوره‌ی دانشجویی و درمانگاه‌های روان‌شناسی بالینی وابسته به گروه‌های روان‌شناسی با تشکیل کارگاه‌های آموزش هوش هیجانی در مورد این افراد اقدام نمایند، زیرا همان‌طور که منین و همکاران عنوان می‌کنند آموزش این مولفه‌ها منجر به بهبود مشکلات اضطرابی خواهد شد. همان‌طور که شوت و همکاران عنوان می‌کنند افرادی که توانایی تشخیص، کنترل و استفاده از این قابلیت‌های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضایت‌مندی، سلامت جسمانی و روانی بیشتری برخوردار خواهند شد (۵). یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزار خود‌گزارش‌دهی برای سنجش اضطراب بود لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی علاوه بر پرسش‌نامه از روش مصاحبه‌ی بالینی نیز جهت تشخیص این

موثری دارند. در نتیجه، افرادی که توانایی تشخیص، کنترل و استفاده از این قابلیت‌های هیجانی را دارند از حمایت اجتماعی، احساس رضایت‌مندی، سلامت جسمانی و روانی بیشتری برخوردار خواهند شد (۵). از آن‌جا که شناخت فرآیندهای زیربنایی اختلال‌ها می‌تواند به درک بیشتر و درمان آن‌ها کمک کند از این رو هدف از پژوهش حاضر ارتباط بین هوش هیجانی و مولفه‌های آن با نشانه‌های اضطراب دانشجویان بود. نتایج نشان داد که بین هوش هیجانی کلی و مولفه‌های وضوح احساسات و اصلاح خلق با نشانه‌های اضطراب رابطه‌ی منفی و معنی‌داری وجود دارد. به این معنی که دانشجویانی که مشکلات اضطرابی بالاتری گزارش کردند، هوش هیجانی کلی، وضوح هیجانی و اصلاح خلق کمتری داشتند. به علاوه از بین مولفه‌های هوش هیجانی، مولفه‌های اصلاح خلق و توجه به احساسات قادر به پیش‌بینی اضطراب می‌باشند. این یافته همسو با نظریه و پژوهش‌های منین و همکاران (۲۳-۲۱)، سامرفیلد و همکاران (۱۹)، تارک<sup>۱</sup> و همکاران (۳۴)، مک‌لاقلین و همکاران (۴۰)، سونل و روپرا (۳۷)، سوای (۳۸)، فرناندز-بروکل و همکاران (۱۸)، رومر و همکاران (۴۱) می‌باشد که نقص در هوش هیجانی و بدتنظیمی هیجانی را در افراد مبتلا به اختلال اضطرابی نشان داده‌اند. فرناندز-بروکل و همکاران در پژوهشی که بر روی نوجوانان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که افرادی که در مقیاس رگه‌های فراخلقى وضوح هیجان و نظم‌دهی هیجانی بالاتری گزارش می‌کردند، افسردگی و اضطراب پایین‌تری را نشان می‌دهند (۱۸). نتایج پژوهش حاضر همسو با این پژوهش و هم‌چنین همسو با پژوهش جیکوب و همکاران می‌باشد که ارتباط منفی معنی‌داری بین شدت اضطراب و هوش هیجانی در افرادی که اختلال اضطراب اجتماعی تعمیم یافته دارند، گزارش کردند (۳۹). اما نتایج این پژوهش با پژوهش نوویک کلین و همکاران که آگاهی هیجانی بالاتری را در افراد مبتلا به اختلال اضطرابی گزارش کرده بودند ناهمسو می‌باشد (۴۲). علت این ناهمسوئی می‌تواند استفاده از ابزار متفاوت و تفاوت آزمودنی‌ها در دو پژوهش باشد، زیرا در این پژوهش از یک نمونه‌ی غیربالینی

<sup>1</sup>Turk

اختلال استفاده شود. محدودیت دیگر این پژوهش عدم تعمیم  
 نتایج به جمعیت های بالینی مبتلا به این اختلال است. از این رو  
 پژوهش های آتی می توانند رابطه ی هوش هیجانی و مولفه های  
 آن را در گروه های بالینی مبتلا به این اختلال که با توجه به  
 ابزارهای دیگر از جمله مصاحبه ی بالینی انتخاب شده اند، مورد  
 آزمایش قرار دهند.

## References

1. Salovey P, Grewal D. The science of emotional intelligence. *Curr Dir Psychol Sci* 2005; 14: 281-5.
2. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychol Inq* 2004; 15: 197-215.
3. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In: Bar-On R, Parker JD. (editors). *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass; 2000: 363-88.
4. Mayer J, Salovey P, Caruso D. Emotional intelligence: New ability of eclectic traits. *Am Psychol* 2008; 63: 503-17.
5. 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: 921-33.
6. Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Conston T, Greeson C, Jedlicka C, et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *J Soc Psychol* 2001; 141: 523-36.
7. Schutte NS, Malouff JM, Simunek M, Hollander S, McKenley J. Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognit Emot* 2002; 16: 769-86.
8. Trull TJ, Ueda JD, Conforti K, Doan B. Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. *J Abnorm Psychol* 1997; 106: 307-14.
9. Leible TL, Snell, WE. Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Pers Individ Dif* 2004; 37: 393-4.
10. Gardner K, Qualter P. Emotional intelligence and Borderline personality disorder. *Pers Individ Dif* 2009, 47: 94-98.
11. Mashhadi A, Soltani Shurbakhorloo E, Razmjooei R. [On the relationship between emotional intelligence and symptoms of borderline personality disorder]. *Journal of fundamentals of mental health* 2010; 12(1): 390-9. (Persian)
12. Aguirre F, Sergi MJ, Levy CA. Emotional intelligence and social functioning in persons with schizotypy. *Schizophr Res* 2008; 104: 255-64.
13. Kee KS, Horan WP, Salovey P, Kern RS, Sergi MJ, Fiske AP, et al. Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophr Res* 2009; 107: 61-8.
14. Hansenne M, Bianchi J. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatr Res* 2009; 166: 63-8.
15. Schmidt JE, Andrykowsky MA. The role of social and dispositional variables associated with emotional intelligence in adjustment to breast cancer: An internet-based study. *Health Psychol* 2004; 33: 259-66.
16. Downey LA, Johnston PJ, Hansen K, Schembro R, Stough C, Tuckwell V, et al. The relationship between emotional intelligence and depression in a clinical sample. *Eur J Psychiatr* 2008; 22: 93-8.



17. Fernandez-Berrocal P, Salovey P, Vera A, Extremera N, Ramos N. Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Rev Int Psychol Soc* 2005; 18: 91-7.
18. Fernandez-Berrocal P, Alcaide R, Extremera N, Pizarro D. The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Pers Individ Dif* 2006; 4: 16-7.
19. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, McCabe RE, Parker JD. Emotional intelligence in social phobia and other anxiety disorders. *J Psychopathol Behav* 2010; 33(1): 69-78.
20. Summerfeldt LJ, Kloosterman PH, Antony MM, Parker JD. Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. *J Psychopathol Behav* 2006; 28: 57-8.
21. Mennin DS, Heimberg R, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol* 2002; 9: 85-90.
22. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2005; 43: 1281-310.
23. Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG, Carmin CN. Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA. (editors). *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice*. New York: Wiley; 2004: 60-89.
24. Salovey P, Woolery A, Stroud L, Epel E. Perceived emotional intelligence, stress reactivity and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychol Health* 2002; 77: 611-27.
25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed. text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: 429-84.
26. Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In: Davey G, Tallis F. (editors). *Worrying: Perspectives on theory assessment and treatment*. Sussex, England: Wiley; 1994: 5-33.
27. Borkovec TD, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg R, Turk C, Mennin D. (editors). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford; 2004: 77-108.
28. Dugas MJ, Letarte H, Rheume J, Freeston MH, Ladouceur R. Worry and problem solving: evidence of a specific relationship. *Cognit Ther Res* 1995; 19: 109-20.
29. Freeston MH, Rheume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994; 17: 791-802.
30. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cognit Psychother* 1995; 23: 301-20.
31. Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive behavioral models. *Clin Psychol* 2002; 9: 54-8.
32. Roemer L, Orsillo SM. An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L. (editors). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. New York: Springer; 2005: 213-40.
33. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Abnorm Psychol* 1997; 106: 93-5.
34. Turk CL, Heimberg RG, Mennin DS. Assessment. In: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. (editors). *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford; 2004: 219-47.
35. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford; 1993: 1-25.
36. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 211-21.
37. Sunil K, Rooprai KY. Role of emotional intelligence in managing stress and anxiety at workplace. *Proceeding of the ASBBS Annual Conference; 2009, Las Vegas, USA, 2009*.
38. F Y Siu A. Trait emotional intelligence and its relationships with problem behavior in Hong Kong adolescents. *Pers Individ Dif* 2009; 47: 553-7.
39. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair R. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *J Anxiety Disord* 2008; 22: 1487-95.
40. McLaughlin KA, Mennin DS, Farach FJ. The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1735-52.

41. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Ther* 2009; 40: 142-54.
42. Novick-Kline P, Turk CL, Mennin DS, Hoyt EA, Gallagher CL. Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2005; 19: 557-72.
43. Salovey P, Mayer JD, Goldman S, Turvey C, Palfai T. Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. In: Pennebaker JV. (editor). *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association; 1995: 125-54.
44. Fitness J, Curtis M. Emotional intelligence and the meta-mood scale: Relationships with empathy, attributional complexity. *J Appl Psychol* 2005; 1: 50-62.
45. Thompson BL, Waltz J, Croyle K, Pepper AC. Trait meta-mood and affect as predictors of somatic symptoms and life satisfaction. *Pers Individ Dif* 2007; 43: 1786-95.
46. Ghorbani N, Watson M, Davison K, Mack D. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *Int J Psychol* 2002; 37: 297-8.
47. Beck AT, Epstein N, Brown G, Sreer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Cons Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
48. Kaviani H, Mousavi AS. [Psychometric properties of the Persian version of Beck anxiety inventory (BAI)]. *Medical journal of Tehran University of Medical Sciences* 2008; 65(2): 136-40. (Persian)