

## ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان‌شناختی و خودکارآمدی در زنان سالمند شهر کرج

هنگامه بلورساز مشهدی\*

عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۱/۲۹

## The Relationship between Emotional Intelligence with Mental Health and Self-efficacy in Elderly Women of Karaj City

Hengameh Boloorsaz Mashhadi\*

Assistant Professor- Department of Sport Management – Payame Noor university

Received: (2016/01/31) Accepted: (2017/04/18)

### Abstract

This study aimed to investigate the relationship between emotional intelligence, mental health and self-efficacy were conducted in the elderly women using morning exercise participating program. The study sample included all elderly women (60 to 74 years) were 2015 in Karaj City. With of available sampling, sample 40 was selected demographic variables, Emotional Intelligence, Mental Health and Self-efficacy were performed on them. The data was analyzed using descriptive statistics (Mean & Standard Deviation), Pearson correlation coefficient and stepwise regression analysis by SPSS-22 software. The results showed that between emotional intelligence and mental health and self-efficacy there is a significant difference ( $P < 0.05$ ). The regression results also showed that emotional intelligence is a powerful predictor of mental health and self-efficacy ( $P < 0.01$ ).

### Keywords

Elderly Women, Emotional Intelligence, Exercise, Mental Health, Self-efficacy.

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین هوش هیجانی با سلامت روان‌شناختی و خودکارآمدی در زنان سالمند مشارکت کننده در برنامه ورزش صبحگاهی انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سالمند ۶۰ تا ۷۵ ساله شهر کرج در سال ۱۳۹۵ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر انتخاب و پرسشنامه متغیرهای جمعیت شناختی، هوش هیجانی، سلامت روانی و خودکارآمدی را تکمیل نمودند. داده‌های به دست آمده با نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ و روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون به روش گام به گام و ورود همزمان تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین هوش هیجانی با سلامت روان‌شناختی و خودکارآمدی رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0.05$ ). نتایج رگرسیون نیز نشان داد که هوش هیجانی پیش بین قدرتمندی برای سلامت روان شناختی و خودکارآمدی است ( $P < 0.01$ ).

### واژه‌های کلیدی

خودکارآمدی، زنان سالمند، سلامت روان‌شناختی، ورزش، هوش هیجانی.

## مقدمه

در اغلب کشورهای جهان سوم، طی نیم قرن اخیر نسبت و تعداد جمعیت سالمندان افزایش یافته است (۱). شیب افزایش شمار سالمندان در ایران حتی از دیگر کشورها نیز پیشی گرفته است؛ هر م سنی کشور تا سال ۱۴۲۹، استوانه‌ای می‌شود و به تعبیری "سونامی سالمندی ایران" در راه است (۲). عوامل خطر سازی همانند اضافه وزن، سیگار کشیدن، اعتیاد و الکل، انواع بیماری‌های روان‌شناختی به خصوص افسردگی و ابتلاء به بیماری‌های مزمن در سالمندان باعث کاهش عملکرد سلامتی در آن‌ها می‌شود (۳). از دیگرسو، امروزه اهمیت و ارزش ورزش در رابطه با رشد تمامی ابعاد زندگی انسان کم و بیش روشن شده است (۴). در حال حاضر، شمار افراد سالمندی که به طور مرتب در فعالیت‌های ورزشی چه به صورت کم شدت مثل، راه رفتن، و دویدن آهسته و چه به صورت پرشدت یا رقابتی شرکت می‌کنند، رو به افزایش است (۵). با افزایش سال‌های عمر به ویژه پس از ۶۰ سالگی اغلب اعمال فیزیولوژیکی و مکانیکی بدن کاهش یافته؛ کارایی قلب، شش‌ها، عضلات و تراکم استخوانی به تدریج سیر نزولی می‌یابد (۶).

دیگران، نظم‌بخشی هیجان در خویشتن و استفاده از هیجان برای تسهیل عملکرد<sup>۵</sup> است (۸). هوش هیجانی<sup>۴</sup> یک سازه چند بُعدی است و دربرگیرنده تعامل بین هیجان و شناخت که منجر به کنش‌وری سازشی است (۸). در حال حاضر پژوهش‌های متعددی وجود دارد که ارتباط بین هوش هیجانی با سلامت روانی، جسمانی و خودکارآمدی را نشان می‌دهند (۹). هوش هیجانی با سلامت روانی، همبستگی مثبت و با اختلالات روانی، رابطه‌ای معکوس دارد (۱۰). مهارت‌های هوش هیجانی بازگشت به سلامت را سرعت می‌بخشند. کسانی که بیمارند ولی در طول مداوا روی مهارت‌های هوش هیجانی خود، کار می‌کنند و آن‌ها را رشد می‌دهند، از بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری‌های قلبی و سرطان‌ها زودتر رها می‌شوند (۱۱). مایر و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده‌اند که هوش هیجانی (EQ) بیشتر از هوش‌بهر<sup>۵</sup> (IQ) پیشگویی کننده موفقیت فرد در زندگی است. افراد با کفایت هیجانی بهتر، توانایی بیشتری برای تمرکز بر مشکل و استفاده از مهارت حل مسأله دارند که موجب افزایش توانایی شناختی آن‌ها خواهد شد (۸).

سلامت روانی<sup>۶</sup> یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناختی است که هر ساله حجم زیادی از تحقیقات را به خود اختصاص می‌دهد و عوامل مؤثر و مرتبط با آن همواره مورد توجه جدی روان‌شناسان بوده است (۱۲). مفهوم سلامت روان مانند سلامت جسمانی، صرفاً به معنای نبودن مشکلات یا بیماری نیست. سلامت روانی هم حالات هیجانی و هم، شرایط ذهنی (احساسات و افکار) را در بر می‌گیرد (۳). هدف اصلی سلامت روانی نیز، کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، اضطرابی و شخصیتی است (۱۳). اختلالات روان‌شناختی در سالمندان به دلیل محرومیت‌های مختلف اجتماعی، پایین بودن کیفیت زندگی، ناتوانی و افزایش خطر اختلالات جسمانی، متداول می‌باشد (۱۴). به عنوان مثال، تقریباً ۱۰ درصد از سالمندان در مطالعات مختلف دچار افسردگی بوده‌اند، که این میزان در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان به بیش از این می‌رسد (۴).

دوره سالمندی دوره‌ای از چرخه زندگی است که در خلال آن، باورهای خودکارآمدی بر پیامدهای روان‌شناختی تأثیرگذار است. در این دوره افراد با چالش‌های جدی مواجه می‌شوند و چگونگی کنار آمدن با این چالش‌ها تا حدی تحت تأثیر باورهای

تأکید بر سالم پیر شدن با تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> از سلامتی به عنوان رفاه کامل جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی و نه صرفاً فقدان بیماری و ناتوانی، همخوانی دارد (۶). لذا، یکی از مهم‌ترین روش‌های آهسته نمودن سالخوردگی و افزایش بهداشت روان، برنامه ورزشی می‌باشد (۳). فولی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳) اظهار داشته‌اند که، حدود ۵۰ درصد از آفت سالمندی از طریق اصلاح سبک‌های زندگی نظیر شرکت در تمرینات بدنی منظم قابل اجتناب است. بدون تمرین، بدن تحلیل می‌رود، عضلات ضعیف و استخوان‌ها پوک می‌شوند، شریان‌ها مسدود و قلب برای کنار آمدن با بارهای ناگهانی وارد بر آن تحت فشار قرار می‌گیرد (۷). مفهوم هوش هیجانی که مایر و سالوی<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) برای نخستین بار آن را مطرح کردند، شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های به هم پیوسته برای ادراک دقیق، ارزیابی و ابراز هیجان‌ها، دسترسی یا ایجاد احساسات، به منظور تسهیل تفکر، توانایی فهم هیجان‌ها و دانش هیجانی و توانایی تنظیم هیجان‌ها به منظور، رشد هیجانی و شناختی است. این سازه شناختی دارای چهار زیر مجموعه ارزیابی و ابراز هیجان خویشتن، ارزیابی و شناسایی هیجان

5. intelligence quotient  
6. mental health

1. World Health Organization  
2. Foley  
3. Mayer & Salovey  
4. emotional intelligence

و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که بین نمرات بالاتر در مقیاس خودکارآمدی با میزان اضطراب پایین تر در ورزشکاران رابطه وجود دارد (۲۲). تراب زاده و همکاران (۲۰۱۳) نیز در پژوهشی نشان دادند که بین نمرات بالا در مقیاس هوش هیجانی با سلامت روانی بالاتر در ورزشکاران زن رابطه وجود دارد (۲۳). نتایج پژوهش عالم و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که بر خورداری از هوش هیجانی بالاتر با تجربه کمتر فرسودگی در ورزشکاران لیگ برتر رابطه دارد (۲۴). شهباز زادگان و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که نمرات سلامت روانی و میزان خودکارآمدی در بین زنان ورزشکاری که تحت آموزش با برنامه هوش هیجانی قرار گرفته اند، بهبود یافته است (۲۵). همچنین، نتایج پژوهش عبدالوهابی و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که خودکارآمدی در ورزشکارانی که نمرات بالاتری در هوش هیجانی داشتند به مراتب بیشتر از افراد با هوش هیجانی پایین تر بود (۲۶).

هیچ لفظی برای شرح وضعیت احساسی و ذهنی افرادیکه دوران سالمندی را تجربه می‌کنند، وجود ندارد. علی‌الخصوص افرادیکه در این مرحله سنی دچار اختلالات روان‌شناختی، تنهایی و ... باشند. پدیده افزایش جمعیت سالمندان از چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود (۲۷). رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی و هم، برای اعضاء خانواده و جوامع، مسأله‌ای اساسی است. این چالش به موقعیت جمعیت شناختی ایران نیز مربوط می‌شود (۱). رشد سریع جمعیت، مشکلات اقتصادی، بی‌ثباتی سیاسی-اجتماعی و بیکاری در کشورهای رو به رشد (مانند ایران) باعث شده است که کمتر به وضعیت این گروه از جامعه در سال‌های گذشته، توجه شود. با توجه به عمر طولانی‌تر زنان، مشکلات سالمندان این طبقه به نحو چشمگیری بیش از مردان است (۲۸). وقتی افزایش بیماری‌های مزمن خصوصاً دمانس، دردهای مزمن و ناتوانی ناشی از این بیماری‌ها را به مشکلات این گروه بیفزاییم، آنگاه درد دو چندان می‌شود. از این نظر حفظ و ارتقاء سلامت زنان سالمند قطعاً بر بروز بیماری‌های مزمن آن‌ها تأثیر مثبت خواهد داشت. در حالیکه دولت و مردم در کشورهای توسعه یافته کاملاً آماده‌اند تا با پدیده سالمندی مواجه شوند؛ سالمندان در کشورهای در حال توسعه (مانند ایران) اغلب از خدمات

خودکارآمدی فرد است (۱۲). در واقع، یکی از متغیرهای روان‌شناختی مؤثر بر سلامت و پیشگیری از اختلالات روان‌شناختی، خودکارآمدی<sup>۱</sup> است (۱۵). مرادی (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان داد که، باورهای خودکارآمدی، تغییرات و پی‌آمدهای رفتاری، همبستگی بالایی با یکدیگر دارند و خودکارآمدی پیش بینی‌کننده بسیار مهمی برای رفتار است (۱۶). در مدل بندورا<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) منظور از خودکارآمدی احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی است که برآورده کردن و حفظ معیارهای عملکرد، باعث افزایش آن می‌شود و ناکامی در برآوردن و حفظ این معیارها، آن را کاهش می‌دهد (۱۷). تحقیقات بندورا (۲۰۰۸) نشان داده است که احساس خودکارآمدی پایین با فشار روانی، پاسخ‌های ضعیف‌تر به درد و انگیزش کمتر برای پیگیری برنامه‌های مرتبط با تندرستی، هم‌بسته است؛ برعکس، احساس خودکارآمدی بالا با فشار روانی و پاسخ‌های زیستی کمتر به آن، قدرت انطباق و علاقه‌مندی بیشتر به برنامه‌های تندرستی و ورزشی هم‌بسته است. باورهای خودکارآمدی از دو طریق بر رفتارهای مرتبط با تندرستی تأثیر می‌گذارند، یکی از طریق تأثیرات این باورها بر رفتارهای مرتبط با تندرستی فرد و دیگری، از طریق تأثیر آن‌ها بر کارکرد زیستی (۱۷). بندورا و همکاران (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که تفاوت معناداری بین هوش هیجانی افراد ورزشکار و غیرورزشکار وجود دارد (۱۴). اندرسن و پاگارد<sup>۳</sup> (۲۰۱۳) نیز در مطالعه‌ای نشان دادند که ارتباط مثبت بین خودکارآمدی سالمندان مقیم سرای سالمندان با سازگاری موفق با سرای سالمندان و همچنین، شرکت در فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده در سرای سالمندان وجود دارد (۱۸). واسیلیکی و دیمیترا<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) نیز، در پژوهشی به مقایسه بین ورزشکاران از لحاظ هوش هیجانی و تصور از بدن در ورزش‌های رقابتی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که ورزشکاران سطح بالاتری از هوش هیجانی در مقایسه با غیرورزشکاران دارند (۱۹). باغیانی مقدم و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که بین هوش هیجانی و مؤلفه‌های سلامت روان در ورزشکاران رابطه منفی و معنادار اما بین هوش هیجانی با متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۲۰). نتایج پژوهش به آئین و همکاران (۲۰۱۵) حاکی از آن بود که بین هوش هیجانی با تصویر بدنی مثبت در ورزشکاران زن رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۲۱). مکوندی

بیماری‌های عفونی و دریافت درمان دارویی) نمونه به ۴۰ نفر تقلیل یافت و پژوهش با نمونه ۴۰ نفری انجام شد ( $n=40$ ). روش نمونه‌گیری مورد استفاده نیز، نمونه‌گیری در دسترس بود؛ به این ترتیب که از بین کلیه زنان سالمند که در منطقه ۸ کرج برای ورزش صبحگاهی هر دو روز یک بار، به صورت سه بار در هفته حضور می‌یافتند، به صورت در دسترس در بین آن‌ها پرسشنامه‌ها توزیع شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: سن (۶۰-۷۵ ساله)، جنس (زن بودن)، مدت انجام ورزش (حداقل سه بار در هفته و به مدت ۳ ماه)، ساکن بودن در کرج و تکمیل رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز شامل: عدم تمایل به شرکت در پژوهش، سابقه بیماری‌های عروق مغزی و سایر اختلالات نورولوژیک و ناتوان کننده از قبیل سرطان و تحت نظر روان‌پزشک بودن و مصرف داروهای روان‌پزشکی طی یک سال گذشته بود. در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا به مکانی که برای ورزش بانوان در منطقه ۸ کرج (در محوطه پارک) اختصاص یافته بود، مراجعه نموده و ضمن معرفی خود به افراد مورد بررسی و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف آن و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تأکید نمود که پرسشنامه‌های تکمیل شده بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند، و نتایج پژوهش بدون نام منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند، تا آزمودنی‌ها (زنان سالمند) با اطمینان خاطر پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. لازم به ذکر است که چون برخی از آزمودنی‌ها فاقد توان خواندن و نوشتن بودند، پژوهشگر به همراه یک همکار (لیسانس روان‌شناسی) ابتدا سؤالات را با آرامی و با دقت برای آزمودنی‌ها می‌خواندند و سپس هر گزینه‌ای که مد نظر آن‌ها بود، علامت زده می‌شد. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

**الف) پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی:** این پرسشنامه محقق ساخته به منظور تعیین مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از جمله: سن (به سال)، ازدواج، وضعیت اشتغال و پوشش بیمه‌ای (با تعداد ۴ سؤال) تهیه گردید.

**ب) پرسشنامه هوش هیجانی پترایدز و فورنهام<sup>۲</sup> (PFEIQ):** این پرسشنامه به وسیله پترایدز و فورنهام (۲۰۰۱) ساخته شده و مارانی آن را هنجاریابی کرده است (۳۰)، و دارای ۴ زیر مقیاس خوش بینی (سؤالات شماره ۳، ۵، ۹، ۱۲، ۲۰، ۲۴ و ۲۷)، درک عواطف خود و دیگران (سؤالات شماره ۱، ۲، ۸،

چشمگیری در زمینه بهداشت روانی برخوردار نیستند (۲۷). ایجاد هر نوع تغییر در ارائه خدمات به سالمندان می‌بایست بر مبنای اطلاعات و آمارهای کامل و صحیح انجام پذیرد که قسمت اعظم این اطلاعات از طریق هدایت پژوهش‌های علمی و کاربردی در زمینه تبعات فردی، اجتماعی و بهداشتی سالمندی به دست خواهد آمد. با توجه به شمار قابل توجه سالمندان و افزایش مشکلات همراه با این گروه، بازبینی ادبیات تحقیقی مربوط برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی و پیشگیرانه ضروری به نظر می‌رسد. در نهایت باید اشاره کرد که، شیوع بالای مشکلات مزمن پزشکی، کیفیت پایین زندگی، وابستگی بیش از حد به افراد خانواده و سایر کسانی که از آن‌ها مراقبت می‌کنند یا بالعکس، جدا شدن وی از خانواده و جامعه و رفتن به سوی درونگرایی و سبک‌های هیجان مدار و اجتنابی، فشار مالی بر خانواده و دوستان همگی موجب می‌شود تا فرد سالمند، بیماری و ناراحتی خود را بیش از حد برآورد کند و امکان مقابله با آن را در خود نبیند. از این گذشته، در سطح اجتماعی نیز هزینه‌هایی که بر سیستم‌های خدمات بیمه‌ای، بهزیستی، و ... تحمیل می‌شود، لزوم توجه بیشتر به این گروه سنی و مشکلات و درمان مناسب آن‌ها را دو چندان می‌کند. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین هوش هیجانی، سلامت روان‌شناختی و خودکارآمدی در زنان سالمند مشارکت کننده در برنامه ورزش صبحگاهی در شهر کرج انجام شد.

### روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان سالمند (۶۰ تا ۷۵ سال) منطقه ۸ شهر کرج که در برنامه‌های ورزش صبحگاهی پارک باغ فاتح جهان شهر مشارکت داشتند ( $N=57$ )، بود. در این پژوهش با توجه به طرح پژوهش، حجم نمونه با حداقل ۳۰ نفر کفایت می‌کند (۲۹). لذا برای پژوهش حاضر با اذعان به طرح پژوهش و تک جنبیتی بودن آزمودنی‌های مورد پژوهش و براساس جدول تعیین حجم نمونه از روی حجم جامعه کرجسی و مورگان<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) و (با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای نمونه گیری ۵ درصد) (۲۹)، نمونه‌ای به حجم ۴۰ نفر تعیین گردید. به منظور افزایش اعتبار نتایج پژوهش، حجم نمونه ۵۰ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص و کنار رفتن ۳ نفر از پژوهش (به علت ابتلاء به

1. Krejcie & Morgan

2. Petrids and Furnham Emotional Intelligence

سؤالی به وسیلهٔ جروسالم و شوارزر<sup>۴</sup> (۱۹۷۹) تدوین شده است. نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که بین نمرات این مقیاس و هیجانان مثبت، خوش بینی و رضایت شغلی رابطهٔ مثبت و بین نمرات آن با افسردگی، اضطراب، استرس، فرسودگی و شکایات مربوط به سلامتی رابطهٔ منفی وجود دارد؛ و در حال حاضر برای پیش بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی و ارزیابی اثربخشی کارهای بالینی و دگرگون‌سازی رفتار به کار می‌رود. آزمودنی‌ها باید در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) میزان درست بودن هر سؤال در مورد خود را مشخص کنند. نمره سؤالات با هم جمع می‌شود تا نمره کلی به دست آید و هر چه نمره بالاتر باشد، احساس خودکارآمدی فرد بالاتر است. کمترین و بیشترین نمره این مقیاس ۱۰ و ۴۰ است (۱۶). برای این مقیاس دامنه بالای همسانی درونی (۰/۹۳-۰/۸۲) و پایایی بازآزمایی بالا گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن در نمونه ایرانی (۰/۸۵) گزارش شده است (۱۶). همچنین، اکبری بلوط بنگان ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی سمنان (۰/۷۳) گزارش کرده است (۳۲). همچنین، مجدداً روایی ابزارهای این مطالعه با استفاده از نظرات ۷ نفر از اساتید روان شناسی بالینی و روان سنجی با روش اعتبار محتوی تأیید شد و به منظور تعیین پایایی، روش آلفای کرونباخ مورد استفاده قرار گرفت. میزان آلفای محاسبه شده برای مقیاس هوش هیجانی، ۰/۷۹، سلامت روانی، ۰/۸۶، و خودکارآمدی، ۰/۸۰ به دست آمد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، و رگرسیون به روش ورود همزمان) تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌های تحقیق

داده‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در زنان سالمند،  $64/62 \pm 5/91$  سال می‌باشد. ۹۶ درصد افراد مورد مطالعه مجرد (بیوه، مطلقه) و ۴ درصد آن‌ها متأهل بودند. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) سه متغیر پژوهش به تفکیک در جدول ۱ ارائه شده است.

۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۱، ۲۳، ۲۶ و ۲۸)، ارزیابی و مهارت هیجانان (سؤالات شماره ۴، ۷، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۲ و ۳۰) و مهارت‌های اجتماعی (سؤالات شماره ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۲۵ و ۲۹) است. این پرسشنامه از ۳۰ سؤال تشکیل شده است و به هر سؤال به روش لیکرت از ۱ تا ۷ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) نمره داده می‌شود. سپس، با جمع نمرات، نمره کل پرسشنامه محاسبه می‌شود، که ویژگی‌های هوش هیجانی را در ۴ عامل نشان می‌دهد. نمره کل پرسشنامه حداقل ۳۰ و حداکثر ۲۱۰ می‌باشد. سازندگان برای اعتباریابی این مقیاس حساسیت درونی بالایی را گزارش کرده‌اند و برای پایایی مقیاس و زیر مقیاس‌های آن ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ را به دست آوردند. مارانی، ضریب پایایی به شیوه آلفای کرونباخ را در نمونه ایرانی برای این مقیاس (۰/۸۱) گزارش کرده است (۳۰).

**پ) پرسشنامه سلامت روانی**<sup>۱</sup> (GHQ-۲۸): این پرسشنامه که توسط گلدبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) ساخته شده، از جمله شناخته شده‌ترین ابزارهای غربالگری اختلالات روانی است که به صورت فرم‌های ۱۲، ۲۸، ۳۰ و ۶۰ سؤالی در دسترس می‌باشد. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی آن استفاده گردید؛ که سؤالات آن در برگیرندهٔ ۴ زیر مجموعه می‌باشد که هر یک از آن‌ها خود شامل ۷ سؤال می‌باشند. سؤالات ۱-۷ مربوط به علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می‌باشد. سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب، سؤال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به اختلال عملکرد اجتماعی، و سؤالات ۲۲ تا ۲۸ نیز مربوط به افسردگی می‌باشد. دو شیوهٔ نمره گذاری برای این مقیاس وجود دارد. یکی روش سنتی است که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۱-۱) نمره داده می‌شوند و حداکثر نمره فرد برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمره گذاری، روش لیکرتی است، که گزینه‌ها به صورت (۰-۱-۲-۳) نمره داده می‌شوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش، ۸۴ خواهد بود (۳۱). در این پژوهش از روش لیکرت استفاده شده است. همچنین، نمرات به دست آمده، کد گذاری مجدد نشده و نمره بالاتر نشانگر سلامت روانی بیشتر است. این پرسشنامه نیز استاندارد بوده و به وسیلهٔ تقوی در ایران هنجاریابی شده است (۳۱). همچنین، این مقیاس از پایایی بالایی برخوردار است که مقدار آلفا برای کل سؤالات آن ۰/۹۰ می‌باشد (۳۱).

**ت) پرسشنامه خودکارآمدی**<sup>۳</sup> (SES): این مقیاس ۱۰

3. Self- Efficacy Scale  
4. Jerusalem & Schwarzer

1. General Health Questionnaire  
2. Goldberg

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در زنان سالمند

متغیر	تعداد	میانگین (MD)	انحراف معیار (SD)
هوش هیجانی	۴۰	۷۹/۵۲	۳۱/۹۲
سلامت روانی	۴۰	۳۹/۸	۵/۳۴
خودکارآمدی	۴۰	۲۵/۹۳	۸/۸۳

می‌یابد. قابل ذکر است که، علامت منفی ضریب همبستگی ( $r = -0/243$ ) نشانه رابطه منفی بین دو متغیر هوش هیجانی و سلامت روانی نیست، بلکه به خاطر تفاوت در جهت نمره گذاری و تفسیر آن است، به این معنی که در پرسشنامه هوش هیجانی هر اندازه نمره بیشتر باشد، نشان دهنده هوش هیجانی بهتر است، اما در پرسشنامه سلامت روانی، نمره زیاد نشانه مشکلات بیشتر و نمره کمتر نشانه وضعیت بهتر در این زمینه است (جدول ۲).

براساس نتایج جدول ۲، بین هوش هیجانی با خودکارآمدی در زنان سالمند مشارکت کننده در برنامه ورزش صبحگاهی رابطه معناداری وجود دارد ( $r = 0/342, P < 0/003$ ). همچنین، یافته‌های پژوهش نشان داد که بین هوش هیجانی با سلامت روان در زنان سالمند همبستگی مثبت معناداری وجود دارد ( $r = -0/243, P < 0/036$ ). براین اساس با افزایش نمره هوش هیجانی در زنان سالمند شرکت کننده در برنامه ورزشی مورد نظر نمره خودکارآمدی و سلامت روان در آنها نیز افزایش

جدول ۲. ضریب همبستگی و سطح معناداری هوش هیجانی با خودکارآمدی و سلامت روانی در زنان سالمند

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	میزان همبستگی	سطح معناداری	تعداد
خودکارآمدی	هوش هیجانی	۰/۳۴۲**	۰/۰۰۳	۴۰
سلامت روانی		-۰/۲۴۳**	۰/۰۳۶	

\*\* $P < 0/05$

جدول، نشان می دهد که رگرسیون در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است.

جدول ۳، نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیری را برای پیش بینی خودکارآمدی و سلامت روان نشان می دهد. این

جدول ۳. تحلیل واریانس برای معناداری رگرسیون

تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۴۹۱/۰۹	۲	۴۹۰/۰۹	۶۰/۰۲	۰/۰۰۱
باقی مانده	۵۶۳/۸۳	۳۷	۱۹۰/۱۴		
مجموع	۱۰۵۴/۹۳	۳۹			

جدول ۴. گزارش رگرسیون گام به گام سلامت روانی براساس هوش هیجانی در زنان سالمند

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد	آماره آزمون t	معناداری
	B	انحراف معیار			
ثابت	۴۹۰/۲۷	۰/۳۶۷	-	۶۶/۲۳۶	۰/۰۰۱
نمره کل هوش هیجانی	-۰/۱۹۱	۰/۰۴۱	-۰/۲۱۸	-۵/۳۵۱	۰/۰۰۱

\* $F = 19/156, R^2 = 0/706$ ; تعدیل شده؛  $R^2 = 0/720, R = 0/715$ ؛  $P < 0/01$

ارتباط هوش هیجانی با سلامت روان شناختی و خودکارآمدی در زنان سالمند شهر کرج

معناداری در تبیین سلامت روان و خودکارآمدی داشته است (جدول ۴ و ۵).

همانگونه که در جدول ۶، مشاهده می شود بین هوش هیجانی با سلامت روان شناختی و خودکارآمدی در زنان سالمند همبستگی چندگانه وجود دارد.

نتایج گزارش رگرسیون گام به گام تبیین متغیرهای ملاک به تفکیک براساس هوش هیجانی نشان می دهد که به ترتیب، ۰/۷۲ درصد تغییرات سلامت روانی و ۰/۶۹ درصد تغییرات خودکارآمدی توسط هوش هیجانی در زنان سالمند تبیین می شود. براساس رگرسیون، هوش هیجانی سهم

جدول ۵. گزارش رگرسیون گام به گام خودکارآمدی براساس هوش هیجانی در زنان سالمند

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		معناداری
	B	انحراف معیار	ضریب بتا (β)	آماره آزمون t	
ثابت	۳۱۴/۳۵	۰/۲۱۵	-	۶۱/۱۱۸	۰/۰۰۱
نمره کل هوش هیجانی	-۰/۲۰۵	۰/۰۲۶	-۰/۱۳۸	-۶/۳۷۲	۰/۰۰۱

$R^2 = ۰/۶۶۷$ ;  $F = ۱۴/۱۰۲^{**}$ ؛  $R^2$  تعدیل شده؛  $R^2 = ۰/۶۹۹$ ;  $R = ۰/۶۳۸$  -  $R = ۰/۰۱$   $P < ۰/۰۱$   $**$

جدول ۶. نتایج ضرایب (شاخص ها) تجزیه و تحلیل تحلیل رگرسیون چندمتغیری براساس روش همزمان

متغیر پیش بین	متغیرهای ملاک	R	R <sup>2</sup>	F	ضرایب رگرسیون P
هوش هیجانی	سلامت روانی	۰/۷۱۵	۰/۷۲۰	۱۹/۱۵۶	B=۰/۳۲۱ T=۳/۷۷ P=۰/۰۱
خودکارآمدی	خودکارآمدی	۰/۶۳۸	۰/۶۹۹	۱۴/۱۰۲	B=۰/۳۱۵ T=۳/۶۵ P=۳/۷۷

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین هوش هیجانی، سلامت روان و خودکارآمدی در زنان سالمند مشارکت کننده در برنامه ورزش صبحگاهی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین هوش هیجانی با سلامت روان در زنان سالمند همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه "بین هوش هیجانی و سلامت روان در زنان سالمند رابطه مثبت معناداری وجود دارد"، تأیید می‌شود. براین اساس با افزایش نمره هوش هیجانی در زنان سالمند شرکت کننده در پژوهش، نمره سلامت روان در آن‌ها افزایش می‌یابد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های

پیشین از جمله؛ ویلیام و بورای<sup>۱</sup> (۲۰۱۵)، و فرناندز-اباسل<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۵)، باغیانی مقدم و همکاران (۲۰۱۵)، به آئین و همکاران (۲۰۱۵)، و آستین<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) همسو است (۳۵-۳۳، ۲۱ و ۲۰).

کاترینا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان دادند که دانشجویان ورزشکار نسبت به غیرورزشکاران در میزان هوش هیجانی، سلامت مربوط به آمادگی جسمانی و کیفیت مرتبط با سلامت زندگی از سطح معناداری بیشتری برخوردارند (۳۶). در تبیین این یافته از پژوهش می توان گفت، در افراد سالخورده هوش هیجانی بالا با رفتارهای غربالگرانه، رفتارهای پیشگیرانه و بهداشتی جهت حفظ و ارتقاء سلامت ارتباط تنگاتنگی دارد

3. Austin  
4. Kateryna

1. Willi & Burri  
2. Fernández-Abascal

پیش‌آیندی سازه‌ی هوش هیجانی بر پیامدهای سازگاران و به تبع آن سلامت روان‌شناختی را تأیید نمود.

دیگر یافته‌ی پژوهش حاضر حاکی از رابطه‌ی معناداری بین هوش هیجانی با خودکارآمدی و همچنین، رابطه‌ی معناداری بین سلامت روان با خودکارآمدی در زنان سالمند مشارکت‌کننده در برنامه‌ی ورزش صبحگاهی بود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله: مکوندی و همکاران (۲۰۱۵)، تراب زاده و همکاران (۲۰۱۳)، اندرسن و پاگارد (۲۰۱۳)، زیندر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، و سلاویس-د-آنجلو<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) همسو است (۳۹، ۲۳، ۲۲، ۱۸ و ۱۰).

قره‌تپه و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان دادند که، بین احساس خودکارآمدی و هوش هیجانی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان رابطه‌ی معناداری وجود دارد. افراد با خودکارآمدی و هوش هیجانی بالاتر از میانگین، از نمره‌ی بالاتر در موفقیت و پیشرفت تحصیلی خبر می‌دادند و برعکس، افراد با خودکارآمدی و هوش هیجانی پایین، اُفت و شکست تحصیلی را نشان دادند (۴۰). در تبیین ارتباط بین هوش هیجانی و سلامت روان با خودکارآمدی باید گفت که با توجه به اینکه هوش هیجانی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های به‌هم پیوسته برای ادراک دقیق، ارزیابی و ابراز هیجانات، دسترسی یا ایجاد احساسات به منظور تسهیل تفکر، توانایی فهم هیجانات و دانش و توانایی تنظیم هیجانات به منظور رشد هیجانی و شناختی است و باورهای خودکارآمدی نیز، بر طرز تفکر افراد، چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت هیجانی، تصمیم‌گیری، مقابله با استرس و افسردگی تأثیر می‌گذارد. خودکارآمدی به باورهای افراد درباره‌ی توانایی‌هایشان در سامان دادن انگیزه‌ها، منابع شناختی و اعمال کنترل بر یک رخداد معین اشاره دارد. یکی از جنبه‌های اساسی خودکارآمدی شخص، این باور است که فرد از راه اعمال کنترل می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد. به ویژه در هنگام رویارویی با عوامل استرس‌زا، داشتن احساس کنترل بر شرایط، عاملی مهم در سازگاری با موقعیت‌های گوناگون است. انتظارات ویژه‌ی فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام اعمال خاص بر کوشش فرد در انجام یک عمل و پایداری در انجام آن و ایجاد انگیزه‌های مناسب تأثیر دارد. هر دو سازه مجموعه‌ای از مهارت‌ها، استعدادها و توانایی‌ها هستند که توانایی فرد را در مقابله با فشارها و اقتضاهای محیطی افزایش می‌دهند. براین

(۳۷). مهارت‌های هوش هیجانی بازگشت به سلامت را سرعت می‌بخشند. کسانیکه بیمارند ولی در طول مداوا روی مهارت‌های هوش هیجانی خود کار می‌کنند و آن‌ها را رشد می‌دهند (۱۱)، و از راهبردهای کنارآمدن فعال و حمایت‌های اجتماعی (به ویژه عاطفی، مادی و اطلاعاتی) برخوردارند از "ناخوشی‌های زندگی" سریع‌تر و راحت‌تر بهبود می‌یابند (۳۸). در یک نگاه کلی، تأکیدهای کنونی بر هیجانات، مُنبعث از این تفکر است که هر تعاملی با محیط دارای محتوایی هیجانی است؛ زیرا هر کُنشی واجد نتایج منطقی بقاء در یک سطح با سطوح دیگر است. باید گفت که در کانون تمام رفتارها می‌توان کِشاننده برجسته‌ای را دید که به سوی کاهش تنیدگی و تجارب هیجانی آزراننده و نیز، حفظ تمامیت خود در فعالیت است.

از دیگر سو، به اعتقاد مایر<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲) هوش هیجانی نه تنها اطلاعاتی درباره‌ی سازمان یافتگی هیجانات فرد در اختیار قرار می‌دهد، بلکه بیش و پیش از آن شیوه‌ای است که به توحید یافتگی مؤثر هیجانات با افکار و رفتار می‌انجامد و به این ترتیب از وقوع، فراوانی و شدت تجارب هیجانی آزراننده می‌کاهد (۸). شاید شایع‌ترین هیجانی که امروزه آدمی، صرف‌نظر از گروه سنی خاص، در تعامل با شرایط اجتماعی و فناوری روز احساس می‌کند ناکامی، رنجیدگی و دیگر احساسات مرتبط با آن باشد. احساس مهار خود، نخستین گام در جهت مقابله با حوادث منفی و ناکامی‌های برخاسته از آن است و بدون مهارگری، پیشروی به سوی راه حل غیرمُحتمل است. امروزه تأکید بر ماهیت فاعلی تنیدگی، نظریه‌های تبادلی، نقش تفاوت‌های فردی را در شیوه‌ی مقابله فردیکه در معرض شرایط یکسان قرار می‌گیرند، برجسته کرده‌اند و هوش هیجانی پاسخ مناسبی به این سؤال است؛ چراکه مدیریت و مهار هیجانات به منزله‌ی پذیرندگی و منعکس کردن احساسات است. لذا افراد دارای هوش هیجانی بالا؛ به خود متکی‌ترند، نگرش مثبت‌تری به خویش‌تن دارند و تمایل بیشتری به رویارویی با مشکلات دارند. این افراد در موقعیت‌های مسأله‌زا کمتر احساس تنهایی نموده و برای حل مشکلات موجود از منابع فردی و اجتماعی خود بیشترین سود را می‌برند. هوش هیجانی بالا به افراد این توانایی را می‌دهد تا از دخالت عوامل نامطلوب درونی و بیرونی نظیر ناامیدی، خستگی، عوامل هیجانی منفی، فشار روانی اطرافیان و سایر عوامل مزاحم محیطی پیشگیری نمایند (۸، ۳۸). یافته‌های این مطالعه نقش



آزمودنی‌ها، در تعمیم یافته‌ها به جنس دیگر باید احتیاط نمود. پیشنهاد می‌شود که این مطالعه بر روی مردان نیز انجام و یک مطالعه به روش علی-مقایسه‌ای بین مردان و زنان انجام گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود که این مطالعه به صورت اثربخشی یکی از درمان‌های روان‌شناختی شناخته شده بر مؤلفه‌های هوش هیجانی و خودکارآمدی انجام گیرد.

#### تقدیر و تشکر

پژوهشگر بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند؛ اعم از زنان سالمند و نیز از مسئولین مراکز مربوطه شهر کرج که در اجرای این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

اساس هر دو متغیر با یکدیگر رابطه مثبت دارند و قابلیت پیش بینی یکدیگر را دارند.

به طور کلی، هوش هیجانی و سلامت روان با باورهای خودکارآمدی و خودپنداره مثبت در افراد در سنین مختلف ارتباط تنگاتنگی دارند و آموزش مؤلفه‌های هوش هیجانی باعث می‌شود، زنان سالمند و دیگر افراد در جامعه از سلامت روان و احساس خودکارآمدی بالایی برخوردار باشند و در موقعیت‌های متعدد زندگی به آرامش، موفقیت و رشد بیشتری دست یابند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه گیری آن (در دسترس) اشاره کرد. همچنین، ممکن است تعدد و تنوع متغیرها و به تبع آن تعداد بالای پرسشنامه‌ها و سؤالات پژوهش موجب خستگی آزمودنی‌ها و کاهش دقت آن‌ها در پاسخگویی به سؤالات شده باشد. به دلیل تک جنسیتی بودن

#### منابع

1. Gilasi HR, Soori H, Yazdani SH & Taheri Tenjani P. Methodological Considerations in Elderly Studies: A Narrative Review. *Iran J Epidemiol.* 2015; 11(2): 1-12.(Persian)
2. Torki Y, Hajikazemi E, Bastani F & Haghani H. General Self Efficacy in Elderly Living in Rest-Homes. *IJN.* 2011; 24(73): 55-62.(Persian)
3. Nevid JS & Rathus S. *Psychology and the Challenges of Life.* 1<sup>st</sup> ed. Tehran. Translated by; Yahya Seyed Mohammadi. Arasbaran Pub. 2014. PP: 69-85.(Persian)
4. Mehri A, Maleki B & Sedghi Kuhsare S. The Relationship between Mental Health and Emotional Intelligence among Athlete and Non-athlete Male Students in Payam-Noor University, Ardabil Branch. *Health J Ard.* 2012; 2(4): 64-74.(Persian)
5. Kortas J, Prusik K, Flis D, Prusik K, Ziemann E, Leaver N & et al. Effect of Nordic Walking training on iron metabolism in elderly women. *Clin Interv Aging.* 2015; 27(10): 1889-96.
6. Bousquet J, Malva J, Nogues M, Mañas LR, Vellas B & Farrell J. Operational Definition of Active and Healthy Aging (AHA): The European Innovation Partnership (EIP) on AHA Reference Site Questionnaire. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16(12): 1020-6.
7. Foley L, Prapavessis H, Maddison R, Burke S, McGowan E & Gillanders L. Predicting physical activity intention and behavior in school-age children. *Pediatr Exerc Sci.* 2013; 20(4): 342-56.
8. Mayer JD, Caruso DR, Panter AT & Salovey P. The Growing significance of hot intelligences. *Am Psychol.* 2012; 67(6): 502-3.
9. Kaur D, Sambasivan M & Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Appl Nurs Res.* 2015; 28(4): 293-8.
10. Zeidner M, Matthews G & Roberts RD. The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed? *Appl Psychol Health Well Being.* 2012; 4(1): 1-30.
11. Johnson DR. Emotional intelligence as a crucial component to medical education. *Int J Med Educ.* 2015; 6(6):179-83.

12. Kulesza M, Pedersen E, Corrigan P & Marshall G. Help-Seeking Stigma and Mental Health Treatment Seeking Among Young Adult Veterans. *Mil Behav Health*. 2015; 3(4): 230-39.
13. Shamlo S. Psychology and the Challenges of Life. Publicatin: Rooshd. 2014. PP; 43-52.(Persian)
14. Bourne J, Liu Y, Shields CA, Jackson B, Zumbo BD & Beauchamp MR. The relationship between transformational teaching and adolescent physical activity: the mediating roles of personal and relational efficacy beliefs. *J Health Psychol*. 2015; 20(2): 132-43.
15. Esmaeili M, Mahmood Aliloo M, Bakhshipour Roudsari A, Shareefi M. The Study of dysfunctional attitudes and coping styles in essential hypertension patients. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2009; 5(2): 117-32.(Persian)
16. Moradi A. Effects of Self-esteem, Self-efficacy and Achievement Motivation and Entrepreneurial Behavior on The Quality of Life for Young Women, a Model for Individuals with Physical Disabilities-Moves. Ph.D, Thesis, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, Isfahan. 2013. PP: 89-113.(Persian)
17. Gacek M. Association between self-efficacy and dietary behaviours of American football players in the Polish Clubs in the light of dietary recommendations for athletes. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2015; 66(4): 361-66.
18. Andresen M & Puggaard L. Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. *BMC Geriatr*. 2013; 8(4): 32-42.
19. Vassiliki C & Dimitra S. Emotional intelligence, Body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. *J Exerc Sci Fit*. 2012; 7(2): 104-111.
20. Baghianimoghadam MH, Sabzemakan L, Hadavandkhani M, Ardian N & Manshadi S. The Relationship between General Health and Emotional Intelligence among Students in Yazd University of Medical Sciences. *Caspian Journal of Health Research*. 2015; 1(1): 55-62.
21. Behaein N, Sheikh M & Khaledan A. Relationship between Emotional Intelligence and Body Image in Team and Individual Athletes. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*. 2015; 5(9): 641-645.
22. Makvandi B, Kamaei A & Bonabi Mobaraki Z. Investigation the relation between personality types, emotional intelligence and self-efficacy with sport Anxiety of Ramhormoz city Athletes. *International Journal of Psychology and Behavioral Research*. 2015; 4(3): 323-329.
23. Torabzadeh L, Asadi N, Mirzaei Ghazi M & Moradi N. Relationship mental health and emotional intelligence in athletes. *International Journal of Sport Studies*. 2013; 3(6): 674-678.
24. Alam Sh, Mombeni H, Maleki B, Monazami M, Alam Z, Vatandoust M & et al. The Relationship between emotional intelligence and burnout in Iranian. *Current Research Journal of Biological Sciences*. 2012; 4(5): 544-550.
25. Shahbazzadegan B, Samadzadeh M & Abbasi M. The relationship between education of emotional intelligence components and positive thinking with mental health and selfefficacy in female running athletes. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2013; 83(2): 667-671.
26. Abdolvahabi Z, Bagheri S, Haghghi Sh & Karimi F. Relationship between Emotional Intelligence and Self-efficacy in Practical courses among Physical Education Teachers. *European Journal of Experimental Biology*. 2012; 2(5): 1778-1784.
27. Marais S, Conradie G & Kritzinger A. Risk factors for elder abuse and neglect: brief descriptions of different scenarios in South Africa. *Int J Older People Nurs*. 2011; 1(3): 186-89.
28. Najafi B, Arzaghi M, Fakhrzadeh H, Sharifi F, Shoaie S, Alizadeh M & et al. Mental health status and related factors in aged population: Urban health equity assessment and response tool study in Tehran. *Iran J Diabetes Metabolism*. 2013; 13(1): 62-73.(Persian)

29. Biabangard A. Research Methods in Psychology and Education. 1 Volume. 8<sup>th</sup> ed. Tehran: Duran Pub. 2014. PP: 125-31.(Persian)
30. Marani M. Standardization questionnaire features of emotional intelligence among students and high school students in Isfahan. M.A. Thesis, faculty of educational sciences and psychology, University of Isfahan, Isfahan. 2010. PP: 104-12.(Persian)
31. Ghazanfari F & Kadampoor A. The relationship between mental health and coping strategies in citizenship of Khoramabad City. J Fundam Ment Health. 2012; 9(37): 47-54.(Persian)
32. Akbari Balootbangan A. Simple and Multiple Relationship between Self-efficacy, Achievement Goals, and Achievement Motivation in Predicting Academic Achievement among Students of Semnan University of Medical Sciences. I J of Med Edu. 2014; 14(1): 796-805.(Persian)
33. Austin EJ, Saklofske DH & Egan G. Personality, Well-being and Health Correlates of Trait Emotional Intelligence. Pers Individ Dif. 2009; 38(3): 547-58.
34. Willi J & Burri A. Emotional Intelligence and Sexual Functioning in a Sample of Swiss Men and Women. J Sex Med. 2015; 12(10): 2051-60.
35. Fernández-Abascal EG & Martín-Díaz MD. Dimensions of emotional intelligence related to physical and mental health and to health behaviors. Front Psychol. 2015; 25(6): 317-32.
36. Kateryna V, Keefer D, James DA & Parker DH. Emotional intelligence and physical health. The Springer Series on Human Exceptionality. 2012; 3(6): 191-218.
37. Sygit-Kowalkowska E, Sygit K & Sygit M. Emotional intelligence vs. health behaviour in selected groups in late adulthood. Ann Agric Environ Med. 2015; 22(2): 338-43.
38. Sanderson CA. Health Psychology. 1<sup>st</sup> ed. Tehran. Translated by; Jomehri F & et al. Sarafraz Pub. 2015. PP: 214-35.(Persian)
39. Slovinc D'Angelo ME, Pelletier LG, Reid RD & Huta V. The roles of self-efficacy and motivation in the prediction of short- and long-term adherence to exercise among patients with coronary heart disease. Health Psychol. 2014; 33(11): 1344-53.
40. Gharetepeh A, Safari Y, Pashaei T, Razaeei M & Kajbaf MB. Emotional intelligence as a predictor of self-efficacy among students with different levels of academic achievement at Kermanshah University of Medical Sciences. J Adv Med Educ Prof. 2015; 3(2): 50-55.